



UNIVERSIDAD JOSE CARLOS MARIATEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD REPRODUCTIVA

TRABAJO ACADÉMICO

**“MANEJO ACTIVO COMO FACTOR PROTECTOR DEL PARTO
EUTÓCICO EN GESTANTES A TÉRMINO CON RUPTURA
PREMATURA DE MEMBRANAS EN EL CENTRO MATERNO
INFANTIL VILLA MARÍA DEL TRIUNFO-LIMA-MINSA. AÑO
2017.”**

PRESENTADO POR:

ESPINOZA QUIQUIA ELIZABET DORA

ASESOR

Mg. PIERINA CACERES CAVALLO

PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN

SALUD REPRODUCTIVA

**CON MENCIÓN EN INVESTIGACIÓN, ALTO RIESGO OBSTÉTRICO Y
MONITOREO FETAL**

MOQUEGUA-PERÚ

2017

RESUMEN

OBJETIVO: Realizar el manejo activo como factor protector del parto eutócico en gestantes a término con ruptura prematura de membranas.

MATERIALES Y MÉTODO: Es un estudio Descriptivo y el material a utilizar es una Historia Clínica.

INTERVENCIÓN: Estudio realizado a una gestante a término que ingreso por emergencia sin labor de parto con ruptura prematura de membranas a la cual se le realizó manejo activo (inducir a la labor de parto) por el profesional según protocolos para la atención de emergencias obstétricas. Los datos fueron obtenidos de la historia clínica.

PRINCIPAL MEDIDA DEL RESULTADO: El manejo activo como factor protector del parto eutócico en gestantes a término con ruptura prematura de membranas.

RESULTADO: Se revisó la historia clínica de una paciente gestante a término que acudió por emergencia presentando rotura prematura de membranas y no presentaba labor de parto, se activó el protocolo de emergencia obstétrica para RPM, culminando en un parto eutócico con un recién nacido a término en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo-Lima; es un establecimiento de salud con categoría I-4 con Funciones Obstétricas Neonatales Básicas.

CONCLUSIONES: Realizar el manejo activo en la gestante a término, sin labor de parto y con rotura o ruptura prematura de membranas, según protocolos a través de la inducción del trabajo de parto como factor protector con el fin de disminuir las cesáreas por esta

complicación y disminuir la atención en emergencia obstétrica y descongestionando la áreas de sala de dilatación, centro obstétrico y sala de puerperio normal en los establecimientos de salud de mayor complejidad y capacidad resolutive.

TERMINACIÓN DEL PARTO: Se culminó en un parto eutócico y con un recién nacido a término y en buenas condiciones.

PALABRAS CLAVES: Ruptura Prematura de Membranas, gestante a término, manejo activo, parto eutócico.

INDICE

PÁGINA DE JURADO.....	I
DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
RESUMEN.....	IV

CAPÍTULO I

1.1	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	08
1.2	JUSTIFICACIÓN.....	10
1.3	MARCO TEÓRICO.....	11
	ANTECEDENTES	
	Internacionales.....	11
	Nacionales.....	19
	BASES TEÓRICAS	
	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	
	Definición.....	24
	Incidencia.....	25
	Etiología.....	25
	Fisiopatología.....	26
	Factores de riesgo.....	28
	Cuadro clínico.....	29
	Diagnostico.....	29
	Diagnóstico diferencial.....	29
	Clasificación.....	30

Complicaciones materno-fetales.....	30
Manejo según nivel de complejidad.....	32
Manejo activo.....	34

CAPÍTULO II

2.1 CASO CLÍNICO	35
Introducción.....	35
Objetivo.....	37
Material y método.....	38
Título del caso clínico.....	39
Historia Clínica.....	39
Discusión.....	54

CAPÍTULO III

3.1 Conclusiones.....	56
3.2 Recomendaciones.....	57
Referencias bibliográficas.....	58
Anexos.....	62

CAPÍTULO I

I.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El Perú cuenta con una población de 31'488,625 habitantes año 2016, Lima metropolitana cuenta con un promedio de 9'886,647 año 2015.(1) A inicio de los años 90 la mortalidad materna era mayor que en los países desarrollados, la conferencia de Nairobi en 1987 produjo una movilización mundial a favor de la maternidad saludable y segura donde se desprenden cuatro objetivos estratégicos de los cuales dos de ellos se involucran en nuestro tema a tratar: brindar atención pre natal de calidad, identificar factores de riesgo y fortalecer los servicios de atención obstétrica básica. Hay tres pilares importantes para disminuir la mortalidad materna y uno de ellos es el requerimiento materiales equipos e insumos necesarios para actuar en el momento de la emergencia obstétrica y esto mediante la programación de metas físicas elementos que conllevan a prevenir un embarazo no planificado o no deseado y las acciones abocadas a evitar o a manejar adecuadamente las complicaciones del embarazo (2).

La ruptura precoz de las membranas es una complicación propia del embarazo y que se presenta en un porcentaje del 16 al 21 % en gestaciones a término (3). La clínica nos refiere que hay perdida de líquido amniótico. La gestante no se encuentra en trabajo de parto por lo tanto no presentan contracciones uterinas; en nuestra población es una causa importante de morbi-mortalidad perinatal e incluso de morbi - mortalidad materna por las complicaciones a las que puede con llevar ya sea por el tiempo en que la gestante con pérdida de líquido a expuesto al feto llevándolo a un sufrimiento fetal

agudo o crónico con posterior complicación al nacimiento, otra complicación que se presenta es la corioamnionitis que provoca una infección materna-neonatal y que puede o no con llevar a la muerte dependerá de la pronta identificación, diagnóstico y su manejo por los profesionales de la salud desde el primer nivel de atención.

La población asignada para el año 2016 al establecimiento de salud Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo –Lima fue de 88,172 habitantes de los cuales se asigna 1,951 gestantes para su atención según las metas físicas e indicadores priorizados por el ministerio de salud. En la programación se encuentra las complicaciones del embarazo y la ruptura prematura de membranas es una de ellas. El manejo de esta complicación obstétrica se puede realizar en un establecimiento de salud I-4 (centro materno infantil) según los protocolos para la atención de las emergencias obstétricas; la cual refiere embarazo a término y no existiendo dudas acerca de la maduración fetal realizar el manejo indicado, si fracasa se realiza la referencia a un establecimiento de salud con Funciones Obstétricas Neonatales Esenciales.

I.2. JUSTIFICACIÓN

Siendo la rotura prematura de membranas una dificultad que se presenta en las gestantes a término sin trabajo de parto con un porcentaje de 16 a 21% motivo por el cual se considera importante realizar un manejo adecuado en la embarazada desde el control pre natal para la identificación como signo de alarma y pueda acudir prontamente al establecimiento de salud más cercano a su domicilio, ya que permanecer en una actitud expectante de parte de la gestante y su familia con llevaría a la complicación obstétrica y neonatal esto es una corioamnionitis y sus consecuencias posteriores en el neonato y la madre. En el caso del profesional de salud que mantenga una conducta expectante para que inicie el trabajo de parto podría con llevar a una posterior complicación en la gestante y el neonato. El presente trabajo pretende demostrar la ventaja, previa identificación y diagnóstico de la complicación obstétrica que presenta la embarazada; del manejo activo (inducción de la labor de parto) en una gestante a término con ruptura prematura de membranas en un Centro Materno Infantil siguiendo los protocolos para la atención de emergencias obstétricas. Con el manejo adecuado de la rotura prematura de membranas en gestantes a término sin labor de parto en los establecimientos de salud I-4 se logrará disminuir la cantidad de referencias al establecimiento de salud con FONE II-1- II2.

I.3. MARCO TEÓRICO

Antecedentes internacionales:

Rotura prematura de membranas a término: influencia del momento de la inducción en los resultados obstétricos y perinatales.

Santoyo T. Tesis doctoral. Alicante; 2015

Resumen

Justificación: la autora de la presente tesis anteriormente mencionada expone que el riesgo producido en gestaciones a término en este caso estudio a gestantes mayores de 37 semanas de gestación, es la corioamnionitis frente a una ruptura prematura de membranas por lo tanto cuanto más sea su tiempo de latencia es mayor su exposición a esta complicación lo cual se hará necesaria la inducción del trabajo de parto y que según su estudio con la población obstétrica de Alicante la inducción del mismo puede condicionar a complicaciones obstétricas que puede conllevar a una cesárea debido al fracaso por inducción, la no progresión del parto, mala posición fetal, mala rotación, etc.

Su objetivo es comparar resultados perinatales en función al tiempo de la ruptura hasta el inicio de la inducción.

La hipótesis es permitir un tiempo de latencia de hasta 32 horas la cual debe reducir la tasa de cesáreas sin aumentar complicaciones materno-neonatales.

