REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

**Universidad Católica de Santa María**

**Facultad de Obstetricia y Puericultura**

**Segunda Especialidad en Alto Riesgo Obstétrico**

# Ruptura prematura de membranas en gestante de 27 semanas, Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo – EsSalud – abril 2024.

Trabajo académico presentado por la Licenciada

**CCama Ramos, Melany Jasmina**

**ORCID: 0009-0005-1456-1380**

Para optar el Título de Segunda Especialidad en

**Alto Riesgo Obstétrico**

Asesor(a)

**Dra. Cárdenas Núñez, Yenhny Margareth**

**ORCID: 0000-0003-2278-9383**

Arequipa – Perú

2024

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos

En su investigación no olvide referenciar esta tesis

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ALTO RIESGO OBSTETRICO**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD CON TRABAJO ACADÉMICO**

**DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR**

Arequipa, 11 de Julio del 2024

Dictamen: 012529-C-EPOYP-2024

Visto el borrador del expediente 012529, presentado por:

2022971652 - CCAMA RAMOS MELANY JASMINA

Titulado:

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTE DE 27 SEMANAS, HOSPITAL NACIONALCARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO-ESSALUD-ABRIL 2024

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Titulo Profesional/Titulo de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

29203672 - ESCOBEDO VARGAS JANNET MARIADICTAMINADOR

29697884 - OVIEDO TEJADA VERONICA FLORENCIADICTAMINADOR

29677873 - HERRERA CARDENAS MARCOS ERVETHDICTAMINADOR

# Ruptura prematura de membranas en gestante de 27 semanas, Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo – EsSalud – abril 2024.

INFORME DE ORIGINALIDAD

| 27% | 29% | 4% | 9% |
|---|---|---|---|
| INDICE DE SIMILITUD | FUENTES DE INTERNET | PUBLICACIONES | TRABAJOS DEL ESTUDIANTE |

FUENTES PRIMARIAS

| | | |
|---|---|---|
| 1 | docslide.us<br>Fuente de Internet | 3% |
| 2 | www.revistamedicasinergia.com<br>Fuente de Internet | 2% |
| 3 | renati.sunedu.gob.pe<br>Fuente de Internet | 2% |
| 4 | www.sogvzla.org<br>Fuente de Internet | 2% |
| 5 | cusam.edu.gt<br>Fuente de Internet | 2% |
| 6 | Submitted to unjbg<br>Trabajo del estudiante | 2% |
| 7 | www.scielo.cl<br>Fuente de Internet | 1% |
| 8 | caelum.ucv.ve<br>Fuente de Internet | 1% |

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

***Dedicatoria***

*A Dios por darme la vida y enseñarme que su amor y misericordia alimentan mi alma.*

*A mis hijos Amy y Adriano, que son mi inspiración para seguir creciendo profesionalmente.*

*A mi amado esposo Pedro, mi cómplice… el que me impulsa a seguir adelante en cada proyecto de mi vida.*

*A mis queridos padres José y Delsy por estar a mi lado siempre.*

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

***Epígrafe***

*"Siempre parece imposible, hasta que se hace"*

**Nelson Mandela**

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

**RESUMEN**

La ruptura prematura de membranas se define como la ruptura de las membranas ovulares antes del inicio del trabajo de parto; cuando ocurre antes de las 37 semanas de edad gestacional se le conoce como ruptura prematura de membranas pretérmino.

En este caso clínico la ruptura prematura de membranas se da entre las 27 a 33 semanas de gestación según clasificación; se confirma edad gestacional, diagnóstico de ruptura prematura de membranas, bienestar fetal y vía de parto; posteriormente se continua con el tratamiento antibiótico y corticoesteroide para prolongar el embarazo; luego de la maduración pulmonar se mantiene conducta expectante hasta las 34 semanas, para luego interrumpir el embarazo.

**OBJETIVO**

Identificar los procedimientos que se realizaron de acuerdo a protocolo para evitar complicaciones en la Ruptura Prematura de Membranas y analizar los factores de riesgo asociados.

**MATERIALES Y METODOS**

Es un estudio descriptivo, documental, observacional y de corte transversal, en el cual se elaboró la historia clínica de una paciente con el diagnostico de ruptura prematura de membranas en gestación de 27 semanas.

**CASO CLINICO**

Paciente femenina de 36 años, multigesta primípara, con 27 semanas 0/7 días de gestación; con diagnóstico de Ruptura Prematura de Membranas Pretérmino; Refiere perdida de líquido transvaginal desde el 27 de marzo del 2024; ingresa al servicio de Emergencia de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo el 08 de Abril; se inicia con tratamiento: maduración pulmonar y antibiótico terapia; además se indica: dieta blanda, reposo relativo, control de funciones vitales, control estricto de perdida de líquido transvaginal y exámenes auxiliares.

Actualmente la paciente se encuentra en buen estado general, no cefalea, no nauseas, no vómitos; no trabajo de parto, no pérdida de sangre, percibe movimientos fetales, se realiza monitoreo electrónico fetal cada 24 horas, donde no se evidencia contracciones uterinas,

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

ni sufrimiento fetal; a su vez completó con el tratamiento antibiótico y maduración pulmonar.

Última ecografía con fecha 20 de abril, se evidencia crecimiento fetal adecuado, líquido amniótico disminuido, vitalidad fetal conservada.

Último análisis de laboratorio con fecha 19 de abril, ligero incremento en la Proteína C reactiva y hemograma normal.

Paciente actualmente continua en hospitalización con evolución estacionaria y conducta obstétrica expectante.

**CONCLUSIONES**

La paciente viene siendo atendida en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo - EsSalud, según protocolo de atención en Guía de práctica clínica para la prevención y manejo de parto pretérmino, EsSalud 2018, hasta la fecha el manejo de la paciente es adecuado, logrando prevenir complicaciones.

***Palabras clave***

Ruptura prematura de membranas, maduración fetal, parto pretérmino.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

**ABSTRACT**

Premature rupture of membranes is defined as the rupture of the ovular membranes before the onset of labor; When it occurs before 37 weeks of gestational age, it is known as preterm premature rupture of membranes.

In this clinical case, premature rupture of membranes occurs between 27 to 33 weeks of gestation according to classification; Gestational age, diagnosis of premature rupture of membranas, fetal well-being and route of delivery are confirmed; Subsequently, antibiotic and corticosteroid treatment is continued to prolong the pregnancy; After lung maturation, expectant management is maintained until 34 weeks, and then the pregnancy is terminated.

**OBJECTIVE**

Identify the procedures that were performed according to protocol to avoid complications in Premature Rupture of Membranes and analyze the associated risk factors.

**MATERIALS AND METHODS**

It is a descriptive, documentary, observational and cross-sectional study, in which the clinical history of a patient with a diagnosis of premature rupture of membranes at 27 weeks' gestation was prepared, who has been treated from April 8, 2024 to currently, at the Carlos Alberto Seguin Escobedo EsSalud Hospital -Arequipa.

**CLINICAL CASE**

36-year-old female patient, primiparous multiple pregnancy, with 27 weeks 0/7 days of gestation; with a diagnosis of Preterm Premature Rupture of Membranes; Reports loss of transvaginal fluid since March 27, 2024; enters the Emergency Gynecology and Obstetrics service of the Carlos Alberto Seguin Escobedo National Hospital on April 8; treatment begins: lung maturation and antibiotic therapy; Additionally, it is indicated: soft diet, relative rest, control of vital functions, strict control of transvaginal fluid loss and auxiliary examinations.

Currently the patient is in good general condition, no headache, no nausea, no vomiting; no labor, no blood loss, fetal movements are perceived, electronic fetal monitoring is performed every 24 hours, where no uterine contractions or fetal distress are evident; in turn, he completed antibiotic treatment and lung maturation.

