



Universidad Católica de Santa María

Facultad de Obstetricia y Puericultura Segunda Especialidad en Alto Riesgo Obstétrico

Caso clínico: Ruptura prematura de membranas

Trabajo Académico presentado por:

Triviños Chalco, Erika Lucia

ORCID: 0009-0006-3863-684X

para optar el Título de Segunda Especialidad en Alto Riesgo Obstétrico

Asesor:

Dr. Herrera Cárdenas, Marcos Erveth

ORCID: 0000-0001-5221-7269

Arequipa - Perú

2026

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ALTO RIESGO OBSTETRICO
SEGUNDA ESPECIALIDAD CON TRABAJO ACADÉMICO
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 02 de Julio del 2026

Dictamen: 018962-C-EPOYP-2026

Visto el borrador del expediente 018962, presentado por:

2021974492 - TRIVIÑOS CHALCO ERIKA LUCIA

Titulado:

CASO CLÍNICO: RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Nuestro dictamen es:

APROBADO

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

ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

29528535 - ARENCIO HEREDIA MARCELINA LOURDES
DICTAMINADOR



29697884 - OVIEDO TEJADA VERONICA FLORENCIA
DICTAMINADOR



29640435 - FLORES PARI LIZBETH YANNINE
DICTAMINADOR



Caso clínico: Ruptura prematura de membranas

INFORME DE ORIGINALIDAD

15%

INDICE DE SIMILITUD

13%

FUENTES DE INTERNET

4%

PUBLICACIONES

6%

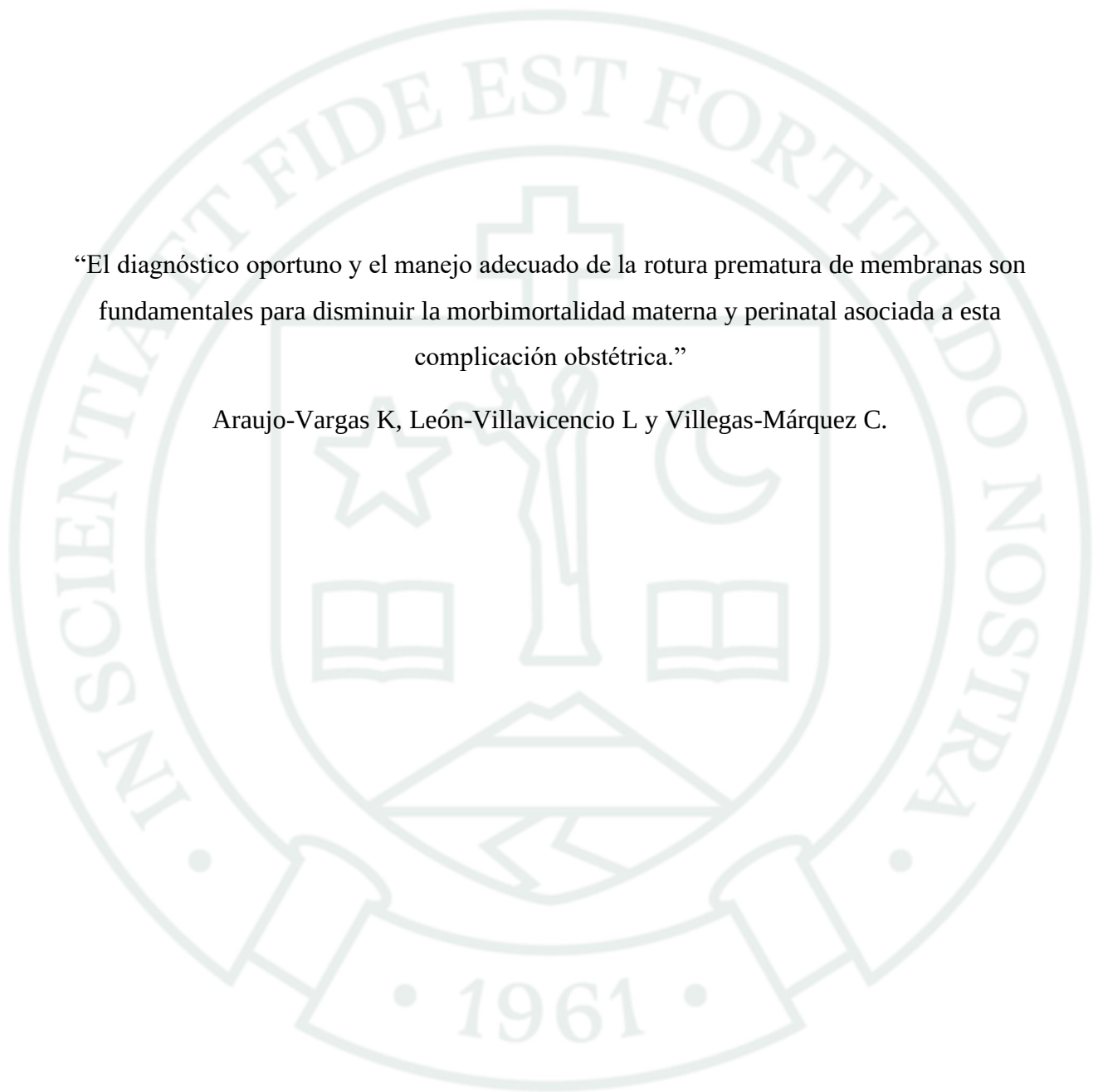
TRABAJS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Católica de Santa María	3%
	Trabajo del estudiante	
2	repositorio.ucsm.edu.pe	3%
	Fuente de Internet	
3	tesis.ucsm.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
4	repositorio.unica.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
5	repositorio.usmp.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
6	Submitted to Universidad Politécnica del Perú	<1%
	Trabajo del estudiante	
7	revistamedica.com	<1%
	Fuente de Internet	
8	repositorio.unsaac.edu.pe	<1%
	Fuente de Internet	
9	Bravo Quispe, Luz Marina Yanet. "Mortalidad y factores de riesgo en pacientes COVID-19 en el distrito de Puno, año 2020", Universidad Nacional del Altiplano de Puno (Peru)	<1%
	Publicación	
10	eprints.uanl.mx	<1%
	Fuente de Internet	
11	repositorio.udh.edu.pe	<1%
	Fuente de Internet	
12	repositorio.unsch.edu.pe	<1%
	Fuente de Internet	
13	repositorio.unc.edu.pe	<1%
	Fuente de Internet	
14	www.sogvzla.org	<1%
	Fuente de Internet	

“El diagnóstico oportuno y el manejo adecuado de la rotura prematura de membranas son fundamentales para disminuir la morbilidad materna y perinatal asociada a esta complicación obstétrica.”

Araujo-Vargas K, León-Villavicencio L y Villegas-Márquez C.



DEDICATORIA

A mi madre, quien en vida me educó con amor y valores, y que hoy, desde su ausencia, sigue siendo mi guía.



AGRADECIMIENTOS

A mis docentes, por su guía constante y enseñanza que han dado sentido a mi formación profesional. A los profesionales de salud, por su apoyo y colaboración invaluable, que hicieron posible la realización de este trabajo académico.



RESUMEN

Objetivo: Analizar el manejo clínico, los factores de riesgo, las manifestaciones clínicas, los procedimientos diagnósticos, las intervenciones terapéuticas y la evolución materno-perinatal en una gestante con ruptura prematura de membranas pretérmino tardía.

Metodología: Estudio cualitativo, descriptivo y retrospectivo de tipo caso clínico, basado en la revisión de la historia clínica, notas de evolución, registros obstétricos, resultados de laboratorio y monitoreo materno-fetal, se recopiló información relacionada con los antecedentes maternos, los procedimientos diagnósticos, las intervenciones terapéuticas y la evolución clínica durante la hospitalización.

Resultados: Gestante de 34 semanas y 5 días de edad gestacional que ingresó con pérdida súbita de líquido amniótico, con ruptura prematura de membranas pretérmino tardía asociada a oligohidramnios moderado, recibió manejo expectante inicial con vigilancia materno-fetal continua, hidratación endovenosa y antibioticoterapia secuencial, posteriormente presentó progresión rápida del trabajo de parto, que termina por vía vaginal, se obtuvo un recién nacido masculino de 2270 g, con APGAR de 9 al primer minuto y 9 a los cinco minutos, la evolución materna durante el puerperio inmediato fue favorable y sin complicaciones.

Conclusiones: El manejo clínico oportuno permitió una evolución materno-perinatal favorable, se consideró: edad materna, la multiparidad, el antecedente de parto pretérmino y el período intergenésico prolongado como factores de riesgo, el diagnóstico oportuno, las intervenciones terapéuticas implementadas y la vigilancia materno-fetal continua, contribuyeron a preservar el bienestar materno y neonatal, obteniéndose resultados satisfactorios en todo el proceso de evolución.

Palabras clave: embarazo, parto, ruptura prematura de membranas.

ABSTRACT

Objective: To analyze the clinical management, risk factors, clinical manifestations, diagnostic procedures, therapeutic interventions, and maternal-perinatal outcomes in a pregnant woman with late preterm premature rupture of membranes.

Methodology: A qualitative, descriptive, and retrospective clinical case study based on the review of medical records, progress notes, obstetric records, laboratory results, and maternal-fetal monitoring. Information was collected regarding maternal history, diagnostic procedures, therapeutic interventions, and clinical evolution during hospitalization.

Results: A pregnant woman at 34 weeks and 5 days of gestation was admitted with a sudden loss of amniotic fluid. The diagnosis of late preterm premature rupture of membranes associated with moderate oligohydramnios was confirmed. Initial expectant management was provided, including continuous maternal-fetal surveillance, intravenous hydration, and sequential antibiotic therapy. Subsequently, rapid progression of labor occurred, resulting in a vaginal delivery. A male newborn weighing 2,270 g was delivered, with APGAR scores of 9 at one minute and 9 at five minutes. Maternal evolution during the immediate postpartum period was favorable and without complications.

Conclusions: Timely clinical management resulted in a favorable maternal and perinatal outcome. Maternal age, multiparity, a history of preterm birth, and a prolonged interpregnancy interval were identified as risk factors. Early diagnosis, the implementation of appropriate therapeutic interventions, and continuous maternal-fetal monitoring contributed to preserving maternal and neonatal well-being, leading to satisfactory outcomes throughout the patient's clinical course.

