



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD REPRODUCTIVA

TRABAJO ACADÉMICO

**“RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS DE GESTANTE
ATENDIDA EN SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL C.S. SAN
FRANCISCO NIVEL I-4 TACNA”**

PRESENTADO POR

NERY SOLEDAD ALVARADO AMONES

ASESOR

MGR. JAQUELINE MIRIAM PORTUGAL PUMA

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD
REPRODUCTIVA CON MENCIÓN EN INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA,
ALTO RIESGO OBSTÉTRICO Y MONITOREO FETAL**

MOQUEGUA-PERÚ

2023

ÍNDICE DE CONTENIDO

PÁGINA DE JURADO	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
ÍNDICE	iv
RESUMEN	viii
SUMMARY	x
CAPÍTULO I	01
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	01
1.2 JUSTIFICACIÓN	02
1.3 MARCO TEÓRICO	05
1.3.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	05
1.3.2 CONCEPTOS BÁSICOS DE LA ENFERMEDAD	11
• Generalidades	11
• Etiología	15
• Diagnóstico y manifestaciones clínicas	18
• Tratamiento, Evolución y Pronóstico.	20
CAPÍTULO II	25
CASO CLÍNICO	
2.1. OBJETIVOS	25
2.2. SUCESOS RELEVANTE DEL CASO CLÍNICO	25
2.3. DISCUSIÓN	56
2.4. CONCLUSIONES	60

2.5. RECOMENDACIONES	61
BIBLIOGRAFÍA	63
ANEXOS	68

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tipo de Ruptura Prematura de Membranas de acuerdo a la Edad	
Gestacional	8

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Caracterización de Membranas Fetales.	7
Figura 2. Flujograma de Manejo de RPM en FONP; FONB y FONE.	13

RESUMEN

La ruptura prematura de las membranas (RPM) constituye una patología común y frecuente en la emergencia obstétrica. Es así que en el Perú la incidencia oscila entre 16 al 21 % en la gestación a término y de 15% a 45 % en la gestación pre término. Siendo que nuestro C.S. San Francisco tiene una capacidad de resolución limitada correspondiente a nivel I-4, se hace muy difícil a veces decidir que conducta seguir y ante la existencia de factores de riesgo en su mayoría son referidos al Hospital referencial.

En el análisis de nuestro caso clínico encontramos que:

La RPM es una complicación muy frecuente en el servicio de obstetricia y la prevalencia en nuestro establecimiento fue de 1.8 % de las emergencias atendidas y es muy importante prevenirla porque puede acrecentar la incidencia de las morbilidades y mortalidad materna.

La paciente en nuestro caso fue una gestante primigesta nulípara joven que presento ruptura prematura de membranas a las 39 semanas de gestación, con 12 controles prenatales, de procedencia de Puno, con grado instrucción secundaria. Los factores de riesgo encontrados en nuestro estudio son: anemia, infección urinaria, infección vaginal, primiparidad, obesidad (alta ganancia de peso gestacional), feto macrosómico. coincidiendo con los encontrados en investigaciones y literatura.

En el caso de estudio, estuvieron presentes factores que son de riesgo para la patología de ruptura prematura de membranas, lo cual releva la importancia de toma de decisiones oportunas de referencia y manejo óptimo y pertinente, que evitó complicaciones para la madre y neonato.

Se identificaron los factores de riesgo que presenta la paciente y la importancia de la referencia oportuna y manejo adecuado para evitar complicaciones materno-perinatales.

Palabras Claves: Ruptura prematura de membranas, factor, riesgo, morbilidad, primigesta.

ABSTRAC

Premature rupture of the membranes is one of the most common and frequent pathologies in the obstetric emergency. Thus, Peru has an incidence ranging from 16 to 21% in cases of term pregnancy and 15% to 45% in term pregnancy. Being that our C.S. San Francisco has a limited resolution capacity corresponding to level I-4, it is sometimes very difficult to decide what behavior to follow and in the presence of risk factors mostly referred to the reference hospital.

In the analysis of our clinical case we find that:

Premature rupture of membranes is a very frequent complication in the obstetric service and the percentage of cases in our establishment of 1.8% of emergencies attended and it is very important to prevent it because it can increase the incidence of maternal and fetal morbidity and mortality.

The patient in our case was a young nulliparous pregnant woman who presented premature rupture of membranes at 39 weeks gestation, with 12 prenatal controls, from Puno, with secondary education. The risk factors found in our study are: anemia, urinary infection, vaginal infection, primiparity, obesity (high gestational weight gain), macrosomic fetus. coinciding with those found in research and literature.

In the present work, the risk factors presented by the patient were identified, timely reference was made, and adequate management was essential since complications were avoided for both the mother and the newborn.

Keywords: Premature rupture of membranes, factors of risk, primigesta

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION

La ruptura prematura de membranas para López (1),MINSA(2) y Muñoz (3), ocurre hasta una hora previa al inicio de la labor de parto, con una ruptura de las membranas ovulares espontánea posterior a la semana 22 de la gestación.

A pesar de que la RPM tiene data antigua, hoy continúa la discusión sobre los factores de riesgo que la predisponen, pero se reconoce que su origen es multicausal por lo que se la asocia al aumento de presión intrauterina, el componente infeccioso, el déficit nutricional y polihidramnios.

También Rivera (6) refiere que la influencia del metabolismo del colágeno, es un constituyente fundamental de la estructura de las membranas corioamnióticas, además de ser un predictor de RPM, por causa de la alteración en la síntesis o degradación del mismo.

Según Araujo (5) En España en 2006, la incidencia fue del 8 % de RPM en Cuba fue 17 % en el año 2003 y en un hospital público de Lima en 2010 la incidencia fue 4 %. En Tacna, la prevalencia informada es de 1,7 % de los partos (59 casos).

(8)

1.2 JUSTIFICACIÓN

Las prevalencias de RPM, varían en los diferentes contextos, ya que en Chile se reporta una prevalencia del 10% del total de gestaciones a término, siendo más elevado, en las gestaciones pretérmino con un 20 %, en consecuencia, se incrementó la muerte perinatal en un 10% (9).

El Hospital de Ate Vitarte de Lima, la incidencia de RPM fue de 5.03 % (15)

y Araujo, encontró en el Hospital de Tacna, una incidencia de RPM de 1.42 %

Mientras que en nuestro establecimiento de nivel I-4 que realiza funciones obstétricas neonatales básicas (FONB) ,en el año 2019, se han presentado 20 casos de RPM, siendo el 1.8 % de las emergencias atendidas, una incidencia alta comparada con la incidencia RPM encontrada por Araujo ,siendo que nuestra capacidad resolutive es limitada y se hace muchas veces difícil el diagnóstico de RPM cuando la paciente lo refiere y la clínica no es suficiente ,resolviendo aplicar una conducta conservadora o bien una inducción del trabajo del parto, técnica que no es competencia de un establecimiento FONB, por lo que ante una sospecha de RPM la indicación es referencia al establecimiento de mayor capacidad resolutive que cumple funciones obstétricas neonatales esenciales (FONE).

El manejo de la RPM está condicionado a la edad gestacional que cursa la gestante y la probabilidad de riesgos del parto, lo que supone en todo momento un manejo expectante.

Este estudio tiene por objeto ayudar en la elección de las intervenciones oportunas por parte del equipo de salud, para identificar y valorar los factores de riesgo asociados a esta patología mortal cuando se trata de parto prematuro y en consecuencia las complicaciones que pueden contribuir a la morbimortalidad

materna perinatal lo que se podría evitar si mejoramos la detección precoz, así como las referencias oportunas a nivel de salud superior según protocolo y FON.

1.3 MARCO TEÓRICO

1.3.1. Antecedentes

En Etiopía, se indagó sobre los factores de riesgo de RPM en establecimientos de salud público de Mekelle, Tigray (Asefa,2018). Se trató de un estudio analítico retrospectivo que comprende a embarazadas de Mekelle atendidas en hospitales públicos y que presentaron factores de riesgo para RPM. La edad gestacional promedio en esta muestra fue de 37,25 semanas y la edad materna promedio fue de 20,6 años. Los factores de riesgo se evaluaron en las siguientes categorías: factores socioeconómicos y demográficos, actividad física , antecedentes ginecológicos, obstétricos , genéticos e índice de riesgo durante el embarazo. Se encontró que el riesgo de RPM fue de tres veces mayor en mujeres que habían tenido un aborto previo (OR: 3.06), cuatro veces mayor en mujeres que habían tenido RPM previamente (OR: 4.45) y cuatro veces mayor en mujeres que tenían antecedente de cesárea (OR: 3,15), con asociación estadística (p-valor menor a 0,25). (27)

En Ecuador, se estudió los factores de riesgo de RPM en Riobamba en un hospital público, en el periodo 2017-2018. La población estudiada se distinguió por una edad promedio de 26 años, estado civil casada y de nivel de instrucción secundaria. Se identificaron como factores de riesgo las infecciones del tracto urinario (76%), las infecciones cervicovaginales (58%).Entre los factores obstétricos, el 88% pertenecía al cuarto trimestre de edad gestacional, el 52%

tenía controles prenatales insuficientes y el 52% presentaba un intervalo intergenésico mayor de tres años. Estos factores, junto con un historial de RPM, aumentaron el riesgo de esta enfermedad. Se concluye que un nivel socioeconómico bajo es un factor de riesgo para RPM.

