



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA

DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO
PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE OBSTETRIZ

TEMA:

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN EMBARAZO DE 30 SEMANAS

AUTORA:

MARIA STEFANIE ANCHUNDIA ROBALINO

TUTOR:

DR. HUGOLINO ORELLANA GAIBOR

BABAHOYO-LOS RÍOS-ECUADOR

2018



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACIÓN

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

OBST. ANA MARÍA PASOS BAÑO, MSc.
DECANO O DELEGADO (A)

DR. HERMAN ROMERO RAMIREZ, MSc.
COORDINADOR DE LA CARRERA
O DELEGADO (A)

Q.F. MAITE MAZACON MORA, MSc.
COORDINADOR GENERAL DEL CIDE
O DELEGADO (A)

AB. CARLOS FREIRE NIVELA
SECRETARIA GENERAL (E)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO





**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE
BABAHOYO**
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACION



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, **DR. HUGOLINO ORELLANA GAIBOR**, en calidad de Docente - Tutor de la estudiante Srta. **ANCHUNDIA ROBALINO MARIA STEFANIE** la misma que está matriculada en la modalidad del Examen Complexivo (Dimensión Práctica), con el tema, "**RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS**", de la Carrera de **OBSTETRICIA** de la Escuela de **OBSTETRICIA**, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el Caso Clínico (Dimensión Práctica) pueda ser presentado para continuar con el proceso de titulación, el mismo debe ser sustentado y sometido a evaluación por parte del jurado que designe el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 17 días del mes de septiembre del año 2018

Hugolino Orellana Gaibor

HUGOLINO ORELLANA GAIBOR

CI: 1201835467





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACION



DECLARACIÓN DE AUTORÍA

A: Universidad Técnica de Babahoyo
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Obstetricia
Carrera de Obstetricia

Por medio del presente dejo constancia de ser la autora del Caso Clínico (Dimensión Práctica) titulado:

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS. Doy fe que el uso de marcas, inclusivas de opiniones, citas e imágenes son de mi absoluta responsabilidad, quedando la Universidad Técnica de Babahoyo exenta de toda obligación al respecto.

Autorizó, en forma gratuita, a la Universidad Técnica de Babahoyo a utilizar esta matriz con fines estrictamente académicos o de investigación.

Fecha: 17 de septiembre del 2018

Autora

MARÍA STEFANIE ANCHUNDIA ROBALINO

CI. 120548820-6



BABAHOYO, 17 de septiembre del 2018

CERTIFICACION DEL TUTOR DEL PROYECTO DE TITULACION, EXAMEN COMPLEXIVO.

Lcda. Betty Narcisa Mazacón Roca. PhD.
DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACION, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

En mi calidad de tutor de la señorita **ANCHUNDIA ROBALINO MARIA STEFANIE** en el CASO CLINICO-EXAMEN COMPLEXIVO, entrego el certificado del sistema URKUND.

URKUND

Documento [Rotura Prematura de Membranas.docx](#) (041396753)

Presentado 2018-09-12 18:09 (-05:00)

Presentado por stefilta141994@gmail.com

Recibido horellana.utb@analysis.arkund.com

9% de estas 10 páginas, se componen de texto presente en 10 fuentes.

H. Orellana Gaibor

DR HUGOLINO ORELLANA GAIBOR

Dr. Hugolino Orellana Gaibor
GINECO OBSTETRA
LIBRO & FOLIO 6007 11- 4018



*Recibido
17/09/18
B. N.*

INDICE GENERAL.

INDICE GENERAL	I
RESUMEN	III
INTRODUCCION	V
TITULO DE CASO CLINICO	VI
I. MARCO TEÓRICO.	1
1. ESTRUCTURA DE LAS MEMBRANAS FETALES.	1
2. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM).	2
3. SIGNOS Y SINTOMAS DE RPM.	2
4. COMPLICACIONES DE LA RPM.	4
5. DIAGNOSTICO DE RPM.	5
6. MANEJO DE LA RPM	5
7. INDUCCION DEL PARTO EN LA RPMP.	7
8. LA VÍA DEL PARTO.	8
1.1. Justificación.	8
1.2. Objetivos.	10
1.2.1. Objetivo general.	10
1.2.2. Objetivos específicos.	10
1.3. Datos generales.	11

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.	12
2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.	12
2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).	13
2.3. Examen físico (exploración clínica).	13
2.4. Información de exámenes complementarios realizados.	14
2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.	17
2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.	18
2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	19
2.8. Seguimiento.	20
2.9. Observaciones.	21
CONCLUSIONES.	22
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	23
ANEXOS.	25

RESUMEN

Es la solución de continuidad de la membrana corioamniótica antes del inicio de trabajo de parto. Es una de las causas más importante de morbilidad materna y se le ha relacionado hasta con un 10% de la mortalidad perinatal.

La rotura prematura de membranas pretérmino predispone al parto pretérmino. La rotura prematura de membranas siempre aumenta el riesgo de infección en la mujer (corioamnionitis) o el neonato (sepsis), al igual que el riesgo de presentaciones fetales anormales y de desprendimiento de placenta. Los estreptococos del grupo B y la *Escherichia coli* son causas comunes de infección. Una vez dado la ruptura es recomendado el parto cuando el riesgo de infección sobrepasa el riesgo de prematuridad. Se presentan en dos capas: amnios y corion. Que a su vez pueden estratificarse en distintas láminas como son: Membrana basal, epitelio, capa reticular, trofoblasto y capa intermedia esponjosa.

