

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Obstetricia y Puericultura

Segunda Especialidad Alto Riesgo Obstétrico



“RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN UNA GESTACION DE 28 SEMANAS – HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO – ESSALUD - MAYO 2021”

Trabajo Académico presentado por la licenciada en obstetricia:

Jimenez Chata, Karen Isis

Para optar el título de:

Segunda especialidad en alto riesgo obstétrico

Asesora:

Mg. Sotomayor Martínez, Victoria

Arequipa - Perú

2021



Universidad Católica
de Santa María

AREQUIPA - PERU

☎ (51) 5413821038 🌐 <http://www.ucsm.edu.pe> 📘 [facebook.com/ucsm.edu.pe/](https://www.facebook.com/ucsm.edu.pe/)

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

Arequipa, 11 de junio del 2021

INFORME DE DICTAMEN DE BORRADOR DE TRABAJO ACADÉMICO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

A : Dra. Jannet Escobedo Vargas
Decana de la Facultad de Obstetricia y Puericultura
DE : Mg. Armida Fernández Vásquez
Dra. Verónica Oviedo Tejada
Mg. Fabiola Meza Flores
Dictaminadores del Borrador de Tesis de 2da. Especialidad

TITULO DEL BORRADOR:

“RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN UNA GESTACION DE 28 SEMANAS –
HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO – ESSALUD - MAYO 2021”

PRESENTADO POR:

Lic. Jimenez Chata, Karen Isis

Para optar el titulo de Segunda Especialidad en “ALTO RIESGO OBSTÉTRICO”

Hechas las correcciones a las observaciones que se encontraron en el mencionado
BORRADOR DE TRABAJO ACADÉMICO, se da el DICTAMEN favorable, para la
sustentación del trabajo respectivo.

Debiendo elaborar la Tesis según el formato oficial del Reglamento de Investigación.

Atentamente,



Presidente 6001591



Dra. Verónica Oviedo Tejada
Vocal



Mg. Fabiola Meza Flores
Secretaria

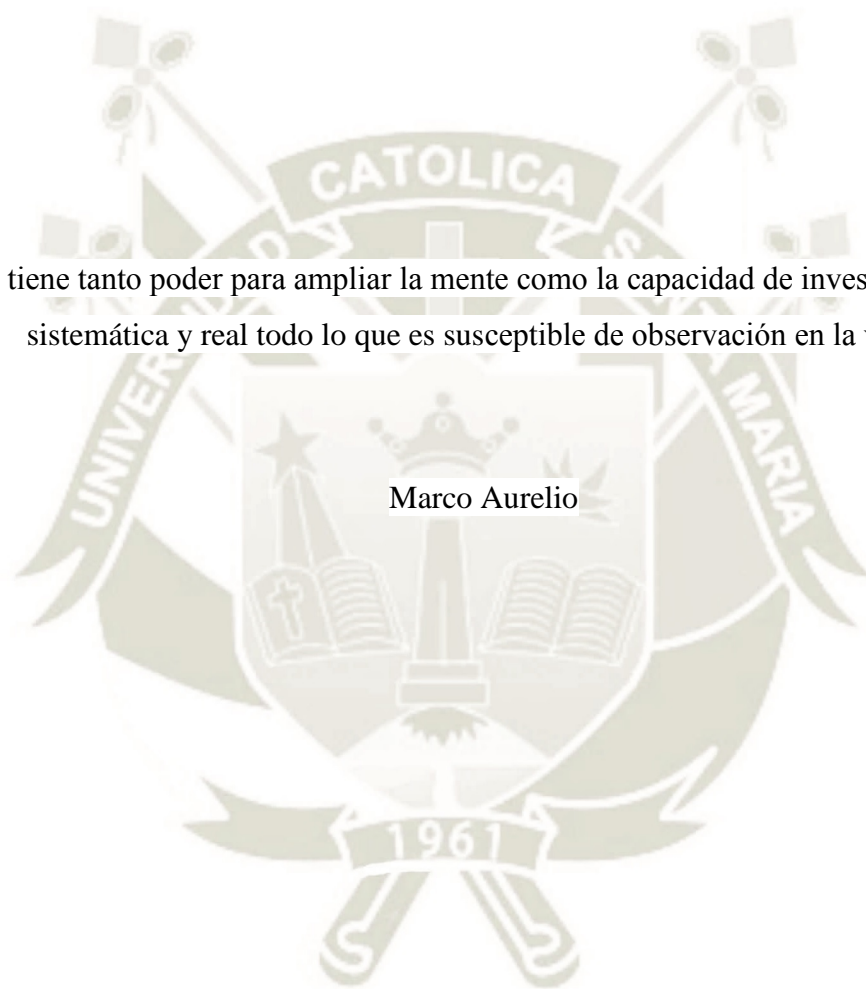
DEDICATORIA

Doy gracias a Dios por ser mi guía a lo largo de mi vida. A mi mamá y papá por ser mi motivo y ayudarme a lograr mis metas, a mi hermano Samael por su apoyo incondicional y por sus consejos, a mis docentes, colegas que me ayudaron en mi vida profesional, este logro se los debo a ustedes, GRACIAS.



“Nada tiene tanto poder para ampliar la mente como la capacidad de investigar de forma sistemática y real todo lo que es susceptible de observación en la vida”.

Marco Aurelio



ÍNDICE

Dedicatoria	i
Epígrafe	ii
Resumen	iii
Abstract	iv
Índice	v
Introducción.....	10
CAPÍTULO I: Marco Conceptual	12
1. Ruptura prematura de membranas.....	13
1.2. Clasificación	13
1.3. Incidencia	13
1.4. Etiología	13
1.5. Factores de riesgo	13
1.6. Fisiopatología	14
1.7. Clínica	14
1.8. Diagnóstico	14
1.9. Exámenes Auxiliares	15
1.10. Manejo de la ruptura prematura de membranas	19
1.10.1 Flujograma de conducta en una ruptura prematura de membranas.....	20
CAPÍTULO II: Marco Metodológico	22
Presentación de caso clínico	23
CAPÍTULO III: Discusión	30
Análisis del caso clínico	31

Conclusiones.....	36
Recomendaciones	37
Referencias	39
ANEXOS	46
A1 Referencia Clínica Arequipa	47
A2 Ecografía, monitoreo fetal y otros	48



1. RESUMEN

OBJETIVO: Analizar si hubo una atención materno – fetal bajo el manejo adecuado de la ruptura prematura de membranas y factores de riesgo asociados, con la finalidad de brindar nuevos aportes científicos.

MATERIALES Y MÉTODOS: Es un estudio descriptivo, observacional, documental, donde se elaboró una historia clínica de una paciente con el diagnóstico de ruptura prematura de membranas, atendida en el mes de mayo 2021 en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo – Es Salud.

RESULTADOS: Se presenta el caso clínico de una paciente de 27 años que fue referida de la Clínica Arequipa el 06/05/2021, con los diagnósticos de gestación de 28 – 29 semanas, d/c ruptura prematura de membranas, d/c amenaza de parto pre término al Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo (HNCASE) – ESSALUD, ingresando al servicio de emergencia de ginecología y obstetricia a las 18:34 horas, refiriendo pérdida de líquido transvaginal en regular cantidad desde las 16: 00 horas del mismo día, además de prurito bulbar, ardor vaginal, fecha ultima de menstruación: no recuerda, fecha probable de parto: 29/06/2021 por ecografía del I trimestre, no presenta carnet de controles prenatales. Le realizan ecografía con el diagnóstico: gestación de 28 semanas 4 días, solicitan exámenes de laboratorio, paciente es hospitalizada. El día 07/05/2021: Paciente no refiere pérdida de líquido transvaginal, no dinámica uterina, refiere secreción vaginal, signos vitales dentro de los parámetros normales. Se realiza ecografía obstétrica: se observa feto en longitudinal cefálico izquierdo, ponderado fetal: 1306 gramos dentro del percentil normal para la edad gestacional, placenta corporal anterior II/III, con índice de líquido amniótico 5 mm, pozo máximo de 40 mm. Al examen ginecológico: al especulo: cérvix cilíndrico con orificio cervical interno y orificio cervical externo cerrado, eritematoso con abundante secreción blanquecina. Las indicaciones: antibioticoterapia: ceftriaxona 2 gramos cada 24 horas vía endovenosa, nifedipino 10 mg cada 8 horas vía oral, clotrimazol de 500 mg óvulo cada 24 horas por vía vaginal. El día 09/05/2021: La paciente tuvo una evolución favorable, es evaluada y le dan alta médica con el diagnóstico de gestación de 29 semanas, vulvovaginitis por candida, feto único vivo, cesárea anterior (1 vez).

CONCLUSIONES: El presente caso clínico concluyó con una paciente que fue referida de forma oportuna y recibió maduración pulmonar. El manejo de la paciente en el HNCASE - ESSALUD fue expectante y de acuerdo a la guía práctica de atención según

capacidad resolutoria. La gestante tuvo controles prenatales de forma particular y no cuenta con carnet de control prenatal, se manejó la amenaza de parto pre término y se descartó la ruptura prematura de membrana. Es dada en alta médica con el diagnóstico de gestación de 29 semanas, vulvovaginitis por candida.

PALABRAS CLAVE: Ruptura prematura de membranas, amenaza de parto pre término, vulvovaginitis.



1. ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze if there was a maternal - fetal care under the adequate management of premature rupture of membranes and associated risk factors, in order to provide new scientific contributions.

MATERIALS AND METHODS: It is a descriptive, observational, documentary study, where a clinical history of a patient with the diagnosis of premature rupture of membranes, treated in May 2021 at the Carlos Alberto Seguin Escobedo National Hospital - Es Salud, was prepared.

