



**UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA**

UNAN-MANAGUA

**Tesis Monográfica para optar al Título de Especialista en
Ginecología y Obstetricia**

Informe Final

TEMA

“Resultados Maternos y Perinatales en el manejo conservador de Ruptura Prematura de membranas en gestantes de 34 a 36 6/7 semanas ingresadas en sala de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Fernando Vélez Paiz Enero 2018 – Diciembre 2020”

Autor:

Dr. Adonis Francisco Díaz Estrada

MR IV año Gineco-Obstetricia

Tutor:

Dra. Tamauritania Belén Calderón Vallejos

Gineco-obstetra – HFVP

0

Managua- Nicaragua, Marzo 2022

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser el ser supremo quien dirigió cada uno de mis pasos, por ayudarme a superar todas las pruebas durante mi desarrollo profesional, por ser mi fiel amigo.

A mi familia, por el apoyo incondicional durante todo este proceso, por creer siempre en mí.

A mis maestros y compañeros de residencia por su ayuda, confianza, enseñanza por su valioso aporte en mi desarrollo profesional.

A mi tutora de tesis Dra. Calderón por su ayuda y disposición ilimitada, su paciencia, para lograr la culminación de mi tesis monográfica.

DEDICATORIA

A Dios

Por ser mí guía, por darme la sabiduría necesaria y las fuerzas para continuar y vencer con éxito cada uno de los obstáculos durante el transcurso de mi carrera, permitiéndome culminar este paso importante de mi vida.

A mi esposa

Dra. Marcela Zelaya, por ser un pilar fundamental en mi vida, por ser mi mejor amiga, mi ayuda idónea, por tu comprensión y apoyo incondicional, por estar siempre en cada momento especial de mi vida.

A mis Hijos

Rodrigo Alejandro y Marcela Valentina, por ser mis ángeles, por llegar a mi vida en el momento oportuno, porque con una sonrisa suya iluminan mi mundo y me dan las fuerzas para alcanzar mis sueños, por ser mi motor y el motivo para no rendirme. Los amo.

A mis padres

Sra. Elsa Marina Estrada (Q.E.P.D), por su amor incomparable que en vida me dio, por creer siempre en mí, por sus sabios consejos, por impulsar en mí el espíritu de perseverancia y deseos de superación.

Sr. Francisco José Díaz, por tus esfuerzos impresionantes y muestras de amor invaluable.

OPINION DEL TUTOR

La ruptura prematura de membranas es una patología de gran importancia clínica y epidemiológica ya que conlleva múltiples complicaciones tanto fetales como maternas.

Al poder realizar un manejo expectante de la ruptura de membranas en embarazos pre términos con vigilancia y seguimiento oportuno nos garantiza un mejor pronóstico fetal obteniendo una maduración pulmonar completa y ganancia de peso fetal disminuyendo la morbimortalidad neonatal.

Quiero felicitar al Dr. Adonis Francisco Díaz Estrada por el estudio:

“Resultados Maternos y Perinatales en el manejo conservador de Ruptura Prematura de membranas en gestantes de 34 a 36 6/7 semanas ingresadas en sala de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Fernando Vález Paiz enero 2018 – Diciembre 2020”

Considero que a partir de aquí podrán establecerse otras líneas de investigación en beneficio de las pacientes y que servirán de base para reducir la tasa de mortalidad perinatal.

**Dra. Tamauritania Belén Calderón Vallejos Ginecóloga-
obstetra – HFVP**

RESUMEN

A pesar de los avances de la medicina perinatal, la Ruptura Prematura de Membranas ovulares (RPM) en embarazos pretérminos sigue constituyendo una complicación obstétrica que se asocia a una alta morbimortalidad materna y perinatal, favoreciendo al desarrollo de parto pretérmino y sus complicaciones asociadas.

Con este estudio se pretende investigar los resultados maternos y perinatales, de paciente con ruptura prematura de membranas a las cuales se les ofertó manejo conservador, en las edades gestacionales de 34-36 6/7, durante el periodo enero 2018- diciembre 2020.

El estudio es de tipo Descriptivo, Observacional, retrospectivo, de corte transversal. La muestra fue comprendida por todas las pacientes con Ruptura prematura de membranas en las edades gestacionales de 34-36 6/7 en periodo de tiempo previamente mencionado.

La fuente de información fueron los expedientes clínicos, para lo cual se diseñó un instrumento constituido por 26 ítems. Se usó el software SPSS versión 20.

La mayoría de las pacientes pertenecen al grupo etareo de 20-29 años, las comorbilidades maternas más frecuentes fueron: diabetes, enfermedades hipertensivas, infecciones vaginales, infecciones del tracto urinario, anemia.

El 88.8 % de los recién nacidos no presentaron ninguna complicación al momento de nacer.

Las complicaciones neonatales más frecuentes reportadas fueron el Síndrome de Distress respiratorio neonatal y sepsis neonatal temprana.

Las complicaciones maternas más frecuentes fueron corioamnioitis y endometritis.

Se recomienda fortalecer la calidad de la atención prenatal, con el objetivo de identificar de forma oportuna factores de riesgo para el desarrollo de Ruptura prematura de membranas.

Palabras claves: RPM, complicaciones, Parto pretérmino

INDICE

INTRODUCCION	6
ANTECEDENTES	7
JUSTIFICACION	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
OBJETIVOS	15
MARCO TEORICO	16
DISEÑO METODOLÓGICO:.....	33
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:	35
RESULTADOS	35
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	44
CONCLUSIONES.....	48
RECOMENDACIONES	49
BIBLIOGRAFIA.....	50
ANEXOS.....	52

INTRODUCCION

La ruptura prematura de membranas es definida como la rotura de las membranas ovulares, antes del inicio del trabajo de parto, con la consiguiente salida de líquido amniótico.¹

La mayoría de las RPM son a término (8% gestaciones) y el parto se desencadenará, incluso en condiciones cervicales desfavorables, de forma espontánea en las siguientes 24 horas (72%-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 pretermino².

Actualmente, independientemente de los avances logrados en el campo de la perinatología, la ruptura prematura de membranas ovulares continua siendo una complicación obstétrica no resuelta y está asociado con un riesgo alto para la madre, el feto y el neonato, principalmente por condicionar el desarrollo de parto pretérmino.

En Latino América aproximadamente uno de cada 7 nacimientos es prematuro y la ruptura de membranas y trastornos hipertensivos son la principal causa.

La normativa de complicaciones Obstétricas (109) del Ministerio de Salud de Nicaragua revisada por última ocasión en 2018, establece en sus lineamientos manejo conservador en gestaciones en el intervalo de 34 a 36 6/7 semanas, por lo que es imperativo evaluar el impacto materno perinatal del manejo expectante.

La Ruptura prematura de membranas constituye una de las principales causas de ingreso hospitalario al servicio de Alto riesgo obstétrico del Hospital Fernando Vélez Paiz, siendo un potente factor de riesgo de prematuridad y de morbilidad materno fetal, de ahí radica la realización de dicho estudio con el objetivo de indagar resultados del binomio en el manejo conservador de la Ruptura Prematura de Membranas.

ANTECEDENTES

A nivel mundial:

En el año 2009, se realizó estudio en el centro médico de Downstate, Estados Unidos, sobre Factores de riesgo de prematuridad y la ruptura prematura de membranas. (Howard, 2009) Este fue un estudio prospectivo de la flora vaginal en el embarazo, el cual demostró que de 209 pacientes las que cuales poseía en su flora vaginal a *Trichomona Vaginallis* fueron significativamente más propensas a tener una ruptura prematura de membranas ($p < 0.03$), y las que tenían con predominio *Bacteroides sp.* Tenían más probabilidades de un nacimiento prematuro antes de las 37 semanas de gestación, ($p < 0.03$) y de tener bebés que pesen menos de 2,500 gr ($p < 0.05$). Asimismo, se encontró con *Urea plasma Urealyticum* se determinó que presentaban una mayor frecuencia de partos prematuros ($p < 0.05$).³

En México, en el Hospital Civil de Culiacán, Sinaloa, se realizó estudio de casos y controles, entre enero del 2003 y diciembre del 2006 sobre “Factores socio demográficos y obstétricos asociados con la rotura prematura de membranas”. Se trata de un estudio de casos y controles, no pareados, en el cual se comparó la frecuencia de factores de riesgos en mujeres con y sin rotura prematura de membranas (casos: 1,399; controles: 1,379). Las variables de interés primario fueron: nivel socioeconómico, tabaquismo, antecedentes ginecoobstétricos (compañeros sexuales, embarazos, neonatos, abortos, control prenatal y periodo intergenésico). Habiéndose encontrado: la prevalencia de rotura prematura de membranas fue de 8.9%. La rotura prematura de membranas se asoció positivamente con tabaquismo, edad de inicio de vida sexual (edad temprana) y periodo intergenésico (principalmente muy corto < 5). El antecedente de dos o más cesáreas se consideró factor protector para la rotura prematura de membranas. La cantidad de compañeros sexuales fue marginalmente significativa ($p = 0.053$). La frecuencia de nacimientos pretérmino fue superior en las pacientes del grupo de casos. La vía de nacimiento fue similar entre ambos ($p = 0.233$).⁴

En Ecuador, se realizó estudio sobre “factores de riesgo maternos en relación a la ruptura prematura de membranas” realizado en el hospital de Ambuato, en el periodo comprendido entre enero 2011 hasta enero 2012. En el fueron estudiadas 195 pacientes, enfocándose más al factor socio-demográfico, encontrándose que el 68% de las pacientes que presentaron ruptura prematura de membrana viven en el área rural. Además, se correlaciono la residencia el tipo de ruptura prematura de membrana y se calculó un OR: 2,4. Por lo que se estableció que existe 2,4 veces mayor probabilidad de que las pacientes de área rural desarrollen ruptura.