Estas se encargan de secretar colágeno y su principal función es la de protección a través de la fuerza tensil y contenedor del líquido amniótico.

Para un buen manejo de la ruptura prematura de membranas hay que verificar la edad gestacional y el bienestar fetal y debe decidirse la vía del parto, la cual dependerá de la edad gestacional, la presentación fetal y la exploración cervical.

Para la inducción del parto también puede ser recomendada de forma segura entre las semanas 32 a 34 si la madurez fetal ha sido confirmada.

El diagnóstico clínico de la ruptura prematura de membranas es relativamente fácil en aquellas pacientes que presentan una salida evidente de líquido amniótico por la vía vaginal.

PALABRAS CLAVES:

CORIOAMNIONITIS

OLIGOAMNIOS

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

DIAGNOSTICO

SUMMARY

It is the solution of continuity of the chorioamniotic membrane before the start of labor. It is one of the most important causes of maternal morbidity and mortality and has been associated with up to 10% of perinatal mortality.

Premature rupture of preterm membranes predisposes to preterm labor. Premature rupture of membranes always increases the risk of infection in women (chorioamnionitis) or the neonate (sepsis), as well as the risk of abnormal fetal presentations and placental abruption. Group B streptococci and Escherichia coli are common causes of infection. Once the rupture is given, delivery is recommended when the risk of infection exceeds the risk of prematurity. They come in two layers: amnion and chorion. That in turn can be stratified into different sheets such as: Basal membrane, epithelium, reticular layer, trophoblast and spongy intermediate layer.

These are responsible for secreting collagen and its main function is that of protection through tensile strength and amniotic fluid container.

For a good management of premature rupture of membranes, gestational age and fetal well-being should be verified and the delivery route should be decided, which will depend on gestational age, fetal presentation and cervical exploration.

For the induction of parturition it can also be recommended safely between weeks 32 to 34 if fetal maturity has been confirmed.

The clinical diagnosis of premature rupture of membranes is relatively easy in those patients who present an obvious exit of amniotic fluid through the vaginal route.

KEYWORDS

CHORIOAMNIONITIS

PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES

OLIGOHYDRAMNIOS

DIAGNOSIS

INTRODUCCIÓN.

La ruptura prematura de las membranas ovulares (RPM): “es la solución de continuidad de la membrana corioamniótica antes del inicio del trabajo de parto. Esta complicación del embarazo tiene una prevalencia del 10% de los embarazos y 20% de los casos ocurre en gestaciones de pretérmino.” (Rivera, et al., 2004.). “Es una causa importante de morbilidad materna y se le ha relacionado hasta con un 10% de la mortalidad perinatal. La frecuencia y severidad de las complicaciones neonatales después de la RPMP varían de acuerdo a la edad gestacional. Existe, además, riesgo de corioamnionitis, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI) (4-12%), y compresión del cordón umbilical debido al oligohidramnios.” (Romero, et al., 2010)

“La causa de la ruptura prematura de membranas es multifactorial y varía con la edad gestacional.” (Vigil, et al., 2011). “Una vez que se ha dado la ruptura, es recomendado el parto cuando el riesgo de infección sobrepasa el riesgo de prematuridad.” (Vargas & Vargas, 2014); “La ruptura prematura de membranas pretermino en embarazos de pretérmino es responsable de un tercio de los casos de partos prematuros y del 10% de las muertes perinatales; también se asocia a un aumento en la morbilidad materna infecciosa dada por corioamnionitis e infección puerperal.”, (Rivera, et al., 2004.)

Basado en los antecedentes teóricos de la patología, este trabajo de investigación, muestra el análisis de los procedimientos que fueron aplicados en una gestante con 30 semanas de embarazo y Ruptura prematura de membranas pretermino, así como los resultados que se obtuvieron, a partir del tratamiento empleado para el manejo de la complicación.

TEMA:
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN EMBARAZO
DE 30 SEMANAS

I. MARCO TEÓRICO.

1. ESTRUCTURA DE LAS MEMBRANAS FETALES:

“Las membranas fetales estructuralmente presentan dos capas conocidas y diferenciadas histológicamente como corion y amnios, las cuales pueden a su vez estratificarse en distintas láminas.” (López & Ordóñez, 2006), estas se encargan de secretar colágeno, su principal función es la de protección a través de la fuerza tensil y contenedor del líquido amniótico. En la figura 1 López, 2006 muestra el detalle de la estructura y composición de las membranas ovulares.



Capa	Composición de la Matrix extracelular
Amnios	
Epitelio	
Membrana basal	Colageno tipo III, IV, V, lámina fibronectina
Capa compacta	Colageno tipo I, III, IV, fibronectina
Capa fibroblástica	Colageno tipo III, IV, V, I, lámina fibronectina
CAPA INTERMEDIA (ESPONJOSA)	Colageno tipo I, III, IV, proteoglicanos
Corion	
Capa reticular	Colageno tipo I, III, IV, V, VI, proteoglicanos
Membrana basal	Colageno tipo IV, fibronectina, lámina
Trofoblasto	

Figura 1. Representación esquemática de las membranas fetales a término y su composición extracelular correspondiente. (López & Ordóñez, 2006)

2. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM).