Keywords: pregnancy, childbirth, premature rupture of membranes.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN.....1

CAPÍTULO I MARCO CONCEPTUAL3

1.1. Marco teórico 4

1.1.1. Ruptura prematura de membranas 4

1.1.2. Etiología..... 4

1.1.3. Epidemiología 5

1.1.4. Fisiopatología 5

1.1.5. Factores de riesgo 6

1.1.6. Clasificación..... 9

1.1.7. Cuadro clínico 10

1.1.9. Manejo y tratamiento 13

1.1.10. Manejo de urgencias 14

1.1.11. Complicaciones 16

1.1.12. Guía de Atención de Emergencia Obstétricas 18

1.2. Antecedentes investigativos 20

CAPÍTULO II MARCO METODOLÓGICO23

2.1. Caso clínico..... 24

2.1.1. Anamnesis (15/05/2026)..... 24

2.1.1.1. Filiación 24

2.1.1.2. Enfermedad actual 25

2.1.1.3. Funciones biológicas	29
2.1.2. Antecedentes	29
2.1.2.1. Antecedentes personales	29
2.1.2.2. Antecedentes familiares	31
2.1.2.3. Antecedentes hereditarios	31
2.1.2.4. Antecedentes socioeconómicos	31
2.1.2.5. Antecedentes psicosociales	32
2.1.2.6. Hábitos y costumbres	32
2.1.2.7. Embarazo actual	32
2.1.2.8. Evaluación nutricional	33
2.1.3. Examen físico	33
2.1.4. Impresión diagnóstica	35
2.1.5. Plan de trabajo	36
2.1.6. Estudios complementarios	36
CAPÍTULO III DISCUSIÓN	39
DISCUSIÓN	40
CONCLUSIONES	44
RECOMENDACIONES	46
REFERENCIAS	48
ANEXOS	53

INTRODUCCIÓN

La ruptura prematura de membranas (RPM) pretérmino tardía es la complicación obstétrica de mayor relevancia durante la gestación, debido a su estrecha relación con el parto pretérmino, las infecciones materno-fetales y el incremento de la morbilidad perinatal, esta condición se conceptualiza cuando hay pérdida de continuidad de las membranas ovulares antes del inicio del trabajo de parto, permitiendo la salida del líquido amniótico y exponiendo el ambiente intrauterino al medio externo (1), cuando se da antes de la semana 37 se clasifica como RPM pretérmino, situación que favorece el riesgo de infecciones, respiratorias y neonatales (2), además, es la principal causa de parto prematuro y como un problema de gran impacto clínico y epidemiológico debido a las consecuencias que genera a la gestante y su neonato (3).

Desde el punto de vista fisiopatológico, esta alteración se encuentra relacionada con mecanismos inflamatorios, infecciosos y mecánicos que ocasionan un debilitamiento progresivo del amnios y del corion, favoreciendo que se produzca su ruptura sin que se haya iniciado la actividad uterina efectiva (4), entre las causas probables destacan los antecedentes como parto pretérmino, multiparidad, edad materna, las infecciones genitourinarias y determinadas complicaciones obstétricas previas, las cuales incrementan la probabilidad de presentar este cuadro durante la gestación (2).

Este caso clínico analiza a una gestante de 34. 5 Sem. de edad gestacional que ingresó a la Unidad de Cuidados Especiales Obstétricos con pérdida de líquido amniótico y trabajo de parto pretérmino en evolución, inicialmente catalogado en fase latente, durante su estancia hospitalaria se instauró vigilancia materno-fetal continua, monitoreo obstétrico estricto, terapia antibiótica y evaluación permanente de la evolución clínica, con el propósito de prevenir complicaciones y garantizar el bienestar del binomio madre-hijo.

Ante el alto riesgo obstétrico, se determinó inicialmente la indicación de una cesárea de emergencia; no obstante, debido a una progresión hiperdinámica, la intervención quirúrgica fue

suspendida, como resultado de las intervenciones realizadas, la evolución fue favorable, culminando en un parto vaginal, sin complicaciones maternas ni neonatales inmediatas.

El presente trabajo se estructura en tres capítulos; primero, teoría que sustenta el caso y la revisión de antecedentes relacionados con la RPM pretérmino tardía, segundo desarrolla el marco metodológico y la descripción detallada del caso clínico, finalmente, el tercer capítulo presenta, la discusión sustentada en la evidencia científica disponible, las conclusiones y recomendaciones, considerando la evolución clínica observada durante la atención.

Objetivos

Analizar el manejo clínico de una gestante de 40 años con ruptura prematura de membranas pretérmino tardía de 34 semanas y 5 días.

Identificar los factores de riesgo asociados a la ruptura prematura de membranas pretérmino tardía presentes en la gestante.

Describir las manifestaciones clínicas, los procedimientos diagnósticos y los hallazgos obstétricos que permitieron establecer el diagnóstico.

Analizar las intervenciones terapéuticas, la secuencia antibiótica y las medidas de vigilancia materno-fetal aplicadas durante la hospitalización.

Evaluar la evolución materna durante todo el proceso, considerando los resultados maternos y neonatales obtenidos, así como los criterios clínicos que determinaron la resolución obstétrica final.



CAPITULO I

MARCO CONCEPTUAL

1.1. Marco teórico

1.1.1. Ruptura prematura de membranas

Es cuando el amnios y el corion se rompen antes de la actividad uterina efectiva, lo que provoca la salida de líquido amniótico por vía vaginal, esta condición puede presentarse tanto en gestaciones a término o antes; cuando se da antes de la semana 37 se denomina RPM pretérmino, dentro de esta clasificación, la RPM pretérmino tardía corresponde a aquella que se presenta entre las 34 semanas y 36 semanas con 6 días, es causa de prematuridad y se asocia con importantes complicaciones maternas y neonatales, incrementando significativamente la morbilidad perinatal (1,2,3,5).

1.1.2. Etiología

La etiología de la RPM pretérmino tardía es multifactorial y resulta de la interacción de factores biológicos, infecciosos, mecánicos, nutricionales y socioeconómicos, estos elementos alteran el equilibrio fisiológico necesario para mantener la integridad de las membranas fetales durante la gestación, favoreciendo que se rompan sin que inicie labor de parto (2,3).

Factores infecciosos e inflamatorios, las infecciones del tracto genitourinario y la corioamnionitis constituyen factores estrechamente relacionados con la RPM pretérmino tardía, la infección activa la producción de citoquinas y enzimas que modifican la estructura de las membranas fetales, disminuyendo su resistencia y favoreciendo el nacimiento pretérmino (2,5).

Factores obstétricos y mecánicos, el antecedente de RPM, el polihidramnios, la gestación múltiple, la incompetencia cervical y los traumatismos abdominales incrementan la tensión sobre las membranas ovulares, favoreciendo cambios mecánicos que predisponen a su ruptura prematura (1,3).

Factores nutricionales, la vitamina D y otros micronutrientes participan en la síntesis y mantenimiento del colágeno, componente esencial de las membranas fetales, su deficiencia puede comprometer la estabilidad estructural de estos tejidos y aumentar el riesgo de RPM (2,5).

Factores maternos y socioeconómicos, el tabaquismo, el bajo índice de masa corporal, las edades maternas extremas, las condiciones socioeconómicas desfavorables y la insuficiente atención prenatal se asocian con un incremento de la vulnerabilidad obstétrica y de los resultados perinatales adversos (2,3).

1.1.3. Epidemiología

La RPM pretérmino tardía constituye una complicación obstétrica cuya frecuencia forma parte del conjunto de casos de ruptura prematura de membranas reportados durante la gestación, aunque esta condición se presenta con mayor frecuencia en gestaciones a término, su aparición antes de completar las 37 semanas representa un problema de mayor relevancia clínica debido a las repercusiones que genera sobre la salud neonatal (2,6).

Diversos estudios han identificado como factores relacionados con esta condición la adolescencia materna, la nuliparidad, las limitaciones socioeconómicas, el tabaquismo, las infecciones genitourinarias, los antecedentes obstétricos desfavorables y la atención prenatal insuficiente. (6,7).

La RPM pretérmino tardía desencadena nacimientos pretérminos con resultados neonatales desfavorables, su ocurrencia se relaciona con un mayor riesgo de infección intraamniótica, síndrome de dificultad respiratoria, sepsis neonatal y otras complicaciones que contribuyen al incremento de la morbilidad perinatal (2,6).

1.1.4. Fisiopatología

La base fisiopatológica de la RPM pretérmino tardía radica en la alteración del equilibrio del colágeno presente en las estructuras corioamnióticas, como consecuencia de este desequilibrio, disminuye progresivamente la capacidad de resistencia de dichos tejidos, favoreciendo la pérdida de su integridad antes del inicio del trabajo de parto (2,4).

Las infecciones intraamnióticas desempeñan un papel determinante en el desarrollo de esta entidad clínica, durante estos procesos se produce la liberación de metaloproteasas, colagenasas y otras sustancias enzimáticas, que degradan la matriz extracelular, ocasionando modificaciones tisulares que comprometen la función protectora del amnios y el corion (2,8).

La inflamación subclínica constituye otro mecanismo involucrado en la aparición de esta alteración obstétrica, la producción de citoquinas y diversos mediadores bioquímicos interfiere con los procesos normales de reparación y remodelación tisular, incrementando la fragilidad del saco gestacional y contribuyendo significativamente a su presentación durante embarazos pretérmino (2,4).

Algunas condiciones obstétricas generan un aumento sostenido de la presión dentro de la cavidad uterina, entre ellas destacan el polihidramnios, la gestación múltiple y la sobredistensión uterina, circunstancias que ejercen tensión excesiva sobre las envolturas fetales y favorecen cambios anatómicos que predisponen a la pérdida de continuidad de estas antes del comienzo espontáneo del parto (4,8).

Determinadas características maternas también intervienen en la aparición de esta complicación, el tabaquismo, la deficiencia de vitamina D, el bajo índice de masa corporal y la atención prenatal insuficiente se relacionan con alteraciones en la calidad de los componentes fibrilares que conforman los tejidos gestacionales. Estas condiciones reducen su capacidad de adaptación y aumentan la susceptibilidad de presentar eventos adversos durante el embarazo y el período perinatal (2,4).

1.1.5. Factores de riesgo

La RPM pretérmino tardía se relaciona con diferentes factores de riesgo maternos asociados al estilo de vida, antecedentes obstétricos, condiciones clínicas y determinantes sociales, los cuales han sido identificados y respaldados ampliamente en investigaciones científicas y consensos clínicos recientes.

Factores obstétricos

Las mujeres con antecedentes de parto pretérmino presentan una mayor probabilidad de desarrollar RPM en gestaciones posteriores, esta asociación se relaciona con la persistencia de condiciones anatómicas, obstétricas y procesos biológicos que predisponen a la recurrencia de complicaciones durante el embarazo (1,3).

La historia de abortos ocurridos antes de las 16 semanas de gestación se ha vinculado con modificaciones cervicales y cambios inflamatorios que pueden comprometer la capacidad de adaptación del cuello uterino durante embarazos futuros, incrementando el riesgo de presentar RPM pretérmino tardía (2,5).

La presencia de más de un feto dentro de la cavidad uterina genera una mayor demanda de espacio y expansión del útero, condición que incrementa la tensión ejercida sobre las estructuras que contienen el producto de la gestación y favorece el incremento de la presión intrauterina (4,8).

El incremento excesivo del volumen intrauterino ocasiona cambios biomecánicos que elevan de manera sostenida la presión dentro del saco gestacional, estas modificaciones pueden alterar la capacidad de resistencia de los tejidos de soporte y facilitar la pérdida de su continuidad antes del inicio del trabajo de parto (4,8).

Las enfermedades o trastornos que afectan la circulación materna pueden comprometer la adecuada perfusión placentaria y el aporte de oxígeno a los tejidos relacionados con la gestación, como consecuencia, se producen cambios degenerativos que incrementan la vulnerabilidad a complicaciones obstétricas y perinatales durante el embarazo (2,3).

Factores maternos

Las intervenciones quirúrgicas realizadas sobre el cuello uterino pueden ocasionar modificaciones en su estructura y funcionalidad, afectando su capacidad para mantener adecuadamente la gestación, estas alteraciones favorecen la aparición de complicaciones obstétricas relacionadas con la pérdida temprana de la integridad de las membranas fetales (1,3).

Las malformaciones uterinas de origen congénito pueden interferir con el desarrollo normal del embarazo al modificar la configuración de la cavidad uterina, estas condiciones generan un entorno menos favorable para la evolución gestacional y se asocian con una mayor frecuencia de eventos obstétricos adversos (2,5).

