



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE OBSTETRICIA**

**COMPONENTE PRACTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCION DEL GRADO ACADEMICO EN OBSTETRIZ**

**TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN PACIENTE DE 23
SEMANAS DE GESTACION.**

AUTOR

MARTHA JULEISI ACOSTA MONCADA

TUTOR

DR. ANDRES ECUDERO

BABAHOYO-LOS RIOS- ECUADOR

2020

Contenido

I. Agradecimiento.....	3
II. Dedicatoria	4
III. TEMA.....	5
IV. Resumen.....	6
V. Abstract	7
1. Marco teórico.....	9
1.1. Definición.....	9
1.2. Etiología	10
1.3. Fisiopatología	10
1.5. Diagnóstico.....	12
1.8. Tratamiento	15
1.9. Justificación	17
1.10. Objetivos	18
1.10.1. Objetivo general	18
1.10.2. Objetivos Específicos	18
2. Metodología del diagnóstico	19
2.1 análisis del motivo de consulta y antecedentes. historial clínico del paciente)...	19
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).	20 ^o
2.3 Examen físico (exploración clínica)	21
2.4 información de exámenes complementarios.....	22
2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.	25
Diagnostico presuntivo	25
Diagnóstico diferencial	25
Diagnóstico definitivo	26
2.6 análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.	26
2.7 indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.	26
2.8 Seguimiento.	27
2.9 observaciones.....	48
3. Conclusiones	49
4. Bibliografía.....	50
ANEXOS.....	52

I. Agradecimiento

En primer lugar, doy gracias a dios por haberme ayudado a cumplir una de mis metas más anheladas, sé que sin su guía, protección y bendición no hubiese llegado lejos. a pesar de todo el sacrificio dios ha sido quien me ha brindado la fortaleza y sabiduría para seguir por mis sueños y no decaer ante las adversidades de la vida. en segundo lugar estoy totalmente agradecida con mis padres no hay palabras para expresar todo el amor y agradecimiento que siento hacia ellos, todo el esfuerzo que vi por mucho años de parte de ellos para apoyarnos con nuestros estudios, muchas noches sin poder dormir, con un cansancio que solo se aliviaba al vernos cumplir nuestros sueños, lamentablemente no tengo al amor más bonito que dios me pudo dar que es mi padre pero estoy eternamente agradecida por todo lo que me pudo dar, por ser el mejor padre del mundo y ayudarme a crecer con buenos valores, gracias padres por ser los mejores y apoyarme siempre y estar cuando más los necesito mientras viva estaré totalmente agradecida con la vida por ser su hija.

II. Dedicatoria

Reconocer el gran esfuerzo que han hecho mis padres a lo largo de mi vida solo hay una forma de demostrarle mis agradecimientos dedicándole todos mis logros, porque mientras yo triunfe ellos triunfaran conmigo, cada meta que alcance les dedicare, porque si no fuera por el gran esfuerzo y dedicación en apoyarme a ser una gran persona y una gran profesional no hubiese sido capaz de lograr si ellos no estuvieran a mi lado. papa y mama esto es dedicado a ustedes con todo mi corazón, dios bendiga siempre a mi mamita, mujer de principios y excelente madre, dios me permite tenerla a mi lado siempre y a mi papito que está en el cielo siempre te dedicare todos mis logros.

III. TEMA

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN PACIENTE DE 23 SEMANAS DE GESTACION.

IV. Resumen

La ruptura prematura de membranas se define como la pérdida de la integridad de las membranas ovulares que se produce desde las 20 semanas de gestación hasta antes del inicio del trabajo de parto, provocando el aumento de morbi-mortalidad materno-fetal. El presente estudio de caso se lo desarrollo con el objetivo de conocer el diagnostico de ruptura prematura de membranas en gestante de 23 semanas de gestación

A través de varias evidencias se ha reportado que la Ruptura de membranas puede ser a causa de factores bioquímicos, fisiológicos, patológicos y ambientales. Gracias al manejo expectante de los últimos años se ha logrado disminuir los factores de riesgos o diversas complicaciones que se pueden presentar debido a esta patología logrando como resultado un embarazo a término sin ninguna complicación. La realización de este estudio de caso tiene como finalidad contribuir al conocimiento que deben de tener las mujeres desde el momento de la concepción hasta el término de su embarazo para precautelar la vida intrauterina.

Palabras claves: Ruptura prematura de membranas, infección intramniotica, índice de líquido amniótico, citotrofoblasto, corioamnionitis.

V. Abstract

Premature rupture of membranes is defined as the loss of integrity of the ovular membranes that occurs from 20 weeks of gestation until before the onset of labor, causing increased maternal-fetal morbidity and mortality.

The present case study was developed with the objective of knowing the diagnosis of premature rupture of membranes in a pregnant woman of 23 weeks of gestation studies have reported that it can be due to biochemical, physiological, pathological and environmental factors. Thanks to the expectant management of recent years, it has been possible to reduce the risk factor and various complications that can occur due to this pathology, achieving as a result a full-term pregnancy without any complications. The purpose of carrying out this case study is to contribute to the knowledge that women should have from the moment of conception to the end of their pregnancy to protect intrauterine life.

Keywords: premature rupture of membranes, intramniotic infection, amniotic fluid index, cytotrophoblast, chorioamnionitis.

VI. Introducción

En la actualidad los estudios evidencian que un 10% de mujeres pueden sufrir de pérdida de líquido amniótico durante su embarazo, este término se lo conoce como ruptura prematura de membranas, padecimiento obstétrico asociado a mortalidad tanto materno como fetal y neonatal (Linder, 2009).

A nivel mundial este tipo de patología está dentro de las complicaciones más relevantes en la prematuridad del neonato y dejando secuelas que pueden ser drásticas llegando a la muerte del mismo, este es un servicio obstétrico muy frecuente en toda unidad hospitalaria y su abordaje médico hoy en día aún se basa en un balance de infección amniótica o fetal, donde la vida tanto de la madre e hijo pueden llegar a una sala de cuidados intensivos: también existe muchas controversias en donde su tratamiento no está bien claro ya que se basa en cuadro infeccioso. (Universidad Nacional de Colombia , 2015)

En el seguimiento a la paciente de nuestro caso clínico ingresada en el área de emergencia del Hospital General Liborio Panchana Sotomayor, nos referimos a una paciente de 17 años de edad que presenta pérdida de líquido amniótico evidenciada desde horas muy tempranas; inmediatamente se procedió a realizar la valoración obstétrica para evidenciar el grado de la pérdida, también se le realizó un rastreo ecográfico para constatar la cantidad de líquido amniótico actual, seguidamente se la ingresa al área de ginecología para su respectivo tratamiento.

La importancia de elaborar este estudio de caso es para dar a conocer la relevancia que tiene el manejo de la ruptura prematura de membranas en gestantes que cursan entre las 23 semanas, además de educar y dar a conocer los signos de alarma en cada control prenatal.

1. Marco teórico

1.1. Definición

La ruptura prematura de membranas es el rompimiento de las pleuras ovulares o la pérdida de la solución de continuidad o el desvanecimiento de la integridad de las membranas corioamnióticas las cuales se originan a partir de las 20 semanas de gestación hasta que inicie la labor de parto llevando consigo la salida de líquido amniótico (Linder, 2009).

Estudios han reportado que un 10 % se debe a diversas causas tales como infecciones vaginales, traumatismos, incapacidad cervical, falta de cobre y vitamina c, también están las infecciones las cuales representan un mayor riesgo tanto para la madre como el feto y así también pueden presentarse la inmadurez del feto o los accidentes inesperados que pueden presentarse en y durante el parto (Drs. Luis Raúl Martínez González, 1998).

La ruptura prematura de membranas tiene una gran importancia tanto clínica como epidemiológica esto se debe a los elevados índices que existe en presentarse complicaciones, este tipo de riesgo puede darse en cualquier etapa de la gestación, pero la mayoría de los casos se da específicamente antes de las 32 semanas, las dos posibles causas de este riesgo es la prematuridad y la infección intrauterina (Ramos, 2018).

Esta ruptura se la considera como una emergencia obstétrica y a la vez como una emergencia perinatal porque está en peligro el amparo y la defensa del feto con el ambiente externo ya que se pierde la pared natural que sirve como barrera que es la membrana amniótica en donde el líquido que contiene la misma puede verse afectado por la contaminación de los agentes microscópicos que se acentúan en el cuello del útero y vagina por lo que se produce la infección materna-fetal (Ramos, 2018).