A nivel Nacional:

Existen numerosos estudios sobre el abordaje de la RPM, entre los cuales se destacan los siguientes:

Chester Altamirano 2003, realizó un estudio de prevalencia de complicaciones neonatales en pacientes con Ruptura Prematura de Membranas entre las 28 y 34 semanas de gestación del Hospital Bertha Calderón Roque. Se estudiaron 67 pacientes en quienes las semanas de gestación predominante fue de 30 a 32 (28%). El 63% de las pacientes tuvo un período de latencia menor de 3 días, el 70% culminó por vía vaginal, el 50% recibió 1 ciclo completo de corticoides antenatales⁵.

Dr. R. Orozco, Dr. G Fernández 2007, realizó un estudio sobre “Morbilidad materno-fetal y manejo en pacientes atendidas por ruptura prematura de membranas ovulares”, en 48 pacientes de los cuales un 8.3% de los casos presentó corioamnioitis, un 4.1% fiebre puerperal, el 54% de los neonatos de madres con ruptura prematura de membranas fueron dados de alta, el 38.3% presentó Sepsis neonatal, un 4.2% distress respiratorio, muerte neonatal en un 2.1%, solamente un caso de óbito fetal y 4.1% de los casos fueron pretérmino⁶.

Castillo ML, Norori, investigaron los Factores de riesgo asociados a ruptura prematura de membranas en mujeres con embarazos de término en el hospital asunción Juigalpa Nicaragua. Marzo -agosto 2014. Los hallazgos más frecuentes fueron, grupo etario 20-34 años (57.4%), área urbana (18.5%), alfabetizadas (86.3%), acompañadas (71.1%), domesticas (92.9%). Los principales factores de riesgos fueron antecedentes de IVU (OR=12.3, IC=95% 3.9-38.5); antecedentes de cervicovaginitis (OR=3.5, IC=95% 2.7-4.5), paridad (OR=10, IC=95% 4.9-21.1), IVU en embarazo actual (OR=15, IC=0.4-1.7), embarazos múltiples (OR=3.1,

IC=95% 0.4-1.7). El riesgo atribuible a los factores de riesgos encontrados fue antecedente de IVU 9.8%, antecedente de cervicovaginitis 7.1%, paridad 21%, IVU en embarazo actual 16.4% y embarazos múltiples 7.7%⁷.

En el año 2017 se realizó un estudio ejecutado por Sánchez Estrada con el título: “Resultados maternos y perinatales en el manejo conservador de la Ruptura prematura de membranas en embarazos mayor de 34 semanas de Junio 2014 a Diciembre 2016 en el Hospital Bertha Calderón Roque” en donde los principales resultados obtenidos fueron: el grupo etario más representativo el de 20-24 años, las morbilidades maternas más encontradas fueron de tipo infecciosa, IVU e infecciones vaginales. Los métodos diagnósticos más utilizados fueron la clínica y el ultrasonido, en 127 pacientes. Las pacientes solo se habían realizado 1 a 2 controles prenatales, estableciendo el diagnóstico de RPM, en su mayoría, entre 22-26 semanas de gestación. 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 gramos, Apgar mayor de siete en la gran mayoría. Permanecieron todos en neonatología cumpliendo antibiótico. No hubieron muertes neonatales, ni maternas⁸.

El Hospital Occidental Fernando Vélez Paiz se ha realizado dos estudios en donde abordan la temática monográfica, en el año 2019, se realizó un estudio elaborado por Dra. I. Ruiz Herrera, de tipo observacional, descriptivo, cuyo título fue: “Resultados materno- perinatales del manejo conservador de la Ruptura prematura de membranas pretermino”, en donde las principales conclusiones del estudio fueron que el grupo etario de mayor predominio se encontró entre las edades de 20-24 años, las morbilidades maternas previas a RPM fue infección vaginal y de vías urinarias. Luego del nacimiento en un 87 % por 1-3 semanas ninguna paciente presentó complicaciones asociadas a sepsis. Más del 70 % de los neonatos nacieron sanos⁹.

En el año 2020, A. Guadamuz Alvarado, realizó un estudio titulado :
“Resultados materno y perinatales del manejo conservador en embarazos pretérminos con Ruptura prematura de membranas en el Hospital Fernando Vélez Paiz de Enero a diciembre del 2019”. Sus resultados más relevantes fueron que las principales morbilidades más frecuentes fueron Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial 26.8 %, y 14.3 % respectivamente.
Resultado maternos el 7.1 % presentó infección de herida quirúrgica, 10 % de las pacientes estudiadas presentaron corioamnionitis. En los resultados neonatales síndrome de distrés respiratorio del recién nacido se presentó en un 7.1 %. La muerte neonatal se encontró en el 1.8 % de la población¹⁰.

JUSTIFICACION

La Rotura Prematura de Membranas es una patología de gran importancia clínica y epidemiológica ya que conlleva múltiples complicaciones tanto en el neonato (parto pretermino, sepsis neonatal, Distress respiratorio, Asfixia perinatal, Apgar bajo, muerte perinatal) como en la madre (corioamnioitis, endometritis, endomiometritis, peritonitis, choque séptico y muerte materna). Recalamos que la RPM constituye el 50 % de los casos de nacimientos pretérminos, por lo que destacamos el impacto que genera dicha entidad no solo en la salud materna, sino también en el pronóstico desfavorable perinatal.

Según la normativa vigente de complicaciones obstétricas del Ministerio de Salud de Nicaragua (109) establece manejo conservador en gestaciones que oscilan entre 34- 36 6/7 semanas, el que consiste en hospitalización, reposo, maduración pulmonar fetal, antibioticoterapia profiláctica, control de hemograma y volumen de líquido amniótico, sin embargo a pesar de la aplicación oportuna de dicho manejo el riesgo de complicaciones materno y fetales continua siendo una problemática de la salud pública y Nicaragua no es la excepción.

En el hospital Fernando Vélez Paiz la ruptura prematura de membranas constituye uno de las principales motivos de consulta en sala de emergencia obstétrica, gran parte de los casos son manejados de forma expectante cuando las condiciones materno- fetales lo permitan, a pesar de ello dicha problemática genera un porcentaje significativo de partos pretérminos, llevando a complicaciones tales como nacidos prematuros, con bajo peso al nacer e ingresos a UCIN neonatal, por lo que resulta importante el abordaje de dicha temática y de esta forma evaluar los principales resultados materno - perinatales y a partir de estos desarrollar intervenciones oportunas con el objetivo de disminuir el número de complicaciones al binomio madre – hijo, aumentando las probabilidades de vida del neonato, sin comprometer la morbi-mortalidad materna, es decir, obtener adecuados resultados maternos y perinatales.

La presente investigación contribuye a ampliar de manera oportuna la información científica en la literatura médica en relación a dicha patología, propiciando datos estadísticos actualizados y que los mismo permitan proponer o elaborar intervenciones en los equipos de salud, evaluar pronósticos y garantizar resultados materno fetales exitosos.

Cabe destacar que son pocos los estudios realizados referentes a RPM en dicha unidad hospitalaria, por lo cual con la realización del presente estudio se pretende obtener una línea de base sobre el abordaje expectante de la ruptura de membranas, de igual manera podrá ser utilizado como referencia bibliográfica en futuras investigaciones.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La ruptura 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.