Los antecedentes de dilatación cervical y legrado pueden producir cambios en los tejidos del tracto reproductivo femenino, especialmente cuando se realizan de forma repetida, dichas

modificaciones pueden comprometer la competencia cervical y aumentar la susceptibilidad a presentar complicaciones durante embarazos posteriores (1,3).

La existencia de una cesárea realizada después de un periodo prolongado de dilatación completa puede generar secuelas anatómicas y funcionales en el segmento uterino inferior y en el cuello uterino, estas condiciones han sido relacionadas con un mayor riesgo de alteraciones gestacionales en embarazos futuros, incluyendo la presentación de RPM pretérmino tardía (4,8).

Sociodemográficos

El consumo de tabaco durante la gestación puede condicionar alteraciones en las membranas ovulares debido a los efectos nocivos que ejerce sobre los tejidos gestacionales, la exposición a sustancias tóxicas derivadas del cigarrillo altera diversos procesos biológicos, favoreciendo resultados obstétricos desfavorables y un mayor riesgo de nacimiento antes de término (2,5).

Las gestantes con un índice de masa corporal inferior al percentil 10 presentan con mayor frecuencia deficiencias nutricionales que pueden afectar el adecuado desarrollo del embarazo, esta condición se asocia con una menor disponibilidad de nutrientes esenciales para el mantenimiento de los tejidos fetales y con una mayor probabilidad de presentar complicaciones materno-perinatales (2,5).

Un intervalo menor de 18 meses entre embarazos limita la recuperación fisiológica del organismo materno, especialmente en relación con las reservas nutricionales y la adaptación reproductiva, esta situación puede influir negativamente en la evolución de una nueva gestación y aumentar la aparición de eventos obstétricos adversos (3,6), diversos estudios epidemiológicos han reportado una mayor frecuencia de RPM pretérmino tardía en mujeres afroamericanas, esta asociación ha sido relacionada con determinantes sociales de la salud, falta de servicios básicos y una mayor exposición a condiciones predisponentes durante el embarazo (2,6).

La exposición prolongada a situaciones de tensión emocional produce la estimulación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, generando un aumento del cortisol y de hormona liberadora de corticotropina placentaria, estas modificaciones estimulan mecanismos biológicos que

pueden influir en la dinámica gestacional y favorecer alteraciones relacionadas con el inicio prematuro de procesos reproductivos (9).

La presencia persistente de factores estresantes también se ha vinculado con cambios en la actividad inmunológica, la liberación de mediadores inflamatorios y enzimas degradativas altera la estabilidad de los tejidos que conforman las estructuras corioamnióticas, favoreciendo la aparición de procesos infecciosos y otras complicaciones durante la gestación (10).

Las consecuencias del estrés mantenido en el tiempo trascienden el ámbito materno y pueden repercutir en la salud neonatal, la combinación de alteraciones neuroendocrinas e inmunológicas crea un entorno biológico desfavorable que se asocia con un incremento de eventos perinatales adversos, entre ellos la prematuridad y otras condiciones relacionadas con la morbilidad materno-fetal (11).

Otros factores

La presencia de microorganismos dentro de la cavidad amniótica activa una respuesta inflamatoria local caracterizada por la liberación de metaloproteinasas, serina proteasas y cisteína proteasas, estas sustancias degradan componentes esenciales de los tejidos corioamnióticos, favoreciendo la pérdida de su integridad y contribuyendo a la aparición de complicaciones neonatales de considerable gravedad (2,8).

Los procesos infecciosos localizados fuera del útero también pueden influir en la evolución del embarazo mediante la propagación sistémica de mediadores inflamatorios, esta respuesta biológica altera el equilibrio fisiológico materno y se ha relacionado con un aumento de la susceptibilidad a presentar eventos obstétricos adversos durante la gestación (3,5).

1.1.6. Clasificación

La RPM puede presentarse en diferentes momentos del embarazo, por lo que su clasificación se establece de acuerdo con la edad gestacional al momento del diagnóstico, esta categorización permite estimar el pronóstico materno y neonatal, identificar los riesgos asociados en cada etapa del desarrollo fetal y orientar las decisiones terapéuticas más adecuadas para optimizar los resultados perinatales (2,8).

RPM pretérmino extrema, comprende los casos que ocurren antes de las 28 semanas de gestación, categoría caracterizada por una elevada vulnerabilidad neonatal debido a la marcada inmadurez orgánica, situación que incrementa la probabilidad de trastornos respiratorios, procesos sépticos y otras complicaciones graves durante el período perinatal (2,8).

RPM pretérmino grave, corresponde a los eventos que se presentan entre las 28 y 31 semanas de embarazo, grupo en el que existe una importante posibilidad de alteraciones pulmonares, infecciones y secuelas neurológicas, por lo que se requiere supervisión especializada y cuidados hospitalarios continuos (2,8).

RPM pretérmino moderada, incluye los casos diagnosticados entre las 32 y 33 semanas con 6 días de gestación, etapa en la que se observa un mayor desarrollo fetal; sin embargo, aún pueden presentarse eventos adversos relacionados con el nacimiento anticipado y otras condiciones que requieren seguimiento clínico permanente (2,8).

RPM pretérmino tardía, agrupa los episodios ocurridos entre las 34 y 36 semanas con 6 días de gestación, período en el que los resultados perinatales suelen ser más favorables en comparación con las categorías previas, aunque es necesario mantener vigilancia obstétrica debido a la posibilidad de complicaciones maternas y alteraciones del bienestar fetal (2,8).

RPM a término, se presenta a partir de las 37 semanas de embarazo, cuando el producto de la concepción ha alcanzado un nivel adecuado de madurez para la vida extrauterina, orientándose la atención clínica a prevenir eventos infecciosos y favorecer una culminación oportuna de la gestación (2,8).

1.1.7. Cuadro clínico

Las manifestaciones clínicas de la RPM pretérmino tardía pueden variar según el tiempo de evolución, la edad gestacional y la presencia de complicaciones asociadas, su identificación temprana es fundamental para establecer un diagnóstico oportuno, prevenir eventos adversos y orientar adecuadamente el manejo materno-fetal (8,12).

Pérdida de líquido por vía vaginal, el signo más frecuente es la salida espontánea de líquido a través de la vagina, la cual puede presentarse de manera continua o intermitente, debido a sus

características, en ocasiones puede confundirse con pérdidas urinarias, por lo que requiere una adecuada valoración clínica para establecer el diagnóstico diferencial correspondiente (8,12).

Hidrorrea y humedad genital, durante la exploración física puede observarse la presencia de humedad en la vulva y el introito vaginal, asimismo, determinadas maniobras como la tos, los cambios posturales o la maniobra de Valsalva pueden facilitar la exteriorización del contenido amniótico y contribuir a la confirmación clínica del cuadro (8,13).

Ausencia de sintomatología inicial, en algunos casos, especialmente durante las primeras horas de evolución, la gestante puede no presentar molestias evidentes ni actividad uterina perceptible. Esta presentación clínica exige una valoración obstétrica minuciosa para evitar retrasos diagnósticos y terapéuticos (8,12).

Alteraciones en las características del fluido amniótico, la presencia de coloración verdosa, contenido hemático o mal olor constituye un hallazgo de importancia clínica, ya que puede indicar compromiso fetal, procesos infecciosos o alteraciones placentarias que requieren atención inmediata (8,13).

Signos sistémicos de infección, la aparición de temperatura corporal elevada, incremento de la frecuencia cardíaca materna o fetal y sensibilidad uterina durante la evaluación física orientan hacia la presencia de infección intraamniótica, especialmente cuando existe un tiempo prolongado de evolución del cuadro clínico (8,12).

Disminución del volumen amniótico, la reducción significativa del líquido que rodea al feto puede comprometer el desarrollo normal del embarazo, favoreciendo alteraciones relacionadas con la compresión fetal y otras consecuencias que afectan el bienestar perinatal, particularmente en edades gestacionales tempranas (8,13).

1.1.8. Diagnóstico

Se hace a través del examen físico, la historia clínica y pruebas complementarias, la identificación temprana permite instaurar medidas oportunas orientadas a disminuir el riesgo de complicaciones maternas y perinatales asociadas (2,8).

Impresión diagnóstica, la sospecha inicial surge ante el relato de salida espontánea de fluido a través de la vagina antes del inicio de las contracciones uterinas regulares, este antecedente constituye un elemento fundamental durante la evaluación obstétrica inicial (2,8).

Características del contenido amniótico, generalmente presenta una apariencia transparente y un olor característico que permite diferenciarlo de otras secreciones fisiológicas del tracto genital femenino, la persistencia de la pérdida constituye un dato orientador para el reconocimiento del cuadro (8,12).

Examen con espéculo, la inspección directa del canal vaginal permite observar la presencia de contenido acumulado en el fondo de saco vaginal, este procedimiento corrobora la sospecha diagnóstica (8,13).

Tacto vaginal, la exploración digital se restringe, especialmente en gestaciones pretérmino, debido a que puede incrementar el riesgo de contaminación ascendente y acortar el período de latencia, su realización queda reservada para situaciones en las que resulte indispensable valorar cambios cervicales (2,8).

Prueba de nitrazina, este método se basa en la determinación del pH vaginal mediante tiras reactivas, la detección de valores superiores a 6,5 orienta hacia la presencia de contenido amniótico; sin embargo, ciertos factores pueden interferir con los resultados obtenidos (8,12).

Prueba de cristalización, consiste en la observación microscópica del patrón característico que se forma tras el secado de una muestra sobre un portaobjetos, la presencia de estructuras semejantes a hojas de helecho constituye un hallazgo sugestivo de RPM pretérmino tardía (8,13).

Ecografía obstétrica, la evaluación ultrasonográfica aporta información sobre el volumen del líquido que rodea al feto y permite identificar alteraciones compatibles con disminución de dicho contenido, por esta razón, se considera un recurso complementario de gran utilidad en casos de sospecha clínica (2,8).

Diagnóstico diferencial, durante el proceso de valoración es necesario descartar otras condiciones que pueden manifestarse con humedad o secreción vaginal, entre ellas la

incontinencia urinaria, la leucorrea fisiológica y determinadas afecciones infecciosas, para ello se requiere una adecuada correlación entre los hallazgos clínicos y los estudios auxiliares disponibles (12,13).

Confirmación diagnóstica, el diagnóstico se considera establecido cuando existe concordancia entre los antecedentes referidos por la gestante, lo observado durante el examen físico y los resultados obtenidos mediante los métodos complementarios utilizados para la evaluación (2,8).

1.1.9. Manejo y tratamiento

La conducta terapéutica se establece considerando la edad gestacional, el estado de la madre, las condiciones fetales y la presencia de complicaciones asociadas, el objetivo principal es reducir los riesgos maternos y perinatales, optimizando el momento más adecuado para la culminación de la gestación (2,8).

RPM a término (≥ 37 semanas), cuando el embarazo ha alcanzado la madurez suficiente, se recomienda la culminación de la gestación dentro de las primeras 12 a 24 horas posteriores al diagnóstico para disminuir el riesgo de infección materna y neonatal, en ausencia de actividad uterina espontánea, puede indicarse inducción del trabajo de parto con oxitocina bajo vigilancia materno-fetal continua (2,8,12).

RPM pretérmino tardío (34 a 36 semanas y 6 días), en este grupo gestacional suele recomendarse la culminación del embarazo en un plazo corto, debido a que los beneficios de prolongar la gestación son limitados frente al incremento del riesgo infeccioso asociado a la prolongación del período de latencia (2,8).

