

**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Obstetricia y Puericultura**  
**Segunda Especialidad en Alto Riesgo Obstétrico**



**Ruptura prematura de membranas en gestación de 30 semanas**

Trabajo académico presentado por la Licenciada:

**Cuela Ticona, Sarahi Harumy**

**ORCID: 0009-0001-3272-8595**

para optar el Título de Segunda Especialidad en Alto Riesgo Obstétrico

Asesora:

**Mg. Fernandez Vasquez, Armida Angelita**

**ORCID: 0000-0003-4097-2712**

Arequipa – Perú

2025

UCSM-ERP

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

Arequipa, 23 de Enero del 2025

**Dictamen: 014730-C-EPOYP-2025**

Visto el borrador del expediente 014730, presentado por:

**2022971432 - CUELA TICONA SARAHI HARUMY**

Titulado:

**RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTACIÓN DE 30 SEMANAS**

Nuestro dictamen es:

**APROBADO**

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

**ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**

**29528535 - ARENCIO HEREDIA MARCELINA LOURDES  
DICTAMINADOR**



**29697884 - OVIEDO TEJADA VERONICA FLORENCIA  
DICTAMINADOR**



**29642489 - CARDENAS NUÑEZ YENHNY MARGARETH  
DICTAMINADOR**



# Ruptura prematura de membranas en gestación de 30 semanas

## INFORME DE ORIGINALIDAD

20%

INDICE DE SIMILITUD

25%

FUENTES DE INTERNET

7%

PUBLICACIONES

17%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

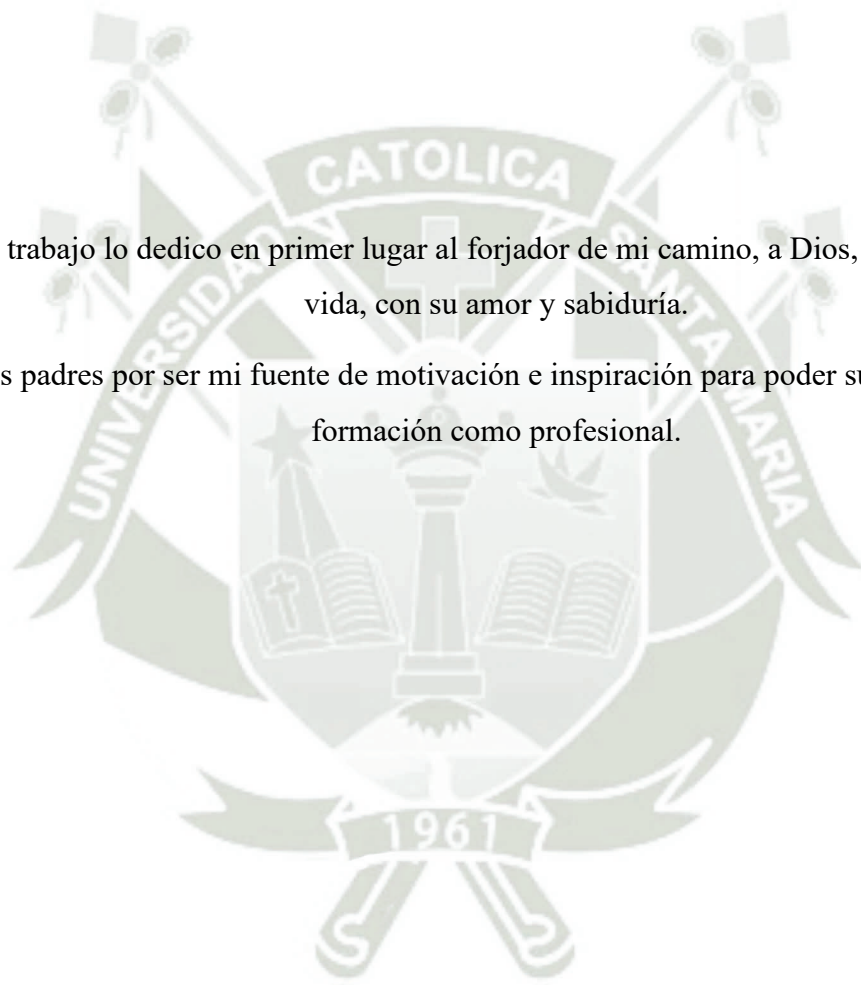
## FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	6%
2	<a href="http://www.sogvzla.org">www.sogvzla.org</a> Fuente de Internet	5%
3	<a href="http://cdn.www.gob.pe">cdn.www.gob.pe</a> Fuente de Internet	2%
4	<a href="http://core.ac.uk">core.ac.uk</a> Fuente de Internet	1%
5	<a href="http://repositorio.usmp.edu.pe">repositorio.usmp.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
6	<a href="http://ve.scielo.org">ve.scielo.org</a> Fuente de Internet	1%
7	Submitted to Universidad Autónoma de Ica Trabajo del estudiante	1%
8	<a href="http://tesis.ucsm.edu.pe">tesis.ucsm.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%

## DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico en primer lugar al forjador de mi camino, a Dios, el que guía mi vida, con su amor y sabiduría.

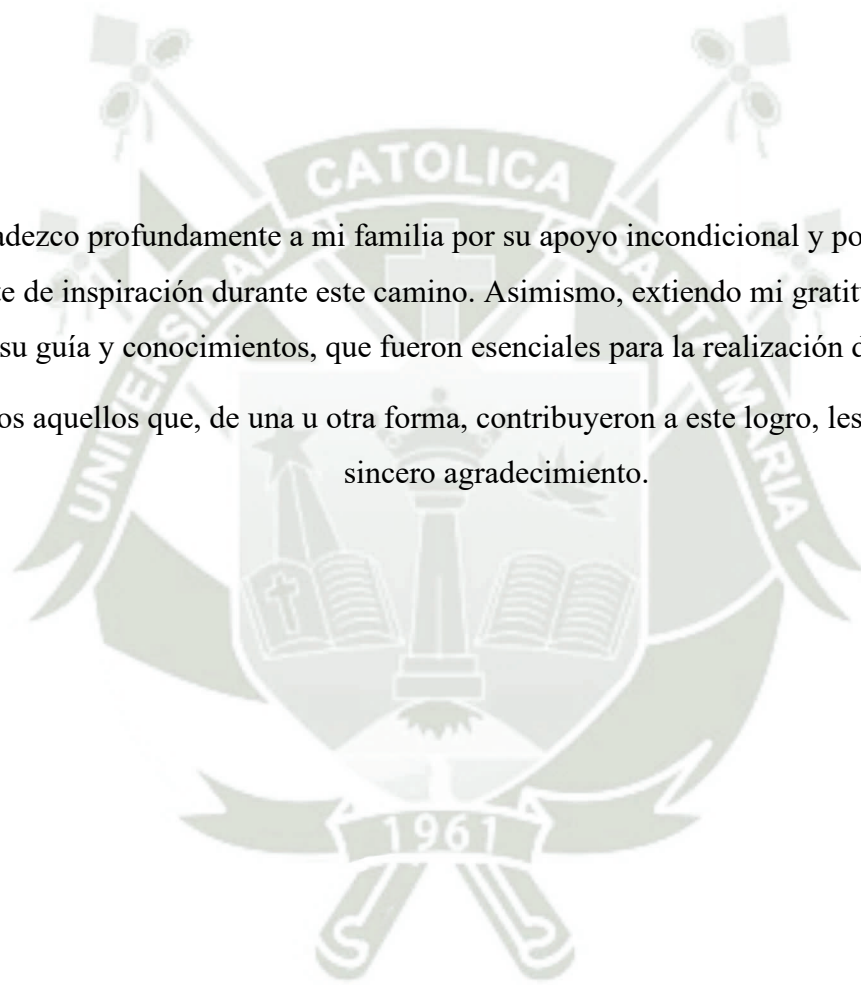
A mis padres por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme en mi formación como profesional.



## AGRADECIMIENTO

Agradezco profundamente a mi familia por su apoyo incondicional y por ser mi mayor fuente de inspiración durante este camino. Asimismo, extiendo mi gratitud a mi asesora por su guía y conocimientos, que fueron esenciales para la realización de este trabajo.

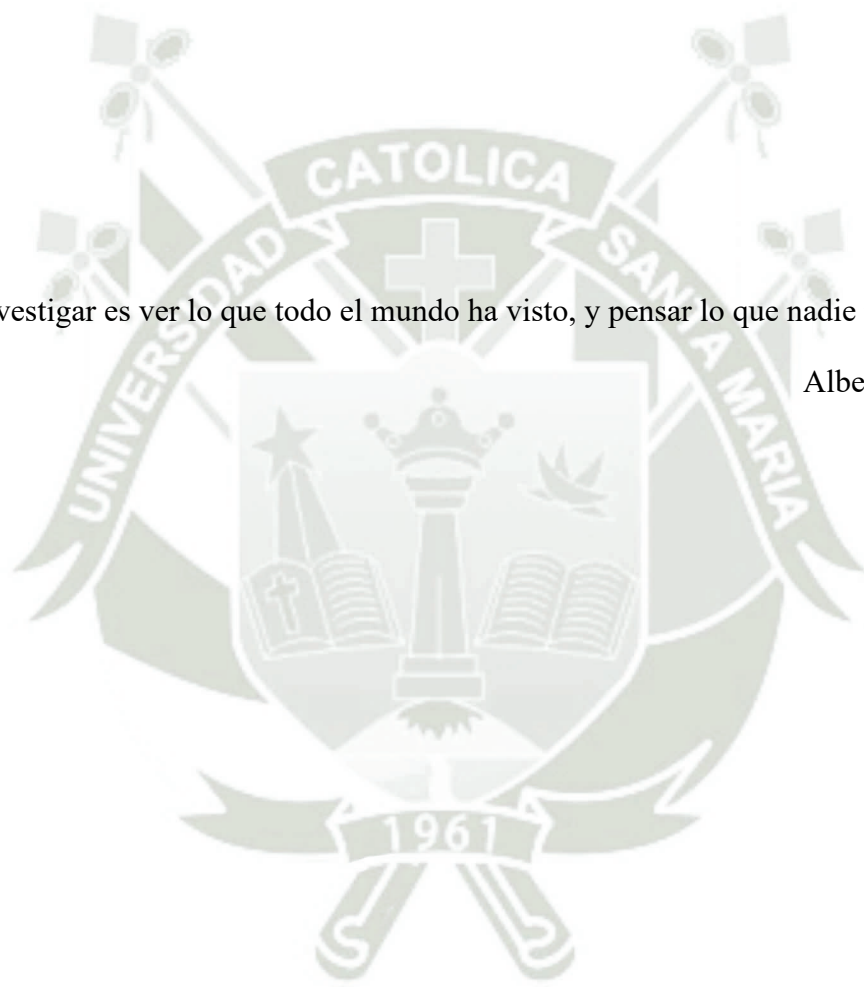
A todos aquellos que, de una u otra forma, contribuyeron a este logro, les ofrezco mi más sincero agradecimiento.



## EPÍGRAFE

“Investigar es ver lo que todo el mundo ha visto, y pensar lo que nadie más ha pensado”

Albert Szent-Györgyi



## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar el diagnóstico, analizar el manejo de la patología que presentó la gestante, identificar los diferentes factores de riesgo de la gestante relacionado a la ruptura prematura de membranas, con la finalidad de brindar nuevos aportes científicos.

**Metodología:** Es un estudio descriptivo, observacional, documental, se elaboró una historia clínica de una gestante con el diagnóstico de ruptura prematura de membranas, atendida en el mes de Setiembre en un Hospital Nivel III.

**Resultados :** Caso clínico de una gestante que refiere que en fecha 03/09/24 a las 6.45 de la mañana en camino a su trabajo percibe la pérdida de líquido amniótico que moja hasta sus pies, la gestante acude a un hospital nivel II donde es diagnosticada con: Gestación de 30 semanas y 01 día, ruptura prematura de membranas, feto único vivo, primigesta nulípara, en la misma entidad se brinda indicaciones de control obstétrico y se solicita exámenes de laboratorio, en medicación se administró cloruro de sodio 0.9% 500 cc a goteo rápido luego 45 gotas, se administra dexametasona 6mg VIM STAT, nifedipino 10 mg VO STAT, Cefazolina 1 gr VEV STAT, se decide realizar referencia a gestante por motivo de capacidad resolutoria de la entidad por lo cual es referida a un Hospital nivel III, donde se confirma diagnóstico y es hospitalizada.

**Conclusiones:** Del análisis sobre el diagnóstico hecho de la entidad clínica se concluye que fue oportuno porque se realizó una anamnesis, examen físico y exámenes auxiliares que corroboraron el diagnóstico oportunamente, los cuales fueron basados en las guías de práctica clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología 2023. Del análisis sobre el manejo del cuadro clínico de ruptura prematura de membranas se concluye que fue correcto, en este cuadro clínico se siguió una conducta expectante y de monitoreo constante, al no encontrarse signos de severidad y al tener los exámenes de laboratorio que lo demuestran se procedió a continuar con la gestación en la cual se aplicó el manejo de ruptura prematura de membranas, basado en las guías de práctica clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología 2023. Del análisis de los factores de riesgo se encuentra un factor de riesgo asociado, que es la hiper-contrabilidad uterina que es probable que haya desencadenado la Ruptura Prematura de Membranas.

**Palabras clave:** Ruptura prematura de membranas, gestación pretérmino, embarazo de 30 semanas.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyse the diagnosis, analyse the management of the pathology presented by the pregnant woman, identify the different risk factors of the pregnant woman related to premature rupture of membranes, with the aim of providing new scientific contributions.

**Methodology:** This is a descriptive, observational, documentary study, where a clinical history of a pregnant woman with a diagnosis of premature rupture of membranes, attended in September at the National Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo, was elaborated.

**Results :** Clinical case of a pregnant woman who reported that on 03/09/24 at 6.45 in the morning on her way to work she noticed the leakage of amniotic fluid that wet her feet, the pregnant woman went to a level II hospital where she was diagnosed with: Gestation of 30 weeks and 01 day, premature rupture of membranes, single live foetus, primigesta nulliparous, in the same entity provides indications for obstetric control and laboratory tests are requested, in medication was administered sodium chloride 0.9% 500 cc sodium chloride was administered in a rapid drip, then 45 drops, dexamethasone 6mg VIM STAT, nifedipine 10 mg VO STAT, Cefazolin 1 gr VEV STAT were administered, it was decided to refer the pregnant woman for reasons of the entity's capacity for resolution, and she was referred to a level III hospital, where the diagnosis was confirmed and she was hospitalised.

