



**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 OBSTETRIZ/OBSTETRA**

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO:

**“CONDUCTA OBSTETRICA EN PRIMIGESTA DE 21 AÑOS DE EDAD
EMBARAZADA DE 28.3 SEMANAS CON RUPTURA PREMATURA DE
MEMBRANAS”**

AUTOR:

VALENCIA CABEZA JOSELYN ALEXANDRA

TUTOR:

OBST. ANA PASOS BAÑO, MGS., PhD.

Babahoyo - Los Ríos – Ecuador

2020-2021

CONTENIDO

I.	Agradecimiento.....	14
II.	Dedicatoria.....	15
III.	TEMA:.....	16
IV.	Resumen.....	17
V.	Abstract.....	18
VI.	Introducción.....	19
1	Marco teórico.....	21
1.1	Definición.....	21
1.2	Incidencia.....	22
1.3	Hipótesis fisiopatológicas:.....	22
1.4	Morbilidad y mortalidad materna y perinatal por ruptura prematura de membranas. 25	
1.5	Etiología.....	26
1.6	Clasificación.....	27
1.6.1	Clasificación de la enfermedad, cie- 10.....	28
1.7	Signos y síntomas.....	28
1.8	Complicaciones maternas y fetales.....	29
1.9	Diagnóstico:.....	29
1.10	Tratamiento.....	30
1.11	Justificación.....	35
1.12	Objetivos.....	36
1.12.1	Objetivo General:.....	36
1.12.2	Objetivos Específicos:.....	36
1.13	Datos generales.....	37
2	Metodología del diagnostico.....	37
2.1	Análisis del motivo de consulta y antecedentes, historial clínico del paciente....	37
2.2	Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).	38
2.3	Exploración clínica (examen físico).....	39
2.4	Información de exámenes complementarios realizados.....	40
2.5	Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	42
2.5.1	Diagnostico presuntivo:.....	42
2.5.2	Diagnóstico diferencial:.....	42

2.5.3	Diagnóstico definitivo.....	42
2.6	Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	42
2.7	Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	43
2.8	Seguimiento.....	44
2.9	Observaciones.....	53
3	Conclusiones.....	54
4	Bibliografía.....	55

I. Agradecimiento

(NOTA: Se adjunta una vez aprobado en caso)

II. Dedicatoria

(NOTA: Se adjunta una vez aprobado en caso)

III. TEMA:

“CONDUCTA OBSTETRICA EN PRIMIGESTA DE 21 AÑOS DE EDAD EMBARAZADA DE 28.3 SEMANAS CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS”

IV. Resumen

TEMA: La ruptura prematura de membranas es la pérdida de la integridad de las membranas corioamnióticas que se producen desde las 20 semanas hasta antes del inicio del trabajo de parto, con una incidencia del 2 al 20% del total de embarazo, por tal motivo se incentiva a realizar el informe del caso de una paciente de 21 años con embarazo de 28.3 semanas en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

OBJETIVO: Se propuso analizar el caso de dicha gestante que presenta una ruptura prematura de membranas y fue diagnosticada mediante especuloscopia y ecografía, presenta factores predisponentes que complican el cuadro clínico.

METODOLOGIA: El estudio es observacional, clínico y descriptivo. Por tal motivo el manejo expectante de dicha patología varía según las semanas de gestación. En gestaciones con menos de 24 semanas el manejo expectante no se justifica, por lo que la interrupción del embarazo es lo más recomendado en virtud del pronóstico neonatal y materno desfavorable. Entre la semana 24 a la 34.6 se recomienda realizar maduración fetal, antibioticoterapia profiláctica. En gestación con más de 35 semanas se sugiere la terminación del embarazo.

RESULTADO Y CONCLUSION: Gestante con ruptura prematura de membranas que se maneja con antibioticoterapia y maduración pulmonar, sin embargo progresa el parto. El manejo de la paciente fue expectante de acuerdo a la guía del MSP. Paciente que tuvo controles de forma regular en CS, pero que no le diagnosticaron sus factores predisponentes para RPM por lo que conllevó a tratar tardíamente la patología.

PALABRAS CLAVES: Ruptura, prematura, membranas, corioamnionitis.

V. Abstract

TOPIC: Premature rupture of membranes is the loss of integrity of the chorioamniotic membranes that occurs from 20 weeks to before the onset of labor, with an incidence of 2 to 20% of total pregnancy, for this reason it is encouraged to carry out the report of the case of a 21-year-old patient with a 28.3-week pregnancy at the Hospital Sagrado Corazón de Jesús.

OBJECTIVE: It was proposed to analyze the case of this pregnant woman who presents a premature rupture of membranes and was diagnosed by speculoscopy and ultrasound, presents predisposing factors that complicate the clinical picture.

METHODOLOGY: The study is observational, clinical and descriptive. For this reason, the expectant management of said pathology varies according to the weeks of gestation. Expectant management is not justified in gestations with less than 24 weeks, so termination of pregnancy is the most recommended due to the unfavorable neonatal and maternal prognosis. Between week 24 and 34.6, it is recommended to perform fetal maturation, prophylactic antibiotic therapy. In gestation with more than 35 weeks, termination of pregnancy is suggested.

RESULT AND CONCLUSION: Pregnant woman with premature rupture of membranes that is managed with antibiotic therapy and lung maturation, however labor progresses. The management of the patient was expectant according to the MSP guidelines. Patient who had regular controls in CS, but his predisposing factors for RPM were not diagnosed, which led to late treatment of the pathology.

KEY WORDS: Rupture, premature, membranes, chorioamnionitis.

VI. Introducción

La ruptura prematura de membranas (RPM) es la pérdida de la integridad de las membranas corioamnióticas que se producen desde las 20 semanas de gestación hasta antes del inicio del trabajo de parto, es una de las complicaciones obstétricas frecuentes, que requieren de un manejo activo o expectante, dependiendo de su manifestación clínica (MSP, 2015), tiene una incidencia de 3 al 18 % del total de embarazos y es la causa del 40% de todos los partos pretérmino y a través de ello del 10% de la mortalidad perinatal (F.Bonilla - Musoles, 2007). Razón por la cual se motiva la redacción de este informe en base al caso de una paciente de 21 años de edad con un embarazo de 28.3 semanas de gestación que acudió al Hospital Sagrado Corazón de Jesús por presentar pérdida de líquido amniótico.

Se propone analizar el caso de una gestante de 28.3 semanas que presenta una ruptura prematura de membranas diagnosticada mediante especuloscopia complementada con rastreo ecográfico, que presenta factores predisponentes que complican el cuadro clínico tales como: drogadicción, bajo peso, anemia, poco cuidado de su aseo personal y a pesar de contar con 3 controles prenatales la paciente evoluciona desfavorablemente.

El estudio de caso presenta a una paciente de sexo femenino, primigesta de 21 años de edad que cursa con embarazo de 28.3 semanas de gestación por ecografía, que acude al Hospital Sagrado Corazón de Jesús por presentar cuadro clínico de aproximadamente 72 horas de evolución, caracterizado por hidrorrea clara, transvaginal, acompañado de leve dolor en hipogastrio tipo cólico, que se irradia a región lumbosacra. A la especuloscopia se evidencia salida de líquido claro, cérvix cerrado, FCF: 148 latidos por minuto, actividad uterina: negativa, es valorada por ginecóloga y se decide el ingreso a sala de parto para recibir manejo expectante según la guía práctica clínica del MSP. Según (ASBOG, 2015) la morbimortalidad en paciente con ruptura prematura de membranas se asocia a múltiples patologías maternas

(Corioamnionitis, Abruption, infección postparto) y fetales (síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante, sepsis, muerte neonatal.)

En este caso clínico en particular la gestante con ruptura prematura de membranas fue tratada con antibioticoterapia y maduración pulmonar correspondiente, sin embargo, progresó el trabajo de parto obteniendo producto prematuro de 1300 gr., el manejo de la paciente fue expectante de acuerdo a la guía práctica clínica del MSP de ruptura prematura de membranas de pretérmino. Al tratarse de una paciente que tuvo controles de forma regular en centro de salud, no fue diagnosticada ni tratada por infecciones vaginales, infecciones urinarias, anemia, bajo peso, ni los antecedentes de drogadicción por lo que conllevó al diagnóstico tardío de la patología ya que contaba con aproximadamente 72 horas de ruptura.