Resultados: Al analizar los resultados relacionado a su objetivo, destaca el hecho que al permitir una mayor latencia se evidencia un mayor inicio espontaneo del trabajo de parto y una reducción innecesaria de la inducción.

Conclusiones: Según sus resultados concluye que permitir un tiempo de latencia más prolongado en la Ruptura Prematura de Membranas hasta el inicio de la inducción no reduce la tasa de cesáreas ni de partos instrumentales, pero puede originar un mayor inicio espontáneo del trabajo de parto y una menor duración de la dilatación, por otro lado, no supone incremento de riesgo infeccioso materno-neonatal en las gestantes de Alicante, y no halló aumento de ningún tipo de morbilidad analizado (4).

Pre inducción cervical y rotura prematura de membranas.

Martínez J. Tesis doctorado. Zaragoza; 2012.

Resumen

Justificación: En las últimas décadas la frecuencia de pre-inducciones e inducciones de parto se ha incrementado de manera notable. La mayoría de las indicaciones (incluida la RPM) comparten el beneficio de la finalización electiva de la gestación frente a la actitud expectante. El objetivo de finalizar electivamente una gestación es la obtención de mejores resultados maternos fetales a la par que una tasa razonable de riesgos (posible incremento del riesgo de cesárea, de ingreso neonatal, etc.). Se decidió así la realización de un estudio acerca de las características maternas y los resultados perinatales de las gestaciones pre inducidas por RPM en el HUMS y su comparación con los de gestaciones pre inducidas por otras indicaciones y con los de gestaciones no pre inducidas.

Objetivo: Analizar las características epidemiológicas y antecedentes de las pacientes pre inducidas por RPM, profundizando en los factores de riesgo médicos y obstétricos prenatales que presentan.

Hipótesis: Este estudio pretende establecer, a través de una muestra representativa, la incidencia de resultados maternos y perinatales adversos en la población gestante que precisa maduración cervical por RPM y en la población gestante que la precisa por otras indicaciones.

Diseño de la investigación: Esta tesis se fundamentó en la realización de un estudio analítico observacional de cohortes. La cohorte de riesgo fue integrada por aquellas gestantes pre inducidas por RPM en el HUMS de Zaragoza desde el 15/11/2005 hasta el 15/05/2008 (ambos inclusive). La cohorte control estuvo formada por aquellas gestantes pre inducidas por otras indicaciones en el mismo intervalo de tiempo. De forma aproximada, la elección de estos puntos de corte permitía obtener un total de 180 pacientes en la cohorte de riesgo y 680 en la cohorte control.

Metodología: El número de pre-inducciones cervicales que eran realizadas en la unidad de Patología Obstétrica del HUMS anualmente era conocido. Con ese dato y el cálculo del tamaño muestral, se realizó una estimación del periodo de estudio que permitiera obtener resultados con suficiente precisión y potencia estadística. La información de los riesgos en expuestos y no expuestos se obtuvo a partir de los resultados preliminares del análisis de las 200 primeras pacientes incluidas en el estudio. Los resultados con corrección de Yates obtenidos fueron de un tamaño muestra total necesaria de 739 pacientes, 159 expuestas y 580 no expuestas. A partir de esos datos estimó un tiempo de seguimiento de 2,5 años.

Las gestantes que fueron pre inducidas por ruptura prematura de membranas que finalizaron su parto en forma electiva fueron por las siguientes variables como anomalías de la frecuencia cardiaca fetal intraparto, pH arterial del cordón, complicaciones neonatales y maternas (5).

Determinación de los principales factores de riesgo maternos en relación con la ruptura prematura membrana en pacientes atendidas en el hospital provincial docente Ambato periodo enero 2011-enero 2012.

Gabriel L. Tesis. 2013.

Resumen:

El autor Gabriel flores menciona que la Ruptura prematura de membranas es un problema de salud pública en Ecuador especialmente en la ciudad de Ambato a continuación ya que relaciona la morbilidad-mortalidad materno-neonatal con diferentes factores de riesgo que a continuación se citaran.

Realizó un estudio descriptivo, transversal, documental y de campo, donde investigó los factores de riesgo asociados a Ruptura Prematura de Membranas en donde fueron estudiadas 195 pacientes, a partir de las Historias Clínicas.

En la estadística presentada del total de gestantes que entran al estudio el 5-8% tiene ruptura prematura de membranas y de este el 80% son gestantes a término. Los factores de riesgo encontrados en el estudio son infecciones vaginales, infecciones del tracto urinario, nivel socio económico antecedentes de ruptura prematura de membranas, metrorragia, cirugías ginecológicas, embarazos múltiples, con llevarían al parto antes

del término y las complicaciones que se presentaría son la corioamnionitis, las infecciones puerperales como la endometritis y hasta la sepsis.

En el Ecuador para el año 2012 la tasa de ruptura prematura de membranas según el estudio realizado es del 5-14% en todos los embarazos finalizando con un 20% de muerte perinatal. La incidencia fluctúa entre el 2,7-17% de los embarazos entre el periodo de latencia de la ruptura prematura de membranas y el inicio del trabajo de parto según la edad gestacional en los embarazos de término. Se encuentran las siguientes estadísticas de los factores de riesgo de acuerdo a su estudio de casos de un total de 3413 partos atendidos, 195 corresponden al 5,7% del total de gestantes atendidas, el 68,3% presentarán ruptura prematura de membranas en gestación a término y un 31,6% serán RPMP. Según la edad fluctúa entre los 20 -43 años la frecuencia fue de 104 con un 53,3%, el estado civil en convivientes presenta una frecuencia de del 81 % que equivale al 41,5%, el nivel educativo llegó a un 37,5% en gestantes de nivel primario esto genera que no acuda a su control pre natal por considerar como normal a las complicaciones que pueden presentar en su embarazo, el 68% de gestantes vive en el área rural esto dificulta el acceso a la atención de su salud, el 41,5% se da en gestantes con labores domésticas, según paridad se da en nulíparas con una frecuencia de 115 (59,0%), por infecciones vaginales se da en 52 (27%) y en infecciones del tracto urinario se presenta en 99 (49%) mujeres esto mas se ve en países en desarrollo; en gestantes que tiene entre 1-4 controles pre natales se vio un 41,10% (92) alta relación entre una atención pre natal no adecuada y el riesgo de ruptura prematura de membranas. Se concluye en mejorar todos los factores de riesgo mencionados con la participación de todos los profesionales de salud involucrados en

la atención de la gestante sobre las capacitaciones sobre la importancia de determinar en forma oportuna los factores de riesgo para ruptura prematura de membranas. (6).

Prevalencia y factores asociados a ruptura prematura de membranas en gestantes del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca Ecuador, noviembre 2011-noviembre 2012.

Cuenca E. Tesis. Cuenca; 2013.

El planteamiento del problema de la autora refiere que la ruptura prematura de membranas incrementa el riesgo de morbi-mortalidad materno perinatal, el 8% de las gestantes tiene ruptura de membranas antes del trabajo de parto y el 90 % entran en forma espontánea dentro de las 24 horas. Las que no comienzan en forma espontánea o presentan una inducción fallida aumenta la morbimortalidad, el 36% de las muertes se da por sepsis y neumonías. El estudio estimara la frecuencia y magnitud de la ruptura prematura de membranas e identificara los factores de riesgo asociados.

En gestantes con factores como antecedentes de infecciones del tracto urinario, bacteriuria, amenaza de parto pre término, antecedentes de ruptura prematura de membranas, control pre natal inadecuado, será más frecuente la ruptura prematura de membranas.

Se realizo el estudio a 657 gestantes de las cuales se presentó 103 gestantes con RPM que correspondería al 15.7% del total. Según edad de dio en gestantes de 15-24 años el 63.1%, la instrucción el 51.5% tienen instrucción primaria, el estado civil el 46.6% son convivientes, la vivienda el 64.1% se encuentra en el área urbana, según paridad

en nulíparas se encuentra el 37%, el 88.3% en gestantes a término, control pre natal inadecuado en el 26,2% infección del tracto urinario 27.2%, antecedentes de ruptura prematura de membranas en el 21.4%. las recomendaciones de la autora es dar la importancia a los exámenes de laboratorio en el primer control pre natal para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones del tracto urinario, en el control pre natal identificar factores de riesgo la búsqueda de antecedentes es relevante. El 15.7% de ruptura prematura de membranas debe incentivar a la investigación para la prevención de las complicaciones en cuanto se identifiquen los factores de riesgo. (7).

Prevalencia de estado fetal no satisfactorio y factores asociados en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca Ecuador 2012.

Agudo S. Tesis. Cuenca; 2012.