Last ultrasound dated April 20, showed adequate fetal growth, decreased amniotic fluid, and preserved fetal vitality.

Last laboratory analysis dated April 19, slight increase in CRP and normal blood count.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

The patient currently remains in hospital with a stable evolution and expectant obstetric management.

**CONCLUSIONS**

The patient has been being treated at the Carlos Alberto Seguin Escobedo National Hospital - EsSalud, according to the care protocol in the Clinical Practice Guide for the Prevention and Management of Preterm Birth, EsSalud 2018, to date the patient's management is adequate, managing to prevent complications.

***Keywords***

Premature rupture of membranes, fetal maturation, preterm birth.

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

**INDICE**

Dedicatoria.....

Epígrafe .....

Resumen .....

Abstract.....

Introducción.....1

**CAPÍTULO I**

**MARCO CONCEPTUAL**.....3

1. Definición .....4
2. Incidencia.....4
3. Clasificación .....4
4. Etiología.....4
5. Riesgo .....5
6. Otros factores de riesgo.....6
7. Diagnóstico .....6
8. Conducta Obstétrica.....8
9. Tratamiento.....10

**CAPÍTULO II**

**MARCO METOLÓGICO**.....12

Presentación del caso clínico .....13

1. Anamnesis.....13
2. Enfermedad Actual .....13
3. Antecedentes.....16
4. Examen Físico.....18
5. Impresión Diagnóstica .....20
6. Tratamiento.....20
7. Indicaciones .....20
8. Exámenes auxiliares.....21
9. Análisis del Caso Clínico.....23

**CAPÍTULO III**

**DISCUSIÓN**.....25

Discusión.....26

Conclusiones.....28

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

Recomendaciones .....29
Referencias.....30

**ANEXOS**.....32
Carnet de Atención Prenatal .....33
Ecografía.....35

Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

**INTRODUCCION**

Según la Organización Mundial de la Salud se estima que la incidencia de la ruptura prematura de membranas se encuentra entre el 5-8 % de los embarazos a nivel mundial, estudios en Latinoamérica indican que la frecuencia de ruptura prematura de membranas varia desde 5.7% – 8.9 % (1).

El Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima atiende un promedio de 21 605 partos anuales, de ellos el 12.5 % presentaron ruptura prematura de membranas, y el 2.3% de la ruptura prematura de membranas fueron parto pretérmino (2).

Antiguamente la ruptura prematura de membranas pretérmino representaba un alto índice de Morbimortalidad Materno Perinatal, por el alto riesgo de infección y parto prematuro; actualmente un diagnóstico y tratamiento oportuno han logrado disminuir la Morbimortalidad Materno Perinatal; El trabajo en conjunto busca tener embarazos con menos complicaciones y con productos sanos.

Las investigaciones han determinado que las complicaciones por ruptura prematura de membranas pueden ser maternas o fetales, dentro de las complicaciones maternas existe mayor riesgo de corioamnionitis clínica, seguido de infección postparto y desprendimiento prematuro de placenta, siendo la sepsis materna una complicación rara pero la más peligrosa; La complicación neonatal más frecuente es la dificultad respiratoria, seguido de sepsis neonatal, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante, mayor compromiso neurológico y mayor riesgo de compresión de cordón en casos de anhidramnios, estas complicaciones se pueden agravar según el grado de prematuridad (3).

Existen factores que predisponen el desarrollo de la ruptura prematura de membranas, pero en la mayoría de los casos no se logran identificar; por ejemplo, el antecedente de ruptura prematura de membranas que triplica el riesgo de ruptura prematura de membranas en el embarazo siguiente, infecciones del tracto genital, hemorragia antes del parto, anomalías cervicales antes del embarazo, procedimientos invasivos, uso de tabaco y otros (4).

La aplicación oportuna de protocolos de atención establece lineamientos basados en evidencia, lo que permite la intervención adecuada, gestionando mejor los procesos y los procedimientos asistenciales para el manejo de ruptura prematura de membranas, con el fin de contribuir a la reducción de complicaciones Materno-Fetales. Por lo que su



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

aplicación en el momento oportuno permitirá un mejor manejo de la gestante, infecciones controladas y disminución en la incidencia de recién nacidos prematuros.

El objetivo de este trabajo académico es identificar los procedimientos que se realizaron de acuerdo a protocolo para evitar complicaciones en la ruptura prematura de membranas y analizar los factores de riesgo asociados; El presente trabajo está constituido por las siguientes partes: Capitulo I - Marco conceptual, Capitulo II - Marco metodológico y Capitulo III - Discusión.



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

# CAPITULO I

# MARCO CONCEPTUAL



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

## 1. DEFINICION:

La ruptura prematura de membranas se define como la ruptura de las membranas ovulares antes de que inicie el trabajo de parto (1 a 2 horas antes), cuando ocurre antes de las 37 semanas de edad gestacional se le conoce como ruptura prematura de membranas pretérmino (4).

Se considera periodo de latencia el tiempo transcurrido entre el momento en que se produce la ruptura y el parto. Cuando este periodo supera las 24 horas, a la ruptura se define como prolongada (5).

## 2. INCIDENCIA:

La frecuencia de la ruptura prematura de membranas oscila alrededor del 10%, en tanto que asciende al 5% la correspondiente a ruptura prolongada (5).

## 3. CLASIFICACION:

La ruptura prematura de membranas se puede dividir en:

- **Ruptura de membranas a término:** después de las 37 semanas.
- **Ruptura de membranas pretérmino:** antes de las 37 semanas.
- **Ruptura de membranas prolongado:** más de 24 horas de ruptura y se puede combinar con las dos anteriores.
- **Ruptura de membranas Previable:** es la que ocurre antes de las 24 semanas.

Es importante diferenciar clínicamente cada caso, para establecer el abordaje más adecuado y minimizar las complicaciones maternas y fetales (4).

## 4. ETIOLOGÍA:

La ruptura de membranas puede ocurrir por varias razones. Aunque la ruptura prematura de membranas a término puede deberse a un debilitamiento fisiológico normal de las membranas en combinación con fuerzas de cizallamiento creadas por las contracciones (6).

- **Traumatismos:** los tactos digitales por vía vaginal, en especial cuando se intenta despegar las membranas de la pared segmento cervical, la colocación de amnioscopios, catéteres para registrar la presión intrauterina, sondas para iniciar el parto, etc., son las maniobras que, con



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

mayor frecuencia, pueden producir una amniotomía accidental involuntaria (5).

- **Infección local:** La tricomoniasis se asocia con una alta incidencia de ruptura prematura de las membranas. De este hecho se deduciría que la infección local debilita a las membranas cervicales.
- **Incompetencia istmicocervical:** Al aumentar la dilatación cervical, disminuye el soporte de las membranas cervicales. Esto hace que a una determinada dilatación se produzca una hernia del saco ovular en ese punto, luego las membranas se pueden romper en ausencia de contracciones por: (5).
    a) Estiramiento
    b) Acción traumática (coito, tacto, etc.) o
    c) Mayor exposición a los gérmenes vaginales.
- **Déficit de vitamina C y de Cobre:** Algunos sostienen que el ácido ascórbico y el cobre son importantes para el mantenimiento de la estructura normal de las membranas. Se ha observado asociación entre el déficit acentuado de vitamina C o de cobre y la ruptura prematura de las membranas (5).