**Conclusions:** From the analysis of the diagnosis made of the clinical entity, it is concluded that it was timely because an anamnesis, physical examination and auxiliary examinations were performed that corroborated the diagnosis in a timely manner, which were based on the clinical practice guidelines and procedures in Obstetrics and Perinatology 2023. From the analysis of the management of the clinical picture of premature rupture of membranes, it can be concluded that it was correct. In this clinical picture, expectant management and constant monitoring were followed, and as no signs of severity were found and laboratory tests were available to prove it, the pregnancy was continued with the management of premature rupture of membranes, based on the clinical practice and procedure guidelines for Obstetrics and Perinatology 2023. From the analysis of the risk factors, an associated risk factor was found, which is uterine hyper-contractability, which is likely to have triggered premature rupture of membranes.

**Key words:** Premature rupture of membranes, preterm gestation, 30-week pregnancy.

## ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

EPÍGRAFE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN..... 1

CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO ..... 3

1. Marco teórico ..... 4

1.1. Marco conceptual..... 4

1.1.1. Ruptura prematura de membranas ..... 4

1.1.2. Etiología ..... 4

1.1.3. Fisiopatología ..... 5

1.1.4. Factores de riesgo ..... 5

1.1.5. Diagnóstico..... 6

1.1.6. Manejo de ruptura prematura de término ..... 7

1.1.7. Manejo de ruptura prematura pretérmino 24-34 semanas ..... 8

1.1.8. Manejo prematuro previsible <24 semanas ..... 9

1.1.9. Manejo según guía de práctica clínica y procedimientos en obstetricia y  
perinatología..... 10

1.1.10. Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive ..... 19

1.1.11. Complicaciones ..... 23

CAPÍTULO II MARCO METODOLÓGICO ..... 24

2. Presentación de caso clínico..... 25

1.2. Anamnesis..... 25

1.2.1. Filiación ..... 25

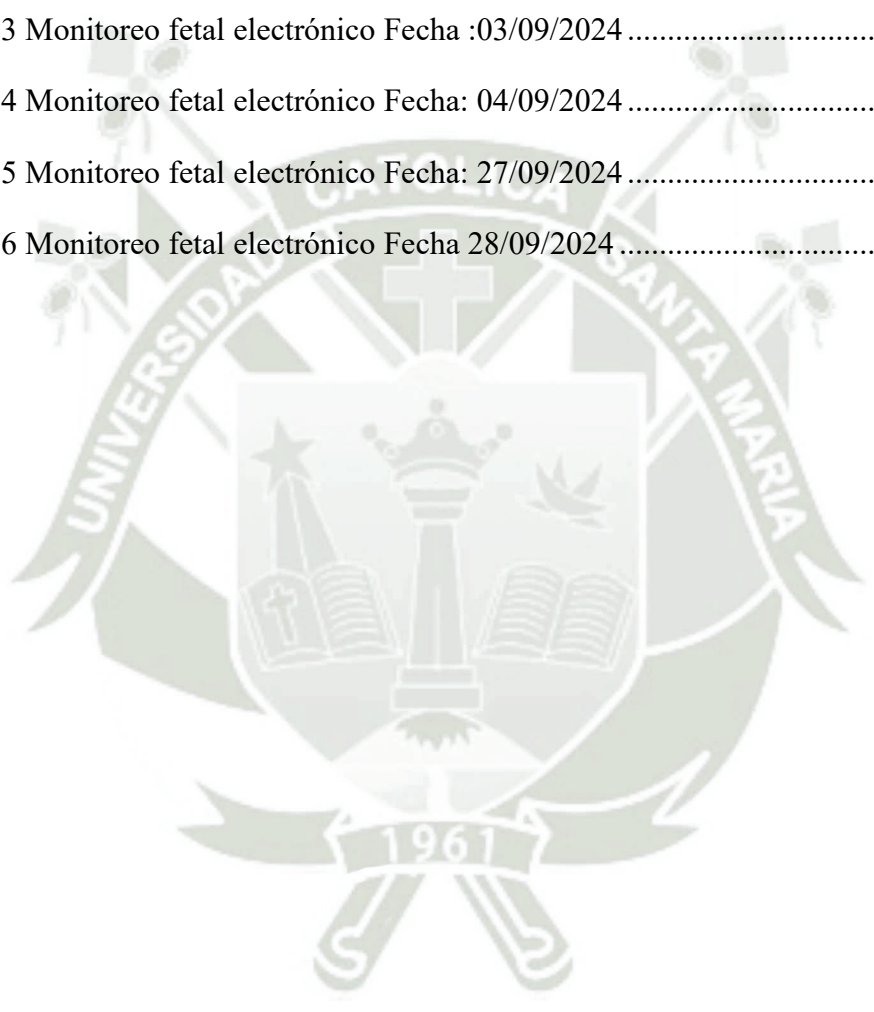
1.2.2. Enfermedad actual .....	26
1.2.3. Funciones biológicas .....	26
1.3. Antecedentes personales: .....	27
1.3.1. Antecedentes fisiológicos:.....	27
1.3.2. Antecedentes Patológicos .....	27
1.3.3. Antecedentes Ginecológicos.....	28
1.3.4. Antecedentes Obstétricos .....	28
1.3.5. Antecedentes familiares.....	29
1.3.6. Antecedentes hereditarios.....	29
1.3.7. Antecedentes del esposo .....	29
1.3.8. Antecedentes socio culturales.....	29
1.3.9. Antecedentes socio -económicos.....	30
1.3.10. Antecedentes psicosociales.....	30
1.3.11. Hábitos / estilo de vida .....	30
1.4. Embarazo actual.....	31
1.5. Examen clínico .....	32
1.6. Examen clínico general.....	32
1.7. Examen obstétrico: .....	33
1.7.1. Impresión diagnóstica al ingreso:.....	34
1.7.2. Plan de trabajo: .....	34
1.7.3. Indicaciones .....	34
1.7.4. Medicación .....	34
1.8. Ecografía obstétrica .....	37
1.8.1. Ecografía obstétrica: fecha (03/09/2024) .....	37
1.8.2. Ecografía obstétrica fecha (11/09/2024).....	37
1.8.3. Ecografía obstétrica fecha (19/09/2024).....	37

1.8.4. Ecografía obstétrica fecha (24/09/2024).....	37
CAPÍTULO III DISCUSIÓN .....	40
DISCUSIÓN.....	41
CONCLUSIONES.....	44
RECOMENDACIONES .....	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	46
ANEXOS.....	49
ANEXO 1 CARNET DE CONTROL PRENATAL.....	50



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Flujograma de Ruptura Prematura de Membranas según Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología 2023.....	18
Figura 2 Flujograma de manejo de ruptura prematura de membranas según Guías de Práctica Clínica para la atención de emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutiva .....	22
Figura 3 Monitoreo fetal electrónico Fecha :03/09/2024 .....	38
Figura 4 Monitoreo fetal electrónico Fecha: 04/09/2024 .....	38
Figura 5 Monitoreo fetal electrónico Fecha: 27/09/2024 .....	39
Figura 6 Monitoreo fetal electrónico Fecha 28/09/2024 .....	39



## INTRODUCCIÓN

La gestación es un proceso fisiológico, cursado por una gran cantidad de mujeres, durante el transcurso de la gestación se puede encontrar diversas complicaciones en las diferentes etapas de la gestación los cuales pueden llevar a desenlaces adversos maternos-perinatales. La ruptura prematura de membranas es un problema de salud pública ya que su incidencia es cada vez es más común, esto tiene un impacto significativo en la tasa de mortalidad de la madre y del neonato debido a la prematuridad y a patologías infecciosas asociadas. En el Instituto Nacional Materno Perinatal, la rotura prematura de membranas (RPM) tuvo una incidencia del 4 al 18% de los partos, de los cuales el 50% correspondió a partos pretérmino, contribuyendo al 20% de las muertes perinatales. En embarazos a término, su frecuencia fue del 16 al 21%, mientras que en embarazos pretérmino osciló entre el 15 y el 45% (1).

La Ruptura Prematura de Membranas (RPM) se define como la interrupción en la integridad de las membranas amnióticas, lo que ocasiona la salida de líquido amniótico a través de la vagina, ocurriendo antes de que comience el proceso de trabajo de parto (2).

La Ruptura Prematura de Membranas (RPM) se clasifica en función de la edad gestacional en la que ocurre. Si la ruptura tiene lugar a partir de las 37 semanas de gestación, se denomina RPM a término; en cambio, si se presenta antes de las 37 semanas, se considera una ruptura prematura pretérmino de membranas ovulares (RPPM). Esta última categoría puede subdividirse en tres grupos: RPPM cercana al término, que ocurre entre las 34 y menos de 37 semanas de gestación; RPPM lejana al término, que se presenta entre las 24 y 34 semanas; y RPM previsible, cuando sucede antes de las 24 semanas de gestación. En embarazos que alcanzan las 34 semanas de gestación o más, la conducta óptima es la interrupción del embarazo, siendo crucial la intervención del equipo de neonatología en todos estos casos. En gestaciones comprendidas entre las 24 y 34 semanas, resulta esencial la administración de corticoides y antibióticos, ya que el beneficio del manejo expectante aumenta cuanto mayor sea la distancia respecto a las 34 semanas. Entre las complicaciones más frecuentes se encuentra la corioamnionitis, por lo que se requiere una monitorización rigurosa en todas las pacientes que presentan ruptura de membranas. Los nacimientos prematuros representan un desafío significativo a nivel mundial, siendo las rupturas prematuras de membranas responsables de aproximadamente un tercio de los casos de prematuridad. En América Latina, cerca de uno de cada siete nacimientos es prematuro, con la ruptura de membranas y los trastornos hipertensivos como principales causas. Factores como la edad gestacional, la capacidad de atención de la institución médica y la

implementación de medidas basadas en evidencia, como el uso de corticoides, antibióticos y surfactante, son determinantes para lograr buenos resultados clínicos (3).

Las pacientes con ruptura prematura de membranas pretérmino requieren una estricta monitorización fetal debido al continuo riesgo de daño fetal. El manejo conservador busca prolongar la gestación sin aumentar el riesgo de infección materna o neonatal, con el objetivo de reducir la morbimortalidad neonatal. La ruptura prematura de membranas en gestantes que no han llegado al término se considera una emergencia obstétrica y perinatal, ya que implica la pérdida de la protección natural que ofrece la membrana amniótica. Esto expone al feto y a la gestante a la contaminación por gérmenes presentes en el cuello uterino y la vagina, incrementando el riesgo de infecciones materno-fetales graves. En este contexto, el presente trabajo académico tiene como propósito analizar el diagnóstico y manejo de esta patología en gestantes, así como identificar los diferentes factores de riesgo asociados a la ruptura prematura de membranas, con el objetivo de aportar nuevos conocimientos científicos. El trabajo se estructura de la siguiente manera: el Capítulo I aborda el marco conceptual; el Capítulo II desarrolla el marco metodológico, incluyendo el análisis de una historia clínica; y el Capítulo III presenta la discusión del caso clínico, junto con las conclusiones y recomendaciones derivadas del estudio (4).



# CAPÍTULO I

## MARCO TEÓRICO

## 1. Marco teórico

### 1.1. Marco conceptual

#### 1.1.1. Ruptura prematura de membranas

La ruptura prematura de membranas (RPM) se describe como la interrupción de la integridad de las membranas ovulares que ocurre antes del inicio del trabajo de parto, manifestándose por la expulsión de líquido amniótico a través de los genitales externos. Esta condición ocurre con mayor frecuencia en gestaciones a término, afectando aproximadamente al 8 % de los embarazos. En contraste, la RPM pretérmino es menos común, complicando entre el 2 % y el 4 % de las gestaciones únicas, y entre el 7 % y el 20 % de las gestaciones gemelares, además de ser responsable de aproximadamente el 30 % de los partos prematuros (5).

#### 1.1.2. Etiología

Es un fenómeno multifactorial:

- Factores mecánicos: Incluyen aquellos que generan adelgazamiento y apoptosis en el tejido conjuntivo, contribuyendo a la ruptura de las membranas ovulares.
- Factores químicos: Implican la degradación del colágeno como consecuencia de la estimulación de la secreción de metaloproteasas, un proceso que puede ser exacerbado por hábitos como el consumo de tabaco.
- Factores infecciosos: Se relacionan con la degradación del colágeno debido a la liberación directa de proteasas por agentes infecciosos. En particular, la infección o inflamación coriodecidual asociada a la colonización bacteriana ascendente parece desempeñar un papel crucial, especialmente en casos de ruptura prematura de membranas pretérmino.
- Alteraciones de las propiedades físicas de las membranas: Comprenden deficiencias de ácido ascórbico, zinc y cobre, lo que reduce los niveles de colágeno tipo III y elastina, comprometiendo la integridad de las membranas ovulares (6).

### 1.1.3. Fisiopatología

A nivel microscópico, las membranas ovulares muestran alteraciones morfológicas como engrosamiento de las capas y desorganización del colágeno. Estas incluyen edema, depósito de material fibrinoide y adelgazamiento de las capas trofoblástica y decidual. También se observa apoptosis en el epitelio amniótico, degradación ribosomal y activación de metaloproteinasas. Diversos agentes pueden desencadenar estos cambios, facilitando la ruptura en la zona supracervical antes del trabajo de parto (6).

### 1.1.4. Factores de riesgo

- Antecedente de RPM y parto pretérmino
- Antecedente de cirugía cervical, con cuello corto o no.
- Defecto local de Membranas; Déficit de Cu, Zinc y vitamina C
- Polihidramnios.
- Infección cérvico vaginal.
- Infección intraamniótica.
- Infección del tracto urinario.
- Embarazo múltiple
- Hiper-contractibilidad uterina
- Incompetencia cervical.
- Malformaciones uterinas (7).

### **1.1.5. Diagnóstico**

El diagnóstico de esta patología se basa principalmente en una historia clínica adecuada y un examen físico. La salida de un líquido claro por los genitales externos sugiere fuertemente la presencia de líquido amniótico. En el 80 % a 90 % de los casos, puede observarse al realizar un examen con espéculo, especialmente durante maniobras de Valsalva. Sin embargo, en el 10 % a 20 % de los casos, el diagnóstico puede ser incierto debido a la pérdida intermitente de líquido, la ausencia de hidrorrea evidente o la contaminación por otras secreciones. Se deben evitar los tactos vaginales para reducir el riesgo de infección, a menos que la gestante parezca estar en trabajo de parto. Ante la duda, deben usarse pruebas adicionales para confirmar el diagnóstico (8).