RESULTS: The clinical case of a 27-year-old patient who was referred from the Arequipa Clinic on 05/06/2021 is presented, with the diagnosis of gestation of 28 - 29 weeks, d / c premature rupture of membranes, d / c threat from pre-term delivery to the Carlos Alberto Seguin Escobedo National Hospital (HNCASE) - ESSALUD, entering the emergency service of gynecology and obstetrics at 6:34 p.m., reporting loss of transvaginal fluid in a regular amount from 4:00 p.m. Same day, in addition to bulbar itching, vaginal burning, last menstruation date: does not remember, probable date of delivery: 06/29/2021 by ultrasound of the first trimester, does not present prenatal control card. They perform ultrasound with the diagnosis: gestation of 28 weeks 4 days, request laboratory tests, patient is hospitalized. On 05/07/2021: Patient does not report transvaginal fluid loss, uterine dynamics, vaginal discharge, vital signs within normal parameters. Obstetric ultrasound is performed: fetus is observed in left head longitudinal, weighted fetal: 1306 grams within the normal percentile for gestational age, II / III anterior body placenta, with amniotic fluid index 5 mm, maximum well of 40 mm. On gynecological examination: on speculum: cylindrical cervix with internal cervical os and external cervical os closed, erythematous with abundant whitish discharge. Indications: antibiotic therapy: ceftriaxone 2 grams every 24 hours intravenously, nifedipine 10 mg every 8 hours orally, clotrimazol 500 mg ovule every 24 hours vaginally. On 05/09/2021: The patient had a favorable evolution, is evaluated and is discharged with the diagnosis of 29 weeks' gestation, vulvovaginitis due to candida, live single fetus, previous cesarean section (1 time).

CONCLUSIONS: The present clinical case concluded with a patient who was referred in a timely manner and received lung maturation. The management of the patient in the HNCASE - ESSALUD was expectant and according to the practical care guide according to resolution capacity. The pregnant woman had prenatal controls in a particular way and does not have a prenatal control card, the threat of pre-term delivery was managed and premature rupture of the membrane was ruled out. She is discharged with a 29-week gestation diagnosis, candida vulvovaginitis.

KEY WORDS: Premature rupture of membranes, threat of preterm labor, vulvovaginitis.



INTRODUCCIÓN

La ruptura prematura de membranas (RPM) constituye un problema de salud pública, es una patología obstétrica que puede afectar a las mujeres en cualquier periodo de la gestación. Esta patología puede asociarse al parto prematuro, infecciones urinarias y mortalidad materno - perinatal (1).

Se define como la ruptura de la membrana ovular o capa de tejido que contiene al líquido amniótico que rodea al feto; esta membrana se llama saco amniótico, se denominará ruptura prematura de membranas cuando se produzca antes de que inicie el trabajo de parto (2), cuando ocurre antes de las 37 semanas de edad gestacional se le conoce como ruptura prematura de membranas pre término (3). La causa es desconocida, pero se asocia con múltiples patologías. Complica un 3% de los embarazos y provoca un 25-30% de los partos prematuros (4), por lo cual se considera la principal causa de prematuridad y mortalidad materna (2,5).

La ruptura prematura de membrana complica aproximadamente el 8% de los embarazos a término, se encuentra asociado a múltiples factores de riesgo y complicaciones materno-perinatales, y en la práctica médica es de difícil diagnóstico certero (6). Esta patología ginecológica se asocia a infecciones intrauterinas, sepsis e infecciones puerperales como las complicaciones maternas más importantes (7), las cuales pueden aumentar las tasas de morbilidad y mortalidad materna.

En el Perú, en los años 2018 y 2019 se ha reportado un total de 366 y 309 muertes maternas respectivamente, siendo en ambos años el 62.8% correspondiente a una población joven de entre 20 a 35 años de edad. El Instituto Nacional Materno Perinatal reporto en el año 2019 un total de 6 muertes maternas en su servicio, 1 de los casos resultó de un shock séptico por corioamnionitis (8).

El presente caso clínico tuvo como objetivo analizar si hubo una atención materno – fetal bajo el manejo adecuado de la ruptura prematura de membranas y la estructura del mismo fue de la siguiente manera: capítulo I marco conceptual, capítulo II marco metodológico, capítulo III discusión.



CAPÍTULO I MARCO CONCEPTUAL

1. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Se define como la ruptura espontánea de membranas amnióticas (amnios y corion) antes de que comience el trabajo de parto, independiente de la edad gestacional (9).

1.1. CLASIFICACIÓN

La ruptura prematura de membranas se puede clasificar en:

- a) Ruptura prematura de membranas término: Después de las 37 semanas.
- b) Ruptura prematura de membranas pre término: Antes de las 37 semanas.
- c) Ruptura prematura de membranas prolongado: Más de 24 horas de ruptura y se puede combinar con las dos anteriores.
- d) Ruptura prematura de membranas Pre viable: Es la que ocurre antes de las 24 semanas (2,5).

1.2. INCIDENCIA:

La frecuencia de la ruptura prematura de membranas varía entre el 4-18% de los partos, es causa del 50% del parto pre término y se le asocia al 20% de todas las muertes perinatales.

La frecuencia es de 16% a 21% en gestaciones a término y 15% a 45% en el embarazo pre término, complicando aproximadamente el 2 a 5% de los embarazos pre término y el 8% de las gestaciones a término (7).

1.3. ETIOLOGÍA:

Su etiología es desconocida, se han propuesto diferentes factores que pueden estar implicados en su génesis como: alteraciones de las propiedades químicas de las membranas, aumento de la presión intraamniótica, embarazos gemelares, Poli hidramnios, presencia de infección, ya sea intraamniótica o del resto del tracto genital (10).

Últimos estudios como el de Workineh y col (2015) asocian al tabaquismo y a la hipertensión durante el embarazo con la aparición de ruptura prematura de membranas (11); algunos estudios realizados en China sugieren que el calor está asociado con un mayor riesgo de ruptura prematura de membranas, mientras que la temperatura fría podría ser un factor protector (12).

1.4. FACTORES DE RIESGO:

Entre los factores que predisponen al desarrollo de la ruptura prematura de membranas, se destaca:

- **Antecedente de ruptura prematura de membranas:** triplica el riesgo de ruptura prematura de membranas en el embarazo siguiente.

- **Infecciones del tracto genital/ intrauterino:** se ha observado que el factor más común está relacionado con clamidia y gonorrea.
- **Hemorragia antes del parto:** el riesgo de ruptura prematura de membranas aumenta si la gestante presenta sangrado en el primer trimestre.
- **Anomalías cervicales antes de embarazo:** como la insuficiencia cervical.
- **Procedimientos invasivos: amniocentesis:** se complica el 1% de todos los procedimientos con ruptura prematura de membranas. La cirugía fetal, fetos copia, toma de sangre de las venas umbilicales percutáneas: los dos primeros tienen mayor riesgo de ruptura prematura de membranas (4).
- **Fumadora:** Aumenta el riesgo en dos a cuatro veces en relación con las no fumadoras.
- **Otros:** Embarazos múltiples y poli hidramnios (5, 13,14).

1.5. FISIOPATOLOGÍA:

Las membranas fetales están formadas por tres capas: amnios y corion, que son de origen fetal, y la decidua que es de origen materno. Su resistencia aumenta apreciablemente hasta la mitad del embarazo, que es el momento en que se estabiliza y cae repentinamente con el tiempo (15).

La ruptura prematura de membranas puede tener diversas causas, como el resultado de un debilitamiento fisiológico normal de las membranas combinado con fuerzas de corte creadas por contracciones uterinas, o por una falta de equilibrio entre factores de degradación y síntesis de la matriz extracelular (1).

Diversos sucesos patológicos como: infección, inflamación, hemorragia, etc., pueden interrumpir este y otros procesos homeostáticos e iniciar una cascada de cambios bioquímicos que culminarían en la ruptura prematura de membrana (16).

1.6. CLÍNICA:

La pérdida del líquido amniótico por genitales, que tiene similar olor a lejía, que se puede acompañar de contracciones o signos de infección, cuando la ruptura es alta puede pasar por desapercibida por las pacientes o confundirlo con incontinencia urinaria (17).

1.7. DIAGNÓSTICO:

En los controles prenatales se brinda información a la gestante sobre los signos de alarma en la gestación con el fin de que se dé cuenta, informe o acuda a un establecimiento de salud de manera oportuna por cualquier factor que ponga en riesgo su embarazo; es por eso que la gestante será nuestra principal informadora al momento de brindarle una atención obstétrica, ya que nos brindara información acerca de un evento de pérdida de

líquido amniótico por vía vaginal u otra complicación que ponga en riesgo su salud o la del feto.

La mayor parte de los casos de ruptura prematura de membranas se pueden diagnosticar a base de la historia clínica y examen físico del paciente (6). En el 80% de los casos, un flujo franco de líquido amniótico, ya sea percibido por la paciente o visualizado bajo el espéculo por el profesional de salud, plantea el diagnóstico de ruptura prematura de membranas. En los casos restantes, la descarga no es clara o no fue posible la confirmación por un profesional de salud, por lo que una prueba biológica rápida puede ayudar al diagnóstico (15).

El diagnóstico de ruptura prematura de membranas se realizará con la historia clínica y la visualización de la salida de líquido desde el orificio cervical por medio de la especuloscopia con lo que se confirma más del 90% de los casos (14), si no se pudiera visualizar la salida de líquido amniótico se le puede solicitar a la paciente que realice maniobras de Valsalva como toser o pujar (3).

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

Para el diagnóstico de ruptura prematura de membranas se tomará en cuenta:

- la Historia clínica: Anamnesis, factores asociados.
- El examen físico general: Evaluación de estado general.
- Funciones vitales: Temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y presión arterial.
- Examen abdominal: Altura uterina, latidos cardiacos fetales, contracciones uterinas, presentación, posición y situación del feto.
- Posición litotomía para evidenciar pérdida de líquido amniótico espontáneo por la vagina.
- Especuloscopia: Salida de líquido amniótico por el orificio cervical al pujar la paciente o al rechazar polo de presentación fetal.
- Tactos vaginales restringidos, solo se realiza si es necesario (18).

1.8. DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES:

- Incontinencia urinaria
- Leucorrea

- Flujo vaginal
- Eliminación de tapón mucoso (18).

1.9. EXÁMENES ADICIONALES:

a) PAPEL DE NITRAZINA: Esta prueba de diagnóstico es útil en cualquier edad gestacional. Se realiza al tomar una muestra de líquido del fondo de saco con un hisopo estéril y se aplica al papel de nitrazina, el cual se tornará de amarillo a azul en presencia de líquido amniótico, mediante el principio de alcalinización del PH (14). Se pueden producir falsos positivos en presencia de sangre, semen, orina, cervicitis y vaginosis bacteriana (19).