## 5. RIESGO:

- **Riesgo materno:** La ruptura prematura de las membranas ovulares aumenta la morbimortalidad materna a expensas de las infecciones. La frecuencia y gravedad de esta se encuentra estrechamente vinculada con la duración del periodo de latencia. Cuando el mismo supera las 24 horas (ruptura prolongada) el riesgo se incrementa significativamente (5).
- **Riesgo fetoneonatal:** La ruptura prematura de las membranas ovulares eleva la morbimortalidad perinatal. Este riesgo que en la ruptura prolongada es aún más alto, depende fundamentalmente de:
    - **Inmadurez:** El principal factor determinante de la morbimortalidad neonatal es la inmadurez del recién nacido, que se exterioriza fundamentalmente por la enfermedad de membrana hialina. La ruptura prematura de las membranas ovulares determina, en la mayoría de los casos, una anticipación del momento del parto, con el consiguiente nacimiento de un niño, que



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

no ha completado su maduración. Esta anticipación produce también un incremento de la incidencia de presentaciones pelvianas, cuya letalidad es mayor que la de las cefálicas (5).

- **Infección:** El riesgo de que el feto y el recién nacido presenten esta complicación aumenta proporcionalmente con la duración del periodo de latencia. Según algunos autores, pasada las 24 horas de ruptura de membranas las cifras oscilan entre el 5 y 25 % de los casos (5).
- **Accidentes del parto:** En la ruptura prematura de membranas ovulares, el riesgo de prolapso del cordón y/o partes fetales es significativamente mayor que cuando la ruptura se produce intraparto (5).

## 6. OTROS FACTORES DE RIESGO:

Existen factores que predisponen al desarrollo de ruptura prematura de membranas, pero en la mayoría de los casos no se logran identificar. Estos son muy similares a los del parto prematuro (4).

- **Antecedente de ruptura prematura de membranas:** triplica el riesgo de ruptura prematura de membranas en el embarazo siguiente en comparación con las embarazadas que no lo presentan (4).
- **Infecciones del tracto genital e intrauterino:** principalmente se ha visto que está relacionado con clamidia y gonorrea, convirtiéndola en el factor más común (4).
- **Hemorragia antes del parto:** el sangrado en el primer trimestre aumenta el riesgo de ruptura prematura de membranas de tres a siete veces (4).
- **Fumador:** aumenta el riesgo en dos a cuatro veces en relación con las no fumadoras (4).
- **Otros:** trauma agudo, embarazos múltiples y polihidramnios (4).

## 7. DIAGNOSTICO:

Se realiza con la historia clínica y la visualización de la salida de líquido desde el orificio cervical por medio de la especuloscopía con lo que se confirma más del 90% de los casos, si no se logra visualizar la salida de líquido amniótico se le puede solicitar a la paciente que realice maniobras de Valsalva como toser o pujar.



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

En la historia clínica la paciente puede informar de la salida súbita de líquido o un flujo continuo, sin embargo, muchas de las mujeres lo suelen describir como una sensación de humedad en la vagina o como un aumento en la frecuencia urinaria. Sin evidencia de salida de líquido amniótico el diagnóstico se vuelve incierto por lo que es necesario la ayuda de pruebas adicionales para la toma de decisiones (4).

- **Pruebas auxiliares de diagnóstico:**

1. ***Prueba de PH o papel de nitrazina:*** Colocar el papel durante 15 segundos en el sitio de mayor colección de líquido, según el color será el PH de 5 a 6 = membranas integras, PH de 6.5 a 7.5 = membranas rotas (1); Los falsos negativos pueden darse al mezclarse el líquido amniótico junto con secreción vaginal. Los falsos positivos pueden suceder cuando existen otras secreciones alcalinas como el semen, sangre o jabón (6).
2. ***Prueba de la Cristalización o prueba de helecho:*** Extraer contenido Vaginal (no del cérvix), colocar una gota en un portaobjeto y luego extender, desecar el aire o bajo calor suave observar al microscopio; la presencia de cristales en forma de hojas de helecho indica membranas rotas. Los falsos negativos pueden suceder con presencia de elementos que dificulta la visualización: sangre, meconio y secreción vaginal; o examen realizado luego de 4 horas de la ruptura (4).
3. ***Prueba de la tinción de células y glóbulos lipídicos:*** Colocar en un portaobjeto una gota del contenido vaginal, agregar 1 gota de colorante, tapar con un cubreobjetos, desecar con calor suave, la presencia de células o glóbulos de color naranja indica membranas rotas; es falso negativo cuando hay poca concentración de células naranjas cuando el embarazo es menor de 32 semanas (5).
4. ***Presencia de fosfatidilglicerol:*** Cromatografía en capa fina, se realiza solo en laboratorios especializados (5).
5. ***Cambio de Color:*** Luego de la limpieza del cuello y del fondo del saco vaginal se extrae con una pipeta material del canal cervical, se coloca en un portaobjeto y se extiende, calentado suavemente la lámina entre 30-60 segundos si el material de esta cambia de incoloro a blanco indica la presencia de líquido amniótico, si cambia a marrón indica



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

membranas integras (solo moco cervical). Es falso negativo si la eliminación de líquido amniótico es insuficiente (5).

6. ***Test de la proteína de unión al factor de crecimiento similar a insulina (IGFBP-1):*** Se recomienda su utilización como prueba de primera línea cuando existen dudas diagnósticas por su alta sensibilidad y especificidad. Es la principal proteína de unión al factor de crecimiento similar a la insulina en el líquido amniótico, tiende aumentar en el segundo trimestre y suele permanecer aumentada durante todo el embarazo. El resultado se puede conseguir a los 10-15 minutos después de su realización, tiene un límite inferior de detección de 25 ng/ml y se considera positivo cuando su concentración es superior a 30 ng/ml (7).
7. ***Ultrasonido:*** A finales del siglo 20 el uso del ultrasonido en la ruptura prematura de membranas ha sido muy utilizado, en la ecografía se podría visualizar oligohidramnios. Hay que tener en cuenta que la ecografía es una herramienta que puede ayudarnos al diagnóstico de la ruptura prematura de membranas (no todas las rupturas tendrán oligohidramnios y a su vez no todos los oligohidramnios serán por una ruptura de membranas). Es necesario hacer una relación congruente con la historia clínica y el examen físico (3). Además, se sabe que el líquido amniótico no es un volumen que permanezca estable, existiendo diferencias individuales y a lo largo de la gestación, a las 14 semanas el índice de líquido amniótico aproximado es de 100 ml, a las 20 semanas hasta 400 ml, a las 25 semanas hasta 600 ml, entre las 32-34 semanas hasta 1000ml, entre las 35-40 semanas reduce en un 20% a 800 ml, y entre las 41-42 semanas reduce en 50% (7).

**8. CONDUCTA OBSTETRICA**: depende de:

**a) Infección amniótica (infección ovular o corioamnionitis):**

- Extraer una muestra para cultivo y antibiograma.
- Interrumpir la gestación en todos los casos sin tener en cuenta el futuro del neonato según Ricardo L. Schwarcz.
- Administrar antibióticos (Ampicilina 2g EV cada 6 horas, o de 6 a 12 g IM por día, más Gentamicina de 3 a 5 mg/kg de peso diarios IM) (5).



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

**b) Sin infección amniótica e inmadurez fetal (en especial Pulmonar):**

Las medidas generales a cumplir son:

- Reposo absoluto para prevenir prolapso o inicio de parto prematuro.
- Higiene perineal (sin lavado vaginal) con antiséptico no irritante cada 6 horas y apósito esterilizado, controlar las características de la amniorrea.
- Prohibición de tactos vaginales, colocación de especulo o amnioscopio, con excepción del necesario para el diagnóstico inicial.
- Monitoreo electrónico fetal cada 6-8 horas durante 30 minutos.
- Control de Funciones vitales cada 6 horas. (la hipertermia, la taquicardia y la fetidez del líquido amniótico son signos tardíos).
- Recuento y formula Leucocitaria 24 horas después del ingreso (valor normal de neutrófilos en la gestación hasta 7.700 por milímetro cubico). Si se observa neutrofilia con desviación a la izquierda se interrumpirá el embarazo.
- La administración de antibióticos profilácticos es muy discutida, ya que puede enmascarar la sintomatología de una infección, para otros autores los resultados profilácticos son favorables, el antibiótico a elección es ampicilina de 500 mg cada 6 horas VO, a veces asociado a Gentamicina 3-5 mg/kg IM (5).

