

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de Ciencias Médicas, Managua



**Trabajo monográfico para optar al título de doctor en medicina y
cirugía**

**TEMA: Complicaciones materno-perinatales de las embarazadas
entre las 28 y 35 semanas de gestación con Ruptura prematura de
Membranas que ingresan a la sala de Alto Riesgo Obstétrico del
Hospital Bertha Calderón Roque en el período de Enero a Junio
del año 2014**

Autores: Br. Cruz Javier Zeledón Gutiérrez
Br. Osnar Enrique Pérez Lanuza

Tutor: Dr. José de los Ángeles Méndez
Gineco-Obstetra. M.D
Máster en Epidemiología

Tema:

Complicaciones materno-perinatales de las embarazadas entre las 28 y 35 semanas de gestación con Ruptura Prematura de Membranas que ingresan a la sala de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de Enero a Junio del año 2014.

Agradecimiento

A Dios, fuerza, ejemplo y camino, que nos ha incitado a transitar firmes este trayecto, y lograr culminarlo.

Al Dr. José Ángel Méndez, maestro y guía que con su ejemplo y entrega, refleja el verdadero espíritu de un médico.

A nuestros docentes, que a lo largo de la carrera han inculcado la ciencia de la entrega a los pacientes y la esencia de este vivir.

A nuestros amigos y compañeros de casa y universidad, que han hecho que el día a día tenga sabor a familia.

Al personal de enfermería, estadística, técnicos, administrativo, etc. Quienes son el motor principal para el funcionamiento de las unidades de salud.

A las pacientes del estudio, pieza fundamental del presente trabajo. Razón de nuestro trabajar.

Dedicatoria

A nuestros padres, quienes con su ejemplo y lucha han logrado proporcionar las herramientas necesarias para cumplir este objetivo.

A nuestros hermanos, que con su apoyo y paciencia nos han guiado y enseñado muchas cosas en nuestro crecimiento y desempeño.

A mi esposa e hija, quienes han sido mi inspiración y fuerza en esta ardua carrera, sin ellas no habría sido posible obtener estos logros. (Osnar Pérez)

Opinión del Tutor

Investigar es cumplir la parte fundamental de la formación médica.

Cuando abordamos las complicaciones prenatales asociadas a Ruptura de membranas, es un tema de actualidad.

Con los resultados obtenidos en este esfuerzo investigativo, nos damos cuenta de la realidad de esta patología.

Estoy seguro que esto servirá en gran manera para la toma de decisiones oportunas en relación al tema planteado en este estudio.

Reciban los investigadores las felicitaciones más sinceras por haber concluido con éxito esta primera etapa de su formación académica.

Msc. M.D. José de los Ángeles Méndez

Tutor

INDICE

Introducción	8
Justificación	9
ANTECEDENTES	10
Internacionales.....	10
Nacionales	11
Planteamiento del Problema	13
Objetivos	14
Objetivo general.....	14
Objetivos específicos.....	14
MARCO TEORICO.....	15
Definición	16
Etiología.....	17
Clasificación.....	18
Factores de riesgo	18
Diagnóstico.....	19
Tratamiento, manejo y procedimientos	22
Complicaciones	29
Educación, promoción y prevención.....	30
DISEÑO METODOLÓGICO.....	31
VARIABLES	34
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:.....	35
RESULTADOS	37
Análisis de resultados.....	43
CONCLUSIONES	48
RECOMENDACIONES.....	49
BIBLIOGRAFÍA	50
ANEXOS	51

Resumen

La ruptura prematura de membranas es una patología de gran importancia clínica y epidemiológica ya que conlleva múltiples complicaciones tanto fetales como maternas. Se estima que un 20 a un 50% de casos de nacimientos prematuros, bajo peso al nacer y el nacimiento de producto pequeño para su edad gestacional están íntimamente relacionados con esta patología. Este estudio nos permitió conocer las principales complicaciones materno- perinatales de la ruptura prematura de membranas que se presentan antes que estos sean de término. Este es un estudio observacional, retrospectivo, tipo descriptivo, de corte transversal en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo comprendido de Enero a Mayo del año 2014. Se estudiaron a 88 pacientes con embarazos entre las 28 y 35 semanas de gestación que presentaran ruptura prematura de membranas y además que el expediente clínico cumpliera con la información necesaria para poder llevar a cabo dicho estudio para después poderla procesar en el programa SPSS, donde encontramos que el rango de edad de las pacientes estudiadas la mayoría oscila entre los 20 y 35 años que equivalen al 61% de la población donde el 78.4% provenía del área urbana. El 55.7% de la población estudiada tenían una escolaridad de secundaria y solamente el 15.9% habían llegado a la universidad. Entre las patologías asociadas al embarazo las más frecuentes fueron Cervicovaginitis en primer lugar con el 19.3%, en segundo lugar esta las infecciones de vías urinaria con el 17%. Respecto al periodo de latencia la mayoría tenía menos de seis horas representado por el 28.4%, seguido de aquellas de mayor de 18 horas con un 27.3% y en tercer lugar las que se encontraban entre 6 y 12 horas. El 68.2% de las embarazadas estudiadas recibió doble terapia con antibióticos y corticoides y el 71.6% el tratamiento duro más de 24 horas. Las principales complicaciones maternas que se encontró fue corioamnioitis con el 12.5 % y el 81.8 % no presentó ninguna complicación. En este estudio se encontró que con la ruptura prematura de membranas antes de los embarazos a término los más perjudicados son los bebés los cuales solo el 64.8% de estos no presentaron complicaciones el resto se complicó con Síndrome de Distress Respiratorio con el 12.5% y en segundo lugar Sepsis Neonatal con el 11.4%.

Introducción

La ruptura prematura de membranas es una patología de gran importancia clínica y epidemiológica ya que conlleva múltiples complicaciones tanto fetales como maternas. Se estima que un 20 a un 50% de casos de nacimientos prematuros, bajo peso al nacer y el nacimiento de producto pequeño para su edad gestacional están íntimamente relacionados con esta patología.

Las membranas amnióticas constituyen una protección contra los diferentes factores que pueden afectar el embarazo, ellos hacen que haya una barrera protectora entre el medio interno uterino y el medio externo, al ocurrir una ruptura de estas antes del momento indicado, se pierde esa integridad que si no se actúa rápido podríamos enfrentar con graves consecuencias como son la Corioamnioitis, infección puerperal y mortalidad materna.

Si la ruptura prematura de membranas se produce en cualquier momento del embarazo antes del inicio de trabajo de parto aumenta la morbimortalidad materna y perinatal a expensas de la infección más aun cuando ocurre en embarazos pretérminos. La frecuencia y gravedad se encuentran relacionadas con el periodo de latencia sobre todo cuando exceden las 24 horas.

Por los motivos mencionados anteriormente esta patología tiene mucha importancia a nivel nacional, ya que produce serias complicaciones que pueden afectar tanto a la madre como al producto de la concepción por lo que se considera necesario que todo medico esté preparado para reconocerla cuando se presente y tratarla de manera adecuada.

Actualmente independientemente de los avances logrados en el campo de la perinatología la ruptura prematura de membrana ovulares continua siendo una de las complicaciones obstétricas no resuelta en nuestro país.

Justificación

La ruptura prematura de membrana sigue siendo un problema de gran importancia epidemiológica por su elevada frecuencia y las múltiples complicaciones que se presentan tanto en el neonato (sepsis neonatal, Distress respiratorio, asfixia perinatal, Apgar bajo, muerte perinatal), como en la madre (corioamnioitis, endometritis, endomiometritis, peritonitis, choque séptico y muerte materna).

El tratamiento y los resultados materno perinatales de la ruptura prematura de membranas se encuentran en íntima relación con la edad gestacional, por ello se hace necesario diseñar y ejecutar un estudio que nos permita abordar el comportamiento y la eficacia de su manejo intrahospitalario así como las consecuencias que de ella se derivan.

En el Hospital Bertha Calderón Roque una gran parte de los pacientes atendidas en salas de puerperios patológico, fisiológico y postquirúrgico corresponden a pacientes adolescentes y la ruptura prematura de membrana es una de las patologías más frecuentes que se presentan, por tal razón es de nuestro interés realizar esta investigación para conocer el comportamiento en nuestro hospital y así poder dar recomendaciones para un mejor manejo y prevención de esta.

ANTECEDENTES

Internacionales

Velásquez (2009, Perú), estudió 1127 casos de RPM (6.47% del total de partos atendidos) clasificando a las pacientes según el riesgo social: bajo (2.5%), mediano (55.2%), y alto (42.4%). Los antecedentes gineco -obstétricos patológicos más frecuentes fueron insuficiente número de controles prenatales (70%), cirugía ginecoobstétrica previa (35.47%), infecciones cérvico- vaginal – urinaria (37.9%), **RPM** durante algún embarazo previo (10.8%), metrorragias durante la gestación (7.4%), infertilidad (2.5%). En cuanto a la paridad, 41.9% fueron nulíparas, 25.6% primíparas, 29.1% multíparas, 3.4% gran multíparas y el 2.5% presentaron embarazos múltiples.

Dans (España, 2011), en el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (S.E.G.O.) refirió que las infecciones genitales y antecedentes previos de RPM son factores de riesgo involucrados en la RPM como lo son también en los partos pretérminos, lo que aumenta tres veces el riesgo de RPM en el embarazo actual, además de antecedentes de hemorragia del primer trimestre incrementado entre tres y siete veces más el riesgo.

Naeye (Estados Unidos, 2011), encontró que la infecciones de líquido amniótico eran la causa de rupturas debido a que estas aumentaban el riesgo de 2 – 3 veces más que cuando las membranas fetales se rompen justo antes de que el trabajo iniciaba o cuando se rompían justo después del inicio del parto. Observó que las puntuaciones del Apgar bajas y de hiperbilirrubinemia neonatal fueron de 60% más cuando el parto prematuro se debe a la RPM que cuando era debido a otras causas.

Nacionales

Mendoza (2009, HEODRA – León) estudió el manejo de RPM en embarazos pretérminos, encontrando el mayor número de casos en menores de 20 años, bigestas, rurales, amas de casas, acompañadas y de escolaridad primaria o menor.

Mendoza (2012, HESB – Bluefields) estudió factores de riesgo asociados a Ruptura Prematura de Membrana, obteniendo los siguientes resultados: en relación a las complicaciones maternas registradas se encontraron 2 casos (2.9%) con diagnóstico de infección puerperal. No se presentaron casos de esta patología en los controles. Al comparar las categorías de complicaciones maternas por infección puerperal vs ninguna, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (3.24, IC 95% 1.99 – 121.9 y valor P 0.21). En cuanto a las complicaciones neonatales, se encontraron dos casos (2.9%) con Síndrome de Dificultad Respiratoria las cuales fueron muertes neonatales y una muerte fetal (1.5%) en los casos. Al comparar la categoría de complicaciones neonatales (SDR y otras) vs ninguna, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (OR: 2.02 IC 95% 0.15 – 60.72, P: 0.31)

Pérez (2012, HBCR – Managua) estudió Morbimortalidad materna y perinatal en embarazos pre término con Ruptura Prematura de Membranas, obteniendo los siguientes resultados: El 66.1% de las pacientes (39) tuvieron la RPM entre las 33 y 36 semanas de gestación. 18 madres, correspondientes a un 30.5% presentaron RPM entre las 29 y 32 semanas. Solamente 2 pacientes cursaron con edad gestacional de 24 a 28, correspondiendo a 3.4% de las madres. En relación a los neonatos, la mayor parte de los que estaban entre las 33 y 36 semanas no presentó complicación alguna. Esto corresponde a 40 pacientes. 7 de los 50 pacientes en este grupo de edad presentaron neumonía, 2 presentaron sepsis. 1

neonato presentó taquipnea transitoria. De los 11 recién nacidos con edad gestacional entre 29 y 32 semanas, 3 no presentaron complicación alguna y 8 si la presentaron: 4 Neumonía, 2 sepsis, 1 SDR, 1 hemorragia interventricular. 3 pacientes no presentaron complicaciones. De los 2 pacientes entre 24 y 28 semanas, 1 presentó neumonía y el otro SDR.

Reyes (2012, HBCR – Managua) realizó un estudio sobre Resultados perinatales de los neonatos de gestantes que tuvieron oligohidramnio severo asociado a ruptura prematura de membrana, obtuvo los siguientes resultados: se representa el Apgar a los 5 minutos y se aprecia que 10 recién nacidos tuvieron Apgar inferior a 7 puntos, el oligohidramnios se asoció altamente al Apgar bajo ($p < 0,001$). Con relación a la morbilidad del recién nacido observa que 21 neonatos del grupo estudio sufrieron algún tipo de morbilidad, lo cual resultó altamente significativo estadísticamente ($p < 0,001$).

Pineda (2013, HBCR - Managua) realizó un estudio sobre Resultados perinatales de ruptura prematura de membranas en recién nacidos pre término ingresados al servicio de neonatología, obteniendo los siguientes resultados: las patologías que presentaron los recién nacidos fueron: Neumonía 37.5% (15), Síndrome membrana hialina 10% (4), anemia 7.5% (3), infección nosocomial 7.5% (3), enterocolitis necrotizante 5% (2) y con 2.5% correspondió a retinopatía del prematuro, hemorragia pulmonar y sepsis neonatal. En cuanto a la condición de egreso de los recién nacidos fue vivo un 85% y fallecidos un 15%.

Planteamiento del Problema

La ruptura prematura de membrana es muy frecuente en las mujeres de nuestro país y sobre todo en el Hospital Bertha Calderón Roque por ser el de referencia nacional para la atención de la mujer gravídica, lo cual conlleva a muchas complicaciones.

Esta patología tiene tanta significancia porque pone en riesgo la vida y bienestar de dos vidas, la de la madre y la del bebe más aun cuando este nace antes de término y no se les brinda un manejo adecuado, ya que sus consecuencias son aún más peligrosas. Por tal motivo es que nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cuáles son las complicaciones materno- perinatales más frecuentes de las embarazadas entre las 28 y35 semanas de gestación con ruptura prematura de membrana que ingresan a la sala de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo comprendido de Enero a Junio del año 2014?

Objetivos

Objetivo general:

Describir las complicaciones materno- perinatales más frecuentes de las embarazadas entre las 28 y 35 semanas de gestación con ruptura prematura de membrana que ingresan a la sala de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo comprendido de Enero a Junio del año 2014.

Objetivos específicos.

1. Caracterizar a la población que participara en el estudio.
2. Identificar los antecedentes ginecoobstétricos de las embarazadas en estudio.
3. Describir las patologías médicas asociadas al embarazo en el grupo de pacientes en estudio.
4. Identificar el periodo de latencia del grupo de pacientes en estudio.
5. Describir el tratamiento recibido por las embarazadas a estudio y su duración.
6. Identificar las complicaciones maternas secundarias a la Ruptura Prematura de Membranas.
7. Describir las complicaciones neonatales secundarias a una ruptura Prematura de Membranas.