La ruptura prematura de membranas esta determinada como la disolución de continuidad de las membranas corioamnióticas u ovulares que aparece antes del inicio del trabajo de parto, esto ocurre en el 10% de las mujeres embarazadas. Las Ruptura prematura de membranas se clasifican tomando en cuenta la edad gestacional en la que ocurre, así tenemos: “ruptura prematura de membranas fetales pretérmino “previable” (menos de 23 semanas en países desarrollados), ruptura prematura de membranas fetales pretérmino “lejos del término” (desde la viabilidad hasta aproximadamente 32 semanas de gestación), ruptura prematura de membranas fetales pretérmino “cerca al término” (aproximadamente 32-36 semanas de gestación).” (López & Ordóñez, 2006)

La fisiopatología de la ruptura prematura de membranas se basa en estudios histológicos del lugar donde generalmente suelen ocurrir las rupturas de las membranas a término, puesto que se ha demostrado la existencia de zonas con morfología alterada, que presenta signos característicos como el engrosamiento del tejido conectivo, el adelgazamiento del citotrofoblasto y de la decidua, así como la disrupción de las conexiones entre el amnios y el corion. A estas alteraciones fisiológicas a término, se le suma la dilatación cervical predisponiendo la ruptura en ese sitio.

3. SIGNOS Y SINTOMAS DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS:

Ante la presencia de ruptura prematura de membranas pretérmino se debe valorar:

- Eliminación vía vaginal de líquido amniótico a diferentes intensidades.
- Actividad uterina, acompañado de dolor en hipogastrio.

Los cambios bioquímicos y celulares están producidos por la liberación de eicosanoides, fosfolipasas, citocinas, metaloproteinasas, elastasas y otras proteasas como respuesta a estímulos fisiológicos o patológicos que desencadenan la RPM. En cuanto a las causas maternas, la Dra. Castañeda elabora un cuadro en el que detalla los siguientes factores de riesgo.

Causas maternas:

Cuadro 1: Factores de riesgo para ruptura prematura de membranas.

Patologías genitales	Patologías gestacionales	Hábitos
1. Cirugía genital previa como cerclaje.	1. Embarazo múltiple.	1. Tabaco.
2. Incompetencia cervical.	2. Multiparidad.	2. Drogadicción.
3. Desgarros cervicales.	3. Polihidramnios.	3. Actividad sexual.
4. Malformaciones uterinas.	4. Distocias de presentación.	
5. Procesos infecciosos: cervicitis, vaginosis, infecciones del tracto urinario.	5. Placenta previa.	
	6. Traumatismo.	
	7. Amenaza de parto pretermino.	
	8. Deficiencia de vitamina C, Zinc y Cobre.	

Fuente: (Dra. Castañeda, 2015)

Sin embargo, la ruptura prematura de membranas en la mayoría de los casos, suele ocurrir sin ningún factor de riesgo identificable.

4. COMPLICACIONES DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

“La rotura prematura de membranas se asocia con elevada morbilidad y mortalidad, independientemente de la edad gestacional.” (Ortiz, et al., 2008) y se asocia a complicaciones tanto maternas como fetales.

Riesgos Maternos:

- Infección del líquido amniótico, puede ocurrir entre 13 y 60%. Es mayor a menor edad gestacional, además puede incrementarse con el tacto vaginal.
- Desprendimiento prematuro de la placenta, se presenta entre 4-12%.
- Infección post parto, ocurre entre 2 y 13%.

Riesgos Fetales:

- Prematuridad y por ende problemas respiratorios, enterocolitis necrotizante, hemorragia intraventricular, sepsis y muerte neonatal, en la Ruptura prematura de membranas lejos del término.
- Síndrome de respuesta inflamatorio fetal. Se ha descrito tanto en nacimientos de partos pretermino y en nacimientos con ruptura prematura de membranas, especialmente lejos del término.
- Secuelas posteriores al nacimiento como displasia broncopulmonar y daños cerebrales.
- Compresión del cordón y prolapso del cordón umbilical.
- Oligohidramnios.

5. DIAGNÓSTICO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

“El diagnóstico en la historia clínica sugestiva de ruptura prematura de membranas, junto con la visualización de la salida, que en el 80 – 90% de los casos se evidencia tras la colocación del espéculo.” (SEGO, 2012). El diagnóstico clínico es relativamente fácil en aquellas pacientes que presentan una salida evidente de líquido amniótico por la vía vaginal, de igual forma puede documentarse utilizando otras técnicas:

1. Visualización de la salida del líquido amniótico en zona cervical o la acumulación de líquido en el fondo del saco vaginal.
2. Ecografía determinando el índice de líquido amniótico.
3. Prueba de Nitrazina: cambio de coloración del papel de amarillo a azul por alcalinización debido al líquido amniótico.
4. Prueba de arborización en helecho: Frotis + cristalización de líquido amniótico obtenido del fondo del saco vaginal.

“Una vez confirmado el diagnóstico, se debe valorar la posibilidad de corioamnionitis, que constituye la complicación materna principal después de la rotura de membranas, a la que puede seguir o no, una sepsis generalizada.” (Dr. Davila, 1985)

6. MANEJO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

El manejo adecuado de la ruptura prematura de membranas pretermino requiere un proceso, inicialmente encaminado a la confirmación del diagnóstico, hay que verificar la edad gestacional y el bienestar fetal, y debe decidirse la vía del parto (la cual dependerá de la edad gestacional, la presentación fetal y la exploración cervical), contraindicaciones absolutas para la finalización

inmediata del embarazo son la corioamnionitis, los monitoreos fetales no tranquilizador y el inicio del trabajo de parto.

De existir ruptura prematura de membranas entre las 24 a 34 semanas de gestación se recomienda manejo expectante acompañado de tratamiento antibiótico profiláctico y administración de corticoides para contrarrestar el riesgo de infección y la morbilidad derivada de la prematuridad por dificultades respiratorias.