Según la autora sarita agudo el estado fetal no satisfactorio identifica la condición del feto esta denominación es habitualmente definido con asfixia fetal persistente y la no corrección a tiempo provocaría daño neurológico permanente o muerte.

La detección del estado fetal no satisfactorio debería ser precoz ya que en el trabajo de parto puede haber deterioro en forma progresiva. En el estudio que realiza la autora encuentra que dentro de los factores asociados la ruptura prematura de membranas es un evento de gran impacto por la morbilidad materno-perinatal; importante recalcar que la autora cita a los autores Vásquez y col. Quienes encuentran una prevalencia de estado fetal no satisfactorio en gestantes con rotura prematura de membranas del 6.3% encontrando un riesgo relativo de 1,75(IC 95% 1.34-2.28); p

<0.05 donde indica riesgo aumentado ante la presencia de ruptura prematura de membranas. En el estudio que realiza la autora con 740 gestantes se encontró 110 casos de gestantes con estado fetal no satisfactorio, la ruptura prematura de membranas como factor asociado es importante porque se encontró valores del 7.8% del total de gestantes en estudio el 28.18% presento ruptura prematura de membranas con RP 4.61(IC 95% 3.36-6.34) valor de p 0.000.

En conclusión, la ruptura prematura de membranas es un factor asociado el cual es identificable y potencialmente tratable.

Recomendaciones refiere encaminar esfuerzo a nivel hospitalario, familiar y en la comunidad para lograr disminuir su frecuencia y en la repercusión del estado fetal. (8).

Antecedentes nacionales. -

**Evaluación de la aplicación de la guía de práctica clínica de emergencia
obstétrica en el Centro de Salud Bellavista, Callao -2012.**

Florián A. Tesis maestría. Lima; 2015.

Resumen

El objetivo de la autora es evaluar las referencias realizadas del servicio de emergencia obstétrica de acuerdo con los protocolos o guías establecidas. Para esto reviso un total de 175 referencias de las cuales aplicó el estudio solo a 145 historias clínicas en donde se refirieron al 40% por descarte de pelvis estrecha, descarte de aborto incompleto 30% y ruptura prematura de membranas 67 casos seguido de preeclampsia leve 48 casos; de todo lo anteriormente mencionado el 2.9% fueron manejados según la guía de práctica clínica de las 175 referencias 123 finalizaron en parto por vía vaginal sin complicaciones.

Es injustificable que el establecimiento de salud refiera a establecimientos de mayor complejidad teniendo la capacidad resolutive para el manejo de algunas emergencias obstétricas no cumpliendo con los protocolos de atención de estas.

La autora considera que el 80% de las patologías atendidas por médicos generales necesitan un sistema de referencia y contrarreferencia que le permita canalizar la demanda de servicios de salud y hacer un uso eficiente del sistema de atención. Por tanto juega un papel importante los estándares de calidad en el cumplimiento de los procesos normativos para la atención de la gestante en los establecimientos de primer

nivel de atención de salud; en el caso concreto de la atención materno perinatal el indicador más útil es la cobertura del parto institucional y donde la estructura, procedimientos y resultados serán las variables para la evaluación de los estándares de calidad y de esta manera evitar las referencias injustificadas generando una inadecuada utilización de los servicios de salud en los establecimientos de mayor complejidad sobreesaturando las áreas de emergencia obstétrica. Es importante que el personal de salud no solo requiera de protocolos o guías para mejorar la toma de decisión con respecto a las referencias, sino que se debe socializar y aplicarla correctamente. Por otro lado, un mejor manejo sería también la auditoría mensual de las referencias obstétricas del servicio de emergencia con el fin de corregir fallas y mejorar las mismas (10).

Características clínico-epidemiológicas de la ruptura prematura de membranas en gestantes jóvenes del hospital salud III José Cayetano Heredia - Piura

Pasapera N, Purizaca M, Cardoza K, Matorel M. Rev. Cuerpo médico. HNAAA. Piura; 2013.

La ruptura prematura de membranas (RPM) es una de las complicaciones maternas más frecuentes, por lo cual se buscó describir las características clínico-epidemiológicas de la Ruptura Prematura de Membrana en las gestantes jóvenes atendidas en el Hospital Es salud III José Cayetano Heredia durante 2013.

La autora realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional en el Hospital Es salud III José Cayetano Heredia-Piura. La población elegida a través de las historias clínicas fueron las gestantes jóvenes, de 15 a 24 años, con diagnóstico de RPM cuyo

parto fue atendido en el Servicio de Gineco-obstetricia en el 2013. Se realizó un muestreo censal por conveniencia. Las variables fueron: características generales de la gestante, antecedentes Ginecológicos y obstétricos, características del embarazo actual, clasificación de la ruptura o rotura prematura de membranas, y las complicaciones materno-perinatales. La autora aplicó estadística descriptiva utilizando el software STATA 10.

La prevalencia de Ruptura Prematura de Membranas en la población de estudio fue del 14,45%; la mediana de la edad fue 21 años, la ocupación más frecuente fue ama de casa (61,7%); el 65,2% de la población de estudio fueron primigestas, el 24,3% tuvieron un periodo intergenésico corto, la mediana de la edad gestacional fue 37, semanas, la RPM a término fue la más frecuente (61,7%). La complicación materna más frecuente fue el oligohidramnios (29,6%), y la complicación perinatal más frecuente fue la prematuridad (40,3%).

Conclusión: La Ruptura prematura de Membranas es una complicación materna muy frecuente en la población de estudio, tiene características clínico-epidemiológicas particulares y sus complicaciones más frecuentes fueron: oligohidramnios y prematuridad (11).

Factores de riesgo asociados a la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2012.

Ybaceta J, Barranca M, Fernández L, Vásquez F. Revista médica panacea. Pisco; 2014

El objetivo del autor es determinar los factores de riesgo asociados a la ruptura prematura de membranas (RPM) en pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco durante el año 2012.

Realizó un estudio de casos y controles no pareado. La población de estudio fueron 1965 gestantes del hospital mencionado, de los cuales 96 fueron diagnosticadas como RPM, siendo la ruptura prematura de membranas un accidente obstétrico donde clínicamente se aprecia una solución de continuidad esto es la pérdida de líquido amniótico.

Dentro del estudio realizado por Jorge Ybaceta y cols. en el grupo de control de gestantes se encontró los siguientes factores de riesgo que se asocia con RPM en nulíparas el 33%, gran multíparas 2%, gestantes con hemoglobina de 9,9-7,1 gr/dl se encontró un 19%, en gestantes con índice de masa corporal >29 (13%) en embarazadas con infección del tracto urinario el 33% y la infección vaginal con el porcentaje más elevado que fue el de 41. De esto se desprende que existen factores de riesgo asociados al RPM que pueden ser modificables mediante un control prenatal estandarizado, la causa es multifactorial ya que comprende enfermedades concomitantes o complicaciones previas (12).

Complicaciones maternas de la cesárea en gestantes a término en periodo expulsivo en un Hospital General de Lima, Perú.

Puma J, Díaz J, Caparó C. Revista médica Heredia. Lima; 2015

El autor Javier Puma a través de un estudio describe las complicaciones maternas de la cesárea en gestantes a término en el periodo expulsivo. Al estudio en mención entraron un promedio de 67 casos con revisión de las historias clínicas.

Siendo en estados unidos la cesárea la primera elección por desproporción pélvica con el presente trabajo se demostrara otras complicaciones y uno de los factores encontrados es la ruptura prematura de membranas y que esta se puede complicar con una ruptura prolongada y se encuentra en un 3% y a esto se suma las siguientes complicaciones el tiempo prolongado del periodo expulsivo 77,6%, altura de presentación durante la cesárea fue 29,9% el 82,1% tuvo rechazo vesical, 94% histerectomía segmentaria alta, y en 10 casos se realizó el desencajamiento del feto por vía vaginal. En total el 88.1% presentaron complicaciones y algunas muy severas; a esto se suma la espera ideal de 30 minutos para la cesárea solo se cumple 11.9%. los factores limitantes son la falta de registro de hemoglobina previa a la operación, control del trabajo de parto en forma parcial, uso de técnicas diferentes para la cirugía y manejo antibiótico. Estas limitantes se pueden corregir según el autor con un estudio prospectivo. (13).

BASES TEÓRICAS

I. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

1. Definición. -

La ruptura prematura de membranas o rotura pretérmino de membranas es la rotura de las membranas ovulares en cualquier momento antes del comienzo del trabajo de parto con la evidencia de la pérdida del líquido amniótico (14).

Actualmente la ruptura prematura de las membranas se considera desde las 22 semanas de embarazo y antes del comienzo de la labor del parto (3).

