



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA**

**COMPONENTE PRÁCTICO DEL EXÁMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE OBSTETRA**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO:

**“RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN EMBARAZO DE 30 SEMANAS DE
GESTACIÓN CON TRABAJO DE PARTO PRETERMINO”**

AUTOR:

FARID ANDRE NICOLA ICAZA

TUTOR:

DR. ANDRES ESCUDERO CASTRO

Babahoyo - Los Ríos – Ecuador

2018 - 2019



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA**



TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

**OBST. ANA PASOS BAÑO MSC.
DECANA O DELEGADO (A)**

**DR. HUGOLINO ORELLANA GAIBOR MSC.
COORDINADOR DE LA CARRERA
O DELEGADO (A)**

**DR. DANNY GUERRERO ICAZA MSC.
COORDINADOR GENERAL DEL CIDE
O DELEGADO**

**ABG. CARLOS L. FREIRE NIVELA
SECRETARIO GENERAL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**





Babahoyo, 10 de ABRIL del 2019

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

A: Universidad Técnica de Babahoyo,
Facultad de Ciencias de la Salud,
Escuela de Salud y Bienestar

Por medio de la presente declaro ser autor (a) del Caso Clínico titulado:

El mismo ha sido presentado como requisito indispensable en la Modalidad de Examen Complexivo (dimensión práctica) para optar por el grado académico de OBSTETRA en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, el cual ha sido producto de mi labor investigativa.

Así mismo doy fe que, el uso inclusivo de opiniones, citas e imágenes son de mi absoluta responsabilidad y que es un trabajo investigativo totalmente original e inédito, quedando la Universidad Técnica de Babahoyo y la Facultad de Ciencias de la Salud y la carrera de OBSTETRICA exenta de toda responsabilidad al respecto.

Por lo que autorizo en forma gratuita, a utilizar esta matriz con fines estrictamente académicos o de investigación.

Autor(a): FARID ANDRE NICOLA ICAZA

C.I: 0841208600


Firma



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo **ANDRES FERNANDO ESCUDERO CASTRO**, en calidad de tutor(a) del Caso Clínico de la dimensión práctica del Examen Complexivo (tercer etapa) con el tema: **“RUPTURA PREMAURA DE MEMBRANAS EN EMBARAZO DE 30 SEMANAS DE GESTACION CON TRABAJO DE PARTO PRETERMINO”**, elaborado por el(la) estudiante, **FARID ANDRE NICOLA ICAZA**, de la Carrera de **OBSTETRICIA**, de la Escuela de Salud y Bienestar, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 10 días del mes de ABRIL del año 2019


Escudero Castro Andres F.
C.I. 1202741755
E.S. ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

FIRMA

ESCUDERO CASTRO ANDRES FERNANDO

C.I: 1202741755

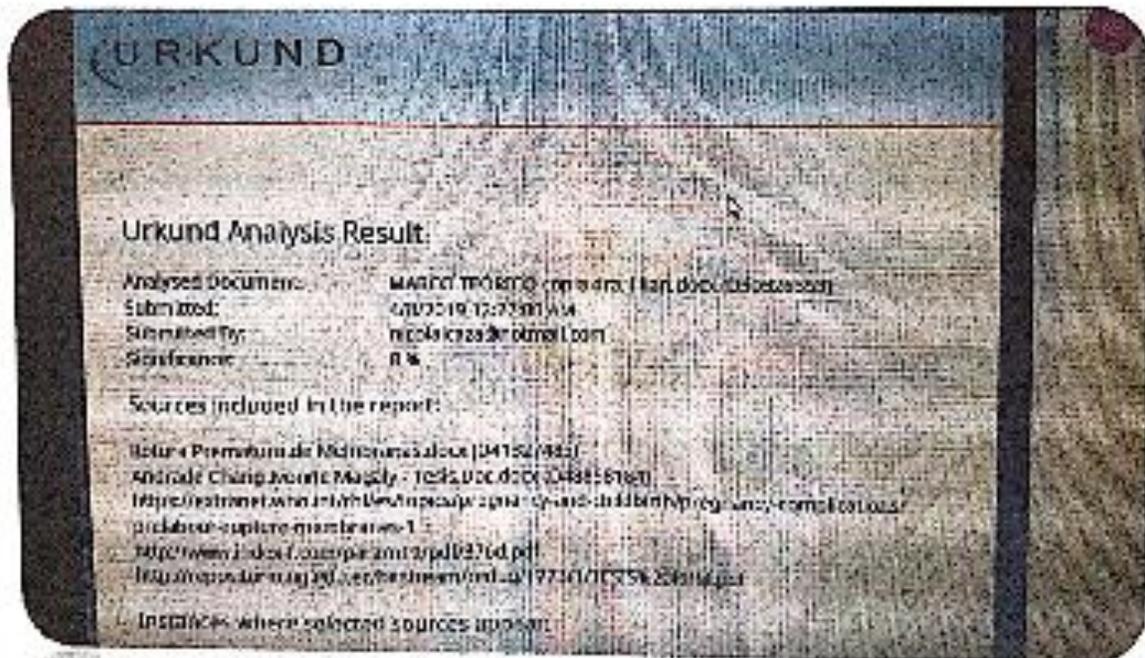


UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR



CERTIFICACION DEL TUTOR

Yo Dr. **ANDRES FERNANDO ESCUDERO CASTRO**, en calidad de tutor del caso clínico (Tercera Etapa) con el tema: **"RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN EMBARAZO D 30 SEMANAS DE GESTACION CON TRABAJO DE PARTO PRETERMINO"**, elaborado por el estudiante **FARID ANDRE NICOLA ICAZA** de la carrera de **OBSTETRICIA**, de la **ESCUELA DE BIENESTAR** de la **FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD** de la **UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**, ha sido sometido al sistema de análisis de **URKUND** obteniendo un 8% de similitud.



