



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSTGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

**ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS
PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ,
LIMA – 2024**

PRESENTADO POR:

NILDA JESSICA JAIMES ESPINOZA

ASESORA:

MG. MARIA DEL PILAR ASAN VELASQUEZ

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA
CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y
CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**

MOQUEGUA-PERÚ

2024



Universidad José Carlos Mariátegui

CERTIFICADO DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, en calidad de Jefe de la Unidad de Investigación de la **Escuela de Posgrado**, certifica que el trabajo de investigación () / Tesis () / Trabajo de suficiencia profesional () / Trabajo académico (X), titulado “**ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ, LIMA - 2024**” presentado por el(la) aspirante **JAIMES ESPINOZA NILDA JESSICA**, para obtener el grado académico () o Título profesional () o Título de segunda especialidad (X) en: **SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**, y asesorado por el(la) **Mg. MARIA DEL PILAR ASAN VELASQUEZ**, designado como asesor con Resolución Directoral N° **0222-2024-DEPG-UJCM**, fue sometido a revisión de similitud textual con el software TURNITIN, conforme a lo dispuesto en la normativa interna aplicable en la UJCM.

En tal sentido, se emite el presente certificado de originalidad, de acuerdo al siguiente detalle:

Programa académico	Aspirante(s)	Trabajo de investigación	Porcentaje de similitud
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS	JAIMES ESPINOZA NILDA JESSICA	ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PRETÉRMINO EN EL HOSPITAL SAN BARTOLOMÉ, LIMA - 2024	22%

El porcentaje de similitud del Trabajo de investigación es del **22%**, que está por debajo del límite **PERMITIDO** por la UJCM, por lo que se considera apto para su publicación en el Repositorio Institucional de la UJCM.

Se emite el presente certificado con fines de continuar con los trámites respectivos para la obtención de grado académico o título profesional o título de segunda especialidad.

Moquegua, 16 de setiembre de 2024

UNIVERSIDAD JOSE CARLOS MARIATEGUI

Dr. JAVIER PEDRO FLORES AROCUTIPA

JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
ESCUELA DE POSGRADO UJCM- SEDE MOQUEGUA

ÍNDICE DE CONTENIDO

Página del jurado	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE DE CONTENIDO	iv
RESUMEN	vi
CAPÍTULO I PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	6
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	6
1.2 JUSTIFICACIÓN	7
1.3 MARCO TEORICO	8
1.3.1 ANTECEDENTES	8
ANTECEDENTES INTERNACIONALES	8
ANTECEDENTES NACIONALES	10
1.3.2 CONCEPTOS BASICOS DE LA ENFERMEDAD O EVENTO	11
GENERALIDADES	11
ETIOLOGÍA	12
DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN	13
COMPLICACIONES	14
TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO	14
CAPÍTULO II CASO CLÍNICO	17
2.1 OBJETIVOS	17
OBJETIVO GENERAL	17
OBJETIVOS ESPECIFICOS	17
2.2 SUCESOS RELEVANTES	18
2.3 DISCUSIÓN	30
2.4 CONCLUSIONES	32
2.5 RECOMENDACIONES	33
BIBLIOGRAFÍA	34

RESUMEN

El presente caso clínico, aborda el problema de la ruptura prematura de membranas (RPM) en una gestante pretérmino, la cual se define como rotura espontánea de la membrana amniótica antes de que inicie el parto y antes de la semana 37 de gestación. **Objetivo:** Analizar los factores de riesgo, el manejo terapéutico, las complicaciones maternas y la evolución clínica de una gestante con rotura prematura de membranas pretérmino desde su ingreso hasta el atendida en el Hospital San Bartolomé, Lima 2024. **Resultados:** Mujer con segunda gestación, nulípara, de 23 años, con 36 2/7 semanas por ecografía tardía de embarazo, que llegó al servicio de emergencia del Hospital San Bartolomé, con diagnóstico de RPM de una hora. La gestante fue hospitalizada, recibiendo antibioticoterapia a base de ampicilina endovenosa, tras lo cual se practicó una inducción de trabajo de parto con oxitocina, sin resultado positivo. La gestante se trasladó a sala de operaciones para una cesárea de emergencia, naciendo un varón de 2962 gramos con talla 49.5 cm, Apgar de 9 al minuto y a los cinco minutos y pérdida de sangrado vaginal dentro de los valores normales. El alta se dio a los tres días después de la cesárea. **Conclusiones:** La RPM es una grave complicación del parto, la cual debe ser diagnosticada lo más temprano posible para brindar un tratamiento oportuno y adecuado a la gestante, tal como se pudo apreciar en el presente caso clínico.

Palabras claves: Complicaciones del parto, Ruptura prematura de membranas, Embarazo.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La rotura prematura de membranas (RPM), cuando se produce en aquellas gestantes cuyos fetos aún no alcanzan la etapa a término, representa no solo una emergencia obstétrica, sino también una emergencia perinatal, debido al hecho de que el feto ve afectada la barrera que la protege del medio externo, constituida básicamente por la membrana amniótica, lo cual conlleva a perder progresivamente el líquido amniótico elaborado por el feto para amortiguar el contacto con los órganos maternos, además de exponer a la madre y al feto aún inmaduro a la exposición con gérmenes existentes en la cervix uterina y el canal vaginal, aumentando así la riesgosa posibilidad de que producirse una infección materna-fetal (1).

En cuanto a la epidemiología de la RPM, se estima que ésta patología está presente en el mundo en un porcentaje cercano al 3%, aunque dicho valor puede presentar una notoria variación de acuerdo con los lugares en donde se ha realizado el

estudio, reportándose recientemente porcentajes entre el 1,6% en Nigeria (2) y el 9,2% en Etiopía (3).

Se estima que la RPM producida en el embarazo pretérmino es la responsable de la tercera parte de casos de parto pretérmino, y, además, presenta infección en un alto porcentaje, alcanzando el 50% para el caso de las infecciones microbianas en la cavidad amniótica y el 74% cuando se trata de infecciones cérvico vaginales (4).