1.2. Etiología

Diversos estudios han demostrado que este tipo de casos se ha desarrollado por una morfología alterada determinados por:

- aumento de grosor del tejido conectivo,
- enflaquecimiento del citotrofoblasto y
- la destrucción de las conexiones entre amnios y corion

A esto se une una dilatación cervical resultando en una debilidad de las membranas provocando la ruptura en aquel sitio, hoy en día todavía se desconoce cuál es la causa exacta de esta ruptura (Vargas, 2014).

1.3. Fisiopatología

La ruptura originaria en las membranas fetales que se da en el parto ha desarrollado una debilidad generalizada por causas de las contracciones uterinas, por medio de un estudio microscópico de las membranas ovulares se pudo constatar una zona de morfología alterada extrema que se visualiza como un engrosamiento de la capa compacta, fibroblástica, esponjosa y reticular originando un tipo desorden del colágeno, edema y un enflaquecimiento de la capa trofoblástica y decidua, hay muchos agentes infecciosos que pueden provocar la activación de mecanismos que ocasionen la alteración asistiendo en la ruptura antes de que inicie el parto (Barón, 2013).

Enfermedades y trastornos que se asocian con la ruptura prematura de membranas

Hoy en día muchas son las causas que pueden originar una ruptura prematura de membranas sobre todo muchas enfermedades como por ejemplo la sepsis vaginal y cervical, esta es una infección que puede llegar hasta el moco cervical originando una corioamnionitis; esta se caracteriza por un proceso

inflamatorio de la placenta, las membranas fetales y la decidua materna (Ganfong, 2007).

También puede darse el caso de producirse una metaloproteinasas que significa que sobre la matriz extracelular actúan proteínas debilitando las membranas y ocasionando así la ruptura; en terminología general el pronóstico será peor cuanto más eminente sea la ruptura, además pasadas las 72 horas aparecen complicaciones como hipoxia, sepsis, trastornos neurológicos, distres respiratorios e hiperbilirrubinemia (Ganfong, 2007).

Condiciones clínicas asociadas

Algunas de estas condiciones son la siguientes:

- tumores uterinos
- embarazo gemelar
- malformaciones uterinas
- polihidromnios

También se puede dar una rotura ovular cuando existe una incompetencia cervical ya que se genera una exposición de las membranas a la flora vaginal y la invasión de diversos cuerpos extraños.

Los principales factores de riesgo son los siguientes:

- bajo peso materno
- parto prematuro previo
- metrorragia del segundo y tercer trimestre
- infecciones cérvico-vaginales y vaginosis
- polihidroamnios
- embarazo gemelar
- desconocida
- parto pretérmino previo:
- infecciones urinarias
- traumas
- trastornos hipertensivos del embarazo

- restricción del crecimiento intrauterino
- multiparidad,
- modificaciones cervicales
- infección del líquido amniótico (Ramos, 2018).

1.4. Clasificación

cerca de termino	entre 35-36semanas y 6 días
lejos de termino	entre 24-34 semanas y 6 días
Previaible	menos de 24 semanas (antes del límite de la viabilidad)
periodo de latencia	tiempo transcurrido entre la rpm y el inicio del trabajo de parto
ruptura prolongada	tiempo de latencia mayor a 24 horas

1.5. Diagnóstico

Una de las maneras de comprobar esta ruptura es la exploración con espejo estéril ya que con esta maniobra se puede observar la diferencia entre la hidrorrea gravídica, vaginitis, incontinencia urinaria o el aumento de la secreción vaginal (Vargas, 2014).

Lo que se debe buscar en la exploración es la acumulación del líquido amniótico y se debe realizar la prueba denominada nitrazina con ella se puede conocer el ph del líquido amniótico el cual es más alcalino y sus valores varían de 7.0 a 7.5, esta prueba se basa en un papel que cambia de color al estar en contacto con el líquido (Vargas, 2014).

Otra forma de diagnosticar la ruptura es a través de la visualización de la arborización o lo mismo decir la formación de cristales en hehecho del líquido al estar expuesto al aire (Vargas, 2014).

Por ultimo una ecografía fetal ayuda a su diagnóstico, pero esta tiene una importante escasez de sensibilidad y especificidad; cuando se da un caso

seleccionado y específico el diagnóstico definitivo suele ser la instalación de la fluoresceína la cual se basa en 1ml de fluoresceína diluida en 9 ml de suero fisiológico la cual se introduce en la cavidad amniótica a los 30 a 60 minutos confirma el diagnóstico (Vargas, 2014).

En algunos casos no es recomendable la realización de la amniocentesis ya que esta prueba es más práctica para la confirmación de una infección intraamniótica subclínica o también para observar la madurez pulmonar en fetos que van cursando las semanas 32 a la 34 (Universidad Nacional de Colombia - Alianza CINETS, 2015).

1.6. Efectos de la rotura prematura de membranas en la gestante y en el recién nacido

Efectos en la gestante de la RPM

Cuando se da una ruptura suele ocurrir que el parto se adelanta y se da en la primera semana de haber ocurrido, pero esto suele darse solo en 50% de los casos; pasa todo lo contrario cuando sucede en menor edad gestacional que por lo general el tiempo de parto se demora y cuando se tiene más tiempo de gestación se da más rápido el trabajo de parto, en pocas palabras existe una correlación en la edad gestacional cuando se da una ruptura prematura de membranas (Ortis et al., 2014).

Cuando ocurre una pérdida de líquido a edad muy temprana de gestación puede restablecerse el líquido perdido y los resultados son favorables y se evita la interrupción del embarazo; las infecciones son muy recurrentes y se debe de tener un seguimiento en sus chequeos rutinarios, el 15 al 25% las infecciones suelen ser intraamnióticas, el 15 al 20% suele ser posparto y se dan mayormente en tempranas edades gestacionales, con una ruptura pre término hay un 5% e casos en donde se ocasiona el desprendimiento de la placenta o se presenta en forma de placenta retenida (Ortis et al., 2014).

Efectos en el feto de la RPM

Las complicaciones que suelen venir con el feto pueden ser 3 básicamente:

- prematurez
- infección intrauterina (Ortiz et al., 2014).

Síndrome de dificultad respiratoria

Esta es la causa que se presenta con mayor frecuencia y es la primera en ser responsable de la mortalidad perinatal, tiene una incidencia de 18%, el problema radica en la madurez de los pulmones.

Infeción neonatal

Este cuadro suele darse en el 1% hasta el 25% de los casos por arriba de las 34 semanas, esta infección se manifiesta por medio de una neumonía, una meningitis, bronconeumonía o una sepsis; y los causantes de este tipo de infección son: Klebsiella, Estreptococo del grupo B, Escherichia coli.

Asfixia Perinatal

Esta suele presentarse por una compresión del cordón umbilical, el desprendimiento de la placenta o por una infección materna o fetal y suele manifestarse hasta el 50 % de casos de ruptura, debe de tenerse una constante monitorización de la frecuencia cardiaca fetal y también del perfil biofísico.

Hipoplasia pulmonar

Esta se da comúnmente en gestantes de 25 semanas o antes, es muy grave llegando a la muerte perinatal, este tipo de trastorno se presenta porque el pulmón no es capaz de retener y de intercambiar los gases arteriales ya que el pulmón tiene un desarrollo incompleto o deficiente.

Deformidades ortopédicas

Suelen ser pulmonar, facies típica, posición aberrante de los pies y manos como por ejemplo piernas curvadas.

1.7. Manejo inicial de la rotura prematura de membranas

Cuando ocurre estos casos 3 son las acciones a seguir:

- 1) la elaboración de una historia clínica completa donde se tenga determinada la edad gestacional, los chequeos y evolución del embarazo,
- 2) la evaluación de signos de infecciones, compromiso fetal o desprendimiento de placenta,
- 3) monitorizaciones de la frecuencia cardíaca fetal y de actividad uterina (Ramos, 2018).

Pero en aquellos casos en donde debemos tener en consideración que cuando en la evaluación inicial determinamos que existe un mal estado fetal, una corioamnionitis clínica o un desprendimiento prematuro de placenta, en esos casos no podemos mucho tiempo esperar y hay que proceder al parto inmediato (Ramos, 2018).

1.8. Tratamiento

Manejo expectante

Cuando la ruptura puede ser manejada, esta debe hacerse con hospitalización con una evaluación ardua y permanente para ver si hay posible infección, signos de desprendimiento prematuro de placenta, compresión del cordón umbilical, alteración del bienestar fetal o presencia de signos de trabajo de parto y con constante monitoreo (Ramos, 2018).