Dr. Andrés Fernando Escudero Castro
 C.I. 1202741755
 OROLOGO
 AL - BABAHOYO

DOCENTE TUTOR:
CI: 1202741755



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE TITULACIÓN
PERÍODO OCTUBRE-ABRIL 2019



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO:

REGISTRO DE TUTORIAS DEL INFORME FINAL DEL CASO CLÍNICO (TERCERA ETAPA)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: _____ DR: ANDRES ESCUDERO CASTRO

FIRMA: _____

TEMA DEL PROYECTO: RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN EMBARAZO DE 30 SEMANAS DE GESTACION CON TRABAJO DE PARTO PRETERMINO

NOMBRE DEL ESTUDIAN FARID ANDRÉ NICOLA ICAZA

CARRERA: OBSTETRICIA

Pag. N° _____

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	FIRMAN	
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiante
1	22/11/2018	Revisión de certificaciones	X		10%	[Firma]	[Firma]
1	04/12/2018	Plantamiento y manejo de Obstetria General y ginecología	F		20%	[Firma]	[Firma]
1	09/12/2018	Obstetria de la embarazada y complicaciones	F		30%	[Firma]	[Firma]
1	16/01/2019	Complicaciones complicaciones	F		35%	[Firma]	[Firma]
1	23/01/2019	Formulación del diagnóstico de embarazo y parto	F		40%	[Firma]	[Firma]
1	29/01/2019	Indicaciones de cesárea y sus complicaciones	F		50%	[Firma]	[Firma]
1	07/02/2019	Indicaciones de cesárea y sus complicaciones	F		60%	[Firma]	[Firma]
1	20/02/2019	Obstetria de la embarazada y parto	F		70%	[Firma]	[Firma]
1	27/02/2019	Indicaciones de cesárea y sus complicaciones	F		80%	[Firma]	[Firma]
1	27/03/2019	Indicaciones de cesárea y sus complicaciones	F		90%	[Firma]	[Firma]
1	02/04/2019	Indicaciones de cesárea y sus complicaciones	F		100%	[Firma]	[Firma]

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO	II
TÍTULO DEL CASO CLÍNICO	III
RESUMEN.....	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCIÓN.....	VI
I. MARCO TEÓRICO	1
1.1. Justificación	11
1.2. Objetivos	12
1.2.1. Objetivo general.-	12
1.2.2. Objetivos específicos	12
1.3. Datos Generales.....	13
I. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	16
2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial Clínico del paciente.....	16
2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	16
2.3. Exámen físico (exploración clínica).....	17
2.4. Información de exámenes complementarios realizados.....	17
2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial.	18
2.5.1. Diagnostico presuntivo:	18
2.5.2. Diagnóstico diferencial:.....	18
2.5.3. Diagnóstico definitivo:	18
2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	18
2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	19
2.8. Seguimiento.....	20
2.9. Observaciones.....	21
CONCLUSIONES.....	22
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
ANEXOS.....

DEDICATORIA

El siguiente trabajo de investigación lo dedico en primer lugar a Dios, quien me ha dado la fuerza y sabiduría a lo largo de estos años de estudio, a mis padres Karla y Javier por su apoyo incondicional, a mis docentes que año a año me impartieron sus conocimientos académicos, a mi hija Isabella quien ha sido mi mayor inspiración para el termino de mis estudios y ser un gran profesional.

Farid André Nicola Icaza

AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a Dios por haberme dado la vida, bendecirme y guiarme en este largo proceso de estudios, al igual que a mis padres.

También a la Universidad Técnica de Babahoyo, por haberme proporcionado el material necesario para la culminación de mi proyecto; a mi tutor Dr. Andrés Escudero quien fue mi guía para la obtención de mi título profesional.

Farid André Nicola Icaza

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO

**RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN EMBARAZO DE 30 SEMANAS DE
GESTACIÓN CON TRABAJO DE PARTO PRETERMINO**

RESUMEN

La ruptura prematura de membranas con trabajo de parto pretérmino, es una patología poco frecuente, en donde las membranas pierden su elasticidad y colágeno, aumentando la presión intraamniótica hasta que colapsa su integridad hasta romperse.

Cuándo el feto no ha alcanzado una maduración adecuada, se debe tomar una conducta expectante, por ello se debe hospitalizar a la gestante, monitorear la actividad uterina y la frecuencia cardíaca del feto, con el fin de lograr la edad gestacional adecuada sin comprometer su bienestar fetal.

En este caso clínico, la paciente cursaba con un embarazo de 30 semanas de gestación, presentaba una ruptura prematura de las membranas con trabajo de parto pretérmino la conducta que se tomó fue activa y se condujo al parto porque presentó un bishop de 7, aumento de la actividad uterina y disminución del Índice de Líquido Amniótico.

En definitiva, la paciente debe llevar un control adecuado, ya que ésta complicación a pesar de ser poco frecuente representa un riesgo para la embarazada y el feto.

En la prevención se debe determinar los factores de riesgo perinatales en la ruptura prematura de membrana, para evitar un trabajo de parto pretermo.

Palabras claves: determinar, realizar, manejo, eficacia, conducta.

ABSTRACT

The premature rupture of membranes with preterm labor is a rare pathology, where the membranes lose their elasticity and collagen, increasing the intra-amniotic pressure until their integrity collapses until they break.