RPM pretérmino antes de las 34 semanas, generalmente se opta por una conducta expectante bajo hospitalización, con vigilancia materno-fetal continua, con la finalidad de prolongar la gestación y favorecer la maduración fetal cuando las condiciones clínicas lo permiten (2,8).

RPM en edades gestacionales extremadamente tempranas (<23 -24 semanas), las decisiones deben individualizarse considerando la viabilidad fetal, el pronóstico neonatal y los principios éticos institucionales (8,12).

Maduración pulmonar fetal, con la administración de corticosteroides, como betametasona o dexametasona, favorece la disminución de complicaciones asociadas a la prematuridad (8,12). Indicaciones de culminación inmediata, la presencia de infección intraamniótica, compromiso fetal, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera o deterioro clínico materno constituye indicación para finalizar la gestación de manera inmediata, independientemente de la edad gestacional (2,8).

Seguimiento clínico, incluye la vigilancia continua de signos vitales maternos, actividad uterina, bienestar fetal y volumen de líquido amniótico, con la finalidad de identificar oportunamente cambios que requieran modificar la conducta terapéutica (2,8).

Manejo antibiótico, la antibioticoterapia constituye una medida fundamental en el manejo de la RPM debido a que contribuye a disminuir la incidencia de infección materna, corioamnionitis, sepsis neonatal y otras complicaciones perinatales, el esquema antibiótico utilizado dependerá de la edad gestacional, el tiempo de latencia, la presencia de infección y los protocolos institucionales vigentes. Su administración debe realizarse bajo supervisión médica y de acuerdo con las recomendaciones clínicas basadas en evidencia científica (2,8,12).

1.1.10. Manejo de urgencias

La atención inicial de la gestante con sospecha de ruptura prematura de membranas debe orientarse a confirmar el diagnóstico, determinar la edad gestacional, evaluar el estado materno-fetal e identificar oportunamente complicaciones que requieran intervención inmediata (2,8).

Evaluación clínica inicial, comprende la anamnesis dirigida, evaluación de signos vitales maternos, determinación de la edad gestacional y valoración obstétrica completa para orientar la conducta asistencial inmediata (2,8).

Verificación diagnóstica, la confirmación diagnóstica se realiza mediante inspección con espéculo estéril y pruebas complementarias destinadas a evidenciar la presencia de líquido amniótico, entre ellas se incluyen la determinación del pH vaginal, la observación del patrón de cristalización y la evaluación ecográfica del volumen de líquido amniótico (2,8).

Identificación de infección intraamniótica, la presencia de temperatura mayor a 38°, pulso mayor a 100 por min., incremento de la frecuencia cardíaca fetal, sensibilidad uterina y flujo vaginal fétido obliga a sospechar infección intraamniótica y requiere actuación inmediata para evitar complicaciones maternas y neonatales (8,12).

Evaluación del bienestar fetal, debe realizarse mediante monitorización fetal y estudios complementarios que permitan detectar oportunamente signos de compromiso fetal y orientar la toma de decisiones obstétricas (2,8).

Identificación de complicaciones obstétricas, la presencia de sangrado genital, desprendimiento prematuro de placenta, compromiso fetal o deterioro clínico materno requiere reevaluación inmediata y eventual intervención obstétrica urgente (2,8).

Hospitalización y vigilancia, una vez confirmado el diagnóstico, se recomienda hospitalización y vigilancia materno-fetal continua, con el objetivo de monitorizar la evolución clínica y detectar precozmente complicaciones asociadas a la RPM (2,8).

RPM pretérmino tardío (34 a 36 sem. con 6 días), en este grupo gestacional suele optarse por una conducta orientada a concluir el embarazo en un corto plazo, esta decisión se acompaña de medidas preventivas dirigidas a disminuir la posibilidad de eventos infecciosos durante la atención perinatal (2,8).

Antes de las 34 semanas, en edades gestacionales más tempranas se prioriza una estrategia conservadora bajo internamiento, incorporando fármacos destinados a favorecer el desarrollo pulmonar fetal y otras intervenciones orientadas a prolongar la gestación cuando las condiciones clínicas lo permiten (2,8).

Infección intraamniótica confirmada, ante la evidencia de este cuadro, se requiere iniciar tratamiento antimicrobiano por vía endovenosa y proceder a la culminación de la gestación, esta conducta busca evitar el deterioro materno y reducir el riesgo de consecuencias graves para el producto de la concepción (8,12).

Compromiso fetal o sangrado genital, la aparición de hemorragia vaginal o alteraciones en los parámetros de bienestar fetal obliga a una reevaluación inmediata, dependiendo de la gravedad

del cuadro y de las condiciones clínicas existentes, puede ser necesaria una intervención obstétrica urgente (2,8).

Gestación múltiple o exceso de líquido amniótico, estas condiciones incrementan la complejidad del seguimiento obstétrico y requieren una valoración especializada del estado fetal, para ello se emplean herramientas complementarias como la ecografía, el estudio Doppler y el perfil biofísico, con el fin de orientar adecuadamente la conducta asistencial (2,8).

1.1.11. Complicaciones

Las consecuencias derivadas de la RPM pretérmino tardía pueden comprometer tanto a la madre como al producto de la gestación, su gravedad suele aumentar cuando ocurre en etapas tempranas del embarazo o cuando la atención especializada no se instaura de manera oportuna (2,8).

Procesos infecciosos maternos (corioamnionitis), la exposición prolongada de la cavidad uterina al medio externo y la pérdida de la barrera mucosa cervical favorecen la colonización bacteriana ascendente, incrementando el riesgo de endometritis puerperal y cuadros sépticos, la principal complicación es la corioamnionitis clínica, cuyo diagnóstico estándar se rige internacionalmente por los criterios de Gibbs. Estos criterios exigen la presencia obligatoria de fiebre materna (temperatura $\geq 37,8$ °C) combinada con dos o más de los siguientes signos menores: leucocitosis materna ($> 15\,000/\mu\text{L}$), taquicardia materna (> 100 lpm), taquicardia fetal (> 160 lpm), sensibilidad o dolor uterino a la palpación y líquido amniótico purulento y con mal olor (5,8).

Mayor necesidad de intervenciones obstétricas, la presencia de la RPM pretérmino tardía incrementa la frecuencia de procedimientos como la cesárea y otras maniobras obstétricas, debido a circunstancias que dificultan la evolución normal del nacimiento o exigen una culminación rápida del embarazo (2,8).

Eventos obstétricos agudos, entre las situaciones de mayor gravedad destacan el prolapso del cordón, el desprendimiento prematuro de placenta y las hemorragias asociadas al embarazo, las cuales requieren actuación inmediata para preservar la seguridad materna y fetal (8,12).

Nacimiento anticipado y restricción ponderal neonatal, siendo una de las principales causas de interrupción precoz de la gestación, como consecuencia, aumenta la frecuencia de recién nacidos con bajo peso y la necesidad de cuidados especializados posteriores al parto (2,5).

Alteraciones respiratorias neonatales, la inmadurez pulmonar propia de los nacimientos prematuros favorece la aparición de dificultades respiratorias que pueden requerir soporte ventilatorio y prolongar la estancia hospitalaria del recién nacido (8,12).

Compromiso neurológico y pulmonar crónico, a menor edad gestacional mayor riesgo de hemorragia intraventricular, displasia broncopulmonar y secuelas relacionadas con el desarrollo neurológico, especialmente antes de las 32 semanas (2,8).

Disminución del líquido amniótico, la reducción persistente del contenido intrauterino puede alterar el desarrollo fetal normal, favoreciendo deformidades musculoesqueléticas y limitando la adecuada expansión pulmonar durante la vida intrauterina (5,8).

Infecciones del recién nacido, la exposición a microorganismos durante la gestación incrementa la probabilidad de presentar sepsis neonatal, neumonía congénita y otras afecciones infecciosas de importancia clínica, particularmente cuando no se instauran medidas preventivas adecuadas (2,8).

Consecuencias del reconocimiento tardío, la demora en la identificación o el manejo inadecuado de la RPM pretérmino tardía se asocia con un incremento de la morbilidad materna, mayor frecuencia de nacimientos prematuros y prolongación de la estancia hospitalaria neonatal (8,12).

Presentación antes de las 24 semanas, cuando el evento ocurre en etapas extremadamente tempranas del embarazo, el pronóstico suele ser desfavorable debido al elevado riesgo de pérdida gestacional, muerte fetal intrauterina y alteraciones severas del desarrollo pulmonar (2,5).

1.1.12. Guía de Atención de Emergencia Obstétricas

En el Perú, la atención integral de la RPM pretérmino tardía se encuentra estrictamente regulada por las Guías del MINSA, esta normativa técnica nacional establece directrices de obligatorio cumplimiento según la capacidad resolutive del establecimiento, priorizando la clasificación por edad gestacional, la estabilización del binomio madre-hijo, la prevención de infecciones y la determinación del momento idóneo para la culminación del embarazo (14).

Diagnóstico, el protocolo nacional establece que la identificación se inicia con una anamnesis dirigida a la pérdida de líquido vaginal y se complementa con la observación directa mediante espéculo, donde se evidencia la salida de fluido desde el cérvix. Cuando el cuadro no es claro, se recurre a pruebas como nitrazina o cristalización, el tacto vaginal se restringe de forma sistemática por su asociación con el ascenso bacteriano, quedando reservado únicamente para situaciones en las que exista sospecha de trabajo de parto en evolución (14).

Manejo de la RPM asociada a trabajo de parto pretérmino (TPP) en evolución, la guía técnica del MINSA subraya que, ante una gestante con RPM pretérmino tardía asociada a dinámica uterina regular y modificaciones cervicales compatibles con trabajo de parto pretérmino (TPP) en evolución, la conducta clínica debe adaptarse rápidamente, si la condición de la madre y el estado fetal lo permiten y el trabajo de parto progresa de forma acelerada o precipitada, como ocurre con frecuencia en gestantes multíparas, la directriz nacional recomienda priorizar la vía vaginal y evitar intervenciones quirúrgicas innecesarias, disminuyendo así la morbilidad operatoria (14).

Manejo en gestaciones a término, cuando el embarazo ha alcanzado la madurez fetal (≥ 37 semanas), la norma técnica del MINSA recomienda la hospitalización y la culminación del proceso gestacional en un periodo corto tras el diagnóstico para reducir el tiempo de exposición intrauterina sin membranas íntegras, si el parto no se inicia de forma espontánea, se indica la inducción farmacológica con oxitocina y antibioticoterapia profiláctica según la evaluación del período de latencia (14).

Manejo en gestaciones pretérmino, en edades gestacionales menores de 37 semanas sin complicaciones agudas, la estrategia se orienta a un manejo conservador para prolongar la gestación el mayor tiempo posible, se administran corticoides antenatales para acelerar la maduración pulmonar fetal y antibióticos profilácticos para disminuir complicaciones infecciosas y prolongar el período de latencia, si aparecen contracciones antes de completarse la ventana terapéutica de los corticoides, puede emplearse tratamiento tocolítico de corta duración bajo vigilancia estricta (14).

Vigilancia intrahospitalaria, el seguimiento institucional se basa en la evaluación periódica de los signos clínicos de alarma maternos, incluyendo la curva térmica cada cuatro horas, la frecuencia cardíaca materna, el bienestar general y el tono uterino, además del control continuo de los latidos cardio-fetales y características del líquido amniótico perdido, cualquier alteración de estos parámetros orienta hacia una complicación infecciosa o compromiso fetal agudo, obligando a suspender el manejo expectante (14).