Uso de tocolíticos

Estos se utilizan solamente para la ampliación del efecto de los corticoides o en caso de traslado de la paciente.

Uso de corticoides

Hay muchos estudios donde se evidencian que los corticoides reducen la muerte neonatal, estos son recomendados solamente un ciclo en las 24 a 34 semanas de gestación o en mujeres con riesgo de un parto prematuro (Ramos, 2018).

Uso de sulfato de magnesio

Se considera cómo neuroprotección fetal ya que reduce el riesgo de parálisis cerebral en recién nacidos.

Uso de antibióticos

Los antibióticos de amplio espectro prolongan el embarazo, reducen las infecciones maternas y neonatales y reducen la morbilidad gestacional dependiente de la edad gestacional (Ramos, 2018).

Se recomienda un tratamiento de 7 días con una combinación de ampicilina intravenosa (2 g cada 6 horas) y eritromicina (250 mg cada 6 horas) durante 48 horas, seguido de amoxicilina oral (250 mg cada 8 horas) y base de eritromicina (333 mg cada 8 horas en RPM que tienen menos de 34 0/7 semanas de gestación); el uso de amoxicilina-ácido clavulánico se ha asociado con mayores tasas de enterocolitis necrosante y no se recomienda (Ramos, 2018).

Hospitalización y reposo en cama

Se debe vigilar lo siguiente:

Los Signos de trabajo de parto o contracciones, el movimiento y la frecuencia cardíaca del bebé, y si hay sospecha de infección en donde la fiebre y el dolor es lo que se presenciara.

Las complicaciones maternas son:

La principal complicación puede ser una infección en cualquier momento (anteparto, intraparto y puerperio), disdinamia, inercia uterina y aumento del

tono basal, un alumbramiento morbosos, también puede darse una Necrosis córtico-suprarrenal o la madre puede sufrir un *Shock* endotóxico (Lugones y Ramírez , 2010).

1.9. Justificación

El presente estudio de caso se lo desarrollo con el objetivo de establecer el adecuado manejo para el diagnóstico de ruptura prematura de membranas en gestante de 23 semanas, la mismo que se caracteriza por un engrosamiento del tejido conectivo, adelgazamiento del citotrofoblasto y la decidua, y disrupción de las conexiones entre el amnios y el corion, todos estos cambios morfo fisiológicos provocan una pérdida de líquido amniótico lo cual desfavorece el continuo crecimiento y desarrollo del feto, desencadenando una emergencia obstétrica de relevancia en mujeres que no han llegado a término y en donde las complicaciones presentadas en el feto pueden darse mayormente a nivel neurológico afectando su capacidad cognitiva.

La importancia de la problemática que genera la ruptura prematura de membranas y sus secuelas constituyen un alto riesgo de morbilidad materna fetal con una tasa de aproximadamente un 5 al 14% en todos los embarazos en nuestro país, ya que presenta un gran impacto en el conocimiento tanto de los riesgos como de las medidas preventivas que se deben de tomar y tener presentes durante su control prenatal, y así evitar la complicación de mayor importancia que es la mortalidad fetal; esto se da porque en algunos casos no se trata a tiempo la pérdida del líquido provocando riesgos mayores como abortos espontáneos, malformaciones, partos prematuros, mal desarrollo del bebe ya que el líquido amniótico como se sabe es el aura del producto en desarrollo, el cual le permite moverse libremente fomentando así el desarrollo de sus órganos.

La realización de este estudio de caso tiene como finalidad contribuir al conocimiento que deben de tener las mujeres desde el momento de la concepción hasta el término de su embarazo para precautelar la vida intrauterina. este estudio conto con información verídica y factible para el desarrollo del mismo.

1.10. Objetivos

1.10.1. Objetivo general

Establecer el adecuado manejo para el diagnóstico de la ruptura prematura de membranas en gestantes de 23 semanas.

1.10.2. Objetivos Específicos

- Identificar los factores de riesgo que desencadenan una ruptura prematura de membranas.
- Especificar las complicaciones materno fetal en la ruptura prematura de membranas.
- Orientar a la paciente informándole sobre los signos de alarma como prevención de la ruptura prematura de membranas.

1.11. Datos generales

Nombres y apellidos	n/n
Edad	17 años
Sexo	Femenino
Estado civil	union libre
Ocupación	Estudiante
Educación	Secundaria
Nacionalidad	Ecuatoriana
Dirección	atahualpa, santa elena

Centro de salud de control prenatal	centro de salud atahualpa
-------------------------------------	---------------------------

2. Metodología del diagnóstico

2.1 análisis del motivo de consulta y antecedentes. historial clínico del paciente).

Prim gesta de 17 años de edad, con antecedentes patológicos quirúrgico apendicetomía hace 3 años, es referida por médico del centro de salud de Atahualpa con diagnóstico de ruptura prematura de membranas y en compañía de familiar, ingresa a esta casa de salud con cuadro clínico de 2 horas de evolución caracterizado con pérdida de líquido amniótico leve no cuantificada, no refiere ninguna otra sintomatología.

ANTECEDENTES	
antecedentes patológicos personales	no refiere
antecedentes patológicos familiares	no refiere
antecedentes quirúrgicos:	apendicetomía
alergias	no refiere
hábitos	no refiere
Antecedentes gineco-obstetricos	
menarquia	12 años
ciclos menstruales	28 días
inicio de vida sexual	16 años
planificación familiar	No
parejas sexuales	1
gestas:	0
fecha de ultima menstruación:	20 de febrero del 2019

ecografías:	1
edad gestacional:	23,1 semanas por fecha de ultima menstruación
Papanicolaou:	no

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

Primigesta de 17 años de edad, que cursa con 23,1 semanas de embarazo, con antecedentes patológicos quirúrgicos apendicetomía hace 3 años, acude al centro de salud de primer nivel en compañía de su madre, refiriendo perdida de líquido de aproximadamente 2 horas de evolución, manifiesta que en horas de la mañana en posición de bipedestación presento liquido en su ropa interior con olor a cloro, expandiéndose hacia los miembros inferiores por lo cual acudió al centro de salud. obstetra de guardia valora paciente evidenciando la perdida de líquido amniótico, por lo cual decide referir a un hospital de segundo nivel (hospital general Liborio panchana Sotomayor) para valoración gineco-obstetrica, por ser un embarazo de 23 semanas.

Paciente ingresa a la sala de emergencia del hospital de segundo nivel hemodinamicamente estable con diagnóstico de ruptura prematura de membranas, con antecedente patológico quirúrgico, es atendida por ginecólogo de guardia el cual procede a realizar valoración ginecológica constatando la perdida de líquido amniótico y confirmando el diagnostico por el cual la paciente fue referida.

Se realiza rastreo ecográfico para evidenciar el índice de líquido amniótico y se solicitó exámenes de laboratorio. paciente será ingresada a sala de ginecología para su respectivo tratamiento. posterior al ingreso se administra

antibioticoterapia como lo establece el protocolo del ministerio de salud pública ante una ruptura de membranas.

2.3 Examen físico (exploración clínica)

- estado general de la paciente: posición decúbito dorsal, facie normal, lucida, orientada en tiempo y espacio y persona, constitución mesomorfa, estatura: 1,53 peso: 55 kg, índice de masa corporal: 23.5, piel de elasticidad y turgencias conservadas, mucosas hidratadas, no se palpan adenopatías. signos vitales normales: presión arterial: 120/80, frecuencia cardiaca: 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 16 respiración por minuto, temperatura: 36,5°centigrado, saturación de oxígeno: 99% en aire ambiente.
- sistema neurológico: orientado en tiempo y espacio y persona, responde a interrogatorio con lenguaje claro y coherente, buena comprensión y expresión, memoria inmediata, reciente y tardía, pupilas reactivas, reflejos osteotendinosos conservados, escala de Glasgow: 15/15.
- sistema respiratorio: tórax: simétrico, expansibilidad torácica normal, vibraciones locales normales, a la auscultacion ruidos pulmonares normales, con frecuencia respiratoria 16 respiraciones por minuto.
- sistema cardiovascular: área cardiaca normal, frecuencia cardiaca 80 latidos por minuto, ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad.
- sistema digestivo: abdomen depreciable, no doloroso a la palpación grávido, altura uterina de 20 centímetros compatible con edad gestacional. Dinámica uterina 0/10minutos, ruidos hidroaereos presentes, tolera vía oral.
- sistema genitourinario: región lumbar no signos inflamatorios, ni tumoraciones, riñones no dolorosos a puñopercusion, diuresis espontanea.
- genitales: monte de venus presente, labios mayores y menores de apariencia normal de color rosado, no presenta ningún tipo de verrugas. especulocopia: se observa perdida moderada de líquido amniótico,

leucorrea blanquecina brumosa, al tacto: cuello uterino cerrado posterior de consistencia dura.