When the fetus has not reached an adequate maturation, expectant behavior must be taken, therefore the pregnant woman must be hospitalized, monitor the uterine activity and the fetus's heart rate, in order to achieve the appropriate gestational age without compromising their well-being fetal.

In this clinical case, the patient had a pregnancy of 30 weeks of gestation, had a premature rupture of the membranes with preterm labor, the behavior that was taken was active and was conducted at birth because she presented a bishop of 7, increased uterine activity and decreased ILA.

In short, the patient must have adequate control, since this complication, despite being infrequent, represents a risk for the pregnant woman and the fetus.

In prevention, perinatal risk factors must be determined in the premature rupture of the membrane, in order to avoid preterm labor.

Keywords: determine, perform, management, effectiveness, behavior.

INTRODUCCIÓN

La ruptura prematura de membrana es una de las complicaciones obstétricas poco frecuentes, que requieren de un manejo activo o expectante, dependiendo de su manifestación clínica.

El manejo de esta patología en un embarazo a término, tiene pronóstico favorable para la madre y el feto, ya que los niveles de maduración fetal son considerables; a excepción de los casos en que presente complicaciones obstétricas como: situación transversa, placenta previa, desprendimiento placentario, prolapso de cordón.

En el embarazo pretérmino la conducta ideal a llevar debe ser expectante ya que el feto no alcanzado la maduración total, pero en el caso de que exista una complicación obstétrica como: trabajo de parto pretérmino, corioamnionitis, oligoamnios, y pérdida del bienestar fetal, la conducta a seguir debe ser activa, porque estas complicaciones comprometen el pronóstico materno fetal aumentando la incidencia morbimortalidad perinatal.

Entre los factores de riesgos que tiene esta patología se encuentran, el antecedente de infección de vías urinarias a repetición y un de aborto de 1 año; es así que el presente trabajo se basa en el estudio de un caso clínico de una secundigesta de 18 años de edad, quien refiere pérdida de líquido por vía genital de dos horas de evolución y con aumento de la actividad uterina, en un examen físico se obtiene como resultado un Bishop de 7, mantenía un embarazo de 30 semanas de gestación con ruptura prematura de membranas en trabajo de parto pretérmino.

I. MARCO TEÓRICO

Ruptura prematura de membranas, definición.-

La ruptura prematura de membranas es la pérdida de la integridad del saco ovular con la subsiguiente salida de líquido amniótico, con incidencia de la edad de gestación y antes del inicio del trabajo de parto. (José Antonio Usandizaga Beguiristáin, 2010)

La rotura prematura de membrana es la entidad obstétrica que, de forma aislada, se asocia con más frecuencia al parto pretérmino. Así mismo, la rotura de la membrana puede producir serios problemas tanto maternos como perinatales, debido a la pérdida del aislamiento del microambiente fetal, con posible sepsis materna y neonatal.

Fisiopatología de la ruptura de las membranas.

Malak y cols a través del estudio microscópico de membranas ovulares lograron definir una zona de morfología alterada extrema, caracterizada por un engrosamiento de la capa compacta, fibroblástica, esponjosa y reticular, reflejando desorganización del colágeno, edema, depósito de material fibrinoide, con un adelgazamiento en la capa trofoblástica y decidua. Lei y cols determinaron que en esta zona ocurrían fenómenos de apoptosis (muerte celular programada) en epitelio amniótico, degradación de la fracción ribosomal 28s y activación de metaloproteínasas. Es probable que diferentes agentes (infecciosos, hormonales, paracrinos, etc.) activen diversos mecanismos que causen esta alteración morfológica, favoreciendo la formación de un sitio de rotura a nivel supracervical, antes del inicio del trabajo de parto. La rotura prematura de membranas es un fenómeno multifactorial. (Rivera, 2004)

Tiempo de Latencia.-

Su duración puede variar desde una semana hasta semanas o meses. Lo habitual es que las contracciones de parto comiencen antes de las 24 horas, después de producida la rotura (el periodo de latencia es más corto cuanto más avanzado este el embarazo). (Fuente U. &, 2019)

Frecuencia.-

Para la mayoría de los autores la ruptura prematura de membrana se presenta en el 10% de todos los embarazos, aunque se citan frecuencias del 18% y más.

Entre el 60 % y 80% de las rupturas de membranas se producen en embarazos a término, de más de 37 semanas, pero las que ocurren antes de término están implicadas en la tercera parte de los partos que tienen lugar pretermino. (Fuente S. &, 2010).

Etiología.-

La etiología de la rotura prematura de membrana no está aclarada. Sin embargo, hay que resaltar que muchas veces se producen casos de repetición, de la misma forma que el antecedente de parto pretérmino. Es también un factor de riesgo, lo que sugiere la existencia de factores congénitos.

Señalamos a continuación los factores etiológicos más frecuentes aducidos, aunque en muchas ocasiones no podrá advertirse en ninguna causa. (Fuente U. &., Obstetricia y Ginecología, 2010)

Insuficiencia ístmico-cervical.- la insuficiencia ístmico-cervical, tanto congénita como adquirida, ha sido considerada como factor de riesgo, aunque no se ha demostrado de forma clara su relación. El cuadro típico de insuficiencia ístmico-cervical conduce sobre todo a partos prematuros o abortos tardíos que transcurren precisamente con rotura tardía de membranas.

Factores obstétricos.- Numerosas anomalías de la gestación pueden asociarse con ruptura de membrana, por ejemplo, las hemorragias obstétricas (placenta previa), hidramnios, el embarazo gemelar, la situación transversa y otras anomalías de la estática fetal.