Vía de culminación del embarazo, la vía vaginal constituye la opción de elección establecida por el MINSA, siempre que no existan contraindicaciones obstétricas. Esta modalidad se mantiene incluso ante la sospecha de infección intraamniótica, siempre que las condiciones del canal del parto y la progresión obstétrica lo permitan, la cesárea se reserva para situaciones de compromiso fetal agudo no recuperable, distocias insalvables o cuando no es posible garantizar un parto seguro por vía vaginal (14).

Complicaciones según la Norma Técnica, las consecuencias maternas descritas incluyen principalmente corioamnionitis, infecciones uterinas posparto y metritis puerperal, además de una mayor probabilidad de morbilidad asociada a la intervención quirúrgica, en el recién nacido se describen principalmente el síndrome de dificultad respiratoria, la sepsis neonatal temprana, la neumonía congénita y alteraciones multiorgánicas asociadas a la prematuridad, las cuales pueden alcanzar mayor gravedad cuando el evento ocurre en etapas tempranas del embarazo (14).

1.2. Antecedentes investigativos

Araujo-Vargas et al. realizaron un estudio cuyo objetivo fue describir el diagnóstico y tratamiento de la ruptura de membranas según la edad gestacional. Se desarrolló una revisión descriptiva basada en literatura científica especializada, la revisión documental fue la técnica empleada, el instrumento utilizado artículos científicos y guías clínicas, los resultados evidenciaron una frecuencia aproximada del 8% de los embarazos, con mayor asociación a infección intrauterina en gestaciones únicas y múltiples, se concluyó que la detección precoz y el manejo oportuno reducen las complicaciones materno-perinatales (2).

Votta et al. desarrollaron una investigación orientada a actualizar los criterios diagnósticos y terapéuticos de la ruptura prematura de membranas, se utilizó un diseño de consenso clínico sustentado en la revisión de evidencia científica, la técnica consistió en revisión sistemática con discusión de expertos, empleando guías clínicas y literatura especializada como instrumento, los resultados mostraron una incidencia cercana al 10% y una estrecha relación con parto pretérmino, identificando como factores asociados infecciones genitales, antecedentes obstétricos y tabaquismo, se concluyó que la identificación de factores de riesgo contribuye a mejorar la prevención y los resultados perinatales (15).

Khade y Bava realizaron un estudio con el objetivo de analizar los mecanismos fisiopatológicos y alternativas terapéuticas, la metodología correspondió a una revisión narrativa de literatura científica, la técnica utilizada fue el análisis bibliográfico, basado en estudios biomédicos y evidencia experimental como instrumento, los resultados evidenciaron una etiología multifactorial relacionada con inflamación, estrés oxidativo, infección y alteraciones del colágeno amniótico, además de proponer estrategias terapéuticas regenerativas, se concluyó que el conocimiento de los mecanismos moleculares permite el desarrollo de nuevas alternativas de tratamiento (16).

Khade et al. realizaron un estudio con el objetivo de evaluar los resultados neonatales en casos de ruptura previa a la viabilidad, se desarrolló un estudio multicéntrico descriptivo basado en 117 fichas clínicas, mediante la revisión de registros perinatales, empleando historias clínicas

hospitalarias como instrumento, los resultados mostraron una alta supervivencia neonatal, aunque con elevada frecuencia de complicaciones respiratorias, infecciosas y pulmonares, se concluyó que el manejo expectante mejora la supervivencia, pero mantiene un alto riesgo de morbilidad neonatal (17).

Vásquez desarrolló un estudio con el objetivo de identificar factores asociados mujeres atendidas en el nosocomio docente de Cajamarca, estudio cuantitativo, descriptivo-correlacional en 155 pacientes, se hizo análisis documentales y aplicación de encuesta, evidenciaron predominio de infección urinaria, mayor frecuencia a término y asociación significativa con nivel educativo, control prenatal deficiente y gestación múltiple ($p < 0,05$), se concluyó que estos factores influyen en la aparición de la ruptura prematura de membranas (18).

Cama realizó un estudio con el objetivo de describir el manejo y evolución de una gestante atendida en el Hospital Carlos Alberto Segura Escobedo, el diseño fue un estudio de caso clínico descriptivo, la técnica consistió en revisión de historia clínica y observación directa, utilizando registros médicos como instrumento, los resultados mostraron administración de corticoides, antibióticos y manejo expectante hasta las 34 semanas, con estabilidad materno-fetal, se concluyó que el manejo protocolizado mejora la evolución materna y neonatal (19).

Quispe y Choique realizaron un estudio con el objetivo de determinar la frecuencia y complicaciones en mujeres que acudieron al nosocomio José Cayetano Heredia de Piura, se desarrolló un estudio descriptivo retrospectivo en mujeres de 15 a 24 años, a través de historias clínicas y la encuesta como instrumento, los resultados mostraron predominio en primigestas, mayor frecuencia a término y complicaciones como oligohidramnios y prematuridad, se concluyó que la ruptura prematura de membranas constituye una causa frecuente de morbilidad materno-neonatal en población joven (20).

Huamán realizó un estudio con el objetivo de analizar el manejo y evolución clínica de una gestante atendida en el nosocomio San Bartolomé de Lima, se aplicó un diseño de caso clínico descriptivo, la técnica fue revisión de historia clínica y seguimiento médico, utilizando registros hospitalarios como instrumento, los resultados evidenciaron asociación con parto pretérmino y

oligohidramnios severo, con manejo basado en tocolíticos, antibióticos y maduración pulmonar fetal. Se concluyó que el manejo oportuno reduce la morbilidad neonatal (21).





CAPITULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1. Caso clínico

2.1.1. Anamnesis (15/05/2026)

2.1.1.1. Filiación

- Iniciales de la paciente: A.E.R.T.
- Edad: 40 años
- Cama: 407-A
- Seguro: Entidad Prestadora de Salud (EPS)
- Fecha de nacimiento: 06/04/1986
- Lugar de nacimiento: Arequipa
- Procedencia: Arequipa
- Domicilio: Pachacútec, Cerro Colorado, Arequipa
- Grado de instrucción: Superior técnica completa
- Raza: Mestiza
- Sexo: Femenino
- Estado civil: Casada
- Religión: Católica
- Idioma: Castellano
- Ocupación: Ama de casa
- Pareja: E.V.P.
- Ocupación de la pareja: Empleado
- Responsable: Cónyuge
- Fecha de ingreso: 14/05/2026
- Forma de ingreso: Referencia
- Tipo de anamnesis: Directa

- Número de historia clínica: XXXX
- Responsable de la elaboración de la historia clínica: Erika Triviños Chalco

2.1.1.2. Enfermedad actual

Fecha: 14/05/2026

Tiempo de enfermedad: aproximadamente 1 día (inicio agudo previo al ingreso).

Síntoma principal: pérdida de líquido amniótico por vía vaginal.

Historia de la enfermedad:

Gestante con edad gestacional de 34 semanas y 5 días que presentó pérdida súbita de líquido claro por vía vaginal aproximadamente seis horas antes de su ingreso hospitalario, acompañada de dolor lumbar leve y dinámica uterina, inicialmente acudió a una clínica particular, donde fue evaluada mediante ecografía obstétrica y prueba no estresante, confirmándose la sospecha diagnóstica de ruptura prematura de membranas pretérmino tardía, motivo por el cual fue referida a un establecimiento de mayor complejidad para manejo especializado.

Al ingreso hospitalario se evidenció ruptura prematura de membranas pretérmino tardía asociada a trabajo de parto pretérmino en fase latente inicial, con bienestar fetal conservado y ausencia de signos clínicos de infección materna, durante la hospitalización recibió monitorización materno-fetal continua, vigilancia obstétrica permanente, hidratación endovenosa y antibioticoterapia profiláctica de acuerdo con la indicación médica.

La evolución clínica se caracterizó por incremento progresivo de la dinámica uterina y rápida progresión del trabajo de parto, ante la inminencia del nacimiento se suspendió la cesárea de emergencia inicialmente programada y se decidió la resolución por vía vaginal, posteriormente, la paciente presentó evolución puerperal favorable, sin complicaciones infecciosas ni

hemorrágicas, manteniéndose hemodinámicamente estable hasta el momento del alta hospitalaria.

Relato cronológico

14/05/2026

04:00 hrs: Gestante con antecedente de parto pretérmino y período intergenésico prolongado de 16 años presenta salida brusca de líquido claro a través de sus genitales al levantarse para acudir al baño, inicialmente relaciona el episodio con incontinencia urinaria; sin embargo, la persistencia de pérdida de líquido durante la deambulación, asociada a dolor lumbar leve y contracciones, motiva la búsqueda de atención médica.

06:00 hrs: Acude a clínica particular, donde se constata pérdida de líquido por vía vaginal, se realiza evaluación obstétrica, ecografía y prueba no estresante fetal, obteniéndose hallazgos compatibles con ruptura prematura de membranas (RPM) pretérmino tardía, debido a la edad gestacional de 34 semanas y 5 días, se decide su referencia a un establecimiento hospitalario de mayor complejidad.

10:15 hrs: Ingresa al Hospital Nacional IV con diagnóstico de RPM pretérmino tardía de aproximadamente seis hrs. de evolución.

10:36 hrs: Es admitida en el servicio de obstetricia, iniciándose monitorización materno-fetal, control de funciones vitales y evaluación de la actividad uterina, se solicitan exámenes auxiliares y prequirúrgicos, se inicia tratamiento con solución salina al 0.9 % (1000 mL) a goteo controlado según indicación médica, asimismo, se administra antibioticoterapia con ampicilina 2 g por vía endovenosa c/6 hrs. y azitromicina 500 mg VO c/ 24 horas, como parte del manejo preventivo de complicaciones infecciosas.

12:30 hrs: La evaluación médica evidencia cuello uterino con dilatación cervical de 1 cm, borramiento cervical del 20 %, presentación cefálica en estación -2 y salida escasa de líquido amniótico claro, Se indica reposo absoluto y suspensión de la vía oral.

13:00 hrs: El monitoreo cardiotocográfico muestra dinámica uterina de tres contracciones en 10 minutos, con duración aproximada de 35 segundos e intensidad moderada. El registro fetal es reactivo y compatible con bienestar fetal.

14:00 hrs: Se realiza una nueva evaluación obstétrica, la paciente mantiene dilatación cervical de 1 cm y borramiento cervical del 50 %, sin embargo, ante el incremento de una dinámica uterina regular y dolorosa (tres contracciones en 10 minutos), asociado a factores de Alto Riesgo Obstétrico (ARO), edad materna, periodo intergenésico prolongado, multiparidad y antecedente de parto pretérmino, el equipo médico considera que la prolongación del período de latencia con membranas rotas incrementa el riesgo de infección intraamniótica ascendente (corioamnionitis) y compromiso del bienestar fetal, ante la ausencia de progresión cervical favorable inmediata, se decide programar una cesárea de emergencia.

14:30 hrs: Se inician los trámites administrativos, la firma del consentimiento informado y la preparación prequirúrgica en la Unidad de Cuidados Especiales Obstétricos (UCEO), conforme al protocolo institucional, se administra la primera dosis de cefazolina 1 g por vía endovenosa como profilaxis antibiótica quirúrgica, durante el monitoreo continuo se registra una intensificación de la dinámica uterina a cuatro contracciones en 10 minutos, de intensidad moderada a severa.