- extremidades superiores e inferiores: simétricas, no edematizadas.

2.4 información de exámenes complementarios

Resultados de exámenes de laboratorio al ingreso: 01/08/2019-emergencia de ginecología.

BIOMETRIA			
Nombre	Valor	unidad factor	valor referencial
glóbulos blancos (wbc)	10.55	10 ³ /ul	4.50 - 11.00
globulos rojos (rbc)	3.45	10 ⁶ /ul	4.50 - 5.00
hemoglobina (hgb)	10.7	g/dl	12.0 - 16.0
hematocrito (hct)	31.3	%	37 - 54 %
vol. corp. medio (mcv)	90.70	fl	80.0 - 100.0
hemo. corp. medio (mch)	31.00	pg	27.0 - 32.0
conc. hgb. corp. medio (mchc)	34.20	g/dl	31.0 - 37.0
dist. gb rojos – sd	42.30	fl	37.0 - 51.0
dist. gb rojos – cv		%	11.0 - 15.0
Plaquetas	388.0	10 ³ /ul	150 – 450
vol. plaquet. medio (mpv)	10.00	fl	7.0 - 11.0
Reticulositos	---	%	0.5 - 2.5

fórmula leucocitaria			
Neutrófilo	57.8	%	50.0 - 73.0
Linfocito	24.2	%	30.0 - 38.0
Monocito	6.6	%	0.0 - 12.0
Eosinófilo	0.7	%	0.0 - 3.0
Basófilo	0.1	%	0.0 - 1.0

grupo sanguíneo	b positivo		
tiempo de protrombina (tp)	12.4	seg	14 seg.
Urea	11.1	mg/dl	10 - 45 mg/dl
Creatinina	0.49	mg/dl	0.5 - 0.9 mg/dl mujer 0.7 - 1.2 mg/dl hombre
bilirrubina total	0.21	mg/dl	5.0 mg/dl rn 12.0 mg/dl < 5 días 1.5 mg/dl < 1 mes 1.1 mg/dl adultos
bilirrubina directa	0.09	mg/dl	hasta 0.20 mg/dl
bilirrubina indirecta	0.12	mg/dl	0.2 - 0.8 mg/dl
transaminasa piruvica (alt)	9	u/l	hombres: hasta 41 u/l mujeres: hasta 33 u/l
transaminasa oxalacetica (ast)	23	u/l	hombres: hasta 40 u/l mujeres: hasta 32 u/l
Amilasa		u/l	28 - 100 u/l
Lipasa	45.2	u/l	13 - 60 u/l
prueba cualitativa para sífilis	no reactivo		positivo/negativo
prueba cuantativa para sífilis		ua	< 0.12 no reactivo > 0.12 reactivo
lactico deshidrogenasa	270.6	u/l	240 - 480 u/l
tiempo de tromboplastina parcial (ttp)	35.8	seg	45 seg.

hepatitis "a"	negativo		
hepatitis "b"	negativo		
hepatitis "c"	negativo		
Paludismo	negativo		

TORCH			
Técnica microelisa			
nombre	Valor	unidad factor	valor referencial
toxoplasma igg	0.39	u/ml	> 0.24 u/ml positivo
toxoplasma igm	0.16	ua	> 0.68 ua positivo
rubeola igm	0.10	ua	> 1.0 ua positivo
citomegalovirus igm	0.13	ua	> 0.46 ua positivo
herpes i igm	0.08	ua	< 1 negativo 1.0 - 1.1 indeterminado > 1.1 positivo
herpes ii igm	0.13	ua	< 1 negativo 1.0 - 1.1 indeterminado > 1.1 positivo

ECOGRAFIA OBSTETRICA	
<p>útero: gestante, con producto único fetal, movimientos fetales: presentes, frecuencia cardiaca: 138 latidos por minutos, presentación: transversal.</p>	
<p>medidas biométricas fetales:</p>	
dbp: 58 mm.	fl: 39 mm.
hc: 222 mm.	ca: 197 mm.
<p>raquis: normal.</p>	
corazón: 4 cámaras	riñones: presentes

edad gestacional: 23 semanas 6 días + / - 2 semana.

placenta: posterior grado I/III de maduración.

ILA: índice del volumen disminuido. parámetro dentro de la escala leve a moderada 7 cc.

fecha probable de parto: 23 de noviembre de 2019.

peso: 628 g.

Diagnostico:

- embarazo de 23 semanas 6 días +/- 2 semana.
- oligoamnio leve a moderada.

2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Diagnostico presuntivo

- Ruptura prematura de membranas (cie10.o429)
- Incontinencia urinaria (cie10-r32)

Diagnóstico diferencial

- leucorrea
- incontinencia urinaria
- eliminación tapón mucoso
- rotura de quiste vaginal
- hidrorrea decidual
- rotura de bolsa amniocorial

Diagnóstico definitivo

Ruptura prematura de membranas (cie10- o429)

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

El actual estado clínico que presenta la paciente se presume que se trata de una ruptura prematura de membranas en donde la etiología se debe a una dilatación cervical, resultando en una debilidad de las membranas provocando la ruptura y por ende la salida involuntaria de líquido amniótico provocando así que en la mayoría de los casos el embarazo no llegue a término.

En estos casos como tratamiento terapéutico principal el uso de antibióticos es el más referencial y este se debe de dar bajo hospitalización y con estricta monitorización del binomio materno-fetal.

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

- Presión arterial: 120/80
- Frecuencia cardiaca: 80 latidos por minuto
- Frecuencia respiratoria: 16 respiración por minuto
- Temperatura: 36,5°centigrados
- Saturación de oxígeno: 99% en aire ambiente.

Nombre	Valores
Glóbulos blancos	13.55
Glóbulos rojos	3.45
Hemoglobina	10.7

Hematocrito	31.3
Plaquetas	388.0
Neutrófilos	67.8
Urea	11.1
Creatinina	0.49
Bilirrubina directa	0.09
Bilirrubina indirecta	0.12
Pcr cuantitativo	37,1
Pcr cualitativo	Positivo
Ldh	270.6

Dado los valores observables tanto de los signos vitales como de los exámenes de laboratorio de la paciente se puede reducir que dichos valores se encuentran elevados, pero sin ninguna complicación que ponga en riesgo la vida de la madre y el producto, no hay ninguna alteración donde indique que hay un problema secundario del diagnóstico definitivo.

2.8 Seguimiento.

Fecha y hora de ingreso: 01/08/2019 19:35

Valoración ginecológica:

Primigesta de 23,1 semanas con antecedentes patológicos quirúrgicos, apendicetomía hace 3 años, con altura uterina de 22cm compatible con edad gestacional, frecuencia cardiaca fetal: 138 latidos por minuto, movimientos fetales presentes, dinámica uterina 0/10 minutos, no doloroso a la palpación.

Se realiza especuloscopia cérvix central, se evidencia perdida de líquido amniótico y acumulación de líquido en el fondo del saco vaginal, se observa leucorrea de moderada cantidad de color blanquecina. al tacto: cuello cerrado, de consistencia dura.

Previa valoración ginecológica y con el reporte de ecografía ya antes mencionado se decide ingreso del paciente a sala de hospitalización para el manejo terapéutico y observación médica.

Indicaciones

- dieta general
- reposo absoluto
- control de signos vitales y score mama
- cuidados de enfermería
- control de pérdida de líquido transvaginal
- control de frecuencia cardíaca fetal doppler
- rastreo ecográfico vitalidad fetal e índice de líquido amniótico cada 12 horas
- pase acompañante
- interconsulta psicología
- reportar novedades
- hidratación via oral y via parenteral

Tratamiento de ingreso:

- cloruro de sodio 0.9% 1000 mililitros pasar intravenoso a 40 gotas por minuto
- cloruro de sodio 0.9% 300 mililitros más hierro parenteral 300 mg pasar intravenoso en 3 horas
- ampicilina 2 gramos intravenoso en dosis inicial seguido de 1 gramo intravenoso cada 6 horas.
- eritromicina 250 miligramos vía oral cada 6 horas.
- clotrimazol ovulo 200 miligramos cada día intravaginal x 5 días
- betametazona 12miligramos intramuscular cada 24 horas (2 dosis)

02/08/2019

Gestante de 23,2 semanas con antecedentes patológicos quirúrgicos: apendicetomía hace 3 años, cursa segundo día de hospitalización con diagnóstico de ruptura prematura de membranas, al momento se encuentra hemodinamicamente estable, orientada en tiempo, espacio y persona, afebril, refiere pérdida de líquido amniótico constante, signos vitales dentro de parámetros normales. score mama:0. Se mantiene el mismo esquema de tratamiento y con las mismas indicaciones médicas. se conversó con los familiares y paciente sobre el mayor riesgo de muerte fetal intrauterina y por ser un producto no viable por el tiempo gestacional.