#### **1.1.5.1. Prueba de pH vaginal o de nitrazina**

Es crucial evaluar el pH vaginal, dado que el líquido amniótico es ligeramente más alcalino (pH 7.0 a 7.5) en comparación con las secreciones vaginales (pH 4.5 a 5.5). La presencia de líquido amniótico puede ser confirmada por el cambio del papel de nitrazina a color azul. Este método presenta una sensibilidad del 90 %, una especificidad que varía entre el 16 % y el 70 %, y una tasa de falsos positivos del 7 % al 15 %, atribuibles a semen, orina, sangre o vaginosis bacteriana. Además, los falsos negativos se presentan en un 7 % de los casos, principalmente en situaciones de pérdidas intermitentes de líquido amniótico o candidiasis (9).

#### **1.1.5.2. Cristalografía o prueba del helecho**

Se realiza una obtención de muestra del fondo de saco posterior, la cual se deja secar en un portaobjetos a temperatura ambiente durante 10 minutos para su posterior observación microscópica. Un resultado positivo se caracteriza por una imagen con forma de hojas de helecho o patrón de arborización, atribuible a la composición salina del líquido amniótico (presencia de cloruro de sodio). Es crucial considerar que la presencia de sangre vaginal puede interferir y enmascarar los patrones de arborización. Esta prueba presenta una sensibilidad del 51% y una especificidad del 70% (9).

### 1.1.5.3. Método combinado

Al combinar la información obtenida de los antecedentes, el examen físico, la prueba de nitrazina y la cristalografía, se logra una tasa de detección diagnóstica de aproximadamente el 90 % de los casos (9).

### 1.1.5.4. Evaluación ecográfica del volumen de líquido amniótico

Permite medir el volumen de líquido amniótico, aunque tiene una sensibilidad y especificidad limitadas (9).

### 1.1.6. Manejo de ruptura prematura de término

Se recomienda finalizar el embarazo dentro de las primeras 24 horas debido a un menor riesgo de corioamnionitis y endometritis, sin aumentar la morbimortalidad materna o neonatal. Aunque la profilaxis antibiótica generalmente no previene estas complicaciones, en latencias superiores a 12 horas sí reduce su incidencia.

Las opciones terapéuticas incluyen los siguientes esquemas de antibióticos: penicilina intravenosa, con una dosis inicial de 5 millones de unidades, seguida de 2,5 millones de unidades cada 4 horas (antibiótico de primera elección); ampicilina intravenosa, con una dosis de carga de 2 g seguida de 1 g cada 4 horas; eritromicina intravenosa, 500 mg cada 6 horas; o clindamicina intravenosa, 900 mg cada 8 horas, siendo esta última opción recomendada para pacientes con alergia a la penicilina.

La elección del método para finalizar el embarazo dependerá de las condiciones cervicales. La inducción del trabajo de parto con prostaglandinas vaginales es igualmente eficaz en comparación con el uso de oxitocina.

Después de las 37 semanas de gestación, se recomienda finalizar el embarazo para evitar complicaciones como la corioamnionitis. No obstante, también puede considerarse un manejo expectante a corto plazo, ya que la mayoría de las gestantes inician el trabajo de parto espontáneamente en las primeras 12 horas (5).

### 1.1.7. Manejo de ruptura prematura pretérmino 24-34 semanas

En casos de ruptura prematura de membranas (RPM) entre las 24 y 34 semanas de gestación, se recomienda lo siguiente (5).

#### 1.1.7.1. Evaluación y Diagnóstico

Para la valoración cervical, se emplea un espéculo estéril y cervicometría, evitando los tactos vaginales para reducir el riesgo de infección. Esta evaluación permite identificar la dilatación y acortamiento cervical, así como descartar la presencia de prolapso del cordón umbilical o partes fetales.

En cuanto a la detección de corioamnionitis clínica, se monitorean signos como temperatura materna, frecuencia cardíaca materna y fetal, y sensibilidad uterina. El diagnóstico tradicional se basa en los criterios de Gibbs, que incluyen fiebre materna ( $\geq 38,0$  °C) acompañada de al menos dos de los siguientes signos: taquicardia materna ( $> 100$  lpm), taquicardia fetal ( $> 160$  lpm), dolor uterino, secreción vaginal o líquido amniótico purulento y maloliente, y leucocitosis materna ( $> 15\ 000/\text{mm}^3$ ).

El diagnóstico basado en la TRIPLE I ("infección, inflamación o ambas") representa un enfoque más reciente, que considera fiebre materna  $\geq 38,0$  °C junto con al menos uno de los siguientes: taquicardia fetal  $> 160$  lpm durante más de 10 minutos, leucocitosis materna  $> 15\ 000/\text{mm}^3$  (sin corticosteroides) o secreción purulenta cervical, excluyendo la taquicardia materna y la irritabilidad uterina presentes en los criterios de Gibbs (5,12).

#### 1.1.7.2. Pruebas Complementarias

Se deben solicitar estudios de laboratorio como hematología completa, proteína C reactiva (PCR), tiempo de protrombina (TP) y tiempo parcial de tromboplastina (TPT).

El monitoreo fetal debe incluir evaluación electrónica y perfil biofísico para analizar la dinámica uterina y el bienestar fetal. La ecografía fetal es útil para determinar la posición fetal, realizar biometría, estimar el peso, descartar malformaciones y valorar el volumen de líquido amniótico.

Además, se recomienda realizar un urocultivo para descartar bacteriuria asintomática y, en caso de síntomas de vaginitis (prurito, leucorrea blanca y grumosa), solicitar un cultivo de secreción vaginal (5,12).

### **1.1.7.3. Manejo Clínico**

El ingreso hospitalario es esencial para la vigilancia continua de estas pacientes.

En casos de RPM pretérmino entre las 24 y 34 semanas con corioamnionitis clínica o signos de deterioro fetal, se recomienda la finalización del embarazo sin importar la edad gestacional. Si la presentación fetal es favorable y no hay sospecha de compromiso fetal, se puede optar por el parto vaginal bajo cobertura antibiótica y con monitoreo fetal continuo.

Por otro lado, si la RPM ocurre entre las 24 y 34 semanas sin signos de infección, trabajo de parto, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, sangrado genital o compromiso fetal, se sugiere un manejo expectante.

En casos de RPM antes de las 32 semanas, se prioriza el manejo conservador, ya que el parto en este periodo aumenta el riesgo de complicaciones neonatales. Este enfoque incluye reposo hospitalario para minimizar la pérdida de líquido amniótico, detección temprana de signos de infección o compromiso fetal, administración de corticosteroides para la maduración pulmonar, antibióticos y neuroprotección fetal con sulfato de magnesio para reducir el riesgo de parálisis cerebral infantil.

Dado el impacto de la prematuridad en la morbilidad neonatal, el manejo expectante es la estrategia recomendada en pacientes con RPM entre las 24 y 34 semanas de gestación. La optimización de los resultados materno-fetales se basa en el uso de inductores de maduración fetal, neuroprotección y antibioticoterapia (5,12).

### **1.1.8. Manejo prematuro previable <24 semanas**

La ruptura prematura de membranas (RPM) antes de las 24 semanas es un desafío significativo, con una mortalidad perinatal del 40 % al 60 %. La supervivencia neonatal mejora con la edad gestacional: alcanza el 12,5 % en

RPM entre las semanas 20-21 y el 55 % entre las semanas 22-23. Sin embargo, los neonatos sobrevivientes pueden sufrir secuelas como hipoplasia pulmonar debido al oligohidramnios y prematuridad extrema (13,14).

En RPM entre las 23 y 24 semanas, algunas sociedades científicas recomiendan un manejo similar al de más de 24 semanas tras una consejería integral. Esta debe ser realizada por neonatología y medicina materno-fetal, abordando los riesgos y beneficios (15).

La decisión debe basarse en las tasas de supervivencia de la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) de la institución hospitalaria, y únicamente después de haber proporcionado a la gestante y a su familia una consejería completa sobre las posibles complicaciones y beneficios del manejo propuesto (5).

### **1.1.9. Manejo según guía de práctica clínica y procedimientos en obstetricia y perinatología**

#### **1.1.9.1. Rotura prematura de membranas en gestación mayor o igual a 34 semanas con o sin corioamnionitis: (34 semanas o 2800 gr) (32 semanas o 2000 gr)**

Hospitalización y reposo en decúbito lateral. Hidratación. Iniciar antibióticos profilácticos después de 6 horas de RPM, lo cual reduce la morbilidad infecciosa materna, aunque no presenta un efecto significativo en el recién nacido. Se sugiere como profiláctico: Ampicilina o Cefazolina 1 gr EV cada 6 horas. En caso de corioamnionitis: Ampicilina 2 g EV cada 6 horas más Gentamicina 5 mg/Kg de peso cada 24 horas. En caso de alergia a Penicilina: Clindamicina 900 mg EV cada 8 horas o Vancomicina 1 g EV cada 12 horas más Gentamicina 5 mg/Kg de peso cada 24 horas. Se recomienda la finalización del embarazo dentro de las 24 horas posteriores al RPM versus la conducta expectante ya que reduce la tasa de corioamnionitis, no modifica la tasa de sepsis neonatal, y se asocia a un aumento en la tasa de cesárea e ingreso del recién nacido a unidad de cuidados intermedios. Terminar la gestación dentro de las 24 horas siguientes:

- Si el test de Bishop es mayor o igual a 7: Inducción del trabajo de parto y atención de parto vaginal monitorizado.

- Si el test de Bishop es menor de 7: Maduración cervical con 2 mU de Oxitocina por 10 horas y luego inducción del parto.
- Si la inducción no responde luego de 6 - 12 horas, considerar como inducción fallida y proceder a cesárea (16).

### **1.1.9.2. Rotura prematura de membranas en gestación 24 a 33 semanas sin corioamnionitis**

#### **1.1.9.2.1. Evaluación y Diagnóstico**

Para la valoración cervical, se utiliza un espéculo estéril y cervicometría, evitando tactos vaginales para reducir el riesgo de infección. Este procedimiento permite examinar el cuello uterino, identificar prolapso del cordón umbilical o partes fetales y evaluar la dilatación y acortamiento cervical. Para descartar corioamnionitis clínica, se monitorean parámetros como temperatura materna, frecuencia cardíaca materna y fetal, y sensibilidad uterina. El diagnóstico se basa en los criterios de Gibbs, que incluyen fiebre materna ( $\geq 38,0$  °C) y al menos dos de los siguientes signos: taquicardia materna ( $> 100$  lpm), taquicardia fetal ( $> 160$  lpm), dolor uterino, secreción vaginal o líquido amniótico purulento y maloliente, y leucocitosis materna ( $> 15\ 000/\text{mm}^3$ ). El enfoque de la TRIPLE I ("infección, inflamación o ambas") considera fiebre materna  $\geq 38,0$  °C junto con al menos uno de los siguientes: taquicardia fetal  $> 160$  lpm durante más de 10 minutos, leucocitosis materna  $> 15\ 000/\text{mm}^3$  (sin corticosteroides) o secreción purulenta cervical, excluyendo la taquicardia materna y la irritabilidad uterina de los criterios de Gibbs (7).

#### **1.1.9.2.2. Pruebas Complementarias**

Se deben realizar estudios de laboratorio como hemograma completo, proteína C reactiva (PCR), tiempo de protrombina (TP) y tiempo parcial de tromboplastina (TPT).

El monitoreo fetal incluye evaluación electrónica y perfil biofísico para valorar la dinámica uterina y el bienestar fetal. La ecografía fetal permite determinar la posición fetal, realizar biometría, estimar el peso, descartar malformaciones y evaluar el volumen de líquido amniótico.

Se recomienda realizar un urocultivo para descartar bacteriuria asintomática y, en caso de síntomas de vaginitis (prurito, leucorrea blanca y grumosa), solicitar un cultivo de secreción vaginal (16).

#### **1.1.9.2.3. Manejo Hospitalario**

Se indica hospitalización con reposo en cama en decúbito lateral y restricción de tactos vaginales, utilizando un apósito vaginal. Se debe monitorear signos vitales maternos, especialmente pulso y temperatura, cada 6-8 horas, así como realizar controles obstétricos con la misma frecuencia. La hidratación se realiza por vía endovenosa con aguja N° 18, administrando solución salina al 0.9% (16).

#### **1.1.9.2.4. Antibioticoterapia**

Los antibióticos profilácticos deben iniciarse después de 6 horas de RPM para reducir la morbilidad infecciosa y retrasar el trabajo de parto.

- Esquema principal: Ampicilina o cefalosporinas de primera generación (1-2 g EV cada 6 horas) o eritromicina (250-500 mg EV cada 6 horas) durante 24-48 horas. Luego, cambiar a vía oral con amoxicilina o cefalosporina de primera generación (500 mg VO cada 6 horas) o eritromicina (250 mg VO cada 6 horas) hasta completar 7 días. Se prefiere eritromicina y se evita la combinación de amoxicilina con ácido clavulánico.
- Esquemas alternativos incluyen clindamicina + gentamicina, clindamicina + cefalosporinas, o penicilina + cloranfenicol + gentamicina.

#### **1.1.9.2.5. Evaluación de la Madurez Pulmonar Fetal**

La maduración pulmonar fetal se determina mediante amniocentesis y análisis del líquido amniótico.

Si hay madurez fetal: Se recomienda la finalización del embarazo.

Si no hay madurez pulmonar: Se adopta una conducta expectante con monitoreo estricto de signos vitales, hemograma y proteína C reactiva seriada. Se administra maduración pulmonar con betametasona (12 mg intramuscular cada 24 horas por 2 dosis) o dexametasona (6 mg

intramuscular cada 12 horas por 4 dosis). No se recomienda el uso de corticoides en casos de infección o si la RPM ha superado las 48 horas (7).

#### **1.1.9.2.6. Test de Bishop**

Si el test de Bishop es  $\geq 7$ , se induce el trabajo de parto y se atiende el parto vaginal.

Si la inducción falla después de 6 horas, se realiza cesárea segmentaria transversal.

Si el test de Bishop es  $< 7$ , se indica cesárea segmentaria transversal (7).

#### **1.1.9.2.7. Uso de Tocolíticos**

El uso de tocolíticos es controversial, pero en algunos casos se administran durante 48 horas para permitir la acción de los corticoides en la maduración pulmonar fetal (7).

#### **1.1.9.3. Rotura prematura de membranas en gestación menor de 24 semanas (feto pre viable) sin corioamnionitis: (25-26 semanas o 700 gr).**

La rotura prematura de membranas (RPM) en gestaciones menores de 24 semanas representa un desafío clínico significativo debido a la alta morbilidad fetal y las complicaciones maternas asociadas. En estos casos, la viabilidad fetal es limitada, y el manejo se centra en evaluar los riesgos maternos y neonatales para determinar la conducta más adecuada: continuar con la gestación bajo una estrategia expectante o proceder a la interrupción del embarazo en caso de complicaciones (7).