14:40 hrs: Permanece en observación mientras se espera la disponibilidad de quirófano, bajo vigilancia materno-fetal continua.

15:00 hrs: La paciente manifiesta de manera súbita deseos de pujo, ante la sospecha de una evolución acelerada del trabajo de parto, se realiza tacto vaginal de urgencia, evidenciándose

dilatación cervical completa (10 cm), borramiento cervical del 100 % y polo cefálico fetal en estación +2, debido a la inminencia del nacimiento, el equipo multidisciplinario decide suspender la cesárea de emergencia y dispone el traslado inmediato a sala de partos para la atención del nacimiento por vía vaginal.

15:13 hrs: Finaliza la gestación mediante parto vaginal pretérmino, obteniéndose un neonato varón de 2270 g, 48 cm, con APGAR 9 al primer min y 9 a los cinco min, edad gestacional de 34 semanas según el método de Capurro.

15:17 hrs: Se produce alumbramiento espontáneo completo, sin complicaciones maternas inmediatas.

15:30 hrs: Se inicia vigilancia del puerperio inmediato con control de sangrado, tono uterino y funciones vitales.

17:00 hrs: Evolución puerperal favorable, la paciente se encuentra hemodinámicamente estable, con útero contraído, loquios escasos y ausencia de signos de hemorragia o infección.

18:00 hrs: Continúa hospitalizada en observación puerperal inmediata, con controles periódicos de funciones vitales, evaluación del tono uterino y cuantificación de loquios, encontrándose afebril y hemodinámicamente estable.

21:00 hrs: La paciente deambula y micciona espontáneamente, sin complicaciones, manteniéndose clínicamente estable.

22:30 hrs: El puerperio inmediato evoluciona favorablemente, se administra la segunda dosis de cefazolina 1 g por vía endovenosa, continuando el esquema terapéutico indicado por el servicio médico para la prevención de infecciones puerperales.

15/05/2026

06:30 hrs: Se administra la tercera y última dosis de cefazolina 1 g por vía endovenosa, completándose el esquema hospitalario sin reacciones adversas, la paciente permanece estable, afebril, con útero contraído y loquios hemáticos en cantidad normal.

07:00 hrs: La reevaluación médica evidencia evolución favorable, signos vitales estables, adecuada involución uterina y ausencia de complicaciones.

10:00 hrs: Se suspende la terapia antibiótica endovenosa, la paciente es evaluada y se encuentra en buen estado general, por lo que se decide otorgar el alta hospitalaria, se brindan indicaciones sobre lactancia materna exclusiva, medidas higiénico-dietéticas, alimentación completa, signos de alarma y control ambulatorio, asimismo, se prescribe clindamicina 300 mg por vía oral cada 8 horas durante 7 días como tratamiento antibiótico ambulatorio complementario.

2.1.1.3. Funciones biológicas

- Apetito: Conservado.
- Sed: Conservada.
- Sueño: Conservado.
- Micción: Conservada.
- Deposiciones: Conservadas.

2.1.2. Antecedentes

2.1.2.1. Antecedentes personales

Antecedentes fisiológicos

- Nacida de embarazo normal.
- Parto eutócico.

- Lactancia materna: sí.
- Esquema de vacunación completo.
- Desarrollo psicomotor normal.

Antecedentes patológicos

- Parotiditis a los 7 años de edad.
- Hospitalizaciones previas: niega.
- Transfusiones sanguíneas: niega.
- Alergias medicamentosas o alimentarias: niega.
- Antecedente quirúrgico de colecistectomía.

Antecedentes gineco-obstétricos

- Menarquia: 12 años.
- Régimen catamenial: cada 28 días.
- Inicio de relaciones sexuales: 18 años.
- Número de parejas sexuales: 1.
- Prueba de Papanicolaou (PAP): enero de 2018, resultado negativo.
- Método anticonceptivo (MAC): preservativos.
- Infecciones de transmisión sexual (ITS): niega.
- Período intergenésico: 16 años.

Antecedentes obstétricos

- Multigesta.

G1: gestación de 40 semanas, parto vaginal, recién nacido de 3150 g.

G2: gestación de 34 semanas, parto vaginal pretérmino, recién nacido de 2500 g. G3: gestación de 40 semanas, parto vaginal, recién nacido de 3200 g.

G4: embarazo actual.

- Número de partos: 3.
- Número de abortos: 0.
- Hijos vivos: 3.
- Antecedente de parto pretérmino.

2.1.2.2. Antecedentes familiares

- Padre: aparentemente sano.
- Madre: antecedente de diabetes mellitus e hipertensión arterial.
- Hermanos: aparentemente sanos.
- Pareja: aparentemente sana.
- Hijos: aparentemente sanos.

2.1.2.3. Antecedentes hereditarios

- Diabetes mellitus: niega.
- Malformaciones congénitas: niega.
- Enfermedades hereditarias: niega.

2.1.2.4. Antecedentes socioeconómicos

- Tipo de vivienda: propia.
- Ubicación: zona urbana.
- Material predominante de construcción: noble.
- Número de habitaciones: 5.
- Número de habitantes: 6.

- Eliminación de residuos sólidos: mediante servicio de recolección municipal.
- Ambiente familiar: adecuado.
- Ambiente laboral: favorable.
- Presencia de animales domésticos: niega.
- Ingreso familiar mensual aproximado: S/ 8 000.
- Número de dependientes económicos: 5.

2.1.2.5. Antecedentes psicosociales

- Situación familiar: adecuada.
- Situación personal: adecuada.
- Vida afectiva: adecuada.

2.1.2.6. Hábitos y costumbres

- Consumo de tabaco: niega.
- Consumo de alcohol: niega.
- Consumo de drogas: niega.
- Consumo de café, gaseosas o té: esporádico.

2.1.2.7. Embarazo actual

- Fecha de última regla (FUR): 13/09/2025.
- Fecha probable de parto (FPP): 20/06/2026.
- Controles prenatales: realizados en clínica particular.
- Inicio de controles prenatales: 10 semanas de gestación.
- Ecografías obstétricas: una por trimestre, con resultados favorables.
- Tratamiento durante la gestación: ácido fólico, hierro, calcio y multivitamínicos.
- Vacunación antitetánica: completa.
- Complicación actual: RPM pretérmino tardía.

2.1.2.8. Evaluación nutricional

- Peso: 65 kg.
- Talla: 1,52 m.
- Índice de masa corporal (IMC): 28 kg/m².
- Ganancia ponderal durante la gestación: adecuada.

2.1.3. Examen físico

Funciones vitales

- Temperatura: 36,4 °C.
- Pulso: 78 latidos por minuto.
- Presión arterial (PA): 110/80 mmHg.
- Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto.

Estado general

- Regular estado general.
- Regular estado de hidratación.
- Regular estado nutricional.

Conciencia

- Lúcida, bien orientada.

Facies

- Normal.

Piel y faneras

- Color : clara.
- Turgor conservado.

- Llenado capilar menor de 2 segundos.
- Uñas rosadas.

Examen por sistemas

- Cabeza: normal.
- Ojos: conjuntivas rosadas.
- Nariz: normorrínea.
- Oídos: permeables.
- Boca: mucosas hidratadas.
- Lengua: móvil.
- Piezas dentarias: completas y en buen estado de conservación.
- Faringe: no congestiva.
- Cuello: móvil, sin adenopatías.
- Tórax: normal.
- Respiratorio: murmullo vesicular conservado.
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos.
- Neurológico: escala de Glasgow 15/15; reflejos osteotendinosos 2/4; signos meníngeos negativos; signos de focalización neurológica negativos.
- Mamas: simétricas, turgentes, con presencia de calostro.
- Abdomen: con panículo adiposo en cantidad regular; ruidos hidroaéreos presentes; ocupado por útero grávido.

Examen obstétrico

- Altura uterina: 30 cm.
- Latidos cardíacos fetales: 145 -138 lpm.

- Dinámica uterina: cada 3 a 5 min, intensidad moderada (++), duración aproximada de 25 segundos.
- Movimientos fetales: presentes.
- Situación fetal: longitudinal.
- Posición fetal: izquierda.
- Presentación fetal: cefálica de vértice.
- Número de fetos: uno.
- Genitales: multípara con pérdida de líquido amniótico.
- Tacto vaginal: dilatación cervical de 1 cm, borramiento cervical del 20 % y altura de presentación fetal en estación –2.
- Membranas ovulares rotas, con líquido amniótico claro y sin mal olor.
- Pelvis: ginecoide.
- Sistema genitourinario: niega molestias.
- Miembros superiores: sin edema.
- Miembros inferiores: sin edema ni várices.
- Resto del examen físico: sin particularidades.

2.1.4. Impresión diagnóstica

- Gestación de 34 semanas y 5 días (FUR).
- (RPM) pretérmino tardía.
- Trabajo de parto pretérmino (TPP) en evolución, en inicio.
- Feto único vivo en presentación cefálica.
- Alto Riesgo Obstétrico (ARO) debido a edad materna, multiparidad, período intergenésico prolongado y antecedente de parto pretérmino.

2.1.5. Plan de trabajo

La paciente es trasladada a la Unidad de Cuidados Especiales Obstétricos (UCEO), donde se inicia la monitorización materno-fetal continua, se realiza control estricto de funciones vitales, la dinámica uterina, latidos cardio fetales y los movimientos fetales, asimismo, se solicitan exámenes auxiliares y preoperatorios, entre ellos examen de orina, ecografía, prueba no estresante y electrocardiograma.

Se informa al médico tratante sobre el caso para la toma de decisiones terapéuticas correspondientes, se indica vía periférica con Cloruro de sodio al 0,9 % (1000 mL) a goteo controlado según indicación médica, además, se administra antibioticoterapia con ampicilina 2 g por vía endovenosa c/ 6 hrs y azitromicina 500 mg VO c/24 horas, como parte del manejo preventivo de complicaciones infecciosas asociadas a la ruptura prematura de membranas pretérmino tardía.

2.1.6. Estudios complementarios

Con la finalidad de confirmar el diagnóstico de (RPM) pretérmino tardía, valorar el bienestar materno-fetal y descartar complicaciones infecciosas asociadas.

En los exámenes hematológicos de laboratorio se evidenció un recuento de leucocitos de $3,18 \times 10^3/\mu\text{L}$, con un 2 % de bastonados, lo que configura una leucopenia leve aislada, este hallazgo no se asoció a sintomatología infecciosa, episodios febriles ni repercusión sistémica en la gestante, interpretándose como un fenómeno fisiológico de hemodilución propio del tercer trimestre se desestima un proceso infeccioso agudo ante la ausencia de desviación a la izquierda, la hemoglobina fue de 13,1 g/dL y el hematocrito de 39 %.

Asimismo, la proteína C reactiva (PCR) resultó en 0,21 mg/dL, la glucosa: 85 mg/dL y la creatinina sérica en 0,56 mg/dL, en el examen de orina: leucocitos de 0 a 2 por campo, hematíes de 0 a 1 por campo y bacterias escasas, en conjunto, los reactantes inflamatorios y los exámenes

biológicos descartaron datos sugestivos de infección materna activa o corioamnionitis, manteniéndose la paciente afebril y hemodinámicamente estable durante toda la hospitalización.