MARCO TEORICO

La ruptura prematura de membranas (RPM) se presenta en aproximadamente un tercio de los nacimientos prematuros y puede conducir a una morbilidad y mortalidad perinatal significativa. Los pacientes con RPM antes de 32 semanas de gestación deben ser atendidos con expectación hasta que hayan completado 33 semanas de gestación, siempre que no existan contraindicaciones maternas o fetales.

Para prolongar el embarazo y reducir la morbilidad infecciosa neonatal y materna hay que administrar por un lapso de 48 horas ampicilina intravenosa eritromicina, seguida de cinco días de amoxicilina y eritromicina pero esto va estar en dependencia de la edad gestacional y del periodo de latencia según lo recomendado por la ACOG(Congreso Americano de Ginecología y Obstetricia.

La Ruptura Prematura de Membranas (RPM) es una enfermedad de gran importancia clínica y epidemiológica, debido a la alta frecuencia de complicaciones materno-fetales asociadas como: infección, prematuridad, síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, hemorragia interventricular, enterocolitis necrotizante, displasia bronco pulmonar, ductus arterioso permeable y retinopatía por prematurez. Por tales razones es que nuestro país ha elaborado un protocolo para dar un buen manejo a esta patología y de esta manera reducir la mortalidad y morbilidad materna perinatal.

Su manejo es controvertido, principalmente cuando ocurre antes de la semana 37 de gestación (ruptura prematura de membrana pre término- RPMP), y la decisión de terminar el embarazo inmediatamente, manejo activo, o en forma diferida, manejo conservador, es el resultado de sospechar los riesgos asociados a la prematuridad contra el riesgo séptico que aumenta con el tiempo de evolución de la ruptura.

La ruptura prematura de membranas ovulares (preparto), puede originar el comienzo de un parto pre término, con o sin otros factores causales. La ruptura prematura de membranas se encuentra relacionada de forma directa en un 20 a un 50% de casos de nacimientos prematuros, bajo peso al nacer y el nacimiento de producto pequeño para su edad gestacional.

Si la ruptura prematura de membranas se produce en cualquier momento del embarazo antes del inicio del trabajo de parto, aumenta la morbimortalidad materna y perinatal a expensas de la infección. La frecuencia y su gravedad se encuentran relacionadas con el período de latencia sobre todo cuando este excede las 24 horas. La ruptura de membranas expone al feto al riesgo de sufrir prolapso de cordón umbilical y/o partes fetales.

También aumenta la mortalidad perinatal, ya que tiene que ver con la inmadurez del recién nacido cuya complicación más frecuente es la presencia de membrana hialina. La frecuencia con que se presenta la ruptura prematura de membranas es del 10%, todas estas complicaciones nos obligan a mejorar las intervenciones que se realizan en esta entidad clínica y disminuir así la morbimortalidad materno y perinatal.

Definición

Se designa con el nombre de ruptura prematura de membranas a una solución de continuidad de las membranas corioamnióticas que sobreviene antes del inicio del trabajo de parto. Dentro de ella se encuentran:

1. Ruptura prolongada de membranas: Ruptura de membranas con periodo de latencia de 24 horas o más antes de iniciarse el trabajo de parto.
2. Periodo de latencia: Intervalo de tiempo entre la ruptura de membranas y el nacimiento.
3. Falsa ruptura de membranas, quiste corioamniótico o ruptura de doble saco ovular: La ruptura del corion determina la salida de líquido al exterior,

permaneciendo el amnios íntegro, simulando ruptura prematura de membranas.

4. Ruptura Precoz: Es la que acontece durante el período de dilatación, antes de que este se haya completado.
5. Ruptura tempestiva: Es la que acontece cuando el cuello se encuentra totalmente dilatado.
6. Ruptura alta: Cuando se efectúa por encima del área cervical, existe una pérdida insidiosa de líquido y la persistencia táctil de la bolsa.
7. Ruptura espontanea: Es la que se produce sin intervenciones.
8. Ruptura artificial: Cuando se desgarran con una pinza u otro instrumento.

Etiología.

Son múltiples, los factores causales de la ruptura prematura de membranas son poco conocidos y algunos muy discutidos. La etiología de la RPM es conocida en la mayoría de los casos, sin embargo se han identificado que los factores predisponentes más frecuentes son:

- Infecciones cervicovaginales.
- Corioamnioitis.
- Alteración de las propiedades físicas de las membranas
- Tensión excesiva de las membranas ovulares (polihidramnios, embarazo gemelar).
- Traumatismo. Causado en gran manera por los tactos vaginales, colocación de amnioscopio, catéteres utilizados para registrar la presión uterina, sondas para iniciar el parto, son procedimientos que pueden producir una amniotomía accidental involuntaria, cerclajes.
- Infección Local. Las infecciones del tracto genital inferior se asocia con una alta incidencia de ruptura prematura de membranas.
- Incompetencia Ístmico-cervical.
- Déficit de vitamina C y de Cobre.

Clasificación

Se pueden subdividir según la edad gestacional en dos grupos.

1. Ruptura Prematura de Membranas (RPM): Si la ruptura de membranas se da en un embarazo de término.
2. Ruptura Prematura de Membranas en embarazo pretérmino (RPMP).
3. RPMP cerca del término, que son aquellas pacientes con rotura de membranas entre las 34 y 37 semanas.
4. RPMP lejos del término que son aquel grupo de embarazadas que presentan ruptura de membranas con edad gestacional entre las 24 y 34 semanas.
5. RPMP Pre-viable cuando la ruptura ocurre antes de las 24 semanas.

Factores de riesgo

- Bajo nivel socioeconómico.
- Infección del tracto genital inferior (ITS).
- Antecedente de parto pretérmino.
- Embarazo con un DIU.
- Debilidad inherente de las membranas.
- Corioamnioititis.
- Esfuerzo excesivo.
- Infección Urinaria.
- Sobredistención uterina (Gestación múltiple, Polihidramnios, Macrosomía fetal).
- Desproporción cefalopélvica.
- Déficit nutricional.
- Incompetencia itsmico-cervical. Conización cervical por tratamientos al cuello del útero; cerclaje).

- Antecedentes de ruptura de membranas.
- Hemorragia preparto.
- Disminución del colágeno de las membranas.
- Desnutrición.
- Tabaquismo.
- Enfermedades pulmonares durante el embarazo.
- Amniocentesis.

Diagnóstico

Manifestaciones Clínicas

El diagnóstico se debe efectuar mediante la historia clínica (interrogar con precisión sobre color, cantidad, fecha y hora del comienzo de la salida de líquido, aumento de la humedad perineal, si es pérdida intermitente, o fue salida franca de líquido que moja los muslos y el piso).

Observación de salida de líquido amniótico por canal cervical con especuloscopia. (Nivel de evidencia II-3, Grado de recomendación B).

Color: a veces ligeramente opaco, ambarino, blanco o teñido de meconio, olor característico semejante al semen o al hipoclorito de sodio, vermix de origen fetal después de las 32 a las 35 semanas.

Prueba de Valsalva: Colocar espéculo, provocar aumento de la presión intraabdominal (pujo o tos), para evidenciar la salida de líquido a través del cérvix.

Maniobra *de Tarnier*: Presionar fondo uterino y con la mano intravaginal elevar la presentación, para evidenciar la salida de líquido transvaginal.

Auxiliares de diagnóstico

- Prueba con Nitrazina: cambia el color del papel de amarillo para pH normal de la vagina (4.5-6.0) a azul/púrpura (pH 7.1-7.3) al contacto del líquido amniótico, precisión 87 al 95%; esta prueba puede presentar falsos positivos ante la presencia de sangre, semen, o por la presencia de vaginosis bacteriana.
- Prueba de arborización en Helecho (Cristalografía). Se toma una muestra de líquido existente en el fondo de saco vaginal o de las paredes lateral de la vagina y se observa en forma de helechos al microscopio. Puede ser un falso positivo si se incluye moco cervical, precisión del 84% al 100%.
- Fibronectina Fetal, la determinación de fibronectina fetal a nivel cervico-vaginal ha sido recomendada por algunos investigadores, punto de corte mayor de 50 nanogramos.
- Ecografía: cuando no se visualiza salida de líquido amniótico transcervical y hay historia de salida de líquido, la presencia de oligoamnios (Índice de Phelan menor de 5 o índice de bolsón único menor de 2) predicen la RPM.

Pruebas de Laboratorio

- Biometría hemática completa.
- Grupo y Rh.
- Examen general de orina.
- Proteína C reactiva.
- Cultivo de líquido vaginal.
- Tinción de Gram de líquido amniótico.

Criterios GIBSS de DIAGNÓSTICO en caso de sepsis

Temperatura materna mayor o igual a 37.5 grados centígrados y dos o más de los siguientes parámetros:

- ❖ Hipersensibilidad uterina.
- ❖ Salida de secreción vaginal fétida o líquido amniótico fétido.
- ❖ Leucocitos mayor o igual a 15,000 y presencia en banda > 6%.
- ❖ Taquicardia materna persistente mayor de 100 latidos por minutos.
- ❖ Proteína C reactiva 2 veces su valor normal (VN 0.7-0.9mg/dl) suele aumentar 2-3 días antes de la sintomatología clínica.
- ❖ Taquicardia fetal sostenida (mayor de 160 lat. por minuto).

Diagnóstico Diferencial:

- ✓ Emisión involuntaria de orina.
- ✓ Flujo vaginal abundante.
- ✓ Expulsión del tapón mucoso.
- ✓ Saco ovular doble (ruptura falsa).

Agentes infecciosos asociados con RPM

- Streptococo B hemolítico del grupo B.
- Gardnerella.
- Micoplasma.
- Ureoplasma.
- N. Gonorrhoeae.
- Clamidia.

Tratamiento, manejo y procedimientos

Primer nivel de atención

- Comprobar la vitalidad fetal y la presentación del producto.
- Comprobar ruptura de membrana a través de espéculoscofia si no es evidente.
- **Solo en caso de tener actividad uterina** tacto vaginal para comprobar modificaciones cervicales.
- En caso de prolapso de cordón rechazar la presentación hasta completar la extracción del producto por vía cesárea.
- Reposo absoluto mientras se inicia el traslado.
- Canalizar con bránula 16.
- Iniciar 1era dosis de antibióticos ampicilina 2g IV.
- Poner vacuna de toxoide según esquema vigente.
- Iniciar maduración pulmonar en caso de **embarazos menores de 35 semanas**.
- En caso de pre término y actividad uterina franca utilizar útero inhibidores para completar maduración pulmonar solo **si embarazo es menor de 35 semanas** de acuerdo a la norma ARO 077, Parto pre término.
- Garantiza el traslado según normativa 068.

Segundo nivel de atención

Medidas Generales:

- Ingreso a sala Alto Riesgo Obstétrico.
- Control de signos vitales cada 8 horas.
- Datar con exactitud la gestación.

- Valoración de la actividad uterina y frecuencia cardiaca fetal.
- Confirmar la ruptura de membranas.
- Realizar exámenes de laboratorio descritos en auxiliares diagnósticos.
- Descartar corioamnioitis (ver criterios de Gibbs).

Pacientes con embarazo de término (mayor de 37 sem.)

Inducir desde el momento de su ingreso, en general, con infusión de oxitocina si las condiciones cervicales son favorables (Bishop mayor de 6), para reducir el riesgo de corioamnioitis. Grado de evidencia A.

Si las condiciones cervicales no son favorables (Bishop menor de 6) se hará maduración cervical con misoprostol 25mcg c/6 h máximo 3 dosis en 24 hrs. De no lograr la maduración cervical realizar cesárea.

Antibioticoterapia:

Si la ruptura de membranas es menor de 12 horas

Iniciar antibiótico profiláctico con penicilina para prevenir la transmisión vertical del estreptococo del grupo B. (Nivel de evidencia I, Grado de recomendación A):

Penicilina cristalina 5 millones UI IV en el momento del ingreso. A las 4h, continuar con penicilina cristalina 2,5 millones UI cada 4 horas IV hasta el momento del parto.

Si la paciente es alergia administrar.

Clindamicina 900 mg/8 h iv o cefazolina 2gr endovenoso como dosis de carga seguido de 1 gr cada 8 horas o antibiótico específico según antibiograma.

Si la ruptura de membranas es mayor de 12 horas

Penicilina cristalina 5 millones UI IV en el momento del ingreso. A las 4h, continuar con penicilina cristalina 2,5 millones UI cada 4 horas durante las primeras 24 horas de tratamiento y luego continuar con amoxicilina 500 mg PO cada 8 horas por 7 días.

En caso de sospechar Anaerobios agregar a los esquema anteriores: Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas o Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas.

Nota: No usar Corticoides en presencia de infección franca.

No utilizar Ampicilina con ácido clavulánico ya que tiene mayor incidencia de enterocolitis necrotizante.

Pacientes con embarazos pre término mayores de 34 semanas pero menores de 37sg.

- Se recomienda la finalización del embarazo., Grado de recomendación B)7-14
- Se pondrá maduración pulmonar ya que nuestras normas refieren que la maduración pulmonar sede hasta las 35 semanas de gestación. Y posteriormente finalización del embarazo.

Pacientes con embarazos mayores de 28 a 34 semanas.

Las pacientes con RPM entre la viabilidad fetal (28 a 34 semanas), deben manejarse en forma expectante si no existen contraindicaciones maternas o fetales.

Manejo expectante

Manejo expectante se refiere al hecho de prolongar o continuar el embarazo.

1. Hospitalización.
2. Reposo absoluto.
3. No se realizarán tactos vaginales a menos que esté en trabajo de parto.
(Nivel de evidencia II-3. Grado de recomendación B).
4. Signos vitales: Control de temperatura corporal, presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia cardíaca fetal y actividad uterina c/6 horas.
5. Biometría hemática y proteína C-reactiva 2 veces por semana porque la sensibilidad de estas pruebas en la detección de infección intrauterina es baja.
6. Efectuar ultrasonido semanal para determinar cantidad de líquido amniótico, vitalidad fetal y valorar datos que sugieran infección ovular.
7. Se debe documentar el bienestar fetal y realizar la vigilancia materno-fetal diaria a través de:

Monitoreo fetal no estresante: diario

La sensibilidad de la es buena para detectar la compresión del cordón umbilical, pero baja para predecir sepsis fetal ya que no descarta una infección intraamniótica subclínica.

La taquicardia fetal (> 160 latidos por minuto) predice de 20 a 40% de los casos de infección intrauterina con una tasa de falsos positivos de 3%, y puede representar un signo tardío de infección.

El perfil biofísico fetal

Tiene la ventaja de documentar el bienestar fetal y predecir la infección intraamniótica subclínica. Un puntaje de perfil biofísico fetal de 6 puntos o menos, dentro de las 24 horas del nacimiento, se ha asociado con cultivos positivos de líquido amniótico e infección perinatal.

Los movimientos respiratorios fetales son los que tienen mayor sensibilidad para predecir infección, ya que la mayoría de los autores no reporta casos de sepsis fetal en presencia de los mismos.