- Manejo expectante de la ruptura prematura de membranas pretermino: se tienen valores de sobrevivencia de las pacientes con ruptura prematura de membranas en manejo expectante lejos de término (24 a 34 semanas 6 días) con tratamiento adecuado, el 50-60% nacerán en la primera semana después de la ruptura prematura de membranas; el 70-75% tendrá su parto en 2 semanas y el 80-85% en los 28 días siguientes a la ruptura prematura de membranas, no obstante debe tenerse en cuenta que, “Las pacientes con ruptura prematura de membranas lejos de término, deben manejarse en forma expectante si no existen contraindicaciones maternas o fetales.” (Ministerio de Salud Pública, 2015).
- Corticoides en la ruptura prematura de membranas: “Todas las embarazadas entre 24 y 34 semanas 6 días, con riesgo de parto pretérmino dentro de los siguientes 7 días, deben ser consideradas para el tratamiento antenatal con un curso único de corticoesteroides.” (Ministerio de Salud Pública, 2015), para lo cual, según las recomendaciones del Ministerio de Salud Pública como tratamiento de primera elección se debe administrar Betametasona 12 mg IM (glútea) cada 24 horas, completando dos dosis. Y como alternativa Dexametasona 6 mg intramuscular cada 12 horas por cuatro dosis.

- Tratamiento antibiótico profiláctico en ruptura prematura de membranas: los antibióticos están indicados profilácticamente para contribuir a la reducción de corioamnionitis e infecciones neonatales, así como la mortalidad perinatal. Para lo cual se recomienda el siguiente esquema de tratamiento: terapia con antibióticos para ruptura prematura de membranas lejos de término por 7 días:
 - “Las primeras 48 horas Ampicilina 2 gramos intravenosa en dosis inicial, seguido de 1 gramo intravenosa cada 6 horas + Eritromicina 250 mg vía oral cada 6 horas.
 - Luego continuar los siguientes 5 días con Amoxicilina 500 mg vía oral cada 8 horas + Eritromicina 250 mg vía oral cada 6 horas.” (Ministerio de Salud Pública, 2015)

7. INTERRUPCIÓN DEL PARTO EN RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

“Las pacientes con ruptura prematura de membranas pretermino y con evidente: trabajo de parto, corioamnionitis, compromiso fetal, muerte fetal, desprendimiento normoplacentario, o de 35 semanas o más de edad gestacional, requieren interrupción del embarazo.” (Ministerio de Salud Pública, 2015). Se puede realizar inducción con oxitocina con la finalidad de disminuir las tentativas de infecciones en pacientes con ruptura de membranas que presenten factores predisponentes y se debe valorar el historial obstétrico para descartar cesáreas de emergencia, puesto que en presencia de ruptura prematura de membranas son mayores los riesgos de infecciones post parto, infección de la herida quirúrgica, síndromes febriles puerperales entre otras complicaciones.

8. LA VÍA DEL PARTO EN RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

“Será la que el médico tratante sugiera de acuerdo a la gravedad de la patología, pero se sabe que: La inducción de la labor de parto puede también ser recomendada de forma segura entre las semanas 32 a 34 si la madurez fetal ha sido confirmada.” (Vargas & Vargas, 2014)

1.1. Justificación.

El presente caso se basa en la información obtenida de la historia clínica de una paciente de 38 años de edad con embarazo de 30 semanas de gestación que presento ruptura prematura de membranas pretermino, el estudio se realizó con la finalidad de identificar las posibles causas y determinar si el tratamiento que se aplico fue el idóneo de acuerdo a lo que propone el Ministerio de Salud Pública en la guía de práctica clínica para el manejo de la ruptura prematuras de membranas, al mismo tiempo se analizaran los resultados obtenidos del seguimiento, tomando en cuenta la teoría investigada de autores científicos sobre la patología.

La carrera de Obstetricia por estar destinada a precautelar el bienestar tanto materno como fetal, exige eficiencia, vocación y disciplina, al momento de tratar a las gestantes, de esta forma con el desarrollo del presente trabajo de investigación he podido demostrar mis conocimientos y capacidad profesional para el manejo de patologías que conllevan complicaciones obstétricas, teniendo en cuenta que el perfil de la carrera se encuentra encaminado a la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, brindando así la oportunidad de cuidar de la mujer en todas las etapas de sus vidas.

1.2. Objetivos.

1.2.1. Objetivo general.

1. Analizar los resultados obtenidos del diagnóstico y tratamiento a la gestante que presentó ruptura prematura de membranas.

1.2.2. Objetivos específicos.

1. Determinar los criterios de diagnóstico y tratamiento establecidos por el Ministerio de Salud Pública en gestantes con ruptura prematura de membranas.

1.3. Datos generales.

- **Sexo:** Femenino.
- **Edad:** 38 años.
- **Procedencia:** Babahoyo – Clemente Baquerizo – Puertas Negras.
- **Subcentro de Salud de control prenatal:** SCS Puertas Negras.
- **Número de controles prenatales:** 1
- **Escolaridad:** Bachiller.
- **Actividad:** Ama de casa.
- **Estado Civil:** Unión Libre.
- **Vivienda:** Familiar.
- **Tipo de vivienda:** Mixta. (cemento – madera)
- **Localidad de habidad:** suburbios del área urbana.
- **Número de personas que habitan la vivienda:** 6 habitantes.
- **Número de hijos:** 2 hijos.

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO.