Se recomienda realizar estudios sobre adherencia de las recomendaciones durante el control prenatal de las gestantes atendidas en los diferentes niveles de atención, fomento de la educación materna, valores y el respeto a la vida en hombres y mujeres en edad fértil ya que un diagnóstico claro y oportuno evitaría complicaciones materno-fetales, además de tener en cuenta al manejo de una paciente con drogadicción y embarazo.

1 Marco teórico

1.1 Definición

La ruptura prematura de membranas es la solución de continuidad o pérdida de la integridad de las membranas corioamnióticas que se producen desde las 20 semanas de gestación hasta antes del inicio del trabajo de parto. (MSP, 2015)

La ruptura prematura de membranas fetales (RPM) se define como la ruptura de membranas antes del inicio del trabajo de parto. Como consecuencia fluye el líquido amniótico y se produce la comunicación entre la cavidad amniótica, el canal endocervical y la vagina. (Fernandez, 2007)

Las membranas fetales se desarrollan a partir del cigoto, y el papel funcional que les corresponde está en relación con la nutrición y protección del huevo en desarrollo. A medida que el embrión va evolucionando queda cubierto por 2 sacos: uno interno, que es el amnios; y otro externo, el corion o envoltura serosa. El amnios está constituido por un epitelio, una membrana basal y 3 capas (compacta, fibroblástica y esponjosa), compuestas fundamentalmente por colágeno; y el corion, que tiene una membrana basal y la capa reticular, compuesta también de colágeno. El saco que estaba adosado a él se va separando por un líquido llamado líquido amniótico. La cavidad amniótica se encuentra presente en embriones de 7 días. (Bermudez, 2010)

Se denomina periodo de latencia al tiempo que media entre la rotura del saco amniótico y el comienzo del trabajo de parto siendo mayor cuanto menor es la Edad Gestacional en que se produjo la rotura. (Susacasa, 2019)

1.2 Incidencia

Según (ASBOG, 2015) dice que la incidencia de la RPM es muy variable. La RPM se observa entre 21 y 22% del total de embarazos. Recientemente, se muestran cifras de 14-17%. La diferencia entre estos datos, tal vez, es producto de la diversidad de los grupos y contribución de factores de riesgo maternos y fetales. En países desarrollados se informan incidencias de 4% a 8%. En nuestro medio se reportan incidencias entre 15% y 22%. La RPM complica de 1% a 4% de todos los embarazos y se relaciona con 30% de todos los recién nacidos pretérmino.

Incide entre el 3 y 18% de todas las gestaciones y es causa del 40% de todos los partos pretérmino y a través de ello del 10% de la mortalidad perinatal. Cuando más precoz se produzca mayor riesgo de para el feto debido a la prematuridad y sus consecuencias. Cuando se produce en los partos a término o cerca de la frecuencia de complicaciones es pequeña. (F.Bonilla - Musoles, 2007)

1.3 Hipótesis fisiopatológicas:

La ruptura de las membranas fetales durante el trabajo de parto, se ha atribuido a una debilidad generalizada de éstas debido a las contracciones uterinas y al estiramiento repetido. Se ha identificado un área cercana al lugar de ruptura y se ha descrito como “zona de morfología alterada”, presente antes de la ruptura de la membrana y debida al trabajo de parto.

- Las membranas pueden presentar una debilidad estructural, que es susceptible a ruptura en el trabajo de parto.
- Las membranas fetales y el miometrio pueden presentar relaciones paracrinas afectadas cualitativamente entre diferentes regiones del útero. (Barón, 2013)

Las membranas están constituidas por el amnios, por fuera una capa de tejido conjuntivo y por el corion unido a la decidua íntimamente. Durante el parto el amnios

se separa en el OCI del corion y forma el solo la bolsa de las aguas, que ira protruyendo en canal a medida que se dilata hasta que por el aumento de la presión intraamniótica por el efecto de las contracciones se romperá de forma fisiológica. Si el fenómeno se produce prematuramente o acontece cualquier proceso capaz de romper prematuramente el amnios fuertemente adherido se romperá la bolsa prematuramente. (F.Bonilla - Musoles, 2007)

Hay tres aspectos que parecen ligados a la RPM:

a) Aumento de la presión intraamniótica: La relación entre la presión intraamniótica y la tensión de las membranas viene definida por la ley de Laplace (Fig. 1) que indica que dicha tensión es proporcional a la presión intrauterina y al cuadrado del radio de la esfera ($T = P \times r^2$), por lo que pequeños aumentos del radio conducen a grandes incrementos de la tensión, que es probablemente el factor más importante para la RPM. Esta tensión de la bolsa es habitualmente contenida y compensada por las paredes uterinas, excepto en el polo inferior del huevo a nivel de la dilatación del orificio cervical, por lo que es el radio de la dilatación el que fundamentalmente determinará los incrementos de tensión no compensados a nivel del orificio cervical, siendo éste el punto habitual de rotura. Sólo en caso de presiones intrauterinas muy elevadas, sin dilatación cervical, podría darse una rotura en puntos más altos.

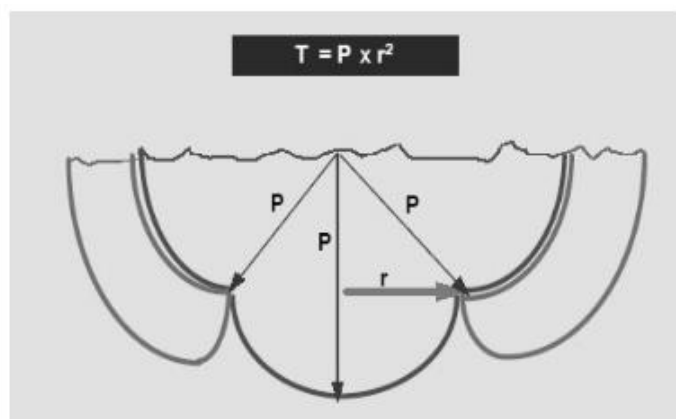


Fig. 1 Ley de Laplace

b) Disminución de la resistencia de la bolsa amniótica: La bolsa de las aguas está constituida por dos capas: el amnios y el corion. Ambas capas están yuxtapuestas y presentan la capacidad de deslizamiento de una sobre otra. Esta estructura posee la capacidad de mantenerse íntegra hasta fases avanzadas del parto. La actividad de enzimas proteolíticas, colagenasas y elastasas debilitaría su resistencia y precipitaría la rotura de la misma. Esta actividad enzimática se vería condicionada por:

- **Infecciones:** las bacterias son capaces de desarrollar actividad proteolítica que destruye el colágeno, pudiendo además favorecer la colagenasa de los neutrófilos.

Las infecciones pueden ocurrir por vía: ascendente (vagina o cérvix) hacia decidua, corion, amnios, cavidad amniótica y feto

Por vía hematógena: peritoneal, amniocentesis, biopsia de vellosidades coriales, o traumatismos con ingreso a cavidad amniótica.

Cualquier germen puede provocar la infección, los más frecuentemente encontrados son: *Ureaplasma urealyticum*, *Fusobacterium species*, *Mycoplasma hominis*, *Streptococcus* grupo B, *Streptococcus viridans*, *Gardnerella vaginalis*, entre otros. En los procesos infecciosos hay que considerar la fosfolipasa A2, la fosfolipasa C, y los lipopolisacáridos que estimulan la síntesis de prostaglandinas, las colagenasas bacterianas, las citoquinas, los macrófagos y granulocitos, así como la prostaglandina E2 con los consiguientes cambios cervicales e inicio de dinámica uterina, las interleucinas que activan la síntesis de prostaglandinas, y la apoptosis.

- **Coito:** en el coito existen sustancias que pueden conducir al mismo efecto. Las enzimas *collagen-like* y las prostaglandinas (que estimulan la proteólisis)
- **Tabaquismo:** en las fumadoras se produce una reacción pulmonar que aumenta la actividad proteolítica y disminuye la de los inhibidores proteolíticos.
- Aumento de la concentración de hexosamina en la capa mesenquimatosa del amnios.