El resultado del perfil biofísico y la velocimetría Doppler puede ser llevado a cabo, pero las mujeres deben ser informadas de que estas pruebas tienen un valor limitado en la predicción de la infección fetal evidencia B

Obtener cultivos cervicales para *Chlamydia trachomatis* y *Neisseriagonorrhoeae*. Así como cultivos para estreptococo del grupo B, si no han sido tomados en las últimas 6 semanas.

Dar tratamiento profiláctico intraparto para estreptococo grupo B. (Nivel de evidencia III, Grado de recomendación C).

Esteroides antenatales

Administrar un curso único de esteroides antenatales semanas de gestación, para reducir el riesgo de síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante y mortalidad perinatal, sin que se relacione a un incremento del riesgo de infección materna. (Nivel de evidencia I, Grado de recomendación A).

Los corticosteroides antenatal no está justificado después de la semana 34. **Sin embargo se administrará hasta las 35 semanas de acuerdo a la norma de ARO 077.**

Tocólisis

Utilizar solo mientras se utilizan los corticoides para la maduración pulmonar ya que no mejora los resultados perinatales Evidencia A.

Antibióticos

Un curso de 48 horas de antibióticos intravenosos con ampicilina y eritromicina, seguido de 5 días con amoxicilina y eritromicina, está recomendado durante el manejo expectante de la ruptura prematura de membranas pre término (RPMP) para prolongar la latencia del embarazo y reducir la infección materna y perinatal, así como la morbilidad neonatal asociada a prematuridad. (Nivel de evidencia I, Grado de recomendación A.

Basados en la evidencias disponibles, la terapia con antibióticos en pacientes con RPMP lejos del término debe darse por 7 días y debe ser con dos antibióticos. Los 2 antibióticos pueden ser administrados por vía parenteral y /o oral y deben ser Ampicilina o Amoxicilina más Eritromicina.

Esquema por los primeros dos días: Ampicilina 2 g intravenoso cada 6 horas, más Eritromicina 500 mg po cada 6 horas.

Esquema por los últimos 5 días: Amoxicilina 500 mg por vía oral cada 8 horas más Eritromicina 500 mg vía oral cada 6 horas.

Se recomienda valorar el riesgo potencial de transmisión del virus herpes simple contra los riesgos potenciales por prematuridad en los casos de RPM, considerar

el tratamiento con aciclovir en las pacientes con infección activa y otorgar un manejo expectante, principalmente en las infecciones recurrentes, con el fin de incrementar la latencia y disminuir la morbimortalidad neonatal por prematuridad. (Nivel de evidencia III, Grado de recomendación C).

Si sospecha de infección ovular en una paciente con trabajo de parto usando los criterios de Gibbs administrar ampicilina 2g iv dosis de carga seguido de 1g c/4h mas gentamicina 160mg iv c/24h.

Gestación menor de 28 semanas.

Manejo conservador descrito individualizando el caso y tomando en cuenta:

1. Existe alto riesgo de infección materna.
2. Se debe de individualizar el manejo.
3. La probabilidad de obtener un feto viable son muy pocos.
4. Advertir a la madre sobre los riesgos para ella y su BB.
5. Corticoides después de las 24 semana de uso.

No se debe intentar detener el parto si se inicia espontáneamente.

Criterios para interrupción del embarazo

- Corioamnioitis clínica establecida por los criterios de Gibbs y confirmada por laboratorio.
- Evidencia de pérdida del bienestar fetal.
- Embarazo \geq 34 semanas.
- Inicio espontaneo del trabajo de parto.

Complicaciones

Complicaciones Fetales

- ✓ Prematurez 50%-75%.
- ✓ Síndrome de dificultad respiratoria, 35%.
- ✓ Infección neonatal: Neumonía, Bronconeumonía, Meningitis y Sepsis.
- ✓ Asfixia perinatal.
- ✓ Enterocolitis necrotizante.
- ✓ Hipoplasia pulmonar.
- ✓ Deformaciones fetales.
- ✓ Compresión del cordón 32%-62%.
- ✓ Daño neurológico fetal y con posibilidad de daño a la sustancia blanca cerebral.
- ✓ Hemorragia intraventricular.
- ✓ Leucomalacia periventricular.
- ✓ Displasia broncopulmonar.
- ✓ Parálisis cerebral.
- ✓ Muerte neonatal en fetos expuestos a infección intrauterina.

Complicaciones Maternas

- Corioamnioitis 13% a 60%.
- La endometritis posparto complica del 2% al 13% de estos embarazos.
- Sepsis.
- Desprendimiento prematuro de la placenta (Abrupto placentae) 4%-12%.

Definición de roles por nivel de atención

Criterios de traslado

Paciente con salida actual de líquido transvaginal.

Procedimientos para la persona que será trasladada

Realizar de acuerdo a lo descrito en Normativa 068.

Criterios de alta

- ❖ Resolución del evento.
- ❖ Ausencia de infección.
- ❖ Signos vitales dentro de límites normales.
- ❖ Biometría Hemática Completa en parámetros normales.

Educación, promoción y prevención

Control y seguimiento

1. Evitar el tabaquismo.
2. Tratar las cervico-vaginitis, IVU, Infecciones respiratorias.
3. Evitar la violencia intrafamiliar.

DISEÑO METODOLÓGICO

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, tipo descriptivo, de corte transversal en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo comprendido de Enero a Mayo del año 2014.

Universo

88 embarazadas con Ruptura Prematura de Membranas que se encuentran entre las 28 y 35 semanas de gestación que ingresan al servicio de Alto Riesgo Obstétrico.

Muestra

La muestra es de tipo no probabilístico por conveniencia que incluye a 88 embarazadas entre las 28 y 35 semanas de gestación, que ingresaron al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque con diagnóstico de Ruptura Prematura de Membranas.

Criterios de Inclusión:

Todas aquellas pacientes en las cuales el expediente clínico cumplía con la información necesaria para desarrollar el estudio.

Criterios de exclusión:

Todas aquellas pacientes en las que el expediente clínico estaba incompleto o incomprensible para desarrollar el estudio.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTO:

1. Se elaboró una carta de solicitud de autorización para la recolección de la información en el hospital.

2. Se elaboró ficha de recolección de los datos.
3. Se realizó revisión de los expedientes clínicos

PLAN DE ANÁLISIS:

La información obtenida se introdujo al sistema computarizado utilizando el programa SPSS 19.0, se obtuvieron frecuencias y porcentajes. Los resultados finales se presentan en cuadros y gráficos elaborados en Microsoft Excel.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

- ✓ Se diseñó una base de datos con la información recolectada;
- ✓ A los resultados se le determinó frecuencia, porcentaje, tasas los cuales se plasmaron en cuadros y gráficos con sus correspondientes análisis e interpretación.

Lista de variables

Objetivo #1: Caracterizar a la población que participara en el estudio.

1. Edad
2. Procedencia
3. Estado civil
4. Nivel académico

Objetivo # 2 Identificar los antecedentes ginecoobstétricos de las embarazadas en estudio.

1. Gestaciones
2. Paridad

3. Cesárea anterior
4. Abortos

Objetivo #3 Describir las patologías médicas asociadas al embarazo en el grupo de pacientes en estudio.

1. Patologías médicas asociadas al embarazo.

Objetivo #4: Identificar el periodo de latencia del grupo de pacientes en estudio.

1. Periodo de latencia de la Ruptura Prematura de membranas.

Objetivo # 5 Describir el tratamiento recibido por las embarazadas a estudio y su duración.

1. Tratamiento recibido por las embarazadas a estudio.
2. Duración del tratamiento recibido.

Objetivo #6: Identificar las complicaciones maternas secundarias a la Ruptura Prematura de Membranas.

1. Complicaciones maternas asociadas a la ruptura prematura de membranas.

Objetivo #7: Describir las complicaciones neonatales secundarias a una ruptura Prematura de Membranas.

1. Complicaciones neonatales asociadas a la ruptura prematura de membranas.

VARIABLES

1. Edad
2. Procedencia
3. Estado civil
4. Nivel académico
5. Gestaciones
6. Paridad
7. Cesárea anterior
8. Aborto
9. Patologías médicas asociadas al embarazo.
10. Periodo de latencia
11. Tratamiento recibido por las embarazadas
12. Duración del tratamiento recibido.
13. Complicaciones maternas
14. Complicaciones neonatales
15. Patologías médicas asociadas al embarazo según procedencia.
16. Patologías médicas asociadas al embarazo según edad.
17. Periodo de latencia según patologías asociadas.
18. Complicaciones maternas según periodo de latencia
19. Complicaciones maternas según patologías médicas asociadas al embarazo.
20. Complicaciones neonatales según periodo de latencia

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:

Variable	Definición	Indicador	Escala/Valor
Edad	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento hasta el periodo de estudio.	Años	<ol style="list-style-type: none"> 1. < de 19 años 2. 20-35 3. > de 35 años
Procedencia	Lugar o espacio geográfico que reúne las mismas características físicas, políticas y sociales de cada individuo	Demarcación territorial	<ol style="list-style-type: none"> 1. Urbano 2. Rural
Nivel académico	Nivel de educación más alto que ha llegado la persona de acuerdo a los niveles del sistema educativo formal	Expediente clínico.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Universitaria
Estado civil	Situación personal en que se encuentra una persona con otra, donde se crean lazos jurídicamente reconocidos	Expediente clínico de la paciente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Casada 2. Unión estable 3. Soltera 4. Acompañada
Gestaciones	Número de embarazos de la paciente hasta el momento del ingreso a estudio	Expediente clínico de la paciente	<ol style="list-style-type: none"> a) Primigesta b) Multigesta

Paridad	Número de partos que ha tenido la paciente	Expediente clínico de la paciente	a) Nulípara b) Multípara
Aborto	Expulsión o extracción de un embrión de menos de 500 g. de peso que se alcanza a las 22 semanas.	Expediente clínico de la paciente	a) Ninguno b) 1 c) ≥ 2
Cesáreas anteriores	Intervención quirúrgica para finalizar embarazo en el último embarazo	Expediente clínico	a) SI b) NO
Patologías médicas asociadas al embarazo.	Enfermedades médicas que se desarrollan durante el embarazo de las pacientes a estudio.	Expediente clínico	a) Ninguna b) IVU c) Cervicovaginitis d) Diabetes e) SHG f) Otras
Periodo de latencia	Intervalo de tiempo entre la ruptura prematura de membrana y el nacimiento	Expediente clínico	a) < 6 horas b) Entre 6-12 horas c) Entre 12-18 horas d) >18 horas
Tratamiento recibido por las embarazadas en estudio	Fármacos que se utilizan para tratar o prevenir complicaciones asociadas a Ruptura Prematura de Membranas	Expediente clínico	a) Ninguno b) Antibioticoterapia c) Corticoides
Duración del tratamiento recibido	Tiempo máximo que las embarazadas reciben tratamiento.	Expediente clínico	a) <12 horas b) 12 – 24 horas c) >24 horas
Complicaciones maternas asociadas a la Ruptura Prematura de Membranas	Fenómeno no deseado que sobreviene a la madre provocadas por la ruptura prematura de membranas	Expediente clínico	a) Corioamnioitis b) Endometritis c) Sepsis d) Desprendimiento prematuro de placenta
Complicaciones neonatales secundarias a una ruptura prematura de membranas.	Fenómeno no deseado que sobreviene en el neonato asociadas a ruptura prematura de membranas	Expediente clínico	a) Síndrome de dificultad respiratoria. b) Infección neonatal. c) Asfixia perinatal d) Otras

RESULTADOS

Al analizar los datos obtenidos de las pacientes en estudio encontramos que el mayor porcentaje de pacientes estaba en el rango de edades entre 20 y 35 años con un 61.4 %, seguido de las edades < 19 años con el 28.4% y por último las pacientes mayores de 35 años con un 10.2%. (Ver anexo. Tabla N°1, Grafico N°1).

De las embarazadas que fueron parte del estudio 69 procedían del área urbana para un 78.4% mientras que 19 eran de procedencia rural para un 21.6%. (Ver anexo. Tabla N°2, Grafico N°2)

El estado civil de nuestras pacientes estuvo distribuido de la siguiente manera: el 68.2% estaban en unión estable, el 21.6% estaban casadas y un 10.2% estaban solteras. (Ver anexo. Tabla N°3, Grafico N°3).

Según los resultados obtenidos de la variable nivel académico encontramos que 49 embarazadas que equivale el 55.7% del total, su nivel académico era de secundaria, 23 de ellas era de primaria para un 26.1% del total, 15.9% eran universitarias que equivale a 14 embarazadas y finalmente solo dos pacientes eran analfabetas para un 2.3% de la población en estudio. (Ver anexo. Tabla N°4, Grafico N°4)

Con relación al número de gestaciones de las pacientes en estudio encontramos que 61 pacientes eran multigestas que equivalen al 69.3% y solo 27 de las embarazadas eran Primigesta con un 30.7% del total. . (Ver anexo. Tabla N° 5, Gráfico N°5)

Dentro de la variable estudiada en la población, el grado de paridad expone los siguientes resultados: las pacientes multíparas fueron 49 que representan el 55.7% y las nulíparas 39 para un 44.3% de la población estudiada. (Ver anexo. Tabla N°6, Grafico N°6).

En cuanto al antecedente de cesárea encontramos que 79 de las pacientes tenían cesárea anterior el cual equivale al 89.8% y solo 9 de las embarazadas a estudio

tenían el antecedente de cesárea anterior con un 10.2%. (Ver anexo. Tabla N°7, Grafico N°7).

De los datos obtenidos de las pacientes en estudio encontramos que el 88.6 % de estas no había tenido ningún aborto equivalente a 78 de ellas, mientras que el 8% tenían el antecedente de 1 aborto y el 3.4% tenían dos abortos. (Ver anexo. Tabla N°8, Grafico N°8).

Con respecto a las patologías medicas asociadas al embarazo encontramos que 41 de ella no presentaron ninguna enfermedad que equivale al 46.6% del total, 15 de ellas presentaron IVU, para un 17%, 17 presentaron Cervicovaginitis que equivale al 19.3 %, 2 presentaron síndrome hipertensivo gestacional para un 2.3%, 6 de las pacientes padecieron de diabetes e IVU las cuales equivalen al 6.8%, 5 presentaron Cervicovaginitis más IVU que son el 5.7% y dos de ellas presentaron Cervicovaginitis y otra patología para un 2.30 %.(Ver anexo. Tabla N°9, Grafico N°9).

Al analizar los datos del presente estudio encontramos que 25 de la pacientes tuvo un periodo de latencia menor de seis horas que representa el 28.4%, el de 6 y 12 horas un total de 23 pacientes con el 26.1%, el de 12 y 18 horas en menor frecuencia con 11 pacientes, el de 18 horas con 24 pacientes que representan el 27.3% y finalmente el 5.7% con un parido indefinido representado por 5 pacientes. (Ver anexo. Tabla N°10, Grafico N°10).

Al estudiar la variable tratamiento recibido por las embarazadas con ruptura prematura de membranas encontramos que 60 pacientes recibieron tratamiento con antibióticos y a la vez recibieron corticoides para maduración pulmonar del bebe, las cuales representan el 68.2% de las pacientes, seguido de 27 de ellas que solo recibieron antibióticos y solamente una paciente recibió corticoides sin antibióticos. (Ver anexo. Tabla N°11, Grafico N°11).