Las Rupturas Prematuras de las Membranas que se dan en gestantes a término el parto se desencadenará, incluso en condiciones cervicales desfavorables, de forma espontánea en las siguientes 24-48 horas (60%-95). El límite de la viabilidad se ha reducido en los últimos años, actualmente nos referiremos a RPM pre viable cuando ésta se produce antes de la semana 24.0 de gestación.

La Ruptura Prematura de Membranas es una complicación obstétrica espontánea que se produce en el embarazo cuando el saco amniótico se rompe antes del inicio del trabajo de parto. (15)

Cuando la Ruptura Prematura de Membranas es más de 24 horas antes de la labor del parto se considera prolongada (3). Por lo tanto, la ruptura de membranas es prematura cuando se produce antes del primer periodo del parto o periodo de dilatación.

2. Incidencia

La frecuencia es de 16% a 21% en embarazo a término y 15% a 45% en el embarazo pretérmino (3).

3. Etiología

Las membranas ovulares tiene la propiedad de aislar al feto de la flora microbiana que se encuentra en la vagina, estas membranas constituidas por amnios y corion donde el amnios está compuesta de un epitelio simple, avascular, en cambio el corion de varias capas celulares se encuentra asociada a una trama colágena prominente con vasos sanguíneos la cual se adhiere estrechamente a la decidua gracias a las glicoproteínas como la fibronectina oncofetal gracias al colágeno las membranas pueden tener las características de estiramiento y resistencia, este colágeno se va a desagregar gracias a las enzimas intersticiales llamadas metaloproteinasas de la matriz(MPM) cuya acción es inhibida por las proteínas inhibidoras tisulares de las metaloproteinasas (ITMP).

La rotura de las membranas normalmente se debe dar al final de la fase activa de la labor del parto. (Pérez A.). pero estos cambios fisiológicos químicos e histológicos que se debe producir en su momento se puede anticipar por factores externos o internos para mencionar algunos tenemos:

Traumas cerca del inicio del trabajo de parto

Procedimientos invasivos.

Incompetencia cervical

Polihidramnios

Embarazo múltiple.

Infecciones de transmisión sexual (trichomonas, chlamydia, entre otros).

Alteraciones de las membranas por déficit de cobre, vitamina C, Zinc (3).

Antecedentes de RPM.

Antecedentes de amenaza de aborto

Infecciones tracto urinario (4).

Tabaquismo.

Síndrome de Ehlers-Danlos.

4. Fisiopatología

Es importante para definir una patología conocer la fisiología de este el líquido amniótico este se forma en la cavidad amniótica a partir de la 9na semana de gestación rodeando completamente al feto de 98-99% de agua y el 1-2% de solutos y está contenido por las membranas ovulares. El corion se forma del trofoblasto primitivo dos capas importantes el sinciotrofoblasto (hacia afuera) y citotrofoblasto (hacia adentro) junto al mesénquima embrionario. (según perez sanchez) este cuadruplica en grosor al amnios al contener vasos sanguíneos es importante para el transporte de nutrientes hacia el amnios (pacheco) el amnios; avascular cumple diferentes funciones

como son el transporte de solutos y líquido, síntesis de prostaglandinas rico en fosfolípidos y ácido araquidónico, parte importante en la determinación del parto, por su comunicación con el líquido amniótico por dentro y la decidua materna por fuera es mediador de señales hormonales entre la madre y el feto.

Según Bourne describe que las membranas están compuestas por ocho capas, de las cuales cinco hacen parte del amnios y tres del corion (16).

Los componentes de estas capas son células y matriz extracelular. La matriz extracelular compuesta por microfibrillas, elastina, laminina y Fibronectina, la fuerza tensil es gracias a las fibras de colágeno tipo I y III de la capa compacta y tipo IV de las membranas basales.

Este colágeno es degradado por una variedad de enzimas tipo metaloproteinasas tales como colagenasas y gelatinasas (17).

Mecanismo de la ruptura de membranas

Las membranas tienen una zona de marcado edema, adelgazamiento, disminución de la densidad del colágeno cerca al cérvix llamada “zona de morfología alterada” (ZMA). Cuando la presión intrauterina aparece y aumenta ejerce presión sobre esta zona produciéndose la ruptura de las membranas. La sobre distensión mecánica en RPM A término e infecciones pretérmino sugiere cambios en la ZMA, (17,18,19).

El síndrome de Ehlers-Danlos enfermedad hereditaria alteran la estructura y función del colágeno por tanto se asocia con RPM.

Alteración de la estructura del colágeno: esto se evidencia en mujeres fumadoras con la disminución de cobre y ácido ascórbico o con déficit nutricionales contribuyen a alteración de la estructura del colágeno.

Actividad colagenolítica aumentada:

Existe una respuesta inflamatoria materno-fetal por infección que aumenta la producción y liberación de citoquinas inflamatorias y factor de necrosis tumoral, las cuales inducen producción de prostaglandinas que llevan a maduración cervical y aumento de la contractilidad miometrial. La elevación de estos mensajeros biológicos (citoquinas y prostaglandinas) son considerados marcadores de RPM (21).

5. Factores de riesgo:

- Infección del corion/decidua.
- Colágeno disminuido en las membranas.
- Nivel económico bajo.
- tabaquismo.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Antecedente de parto pretérmino.
- Antecedente de incompetencia cervical.
- Antecedentes de RPM.
- Antecedente de aborto.
- Polihidramnios.
- Embarazo gemelar.
- Presentaciones podálico y transverso.

- Procedimiento de amniocentesis.
- Cerclaje del cuello uterino.
- Hemorragia vaginal durante el actual embarazo.
- Desnutrición y mala nutrición.
- Deficiente de Vitamina C y E, minerales
- Síndrome de Ehlers-Danlos (22).

6. Cuadro clínico:

Perdida de líquido transparente o verdoso (sufrimiento fetal), en forma súbita en poca o abundante cantidad por los genitales externos y con un olor a agua de cloro. A la especuloscopia se evidencia la salida de líquido por el cuello uterino al realizarse la maniobra de Valsalva (pujar).

Al tacto vaginal no se tacta las membranas ovulares. (3)

7. Diagnóstico:

Se realiza la anamnesis buscando factores de riesgo, el diagnóstico clínico con la evidencia de pérdida de líquido amniótico de inicio brusco o espontáneo por el cuello uterino esto es a través de la especuloscopia y la ayuda diagnóstica suman los descubrimientos encontrados en exámenes de laboratorio y ecografía obstétrica. (4).

8. Diagnóstico diferencial:

Leucorrea de inicio progresivo de aspecto amarillento, grisáceo y purulento la gestante presenta ardor, prurito y mal olor.

Perdida de tapón mucoso de inicio progresivo, moco con o sin sangre.

Incontinencia urinaria perdida de líquido que puede ser transparente o citrino de inicio brusco relacionado al esfuerzo y que puede cursar con infección urinaria (3).

9. Clasificación:

A.- RPPM (Ruptura Prematura Pretérmino de Membranas) cerca del término, que son aquellas pacientes con ruptura de membranas entre las 34 y 37 semanas.

B.- Ruptura Prematura Pretérmino de Membranas lejos del término, que son aquel grupo de embarazadas que presentan ruptura de membranas con edad gestacional entre las 24 y 34 semanas.

C.- RPPM pre-viable, cuando la ruptura ocurre antes de las 24 semanas o antes del límite de viabilidad.

D.- RPM Prolongado, Ruptura prematura de membranas de más de 24 horas (22).

10. Complicaciones:

Maternas:

La corioamnionitis es una complicación que puede conllevar a una septicemia, shock séptico y por consiguiente a la muerte esto puede presentarse por la falta de reconocimiento de uno de los signos de alarma que es la pérdida de líquido, la poca importancia de parte de la gestante y la familia por tomar decisiones acertadas como es acudir al establecimiento de salud más cercano en el momento de la emergencia. (18,24).

Los tactos a repetición pueden ocasionar una infección puerperal

Desprendimiento Prematuro de Placenta y este se puede dar de acuerdo con la severidad del oligohidramnios.

Fetales:

Síndrome de respuesta inflamatorio fetal: Es una entidad que se evidencia más en parto pretérmino y en nacimientos con ruptura prematura de membranas lejos del término.