Se realiza rastreo ecográfico y control de índice de líquido amniótico, evidenciando producto único, vivo, transverso, con frecuencia cardíaca fetal: 148 latidos por minuto, índice de líquido amniótico 7 centímetros cúbicos. se solicitó nuevos exámenes de laboratorio.

Valoración ginecológica:

Útero grávido con altura uterina 22 centímetros compatible con edad gestacional, se realiza especulocopia evidenciando cuello uterino centrado con presencia de leucorrea blanquecina, con salida escasa de líquido amniótico claro. No se realiza tacto vaginal por riesgo de infección. se solicita interconsulta con psicología.

Valoración por psicología

Paciente con embarazo de 23 semanas con diagnóstico de ruptura prematura de membranas sujeto a riesgo de embarazo y pérdida de producto, al momento mantiene crisis episódicas con síntomas ansioso depresivos asociado a incertidumbre - por factor tensionante por condición de salud, es consiente, curso y contenido del pensamiento, orientación global estable, funciones psíquicas normales, no ideación suicida, no psicótica, capacidad de afrontamiento - resiliente, mantiene adaptación global social, su prognosis es reservada sujeto a posible impacto de reacción de estrés agudo de 48 horas por expectativas por pérdida, paciente se mantiene bajo observación clínica.

Exámenes de laboratorio:

BIOMETRIA			
Nombre	valor	unidad factor	valor referencial
globulos blancos (wbc)	13.85	10 ³ /ul	4.50 - 11.00
globulos rojos (rbc)	3.37	10 ⁶ /ul	4.50 - 5.00
hemoglobina (hgb)	10.4	g/dl	12.0 - 16.0
hematocrito (hct)	30.2	%	37 - 54 %
vol. corp. medio (mcv)	89.60	fl	80.0 - 100.0
hemo. corp. medio (mch)	30.90	pg	27.0 - 32.0
conc. hgb. corp. medio (mchc)	34.40	g/dl	31.0 - 37.0
dist. gb rojos – sd	41.70	fl	37.0 - 51.0
dist. gb rojos – cv		%	11.0 - 15.0
Plaquetas	355.0	10 ³ /ul	150 - 450
vol. plaquet. medio (mpv)	9.50	fl	7.0 - 11.0
Reticulositos	--	%	0.5 - 2.5
Neutrófilo	69.6	%	50.0 - 73.0
Linfocito	31.3	%	30.0 - 38.0
Monocito	6.3	%	0.0 - 12.0
Eosinofilo	0.9	%	0.0 - 3.0
Basófilo	0.2	%	0.0 - 1.0

proteina c reactiva cualitativo	positivo		positivo/negativo
proteina c reactiva cuantitativo	37.95	mg/dl	0 - 5 mg/l

láctico deshidrogenasa	590.9	u/l	240 - 480 u/l
------------------------	-------	-----	---------------

Tratamiento:

- cloruro de sodio 0.9% 1000 milímetros pasar intravenoso a 40 gotas por minuto.
- cloruro de sodio 0.9% 300 milímetros más hierro parenteral 300 mg pasar intravenoso en 3 horas
- ampicilina más sulbactan 3 gramos intravenoso cada 6 horas
- eritromicina 250miligramos vía oral cada 6 horas.
- clotrimazol ovulo 200 miligramos cada día intravaginal x 5 días
- betametazona 12miligramos intramuscular cada 24 horas (2 dosis)

Indicaciones:

- paciente se mantiene con las mismas condiciones médicas.

04/08/2019

Gestante de 23,4 semanas, cursa cuarto día de hospitalización. Al momento se encuentra hemodinamicamente estable, afebril, normotensa, tranquila, hidratada, colabora con interrogatorio, con signos vitales dentro de los parámetros normales, score mama 0. Se realizó nuevo rastreo ecográfico para valoración de vitalidad fetal y medición de índice de líquido amniótico, lo cual reporta dentro de parámetros normales.

Valoración obstétrica:

Útero grávido con altura uterina 22 centímetros compatible con edad gestacional, movimientos fetales presentes, frecuencia cardiaca fetal: 140 latidos por minuto. se realiza especulocopia donde se observa cérvix central con salida de líquido amniótico claro a través de la vagina y acumulación de líquido en fondo de saco vaginal. al tacto: no se realiza tacto vaginal por riesgos a infección.

se solicitó biometría hemática y ecografía doppler fetal. Se solicita urocultivo.

INFORME DE ECOSONOGRAFIA OBSTETRICA	
útero: gestante, con producto único fetal, movimientos fetales: presentes,	
frecuencia cardiaca: 133 latidos por minutos, presentación: cefálico	

dorso anterior.

medidas biométricas fetales:

dbp: 63 mm.

fl: 44 mm.

hc: 232 mm.

ac: 201 mm.

raquis: norma

I.

corazón: 4 cámaras. riñones: presentes.

edad gestacional: 25 semanas 0 días + / - 2 semana.

placenta: posterior izquierda grado I/III de maduración.

ILA. índice del volumen disminuido. parámetro dentro de la escala leve a moderada 7,1 cc.

fecha probable de parto: 26 de noviembre de 2019.

peso: 690 g.

diagnostico

- Embarazo de 25 semanas 0 días +/- 2 semana.
- oligoamnio leve a moderado.

BIOMETRÍA			
globulos blancos (wbc)	14.86	10 ³ /ul	4.50 - 11.00
globulos rojos (rbc)	3.48	10 ⁶ /ul	4.50 - 5.00
hemoglobina (hgb)	10.7	g/dl	12.0 - 16.0
hematocrito (hct)	32.7	%	37 - 54 %
vol. corp. medio (mcv)	94.00	Fl	80.0 - 100.0
hemo. corp. medio (mch)	30.70	Pg	27.0 - 32.0

conc. hgb. corp. medio (mchc)	32.70	g/dl	31.0 - 37.0
dist. gb rojos – sd	45.20	Fl	37.0 - 51.0
dist. gb rojos – cv		%	11.0 - 15.0
Plaquetas	325.0	10 ³ /ul	150 – 450
vol. plaquet. medio (mpv)	9.60	Fl	7.0 - 11.0
Reticulositos	--	%	0.5 - 2.5
formula leucocitaria			
Neutrófilo	81.9	%	50.0 - 73.0
Linfocito	22.7	%	30.0 - 38.0
Monocito	5.4	%	0.0 - 12.0
Eosinofilo	0.4	%	0.0 - 3.0
Basófilo	0.1	%	0.0 - 1.0

Nombre	valor	unidad factor	valor referencial
glucosa en ayunas	79	mg/dl	70 - 106 mg/dl

proteína c reactiva cualitativo	positivo		positivo/negativo
proteína c reactiva cuantitativo	35.95	mg/dl	0 - 5 mg/l

láctico deshidrogenasa	570.9	u/l	240 - 480 u/l
------------------------	-------	-----	---------------

Tratamiento:

- 1.- cloruro de sodio 0.9% 3000 milímetros intravenoso pasar en 24 horas
- 2.- ampicilina más sulbactan 3 gramos intravenoso cada 6 horas
- 3.- metronidazol 500 miligramos intravenoso cada 8 horas
- 4.- gentamicina 55 miligramos intravenoso cada 8 horas diluido en 100 milímetros de cloruro de sodio 0.9% pasar intravenoso en 30 minutos

5.- clotrimazol ovulo 200 miligramos cada día intravaginal x 5 días

Indicaciones:

Continua con reposo absoluto e hidratación vía oral y vía parenteral.

06/08/2019

Gestante de 24,6 semanas cursa sexto día de hospitalización con diagnóstico de embarazo de 24 semanas más ruptura prematura de membranas. Al momento se encuentra hemodinamicamente estable, orientada en tiempo y espacio, normotensa, afebril, hidratada, colabora con interrogatorio, con signos vitales dentro de parámetros normales, score mama: 0. refiere movimientos fetales, dinámica uterina 0/10 minutos, frecuencia cardiaca fetal: 140 latidos por minuto. se realiza ecografía de control para valoración de índice de líquido amniotico con valor de 8 centímetros cúbicos, peso fetal: 729gramos, frecuencia cardiaca fetal 145 latidos por minuto.