Ante esta situación clínica además del tratamiento recibido es muy importante evaluar la duración de este encontrándose que 63 de las pacientes recibió tratamiento por más de 24 horas, 21 de ellas entre 12 y 24 horas y 4 de ellas

solamente lo recibieron por menos de 24 horas. (Ver anexo. Tabla N°12, Grafico N°12).

Según los datos obtenidos de las embarazadas en estudio encontramos que 72 de ellas no presentaron ninguna complicación por Ruptura Prematura de Membrana y representan el 81.8 %, seguido de 11 de ellas que presentaron corioamnioitis con 12.5%, dos de ellas presentaron DPPNI que equivale al 2.2 %, solo una paciente presento endometritis que representa el 1.1 % y dos de ellas presentaron otro tipo de complicación para un 2.2%.

De las complicaciones neonatales encontramos que 57 de las embarazadas sus bebes no presentaron ninguna complicación los cuales representan el 64.8%, 11 bebes presentaron SDR con un 12.5 %, 10 presentaron sepsis neonatal con un 11.4 %, 5 de ellos tuvieron Asfisia perinatal con un 5.7 %, 2 de ellos desarrollaron neumonía con un 2.3% y 3 de los bebes presentaron sepsis acompañada de SDR que equivalen al 3.4 %.(Ver anexo. Tabla N°13, Grafico N°13).

Con respecto a las patologías medicas según el área de procedencia pudimos encontrar que el 38.6% de las embarazadas que procedían del área urbana no presentaron ninguna patología durante su embarazo, el 13.6% de estas presento IVU, un 15.9 % Cervicovaginitis, el 5.6% IVU y además Diabetes, el 1.1% Cervicovaginitis y otra patologías, el 2,2% Cervicovaginitis mas IVU. (Ver anexo. Tabla N°14, Grafico N°14).

De las que procedían del área rural las que no presentaron ninguna patología médica durante su embarazo representan el 9%, un 2.2% IVU, 3.4% Cervicovaginitis, 2.2% SHG, 1.10 % presentaron IVU asociada a Diabetes, el 1.1% tuvieron Cervicovaginitis asociada a otra patología, y el 3.4% Cervicovaginitis asociadas a IVU. (Ver anexo. Tabla N°14, Grafico N°14).

De las patologías médicas que se encontraron según la edad tenemos que las embarazadas menores de 19 años el 14.7% no presentaron ninguna, entre 20 y 35 años el porcentaje fue del 29.55% y mayores de 35 años el 2.2 %. De las que presentaron IVU el 5.68% eran menores de 19 años, el 7.95 entre 20 y 35 años y

el 3.41% eran mayores de 35. Aquellas que tuvieron Cervicovaginitis el 4.55 eran de 19 años, el 13.64% de 20 a 35 y el 1.14 eran mayores de 35 años. Las que tuvieron SHG el 2.2% eran menores de 19 años. Aquellas que además de presentar IVU también tenían Diabetes cada grupo de edad representa un 2.27 %. Las que además de tener una Cervicovaginitis tenían otra patología las de 20 a 35 años representan el 1.14% igual que las mayores de 35. Por último las embarazadas que tuvieron una Cervicovaginitis y de igual forma IVU el 1.14 % eran menores de 19 años, y el 4.55 % entre 20 y 35. (Ver anexo. Tabla N°15, Grafico N°15).

Del periodo de latencia según las patologías medicas encontramos que aquellas que eran menor de 6 horas el 19.3 % no presentaban ninguna patología, el 4.55% tenían IVU, el 3.41% Cervicovaginitis, y el 1.14 % además de tener Cervicovaginitis también presentaban IVU. Las que tenían entre 6 y 12 horas el 10.2 % no presentaron ninguna patología, el 6.82 % tuvieron IVU, el 7.95% Cervicovaginitis, el 1.14 IVU mas diabetes. Las que tuvieron una RPM entre 12 y 18 horas el 5.68% no tenían ninguna patología, el 2.27 Cervicovaginitis, el 3.41 IVU mas Diabetes, y un 1.14% IVU mas Cervicovaginitis. Las que tuvieron un periodo de latencia mayor de 18 horas el 10.23 % no presentaba ninguna patología, el 3.41% IVU, el 5.68% Cervicovaginitis, el 2.27% SHG, el 2.27% IVU mas diabetes, el 2.27% Cervicovaginitis y otra patología el 1.14 % Cervicovaginitis acompañada de IVU. Y por último aquellas embarazadas con un periodo de latencia indefinido el 1.14 % no presentó ninguna patología, el 2.27% Cervicovaginitis, y un 2.27% además de presentar Cervicovaginitis también presentaba IVU. (Ver anexo. Tabla N°16, Grafico N°16).

Con respecto a las complicaciones maternas según las patologías medicas encontradas durante el embarazo tenemos que de las embarazadas que no padecieron ninguna enfermedad el 43.1 % no presentaron ninguna complicación, el 2.27% presentaron DPPNI y el 1.14% presentaron otro tipo de complicaciones. De aquellas que padecieron de IVU durante su embarazo el 15.91% no presentaron ninguna complicación, el 1.14 % presento endometritis. Las que

presentaron Cervicovaginitis el 14.77% no presentaron ninguna patología, el 4.55% corioamnioitis. Las que tuvieron SHG el 2.2% no tuvo ninguna complicación. Las que padecieron de IVU y de igual manera de Diabetes 3.41% no presentaron complicaciones, el 2.27% corioamnioitis y el 1.14% otro tipo de complicaciones. Aquellas que tuvieron Cervicovaginitis asociada a IVU el 1.14% no presentó ninguna complicación, el 4.55% presento corioamnioitis y las que estaban asociadas a otro tipo de patología el 1.14% no tuvieron complicaciones y un 1.14% presentaron corioamnioitis. (Ver anexo. Tabla N°17, Grafico N°17).

Es muy importante determinar el periodo de latencia porque entre mayor sea este mayor es el riesgo de poner en peligro la vida tanto de la madre como la del bebe. De las complicaciones maternas relacionadas con el periodo de latencia encontramos que aquellas pacientes con un periodo menor de seis horas 24 de ellas no presentó ninguna complicación representando el 27.2 % de la población estudiada, y solamente una de ellas presento Desprendimiento Prematuro de Membranas; de las que se encontraba entre 6 y 12 horas 21 pacientes no presentaron complicaciones y dos de ellas corioamnioitis; las que estaban entre 12 y 18 horas solamente siete no presentaron complicaciones que representa el 7.95%, dos de ellas presentaron corioamnioitis y dos de ellas presentaron otro tipo de complicaciones como hemorragia postparto; las que tuvieron mayor de 18 horas 4 de ellas tuvieron corioamnioitis, 1 presento endometritis, una Desprendimiento Prematuro de Membranas y 18 de ellas no presentaron ninguna complicación; por ultimo aquellas de tiempo indefinido 3 presentaron corioamnioitis y dos de ellas no presentaron ninguna complicación. (Ver anexo. Tabla N°18, Grafico N°18).

De las complicaciones neonatales según el periodo de latencia encontramos que aquellas embarazadas con un periodo de latencia menor de seis horas 28.41% de los bebes no presentaron complicaciones. Aquellas entre 6 y 12 horas 23.86% no presentaron ninguna complicación, el 1.14% síndrome de Distres respiratorio, y 1.14% sepsis. Las que tuvieron un periodo de latencia entre 12 y 18 horas 6.82% no tuvieron ninguna complicación, 3.41% SDR, 2.27% sepsis y el 1.14%

neumonía. Aquellas que eran mayor de 18 horas 6.82% no tuvieron ninguna complicación, el 7.95% SDR, 6.82% Sepsis, el 4.55% asfixia y un 1.14% además de presentar sepsis también presentaron SDR. Y aquellas el cual el periodo de latencia era indefinido las complicaciones como sepsis, asfixia y neumonía representaban el 1.14% cada una de ella y por último el 2.22% además de presentar sepsis también presentaron síndrome de Distres respiratorio. (Ver anexo. Tabla N°20, Grafico N°20).

Análisis de resultados

En cuanto a la edad del grupo en estudio tenemos que el rango de edades con mayor frecuencia es de 20 a 35 años el cual nos demuestra que se encuentran en la edad óptima para reproducirse, seguido de las edades menores de 19 con el 28.4% el cual representa un factor de riesgo para tener un embarazo debido a las complicaciones que podrían tener y por ultimo aquellas que tenían mayor de 35 años que representan a la minoría y que representan también un factor de riesgo para reproducirse.

Dentro de la población en estudio, la mayoría era de origen urbano con un 78.4%, pudiéndose justificar por la localización geográfica del Hospital, ser un centro de referencia nacional en atención de salud de la mujer y mayor demanda de usuarias.

En el estado civil tenemos que el mayor porcentaje de nuestras pacientes en estudio estaban en unión estable con un 68.2%, seguido de las casadas con un 21.6%. La minoría eran solteras con un 10.2% el cual indicaría un factor de riesgo para las embarazadas ya que no contarían con el apoyo de la pareja.

El nivel académico de las usuarias fue con mayor porcentaje el de secundaria en curso y/o bachiller, con un 55.7%; nivel primaria con 26.1 % y nivel universitaria con un 15.9%. Estos porcentajes nos demuestra la toma de decisión y el consentimiento de las usuarias para realizar los procedimientos médicos y/o quirúrgicos que ameriten, de igual forma nos demuestra que son pocas las embarazadas que tienen un nivel superior influyendo mucho en los estilos de vida de cada una de ellas y considerándose que un nivel socioeconómico bajo implica un factor de riesgo para presentar ruptura prematura de membranas.

En relación al número de gestaciones previas, encontramos que la mayoría eran multigestas con un 69.3 % y solo una minoría cursaban con su primer embarazo. De estas el 55.7% eran múltipara y el 44.3% nulípara. Además de los datos anteriores solo una minoría presentaba el antecedente de cesárea con el 10.2%.

De las embarazadas a estudio a pesar de que la mayoría eran multigestas solo una minoría habían presentado un aborto previo, el 8% solo tenía el antecedente de 1 aborto y el 3.4% tenían dos abortos, mientras que el 88.6% que representa a la mayoría no habían presentado ningún aborto.

Dentro de los factores de riesgo para presentar una ruptura prematura de membranas se encuentran las patologías que se encuentren durante el embarazo y en este estudio el 46.6% de las embarazadas que participaron no presentaron ninguna patología durante su estado gravídico, el 17% tuvieron algún episodio de infección de vías urinarias, y un 6.8% además de esta estaba acompañada de Diabetes; el 19.3% presentaron Cervicovaginitis y el 5.7% estaba acompañada de infección de vías urinarias representando doble riesgo y solo un 2.3% presentaron síndrome hipertensivo gestacional representando la minoría.

Es importante señalar la frecuencia del periodo de latencia en que estuvieron sometidas las embarazadas del estudio, encontrando que el 28.4% era menor de seis horas representando a la mayoría, seguido del de mayor a 18 horas con el 27.3% y en tercer lugar el periodo entre 6 y 12 horas con el 26.1%.

En este estudio además de caracterizar a la población también consideramos importante describir el tratamiento recibido por las embarazadas al momento de ser diagnosticadas con ruptura prematura de membranas más aun tratándose de embarazos que no son de términos. Con respecto a esto encontramos que la mayoría recibió tratamiento con corticoides acompañados de antibióticos las cuales representan el 68.2% seguido de aquellas que solo recibieron Antibioticoterapia con el 30.7% y por ultimo solo el 1.1% solamente recibió corticoides.

La duración del tratamiento va estar relacionado con el momento en que se realice el diagnostico la mayoría de las pacientes la duración de su tratamiento ya sea Antibioticoterapia o corticoides fue mayor de 24 horas con el 71.6% , seguido del que la duración fue de 12 a 24 horas con el 23.9% y un mínimo porcentaje solo recibió menor de 24 horas con el 4.5%.

Cuando una embarazada sufre una ruptura prematura de membrana se pone en riesgo la salud del binomio materno-fetal más aun cuando es en embarazos que no son de términos. En este estudio encontramos que el 81.8% no presentaron ninguna complicación esto debido en parte en las mejoras de la atención de la mujer y el manejo recibido y solo el 12.5% cursaron con corioamnionitis, 2.2% con Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta y una minoría el 1.1% presento endometritis.

Con respecto a las complicaciones que estuvieron involucrados los bebes encontramos que el 64.8% no sufrieron ninguna, mas sin embargo el 12.5 % presentaron síndrome de Distress respiratorio, 11.4% sepsis neonatal, el 5.7% Asfixia perinatal y el 2.3% desarrollaron Neumonía y por último el 3.4 % además de presentar Síndrome de Distres Respiratorio también desarrollaron sepsis neonatal. Con estos resultados podemos observar que una ruptura prematura de membrana compromete mas la salud del bebe con respecto al de la madre.

Al correlacionar las patologías medicas que se presentaron durante el embarazo con respecto al are geográfica que provenían encontramos que el 38.6% de las embarazadas que procedían del área urbana no presentaban ninguna patología solo un 13.6% infección de vías urinarias y un 2.2% y el 5.6% además de esta presentaban Cervicovaginitis y diabetes respectivamente y finalmente un 15.9% solamente presentaron Cervicovaginitis durante su estado gravídico.

Aquellas que procedían del área rural el 9% no presentaron ninguna patología, el 2.2% presentaron solamente infección de vías urinarias y solo el 1.1 de estas además tenían diabetes y un 3.4% también Cervicovaginitis y solo el 3.4 % presentaron solamente Cervicovaginitis y como minoría el 1.1 % presento algunas de las presentaciones clínicas del síndrome hipertensión gestacional.

La edad es un factor determinante en algunas situaciones ms aun si se trata de embarazadas, en este estudio encontramos que el 14.7% de las mujeres con edad menor de 19 años no presentaron ninguna patología relacionada con el embarazo y solo una pequeña proporción padeció de infecciones de vías urinarias con 5.68%

y solo un 4.55 % presentaron Cervicovaginitis y solo el 1.14% presentaron ambas patologías a la vez; aquellas entre 20 y 35 años que representan la mayoría el 29.5 de estas no tuvieron ninguna patología y solo el 7.95 y el 13.64 presentaron Infección de vías urinarias y Cervicovaginitis respectivamente, una proporción más alta con respecto al grupo anterior y por ultimo aquellas mayores de 35 años las cuales tienen mayores factores de riesgo encontramos que el 2.2 de estas no presentaron ninguna patología, el 3.41 infección de vías urinarias y solo un 1.14% presentaron Cervicovaginitis, hay que tomar en cuenta que estas representaban la minoría de las embarazadas del estudio.