- Amarillo verdoso: pH 5; No hay RPM
- Verde – azulado: pH 6.0; sugestivo de RPM
- Azul: pH > 6.0; compatible con RPM (17).

b) CRISTALOGRAFÍA / PRUEBA DE HELECHO: Se trata de la cristalización microscópica de líquido amniótico. Se toma una muestra del fondo de saco, se coloca a una lámina portaobjeto y se deja secando al aire libre, esta muestra adquiere un patrón similar a una hoja de helecho. Es de fácil contaminación con soluciones antisépticas o con las secreciones corporales (20).

c) TEST DE LA PROTEÍNA DE UNIÓN AL FACTOR DE CRECIMIENTO SIMILAR A INSULINA (IGFBP-1): Se recomienda utilizarla como una prueba de primera línea cuando existen dudas diagnósticas por su alta sensibilidad y especificidad. Es la principal proteína de unión al factor de crecimiento similar a la insulina en el líquido amniótico, esta tiende a aumentar en el segundo trimestre de embarazo y suele permanecer aumentada durante toda la gestación. El resultado se puede conseguir a los 10 -15 minutos después de su realización, tiene un límite inferior de detección de 25 mg/ml y se considera positivo cuando su concentración es superior a 30 mg/ml (21).

d) TEST DE AMNISURE: Es la detección de alfa microglobulina-1 placentaria (PAMG-1) en el fluido vaginal, es una prueba de inmuno ensayo de un solo paso y mínimamente invasivo (6). Los estudios afirman que tiene una alta precisión, especificidad y sensibilidad para el diagnóstico de ruptura prematura de membranas en comparación de las pruebas convencionales (test de nitrazina y helecho), a la vez confirman que la prueba PAMG-1 tiene una alta precisión diagnóstica, independientemente de la duración de la ruptura prematura de membranas antes de la evaluación clínica (22).

e) **ULTRASONIDO:** Es utilizado para visualizar si existe menor cantidad de líquido amniótico (oligohidramnios) esperado para la edad gestacional. Se define como bolsillo vertical menor de 2cm de profundidad o índice de líquido amniótico menor a 5 cm. Pero hay que tener en consideración que no todo oligohidramnios se puede producir por ruptura prematura de membranas (3,13).

1.9.1 OTROS DIAGNÓSTICOS POR IMÁGENES

- Pruebas de bienestar fetal: Ecografía, perfil biofísico fetal, Monitoreo Fetal.

1.9.2 MARCADORES TEMPRANOS DE INFECCIÓN:

- Hemograma: Leucocitos: > de 12,000 pero solo si hay desviación izquierda. Repetir cada 2 días.

- Proteína C reactiva > 5, repetir diariamente por 4 días y luego cada 2 días.

- Gram de líquido amniótico: Presencia de leucocitos (>50/c) y células plasmáticas.

- Glucosa en Líquido amniótico: (14 mg/dl)

- Cultivo de líquido amniótico: Para identificación de bacterias (Estreptococo grupo Beta, gonococo, Chlamydia) y para micoplasma y urea plasma (23).

- Monitoreo fetal: taquicardia y/o disminución de la reactividad cardiaca, o el aumento de la sensibilidad, irritabilidad y contractilidad uterina; aunque son menos sensibles.

- Concentraciones elevadas de interleucina - 8 en las secreciones cervicales, y con un cérvix ecográficamente acortado.

- La ausencia de respiración fetal y de movimientos corporales en un período de 30 minutos se asocia de forma importante con Infección intraamniótica (24).

1.10. COMPLICACIONES:

En la ruptura prematura de membranas de pre término, la mayoría de los nacimientos ocurre dentro de los siete días y en más del 75% de los casos, dentro de las dos semanas.

- Entre las complicaciones descritas se destacan las siguientes:

a) Prematurez: su asociación depende de la edad gestacional de presentación de la ruptura de membranas, asociando en estos casos la morbilidad perinatal propia del nacimiento pre término: enterocolitis necrotizante, sepsis, síndrome de dificultad respiratoria.

b) Muerte Fetal: su asociación es mayor cuanto menor es la edad gestacional de la ruptura y menor el volumen de líquido. Suele ser secundaria a la infección, pero también puede ser consecuencia de emergencias obstétricas asociadas a la ruptura prematura de membranas como el desprendimiento placentario y la procidencia de cordón.

c) Deformidades fetales: se observan en la ruptura prematura de membranas ocurrida en el segundo trimestre, previo a la viabilidad, secundarios a una reducción franca del volumen del líquido amniótico. A menor líquido, mayor riesgo.

d) La hipoplasia pulmonar: se observa que el 30% de estos casos presentan ruptura prematura de membranas y una alta mortalidad perinatal superior al 70%.

e) Las malformaciones de posición: pueden ocurrir a cualquier edad gestacional dado que el desarrollo articular se presenta a lo largo del embarazo y dependen del volumen de líquido amniótico y el tiempo de latencia.

f) Presentaciones anómalas fetales: Pelviana y transversa.

- Complicaciones ovulares:

a) Desprendimiento placentario: su presencia es mayor cuanto menor es la edad gestacional de ocurrencia de la ruptura de membranas.

b) Procidencia de cordón (2 – 5%) Hemorragias de la primera y segunda mitad del embarazo y post parto. Retención placentaria (25).

1.10.1. INFECCIONES MATERNAS Y PERINATALES

a) Corioamnionitis: puede ser causa o consecuencia de la ruptura prematura de membranas. Cuando se presenta, suele hacerlo dentro de los siete días de ocurrida la ruptura. Su presencia es mayor cuanto menor es el volumen de líquido amniótico.

b) Endometritis puerperal: se observa en el 30% de los embarazos del segundo trimestre, disminuyendo su frecuencia a mayor edad gestacional. Sepsis: < 3% (25).

1.10.2. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y PARTO PREMATURO

Una complicación de la ruptura prematura de membranas es el parto prematuro. El período de latencia, es el tiempo que transcurre entre la ruptura prematura de membranas y el parto, es inversamente proporcional a la edad gestacional en que ocurre este evento. El período de latencia en ocasiones puede ser muy largo (meses), o bien llevar a un parto prematuro, que puede ocasionar muerte o enfermedad en el neonato. Diversos estudios concluyen que un 50% de los partos prematuros por ruptura prematura de membranas presentan alteraciones crónicas y un 50% alteraciones del desarrollo neurológico (25).

1.10.3. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS E INFECCIÓN PERINATAL.

Las infecciones, a veces pueden explicar la ocurrencia o aparición de la ruptura prematura de membranas en el embarazo. La infección intra-amniótica estaría presente en 30-50% de las rupturas prematuras de membranas en partos prematuros y en un 4-16% de las rupturas prematuras de membranas de término. Se estima que entre 20 y 30% de los recién

nacidos prematuros de madres con ruptura prematura de membranas presentarán sepsis neonatal. La infección uterina, especialmente en el caso de la ruptura prematura de membranas en partos prematuros es ascendente, es decir los gérmenes que provienen de la vagina, desde allí pueden infectar la interface coriodecidual, el líquido amniótico o el feto (por deglución del líquido amniótico infectado).

Para la madre, la infección perinatal en el contexto de ruptura prematura de membranas, significaría un aumento de la endometritis puerperal, cuadro habitualmente leve, pero que puede ser grave e incluso letal si no es bien diagnosticado y manejado. La corioamnionitis clínica ocurre en un 20-60% de los casos; la fiebre postparto entre 20-40% y la endometritis puerperal 20% (incidencia de endometritis reportada luego de partos de término sin ruptura prematura de membranas 1,6%). El desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPPNI) ocurre en 5-10% y hemorragia posparto 10%. En general no se reportan muertes maternas asociadas a este cuadro.

Microbiología del líquido amniótico en ruptura prematura de membranas en partos prematuros:

- Mycoplasma/Urea plasma: 50% de los cultivos positivos
- Gardnerella Vaginales
- Flora anaerobia mixta
- Escherichia Coli
- Cándida Albicans: Principalmente en embarazos con DIU o cerclaje.
- Streptococcus Viridans
- Fusobacterium sp
- Streptococcus agalactiae
- Klebsiella sp (25).

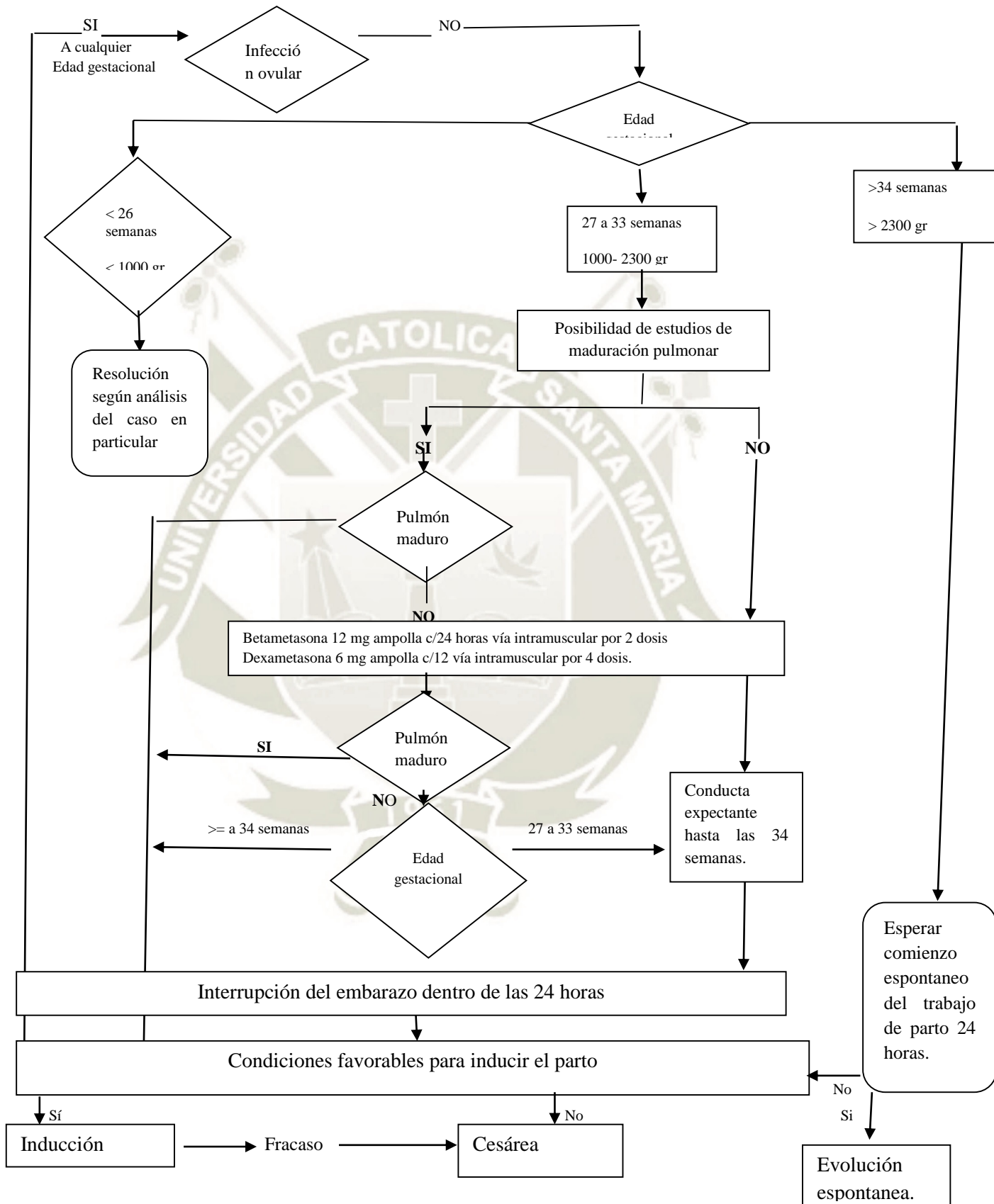
1.11.- MANEJO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MENBRANAS (26):