- **Déficits nutricionales y de oligoelementos:** difícilmente demostrables. Pero la bolsa también sufre una serie de cambios estructurales que la debilitan a lo largo de la gestación, entre los cuales se da, incluso, una disminución de su contenido en colágeno, por lo que su rotura a término puede considerarse una variedad fisiológica por ese normal debilitamiento intrínseco.
- c) Acciones traumáticas sobre la bolsa de las aguas: son difíciles de demostrar:
- Adherencias entre el corioamnios y decidua, lo que produciría un estiramiento corioamniótico al desplegarse el segmento uterino inferior, el crecimiento uterino y las contracciones. Esto incrementaría la tensión de la bolsa y facilitaría su rotura.
 - Traumatismos externos (3 %): tacto vaginal, amnioscopia, etc.
 - Traumatismos internos: movilidad del feto sobre el polo inferior ovular.

(Bermudez, 2010)

1.4 Morbilidad y mortalidad materna y perinatal por ruptura prematura de membranas.

La morbilidad materna se relaciona con infección intraamniótica (13 a 80%) o infección postparto (2 a 13%)

La morbilidad fetal; algunas veces puede ocurrir en los embarazos a término principalmente por problemas respiratorios, infección neonatal, (2 a 20%), hemorragia intrarventricular, y enterocolitis necrotizante. La mortalidad perinatal se relaciona con la edad gestacional, se estima que la supervivencia neonatal es de un 57% cuando sucede entre las semanas 24 y 26 de gestación.

La ruptura prematura de membranas se asocia con elevada morbilidad y mortalidad neonatal, independientemente de la edad gestacional. Se considera que la RPM antes de término es una de las causas fundamentales de prematuridad, lo que representa un dilema para el pronóstico del recién nacido, por el peligro de membrana hialina,

displasia broncopulmonar, hemorragia intraventricular, retinopatías, parálisis cerebral, así como riesgo de corioamnionitis, septicemia fetal y neonatal. (Condoy, 2012)

1.5 Etiología



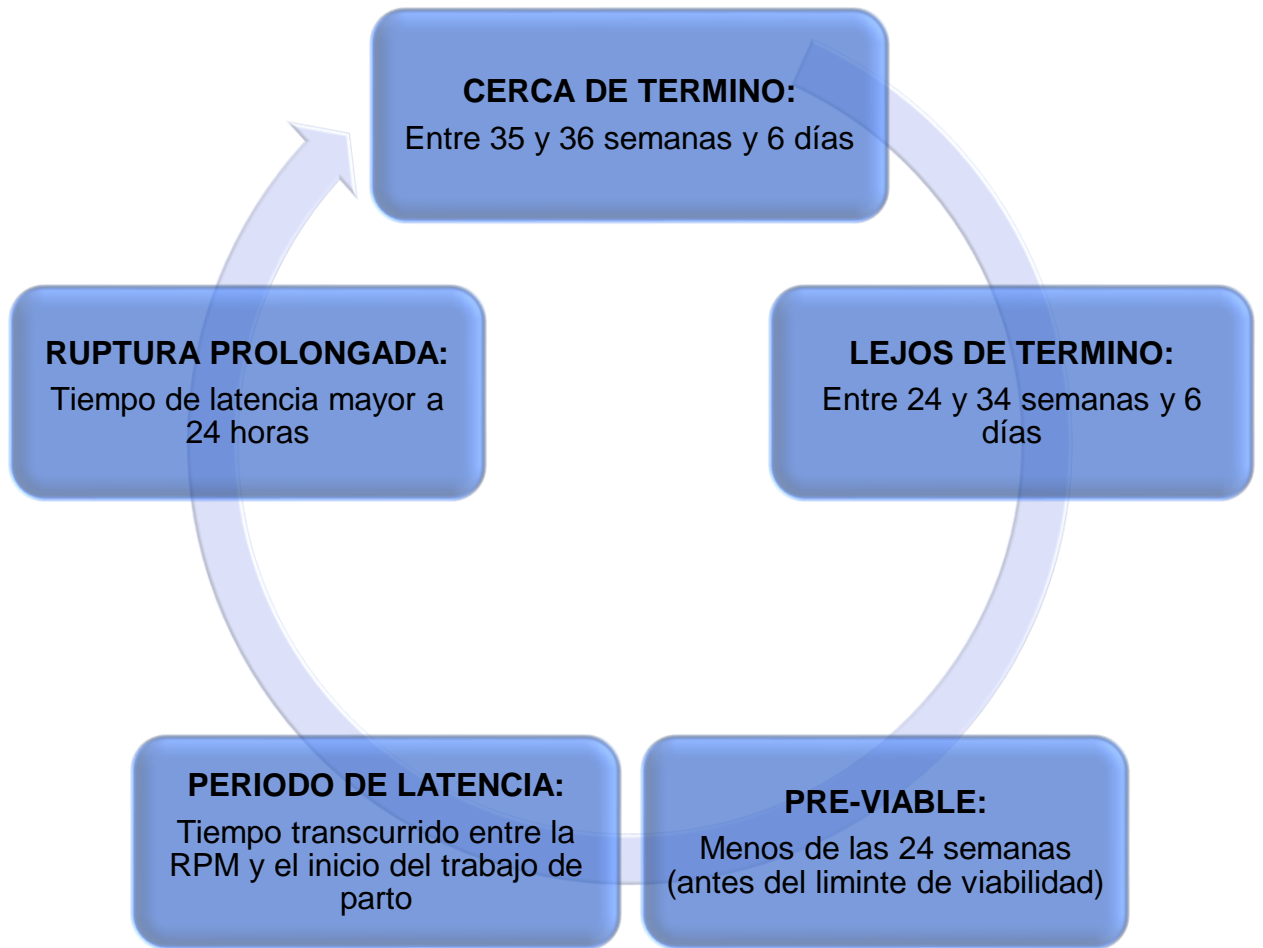
Fuente: Dra. Castañeda, 2015

Elaborado por: Joselyn Valencia

Las relaciones sexuales pueden influir por varios mecanismos:

- Las prostaglandinas del semen.
- Las bacterias del líquido seminal, unidas a los espermatozoides, pueden llegar al orificio cervical interno, ponerse en contacto con las membranas y provocar una corioamnionitis.
- El orgasmo puede desencadenar contracciones uterinas.
- Efecto traumático directo provocado por el pene (Bermudez, 2010)

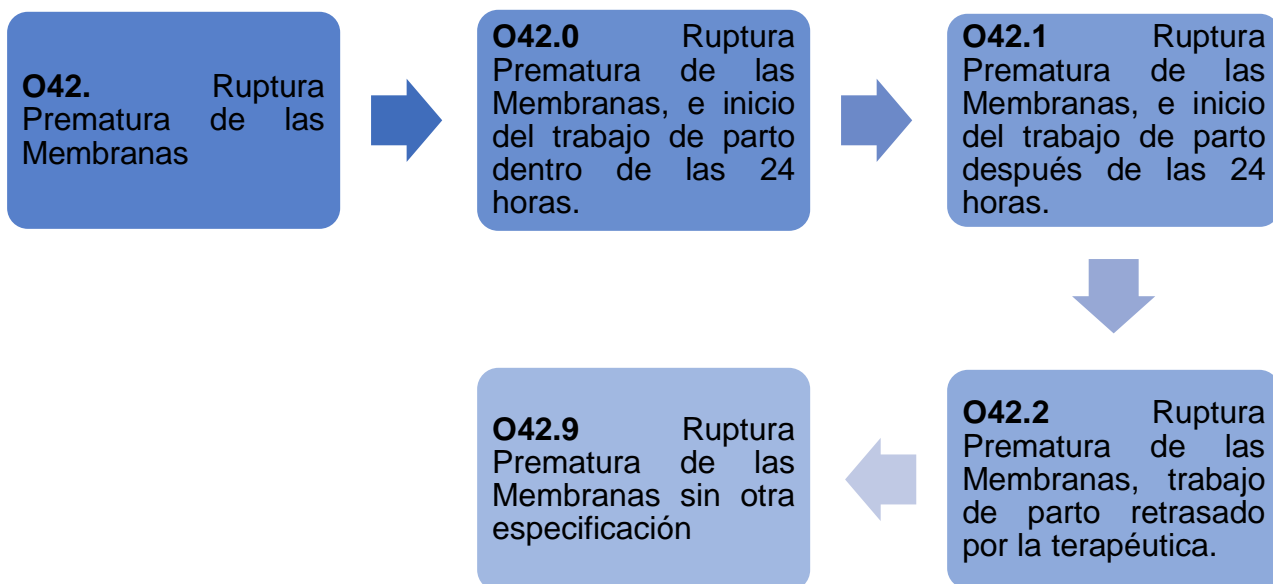
1.6 Clasificación



Fuente: Guía práctica clínica del MSP de Ruptura prematura de membranas pretérmino, 2015

Elaborado por: Joselyn Valencia

1.6.1 Clasificación de la enfermedad, cie- 10



Fuente: Guía práctica clínica MSP de Ruptura prematura de membranas, 2015

Elaborado por: Joselyn Valencia

1.7 Signos y síntomas

Signo: disminución de la altura uterina como consecuencia de la pérdida de líquido.