Factores mecánicos.- Se ha considerado que el coito puede ser un factor de riesgo. Sin embargo, más que por acción mecánica, su importancia derivaría de ser agente de transmisión de gérmenes infecciosos. Similar el papel podría atribuirse a los tactos vaginales repetidos.

Factores iatrogénicos.- Determinadas maniobras exploratorias o quirúrgicas podrían desembocar en una ruptura de membrana. Así ocurre con los cerclajes cervicales, la amnioscopia o las biopsias coriales. Más discutible es que puedan ser agentes de rupturas de membranas la amniocentesis o la funiculocentesis.

Factores ambientales y alimenticios, y hábitos.- La carencia de determinados elementos en la alimentación podría influir en la maduración del colágeno

determinando una fragilidad de las membranas así ocurre con el déficit de ácido ascórbico, de cobre o de cinc.

También el tabaquismo se ha relacionado con ruptura prematura de membrana, bien porque afecte al estado nutricional de la gestante o bien porque modifique su sistema inmunitario favoreciendo la infección.

Infección.- La infección es, probablemente, el factor que se relaciona más directamente con la ruptura prematura de membrana. Se ha demostrado en casos de ruptura de membrana la existencia en la vagina de tricomonas, micoplasmas, bacterias aerobias y anaerobias. Quizá el germen cuya participación se haya asegurado más directamente sea el estreptococo del grupo B, lo que no excluye la posible intervención de otros muchos (clamidias, gonococo, bacteroides). (Fuente U. &., Obstetricia y Ginecología , 2010)

Corioamnionitis.-

(Arrovaye, 2013) La corioamnionitis se define como la inflamación de las membranas ovulares corio y amnios en respuesta a la invasión microbiana u otro proceso patológico; puede ser clínica cuando las manifestaciones clínicas de inflamación local y sistémica están presentes, subclínica cuando no presenta signos clínicos o histológica ante la evidencia microscópica de la infección o la inflamación en examen de la placenta. La frecuencia de corioamnionitis es muy variable; depende de los factores de riesgo de la población estudiada, los criterios usados para su diagnóstico (clínico o histológico) y la edad gestacional. Esta entidad clínica es causa de importantes secuelas maternas, fetales y neonatales como endometritis posparto, absceso pélvico y alto riesgo de cesárea

en la madre; prematuridad, muerte perinatal, neumonía, sepsis, hemorragia intraventricular y parálisis cerebral en el neonato.

Pronóstico.-

Pronóstico materno.-

Los riesgos aumentan cuando se prolonga el periodo de latencia, siendo mayores cuando la ruptura de las membranas se produce pretérmino. De ahí que la complicación materna más importante se produzca en el puerperio: la fiebre puerperal.

Por otra parte, la posibilidad de infección se asocia más a los casos que terminan con cesárea. (Fuente U. &., Obstetricia y Ginecología , 2010)

Pronóstico fetal y neonatal.-

La prematuridad es una de las complicaciones más importantes de la ruptura de membrana, los riesgos de la inmadurez en general y del síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido en particular, son tanto más elevados cuanto más precozmente se interrumpe la gestación. (Fuente U. &., Obstetricia y Ginecología , 2010)

Está plenamente demostrado que a las pocas horas de la ruptura prematura de membrana, los gérmenes que contaminan el líquido amniótico pueden encontrarse ya en la cavidad nasofaríngea del feto.

Diagnóstico. -

a) Evidencia clínica irrefutable: En la evidencia irrefutable se observa la salida de líquido amniótico del fondo vaginal, o del orificio cervical mediante una especulocopia, también se realiza la maniobra de valsalva que nos ayuda a constatar la salida del mismo (ejerciendo un poco de presión en el fondo uterino). (Ramírez, 2015)

b) Episodios clínicos confusos: Ante un episodio confuso, la paciente suele referir que moja el interior pero al realizar una cuidadosa anamnesis nos ayuda a diferenciar entre una salida de orina, una leucorrea o pérdida del tapón mucoso así constatamos la determinación del mismo.

2.- Pruebas complementarias: Nos ayuda a evidenciar la pérdida de líquido amniótico, ya que si se deja pasar mucho tiempo puede ser perjudicial para la madre y el feto.

a) Ecografía: Permite observar la escasez de líquido amniótico.

b) pH vaginal: El pH vaginal es <5 y el del líquido amniótico oscila 7. 1-7. 2, por lo que su salida alcaliniza el medio vaginal, lo que puede ponerse de manifiesto

mediante papel de tornasol, que virará de anillo-anaranjado a azul oscuro en el medio alcalino (test de nitricina).

Podría tener falsos negativos si la ruptura prematura de membrana se dio demasiado tiempo antes y la vagina volvió a recuperar su acidez.

Puede tener falsos positivos por la presencia de sangre en vagina, infecciones vaginales o colocación inadecuada del papel de tornasol.

c) Detección de elementos fetales: Al microscopio: -Presencia de lanugo. -Tinción con sulfato de azul de Nilo: Las células de la epidermis fetal anucleadas y queratinizadas se observan de color anaranjado. La grasa superficial del feto (maduro, no así en fetos inmaduros de <34 semanas) se aprecia como gotas rosadas o anaranjadas con Sudán III las gotas de grasa aparecen negruzcas.

d) Inyección de azul de Evans en líquido amniótico restante: Se inyecta este colorante por amniocentesis, y si se observa salida del mismo, entonces nos indica salida de líquido amniótico, también se puede usar en la vejiga para así diferenciar la salida de orina o de líquido amniótico. (Ramírez, 2006)

Complicaciones.-

a) Desencadenamiento del parto:

1) Embarazo a término: Antes de las 24 horas se desencadena el parto de forma espontánea en un 68% de los casos. No es pues un problema grave, es más, casi puede considerarse una ventaja, ya que se reduce el riesgo de contaminación microbiana al desaparecer la barrera física que constituye la bolsa.