En Ecuador, se estudió la patología RPM asociada a la morbilidad de anemia en mujeres que se atienden en establecimientos de salud de establecimientos dependientes de una municipalidad en el periodo de 2016-2017. Estudio observacional transversal que incluyó a 232 mujeres embarazadas. El objetivo fue establecer una vinculación entre la anemia y la RPM en gestantes que acudieron a una unidad de salud de un municipio. Se halló que la anemia era prevalente en mujeres embarazadas en un 22,4 %, mientras que la ruptura de membranas era prevalente en un 35,8 %. Se demostró que existe una relación causal entre la anemia materna y la RPM, con una correlación de 14,011 (p -valor $< 0,05$).

En Perú, Canorio (2020) investigó sobre algunos factores asociados a la RPM en embarazos pretérmino que fueron atendidas en un hospital docente asistencial público en Junín. La investigación analítica retrospectiva, utilizó un diseño caso-control. La muestra fue de 44 casos de partos prematuros con RPM y 132 controles. Conclusión: basado en un análisis estadístico multivariado, la infección cervicovaginal y del tracto urinario fueron factores de riesgo para la prematuridad de la RPM en el parto pretérmino. (12)

En Perú, Laura (2018) investigó acerca de factores que pueden ser de riesgo para la RPM en gestantes de un hospital público en Juliaca. La investigación fue cuantitativa y correlacional; se estudió a 59 gestantes con RPM de un

hospital público en un trimestre (abril- junio 2018) . Resultados: se halló los factores de riesgo para RPM : ningún embarazo (42,4%), seguido de varios embarazos (35,6%), anemia (50,8%), primigestas (37,3%), intervalo intergenésico corto (28,8%) y embarazo incompleto , controles prenatales (1-6%) (78%). La anemia , la multiparidad, tiempo intergenésico corto , controles prenatales incompletos, cistitis, vaginosis bacteriana o tricomoniasis y antecedentes de RPM son factores de riesgo para RPM .(13)

En Perú Huaytalla (2017) investigó sobre la RPM en un hospital público de Huanta en 2017. Comprendió 39 gestantes con 30 horas de RPM y con pródromos de trabajo de parto, que cursa con una infección urinaria e infección vaginal (antecedente de amenaza de parto inmaduro, al cual se inicia la antibioticoterapia) Termina el parto por vía abdominal por presentar circular de cordón y taquicardia fetal además de no haber condiciones favorables para un parto vaginal. Concluye que los cuatro controles que tuvo la gestante fueron insuficientes y que presento los factores de riesgo mencionados en la teoría como son las infecciones como factor de riesgo para ruptura de las membranas. (16)

En Perú, Hernández (2019) estudiaron sobre los factores de riesgo vinculados a la RPM en gestantes adolescentes de un hospital público en 2019. Se trató de un estudio analítico retrospectivo transversal, que incluyó a una población de 510 gestantes adolescentes atendidas (Muestra: 35 casos y 70 controles), siendo los datos recogidos de las historias clínicas. Tanto el estado civil y la educación presentaron significancia estadística ($p < 0,05$). Conclusiones: las características del embarazo como el tiempo de gestación, y cuadros mórbidos como la

infección del tracto urinario y las infecciones vaginales, se vinculan con la RPM (28).

1.3.2 Conceptos básicos de la enfermedad

Ruptura prematura de membranas

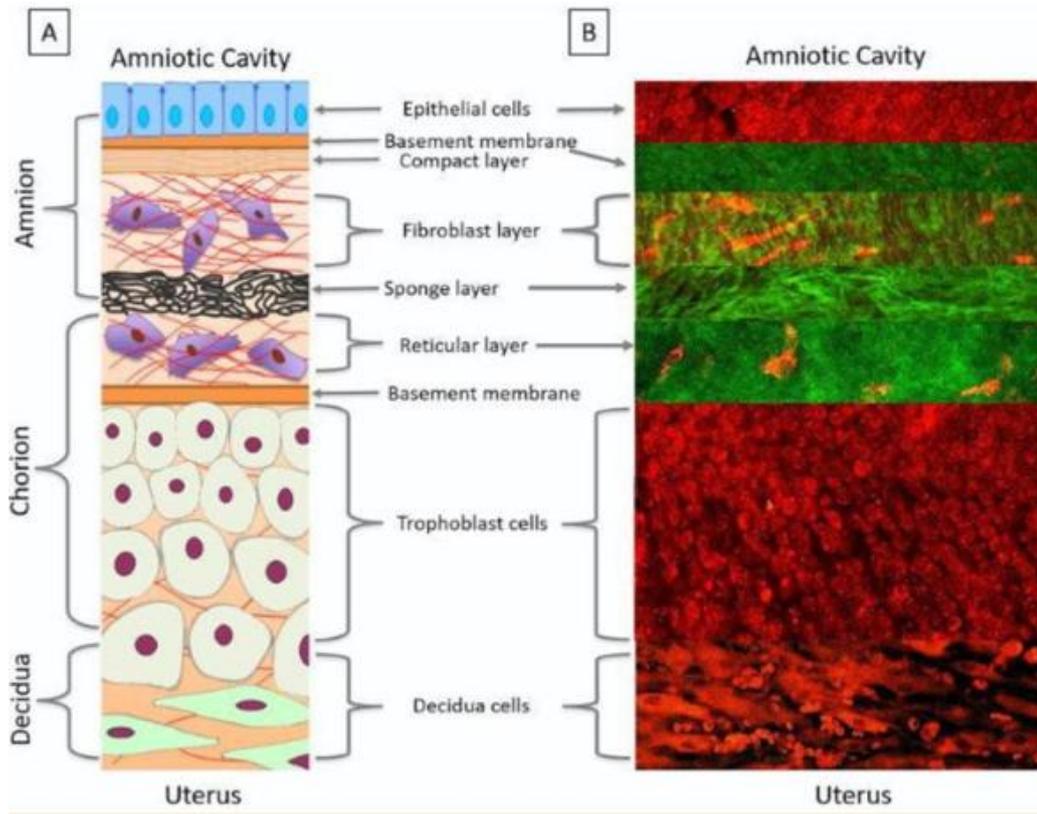
El término RPM alude a la ruptura de la membrana posterior a las 22 semanas y previo al inicio del trabajo de parto".(2) "La palabra "latencia" implica el lapso temporal entre la ruptura y el final del embarazo .En consecuencia , la edad gestacional y el período de latencia tienen implicancia en el pronóstico y manejo según se pueda o no completar el embarazo.(1)

Las membranas fetales humanas, también se denominan amnióticas , y constituyen el revestimiento interno de la cavidad uterina de la mujer gestante . Son tejidos fetales son diferentes a los de la placenta y tienen una función de parapeto entre los compartimentos fetoplacentario y materno. Estas membranas fetales están formadas por amnios y el corion, los que a su vez están conectados por una matriz extracelular rica en colágeno (29).

El amnios está permanentemente inmerso en líquido amniótico, lo que revela su trascendencia en la respuesta primaria a las modificaciones en la cavidad amniótica.

El corion está muy próximo a la decidua de la madre y mantiene la tolerancia inmunológica en la interfaz materno-fetal (29).

Figura 1: Caracterización de Membranas Fetales



Fuente : Menon (29)

Son tejidos fetales el amnios y el corion, los que tienen un rol clave de protección al feto en desarrollo. Las membranas fetales se ajustan a los continuos desafíos (inmunitarios, estructurales, mecánicos y endocrinológicos) a lo largo del embarazo; continúa creciendo y, mecánica y bioquímicamente, conserva su elasticidad a las fuerzas de crecimiento fetal. No obstante, de que las membranas placentaria y uterina están expuestas a ambientes y agresiones bastante diferentes durante el embarazo, las membranas mantienen la homeostasis necesaria para sostener el crecimiento fetal sin interrupción. Esta asociación entre el feto y las

membranas continuará hasta que el feto alcance la madurez y las membranas alcancen la longevidad.