Los resultados adversos que se producen como consecuencia de una RPM involucran de manera especial la salud neonatal, razón por la cual debe considerarse como un problema sanitario público que deriva no sólo en un aumento del gasto público sino también un mayor desgaste emocional para el equipo de salud y el entorno familiar, cuando se acompaña con eventos agravantes como la infección y la prematuridad (5). Se estima que los recién nacidos cuyas madres han tenido parto pretérmino y a la vez RPM incrementan el riesgo de padecer complicaciones alrededor de catorce veces (6).

En la presente investigación se desarrolló un caso clínico centrada en la evolución de una mujer embarazada que presentó una rotura prematura de membranas (RPM) en el embarazo pretérmino, y cuya atención fue realizada en el Hospital San Bartolomé; el cual constituye una grave complicación si el tratamiento no se da de manera precisa y oportuna, y, por ende, constituye un tema de interés para el campo de investigación en la obstetricia.

1.2 JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, la RPM constituye un problema obstétrico con una frecuencia relativamente alta, siendo su gravedad proporcional al tiempo que demora en ser

atendido, así como a la prematuridad en que se encuentra el feto. Por ello, es importante que el obstetra realice un diagnóstico temprano, a fin de que no sea confundida con otras patologías menos graves, y en el caso de ya existir la RPM, detectar oportunamente la existencia de infección antes de que aparezcan signos de infección neonatal. La presente investigación servirá, así, como material actualizado para comprender las bases fisiológicas de la RPM y las principales formas de tratar esta complicación, información que será de gran utilidad, especialmente en el caso de las obstetras con segunda especialidad.

Por otro lado, este caso clínico también ayudará a visibilizar el rol que cumplen los distintos profesionales que integran un equipo de salud en la atención de la paciente obstétrica, en especial la labor de los obstetras, en las distintas áreas de atención hospitalaria, para lo cual se ha tomado como referencia el Hospital San Bartolomé de Lima. A través de esta información se podrá hacer comparaciones con estudios semejantes a nivel nacional e internacional, y evaluar las posibles estrategias de mejora para el caso del manejo y tratamiento de la RPM pretérmino, en la que podrá tomarse en cuenta el aporte de los obstetras especialistas en formación.

1.3 MARCO TEORICO

1.3.1 ANTECEDENTES

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Cedillo y Patiño (7) en el año 2022 plantearon como objetivo determinar las complicaciones materno-fetales más importantes relacionadas con la RPM en la gestación que recibieron atención en un hospital universitario de Guayaquil, a través de estudios de diseño observacional, descriptivo de corte transversal

retrospectivo, sobre una muestra de 176 pacientes quienes habían cumplido con los criterios de inclusión. Se destacaron como factores obstétricos más frecuentes, los antecedentes de RPM con 19.9% e infección en las vías urinarias con 16.5%; por el lado de las complicaciones maternas se destacaron el desprendimiento prematuro de placenta con 38.1% y corioamnionitis con 26.1%; mientras que, por el lado de las complicaciones fetales, los más frecuentes fueron la prematuridad con 56,3% y sufrimiento fetal con 11,4%.

Valencia (8) en el año 2021 presentaron un caso clínico sobre una gestante de 21 años cuyo embarazo se encontraba en las 28.3 semanas en un hospital de Ecuador. El diagnóstico se realizó mediante especuloscopia, siendo hospitalizada y recibiendo tratamiento antibiótico y de maduración pulmonar fetal. Al cuarto día de hospitalización la paciente inició la fase activa del trabajo de parto, el cual duró aproximadamente cuatro horas, produciéndose un parto vaginal, del cual nació un producto único vivo con Apgar 8/9 al minuto, de 1300gr de peso, talla con 43 cm, 30 semanas de gestación estimadas con el Test de Capurro, siendo llevado a sala de neonatología para su atención.

Acosta (9) en el año 2020 presentaron un caso clínico que abordó el diagnóstico de una ruptura prematura de membranas en una mujer primigesta con 17 años de edad, y que cursaba las 23,1 semanas de embarazo, con presencia de antecedentes patológicos quirúrgicos de apendicetomía tres años atrás, que acudió con su madre a un centro de salud de primer nivel tras detectar pérdida de líquido con olor a cloro con dos horas de evolución, siendo referida a un hospital de segundo nivel. El tratamiento se basó en la antibioticoterapia a base de ampicilina y eritromicina en forma inicial, y luego con gentamicina y clindamicina, además de reposo y evaluación continua, siendo dado de alta a la

semana 28, indicando su retorno al hospital ante la presencia de algún signo de alarma.

ANTECEDENTES NACIONALES

Cruz (10) en el año 2022 presentó el caso clínico de una gestante con RPM pretérmino que estuvo asociado a otras complicaciones maternas. Según la historia clínica, la gestante era una multigesta de 34 semanas, cuyo síntoma más notorio correspondió a la pérdida de líquido amniótico por encima de las 48 horas, por lo cual se tuvo que iniciar la maduración pulmonar con betametasona, complementada con antibióticos previos al parto en forma de cefazolina endovenosa. La existencia de fiebre y taquicardia fetal, entre otros síntomas de infección, durante el primer periodo de parto, obligó a terminar el embarazo por vía cesárea, en el cual se obtuvo un RN vivo de 2585 g, con líquido meconial, y edad gestacional de 39ss. Después de la operación se empleó antibioticoterapia de amplio espectro por vía endovenosa, ceftriaxona + gentamicina + clindamicina. La existencia de endometritis, infección de herida operatoria y pelviperitonitis obligó a realizar una histerectomía abdominal total para salvar la vida de la paciente.