Algo muy importante de las embarazadas que sufren ruptura prematura de membrana es el periodo de latencia de estas y su relación con las patologías que presentaron durante su embarazo. En este sentido encontramos que aquellas mujeres con un periodo de latencia menor de 6 horas la mayoría no presentó ninguna patología y en menor proporción infección de vías urinarias y Cervicovaginitis. Aquellas entre 6 y 12 horas 6.82% tuvieron infección de vías urinarias, el 7.45% Cervicovaginitis y el 10% no presentó ninguna de estas. Las que tuvieron un periodo de latencia mayor de 18 horas y que tienen mayor riesgo encontramos que estas pacientes además de presentar IVU y Cervicovaginitis también un porcentaje de estas presentaron síndrome hipertensivo gestacional con un 2.27% y otro grupo además de tener IVU también tenían Diabetes y otro 2.27 % además de Cervicovaginitis presentaban otra patología que no estaba relacionada directamente con el embarazo. Por último y tal vez aquellas que presentan mayor riesgo tanto para la madre como para el bebe son aquellas de tiempo indefinido las cuales estaban relacionadas con Cervicovaginitis con un 2.27% y otro 2.27% además presentaban IVU y cómo podemos observar la patologías que más están relacionadas con el periodo de latencia son las infecciones de vías urinarias y Cervicovaginitis.

Parte importante de nuestro trabajo son las complicaciones que sufre el binomio materno-fetal a causa de la ruptura prematura de membranas y un factor influyente es el periodo de latencia. En este estudio se encontró que aquellas

mujeres con un periodo de latencia menor de seis horas el 27.2% no presentaron ninguna complicación y el 1.14 % de estas presento Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta; aquellas que estaban entre 6 y 12 horas el 23% de estas no tuvieron complicaciones más sin embargo el 2.27% tuvo corioamnionitis; las que estaban entre 12 y 18 horas el 7.95 no presento complicaciones, el 2.27% presento corioamnionitis y el 2.27 % presentaron otras complicaciones como hemorragia postparto; el periodo de latencia mayor de 18 horas el 20.45%% de estas no tuvo ninguna complicación, el 4.55% corioamnionitis, el 1.14 endometritis y otro 1.14% DPPNI; y aquellas que el tiempo era indefinido por lo que estaban expuestas a mayor riesgo las que no presentaron complicaciones representan el 2.27%, corioamnionitis el 12.5%.

En este estudio encontramos que las embarazada con un periodo de latencia menor de seis horas el 28.41 % de los bebes no presentaron ninguna complicación más sin embargo hay una mayor parte de niños que si presentaron complicaciones con respecto a las madres. Las que estaban entre 6 y 12 horas el 23.86 % no presentaron complicaciones más sin embargo el 1.14% presentaron síndrome de distres respiratorio y otro 1.14 sepsis neonatal, como observamos entre más tiempo paso los bebes presentaron alguna complicación ya sea de menor o mayor grado. Las que estuvieron entre 12 y 18 horas el 3.41% sufrieron síndrome de dificultad respiratoria, el 2.27% sepsis neonatal y el 1.14% sufrieron neumonía. Las de mayor de 18 horas el 7.95% sufrieron síndrome de dificultad respiratoria, el 6.82% sepsis neonatal, el 4.55% asfixia perinatal y un 1.14% además de haber presentado sepsis neonatal también tuvieron síndrome de dificultad respiratoria. Por último tenemos aquellas de tiempo indefinido aunque solo encontramos una pequeña proporción las complicaciones como sepsis asfixia y neumonía representaron el 1.14 % cada una de ellas y un 2.2 % además de sepsis también presentaron síndrome de distres respiratorio

CONCLUSIONES

- El rango de edad más frecuente de las pacientes estudiadas se encuentra entre los 20 y 35 años, de procedencia urbana, la mayoría en unión estable con sus parejas y con un nivel de escolaridad de secundaria.
- La mayoría de las pacientes estudiadas eran multigestas, multíparas sin antecedentes de cesáreas y abortos anteriores.
- Dentro de las patologías médicas más frecuentes durante el embarazo en primer lugar está la Cervicovaginitis seguida por las infecciones de vías Urinarias.
- El periodo de latencia de la Ruptura Prematura de Membrana el más frecuente fue el de menor de 6 horas seguido de las que tuvieron entre 6 y 12 horas.
- El tratamiento recibido por la mayoría de las embarazadas fue antibióticos y corticoides que tuvieron una duración mayor de 24 horas.
- La mayoría de las madres no presentaron complicaciones y la de mayor frecuencia fue la corioamnioititis.
- La complicación neonatal más frecuente fue el Síndrome de Dificultad Respiratoria seguida de Sepsis Neonatal.

RECOMENDACIONES.

Al personal médico de Atención Primaria:

- Supervisión estricta de las patologías relacionadas con Ruptura Prematura de Membrana, como son las Cervicovaginitis y las Infecciones de vías Urinarias.
- Realizar una pesquisa completa de los Controles Prenatales para dar un manejo adecuado a las patologías asociadas a ruptura prematura de membranas.
- Los médicos encargados de brindar control prenatal abordar a los pacientes con protocolos establecidos para prevenir los factores que influyen en la ruptura prematura de membranas

Al personal de atención secundaria:

- Al personal médico de emergencia que siga realizando su función en la búsqueda y manejo adecuado de las Cervicovaginitis, las Infecciones de vías urinarias y otros factores de riesgo asociados a la Ruptura Prematura de Membranas.
- Que el personal médico de emergencia siga cumpliendo con el manejo oportuno y adecuado de los pacientes con Ruptura Prematura de membranas, ya que ha dado resultados excelentes.
- Que la jefatura del Servicio de Alto Riesgo Obstétrico establezca comunicación efectiva con el personal de enfermería para que el cumplimiento del expediente clínico en todos sus aspectos se cumpla.
- La jefa de enfermería y el servicio de Alto Riesgo Obstétrico establezcan un mecanismo eficaz y oportuno para el cumplimiento y verificación de las normas establecidas del expediente clínico, especialmente en el manejo de la Ruptura prematura de Membranas.
- Autoridades médicas del servicio de Alto Riesgo Obstétrico establezca un mecanismo de comunicación y relación directa con el servicio de Neonatología para el manejo oportuno de los recién nacidos asociados a Ruptura Prematura de Membranas.

BIBLIOGRAFÍA

grenjournal. (abril de 2010). Recuperado el noviembre de 2014, de www.grenjournal.org/content/vol109

MINSA. (2013). *Protocolo para la Atención de las Complicaciones Obstetricas*. Managua.

Obstetricia, C. A. (2009). Recuperado el 2014, de www.aafp.org/afp/2009/0115/p245

Obstetricia, C. A. (2013). Directrices sobre la Ruptura Prematura de Membranas. ACOG .

Schwarcz, R. (2005). *Obstetricia* (6 ed.). el Ateneo.

Williams, J. (2004). *Williams Obstetricia*. MCGRAW-HILL.

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Ficha clínica_____

Nº de expediente_____

1. Datos de afiliación.

- a) **Edad:** <19 años____ 20-35____ >35____
- b) **Procedencia:** Urbano____ , Rural____
- c) **Estado civil:** casada____, Unión Estable____, Soltera____
- d) **Nivel Académico:** Analfabeta____ Primaria____, Secundaria____, Universidad____

2. Antecedentes Gineco-obstétricos

- a) **Gestaciones:** Primigesta____ Multigesta____
- b) **Paridad:** Nulípara____, Multípara____
- c) **Abortos:** Ninguno____, 1____, >2____
- d) **Cesáreas Anteriores:** Si____, No____

3. Patologías medicas asociadas al embarazo

- a) Ninguna _____
- b) IVU_____
- c) Cervicovaginitis_____
- d) Diabetes_____
- e) SHG_____
- f) Otras_____

4. Periodo de latencia.

- a) < 6 horas____
- b) Entre 6 y 12 horas_____
- c) Entre 12 y 18 horas_____
- d) > 18 horas_____

5. Tratamiento recibido por las embarazadas en estudio.

- a) Ninguno____
- b) Antibioticoterapia_____
- c) Corticoides_____
- d) Otro_____

6. Duración del tratamiento recibido.

- a) <12 horas_____
- b) Entre 12 y 24 horas_____
- c) >24 horas_____

7. Complicaciones maternas asociadas a la Ruptura Prematura de Membranas.

- a) Corioamnioitis_____
- b) Endometritis _____
- c) Sepsis_____
- d) Desprendimiento prematuro de placenta_____
- e) Ninguna_____
- f) Otra _____

8. Complicaciones neonatales secundarias a la Ruptura Prematura de Membranas.

- a) Síndrome de dificultad respiratoria._____
- b) Infección neonatal._____
- c) Asfixia perinatal_____
- d) Otras_____
- e) Ninguna_____

Tablas

Tabla N° 1: Edades de las embarazadas entre las 28 y 35 semanas de gestación con Ruptura Prematura de Membranas que ingresan al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de Enero a Junio del año 2014.

EDAD	F	%
<19	25	28.4%
20-35	54	61.4%
>35	9	10.2%
TOTAL	88	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla N° 2: Procedencia de las embarazadas entre las 28 y 35 semanas de gestación con Ruptura Prematura de Membranas que ingresan al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de Enero a Junio del año 2014.

PROCEDENCIA	F	%
URBANO	69	78.4
RURAL	19	21.6
TOTAL	88	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla N° 3: Estado Civil de las embarazadas entre las 28 y 35 semanas de gestación con Ruptura Prematura de Membranas que ingresan al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de Enero a Junio del año 2014

ESTADO CIVIL	F	%
Casada	19	21.60%
Soltera	9	10.20%
Unión Estable	60	68.20%
Total	88	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla N° 4: Escolaridad de las embarazadas entre las 28 y 35 semanas de gestación con Ruptura Prematura de Membranas que ingresan al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de Enero a Junio del año 2014.

Escolaridad	F	%
Analfabeta	2	2.30%
Primaria	23	26.10%
Secundaria	49	55.70%
Universidad	14	15.90%
Total	88	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla N° 5: Gestaciones de las embarazadas entre las 28 y 35 semanas de gestación con Ruptura Prematura de Membranas que ingresan al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de Enero a Junio del año 2014.

Gestaciones	F	%
Primigesta	27	30.70%
Multigesta	61	69.30%
Total	88	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla N° 6: Paridad de las embarazadas entre las 28 y 35 semanas de gestación con Ruptura Prematura de Membranas que ingresan al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de Enero a Junio del año 2014.

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
Nulípara	39	44.3
Multípara	49	55.7
Total	88	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla N° 7: Número de cesáreas anteriores de las embarazadas entre las 28 y 35 semanas de gestación con Ruptura Prematura de Membranas que ingresan al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de Enero a Junio del año 2014.

Cesáreas Anteriores	F	%
SI	9	10.20%
NO	79	89.80%
Total	88	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla N° 8: Número de abortos de las embarazadas entre las 28 y 35 semanas de gestación con Ruptura Prematura de Membranas que ingresan al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de Enero a Junio del año 2014.

Abortos	F	%
Ninguno	78	88.60%
1	7	8%
2	3	3.40%
Total	88	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla N° 9: Patologías medicas asociadas al embarazo de las pacientes entre las 28 y 35 semanas de gestación con Ruptura Prematura de Membranas que ingresan al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de Enero a Junio del año 2014.

Patologías Medicas Asociadas al embarazo	F	%
Ninguna	41	46.60%
I.V.U	15	17%
Cervicovaginitis	17	19.30%
SHG	2	2.30%
Diabetes/ IVU	6	6.80%
Cervicovaginitis/otra	2	2.30%
Cervicovaginitis/IVU	5	5.70%
Total	88	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla N° 10: Periodo de latencia de la Ruptura Prematura de Membranas entre las 28 y 35 semanas de gestación de las embarazadas que ingresan al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de Enero a Junio del año 2014.

Periodo de Latencia	F	%
<6 horas	25	28.4%
6-12 horas	23	26.1%
12-18 horas	11	12.5%
>18 horas	24	27.3%
indefinido	5	5.7%
Total	88	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla N° 11: Tratamiento recibido por las embarazadas con Ruptura Prematura de Membranas entre las 28 y 35 semanas de gestación que ingresan al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de Enero a Junio del año 2014.

Tratamiento Recibido por las embarazadas	F	%
Corticoides	1	1.1%
Antibióticos	27	30.7%
antibiótico-corticoides	60	68.2%
Total	88	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla N° 12: Duración del tratamiento recibido por las embarazadas con Ruptura Prematura de Membranas entre las 28 y 35 semanas de gestación que ingresan al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de Enero a Junio del año 2014.

Duración del tratamiento Recibido por las embarazadas	F	%
<12 horas	4	4.5
12-24 horas	21	23.9
>24 horas	63	71.6
Total	88	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla N° 13: Complicaciones maternas de las embarazadas con Ruptura Prematura de Membranas entre las 28 y 35 semanas de gestación que ingresan al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de Enero a Junio del año 2014.

Complicaciones Maternas	F	%
Ninguna	72	81.80%
Corioamnioitis	11	12.50%
Endometritis	1	1.10%
DPPNI	2	2.20%
Otras	2	2.20%
Total	88	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla N° 14: Complicaciones neonatales de las embarazadas con Ruptura Prematura de Membranas entre las 28 y 35 semanas de gestación que ingresan al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de Enero a Junio del año 2014.

Complicaciones Neonatales	F	%
Ninguna	57	64.80%
S.D.R	11	12.50%
Sepsis Neonatal	10	11.40%
Asfixia Perinatal	5	5.70%
Neumonía	2	2.30%
Sepsis/SDR	3	3.40%
Total	88	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla N° 15: Patologías médicas según la procedencia de las embarazadas con Ruptura Prematura de Membranas entre las 28 y 35 semanas de gestación que ingresan al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de Enero a Junio del año 2014.

Patología Medica/ procedencia	Urbano		Rural		Total	
	F	%	F	%	F	%
Ninguna	34	38.60%	8	9.00%	42	47.70%
IVU	12	13.60%	2	2.20%	14	15.90%
Cervicovaginitis	14	15.90%	3	3.40%	17	19.30%
SHG	0	0.00%	2	2.20%	2	2.20%
IVU/Diabetes	5	5.60%	1	1.10%	6	6.80%
Cervicovaginitis/otra	1	1.10%	1	1.10%	2	2.20%
Cervicovaginitis/IVU	2	2.20%	3	3.40%	5	5.60%
Total	68	77%	20	23%	88	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla N° 16: Patologías médicas según la edad de las embarazadas con Ruptura Prematura de Membranas entre las 28 y 35 semanas de gestación que ingresan al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de Enero a Junio del año 2014.

Patologías Medicas/ Edad	<19		20-35		>35		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Ninguna	13	14.77	26	29.55	2	2.27	41	46.59
IVU	5	5.68	7	7.95	3	3.41	15	17.05
Cervicovaginitis	4	4.55	12	13.64	1	1.14	17	19.32
SHG	0	0.00	2	2.27	0	0.00	2	2.27
IVU/Diabetes	2	2.27	2	2.27	2	2.27	6	6.82
Cervicovaginitis/otra	0	0.00	1	1.14	1	1.14	2	2.27
Cervicovaginitis/IVU	1	1.14	4	4.55	0	0.00	5	5.68
Total	25	28.41	54	61.36	9	10.23	88	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla N° 17: Patologías médicas según el periodo de latencia de las embarazadas con Ruptura Prematura de Membranas entre las 28 y 35 semanas de gestación que ingresan al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de Enero a Junio del año 2014.