Signo Ecográfico: al proceder a realizar la medición de líquido amniótico por cuadrantes, se observa la disminución del mismo.

Síntomas: típicamente, a menos que aparezcan complicaciones de la rpm, el único síntoma es la pérdida de un chorro repentino de líquido por la vagina.

La presencia de fiebre, flujo vaginal abundante o fétido, dolor abdominal y taquicardia fetal, especialmente si no tiene proporción con la temperatura materna, sugiere una corioamnionitis.

1.8 Complicaciones maternas y fetales

La morbilidad fetal es dependiente de la edad gestacional en el momento de la RPM. Las principales patologías asociadas son:

- Síndrome de dificultad respiratoria
- Ductus arterioso persistente
- Hemorragia intraventricular (grado 2 – 3)
- Enterocolitis necrotizante
- Sepsis
- Muerte neonatal

Las complicaciones maternas están determinadas principalmente por el riesgo de infección, dependiente de la edad gestacional y en relación inversa a ésta, a mayor edad gestacional menor riesgo de infección.

Dentro de estas complicaciones podemos mencionar:

- Corioamnionitis
- Metritis
- Abruptio Placentae
- Infección post parto

(ASBOG, 2015)

1.9 Diagnóstico:

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

En la historia clínica la paciente puede informar de la salida súbita de líquido o un flujo continuo, sin embargo, muchas de las mujeres lo suelen describir como una sensación de humedad en la vagina o como un aumento en la frecuencia urinaria. Sin evidencia de salida de líquido amniótico el diagnóstico se vuelve incierto por lo que es necesaria la ayuda de pruebas adicionales para la toma de decisiones. (SOMEA, 2020)

1. Visualización directa de la salida del líquido amniótico trans-cervical o acumulación de líquido en fondo de saco vaginal.
2. Ecografía con cuantificación de líquido amniótico.
3. Prueba de Nitrazina: cambio de coloración del papel de amarillo a azul por alcalinización debido a la presencia de líquido amniótico
4. Prueba de arborización en helecho: Frotis + cristalización de líquido amniótico obtenido de fondo de saco vaginal.
5. Investigación de la proteína Placenta alfa microglobulina-1 (PAMG-1). Es una proteína que se sintetiza en la decidua. La concentración en el líquido amniótico es de 100-1000 veces superior a la que se presenta en sangre materna. Está ausente en muestras biológicas como el semen u orina. Presenta una sensibilidad cercana al 99% y una especificidad que varía del 87.5-100%.

Fuente: **Guía práctica clínica del MSP de Ruptura prematura de membranas pretérmino, 2015**

Elaborado por: **Joselyn Valencia**

1.10 Tratamiento

El manejo dependerá principalmente de la edad gestacional, y de la condición materna y fetal. Conocer con precisión la edad gestacional permite estimar el pronóstico considerando los riesgos de sobrevida y morbilidad asociada y decidir si el manejo será la interrupción del embarazo (>34 semanas), o manejo expectante (< 34 semanas) (Jorge A. Carvajal, 2018)

Manejo expectante

De las pacientes con RPMP 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. Se recomienda la terminación del embarazo a toda RPMP que se presenta a partir de la semana.

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 ha realizado todos los estudios para confirmación del diagnóstico, se recomienda interrumpir el embarazo.

Corticoides

Todas las embarazadas entre 24 y 34 semanas 6 días, con riesgo de parto pretérmino dentro de los siguientes 7 días, deben ser consideradas para el tratamiento antenatal con un curso único de corticosteroides.

Un esquema único de esteroides antenatales debe administrarse para maduración fetal entre 24 y 34 semanas 6 días (menos de 35 semanas) para reducir el riesgo de síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante y mortalidad perinatal, sin que se relacione a un incremento del riesgo de infección materna.

Se recomienda el uso de:

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

(MSP, Ruptura prematura de membranas pretermino, 2015)

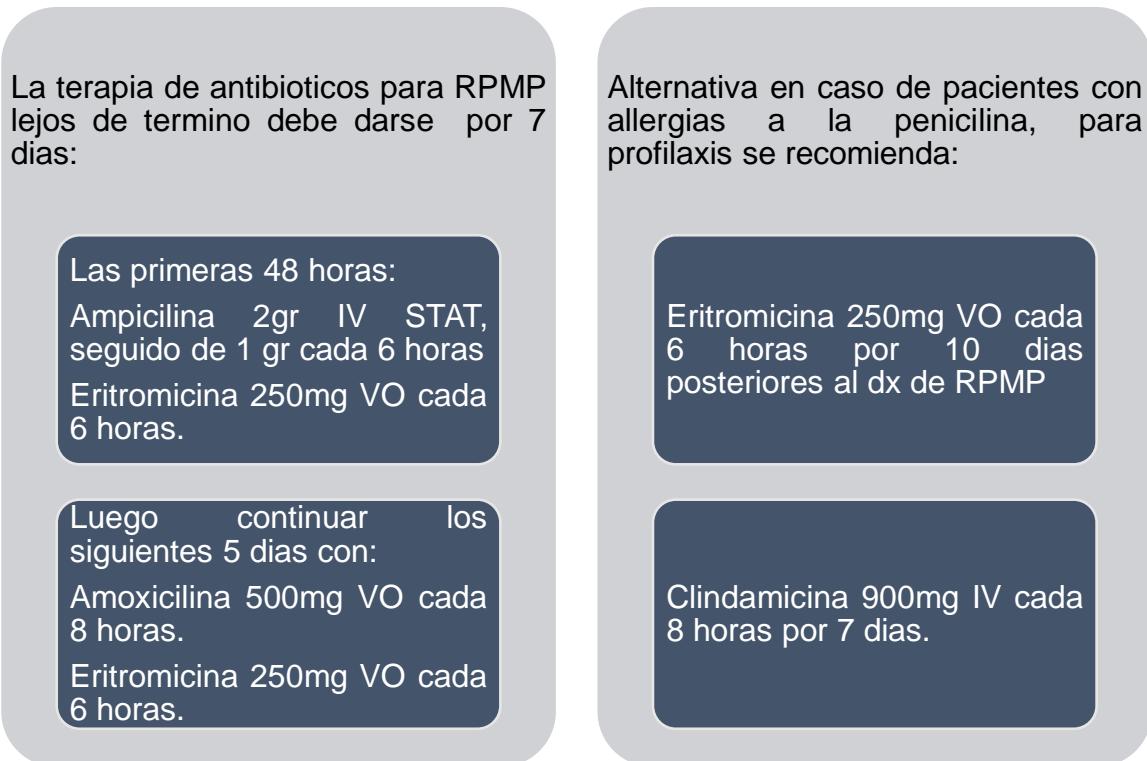
Antibióticos

El uso de antibióticos prolonga el tiempo de latencia hasta el parto y reduce la morbilidad infecciosa neonatal. (López D'Amato F, 2006)

El uso de antibióticos en RPMP, está asociado con una reducción estadísticamente significativa de corioamnionitis e infección neonatal en niños cuyas madres reciben tratamiento, así como efecto de reducción sobre la mortalidad perinatal.