2) Embarazo pretérmino: En una semana vienen a desencadenarse un 90% de los partos. El período de latencia suele ser mayor cuanto menor sea la edad gestacional. Se obtienen fetos inmaduros con los problemas asociados a dicha eventualidad; siendo muy difíciles de tratar y mantener su viabilidad por debajo de la semana 28. (Ramírez, 2006)

b) Corioamnionitis: Es una de las complicaciones más graves y frecuentes tras la rotura de la protección física de la bolsa, independientemente de la edad gestacional. Esta infección puede ser consecuencia, pero además causa, de la rotura de membranas. La situación es nociva para:

1) Feto: Conduce por deglución del líquido infectado, otitis, conjuntivitis, onfalitis, infección urinaria, faringitis, neumonía y a una sepsis generalizada con su muerte o secuelas.

2) Madre: La infección placentaria puede ser el origen de trombos sépticos. (Ramírez, 2012)

c) Prolapso de cordón umbilical: El cordón puede situarse por delante de la presentación en un 1.5-1.7% de los casos, siendo comprimidos sus vasos por la

misma, favorecido este hecho por el consecuente oligoamnios secundario. Conduce al desarrollo de hipoxia y acidosis fetales, que pueden llevar a la muerte del feto. (J.V., 2006)

d) Oligoamnios: Con gran trascendencia por la desprotección del cordón umbilical y, en gestaciones precoces, por la importancia de la deglución de líquido amniótico en el desarrollo pulmonar del feto (conduce a la hipoplasia pulmonar) y por las deformidades fetales (faciales o de extremidades) que pueda producir la compresión. (Ramírez, 2006)

Conducta.

a) Edad gestacional mayor a 34 semanas: Se puede inducir el parto y terminar la gestación. Pues ya que esta edad gestacional no presenta serios problemas de viabilidad fetal. Se espera que se desencadene el parto en 24 horas de forma espontánea pero manteniendo una correcta vigilancia materna y fetal. Si en caso de que no se produzca el trabajo de parto se lo induce más el uso de antibiótico como medida de protección ante una infección. (Ramírez, obstetricia, 2006)

b) Edad gestacional menor a 34 semanas: Es mejor mantener una conducta expectante ya que el feto no alcanza una madurez adecuada con una vigilancia materno fetal: +Instauración de pautas de reposo en decúbito lateral, pues la propia acción de la gravedad puede favorecer el inicio del parto.

Profilaxis antibiótica: Se discute actualmente su utilización y efectividad, empleándose sobre todo ampicilina o amoxicilina (eritromicina o fosfomicina en casos de alergia a penicilinas).

Si se sospecha el parto puede producirse en un corto período de tiempo y la edad fetal se sitúa entre 26 y 32 semanas, cabe favorecer la maduración pulmonar del feto con la administración de corticoides a la madre.

Eventual administración de β -miméticos que inhiban la dinámica uterina el tiempo mínimo necesario para la maduración pulmonar del feto (24 a 48 horas tras la administración de corticoides).

Ante signos de infección no queda más remedio que inducir el parto. Si no aparecen la inducción se hará en la semana 34.

c) Edad gestacional menor a 24 semanas: El pronóstico es sombrío y la complicaciones frecuentes.

Puede adoptarse una actitud expectante a la espera de dichas complicaciones, si bien hay autores que recomiendan la finalización directa de la gestación.

Justificación

En el siguiente trabajo de investigación, se determina la conducta activa en una ruptura prematura de membranas con trabajo de parto pretérmino de 30 semanas de gestación; en donde se identifican los factores de riesgos y complicaciones como: la corioamnionitis, prolapso de cordón, oligoamnios, parto pretérmino, para evitar aquello es recomendable llevar un buen control del embarazo, desde su detección hasta su finalización orientando a la paciente a asistir a los controles prenatales, llevar un buen ritmo y estilo de vida evitando malos hábitos alimenticios, tabaquismo, y otros agentes causales como traumatismos, las infecciones urinarias, vaginales, factores obstétricos como placenta previa, desprendimiento placentario, polihidramnios y embarazo gemelar.

Este tema es de importancia estudio, ya que ante este problema, las complicaciones obstétricas, pronóstico materno fetal, tiende a agravarse, aumentando la incidencia de morbimortalidad fetal en estos casos.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general.-

- Determinar la conducta activa en una ruptura prematura de membrana con trabajo de parto pretermo.

1.2.2. Objetivos específicos

- Identificar los factores de riesgo asociados a la ruptura prematura de membranas en el embarazo pretérmino.

- Determinar la eficacia del manejo materno fetal con ruptura prematura de membranas en la paciente con trabajo de parto pretérmino mediante el uso de antibióticos y corticoides.

1.3. Datos Generales

Paciente: NN, de 18 años de edad sexo: femenino, fecha de nacimiento: 19/05/1999, lugar de nacimiento: playas de Villamil, estado civil: unión libre, nivel de estudios: primaria, nivel socio económico y cultural: bajo, raza: negra, religión: católica, procedencia geográfica: playas de Villamil-Parroquia General Villamil, Ocupación: ninguna, Cónyuge: Emilio Javier Yagual Mejillones pescador de 20 años ingreso 350 dólares mensual.