##### **1.1.9.3.1. Hospitalización y Evaluación Inicial**

Ante la sospecha o confirmación de RPM en esta etapa gestacional, la hospitalización es obligatoria para permitir un monitoreo materno-fetal estricto. La decisión de interrumpir el embarazo o adoptar una conducta expectante depende de múltiples factores, como la edad gestacional exacta, la presencia de signos de infección intraamniótica y el estado general de la madre y el feto (7).

### 1.1.9.3.2. Criterios para la Interrupción de la Gestación

La interrupción del embarazo se recomienda en presencia de signos de corioamnionitis clínica, debido al alto riesgo de sepsis materna y neonatal.

Los criterios diagnósticos incluyen:

- Taquicardia fetal persistente ( $> 160$  latidos por minuto), indicador de posible sufrimiento fetal.
- Taquicardia materna persistente ( $> 100$  latidos por minuto), que sugiere una respuesta inflamatoria sistémica.
- Hipertermia materna ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ), signo clave de infección.
- Dolor uterino persistente fuera de la contracción, sugestivo de inflamación intrauterina.
- Líquido amniótico purulento o con mal olor, indicativo de infección intraamniótica avanzada.
- Proteína C reactiva elevada ( $> 2$  mg/dL o  $\geq 5$  mg/dL en algunos criterios), marcador de respuesta inflamatoria sistémica.

Cuando se identifican estos signos, se recomienda finalizar la gestación para prevenir complicaciones maternas severas, como sepsis, disfunción multiorgánica o muerte materna, así como complicaciones neonatales graves, incluyendo infección congénita y daño neurológico irreversible (7).

### 1.1.9.3.3. Manejo Expectante

En ausencia de signos de infección o compromiso fetal, es posible adoptar una estrategia expectante, con el objetivo de prolongar la gestación hasta alcanzar la viabilidad fetal ( $\geq 25$ -26 semanas o  $\geq 700$  gramos de peso fetal). Esta estrategia debe implementarse bajo estricta supervisión hospitalaria y con un monitoreo materno-fetal continuo (7).

### 1.1.9.3.4. Medidas del Manejo Expectante

#### 1. Monitoreo Materno-Fetal

Se requiere un control estricto para detectar signos de infección o deterioro del estado fetal:

- Evaluación de signos vitales maternos cada 6 a 8 horas, con especial atención a la temperatura, frecuencia cardíaca y presión arterial.
- Monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal mediante cardiotocografía seriada.
- Determinación periódica de parámetros inflamatorios, como proteína C reactiva y hemograma.

## 2. Profilaxis Antibiótica

El uso de antibióticos profilácticos es fundamental para reducir el riesgo de infección intraamniótica y prolongar la gestación. Se recomienda administrar:

- Ampicilina o Cefalosporinas de primera generación (1-2 g EV cada 6 horas) o Eritromicina (250-500 mg EV cada 6 horas) durante 24-48 horas.
- Posteriormente, cambiar a vía oral con Amoxicilina o Cefalosporina de primera generación (500 mg VO cada 6 horas) o Eritromicina (250 mg VO cada 6 horas) hasta completar 7 días.
- Se recomienda evitar el uso de Amoxicilina con Ácido Clavulánico, debido al riesgo de enterocolitis necrosante neonatal.

## 3. Evaluación de la Maduración Pulmonar Fetal

En casos donde se logre prolongar la gestación hasta la viabilidad fetal ( $\geq$  25-26 semanas y peso  $\geq$  700 gramos), se administra corticoides antenatales para inducir la maduración pulmonar:

- Betametasona 12 mg intramuscular cada 24 horas por 2 dosis o
- Dexametasona 6 mg intramuscular cada 12 horas por 4 dosis.

Contraindicación: No se deben administrar corticoides si hay sospecha de infección intraamniótica, ya que podrían enmascarar la respuesta inflamatoria y agravar la sepsis materna.

#### 4. Evaluación Ecográfica

El monitoreo ecográfico periódico permite evaluar la evolución del feto y la cantidad de líquido amniótico. La reducción severa del volumen amniótico ( $< 5$  cm de índice de líquido amniótico) puede comprometer el desarrollo pulmonar fetal, aumentando el riesgo de hipoplasia pulmonar y disminuyendo las probabilidades de supervivencia neonatal (7).

##### 1.1.9.3.5. Consideraciones Pronósticas

El pronóstico de la RPM antes de las 24 semanas es reservado, con alta probabilidad de complicaciones tanto maternas como neonatales. Los principales factores que influyen en el desenlace incluyen:

**Inmadurez pulmonar extrema:** Antes de las 24 semanas, los pulmones fetales carecen de surfactante pulmonar, lo que impide un adecuado intercambio gaseoso en el nacimiento.

**Hipoplasia pulmonar:** La pérdida temprana de líquido amniótico afecta la expansión pulmonar intrauterina, lo que puede generar insuficiencia respiratoria neonatal severa.

**Alto riesgo de infección:** La rotura de membranas expone al feto a infecciones graves, con una alta incidencia de sepsis neonatal y corioamnionitis materna.

**Complicaciones neurológicas:** Los neonatos extremadamente prematuros presentan un mayor riesgo de hemorragia intraventricular, leucomalacia periventricular y parálisis cerebral infantil.

En general, si la gestación no puede prolongarse más allá de las 25-26 semanas, el pronóstico fetal es desfavorable. En estos casos, el equipo médico debe proporcionar información clara a la paciente y su familia sobre las probabilidades de supervivencia y las posibles secuelas neonatales a largo plazo.

La RPM en gestaciones menores de 24 semanas constituye un evento crítico que requiere una evaluación minuciosa de los riesgos maternos y fetales.

En presencia de signos de corioamnionitis o compromiso fetal, se recomienda la interrupción del embarazo para evitar complicaciones maternas graves.

Si no hay infección ni deterioro fetal, es posible una conducta expectante, con monitoreo riguroso, profilaxis antibiótica y evaluación de la maduración pulmonar fetal.

Si se alcanza la viabilidad fetal ( $\geq 25$ -26 semanas y peso  $\geq 700$  gramos), la administración de corticoides puede mejorar el pronóstico neonatal.

La decisión sobre el manejo debe individualizarse en cada caso, considerando los riesgos maternos y neonatales, así como las expectativas de la paciente y su familia (7).

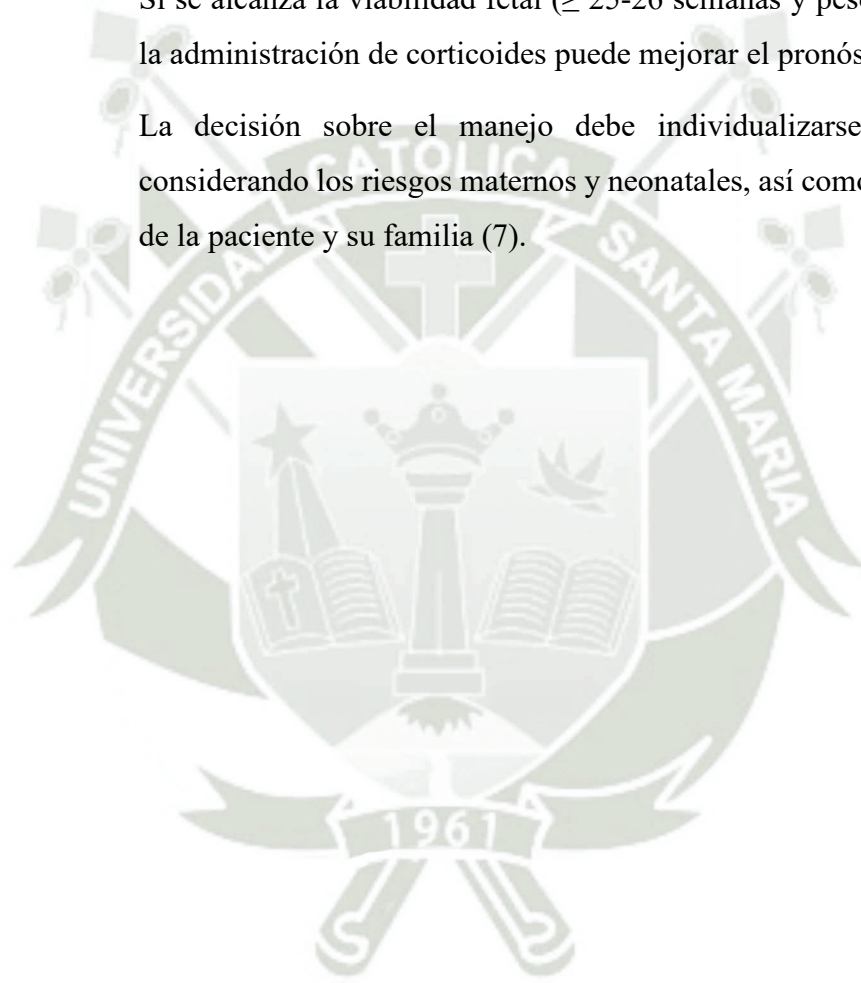
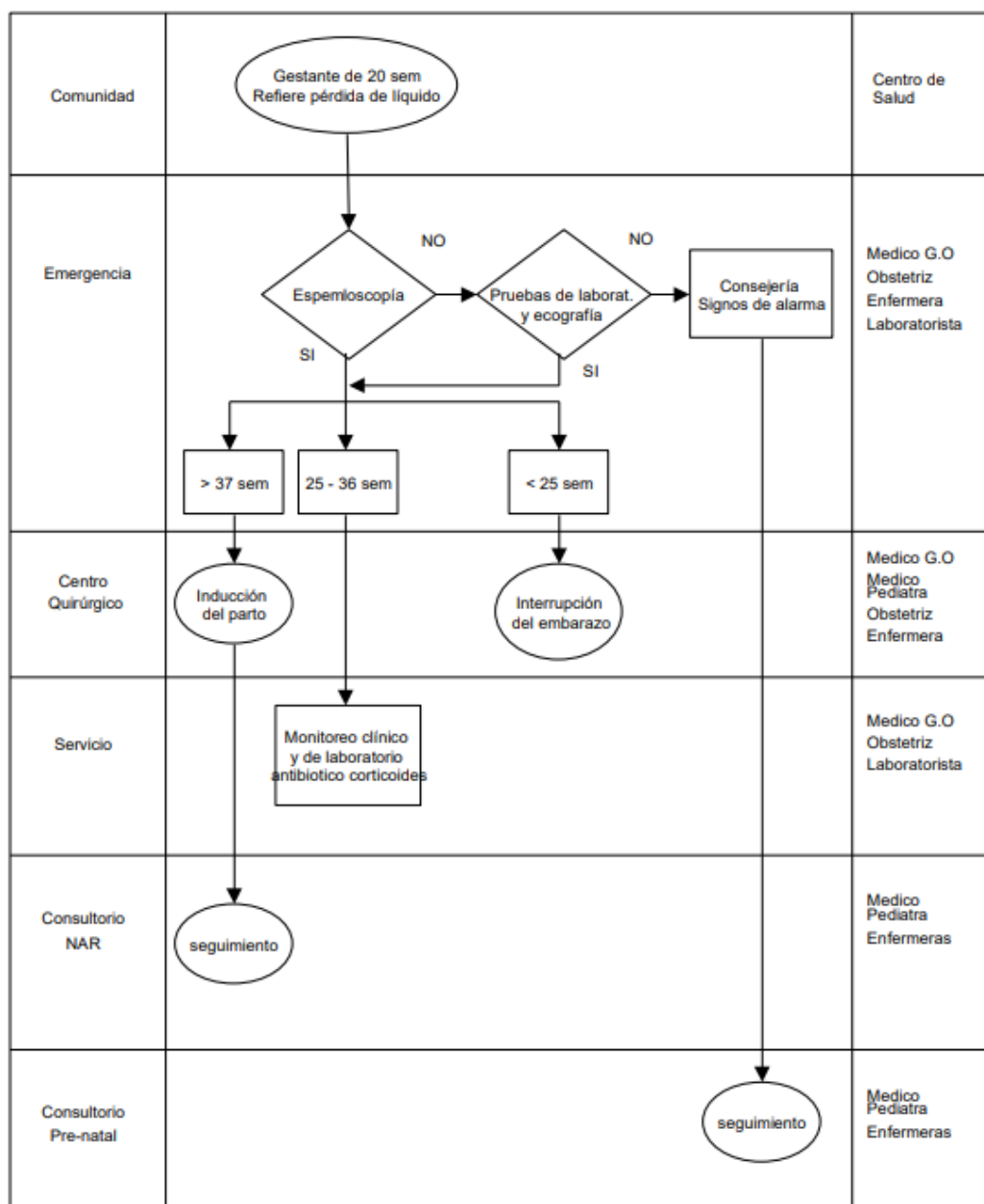


Figura 1

**Flujograma de Ruptura Prematura de Membranas según Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología 2023**



Nota Ministerio de Salud, (7).

### **1.1.10. Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive**

#### **1.1.10.1. Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias – FONP (Categorías I-1, I-2, I-3)**

Es esencial identificar los factores de riesgo que puedan estar relacionados con la rotura prematura de membranas (RPM) para brindar una atención adecuada. Se debe garantizar el acceso a una vía endovenosa segura y, siempre que se disponga de personal de salud capacitado, proceder con la administración de antibióticos. En casos donde la RPM haya persistido por más de 12 horas y la paciente no presente antecedentes de alergia a medicamentos, se recomienda el uso de Ampicilina 2 g EV. Como alternativa, se puede administrar Eritromicina 500 mg por vía oral cada 8 horas o Gentamicina 160 mg por vía intramuscular. Si la paciente manifiesta fiebre o el líquido amniótico presenta un olor fétido, se debe iniciar un tratamiento antibiótico combinado con Ampicilina 2 g EV junto con Gentamicina 160 mg EV. Durante el traslado, que debe realizarse en camilla, es fundamental vigilar la cantidad de líquido perdido utilizando un paño perineal. Asimismo, se debe referir de inmediato a la paciente a un centro de salud que cuente con Facilidades Obstétricas y Neonatales Esenciales (FONE) para garantizar una atención especializada (17).