La Ruptura Prematura de Membranas, se clasifica en (4) y (18):

- RPM fetales pre término previables: < 24 semanas en países desarrollados.
- RPM fetales pre término: de 24 a 32 semanas de gestación.
- RPM fetales pre término: de 32 a 36 semanas de gestación.

Tabla 1: Tipo de Ruptura de Membranas de acuerdo con la Etapa del parto

Tipo de RPM
Ruptura precoz: ocurre el primer periodo de labor de parto, < 4 cm de dilatación.
RPM oportuno: se presenta cuando la dilatación cervical está completa.
RPM artificial o RAM : actualmente está restringido, usado en el primer periodo de trabajo de parto (más de 3 cm)
RPM prolongado: cuando el periodo de latencia es > 24 horas.

Fuente: Adaptado de guía clínica de ASBOG 2016

Incidencia de ruptura de membranas

En el Perú ,según el MINSA (2) , se reporta una prevalencia de 16 a 21 % en gestaciones a término y de 15 a 45 % en los pretérmino. Asimismo, en la maternidad de Lima en el año 2007,la incidencia fue 8.37% (7) y en Tacna en el año 2010, fue de 1.42 % (5)

Etiología:

Existe diversos factores o multifactorial asociada a la RPM según López (1) y Vigil(4). Aluden a las complicaciones, traumatismos, estiramiento de las membranas ovulados y diversos traumatismos: Incompetencia cervical, polihidramnios, embarazo múltiple, infecciones por Trichomonas, estreptococo grupo B, Clamydia, ureaplasma. También tiene otras causas como propiedades físicas modificadas de las membranas por deficiencias de vitamina C, Cobre o Zinc y la degradación de la matriz extracelular.

Diagnóstico y manifestaciones clínicas (4)

a.- Historia clínica: Anamnesis, factores asociados.

b.- Examen físico general y ginecológico haciendo uso de un espéculo.

El diagnóstico de RPM se confirma con la evidente salida de líquido amniótico. Esto se evidencia al colocar un espéculo, con maniobras de valsalva, en un 80-90%.

c.- Hallazgos ecográficos y laboratoriales

Según la guía clínica de FLASOG. Pueden utilizarse las siguientes técnicas diagnósticas:

1.- La observación de salida del líquido amniótico transcervical o acumulación de líquido en el fondo de saco vaginal con antecedente de pérdida de líquido.

Es frecuente en el 90% de las ocurrencias.

2.- La ecografía cuando no se evidencia pérdida de líquido amniótico transcervical y presenta historia de salida de líquido. Si hay oligoanmnios. confirma la sospecha de RPM.

3.- Prueba con Nitrazina, para evaluar el cambio de pH de la vagina (4.5- 6.0) que si se torna azul purpura (pH 7.1 -7.3), permite confirmar la presencia de líquido amniótico.

4.- Prueba de arborización de hehecho.

5.- Amniocentesis para inyectar vía transuterina índigo de carmín a la cavidad diluido en solución salina, observándose un líquido de tono azul a través de la vagina, lo que confirmaría la RPM.

Tratamiento, evolución y pronóstico.

Al respecto, el manejo de esta patología (2) se menciona:

1. Medidas generales y terapéutica

- Prescripción de hospitalización y reposo absoluto.
- Inicio de terapia antibiótica (Ampicilina 2 gr, Eritromicina 500 mg.

Posteriormente, seguir la terapia con Eritromicina de 500 mg y amoxicilina 250 mg.

- Solicitud de exámenes auxiliares como proteína C reactiva, hemograma y examen de orina.

- Examen obstétrico sin tacto vaginal.

- Uso de especuloscopia para caracterizar condiciones del cérvix y toma de muestras del fondo del saco vaginal, para fines de confirmación.

- Uso de ecografía para analizar la edad gestacional, presentación fetal, volumen de líquido amniótico, estado placentario.

- Sospecha de corioamnionitis, para la referencia a establecimientos según FONE basado en antibióticos (Ampicilina 2 gr EV más Gentamicina 5 mg por

kg/peso corporal o Clindamicina 600mg EV más Gentamicina 5mg por kg/peso corporal).

La conducta obstétrica y su evolución varía según el tiempo de embarazo y la madurez del feto.

- a. Gestación a término, en la que no se presentan dudas sobre la madurez del feto: Inducción de trabajo de parto entre las 12 a 14 horas siguientes, minimizando el número de tactos vaginales. Si se produce un fracaso de la inducción, se transfiere a establecimiento con FONE.
- b. Gestación pre término: Derivar a establecimiento con FONE, si la gestación cursa entre las 31 y 33 semanas para el inicio de la maduración pulmonar fetal.

Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas – FONE

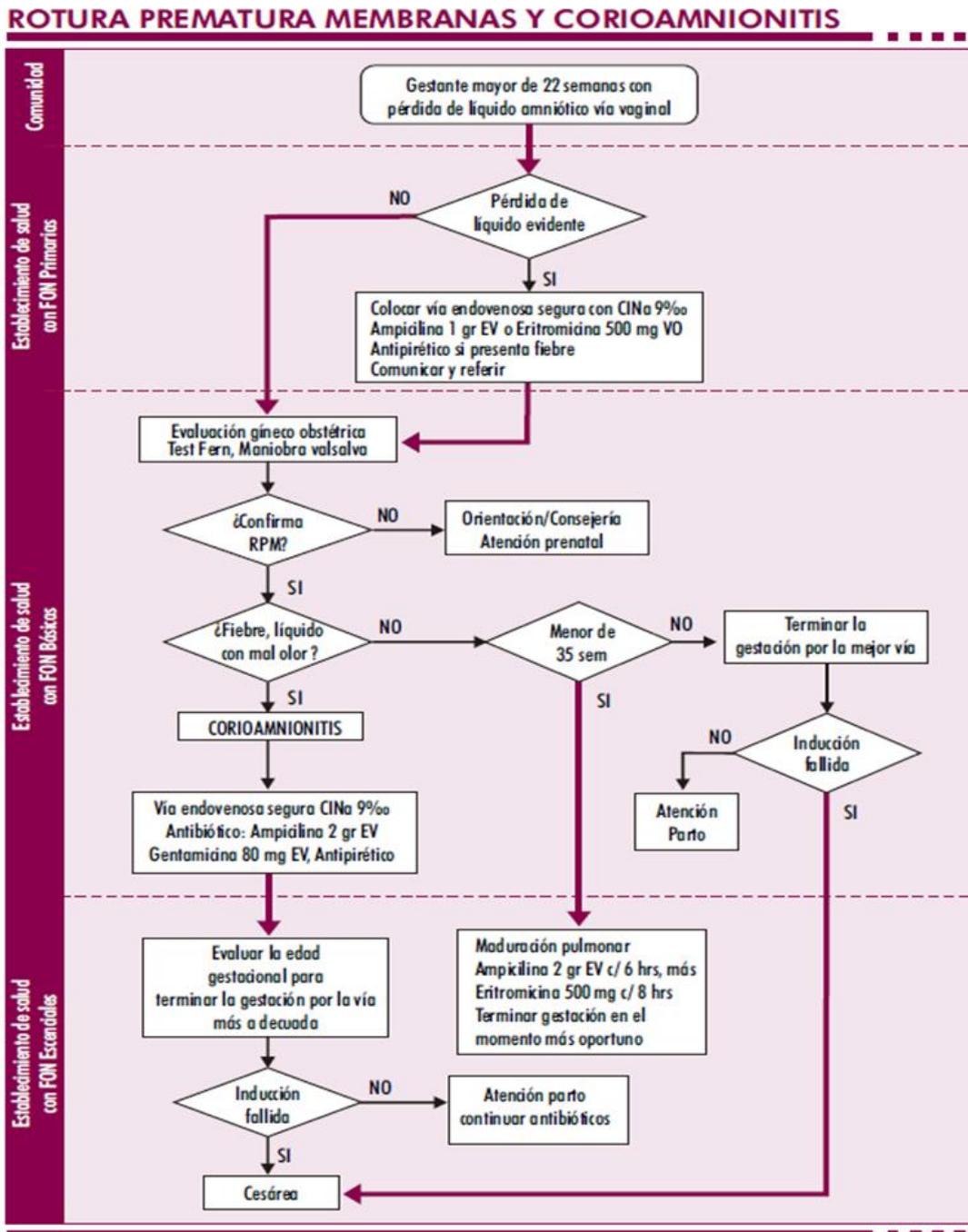
- Prescripción de hospitalización y reposo absoluto.
- Continuación de prescripción antibiótica de establecimiento con FONP/ FONB.
Ordenar exámenes auxiliares.
- Realización de exámenes obstétricos sin tactos vaginales repetidos.
- Realización de Especuloscopia y Test de Fern.
- Realización de pruebas de bienestar fetal y maduración de los pulmones del feto.
- En caso de signos de corioamnionitis: se debería iniciar terapia antibiótica combinada (Ampicilina 1gr, más Gentamicina 5mg por kg/peso). Otro

esquema terapéutico sería Clindamicina 600 mg, más Gentamicina 5 mg x kg y terminar la gestación por la vía más rápida.