  - ***Gestación menor de 26 semanas (<1000 gr):*** La viabilidad fetal es muy baja y el riesgo materno por infección es alto (6).
    - Asesoramiento a la paciente.
    - Manejo expectante o inducción de la labor, el manejo expectante se refiere a la hospitalización, monitoreo de bienestar fetal y vigilancia de signos de infección.
    - Los antibióticos se deben considerar a partir de la semana 20 0/7
    - Profilaxis para B-hemolítico no debe considerarse hasta que exista viabilidad fetal.
    - Esteroides no se consideran antes de la viabilidad.
    - Tocolisis no se recomienda antes de viabilidad.
    - Sulfato de magnesio como neuro protector no se considera antes de la viabilidad (6).



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

- ***Gestación de 27 a 33 semanas (1000 a 2300gr):*** En esta edad gestacional, el manejo puede ser un poco más desafiante por lo que se debe confirmar la edad gestacional, el diagnóstico de ruptura prematura de membranas, el bienestar fetal y la vía de parto. Estas pacientes se pueden beneficiar de algunas intervenciones como el uso de tratamiento antibiótico, corticoesteroides, sulfato de magnesio que suelen prolongar los embarazos beneficiando al feto.
  - Ante el riesgo de inmadurez pulmonar fetal se debe administrar betametasona 12mg cada 24 horas por 2 días.
  - Luego de la maduración pulmonar mantener conducta expectante hasta las 34 semanas, para luego interrumpir el embarazo (5).
- ***Gestación de 35 semanas a más (≥2300 gr):*** Si el parto no se inicia espontáneamente dentro de las 24 horas de ocurrida la rotura, será preciso interrumpir el embarazo (inducción de parto).
  - Reducir al mínimo los tactos vaginales (al comienzo de la inducción y cuando haya sensación de pujo).
  - Administración de antibiótico, Ampicilina 2 gr cada 6 horas IM.
  - Al primer intento fallido de inducción proceder con cesárea, ya que las contracciones uterinas pueden favorecer la propagación de gérmenes (5).
- ***Conducta durante el Puerperio:***
  - En ausencia de infección: Control obstétrico y control de funciones vitales cada 12 horas, mantener antibioticoterapia 4 días más y administrar oxitócicos.
  - En presencia de infección: Control obstétrico y control de funciones vitales cada 6 horas, continuar con antibióticos hasta tener resultado de cultivo y antibiograma, suspender antibiótico 3 días después de la desaparición de infección (5).

## 9. TRATAMIENTO:

- **Corticoesteroides:** Se recomienda su uso en mujeres embarazadas entre las 24-34 semanas de edad gestacional y puede ser considerado su uso en mujeres con 23 semanas de edad gestacional que se encuentran en riesgo de parto prematuro. Se recomiendan los siguientes esquemas:



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

- Betametasona: 12 mg IM cada 24 horas 2 dosis.
- Dexametasona: 6mg cada 12 horas 4 dosis.

Su efecto se alcanza a las 24 horas posteriores a su administración y su efecto máximo tiene una duración de aproximadamente 7 días. En ese tiempo, disminuye en 50% la presentación del síndrome de dificultad respiratoria de recién nacido. El uso de estos corticoesteroides ha disminuido la mortalidad neonatal, síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular y enterocolitis necrotizante, sin aumentar la infección materna o neonatal (4).

- **Sulfato de magnesio:** Se utiliza en mujeres embarazadas entre las 24-34 semanas de edad gestacional que se encuentran en riesgo inminente de parto prematuro. El esquema es 4 gramos EV en 20 minutos como dosis de impregnación seguido de 1 gramo cada hora durante 12 horas hasta la terminación. La utilización en este contexto se ha relacionado con una reducción del 30% al 40% de parálisis cerebral y disfunción motora gruesa, por lo tanto, se vincula con neuro protección cerebral (4).
- **Profilaxis antibiótica:** El objetivo es prevenir infecciones y prolongar el periodo de latencia en embarazos con ruptura prematura de membranas antes de las 34 semanas, que se encuentra muy relacionado con corioamnionitis.

  El esquema recomendado es: ampicilina 2 gramos EV cada 6 horas y eritromicina 250 mg cada 6 horas por 48 horas, seguido de amoxicilina 250 mg VO cada 8 horas (4).



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

# CAPITULO II

# MARCO METODOLÓGICO



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

## PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

### 1. ANAMNESIS

#### a) Filiación

| | |
|---|---|
| Apellidos y Nombres: | A.P.L.M. |
| Edad: | 36 años |
| Sexo: | Femenino |
| Raza: | Mestiza |
| Fecha de Nacimiento: | 04/12/1987 |
| Lugar de Nacimiento: | Arequipa |
| Dirección: | XXX |
| Teléfono: | XXX |
| Procedencia: | Arequipa |
| Estado civil: | Conviviente |
| Religión: | Católica |
| Idioma: | Castellano |
| Grado de Instrucción: | Superior no Universitario completo |
| Ocupación actual: | Técnico de enfermería |
| Fecha de ingreso: | 08/04/2024 |
| Fecha y hora de elaboración de HCL: | 21/04/2024 17:00 horas |
| N° de HCL: | 682625 |
| Informante: | Paciente |
| Tipo de anamnesis: | Directa |
| Responsable de elaboración de HCL: | Obst. Melany Jasmina CCama Ramos |

### 2. ENFERMEDAD ACTUAL

- Tiempo de enfermedad: 26 días
- Signos y síntomas principales: Perdida de líquido amniótico.
- N° días en Hospitalización: 14 días.

#### 2.1 Historia de la enfermedad:

Paciente refiere pérdida de líquido transvaginal desde el 27/03/2024 por lo que acude al Hospital Edmundo Escomel, donde al examen físico le indican que no hay perdida de líquido transvaginal, regresándola a casa con analgésicos.



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

El día 30/03/2024 paciente continúa percibiendo perdida de líquido, acudiendo nuevamente al Hospital Escomel donde no evidenciaron perdida de líquido amniótico, dándole progesterona.

El día 03/04/2024 paciente nuevamente acude por emergencia, donde no se evidencia perdida de líquido, dándole óvulos (Clotrimazol).

El día 08/04/2024 a horas 17:21, paciente es atendida por emergencia en el Hospital Edmundo Escomel con diagnóstico de gestación de 25 semanas 1 día por fecha de ultima regla y ruptura prematura de membranas por lo que es referida al Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo.

Paciente es hospitalizada el 08/04/2024 a horas 18:40, al examen físico no se evidencia perdida de líquido ni sangre por vía vaginal, quedando en hospitalización con reposo relativo, control estricto de perdidas transvaginales; a horas 23:00 se evidencia perdida de líquido transvaginal claro sin mal olor, no trabajo de parto, feto único vivo, dilatación: 0, borramiento: 0%, altura de presentación: -3, Se inicia con maduración pulmonar y antibioticoterapia.

El día 09/04/2024, paciente con evolución estacionaria, al momento del examen ansiosa, refiere perdida de líquido aproximadamente un paño, percibe movimientos fetales, no dinámica uterina, latidos cardio fetales 137x, en ecografía feto único vivo en longitudinal cefálico derecho, placenta corporal posterior grado I, líquido amniótico adecuado, pozo máximo 38 MM, ponderado fetal: 722gr, Cervicometría 34 MM.

El día 10/04/2024, paciente con evolución estacionaria, tranquila, refiere nueva perdida de líquido transvaginal en escasa cantidad claro sin mal olor, percibe movimientos fetales, no trabajo de parto, funciones vitales estables, completa maduración pulmonar.