La ruptura prematura de membranas representa un problema de magnitud en la salud materno- fetal, incrementando los nacimientos de prematuros, los ingresos neonatales, la morbilidad fetal y los costos hospitalarios. En el Hospital Fernando Vélez Paiz, genera gran impacto materno- perinatal, de ahí radica la importancia de dicha investigación lo que se pretende mejorar la calidad del resultado obstétrico y perinatal

Dado la anterior argumentación que se tiene respecto al tema de estudio, me motiva plantear la siguiente interrogante:

¿Cuáles serán los resultados Maternos Perinatales en el manejo conservador de Ruptura Prematura de membranas en gestantes de 34 a 36 6/7 semanas ingresadas en sala de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Fernando Vélez Paiz Enero 2018 – Diciembre 2020?

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Describir los resultados maternos y perinatales en el manejo conservador de la Ruptura prematura de membranas en embarazos de 34 a 36 6/7 semanas de gestación ingresadas en sala de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Fernando Vélez Paiz Enero 2018 – Diciembre 2020

Objetivos específicos:

- Identificar las características socio-demográficas y ginecoobstétricas de las pacientes en estudio.
- Conocer resultados maternos de pacientes con manejo conservador de ruptura prematura de membranas entre 34 a 36 6/7 semanas.
- Describir los resultados perinatales de las gestantes con ruptura prematura de membranas con edad gestacional entre 34 a 36 6/7.
- Detallar las principales complicaciones maternas y perinatales de pacientes con ruptura prematura de membranas manejadas conservadoramente.

MARCO TEORICO

A partir de la 12ª semana de gestación el corion y el amnios se fusionan conformando una sola unidad que contendrá el líquido amniótico y el producto de la gestación. Estas membranas ovulares representan un mecanismo de barrera que separa el ambiente interno (aséptico) del ambiente externo representado por la vagina con sus múltiples microorganismos. El ambiente líquido en que habita el feto permite el movimiento de sus extremidades que requiere para un adecuado desarrollo músculo esquelético. Permite además que el cordón umbilical flote libremente sin sufrir compresiones y proporciona al feto una especie de amortiguación a las posibles injurias traumáticas.

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 (RPMPT) 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 pretérmino¹¹.

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 necrotizante, la sepsis neonatal, el síndrome de dificultad respiratoria y la hemorragia intraventricular. 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 1500 g se asocia con elevadas complicaciones relacionadas con la prematuridad¹².

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 comunes¹³.

Esta patología representa un aumento en la morbimortalidad materno-fetal, ya que se puede asociar a complicaciones como corioamnionitis, con un riesgo proporcional al tiempo de latencia del mismo. Complicaciones importantes asociadas al recién nacido incluyen prematuridad, síndrome de dificultad respiratoria, sepsis, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrosante y muerte. Por este motivo, es imprescindible el diagnóstico oportuno de esta patología, en especial en gestaciones pretérmino.

La rotura de membranas se asocia a un estado de inflamación aguda secundario a una actividad aumentada de enzimas proteolíticas y activación de citocinas (un 2650% de las placentas después de RPPM muestran datos de corioamnionitis en el estudio histopatológico) que degradan el colágeno dentro de la matriz extracelular¹⁴.

El origen de este estado inflamatorio tiene un componente tanto materno (colonización e infección bacterianas) como fetal (microbiota intestinal fetal).

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 espontánea: 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.

ETIOPATOGENIA:

1. Alteración de las propiedades físicas de las membranas.

El colágeno y la elastina jugarían un rol importante en la manutención de la integridad de la membrana corioamniótica, la que en condiciones normales exhibe un equilibrio entre actividad enzimática proteasa y antiproteasa. Se han identificado en algunas mujeres con RPM pretérmino un aumento a nivel de líquido amniótico (LA) de metaloproteasas así como también una disminución del inhibidor tisular de dicha enzima. La literatura es consistente en señalar que las membranas de los embarazos con RPM son más delgadas y tienen menos elasticidad y resistencia que aquellas que permanecen integras hasta su rotura durante el trabajo de parto. Por otra parte, se ha comunicado que las proteasas locales elaboradas por fibroblastos, macrófagos y bacterias, juegan un rol en la remodelación molecular de la membrana corioamniótica.

Se ha demostrado que la actividad proteasa está aumentada y que existen bajas concentraciones de alfa 1 antitripsina (A1AT) en el líquido amniótico de embarazos con RPM. Además se ha aislado una proteína antiproteasa en orina y pulmón

fetales, lo que apoya la idea de una participación fetal en la protección de la integridad de las membranas.

2. Roll de la infección en la rotura prematura de membranas.

La rotura de membranas puede resultar de una infección cervicovaginal o intrauterina. La infección bacteriana, directa o indirectamente (vía mediadores de la respuesta inflamatoria), puede inducir la liberación de proteasas, colagenasas y elastasas, que rompen las membranas ovulares. Los gérmenes pueden alcanzar el LA estando las membranas ovulares rotas o íntegras. La vía de infección puede ser ascendente.

En la infección ovular, productos bacterianos (fosfolipasa A2, fosfolipasa C, lipopolisacáridos) pueden estimular la síntesis de prostaglandinas (PG) E2 y F2 α por el amnios, corion y decidua. La participación de colagenasas bacterianas así como la producción de citoquinas, incluyendo interleucinas (IL) 1, 2, 6, 8, 16, factor de necrosis tumoral (FNT), proteína quimiotáctica de monocito-1 (MCP1) por parte de monocitos, macrófagos y granulocitos activados pueden finalmente estimular vías celulares que producen parto prematuro y rotura de membranas¹⁵.

El tabaquismo materno aumentaría el riesgo de rotura ovular a través de favorecer la quimiotaxis de neutrófilos que secretan elastasa. Inactivaría además la 1 antitripsina, fenómeno cuya intensidad se relaciona directamente con la cantidad de cigarrillos fumados.

CLASIFICACION

Se pueden subdividir según la edad gestacional en dos grupos.

- Ruptura Prematura de Membranas (RPM): Si la ruptura de membranas se da en un embarazo de término.
- Ruptura Prematura de Membranas en embarazo pretérmino (RPMP).

- RPMP cerca del término, que son aquellas pacientes con rotura de membranas entre las 34 y 37 semanas.
- RPMP lejos del término que son aquel grupo de embarazadas que presentan ruptura de membranas con edad gestacional entre las 24 y 34 semanas.
- 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.
- Corioamnioitis.
- Esfuerzo excesivo.
- Infección Urinaria.
- Sobredistensión uterina (Gestación múltiple, Polihidramnios, Macrostromía fetal).
- Desproporción cefalopélvica.
- Déficit nutricional.
- Incompetencia itsmicocervical.
- 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, vérmix 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) predice la RPM.

Pruebas bioquímicas:

- Insulin-like growth factor binding protein-1 (IGFBP-1) (PROM test®, Amnioquick®): Su sensibilidad varía del 74-100% y su especificidad del 77-98.2%.
- Placental alpha microglobulin-1 (PAMG-1) (Amnisure□): Presenta una sensibilidad cercana al 99% y una especificidad que varía del 87.5-100%. Ambas son pruebas con similar sensibilidad y especificidad por lo que pueden ser utilizadas indistintamente en los casos en los que existe la duda diagnóstica de rotura de membranas.

Amniocentesis diagnóstica. En casos muy seleccionados, el diagnóstico definitivo puede realizarse instilando fluoresceína (1 mL fluoresceína diluido en 9 mL de suero fisiológico) en la cavidad amniótica mediante amniocentesis. La detección de fluoresceína en una gasa vaginal a los 30-60 minutos confirma el diagnóstico de RPM, aunque pasado este tiempo pierde especificidad.

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.

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.

Criterios GIBBS de DIAGNÓSTICO en caso de sepsis

- Temperatura Axilar $\geq 38^{\circ}\text{C}$ acompañado de dos o más de los siguientes signos:
- Sensibilidad uterina anormal
- Líquido amniótico fétido o purulento
- Taquicardia materna > 100 latidos x minuto
- Taquicardia fetal > 160 latidos minuto
- Leucocitosis $> 15\ 000$ /mm³
- Aumento de la contractilidad uterina
- Dolor a la movilización cervical

TRATAMIENTO, MANEJO Y PROCEDIMIENTOS

Primer nivel de atención

- Corroborar edad gestacional, vitalidad fetal y la presentación fetal.
- Comprobar ruptura de membrana a través de especuloscopia si no es evidente.
- En caso de sospecha por historia clínica y no contar con métodos auxiliares de diagnóstico para la confirmación, referir a un mayor nivel de resolución.
- Solo en caso de tener actividad uterina tacto vaginal para comprobar modificaciones cervicales.
- En caso de prolapso de cordón rechazar la presentación y referir a lo inmediato a un mayor nivel de resolución.
- Reposo absoluto mientras se inicia el traslado.
- Garantizar acceso venoso periférico. .
- Iniciar dosis de carga de antibióticos profilácticos con Ampicilina 2g IV stat.
- Poner vacuna de toxoide tetánico según esquema vigente.
- Referir a establecimiento de salud de segundo nivel, según lo establecido en la normativa 068, Normativa para la referencia y contrarreferencia de pacientes.