#### **1.1.10.2. Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas – FONB (Categoría I-4)**

El manejo de la rotura prematura de membranas (RPM) requiere la hospitalización de la paciente con reposo absoluto para reducir riesgos materno-fetales. Se debe administrar antibioticoterapia inicial con Ampicilina 2 g EV cada 6 horas, complementada con Eritromicina 500 mg vía oral cada 8 horas por 48 horas. Posteriormente, el tratamiento continúa con Eritromicina 500 mg cada 8 horas vía oral y Amoxicilina 250 mg cada 8 horas vía oral por 5 días. Además, es fundamental solicitar exámenes auxiliares y realizar una evaluación obstétrica evitando el tacto vaginal para prevenir infecciones. La valoración incluye una especuloscopia para examinar las condiciones cervicales y obtener muestras del fondo de saco vaginal para pruebas de confirmación, así como una ecografía para

determinar la edad gestacional, la presentación fetal, la cantidad de líquido amniótico y la situación placentaria. En caso de sospecha de corioamnionitis, la paciente debe ser referida de manera inmediata a un centro con Facilidades Obstétricas y Neonatales Esenciales (FONE) y recibir antibioticoterapia combinada, la cual puede incluir Ampicilina 2 g EV junto con Gentamicina (5 mg/kg de peso corporal) o, en su defecto, Clindamicina 600 mg EV más Gentamicina (5 mg/kg de peso corporal). La conducta obstétrica varía según la edad gestacional y la madurez fetal, por lo que en gestaciones a término con madurez fetal confirmada se recomienda inducir el trabajo de parto en un periodo de 12 a 14 horas, restringiendo al máximo los tactos vaginales; si la inducción no es efectiva, se debe transferir a un establecimiento con FONE. En caso de gestación pretérmino, la paciente debe ser derivada a un centro con FONE y, si la edad gestacional se encuentra entre 31 y 33 semanas, se debe administrar maduración pulmonar fetal con Betametasona 12 mg intramuscular por día durante 2 dosis o, en caso de no disponer de Betametasona, se utilizará Dexametasona 4 mg intramuscular cada 6 horas por 8 dosis (17).

### **1.1.10.3. Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Esenciales - FONE (Categorías II-1, II-2)**

El manejo de la rotura prematura de membranas (RPM) requiere la hospitalización de la paciente con reposo absoluto y la continuidad del tratamiento antibiótico iniciado en un establecimiento con Facilidades Obstétricas y Neonatales Primarias (FONP) o Básicas (FONB). Es fundamental solicitar exámenes auxiliares y realizar una evaluación obstétrica, evitando tactos vaginales repetidos para reducir el riesgo de infección. Se deben llevar a cabo pruebas diagnósticas como especuloscopia, Test de Fer y estudios de bienestar fetal, además de pruebas para determinar la maduración pulmonar fetal. En presencia de signos de corioamnionitis, se debe iniciar terapia antibiótica combinada con Ampicilina 1 g EV cada 6 horas más Gentamicina 5 mg/kg EV cada 24 horas. Como alternativa, se puede administrar Clindamicina 600 mg EV cada 8 horas junto con Gentamicina 5 mg/kg EV cada 24 horas, finalizando la gestación por la vía más rápida disponible. La conducta obstétrica dependerá de la edad

gestacional y la madurez fetal. En gestaciones a término, cuando no hay dudas sobre la maduración fetal, se recomienda inducir el trabajo de parto dentro de las siguientes 12 a 14 horas, limitando los tactos vaginales al mínimo; si la inducción fracasa, se procede a una cesárea. En gestaciones pretérmino, el manejo varía según la edad gestacional: para embarazos entre 34 y 36 semanas, el abordaje es similar al de un feto a término; en gestaciones entre 31 y 33 semanas, se administran corticoides para la maduración pulmonar y antibióticos por 48 horas, con posterior finalización del embarazo mediante cesárea o inducción del trabajo de parto, dependiendo de las condiciones obstétricas. En casos de gestaciones menores de 31 semanas, se recomienda una conducta expectante con manejo multidisciplinario, priorizando el monitoreo estricto de la madre y el feto para optimizar los resultados perinatales (17).

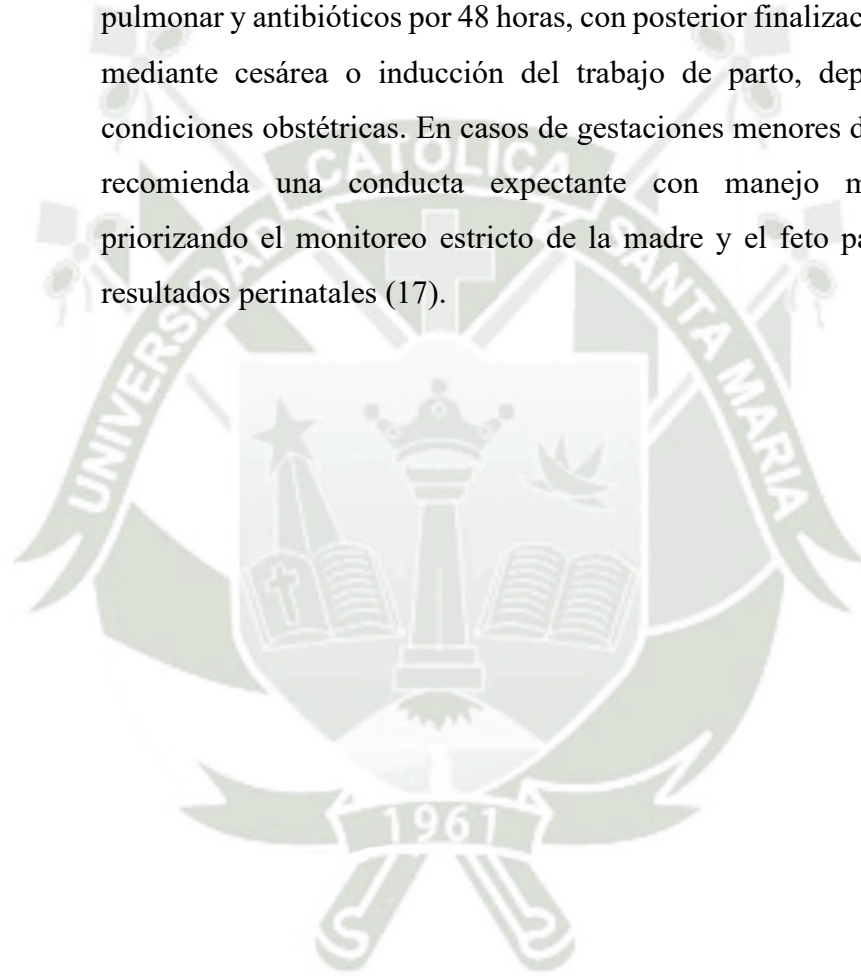
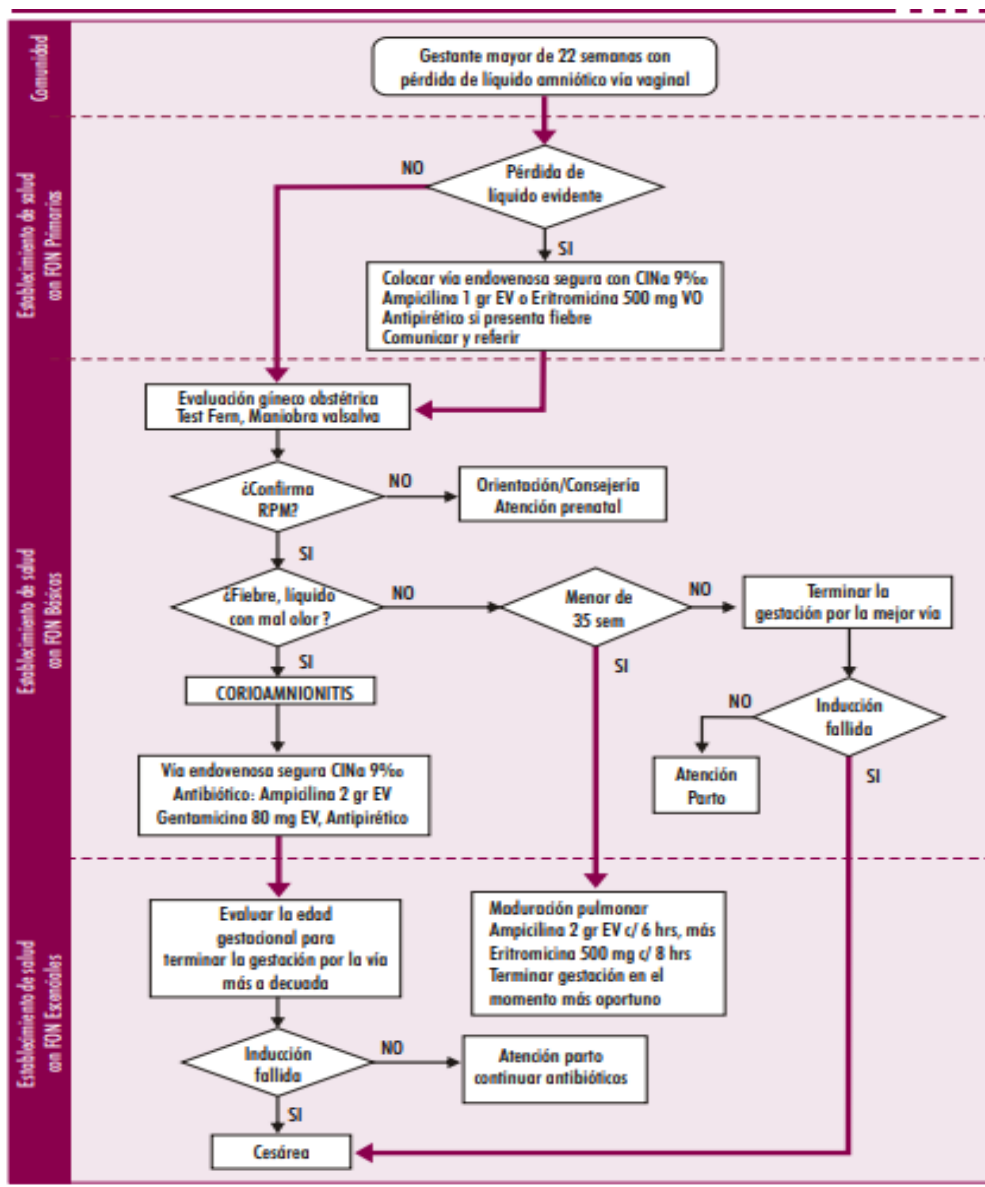


Figura 2

Flujograma de manejo de ruptura prematura de membranas según Guías de Práctica Clínica para la atención de emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive



Nota: Ministerio de Salud, (17).

### 1.1.11. Complicaciones

Las complicaciones maternas y fetales derivadas de la rotura prematura de membranas (RPM) pueden comprometer gravemente la salud de la madre y el recién nacido, aumentando la morbilidad y mortalidad perinatal. Entre las complicaciones maternas, la infección intraamniótica representa un riesgo significativo, ya que el 15 % de los casos de corioamnionitis se diagnostican durante el periodo anteparto y el 85 % en el posparto. Asimismo, la paciente puede presentar hemorragia posparto secundaria a atonía uterina, rotura uterina, sepsis materna, abscesos pélvicos y tromboflebitis pélvica séptica. Otras complicaciones incluyen la infección de la herida operatoria, endometritis, mayor necesidad de ingreso a cuidados intensivos y un aumento en la tasa de histerectomía obstétrica y uso de hemo-componentes.

Por otro lado, las complicaciones fetales están principalmente relacionadas con la prematuridad, lo que incrementa el riesgo de síndrome de dificultad respiratoria, enterocolitis necrotizante, bajo puntaje de Apgar a los 5 minutos, convulsiones neonatales, sepsis neonatal, displasia broncopulmonar, hemorragia intraventricular y leucomalacia periventricular. Además, los recién nacidos prematuros requieren mayor uso de ventilación mecánica y mayor ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales, con un incremento en la tasa de mortalidad neonatal. Otras complicaciones incluyen la compresión y prolapso del cordón umbilical, así como el síndrome de respuesta inflamatoria fetal. Asimismo, la RPM puede generar hipoplasia pulmonar secundaria a oligohidramnios grave, con una incidencia que varía entre el 1 % y el 27 %, dependiendo de la severidad de la reducción del líquido amniótico y la edad gestacional en la que ocurre la rotura (5).



## **CAPÍTULO II**

# **MARCO METODOLÓGICO**

## 2. Presentación de caso clínico

### 1.2. Anamnesis

#### 1.2.1. Filiación

- a) Nombre: N.O. S
- b) Edad: 27 años
- c) Cama: 401-B
- d) Seguro: Propio
- e) DNI: xxxxxxxx
- f) Fecha de nacimiento: 07/11/1996
- g) Lugar de nacimiento: Cuzco
- h) Lugar de procedencia: Paipara
- i) Domicilio: Av.54 Guillermo mercado
- j) Grado de instrucción: Superior técnico completo
- k) Raza: Mestiza
- l) Sexo: Femenino
- m) Estado civil: Conviviente
- n) Religión: católica
- o) Idioma: Castellano, quechua
- p) Ocupación actual: Decoradora de tortas
- q) Pareja: H.Q. L
- r) Ocupación de la pareja: Supervisor de mina
- s) Persona responsable: H.Q. L
- t) Fecha de ingreso: 03/09/2024
- u) Forma de ingreso: Estable/ deambulando
- v) Tipo de anamnesis: Directa
- w) Nro. de historia clínica: 890603
- x) Historia clínica elaborada por: Sarahi Harumy Cuela Ticona - Fecha de elaboración: 28/09/2024 (18).

### 1.2.2. Enfermedad actual

Fecha :28/09/2024

Hora: 11:30am

- a) Tiempo de enfermedad: 25 días
- b) Síntoma principal: Pérdida de líquido amniótico
- c) Historia de la enfermedad: Paciente refiere que el día 03/09/24 a las 6.45 de la mañana en camino a su trabajo refiere la pérdida de líquido amniótico claro que moja hasta sus pies, refiere no presencia de contracciones uterinas, inmediatamente acude a un Hospital de Nivel II donde es ingresada con los diagnósticos de: Gestación de 30ss y 01 día y Ruptura prematura de membranas, feto único vivo, primigesta nulípara, en el mismo como plan de trabajo se da indicaciones de control obstétrico y se solicita exámenes de laboratorio, en medicación se administró cloruro de sodio 0.9% 500 cc a goteo rápido luego 45 gotas, se administra dexametasona 6mg VIM STAT, nifedipino 10 mg VO STAT, Cefazolina 1 gr VEV STAT, motivo de referencia por capacidad resolutive por lo cual es referida a un Hospital de Nivel III donde la paciente es hospitalizada y estabilizada, se le brinda a la paciente una conducta expectante de monitoreo fetal constante, monitoreo de signos de severidad, antibioterapia, tocólisis y maduración pulmonar con el objetivo de prolongar más la edad gestacional y evitar la prematuridad y signos de infección (18).