Se solicita una nueva biometría hemática y ecografía para control de índice de líquido amniotico.

BIOMETRÍA			
Nombre	valor	unidad factor	valor referencial
globulos blancos (wbc)	14.45	10 ³ /ul	4.50 - 11.00
globulos rojos (rbc)	3.17	10 ⁶ /ul	4.50 - 5.00
hemoglobina (hgb)	9.9	g/dl	12.0 - 16.0
hematocrito (hct)	29.8	%	37 - 54 %
vol. corp. medio (mcv)	94.00	fl	80.0 - 100.0
hemo. corp. medio (mch)	31.20	pg	27.0 - 32.0
conc. hgb. corp. medio (mchc)	33.20	g/dl	31.0 - 37.0
dist. gb rojos – sd	44.50	fl	37.0 - 51.0
dist. gb rojos – cv		%	11.0 - 15.0
Plaquetas	333.0	10 ³ /ul	150 - 450

vol. plaquet. medio (mpv)	9.80	fl	7.0 - 11.0
Reticulositos	---	%	0.5 - 2.5
formula leucocitaria			
Neutrofilo	79.6	%	50.0 - 73.0
Linfocito	9.1	%	30.0 - 38.0
Monocito	6.6	%	0.0 - 12.0
Eosinofilo	0.0	%	0.0 - 3.0
Basófilo	0.1	%	0.0 - 1.0

INFORME DE IMAGENOLOGÍA

Útero gestante con feto único vivo, activo, al momento podálico dorso derecho, placenta fúndica posterior grado I/III de maduración. cordón umbilical 2 arterias, una vena.

ILA:8cc.

estructuras fetales visibles impresiona de morfología conservada

corazón cuatro cavidades, frecuencia cardiaca de 142lpm.

biometria fetal:

dbp: 5.60cm 23sg

hc: 22.19cm 24.1sg

ac: 18.88cm 23.4sg

fl: 3.94cm 22.4sg

Peso:730g

Diagnóstico:

EMBARAZO DE 25 SEMANAS 2 DÍAS POR ECOGRAFÍA (+/-2 SEMANAS)

Indicaciones: Continua con el mismo esquema de tratamiento y bajo observación médica.

08/08/2019

Gestante de 24 semanas cursa octavo día de hospitalización de ginecología con diagnóstico de ruptura prematura de membranas. Al momento se encuentra hemodinamicamente estable, orientada en tiempo y espacio, normotensa, afebril, colabora con interrogatorio, signos vitales dentro de los parámetros normales, score mama:0. Refiere que desde la mañana presenta dolor de gran intensidad a nivel de orofaringes las cuales se muestran hiperemicas congestivas que se acompañan de tos con expectoración amarillenta y esto le causa dolor a nivel de hipogastrio por lo que se coloca analgésico ya que indica que al deglutir presenta disfagia se decide agregar azitromicina 500miligramos vía oral cada día.

Valoración obstétrica:

Útero grávido con altura uterina 23 centímetros compatible con edad gestacional, frecuencia cardiaca fetal: 148 latidos por minuto, movimientos fetales presentes, dinámica uterina 0/10 minutos.

se realiza especulocopia donde se evidencia perdida de líquido amniótico en leve cantidad, no se realiza tacto vaginal por riesgos de infección.

se realizó ecografía fetal, y biometría hemática

INFORME DE ECOSONOGRAFIA OBSTÉTRICA

útero: gestante, con producto único fetal, movimientos fetales: presentes, frecuencia cardiaca: 140 latidos por minutos, presentación: pelviana, placenta: posterior grado II/III de maduración.

medidas biometricas fetales:

dbp:	60	mm.	fl:	44	mm.
hc:	232	mm.	ac:	224	mm.

raquis: normal.

corazón: 4 cámaras. riñones: presentes.

edad gestacional: 24 semanas 6 días + / - 2 semana.

ILA. índice del volumen normal. parámetro dentro de la escala normal 8 cc.

fecha probable de parto: 28 de noviembre de 2019.

peso: 734 g.

DIAGNOSTICO

embarazo de 25 semanas 6 días +/- 2 semana.

presentación pelviana

BIOMETRÍA			
Nombre	valor	unidad factor	valor referencial
globulos blancos (wbc)	13.60	10 ³ /ul	4.50 - 11.00
globulos rojos (rbc)	3.21	10 ⁶ /ul	4.50 - 5.00
hemoglobina (hgb)	10.1	g/dl	12.0 - 16.0
hematocrito (hct)	29.1	%	37 - 54 %
vol. corp. medio (mcv)	90.70	fl	80.0 - 100.0
hemo. corp. medio (mch)	31.50	pg	27.0 - 32.0
conc. hgb. corp. medio (mchc)	34.70	g/dl	31.0 - 37.0
dist. gb rojos – sd	43.10	fl	37.0 - 51.0
dist. gb rojos – cv		%	11.0 - 15.0
Plaquetas	302.0	10 ³ /ul	150 - 450
vol. plaquet. medio (mpv)	9.50	fl	7.0 - 11.0
Reticulositos	--	%	0.5 - 2.5
formula leucocitaria			
Neutrófilo	71.7	%	50.0 - 73.0
Linfocito	29.2	%	30.0 - 38.0

Monocito	8.3	%	0.0 - 12.0
Eosinofilo	2.6	%	0.0 - 3.0
Basófilo	0.1	%	0.0 - 1.0
proteína c reactiva cualitativo	positivo		positivo/negativo
proteína c reactiva cuantitativo	37.95	mg/dl	0 - 5 mg/l

láctico deshidrogenasa	580.9	u/l	240 - 480 u/l
------------------------	-------	-----	---------------

Cultivo

Muestra:	Secreción vaginal
Cultivo y antibiograma:	Secreción vaginal
Tinción de Gram	Cocos Gram positivo
Microorganismo aislado	Estafilococos epidermidis
Test saboraud:	Positivo para cándidas sp
Penicilina	Clindamicina
S	S
Ampicilina	Ofloxacina
S	R
Amoxi-clavulanico	Ciprofloxacina
S	S
Ampisulbactan	Levofloxacina
S	R
Eritromicina	Amikacina
R	R
Claritromicina	Gentamicina
R	S
Metronidazol	Sulfatrimetoprin
S	R

EXAMEN EN FRESCO	
CELULAS: ++	PARASITOS: Ausentes
BACTERIAS: ++	LEUCOCITOS: Abundantes
HONGOS: ++	HEMATIES: Ausentes

Valoración por terapeuta

Paciente de 17 años de edad con embarazo de 25 semanas con ruptura de membranas. presenta rinofaringitis. campos pulmonares claros y ventilados se realiza nebulización con solución salina hipertónica.

Tratamiento

- 1.- cloruro de sodio 0.9% 3000 miligramos intravenoso pasar en 24 horas
- 2.- ampicilina más sulbactam 3 gramos intravenoso cada 6 horas
- 3.- metronidazol 500 miligramos intravenoso cada 8 horas
- 4.- gentamicina 55 miligramos intravenoso cada 8 horas diluido en 100 milímetros de cloruro de sodio 0.9% pasar intravenoso en 30 minutos
- 5.- azitromicina 500miligramos vía oral por 5 días.
- 6.- diclofenaco 75miligramos intramuscular stat.
- 7.- nebulizaciones con cloruro de sodio 0.9% 3milímetros mas salbutamol 15 gotas cada 8 horas
- 8.- vitamina c TAB Vía oral cada 12 horas.

Indicaciones

- 1.- dieta general
- 2.- reposo absoluto
- 3.- control de signos vitales y score mama

- 4.- cuidados de enfermería
- 5.- rastreo ecográfico ILA cada 12 horas
- 6.- exámenes de laboratorio
- 7.- nebulizaciones cada 8 horas
- 8.- reporte de novedades

10/08/2019

Gestante de 24,2 semanas continua en hospitalización con diagnóstico de ruptura prematura de membranas más faringitis aguda. Al momento se encuentra hemodinamicamente estable, consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, hidratada, afebril, normotensa sin signos de alarma, con signos vitales dentro de los parámetros normales, score mama 0. Continua con el mismo esquema de antibioticoterapia y bajo observación médica.