Puelles (11) en el año 2022 presentó el caso clínico de una gestante con RPM prolongado pretérmino complicado con corioamnionitis atendida en un hospital III de Lima. Según la historia clínica, la mujer era una segundigesta nulípara de 30 semanas, referida de un hospital de menor complejidad con el diagnóstico de amenaza de parto prematuro acompañada de retardo en el crecimiento fetal, con presencia de RPM de 10 horas, y sin signos clínicos de infección. El tratamiento inicial consistió en la administración de antibióticos, inducir la maduración pulmonar y el uso de tocolítics. Luego de tres días se detectan

signos clínicos de corioamnionitis clínica, por lo cual se procede a la cesárea, y un tratamiento antibiótico a base de clindamicina, gentamicina y ampicilina. Tras cinco días de hospitalizada, la paciente reinicia el alza térmica, por lo que se vuelve a aplicar antibioticoterapia, generando una respuesta positiva, dándose de alta luego de once días de hospitalización.

Pariona (12) en el año 2021 presentó el caso clínico de una mujer tercigesta de 30 años, en la semana 23 de gestación, con factores de riesgo como la ausencia de atención prenatal, antecedente de aborto y nuliparidad. La gestante ingresó por emergencia a un hospital de nivel III, con diagnóstico de ruptura prematura de membranas > 7 horas, líquido amniótico claro y signos probables de corioamnionitis. Al ser hospitalizada, se le proporcionó antibióticos de amplio espectro, complementada con maduración sistémica; adoptando así una conducta expectante a la espera de la evolución de la viabilidad fetal y las condiciones maternas. La evaluación con ecografía Doppler, detectó un retardo del crecimiento intrauterino, posteriormente una presión alta compatible con preeclampsia severa, por lo que se decidió culminar el embarazo por vía cesárea a las 31 6/7 semanas, sin signos de complicación infecciosa. El recién nacido tuvo sexo femenino, 1655 gramos, una talla de 41cm, Apgar de 7 y 8 al minuto y a los cinco minutos, respectivamente.

1.3.2 CONCEPTOS BASICOS DE LA ENFERMEDAD O EVENTO

GENERALIDADES

Cuando se produce una rotura espontánea de la membrana amniótica antes de que inicie el parto, se denomina Rotura Prematura de Membrana (RPM), evento que se presenta en aproximadamente el 10% de los embarazos. Si la rotura de membranas

se produce posterior a la semana 37 de gestación, pero previo al comienzo del trabajo de parto, se denomina RPM a término. En caso que este se produzca antes de las 37 semanas, se llama RPM pretérmino. Cuando este evento sucede 24 horas antes del nacimiento, se llama Rotura Prematura Prolongada de Membrana (13).

ETIOLOGÍA

Los mecanismos que se involucran en el desarrollo de una RPM están relacionados con la activación de vías celulares comunes que pueden agruparse en tres grandes categorías: apoptosis celular, degradación del colágeno de las membranas fetales y peroxidación de los lípidos con daño en el ADN. La liberación de los factores de necrosis tumoral, como consecuencia de un proceso infeccioso, distensión de membranas o isquemia placentaria, puede desencadenar la degradación del colágeno de las membranas fetales por activación de metaloproteinasas de matriz (MMP), así como el proceso de apoptosis mediante la liberación del citocromo C mitocondrial. En el caso del tabaco, su efecto se centra fundamentalmente en la peroxidación de los lípidos con daño en el ADN (14).

Algunos autores agrupan los factores asociados a la RPM en tres grupos: a) mecánicos, que favorecen el adelgazamiento y la apoptosis del tejido conectivo en la zona donde luego se producirá la rotura; b) químicos, como en el caso del tabaco, que favorece la degradación del colágeno al estimularse la liberación de metaloproteinasas, y, c) factores infecciosos, los cuales activan distintos mecanismos de respuesta celular mencionados anteriormente como resultado de una respuesta inflamatoria mediada por neutrófilos, destacándose los factores de necrosis tumoral y las citoquinas (15).

Entre los agentes patógenos que se han reportado como más frecuentes en la RPM

se encuentra la bacteria Gram negativa *Snaethia spss*, que es propia de la microbiota vaginal, pero que puede ascender a las membranas amnióticas, y cuya presencia en el líquido amniótico se asocia de forma significativa con un riesgo mayor de sufrir parto prematuro, así como de resultados adversos en el embarazo; sin embargo, la necesidad de pruebas moleculares para su diagnóstico complica su identificación (16).

En relación a los factores de riesgo que predisponen la existencia de una RPM pretérmino, sobresalen los siguientes:

- Descensos vaginales con OR = 5.30 (17).
- Infección en las vías urinarias con OR = 2.62 (17).
- Rotura prematura de membrana previa con OR = 3.31 (17).
- Sangrado a nivel vaginal con OR = 2.58 (17).
- Circunferencia del brazo medio superior menor de 23 cm con OR = 6.26 (17).
- Anemia con OR= 3,4 (25)

DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN

El diagnóstico de una RPM se puede realizar de manera clínica, mediante observación de la pérdida de líquido amniótico, ya sea de manera directa o mediante el uso de espéculo, para lo cual podría ayudarse con la maniobra de valsalva, pidiendo a la gestante que tosa o puje (18).

Otra forma de identificar la pérdida de líquido amniótico es a través del uso de papel de nitrazina, en los casos en que no se puede evidenciar visualmente, basado en la diferencia de pH que tiene el canal vaginal con tendencia ácida en comparación con el líquido amniótico que es más alcalino, pero cuya interpretación puede verse afectada si la gestante presenta residuos seminales, de sangre o de jabón (18).

Una forma alternativa considera la existencia de arborización o cristalización en helechito, cuando una muestra de fluido vaginal es colocada sobre una lámina porta y se deja secar durante diez minutos, tras lo cual se observa al microscopio para encontrar la mencionada forma en helechito (19).

COMPLICACIONES

Se estima que alrededor del 13% de las gestantes que sufren una RPM presentan algún tipo de complicaciones (20), encontrándose con mayor frecuencia:

- Corioamnionitis.
- Infección puerperal.
- Desprendimiento prematuro de placenta.