Se realizó ecografía obstétrica que confirmó una gestación de 34 semanas y 5 días, con feto en situación longitudinal y presentación cefálica, movimientos fetales presentes y peso fetal estimado (PFE) de 2291 g, asimismo, se evidenció un índice de líquido amniótico (ILA) de 3 cm y placenta corporal anterior grado II/III, este estudio complementó la evaluación clínica y contribuyó a la confirmación diagnóstica de la RPM pretérmino tardía.

Se efectuó una prueba no estresante (TNE) para valorar el bienestar fetal, los registros mostraron una frecuencia cardíaca fetal (FCF) entre 132 y 150 latidos por minuto, trazado reactivo, variabilidad conservada y ausencia de desaceleraciones patológicas, hallazgos compatibles con bienestar fetal, también, se registró una dinámica uterina (DU) progresiva, inicialmente de 3 en 10 minutos, de 35 segundos e intensidad ++, evolucionando posteriormente a 4 contracciones en 10 minutos, compatible con (TPP) en evolución.

Además, se realizaron controles obstétricos seriados mediante evaluación clínica y tacto vaginal, evidenciándose progresión del trabajo de parto desde una dilatación cervical inicial con borramiento del 20 % hasta la dilatación completa, acompañada de presentación cefálica y descenso progresivo de la presentación fetal, lo que permitió la toma oportuna de decisiones terapéuticas.

Se solicitó un electrocardiograma (EKG) como parte de la evaluación preoperatoria ante la posibilidad inicial de resolución obstétrica mediante cesárea de emergencia, sin encontrarse alteraciones que contradijeran el manejo obstétrico planificado.

Por tanto, los estudios complementarios permitieron confirmar el diagnóstico de RPM pretérmino tardía, evaluar el bienestar fetal, descartar complicaciones infecciosas y orientar adecuadamente la conducta terapéutica durante la hospitalización.





CAPITULO III

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

Respecto al objetivo de analizar el manejo clínico de la gestante con ruptura prematura de membranas pretérmino tardía, se observó que la paciente recibió hospitalización inmediata, monitorización materno-fetal continua y manejo expectante inicial debido a la ausencia de signos clínicos de infección y al bienestar fetal conservado. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Cama (19), quien describió que la aplicación de un manejo protocolizado basado en vigilancia continua y tratamiento oportuno permitió mantener la estabilidad materno-fetal hasta la resolución del embarazo, del mismo modo, Huamán (21) encontró que el manejo clínico oportuno sustentado en vigilancia permanente y tratamiento individualizado contribuye a reducir la morbilidad neonatal en casos de ruptura prematura de membranas pretérmino, asimismo, Khade et al. (17) señalaron que el manejo expectante favorece la supervivencia neonatal, aunque requiere vigilancia estricta debido al riesgo de complicaciones asociadas a la prematuridad.

A partir de los hallazgos observados, se considera que el manejo clínico instaurado fue adecuado, ya que permitió preservar la estabilidad materna y fetal durante la hospitalización y facilitó una resolución obstétrica favorable acorde con la evolución clínica presentada.

En relación con los factores de riesgo maternos y obstétricos asociados a la ruptura prematura de membranas pretérmino tardía, en el presente caso se identificaron la edad materna, la multiparidad, el antecedente de parto pretérmino y el período intergenésico prolongado, estos hallazgos coinciden con lo reportado por Votta et al. (15), quienes identificaron los antecedentes obstétricos como factores asociados al desarrollo de ruptura prematura de membranas, asimismo, Khade y Bava (16) describen que diversos mecanismos inflamatorios y alteraciones estructurales de las membranas fetales participan en la fisiopatología de esta complicación, por su parte, Araujo-Vargas et al. (2) y Vásquez (18) destacan la importancia de

reconocer oportunamente los factores predisponentes para disminuir el riesgo de complicaciones materno-perinatales.

Los hallazgos permiten inferir que la presencia simultánea de varios factores de riesgo obstétrico incrementa la susceptibilidad al desarrollo de ruptura prematura de membranas pretérmino tardía, por lo que su identificación temprana durante el control prenatal resulta fundamental para optimizar la vigilancia obstétrica.

Con respecto al objetivo de describir las manifestaciones clínicas, los procedimientos diagnósticos y los hallazgos obstétricos que permitieron establecer el diagnóstico, la principal manifestación clínica fue la pérdida súbita de líquido amniótico por vía vaginal, corroborada mediante evaluación obstétrica, ecografía y monitoreo fetal, estos resultados coinciden con Araujo-Vargas et al. (2), quienes señalaron que el diagnóstico precoz constituye un elemento fundamental para reducir las complicaciones materno-perinatales, de igual forma, Votta et al. (15) destacaron la importancia de una adecuada identificación clínica y diagnóstica para optimizar el abordaje terapéutico de la ruptura prematura de membranas, además, los exámenes auxiliares permitieron descartar infección materna activa, situación que favoreció la adopción de una conducta expectante inicial. La integración de los hallazgos clínicos, obstétricos y laboratoriales permitió confirmar el diagnóstico y orientar adecuadamente las decisiones terapéuticas.

Desde una perspectiva clínica, se interpreta que el diagnóstico oportuno sustentado en la evaluación integral de la paciente constituye un factor determinante para disminuir riesgos y mejorar el pronóstico materno-perinatal.

Respecto al objetivo de analizar las intervenciones terapéuticas, la secuencia antibiótica y las medidas de vigilancia materno-fetal aplicadas durante la hospitalización, se administró antibioticoterapia secuencial y se realizó monitorización permanente de la condición materna

y fetal, estos hallazgos son concordantes con los resultados obtenidos por Cama (19), quien evidenció que la administración de antibióticos y el manejo expectante protocolizado favorecen la estabilidad materno-fetal, asimismo, Huamán (21) reportó que el uso de antibióticos asociados a medidas de vigilancia clínica contribuye a disminuir la morbilidad neonatal y optimizar los resultados perinatales, en el presente caso, las medidas terapéuticas implementadas permitieron mantener la estabilidad clínica de la gestante, prevenir complicaciones infecciosas y garantizar condiciones favorables para la evolución del embarazo hasta su resolución.

Se considera que la vigilancia continua y la adecuada aplicación de las intervenciones terapéuticas constituyeron elementos fundamentales para el éxito del manejo clínico y la prevención de resultados adversos.

Finalmente, respecto al objetivo de evaluar la evolución materno-perinatal durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio inmediato, se evidenció una evolución favorable tanto para la madre como para el recién nacido, la progresión rápida del trabajo de parto determinó la suspensión de la cesárea inicialmente programada y la resolución por vía vaginal, obteniéndose un recién nacido en buenas condiciones generales y una evolución puerperal satisfactoria, estos resultados coinciden con lo reportado por Cama (19), quien observó resultados maternos y neonatales favorables cuando el manejo se desarrolló bajo protocolos de vigilancia continua, asimismo, Huamán (21) concluyó que la intervención oportuna mejora significativamente el pronóstico neonatal, de igual manera, Khade et al. (17) describieron que el manejo expectante puede asociarse a una mayor supervivencia neonatal cuando se mantiene una vigilancia adecuada, por otro lado, Quispe y Choique (20) señalaron que la ruptura prematura de membranas puede asociarse a complicaciones como prematuridad y oligohidramnios; sin embargo, en el presente caso no se evidenciaron complicaciones maternas o neonatales inmediatas de relevancia clínica.

Se considera que la evolución favorable observada estuvo relacionada con la detección oportuna, la vigilancia permanente y la capacidad de adaptación de la conducta obstétrica frente a la evolución dinámica del trabajo de parto, permitiendo preservar el bienestar materno y neonatal.



CONCLUSIONES

Primera:

Se concluye que el manejo clínico de la ruptura prematura de membranas pretérmino tardía fue oportuno y adecuado, permitiendo una evolución favorable, la hospitalización inmediata, el monitoreo continuo y la aplicación de intervenciones basadas en la evidencia contribuyeron a prevenir complicaciones maternas y neonatales, favoreciendo una resolución obstétrica segura.

Segunda:

Se identificaron como principales factores de riesgo maternos y obstétricos la edad materna, la multiparidad, el antecedente de parto pretérmino y el período intergenésico prolongado, la coexistencia de estos factores pudo contribuir al desarrollo de la RPM pretérmino tardía, concordando con lo descrito en la literatura científica revisada.

Tercera:

Se determinó que el diagnóstico de ruptura prematura de membranas pretérmino tardía fue establecido oportunamente mediante la identificación de la pérdida de líquido amniótico por vía vaginal, corroborada por la evaluación obstétrica y los estudios complementarios realizados, asimismo, los hallazgos clínicos y laboratoriales permitieron descartar procesos infecciosos maternos, favoreciendo una adecuada toma de decisiones terapéuticas.

Cuarta:

Se concluye que las intervenciones terapéuticas implementadas, incluyendo el manejo expectante inicial, la vigilancia materno-fetal continua y la antibioticoterapia secuencial, fueron efectivas para disminuir el riesgo de complicaciones infecciosas y mantener condiciones clínicas favorables durante la hospitalización.

Quinta:

Se evidenció una evolución materno-perinatal favorable durante todo el proceso, la rápida progresión del trabajo de parto motivó la modificación de la conducta obstétrica inicialmente planificada y permitió la resolución por vía vaginal, obteniéndose resultados satisfactorios sin complicaciones inmediatas.



RECOMENDACIONES

- 1. Dirigida al personal médico y obstétrico responsable de la atención de gestantes con RPM pretérmino tardía,** promover la aplicación oportuna y sistemática de las medidas de manejo clínico establecidas para la atención de la RPM pretérmino tardía, garantizando una evaluación integral de la gestante y una vigilancia materno-fetal continua que favorezca la toma de decisiones basadas en criterios clínicos y contribuya a resultados materno-perinatales favorables.
- 2. Dirigida al primer nivel de atención,** fortalecer la identificación temprana de los factores de riesgo maternos y obstétricos asociados a la ruptura prematura de membranas pretérmino tardía durante el control prenatal, prestando especial atención a las gestantes con edad materna, multiparidad, antecedentes de parto pretérmino o períodos intergenésicos prolongados, con la finalidad de favorecer una vigilancia obstétrica oportuna y la prevención de complicaciones.
- 3. Dirigida al personal médico y obstétrico de los establecimientos de salud,** fortalecer la aplicación de los procedimientos diagnósticos establecidos para la sospecha de ruptura prematura de membranas pretérmino tardía mediante una evaluación clínica integral, complementada con los estudios auxiliares pertinentes, con la finalidad de favorecer un diagnóstico oportuno y una adecuada toma de decisiones clínicas.
- 4. Dirigida a los servicios de hospitalización obstétrica,** garantizar el cumplimiento de las medidas terapéuticas y de vigilancia materno-fetal contempladas en los protocolos institucionales para la atención de la RPM pretérmino tardía, con el propósito de prevenir complicaciones maternas y neonatales y favorecer una evolución clínica satisfactoria durante la hospitalización.
- 5. Dirigida al personal de obstetricia y ginecología en áreas críticas,** reforzar la vigilancia clínica durante todo el proceso de atención, favoreciendo la detección precoz de

complicaciones y la toma de decisiones oportunas respecto a la vía de resolución obstétrica, contribuyendo a la obtención de resultados materno-perinatales favorables.