1.11.1. MEDIDAS GENERALES.

Según la guía de atención de emergencias obstétricas, módulo III (MINSA) refiere como medidas generales para el manejo de ruptura prematura de membranas, lo siguiente:

- Hemograma.
- Cultivo y frotis de líquido amniótico.
- Evaluación de bienestar fetal.
- Ecografía: Cantidad de líquido amniótico, situación de la placenta (26).

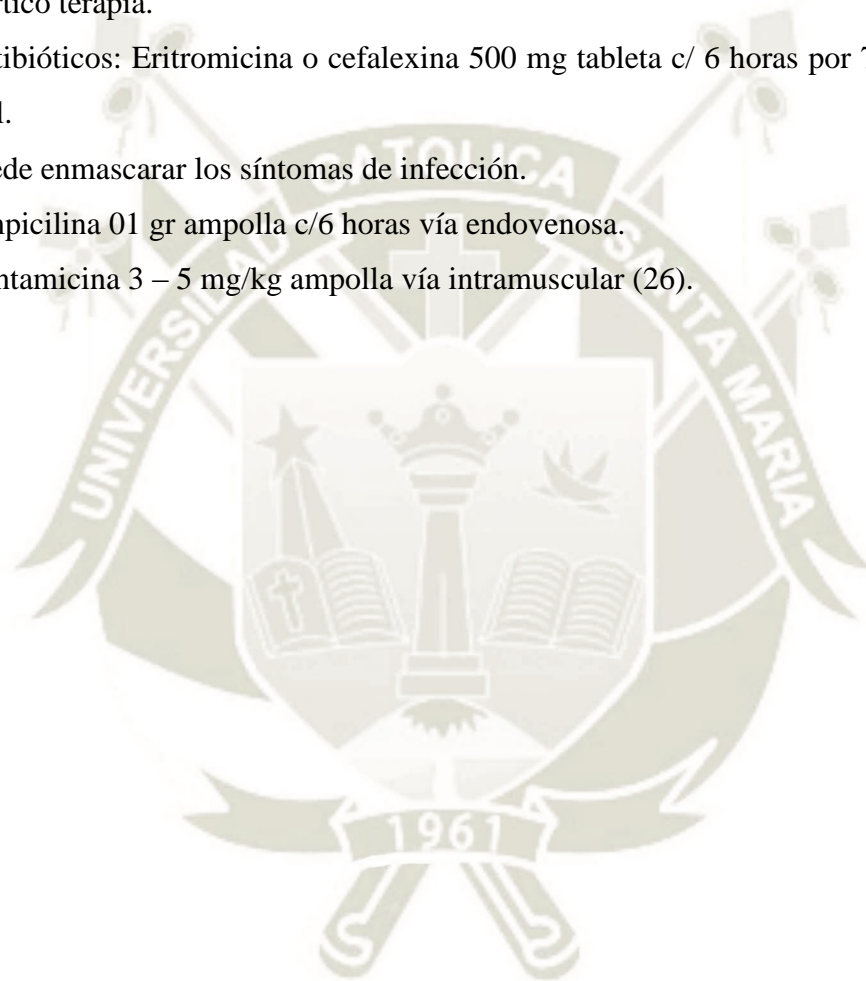
1.11.2. FLUJOGRAMA DE CONDUCTA EN UNA RUPTURA PREMATURA DE MENBRANAS:



Fuente: Guía de atención de emergencias obstétricas, módulo III (MINSA) (26).

1.11.3. CONDUCTA EXPECTANTE EN < 34 SEMANAS DE GESTACIÓN.

- Reposo absoluto.
- Higiene perineal sin lavado vaginal.
- Prohibición de tactos vaginales o espejuelo.
- Control de contractibilidad uterina durante 20 minutos cada 6 – 8 horas.
- Control de temperatura y frecuencia cardiaca c/ 6 horas.
- Hemograma y PCR para detección precoz de infección.
- Cortico terapia.
- Antibióticos: Eritromicina o cefalexina 500 mg tableta c/ 6 horas por 7 a 10 días vía oral.
- Puede enmascarar los síntomas de infección.
Ampicilina 01 gr ampolla c/6 horas vía endovenosa.
Gentamicina 3 – 5 mg/kg ampolla vía intramuscular (26).





**CAPITULO
II
MARCO
METODOLOGICO**

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

I. ANAMNESIS

1.- FILIACION

- a) Nombre: N.A. R. M.
- b) Edad: 27 años
- c) Cama: 202 - A
- d) Seguro: ESSALUD
- e) D.N.I.: 70007172
- f) Fecha de nacimiento: 07 enero 1994
- g) Lugar de nacimiento: Arequipa
- h) Lugar de procedencia: Arequipa
- i) Domicilio: Urb. Víctor Andrés Belaunde Casa 10 - Yanahuara
- j) Grado de instrucción: Superior Completa
- k) Raza: Mestiza
- l) Sexo: Femenino
- m) Estado civil: Casada
- n) Religión: católica
- o) Idioma: castellano
- p) Ocupación actual: Administradora
- q) Pareja: P.A.C.C.
- r) Ocupación de la pareja: Administrador
- s) Persona responsable: Esposo
- t) Fecha de ingreso: 06-05-2021
- u) Forma de ingreso: Referencia Clínica Arequipa
- v) Tipo de anamnesis: Directa
- w) Nro. De historia clínica: 963475
- x) Historia clínica elaborada por: Obstetra: Karen Isis Jimenez Chata
- y) Fecha de elaboración de la historia clínica: 08-05-2021

2.- ENFERMEDAD ACTUAL

Fecha: 06-05-2021

hora: 20:25 horas.

- a) Tiempo de enfermedad: 01 día
- b) Síntoma principal: Pérdida de líquido transvaginal
- c) Historia de la enfermedad:

Paciente refiere presentar pérdida de líquido transvaginal de forma espontánea, desde las 16:00 pm del 06-05-2021 en moderada cantidad, de color blanquecino, sin olor, al ver que la pérdida era más abundante en la deambulación con ligero dolor lumbar y abdominal, acude por emergencia a la clínica Arequipa a las 16:30 horas, donde la diagnostican una gestación de 28 semanas – 29 semanas, d/c ruptura prematura de membranas, d/c amenaza de parto pre término, d/c corioamnionitis y es referida al Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo - Es Salud.

- a) Medicamentos administrados:

- Betametasona 12 mg ampolla c/ 24 horas vía intramuscular (1° dosis: 05 /05/2021 10:00 a.m.; 2° Dosis: 06 /05/2021 10:00 a.m.).
- Cefazolina 1g EV y diclofenaco de 75mg IM ampolla stat.

Funciones biológicas:

- Apetito: Normal
- Sed: Normal
- Sueño: Conservado
- Micción: Si
- Deposiciones: Si

3. ANTECEDENTES PERSONALES:

a) Antecedentes fisiológicos:

- Nacida de embarazo: Normal
- Nacida de parto: Eutócico
- Atención: Hospital
- Lugar: Arequipa
- Lactancia materna/ tiempo: 8 meses
- Vacunas: Completas
- Dentición: Normal
- Crecimiento y desarrollo psicomotriz: Normal
- Inicio de marcha: Al año y medio

b) Antecedentes patológicos:

- Enfermedades eruptivas de la infancia: Varicela a los 5 años
- Enfermedades de la adolescencia: Niega
- Enfermedades de la adultez: Niega
- Patología de la cadera: No
- Intervenciones quirúrgicas: Rinoplastia (2019), Cesárea Segmentaria (2020).
- Accidentes o traumatismos: No
- Hospitalizaciones: Si
- Transfusiones sanguíneas: No
- Alergia a medicamentos: No
- Alergia a alimentos: No

c) Antecedentes Ginecológicos

- Menarquia: 14 años
- Régimen catamencial: 5 días cada 30
- Cantidad: moja 4 toallas al día
- Dismenorrea: No
- Inicio de relaciones sexuales: 17 años
- Nro. de parejas sexuales: 03
- Dispareunia: No
- Flujo genital: Blanquecino
- Prurito bulbar: Esporádico
- Infecciones ginecológicas: No
- I.T.S.: No
- Uso de MAC.: ACO (Píldoras)
- PAP: 2019 (negativo)
- Examen de mamas: Autoexamen
- Tratamiento de infertilidad: Niega
- Operaciones ginecológicas y obstétricas: Cesárea Segmentaria 2020 por presentación alta, gestación de 39 semanas.

d) Antecedentes Obstétricos:

- Parto distócico: 10- 03 -2020 por presentación alta, gestación de 39 semanas., donde obtuvo un recién nacido de sexo masculino con peso fetal 3300 gr.
- Formula obstétrica: G₁ P₁ 001
- Nro. de gestaciones: 1

- Nro. de partos a término: 1
- Nro. de partos prematuros: 0
- Nro. de abortos: 0
- Nro. de hijos vivos: 1

4. ANTECEDENTES FAMILIARES:

- Padre: No
- Madre: No
- Hermano /a.: Sanos
- Pareja: No
- Hijo: No

5 ANTECEDENTES HEREDITARIOS: Enfermedades de padres y hermanos:

- Sífilis: No
- Diabetes: No
- Taras nerviosas y mentales: No
- Malformaciones congénitas: No
- Enfermedades y causa de fallecimiento: No

6. ANTECEDENTES DEL ESPOSO:

- Enfermedades venéreas: No
- Antecedentes de partos múltiples en su familia: No
- Malformaciones congénitas en su familia: No

7. ANTECEDENTES COSMICO-AMBIENTALES:

- Vivienda: Propia
- Zona: Urbana
- Material: Noble
- Nro. de habitaciones: 03
- Nro. de habitantes: 02
- Saneamiento: Agua y desagüe
- Eliminación de basura: Carro recolector de Basura
- Residencias anteriores: Solo vivió en casa de sus padres, Arequipa
- Armonía en la familia: Si
- Ambiente laboral: Bueno
- Crianza de animales: Si, perro (1).