	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN EMBARAZO DE 30 SEMANAS DE GESTACION CON TRABAJO DE PARTO PRE TERMINO"
Motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente	<p>Paciente secundigesta, primípara de 18 años de edad manifiesta perdida de líquido por vía genital de dos horas de evolución presenta dolor tipo cólico leve intensidad sin sangrado transvaginal.</p> <p>ANTECEDENTES HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE</p> <p>Edad: 18 años, sexo: femenino, etnia: negra.</p> <p>Antecedentes personales: infección vías urinarias a repetición.</p> <p>Antecedentes familiares: madre diabética</p> <p>Antecedentes quirúrgicos: no refiere</p> <p>Antecedentes ginecobstetricos:</p> <p>Gesta: 1 Partos: 0 Aborto: 1</p> <p>Menarquia: 11 años</p> <p>Menacmia: 30/05</p> <p>Dismenorrea: no</p>

	<p>Primera relación sexual: 16 años</p> <p>Métodos de planificación familiar: preservativo masculino</p> <p>FUM:11/05/2017 FPP:15/02/2018</p> <p>Alergias: ninguna</p> <p>Periodo intergenesico: 1 año</p>
Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual(anamnesis)	<p>a las 5:00 am Paciente refiere salida de líquido por via genital de dos horas de evolución más eliminación del tapón mucoso. Paciente estable con aumento de actividad uterina y movimientos fetales presentes con progreso en el trabajo de parto. Paciente es ingresado para recibir tratamiento con antibioterapia y maduración fetal.</p>
Examen físico (exploración clinica).	<p>A la palpación abdomopelvico: se observa abdomen duro doloroso a la palpación a la especulocopia se observa salida de líquido amniótico por canal vaginal.</p> <p>.Posición cefálica Frecuencia Cardiaca Fetal: 149xmin Actividad Uterina: 2/10/40", al tacto vaginal se palpa cuello 5 centímetro de dilatación con 70% de borramiento, su consistencia blanda, su posición cervical central encajamiento en segundo plano. Bishop: 7.</p> <p>Signos Vitales: TC 36.5 °C. Saturación de oxigeno de 99%. Frecuencia Respiratoria 19X`min, Frecuencia Cardiaca 80 X min`, Tensión Arterial 110/60mmHg, Score Mama: 0</p>
Información de exámenes complementarios realizados.	<p>Preparto: Hemoglobina: 13 Hematocrito: 39%, Plaquetas: 200.000, Leucocitos: 12.000. Tiempo de coagulación: 11 segundos, tiempo de protrombina: 12 segundos, tiempo parcial de tromboplastina: 26 segundos, tiempo de</p>

	<p>sangría: 4 minutos</p> <p>Bioquímica sanguínea: glucosa en ayunas: 99 mg/dl, urea: 08.2 mg/dl, creatinina: 0.81 mg/dl, ácido úrico: 3.1 mg/dl, HDL: 150 mg/dl (HDL significa lipoproteínas de alta densidad en inglés). LDL: 130 mg/dl (LDL significa lipoproteínas de baja densidad en inglés).</p> <p>VIH: NO REACTIVO, VDRL: NO REACTIVO.</p> <p>Proteínas en orina: (-)</p>
<p>Diagnostico presuntivo, diferencial, definitivo.</p>	<p>DIAGNOSTICO PRESUNTIVO: Embarazo +/- 30 semana de gestación.</p> <p>DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: Ruptura prematura de las membranas, e inicio del trabajo de parto dentro de las 24 horas. Leucorrea Incontinencia urinaria Perdida del tapón mucoso.</p> <p>DIAGNOSTICO DEFINITIVO: Ruptura prematura de las membranas, e inicio del trabajo de parto pretérmino de 30 semanas de gestación, en paciente de 18 años de edad a causa de infección genital a repetición.</p>

I. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. (Historial Clínico del paciente).

Secundigesta primípara de 18 años, con antecedentes patológicos personales infección urinaria a repetición, antecedente quirúrgicos personales, no refiere. Paciente acude a la emergencia, manifestando pérdida de líquido por genital de dos horas de evolución presenta dolor tipo cólico leve intensidad sin sangrado transvaginal.

Con fecha de ultima regla 11/05/2017, antecedentes gineco obstétricos gestaciones 1, 1 aborto y 0 cesáreas, menarquia 11 años, menacmia 30/05, periodo intergenésico 1 año. Antecedentes Familiares: Padre no refiere, Madre diabética.

Controles prenatales: 2 en centro de salud 1 en el primer trimestre y 1 en el segundo trimestre del embarazo.

2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).

A las 5:00 am Paciente acude al área de emergencia refiere salida de líquido por genital de dos horas de evolución más eliminación del tapón mucoso. Paciente estable con aumento de actividad uterina y movimientos fetales presentes con progreso en el trabajo de parto. Paciente es ingresado para recibir tratamiento con antibioterapia profiláctica con ceftriaxona 1gramo cada 12 horas y maduración fetal con 16 miligramos de dexamentasona intravenoso de forma inmediata.

2.3. Exámen físico (exploración clínica).

Cabeza normocéfalo, cuello sin adenopatías, tórax simétrico, a la palpación abdominopelvico: Se observa abdomen duro doloroso a la palpación a la especulocopia se observa salida de líquido amniótico por canal vaginal, sin edema en extremidades superiores e inferiores.