REFERENCIAS

1. Cortés Yepes HR. Ruptura prematura de membranas: evidencias en el tratamiento. Curso Actual Ginecol Obstet. 2022; 29:157-161. Recuperado el 26 de mayo de 2026. Disponible en: https://revistas.udea.edu.co/index.php/ginecologia_y_obstetricia/article/view/347217
2. Araujo-Vargas K, León-Villavicencio L, Villegas-Márquez C. Rotura prematura de membranas: diagnóstico y manejo. Rev Obstet Ginecol Venez. 2024;84(1):59-72. doi:10.51288/00840110. Recuperado el 26 de mayo de 2026. Disponible en: <https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2024/02/10-R-84-1-Rotura-prematura-de-membranas-diagnostico-y-manejo-1.pdf>
3. Rodríguez-Villoria RE, Pérez D. Ruptura prematura de membranas ovulares. Rev Digit Postgrado. 2023;12(2). doi:10.37910/RDP.2023.12.2. e363. Recuperado el 26 de mayo de 2026. Disponible en: <https://www.revistapostgrado.com/revista/article/view/363>
4. Bustillos M, García Chasipanta G. Factores de riesgo asociados a la ruptura prematura de membranas pretérmino y a término. Rev UNIANDÉS Cienc Salud. 2025;8(3):277- 291. doi:10.61154/rucs. v8i3.4158. Recuperado el 26 de mayo de 2026. Disponible en: <https://revista.uniandes.edu.ec/ojs/index.php/RUCSALUD/article/download/4158/4769/21314>
5. Orias Vásquez AM. Ruptura prematura de membranas y complicaciones materno-perinatales en gestantes atendidas en un hospital de referencia [tesis]. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista; 2020. Recuperado el 26 de mayo de 2026. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.12802/2847>

6. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO). Rotura prematura de membranas. Consenso y recomendaciones para el manejo clínico. Buenos Aires: FASGO; 2022. Recuperado el 26 de mayo de 2026. Disponible en: https://www.fasgo.org.ar/images/Actualizacion_Consenso_de_RPM.pdf
7. Rojas M, Sullca Salazar N. Factores asociados a la ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en un establecimiento hospitalario [tesis]. Perú: Universidad Nacional del Altiplano; 2021. Recuperado el 26 de mayo de 2026. Disponible en: <https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14094/8765>
8. MSD Manual Professional Edition. Rotura prematura de membranas (RPM). Kenilworth (NJ): MSD Manuals; 2024. Recuperado el 26 de mayo de 2026. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/profesional/ginecolog%C3%ADaobstetricia/complicaciones-prenatales/rotura-prematura-de-membranas>
9. Dunkel Schetter C, Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Curr Opin Psychiatry*. 2012;25(2):141-148. doi:10.1097/YCO.0b013e3283503652. Recuperado el 26 de mayo de 2026. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22262073/>
10. Menon R, Richardson LS. Preterm prelabor rupture of the membranes: a disease of the fetal membranes. *Semin Perinatol*. 2017;41(7):409-419. doi: 10.1053/j.semperi.2017.07.007. Recuperado el 26 de mayo de 2026. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28784209/>

11. Lobel M, Cannella DL, Graham JE, DeVincent C, Schneider J, Meyer BA. Pregnancy-specific stress, prenatal health behaviors, and birth outcomes. *Health Psychol.* 2008;27(5):604-615. doi:10.1037/0278-6133.27.5.604. Recuperado el 26 de mayo de 2026. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18823182/>
12. MedlinePlus. Ruptura prematura de membranas [Internet]. Bethesda (MD): U.S. National Library of Medicine; 2023 [citado 2026 Jun 2]. Recuperado el 26 de mayo de 2026. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000512.htm>
13. Guías Obstétricas Hospitalarias. Manejo clínico de la ruptura prematura de membranas. 2022. Recuperado el 26 de mayo de 2026. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/321GRR.pdf>
14. Ministerio de Salud del Perú. Guía técnica: Guías de práctica clínica para la atención de las emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA. Lima: Ministerio de Salud; 2006. Recuperado el 13 de junio de 2026. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/352824-guia-tecnica-guias-de-practica-clinica-para-la-atencion-de-emergencias-obstetricas-segun-nivel-de-capacidad-resolutiva>
15. Votta R, Martin RL, Martinez AB, Muntaner C, Tissera R. Actualización Consenso FASGO XXXVI: Rotura Prematura de Membranas. Mendoza: Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia; 2022. Recuperado el 26 de mayo de 2026. Disponible en: https://www.fasgo.org.ar/images/Actualizacion_Consenso_de_RPM.pdf

- 16.Khade SA, Bava AK. Frontiers in the etiology and treatment of preterm premature rupture of membrane: from molecular mechanisms to innovative therapeutic strategies. *Reprod Sci.* 2024;31(4):917-931. doi:10.1007/s43032-023-01411-9. Recuperado el 30 de mayo de 2026. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37989803/>
- 17.Khade SA, et al. Previaible preterm premature rupture of membranes: 117 cases with neonatal outcomes. *J Neonatal Perinatal Med.* 2023. doi:10.3233/NPM-23117. Recuperado el 30 de mayo de 2026. Disponible en: <https://www.jnpm.org/content/previaible-preterm-premature-rupture-membranes-117-cases-neonatal-outcomes-light-current>
- 18.Vásquez Vásquez MA. Factores de riesgo asociados a rotura prematura de membranas, gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2024 [tesis de pregrado]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2025. Recuperado el 30 de mayo de 2026. Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/8992>
- 19.Cama Ramos MJ. Ruptura prematura de membranas en gestante de 27 semanas, Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo – EsSalud – abril 2024 [tesis de especialidad]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2024. Recuperado el 30 de mayo de 2026. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/27b82af8-96d0-4287-a58416bfe5db2a43>
- 20.Quispe J, Choique M. Características clínico-epidemiológicas de la ruptura prematura de membranas en gestantes jóvenes del Hospital EsSalud III José Cayetano Heredia-Piura. *Rev Cuerpo Med HNAAA.* 2019;8(3):23-28. doi:10.35434/rcmhnaaa.2015.83.174. Recuperado el 30 de mayo de 2026. Disponible en: <http://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/174>

21. Huamán R. Rotura prematura de membranas pretérmino en el Hospital San Bartolomé, Lima – 2024 [tesis de pregrado]. Moquegua: Universidad José Carlos Mariátegui; 2024. Recuperado el 30 de mayo de 2026. Disponible en:
https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UJCM_ba22b5648d455bac9c8971498a14e397





ANEXOS



PERÚ Ministerio de Salud

No. HC [XXXXXX]

[X] = Significa ALERTA

[] = requiere seguimiento continuo

Apellidos y Nombres: XXXXXXXXXX **Establecimiento:** CASE

Establ. Origen: [] No Aplica [X] Referencia **Tipo Seguro** SIS [X] ESSALUD PRIVADO [] Código Afiliación Seguro []

DNI N° [XXXXXXXXXX] Dirección: Centro de Salud Cod. Sector: Pachacutec Ocupación: Ama de casa Edad: 40 <15 >35

Localidad: Provincia: Arequipa Estudios: Anestesiólogo [] Pediatra [] Ginecóloga [] Superior [] Superior 1º Univ. [] Afros []

Departamento: Arequipa Estado Civil: Casado [X] Conviviente [] Soltero [] Otro [] Padre RNE: XXX

Distrito: Cerro Colorado Teléfono: Correo electrónico:

Antecedentes Obstétricos

Gestas: 03 Abortos: 00 Vaginales: 03 Nacidos Vivos: 03 Viven: 03

0 ó + 3 [] Partos: 03 Cesáreas: 00 RN de mayor peso: 3200 g

Gestación Anterior Fecha: 06/07/10 Per intergenésico adecuado [] Si [] No [X] Lactancia Materna: No hubo [] < 6 meses [] 6 meses o más [X] No aplica []

Terminación Si fue aborto [X] Tipo de Aborto: Parto Vaginal [X] Cesárea [] Incompleto [] Completo [] Ectópico [] Frustro/Retenido [] Séptico [] No aplica []

Lugar del Parto EE55 [X] Domicilio []

Captada Si [] No [X] **Referida x Ag Comuni** Si [] No [X]

Antecedentes Familiares

Ninguno [X] Malaria [] Alergias [] Hipertensión Arterial [] Enf. Hipertens. Emb. [] Hipotiroidismo [] Epilepsia [] Neoplasia [] Diabetes [] TBC Pulmonar [] Enf. Congénitas [] Otros: []

Antecedentes Personales

Ninguno [X] Eclampsia [] Otras Drogas [] Aborto Habitual/recurrente [] Enferm. Congénitas [] Parto prolongado [] Alergia a Medicamentos [] Enferm. Infecciosas [] Preeclampsia [] Violencia [] Epilepsia [] Prematuridad [] Asma Bronquial [] Hemorra. Postparto [] Refer. placenta [] Cardiopatía [] Hipertensión Arterial [] TBC Pulmonar [] Cirugía Pélv. - uterina [] Infertilidad [] Coca [] Transm. Mentales [] VIH/SIDA [] Diabetes [] Neoplasias [] Otros: []

Vac. Previas

Rubéola [X] Si [] No [X] Hepatitis B [X] Si [] No [X] Papiloma Virus [X] Si [] No [X] Fiebre Amarilla [X] Si [] No [X]

Peso y Talla

Peso Habitual: 55 Kg Talla: 152 cm

Antitetánica

N° Dosis Previa: 2 Dosis: 1ra: 25/04 Sin dosis [] No aplica [] 2da: [] Sin dosis [] No aplica []

Tipo de Sangre

Grupo: A [] B [] AB [] O [X] Rh: Rh(-) [X] Rh(+)-Sen [] Rh(-)-Sen [] Rh(+)-Sen []

Fuma

N° Cigarrillos/día: 0

Droga

Si [] No [X]

Fecha última Menstruación

FUM: 13/09/25 Duda: [] Si [] No [X]

Hospitalización

Hospitalización: [] Si [] No [X] Fecha: [] Diagnóstico: [] CIE10: []

Emergencia

Fecha: 14/05/26 Diagnóstico: RPM CIE10: 042

Violencia / Género:

Ficha Tamizaje Si [X] No [] Violencia Si [] No [X] Fecha: 17/11/25

Examen Físico:

Clinico: Sin Examen [] Normal [X] Patológico [] Mamas: Sin Examen [] Normal [X] Patológico [] Cuello: Sin Examen [] Normal [X] Patológico [] Uterino: Sin Examen [] Normal [X] Patológico [] Pelvis: Sin Examen [] Normal [X] Patológico [] Odont.: Sin Examen [] Normal [X] Patológico []

Exámenes de laboratorio:

Hg (%) [13.5] No se hizo [] Fecha: 13/11/25

Hemoglobina 1: [13.5] Hemoglobina 2: [] Hemogl. al Alta: []

Glicemia 1: [X] Normal [] Anormal [] No se hizo [] No se aplica [] Fecha: 13/11/25

Glicemia 2: [] Tolerancia Glucosa: [] VDRL/RPR 1: [X] VDRL/RPR 2: [] FTA Abs.: [] TPHA: [] Prueba Ráp. Sífilis: [X] VIH Prueba Ráp. 1: [X] Prueba Ráp. 2: [] ELISA: []

IFI / Western Blot: [] HTLV II: [] TORCH: [] Gota gruesa: [] Malaria Prueba Rápida: [] Fluorec. Malaria: [] Ex Comp. Orina: [X] Leucocituria: [] Nitritos: [] Urocultivo: [] BK de Espuito: [] Listeria: [] Tamizaje Hepatitis B: [X] PAP: [] IVA A: [] Colposcopia: []