2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

- **Motivo de consulta:** Dolor pélvico y pérdida de líquido vía vaginal.
- **Antecedentes patológicos personales:** no refiere.
- **Antecedentes Gineco-Obstetricos:**
 - **Gestas:** 6
 - **Abortos:** 4
 - **Partos:** 2
 - **Fecha de Última Menstruación (FUM):** 09/11/2017.
 - **Fecha Probable de Parto:** 19/08/2018.
 - **Edad Gestacional:** +/- 30 semanas de gestación.
 - **Periodo Intergenésico:** 7 años.
- **Hábitos nocivos:** no refiere.
- **Alergias:** no refiere.
- **Antecedentes patológicos familiares:** Madre hipertensa y tía diabética.

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

Paciente en aparente buen estado general, acude a la consulta por emergencia obstétrica, de forma ambulatoria, cursa al momento con embarazo de +/- 30 semanas de gestación, refiere pérdida de líquido abundante por vía vaginal, disminución de movimientos fetales acompañado de dolor tipo contráctil de moderada intensidad en hipogastrio que se irradia a zona lumbar de +/- 12 horas de evolución.

2.3. Examen físico (exploración clínica).

Al examen físico: paciente hemodinamicamente estable, alerta, afebril, orientada en tiempo y espacio, a la palpación abdomen globuloso, altura uterina 29 cm ocupado por feto único, movimientos fetales poco perceptibles, en situación longitudinal, posición izquierda, presentación cefálica, LCF 130lpm y tono uterino normal con actividad.

Especuloscopia: se observa cérvix dilatado 4cm, borrado 40% y membranas rotas con eliminación moderada de líquido amniótico claro.

Signos Vitales:

T/A:	FC:	FR:	T° axilar:	Sat Oxi:	Proteinuria:	Score Mama:
132/79 mm Hg.	87 x´	18 x´	36.5 °C.	98%.	Negativa.	(0)

Fuente: Información tomada del Hemograma de la Historia Clínica de la Paciente.

2.4. Información de exámenes complementarios realizados.

Reporte Ecográfico: Útero aumentado de tamaño ocupado por feto único, movimientos fetales visibles, latido cardiaco fetal (LCF) 130 lpm, edad gestacional 30s.2d por biometría fetal, peso fetal 1470 g. Índice de líquido amniótico (ILA) 7cm. Placenta fúndica posterior, se evidencia signos de madurez placentaria grado II.

IMÁGEN DE DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

- Embarazo +/- 30 semanas.
- Oligoamnios Leve.

Reporte de Monitoreo Fetal: Actividad uterina 4 contracciones de 60 a 70% de intensidad en 10 minutos y LCF desde 130lpm a 160lpm en 10 minutos.

Reporte de Exámenes de Laboratorio:

Biometría Hemática		
Descripción del examen.	Resultado	Valor Referencial.
Hematocrito.	37.4 %	37.0 – 47.0
Hemoglobina.	13.1 g/dl	11.0 – 15.0
Plaquetas.	352	150 – 450
Linfocitos.	14.45%	20.0 – 40.0
Neutrófilos.	84.3%	50.0 – 70.0
Grupo Sanguíneo:	O	
Factor RH:	+ (positivo)	
VIH:	Negativo.	
VDRL:	Negativo.	

Fuente: Información tomada del Hemograma de la Historia Clínica de la Paciente.

UROANÁLISIS	
PARAMETROS	RESULTADO
COLOR:	Amarillo oscuro.
ASPECTO:	Turbio.
DENSIDAD:	1018
pH:	7,8
PROTEÍNAS:	Negativo.
GLUCOSA:	Negativo.
HEMOGLOBINA:	Negativo.
CETONURIA:	Negativo.
NITRITOS:	Negativo.
UROBILINOGENOS:	Normales.
CELULAS EPITELIALES:	3 xc
LEUCOCITOS:	11xc
HEMATIES:	1 xc
FILAMENTOS MUCOSOS:	Escasos.
BACTERIAS:	+++
CRISTALES:	No se observan.

Fuente: Información tomada del Uronálisis de la Historia Clínica de la Paciente

2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Diagnostico Presuntivo:

1. Embarazo de +/- 30 semanas.
2. Ruptura prematura de membranas.
3. Trabajo de parto prematuro.

Diagnóstico Diferencial:

1. Vaginosis Bacteriana.

Diagnóstico Definitivo:

1. Embarazo de +/- 30 semanas.
2. Trabajo de parto prematuro.
3. Ruptura prematura de membranas.

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

Origen del problema: Para determinar el origen del problema, se procedió a revisar la historia clínica de la paciente, en donde se encontró que la paciente presenta factores de riesgo importantes, tales como: historial obstétrico desfavorable (4 abortos, 2 partos), infección de vías urinarias y controles prenatales insuficientes, los cuales son de alto riesgo obstétrico y se caracterizan por propiciar complicaciones materno-fetales como la ruptura prematura de membranas, trabajo de parto pretermino, prematuridad, entre otras.

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

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

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

- 1. Maduración pulmonar fetal:** el Ministerio de Salud Pública recomienda utilizar un esquema único de esteroides antenatales que debe administrarse para la respectiva maduración fetal entre las 24 y 34 semanas 6 días es decir antes de las 35 semanas, para reducir el riesgo de síndrome de dificultad respiratoria en el neonato, la hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante y mortalidad perinatal.
- 2. Profilaxis con antibióticos:** “El tratamiento profiláctico intra-parto para estreptococo del grupo B, se realiza para prevenir infección. Un estudio prospectivo del estreptococo B hemolítico, llevado a cabo en Estado Unidos mostró que el 2% de las mujeres desarrolló endometritis pos-parto” (México Secretaría De Salud, 2010)
- 3. Vía del parto: parto vaginal:** “Luego de las 28 semanas se puede seguir el protocolo de inducción de parto convencional.” (Dr. Pons, et al., 2014); pero en este caso no se necesitó de inducción del trabajo de parto, ya que progreso satisfactoriamente, ya que la paciente tuvo 2 partos vaginales anteriores y se encontraba con trabajo de parto pretermino en fase activa.
- 4. Manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto:** “manejo activo (comprende la administración profiláctica de uterotónicos, la tracción controlada del cordón umbilical y el masaje uterino tras la expulsión de la placenta).” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015) esto se realiza para disminuir el riesgo de hemorragia posparto (HPP), administrando oxitocina intramuscular 10 UI. Y realizando masajes uterinos cada 15 minutos durante dos horas.