8. ANTECEDENTES SOCIO-ECONOMICOS:

- Ocupación del jefe de familia: Administrador
- Nivel educacional: Superior completa
- Nro. De personas Dependientes: 2
- Ingreso familiar mensual: 5000 soles
- Persona responsable de sustento familiar: Esposo

9. ANTECEDENTES PSICOSOCIALES:

- Situación familiar: Buena
- Situación personal: Buena
- Vida afectiva: Tranquila
- Horas de sueño: Nueve

10. HABITOS Y COSTUMBRES:

- Fuma: No
- Ingiere bebidas alcohólicas: No
- Consume drogas: No
- Bebe gaseosas: Pocas veces
- Bebe té: No
- Bebe café: No
- Nro. de veces al día en que se alimenta: Tres veces al día
- Tipo de alimentación: Predominio de carbohidratos

11. EMBARAZO ACTUAL:

- Fórmula obstétrica: G2P1001
- Fecha de última menstruación: No sabe
- Fecha probable de parto: 29-06-2021
- Edad gestacional: 28 semanas + 4 días por ecografía del I Trimestre
- Periodo intergenésico: Corto (1 año)
- N° de controles prenatales: 1 control
- Inicio de su control prenatal: 4 semanas y 6 días
- Lugar de controles prenatales: Clínica Arequipa
- Examen de mamas: Normal
- Examen de Papanicolaou: 2019 (-)

12. EVALUACIÓN NUTRICIONAL:

- Peso previo: 60 kg
- Talla: 1.67 cm
- IMC: 26
- Peso actual: 73 kg
- Ganancia de peso: 13 kg

II. EXAMEN FÍSICO:

- Temperatura (T): 36.7 °C
- Presión Arterial (PA): 110/70 mm Hg
- Frecuencia Cardíaca (FC): 82 por minuto.
- Frecuencia Respiratoria (FR): 18 por minuto.

Paciente en aparente buen estado general, regular estado general, buen estado de hidratación, buen estado nutricional, lúcido y orientado en tiempo, espacio y persona. Estado general y sensorio conservado, aparato cardiovascular, respiratorio y urinario normales. Extremidades sin edemas.

En posición: Decúbito dorsal

- a) Piel y TCSC: Trigueña tibia, turgor y elasticidad conservada.
- b) Cabeza: Acorde a su constitución, movilidad conservada.
- c) Cráneo: Normo céfalo, cabello bien implantado.
- d) Cara: Piel trigueña tibia.
- e) Ojos: Conjuntivas palpebrales rosadas, pupilas isocóricas.
- f) Oídos: Pabellones auriculares simétricos.
- g) Nariz: Normorrinea, tabique normal.
- h) Boca: Labios rosados, piezas dentales completas.
- i) Cuello: Simétrico no se palpa adenopatías tiroideas.
- j) Aparato respiratorio: Tórax móvil amplexación conservada.
- k) Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos.

EXAMEN OBSTÉTRICO:

l) Mamas:

Inspección: Mamas asimétricas, pezones hiperpigmentados

Palpación: Turgentes.

m) Abdomen:

Abdomen grávido, AU: 26cm, maniobras de Leopold feto: Longitudinal Cefálico

Izquierdo. Auscultación feto: LCF 140 x minuto, movimientos fetales presentes.

n) Genitales externos e internos: se evidencia abundante flujo vaginal cremoso – blanquecino en regular cantidad, no se evidencia perdida de líquido amniótico a la maniobra de val salva.

o) Extremidades superiores móviles: Móviles, sin edema.

p) Extremidades inferiores móviles: Móviles, sin edema.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

- Gestación de 28 semanas + 4 días
- D/c ruptura prematura de membranas
- Secundigesta primípara
- Feto único presentación cefálica
- Cesárea anterior (1 vez)
- Periodo intergenésico corto < de 1 año



**CAPÍTULO
III
DISCUSIÓN**

ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO

Se evaluó el caso clínico en general donde se cumplió con el protocolo de referencia de acuerdo a complejidad según el diagnóstico de riesgo de la gestante.

1.- Se cumplió con la referencia oportuna de la clínica a un establecimiento de mayor capacidad resolutive por presentar alto riesgo obstétrico materno – perinatal.

2.- Evaluación clínica inmediata al estado materno – fetal.

3.- En clínica Arequipa se completa maduración pulmonar con betametasona 12mg intramuscular cada 24 horas (dos dosis), por presentar riesgo.

4.- Se hospitaliza a gestante para realizar control obstétrico y exámenes auxiliares para descartar alteraciones tanto maternas como fetales

A) CONTROL PRENATAL

1.- El primer control prenatal se inicia a las 04 semanas y 6 días de gestación. En total tiene 1 control prenatal.

2.- Paciente realiza controles prenatales en forma particular y al momento de ingresar al servicio de emergencia no trae carnet perinatal, al ser preguntada por exámenes de laboratorio realizados en los controles prenatales, paciente no indica.

3.- Paciente refiere controles de funciones vitales en estándares de normalidad.

4.- Paciente no cumple con atención prenatal reenfocada, siendo este un riesgo tanto para la madre y feto.

B) SERVICIO DE EMERGENCIA CLINICA AREQUIPA

1.- En la referencia hecha por la clínica Arequipa es muy importante que envíen el inicio de maduración pulmonar, ya que el diagnóstico de ruptura prematura de membranas, es posible que a la paciente le lleguen a intervenir quirúrgicamente en una operación de cesárea de urgencia.

2.- Es importante solicitar el examen de orina completo y entregar el carnet perinatal en físico.

C) SERVICIO DE EMERGENCIA HNCASE – ESSALUD AREQUIPA

- 1.- La gestante es recibida por el servicio de Emergencia de Gineco obstetricia, es hospitalizada con los diagnósticos de: gestación de 28 semanas + 4 días, segundigesta primípara, d/c ruptura prematura de membranas, feto único cefálico, periodo intergénésico corto, cesárea anterior.
- 2.- Evaluación clínica inmediata al estado materno – fetal.
- 3.- Se realiza indicaciones y tratamiento ante una ruptura prematura de membranas.
- 4.- Perfil ecográfico fetal: feto activo, movilidad conservada, mantiene movimiento respiratorio, feto único vivo, feto en longitudinal cefálico izquierdo, latido cardiaco fetal: 145 por minuto, ponderado fetal: 1560 Kg, placenta corporal lateral derecha, índice de líquido Amniótico (ILA): 8 cm, Cervicometria 27 mm.
- 5.- Se realiza control obstétrico y tratamiento médico.
- 6.- El diagnóstico de ingreso se descarta por no presentar signos de una ruptura prematura de membranas.
- 8.- Paciente con evolución favorable, feto activo – reactivo, se da de alta con indicaciones y tratamiento médico para una vulvovaginitis por candida.

DISCUSIÓN

La ruptura prematura de membranas tiene una incidencia promedio del 10% de todos los embarazos a nivel mundial, siendo responsable de un 30 a 40% de los partos prematuros; los cuales producen impacto en la morbilidad y mortalidad neonatal, la incidencia de ruptura prematura de membranas en Latinoamérica se estimó entre el 5,7% y 8,9% y en el Perú fue de un 13,6% siendo considerada la mayor tasa en nuestro continente (27). En el Perú cifras del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) evidencian que la incidencia de ruptura prematura de membranas fue del 12,5% del total de partos en el 2016 y del 13,9% del total en el 2017 (28). Es por eso que la ruptura prematura de membranas es una emergencia obstétrica y se reconoce como un problema de salud pública (2020) (29). El diagnóstico clínico se debe realizar por medio de una historia clínica completa y el examen obstétrico debe ser con material médico estéril, así se podrá realizar un buen diagnóstico, en este caso clínico se cumple con el manejo en los casos de ruptura prematura de membranas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace referencia a que las mujeres embarazadas y los recién nacidos del mundo deben recibir una atención de calidad durante el embarazo, el parto y el periodo postnatal, en donde juegan un papel importante los servicios de atención de salud reproductiva (30).

Por otro lado, la infección por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 (Covid-19), es en el momento actual una emergencia de salud pública y a la fecha ha sido declarada pandemia por la organización mundial de la salud. Un estudio realizado en la unidad de investigación del INMP estudió los primeros 145 casos de gestantes con Covid-19. Donde el 90.3% de las gestantes con Covid-19 (131 gestantes) eran asintomáticas, el 59.3% no tuvieron complicaciones obstétricas; y las que, si tuvieron una complicación obstétrica, la más frecuente fue la ruptura prematura de membranas con 14.5%, seguido de la pre eclampsia con el 4.8% y aborto con el 3.4%. La vía del parto en las gestantes con Covid-19 fue en su mayoría vaginal con el 70%, por lo que por cesárea fue el 30%. La principal causa de cesárea en las gestantes con Covid-19, fue la ruptura prematura de membrana (19.4%), seguida de cesárea anterior y pre eclampsia, ambas con el 16.7%. En el instituto se siguen las recomendaciones de la OMS del parto vaginal aun en infecciones de COVID-19, y la cesárea sólo cuando esté médicamente justificada (31).

Se evidenció diversos factores de riesgo, los cuales fueron identificados al momento de la afiliación y evaluación, no se obtuvo datos del carnet perinatal por presentar solo 1

control prenatal particular y no contar con dicho documento, el motivo fue por la pandemia Covid-19 que pone en riesgo de contagio a la población vulnerable y población en general, esto se puede afirmar por el estudio realizado por el Instituto Nacional Materno Perinatal donde la institución recibe gestantes con diagnóstico clínico y serológico de Covid-19, en este estudio se resalta que las gestantes son susceptibles a los patógenos respiratorios y a la neumonía grave, debido a los cambios fisiológicos en los sistemas inmunitario y cardiopulmonar (p.ej., elevación del diafragma, aumento del consumo de oxígeno y edema de la mucosa del tracto respiratorio), que pueden volverlos intolerantes a la hipoxia y mayor complicación por las mismas (32).

En relación al inicio y número de controles prenatales (2019) encontró que el 51.7% de casos tuvo entre 1 y 5 controles prenatales, por lo que se consideró como gestantes mal controladas; sin embargo, dicho factor no se asoció a ruptura prematura de membranas (33). Este resultado difiere al estudio de Assefa donde se relaciona la cantidad reducida de controles prenatales como un factor de riesgo significativo con OR de 3.31 y 1.12 con la ruptura prematura de membranas (34).

La organización panamericana de la salud nos dice que "Toda embarazada y puérpera debe ser manejada de acuerdo con las directrices y normativas establecidas y vigentes en cada país y territorio de las Américas," además de procurar mantener la comunicación con las embarazadas, para que sepan dónde consultar en caso de emergencia y coordinar los controles virtuales o presenciales o incluso domiciliarios si lo amerita (35).

El Instituto Nacional Materno Perinatal, recomienda como un único ciclo de corticosteroides para las mujeres embarazadas entre las 24 – 34 semanas de gestación que están en riesgo de parto pre término por ruptura prematura de membranas, los esquemas recomendados de corticoides son: betametasona 12mg vía intramuscular cada 24 horas por dos dosis o Dexametasona 6mg por vía intramuscular cada 12 horas por cuatro dosis (36), siendo este esquema administrado a la paciente del caso clínico analizado desde el momento de su diagnóstico. Una revisión reciente de Cochrane reportó que la repetición de un curso de esteroide disminuyó el riesgo de síndrome de dificultad respiratoria en comparación con las pacientes que no lo recibieron (RR 0.83; IC95%: 0.75-0.91; 8 estudios, 3206 neonatos) y tuvieron repercusiones perinatales adversas (IC95%: 0.75-0.94; 7 estudios, 5094 neonatos). Se informó una media de peso al nacer en mujeres tratadas con dosis repetidas de -75.7 g (IC95%: 17.6-33.9; 9 estudios, 5626 neonatos) (37).

Dentro de los exámenes solicitados para la determinación de ruptura prematura de membranas en el caso clínico analizado se solicitó la proteína C reactiva y hemograma. Pero el Instituto Nacional de Materno Perinatal indica en su Guía Práctica realizar exámenes de PCR y Hemograma como diagnóstico predictor de ruptura prematura de membranas, complementado con otros exámenes como la Cardiotocografía que si se recomienda ya que permite documentar taquicardia fetal o la disminución de la variabilidad fetal, las cuales pueden ser usadas para el diagnóstico de ruptura prematura de membranas. En el caso clínico analizado como determinante de ruptura prematura de membranas se realizó el Hemograma y la proteína C reactiva y como prueba de bienestar fetal, el monitoreo fetal (36).

Las mujeres que presentan vaginitis o flujos vaginales patológicos y no llevan un tratamiento adecuado, se encuentran en riesgo significativamente mayor en la gestación ya que pueden presentar infección intrauterina y parto pre término (38). En La investigación de Hernández H. Sariego H, Jorge S., reportaron que la secreción vaginal más frecuente en embarazadas con amenaza de parto pre termino fue por *Trichomona vaginalis* entre el 10 a 15%, reportada, de color amarillo, con aspecto espumoso, mal olor, dolor abdominal, eritema vaginal y bulbar, prurito, ardor, irritación, disuria y cistitis (39). Mientras que Vidal R. en el 2018, menciona que el antecedente de síndrome de flujo vaginal estuvo presente en el 56% de casos, mientras que en el grupo control 80% no presentaron antecedente de síndrome de flujo vaginal (40). por su lado Zavaleta K. al mencionar los aspectos clínicos destacados, pudo encontrar al flujo vaginal en el 75.86%, flujo blanco de 41.38% y prurito con 55.17% (41), también Pérez O. y Vásquez Y., en Chiclayo, mencionan que el predominio de la contaminación vaginal con vaginosis bacteriana se pudo tratar en el 66.6%²¹ (42), finalmente Villaseca R, et al. En Chile menciona las frecuencias proporcionalmente similares en gestantes y no gestantes, precisando un 16.8% para vaginosis bacteriana, 11.9% para candidiasis y 3% para tricomoniasis; agregando también 6.9% para coinfecciones y 2% de vaginitis aeróbica (43).

Finalizaré diciendo que un embarazo desde el inicio, implica muchos cuidados, atenciones, educación de la paciente; y sobre todo de prevención. En la paciente del caso clínico analizado se resalta que no llevó controles prenatales adecuados y no contaba con carnet de control prenatal o registro de ellos, por lo que no se le realizo exámenes de laboratorio en el primer trimestre de gestación; estos factores conllevaron al diagnóstico final del presente caso clínico, los cuales pudieron ser detectados y tratados a tiempo.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Gestante es referida de la Clínica Arequipa, de forma oportuna y con el manejo adecuado de la administración de antibioticoterapia de la ruptura prematura de membranas y la segunda dosis de maduración pulmonar con betametasona 12 mg ampolla c/24 horas IM.

SEGUNDA: El manejo de la paciente con el diagnóstico de ruptura prematura de membranas en el HNCASE - ESSALUD fue de acuerdo a la guía práctica de atención según capacidad resolutive (2007; 2013) (44) (45).

TERCERA: El manejo de este caso clínico fue expectante, hasta determinar el diagnóstico de ruptura prematura de membranas.

CUARTA: Gestante no diferencio un signo de alarma, como es la pérdida de líquido amniótico transvaginal.

QUINTA: No se realizó un buen diagnóstico de referencia del establecimiento donde fue evaluada inicialmente la gestante.

RECOMENDACIONES:

1.- A los servicios de salud: Es de suma importancia que la gestante tenga acceso a la atención prenatal ya que es una oportunidad para que los profesionales de salud brinden atención, apoyo e información a las embarazadas, lo cual no se está permitiendo por la situación de pandemia por infección Covid – 19, esto podría tener repercusiones negativas en la salud de las madres y en sus recién nacidos, ya que algunas pacientes necesitan controles por ser embarazos de mayor riesgo, como las hipertensas, cardiópatas, embarazos con fetos pequeños o con otro factor de riesgo.

2.- Al profesional de salud (Obstetra y Gineco-obstetra): Es importante realizar el seguimiento de las gestantes, puérperas que presentaron riesgo de enfermedad grave, o en casos de infecciones por coronavirus u otras infecciones respiratorias virales, ya que las embarazadas constituyen una población vulnerable con ciertas susceptibilidades y factores protectores para la evolución natural de la Covid-19.

3.- A los servicios de salud: Promover campañas de concientización a la población, dirigidas específicamente, a las mujeres en edad reproductiva y las que tienen algún factor de riesgo por el creciente impacto que tienen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en la salud de las mujeres y los niños, por constituir un importante problema en la morbilidad materno-perinatal, debida entre otras causas a abortos espontáneos, muerte fetal y/o materna, partos prematuros, bajo peso al nacer, infección ocular y pulmonar de los neonatos y sífilis congénita.

4.- Al profesional de salud de (Obstetra y Gineco-obstetra): A mejorar la calidad del control prenatal, a través de la capacitación para un mejor desempeño en la prevención y promoción de la salud, además de brindar una correcta evaluación de exámenes correspondientes durante el embarazo como: los exámenes de laboratorio, ante la sospecha de una infección de tracto urinario o flujo vaginal patológico, por ser de riesgo y desencadenar una amenaza de parto pre termino, ruptura prematura de membranas y una corioamnionitis, lo cual no solo afectaría a la mamá sino también al recién nacido.

5.- Al profesional de salud de (Obstetra y Gineco-obstetra): Es de gran importancia que las gestantes con criterios de hospitalización para atención del parto o por morbilidad del embarazo, tengan un diagnóstico y tratamiento oportuno ante una complicación obstétrica, ya que permite reducir el riesgo, tanto para la madre como para el recién nacido.

6.- Al ministerio de salud: Reforzar el sistema de vigilancia en la calidad de atención en obstetricia que se brinda en las clínicas privadas, ya que por encontrarnos en pandemia sanitaria por Covid-19 no se estaría cumpliendo con los estándares mínimos en la atención a la gestante, donde la seguridad y la calidad de atención en obstetricia merece una particular atención, debido a que el número de nacimientos no se ha modificado por esta circunstancia, además la atención en obstetricia se cimienta en el control del embarazo actividad que actualmente se encuentra restringida en muchos establecimientos estatales por el riesgo de contagio por Covid-19 pero que ha sido retomada en establecimientos de salud privados.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. - American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). ACOG Practice Bulletin No. 188. *Obstet Gynecol*, 131 (1), 1–14 [Consultado 06 mayo 2021]. Disponible en:
https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2018/01000/The_American_College_of_Obstetricians_and.38.aspx.
2. - Scorza Md W. Management of prelabor rupture of the fetal membranes at term. *Uptodate*. 2019.2020 [Consultado 06 mayo 2021]. Disponible en:
<https://www.uptodate.com/contents/management-of-prelabor-rupture-of-the-fetal-membranes-at-term#>.
- 3.- Monge Acuña T. Ruptura prematura de membrana. *Revista Médica Sinergia*. 2017; 2:3-6 [Consultado 06 mayo 2021]. Disponible en:
<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/98/167>.
- 4.- Borja Torres R, Mora Euvin K, Ramírez López G, Albán Estrada E. Incidencia de la ruptura prematura de membrana en adolescentes embarazadas. *RECIAMUC*. 2019; 3(1):328-352 [Consultado 06 mayo 2021]. Disponible en:
[https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.\(1\).enero.2019.328-352](https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.(1).enero.2019.328-352).
5. - Meller D, Carducci D, Ceriani D. Ruptura prematura de membranas en nacimientos de pre término. *Revista Argent Pediatr*. 2018; 116:575.581 [Consultado 06 mayo 2021]. Disponible en:
<https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2018/v116n4a21.pdf>.
- 6.- Cunningham, G. Leveno, K. Bloom, S. Dashe, J. Hoffman, B. Casey, B. Spong, C. (2018). *Williams Obstetrics*. (25th Ed.). New York: McGraw-Hill [Consultado 06 mayo 2021]. Disponible en:
<https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1918§ionid=185085160>.
- 7.- Ministerio de Salud. (2018). *Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología - Instituto Nacional Materno Perinatal*. (2da Ed.). Lima, Perú, 110-117 [Consultado 06 mayo 2021]. Disponible en:
<https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20>

Oy%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf.

8.- Instituto Nacional Materno Perinatal. (2019). Boletín N° 8 - Semana Epidemiológica N° 40 al 44. Lima, Perú [Consultado 06 mayo 2021]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/52.pdf>.

9.- Manual de Obstetricia y Ginecología. Dr. Jorge A Carvajal y Dra Constanza Ralph T. Novena Edición. 2018 [Consultado 06 mayo 2021]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>.

10. - Mercer BM. Preterm premature rupture of membranes. Obstet Gynecol. 2003; 101:178-93 [Consultado 06 mayo 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-diagnostico-rotura-prematura-membranas-13081132>.

11.- Workineh, Y. Birhanu, S. Kerie, S. Ayalew, E. Yihune, M. (2018). Determinants of premature rupture of membrane in Southern Ethiopia, 2017: case control study design. BMC Research Notes, 11(1) [Consultado 06 mayo 2021]. Disponible en: <https://bmcresearchnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-018-4035-9>.

12. - Song, J. et al (2019). Short-term effects of ambient temperature on the risk of premature rupture of membranes in Xinxiang, China: A time-series analysis. Science of The Total Environment, 689, 1329–1335 [Consultado el 06 mayo 2021]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/17249/TESIS%20RPM%20FINA%20L%20DRA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

13. - Duff Md P. Preterm prelabor rupture of membranes: clinical manifestations and diagnosis. Uptodate. 2019 [Consultado el 06 mayo 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/preterm-prelabor-rupture-of-membranes-clinical-manifestations-and-diagnosis>.

14. - McEirath Md T. Prelabor rupture of membranes before ant at the limit of viability. Uptodate. 2019 [Consultado el 06 mayo 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/prelabor-rupture-of-membranes-before-and-at-the-limit-of-viability>.

- 15.- Julien, M. N'guema, L. Bouzerara, A. Toro, B. Lecarpentier, E. Guibourdenche, J. (2018). Rupture prématurée des membranes: étude comparative des performances analytiques des tests de diagnostic biologique. *Ann Biol Clin*, 76(3): 300-6 [Consultado el 06 mayo 2021]. Disponible en: https://www.jle.com/en/revues/abc/e-docs/rupture_prematuree_des_membranes_etude_comparative_des_performances_analytiques_des_tests_de_diagnostic_biologique_312122/article.phtml.
16. - Kumar, D. Moore, R.M. Mercer, B.M. et al. (2016). The physiology of fetal membrane weakening and rupture: Insights gained from the determination of physical properties revisited. *Placenta*, 42:59.
- 17.- Universidad Nacional de Colombia. Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Detección Temprana y Tratamiento de las Complicaciones del Embarazo, Parto Y Puerperio: Sección 3. Infecciones en el Embarazo: Ruptura Prematura De Membranas (RPM). *Rev. Colombiana de Obstet Ginecol [Internet]* 2015 Vol. 66 (4), 263-286 [Consultado el 06 mayo 2021] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v66n4/v66n4a05.pdf>.
- 18.- Universidad Nacional de Colombia. Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Detección Temprana y Tratamiento de las Complicaciones del Embarazo, Parto Y Puerperio: Sección 3. Infecciones en el Embarazo: Ruptura Prematura De Membranas (RPM). *Rev. Colombiana de Obstet Ginecol [Internet]* 2015 Vol. 66 (4), 263-286. [Consultado el 06 mayo 2021] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v66n4/v66n4a05.pdf>.
19. - Tchirikov M, Schlabritz-LoutsevitchN, Maher J. Mid-trimester preterm premature rupture of membranes (PPROM): etiology, diagnosis, classification, international recommendations of treatment options and outcome. *Journal of Perinatal Medicine*. 2018; 46(5):465-488 [Consultado el 06 mayo 2021] Disponible en: doi: 10.1515 / jpm-2017-0027.
20. - Schmitz T, Sentilhes L, Lorthe E. Preterm premature rupture of the membranes: Guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2019; 236:1-6 [Consultado el 06 mayo 2021] Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.02.021>.

- 21.- Villalba E M, Ruoti C M. Utility of insulin-like growth factor-binding protein type 1 in premature membrane rupture [Internet] 2018 [Consultado el 06 mayo 2021] Disponible en: [https://doi.org/10.18004/anales/2018.051\(01\)57-064](https://doi.org/10.18004/anales/2018.051(01)57-064).
22. - Uchenna, G. et al. (2015). Diagnostic performance of placental alpha-microglobulin-1 test in women with prolonged pre-labour rupture of membranes, The Journal of Maternal Fetal & Neonatal Medicine [Consultado el 06 mayo 2021] Disponible en: doi: 10.3109 / 14767058.2015.1046375.
- 23.- Aguirre Quispe Mery. Características De Las Gestantes Con Ruptura Prematura De Membranas Pre término Atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Comas. [Internet].2015 [Consultado el 06 mayo 2021] Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1580/3/aguirre_1.pdf.
- 24.- MINSA. Guías de Práctica clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología [Internet]. Lima – Perú: Instituto Nacional Materno Perinatal. 2014 [Consultado el 06 mayo 2021] Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/transparencia/general/resoluciones-directorales2014?pagina=18>.
- 25.- Manual de Obstetricia y Ginecología. Dr. Jorge A Carvajal y Dra. Constanza Ralph T. Novena Edición. 2018 [Consultado el 06 mayo 2021] Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>.
- 26.- Guía de atención de emergencias obstétricas, módulo III – Ayacucho 2004 [Consultado el 21 mayo 2021] Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1642.pdf>.
- 27.- Barrionuevo Mendoza, S. K., & Rivera Herrera, E. G. (enero - junio de 2018). Factores de riesgos de ruptura prematura de membranas. Hospital Provincial General Docente Riobamba. Noviembre 2017-febrero 2018. REE, 12(1) [Consultado el 06 mayo 2021] Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/5728/572860985006/572860985006.pdf>.
- 28.- Gutiérrez Ramos, M. (2018). Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pre término. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 64(3), 405- 413 [Consultado el 06 mayo 2021] Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2304-51322018000300014&lng=es&nrm=iso.

29.- Meléndez Saravia, N., & Barja Ore, J. (enero de 2020). Factores de riesgo asociados con la ruptura prematura de membranas en pacientes de un hospital del Callao, Perú. *Ginecol Obstet Mex.*, 88(1), 23-28 [Consultado el 07 mayo 2021] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2020/gom201e.pdf>.

30.- Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. OMS [internet] [Consultado el 07 mayo 2021] Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/.

31.- Guevara-Ríos, E. (2020). Gestación en época de pandemia por coronavirus. *Revista Peruana De Investigación Materno Perinatal*, 9(2), 7-9. [Consultado el 07 mayo 2021] Disponible en: <https://doi.org/10.33421/inmp.2020196>.

32.- Rodríguez-Bosch MR, Miranda-Araujo O, Reséndizx-Rossetti AE. Tratamiento de la ruptura prematura de membranas pre término (24-33.6 semanas): evidencia científica reciente. *Ginecol Obstet Mex.* 2018 mayo; 86(5):319-334. [Consultado el 07 mayo 2021] Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.24245/gom.v86i5.573>.

33.- Meléndez Saravia, N. C. (2019). Factores de riesgo asociados a ruptura prematura de membranas en gestantes pre término atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital San José ,2017. Obtenido de Repositorio académico - USMP: [Consultado el 07 mayo 2021] Disponible en: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/4770>.

34. - Assefa, N. E., Berhe, H., Gi, F., Berhe, K., Zewdie Berhe, Y., & Ge, G. (2018). Factores de riesgo de ruptura prematura de membranas en hospitales públicos en 61 Mekele city, Tigray, un estudio de control de casos. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18, 386 [Consultado el 07 mayo 2021] Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/4979>.

35.- Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 19 de agosto de 2020 [Consultado el 07 mayo 2021] Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/21-8-2020-ops-pide-paises-que-garanticen-controles-prenatales-para-embarazadas-porque>.

- 36.- MINSA. Guías de Práctica clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología [Internet]. Lima – Perú: Instituto Nacional Materno Perinatal. 2014. [Consultado el 07 mayo 2021] Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/transparencia/general/resoluciones-directorales2014?pagina=18>.
37. - Asztalos E, Willan A, Murphy K, Matthews S, Ohlsson A, Saigal S, et al. Association between gestational age at birth, antenatal corticosteroids, and outcomes at 5 years: multiple courses of antenatal corticosteroids for preterm birth study at 5 years of age (MACS-5). BMC Pregnancy Childbirth 2014; 14: 272 [Consultado el 07 mayo 2021] Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-272>.
- 38.- Morgan Ortiz F. Anatomía y Fisiología de la Placenta y Líquido Amniótico. Rev. Med UAS. [Internet] 2015 Vol.5 (4), 158- 159 [Consultado el 08 mayo 2021] Disponible en: <http://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/pdf/v5/n4/amniotico.Pdf>.
- 39.- Soranio Y. Infecciones vaginales en mujeres en edad fértil atendidas en el centro materno infantil Juan Pablo II. [Tesis de titulación]. Universidad peruana Cayetano Heredia. Lima. 2019 [Consultado el 07 mayo 2021] Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/7030>.
- 40.- Vidal R. factores de riesgo para síndrome de flujo vaginal en adolescentes y jóvenes atendidas en el centro especializado en salud sexual y reproductiva. [Tesis de grado]. Universidad San Martín de Porres. Lima. 2018 [Consultado el 07 mayo 2021] Disponible en: https://repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/4286/vidal_er_p.pdf?sequence=3&isAllowed=y.
- 41.- Zavaleta K. perfil epidemiológico, clínico y microbiológico de la vulvovaginitis de las gestantes atendidas en consultorios materno perinatal del hospital Sergio e. Bernales, julio diciembre del 2017. [Tesis de titulación]. Universidad privada San Juan Bautista. Lima. 2018 [Consultado el 08 mayo 2021] Disponible en: http://repositorio.upsb.edu.pe/bitstream/UPSB/175/1/ORELLANA_N_TESIS.pdf.
- 42.- Pérez O. Vásquez Y. en Chiclayo realizó el estudio: vaginosis bacteriana en mujeres en edad fértil y gestantes en un centro de salud de la provincia de Chiclayo. Rev. Salud & Vida Sipanense. 2016; 3(2): 37 - 42 Versión Online ISSN 2313-0369 Facultad de

Ciencias de la Salud – USS [Consultado el 08 mayo 2021] Disponible en:
<http://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/view/427>.