Valoración ginecológica:

Útero grávido con altura uterina de 24centímetros compatible con edad gestacional, movimientos fetales presentes, frecuencia cardiaca fetal: 148 latidos por minuto. No presenta dinámicas uterinas.

se realiza especulocopia donde se evidencia cérvix centrado con salida de líquido amniótico en leve cantidad, al tacto: cuello uterino cerrado.

INFORME DE ECOSONOGRAFIA OBSTETRICA			
útero: gestante, con producto único fetal, movimientos fetales: presentes, frecuencia cardiaca: 137 latidos por minutos, presentación: pelviana.			
medidas biometricas fetales:			
dbp:	59	mm.	fl: 44 mm.
hc:	234	mm.	ac: 202 mm.

raquis: normal. corazón: 4 cámaras. riñones: presentes.

edad gestacional: 26 semanas 6 días + / - 2 semana.

placenta: posterior grado II/III de maduración.

ILA: índice del volumen normal. parámetro dentro de la escala normal 10 cc.

fecha probable de parto: 28 de noviembre de 2019.

peso: 744 g.

DIAGNOSTICO

embarazo de 26 semanas 6 días +/- 2 semana.

presentación pelviana

Exámenes de laboratorio

BIOMETRIA			
Nombre	valor	unidad factor	valor referencial
globulos blancos (wbc)	11.60	10 ³ /ul	4.50 - 11.00
globulos rojos (rbc)	3.21	10 ⁶ /ul	4.50 - 5.00
hemoglobina (hgb)	10.1	g/dl	12.0 - 16.0
hematocrito (hct)	29.1	%	37 - 54 %
vol. corp. medio (mcv)	90.70	Fl	80.0 - 100.0
hemo. corp. medio (mch)	31.50	pg	27.0 - 32.0
conc. hgb. corp. medio (mchc)	34.70	g/dl	31.0 - 37.0
dist. gb rojos – sd	43.10	fl	37.0 - 51.0
dist. gb rojos – cv		%	11.0 - 15.0
Plaquetas	302.0	10 ³ /ul	150 – 450
vol. plaquet. medio (mpv)	9.50	fl	7.0 - 11.0

Reticulositos	--	%	0.5 - 2.5
formula leucocitaria			
Neutrófilo	71.7	%	50.0 - 73.0
Linfocito	29.2	%	30.0 - 38.0
Monocito	8.3	%	0.0 - 12.0
Eosinofilo	2.6	%	0.0 - 3.0
Basófilo	0.1	%	0.0 - 1.0

proteína c reactiva cualitativo	positivo		positivo/negativo
proteína c reactiva cuantitativo	15.95	mg/dl	0 - 5 mg/l

láctico deshidrogenasa	469.9	u/l	240 - 480 u/l
------------------------	-------	-----	---------------

12/08/2019

Primigesta de 24,6 semanas continua en hospitalización de ginecología, con diagnostico ruptura prematura de membranas. Al momento se encuentra hemodinamicamente estable sin signos de alarma, tranquila, hidratada, afebril, normotensa, con signos vitales dentro de los parámetros normales, score mama 0.

Valoración ginecológica

Útero grávido con altura de fondo uterino 24 centímetros, movimientos fetales referidos presentes, niega actividad uterina, frecuencia cardiaca fetal 150 latidos por minuto. Especuloscopia no se observa perdida de líquido por el momento.

se realiza ecografía obstétrica informada para determinar índice de líquido amniotico y cervicometria. Se solicitó nuevos exámenes de laboratorio.

INFORME DE ECOSONOGRAFIA DE CERVICOMETRIA.

se realizó rastreo de cuello. Se identifica la interfaces y se observa al orificio cervical interno cerrado, el cuello de ecogenicidad homogénea mide 42 mm de longitud x 27 mm.

conducto cervical cerrado.

DIAGNOSTICO

- cervicometría con conducto cervical cerrado.
- orificio cervical interno cerrado.

ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA

se observa feto único, posición longitudinal, con actividad cardíaca presente, movimientos fetales activos.

medidas

dbp 6.0 cm. cc: 24.0 cm.

lf: 4.4 cm. ca: 20.2 cm.

Frecuencia cardíaca fetal: 137 lat/min.

placenta posterior fundica grado II/III de maduración

volumen del líquido amniótico en parámetros normales 12cc.

edad gestacional ecográfica: 25 semanas 5 días.

peso: 864.3 gr.

Diagnostico

Embarazo único de 26 semanas 5 días +/- 2 semanas.

Exámenes de laboratorio

BIOMETRIA			
Nombre	valor	unidad factor	valor referencial
globulos blancos (wbc)	8.53	10 ³ /ul	4.50 - 11.00
globulos rojos (rbc)	3.39	10 ⁶ /ul	4.50 - 5.00
hemoglobina (hgb)	10.5	g/dl	12.0 - 16.0
hematocrito (hct)	30.3	%	37 - 54 %
vol. corp. medio (mcv)	89.40	fl	80.0 - 100.0
hemo. corp. medio (mch)	31.00	pg	27.0 - 32.0
conc. hgb. corp. medio (mchc)	34.70	g/dl	31.0 - 37.0
dist. gb rojos - sd	41.40	fl	37.0 - 51.0
dist. gb rojos - cv		%	11.0 - 15.0
plaquetas	392.0	10 ³ /ul	150 – 450
vol. plaquet. medio (mpv)	9.30	fl	7.0 - 11.0
reticulositos	---	%	0.5 - 2.5
formula leucocitaria			
neutrofilo	54.8	%	50.0 - 73.0
linfocito	43.3	%	30.0 - 38.0
monocito	6.6	%	0.0 - 12.0
eosinofilo	1.8	%	0.0 - 3.0
basofilo	0.0	%	0.0 - 1.0

lactico deshidrogenasa	328.9	u/l	240 - 480 u/l
proteina c reactiva cuantitativo	7.98	mg/dl	0 - 5 mg/l

Tratamiento

1. cloruro de sodio 0,9% 1000 milímetros pasar a 60 gotas por minuto
2. ampicilina 1 gramo intravenoso cada 6 horas.
3. nebulizaciones con cloruro de sodio 0.9% 3milímetros mas salbutamol 15 gotas cada 8 horas.
4. vitamina c tabletas vía oral cada 12 horas.

15/08/2019

Primigesta de 24,7 semanas con diagnóstico de ruptura prematura de membranas. Con antecedentes patológicos quirúrgicos apendicetomía hace 3 años. Al momento se encuentra hemodinamicamente estable, orientada en tiempo, espacio y persona, normotensa, afebril, colabora con interrogatorio, con signos vitales dentro de los parámetros normales, no presenta signos de alarma, score mama: 0.

Valoración ginecológica

útero grávido con altura de 25 centímetros compatible con edad gestacional, refiere movimientos fetales, dinámica uterina 0/10 minutos, frecuencia cardíaca fetal: 150 latidos por minutos. Movimientos fetales presentes.

se realiza especulocopia: cuello uterino central, no se evidencian pérdidas vaginales. tacto vaginal: cérvix cerrado.

se recaban resultados de exámenes de laboratorio y ecografía obstétrica dentro de los parámetros normales por lo que se decide dar alta hospitalaria con seguimiento por consulta externa y tratamiento ambulatorio.

BIOMETRIA			
Nombre	valor	unidad factor	valor referencial
globulos blancos (wbc)	8.82	10 ³ /ul	4.50 - 11.00
globulos rojos (rbc)	3.13	10 ⁶ /ul	4.50 - 5.00
hemoglobina (hgb)	10.6	g/dl	12.0 - 16.0
hematocrito (hct)	31.8	%	37 - 54 %
vol. corp. medio (mcv)	88.80	fl	80.0 - 100.0
hemo. corp. medio (mch)	30.70	pg	27.0 - 32.0
conc. hgb. corp. medio (mchc)	34.50	g/dl	31.0 - 37.0
dist. gb rojos - sd	40.70	fl	37.0 - 51.0
dist. gb rojos - cv		%	11.0 - 15.0
plaquetas	386.0	10 ³ /ul	150 – 450

vol. plaquet. medio (mpv)	9.80	fl	7.0 - 11.0
reticulositos	--	%	0.5 - 2.5
formula leucocitaria			
neutrofilo	56.5	%	50.0 - 73.0
linfocito	30.7	%	30.0 - 38.0
monocito	9.3	%	0.0 - 12.0
eosinofilo	0.8	%	0.0 - 3.0
basofilo	0.2	%	0.0 - 1.0
lactico deshidrogenasa	219.0	u/l	240 - 480 u/l
proteina c reactiva cuantitativo	6.96	mg/dl	0 - 5 mg/l

ECOGRAFIA OBSTETRICA

útero gestante con feto único vivo, activo, al momento cefálico podálico dorso anterior. placenta fúndica posterior grado II/III de maduración. cordón umbilical 2 arterias, una vena. líquido amniótico, de aspecto claro

ILA:12cc

Corazón cuatro cavidades, frecuencia cardiaca de 148lpm.

biometría fetal:

dbp: 6.43cm 26sg

hc: 25.30cm 27.3sg

ac: 22.11cm 26.3sg

fl: 4.7cm 25.4sg

peso : 917.54 gramos

Diagnostico

embarazo de 26 semanas 2 días por ecografía (+/-2 semanas)

Indicaciones

1. alta hospitalaria
2. en casos de presentar signos de alarma acudir a la emergencia
3. reposo
4. hidratación

Tratamiento de alta

sales de hierro 1 tableta vía oral cada día alejada de las comidas

calcio 500 miligramos vía oral después de cada comida

vitamina c tabletas vía oral cada 12 horas.