Se recomienda durante el manejo expectante de la RPMP, un curso de 48 horas de antibióticos: Ampicilina intravenosa y Eritromicina vía oral, seguido de 5 días con Amoxicilina y Eritromicina vía oral para prolongar la latencia del embarazo y reducir la infección materna y perinatal, así como la morbilidad neonatal asociada a prematuridad (MSP, Ruptura prematura de membranas pretermino, 2015)

Para lo cual se recomienda el siguiente esquema:



Fuente: Guía práctica clínica MSP de Ruptura prematura de membranas, 2015

Elaborado por: Joselyn Valencia

Considerando los posibles riesgos potenciales de la terapia antimicrobiana prolongada por alteración de la flora bacteriana, existe evidencia para valorar el uso de terapias antimicrobianas más cortas, utilizando ampicilina-sulbactam, por 3 ó 7 días de tratamiento en pacientes con RPM. (MSP, Ruptura prematura de membranas pretermino, 2015)

(Cardozo, 2012) Indica que la combinación de amoxicilina con ácido clavulánico se asocia con mayor incidencia de enterocolitis necrotizante neonatal; por lo tanto, no está recomendada. Se debe administrar además profilaxis para estreptococo del grupo B intraparto.

Tocolíticos

Su utilización es controvertida. Podría asociarse a un incremento de riesgo de corioamnionitis sin mostrar beneficios maternos o neonatales. Por lo tanto, la tocólisis profiláctica solo debería considerarse en los casos en que se requiera postergar el parto 24-48 horas para facilitar la maduración pulmonar fetal y el traslado a un centro de mayor complejidad en embarazos < 34 semanas. En pacientes con trabajo de parto, la utilización de uteroinhibidores terapéuticos no mostró un aumento de latencia al parto ni mejorar los resultados neonatales. (Cesar H. Meller, 2018)

Nifedipino: 20mg cada 20 minutos por 3 dosis y luego 10 mg cada 8 horas
--

Uso de sulfato de magnesio

La administración materna de sulfato de magnesio para la neuroprotección fetal cuando se anticipa el nacimiento antes de las 32 0/7 semanas de gestación, reduce el riesgo de parálisis cerebral en los recién nacidos supervivientes. (Ramos, 2018)

Administración:

Dosis de impregnación: 4 gr de Sulfato de Magnesio, en 100cc de Suero Glucosado al 5%. Administrar en 30 minutos.	Dosis mantención: 1gr / hora EV. Hasta el parto o por un máximo de 24 horas.
--	---

Reevaluar en 12 horas:

- Si persiste el riesgo inminente de parto continuar dosis de mantención, máximo 24 horas de infusión.
- Si no hay riesgo de parto inminente, suspender.
- No repetir dosis de Sulfato de Magnesio una vez suspendida. (Solongue, 2019)

Interrupción del embarazo en gestantes con RPMP

Las pacientes con RPMP y con evidente: trabajo de parto, corioamnionitis, compromiso fetal, muerte fetal, desprendimiento normoplacentario, o de 35 semanas o más de edad gestacional, requieren interrupción del embarazo. (MSP, Ruptura prematura de membranas pretermino, 2015)

1.11 Justificación

El presente caso clínico se basa en información obtenida de la historia clínica de una paciente primigesta de 21 años de edad que acudió al área de emergencia gineco-obstétrica del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, con 28.3 semanas de gestación, presentaba hidrorrea secundaria a rotura prematura de las membranas de pretérmino, este estudio se realizó con el objetivo de analizar la evolución de la ruptura de membranas, exponer los factores de riesgo predisponentes y determinar si el tratamiento que se aplicó fue idóneo de acuerdo a lo que se encuentra en la guía práctica clínica para el manejo de ruptura prematura de membranas de pretérmino (RPM).

La carrera de Obstetricia está destinada a precautelar el bienestar materno-fetal, por tal motivo exige vocación, disciplina y eficiencia al momento de tratar a las gestantes, de tal manera que con el desarrollo del presente caso clínico se analiza la conducta obstétrica para el diagnóstico, tratamiento, pronóstico y evaluación de una paciente con embarazo y rotura prematura de membranas, analizar el estado actual y relacionarlo con el futuro reproductivo de la paciente, un nacimiento prematuro compromete las posibilidades de supervivencia de los neonatos y esto compromete las condiciones biológicas, sociales y psicológicas de la pareja mucho más si se tiene en cuenta que es la primera gestación.

1.12 Objetivos

1.12.1 Objetivo General:

- × Analizar la evolución de la ruptura de membranas en paciente con 28.3 semanas de gestación.

1.12.2 Objetivos Específicos:

- × Exponer los factores de riesgo predisponentes de la ruptura prematura de membranas en paciente de 28.3 semanas.
- × Determinar la idoneidad de la conducta obstétrica y tratamiento administrado.

1.13 Datos generales

Código: ZVJE	Género: femenino
Edad: 21 años	Estado civil: unión libre
Fecha de nacimiento: 17/06/1999	Ocupación: Ama de casa
Nacionalidad: ecuatoriana	Raza: mestiza
Nivel de estudio: primaria	Religión: católica
Dirección: Patricia Pilar (Los Ángeles)	Hospital: Sagrado corazón de Jesús
Nivel socioeconómico: bajo	Teléfono: 0968820871
Fecha de ingreso: 16/08/2020	

2 Metodología del diagnóstico

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes, historial clínico del paciente.

Paciente sexo femenino, primigesta de 21 años de edad que cursa con embarazo de 28.3 semanas de gestación por ECO particular, acude a esta unidad de salud por presentar cuadro clínico de + o – 72 horas de evolución, caracterizado por salida de líquido amniótico claro transvaginal, acompañado de leve dolor en hipogastrio tipo cólico, que se irradia a región lumbosacra. A la especuloscopia se evidencia salida de líquido claro, cuello cérvix cerrado. FCF: 148 lpm. Actividad uterina: negativa.

Antecedentes

ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES	
Antecedentes patológicos personales: No refiere	
Antecedentes patológicos familiares: No refiere	
Antecedentes quirúrgicos: No refiere	
Alergias: No refiere	
Hábitos: drogadicción (hace 6 meses) Refiere que esposo también consume drogas.	

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS	
Menarquia: 11 años	Ciclos menstruales: 30 días
Planificación familiar: No	Inicio de vida sexual: 14 años
Parejas sexuales: 1	Gestas: 1 P:0 A:0 C:0
FUM: No recuerda	Controles: # 3 CS. Patricia Pilar.
Vacunas: # 2	Ecografías: # 2
ITS: Vaginosis Bacteriana hace 3 meses.	

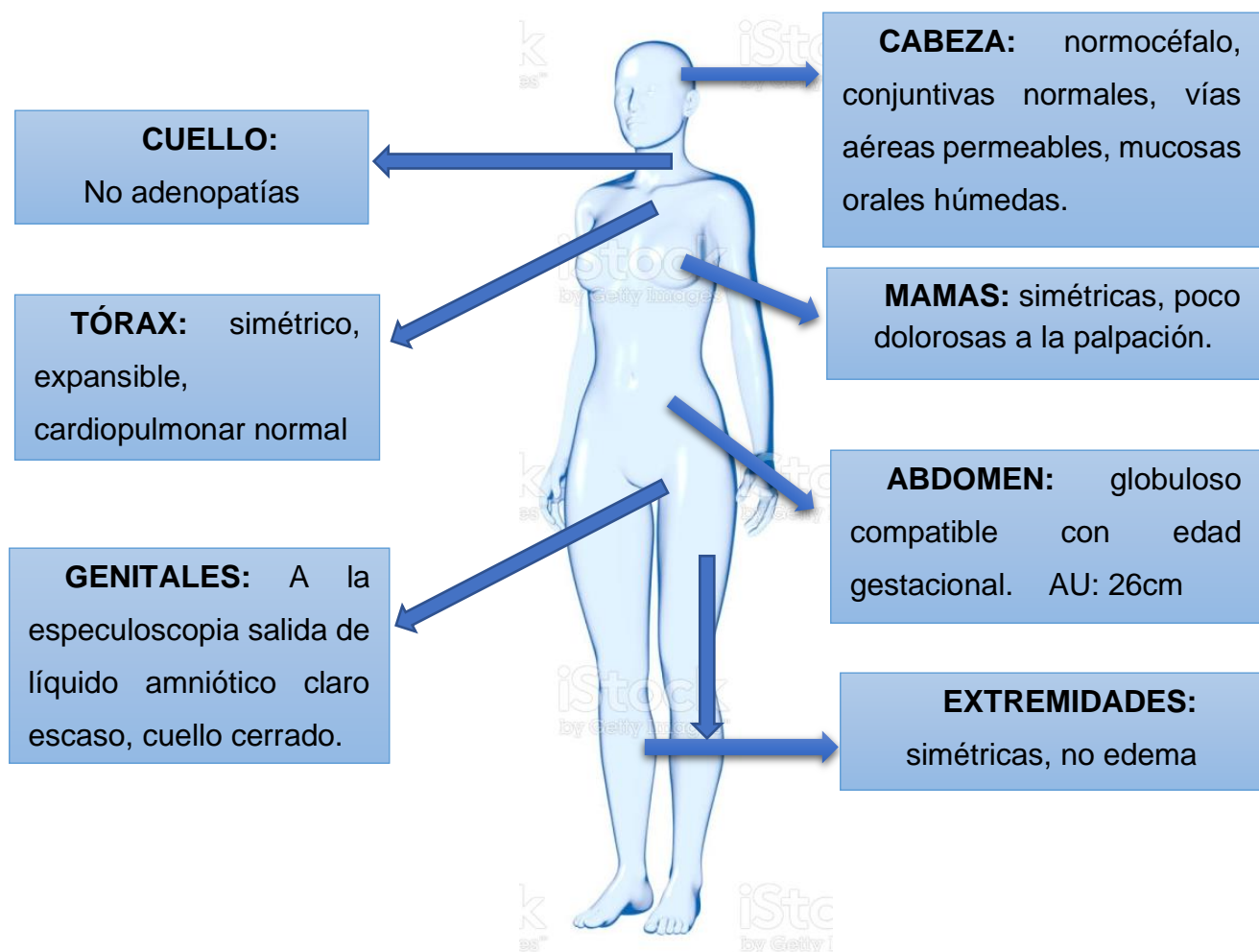
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).