A la exploración obstétrica con maniobras de leopold: Posición cefálica dorso izquierdo. Frecuencia Cardiaca Fetal: 149xmin. Actividad Uterina: 2/10/40 al tacto vaginal se palpa cuello 5 centímetro de dilatación con 70% de borramiento, su consistencia blanda, su posición cervical central encajamiento en segundo plano Bishop: 7. Se realiza ecografía obstétrica con medición de Índice de Líquido Amniótico (ILA) valor disminuido de 8.

Signos Vitales: Temperatura Corporal 36.5 ° Centígrados, Saturación de oxígeno de 99% Frecuencia Respiratoria 19X min, Frecuencia Cardiaca 80 X min`, Tensión Arterial 110/60mmHg, Score Mama: 0

2.4. Información de exámenes complementarios realizados

Hemoglobina: 13 Hematocrito: 39%, Plaquetas: 200.000, Leucocitos: 12.000. Tiempo de coagulación: 11 segundos, tiempo de protrombina: 12 segundos, tiempo parcial de tromboplastina: 26 segundos, tiempo de sangría: 4 minutos

Bioquímica sanguínea: glucosa en ayunas: 99 mg/dl, urea: 08.2 mg/dl, creatinina: 0.81 mg/dl, ácido úrico: 3.1 mg/dl, HDL: 150 mg/dl, (HDL significa lipoproteínas de alta densidad en inglés). LDL: 130 mg/dl, (LDL significa lipoproteínas de baja

densidad en inglés). Proteínas en orina: (-). VIH: NO REACTIVO, VDRL: NO REACTIVO.

2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo y diferencial.

2.5.1. Diagnóstico presuntivo:

Embarazo +/- 30 semana de gestación /Ruptura prematura de las membranas, sin otra especificación.

2.5.2. Diagnóstico diferencial:

Ruptura prematura de las membranas, e inicio del trabajo de parto dentro de las 24 horas. /Perdida del tapón mucoso /Leucorrea, /Incontinencia urinaria

2.5.3. Diagnóstico definitivo:

Ruptura prematura de las membranas, e inicio del trabajo de parto pretérmino de 30 semanas de gestación, en paciente de 18 años de edad a causa de infección Genital a repetición.

2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

Esta patología incrementa significativamente la morbimortalidad materno neonatal. El manejo de RPM depende de la edad gestacional. En embarazos menores a 24 semanas o previables, el manejo expectante no se justifica (una vez que se ha confirmado el diagnóstico mediante todos los estudios disponibles), por lo que la interrupción del embarazo es recomendada en virtud del pronóstico neonatal desfavorable y el riesgo materno elevado.

En embarazos entre 24 a 34 semanas 6 días, la recomendación es el manejo expectante con maduración pulmonar fetal y antibióticoterapia profiláctica para mejorar el pronóstico neonatal y disminuir la morbimortalidad materna. En embarazos de 35 semanas o más, se sugiere terminación del embarazo.² Las pacientes en trabajo de parto con evidencia de corioamnionitis, compromiso fetal, muerte fetal, desprendimiento normoplacentario, y de 35 semanas de edad gestacional o más, requieren nacimiento inmediato. La RPM puede ocurrir en cualquier embarazada, siendo el manejo efectivo y oportuno la estrategia para disminuir la morbimortalidad materno neonatal.

2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

De las pacientes con RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PRETÉRMINO (R P M P) en manejo expectante, lejos de término (24 a 34 semanas 6 días) con un adecuado tratamiento, el 50%-60% nacerán en la primera semana después de la RPM; el 70%-75% tendrá su parto en 2 semanas y el 80%-85% en los 28 días siguientes a la RPMP. Las pacientes con RPMP lejos de término deben manejarse en forma expectante si no existen contraindicaciones maternas o fetales. El beneficio del manejo expectante en la RPMP tiene su límite al cumplir la semana 35; observándose que no existe una diferencia significativa en la morbilidad en comparación con los nacimientos en la semana 36 o más. Se recomienda la terminación del embarazo a toda RPMP que se presenta a partir de la semana. Cuando el manejo expectante esté recomendado antes de la semana 35 de gestación, la madre debe ser informada sobre:- El incremento en el riesgo de corioamnionitis contra la disminución de problemas respiratorios del neonato. - Admisión a la terapia intensiva neonatal.- Cesárea. Se recomienda que el manejo expectante de la paciente con RPMP lejos de término se efectúe en el hospital, ya que no existen suficientes estudios que demuestren la seguridad de este manejo en el domicilio de la paciente. En casos de manejo expectante de la paciente con RPM cuando el producto es previsible (menor a 22 semanas), en virtud del pronóstico neonatal malo y del riesgo materno, una vez que se han realizado todos

los estudios para confirmación del diagnóstico, se recomienda interrumpir el embarazo. En las mujeres con RPMP se debe vigilar signos clínicos de corioamnionitis cada seis horas. Se recomienda realizar vigilancia materno-fetal clínica, por exámenes de gabinete diariamente y documentar en la historia clínica. La temperatura por arriba de 37,8°C, secreción vaginal fétida o taquicardia fetal (frecuencia cardíaca mayor a 160 latidos por minuto sostenida) indica corioamnionitis clínica en pacientes con diagnóstico de RPM.

Ante esta situación se determinó el manejo activo del embarazo al tacto vaginal se palpa cuello 5 centímetro de dilatación con 70% de borramiento, su consistencia blanda, su posición cervical central encajamiento en segundo plano. ya que presento un test de bishop de 7 y con actividad uterina se tomaron pruebas de laboratorio, mas ecografía para la conducción del parto vaginal.

A las 7:00 am el parto vaginal se realizó sin ninguna complicación no hubo desgarro ni hemorragia se extrajo la placenta con cotiledones completos.