El día 11/04/2024, paciente con evolución estacionaria, perdida de líquido en escasa cantidad, no trabajo de parto, funciones vitales estables, completa antibioticoterapia (Ampicilina y Azitromicina).

El día 12/04/2024, paciente tranquila, refiere perdida de líquido a las 3 am de escasa cantidad claro sin mal olor, no trabajo de parto, funciones vitales estables.

El día 13/04/2024, paciente de evolución estacionaria, continua con pérdida de líquido de escasa cantidad, sin signos clínicos y laboratoriales de infección,



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

pendiente resultados de hemoglobina, Proteína C reactiva y Procalcitonina control.

El día 14/04/2024, paciente con evolución estacionaria, perdida de líquido de escasa cantidad sin mal olor, no trabajo de parto, leucocitos 7.90, hemoglobina 11.5, Procalcitonina 0.174.

El día 15/04/2024, paciente refiere perdida de líquido de escasa cantidad, sin mal olor, no trabajo de parto, funciones vitales estables, Proteína C reactiva 0.38.

Del 16 al 19 de abril, paciente tranquila, de evolución estacionaria, con pérdida de líquido de escasa cantidad, sin mal olor, no trabajo de parto funciones vitales estables.

Dia 20/04/2024, se realiza ecografía; feto único vivo en transverso, dorso superior, polo cefálico en flanco derecho, ponderado fetal 1432 gr, latidos cardio fetales 150x, placenta corporal posterior, índice de líquido amniótico: 4,74; diagnostico: Oligohidramnios crónico secundario a ruptura prematura de membranas.

Dia 21/04/2024, actualmente paciente de evolución estacionaria, refiere perdida de líquido en escasa cantidad, sin mal olor, no trabajo de parto, funciones vitales estables, conducta obstétrica expectante, se solicita hemograma y Proteína C reactiva cada 48 horas.

### 2.1.1 Plan de trabajo:

- Dieta blanda
- Reposo relativo
- Control de funciones vitales
- Control de signos de alarma
- Control obstétrico
- Control estricto de perdidas transvaginales
- Exámenes de laboratorio
- Sedimento urinario
- Electrocardiograma
- Ecografía obstétrica
- Cervicometría
- Maduración fetal



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

- Antibiótico profilaxis

**2.2 Funciones biológicas:**

- Orina: Conservada
- Deposiciones: Disminuido (cada 2 días)
- Sueño: Conservado
- Sed: Conservada
- Apetito: Conservado

## 3. ANTECEDENTES

**3.1 Antecedentes personales:**

- Nacida de parto: Eutócico
- Atención: Hospital
- Lugar: Arequipa
- Lactancia materna: 2 años
- Vacunas: Completas, COVID 4 dosis
- Dentición: Normal
- Crecimiento y desarrollo psicomotriz: Normal

**3.2 Antecedentes patológicos:**

- Enfermedades eruptivas de la infancia: Niega
- Enfermedades de la adolescencia: Niega
- Enfermedades de la adultez: Niega
- Patología de la cadera: No
- Cirugías: Legrado uterino en el 2021
- Accidentes o traumatismos: Niega
- Hospitalizaciones: Si (2 veces) por atención de parto y embarazo anembrionario
- Transfusiones sanguíneas: No
- Alergia a medicamentos: No
- Alergia a alimentos: No
- Medicación: Niega

**3.3 Antecedentes Gineco-obstétricos:**

- Menarquia: 12 años
- Régimen catamenial: Irregular
- Inicio de relaciones Sexuales: 19 años



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

- Parejas Sexuales: 02
- Dismenorrea: Si
- Métodos Anticonceptivos: preservativo, Inyectables hace 10 años.
- Infecciones Ginecológicas: Infecciones vaginales sin identificación de agente etiológico.
- Papanicolaou: Negativo 2023
- Examen de mama: Normal 2023
- Fórmula Obstétrica: G3 P10110
    - Número de Gestaciones: 03
    - Número de Partos a término: 01
    - Número de Partos Pretérmino: 00
    - Número de Abortos: 01(gestación anembrionaria)
    - Número de Hijos Vivos: 01
    - Número de Hijos muertos 00
    - Número de cesáreas: 00
- Antecedente de embarazos:
    - Gestación 1: 22-02-2017 (Eutócico, Hospitalario, 39 semanas)
    - Gestación 2: 05-01-2021 (Aborto por Gestación Anembrionaria, Hospitalario, 8 semanas)
    - Gestación 3: Actual

### 3.3.1 Embarazo actual:

- Fecha de ultima regla: 15/10/2023
- Fecha probable de parto: 22/07/2024
- Controles Prenatales: 01
- Lugar de Atención: Hospital Edmundo Escomel
- Peso Pregestacional: 55 kg
- Talla: 1.55 m
- Índice de masa corporal: 22.89 Normal (Pregestacional)
- Ganancia de Peso: 3 kg
- Gestación Planificada: Si
- Altura Uterina: 26 cm
- Situación: Longitudinal
- Presentación: Cefálica
- Posición: Derecha



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

- Latidos Cardio fetales: 148 x – 152 x
- Movimientos Fetales: +++
- Ponderado fetal: 1432gr (ecografía del 20/04/2024)
- Líquido amniótico: 4.74 cm
- Cervicometría: 34 mm (08/04/2024)

**3.3.2 Patología de embarazos anteriores:**

- Gestación 1: Niega complicaciones durante embarazo, parto y puerperio.
- Gestación 2: Embarazo Anembrionario, terminó en Aborto Hospitalario, sin complicaciones.

**3.4 Antecedentes familiares:**

- Padre: 60 años, vivo, Diabetes Mellitus tipo II
- Madre:56 años, vivo, aparentemente sana.
- Hijo: 7 años, vivo, aparentemente sano.

**3.5 Antecedentes socioeconómicos:**

- Vivienda: Familiar
- Zona: Urbana
- Material: noble
- Servicios: Agua, luz y desagüe

**3.6 Alimentación:**

- Dieta balanceada

**3.7 Hábitos nocivos:**

- Té: 2 a 3 veces al mes
- Café: Raras veces
- Alcohol: Niega
- Tabaco: Niega
- Drogas: Niega

## 4. EXAMEN FÍSICO

### 4.1 Examen General:

Al examen aparente buen estado general, buen estado de nutrición, buen estado de hidratación, lucida orientada en tiempo, espacio y persona, refiere perdida de líquido transvaginal en escasa cantidad comparado a días anteriores, 1 a 2 veces



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

por día de 10 ml aproximadamente, no refiere dinámica uterina, percibe movimientos fetales, no cefalea, no nauseas, no sensación de alza térmica.

- **Funciones Vitales:**
  - Presión Arterial: 100/60 mmhg
  - Frecuencia Cardiaca: 78 x
  - Frecuencia Respiratoria: 18x
  - Saturación de oxígeno: 94%
  - Temperatura:36.2°C
- **Control Obstétrico:**
  - Latidos Cardio Fetales: 152 X
  - Movimientos fetales: Presentes +++
  - Presentación fetal: Longitudinal Cefálico Derecho
  - Dinámica uterina: Ausente
  - Secreciones: Apósito ligeramente húmedo, sin mal olor.

**4.2 Piel y Faneras:** Facies compuestas; piel: trigueña, tibia, turgor y elasticidad conservada; signo del pliegue negativo.

Pelo: de color oscuro, buena implantación y cantidad adecuada.

Uñas: en buen estado de conservación, llenado capilar < a 2 segundos.

**4.3 Cabeza:** Cráneo normocéfalo, conjuntivas palpebrales rosadas, escleras no ictéricas, mucosas orales húmedas, dientes con buena higiene, piezas dentarias incompletas.