En el caso de las complicaciones a nivel del recién nacido, se estima que se presenta en el 16% de los casos (20), siendo los más frecuentes:

- Prematuridad.
- Sepsis neonatal.
- Malformaciones fetales.
- Hipoplasia pulmonar.
- Contracturas.

De forma reciente se ha evidenciado que algunos biomarcadores de importancia como la proteína C reactiva, la procalcitonina y los leucocitos, que representan predictores de alta confianza para el caso de complicaciones maternas cuando se presenta una RPM pretérmino (21).

TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO

El eje clave del tratamiento de una RPM pretérmino se basa en tres medidas: el tratamiento antibiótico, la maduración del pulmón y la neuroprotección fetal, que

en conjunto han disminuido la morbimortalidad en el neonato, y han contribuido a mejorar el pronóstico en la evolución del recién nacido (22).

El uso de antibióticos se hace de manera sistemática, no sólo con el propósito de prolongar la duración del embarazo hasta llegar al periodo a término, sino también para reducir la posibilidad de producirse una corioamnionitis clínica, una corioamnionitis histológica o una funisitis aguda, eventos graves a los que puede conllevar una RPM prolongada, sin embargo, la evidencia indica que su impacto no es muy representativo para reducir la mortalidad perinatal o las secuelas tardías (4).

Como principales medicamentos que deben ser tomados en consideración para elegir un esquema antimicrobiano que pueda combatir a la mayoría de agentes etiológicos que puedan presentarse en una RPM o sus complicaciones más comunes, destacándose el uso de clindamicina + gentamicina como el más eficaz para el tratamiento de la corioamnionitis y el síndrome de distrés respiratorio, así como la eritromicina en combinación con la ampicilina en el caso de existir una sepsis neonatal u otras complicaciones en el recién nacido(4).

La American College of Obstetricians and Gynecologists considera dos tipos de recomendaciones:

- Recomendaciones de Nivel A:

Si la gestante con RPM se encuentra antes de las 34 0/7 semanas del embarazo recibirán un manejo expectante, en caso no haya contraindicaciones maternas o fetales. Con el fin de disminuir las infecciones materno- neonatales y la morbilidad propia de la edad gestacional, se empleará por una semana ampicilina intravenosa y eritromicina seguida de amoxicilina oral y eritromicina como esquema antibiótico. En caso se trate de una gestante candidata para la profilaxis de infección con estreptococo del grupo B intraparto, deben recibirla para la prevención de la

transmisión vertical, aun habiendo recibido los tratamientos antes mencionados. Por el lado de los corticoides, es recomendable un ciclo único, cuando se encuentren entre las semanas 24 0/7 y 34 0/7, y sólo considerar a las gestantes con 23 0/7 si está en riesgo de tener un parto prematuro dentro de los próximos siete días. Si la gestante tiene riesgo de parto inminente y se encuentra antes de la semana 32 0/7 de gestación, deben ser consideradas como candidatas para recibir sulfato de magnesio como tratamiento neuroprotector fetal (23).

- Recomendaciones de Nivel B:

Cuando la gestante que tienen RPM se encuentran en las 37 0/7 semanas y el parto espontáneo no se produce, se puede proceder a la inducción del parto, verificando que no existan contraindicaciones. En todas las gestantes con RPM y al menos 34 0/7 semanas de gestación, es recomendable el parto. Debido a que no se ha demostrado beneficios de la tocólisis terapéutica, no se recomienda su uso en las gestantes que tienen RPM y trabajo de parto activo (23).

- Recomendaciones de Nivel C:

No se recomienda el manejo ambulatorio de la RPM prematura con un feto viable ya que no existen estudios suficientes que demuestren su seguridad (23).

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar los factores de riesgo, el manejo terapéutico, las complicaciones maternas y la evolución clínica de una gestante con rotura prematura de membranas pretérmino desde su ingreso hasta el atendida en el Hospital San Bartolomé, Lima 2024.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer los factores de riesgo que presenta una gestante con rotura prematura de membranas pretérmino.
- Identificar las complicaciones maternas ocasionadas por la rotura prematura de membranas pretérmino.
- Conocer el manejo terapéutico utilizado en una gestante con rotura prematura de membranas pretérmino.
- Describir la evolución de la paciente desde su ingreso hasta el proceso de alta.

2.2 SUCESOS RELEVANTES

Datos generales

Paciente : MZF
Edad : 23 años
Paridad : G2 P0010
FUR : 05.04.2023
FPP : 12.01.2024
Procedencia : Los Olivos
Estado Civil : Conviviente
Grado de instrucción : Hasta nivel secundario

Motivo de consulta

Paciente ingresa por emergencia refiriendo pérdida de líquido desde aproximadamente 1 hora, niega pérdida de sangrado vaginal, es evaluada por equipo de guardia pasando a ser hospitalizada a la Unidad de cuidados especiales obstétricos.

Antecedentes personales patológicos

Niega convulsiones, enfermedades hepáticas, alergia, varices, intervenciones quirúrgicas, transfusiones, hospitalizaciones, cáncer, COVID, asma.

Ginecoobstétricos

Número de controles prenatales : 05
IMC : 30.8
Menarquia : 15 años
Régimen catamenial : 5-7/28-30 días
Último MAC : Preservativo
IRS : 18 años

Número de parejas sexuales : 04
FRS : No relaciones sexuales durante el embarazo
PAP : 2021

Obstétricos

G1: 2012 Aborto espontáneo a las 12 semanas. Legrado uterino. Consultorio particular

G2: 2023 Gestación actual (planificado)

Ecografías: 28/12/2023...35.3ss.....36.2ss (a la fecha)

Desarrollo del caso clínico

03-01-2024

Servicio de emergencia

06:00 hrs.