### 1.2.3. Funciones biológicas

Apetito:	Conservado
Sed:	Conservado
Sueño:	Alterado
Micción:	Conservado
Deposiciones:	Conservado (18).

### 1.3. Antecedentes personales:

#### 1.3.1. Antecedentes fisiológicos:

- Nacida de embarazo: Normal
- Nacida de parto: Eutócico
- Atención: Posta Paipata
- Lugar: Paipata
- Lactancia materna / tiempo: + 6 meses
- Vacunas: Completas
- Dentición: Normal
- Crecimiento y desarrollo psicomotriz: Normal
- Inicio de marcha: 1 año y medio (18).

#### 1.3.2. Antecedentes Patológicos

- Enfermedades eruptivas en la infancia: No
- Enfermedades en la adolescencia: No
- Enfermedades de la adultes: No
- Intervenciones quirúrgicas: No
- Accidentes/ traumatismos: No
- Hospitalizaciones: Si
- Transfusiones sanguíneas: Niega
- Alergias a medicamentos: Niega
- Alergia a alimentos: Niega (18).

### 1.3.3. Antecedentes Ginecológicos

- Menarquia: 14 años
- Régimen catamenial: 5/28
- Cantidad: 2 a 4 toallas por día
- Dismenorrea: Ocasional
- Inicio de relaciones sexuales: 19
- Nro. De parejas sexuales 3
- Dispareunia: No
- Flujo genital: No
- Prurito vulvar: No
- Infecciones ginecológicas: No
- I.T.S: No
- Uso de MAC: Barrera
- PAP: SI, 2020 citología negativa.
- Examen de mamas: Normal
- Tratamiento de infertilidad: No
- Operaciones gíneco- obstétricas: No (18).

### 1.3.4. Antecedentes Obstétricos

- Formula obstétrica: GOP0000
- Nro. de gestaciones: 0
- Nro. de partos a término: 0
- Nro. de partos prematuros: 0
- Nro. de abortos: 0
- Nro. de hijos vivos: 0
- Nro. de hijos fallecidos: 0 (18).

### 1.3.5. Antecedentes familiares

- Padre: Ninguno
- Madre: Ninguno
- Hermano/a: Ninguno
- Pareja: Ninguno (18).

### 1.3.6. Antecedentes hereditarios

Enfermedades de padres y hermanos

- a) Sífilis: Niega
- b) Diabetes: Niega
- c) Taras nerviosas y mentales: No
- d) Malformaciones congénitas: No
- e) Enfermedades y causa de fallecimiento: No (18).

### 1.3.7. Antecedentes del esposo

- f) Enfermedades venéreas: No
- g) Antecedente en su familia de embarazo múltiple: No
- h) Malformaciones congénitas en su familia: No (18).

### 1.3.8. Antecedentes socio culturales

- i) Vivienda: Alquilada
- j) Zona: Urbana
- k) Material: Noble
- l) Nro. de habitaciones: 3
- m) Nro. de habitantes: 2
- n) Saneamiento: Agua y desagüe
- o) Eliminación de la basura: Carro recolector de basura
- p) Residencias anteriores: Cayma -Virgen de Calendaria
- q) Ambiente familiar: Bueno
- r) Ambiente laboral: Bueno - Crianza de animales: No (18).

**1.3.9. Antecedentes socio -económicos**

- a) Ocupación del jefe de familia: Supervisor de mina
- b) Nivel de instrucción Secundaria completa
- c) Nro. de personas dependientes: Ninguna
- d) Ingreso familiar mensual 3000
- e) Persona Responsable De Sustento Familiar: Pareja y paciente (18).

**1.3.10. Antecedentes psicosociales**

- a) Situación familiar: Buena
- b) Situación personal: Buena
- c) Vida afectiva: Buena
- d) Horas de sueño: 7-8 horas (18).

**1.3.11. Hábitos / estilo de vida**

- a) Fuma: No
- b) Ingiere bebidas alcohólicas: No desde el embarazo
- c) Consume drogas: No
- d) Bebe gaseosas: No
- e) Bebe té: Si
- f) Bebe café: A veces
- g) Nro. de veces al día que se alimenta: 4-5 veces
- h) Tipo de alimentación: Proteínas, carbohidratos, verduras, frutas (18).

#### 1.4. Embarazo actual

- a) Fórmula obstétrica: G1P0000
- b) Fecha de la última menstruación: 05/02/2024
- c) Fecha probable de parto: 11/11/2024
- d) Nro. de controles prenatales:5
- e) Inicio de control prenatal: Abril
- f) Lugar de controles prenatales: Hospital nivel II
- g) Examen de mamas: Si
- h) Examen de Papanicolaou: Si, citología negativa 2020
- i) Evaluación Nutricional
  - Peso previo: 56.8
  - Talla :1.60
  - IMC: 22.2
  - Peso actual: 67.100
  - Ganancia de peso :10.3
  - Actividad sexual: No
  - Gestación planificada: No
  - Estimulación prenatal: No
  - Psicoprofilaxis Obstétrica: No
- j) Conductas durante el embarazo
  - Administración profiláctica de sulfato ferroso: Si
  - Trabaja haciendo esfuerzo físico: No
  - Exposición a agentes químicos, tóxicos, radiaciones, radiación solar: No
  - Tamizaje de VIH/SIDA (Prueba Rápida): Negativo
  - Tamizaje de violencia familiar: Negativo
- k) Consejerías Recibidas:

- Nutricionales: Si
- Métodos anticonceptivos: No
- VIH/SIDA: No
- Violencia familiar: Si
- Signos de alarma: Si (18).

### 1.5. Examen clínico

#### a) Funciones vitales

- Presión Arterial: 97/57
- Pulso: 77 por minuto
- Temperatura Corporal: 36.5°
- Respiración; 18 por minuto

#### b) Antropometría

- Peso: 67.100
- Talla: 1.60 (18).

### 1.6. Examen clínico general

#### a) Conciencia: LOTEPE

b) Piel y TCSC: Trigueña y tibia y elasticidad acorde a la edad, signo de pliegue: negativo

c) Cabeza: Normocéfala, movilidad conservada.

d) Cabello: Buena implantación.

e) Ojos: Pupilas normo isocóricas, conjuntivas palpebrales rosadas.

f) Nariz: Fosas nasales permeables.

g) Oídos: Pabellones auriculares bien implantados sin particularidades.

h) Boca: Labios rosados, mucosas orales húmedas, se observa pérdida de dos piezas dentarias (molares), orofaringe no congestiva.

i) Cuello: Simétrico. Móvil no adenopatías, tiroides no palpable

j) Aparato respiratorio: Tórax móvil con respiración -simétrico, Murmullo vesicular pasa por ambos campos pulmonares.

k) Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, conservado (18).

### 1.7. Examen obstétrico:

a) Mamas:

Inspección: Mamas asimétricas, pezones no formados hiperpigmentados.

Palpación: Turgentes, sin particularidades.

b) Abdomen:

Inspección: Útero grávido, sin estrías.

Palpación: Altura uterina: 31 cm, maniobras de Leopold; Feto en Longitudinal cefálico Izquierdo

Auscultación: Latidos Cardio fetales: 138 por minuto.

c) Genitales externos: nulípara, perdida de líquido claro, Tacto Vaginal :0cm B: 0% Ap: Alta, MO: R (LA claro), pelvis ginecoide.

d) Extremidades superiores: Simétricas, móviles.

e) Extremidades inferiores: Simétricas, móviles, reflejos osteotendinosos conservados, no edemas.

f) Ecografía:

- DBP:9979.5 32S
- CC:291mm 32S
- CA: 262mm 30.2s
- LF:52mm 27.6ss
- Pf:1467gr
- ILA :15
- Placenta corporal anterior
- LCF:145X minuto.
- Cervicometría: 35mm (18).

#### 1.7.1. Impresión diagnóstica al ingreso:

- Gestación de 30 ss y 01 día
- RPM
- Feto único vivo
- Primigesta Nulípara
  - No trabajo de parto (18).

#### 1.7.2. Plan de trabajo:

Se hospitaliza en Obstetricia (18).

#### 1.7.3. Indicaciones

- Control obstétrico
- Control de amniorrea
- Tactos vaginales restringidos
- Higiene vulvoperineal
- Control funciones vitales
- Reposo absoluto
- TNS
- Ecografía
- Candado Salinizado
- Se solicita exámenes de laboratorio (18).

#### 1.7.4. Medicación

- Candado salinizado
- Dexametasona 4mg c/12 h (1/4) cada 12horas IM
- Ampicilina 2 gr cada 6 horas EV (fechas: del 03/09 al 09/09)
- Azitromicina 500 mg cada 24 horas VO (fechas: del 03/09 al 05/09)
- Nifepidino 10mg cada 8 horas VO (fechas: del 03/09 al 04/09) (18).

**Cuadro 1**

**Cuadro de resumen de funciones vitales**

Fecha	03/09	04/09	05/09	06/09	07/09	08/09	09/09	10/09	11/09
PA	110/6 0	110/7 0	110/7 0	110/7 4	110/7 0	110/7 4	110/6 8	110/7 0	110/8 0
Pulso por minuto	89	74	74	80	84	72	84	84	74
Temperatura (°C)	36.5	36.7	36.5	36.4	36.5	36.1	36.4	36.5	36.6
Frecuencia respiratoria por minuto	18	18	18	18	18	18	18	18	18

Fecha	12/09	13/09	14/09	15/09	16/09	17/09	18/09	19/09	20/09
PA	114/7 4	114/7 0	110/7 0	110/6 0	110/7 0	110/7 0	120/7 0	117/8 1	114/7 2
Pulso por minuto	84	74	74	84	84	70	74	80	69
Temperatura (°C)	36.5	36.4	36.2	36.5	36.7	36.4	36.5	36.4	36.6
Frecuencia respiratoria por minuto	18	18	18	18	18	18	18	18	18

Fecha	21/09	22/09	23/09	24/09	25/09	26/09	27/09	28/09
PA (mmHg)	110/70	90/60	110/74	118/70	110/74	110/74	110/74	100/74
Pulso por minuto	70	74	84	71	74	84	84	84
Temperatura (°C)	36.5	36.0	36.5	36.4	36.3	36.5	36.3	36.1
Frecuencia respiratoria por minuto	19	18	18	18	18	18	18	18

**Cuadro 2**

**Cuadro resumen de resultados de exámenes de laboratorio**

Fecha	03/09	04/09	05/09	06/09	07/09	09/09	10/09	11/09	12/09	13/09
L	7.42	10.5	9	7.3	7	6.13	5.99	6.33	6.04	6.98
Hb:	12.6	11.7	11	11	11.6	11.5	12	12.1	11.7	11.9
Pq:	212 mil	200 mil	193 mil	184 mil	199 mil	196 mil	209 mil	207 mil	207 mil	205 mil
Creatina	0.5									
Glucosa	80									
PCR		0.08	0.05		nhr	nhr	nhr		nhr	
Grupo sanguíneo y factor Rh	O+									
Sed. Orina	6-8 xc									

Fecha	14/09	16/09	18/09	20/09	21/09	22/09	23/09	24/09	25/09	26/09
L	6.15	5.20	4.90	6.08	5.14	5.79	5.77	5.54	6.25	5.88
Hb:	11.7	11.6	11.5	11.7	11.7	11.5	11.8	11.7	11.8	12.7
Pq:	211 mil	207 mil	208 mil	209 mil	208 mil	221 mil	198 mil	201 mil	200 mil	229 mil
Creatinina										
Glucosa										
PCR	nhr	nhr	nhr		nhr	0.05	0.06	0.05	0.06	0.09
Grupo sanguíneo y factor Rh										
Sed. Orina										

Fecha	27/09	28/09
L	6.4	5.96
Hb	11.7	13
Pq		231mil
Creatinina		
Glucosa		
PCR	0.06	
Sed orina		

## 1.8. Ecografía obstétrica

### 1.8.1. Ecografía obstétrica: fecha (03/09/2024)

- DBP: 9979.5 32S
- CC:291mm 32S
- CA: 262mm 30.2s
- LF:52mm 27.6ss
- Pf:1467gr
- Ila :15
- Placenta corporal anterior
- LCF:145X minuto.
- Cervicometría: 35mm (18).

### 1.8.2. Ecografía obstétrica fecha (11/09/2024)

- Placenta corporal anterior I/III
- Feto en LCD, ILA 5 CM
- PF:1761 (18).

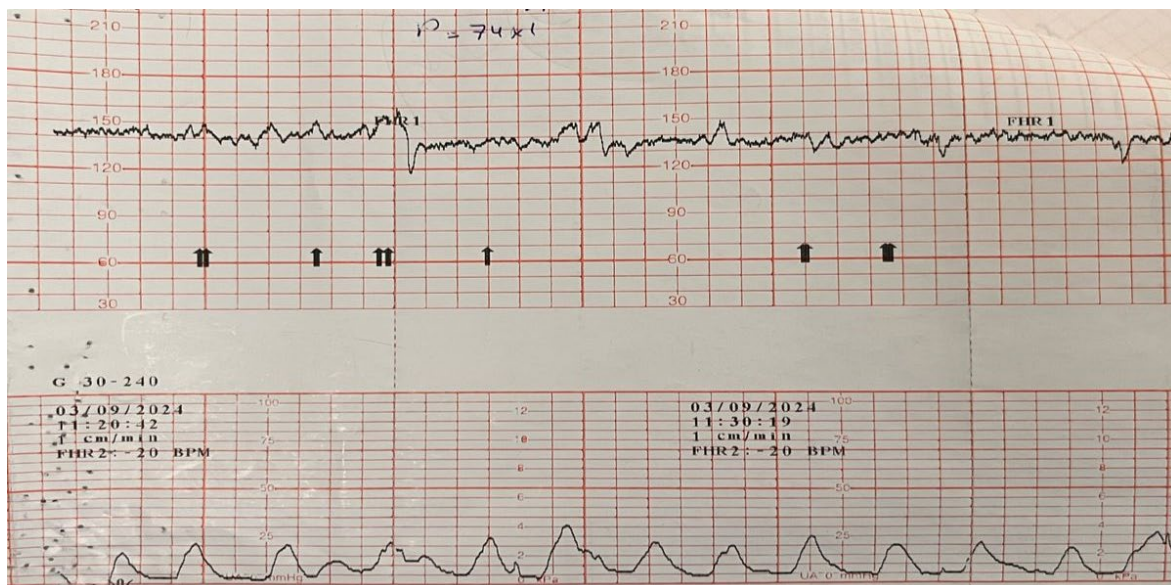
### 1.8.3. Ecografía obstétrica fecha (19/09/2024)

- Placenta corporal anterior I/III,
- feto en LCD, ILA 5cm
- PF :2035 gr (18).