**4.4 Cuello:** Delgado móvil, no se palpa nodulaciones ni tumoraciones**.**

**4.5 Tórax:** Simétrico, murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares**.**

**4.6 Mamas:** Simétricas, pezones formados, no se evidencia secreción calostral.

**4.7 Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos, normo fonéticos, no ruidos agregados.

**4.8 Abdomen:** Globuloso ocupado por útero grávido, altura uterina: 26cm, Feto: longitudinal cefálico derecho, latidos cardio fetales: 148 - 152 x, no hipertónico, no dinámica uterina.

**4.9 Génito urinario:** Exploración física renal con puño percusión lumbar negativa, al examen ginecológico, se aprecia salida de líquido amniótico escaso, sin mal olor, no sangrado transvaginal.



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

**4.10 Columna vertebral y extremidades:** Columna vertebral no se evidencia desviaciones; Extremidades móviles, sin edemas.

**4.11 Neurológico:** Conservado, Reflejos Osteotendinosos: ++.

## 5. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- Gestación de 27 semanas por fecha de ultima regla.
- Multigesta primípara.
- Ruptura Prematura de Membranas Prolongada.
- Feto único vivo.

## 6. TRATAMIENTO

- Dexametasona 6 mg cada 12 horas IM (4 dosis)
- Ampicilina 2gr. Cada 6 horas EV (por 7 días)
- Azitromicina 500 mg cada 24 horas VO (por 2 días, luego suspendido).

## 7. INDICACIONES

- Dieta blanda + fibra + adicional de fruta + líquidos orales a voluntad.
- Reposo absoluto.
- Control Obstétrico: movimientos fetales, latidos cardio fetales, y dinámica uterina cada 4 horas.
- Control de signos de alarma.
- Control de Amniorrea.
- Tactos vaginales restringidos.
- Higiene vulvo perineal.
- Hemograma, Proteína C reactiva, cada 48 horas.
- Ecografía Obstétrica.
- Conducta Obstétrica Expectante.



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

## 8. EXAMENES AUXILIARES

En orden cronológico desde el primer día de hospitalización hasta la elaboración de la presente historia clínica.

| **Laboratorio** | Leucocitos | Hemoglobina | Plaquetas | VCM Volumen Corpuscular Medio | Neutrófilos Segmentados | PCR Proteína C reactiva | PCT Procalcitonina | Glucosa | Examen completo de orina | Creatinina | INR Tiempo de protombina |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8/04/2024 | 10.21 | 11.7 | 223 | | 73.9 | | | 82 | Negativo | 0.6 | 1 |
| 10/04/2024 | 15 | 11 | 209 | | 88.1 | 2.69 | | | Negativo | | |
| 11/04/2024 | 10.91 | 10.5 | 188 | 93 | 74.7 | | | | | | |
| 12/04/2024 | 8.12 | 11.2 | 197 | 93 | 71.1 | NHR | 0.105 | | | | |
| 13/04/2024 | 8.78 | 11.5 | 199 | 93 | 76.5 | | | | | | |
| 14/04/2024 | 7.9 | 11.5 | 210 | | | | 0.174 | | | | |
| 15/04/2024 | 8.22 | 11.6 | 211 | | | 0.38 | | | | | |
| 16/04/2024 | 8.68 | 11.4 | 199 | | | 0.46 | 0.129 | | | | |
| 17/04/2024 | 8.16 | 11.4 | 205 | | | 0.48 | | | | | |
| 18/04/2024 | 7.79 | 11.2 | 212 | | | 0.48 | | | | | |
| 19/04/2024 | 8.22 | 11 | 205 | | | 0.42 | | | | | |



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

| **Ecografía Obstétrica** | Edad Gestacional | Ponderado Fetal | Feto | presentación | Movimientos fetales | Placenta | ILA | Pozo máximo | LCF | Cervicometría |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8/04/2024 | 25 semanas 1 día | 722gr | Único vivo | Longitudinal cefálico derecho | Presentes | Corporal post grado I | Adecuado | 38mm | 152x | 34mm |
| 20/04/2024 | 26 semanas 6 días | 1432gr | Único vivo | Transverso | Presentes | Corporal post grado I | 4.74 cm | | 150 x | |

*Fuente: historia clínica*



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

## 9. ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO

Se realizó la evaluación del caso clínico:

1. La paciente acudió hasta en 4 oportunidades al Hospital refiriendo perdida de líquido transvaginal, siendo regresada a su domicilio durante 13 días; la detección de signos de alarma de forma oportuna ayuda a disminuir la Morbimortalidad materno fetal.
2. La paciente es monitoreada estrictamente, para identificar signos de infección, se realiza análisis de laboratorio de forma continua y control de funciones vitales.
3. Los leucocitos desde el primer día de su hospitalización hasta la fecha se han mantenido dentro del rango normal (VN 3,500 – 11,000).
4. La proteína C reactiva y la procalcitonina no muestran incremento significativo en las pruebas de laboratorio, ambas son marcadores de infección (Proteína C reactiva VN < 0.3 mg/dl, Procalcitonina VN 0 – 0.5 ng/ml).
5. El índice de líquido amniótico se mantuvo dentro de valores normales hasta el 20 de abril, posteriormente se observa el índice de líquido amniótico de 4,74 cm (VN 5 – 22 cm), considerando un nuevo diagnóstico de oligohidramnios crónico secundario a ruptura prematura de membranas.
6. Se realizó maduración pulmonar con Dexametasona de 6 mg cada 12 horas por 4 dosis y antibiótico de profilaxis Ampicilina de 2 gr cada 6 horas por 7 días, para prevenir infecciones y prolongar el periodo de latencia hasta las 34 semanas.
7. Se realiza control obstétrico permanente para determinar bienestar fetal evaluando movimientos fetales, latidos cardio fetales y dinámica uterina, no se evidenció sufrimiento fetal.
8. La paciente no presenta amenaza de parto pretérmino asociado a ruptura prematura de membranas, no refiere dinámica uterina y la Cervicometría es de 34mm, el cual indica bajo riesgo de parto pretérmino.
9. Se realizó dos ecografías, ambas indican feto único vivo, de adecuado crecimiento fetal, latidos cardio fetales de valores normales, vitalidad fetal conservada.



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

10. Paciente actualmente cursa una gestación de 27 semanas, continua en hospitalización, control obstétrico y laboratorial estricto, conducta expectante a la identificación de cualquier alteración que ponga en riesgo la vida de la madre y el feto, el mismo que significaría la interrupción del embarazo.



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

# CAPÍTULO III
# DISCUSIÓN



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

## DISCUSIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, la prevalencia de la ruptura prematura de membranas se halla presente del 5 al 8 % del total de los embarazos a nivel global. Se calcula que, en Latinoamérica, la incidencia de esa patología oscila entre el 5,7% y 8,9%; resultando visiblemente mayor en Perú, donde se estima un 13,6% (8).
Un estudio en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima; determinó un 12.5% de casos de ruptura prematura de membranas y de ellos el 19% fueron partos prematuros (2).

La revista materno perinatal el año 2020 estudió la asociación entre la ruptura prematura de membranas y neumonía neonatal en el Hospital María Auxiliadora, determinando que, la frecuencia de neumonía neonatal fue mayor en los productos de aquellas gestantes que tenían ruptura prematura de membranas 58.8%, con respecto a las que no tenían ruptura prematura de membranas 31.4%; demostrando asociación significativa a ruptura prematura de membranas (9).

La revista científica estudiantil de Cuba en un reciente estudio el año 2020; Concluyó que de las pacientes que cursan con ruptura prematura de membranas pretérmino, el 50 % termina el embarazo en la primera semana, de 15-25 % de los casos padece infección intra amniótica, mientras que de 15-20 % se asocia con infección posparto. El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta sucede en 2-5 % y produce de 1-2 % de las muertes fetales. La ruptura prematura de membranas pretérmino en embarazos no viables es poco común y se encuentra en menos de 1 % de los casos, el embarazo finaliza en 40-50 % durante la primera semana y en 70-80 % en las siguientes 2-5 semanas; se asocia con sepsis materna en 1 % de los casos (10).