• Las pautas para la conducta obstétrica a seguir serán diferentes según si la gestación es a término (inducción, restricción de tactos, y si no hay respuesta se procede con una cesárea), pretérmino:

- (En el lapso de 34 - 36 semanas : manejo similar al feto a término.
- Lapso de 31 - 33 semanas: uso de corticoides, y antibiótico terapia por 48 horas; y extracción fetal por cesárea o inducción de trabajo de parto según condiciones obstétricas.
- Lapso < de 31 semanas: Manejo multidisciplinario y conducta expectante .(Ministerio de Salud del Perú & Perinatal, 2007,p.77).

Figura 1: Flujograma de atención en RPM FONP, FONB, FONE



Un Factor de Riesgo

Circunstancia o característica medible de una o varias personas que se asocia con la probabilidad de desarrollar o experimentar morbilidad y características asociadas con un tipo específico de daño a la salud. (31)

Factor de riesgo institucional

Un circunstancia adversa e incierta (externo o interno) que resulta de la conjugación de su probabilidad de ocurrencia y el efecto potencial puede enervar u obstaculizar el logro de metas y objetivos de la institución. Como son: desgaste de la relación médico- paciente, llenado inadecuado de historias, supervisión y manejo negligente, retraso en el tratamiento, falta de adecuada preparación del profesional, diagnóstico incorrecto, errores de medicación, fallas de comunicación institucional, fallas de seguimiento y monitoreo. (31)

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1 OBJETIVOS

- Identificar factores de riesgo para ruptura prematura de membranas en el caso de la gestante en estudio.
- Conocer la incidencia de RPM en el C.S. San Francisco.
- Determinar los factores de riesgo institucionales vinculados con la RPM en el caso de gestante en estudio referida a Hospital.

2.2 SUCESOS RELEVANTES DEL CASO CLÍNICO

PRESENTACIÓN DEL CASO:

A. CONSULTORIO DE EMERGENCIA DEL C.S. SAN FRANCISCO

Fecha: 08-03-2019 Hora: 11.10 am.
Edad: 21 años Peso:79 kg Talla: 1.60 T: 36.9°C
Frecuencia respiratoria (FR) : 20 por minuto.
Frecuencia cardiaca (FC) : 83 por minuto.
Presión Arterial (PA) : 117/65 mmHg.

Anamnesis

Gestante refiere contracciones tipo parto y perdida de tapón mucoso a partir de 6 am.

Formula obstétrica : G1 (0000)
FUM : 05-06-2018
FPP : 12-03-2019
EG : 39 semanas

Evaluación del estado de nutrición: peso habitual de 61.8. talla 1.60 m

IMC: normal (24.1)

Peso actual:79 kg

Ganancia de peso: 17.2 kg.

Antecedentes Patológicos familiares: niega

Antecedentes patológicos personales: Infección urinaria con tratamiento completo y anemia en III trimestre.

EXAMEN FÍSICO:

Control de Funciones vitales:

PA : 117/65

Pulso : 83 X'

Temperatura : 36.5 °C

FR : 20 X'

EXAMEN OBSTÉTRICO:

Estado general, de nutrición e hidratación. Se apreció un aparente buen estado general (ABEG), de nutrición (ABEN), de hidratación (ABEH) y con un estado de conciencia que reveló su lucidez, ya que se orientó en tiempo y espacio (LOTEP).

Mamas: turgentes, secretantes pezones bien formados, a la expresión excreta secreción láctea.

Abdomen: altura uterina (AU): 34 cm, feto en cefálica derecha, latidos fetales 136 por minuto, no dinámica uterina.

Genitales externos: de nulípara, normales.

Especulo: se aprecia salida de líquido amniótico claro en regular cantidad.

Tacto vaginal:

Cuello uterino : posterior

Dilatación : 0

Borramiento : 0

Altura de presentación : -1

Pelvis ginecoide.

Miembros inferiores: sin edemas, ni varices.

DIAGNOSTICO:

- Rotura prematura de membranas (4.30 horas)
- Primigesta de 39 semanas
- Anemia (10 gr/dl)
- No trabajo de parto

INDICACIONES:

Plan de trabajo

- Referencia a Hospital Hipólito Unanue (FONE)
- Vía con Cloruro de sodio 9% 1000 cc, con catéter N°18
- Visita de seguimiento post parto
- Lactancia Materna Exclusiva
- Anticoncepción
- Control de anemia

B. MANEJO HOSPITALARIO EN HOSPITAL HIPOLITO UNANUE

CONSULTORIO DE EMERGENCIA

Paciente referida por RPM, pérdida de líquido desde las 8 am, percibe movimientos fetales.

Fecha: 08-03-2019 Hora: 12.10 am.

Edad: 21 años Peso:79 kg Talla: 1.60 T: 36.9°C

FR : 20 por minuto.

FC : 78 por minuto.

PA : 113/67 mmHg

Saturación : 92 %

Examen: gestante AREG, REH , lucida

AU: 35 cm feto cefálico longitudinal derecho movimiento fetales presentes, latidos fetales 140 por minuto.

Tacto vaginal: Dilatación dehiscente a un dedo, borramiento 70 %, altura de presentación menos 3, membranas rotas con liquido verde fluido, contracciones espaciadas, tono normal. Pelvis ginecoide.

Diagnóstico presuntivo:

- Gestante de 39 semanas
- Pródromos de trabajo de parto.
- RPM liquido verde
- D/C Alteración de bienestar fetal
- D/C feto grande.

Terapéutica para seguir en emergencia

- NPO
- Cloruro de sodio 9%o.1000cc EV
- Cefalexina 1 tabl c/8 horas e.v. previa sensibilidad.
- Control de funciones vitales

- Control de sangrado vaginal
- Monitoreo fetal permanente.
- Análisis y ecografía.

ANAMNESIS EN HOSPITALIZACION EN HAHU

A. FILIACION

Paciente cuyo nombre es Y.M.C.H, de 21 años, mestiza, con estudio del nivel secundario completo, de ocupación estudiante, con credo de religión católica, conviviente, habla español, lugar de nacimiento Puno el 12.01.1998 y con domicilio en el Cono Sur.

Enfermedad actual: paciente refiere pérdida de líquido hace 8 horas y manifiesta dolor tipo contracción de moderada intensidad cada 20 minutos, con una duración de 1 minuto. Percibe movimientos fetales. Niega sangrado.

Funciones biológicas: apetito aumentado, sed disminuida, deposición normal, sueño normal, orina se toma muestra.

Antecedentes

Personales: G0 P000

Fisiológicos: parto eutócico atendido por profesional.

Lactancia materna exclusiva, vacunas completas, crecimiento y desarrollo normal.

Gineco obstétricos: FUM:05-06-2018 FPP:17-03-2019

Menarquia: 16 años, con régimen catamenial irregular, niega dispareunia.

Niega leucorrea, niega galactorrea, niega uso de método anticonceptivo.

dismenorrea : si

Antecedentes patológicos:

Erupción en la infancia de varicela, niega hospitalización, niega intervención quirúrgica, niega traumatismo, niega alergias medicamentosas, niega alergia alimenticia, niega hipertensión, niega tuberculosis, niega diabetes Mellitus.

Antecedentes familiares: padre sano y vive, madre sana y vive, pareja sana

Condición socioeconómica:

Vive en casa de su mama que es propia, cuenta con servicios básicos y con dependencia económica de su conviviente, niega cría de animales domésticos.

Examen físico**1. Estado general**

Paciente en regular estado general, estado de nutrición regular, estado de nutrición de regular.

Estado de conciencia alerta, orientada en tiempo, espacio y persona.

Estado de excitación estable, posición de cubito dorsal

Actitud activa, deambulacion normal, constitución normotípica.