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 semanas)

Garantizar inducción desde el momento de su ingreso, si las condiciones cervicales son favorables (Bishop mayor de 6), para reducir el riesgo de corioamnionitis. Grado de evidencia A.

Si las condiciones cervicales no son favorables (Bishop menor de 6) se hará maduración cervical con misoprostol vía vaginal según experiencia de la unidad de salud.

Iniciar antibiótico profiláctico con Penicilina Cristalina 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.

Pacientes con embarazos pretérminos entre 34 a 36.6 semanas de gestación

Se recomienda en unidades de salud que no cuenten con las herramientas de laboratorio y personal entrenado en manejo conservador, la finalización de la gestación, siempre y cuando se garanticen condiciones óptimas de un nacimiento pretérmino. Grado de Recomendación B

Se garantizará maduración pulmonar, si no se efectuó el estudio de presencia de estreptococo grupo B se debe efectuar la profilaxis intraparto.

Manejo conservador con vigilancia activa de RPM

Existen algunas controversias sobre el mejor manejo ante estos casos, entre las 34 y 36.6 semanas de gestación. Si bien la infección tanto materna como neonatal es el principal riesgo en mantener una conducta conservadora, este riesgo tiene que equilibrarse contra el riesgo de la prematuridad iatrogénica.

En gestaciones de 34 a 37 semanas el recién nacido tiene un potencial riesgo de dificultad respiratoria, dificultad en la termorregulación y en la lactancia, que en muchas ocasiones tienen una frecuencia de aparición mayor en relación a la incidencia de corioamnioitis y sepsis neonatal asociada al manejo conservador. Es por tal motivo, que como país, surge la iniciativa de brindar manejo conservador con vigilancia activa de RPM en esta edad gestacional, aunque únicamente en aquellas unidades de salud que cuenten con personal capacitado y con herramientas para el monitoreo de la evolución de la paciente tanto de laboratorio como ecográfico, a fin de disminuir la probabilidad de morbimortalidad maternal y neonatal.

Una vez la paciente se presenta al establecimiento de salud, con una historia sugestiva de ruptura de membranas se procederá por parte del obstetra a la evaluación clínica, ultrasonográfica y de laboratorio para la certeza diagnóstica de RPM. Una vez confirmada, el médico determinará si la paciente es candidata a manejo conservador, de ser así, se procederá a cumplir todos los requisitos para su seguimiento según lo establecido en el acápite de seguimiento, se le dará explicación la paciente sobre su diagnóstico y el manejo.

Seguimiento de paciente en manejo conservador Al

ingreso: evaluar:

- Criterios de GIBBS
- Cuantificación de líquido amniótico
- BHC, PCR, EGO, Urocultivo (según disponibilidad), cultivo y exudado vaginal.
- Signos vitales cada 6 horas (T^o, presión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria).
- Reposo en cama con apósito estéril permanente garantizando cambios periódicos del mismo.

Posteriormente:

- Cuantificación ecográfica de líquido amniótico y PCR semanal.
- BHC primer control a las 72 hrs, de estar normal la biometría inicial, los controles posteriores se harán semanalmente.

Criterios para el manejo conservador:

Fetales:

- Edad gestacional mayor de 34 semanas (comprobadas por USG, estudio de LA, índice de LA) Sin presencia de trabajo de parto. Sin 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 expectante se refiere al hecho de prolongar o continuar el embarazo.

- Hospitalización.
- Reposo absoluto.
- No se realizarán tactos vaginales a menos que esté en trabajo de parto. (Nivel de evidencia II-3. Grado de recomendación B).
- Signos vitales: Control de temperatura corporal, presión arterial, frecuencia cardíaca,
- frecuencia cardíaca fetal y actividad uterina c/6 horas.
- Biometría hemática y proteína C-reactiva 2 veces por semana porque la sensibilidad de estas pruebas en la detección de infección intrauterina es baja.

- Efectuar ultrasonido semanal para determinar cantidad de líquido amniótico, vitalidad fetal y valorar datos que sugieran infección ovular.

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

Efectos en la gestante de la RPM Cuando ocurre una rotura prematura de membranas, en forma independiente al manejo que se le brinde, la literatura nos señala que el parto ocurrirá en 50% de los casos dentro de la primera semana de haber transcurrido la RPM. Un hecho a tener en cuenta es que, cuando ocurre una RPM en embarazos de menor edad gestacional, el parto derivado de esa rotura se demora más en iniciar. Por otro lado, es menor cuando más tiempo de gestación tiene; es decir, la latencia después de la rotura de la membrana se correlaciona inversamente con la edad gestacional. Adicionalmente, con gestaciones muy tempranas en las que ha ocurrido una RPM, puede haber un restablecimiento del volumen del líquido amniótico. En muchos de estos casos, la evolución puede ser favorable y tener un mayor tiempo de espera antes de que se interrumpa la gestación.

Entre las mujeres con RPM pretérmino, la infección intraamniótica clínicamente evidente se produce en aproximadamente 15 a 25%. La infección posparto se produce en aproximadamente 15 a 20% de los casos; la incidencia de infección es mayor a edades gestacionales más tempranas. El desprendimiento prematuro de placenta puede complicar 2 a 5% de los embarazos e incluso presentar placenta retenida, con RPM pretérmino.

Efectos en el feto de la RPM

Como es de esperarse, los riesgos más significativos para el feto después de la RPM prematura son las complicaciones de la prematuridad, ya que el parto pretérmino se puede producir poco tiempo después de la RPM. Por otro lado, dependiendo del tiempo de la RPM y del uso o no de antibióticos, existe la posibilidad de infección intraútero, la cual de presentarse se puede asociar con un mayor riesgo de deterioro del neurodesarrollo fetal. Además, la prematuridad en la rotura de la membrana también se ha asociado con un mayor riesgo de daño de la sustancia blanca neonatal. La infección y el accidente del cordón umbilical contribuyen al 1 o 2% de riesgo de muerte fetal prenatal después de una RPM pretérmino¹⁶.

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

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

ALGUNAS COMPLICACIONES

Infección intraamniótica: conocida como corioamnionitis, que es la infección del corion y amnios. Aunque la corioamnionitis un término de uso común, el término de IAI también se utiliza para las infecciones que involucran al feto, líquido amniótico, cordón umbilical, la placenta y las membranas fetales. Complica un 30-40% de las antes o en límite de la viabilidad. Se define como fiebre materna mayor de 38.8° C confirmada en intervalo de 30 minutos sin causa infecciosa, asociada a criterios de GIBBS ¹⁷.

Prolapso de cordón umbilical: se produce cuando el cordón umbilical se desliza por delante del feto y sobresale del canal cervical o de la vagina. Existen 3 tipos de presentación:

Prolapso oculto: Es cuando el Cordón queda adyacente a la presentación, rara vez se palpa durante la explosión.

Prolapso franco: El Cordón umbilical se ubica debajo de la presentación.

Prolapso funicular: Es cuando durante la exploración vaginal se palpa el Cordón umbilical a través de las membranas ovulares. Se presenta principalmente con el manejo expectante de la RPMP debido al tamaño fetal.

Es considerada una emergencia obstétrica debido a la vulnerabilidad de compresión del Cordón umbilical que dependiendo de la intensidad y duración puede producir hipoxia fetal, daño cerebral y posteriormente la muerte.

Desprendimiento de placenta: es la separación prematura de una placenta normalmente implantada en la pared uterina después de las 20 semanas, pero antes del inicio del trabajo de parto.

Se presenta clínicamente como un sangrado vaginal, dolor abdominal acompañado de contracciones uterinas tetánicas, sensibilidad uterina y un trazo de la frecuencia cardiaca fetal preocupante que traduce sufrimiento fetal. Se presenta en menos de 1 % de los embarazos y tiene asociada una alta morbimortalidad materno- fetal.

DISEÑO METODOLÓGICO:

Tipo de estudio: Descriptivo, de corte transversal.

Área de estudio: Se realizó en el Hospital Fernando Vélez Paiz, en la sala de Alto Riesgo Obstétrico.

Unidad de Análisis: Pacientes con Ruptura Prematura de Membranas, con edad gestacional comprendida entre 34 y 36 6/7 semanas a las que se les dio manejo conservador, en el período Enero 2018 – Diciembre 2020.

Universo: Todas las pacientes que ingresaron a sala de ARO del Hospital Fernando Vélez Paiz, constituido por 80 pacientes, con diagnóstico de Ruptura Prematura de Membranas, con edad gestacional comprendida entre 34 y 36 6/7 semanas, en el período Enero 2018 – Diciembre 2020, que cumplieron criterios de inclusión.