Periodo de latencia/ Patología Medicas	Ninguna		IVU		Cervico vaginitis		SHG		IVU /DIAB		Cervicovag/ otra		Cervicovag/ Ivu		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
< 6 horas	17	19.32	4	4.55	3	3.41	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	1.14	25	28.41
6-12 horas	9	10.23	6	6.82	7	7.95	0	0.00	1	1.14	0	0.00	0	0.00	23	26.14
12-18 horas	5	5.68	2	2.27	0	0.00	0	0.00	3	3.41	0	0.00	1	1.14	11	12.50
> 18 horas	9	10.23	3	3.41	5	5.68	2	2.27	2	2.27	2	2.27	1	1.14	24	27.27
Indefinido	1	1.14	0	0.00	2	2.27	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	2.27	5	5.68
Total	41	46.59	15	17.05	17	19.32	2	2.27	6	6.82	2	2.27	5	5.68	88	100.

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla N° 18: Complicaciones Maternas según las patologías médicas de las embarazadas con Ruptura Prematura de Membranas entre las 28 y 35 semanas de gestación que ingresan al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de Enero a Junio del año 2014.

Complicaciones Maternas / Patologías Medicas	Ninguna		IVU		Cervico Vaginitis		SHG		IVU/ Diabetes		Cervicovag/ Otra		Cervicovag/ Ivu		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Ninguna	38	43.18	14	15.91	13	14.77	2	2.27	3	3.41	1	1.14	1	1.14	72	81.82
Corioamnioitis	0	0.00	0	0.00	4	4.55	0	0.00	2	2.27	1	1.14	4	4.55	11	12.50
Endometritis	0	0.00	1	1.14	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	1.14
DPPNI	2	2.27	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	2.27
Otras	1	1.14	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	1.14	0	0.00	0	0.00	2	2.27
Total	41	46.59	15	17.05	17	19.32	2	2.27	6	6.82	2	2.27	5	5.68	88	100.

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla N° 19: Complicaciones Maternas según periodo de latencia de las embarazadas con Ruptura Prematura de Membranas entre las 28 y 35 semanas de gestación que ingresan al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de Enero a Junio del año 2014.

Periodo de latencia/ complicaciones maternas	Ninguna		corioamnioitís		endometritis		DPPI		otras		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
<6 horas	24	27.27	0	0.00	0	0.00	1	1.14	0	0.00	25	28.41
6-12 horas	21	23.86	2	2.27	0	0.00	0	0.00	0	0.00	23	26.14
12-18 horas	7	7.95	2	2.27	0	0.00	0	0.00	2	2.27	11	12.50
>18 horas	18	20.45	4	4.55	1	1.14	1	1.14	0	0.00	24	27.27
Indefinido	2	2.27	3	3.41	0	0.00	0	0.00	0	0.00	5	5.68
Total	72	81.82	11	12.50	1	1.14	2	2.27	2	2.27	88	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos

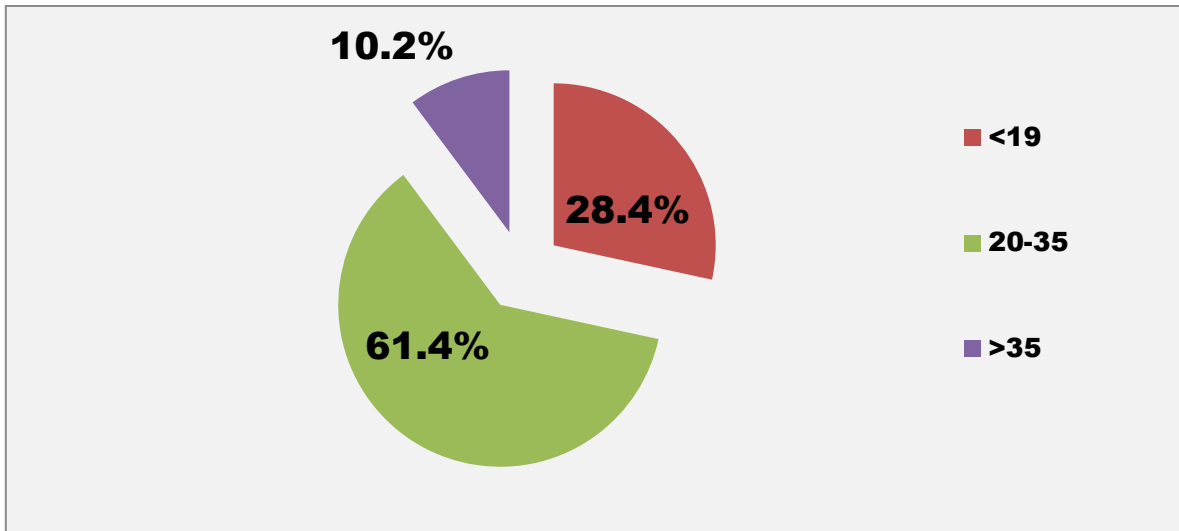
Tabla N° 20: Complicaciones neonatales según periodo de latencia de las embarazadas con Ruptura Prematura de Membranas entre las 28 y 35 semanas de gestación que ingresan al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de Enero a Junio del año 2014.

complicaciones Neonatales/ Periodo de latencia	<6 horas		6-12 horas		12-18 horas		>18 horas		Indefinido		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Ninguna	25	28.41	21	23.86	5	5.68	6	6.82	0	0.00	57	64.77
SDR	0	0.00	1	1.14	3	3.41	7	7.95	0	0.00	11	12.50
Sepsis	0	0.00	1	1.14	2	2.27	6	6.82	1	1.14	10	11.36
Asfixia	0	0.00	0	0.00	0	0.00	4	4.55	1	1.14	5	5.68
Neumonía	0	0.00	0	0.00	1	1.14	0	0.00	1	1.14	2	2.27
Sepsis/SDR	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	1.14	2	2.27	3	3.41
Total	25	28.41	23	26.14	11	12.50	24	27.27	5	5.68	88	100.00

Fuente: Ficha de recolección de datos

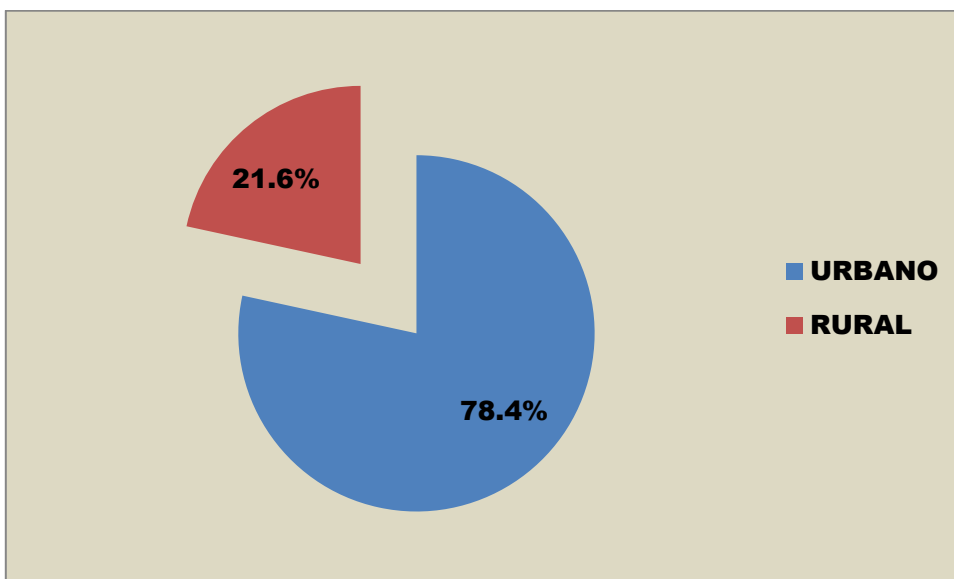
Graficas

Grafica N° 1: Edades de las embarazadas entre las 28 y 35 semanas de gestación con Ruptura Prematura de Membranas que ingresan al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de Enero a Junio del año 2014.



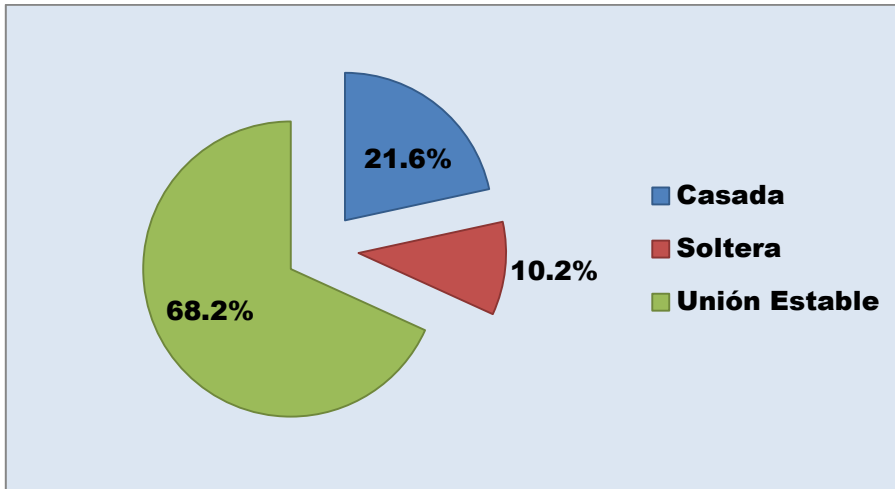
Fuente: Tabla no. 1

Grafica N° 2: Procedencia de las embarazadas entre las 28 y 35 semanas de gestación con Ruptura Prematura de Membranas que ingresan al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de Enero a Junio del año 2014.



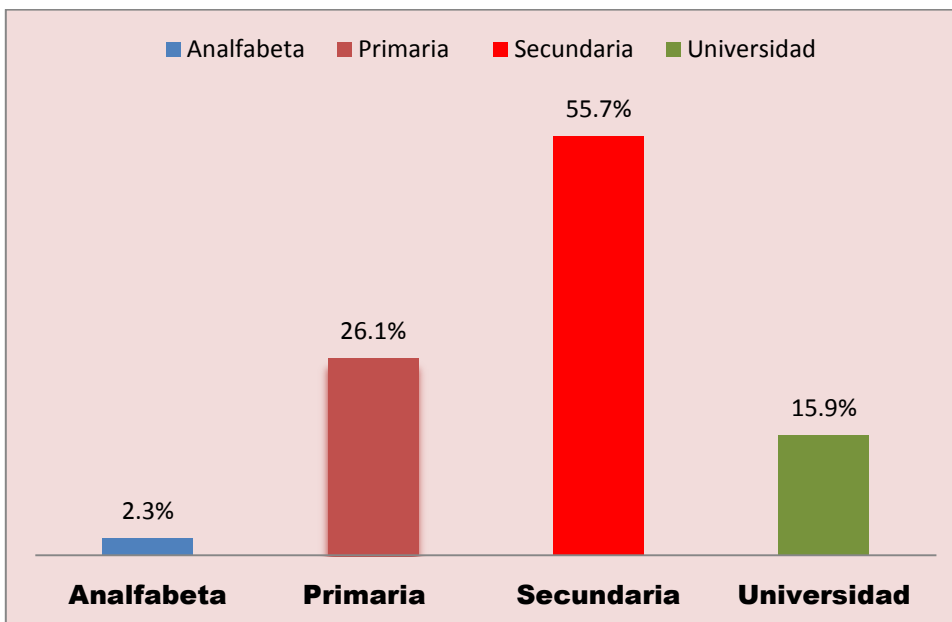
Fuente: Tabla no. 2

Grafica N° 3: Estado Civil de las embarazadas entre las 28 y 35 semanas de gestación con Ruptura Prematura de Membranas que ingresan al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de Enero a Junio del año 2014



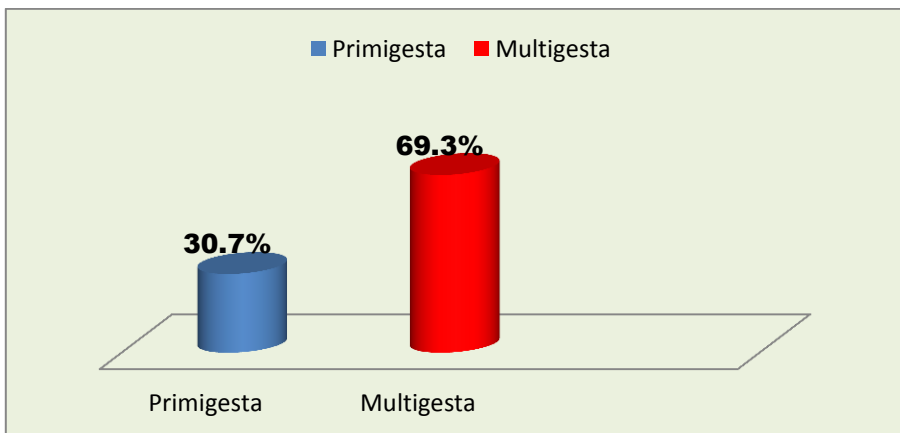
Fuente: Tabla no. 3

Grafica N° 4: Escolaridad de las embarazadas entre las 28 y 35 semanas de gestación con Ruptura Prematura de Membranas que ingresan al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de Enero a Junio del año 2014.



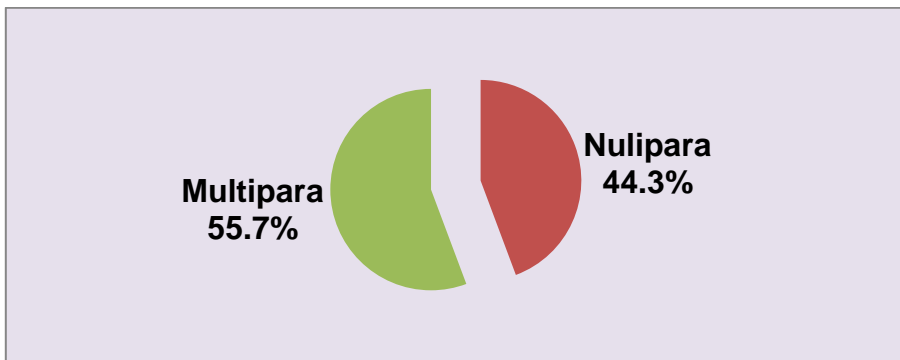
Fuente: Tabla no. 4

Grafica N° 5: Gestaciones de las embarazadas entre las 28 y 35 semanas de gestación con Ruptura Prematura de Membranas que ingresan al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de Enero a Junio del año 2014.