2.8. Seguimiento.

La paciente es ingresada en el servicio de emergencia gineco-obstetricia por presentar dolor tipo contráctil de moderada intensidad en hipogastrio que se irradia a zona lumbar acompañado de eliminación de líquido amniótico por vía vaginal con evolución de +/-12 horas. Con los resultados de los procedimientos realizados se determina embarazo de +/- 30 semanas, la ruptura prematura de membranas y el trabajo de parto pretermino; por lo cual se indica parto vaginal, tratamiento antibiótico se prescribe Lactato de Ringer 1000cc IV a 40 gotas por minuto, 1g de ampicilina IV a stat, Dexametasona 12mg IM (1º dosis) y control de signos vitales.

Transcurridas 5 horas en manejo expectante del trabajo de parto, bajo normas de asepsia y antisepsia con parámetros completos: dilatación 10cm, borramiento 100%, membranas rotas, se obtiene del parto vaginal producto único, vivo en presentación cefálica, sexo masculino; la paciente se encontró en excelentes condiciones durante el manejo del tercer periodo del parto. Diagnóstico: puerperio fisiológico inmediato. Neonatólogo reporta: neonato masculino prematuro de 30 semanas, con bajo peso al nacer se estabiliza y solicita transferencia a tercer nivel de atención de emergencia; se logró transferencia del neonato en buenas condiciones, y se obtuvieron resultados favorables, no registro síndrome de dificultad respiratoria, luego de 4 semanas de internación en neonatología de tercer nivel es dado de alta.

Se realizó control del puerperio sin novedades que reportar. Con 48 horas de hospitalización en buenas condiciones generales es dada de alta, se recomendó para uso ambulatorio antibioticoterapia y analgésico por 5 días.

2.9. Observaciones.

- El manejo y tratamiento de la ruptura prematura de membranas, que se aplicó a la paciente se basó por completo en las recomendaciones indicadas en las guías de práctica clínica del ministerio de salud pública.
- El embarazo fue de diagnóstico tardío (25 semanas de gestación), razón por la cual presenta controles prenatales insuficientes.
- La paciente presento infección de vías urinarias según los exámenes de laboratorio, pero se encontraba en ausencia de síntomas (asintomática).
- Se indicó la vía del parto vaginal, por no presentar indicadores de sufrimiento fetal o complicaciones maternas que imposibilitaran el trabajo de parto, se obtuvo buenos resultados tanto maternos como del producto.

CONCLUSIONES.

Mediante el análisis de los resultados obtenidos a partir de los estudios que se le realizó a la paciente, se concluye, que las causas relacionadas a la ruptura prematura de membranas lejos del término, probablemente están sujetas a los factores de riesgo que se identificaron: historial obstétrico desfavorable (4 abortos), controles prenatales insuficientes y a la infección de las vías urinarias sin tratamiento.

En el presente análisis del caso clínico la ruptura prematura de membranas presento como complicación fetal, la prematuridad neonatal; coadyuvando a esto los escasos controles prenatales y a los casi nulos cuidados integrales de salud que se requieren durante la gestación, aquí radica la importancia de la atención integral de salud a mujeres en edad fértil para realizar los controles de fecundidad y diagnosticar tempranamente el embarazo así como patologías, para de esta forma evitar complicaciones materno-fetales y disminuir los índices de morbimortalidad por causas prevenibles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Dr. Davila, G., 1985. ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS: EVALUACION Y DIAGNOSTICO. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*., pp. 1-5.
- Dr. Pons, A. y otros, 2014. Muerte Fetal.. *REVISTA MEDICA DE LA CLÍNICA CONDES*, pp. 1-9.
- Dra. Castañeda, E., 2015. *RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y CORIOAMNIONITIS*. s.l.:s.n.
- López-Osma, F. & Ordóñez-Sánchez, S., 2006. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS FETALES: DE LA FISIOPATOLOGÍA HACIA LOS MARCADORES TEMPRANOS DE LA ENFERMEDAD. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*., pp. (57)1-12.
- México Secretaría De Salud, 2010. *Diagnóstico y Tratamiento de la Muerte fetal con Feto Único*. [En línea] Available at: www.cenecec.salud.gob.mx/interior/gpc.html
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, D. N. d. N., 2015. *Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato*. [En línea] Available at: <http://salud.gob.ec>
- Ministerio de Salud Pública, D. N. d. N., 2015. *Ruptura prematura de membranas pretérmino*. [En línea] Available at: <http://salud.gob.ec>
- Ortiz, F. y otros, 2008. Factores sociodemográficos y obstétricos asociados con rotura prematura de membranas. *Medigraphic Artemisa*, pp. 1-8.
- Rivera, R. y otros, 2004.. FISIOPATOLOGÍA DE LA ROTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS OVULARES EN EMBARAZOS DE MEMBRANAS.. *REVISTA CHILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA*., pp. 249-255.