Tamaño de la muestra: Fue constituida por todas las pacientes con Ruptura Prematura de Membranas (80 pacientes), con edad gestacional comprendida entre 34 y 36 6/7 semanas a las que se les dio manejo conservador.

Tipo de Muestra: No probabilística, por conveniencia

Criterios de inclusión:

- Mujeres embarazadas con manejo conservador de RPM entre 34 y 36 6/7 semanas de gestación.
- Evidencia de bienestar fetal.
- Embarazadas con RPM que a su ingreso no presenta ningún criterio de GIBBS.

Criterios de Exclusión:

- Embarazadas con RPM con gestaciones mayores de 37 semanas.
- Gestantes con feto con presencia de anomalías incompatibles con la vida.
- Seropositividad VIH
- Gestantes con RPM en trabajo de parto

Procedimiento para la recolección de la información:

Se solicitó al servicio de archivo del Hospital Fernando Vélez Paiz el apoyo para ser facilitadores y rectores de la ejecución del proyecto investigativo, garantizando el permiso de poder abordar tanto los registros estadísticos como otros datos para dicho estudio.

Se procedió a la recolección de la información pertinente a través del instrumento previamente elaborado y validado.

La fuente de información fue secundaria, a través de expediente clínico para lo cual se diseñó una ficha de recolección.

Plan de tabulación y análisis:

Una vez que se obtuvieron los datos se procesaron electrónicamente en el programa SPSS 20, los cuadros y gráficos se procesaron en el programa Microsoft Excel. El informe se grabó en el programa de Microsoft Word.

Lista de variables

Objetivo 1: Identificar las características socio-demográficas y ginecoobstétricas de las pacientes en estudio.

- Edad
- Escolaridad
- Ocupación
- Procedencia
- Gestas
- Partos
- Abortos
- Cesáreas
- Legrados

- Números de compañeros sexuales
- índice de masa corporal (IMC)
- Número de Atenciones prenatales
- Edad gestacional
- Morbilidad materna al momento de la RPM Maduración pulmonar

Objetivo 2: Conocer resultados maternos de gestantes con manejo conservador de ruptura prematura de membranas entre 34 a 36 6/7semanas.

- Forma de terminación del embarazo
- Duración del manejo conservador
- Semanas de Gestación en que se finalizó embarazo

Objetivo 3: Describir los resultados perinatales de las gestantes con ruptura prematura de membranas con edad gestacional entre 34 a 36 6/7.

- Apgar
- Peso al nacer

Objetivo 4: Detallas las principales complicaciones maternas y perinatales de pacientes con ruptura prematura de membranas manejadas conservadoramente.

- Complicaciones maternas
- Complicaciones perinatales

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:

- Objetivo 1: Identificar las características socio-demográficas y ginecobstetricias de las pacientes en estudio.

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	VALOR
Edad materna	Tiempo transcurrido en años desde su nacimiento hasta su ingreso	Expediente clínico	a) < 14 años b) 15-19 años c) 20-29 años d) 30- 35 años e) > 35 años
Escolaridad	Nivel académico alcanzado por el participante hasta el momento del estudio.	Último grado aprobado	a) Analfabeto b) Primaria c) Secundaria d) Técnico e) Universitario
Procedencia	Lugar de origen de la persona en estudio.	Área de procedencia	a) Urbana b) Rural
Ocupación	Actividad laboral que desempeña el participante	Tipo de trabajo que desempeña	a) Ama de casa b) Profesional c) Comerciante d) Otros
DATOS GINECO- OBSTETRICOS			
Gestas	Número de embarazos de cada paciente incluyendo el actual al momento del ingreso	Expediente clínico HCP	a) Primigesta b) Multigesta c) Granmultigesta
Partos	Partos Salida del feto por vía vaginal mayores de 22 SG	HCP Expediente clínico	a) Primípara b) Multípara
Abortos	Es la interrupción del embarazo ya sea espontaneo o provocado antes de las 22 SG con un peso inferior de 500gr	HCP Expediente clínico	a) Si b) No

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	VALOR
Cesáreas	Intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el feto, vivo o muerto, a través de laparotomía e histerotomía	HCP Expediente clínico	Si No
Legrados	Evacuación por resto placentario o endometrio ya sea por AMEU o LUI	HCPB	Si No
Números de compañeros sexuales	Números de pareja(s) sexuales que haya tenido en un Año.	Expediente clínico	ero Nú
índice de masa corporal (IMC)	índice sobre la relación entre el peso y la altura de una persona	Expediente clínico	a) Desnutrición b) Normal c) Sobrepeso d) Obesidad
Número de Atenciones prenatales	Conjunto de actividades sanitarias que reciben las embarazadas durante la gestación.	Expediente clínico HCP	a) 0 b) 1-3 c) >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	Expediente clínico	a) Ninguna b) Diabetes c) Infección urinaria d) Infección vaginal e) Enfermedad inmunológica f) Enfermedad hipertensiva g) Obesidad h) Desnutrición i) ITS j) Otras

OBJETIVO NUMERO 2

- Conocer resultados maternos de gestantes con manejo conservador de RPM entre 34- 36 6/7 semanas.

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	VALOR
Forma de terminación del embarazo	Vía por la cual se finaliza gestación	Expediente clínico	a) Vaginal b) Cesárea
Duración del manejo conservador	Tiempo que transcurre entre la ruptura de membranas y el nacimiento	Expediente Clínico	a) 1-7 días b) 8-14 días c) 14-21 días
Semanas de Gestación en que se finalizó embarazo	Edad gestacional al momento del nacimiento	Expediente clínico	a) 34- 34 6 /7 SG b) 35 – 35 6 /7 SG c) 36- 36 6/7 SG

OBJETIVO 3: Describir los resultados perinatales de las gestantes con ruptura prematura de membranas con edad gestacional entre 34 a 36 6/7.

OBJETIVO 4: Detallar las principales complicaciones maternas de pacientes con ruptura prematura de membranas manejadas conservadoramente.

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	VALOR
Apgar	Valoración del estado general del recién nacido al 1er y al 5to minuto después del nacimiento.	Expediente clínico	a) 0-3 b) 4-7 c) 8-10
Peso al nacer	Medida antropométrica que determina el peso de una persona	Expediente clínico	a) < 1000 gramos b) 1000- 1499 gramos c) 1500- 2500 gramos d) > 2500 gramos
Complicaciones maternas	Resultados adversos en la madre secundarios a la RPM	Expediente clínico	a) Corioamnioitis b) Infección de herida quirúrgica c) Endometritis d) Histerectomía e) Seroma de Herida quirúrgica f) Absceso de pared

			g) Sin complicaciones h) Otras
Complicaciones perinatales	Resultados adversos al feto o neonato secundarios a la RPM	Expediente clínico	a) Síndrome de Distress respiratorio neonatal b) Hipoglicemia c) Muerte perinatal d) Sepsis temprana e) Asfixia f) Neumonía g) Muerte fetal h) Sin complicaciones

RESULTADOS

- El grupo etareo que más predominó fue de 20-29 años con el 57.5 %, seguido del grupo que corresponde a los 15-19 años con el 22.5 %, seguido del grupo de 30-35 años con un 16.3 % y las edades de menor frecuencia fueron las mayores de 35 años con el 3.8 %.
- La ocupación más frecuente fue ama de casa con el 88.8 % , seguido por comerciante en el 3.8 %, 2.5 % de las pacientes estudiadas eran profesionales y el 5 % tenían otras ocupaciones.
- La escolaridad la más frecuente fue el nivel de secundaria con el 65 %, seguido por el universitario 18.8 %, luego la primaria 12.5 %, mientras que la población analfabeta corresponde al 3.8 %.
- El 80 % de las pacientes eran del área urbana, y el 20 % del área rural.
- Las primigestas fueron el 50 % de los casos estudiados, seguido por las bigestas en el 33.8 %, las trigestas corresponden al 11.3 %, y las pacientes con más de 3 gestaciones equivale al 5 %.
- El 58.8 % eran nulíparas, luego las pacientes con 1 parto previo (28.8 %), seguido por las pacientes con 2 partos en el 7.5 %, y con menos frecuencias aquellas paciente con > 3 parto (5 %).