Paciente aparente en buen estado general de 21 años de edad oriunda de la parroquia Patricia Pilar (cantón Buena Fe) acude a la consulta por emergencia obstétrica del Hospital Sagrado Corazón de Jesús de forma ambulatoria, que cursa embarazo de

28.3 semanas de gestación, refiere pérdida de líquido amniótico de aproximadamente 72 horas de evolución acompañado de leve dolor en hipogastrio tipo cólico, que se irradia a región lumbosacra. Es valorada por médico especialista y se decide ingreso a sala de parto para recibir tratamiento con antibioterapia y maduración fetal.

2.3 Exploración clínica (examen físico)

General: Hemodinamicamente estable, consiente, orientada en tiempo y espacio, afebril.



Fuente, figura Alamy Foto destock ikonacolor /, 2018

Elaborado por: Joselyn Valencia Cabeza.

SIGNOS VITALES MEDICIONES Y VALORES:

T/A	FC	FR	T°C	STO2	Peso	Talla
100/60	90x'	20x'	36.5	98%	57kg	150cm

GLASGOW			
Ocular: 4	Verbal: 5	Motor: 6	Total: 15

2.4 Información de exámenes complementarios realizados.

- Ecografías obstétricas presentadas a emergencia al momento del ingreso 16-08-2020

Fecha de Ecografía: 16-08-2020

Producto único vivo, situación dorso derecho, fcf 146x'

Diámetros fetales:

DBP: 7.92cm LF: 5.49 cm CA: 24 01 cm

Peso: 1334gr.

Placenta ubicada en pared anterior y fúndica, inserción normal, madures grado I

ILA: 5.88cm

Movimientos fetales presentes

Sexo: masculino.

Dx: Embarazo de 28.3 SG + Oligoamnios moderado.

- Ecografía obstétrica institucional (HSCJ) al momento del ingreso

Fecha de ecografía: 16-08-2020

Producto único vivo, situación dorso longitudinal a la izquierda, fcf 135x'

Diámetros fetales:

DBP: 73mm LF: 55 mm CA: 240 mm

Peso: 1275gr.

Placenta ubicada en pared anterior y fúndica, inserción normal, madures grado I

ILA: 3.5cm

Movimientos fetales presentes

Sexo: masculino.

En proyección del cuello se observa asa simple compatible con circular de cordón.

Dx: Embarazo de 28.6 SG + Oligoamnios severo.

- Exámenes complementarios institucionales (HSCJ) al momento del ingreso

EXAMEN	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
BIOMETRIA HEMATICA		
Hemoglobina	10.7 g/dl	13-17
Hematocrito	32.2%	40-50
Leucocitos	15.07 10/uL	4-10
Plaquetas	279 10/uL	150-450
Linfocitos	9.2%	25-40
Neutrófilos	81.1%	55-65
TIPIFICACION SANGUINEA RH (D)		
Grupo sanguíneo: O		
Factor Rh: positivo		
COAGULACION		
Tiempo parcial de tromboplastina (TTP): 31 sg		

Tiempo de protrombina (TP): 9sg
AUTOINMUNES E INFECCIOSAS
HIV 1-2 generación: no reactivo
VDRL: negativo

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

2.5.1 Diagnóstico presuntivo:

Embarazo de 28.3 SG + Ruptura prematura de membranas + ITU

2.5.2 Diagnóstico diferencial:

1. Leucorrea
2. Eliminación de tapón mucoso
3. Incontinencia urinaria
4. Hidrorrea Decidual

2.5.3 Diagnóstico definitivo

Embarazo de 28.3 SG + ruptura prematura de membranas.

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

Origen del problema: Para determinar el origen del problema, se procedió a revisar la historia clínica de la paciente del Hospital Sagrado Corazón de Jesús, en donde se encontró que la paciente presenta factores de riesgo importantes, tales como:

antecedentes de drogadicción, bajo peso, poco cuidado de su aseo personal, anemia, los cuales son de alto riesgo obstétrico y se caracterizan por propiciar complicaciones materno-fetales como la ruptura prematura de membranas que puede conllevar a una corioamnionitis, prematuridad, trabajo de parto pretérmino, entre otros.

Procedimientos a realizar: A partir de la determinación del diagnóstico definitivo los procedimientos que se realizarán serán los recomendados por el Ministerio de Salud Pública en la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la ruptura prematura de membranas de pretérmino:

1. Maduración pulmonar fetal.
2. Profilaxis de antibióticos
3. Vía del parto. parto vaginal
4. Manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto

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

- **Maduración Fetal:** El (MSP, Ruptura prematura de membranas pretermino, 2015) recomienda utilizar un esquema único de esteroides antenatales que debe administrarse para la respectiva, maduración fetal entre las 24 y 34 semanas 6 días es decir antes de las 35 semanas, para reducir el riesgo de síndrome de dificultad respiratoria en el neonato, la hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante y mortalidad perinatal.
- **Profilaxis con antibióticos:** El uso de antibióticos prolonga el tiempo de latencia hasta el parto y reduce la morbilidad infecciosa neonatal. (López D'Amato F, 2006) El uso de antibióticos en RPMP, está asociado con una reducción estadísticamente significativa de corioamnionitis e infección neonatal en niños

cuyas madres reciben tratamiento, así como efecto de reducción sobre la mortalidad perinatal. (MSP, 2015)

- **Vía del parto: parto vaginal:** Luego de las 28 semanas se puede seguir el protocolo de inducción de parto convencional. La operación cesárea debe reservarse para las situaciones de morbilidad materna que contraindiquen un parto vaginal. (Dr. Andrés Pons G., 2014) Pero en este caso no fue necesario la inducción para el trabajo de parto, ya que progreso rápidamente debido a que la paciente no guardaba el reposo absoluto (se dedicó a deambular, a querer escaparse por las escaleras) y se encontraba con trabajo de parto pretérmino en fase activa.
- **Manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto:** “manejo activo (comprende la administración profiláctica de uterotónicos, la tracción controlada del cordón umbilical y el masaje uterino tras la expulsión de la placenta).” (MSP, 2015) Esto se realiza para disminuir el riesgo de hemorragia posparto, administrando oxitocina intramuscular 10 UI. Y realizando masajes uterinos cada 15 minutos durante por horas.