Romero-Arauz, J., Álvarez-Jiménez, G. & Ramos-León, J., 2010. MANEJO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.. *Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, A.C.*, pp. 177-178.

SEGO, 2012. Ruptura Prematura de Membranas. *Protocolos Asistenciales en Obstetricia*, pp. 1-21.

Vargas-Arias, K. & Vargas-Román, C., 2014. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA*, pp. 1-5.

Vigil-De Gracia, P. y otros, 2011. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS. *Guía clínica de la Federación Latino Americana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia FLASOG.*, pp. 1-19 .

ANEXO.

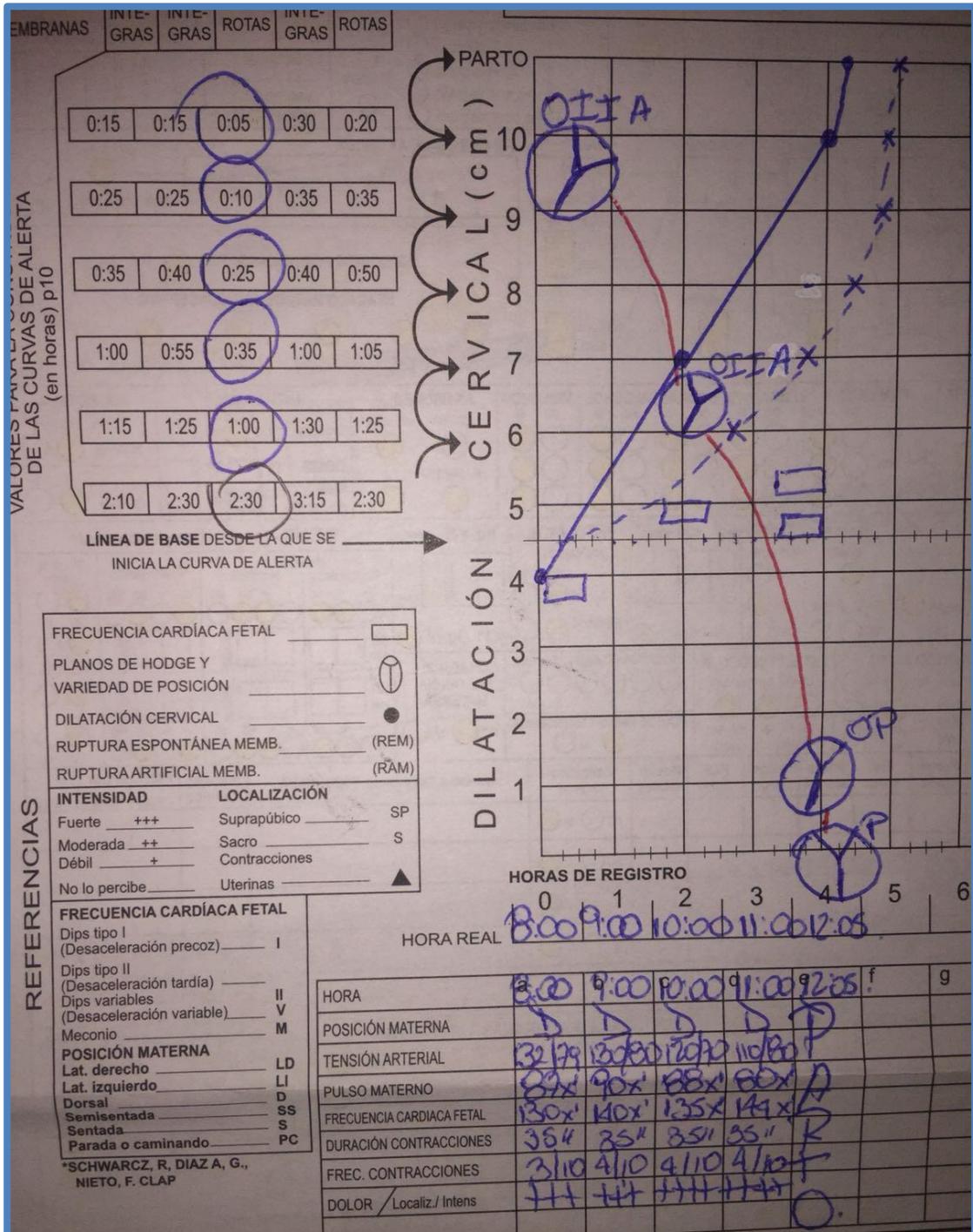


Figura 1: imagen de partograma tomada de la historia clínica de la paciente.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE
BABAHOYO**
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACION



Babahoyo, 06 de Agosto del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.

De mis consideraciones:

Por medio de la presente, Yo, **ANCHUNDIA ROBALINO MARIA STEFANIE**, con cédula de ciudadanía **120548820-6**, egresada de la Escuela de Obstetricia, Carrera Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacer la entrega de del tema de Caso Clínico: **RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN EMBARAZO DE 30 SEMANAS.**

Por la atención que se dé a la presente quedo de usted muy agradecida.

Atentamente,

ANCHUNDIA ROBALINO MARIA STEFANIE

CI 120548820-6

Recibido
06/08/2018
11480



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACIÓN**



Babahoyo, 05 de julio del 2018

OBST.
LILIAN MUÑOZ SOLORZANO
COORDINADORA DE TITULACION
EN SU DESPACHO. -

Yo, ANCHUNDIA ROBALINO MARIA STEFANIE, con cédula de ciudadanía 120548820-6, egresada de la Carrera de OBSTETRICIA, de la Facultad de Ciencias de la Salud, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega del siguiente documento para la presentación de la propuesta del Caso Clínico, cuyos requisitos son.