- El 90 % de las pacientes estudiadas no tenían antecedente de abortos, mientras que el 5 % tenían el antecedente de cesáreas previas.
- El 37.5 % se encontraban en sobrepeso, el 32.6% en estado de obesidad, el 28.8 % con IMC normal, y el 1.3 % en estado de desnutrición.
- El 65 % de las pacientes estudiadas tenían más de 4 atenciones prenatales, el 31.3 % tenían 1-3 atenciones prenatales, mientras que el 2 % no registraron ninguna atención prenatal.
- El 46.3 % de las estudiadas, se les diagnosticó ruptura de membranas entre las 34-34 6/7 semanas de gestación, mientras que el 27.5 % su diagnóstico fue en el periodo de 36-36 6/7, y en menor frecuencia 26.3 % fue entre la semana 35- 35 6/7.
- En relación al método diagnóstico utilizado el clínico fue el más frecuente en el 68.8 % , seguido por el clínico complementado con ecografía en el 23.8 %, y en el 7.5 % fue el clínico + cristalografía.
- El 57.5 % no tenían ninguna comorbilidad asociada, el 11.3 % presentaban diabetes, en el mismo porcentaje se encuentran la enfermedades hipertensivas, las infecciones vaginales representaron el 8.8 %, mientras que las infecciones del tracto urinario corresponden al 5 %, la anemia en el 5 %, el 1.3 % presentó desnutrición proteico calórico.
- En el 77.5 % se aplicó esquema completo de maduración pulmonar fetal, y el 22.5 % restante el esquema se aplicó de manera incompleta.
- La vía de finalización del embarazo fue la vaginal en el 92.5% y por vía cesárea fue el 7.5 % restante.
- En el 80 % se inició el trabajo de parto de forma espontánea, en cambio el 20% fue inducido.
- El manejo conservador se mantuvo de 1- 7 días en el 73.8 % , de 8-14 días en el 16.3 %, de 14-21 días en el 6.3 % y 3.8 % se extendió por más de 3 semanas.
- En relación a la edad gestacional en la cual se finalizó el embarazo el 30 % fue entre la semana 35-35 6 /7, seguido por la edad gestacional comprendida

entre 34-34 6 /7 semanas en el 23.8 %, en igual porcentaje se logró alcanzar a término el embarazo (> 37 semanas).

- El 97.5 % de los nacidos obtuvieron un Apgar de 8/9 y el 2.5 % restante fue entre 4-7 puntos.
- El 65 % de los recién nacidos tuvieron un peso mayor a 2500 gramos, mientras que el 35 % nacieron con peso entre 1500-2000 gramos.
- El 88.8 % de los recién nacidos no presentaron ninguna complicación al momento de nacer, el 5 % desarrollaron sepsis neonatal, el 5 % presentó Síndrome de Distress respiratorio neonatal y el 1.3 % fue una muerte neonatal.
- El 93.8 % de las pacientes estudiadas no presentaron ninguna complicación, sin embargo el 5 % desarrollaron corioamnionitis, y el 1.3 % presentó endometritis.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La población que más predominó las edades de 20-29 años, lo que corresponde con datos de ENDESA, siendo este grupo el de mayor tasa de fertilidad, así mismo este resultado es coherente con estudios realizados a nivel nacional tal es el caso de Guadamuz en el 2019.

La escolaridad más frecuente fue la secundaria, y la ocupación con mayor predominio fue ser ama de casa, que si bien es cierto estas no son variables causales (propriadamente dichas) de RPM, con frecuencia están asociadas con un sin número de condiciones o factores que predisponen a la aparición de RPM.

Las primigestas y nulíparas fueron el grupo de mayor prevalencia, lo que difiere de otras investigaciones internacionales que reportan que la edad extrema de la madre incrementa tres veces el riesgo de RPM, sin embargo recalcamos las bases fisiopatológicas que describen que el embarazo en población relativamente joven y primigestas, sumado a la falta de madurez de los órganos reproductivos y alteraciones hormonales favorece la degradación de fibras de colágeno de las membranas amnióticas, conllevando al desarrollo de RPM.

Un porcentaje significativo de la población estudiada presentaron IMC en sobrepeso y obesidad, por lo cual consideramos que la obesidad es una enfermedad de etiología multifactorial, que conducen a un trastorno metabólico y que tiene impacto directo en la gestación.

Dentro de los resultados del estudio la desnutrición materna formo parte de los hallazgos. Algunos autores han asociado deficiencias nutricionales como un factor predisponente para presentar RPM. Estaría en relación con la formación de las fibras de colágeno y elastina ya que existen mecanismos enzimáticos dependientes de cobre. Según algunos estudios, las mujeres que han presentado RPM presentan

bajas concentraciones de cobre en sangre materna como en muestras de cordón. También se ha asociado la deficiencia de ácido ascórbico con la ocurrencia de RPM; Siega-Riz en el 2003 señalaron que las mujeres con niveles de vitamina C bajos antes de la concepción, presentaban el doble de riesgo para parto pretérmino debido a RPM y que este disminuía con la ingesta de vitamina C en el segundo trimestre, concluyendo que la dieta y nutrición son factores variables y por lo tanto pueden ser modificables, como intervención estratégica, para reducir la incidencia de RPM.

Las atenciones prenatales constituyen la forma de monitoreo fundamental sobre la marcha del embarazo; estos permiten atenuar los factores de riesgo y detectar tempranamente posibles complicaciones en la gestación. Llama la atención que la mayoría de las pacientes estudiadas tenían registros de más de cuatro atenciones prenatales en historia clínica perinatal, lo que nos traduce la calidad de atención prenatal en la sector primario, factor que podría jugar un rol importante en la identificación de factores de riesgo de RPM y por ende la prevención de tales complicaciones.

La mayor parte de las pacientes presentaron ruptura de membranas en la edad gestacional comprendida entre 34- 34 6/7, y el método diagnóstico más utilizado fue el clínico, el que se basa en la historia clínica, examen de genitales externos, especuloscopia, maniobra de Tarnier. Otros métodos utilizados fueron la cristalización de helechos y ultrasonido. Y aunque el test de nitrazina forma parte de los métodos diagnósticos esta institución no cuenta con dicho estudio.

Tanto la Organización Mundial de la Salud como el Ministerio de Salud de Nicaragua, reflejan que los antecedentes patológicos personales juegan un papel predisponente en el desarrollo de complicaciones maternas, lo que se sustenta con este estudio, en donde se observó la relación entre la Ruptura de membranas con Diabetes gestacional, enfermedad hipertensiva, y anemia, lo que coincide con Sánchez en el 2017.

La deficiencia de hierro y la anemia (que genera hipoxia) pudieran inducir a estrés materno y fetal, lo cual estimula la síntesis de hormona liberadora de corticotropina (CRH). Las concentraciones elevadas de CRH son un factor de riesgo para presentar no solo RPM, sino también otras complicaciones como hipertensión inducida por el embarazo, eclampsia, retardo del crecimiento intrauterino e infección. Un mecanismo alternativo sugiere que la marcada disminución del hierro puede llevar a daño oxidativo de los eritrocitos y por consiguiente de la unidad fetoplacentaria.

En la gran mayoría de las estudiadas la vía de finalización del parto fue la vaginal, siendo esta la vía más idónea, ya que tiene especial relevancia al evidenciar una incidencia de 93.8 % de pacientes sin complicaciones, lo que se correlaciona con resultados encontrados en el estudio de Ruíz (2019) y Guadamuz (2020).

La administración de corticoides para maduración pulmonar fetal fue administrada con esquema completo en un porcentaje significativo de las gestantes estudiadas, siendo esta una medida eficaz para disminuir la mortalidad y morbilidad perinatal, teniendo impacto en la puntuación apgar, en donde el 97.5 % presentaron puntuación 8/9, lo que deja de manifiesto la efectividad de la maduración pulmonar fetal en la reducción de complicaciones pulmonares en el neonato.

Dato relevante y que concuerda con estudios previos es que la mayoría de los recién nacidos no presentaron complicaciones, sin embargo destacamos que las complicaciones neonatales que con más frecuencia se presentaron fueron: síndrome de Distress respiratorio y sepsis neonatal temprana, las cuales se mostraron en proporciones similares en el estudio de Sánchez en el 2017, resaltamos que estas complicaciones aumentan inversamente proporcional a la edad gestacional en que se presenta la RPM, dato que queda de manifiesto en

el presente estudio, en donde se confirma la íntima relación de la prematuridad con el desarrollo de complicaciones neonatales.

En este estudio se demuestra que el mayor número de estudiadas no presentaron complicaciones (93.8 %), dato que concuerda con los estudios de Ruiz en el 2019 y Guadamuz en el 2020.

La corioamnioitis fue la complicación materna más frecuente, la que según la bibliografía se presenta en un 4-16% en pacientes con RPM de término, su incidencia aumenta progresivamente cuando la rotura de membranas ocurre en gestaciones más precoces. En general, la corioamnioitis clínica afecta a un 10- 30% de las pacientes con RPM de pretermino, por lo cual se correlaciona con hallazgos encontrados, así mismo concuerda con el estudio de Orozco en el 2007 y Guadamuz en el 2020.