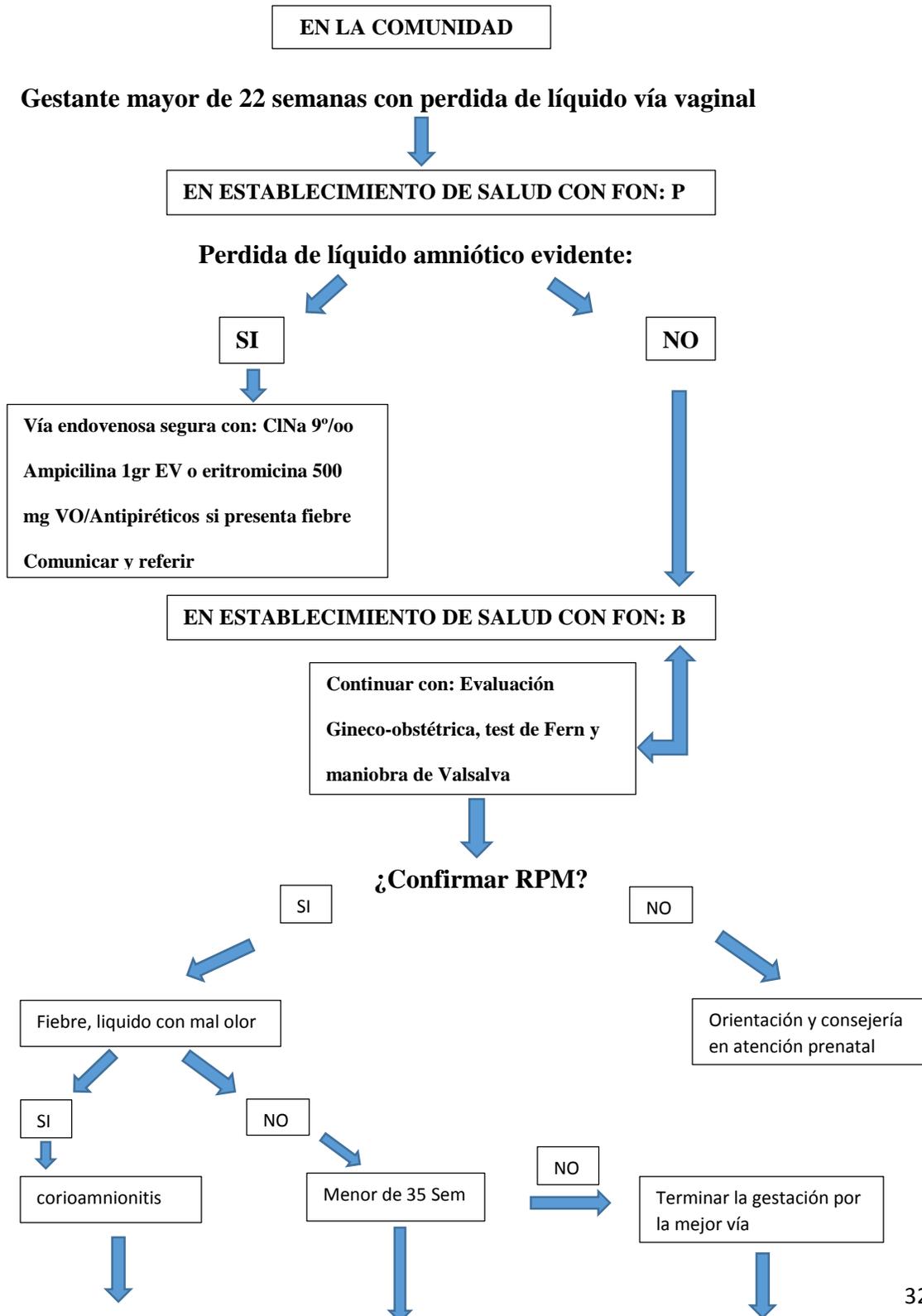
Compresión del cordón: esto se evidencia más en oligohidramnios y con el monitoreo electrónico fetal se ve con frecuencia las desaceleraciones variables en el feto.

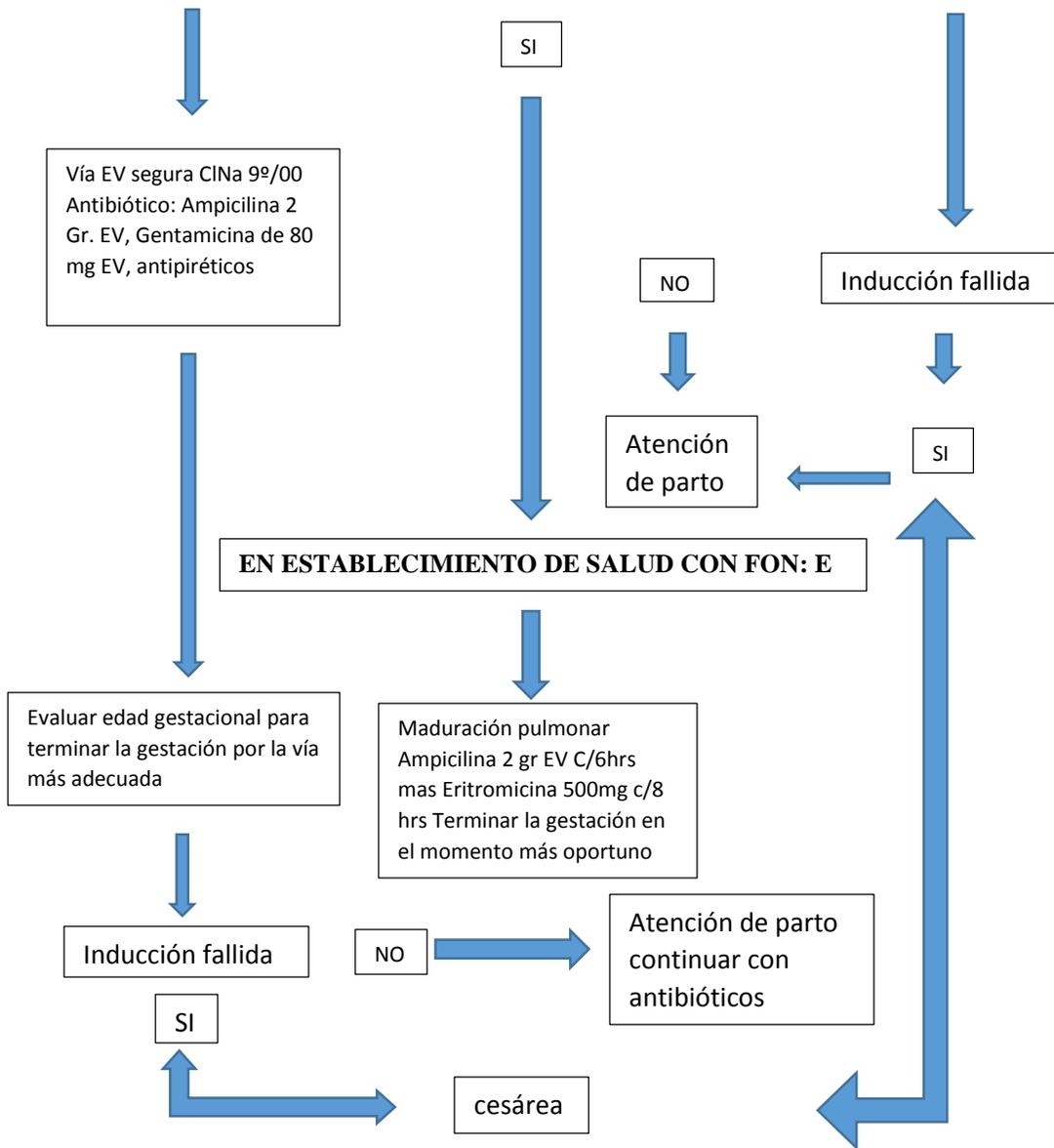
Prolapso del cordón umbilical: De inicio la evaluación vaginal descarta esta complicación y se actuara según el manejo conservador

Muerte neonatal

Se da en consecuencia de las complicaciones maternas y fetales (18).

11. Manejo de ruptura prematura de membranas desde la comunidad hasta establecimientos de salud según nivel de complejidad y capacidad resolutive





II. MANEJO ACTIVO

Manejo. - Acción y efecto de manejar, es el resultado de hacer algo (25).

Activo. - Que obra sin demora, diligente, eficaz.

Manejo activo. - Resultado de hacer algo sin demora. Estrategia que se realiza, en gestantes a término sin trabajo de parto y con ruptura prematura de membranas, en forma expedita y eficaz logrando reducir la tasa de cesáreas. Público objetivo son los profesionales de salud obstetras y médicos generales de los establecimientos de salud I-4 con Funciones Obstétricas Neonatales Básicas (26).