2. Piel y fanéreas

Piel: tibia, temperatura adecuada y elasticidad: adecuada

TCSC en cantidad adecuada y distribución homogénea

Cabello: color negro y tamaño largo.

Implantación adecuada y disposición homogénea

Uñas: color rosado, tamaño cortas aspecto homogéneo, llenado capilar adecuado.

3. **Cabeza:** cráneo normocéfalo

4. **Ojos:** color negro y móviles, conjuntivas palpebrales rosadas

Pupilas: situación central de forma isocóricas, de tamaño normal.

5. **Nariz:** simétrica forma prominente, fosas nasales permeables función olfatoria adecuada

6. **Oídos:** pabellones auriculares de implantación adecuados, CAE permeable, función auditiva normal.

7. **Boca y faringe.** labios simétricos, color rosado, mucosas orales húmedas.

8. **Orofaringe:** congestiva no

9. **Cuello:** simétrico, normal.

10. **Tórax y pulmones:** simétrico y móvil.

Elasticidad adecuada, a la percusión sonoro

Mamas: simétricas.

11. **Cardiovascular:** ruidos cardios normo fonéticos.

12. **Abdomen:** glóbulo por gestación, RHA : presentes

AU: 33 cm LCF: 140 peso fetal 3820 gr

13. **Genitourinario:** PPL (-) FRU (-)

Especulo : VAEP

Tacto : Dilatación : dehiscente a un dedo membranas: rotas

Borramiento 70 % altura de presentación: -3

Pelvis ginecoide

14. **Extremidades** : no edemas aparato locomotor : normal

15. **Sistema linfático** : no evaluado rectal : no evaluado

16. **Neurológico ROT** : presente (+/+++) sensibilidad : presente

Motilidad activa: presente motilidad pasiva : presente

Fuerza y tono muscular: adecuado signos de irritación meníngea : no

Impresión diagnóstica:

- Gestante de 39 semanas por eco.
- Pródromos de trabajo de parto
- RPM liquido verde

EVOLUCIÓN EN SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DE HAHUT

Fecha: 08-03-2019

Hora: 13.20 am.

Paciente de 21 años, pérdida de líquido amniótico desde 8 am. Verde fluido, contracciones esporádicas.

G0, P0

Ecografía 15-2-19 placenta grado II, ILA 55 mm pozo, peso 3130

Ecografía 08-03-19 Diagnóstico: Gestación de 40 semanas, senescencia placentaria, oligoamnios leve, circular simple al cuello.

Al examen: AU: 35 cm, feto longitudinal derecha, latidos fetales: 132 X', DU: 1-2/10 ++ tono normal.

Tacto: dilatación: 1 cm, Borramiento : 50 % ,Altura de presentación : -2,membranas rotas liquido verde fluido.

Impresión diagnóstica:

- Gestante de 39 semanas y 4 días por ecografía.
- RPM de 7 horas.
- D/C feto grande

Plan de trabajo

- Nada por boca (NPO)
- Control de funciones vitales y movimientos fetales.
- Prueba estresante
- Se solicita examen de Prueba estresante.
- Previa consejería y consentimiento firmado se realiza prueba estresante (PST)
- IC a anestesiología (8-3-21, horas 17.37)

2da evaluación médica en HAHU

Fecha: 08-03-2019

Hora: 15.31pm.

Paciente con pérdida de líquido verde fluido.

Tacto: Dilatación: 1 cm. Borramiento: 70 %, Altura de presentación: -3, Membranas rotas. Pelvis ginecoide.

Impresión diagnóstica:

- Gestante de 39 .5 semanas
- RPM de 7 horas.
- Descartar Alteración del bienestar fetal.
- Indicaciones: cesárea de urgencia.

Habiendo explicado los factores de riesgo fetal de

- 1) Ruptura prematura de membrana líquido amniótico verde fluido
- 2) Circular simple de cordón del cuello
- 3) Senescencia placentaria
- 4) Cabeza fetal grande (DBP: 98 mm)

Se explicó a la paciente y a su madre la conveniencia de cesárea por el riesgo fetal. Paciente y su madre no aceptan la cesárea, refieren que harán consulta a sus familiares.

Indicaciones:

- 1) Evolución espontanea
- 2) Monitoreo materno fetal estricto.

(8-3-2019 a horas 17.30 paciente accede a cesárea)

Informe operatorio de cesárea

Fecha: 8-3-19 hora: 19 Horas

Diagnostico preoperatorio:

- 1) Gestante de 39.5 semanas

- 2) Rpm de 7 horas
- 3) Descartar alteración de bienestar fetal

Diagnostico post - operatorio: el mismo.

Hallazgos: hora del parto: 19:05 horas, feto en presentación cefálica, vivo de sexo masculino, talla 52 cm perímetro cefálico: 37 cm. Edad gestacional: 40 semanas, peso 4200 grs, apgar : 9 -10 ,placenta completa, líquido amniótico verde fluido de ++ ,circular simple de cordón ,sangrado total 800 cc Resto normal.

Procedimiento: Técnica Pfannestiel

Duración de acto operatorio de 19.00 a 19.23 horas.

Indicaciones postoperatorias inmediata en HAHU

Fecha: 8-3-2019

Hora: 19.30 horas

- 1) NPO
- 2) Cloruro de sodio al 9/000 1000cc, con oxitocina 30 UI (I frasco)
- 3) Dextrosa al 5 % 1000cc, cloruro de sodio al 20 % (1am) mas 30 UI oxitocina (frasco II y III)
- 4) Ampicilina 1 g EV c/ 6 horas previa prueba de sensibilidad
- 5) Gentamicina 80 mg EV c/8 horas
- 6) Metamizol 2 g EV c/8 horas
- 7) Tramadol 50 mg SC condicional a dolor
- 8) Control de Funciones vitales
- 9) Control de sangrado

- 10) Control de Hb
- 11) Misoprostol 4 tabl trans rectal
- 12) Avisar signos de alarma

Nota post operatoria en HAHUT

Paciente de 25 años con los diagnósticos:

- 1) Gestante de 39 semanas
- 2) RPM 7 horas
- 3) Descartar alteración de bienestar fetal

Diagnostico post operatorio

El mismo

Paciente que de momento refiere leve dolor en hemiabdomen inferior, aun no deambula, no prueba alimentos, niega cefalea.

Al examen: REG, REN, REH, piel tibia, al tacto llena capilar menos de 2 seg.

Mucosas orales: semihúmedas, conjuntivas palpebrales rosadas.

Tórax y pulmones: en ambos campos pulmonares el murmullo vesicular pasa bien, no presenta ruidos agregados.

Abdomen: blando depresible, ligero dolor a la palpación profunda en hemiabdomen inferior. RHA presentes. Útero en involución AU 15 cm, gasas en herida operatoria con leve secreción hemática.

Genitales: loquios escasos sin mal olor

Extremidades: no hay presencia de edema.

DX: -Puérpera quirúrgica inmediata por RPM

Indicaciones: control de hemoglobina

Control de funciones vitales y diuresis.

Evaluación médica post operatoria

Fecha: 09-03-19 hora: 05 horas

PA: 120 / 70 mmHg. Pulso: 76 x'. Temperatura: 36.5 °C. Hemoglobina: 8.2 g/dl

Paciente de 25 años al momento somnolienta, refiere ligero dolor abdominal a nivel de herida operatoria, sensación de náuseas, sin llegar a vómito, niega sensación de alza térmica, aun no deambula, no prueba alimento, además refiere episodios de escalofríos.

Al examen: REG, REN, REH y LOTEP

Piel: tibia al tacto, llenado capilar < 2 segundos.

Pulmones: en ambos campos pulmonares el murmullo vesicular pasa bien, no presenta ruidos agregados.

Abdomen: blando depresible RHA (+), útero contraído en involución AU: 16 cm, con dolor en región hipogástrica a la palpación profunda.

Genitales: loquios escasos sin mal olor

Extremidades: no edema.

Impresión diagnóstica:

- Puérpera quirúrgica inmediata
- RPM
- Cesárea

Indicaciones:

- Dieta líquida
- Solución salina 9/00 1000cc más 10 UI de oxitocina pasar a 45 gotas por minuto.
- Ampicilina 1 gr c/ 6 horas EV
- Gentamicina 80 mg C/8 horas EV.
- Metamizol 2 g C/8 Horas EV.
- Tramadol 50 mg condicional al dolor
- Sulfato ferroso 1 tab c/12 horas
- Control de funciones vitales
- Control de sangrado vaginal
- Control de diuresis
- Deambulación

EVALUACIÓN MÉDICA 3ER DÍA POST OPERATORIO EN HAHU

Fecha 10-03-19 hora: 6 am

PA: 100 / 80 pulso: 62 x' Temperatura: 36.6 C. FR: 18 por minuto.