CONCLUSIONES

- La mayoría de las pacientes pertenecen al grupo etareo de 20-29 años, eran amas de casa, con nivel de escolaridad secundaria, primigestas y con más de cuatro atenciones prenatales.
- Las comorbilidades maternas más frecuentes fueron: diabetes, enfermedades hipertensivas, infecciones vaginales , infecciones del tracto urinario, anemia.
- El 88.8 % de los recién nacidos no presentaron ninguna complicación al momento de nacer, Apgar 8/9 en la gran mayoría.
- Las complicaciones neonatales más frecuentes reportadas fueron el Síndrome de Distress respiratorio neonatal y sepsis neonatal temprana.
- El 93.8 % de las pacientes estudiadas no presentaron ninguna complicación,
- Las complicaciones maternas más frecuentes fueron corioamnioitis y endometritis.

RECOMENDACIONES

- Fortalecer la calidad de la atención prenatal, con el objetivo de identificar de forma oportuna factores de riesgo para el desarrollo de Ruptura prematura de membranas y de tal forma evitar dicha entidad.
- Fomentar el cumplimiento estricto del protocolo actual del manejo de la Ruptura prematura de membranas, según la normativa vigente (109), para lo cual podría realizarse plan de clases, acerca de la temática estudiada, con la finalidad de fortalecer conocimientos y de esta forma lograr resultados materno- fetales exitosos.
- Garantizar adecuado control de patologías de base, en pacientes con factores de riesgo para Ruptura prematura de membranas y de esta manera repercutir en la reducción del riesgo de aparición de dicha complicación.

BIBLIOGRAFIA

1. López-Osma, F. A. y Ordoñez-Sánchez, S. A. (2006). Ruptura prematura de membranas fetales: de la fisiopatología hacia los marcadores tempranos de la enfermedad. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 57(4), 279– 290. <https://doi.org/10.18597/rcog.466>
2. Rotura prematura membranas. (2021). *Medicina Fetal Barcelona* - Inicio. <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-maternaobstetrica/rotura-prematura-membranas.html>
3. Howard. (2009). Factores de riesgo de prematuridad y la ruptura prematura de membranas
4. Morgan & Osuna, (2008) “Factores socio demográficos y obstétricos asociados con la rotura prematura de membranas en el Hospital Civil de Culiacán, Sinaloa, enero del 2003 y diciembre del 2006.
5. Altamirano (2003), “ Prevalencia de complicaciones neonatales en pacientes con Ruptura Prematura de Membranas entre las 28 y 34 semanas de gestación del Hospital Bertha Calderón Roque”
6. Orozco y Fernández (2007), “Morbilidad materno-fetal y manejo en pacientes atendidas por ruptura prematura de membranas ovulares”
7. Castillo ML, Norori (2014) “Factores de riesgo asociados a ruptura prematura de membranas en mujeres con embarazos de término en el hospital asunción Juigalpa Nicaragua. Marzo -agosto 2014”.
8. Sánchez (2017) “Resultados maternos y perinatales en el manejo conservador de la Ruptura prematura de membranas en embarazos mayor de 34 semanas de Junio 2014 a Diciembre 2016 en el Hospital Bertha Calderón Roque”.
9. Ruiz (2019) “Resultados materno- perinatales del manejo conservador de la Ruptura prematura de membranas pretermino”.

10. Guadamuz (2020) “Resultados materno y perinatales del manejo conservador en embarazos pretérminos con Ruptura prematura de membranas en el Hospital Fernando Vélez Paiz de Enero a diciembre del 2019.
11. Gutiérrez Ramos, M. (2018). Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. *Revista peruana de ginecología y obstetricia*, 64 (3), 405–413. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2105>.
12. Boletín de práctica ACOG no. 80: Rotura prematura de membranas. (2007). *Obstetricia y Ginecología*, 109 (4), 1007–1020. <https://doi.org/10.1097/01.aog.0000263888.69178.1f>
13. Ministerio de Salud - Nicaragua. (2018). PROTOCOLO PARA LA ATENCION DE COMPLICACIONES OBSTETRICAS (109).
14. Zavala-García, A., Navarro-Torres-Arpi, P., Padilla-Amigo, C., & LaraBarragán-Bernal, IA (2018). Utilidad diagnóstica del biomarcador relación plaquetas-linfocitos en rotura prematura de membranas de término y pretérmino. *Perinatología y reproducción humana* , 32 (4), 151–154. <https://doi.org/10.1016/j.rprh.2018.08.007>
15. Rivera Z, R., Caba B, F., Smirnow S, M., Aguilera T, J. y Larraín H, A. (2004). FISIOPATOLOGÍA DE LA ROTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS OVULARES EN EMBARAZOS DE PRETÉRMINO. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 69(3). <https://doi.org/10.4067/s071775262004000300013>
16. Meléndez-Saravia N, Barja-Ore J. (2020 enero) Factores de riesgo asociados con la ruptura prematura de membranas pretérmino en pacientes de un hospital del Callao, Perú. *Ginecol Obstet Mex DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y MARCADORES*. Medigraphic.com. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133zb.pdf>
17. Orias Vásquez, M. (2020). Ruptura prematura de membranas. *Revista Médica Sinergia* , 5 (11), e606. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i11.606>.
18. Ortiz, FM, (2008), Factores sociodemográficos y obstétricos asociados con rotura prematura de membranas. <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsMex/gom-2008/gom088g.pdf>

19.Miranda-Flores, AF (2014). Resultados maternos y perinatales del manejo conservador de la rotura prematura de membranas en gestantes de 24 a 33 semanas. Acta médica peruana , 31 (2), 84.

ANEXOS

**Instrumento de recolección de la información. Datos
Generales. Características sociodemográficas 1)**

Edad:

- a) < 14 años ()
- b) 15-19 años ()
- c) 20-29 años ()
- d) 30- 35 años ()
- e) > 35 años ()

2) Área geográfica donde vive actualmente:

- a) Urbana ()
- b) Rural ()

3) Escolaridad:

- a) Analfabeto ()
- b) Primaria ()
- c) Secundaria ()
- d) Técnico ()
- e) Universitario ()

4) Ocupación:

- e) Ama de casa ()
- f) Profesional ()
- g) Comerciante ()
- h) Otros ()

Antecedentes Gineco-obstétricos

5. G: _____ 6. P: _____ 7. A: _____ 8. C: _____ 9. L: _____

10. Número de Cros. Sex. _____

11. Talla _____ 12. Peso: _____ 13. IMC _____

14. Número de Atenciones prenatales:

- a) Ninguna ()
- b) 1-3 ()
- c) >4 ()

15. Edad Gestacional al momento del diagnóstico de RPM:

- a) 34- 34 6 /7 SG
- b) 35 – 35 6 /7 SG
- c) 36- 36 6/7 SG

16. Método diagnóstico de RPM:

- a) Clínico
- b) Clínico + Ultrasonido
- c) Clínico + Cristalografía

17. Morbilidad Materna al momento de la RPM:

- a) Ninguna ()
- b) Diabetes ()
- c) Infección urinaria ()
- d) Infección vaginal ()
- e) Infección de Transmisión sexual
- f) Enfermedad inmunológica ()
- g) Enfermedad hipertensiva ()
- h) Obesidad ()
- i) Desnutrición ()
- j) Otras _____

Manejo del Parto actual

18. Uso de corticoides antenatales:

Completo _____

Incompleto _____

19. Forma de inicio del parto

- a) Espontáneo ()
- b) Inducido ()

20. Forma de terminación

- a) Vaginal _____
- b) Cesárea _____ Si es cesárea, indicación: _____

21. Duración del manejo conservador

- a) 1-7 días
- b) 8-14 días
- c) 14-21 días

22. Semanas de Gestación en que se finalizó embarazo

- a) 34- 34 6 /7 SG
- b) 35 – 35 6 /7 SG

c) 36- 36 6/7 SG

23. APGAR:

- a) 0-3
- b) 4-7
- c) 8-10

24. Peso al nacer

- e) < 1000 gramos
- f) 1000- 1499 gramos
- g) 1500- 2500 gramos
- h) >2500 gramos