### 1.8.4. Ecografía obstétrica fecha (24/09/2024)

- Placenta corporal anterior II/III (18).

**Figura 3**  
**Monitoreo fetal electrónico Fecha :03/09/2024**



**Figura 4**  
**Monitoreo fetal electrónico Fecha: 04/09/2024**

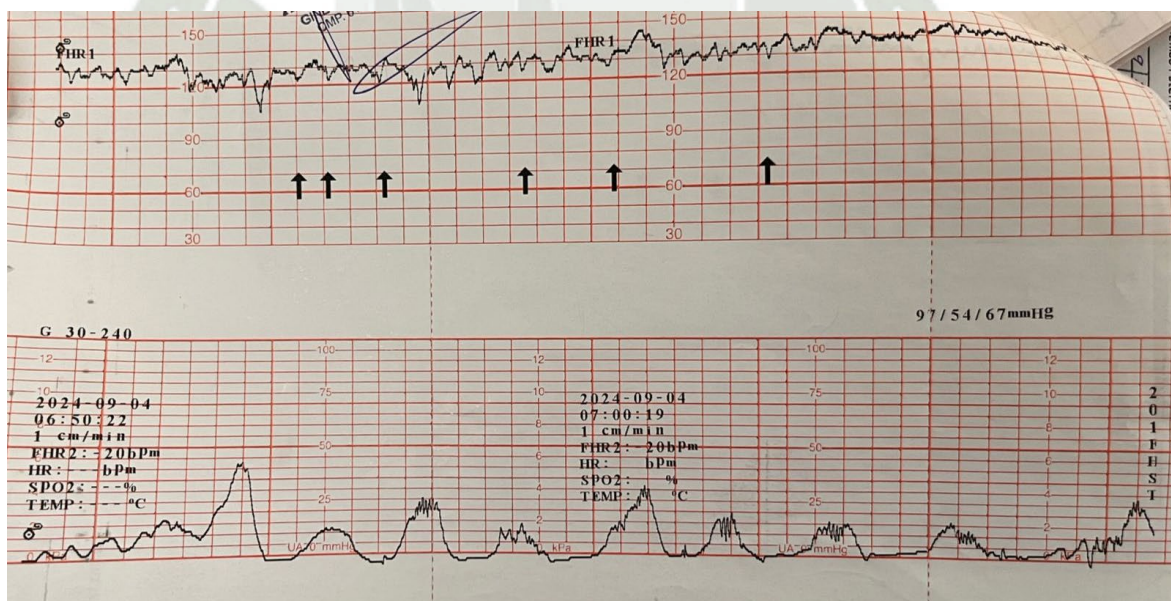


Figura 5

Monitoreo fetal electrónico Fecha: 27/09/2024

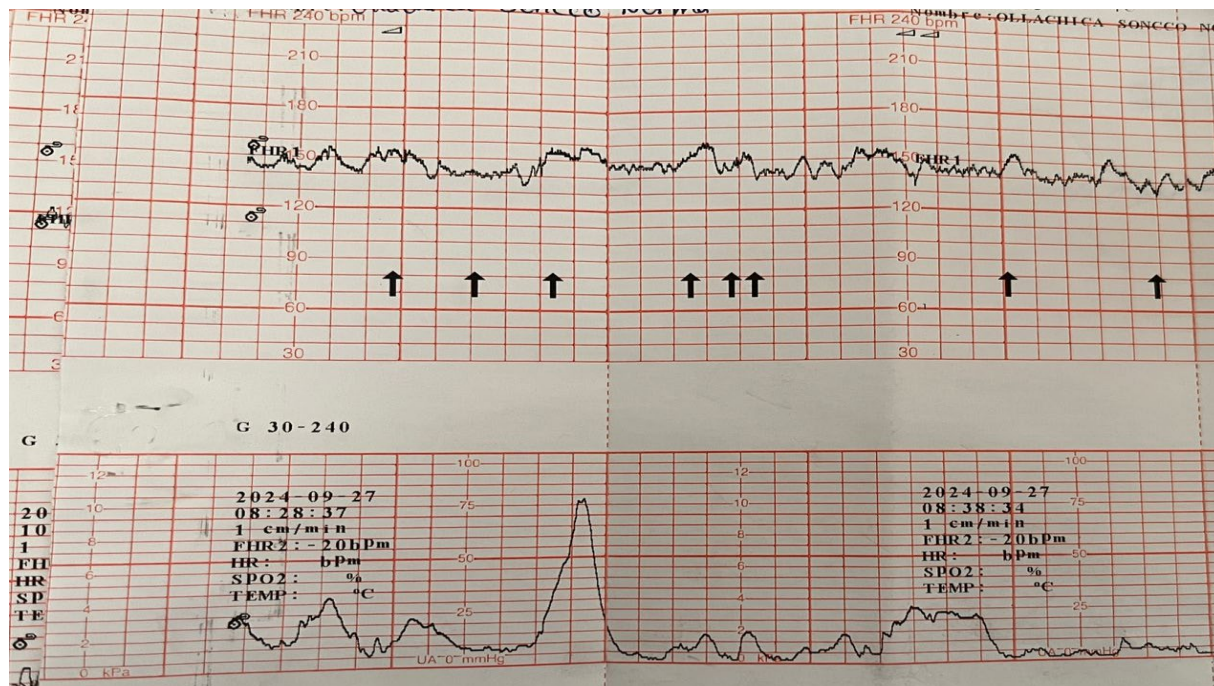
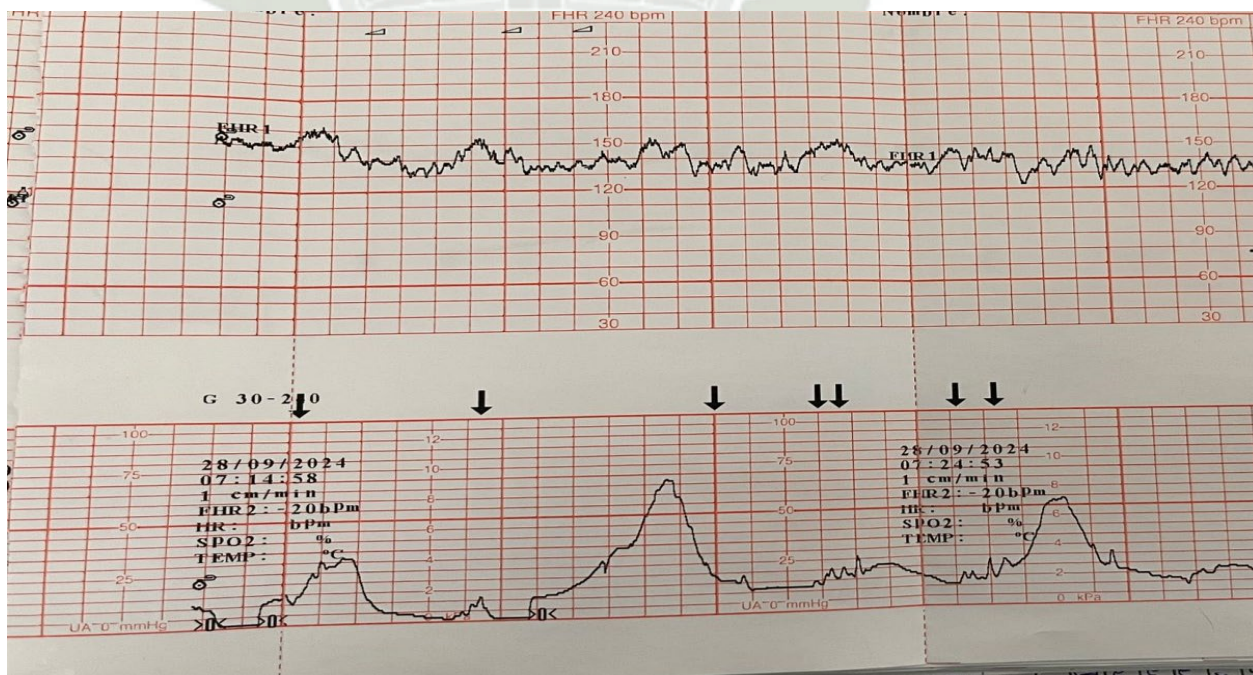


Figura 6

Monitoreo fetal electrónico Fecha 28/09/2024





## **CAPÍTULO III DISCUSIÓN**

## DISCUSIÓN

La ruptura prematura de membranas antes del inicio del trabajo de parto se presenta en aproximadamente el 8-10 % de los embarazos a término. Muchos profesionales de la salud optan por la inducción inmediata del parto, respaldados por estudios que evidencian un aumento en el riesgo de morbilidad materna y neonatal adversa a medida que se prolonga el tiempo entre la ruptura de membranas y el nacimiento. Sin embargo, otros especialistas abogan por un manejo expectante, argumentando un posible incremento en las tasas de cesáreas asociado con la inducción del parto y considerando las preferencias de algunas pacientes que desean evitar la inducción o el uso de ciertos agentes farmacológicos (3).

La ruptura prematura de membranas (RPM) es una condición obstétrica común que, en embarazos pretérmino, está asociada a una significativa morbimortalidad perinatal. El pronóstico está determinado por la edad gestacional al momento del diagnóstico, así como por el manejo adecuado de esta afección, considerando tanto la edad gestacional como las condiciones maternas y fetales presentes (5).

Actualmente, el diagnóstico de la Ruptura Prematura de Membranas (RPM) pretérmino se basa en métodos como la identificación de líquido amniótico mediante pruebas como el test de Fern y la prueba de Nitrazina, realizadas durante el examen con espéculo para detectar la presencia de líquido en el canal cervical. Adicionalmente, se utilizan pruebas específicas como la detección de alfa-macroglobulina-1 (PAMG-1) y la proteína similar a insulina unida al factor de crecimiento (IGFBP-1). Según la evidencia disponible, estas pruebas muestran una sensibilidad y especificidad superiores al 90 %, siendo la PAMG-1 la que presenta el perfil más alto en ambos parámetros. Aunque estas pruebas se han demostrado útiles para la práctica clínica, no se ha podido emitir una recomendación oficial debido a su falta de disponibilidad en Essalud y en el sistema de salud de Perú en general. En este contexto, se han establecido puntos de buena práctica clínica, destacando la necesidad de implementar de manera progresiva la disponibilidad de las pruebas IGFBP-1 o PAMG-1 para su uso en Essalud, como parte de las estrategias de mejora diagnóstica en esta patología (19).

El manejo y las complicaciones asociadas a la ruptura de membranas dependen fundamentalmente de la edad gestacional en la que se produce, por lo que su análisis debe realizarse de manera diferenciada según este criterio. De forma general, en todas las pacientes con RPM es esencial determinar la edad gestacional, idealmente mediante una

ecografía realizada en el primer trimestre. Asimismo, se debe descartar la presencia de compromiso fetal o materno, así como la existencia de infección intraamniótica (5).

La ruptura prematura de membranas tiene una etiología multifactorial que varía según la edad gestacional, y en algunas pacientes pueden identificarse múltiples causas posibles. A medida que la ruptura ocurre en edades gestacionales más tempranas, se observa una mayor asociación con infecciones del corion y la decidua. Sin embargo, en ciertos casos resulta difícil determinar si la infección es la causa primaria de la ruptura o si se desarrolla como consecuencia de esta. Por otro lado, las rupturas que se presentan en edades gestacionales más avanzadas suelen relacionarse con una disminución del contenido de colágeno en las membranas, lo cual también puede ser secundario a la acción de microorganismos que producen colagenasas, mucinasas y proteasas (3).

Se identificó un factor de riesgo al momento de la afiliación y evaluación que se le realizó a la gestante, el cual fue la hiper- contractibilidad uterina el cual se evidencia en los monitoreos fetales, también es importante resaltar que el hecho de acudir reconociendo el signo de alarma de pérdida de líquido amniótico claro sin mal olor, fue oportuno para que de tal manera reciba atención inmediata que se le brindo, ya que la gestante acudió a un Hospital de Nivel II, donde diagnosticaron la ruptura prematura de membranas de dos horas a sus 30 semanas de gestación y 1 día, con un feto único vivo, primigesta nulípara, la paciente al momento negaba dinámica uterina y percibía movimiento fetales presentes, como indicaciones para el manejo oportuno que se le brindo fueron control obstétrico, se solicitaron exámenes de laboratorio y se inicia medicación Cloruro de sodio 0.9% 500cc a goteo rápido y luego a 45 gotas, se le administra corticosteroides para la maduración pulmonar, dexametasona 6mg VIM STAT, se le administra tocólisis de medicación nifedipino 10 mg VO STAT y de antibioterapia cefazolina 1 gr VEV STAT, controlada la paciente, se inicia la referencia a un centro de mayor capacidad resolutive por lo cual es referida a un Hospital de nivel III.

En el Hospital de nivel III, es hospitalizada, se confirma el diagnóstico de Ruptura Prematura de membranas, gestación de 30 semanas y 01 día, feto único vivo, primigesta nulípara, paciente es hospitalizada con indicaciones de control de funciones vitales, control obstétrico, reposo absoluto, exámenes auxiliares, candado salinizado y con antibioterapia de ampicilina 2gr cada 6 horas EV cumplió tratamiento desde el 03/09/24 hasta el 09/09/24, azitromicina 500 mg cada 24 horas VO desde el 03/09/24 hasta el 05/09/24, dexametasona 6 mg cada 12 horas (hasta completar sus cuatro dosis), nifedipino 10 mg cada 8 horas VO

desde el 03/09/24 hasta 04/09/24, se termina antibioterapia por exámenes de laboratorio sin signos de severidad o infección, paciente permanece hospitalizada con candado salinizado y recibiendo multivitamínico cada 24 horas vía oral, paciente recibe un manejo expectante con control diario de monitoreo fetal, control de exámenes de laboratorio para descartar signos de severidad control de funciones vitales y estudios ecográficos, paciente permanece hospitalizada estable para ser intervenida a sus 34 semanas de gestación con una cesárea programada.

Según la Organización Panamericana de la Salud, toda mujer embarazada o en periodo de puerperio debe recibir atención conforme a las directrices y normativas establecidas y vigentes en cada país y territorio de las Américas. Asimismo, se destaca la importancia de mantener una comunicación constante con las gestantes, brindándoles información clara sobre los lugares a los que deben acudir en caso de emergencia. Además, se recomienda coordinar los controles, ya sea de forma virtual, presencial o incluso domiciliaria, cuando las circunstancias lo requieran (20).