Paciente de 25 años al momento despierta, tranquila, paciente deambula, tolera vía oral, realiza deposición orina, no náuseas, no cefalea, no vómitos, no sensación de alza térmica.

Al examen: REG, REH, REN, LOTEPE

Piel: tibia al tacto, mucosas semi húmedas, conjuntivas rosadas, llenado capilar mayor de 2 segundos

Pulmones: con murmullo vesicular, sin ruidos agregados

Abdomen: depresible, con ruidos hidro aéreos (+) ,útero contraído en involución ,herida operatoria no signos de dehiscencia no flogosis, AU : 15 cm .

Genitales: Loquios escasos sin mal olor.

Extremidades: no edemas

Impresión diagnóstica:

- Puérpera quirúrgica mediata, cesareada por RPM.
- Desproporción cefalopélvica
- Senescencia Placentaria
- Anemia moderada en tratamiento.
- Plan de deambulaci3n asistida.

Indicaciones

- Dieta Blanda más líquidos abundantes
- Hierro sacarato 100 mg 2amp mas 100cc SF pasar en una hora
- Amoxicilina 1 gr V.O c/ 8 horas
- Gentamicina 160 mg IM c/24 horas

- Ibuprofeno 400 mg 1 Tableta C/8 horas VO
- Sulfato ferroso 1 tab 11 am -4 pm.
- Control de funciones vitales
- Control de sangrado vaginal
- Avisar signos de alarma
- Deambulaci3n.

EVALUACI3N M3DICA 4TO DÍA POST OPERATORIO

Fecha 11-03-19 hora: 6 am

PA: 120 / 59 mmHg. Pulso: 82 x'. Temperatura: 36.5 °C. Hemoglobina: 8.2
g/dl

Paciente de 25 aÑos, al momento despierta, tranquila, deambula

No nauseas, no v3mitos, no sensaci3n de alza t3rmica, tolera vía oral.

Al examen f3sico: regular estado general, REH, REN,

Mucosas orales: semi h3medas, llenado capilar < 2 seg ,piel tibia al tacto,
conjuntivas palpebrales son rosadas.

T3rax pulmones: con murmullo vesicular sin ruidos agregado

Cardiovascular: ruidos cardiacos r3tmicos

Abdomen : blando depresible, útero contraído en involuci3n, herida operatoria no
signos de dehiscencia, no flogosis AU : 15 cm

Genitales externos: loquios escasos sin mal olor

Extremidades no edemas.

Impresión Diagnostica:

- Puérpera quirúrgica mediata cesareada por RPM, desproporción céfalo pélvica, senescencia placentaria.
- Anemia moderada en tratamiento
- Plan posibilidad de alta.

Indicaciones

- Alta con indicaciones
- Ibuprofeno 400 mg c/8 horas VO por 4 días
- Cefalexina 500 mg C/8 horas VO por 5 días
- Sulfato ferroso 60 mg C/12 horas VO por 15 días

NOTAS DE OBSTETRICIA

Fecha: 08-03- 19 hora :13.30

Ingresa gestante remitida de emergencia en silla de ruedas acompañada de técnico de enfermería y familiar.

Al examen PA: 100/60 P: 72 temperatura 36.3 °C

ABEG, BEN, BEH LOTEPE

Cabeza normocéfala, conjuntivas semipalidas, mucosa oral húmeda, tórax cilíndrico, mamas simétricas con pezón formado

Abdomen: Blando depresible con útero grávido AU: 35 cm LCF : 140 X' DU : 2/10 ++ 20 “

Genitales con pérdida de líquido amniótico verde (++)

Miembros inferiores: sin particularidad.

Impresión diagnóstica: gestante de 39 semanas x ECO

RPM 7 horas.

8-03-2019 hora 14.10 horas: se instala monitor electrónico permanente.

15.00 horas: médico evalúa a paciente e indica ecografía obstétrica.

16.00 horas: se realiza ecografía indicando a paciente que debería operarla con una cesárea de urgencia a la cual no accede.

17.00 horas: paciente con monitor permanente en NPO (nada por boca), espera que pueda acceder a cesárea.

17.30 horas: paciente accede a cesárea y firma consentimiento, se envía interconsulta a anestesiología.

18.00 horas: anestesiología responde a interconsulta, envía receta de anestesia raquídea y se recoge en farmacia.

18.55 horas: se prepara a paciente en camilla, sube paciente a SOP con medicamentos completos LCF: 140X' DU 3/10 ++ 30 “.

CONTROL POSPARTO :16-03-2019 EN C.S. SAN FRANCISCO

CONSULTORIO DE OBSTETRICIA

Fecha: 16-03-2019

Hora: 08:00

Edad: 21

peso:72 kg.

Talla: 1.63m

Temperatura:36.2 °C

FR:18por minuto.

FC:100 por minuto

PA:105/68

Anamnesis:

Acude a consulta por control de postparto. Refiere: Parto vía cesárea por macrosomía fetal el 8/03/2019, recién nacido de sexo masculino, de peso 4200 gr. talla 52 cm. parto distócico en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

Actualmente no refiere molestias, refiere retiro de puntos de herida operatoria sin problemas.

Funciones biológicas: Normal.

Examen físico:

Al Examen: dosaje de hemoglobina 10gr/dl

Aparente e buen estado general (ABEG), de hidratación(ABEH) y con un estado de conciencia que reveló su lucidez, ya que se orientó en tiempo y espacio (LOTEP).

Conjuntivas palpebrales : pálidas.

Mamas: simétricas, turgentes, secretantes. Pezones formados a la expresión elimina secreción láctea.

Abdomen: Blando, depresible. Herida operatoria en buen estado, útero contraído

AU: 10 cm.

Genitales externos: normales, loquios serosos en regular cantidad.

Diagnostico:

- 1) Puérpera post cesárea de 8 días.
- 2) Anemia Moderada.
- 3) Plan parto (TA).
- 4) Consejería sobre lactancia materna Exclusiva.
- 5) Consejería nutricional por anemia.
- 6) Dosaje de hemoglobina.

Indicaciones:

- Administración de tabletas de sulfato de fierro más ácido fólico 2 tabletas c/24 horas por 90 días según lo indicado por el médico.
- Higiene perineal diario.
- Consumir alimentos ricos en hierro como hígado, bazo, carne, verduras verdes: Espinacas, alverjitas, frutas como guayaba, naranja y fruta de estación.
- Lactancia materna a demanda.
- cita 08-04-2019.

VISITA DOMICILIARIA

Fecha: 30-03-2019 hora 10:00

Motivo: seguimiento post parto.

Se encuentra a esposo, que refiere ser miembro de la policía nacional y refiere que su esposa está consumiendo 2 tabletas de sulfato ferroso más ácido fólico por seis meses, siguiendo las indicaciones del médico respecto a la anemia. (dosis: 120mg de sulfato ferroso + ácido fólico 800 ugr). Se le refuerza la importancia de controlar la anemia de la cónyuge y se brinda consejería sobre importancia de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses a fin de lograr un buen desarrollo del cerebro de su bebe y fortalecer el vínculo afectivo hacia los padres.

Refiere que tiene cita para el 08 de abril, pero asistirá el día 13 de abril para su segundo control de postparto y el dosaje de hemoglobina.

CONTROL POSPARTO

CONSULTORIO DE OBSTETRICIA (C.S. San Francisco)

Fecha: 13-04-2019

Hora: 10:00

Edad: 21 años.

peso:72 kg.

Talla: 1.63m

Temperatura : 36.2 °C

FR : 20 por minuto.

FC : 80 por minuto

Presión arterial :100/60 mmHg

Anamnesis:

Acude a consulta por control de postparto. Refiere: Parto distócico por macrosomía fetal el 8/03/2019, Recién nacido peso 4,200 grs, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

Actualmente no refiere molestias

Funciones biológicas: Normal.

Examen físico:

Se apreció un aparente buen estado general (ABEG), de hidratación(ABEH) y con un estado de conciencia que reveló su lucidez, ya que se orientó en tiempo y espacio (LOTEP).

Conjuntivas palpebrales pálidas, Mamas simétricas, turgentes, secretantes. Pezones formados a la expresión elimina secreción láctea.

Abdomen: Blando, depresible. herida operatoria en buen estado de cicatrización, útero intra pélvico.