2.8 Seguimiento.

Paciente que ingresa por la emergencia obstétrica con leve dolor en hipogastrio acompañado de pérdida de líquido amniótico en poca cantidad. Se realiza valoración gineco-obstétrica, especuloscopia, examen físico correspondiente, exámenes y ecografía y se decide ingreso a sala de partos con las siguientes indicaciones:

16/08/2020 8:00am

- Reposo absoluto
- Control de signos vitales (Score mama)

- Cuidados de enfermería
- Monitoreo fetal
- Charla de signos de alarma materno fetal
- Dieta general
- Exámenes de laboratorio + ecografía obstétrica.
- Solución salina 0.9% 1000ml IV a 30 gotas por minuto
- Ampicilina 2gr IV Stat, luego 1gr IV cada 6 horas
- Eritromicina 250mg VO cada 6 horas
- Betametasona 12mg IM cada 24 horas por 2 dosis (1era dosis).

1er día de Hospitalización (16-08-2020 8:15 am)

<p>Paciente que ingresa de la emergencia obstétrica con IDx: Embarazo de 28.3 SG + Ruptura prematura de membranas, con AGO G:1 P:0 A:0 C: 0 Al momento pcte hemodinamicamente estable, afebril, orientada en tiempo y espacio, niega síntomas.</p> <p>Al examen físico: abdomen globuloso acorde a edad gestacional</p> <p>Al examen ginecológico: especuloscopia se evidencia salida de líquido transvaginal de aspecto claro, de olor característico y en poca cantidad.</p> <p>Tacto vaginal: no se realiza por ausencia de actividad uterina y riesgo de infección.</p> <p>Monitoreo fetal: 154lpm</p> <p>AU: negativa</p>	<p>Medidas generales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reposo • Control de signos vitales • Cuidados de enfermería • Monitoreo fetal • Charla de signos de alarma materno fetal • Exámenes de laboratorio + ecografía obstétrica • Comunicar novedades <p>Indicaciones terapéuticas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solución salina 0.9% 1000ml IV a 30 gotas por minuto. • Ampicilina 1gr IV cada 6 horas • Eritromicina 250mg VO cada 6 horas
---	---

<p><i>Dx: Embarazo de 28.3 SG + ruptura prematura de membranas.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Betametasona 12mg IM 2 dosis (17/08/20 2da dosis)
--	---

SCORE MAMA:

T/A	FC	FR	T°C	StO2	ECon	Protein	Total
100/60	90x'	20x'	36.5	99	Alerta	(-)	0

2do día de Hospitalización (17-08-2020 8:00 am)

<p>Paciente que curso con el 2do día de hospitalización con embarazo de 28.4 SG + perdida de líquido amniótico al momento estable, afebril, orientada en t/e, refiere leve dolor en hipogastrio tipo contráctil que se irradia a región lumbosacra + salida de líquido amniótico en poca cantidad.</p> <p>Al examen físico: abdomen globuloso acorde a edad gestacional</p> <p>Examen ginecológico: tacto vaginal, cuello entreabierto, largo posterior se evidencia salida de líquido.</p> <p>FCF: 145- 138- 151 lpm</p> <p>AU: esporádica</p> <p>Pcte de riesgo por presentar signos y síntomas de abstinencia.</p>	<p>Medidas Generales</p> <ul style="list-style-type: none"> Reposo control de signos vitales Cuidados de enfermería Monitoreo fetal Charla de signos de alarma Dieta general Comunicar novedades Referencia de III nivel Exámenes de laboratorio <p>Indicaciones terapéuticas</p> <ul style="list-style-type: none"> Solución Salina 0.9% 1000ml IV 30 gotas por minuto Ceftriaxona 1gr IV cada 12 horas
---	---

<p>IDx: Embarazo de 28.4 SG + ruptura prematura de membranas.</p> <p>NOTA: se decide cambio de antibiótico de amplio espectro por riesgo de infección materna (Leucocitos: 21.58)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clindamicina 600mg IV cada 6 horas • Paracetamol 1gr VO PRN • Betametasona 12mg IM 2da dosis • Solución salina 0.9% 200cc + hierro sacarosa 200mg IV pasar en 2 horas.
---	---

SCORE MAMA

T/A	FC	FR	T°C	StO2	E.Con	Protein	Total
110/70	76x'	19x'	36.0	99	Alerta	(-)	0

RESULTADOS DE LABORATORIO

Hemoglobina	10.0 g/dl
Hematocrito	29.8 %
Leucocitos	21.58
Plaquetas	277
Linfocitos	5.6%
Neutrófilos	91.7%
Detección de anticuerpos de SARS-COVID 19	NEGATIVO

RESULTADO DE ECOGRAFIA

Fecha de ecografía: 17-08-2020

Producto único vivo masculino, situación dorso longitudinal anterior izquierdo
fcf: 153lpm

DBP: **72mm** LF:**55 mm** CA: **241** Peso aproximado de 1279 gr

Placenta ubicada en la pared anterior y fúndica, inserción normal, grado de madurez I
ILA: 3cm

En proyección de cuello se observa asa compatible con circular de cordón.

ID: embarazo de 28.6 SG

17-08-2020 (23:00pm)

<p>Paciente refiere dolor de leve intensidad en hipogastrio que se irradia a región lumbosacra + eliminación de moco cervical.</p> <p>Se realiza tacto vaginal: cuello cérvix central firme con dilatación 1cm, borramiento: 40%, plano: alto Bishop:3</p>	<ul style="list-style-type: none">• Nifedipino 20mg VO cada 20 minutos por 3 dosis y luego 10mg cada 8 horas.• Resto de indicaciones igual.
---	--

3er día de Hospitalización (18-08-2020 8:00 am)

<p>Paciente con el 3er día de hospitalización con embarazo de 28.5SG</p> <p>al momento hemodinamicamente estable, afebril, orientada en t/e</p> <p>Pcte. Refiere dolor en hipogastrio de moderada intensidad que se irradia a región lumbosacra acompañado de perdida de moco transvaginal poco sanguinolento</p> <p>Al examen ginecológico: tacto vaginal Cuello blando central.</p>	<p>Medidas Generales</p> <ul style="list-style-type: none">• Control de signos vitales• Cuidados de enfermería• Monitoreo fetal cada 4 horas• Charla de signos de alarma materno fetal• Comunicar novedades• Suspender referencia a III nivel <p>Indicaciones Terapéuticas</p> <ul style="list-style-type: none">• Solución Salina 0.9% 1000ml IV 30 gotas por minuto
---	--

<p>Dilatación: 3cm Borramiento: 60% Plano: I Membranas: rotas Bishop: 8 Monitoreo fetal electrónico: fcf: 132-145-120 lpm AU: 2 / 10' 25"</p> <p><i>IDx: Embarazo de 28.5 SG + ruptura prematura de membranas+ trabajo de parto de pretérmino (fase latente)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxona 1gr IV cada 12horas • Clindamicina 600mg IV cada 6 horas • Nifedipino 10mg VO cada 8 horas.
--	---

SCORE MAMA

T/A	FC	FR	T°C	StO2	E.Con	Protein	Total
110/70	72X'	20X'	36.1	98%	Alerta	(-)	0

4to día de Hospitalización (19-08-2020 8:00 am)

<p>Paciente sexo femenino de 21 años de edad que cursa con el 4to día de hospitalización con embarazo de 28.6SG</p> <p>Al momento estable, afebril, orientada en t/e</p> <p>Paciente refiere dolor de gran intensidad en hipogastrio que se irradia a región lumbosacra</p> <p>Se valora al tacto vaginal</p> <p>Dilatación: 6cm</p> <p>Borramiento:80%</p> <p>Plano: II</p> <p>Bishop: 11</p> <p>Monitorio fetal: 132-150 lpm</p> <p>AU: 2/ 10' 30"</p> <p>IDx: Embarazo de 28.6 SG + ruptura prematura de membranas+ trabajo de parto de pretérmino (fase activa).</p>	<p>Medidas Generales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de signos vitales • Cuidados de enfermería • Monitoreo fetal • Charla de signos de alarma materno fetal. • Evolución espontanea • Comunicar novedades <p>Indicaciones Terapéuticas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solución Salina 0.9% 1000ml IV a 30 gotas por minuto. • Ceftriaxona 1gr IV cada 12 horas • Clindamicina 600mg IV cada 6 horas • Suspender Nifedipino.
--	---

SCORE MAMA

T/A	FC	FR	T°C	StO2	E.Con	Protein	Total
110/60	81X'	20X'	36.9	99%	Alerta	(-)	0

19-08-2020

12:30pm

Paciente refiere sensación de pujos por lo que es pasada a sala de parto litótomo, se valora al tacto vaginal: paciente con parámetros completos, se realiza asepsia y antisepsia de región vulvoperineal + colocación de campos estériles.