CFV:

PA: 120/80 mmHg P: 100X' R: 19 x' Tº: 36. 6º SO: 98%

Albúmina (no orinó)

Ingresa gestante refiriendo pérdida de líquido amniótico desde hace aproximadamente una hora.

Examen de Gineco-Obstetricia

AU: 35 cm. MF: ++ FCF: 141 X' SPP: LCD DU: esporádica

Tono uterino: Normal Ponderado fetal: 3400 Valsalva (+)

Tacto vaginal: Cervix posterior, 1.5 cm., blando, orificio cerrado. Pélvis ginecoide

Diagnóstico:

1. Gestante con 36 2/7 ss. Según una eco tardía
2. Sin signos de trabajo de parto
3. Ruptura prematura de membranas de 1 hora

Plan:

1. Se hospitaliza a UCEO
2. MMF
3. Vigilar signos de corioamnionitis
4. Pasa a inducción
5. Ampicilina 2grs. EV STAT, luego 1gr. EV. c/6 horas
6. I/c UCI y UCI NEO
7. Prueba de sensibilidad previo a 5
8. Se pide un hemograma completo, PCR, examen de orina y urocultivo.

Unidad de cuidados especiales obstétricos**06:30 hrs.**

Ingresa gestante con los mismos diagnósticos de emergencia:

1. Gestante de 36 2/7 ss. X eco tardía
2. Sin signos de trabajo de parto
3. Ruptura prematura de membranas hace 1 hora con 30 minutos.

Se procede a cumplir el plan de tratamiento establecido.

Se toman exámenes de laboratorio.

07:00 hrs.

Administración de ampicilina 2grs. EV, previa prueba de sensibilidad.

07:30 hrs.

Traslado a la Unidad de Bienestar Fetal por un Test estresante, previo a la prueba se toma un trazado basal.

08:00 hrs.

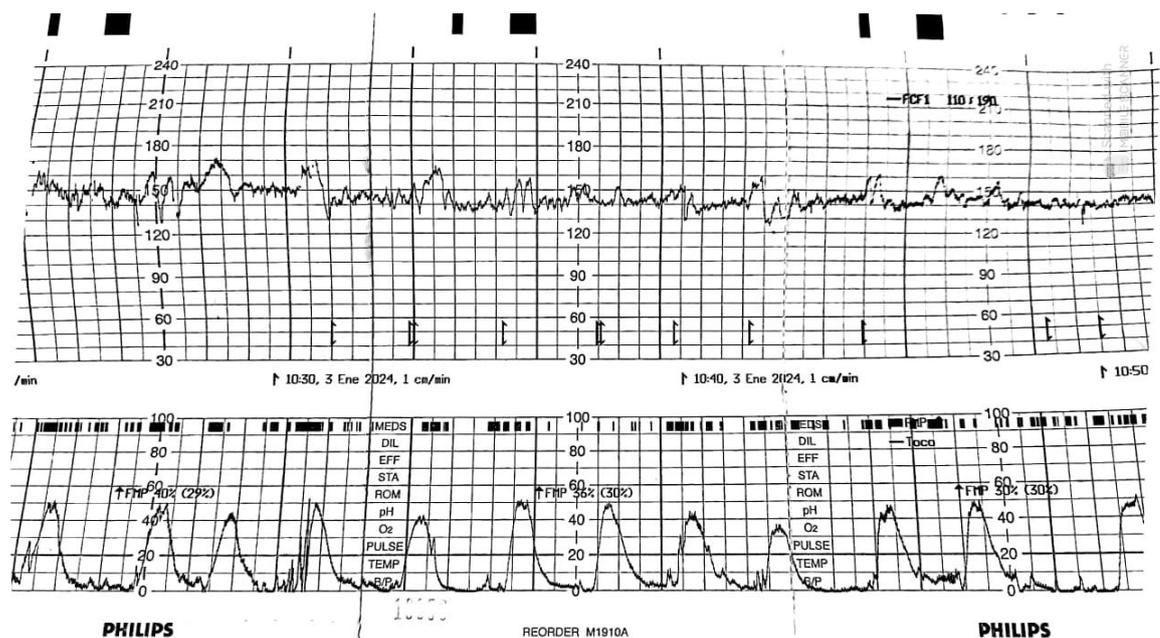
Se inicia test estresante con 2 µl Oxitocina.

10:45 hrs.

Se termina test estresante con resultado de PATRON NORMAL. Línea de base: 140 x', Variabilidad: 05, aceleraciones y movimientos fetales presentes.

Observaciones:

DU 4-5 /10' ++ 35''



Observación: Regresa a UCEO

En UBF gestante es evaluada por MAG con tacto vaginal: Cérvix posterior, blando, dehiscente 2cm., con diagnóstico:

1. Gestante con 36 2/7 ss. Según ecografía tardía
2. Sin signos de trabajo de parto

3. Ruptura prematura de membranas hace unas cinco horas

Plan:

Pasar a UCEO y continuar con la inducción del parto con oxitocina hasta completar las 6 horas.

11:10 hrs.

Gestante regresa a UCEO y se reinicia inducción del parto con oxitocina con 20 µl oxitocina.

Llegan resultados de las pruebas de laboratorio:

Hemograma:

Leucocitos: 8300 mm³

Abastionados: 0%

Segmentados: 75%

Eosinófilos: 01%

Hemoglobina: 10.5 gr./dL.

Tiempo de coagulación: 6 minutos

Tiempo de sangría: 2 minutos

RPR: No reactivo

Examen de orina completo: Negativo

13:00 hrs.

Se administra ampicilina 1gr. EV diluido en volutrol.

14:10 hrs.

Paciente es reevaluada puesto que cumplió sus 6 horas de inducción de trabajo de parto con oxitocina, por lo cual se suspende y se realiza examen:

TV: Cérvix lateralizado, blando dehiscente 2cm., líquido amniótico color verde fluido, altura de presentación: Fuera de pelvis. Pelvis ginecoide. FCF: 130 x'.