CAPITULO II

2.1 CASO CLÍNICO

Introducción

Uno de los objetivos de desarrollo del milenio es la reducción de la mortalidad materna y neonatal es una prioridad política sectorial motivo por el cual se desarrolla diferentes actividades para el logro de esta meta. Y una de estas actividades es elaborar documentos normativos que en conjunto con las Direcciones Regionales de Salud a nivel nacional plasman sus experiencias exitosas en sus establecimientos de salud con diferentes capacidades resolutivas desde los que cumplen con sus Funciones Obstétricas Neonatales primarias hasta los de las Funciones Obstétricas Esenciales o Institutos (Especializados en Salud) todos con el mismo objetivo lograr disminuir la mortalidad materna neonatal en la población vulnerable en nuestras regiones, brindar servicios de salud con calidad y calidez. No podemos dejar de lado la morbilidad que presentan nuestras mujeres gestantes durante el embarazo, parto y puerperio; especialmente aquellas enfermedades que las lleva a la muerte materna. La ruptura prematura de membranas (RPM) es una emergencia obstétrica que requiere la atención de todo el personal profesional y técnico de salud para brindar una atención oportuna, de calidad y adecuada a la gestante. La ruptura prematura de membranas ocurre en el

3% de los embarazos y es responsable del 25 al 30 % de los nacimientos pretérminos, si bien es cierto que en gestaciones a término algunos consideran fisiológica la pérdida de líquido Amniótico, pero una de las complicaciones más temidas de la RPM es la corioamnionitis; cuanto mayor es el tiempo de latencia mayor serán las complicaciones obstétricas y neonatales que se presentarán hasta la muerte.

Por lo tanto, es importante reducir la posibilidad de complicaciones durante el trabajo de parto y puerperio si la gestante y su entorno familiar reconocen sus signos de alarma y puedan actuar con prontitud frente a ella. Si el personal profesional asistencial tiene una actitud expectante ante la ruptura prematura de membranas en una gestante a término sin trabajo de parto o con pródromos de trabajo de parto y no realiza la activación del protocolo en el manejo de la RPM como emergencia obstétrica según normatividad vigente se presentarían los siguientes escenarios; que se presente una complicación obstétrica como corioamnionitis en un manejo expectante, o se maneje la RPM en gestantes a término como un Pre término refiriendo a la gestante a un Establecimientos de Salud con FON E. El cumplir con las normativas actuales que rigen nuestro accionar ante las emergencias obstétricas ayudará a disminuir las complicaciones que se pueden presentar en la gestante que acude a un establecimiento de salud.

De esta forma se contribuirá a reducir la morbimortalidad materna perinatal.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Evaluar el manejo activo en gestante a término sin trabajo de parto con ruptura prematura de membranas realizado en un establecimiento de salud con funciones obstétricas neonatales básicas.

Objetivos específicos:

Determinar los factores de riesgo en una gestante a término en trabajo de parto con ruptura prematura de membranas.

Realizar la referencia de toda inducción fallida de gestante a término con ruptura prematura de membranas según protocolo.

MATERIAL Y METODO

MATERIAL. - se realizó la revisión de una historia clínica de una gestante a término con RPM que no se encontraba en trabajo de parto.

METODO. - El método que se utilizó es el descriptivo.

Título del caso clínico:

Nombre del caso clínico: Manejo activo como factor protector del parto eutócico en gestantes a término con ruptura prematura de membranas en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo-Lima-MINSA. Año 2017

Historia clínica

Fecha de ingreso: 21 de abril del 2016

Hora: 05:30 horas

Anamnesis:

Datos de Filiación:

Nombre: ANRCH

Edad: 20 años

Sexo: femenino

Ocupación: Superior No Universitario

Estado Civil: Soltera

Antecedentes Familiares:

Patologías: Niega

Antecedentes Patológicos:

TBC (-) DIABETES (-) HTA (-) CIRUGIA (-) Embarazo Gemelar (-)

RAM (-) OP. QX.: NIEGA

Antecedentes Obstétricos:

FUR 17/ Julio/2015 FPP: 24/Abril/2016 EG.: 39 ½ semanas G2 P0010

CPN: SI #: (10) LUGAR: Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo.

Enfermedad actual: Paciente acude a emergencia refiriendo contracciones uterinas desde las 01:00 horas del día de hoy 21 de abril del 2016 y pérdida de líquido amniótico desde las 02:00 horas del día 21 de abril del 2016.

Examen clínico:

Funciones Vitales:

P.A.: 100/70mmHg Pulso: 78 por minuto FR: 20 por minuto Temperatura: 36.7°C

Examen Físico:

Ectoscopia: Gestante en aparente buen estado general, lucida, orientada en tiempo, espacio y persona.

Piel y mucosas: Ligera palidez

Cabeza: Normocéfala. Cuello: móvil, sin adenopatías

Tórax: Corazón: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos

Pulmones: murmullo vesical pasa bien, no estertores

Mamas: blandas, secretantes, pezones preparados para lactancia

Abdomen: Ocupado por Útero con una altura de 35 centímetros

Dinámica uterina: Contracciones: Frecuencia: 1/10 min. Intensidad: + Duración: 10 segundos

Feto: Situación: Longitudinal Posición: Izquierda Presentación: Cefálico

LCF: 144 por minuto Ponderado Fetal: +- 3,500gramos

Miembros Inferiores: Edema: (-) Reflejos: Presentes

Examen pélvico:

Al tacto: se encuentra Dilatación: (0) Borramiento: 70%, Presentación: Cefálico,

Altura de presentación: -3 centímetros Tipo de pelvis: Ginecoide

Meconio: (-) sangrado: (-)

Especuloscopia: membranas: rotas (se evidencia pérdida de Líquido amniótico claro).

Pruebas complementarias:

Ecografía obstétrica: Gestación única y activa de 8 semanas 5 días por LCR. 23/Setiembre/2015 (solo se encuentra en la historia clínica esta ecografía importante para corroborar la edad gestacional de la gestante).

Exámenes de laboratorio con fecha 04/Marzo/2016 se encuentra los siguientes exámenes:

Hemoglobina: 10.6 gramos por decilitro, Grupo: O Rh: +, Glucosa: 72 miligramos por decilitro, VDRL: No reactivo, HIV: No reactivo. Sedimento urinario: Leucocitos 6-8 por campo, Bacterias: ++, levaduras + (se le solicito realizarse un urocultivo para confirmar el resultado del sedimento urinario por la especialidad)

Urocultivo: (-) 18/Marzo/2016

Diagnóstico:

- 1.- Segundigesta nulípara de +- 39 ½ semanas,
- 2.- No trabajo de parto
- 3.- Feto vivo
- 4.- RPM de 3 horas 30 minutos

Diagnóstico diferencial:

- 1.- Descartar infección urinaria.
- 2.-Descartar flujo vaginal.

Diagnóstico final

- 1.- Gestante a término con Ruptura Prematura de Membranas de +-3 horas 30 minutos

Tratamiento y evolución:

21/ Abril/2016 A horas 05:30

Manejo:

Se hospitaliza a gestante según protocolo de emergencias obstétricas y por indicación médica queda en reposo absoluto.

Gestante ingresa con funciones vitales estables

P.A. 100/70mmHg, Pulso 78 por minuto, Temperatura 36.7°C, Frec. Resp. 20x'

Frecuencia Cardiaca Fetal: 144 por minuto, Movimientos Fetales ++

Dinámica Uterina Duración: 10 segundos, Intensidad: +, Frecuencia: 1contracción en 10 minutos;

Al tacto: Dilatación: 0, Incorporación: 70%, Presentación: Cefálico,

Altura de presentación: -3cm Membranas ovulares: Rotas.

Al especuloscopia:

Se evidencia pérdida de líquido amniótico claro.

06:00 horas: Se realiza el monitoreo fetal FCF: 142X'.

06:30 horas: Se realiza el monitoreo fetal FCF: 148x´ según protocolo no tacto vaginal.

07:00 horas:

Por indicación médica se coloca CINA al 9º/00 x 1000cc + 10 UI de oxitocina a 8 gotas por minuto constante (MANEJO ACTIVO con INDUCCIÓN de OXITOCINA según protocolo).

07:30 horas: Se continua el monitoreo fetal FCF 138x minuto, Movimientos Fetales: ++ y la evaluación de la Dinámica Uterina: Duración: 20 segundos, Intensidad: ++, Frecuencia: 2 contracciones en 10 minutos según protocolo no tacto vaginal. Se entrega el turno al otro equipo de guardia que ingresa.

08:00 horas:

por indicación médica inicia ampicilina 1gr VEV por RPM de 6 horas aproximadamente

Se realiza evaluación de las funciones vitales que se encuentran estables

P.A. 100/60, Pulso 80 por minuto, Temperatura: 36.8°C, FR 20 por minuto

Control de FCF 142X', Movimientos Fetales ++, con Dinámica Uterina D: 20", I: ++, F: 2/10

Al tacto: Dilatación: 3 centímetros, incorporación: 80%,

Altura de Presentación: -3cm, Membranas: Rotas

11:00 horas:

Se continúa monitoreo fetal:

FCF: 136x' Movimientos Fetales ++

Dinámica Uterina: Duración: 30", Intensidad: ++, Frecuencia: 3/10

Tacto: Dilatación: 5 centímetros, Incorporación: 95%, Altura de Presentación: -2, Membranas: Rotas

Se continua con Cloruro de sodio al 9°/00 x 1000cc + 10 UI oxitocina a 16 gotas por minuto.