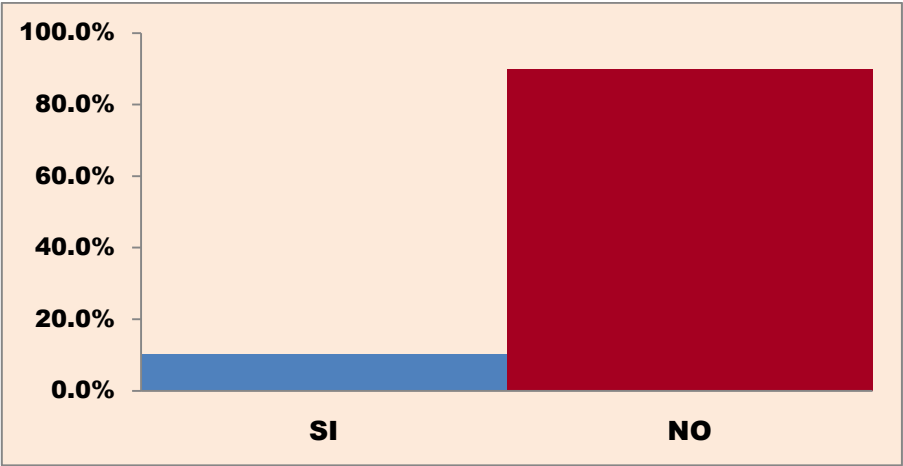
Fuente: Tabla no. 5

Grafica N° 6: Paridad de las embarazadas entre las 28 y 35 semanas de gestación con Ruptura Prematura de Membranas que ingresan al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de Enero a Junio del año 2014.



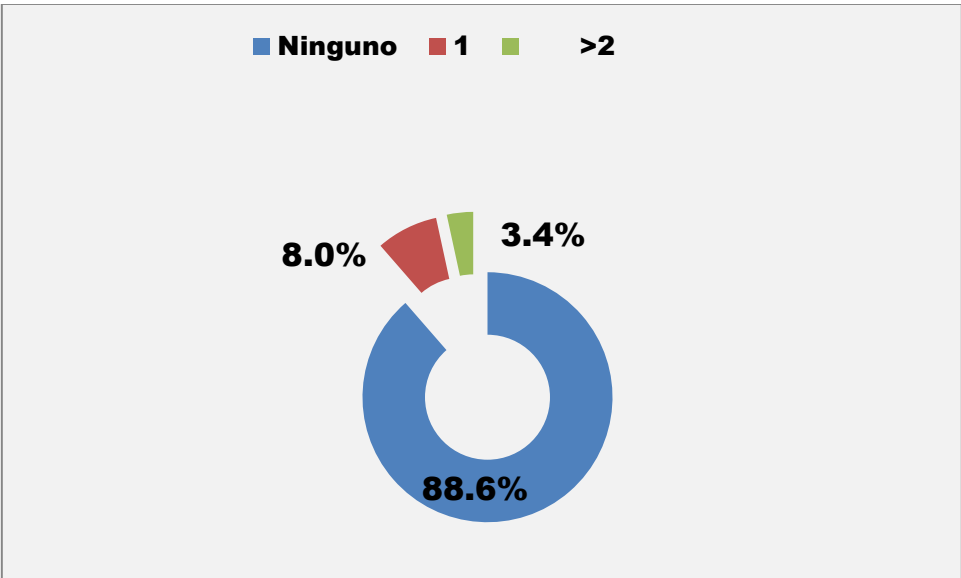
Fuente: Tabla no. 6

Grafica N° 7: Número de cesáreas anteriores de las embarazadas entre las 28 y 35 semanas de gestación con Ruptura Prematura de Membranas que ingresan al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de Enero a Junio del año 2014.



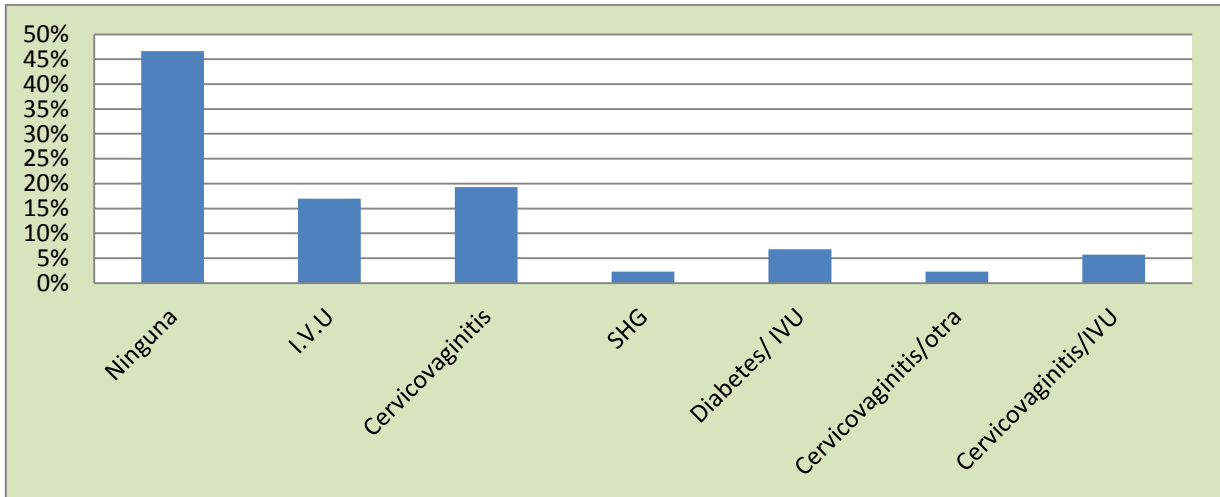
Fuente: Tabla no. 7

Grafica N° 8: Número de abortos de las embarazadas entre las 28 y 35 semanas de gestación con Ruptura Prematura de Membranas que ingresan al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de Enero a Junio del año 2014.



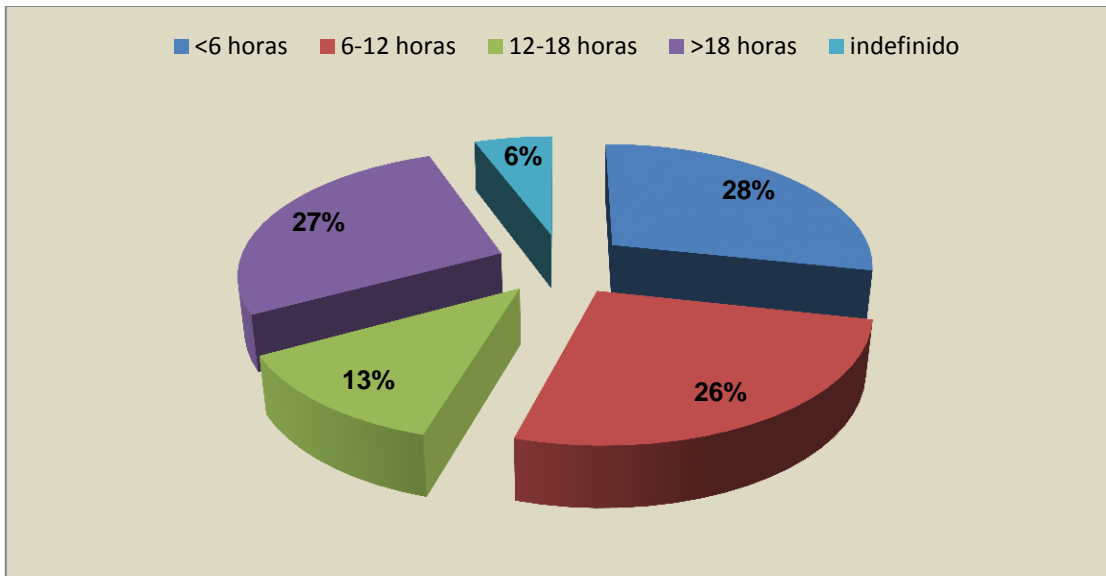
Fuente: Tabla no. 8

Grafica N° 9: Patologías médicas asociadas al embarazo de las pacientes entre las 28 y 35 semanas de gestación con Ruptura Prematura de Membranas que ingresan al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de Enero a Junio del año 2014.



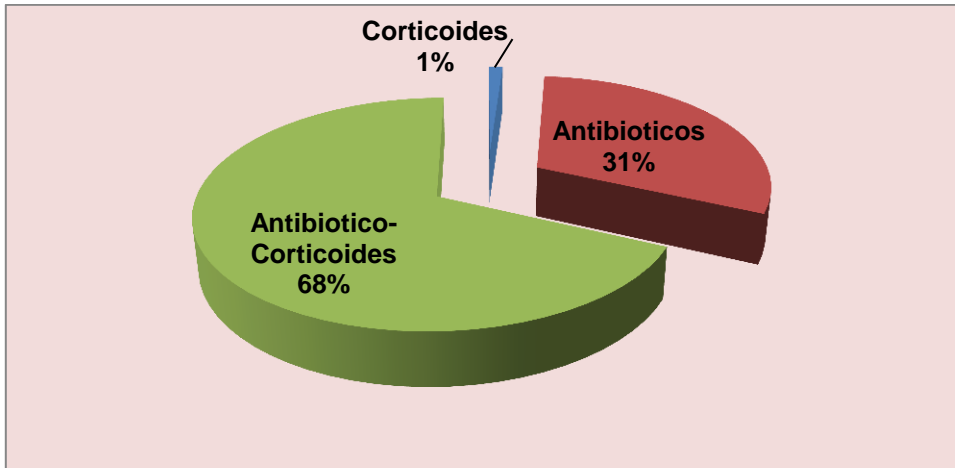
Fuente: Tabla no. 9

Grafica N° 10: Periodo de latencia de la Ruptura Prematura de Membranas entre las 28 y 35 semanas de gestación de las embarazadas que ingresan al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de Enero a Junio del año 2014



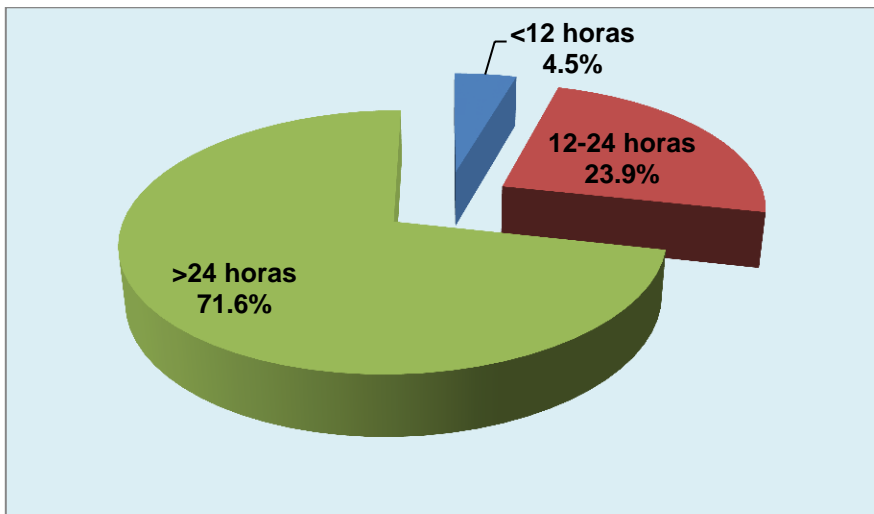
Fuente: Tabla no. 10

Grafica N° 11: Tratamiento recibido por las embarazadas con Ruptura Prematura de Membranas entre las 28 y 35 semanas de gestación que ingresan al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de Enero a Junio del año 2014.



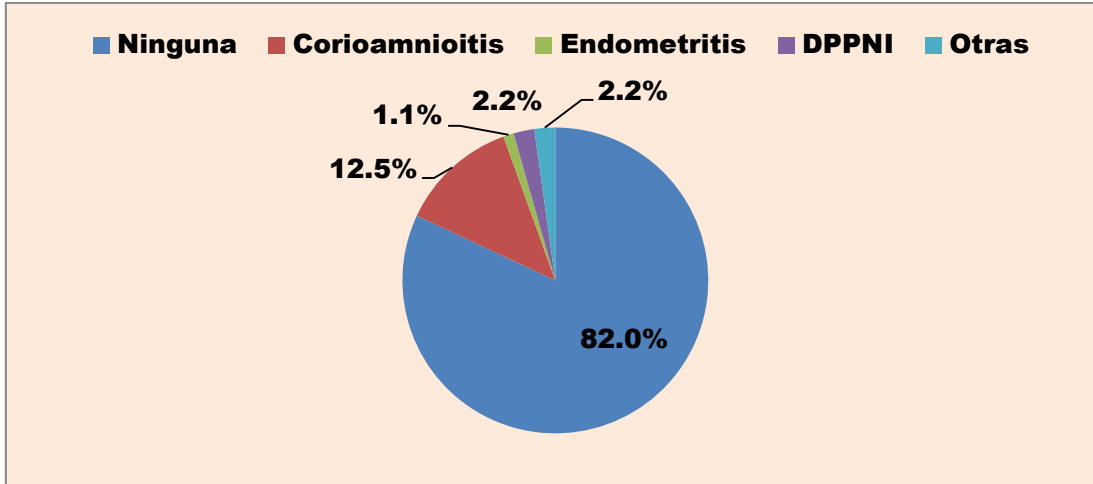
Fuente: Tabla no. 11

Grafica N° 12: Duración del tratamiento recibido por las embarazadas con Ruptura Prematura de Membranas entre las 28 y 35 semanas de gestación que ingresan al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de Enero a Junio del año 2014.



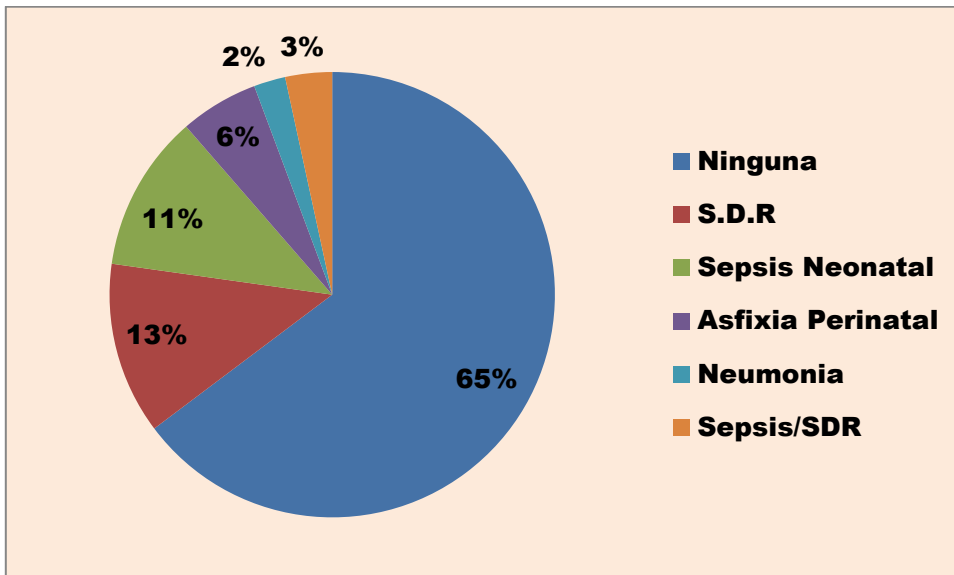
Fuente: Tabla no. 12

Grafica N° 13: Complicaciones maternas de las embarazadas con Ruptura Prematura de Membranas entre las 28 y 35 semanas de gestación que ingresan al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de Enero a Junio del año 2014.