Genitales externos: normales, loquios serosos escasos.

Examen: dosaje de hemoglobina **10.8 gr/dl**

Diagnostico:

- Puérpera post cesárea de 35 días
- Consejería en planificación familiar
- Lactancia materna exclusiva (LME)

Indicaciones:

- Se indica continuar con el tratamiento de anemia indicado por el medico
- Consejería en Planificación familiar.

ATENCIÓN ANTICONCEPTIVA**CONSULTORIO DE OBSTETRICIA**

Fecha: 13-04-2019 Hora :10.00

Edad: 20 años

peso:72 kg.

Talla: 1.63m

Temperatura : 36.2 °C

FR : 20 por minuto.

FC : 80 por minuto

Presión arterial :100/60 mm Hg

Anamnesis:

Acude a consulta por control de postparto. Refiere: Parto por cesárea por macrosomía fetal el 8/03/2019, Recién nacido peso 4,200 grs, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

Actualmente no refiere molestias y desea un método seguro de planificación familiar.

Antecedentes ginecológicos

- Menarquia :16 años
- Cantidad : Regular
- Régimen catamenial : 4 días, Irregular
- Dismenorrea : No
- Inicio de relaciones coitales : 17 años
- Dispareunia : No refiere
- Prurito vulvar : No refiere
- Flujo genital : No
- Papanicolao : si, negativo
- infección de transmisión sexual: No
- Uso de metodología anticonceptiva: No
- Examen de mamas : No
- Cirugía gineco obstétricas : si, cesárea

Antecedentes obstétricos:

- Formula obstétrica: G:1 P1 P:0 A:0 HV:1
- Gravidez :1
- Partos : 1
- Prematuros :0
- Abortos :0
- Hijos vivos :1

Funciones biológicas: Normal.

Puérpera de parto distócico 35 días, ABEG LOTEPE, remitida de consultorio materno para consejería de planificación familiar. se brinda consejería sobre los diferentes métodos disponibles y la relevancia de la lactancia materna hasta los seis meses, indicando que usara el método anticonceptivo parenteral trimestral hasta los seis meses. Después desea usar el implante.

Diagnostico:

- Puérpera mediata
- Consejería en planificación familiar
- Inicio de método hormonal trimestral.

Indicaciones:

- Educación sanitaria
- Medroxiprogesterona 150 mg intramuscular.
- Cita 13 -07-2019. consultorio de planificación familiar.

2.3 Discusión

La paciente es de la jurisdicción competente al C.S. San Francisco y al presentarse el accidente obstétrico de la RPM se convirtió en paciente con riesgo. El servicio de emergencia obstétrica, del C.S. San Francisco de la Microred Cono Sur de Tacna, es un EESS de primer nivel de atención I-4, que por su categoría, corresponde tener médicos con competencia materno neonatales y /o médicos ginecobstetras y profesionales obstetras con competencias materno neonatales, cuenta con

laboratorio con horario de 12 horas , monitoreo fetal permanente en circunstancias que posibilitan analizar de forma adecuada las complicaciones obstétricas que se presentan, y referirlas si requieren de atención especializada en un establecimiento nivel FONE, como sucedió en el caso presentado.

En el lapso que corre desde el inicio del análisis del caso estudiado hasta el momento de la emergencia, la gestante había recibido 12 controles prenatales (CPN), se identificaron características de riesgo, como la infección del tracto urinario (ITU), el antecedente de anemia en el tercer trimestre y la infección vaginal que la gestante durante la emergencia presentaba, pero no se controló oportunamente.

Así mismo en la evaluación ecográfica en hospital encontraron senescencia placentaria, oligohidramnios leve y que el feto era macrosómico, esto debido al alto incremento de peso gestacional (17.8 Kg). Además, la paciente no se realizó ecografía en el II trimestre del embarazo según protocolo y no se controló adecuadamente el aumento de peso en la gestación y más siendo primigesta nulípara.

En el tercer trimestre, además presenta anemia desde el inicio de embarazo, ya que ella procedía de Puno y tenía un medición de hemoglobina de 13.5 ,que haciendo la conversión de ajuste según altura de esa hemoglobina, en la costa corresponde a una hemoglobina de 10.4 gr % y síndrome de flujo vaginal sin tratamiento constituyéndose un caso de alto riesgo obstétrico con múltiples factores de riesgo para RPM, ya que las actividades en el proceso de atención de la gestante no garantizo los cuidados integrales e integrados durante el embarazo, así como el

manejo pertinente del riesgo. Además, no se respetó la secuencia protocolar de atención con apoyo diagnóstico que considera tres ecografías durante el embarazo.

No se solicitó los exámenes de infección urinaria de control que nos indicaría su curación o su recidiva, ya que según protocolo de atención materna reenfocada.

Respecto a los factores institucionales, podemos apreciar que en la historia clínica de hospital, en lo referente a la evolución médica ha habido errores en la fecha y en la edad de la paciente, paciente refirió su edad de 21 años, concordando con su fecha nacimiento pero en piso le pusieron 25 años y así lo mantuvieron hasta el momento del alta, lo que hace ver que no se revisa los antecedentes de atenciones anteriores ya que todos los datos se deben consignar en forma correcta

Respecto a la atención en el servicio de Emergencia Obstétrica del C.S. San Francisco, fue oportuna, pues tras haber realizado la evaluación obstétrica pertinente se decide enviarla al hospital Hipólito Unanue por ser un establecimiento de referencia nivel FONE, donde se realiza los procedimientos de atención, diagnóstico y manejo del caso patológico, terminando el parto por cesárea, por feto macrosómico, senescencia placentaria, por RPM sin trabajo de parto, y anemia, quedando hospitalizada por 3 días post cesárea, evitando de esta manera la probabilidad de riesgo para la madre y el feto.

Según Lugones (14), Ochoa (12), Huaytalla (16) y Rivera (6) Capcha (23) encontraron que las infecciones urinarias y las infecciones cervicovaginales son factores de riesgo para la ruptura de membranas así como para nuestro caso clínico, también lo es. Sin embargo, para Díaz (15) la infección vaginal no lo fue.

Ochoa (12) encontró que la macrosomía fetal predispone al riesgo de una RPM, lo que se corrobora con nuestro caso clínico. y Rivera (6) considera, el bajo nivel socioeconómico, (..)infecciones cérvico vaginales, polihidramnios, embarazo gemelar como factores de riesgo.

Burgos (14) encontró en su estudio que la prevalencia de RPM es frecuente entre los 17 a 20 años , coincidiendo con Pinto (20) quien refiere que la mayor ocurrencia es el grupo de edad de 19 a 29 años en un 45.83%,encontrándose nuestra paciente con la edad de 20 años que según estudios está dentro de los parámetros de riesgo. Pero Araujo encontró que la edad materna no se asocia con la ruptura prematura de membranas.

Burgos (14) y Muñoz (3) encontró que la primiparidad, (...) y los deficientes controles prenatales son factores de riesgo para la RPM tal como sucede en el caso clínico.

Para Capcha (23) y Araujo (5) encontró que (...) la anemia es un factor muy importante para la RPM $p < 0.05$, así como para nuestro caso clínico que presento una anemia gestacional.

Respecto a la incidencia de RPM, Díaz (15) encontró en el Hospital de Ate Vitarte de Lima, una incidencia de RPM de 5.03 % y Araujo, encontró 1.42 % en el Hospital de Tacna y en el C.S. San Francisco en el año 2019 fue 1.18 % , una incidencia alta comparada con la encontrada por Araujo.

Por eso para lograr una atención de calidad en salud materna, se debe mejorar la accesibilidad oportuna de la embarazada al control prenatal para identificar los factores de riesgos precozmente y que los organismos competentes de la salud

materna conlleven a la generación de nuevas políticas a lograr una atención materno de calidad y por ende mejorar los indicadores de salud materna.

2.4 CONCLUSIONES

- Las infecciones del tracto urinario, las infecciones vaginales, feto macrosómico primiparidad, obesidad (alta ganancia de peso gestacional y la anemia son factores de riesgo muy frecuentemente asociado a la ruptura prematura de membranas en las gestantes nulíparas en estudio.
- La ruptura prematura de membranas es una complicación muy frecuente en el servicio de obstetricia y el porcentaje de casos en nuestro establecimiento fue de 1.8 % y es muy importante prevenirla porque puede aumentar la incidencia de la morbilidad y mortalidad materna y fetal.
- Los factores de riesgo institucionales encontrados en nuestro estudio son: el llenado inadecuado de historia como hora y fecha y borrones en historia clínica, control prenatal incompletos por el inadecuado control de incremento de peso en el embarazo y la falta de cumplimiento de ecografía durante el III trimestre según protocolo, la falta de consulta médica por patología detectada debido al limitado acceso a las citas médicas o inoportuna atención medica de la patología por la insuficiente oferta de cupos de atención medica por turno médico y la falta de sistematización de seguimiento de las gestantes con patología que puede complicar el embarazo ,como anemias, infección urinaria ,flujos vaginales.