No se realiza tacto vaginal según protocolo.

12:00 horas:

Se continúa monitoreo fetal:

FCF 148 x' Movimientos Fetales ++

Dinámica Uterina:

Dilatación: 35-40", Intensidad: ++/+++, Frecuencia: 4-5contracciones en 10minutos.

Gestante refiere ganas de pujar por tal motivo se le realiza un tacto vaginal se encuentra:

Dilatación: 10cm, incorporación: 100%, Altura de Presentación: -1,

Membranas: Rotas, pasa a sala de partos.

Atención de parto

Parto: Eutócico Fecha: 21 de abril del 2016 horas: 12:07m.

Parto sencillo(x) Espontáneo(x)

Episiotomía: Media Lateral Derecha

Parto atendido por: Obstetra

Recién nacido atendido por: Médico General

Segundo periodo: Normal

Control de funciones vitales: Presión arterial 100/60 mmHg, Pulso: 88 por minuto.

Se realiza atención inmediata del recién nacido:

Clampaje tardío de cordón umbilical, contacto precoz piel a piel, lactancia materna exclusiva.

Recién nacido:

Sexo: femenino, peso: 3300gramos, talla: 50 centímetros, Apgar: 9 al minuto. Atendido por el médico de guardia.

Vitamina k: si; profilaxis ocular: si;

Queda en buenas condiciones en alojamiento conjunto.

Se administró 1 ampolla de oxitocina 10UI Vía Intra Muscular STAT para manejo activo del alumbramiento.

Atención de alumbramiento: Hora 12:40

Perdida sanguínea: +- 250 CC. Duración: 33 minutos

Anexos: Placenta: Diámetros: 25x29 centímetros, Peso: +-700 gramos, Completo.

Membranas: Completas.

Cordón Umbilical: Longitud: +-70 centímetros, Excéntrico; Líquido Amniótico: +- 500 centímetros cúbicos, claro.

Tercer periodo: Normal

Diagnóstico del parto:

- Parto Eutócico.
- RPM de +- 10 horas.

- Recién nacido a término en BEG.

Indicaciones:

Continuar con Vía permeable ClNa 9°/00+oxitocina 20 UI con 20 gotas por minuto.

Control de sangrado vaginal + masaje uterino.

Control de funciones vitales. Observación signos de alarma.

Antibiótico terapia: Ampicilina 1 gramo EV cada 6 horas por 3 días + gentamicina 160 miligramos VIM c/24H

Hora	presión arterial	pulso	respiraciones	temperatura	útero	sangrado	periné
12:30	100/60 mmHg	84 x min	20 x min	37.0°C	CONTRAIDO	Normal/Hemát.	Buen estado
12:45	100/60 mmHg	82x min.	20 x min	37.0°C	CONTRAIDO	Normal/Hemát.	Buen estado
13:00	100/60 mmHg	84 x min	20 x min	37.0°C	CONTRAIDO	Normal/Hemát.	Buen estado
13:15	100/60 mmHg	84 x min	20 x min	37.0°C	CONTRAIDO	Normal/Hemát.	Buen estado
13:30	100/60 mmHg	84 x min	20 x min	37.0°C	CONTRAIDO	Normal/Hemát.	Buen estado
13:45	100/60 mmHg	84 x min	20 x min	37.0°C	CONTRAIDO	Normal/Hemát.	Buen estado
14:00	100/60 mmHg	84 x min	20 x min	37.0°C	CONTRAIDO	Normal/Hemát.	Buen estado
14:15	100/60 mmHg	84 x min	20 x min	37.0°C	CONTRAIDO	Normal/Hemát.	Buen estado
14:30	100/60 mmHg	84 x min	20 x min	37.0°C	CONTRAIDO	Normal/Hemát.	Buen estado

21 de abril 2016 Puerperio inmediato

Control de funciones vitales cada 15 minutos en el reporte de evolución de puerperio inmediato no se evidencia variabilidad significativa para patología.

Evolución de puerperio:

Fecha: 21 de abril del 2016 a horas 14:10

Puérpera de más o menos 2 horas de evolución post parto eutócico en aparente buen estado general, lucida, orientada, en tiempo espacio y persona con vía permeable de CI Na al 9 % más 20 UI de oxitocina a 20 gotas por minuto queda junto a recién nacido en buenas condiciones en alojamiento conjunto.

Funciones vitales: Presión Arterial: 100/60 mmHg, temperatura de 37°C Frecuencia Respiratoria 20 por minuto, Frecuencia Cardiaca: 86 x minuto.

Funciones biológicas: micción: no deposición: no

Al examen:

Piel y mucosas: discreta palidez.

Mamas: blandas, secretantes.

Abdomen: Blando, depresible, no doloroso con una altura uterina de 17 cm. Útero: contraído.

Genitales externos: normales se evidencia loquios hemáticos normales.

Periné: Episiorrafia bien afrontada.

Miembros inferiores: No edemas.

Impresión diagnóstica:

Puérpera de más o menos 2 horas.

Parto eutócico.

Ruptura prematura de membranas de más o menos 10 horas.

Indicaciones:

Dieta completa más líquidos a voluntad.

Control de sangrado vaginal más masaje uterino.

Control de Funciones vitales.

Observación de signos de alarma.

Reposo

Antibioticoterapia

Puerperio mediato

Fecha: 21 de abril del 2016 a horas 20:30

Puérpera de más o menos 8 horas de evolución asintomática en aparente buen estado general, lucida, orientada, en tiempo espacio y persona.

Funciones vitales: Presión Arterial: 110/60 mmHg, temperatura de 37.6°C Frecuencia Respiratoria 20 por minuto, Frecuencia Cardíaca: 80 x minuto.

Funciones biológicas: micción: si deposición: no

Al examen:

Piel y mucosas: ligera palidez.

Mamas: blandas, secretantes.

Abdomen: Blando, depresible, no doloroso con una altura uterina de 15 cm. Útero: contraído.

Genitales externos: normales se evidencia loquios hemáticos escasos.

Periné: Episiorrafia afrontada.

Miembros inferiores: No edemas

Impresión diagnóstica:

Puérpera de más o menos 8 horas.

Post parto eutócico

Ruptura prematura de membranas de más o menos 10 horas.

Indicaciones:

Dieta completa más líquidos a voluntad.

Control de sangrado vaginal más masaje uterino.

Control de Funciones vitales.

Queda en observación de signos de alarma.

Fecha: 22 de abril del 2016 a horas 08:30

Evolución obstétrica:

Puérpera de más o menos 20 horas en aparente buen estado general, lucida, orientada, en tiempo espacio y persona y no refiere molestias.

Funciones vitales: Presión Arterial: 110/60 mmHg, temperatura de 37.0°C Frecuencia Respiratoria 20 por minuto Frecuencia Cardíaca: 80 x minuto. Funciones biológicas: micción: si deposición: no

Al examen:

Piel y mucosas: ligera palidez.

Mamas: blandas, secretantes.

Abdomen: Blando, depresible, con una altura uterina de 12 cm. Útero: contraído.

Genitales externos: se evidencia loquios hemáticos y normales.

Periné: Episiorrafia afrontada.

Miembros inferiores: No edemas

Indicaciones:

Dieta completa más líquidos a voluntad.

Control de sangrado vaginal más masaje uterino.

Control de Funciones vitales.

Queda en observación de signos de alarma.

Epicrisis:

Nombre y Apellidos: ANR Edad: 20 años

Fecha de ingreso: 21 de abril del 2016 hora: 05:30

Fecha de egreso: 22 de abril del 2016 hora 10:00

Diagnóstico de ingreso:

- Segundigesta nulípara de 39 semans¹/₂ por FUR
- Pródromos de trabajo de parto.
- Ruptura prematura de membranas de +- 3 horas 30 minutos

Parto eutócico: fecha: 21 de abril del 2016 hora: 12:07

R.N.: vivo Sexo: Femenino Peso: 3300gr Apgar: 9 al minuto

Puerperio de evolución: favorable.

Puérpera de 24 horas de parto eutócico en AREG, AREN, AREH Y LOTEP

Al examen:

Control de funciones vitales: presión arterial: 120/60 mmHg, frecuencia Cardiaca: 80 por minuto,

Frecuencia respiratoria: 18 por minuto temperatura: 37°C.

Piel y mucosas: Tibia, elásticas, hidratadas, palidez leve.

Mamas: Blandas, secretoras.

Abdomen: blando, depresible, RHA (+)

Útero contraído con una altura de 12 centímetros.