Se obtuvo producto único vivo sexo femenino, con un peso de 1.600g sin circular de cordón y líquido claro, el cual es transferido a la unidad de cuidados intensivos por su escasa madures fetal.

2.8. Seguimiento.

Día 1: Se realiza valoración de la paciente a la especulocopia, se determinó que es líquido amniótico, al tacto vaginal se palpa cuello 5 centímetro de dilatación con 70% de borramiento, su consistencia blanda, su posición cervical central encajamiento en segundo plano se constató que presenta un bishop de 7, al realizar el monitoreo fetal se observó actividad uterina aumentada con una frecuencia cardiaca fetal normal, se realiza ecografía y se reporta un Índice de Líquido Amniótico de 8 con inmadurez placentaria, se realizan pruebas de laboratorio lo que indica una leucocitosis elevada, posteriormente se ingresa a la paciente y se administra vía parenteral con el uso de antibióticos y corticoides. Se implementó el uso de antibióticos de amplio espectro ceftriaxona 1g intravenoso cada 12 horas y 16 miligramos de dexametasona de forma inmediata intravenoso finalmente se conduce al parto vaginal, una vez dado el parto se controlan los signos vitales cada 15 minutos por 2 horas después se tomarán cada 6 horas.

Día 2: Se monitorean los signos vitales, dando valor normal; seguido se pide una biometría de control manifestando que no ha encontrado pérdida de sangre durante la noche, lo cual se continúa el tratamiento con parenteral de antibióticos y analgésicos. Ceftriaxona 1 gramo cada 12 horas y ketorolaco 60 miligramos cada 8 horas

Examen físico: Se palpa útero contraído por debajo de cicatriz umbilical y se observa cantidad de loquios normales.

Día 3: Se observa evolución de la paciente estable, afebril, asintomática, orientada en tiempo y espacio por lo cual se le da el alta hospitalaria con medicación e

indicaciones también se le entrega cita médica para su posterior control en centro de salud.

2.9. Observaciones.

Paciente evoluciona de manera satisfactoria bajo vigilancia médica con el uso de antibióticos y analgésicos.

Ante esta situación se informó al familiar (esposo) sobre las complicaciones que presentaría el recién nacido ya que por su escasa madurez fetal iba a tener que ser hospitalizado recibiendo el tratamiento adecuado bajo especialistas, el cual se le hizo firmar el consentimiento informado.

Dado la alta médica de la paciente, se le da agendamiento para consulta externa y planificación familiar.

CONCLUSIONES

Se concluye en que la ruptura prematura de membranas con trabajo de parto pretérmino, a pesar de ser poco frecuente compromete el pronóstico perinatal, en este caso fue de 30 semanas de gestación, se recomienda un mejor seguimiento de las pacientes que presentes estos signos de alarmas ya que con eso se logrará un manejo específico y controlado, evitando la incidencia de esta patología.

Para estos casos el tratamiento que se emplea, es el uso de antibióticos de amplio espectro, ceflexian 500 mg cada 12 horas para así prevenir una infección, así también como corticoides para la maduración próxima del feto. Se recomienda como

tratamiento de primera elección la Betametasona 12 mg intramuscular glútea cada 24 horas, por un total de dos dosis. Alternativa, Dexametasona 6 mg intramuscular cada 12 horas por cuatro dosis.

La paciente presente actividad uterina incrementada con bishop 7, por ende, se debe mantener la unidad de cuidados intensivos lista para tratar el recién nacido por su escaza madures fetal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Fuente, U. &. (2010). *Obstetricia y Ginecología* . Madrid : Marbán Libros S.L. .

Fuente, U. &. (2010). *Obstetricia y Ginecología* . Madrid: Marbán S.L. .

José Antonio Usandizaga Beguiristáin, P. d. (2010). *Obstetricia y Ginecología* .
Madrid : Marbán Libros S.L. .

Ramírez, R. (2004). FISIOPATOLOGÍA DE LA ROTURA PREMATURA DE
MEMBRANAS OVULARES EN EMBARAZOS DE PRETERMINO. *Obstetricia
y Ginecología*, 250.

LINKOGRAFIAS

Arrovaye, Y. (Septiembre de 2013). *ResearchGate*.
[www.researchgate.net/publication/266022423_CORIOAMNIONITIS_UN_RETO
_DIAGNOSTICO_CHORIOAMNIONITIS_A_DIAGNOSTIC_APPROACH](http://www.researchgate.net/publication/266022423_CORIOAMNIONITIS_UN_RETO_DIAGNOSTICO_CHORIOAMNIONITIS_A_DIAGNOSTIC_APPROACH)

J.V. (2006). [www.uv.es/~jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20O-
25%20\(2006\).pdf](http://www.uv.es/~jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20O-25%20(2006).pdf)

Ramírez. (2006). [www.uv.es/~jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20O-
25%20\(2006\).pdf](http://www.uv.es/~jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20O-25%20(2006).pdf)

Ramírez. (2012). [www.uv.es/~jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20O-
25%20\(2006\).pdf](http://www.uv.es/~jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20O-25%20(2006).pdf)

Ramírez, J. (2006). [www.uv.es/~jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20O-
25%20\(2006\).pdf](http://www.uv.es/~jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20O-25%20(2006).pdf)

Ramírez, J. (2006). [www.uv.es/~jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20O-25%20\(2006\).pdf](http://www.uv.es/~jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20O-25%20(2006).pdf)

Ramírez, J. (2015). [www.uv.es/~jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20O-25%20\(2006\).pdf](http://www.uv.es/~jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20O-25%20(2006).pdf)

ANEXOS