Diagnóstico:

1. Gestante con 36 2/7 ss. según ecografía tardía
2. Sin signos de trabajo de parto
3. Ruptura prematura de membranas hace 7 hrs.
4. Anemia leve
5. d/c Insuficiencia placentaria

Plan:

1. NPO
2. CFV+ COE
3. Culminar gestación vía alta
4. Ampicilina 1ge. EV cada 6 horas
5. Metoclopramida 10 mg EV stat
6. Ranitidina 50 mg. EV stat
7. I/C Neo

16:00 hrs.

Respuesta de interconsulta de neo: Comunicar en el momento del nacimiento.

17:00 hrs.

Paciente es pasada a camilla para pasar a SOP, hubo retraso puesto que SOP estaba ocupada

Al momento de pasar a SOP, DU 1/10 ++ 30'', líquido amniótico verde fluido, FCF: 132X'. PSV (-)

17:10 hrs.

Paciente pasa a SOP

Sala de OPERACIONES

Diagnóstico preoperatorio:

1. Gestante 36 2/7 ss. x eco tardía
2. RPM + 10 hrs.
3. Inducción fallida
4. Anemia leve
5. d/c Insuficiencia placentaria

Diagnóstico post operatorio:

Parto por cesárea de emergencia

Hora de parto por cesárea: 18:13 hrs.

Hallazgos: Útero grávido apariencia normal, líquido amniótico claro en cantidad adecuada, RNV varón con 2962 grs., talla: 49.5 cm., PC: 34 cm. Apgar 9'9', Capurro: 38 ss. placenta normoinsera de 18 x 16 x 2.5 cm. con peso 270 grs., cordón umbilical con vasos normales.

No hubo incidencias.

Pérdida de sangrado vaginal: 500 cc.

Pasa a sala de recuperación posoperatoria

21:15 hrs

PA: 115/70 mmHg. FC: 72 X' FR: 18 X' T°: 36°C

(S) Puérpera inmediata es evaluada, refiere dolor en zona operatoria, afebril, no demuestra interrecurrencias.

(O) AREG, AREH, AREN

Piel tibias, hidratadas, elásticas

Tórax y pulmones de complejación conservada

Abdomen blando, depresible, útero contraído a 1 cm. Debajo del ombligo.

Herida operatoria sin signos de infección, cubierta con apósito.

Genitales: Escasos loquios hemáticos, sin mal olor.

SNC: LOTEPE

(A) Paciente de sexo femenino de 23 años con G2P0111 con diagnóstico:

1. Puérpera inmediata postcesárea
2. Obesidad tipo I

Paciente con diagnósticos planteados hemodinámicamente estables, afebril, postcesareada con inducción fallida, no ha cursado interrecurrencias.

(P) Pasa a piso

Retiro de sonda Foley STAT

Ss control de hematocrito a las 6 hrs.

Plan:

1. NPO por 6 horas
2. Dextrosa 5% * 1000 cc. + agregados: ClNa20% (2) +oxitocina 30 uI oxitocina: I y II frasco
3. CFV
4. Tramadol de 100 mg. EV condicional a dolor intenso
5. Ketoprofeno 100 mg. EV c/8 hrs
6. Ranitidina 50 mg. EV c/8 hrs
7. Metoclopramida 10 mg. EV c/8 hrs
8. Reevaluación por quipo de ginecoobstetricia en piso

9. Retirar sonda Foley
10. Ss hematocrito control a las 6 horas postparto
11. Cualquier eventualidad comunicar al equipo de guardia

04/01/2024

7:00 hrs.

PA: 120/60 mmHg. FC: 94 X' FR:19x' T: 36.8°C

Hemoglobina pre: 10.5 gr/dL Hemoglobina post: 10.2 gr/dL.

Paciente refiere dolor leve en herida operatoria y vomitó una vez, diuresis (+), deposiciones (+), niega otras molestias.

Útero contraído a la altura de cicatriz umbilical, con escasos loquios hemáticos sin mal olor.

Diagnóstico:

1. Puérpera inmediata de parto por cesárea
2. Obesidad tipo I
3. Anemia leve

Plan:

1. DB +LAV
2. Dextrosa 5% * 1000 cc. + agregados: ClNa20% (2) +oxitocina 30 uI oxitocina: II frasco
3. CFV
4. Tramadol de 100 mg. EV condicional a dolor intenso
5. Ketoprofeno 100 mg. EV tres veces diarias
6. Ranitidina 50 mg. EV tres veces diarias
7. Metoclopramida 10 mg. EV tres veces diarias
8. Simeticona 80 mg. VO tres veces diarias.

9. Sulfato ferroso 300mg. VO cada 12 hrs.
10. I/c Nutrición
11. Seguimiento de urocultivo
12. LME
13. HVP 3 veces por día
14. Deambulaci3n
15. Cualquier eventualidad comunicar al equipo de guardia

12:00 hrs

Respuesta de interconsulta a nutrici3n: Paciente de 23 a1os con diagn3sticos conocidos, con un cuadro de anemia leve de Hb 10.5 gr/dL. Y con IMC de 34.2.

Se sugiere una dieta hipocal3rica e hiperproteica en hierro en base a 2100 kcal.

Prote3nas: 17%

Grasas: 31%

05/01/2024

07:00 hrs.

PA: 110/60 mmHg. FC: 84 X' FR:18x' T: 36.8°C

Hemoglobina pre: 10.5 gr/dL Hemoglobina post: 10.2 gr/dL.

Paciente presenta dolor en herida operatoria de leve intensidad, diuresis (+), sin deposiciones a1n, no presenta otras molestias.

Útero contraído a la altura del ombligo, escasos loquios hemáticos, sin mal olor.