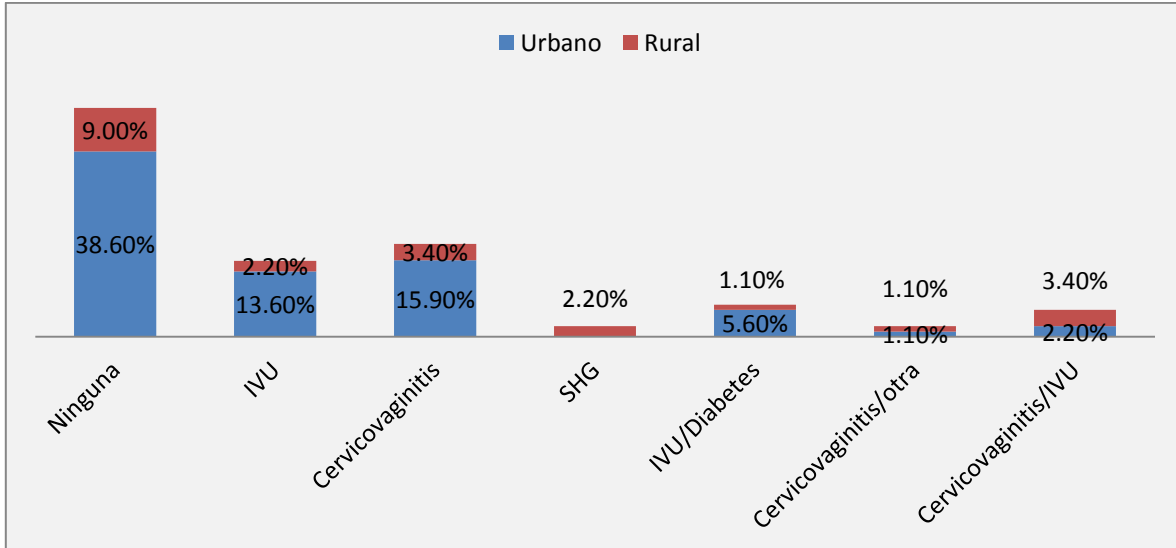
Fuente: Tabla no. 13

Grafica N° 14: Complicaciones neonatales de las embarazadas con Ruptura Prematura de Membranas entre las 28 y 35 semanas de gestación que ingresan al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de Enero a Junio del año 2014.



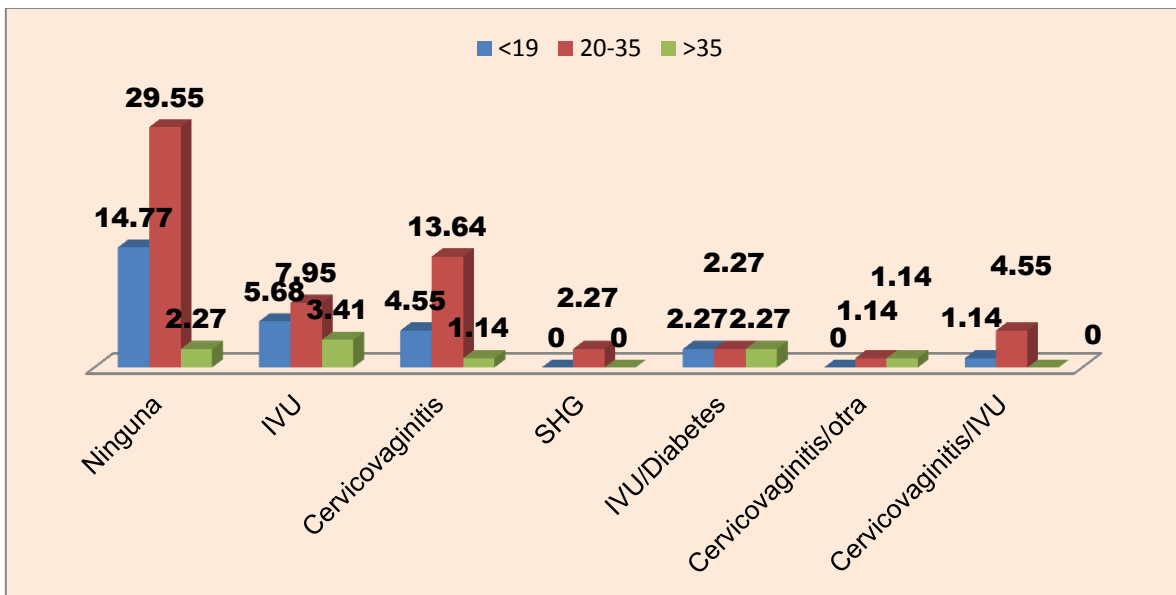
Fuente: Tabla no. 14

Grafica N° 15: Patologías médicas según la procedencia de las embarazadas con Ruptura Prematura de Membranas entre las 28 y 35 semanas de gestación que ingresan al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de Enero a Junio del año 2014.



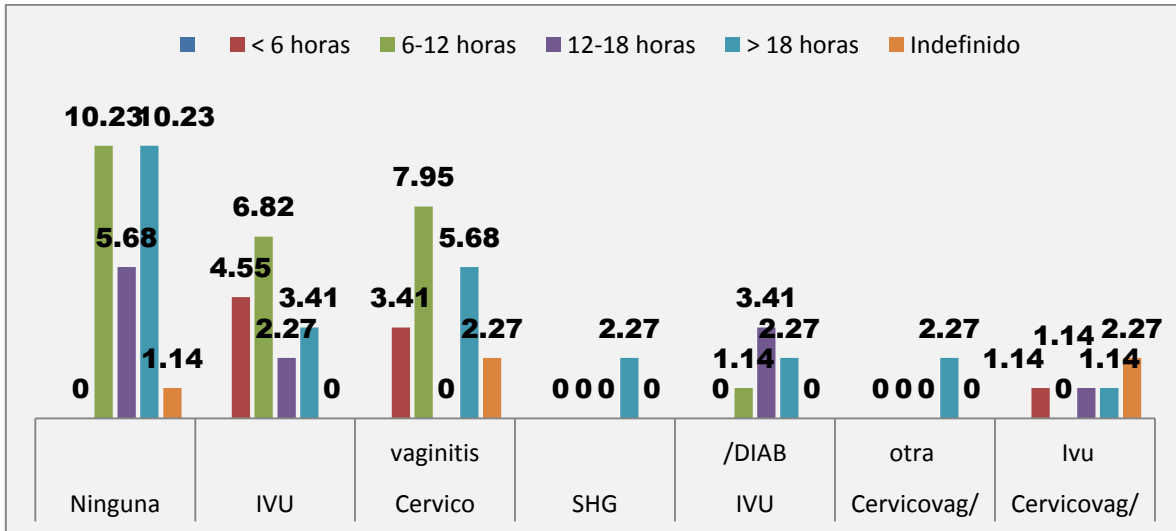
Fuente: Tabla no. 15

Grafica N° 16: Patologías médicas según la edad de las embarazadas con Ruptura Prematura de Membranas entre las 28 y 35 semanas de gestación que ingresan al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de Enero a Junio del año 2014.



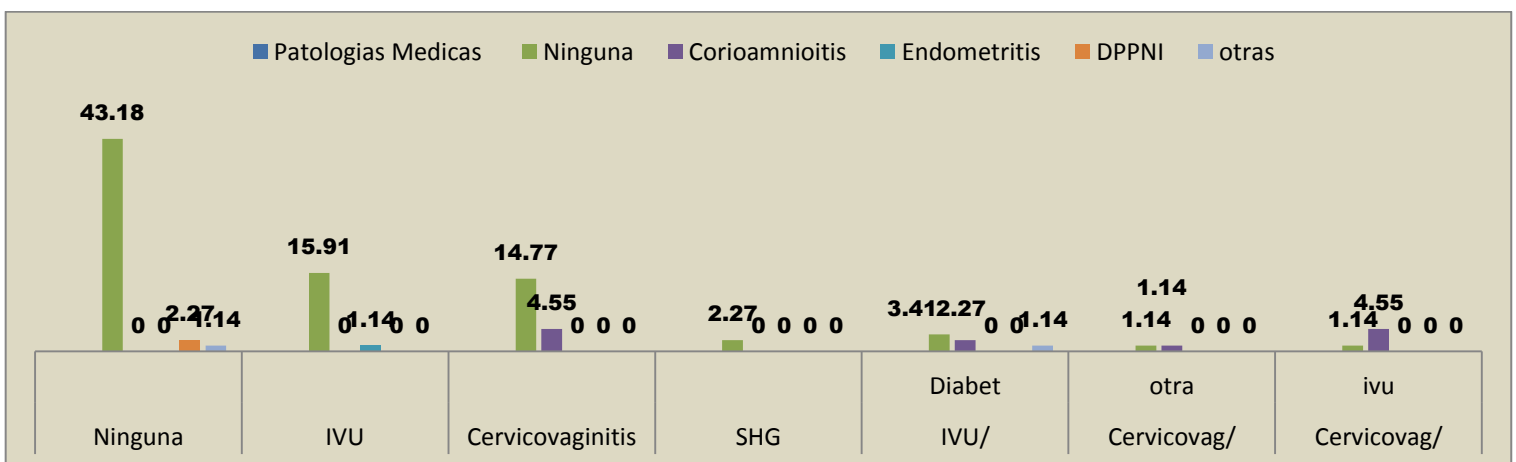
Fuente: Tabla no. 16

Grafica N° 17: Patologías médicas según el periodo de latencia de las embarazadas con Ruptura Prematura de Membranas entre las 28 y 35 semanas de gestación que ingresan al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de Enero a Junio del año 2014.



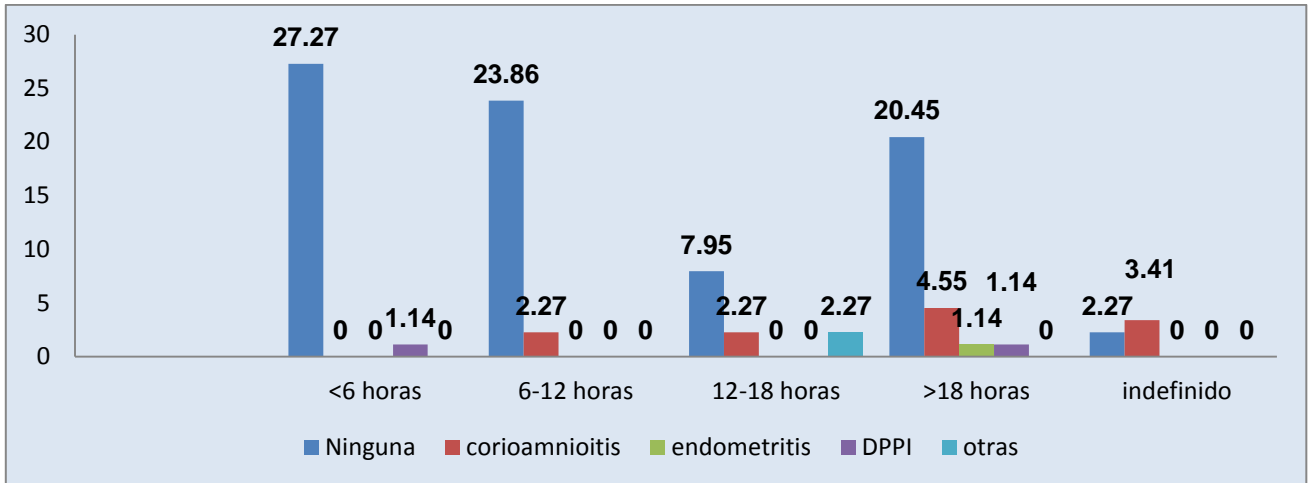
Fuente: Tabla no. 17

Grafica N° 18: Complicaciones Maternas según las patologías médicas de las embarazadas con Ruptura Prematura de Membranas entre las 28 y 35 semanas de gestación que ingresan al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de Enero a Junio del año 2014.



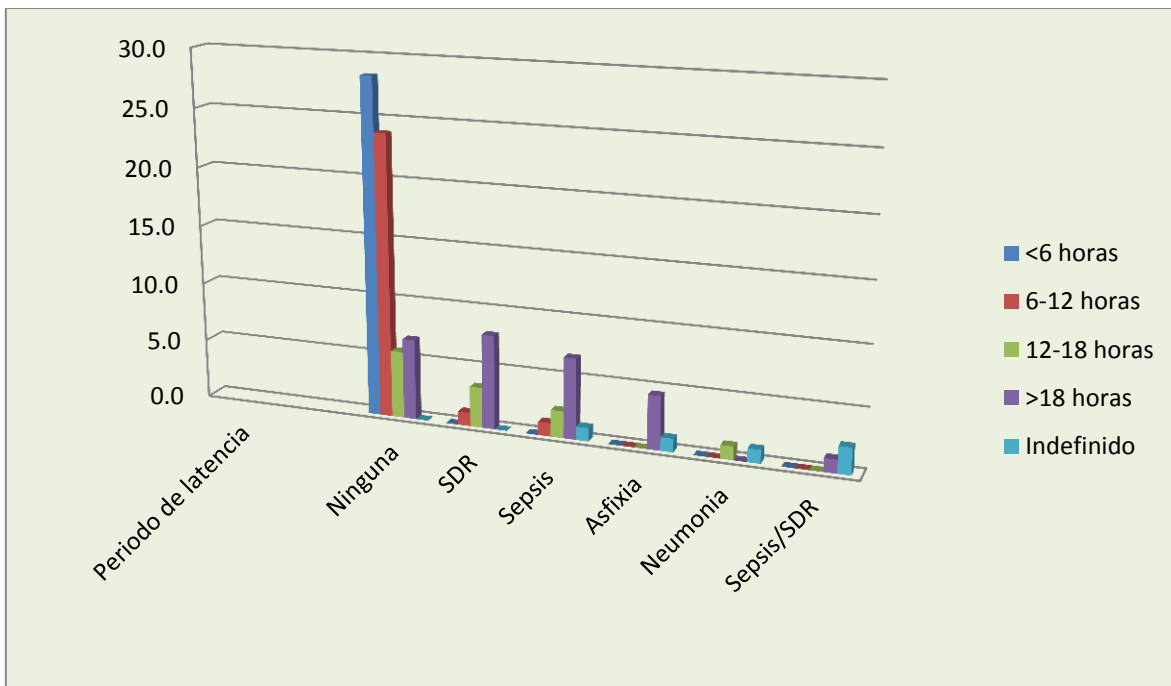
Fuente: Tabla no. 18

Grafica N° 19: Complicaciones Maternas según periodo de latencia de las embarazadas con Ruptura Prematura de Membranas entre las 28 y 35 semanas de gestación que ingresan al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de Enero a Junio del año 2014.



Fuente: Tabla no. 19

Grafica N° 20: Complicaciones neonatales según periodo de latencia de las embarazadas con Ruptura Prematura de Membranas entre las 28 y 35 semanas de gestación que ingresan al servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo de Enero a Junio del año 2014.



Fuente: Tabla no. 20