El Instituto Nacional Materno Perinatal recomienda administrar un único ciclo de corticosteroides a mujeres embarazadas entre las 24 y 34 semanas de gestación que se encuentran en riesgo de parto pretérmino debido a ruptura prematura de membranas. Los esquemas sugeridos incluyen: betametasona, 12 mg por vía intramuscular cada 24 horas durante dos dosis, o dexametasona, 6 mg por vía intramuscular cada 12 horas durante cuatro dosis, siendo este último el esquema utilizado en la paciente del caso clínico analizado. En cuanto a los exámenes complementarios para confirmar la ruptura prematura de membranas en el caso clínico, se solicitaron hemograma y proteína C reactiva (PCR). Según la Guía Práctica del Instituto Nacional Materno Perinatal, estos estudios se recomiendan como predictores auxiliares de ruptura prematura de membranas, acompañados de otras evaluaciones como la cardiotocografía. Este último examen es particularmente útil, ya que permite identificar signos como taquicardia fetal o disminución de la variabilidad, factores que pueden respaldar el diagnóstico. En el caso clínico analizado, además del hemograma y PCR, se emplearon monitoreo fetal y estudios ecográficos como métodos adicionales para evaluar el bienestar fetal y confirmar el diagnóstico de ruptura prematura de membranas (21).

Por lo antes mencionado se puede corroborar que se realizó un diagnóstico oportuno, se brindó un manejo oportuno y eficaz donde se aplicó los protocolos, también se pudo identificar como factor de riesgo la hiper-contrabilidad uterina en este caso clínico.

## CONCLUSIONES

- PRIMERA** Del análisis sobre el diagnóstico hecho de la entidad clínica se concluye que fue oportuno porque se realizó una anamnesis, examen físico y exámenes auxiliares que corroboraron el diagnóstico oportunamente, los cuales fueron basados en las guías de práctica clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología 2023.
- SEGUNDA** Del análisis sobre el manejo del cuadro clínico de ruptura prematura de membranas se concluye que fue correcto ,en este cuadro clínico se siguió una conducta expectante y de monitoreo constante, al no encontrarse signos de severidad y al tener los exámenes de laboratorio que lo demuestran se procedió a continuar con la gestación en la cual se aplicó el manejo de Ruptura Prematura de Membranas, basado en las guías de práctica clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología 2023 .
- TERCERA** Del análisis de los factores de riesgo se encuentra un factor de riesgo asociado, que es la hiper-contrabilidad uterina que es probable que haya desencadenado la ruptura prematura de membranas.

## RECOMENDACIONES

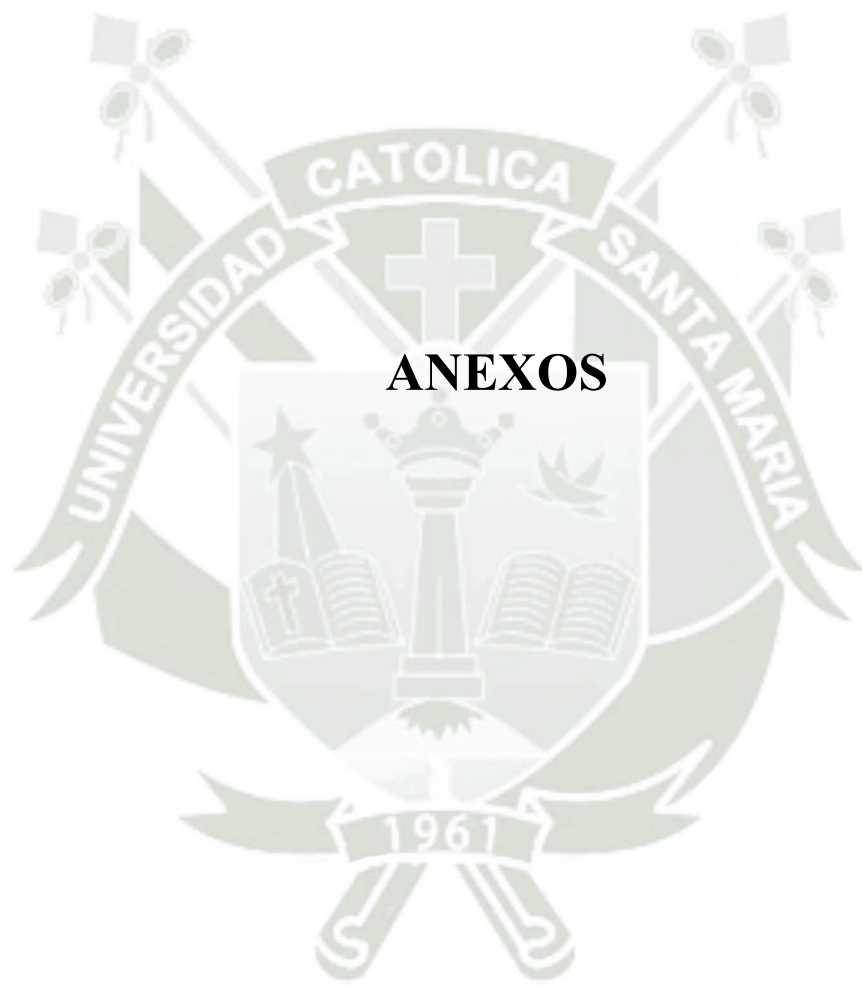
1. Es fundamental que las obstetras recomienden a las mujeres en edad fértil asistir a controles preconceptionales, ya que en estos se pueden identificar factores de riesgo que no solo pueden provocar parto prematuro, sino también aumentar la morbimortalidad materna.
2. Es necesario sensibilizar a la población sobre la importancia de los cuidados antes, durante y después del embarazo, con el objetivo de prevenir complicaciones. Asimismo, informar a las gestantes acerca de los signos de alarma les permitirá reconocerlos a tiempo y acudir a un centro de salud cercano para recibir atención oportuna.
3. Las autoridades de los distintos establecimientos de salud deben supervisar continuamente la aplicación de protocolos y guías de atención para las gestantes. Además, es fundamental dotar a los centros de salud con kits de emergencia obstétrica, ya que su implementación contribuye a la reducción de la morbimortalidad materno-perinatal.
4. Las jefaturas del servicio de Gineco-Obstetricia deben garantizar la capacitación continua del personal del área, con el propósito de fortalecer sus competencias y destrezas en la aplicación de guías y protocolos de atención obstétrica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Juárez M, Loo M. Ruptura prematura de membranas y su asociación con neumonía neonatal en gestantes atendidas a término en un hospital terciario de Lima, Perú. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. 2020; 9(2): 16-20 Disponible en: <https://doi.org/10.33421/inmp.2020199>.
2. Fajardo et al. Guía de manejo de ruptura prematura de membranas: [Tesis para optar el título de Especialista en Ginecología y Obstetricia]; 2020 Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1128233>.
3. Vigil et al. Ruptura prematura de membranas. Guía Clínica de la Federación Latinoamericana de Sociedad de Ginecología y Obstetricia. 2011; 2 Disponible en: <https://www.sogiba.org.ar/documentos/GC1RPM.pdf>.
4. Gutierrez Ramos M. Manejo actual de la rotura prematura de embarazos pretermino. Revista Peruana de Ginecología Y Obstetricia. 2018 julio/setiembre; 64(3): 405-414 Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322018000300014](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300014).
5. Araujo et al. Rotura prematura de membranas: diagnóstico y manejo. Revista Obstetricia y Ginecología Venezuela. 2024; 22: 59-72 Disponible en: <https://www.sogvzla.org/wp-content/uploads/2024/02/10-R-84-1-Rotura-prematura-de-membranas-diagnostico-y-manejo-1.pdf>.
6. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de ruptura prematura de membrana. [Online].; 2023. Available from: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5537022/4925811-rd-n-399-2023-hnch-dg.pdf>.
7. Ministerio de Salud. Guías de Práctica Clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología; 2023 Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5116461/Gu%C3%ADas%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20y%20de%20Procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatolog%C3%ADa%202023.pdf?v=1694526164>.

8. Cabero R. Tratado de Ginecología y obstetricia. Medicina Materno Fetal. 2014; 89(2) Disponible en: <https://instituciones.sld.cu/hospgramonglezcoro/files/2020/11/Medicina-materno-fetal-CAVERO-ROURA.pdf>.
9. Garg A, Jaiswal A. Evaluation and Management of Premature Rupture of Membranes : a review article. Cureus. 2023 marzo; 15(3) Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37155446/>.
10. Middleton et al. Planned early birth versus expectant management ( waiting) for prelabour rupture of membranes at term(37 weeks or more). Cochrane database of systematic reviews. 2017 enero; 1(1) Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28050900/>.
11. American College of Obstetricians and Gynecologists. Prelabor rupture of membranes: ACOG practice bulletin, number 217. Obstet Gynecol. 2020 Marzo; 135(3): e80-e97 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32080050/>.
12. Cobo et al. Protocolo de rotura prematura de membranas a término y pretérmino. Hospital Clinic de Barcelona. 2023; 8(4) Disponible en: <https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/rotura-prematura-de-membranas-hcp-hsjd.pdf>.
13. Palacio et al. Rotura visible de membranas : efecto del liquido amniotico sobre el resultado del embarazo. Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2008 junio; 138(2): 158-163 Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0301211507003661>.
14. Falk et al. Manejo expectante en la ruptura prematura de membranas espontanea prematuro entre las 14 y 24 semanas de gestacion. Journal of Perinatology. 2004 julio; 24(10): p. 611-616 Disponible en: <https://www.nature.com/articles/7211163>.
15. National Library of Medicine. Prelabor Rupture of membranes: ACOG Practice Bulletin , Number2017. National Library of Medicine. 2020 marzo; 135(3) Disponible en: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2020/03/prelabor-rupture-of-membranes>.
16. Franco. Ruptura prematura de membranas ovulares pretérmino y sus complicaciones en la madre y el recién nacido: [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]; 2020.

17. Ministerio de Salud. Guías de practica clinica para la atencion de emergencias obstetricas segun nivel de capacidad resolutive Perú; 2007 Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/imp/852\\_imp198.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/imp/852_imp198.pdf).
18. Hospital Yanahuara ESSALUD. Historia Clínica; 2024.
19. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del parto pretérmino diciembre EsSalud. [Online].; 2018. Available from: [https://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC\\_Parto\\_Pretermino\\_Version\\_Extensa.pdf](https://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_Parto_Pretermino_Version_Extensa.pdf).
20. Organización Panamericana de Salud. OPS pide a los países que garanticen controles prenatales para embarazadas porque pueden tener mayor riesgo de COVID-19 grave. [Online]. Washington D.C; 2020. Available from: <https://www.paho.org/es/noticias/21-8-2020-ops-pide-paises-que-garanticen-controles-prenatales-para-embarazadas-porque>.
21. Ministerio de Salud. Guías de practica clinica y de procedimientos en obstetricia y perinatologia Instituto Nacional Materno Perinatal Peru; 2014 Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/transparencia/general/resoluciones-directorales2014?pagina=18>.
22. Lange Friedman M, Mcelin T. Diagnosis of ruptured fetal membranes. Clinical study and review of the litetature. American Jorunalof Obstetrics Gynecology. 1969 junio; 104(4): 544-550 Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002937816342442>.
23. Maul et al. Current approach in preterm prelabor rupture of membranes; new definitions , is crp determination useful , are alternatives in sight. Der Gynakologe. 2021; 54(3): p. 186 Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00129-021-04750-3>.





### CARNET DE ATENCIÓN PRENATAL

ESTABLECIMIENTO: \_\_\_\_\_ NIVEL: \_\_\_\_\_  
 APELLIDOS: \_\_\_\_\_ NOMBRES: \_\_\_\_\_  
 N° HC: \_\_\_\_\_

DÍA	MES	AÑO
15	04	24
15	05	24
15	06	24
24	7	27
19	8	24
05	9	24

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 antes de lo esperado.
- \* Dolor de cabeza intenso o persistente.

ATENCIÓNES PRENATALES	ATENCIÓN 1	ATENCIÓN 2	ATENCIÓN 3	ATENCIÓN 4	ATENCIÓN 5	ATENCIÓN 6	ATENCIÓN 7	ATENCIÓN 8	ATENCIÓN 9
Fecha y hora atención (a/m/d hh:min.)	15/04/24 : 23:41	23/7/24	15/5/24 : 14	14/6/24	19/7/24	22/8/24	/ / :	/ / :	/ / :
Edad Gest. (semanas)	4 sem	Exp. 9 sem	14 sem	20	23	23			
Peso madre (kg.)	56.8	58.2	58.300	62.800	65.200	67.300			
Temperatura (°C)	36.6	36.3	36.2	36.2	36.7	36.2			
Presión arter. (mm. Hg.)	90/60	100/60	100/60	100/60	90/60	100/60			
Pulso materno (por min.)	75	72	74	72	76	74			
Altura Uterina (cm.)	ND	↑	12	19	20	28			
Situación (LITINA)	NA	ND	NA	NA	NA	L			
Presentación (C/P/N/A)	NA	ND	NA	NA	NA	C			
Posición	NA	ND	NA	NA	NA	1			
F.C.F. (por Min/NA)	NA	NP	148x	140x	139x	141x			
Mov. fetal	NA	ND	NA	NA	4	ft			
Proteinuria Cualitativa	NA	NSH	NSH	NSH	NSH	NSH			
Edema (+/++/+++/SE)	SE	S/E	SE	SE	SE	SE			
Reflejo Osteotendinoso (0,+/++/+++)	+	+	++	++	++	++			
Examen de Pezón (formado/No Form/S/n Exam)	NF	NF	F	F	F	F			
Indic. Hierro / Ac. Fólico (mayor o igual a 16 sem)	AF <sub>1</sub>	trane	30	30	30	30			
Indic. Calcio (mayor o igual a 20 sem)	-	ND	NA	ND	30	30			
Indic. Ac. Fólico	-	ND	NA	NA	NA	NA			
Orient. Consej. (PF/ITS/Nut) Imn/VIH/TBC/No se hizo/NA	PF	Sis Dem	Sis M	Sig Alm	seg Alom	Sig Alm			
EG de Eco. Control (Sem/No se hizo/NA)	-	ND	si	si	NA	Perinat			
Perfil Biofísico (4,6,8,10 de 10/NSH/NA)	-	ND	NA	NA	NA	NA			
Cita (a/m/d)	15/05/24		15/6/24	24/7/24	19/8/24	05/09/24			