Diagn3stico:

1. Puérpera mediata de una cesárea
2. Obesidad tipo I
3. Anemia leve

Plan:

1. DC +LAV
2. Vía salinizada
3. CFV
4. Ketoprofeno 100 mg. VO c/8 hrs y condicional a intensidad del dolor
5. Sulfato ferroso 300mg. VO cada 12 hrs.
6. Efectivizar I/c Nutrición
7. Seguimiento de urocultivo
8. LME
9. HVP 3 veces por día
10. Deambulaci3n
11. Cualquier eventualidad comunicar al equipo de guardia

06/01/2024

07:00 hrs.

PA: 120/70 mmHg. FC: 80 X' FR:19x' T: 36.6°C

Hemoglobina pre: 10.5 gr/dL Hemoglobina post: 10.2 gr/dL.

Paciente no refiere molestias, diuresis (+), deposiciones (+).

Útero contraído a la altura de cicatriz umbilical, escasos loquios hemáticos, sin mal olor.

Se recibe resultado de urocultivo: NEGATIVO

Diagn3stico:

1. Puérpera mediata de parto por cesárea

2. Obesidad tipo I

3. Anemia leve

Plan:

1. Alta con indicaciones

2. DC +LAV

3. Vía salinizada

4. CFV

5. Ketoprofeno 100 mg. VO c/8 hrs por tres días

6. Sulfato ferroso 300mg. VO cada 12 hrs. durante un mes

7. LME

8. HVP 3 veces por día

9. Control en ginecología por 07 días

10. Orientación y consejería en PPF

11. Ante cualquier signo de alarma acudir por emergencia

2.3 DISCUSIÓN

- La rotura prematura de membranas pretérmino representa una emergencia obstétrica y perinatal, por los factores desencadenantes a lo que conlleva como lo menciona Pison directamente relacionados con el recién nacido, por lo que en nuestro caso presentado coincidimos con ello, pues al evidenciar la pérdida de líquido amniótico color verde fluido deciden culminar vía cesárea y no poner en riesgo su vida.
- En el manejo de un RPM pretérmino es importante el tratamiento antibiótico con ampicilina endovenoso, lo que coincidimos con Valencia y Acosta quien mostró el mismo tratamiento antibiótico con resultados favorables para el recién nacido.
- Es importante la detección temprana de la pérdida de líquido amniótico para resultados favorables y lo comparamos con el trabajo de Cruz y Puelles donde describen la detección tardía de ruptura de membranas y sin antibioticoterapia trajo graves complicaciones en la salud materno perinatal, así como una evolución tardía traducidas en días prolongados de estancia hospitalaria.
- Es importante determinar la edad gestacional al presentar la pérdida de líquido amniótico, puesto que a menor edad gestacional son mayores las complicaciones y la evolución de la madre y el recién nacido como lo muestra Cruz en su caso clínico donde se presentó esta interrecurrencia a las 34 semanas e identificó después de dos días esta pérdida de líquido amniótico, en su evolución presentó

fiebre materna , taquicardia fetal, culminando en cesárea y en el puerperio cursa endometritis e infección de herida operatoria, caso contrario para nuestra gestante no presentó estas complicaciones pues acudió a la hora de esta pérdida de líquido y ya tenía 362/7 ss. de embarazo.

2.4 CONCLUSIONES

- El manejo clínico desarrollado en la gestante fue primero determinar si es pérdida de líquido amniótico real y lo demostró el Valsalva +, asimismo el tiempo que transcurrió de la pérdida que fue una hora y determinar de manera objetiva por ecografía tardía la edad gestacional; es así como se indica hospitalización en UCEO, antibioticoterapia e inducción de trabajo de parto, que al no progresar se culmina por cesárea.
- La complicación presentada durante su evolución fue la vía de culminación del embarazo por cesárea por una inducción de trabajo de parto fallida a las 6 horas y evidencia de líquido amniótico verde fluido sin alteración de frecuencia cardíaca fetal después de aproximadamente diez horas después de su ingreso con resultados favorables tanto para la madre como para el recién nacido.
- La evolución de la puérpera fue favorable y para el recién nacido de la misma manera quién obtuvo de puntuación de Capurro para 38 semanas y fueron dados de alta en los tres días previsto.

2.5 RECOMENDACIONES

- La atención prenatal constituye una fuente de poder importante en la educación de la gestante para la identificación de signos de alarma; sobre todo en la pérdida de líquido amniótico al que nos conlleva este caso clínico, de ello determinara evitar complicaciones materno-perinatales.
- Los factores de riesgo para RPM pretérmino nos conllevan a ser exhaustivos en cumplir en la atención prenatal con la batería de análisis solicitada por trimestre, así como identificar flujos vaginales anormales, sintomatología de infecciones de tracto urinario que nos permita dar tratamiento a tiempo y evitar esta interrecurrencia.
- Es importante el uso de antibioticoterapia una vez que se identifica la ruptura prematura de membranas cumpliendo los protocolos establecidos por la institución y a nivel nacional e internacional; por ello debemos ser muy responsables con nuestra dotación de medicina en cada establecimiento de salud.
- Tener previsto ante un recién nacido pretérmino las interconsultas al servicio de neonatología, para que tome conocimiento del caso, y en caso de no contar con ello referir a la paciente en el menor plazo posible y así evitar complicaciones mayores.
- Contar con el profesional obstetras y/o especialista idóneo para realizar el monitoreo materno-fetal estricto ante estas complicaciones para tomar decisiones asertivas de manera oportuna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gutiérrez M. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. Rev Peru Ginecol Obstet. 2018;64(3):405-13. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300014
2. Adamou N, Muhammad I, Umar U. Pre-labor rupture of membrane in Aminu Kano teaching hospital: A 2-year review. Niger J Basic Clin Sci. 2019;16(2):99. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Pre-labor-rupture-of-membrane-in-Aminu-Kano-A-Adamou-Muhammad/0ee96b5474453b7689a76f81f4396180dd9ba3b7>
3. Tiruye G, Shiferaw K, Tura AK, Debella A, Musa A. Prevalence of premature rupture of membrane and its associated factors among pregnant women in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. SAGE Open Med.2021;9:205031212110539. Disponible en: <https://doi.org/10.1177%2F20503121211053912>
4. Ovalle A, Figueroa J. Beneficios de los antibióticos en la rotura prematura de membranas de pretérmino y factores que intervienen en la eficacia del tratamiento. Revisión narrativa. Rev Chil Obstet Ginecol. 2024;86(5):7732. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262021000500474
5. Marquina GM. Factores asociados a ruptura prematura de membrana con productos pretérmino en pacientes del Hospital Santa Rosa de enero a noviembre del 2017 [Internet] [Tesis de pregrado]. [Lima]: Universidad Ricardo Palma; 2018 [citado 21 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/1168>
6. Pisoh DW, Mbia CH, Takang WA, Djonsala OGB, Munje MC, Mforteh AA, et al. Prevalence, Risk Factors and Outcome of Preterm Premature Rupture of Membranes at the Bamenda Regional Hospital. Open J Obstet Gynecol. 2021;11(3):233-51. Disponible en: <https://doi.org/10.4236/ojog.2021.113023>
7. Cedillo Alarcón GE, Patiño Ortiz JE. Complicaciones materno-fetales debido a