El 2021 la revista Chilena de Obstetricia y Ginecología hizo un estudio sobre los beneficios de los antibióticos en la ruptura prematura de membranas pretérmino; Los antibióticos se asociaron con una reducción significativa de la infección materna y de la corioamnionitis. Además, redujeron el número de recién nacidos dentro de las 48 horas y dentro de los 7 días, y disminuyeron las siguientes morbilidades: infección neonatal, hemocultivo positivo, uso de surfactante, oxigenoterapia y ecografía cerebral anormal antes del alta hospitalaria; La mortalidad perinatal no se redujo. Se concluye que la administración de antibióticos en la ruptura prematura de membranas de parto pretérmino es beneficiosa tanto para las mujeres como para los recién nacidos. Estos datos apoyan el



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

uso sistemático de antibióticos en estos casos. El beneficio se obtiene con las penicilinas y la eritromicina, pero la eritromicina tiene resultados más sólidos por su uso en un mayor número de casos. La amoxicilina-ácido clavulánico no debe usarse por el riesgo de enterocolitis necrotizante neonatal (11), lo que coincide además con lo que se aplica en la Guía de práctica clínica para la prevención y manejo de parto pretérmino de EsSalud 2018 (12), en la que se menciona que el uso de antibiótico en la ruptura prematura de membranas pretérmino se ha asociado con menor riesgo de parto pretérmino, corioamnionitis, infección neonatal, uso de terapia surfactante, terapia con oxígeno y ecografía cerebral anormal. Habitualmente, se utiliza azitromicina oral o ampicilina endovenosa, seguido de amoxicilina oral (12).

Que se aplicó también en la paciente en el presente caso clínico, pero se aplicó todo el tratamiento con ampicilina vía endovenoso durante 7 días. Lo que sigue reforzando los estudios previos del uso de antibióticos, para reducir el riesgo de parto pretérmino, corioamnionitis y endometritis.

Meléndez y Barja el año 2020 estudiaron los factores de riesgo asociados con la ruptura prematura de membranas pretérmino en pacientes de un hospital en Callao - Perú. se estudiaron 32 pacientes embarazadas, con ruptura prematura de membranas pretérmino y 64 embarazadas sin enfermedad. Entre los factores estudiados, los sociodemográficos no demostraron asociación significativa; mientras que los factores obstétricos: infecciones cervicovaginales, infección de vías urinarias y anemia demostraron incrementar significativamente el riesgo de ruptura prematura de membranas pretérmino cuando una embarazada está expuesta a estos riesgos (13).

En nuestro caso clínico se puede observar que la paciente no presenta factores de riesgo sociodemográficos, pero si presenta factores de riesgo obstétricos como la infección cervicovaginal, además de no contar con control prenatal temprano, ni continuo (un control prenatal a las 22 semanas) reforzando el estudio de Meléndez y Barja.



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

## CONCLUSIONES

**PRIMERO:** Se realizo el análisis y la revisión del caso clínico de paciente de 36 años, ruptura prematura de membranas prolongadas y gestación de 27 semanas; recibió maduración pulmonar y antibioticoterapia, paciente estable, de evolución estacionaria, actualmente viene siendo monitorizada y evaluada periódicamente en el servicio de Gineco Obstetricia; en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, hasta el momento del parto.

**SEGUNDO:** Se identificó los procedimientos que se realizaron mediante protocolo de atención según Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del parto pretérmino - EsSalud 2018; como la administración de Azitromicina oral y Ampicilina endovenosa; además del monitoreo y control estricto a través de análisis de laboratorio, ecografía , control obstétrico y control de funciones vitales, los mismos que ayudan a determinar complicaciones de forma oportuna, los cuales permitieron que el proceso de gestación continue.

**TERCERO:** Los factores de riesgo asociados que se encontraron fueron la infección cervicovaginal que no fue diagnosticado ni tratado de forma oportuna además de iniciar primer control prenatal en segundo trimestre.



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

## RECOMENDACIONES

1. A las Obstetras, del primer y segundo nivel de atención, realizar seguimiento a las gestantes de riesgo, sobre todo si refieren algún signo de alarma; continuar trabajando con el valor de la empatía y siempre recordar que tenemos la gran responsabilidad de brindar una atención de calidad y calidez.

2. A EsSalud, priorizar las citas a las gestantes, de tal manera que puedan cumplir con sus controles prenatales de forma periódica y continua; así como la contratación de más Obstetras y Ginecólogos para una atención oportuna, diagnóstico precoz y tratamiento especializado, disminuyendo así la morbilidad y mortalidad materna - neonatal.

3. A las gestantes, motivarlas para iniciar el primer control prenatal antes de las 14 semanas, cumplir con los cuidados y las indicaciones de los especialistas, acudir oportunamente a un establecimiento de salud de presentar algún signo de alarma.



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

**REFERENCIAS**

1. Pasapera Alban N, Purisaca Benites M. Características Clínico Epidemiológicos de la Ruptura de Membranas. Articulo médico Hospital Cayetano Heredia. 2019 Febrero 20; 8(3).
2. Gutiérrez Ramos M. Manejo actual de la Rotura Prematura de Membranas en embarazos prétermino. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia SCIELO. 2019 Enero; 64(3).
3. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Rotura Prematura de Membranas. 2012 Junio; 1(1).
4. Orías Vásquez M. Ruptura Prematura de Membranas. Revista médica Sinergia. 2020 Noviembre 22; 5(11).
5. Schwarcz L, Duvergers CA, Fescina RH. Libro de obstetricia. sexta ed. Gonzalo Diaz A, editor. Argentina: El Ateneo; 2005.
6. Monge Acuña T. Ruptura Prematura de Membranas. Revista médica Sinergia. 2019 Noviembre 03; 2(11).
7. Ramírez JV. Fisiopatología del Líquido Amniótico, Embarazo Postermino. Universidad de Valencia. 2017 Enero; 1(1).
8. Rivera Herrera EG. Factores de riesgos de Ruptura Prematura de Membranas. Universidad Nacional de Chimborazo Mexico. 2018 Junio; 12(1).
9. Juárez Peralta M, Loo Valverde M. Ruptura Prematura de Membranas y su asociación con Neumonia Neonatal. Revista Peruana de investigación Materno Perinatal. 2020 Febrero; 1(1).
10. Castañeda Urdaneta FA, Chiang R, Mendoza Mulén JJ, Castro Montané F. Caracterizacion Clínica y Epidemiológica de la Rotura Prematura de Membranas. Revista Científica Estudiantil. 2020 Abril; 2(1).
11. Ovalle A, Figueroa J. Beneficios de los antibióticos en la Rotura Prematura de Membranas pretérmino y factores que intervienen en la eficácia del tratamiento. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2021 Octubre; 86(5).
12. EsSalud IDEDTES. Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del parto pretérmino. 20th ed. Lima: IETSI; 2018.



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

13. Nazarid Meléndez JB. Factores de riesgo asociados con la Ruptura Prematura de Membranas pretérmino en pacientes de un Hospital del Callao -Perú. Ginecología y Obstetricia. 2021 Agosto; 88(1).

14. Aguirre Melgarejo E. Factores Sociodemográficos y Culturales asociados a la Ruptura Prematura de Membranas. Repositorio Universidad Nacional Federico Villareal. 2019 Abril; 01(01).

15. Vargas Arias K, Vargas Roman C. Ruptura Prematura de Membranas. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica. 2014 Enero; 71(1).