PROPUESTA DEL CASO CLINICO
REGISTRO DE TUTORIAS
SOLICITUD DE ENTREGA DE LA PROPUESTA DEL TEMA
INFORME DE ACEPTACION DE LA PROPUESTA DEL TEMA
CD

Agradezco por su atención

Atentamente,

ANCHUNDIA ROBALINO MARIA STEFANIE
C.I 120548820-6

*Obst
06/07/2018
Lilian*



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIDAD DE TITULACIÓN
 PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018
 CARRERA DE OBSTETRICIA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 06/09/2018

REGISTRO DE TUTORIAS DEL CASO CLINICO PRIMERA ETAPA

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Dr. Hugo Pino Mellano Castro. FIRMA: Hugo Mellano

TEMA DEL CASO CLINICO: Ruptura Prematura de Membranas en Embarazo de 30 Semanas

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Maria Skjorie Anchandia Robino
 CARRERA: Obstetricia

Pag. No. _____

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	FIRMAN	
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiante
1hr	20/6/18	Solución del Tema	/			Hugo Mellano	[Firma]
1hr	27/6/18	Revisión del Caso Clínico Propuesto	/			Hugo Mellano	[Firma]
1hr	4/7/18	Aprobación del Caso				Hugo Mellano	[Firma]

Obst. Lillem Muñoz Solórzano, MSc.
 COORDINADORA DE TITULACIÓN
 CARRERA DE OBSTETRICIA



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE
BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACION**



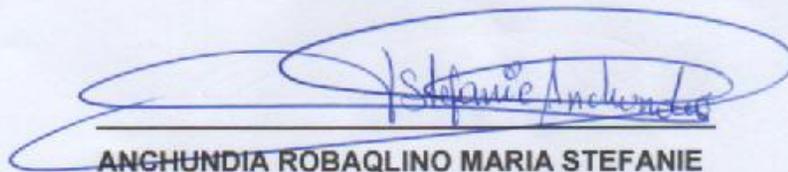
Babahoyo, 20 de Septiembre del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.

De mis consideraciones:

Por medio de la presente, Yo, **ANCHUNDIA ROBALINO MARIA STEFANIE**, con cédula de ciudadanía **120548820-6**, egresada de la Escuela de Obstetricia, Carrera Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacer la entrega de los tres anillados del Caso Clínico (Dimensión Práctica), tema: **RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN EMBARAZO DE 30 SEMANAS**, para que pueda ser evaluado por el Jurado asignado por el H. Consejo Directivo determinado por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo.

Atentamente,


ANCHUNDIA ROBAQLINO MARIA STEFANIE

CI. 120548820-6



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA
UNIDAD DE TITULACIÓN**



Babahoyo, 05 de julio del 2018

OBST.
LILIAN MUÑOZ SOLORZANO
COORDINADORA DE TITULACION
EN SU DESPACHO. -

Yo, ANCHUNDIA ROBALINO MARIA STEFANIE, con cédula de ciudadanía 120548820-6, egresada de la Carrera de OBSTETRICIA, de la Facultad de Ciencias de la Salud, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega del siguiente documento para la presentación de la propuesta del Caso Clínico, cuyos requisitos son.

PROPUESTA DEL CASO CLINICO
REGISTRO DE TUTORIAS
SOLICITUD DE ENTREGA DE LA PROPUESTA DEL TEMA
INFORME DE ACEPTACION DE LA PROPUESTA DEL TEMA
CD

Agradezco por su atención

Atentamente,

ANCHUNDIA ROBALINO MARIA STEFANIE
C.I 120548820-6

*Obst
06/07/2018
Lilian*



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIDAD DE TITULACIÓN
 PERÍODO MAYO-OCTUBRE 2018
 CARRERA DE OBSTETRICIA



58/09/2018

FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO:

REGISTRO DE TUTORIAS DEL CASO CLINICO (ETAPA FINAL)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Dr. Hugolino Bellano Cordero FIRMA: [Firma]
 TEMA DEL CASO CLINICO: Ruptura Prematura de Membranas en Embarazo de 30 Semanas
 NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Maria Stephanie Anchundia Robaleno
 CARRERA: Obstetricia

Pag. N°.

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	FIRMAS	Evaluación
			Presencial	Virtual			
1 HR	09/07/18	Revisión de la Introducción y Objetivos	/	100%		[Firma]	[Firma]
1 HR	16/07/18	Revisión de Justificación	/	100%		[Firma]	[Firma]
2 HRs	23/07/18	Revisión del Marco Teórico	/	100%		[Firma]	[Firma]
1 HR	16/08/18	Revisión de las Correcciones del Marco Teórico	/	100%		[Firma]	[Firma]
1 HR	18/08/18	Revisión de Datos Generales de la Población	/	100%		[Firma]	[Firma]
1 HR	20/08/18	Revisión de la Metodología del Diagnóstico	/	100%		[Firma]	[Firma]
1 HR	27/08/18	Revisión de Análisis y Descripción del Problema	/	100%		[Firma]	[Firma]
1 HR	3/09/18	Revisión de Seguimiento	/	100%		[Firma]	[Firma]
1 HR	10/09/18	Revisión de Observaciones	/	100%		[Firma]	[Firma]
1 HR	17/09/18	Revisión de Conclusiones	/	100%		[Firma]	[Firma]

Obst. Liliam Muñoz Solorzano, MSC.
 COORDINADORA DE TITULACIÓN
 CARRERA DE OBSTETRICIA