- ruptura prematura de membranas [Internet] [Tesis de pregrado]. [Ecuador]: Universidad de Guayaquil; 2022 [citado 20 de febrero de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/63908>
8. Valencia Cabeza JA. Conducta obstétrica en primigesta de 21 años de edad embarazada de 28.3 semanas con ruptura prematura de membranas [Internet] [Tesis de pregrado]. [Ecuador]: Universidad Técnica de Babahoyo; 2021 [citado 20 de febrero de 2024]. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/9411>
 9. Acosta Moncada MJ. Ruptura prematura de membranas en paciente de 23 semanas de gestación. [Internet] [Tesis de pregrado]. [Ecuador]: Universidad Técnica de Babahoyo; 2020 [citado 20 de febrero de 2024]. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/8379>
 10. Cruz NL. Ruptura prematura de membranas en parto pretérmino asociada a complicaciones maternas en el hospital de apoyo Sergio E. Bernales, Lima, año 2017 [Internet] [Tesis de pregrado]. [Lima]: Universidad Norbert Wiener; 2022 [citado 20 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/7727>
 11. Puelles SG. Corioamnionitis en gestante con RPM prolongado pretérmino en Hospital Nivel III-1, Lima 2019 [Internet] [Tesis de especialidad]. [Moquegua]: Universidad José Carlos Mariátegui; 2022 [citado 20 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/1573>
 12. Pariona V. Ruptura prematura de membranas en gestación de 23 semanas Hospital III-2, 2018 [Internet] [Tesis de especialidad]. [Moquegua]: Universidad José Carlos Mariátegui; 2021 [citado 20 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/1071>
 13. Sohaila R, Ahmad Gul A, Noreena K. Prevalence of Premature Rapture of Membrane in pregnant women. Acad Res Educ Sci. 2023;8(4):177-87. Disponible en: <https://cyberleninka.ru/article/n/prevalence-of-premature-rapture-of-membrane-in-pregnant-women>
 14. Rivera Z R, Caba B F, Smirnow S M, Aguilera T J, Larraín H A. Fisiopatología de la rotura prematura de las membranas ovulares en embarazos de pretérmino. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2004 [citado 21 de febrero de 2024];69(3).

- Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000300013&lng=en&nrm=iso&tlng=en
15. Sucasaca S, Frailuna A, Swistak É, Mondani F, Fabra L, Martínez M. Rotura prematura de membranas. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá*. 2019;3(4):165-212. Disponible en: https://www.sarda.org.ar/images/2019/2019-3_5_Norma.pdf
 16. Theis KR, Florova V, Romero R, Borisov AB, Winters AD, Galaz J, et al. Sneathia: an emerging pathogen in female reproductive disease and adverse perinatal outcomes. *Crit Rev Microbiol*. 2021;47(4):517-42. Disponible en: <https://doi.org/10.1080%2F1040841X.2021.1905606>
 17. Addisu D, Melkie A, Biru S. Prevalence of Preterm Premature Rupture of Membrane and Its Associated Factors among Pregnant Women Admitted in Debre Tabor General Hospital, North West Ethiopia: Institutional-Based Cross-Sectional Study. *Obstet Gynecol Int*. 2020; 2020:1-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2020/4034680>
 18. Orias M. Ruptura prematura de membranas. *Rev Medica Sinerg*. 2020;5(11): e606-e606. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/606>
 19. Monge T. Ruptura prematura de membranas. *Rev Medica Sinerg*. 2017;2(11):3-6. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/98>
 20. Fernández VE, Vélez JL, Cabezas MM, Álvarez JJ. Complicaciones materno fetales y factores de riesgo en gestantes con ruptura prematura de membranas en un hospital de Guayaquil. *J Am Health [Internet]*. 2022 [citado 20 de febrero de 2024];5(1). Disponible en: <https://www.jah-journal.com/index.php/jah/article/view/121>
 21. Suárez LM, Cabezas MM, Tingo MP, Poma LM. Utilidad de biomarcadores como predictores de complicaciones de ruptura prematura de membranas y análisis de factores de riesgo. *J Am Health [Internet]*. 2022 [citado 20 de febrero de 2024];5(2). Disponible en: <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/137>
 22. Morales EMA. Rotura prematura de membranas. En: *Salud de la mujer Enfoque interdisciplinario de su proceso de atención [Internet]*. Argentina: Universidad Nacional de La Plata (UNLP); 2022 [citado 21 de febrero de 2024]. Disponible en:

<http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/148052>

23. The American College of Obstetricians and Gynecologists: Women's Health care physicians. *Obstet Gynecol.* 2018;131(1):1-1. Disponible en: https://journals.lww.com/greenjournal/citation/2018/01000/the_american_college_of_obstetricians_and.38.aspx