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

# ANEXOS



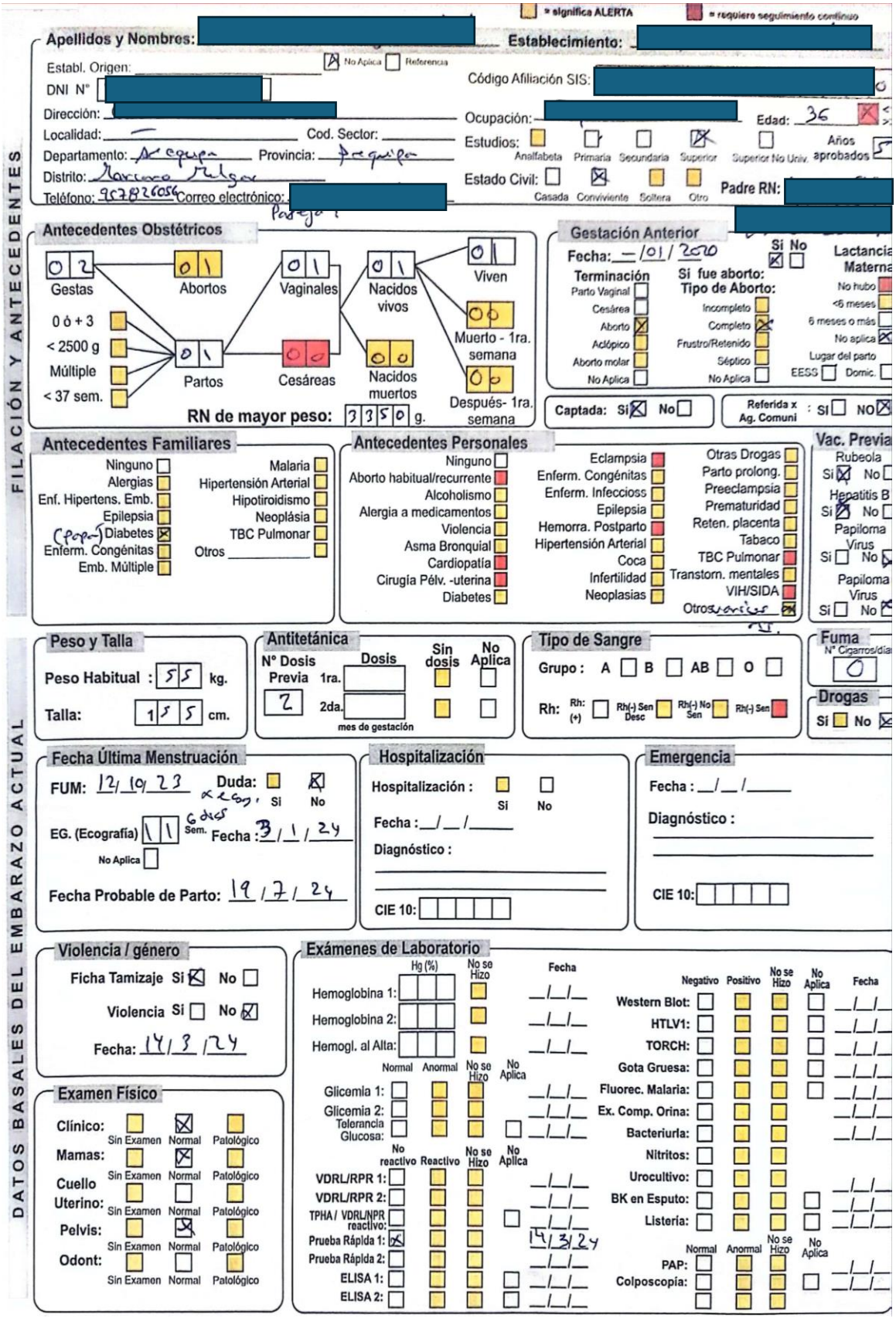
Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

**ANEXO 1**

**Carnet de atención Prenatal**






Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE TESIS UCSM

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

EsSalud

# CARNET DE ATENCIÓN PRENATAL

ESTABLECIMIENTO:

NIVEL: I-4

APELLIDOS:

NOMBRES:

N° HC

CITA DE CONTROL

| | DÍA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| | 15 | 4 | 24 |

| | DÍA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| | | | |

GESTANTE CON FACTORES DE RIESGO

CUMPLA CON LAS CITAS

SIGNOS DE ALARMA:
* Vómito Exagerado.
* Salida de sangre o líquido por la vagina.
* Fiebre o escalofríos.
* Hinchazón de alguna parte de su cuerpo.
* Disminución de movimientos fetales.
* Dolor abdominal o contracciones del útero

| ATENCIONES PRENATALES | ATENCIÓN 1 | ATENCIÓN 2 | ATENCIÓN 3 | ATENCIÓN 4 | ATENCIÓN 5 | ATENCIÓN 6 | ATENCIÓN 7 | ATENCIÓN 8 | ATE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha y hora atención (a/m/d hh:min.) | 14/3/24: | / / : | / / : | / / : | / / : | / / : | / / : | / / : | / |
| Edad Gest. (semanas) | 22 sem | | | | | | | | |
| Peso madre (kg.) | 57.6 | | | | | | | | |
| Temperatura (°C) | 36,5°C | | | | | | | | |
| Presión arter. (mm. Hg.) | 90/60 | | | | | | | | |
| Pulso materno (por min.) | 84x' | | | | | | | | |
| Altura Uterina (cm.) | 19cm | | | | | | | | |
| Situación (LITINA) | | | | | | | | | |
| Presentación (C/P/N/A) | cef. pendular | | | | | | | | |
| Posición | | | | | | | | | |
| F.C.F. (por Min/NA) | 143x' | | | | | | | | |
| Mov. fetal | + | | | | | | | | |
| Proteinuria Cualitativa | Negativo | | | | | | | | |
| Edema (+/++/+++/SE) | SE | | | | | | | | |
| Reflejo Osteotendinoso (0,+/++/+++) | ++ | | | | | | | | |
| Examén de Pezón (formado/No Form/S/n Exam) | F | | | | | | | | |
| Indic. Fierro / Ac. Fólico (mayor o igual a 16 sem) | Si | | | | | | | | |
| Indic. Calcio (mayor o igual a 20 sem) | Si | | | | | | | | |
| Indic. Ac. Fólico | NA | | | | | | | | |
| Orient. Consej. (PF/ITS/Nut) Imn/VIH/TBC/No se hizo/NA | Seg Alerta | | | | | | | | |
| EG de Eco. Control (Sem/No se hizo/NA) | se solicita | | | | | | | | |
| Perfil Biofisico (4,6,8,10 de 10/NSH/NA | NA | | | | | | | | |
| Cita (a/m/d) | 15/4/24 | | | | | | | | |
| Visita domicil. (Si/No/NA) | No | | | | | | | | |
| Plan Parto (control/visita/No se hizo/NA) | JPP | | | | | | | | |
| Estab. de la atención | | | | | | | | | |
| Responsable atención | | | | | | | | | |



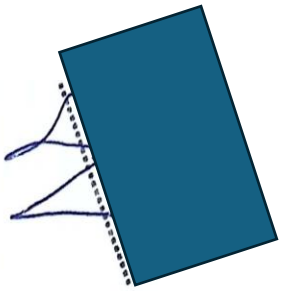
Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

REPOSITORIO DE
TESIS UCSM

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

**ANEXO 2**

**Ecografía**



LATIDO CARDIACO, UBICACION DE LA PLACENTA, POSICION
MAS FETOS

Informe

FETO UNICO EN LCD CON MOV FETALES Y RESPIRATORIOS PRESENTES
PLACENTA CORPORAL POSTERIOR GRADO I
ILA ADECUADO POZO MAXIMO 38 MM

PONDERADO FETAL
722 GR

CERVICOMETRIA 34 MM

IDX:
- GESTACION DE 25 SEMANAS POR BIOMETRIA FETAL
- VITALIDAD FETAL CONSERVADA



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis