



HOSPITAL FERNANDO VÉLEZ PÁIZ

Tesis para optar al Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia

**“Resultados maternos - perinatales del manejo conservador de la
Ruptura prematura de membranas pretérmino”**

Elaborado por:

✓ Dra Ilce. María Ruiz Herrera

Residente IV año Ginecología y Obstetricia

Hospital Fernando Vélez Paíz

Tutora:

✓ Dra Tamauritania Calderón Vallejos

Ginecóloga y Obstetra HFVP.

Marzo 2019



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	6
ANTECEDENTES	8
JUSTIFICACIÓN	11
OBJETIVOS	15
MARCO TEÓRICO	16
Definiciones	16
Criterios para Manejo conservador	19
Tratamiento	20
Criterios para finalización de gestación	22
DISEÑO METODOLÓGICO	24
Operacionalización de las variables	28
Procesamiento y análisis estadístico de la información	33
RESULTADOS	34
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	37
CONCLUSIONES	40
RECOMENDACIONES	41
BIBLIOGRAFÍA	42
ANEXOS	45



AGRADECIMIENTO

“Y todo lo que hacéis, sea de palabra o de hecho, hacedlo todo en el nombre del Señor Jesús, dando gracias a Dios Padre por medio de él”. Colosenses 3:17.

A Dios quien me ha guiado y bendecido con sabiduría, salud y fuerzas para luchar por mis metas.

A mis padres Imelda Herrera y Esteban Ruiz quienes desde siempre han inculcado en mí el espíritu de superación y que con mucho esfuerzo me hicieron que llegara donde estoy.

A mi esposo que en todo momento ha estado conmigo en el proceso y estrés que conlleva la residencia, animándome a seguir adelante.

A todos mis docentes y compañeros médicos quienes han sido maestros, amigos y familia en mi formación



RESUMEN

El presente estudio se realizó en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Fernando Vélez Páiz, en el período de marzo a diciembre 2018; con el objetivo de este estudio es conocer los resultados maternos y perinatales del manejo conservador de la RPM pretérmino.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, dándose manejo conservador a 31 pacientes con RPM pretérmino, en su mayoría entre 20-24 años, con escolaridad secundaria, y procedentes de área urbana. Más del 60% eran primigestas con 4 controles prenatales a más. Las morbilidades maternas previas a RPM que más se presentaron fue Infección vaginal y de vías urinarias.

Luego del seguimiento en un 87% por 1-3 semanas, con pacientes en un 64% entre las 32 y 34 semanas, ninguna paciente presentó complicaciones asociadas a sepsis.

Más del 70% de los neonatos nacieron sanos. El peso al nacer en 74% de los neonatos fue de más de 2000gr. Hubo una muerte perinatal, la cual no tuvo relación a sepsis.



OPINIÓN DEL TUTOR

La ruptura prematura de membranas pretérmino representa un problema de salud pública, por lo que con el objetivo de incidir en la reducción de parto pretérmino así como de todas las complicaciones y efectos que tanto para el recién nacido como para el sistema de salud, economía nacional representa; se ha tratado de dar manejo conservador de la ruptura prematura de membranas, tratando de finalizar los embarazos más allá de las 34 semanas cuando las condiciones maternas y fetales lo permitan.

Considero este estudio logra cumplir los objetivos planteados, logrando aportar en la experiencia Nacional del manejo conservador de la RPM. Además como unidad asistencial de reciente inauguración, no contamos con estadísticas propias, por tanto, este tipo de investigaciones nos permitirán evaluarnos y tomar futuras medidas para disminuir morbilidad materno fetal asociada a RPM pretérmino.

Dra Tamauritania Calderón

Gineco – Obstetra



I. Introducción

Se entiende por ruptura prematura de membranas (RPM) la ruptura de las membranas ovulares antes del inicio del parto, con la consiguiente salida de líquido amniótico. La mayoría de las RPM son a término y el parto se desencadenará, incluso en condiciones cervicales desfavorables, de forma espontánea en las siguientes 24-48 horas (60%-95%). Más infrecuente es la RPM pretérmino que complica un 2-4% de todas las gestaciones únicas, un 7-20% de las gestaciones gemelares y representa un 30% de los partos pretérmino. (Vargas, K. Vargas, C 2014)

Los nacimientos prematuros son un gran problema en el mundo y las rupturas prematuras de membranas contribuyen a cerca de un tercio a esa prematuridad. En Latinoamérica uno de cada 7 nacimientos es prematuro. Una vez confirmada la ruptura de membranas estamos ante una complicación obstétrica que amerita manejo muy específico y está influenciado por la edad gestacional y la presencia de factores como infección clínica, desprendimiento prematuro de placenta, labor de parto, accidente del cordón umbilical o desalentador estado fetal.

A pesar de los avances de la medicina perinatal, la Ruptura Prematura de Membranas ovulares (RPM) continúa como un enigma cuyo manejo casi siempre es poco satisfactorio, y está asociado con un riesgo alto para la madre, el feto y el neonato.



Existen en la literatura médica opiniones diversas sobre el riesgo materno-feto-neonatal en gestantes con RPM, así como en la conducta obstétrica empleada; la conducta expectante (manejo conservador) ha ganado mucho terreno en los embarazos de pretérmino frente a la evacuación inmediata.

La normativa de complicaciones Obstétricas 109 del Ministerio de Salud de Nicaragua revisada por última ocasión en 2017, establece en sus lineamientos que la finalización de la gestación se debe dar a las 34 semanas. Sin embargo, la evidencia disponible, difiere en finalizar a las 34 semanas la gestación o prolongar el embarazo en la RPM, por lo que es imperativo evaluar el impacto del manejo conservador, dada la alta morbilidad del pretérmino y la necesidad de poder ampliar el rango de edad gestacional para disminuir la morbilidad y mortalidad perinatal sin incremento del riesgo de los procesos infecciosos; además de un impacto importante en la economía del país, tras disminuir costos de hospitalización, terapia intensiva, insumos no médicos, personal especializado, instalaciones de alta resolución, entre otros. (MINSa N. 109 2017)



II. Antecedentes:

Antecedentes a nivel mundial:

Considerando la alta incidencia de ruptura prematura de membranas pretérmino y las implicancias neonatales que conlleva, se han realizado diversos estudios sobre el manejo de esta entidad.

Desde hace más 10 años se inició el estudio en Latinoamérica sobre el manejo conservador de la ruptura prematura de membranas pretérmino, siendo de los primeros el realizado en Colombia (Burgos, B. et al 1999) quienes realizaron un estudio descriptivo prospectivo en 52 mujeres con diagnóstico de ruptura de membranas entre las 26 y 35 semanas de gestación, a las cuales se les realizó un manejo conservador. El 48% tenían entre 29 y 32 semanas al momento de la ruptura. El periodo de latencia promedio fue de 7 días. El síndrome de dificultad respiratoria neonatal se presentó en el 25% y fue responsable de 3 muertes, la infección neonatal precoz representó el 23%. En el 36,5% se presentó infección materna que correspondió a corioamnionitis clínica en 28,8% de los casos y a endometritis en el 15% de ellos.

Otro estudio es el realizado en Cuba sobre Epidemiología de la rotura prematura de membranas en un hospital docente ginecoobstétricos (Vásquez N. Luis 2000). Se trata de un estudio de cohorte retrospectivo de los eventos del embarazo, parto, el recién nacido y el puerperio. La frecuencia general de ruptura



prematura de membranas fue de 17,2 %. De los factores de riesgo estudiados, se encontró asociación estadística significativa con el color blanco de la piel. Durante el embarazo hubo asociación estadística con la sepsis urinaria y el embarazo múltiple. La ruptura prematura de membrana se asoció con fiebre intraparto, parto inducido, pérdida del bienestar fetal y operación cesárea.

En Cuba, (Martínez González, L 1999), se realizó un estudio del total de pacientes que ingresaron con ruptura prematura de membranas antes de las 34 semanas identificaron como principales causas de morbilidad el distrés transitorio y la membrana hialina cuando el período de latencia fue mayor de 24 h. Se reporta una baja frecuencia de sepsis neonatal y mortalidad.

En un estudio en Perú (Miranda Flores, A. 2014), realizó un estudio sobre Resultados maternos y perinatales del manejo conservador de la rotura prematura de membranas en gestantes de 24 a 33 semanas, encontrando que la vía de culminación del parto en 71,8 % de los 142 casos fue la cesárea, con puntaje de Apgar en 65.5% los recién nacidos pretérminos, fue de 7 a 10; en cuanto a los resultados maternos, la coriamnionitis fue el más frecuente (23,9 %), seguida por la infección de sitio operatorio (10,6 %), el desprendimiento prematuro de placenta (2,8 %), la sepsis materna (2,1 %). Los resultados perinatales se dieron en 46 casos (32,4 %). El síndrome de dificultad respiratoria fue el más frecuente (21,8 %), seguido por la neumonía neonatal (14,8 %), la hemorragia intraventricular (11,3 %), la asfixia neonatal (9,2 %), la muerte neonatal (4,9 %), la sepsis neonatal (3,5 %) y la enterocolitis necrosante (0,7 %).



Antecedente a nivel Nacional:

Existen numerosos estudios sobre el abordaje de la RPM y factores de riesgo asociados a ésta, sin embargo debido a que en nuestro país el manejo conservador se ha tratado de implementar a partir de la nueva norma publicada en 2017; el único estudio como referencia es el realizado en el Hospital Bertha Calderón Roque (Sánchez L. 2016) inició el reporte de los casos de pacientes a quienes se les dio manejo conservador de la RPM y se prolongó el embarazo más allá de las 34 semanas, con resultado maternos y perinatales favorables (El 97% de las pacientes no tuvieron complicaciones en el puerperio al dar manejo conservador. El 96% de los recién nacidos no presentaron complicaciones perinatales, con un peso mayor de 2500 grs, apgar mayor de siete en la gran mayoría).



III. Justificación

Los nacimientos prematuros son un gran problema en el mundo y las rupturas prematuras de membranas contribuyen cerca de un tercio a esa prematuridad. En Latinoamérica uno de cada 7 nacimientos es prematuro.

Una vez confirmada la ruptura de membranas estamos ante una complicación obstétrica que amerita manejo muy específico y está influenciado por la edad gestacional y la presencia de factores como infección clínica, desprendimiento prematuro de placenta, labor de parto, accidente del cordón umbilical o desalentador estado fetal.

A nivel Nacional:

El presupuesto nacional a salud se ve afectado con el nacimiento de un feto pretérmino, incrementan los gastos en el sistema de salud, obteniendo malos resultados perinatales.

Los fetos que llegan más allá de la semana 38, tienen mejor rendimiento académico; por lo que a futuro se aportaría al mejoramiento de la educación en nuestro país.

Al MINSA:

La ruptura prematura de membranas y el parto pretérmino, se está convirtiendo en un problema de salud pública, representado por la morbilidad y mortalidad materno- perinatal.



La normativa 109 de nuestro ministerio de salud, nos indica que en pacientes con embarazos pretérminos mayores de 34 semanas, pero menores de 36.6 semanas de gestación se recomienda la finalización del embarazo (Sobre la base que el tiempo de latencia incrementa las posibilidades de infección perinatal y la compresión del cordón umbilical intrauterino; siendo la parálisis cerebral una posibilidad ante la infección intrauterina). Existen algunas controversias sobre el mejor manejo ante estos casos, entre las 34 y 36.6 semanas que se encuentran en estudio. Si bien la infección es el principal riesgo en mantener una conducta conservadora, este riesgo tiene que equilibrarse contra el riesgo de la prematuridad iatrogénica. En gestaciones entre 34 y 37 semanas el recién nacido tiene un potencial riesgo de dificultad respiratoria, dificultad en la termorregulación y en la lactancia, pero estos riesgos deben estar contrarrestados por el aumento en la incidencia de corioamnionitis asociado al manejo conservador. (MINSA N. 109. 2017)

Los riesgos fetales incluyen la compresión del cordón, infección ascendente y nacimientos pretérminos que conllevan a distrés respiratorio, sepsis, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante, mayor riesgo de deterioro neuronal, leucomalacia periventricular, muerte neonatal y grandes discapacidades a largo plazo como por ejemplo parálisis cerebral infantil, dificultades en el aprendizaje y conducta entre otras. Traduciéndose en mayor tiempo de hospitalización en sala de neonatos, así como del seguimiento que estos pacientes necesitan.



Con el objetivo de incidir en la reducción de parto pretérmino se ha tratado de dar manejo conservador de la ruptura prematura de membranas, tratando de finalizar los embarazos más allá de las 34 semanas cuando las condiciones maternas y fetales lo permiten.

Por tanto, el motivo de este estudio es conocer los resultados materno-perinatales que se presentan en las pacientes cuya gestación se prolonga a pesar de ruptura de membrana pretérmino; pretendiendo así aportar en la experiencia Nacional del manejo conservador de la RPM, iniciado en el Hospital Bertha Calderón y que se ha implementado en nuestra unidad de salud, experiencia que favorecerá al fortalecimiento de sistema de estadística institucional; y así lograr disminuir así los ingresos a UCIN, reduciendo los costos hospitalarios, aumentando las probabilidades de vida del neonato, sin comprometer la morbi-mortalidad materna.



IV. Planteamiento del problema

¿Cuáles son los resultados maternos y perinatales del manejo conservador de la Ruptura prematura de membranas en embarazos pretérmino en el Hospital Fernando Vélez Paíz en el período Marzo – Diciembre 2018?



V. Objetivos

Objetivo General:

Conocer los resultados maternos y perinatales en el manejo conservador de la ruptura prematura de membranas en embarazos pretérminos en el Hospital Fernando Vélez Páiz Marzo – Diciembre 2018.

Objetivos específicos:

1. Identificar las características clínicas y obstétricas de pacientes con ruptura prematura de membranas con embarazo pretérmino.
2. Detallar los resultados maternos de gestantes con manejo conservador de RPM pretérmino
3. Describir los resultados perinatales de las gestantes con ruptura prematura de membranas con embarazo pretérmino a quienes se les dio manejo conservador.



VI. Marco Teórico:

La rotura prematura de membranas (RPM) es la rotura espontánea de las membranas corioamnióticas producidas antes del inicio del trabajo de parto, en una gestación posterior a las 22 semanas de gestación. Se presenta con una frecuencia entre 4% y 18% de los partos y es causa de 50% de los partos pretérminos. La RPM pretérmino se define como la rotura antes de las 37 semanas de gestación, representa 3% de los embarazos y es responsable de una tercera parte de los nacimientos pretérmino. (Cobo, T & Ferrero S. 2016)

El parto prematuro es la causa principal de morbilidad y mortalidad neonatales. El pronóstico perinatal y el manejo está relacionado con la edad gestacional al momento en que se produce la RPM. Según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, del inglés American College of Obstetricians and Gynecologists), la morbilidad materna principalmente se relaciona con la infección intraamniótica (13%-60%) y la endometritis posparto (2%-13%); en cambio, la morbilidad fetal en pretérminos se relaciona con la enterocolitis necrosante, la sepsis neonatal, el síndrome de dificultad respiratoria y la hemorragia intraventricular. (ACOG 2013)

El manejo conservador de la RPM pretérmino va a depender de la edad gestacional. Tiene mejor beneficio en los casos menores de 32 semanas de edad gestacional, ya que el nacimiento inmediato de recién nacidos con un peso menor de 1500 g se asocia con elevadas complicaciones relacionadas con la prematuridad. En las últimas décadas, el problema de prematuridad asociado a RPM se ha ido



incrementando. Sin embargo, existe todavía controversia acerca del manejo de las gestantes entre 28 y 33 semanas con RPM. Muchos consideran el manejo conservador y la intervención rápida a las 34 semanas, con la finalidad de prolongar el embarazo, para reducir la morbilidad secundaria a la prematuridad, con vigilancia estrecha de la presencia de infección, desprendimiento prematuro de placenta, trabajo de parto y compromiso fetal debido a compresión del cordón umbilical, entre otro.

En cambio, después de las 32 semanas de gestación, el principal riesgo para el neonato es una infección y no las complicaciones de la prematuridad. En general, después de las 32 semanas de gestación, la supervivencia es alta y las secuelas poco comunes.

Conducta:

El parto antes de las 32 semanas de gestación está asociado con un riesgo significativo de complicaciones neonatales serias incluyendo la muerte.

La conducta dependerá de dos factores: La presencia o sospecha de infección ovular y del grado de desarrollo y madurez pulmonar fetal. Puede ser: Conservadora o evacuante.

En la RPM a las semanas 24 a 34, se requiere tratamiento conservador si no hay infección y la terapéutica con antibióticos durante 5 a 7 días mejora los resultados finales. (Vigil-de Gracia, Paulino 2014)



Manejo conservador:

El manejo conservador generalmente consiste en prolongación inicial y un continuo monitoreo fetal y materno, combinado con el reposo materno en cama, lo cual aumenta la oportunidad de reacumulación de LA y el sello espontáneo de las membranas. El feto con RPM pretérmino tiene un riesgo significativo de compresión del cordón umbilical (32 – 76%) y de sufrimiento fetal.

El manejo conservador podría estar dirigido hacia la detección del inicio del trabajo de parto, el riesgo de abrupcio placentae, amnionitis y compresión del cordón umbilical o de sufrimiento fetal.

La combinación de fiebre (38°C), con contracciones uterina y/o taquicardia materna o fetal, en ausencia de otro signo de infección, son sugestivos de infección intrauterina por lo que podría iniciarse el trabajo de parto. El conteo materno de leucocitos puede estar artificialmente elevado si se administró corticosteroide antenatal con 5 a 7 días previos.

La fiebre materna no siempre está presente en los casos de amnionitis y los síntomas podrían ser equívocos pero la amniocentesis puede proveer información suficiente para determinar presencia de infección intrauterina, incluyendo una concentración de glucosa disminuida (16 – 20 gr), Gram positivo, o un cultivo de líquido amniótico positivo.

Hay que informar a la paciente de todos los riesgos maternos-fetales, el pronóstico y se deberá contar con el consentimiento informado. (NICE.2015)



Criterios para el manejo conservador:

Fetales:

- Edad gestacional menor de 36 sem. Sin presencia de trabajo de parto ni evidencia clínica ni de laboratorio de infección.
- Bienestar fetal normal.
- Feto sin presencia de anomalías incompatibles con la vida.

Maternos:

- Embarazo de término sin inicio de trabajo de parto que reúnen los requisitos anteriores (en latencia, esperar 12 horas si inicia trabajo de parto espontáneamente) y que no hay contraindicaciones para el parto vaginal.

El pronóstico en gestaciones de 20-25 semanas es reservado debido al riesgo a largo plazo de: enfermedad pulmonar crónica (hipoplasia influenciada por la cantidad de líquido amniótico y la presencia de infección).

- Se deberá contar con el consentimiento informado de la paciente para conducta a decidir: manejo expectante o interrumpir el embarazo (inducción del trabajo de parto).

Manejo en general del manejo conservador:

1. Antibióticos:

El objetivo del uso de antibióticos es prevenir la transmisión vertical de bacterias y disminuir el riesgo de infección materno fetal y han mostrado un mejor pronóstico neonatal al asociarse con corticoesteroides.



En un estudio en Costa Rica se encontró que el uso de antibiótico mejoraba la salud neonatal y reducía el número de infantes con complicaciones (SDR, sepsis neonatal por Streptococcus del grupo B, hemorragia intraventricular severa, enterocolitis necrotizante, displasia broncopulmonar y persistencia del conducto arterioso) de un 44% pasó a un 3 a 5 % ($p < 0.05$) (30), también reducía la incidencia de amnionitis de un 32% a un 23%. (Vargas, K. & Vargas, C 2014)

La profilaxis intraparto para el Streptococcus del grupo B con penicilina IV 5 millones UI como bolo inicial, luego 2.5 millones UI cada 4 horas o Ampicilina 2 grs. stat y luego 1gr. IV cada 4 horas. En pacientes alérgicas a la penicilina se usaba Eritromicina 500mg. IV cada 6 horas o Clindamicina 900mg. IV cada 8 horas.

2. Corticosteroides:

Está establecido que la administración de corticosteroides antenatal, en mujeres con alto riesgo de parto inmaduro, es una de las intervenciones obstétricas más efectivas para reducir la morbi-mortalidad perinatal. Estos disminuyen la incidencia de síndrome de distrés respiratorio, enterocolitis necrotizante y hemorragia intraventricular. Se recomienda la administración de betametasona 12mg IM cada 24 horas por 2 dosis o dexametasona pulmonar), anomalías neurológicas, parálisis cerebral. Se ve 6mg IM cada 12 horas por 4 dosis en embarazos menores de 32 semanas. (Waters Thaddeus P. 2009)

En el estudio realizado en Perú, (Gutiérrez Ramos, M. 2018) reportan que la incidencia de SDR después del Manejo conservador en RPM pretérmino es del 41%



cuando no se administró corticoides. Encontraron una reducción en la incidencia de SDR la que pasó de 43.6% al 18.4% y una disminución de la infección perinatal del 5 al 3% cuando se le administró corticoesteroides antenatales.

3. Tocolíticos:

El rol de los tocolíticos es controversial en RPM. No hay muchas evidencias sobre su utilidad, pero su uso en el manejo conservador es para dar lugar a que actúen los corticoesteroides y logren inducir la madurez pulmonar fetal. (Gutiérrez Ramos M 2018)

Criterios de Finalización de la Gestación:

Inicio de trabajo de parto.

Evidencia clínica o de laboratorio de infección:

- PCR > 6 mg/l
- VSG hasta 20 mm/h
- Leucocitosis > 15,000 x mm³
- Fiebre materna T₀ >37.8°C
- Líquido amniótico purulento
- Hipersensibilidad uterina
- Taquicardia materna > 120 por min,
- Taquicardia fetal > 160 por min.



- Bienestar fetal comprometido.

Vía de Finalización:

Criterios:

- ✓ Presencia de trabajo de parto independientemente de la edad gestacional.
- ✓ Evidencia de infección indistintamente de la edad gestacional.
- ✓ Bienestar fetal comprometido como: Perfil Biofísico que traduce riesgo de pérdida o pérdida del bienestar fetal, prolapso de cordón.
- ✓ Malformaciones incompatibles con la vida.

RPM en edad gestacional mayor de 34 semanas:

El manejo conservador de la RPMPT va a depender de la edad gestacional. Tiene mejor beneficio en los casos menores de 32 semanas de edad gestacional, ya que el nacimiento inmediato de recién nacidos con un peso menor de 1 500 g se asocia con elevadas complicaciones relacionadas con la prematuridad. En las últimas décadas, el problema de prematuridad asociado a RPM se ha ido incrementando. Sin embargo, existe todavía controversia acerca del manejo de las gestantes entre 28 y 33 semanas con RPM.

Muchos consideran el manejo conservador y la intervención rápida a las 34 semanas, con la finalidad de prolongar el embarazo, para reducir la morbilidad secundaria a la prematuridad, con vigilancia estrecha de la presencia de infección,



desprendimiento prematuro de placenta, trabajo de parto y compromiso fetal debido a compresión del cordón umbilical, entre otros.

En cambio, después de las 32 semanas de gestación, el principal riesgo para el neonato es una infección y no las complicaciones de la prematuridad. En general, después de las 32 semanas de gestación, la supervivencia es alta y las secuelas poco comunes. No es recomendable el manejo conservador en gestaciones mayores de 34 semanas. (MINSA N. 109. 2017)



VII. Diseño Metodológico:

Área de estudio:

Hospital Fernando Vélez Páiz - Managua, servicio de Ginecología y Obstetricia.

Tipo de estudio:

De acuerdo al método de investigación el presente estudio es observacional; según el nivel inicial de profundidad del conocimiento es descriptivo (Piura, 2006). De acuerdo a la clasificación de Hernández, Fernández y Baptista 2014, el tipo de estudio es no correlacional. De acuerdo, al período y secuencia del estudio es longitudinal (Canales, Alvarado y Pineda, 1996). En el ámbito (clínico-quirúrgico, epidemiológico, salud pública, humanidades, ciencias sociales, etc.), la presente investigación es un serie de casos

Población de estudio:

Conformada por pacientes del HFVP con diagnóstico de Ruptura Prematura de Membranas pretérmino, en el Marzo – Diciembre 2018 que cumplieron con criterios de inclusión

Tamaño de la muestra: Igual a la población de estudio. (Población tipo censo)

Criterios de inclusión:

1. Mujer embarazada con RPM pretérmino candidatas a manejo conservador.



2. Ausencia de datos de respuesta inflamatoria sistémica.
3. Evidencia de bienestar fetal.

Criterios de exclusión:

1. Toda paciente que presentó criterio de finalización de la gestación, basado en la morbilidad materna y/o que incremente el riesgo fetal.
2. Seropositividad HIV
3. Pacientes con criterios de Gibbs

Procedimiento para la recolección de la información:

Se realizó una ficha de recolección de datos que respondió a los objetivos específicos.

Dicha ficha se llenó con la información tanto registrada en el sistema Fleming así como de los expedientes clínicos en físico de las pacientes y recién nacidos que cumplieron con los criterios de inclusión

Instrumento de recolección de la información:

A través de ficha de recolección de datos para el cumplimiento de los objetivos específicos.

Variables:

Con respecto al objetivo Número 1:

1. Edad materna



2. Escolaridad
3. Procedencia
4. Paridad
5. Morbilidad materna al momento de la RPM
6. Número de atenciones prenatales
7. Edad gestacional al momento del diagnóstico
8. Semanas de seguimiento de la RPM
9. Método diagnóstico de RPM
10. Vía de nacimiento

Con respecto al objetivo Número.2:

1. Infección de herida quirúrgica
2. Endometritis
3. Histerectomía
4. Seroma de herida quirúrgica
5. Absceso de herida quirúrgica
6. Sin complicaciones

Con respecto al objetivo Número 3:

1. APGAR



2. Peso al nacer
3. Síndrome de distrés respiratorio neonatal
4. Hipoglicemia
5. Muerte perinatal
6. Sepsis temprana
7. Asfixia
8. Neumonía
9. Recién nacido sano



Operacionalización de Variables:

Variable	Concepto	Tipo de Variable	Valor
Edad materna	Tiempo transcurrido en años desde su nacimiento hasta su ingreso	Cualitativa ordinal	15-19 años 20-24 años 25-29 años >30 años
Escolaridad	Nivel educativo alcanzado	Cualitativa nominal	Primaria Secundaria Técnico Universitario
Procedencia	Lugar donde habita la paciente	Cualitativa nominal	Urbano Rural
Paridad	Clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 28 semanas de gestación	Cualitativa ordinal	Cero 1-2 3-4 >4
Morbilidad materna al momento de la RPM	Condición de salud presente en la madre al momento del diagnóstico de RPM en la gestación actual	Cualitativa nominal	Sana Diabetes Infección de vías urinarias



			Síndrome hipertensivo gestacional Enfermedad inmunológica Obesidad
Número de atenciones prenatales	Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades	Cualitativa ordinal	Cero 1-2 3-4 >4
Edad gestacional al momento del diagnóstico de RPM	Tiempo transcurrido entre el primer día del último periodo menstrual normal y el nacimiento	Cualitativa nominal	20-23 SG 24-29 SG 30-34 SG 35-36 SG
Semanas de seguimiento de la RPM	Tiempo transcurrido entre la ruptura de las membranas ovulares y el momento del parto	Cualitativa ordinal	1-3 semanas 4-6 semanas 7-9 semanas



Método diagnóstico de RPM	Procedimiento que comprueba el diagnóstico de RPM	Cualitativa nominal	-Clínico+USG -Clínico + Cristalografía
Vía de nacimiento	Vía por la cual nace el feto	Cualitativa nominal	Vaginal Cesárea
Apgar	Valoración del estado general del recién nacido al 1er y al 5to minuto después del nacimiento. Los parámetros clínicos son: frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y color	Cualitativa nominal	0-2 3-4 5-7 Mayor de 8
Peso al nacer	Medida antropométrica que determina el peso de una persona	Cualitativa ordinal	600-800 gr 800-1000gr 1000-1500gr 1,500-1999 gr 2,000-2,499 gr 2,500-2,999 gr >3,000 gr



Sepsis temprana	Es la infección aguda con manifestaciones toxicosistémicas, ocasionadas por la invasión y proliferación de bacterias dentro del torrente sanguíneo y en diversos órganos que ocurre dentro de las primero cuatro semanas de vida y es demostrada por hemocultivo positivo.	Cualitativa nominal	Si No
Asfixia	Supresión del intercambio gaseoso se caracteriza por hipoxemia, hipercapnia y acidosis metabólica.	Cualitativa nominal	Si No
Muerte perinatal	número de recién nacidos que mueren antes de alcanzar los 28 días de edad	Cualitativa nominal	Si No
Neumonía Neonatal	Es aquella que ya está presente al momento de nacer.	Cualitativa nominal	Si No



Síndrome de distrés respiratorio neonatal	Patología respiratoria más frecuente en el recién nacido prematuro. Se presenta al nacimiento o poco tiempo después con polipnea y dificultad respiratoria progresiva que precisa oxigenoterapia	Cualitativa nominal	Si No
Recién nacido sano	Ausencia de patologías evidentes al momento del nacimiento.	Cualitativa nominal	Si No
Hipoglicemia neonatal	Glicemia < 47 mg/dl, independientemente del peso y la edad gestacional	Cualitativa nominal	Si No
Complicacion es maternas	Condición de salud presente en la madre en el puerperio	Cualitativa nominal	Infección de herida quirúrgica Endometritis Histerectomía Seroma de herida quirúrgica Absceso de pared Sin complicaciones



Cruce de variables:

- Semanas de seguimiento – Semanas de gestación al momento de RPM
- Tiempo de evolución de RPM – complicaciones maternas
- Tiempo de evolución de RPM – Complicaciones perinatales

Plan de Análisis:

Se realizó revisión de los expedientes clínicos en el sistema Fleming y completando datos con los datos en físico, utilizando una ficha de recolección de datos. Los datos se registraron en una base de datos elaborada en la hoja de cálculo del programa EPI INFO versión 7.2.2.6, tomando en cuenta todas las variables.

Para la presentación de los resultados se utilizó fundamentalmente la frecuencia y para el análisis de la información los porcentajes.



VIII. Resultados:

Se realizó el estudio en el Hospital Fernando Vélez Páiz-Managua, en el que se describen los resultados maternos y perinatales en 31 pacientes, a las que se les dio manejo conservador de RPM pretérmino.

El 41.94% de la población en estudio se encuentran en el grupo etario comprendido entre 20-34 años, siendo en su mayoría (54.94%) de escolaridad secundaria. (Tabla N°1)

El 77% de las pacientes son originarias del sector urbano (77.44%) contra un 22.58% del área rural, Siendo el 41.94% de las pacientes primigestas. Realizándose un 54.84% de la población más de 4 controles prenatales. (Gráfico N° 2 y 4)

El 77.42% de las pacientes presentaron la ruptura prematura de membranas entre la semana 32 a 34 semanas. Realizándose en el 74.19% de las pacientes el diagnóstico de RPM a través de datos clínicos y hallazgos ultrasonográficos referentes a disminución de control de líquido amniótico respecto a valor previo. (Gráfico N°7)

Más de la mitad de la población (58.06%) presentaban antecedentes patológicos o procesos infecciosos durante la gestación, siendo la infección vaginal el de mayor incidencia (19.35%) (Gráfico N° 8)



El 74.17% de las pacientes que presentaron RPM, se les dio seguimiento hasta 3 semanas posterior a evento, sin embargo el restante (13.31%) tuvieron un seguimiento hasta de 6 semanas en manejo conservador. (Tabla N° 4)

En cuanto a puntuación Apgar al minuto, el 80.65% no presentaron asfixia (apgar de 8 a más), y el apgar al quinto minuto que es pronóstico, el 90.32% se les dio puntaje entre 8-10. (Tabla N° 5)

El 73.89% (23 neonatos) de los recién nacidos tuvieron un peso al nacer de más de 2000gr. (Tabla N° 6)

De los 6 neonatos que presentaron asfixia, 3 presaron entre 1000-1500gr, Un recién nacido pesó entre 1500-1999 gr y 2 pacientes con peso entre 2000-2500 gr.

En el 32.25% de las pacientes el parto logró ser inducido según criterios de finalización, el 25.85% tuvo una evolución espontánea hasta el nacimiento de recién nacido, 6.45% (2 paciente) tenían cesárea previa pero se les dio atención de parto vía vaginal, siendo el resto de pacientes finalizadas por indicaciones de finalización vía quirúrgica. (Tabla N° 7)

De las 31 pacientes en estudio, ninguna presentó complicación materna relacionada a sepsis, tales como infecciones de herida quirúrgicas, endometritis; y tampoco ameritaron histerectomía obstétrica. Dos pacientes presentaron complicaciones no relacionadas a sepsis las cuales fueron Eclampsia y DPPNI. (Tabla N°8)



El 67.8% de los recién nacidos no tuvieron ningún tipo de complicaciones, sin embargo el 19.35% (6 neonatos) se les dio un puntaje Apgar menor o igual a 7.

Ningún recién nacido presentó complicaciones tales como sepsis neonatal o neumonía. (Tabla N° 9)

Se registró una muerte perinatal, no relacionada a sepsis sino secundaria a complicaciones de asfixia por trauma obstétrico. (Tabla N°10)



IX. Discusión de resultados:

El Hospital Fernando Vélaz Páiz se fundó a finales de enero 2018, donde se realizó un estudio observacional, con una población tipo censo (31 pacientes) que cumplieron criterios de inclusión.

La población en estudio se encontró en grupo etario de 20-34 años lo que se relaciona con datos de ENDESA donde la mayor parte de población se encuentra en este grupo de edad, siendo esta edad las pacientes de mayor fertilidad. (INIDE & MINSA 2013)

Las pacientes asistentes a la unidad son predominantemente de sector urbano (siendo éste el grupo que más se atiende como institución); teniendo relación con escolaridad de pacientes y paridad puesto que en su mayoría culminaron secundaria y eran primigestas

La mayor parte de la población del estudio (77.42%), rompieron membranas entre la semana 32 a 34 semanas, realizándose el diagnóstico de manera clínica y complementada por ultrasonido, esto dado que ante la salida evidente del líquido amniótico no se llevó a cabo la cristalografía; además a la edad gestacional en la que se realizó el diagnóstico de RPM. Esta manera diagnóstica está recomendada por nuestra norma nacional de complicaciones obstétricas (N 109), así como por guías internacionales tales como el estudio IMPAC. (OMS 2002)

Las infecciones tanto vaginales como de vías urinarias representan un alto porcentaje de los antecedentes de pacientes con RPM pretérmino, por tal razón en



protocolos tanto nacionales como internacionales se describen como factores de riesgo para RPM.

El manejo expectante, con uso de antibioticoterapia de manera empírica, permitió que se diera cumplimiento a maduración pulmonar, favoreció ganancia de peso fetal, con control y vigilancia continua hasta por 6 semanas en pacientes con RPM.

Referente a criterios de finalización, el 32.25% se logró inducir cumpliendo con criterios de finalización de gestación, que ampliamente se discuten en artículos de revisión y que son de controversia puesto que en algunos, casos indican que no se recomienda el manejo conservador posterior a la semana 34.

La vía de finalización en su mayoría fue parto vía vaginal, sin embargo las indicaciones de cesárea continúan siendo más de 30%, este dato no es beneficioso ni para la institución ni para los neonatos puesto que la vía de finalización idónea es la vía vaginal.

En cuanto a las características de los recién nacidos y sus complicaciones, más de 73% lograron un peso al nacer de más de 2000gr; sin embargo a pesar de que se presentaron 6 casos de asfixia, no hubo pacientes que se complicaran con neumonía ni sepsis secundaria a riesgo por RPM.

La muerte perinatal que se reporta no está relacionada a complicaciones tales como sepsis neonatal sino a asfixia secundaria a trauma obstétrico por difícil extracción en transquirúrgico.



De las 31 pacientes en estudio, ninguna presentó complicación materna relacionada a sepsis, no presentándose en ninguna paciente seromas o infecciones de herida quirpurgicas, dehiscencias de episiorrafia, endometritis, y tampoco ameritaron histerectomía obstétrica. Dos pacientes presentaron complicaciones no relacionadas a sepsis las cuales fueron Eclampsia y DPPNI.



X. Conclusiones

- Se dio manejo conservador a 31 pacientes con RPM pretérmino, en su mayoría entre 20-24 años, con escolaridad secundaria, y procedentes de área urbana. Más del 60% eran primigestas con 4 controles prenatales a más. Las morbilidades maternas previas a RPM que más se presentaron fue Infección vaginal y de vías urinarias.
- Luego del seguimiento en un 87% por 1-3 semanas, con pacientes en un 64% entre las 32 y 34 semanas, ninguna paciente presentó complicaciones asociadas a sepsis y 2 pacientes tuvieron como complicación DPPNI y Eclampsia.
- Más del 70% de los neonatos nacieron sanos. El peso al nacer en 74% de los neonatos fue de más de 2000gr. Huvo una muerte perinatal, la cual no fue secundaria a sepsis, sino a asfixia.



XI. Recomendaciones

- Fortalecer la calidad de la atención prenatal, para tratar y modificar las morbilidades maternas que son causales de RPM.
- Realizar institucionalmente una adecuada selección de las pacientes a quienes se les dará conservador, así como de un manejo multidisciplinario de la RPM pretérmino.
- Valorar de manera individualizada, la finalización de la gestación más allá de las 34 semanas cuando las condiciones maternas y fetales lo permitan.



XII. Bibliografía

1. ACOG. Practice bulletins No. 139: premature rupture of membranes. 2013 Oct; 122(4):918-30. DOI: 10.1097/01.AOG.0000435415.21944.8f.
2. Burgos, B. et al. (1999). Manejo conservador de la ruptura prematura de membranas pretérmino. Hospital San Vicente de Paúl de Medellín – Colombia. Vol. 50 No. 3.
3. Castillo ML, Norori. Factores de riesgo asociados a ruptura prematura de membranas en mujeres con embarazos de término en el hospital asunción Juigalpa Nicaragua. Marzo -agosto 2014
4. Cobo, T & Ferrero S. (2016) Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona. Rotura prematura de membranas a término y pretérmino. Pp 1-11 Disponible en www.medicinafetalbatcelona.org
5. Gutiérrez Ramos M. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. Rev Peru Ginecol Obstet. 2018;64 (3):405-413. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2105>
6. Instituto Nacional de Información de Desarrollo & Ministerio de Salud. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2011/12. Managua 2013. Pp 13-15.



7. León González H. (2016 Guía de manejo Ruptura prematura de membranas. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog). Pp 8 Bogotá, Colombia

8. Martínez González, L. Análisis de los casos con ruptura prematura de membranas de menos de 34 semanas. Hospital Docente Ginecoobstétrico "Justo Legón Padilla" Revista Cubana Obstetricia Ginecológica. Pinar del Río – Cuba. 1999; 24 (3):45-50

9. Miranda Flores, A. Resultados maternos y perinatales del manejo conservador de la rotura prematura de membranas en gestantes de 24 a 33 semanas. Acta Med Per. 2014:31(2):84-89

10. MINSA. (Noviembre 2017) Protocolo para atención de complicaciones obstétricas y neonatales. Normativa 109. Managua. pp 132-145

11. National Institute for Health and care Excellence. NICE. (November 2015). Preterm labour and birth. pp 7 DOI 978-1-4731-1529-3 Recuperado de nice.org.uk/guidance/ng25

12. Sánchez. L. (2016) Resultados materno y perinatales de pacientes con manejo conservador de ruptura prematura de membrana de más de 34 semanas en hospital Bertha Calderón Roque. Tesis inédita. Universidad Autónoma de Nicaragua. Managua, Nicaragua



13. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Premature Rupture of Membranes. October 2016 Vol. 128, N°. 4

14. Organización Mundial de la salud. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Guía para obstetras y médico. 2002. pág 149

15. Organización Mundial de la Salud. Complicaciones en el embarazo y el parto: una guía para matronas y médicos, Manual IMPAC. USA. 2002. Pp S-142

16. Vásquez N. Luis. Epidemiología de la rotura prematura de membranas en un hospital docente ginecoobstétricos "América Arias", Cuba, marzo 1999 pp 2-3

17. Vargas, K. & Vargas, C. Ruptura prematura de membranas. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica. LXXI (613) 719 - 723, San José, Costa Rica. 2014

18. Vigil-de Gracia, Paulino. (marzo 2014). Ruptura prematura de membranas. Revista Centroamericana Obstetricia y Ginecología. Órgano oficial FECASOG. DOI 0428-0911 Volumen 19, número 1 pp 3-17

19. Waters Thaddeus P. (2009) The management of preterm premature rupture of the membranes near the limit of fetal viability. American Journal of Obstetrics & Gynecology. September. Vol 2 pp 8



XIII. Anexos

Gráfico N°1: Edad materna de pacientes con RPM pretérmino con manejo conservador HFVP Marzo-Diciembre 2018

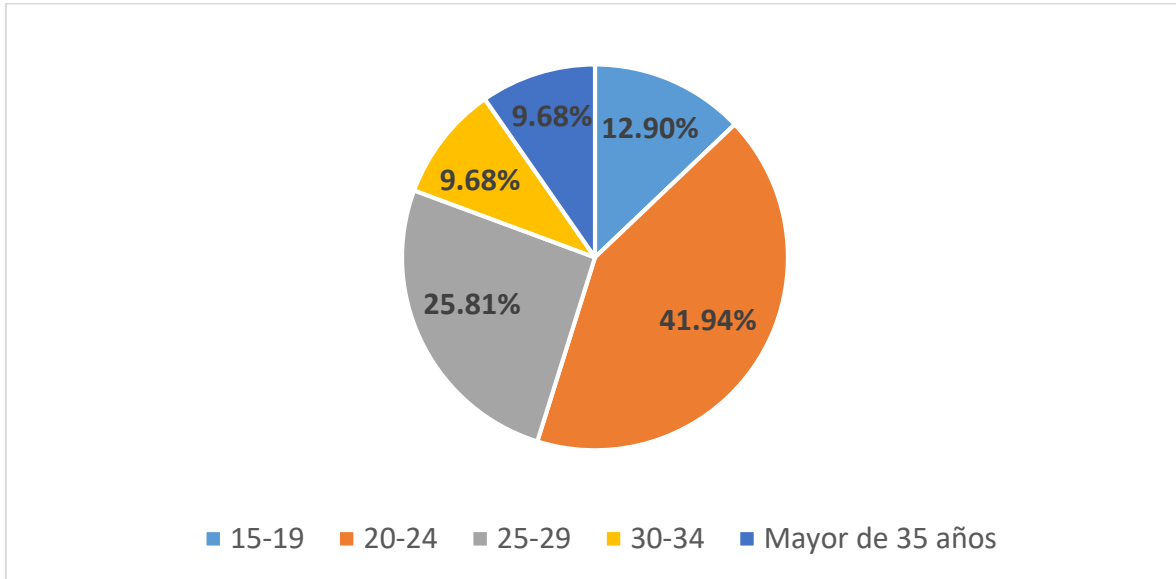
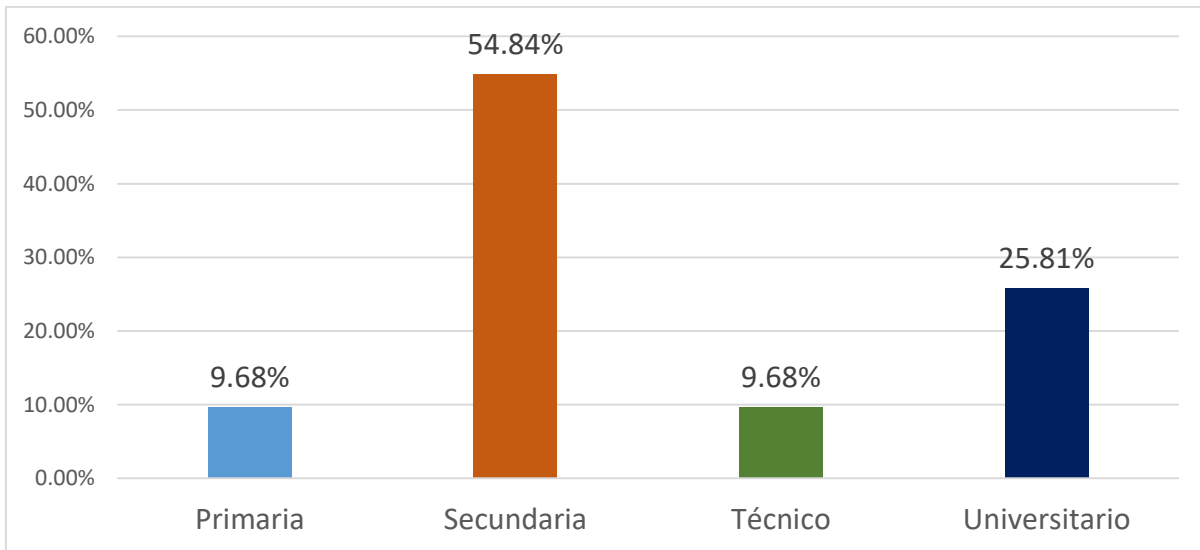


Gráfico N° 2 Escolaridad de pacientes con RPM pretérmino con manejo conservador HFVP marzo-diciembre 2018



Fuente: Ficha de recolección de datos



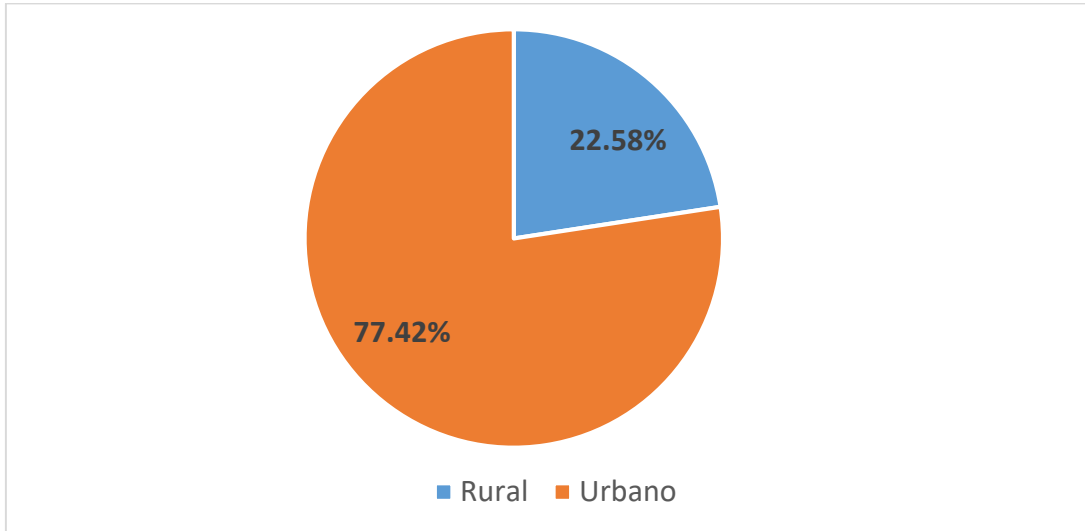
Tabla N° 1 **Escolaridad de pacientes con RPM pretérmino con manejo conservador relacionado con la edad de las mismas.**

Escolaridad	Edad materna					Total
	15-19	20-24	25-29	30-34	Mayor de 35 años	
Primaria	0	1	0	1	1	3
Porcentaje	0.00%	33.33%	0.00%	33.33%	33.33%	100.00%
Secundaria	4	8	4	0	1	17
Porcentaje	23.53%	47.06%	23.53%	0.00%	5.88%	100.00%
Técnico	0	1	1	0	1	3
Porcentaje	0.00%	33.33%	33.33%	0.00%	33.33%	100.00%
Universitario	0	3	3	2	0	8
Porcentaje	0.00%	37.50%	37.50%	25.00%	0.00%	100.00%
TOTAL	4	13	8	3	3	31
% total	12.90%	41.94%	25.81%	9.68%	9.68%	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de datos

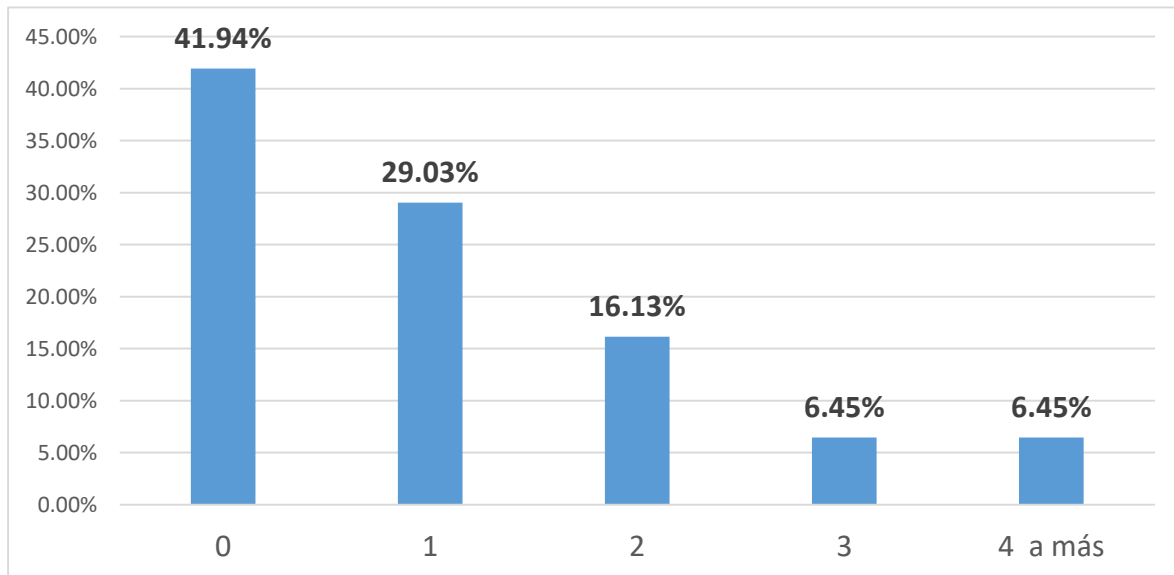


Gráfico N° 3 Procedencia de pacientes con RPM pretérmino con manejo conservador HFVP marzo-diciembre 2018



Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico N° 4 Paridad de pacientes con RPM pretérmino con manejo conservador HFVP marzo-diciembre 2018



Fuente: Ficha de recolección de datos



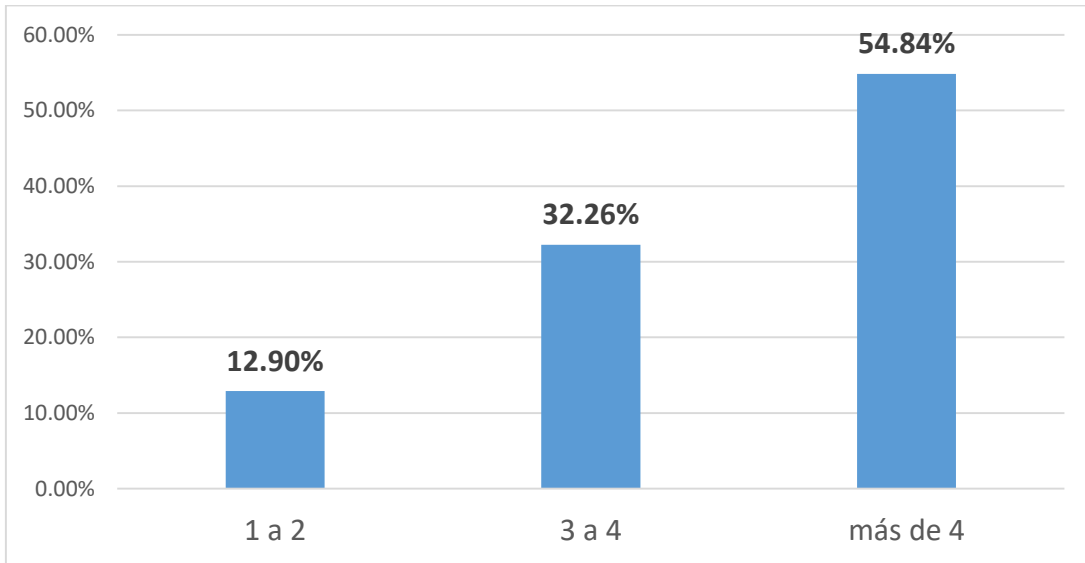
Tabla N° 2 Antecedentes gineco-obstétricos de pacientes con RPM pretérmino con manejo conservador HFVP marzo-diciembre 2018

ANTECEDENTE	PORCENTAJE	FRECUENCIA
CESAREA		
0	87.10%	27
1	12.90%	4
Total	100.00%	31
ABORTO		
0	80.65%	25
1	16.13%	5
4	3.23%	1
Total	100.00%	31
PARAS		
0	61.29%	19
1	25.81%	8
2	3.23%	1
3	6.45%	2
4	3.23%	1
Total	100.00%	31

Fuente: Ficha de recolección de datos

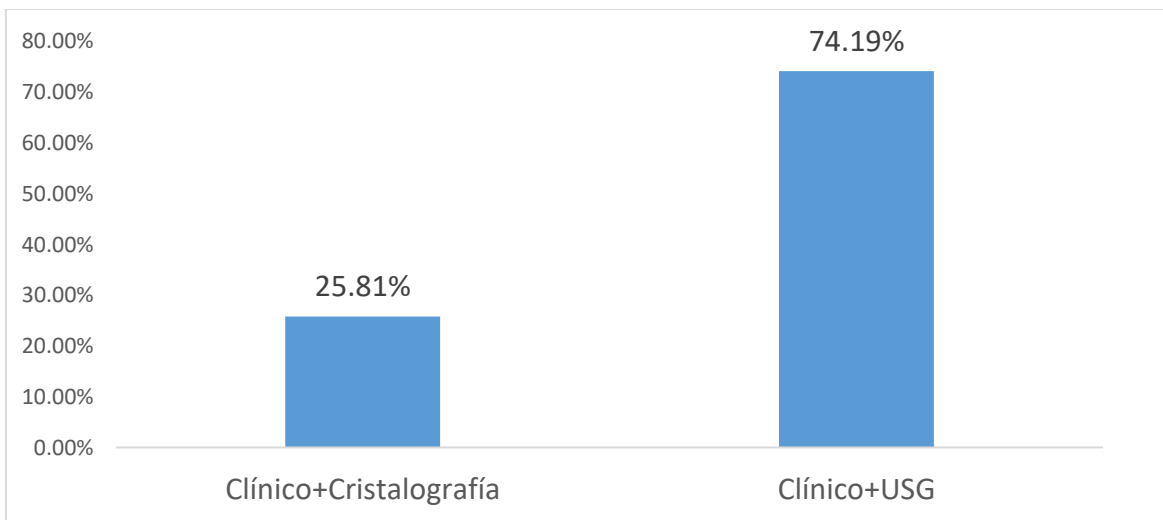


Gráfico N° 5 Distribución en porcentaje según número de APN de pacientes con RPM pretérmino



Fuente: Ficha de recolección de datos

Gráfico N° 7 Método diagnóstico de pacientes en manejo conservador de RPM pretérmino HFVP. Marzo-Diciembre 2018

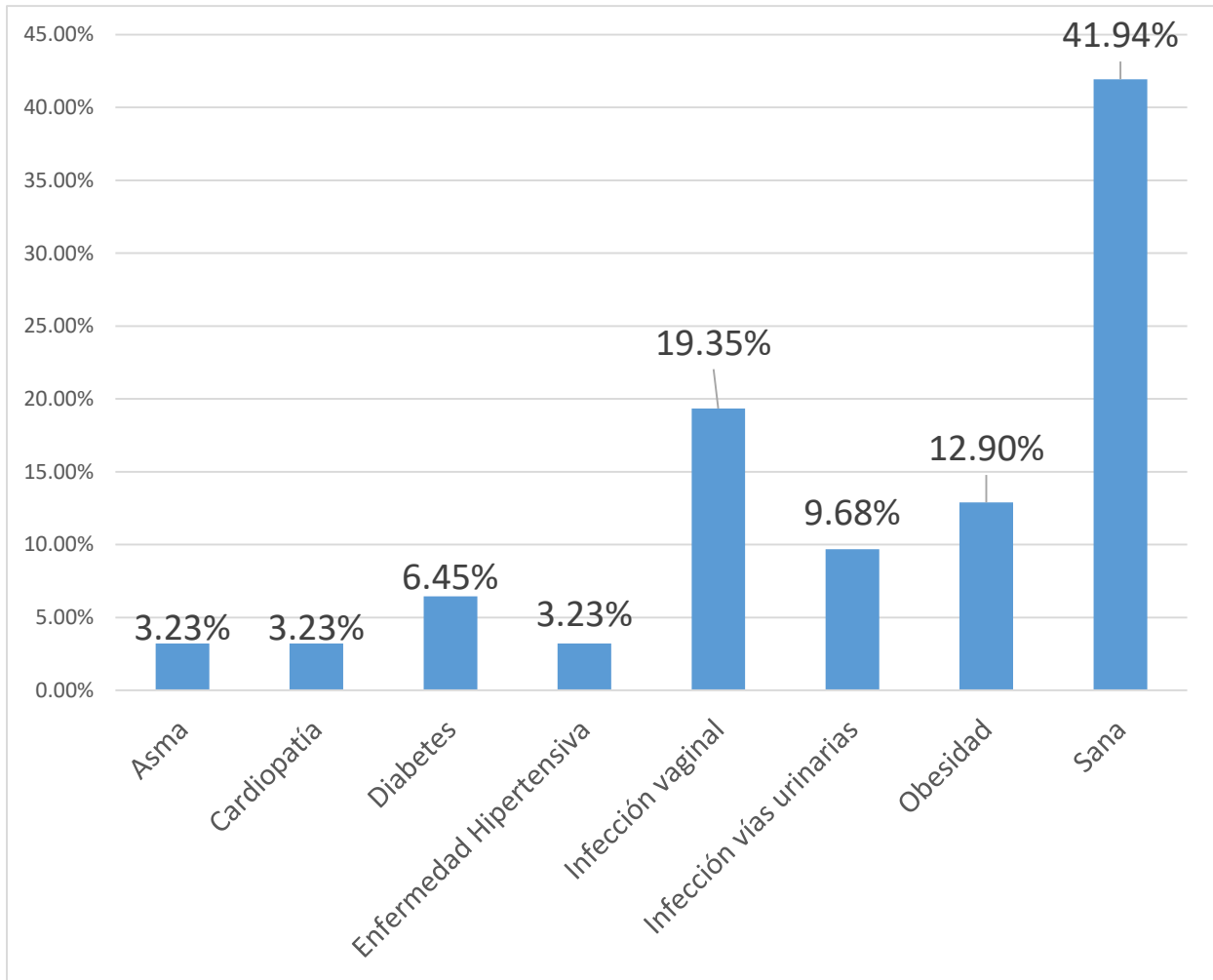


Fuente: Ficha de recolección de datos



Gráfico N° 8 Morbilidad materna previo a RPM de pacientes en estudio

HFVP marzo – Diciembre 2018



Fuente: Ficha de recolección de datos



Tabla N° 4 Relación entre Edad gestacional al momento de RPM y las semanas de seguimiento de las pacientes en estudio HFVP Marzo-Diciembre 2018

Edad gestacional al momento de RPM						
Semanas de seguimiento de RPM	≤23	24-28	29-32	32-34	35-36	TOTAL
1 a 3 semanas	0	2	2	20	3	27
Porcentaje	0.00%	6.45%	6.45%	64.51	9.67%	87.10%
4a 6 semanas	0	2	2	0	0	4
Porcentaje	0.00%	6.45%	6.45%	0.00%	0.00%	12.90%
TOTAL	0	4	4	20	3	31

Fuente: Ficha de recolección de datos



Tabla N°5 Puntuación APGAR al minuto 1 y minuto 5 de recién nacidos de madres con manejo conservador por RPM pretérmino HFVP marzo-diciembre 2018

PUNTUACIÓN APGAR	APGAR MINUTO 1		APGAR MINUTO 5	
	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA
1		0	0	0
2	0	0	0	0
3	6.45	3	0	0
4	0	0	0	0
5	0	0	3.23	1
6	3.23	2	3.23	1
7	9.68	1	0	0
8	77.42	24	0	1
9	3.23	1	90.32	28
10	0	0	0	0
TOTAL	100%	31	100	31

Fuente: Ficha de recolección de datos



Tabla N° 6 Peso al nacer de recién nacidos de madres con manejo conservador por RPM pretérmino HFVP marzo-diciembre 2018

Peso al nacer	Frecuencia	Porcentaje
600-800gr	1	3.23%
801-999gr	1	3.23%
1000-1500gr	3	9.68%
1501-1999 gr	3	9.68%
2000-2500gr	11	35.48%
2500-2999gr	10	32.26%
Más de 3000gr	2	6.45%
Total	31	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos



Tabla N°7 Indicación de finalización de gestación de RPM pretérmino con manejo conservador HFVP marzo-diciembre 2018

Indicación de finalización	Vía de nacimiento			
	Cesárea		Vaginal	
		Porcentaje		Porcentaje
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Cesárea previa	1	3.22	2	6.45
Eclampsia	1	3.22	0	0
Espontáneo	0	0	8	25.8
Inducción	0	0	10	32.25
Oligohidramnio/Anhidramnio	2	6.45	0	0
PBF	2	6.45	0	0
Pélvico	3	9.67	0	0
Transverso	1	3.22	0	0
TOTAL	11	35.48	20	64.52

Fuente: Ficha de recolección de datos



Tabla N° 8 Complicaciones maternas de pacientes con manejo conservador de RM pretérmino HFVP marzo-diciembre 2018

COMPLICACIONES MATERNAS	Frecuencia	Porcentaje
Corioamnionitis	0	0.00%
Histerectomía obstétrica	0	0.00%
Seroma herida quirúrgica	0	0.00%
Sepsis sitio quirúrgico	0	0.00%
Dehiscencia episiorrafia	0	0.00%
No relacionadas a sepsis	2	6.45%
Sin complicaciones	29	93.54%
Total	31	100%

Tabla N° 9 Complicaciones perinatales en recién nacidos hijos de pacientes con manejo conservador de RMM pretérmino HFVP marzo-diciembre 2018

COMPLICACIONES PERINATALES	Frecuencia	Porcentaje
RN SANO	21	67.80%
ASFIXIA	6	19.35%
SDR	3	9.70%
SEPSIS NEONATAL	0	0.00%
MUERTE PERINATAL	1	3.22%
NEUMONÍA	0	0.00%
Total	31	100%



Tabla N° 10 Relación entre tiempo de RPM y complicaciones perinatales

en recién nacidos de madres con manejo conservador de RPM pretérmino

HFVP marzo – diciembre 2018

COMPLIACIÓN PERINATAL	SEMANAS DE SEGUIMIENTO DE RPM		TOTAL	PORCENTAJE
	1 A 3 SEM	4 A 6 SEM		
ASFIXIA	6	0	6	60%
SDR	3	0	3	30%
MUERTE PERINATAL	1	0	1	10%
SEPSIS NEONATAL	0	0	0	0%
NEUMONÍA	0	0	0	0%
TOTAL	9	0	9	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. N° Ficha _____

2. N° Expediente _____

3. Edad materna

15-19 años ____ 20-24 años ____ 25-29 años ____ 30-34 años ____ ≥35 años ____

4. **Escolaridad:** Primaria _____ Secundaria _____

Técnico: _____ Universitario _____

5. **Procedencia:** Urbana _____ Rural _____

6. Antecedentes Gineco – obstétricos

Gestas: _____ Paras _____ Aborto _____ Cesárea _____

7. N° de controles prenatales: _____

8. Edad gestacional al momento del diagnóstico de RPM

≤23 semanas ____ 24-28 sem ____ 29-31 sem ____ 32-34 sem ____ 35- 36sem ____

9. Método diagnóstico de RPM:

Clínico + USG _____ Clínico + Cristaografía _____

10. Morbilidad Materna previa a RPM:

Sana _____ Diabetes _____ Infecciones urinarias _____

Cardiopatía _____ Enf. Hipertensiva _____ Asma _____



Infecciones vaginales _____ Otras _____

11. Semanas de seguimiento de RPM

1-3 sem _____ 4-6 sem _____ 7-9 sem _____

12. Indicación de la finalización de la gestación _____

13. Vía de parto Vaginal _____ Cesárea _____

14. Puntuación APGAR 1er min _____ 5to min _____

15. Peso al nacer _____ gr

16. Complicaciones maternas:

Infección de herida quirúrgica _____ Seroma de herida quirúrgica _____

Endometritis _____ Absceso de pared _____

Histerectomía obstétrica _____ Sin complicaciones _____

Otras _____

17. Complicaciones Perinatales

Síndrome de distrés respiratorio neonatal _____ Sepsis temprana _____

Hipoglicemia _____ Asfixia _____

Muerte perinatal _____ Neumonía _____

Recién nacido sano _____ Otras _____