Realiza parto eutócico simple, obteniendo recién nacido único vivo sexo masculino, Apgar 8/9, peso: 1300gr, se realizó apego precoz y onfalotomía al cese de latidos del cordón umbilical.

MATEP

1. Oxitocina 10UI IM a la salida del hombro anterior
2. Tracción y contracción controlada y sostenida del cordón umbilical obteniendo placenta y membranas ovulares completas.
3. Masaje uterino

Se limpia cavidad uterina y vaginal y se observa desgarro de 1er grado en periné, el cual es suturado previo a infiltración de lidocaína al 2%.

Útero contraído por debajo de la cicatriz umbilical, pérdida sanguínea cuantificada en funda retrocecal de 200ml.

No desea llevarse la placenta.

IDx: Parto eutócico simple + puerperio fisiológico inmediato.

Medidas Generales

- Control de signos vitales
- Cuidados de enfermería
- Control de sangrado transvaginal cada 15min por 2 horas
- Apego precoz
- Asesoría de planificación familiar
- Charla de signos de alarma
- Biometría hemática de control 12 horas después
- Comunicar novedades

Recién Nacido

- Profilaxis oftálmica
- Profilaxis de cordón umbilical
- Vitamina K
- RN pasa a sala de neonatología.

Indicaciones Terapéuticas

- Solución Salina 0.9% 1000ml IV 30 gotas por minuto
- Ceftriaxona 1gr IV cada 12 horas
- Clindamicina 600mg IV cada 6 horas
- Solución salina 0.9% 300ml + hierro sacarosa 300mg IV pasar en 3 horas
- Paracetamol 500mg VO cada 6 horas.

SCORE MAMA

T/A	FC	FR	T°C	StO2	E.Con	Protein	Total
100/60	89X'	18X'	36.5	99%	Alerta	(-)	0

20-08-2020 03:00 am

RESULTADOS DE LABORATORIO

Hemoglobina	11.2 g/dl
Hematocrito	34.1 %
Leucocitos	11.95
Plaquetas	325

SCORE MAMA

T/A	FC	FR	T°C	StO2	E.Con	Protein	Total
120/70	95X'	20X'	37	97%	Alerta	(-)	0

5to día de Hospitalización (21-08-2020 11:00 am)

<p>Paciente sexo femenino de 21 años de edad que cursa con +- 24 horas de evolución postparto</p> <p>Al momento hemodinamicamente estable, orientada en tiempo y espacio, afebril</p> <p>Al examen físico:</p>	<p>ALTA MEDICA (12:30pm)</p> <ul style="list-style-type: none">• Consejería de signos de alarma maternos.• Asesoría de planificación familiar• Contrarreferencia al centro de salud. <p>Indicaciones terapéuticas</p>
--	---

<p>Abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, útero contraído por debajo de la cicatriz umbilical, loquios escasos, sutura de desgarró sin signos de inflamación.</p> <p>IDx: Puerperio fisiológico mediato + anemia leve.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilina 500mg VO cada 8 horas por 7 días • Paracetamol 500mg VO cada 6 horas por 5 días • Sulfato ferroso 100mg VO cada 12horas por 1 mes • Etonogestrel 68mg subdermico.
--	--

SCORE MAMA

T/A	FC	FR	T°C	StO2	E. Con	Protein	Total
100/60	84X'	21X'	35.9	98%	Alerta	(-)	0

2.9 Observaciones

- Paciente que no respondió al tratamiento aplicado en primera instancia, por lo que se decidió cambio de antibióticos, no colabora con el reposo absoluto decide deambular por los pasillos del área.
- Ante esta situación se informa a familiar (esposo y madre) sobre las posibles complicaciones que tendría el feto ya que por su inmadurez sería referido a un hospital de tercer nivel y será atendido por especialistas, por tal motivo se hace firmar el consentimiento informado al familiar.
- Al 4to día de hospitalización la paciente inicia la fase activa del trabajo de parto, con una duración aproximada de 4 horas. El parto fue vaginal, litótomico, se obtuvo un producto único vivo apgar 8/9 al minuto, peso 1300gr, talla 43, Test de Capurro 30 semanas de gestación, por lo cual fue llevado a sala de neonatología.

- Se aplicó el manejo activo del tercer periodo, se valoró canal vaginal y se identificó un desgarro perineal de 1er grado el cual fue suturado previo a infiltración de lidocaína al 2%.
- Una vez estable la paciente se procede al alta médica, al tener en cuenta los antecedentes de la paciente se dio la charla de planificación familiar, y egresa de hospitalización con implante subdérmico, se la envía con contra referencia a subcentro de salud donde se hacía atender su embarazo.

3 Conclusiones

- La ruptura prematura de membranas en gestaciones pretérmino, es una complicación obstétrica que compromete el bienestar materno-fetal, en los componentes biológicos, psicológicos, sociales, sexuales y reproductivos.
- Mediante el análisis de los resultados obtenidos a partir de los estudios que se le realizó a la paciente, se concluye que las causas relacionadas a la ruptura prematura de membranas están asociadas a factores de riesgo como drogadicción, bajo peso, anemia y poco cuidado de su aseo personal.
- Valorar el riesgo obstétrico de la paciente en la primera consulta prenatal constituye la base primordial para detectar a tiempo futuras complicaciones durante el embarazo, ya sea relacionados a factores ambientales, socioeconómicos, biológicos, genéticos.
- La conducta Obstétrica dependerá de la edad gestacional, del estado materno-fetal y de las condiciones obstétricas que se relacionan con el desencadenamiento del trabajo de parto y la fase en la que se encuentre.

4 Bibliografía

(s.f.).

ASBOG, A. b. (2015). *RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS*. BOGOTA.

Barón, J. V. (2013). Fisiopatología de la ruptura prematura de membranas y marcadores. *Revista medica de costa rica y centroamerica lxx*, 2.

Bermudez, M. L. (2010). Rotura prematura de membranas, aspectos de interes para la atencion primaria de salud. *Revista Cubana de medicina general integral*, 4.

Cardozo, R. (2012). *Ruptura prematura de membranas* .

Cesar H. Meller, M. E. (2018). *Ruptura prematura de membranas en nacimientos de pretermino*. Argentina.

Condoy, E. C. (2012). *Prevalencia y factores asociados a ruptura prematura de membranas en gestantes*. Cuenca.

Dr. Andrés Pons G., D. E. (2014). MUERTE FETAL. *Revista Medica Clinica CONDES.*, 7.

F.Bonilla - Musoles, A. P. (2007). *Obstetricia, Reprocccion y Ginecologia Basicas*. BUENOS AIRES, MADRID: MEDICA PANAMERICANA.

Fernandez, J. L. (2007). *Ginecologia y Obstetricia (Manual de consulta rapida)*. Buenos Aires - Madrid: MEDICA PANAMERICANA.

Jorge A. Carvajal, C. R. (2018). *Manual de Obstetricia y Ginecologia*. Chile .

López D'Amato F, A. E. (2006). Recomendaciones para el manejo de ruptura prematura de membranas. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramon Sardà*, 5.

MSP, M. d. (2015). *Atencion del trabajo de parto, parto y postparto inmediato* . QUITO: DEPARTAMENTO DE NORMATIZACION.

MSP, M. d. (2015). *Ruptura prematura de membranas pretermino*. QUITO: DEPARTAMENTO DE NORMATIZACION.

Ordóñez-Sánchez, F. A.-O. (2006). *Ruptura prematura de membranas*.

Ramos, M. G. (2018). Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretermino. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 5.

Sanchez, F. A. (2006). Ruptura prematura de membranas fetales: de la fisiopatología hacia los marcadores tempranos de la enfermedad. *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*, 2.

Solange, M. C. (2019). *Ruptura prematura de membranas*. Arequipa- Peru.

SOMEA, S. d. (2020). Ruptura prematura de membranas. *Revista Medica Sinergia* , 4.

Susacasa, S. (2019). *Rotura prematura de membranas*. Reino Unido de Gran Bretaña.