Genitales externos: Loquios hemáticos en escasa cantidad.

Episiorrafia: afrontada.

Exámenes auxiliares: Hematocrito: 27%

Indicaciones:

Lactancia materna exclusiva por 6 meses

No relaciones sexuales por 42 días

Dieta completa hiperproteica

Continuar con micronutriente sulfato ferroso una vez al día.

Cita en 7 días por consultorio de obstetricia/planificación familiar.

Cita para CRED e Inmunizaciones

Observación de signos de alarma de la puérpera y su recién nacido.

Paciente sale de alta por indicación médica.

Discusión. -

El presente caso clínico se trata del manejo activo que realizaron en la emergencia obstétrica a una gestante a término de 39 semanas y con ruptura prematura de membranas.

La Ruptura Prematura de Membranas es una complicación del embarazo que se presentan en gestantes a término con una frecuencia del 16 al 21% (3).

Algunos autores como Santoyo T. estudios que realizo en España indica que el tiempo de latencia entre la hora de inicio de la RPM hasta el inicio de la inducción no redujo las cesáreas ni partos instrumentados, pero si se evidencia el inicio espontaneo del parto y una menor duración en la dilatación (4). Florian A. refiere de un total de 175 referencias 145 aplicaron al estudio, el diagnóstico más frecuente del total de referencias fue la ruptura prematura de membranas 67 casos y 48 preeclampsia leve. Al final del estudio se observó que sólo 4 atenciones médicas fueron manejadas según la guía y 123 terminaron en parto vaginal sin complicaciones (9).

La compresión del cordón umbilical y el prolapso del cordón es mayor a menor cantidad de líquido amniótico. El monitoreo fetal identificará la patología en la frecuencia cardiaca fetal y ayudará en la toma de decisiones para el manejo ante una eventualidad. Con respecto al prolapso de cordón la evaluación vaginal inicial descartará esta complicación, pero si se mantiene el manejo conservador hay la posibilidad que se presente el prolapso de cordón umbilical complicando la salud del feto.

La corioamnionitis es una infección materna que ocurre aproximadamente en un 1 a 2% en la mayoría de las gestantes (3).

La consecuencia de una infección neonatal, RCIU y prolapso de cordón es la muerte fetal.

Este caso nos muestra el manejo activo que realiza el equipo de guardia al brindar la atención a una gestante en la emergencia obstétrica según protocolos y no tomar una conducta expectante o la referencia a otro establecimiento de salud de mayor complejidad sin haber aplicado la guía técnica de prácticas clínicas para la atención de la emergencia obstétrica, el profesional de salud con competencias la obstetra realiza la evaluación de la paciente a través del llenado de la historia clínica, el examen físico general y ginecológico y tomando en cuenta los exámenes de laboratorio y ecografías para el diagnóstico y el manejo respectivo en conformidad con el médico de guardia esto es en el I nivel de atención. Ante la complicación obstétrica en este caso gestante a término con RPM y feto único vivo, aplicaron los protocolos establecidos y lograr evitar la morbimortalidad materna y neonatal.

CAPITULO III

3.1.- CONCLUSIÓN. -

Se evidencio la primera demora de parte de la paciente al no reconocer el signo de alarma esto es la perdida de líquido por lo tanto hay demora en la toma de decisión al acudir prontamente al establecimiento de salud más cercano.

En la emergencia obstétrica al confirmar la perdida de líquido amniótico se activó el protocolo de atención para ruptura prematura de membranas. El manejo activo como factor protector que se realizó al inducir al trabajo de parto a una gestante a término con las características antes mencionadas; finalizó con la atención de un parto eutócico con un recién nacido a término en buenas condiciones en un establecimiento de salud I-4 que cumple funciones obstétricas neonatales básicas.

3.2.- RECOMENDACIONES. -

Capacitaciones continuas para los profesionales de salud que realizan la atención de emergencias obstétricas en la atención primaria de salud en establecimientos que cumplen Funciones Obstétricas Neonatales Básicas.

Socializar la guía de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive.

Cumplir con los flujogramas de referencia según protocolos y normas establecidas por el ministerio de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perú síntesis estadística 2016. Lima: INEI; 2016.
2. Documento técnico denominado: definiciones operacionales y criterios de programación y de medición de avances de los programas presupuestales. Programa salud materno neonatal: anexo 2. Lima: ministerio de salud; 2017
3. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive: Guía técnica. Primera edición. Lima: Ministerio de Salud; 2007.
4. Santoyo T. Rotura prematura de membranas a término: Influencia del momento de la inducción en los resultados obstétricos y perinatales. Tesis doctoral. Alicante; 2015
5. Martínez J. Pre-inducción cervical y rotura prematura de membranas. Tesis. Zaragoza; 2012.
6. Gabriel L, Flores G. Determinación de los principales factores de riesgo maternos en relación a la ruptura prematura membrana en pacientes atendidas en el Hospital Provincial Docente Ambato periodo enero 2011-enero 2012. Tesis. Ambato; 2013.
7. Cuenca E. Prevalencia y factores asociados a ruptura prematura de membranas en gestantes del hospital Vicente Corral Moscoso, cuenca ecuador, noviembre 2011-noviembre 2012. Tesis. Cuenca; 2013.
8. Agudo S. Prevalencia de estado fetal no satisfactorio y factores asociados en el hospital Vicente Corral Moscoso, cuenca ecuador 2012. Tesis. Cuenca; 2012.

9. Florián A. Evaluación de la aplicación de la guía de práctica clínica de emergencia obstétrica en el centro de salud Bellavista, Callao -2012. Tesis. Lima; 2015.
10. Laguna J. Prevalencia de los Factores de Riesgo Asociados a la Ruptura Prematura de Membranas en Gestantes del Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé en el Periodo Enero-Diciembre 2014. Tesis. Lima; 2015.
11. Pasapera N, Purizaca M, Cardoza K, Matorel Características Clínico-Epidemiológicas de la Ruptura Prematura de Membranas en Gestantes Jóvenes del hospital es salud III José Cayetano Heredia-Piura. Rev. Cuerpo médico. HNAAA. Piura; 2013
12. Ybaceta J, Barranca M, Fernández L, Vásquez F. Factores de riesgo asociados a la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el hospital san juan de Dios de pisco, 2012. Revista médica panacea. Pisco; 2014.
13. Puma J, Díaz J, Caparó C. Complicaciones Maternas de la Cesárea en Gestantes A término en Periodo Expulsivo en un Hospital General de Lima, Perú. Revista médica Heredia. Lima; 2015
14. Pritchard J, McDonald P, Gant N, Williams Obstetricia. 21da edición. Barcelona: Editorial Salvat; 1986.
15. Documento técnico: Definiciones Operacionales y criterios de programación y de medición de avances de los programas presupuestales. Resolución Ministerial N° 555-2013/MINSA. Lima: Ministerio de Salud; 2013.

16. Bourne GL. The microscopic anatomy of the human amnion and chorion. *Am J Obstet Gynecol* 1960; 79: 1070-1073.
17. Parry S, Strauss JF. Mechanism of disease: Premature rupture of the fetal membranes. *N Engl J Med* 1998; 338: 663-670.
18. Santolaya-Forgas J, Romero R, Espinoza J, Erez O, Friel LA, Kusanovic JP, et al. Prelabor Rupture of the Membranes, in *Clinical Obstetrics: The Fetus & Mother*. 3a edición. Blackwell Publishing; 2007: 1130-1188.
19. Fortunato SJ, Menon R. Distinct molecular events suggest different pathways for preterm labor and premature rupture of membranes. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184: 1399-1406.
20. De Franco E, Atkins K, Heyl PS. Preterm Labor, Premature Rupture of Membranes, and Cervical Insufficiency. En: Evans, AT. *Manual of Obstetrics*. 7a ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2007: 141-145.
21. Asrat T. Intra-amniotic Infection in patients with preterm prelabor rupture of membranes: Pathophysiology, Detection, and Management. *Clin in Perinat* 2001; 28(4): 735-751
22. Guía de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas. Hospital Maria Auxiliadora. Lima: Ministerio de Salud; 2012.
23. Kenyon S, Pike K, Jones R, Brocklehurst P, Marlow N, Salt A, Taylor J. Childhood outcomes after prescription of antibiotics to pregnant women with preterm rupture of the membranes: 7-year follow-up of the Oracle I trial. *Lancet* 2008; 372: 1310-1318.

24. Canavan T et al. An Evidence- Based Approach to the Evaluation and Treatment of Premature Rupture of Membranes: Part II. Obstetrical and Gynecological Survey 2004; 59(9): 678-689.
25. Diccionario de la lengua española. 23ª ed. España. 2014.
26. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. OMS. Suiza. 2015.