43.- Villaseca R, Ovalle A, Amaya F, Labra B, Escalona N, Lizama P, et al. Infecciones vaginales en un Centro de Salud Familiar de la Región Metropolitana, Chile. Rev. Chilena. Infecto. 2015 feb; 32(1) [Consultado el 08 mayo 2021] Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182015000200005>.

44.- Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive: guía técnica / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – Lima: Ministerio de Salud; 2007. 158 p.; ilus [Consultado el 21 mayo 2021] Disponible en:
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/417214/196508726332994689320191106-32001-1n0pbz.pdf>.

45.- “Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna” NTS N° 105-MINSA/DGSP-V-01- N° 827 –2013- MINSA [Consultado el 21 mayo 2021] Disponible en:
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/202170/198935_RM827_2013_MINSA.pdf20180926-32492-1iuyz6n.pdf.

ANEXOS

ANEXO 1: PRUEBA SARS COVID – 19 PARTICULAR

Prueba ANTIGENO MOLECULAR COVID-19

Muestra: Sangre Capilar

Resultado: No Reactivo

Dr. Diego A. Linares Morante
Médico Servicio PMS
C.M.P. 72163

FIRMA/SELLO

Distrito: Yanahuara

<input checked="" type="checkbox"/>	Cefalea	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	Irritabilidad/confusión	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	Dolor	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	Otros	<input checked="" type="checkbox"/>

Informe de información es de manejo exclusivo del personal sanitario a cargo de la prueba

DE PRUEBA RÁPIDA

Realización de la prueba rápida

Resultado de la PRIMERA PR

Reactivo IgM
Reactivo IgG
Reactivo IgM/IgG
No Reactivo

Resultado de la SEGUNDA PR

Reactivo IgM
 Reactivo IgG
 Reactivo IgM/IgG
 No Reactivo

Condición de riesgo: SI () NO () ¿Cuál?

PRUEBA ANTIGENO MOLECULAR RÁPIDA

Realización de la prueba

Negativo ()

PERSONAL QUE REALIZA LA PRUEBA

71318818

Dr. Diego A. Linares Morante
Médico Servicio PMS
C.M.P. 72163

Sello y firma de médico

ANEXO N.º 2: ECOGRAFIA PARTICULAR DEL I TRIMESTRE


GINECOSUR
Calle Los Zafiros F4 Urb. Los Angeles
04002 Arequipa
Teléfono: 959 178 1111
fredvotv@gmail.com

Paciente	Examen
Edad: 26 DNI: 70007172	Fecha: 26/10/2020 Operador: Dante Zegarra Vásquez

Gestación :
Semanas: 4 SEM 6 D
Fecha de última regla:
Fecha probable de parto: 29/06/2021
Método de estimación de Fecha por ultrasonido del primer trimestre

Exploración:
Método TRANSVAGINAL
Condiciones buena
Embarazo simple

ANEXO 2: REFERENCIA CLINICA AREQUIPA


HOJA DE REFERENCIA

MOTIVO DE REFERENCIA
()Emergencia ()Examen Ayuda Diagnostica()Atención Especializada()Tratamiento quirúrgico electivo.

Establecimiento de Referencia: HOSPITAL YDNAMAKA

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO
Nombres y Apellidos:

Edad: 27 Sexo: F Domicilio: Urb. Víctor Andrés Belaunde Casa 10

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA
ANAMNESIS:
Paciente de 27 años de edad secundigesta con gestación de 28-29
Semanas por ecografía (No tiene FUR) acude por Emergencia por dolor
Abdominal y pérdida líquida por vía transvaginal al Max. momentos
fetales

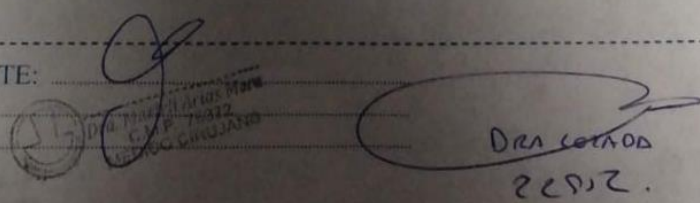
ANTECEDENTES:
-Niesu

EXAMEN FÍSICO: FC: 74 x/min PA 100/60
No se evidencia pérdida franca Líquido Amniótico por encontrarse
fuera vagina por micosis
AV: 28
LCF 140-145

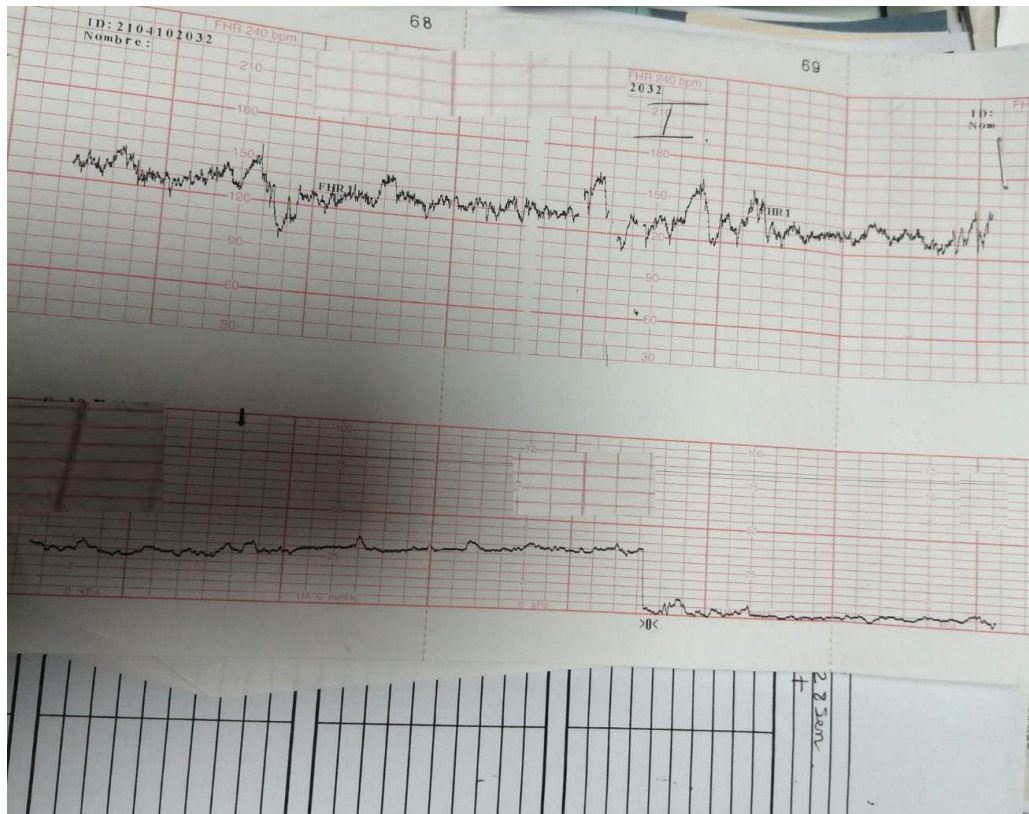
ECOGRAFIA PONDÉRULO FETAL: 1500gr

DIAGNOSTICO:
Gestación 28-29 Sem por Ecografía
RPM ??
Cesareanitis ??

TRATAMIENTO:
Nifedipina 10 mg c/6h en
- Betametazona 12 mg ay: y noy (09 y 20 /Abr.) ???
Clozapazol cada 6 horas
Cefaloxona 2 gr 8u 10/04 17:05 horas

MEDICO TRATANTE:
C.M.P.:
FIRMA Y SELLO: 

ANEXO 3: MONITOREO FETAL REALIZADO EN EL HNCASE - ESSALUD



ANEXO 4: RESULTADOS DE LABORATORIO PARTICULAR

Laboratorios LabClinics

Eq. Pie Grau Av Ejercito Int. 306 Clínica Arequipa

DNI: 70007172
Fecha Análisis: 10/4/2021
Médico: LABCLINICS
Empresa: CLINICA AREQUIPA

Resultados de Análisis
4100003

Perfil: PERFIL HEMOGRAMA COMPLETO

Exámenes	Resultado	Unidad	Valores Normales	
LEUCOCITOS	16,270	ul.	Microcitos	5000 - 10000
			Macroscitos	5000 - 10000
ABASTONADOS %	26	%	0	5
SEGMENTADOS %	82	%	40	75
NEUTROFILOS %	87	%	40	88
EOSINOFILOS %	01	%	0	5
BASOFILOS %	00	%	0	1
MONOCITOS %	02	%	0	12
LINFOCITOS %	10	%	20	40

Exámenes	Resultado	Unidad	Valores Normales
PROTEINA C REACTIVA (PR)	12.54	mg/L	Adultos: 48.0

Observaciones:

DuBard

Laboratorios LabClinics

Eq. Pie Grau Av Ejercito Int. 306 Clínica Arequipa

DNI: 70007172
Fecha Análisis: 9/4/2021
Médico: LABCLINICS
Empresa: CLINICA AREQUIPA

Resultados de Análisis
4090130

Perfil: EXAMEN COMPLETO DE ORINA

Exámenes	Resultado	Unidad	Valores Normales
ASPECTO	LIGERAMENTE TURBIO		
COLOR	AMARILLO		
DENSIDAD	1.015		
PH	6.5		
GLUCOSA	NEGATIVO		
ACIDO ASCORBICO	NEGATIVO		
CETONAS	NEGATIVO		
NITRITOS	NEGATIVO		
PROTEINAS	NEGATIVO		
BILIRUBINA	NEGATIVO		
UROBILINOGENO	NEGATIVO		
SANGRE	NEGATIVO		
SEDIMENTO URINARIO X CPO.	-		
LEUCOCITOS	3 - 5	x campo	
PROTICAS	NEGATIVO		
HEMATIES	NEGATIVO	x campo	
BACTERIAS	ESCASAS		
CILINDROS	NEGATIVO		
CRISTALES	NEGATIVO		
CÉLULAS	REG. CANTIDAD		
FIBRAS MUCOIDES	ESCASAS		