2.9 observaciones.

- Se entrevista a la madre de la paciente, familiar que la acompaño al área de emergencia y se recolecto la información necesaria para poder completar la anamnesis y complementar la historia clínica de la paciente.
- La paciente ha evolucionado de una manera favorable al tratamiento terapéutico prescrito.
- Para definir su diagnóstico se debería de implementar técnicas precisas en cada unidad hospitalaria cuando se presenten casos de ruptura prematura de membranas como la técnica de arborización de helechos y prueba de nitrazina, para obtener resultados precisos.
- Se le comunica al familiar sobre cada decisión que se debe tomar por lo que la paciente es menor de edad, también se les informa los riesgos maternos y fetales por lo que es un embarazo no viable, se tomara en cuenta el riesgo-beneficio.

3. Conclusiones

- Los factores de riesgo del rpm constituyen la base primordial para detectar a tiempo futuras complicaciones durante el embarazo, ya sea por factores ambientales, socioeconómicos, biológicos, genéticos, o a su vez por los antecedentes que la paciente pueda tener e incluso la edad (adolescentes).
- Podemos decir que la ruptura prematura de membranas es un signo de alarma que podría ocasionar una infección intrauterina provocando de esta manera daños maternos y fetales aumentando el índice de muerte materna-fetal.
- Como factor socioeconómico podemos decir que mientras más educación exista en la paciente mayor será el cuidado que tendrá en su embarazo, pero el índice de baja educación en embarazadas es alto por lo que muchas veces no es de conocimiento cuales pueden ser los signos de alarma que se presentarían y de esta forma poder evitarlos.
- La primigravidez es un factor de riesgo de ruptura prematura de membranas estableciendo como un problema por ser el primer embarazo.

4. Bibliografía

- 1.- Barón, J. V. (2013). Fisiopatología de la Ruptura prematura de membranas y marcadores. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 543-549.
- 2.- Drs. Luis Raúl Martínez González, M. V. (1998). Análisis de los casos con rotura prematura de membranas y menos de 34 semanas. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* , 1561-3062.
- 3.- Ganfong, e. a. (2007). Influencia de la rotura prematura de membranas en algunos resultados perinatales. Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto”. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* , 1561-3062.
- 4.- Linder, D. C. (26 de Agosto de 2009). Santa Fe.
- 5.- Lugones y Ramírez . (2010). Rotura prematura de membranas, aspectos de interés para la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 1561-3038.
- 6.- Ortis et al. (2014). Complicaciones neonatales asociadas a la ruptura prematura de membranas amnióticas en recién nacidos de pretérmino. *Revista Mexicana de Pdiatria*, 169-173.
- 7.- Ramos, M. G. (2018). Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 2304-5132.
- 8.- Universidad Nacional de Colombia . (2015). Guia de practicas clinicas para la prevencion, deteccion temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio: seccion infecciones en el embarazo-ruptura prematura de membranas. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* , 263-286.
- 9.- Universidad Nacional de Colombia - Alianza CINETS. (Octubre de 2015). *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. Obtenido de Revista

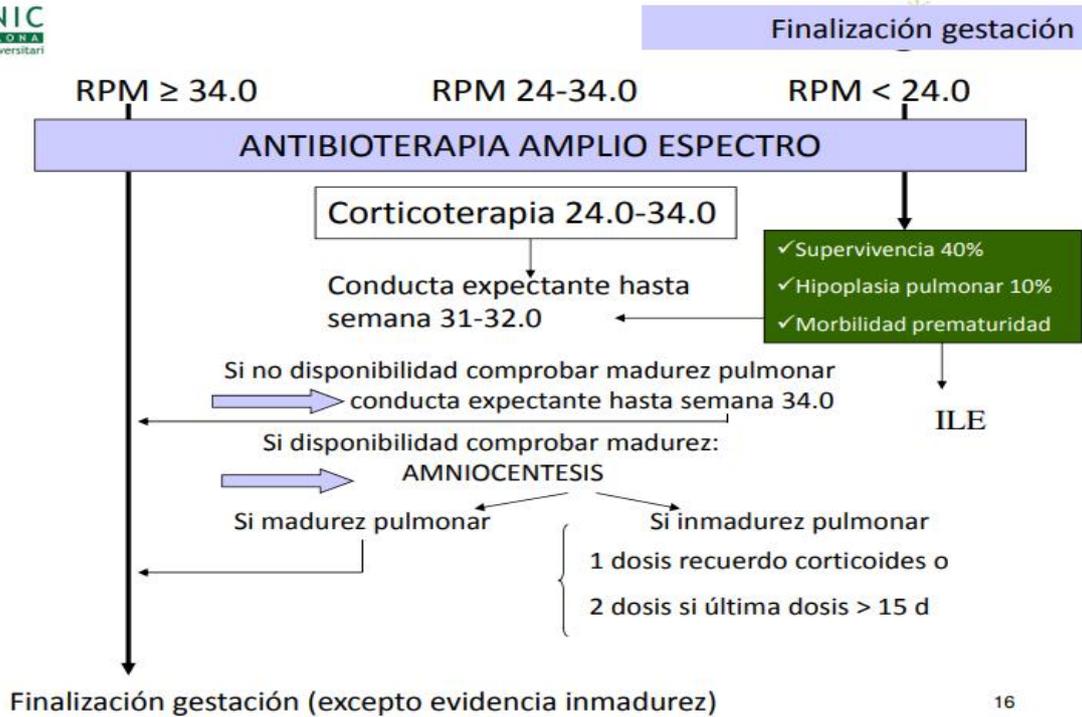
Colombiana de Obstetricia y Ginecología:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v66n4/v66n4a05.pdf>

- 10.- Vargas, K. V. (2014). Ruptura prematura de membranas. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA*, 719 - 723.

ANEXOS

Diferencia de diagnóstico de una Ruptura Prematura de Membranas.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	FRECUENCIA	CARACTERISTICA
Leucorrea	Frecuente	Flujo genital blanco amarillento, infeccioso, asociado a prurito.
Incontinencia urinaria	Frecuente	Frecuente en segunda mitad del embarazo, especialmente en multíparas (por relajación perineal y rectocistocele). Descartar ITU.
Eliminación tapón mucoso	Frecuente	Fluido mucoso, a veces algo sanguinolento.
Rotura de quiste vaginal	Infrecuente	Pérdida brusca de líquido cristalino por vagina. Al examen se observa cavidad pequeña en paredes vaginales (raro).
Hidrorrea decidual	Infrecuente	Primera mitad del embarazo. Líquido claro con tinte amarillo, a veces sanguinolento. Desde espacio entre decidua parietal y refleja, que se fusiona entre las 16 y 18 semanas.
Rotura de bolsa amniocorial	Infrecuente	Raro; de espacio virtual entre corion y amnios; se produce por delaminación de este último.



Tablas para valorar índice de líquido amniótico

Índice de Líquido Amniótico (ILA)			
Semana	P5	P50	P95
20	93	141	212
21	95	143	214
22	97	145	216
23	98	146	218
24	98	147	219
25	97	147	221
26	97	147	223
27	95	156	226
28	94	146	228
29	92	145	231
30	90	145	234
31	88	144	238
32	86	144	231
33	93	143	234
34	81	142	248
35	79	140	249
36	77	138	249
37	75	135	244
38	73	132	239
39	72	127	226
40	71	123	214
41	70	116	194