2.5 RECOMENDACIONES

- Se recomienda cumplir las Normas de Atención Integral de la Salud Materna como ser que la gestante tenga como mínimo tres ecografías en el embarazo es decir una por trimestre, control adecuado de ganancia de peso, tratamiento oportuno de infecciones y anemia en el embarazo y asegurar que la gestante reciba la atención medica oportunamente en caso de detectarse factores de riesgos para la prevención de la ruptura prematura de membranas.
- Realizar auditoria de la calidad de atención en forma trimestral de la atención materna y perinatal a fin de monitorizar el cumplimiento de las normas técnicas y la calidad de atención.
- Mejorar la consejería de adherencia para el cumplimiento de realización de las ecografías y de la interconsulta médica indicadas, educando a la pareja en las clases de Psicoprofilaxis obstétrica y mejorando el acceso de la gestante a la consulta médica generando cupo y cita oportuna.
- Implementar un sistema de seguimiento y control de la infecciones vaginales y urinarias de las gestantes para verificar el cumplimiento del tratamiento y su control de orina post tratamiento.
- Fortalecer el proceso de la atención prenatal reenfocada en el primer nivel con enfoque integral, oportuno y completo, para el correcto y oportuno manejo de las patologías como infecciones del tracto urinario, infección cervico-vaginal, que contribuyen a la presentación de la patología en estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lopez-Osma F. SO-S. Ruptura Prematura De Membranas Fetales: De La Fisiopatología Hacia Los Marcadores Tempranos De La Enfermedad. Rev Colomb E Obstet Y Ginecol [Internet]. 2006;57(4):279-90. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/466>
2. Ministerio de Salud del Perú, Perinatal INM. Guías de Práctica Clínica para la atención de Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutoria. Ministerio de Salud del Perú. Ayacucho; 2007. 127-128 p.
3. Muñoz G, Levano J. Ruptura prematura de membranas en gestantes a término: factores asociados al parto abdominal. Rev Peru Ginecol y Obstet. 2010;56(3):226-31.
4. Vigil-De Gracia P, Savransky R, Pérez Wuff JA, Delgado Gutiérrez J, Nunez de Moraes E. Ruptura Prematura De Membranas Guía Clínica de Flasog. Guía clínica la Fed Lat Am Soc Ginecol y Obstet. 2011;1:5-11.
5. Araujo Anco C. Estimación del Grado de Asociación de los Factores de Riesgo en pacientes con Ruptura Prematura de Membranas atendidas en el hospital Hipólito Unzué de Tacna durante el periodo 2006-2010. Universidad Nacional Jorge Basadre G. Universidad Nacional Jorge Basadre G. de Tacna; 2012.
6. Rivera Z R, Caba B F, Smirnow S M, Aguilera T J, Larraín H A. Fisiopatología De La Ruptura Prematura De Las Membranas Ovículares En Embarazos De Pretérmino. Rev Chil Obstet Ginecol. 2004;69(3).

7. Instituto Materno Perinatal. CONSOLIDADO ESTADISTICO MATERNO PERINATAL 2004-2008. LIMA; 2008.
8. Sante giancarlo SE. Oligohidramnios en el Hospital Regional Hipólito Unanue, Tacna 2013-2015. Acta Médica Peru. 2016;33(2):165-6.
9. MINSAL. Ministerio de Salud. Guia perinatal. 2015.
10. Romero Arauz JF, Álvarez Jiménez G, Ramos León JC. Manejo de ruptura prematura de membranas pretérmino. Ginecol Obstet Mex. 2009;77(7):171-96.
11. Instituto Nacional de Salud. Guías Clínicas Del Departamento De Neonatología 2011. Guías Clínicas [Internet]. 2011;cap III:32-40. Disponible en: <http://himfg.com.mx/descargas/documentos/planeacion/guiasclinicasHIM/Gmobimortalidad.pdf>
12. Canorio Alvarez, R. G. (2019). Factores maternos y ruptura prematura de membranas en embarazos pre terminos atendido en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen. Junin.
13. Laura Gomez, T. (2018). Factores de riesgo que desencadenan la Ruptura Prematura de Membranas en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano. Puno: Uniersidad Andina Nestor Caceres Velasquez.
14. Barrionuevo Mendoza, Samanta. K., & Rivera Herrera, E. G. (2018). Factores de riesgos de ruptura prematura de membranas. Hospital Provincial General Docente Riobamba. Noviembre 2017-febrero 2018. REE, 12(1)
15. Díaz V. Factores de riesgo asociados a ruptura prematura de membranas en gestantes pre término atendidas en el Hospital Vitarte durante el año 2015

- [Internet]. Vol. 1, Universidad Ricardo Palma. 2017. Disponible en:
[http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/989/1/Díaz Gayosa Víctor Manuel_2017.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/989/1/Díaz_Gayosa_Víctor_Manuel_2017.pdf)
16. Huaytalla Nelly. Ruptura Prematura de Membranas en el Hospital de Apoyo de Huanta. 2017.
 17. Vasquez Juan. Epidemiología de La rotura prematura de membranas en un hospital ginecoobstétrico, Revista cubana de obstetricia y ginecología mayo junio 2003 Habana.
 18. Sarduy Rodríguez MDLC, Ramírez NS, Martínez AR. Sepsis en pacientes con rotura prematura de membranas pretérmino. Rev Cuba Obstet y Ginecol. 2016;42(3):330-43.
 19. Hospital Hipolito Unanue. REPORTE DEL SISTEMA DE INFORMACION MATERNO PERINATAL 2011. TACNA; 2011.
 20. Pinto S. Trabajo académico :Factores determinantes de la ruptura prematura de Membranas en el centro de Salud Alto Inclan ;Mollendo -Arequipa 2017. Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez. Universidad Andina Nesto Caceres Velasquez; 2017.
 21. Herrera Gladys. Metrorragia del 1er y 2do trimestre como factor de riesgo de ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital de apoyo III de Sullana. Enero – Diciembre 2013. 2013;23.
 22. Uriarte Arturo. Complicaciones Maternas Asociadas a Rotura Prematura De Membranas En. Universidad San Martín de Porres. 2013.
 23. Quintana E. Factores de riesgo maternos asociados a ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto del año

2014. Universidad nacional de la Amazonia Peruana. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2016.
24. Capcha Martínez NL, Fernández Tornero C. Complicaciones maternas y perinatales por ruptura prematura de membranas en embarazo pretérmino en el Hospital Nacional María Auxiliadora. Julio 2011 a junio 2012”. Repos Inst - WIENER [Internet]. 2014; Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/85>
 25. Gutiérrez M. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino Current management of premature rupture of the membranes in a preterm pregnancy. Rev Peru Ginecol Obs [Internet]. 2018;64(3):405. Disponible en: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2105>
 26. MINSA. Directiva Sanitaria de Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud. 2006;58.
 27. Assefa, N. E., Berhe, H., Gi, F., Berhe, K., Zewdie Berhe, Y., & Ge, G. (2018). Factores de riesgo de ruptura prematura de membranas en hospitales públicos en Mekelecity, Tigray, un estudio de control de casos. BMC Pregnancy and Childbirth, 18, 386.
 28. Hernandez Medina, M. I. (2019). Factores de riesgo asociados a Ruptura prematura de membranas en adolescentes del Hospital Nacional Hipolito Unanue. Lima.
 29. Menon R, Richardson LS. Ruptura prematura de membranas antes del trabajo de parto: una enfermedad de las membranas fetales. Semin Perinarol. 2017;41(7):409–19.

30. Doren V Adriana, Carvajal C Jorge. Alternativas de manejo expectante de la rotura prematura de membranas antes de la viabilidad en embarazos únicos. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2012 [citado 2021 Ene 26] ; 77(3): 225-234. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000300010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000300010>.
31. Villacis Reinoso, A. (2017). *La anemia asociada a la ruptura prematura de membranas en mujeres que acuden a la Unidad Municipal de Salud* . Quito: Universidad central del Ecuador.
32. México, AN. (2017) administración de riesgos institucionales. México.