25. Complicaciones maternas:

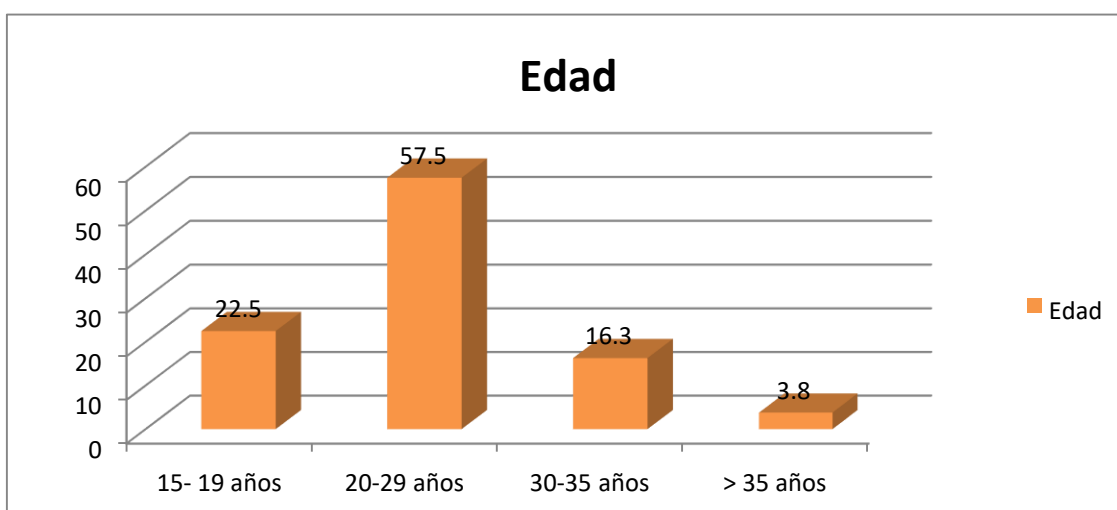
- i) Corioamnioitis ()
- j) Infección de herida quirúrgica ()
- k) Endometritis ()
- l) Histerectomía ()
- m) Seroma de Herida quirúrgica ()
- n) Absceso de pared ()
- o) Sin complicaciones ()
- p) Otras: _____

26. Complicaciones perinatales:

- a) Síndrome de Distress respiratorio neonatal ()
- b) Hipoglicemia ()
- c) Muerte perinatal ()
- d) Sepsis temprana ()

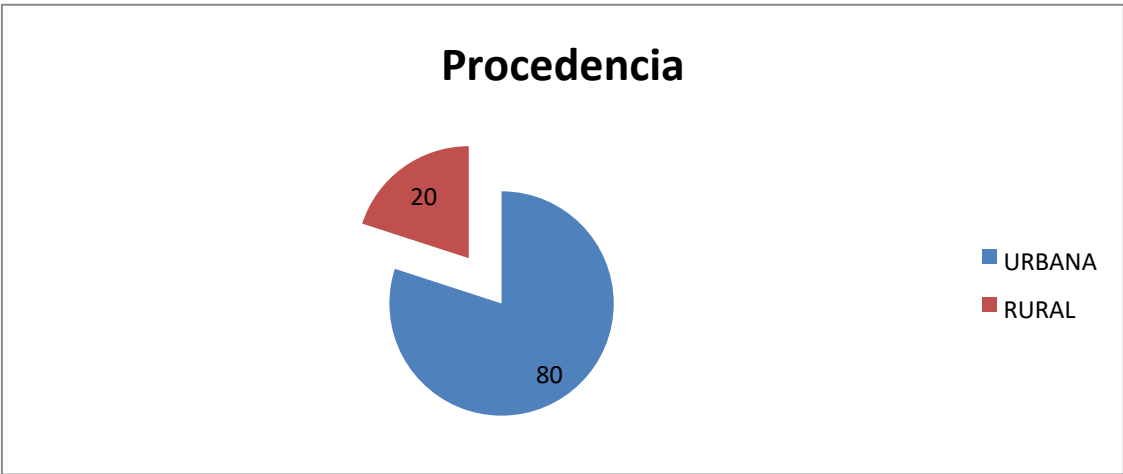
- e) Asfixia ()
- f) Neumonía ()
- g) Sin complicaciones ()
- h) Muerte fetal
- i) Otras_____

Gráfico N° 1: Edad de pacientes con Ruptura Prematura de membranas en edad gestacional de 34 a 36 6/7 semanas, manejadas conservadoramente, Hospital Fernando Vélez Paiz Enero 2018 – Diciembre 2020.



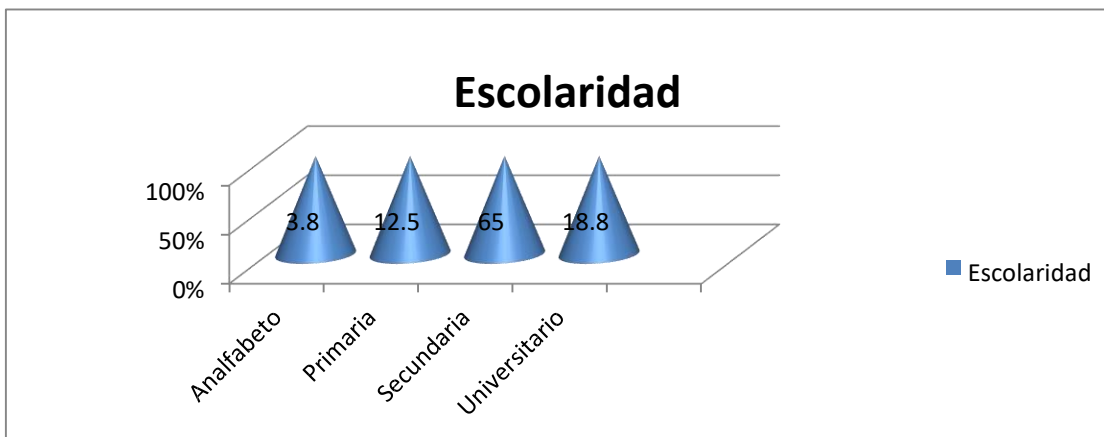
Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Fernando Vélez Paiz

Gráfico N° 2: Procedencia de pacientes con Ruptura Prematura de membranas en edad gestacional de 34 a 36 6/7 semanas, manejadas conservadoramente, Hospital Fernando Vélez Paiz Enero 2018 – Diciembre 2020.



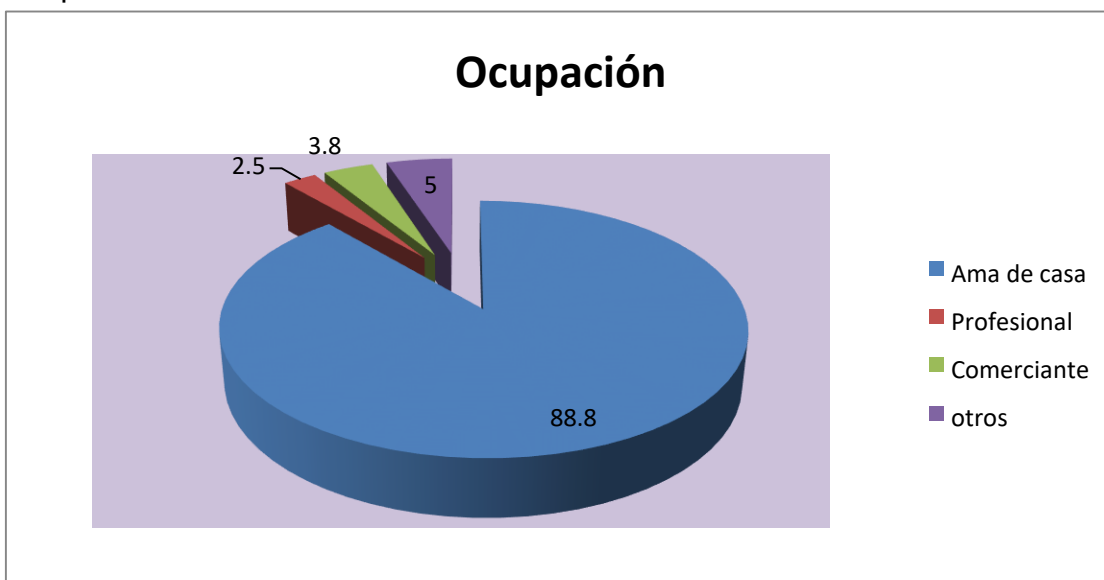
Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Fernando Vélez Paiz

3: Escolaridad de pacientes con Ruptura Prematura de membranas en edad gestacional de 34 a 36 6/7 semanas, manejadas conservadoramente, Hospital Fernando Vélez Paiz Enero 2018 – Diciembre 2020.



Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Fernando Vélez Paiz

Gráfico N° 4: Ocupación de pacientes con Ruptura Prematura de membranas en edad gestacional de 34 a 36 6/7 semanas, manejadas conservadoramente, Hospital Fernando Vélez Paiz Enero 2018 – Diciembre 2020



Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Fernando Vélez Paiz

Gráfico N°

Tabla N°1: Gestas de pacientes con Ruptura Prematura de membranas en edad gestacional de 34 a 36 6/7 semanas, manejadas conservadoramente, Hospital Fernando Vélez Paiz Enero 2018 – Diciembre 2020

Gestas	Frecuencia	Porcentaje
0	40	50.0
1	27	33.8
2	9	11.3
3	2	2.5
> 4	2	2.5
Total	80	100.0

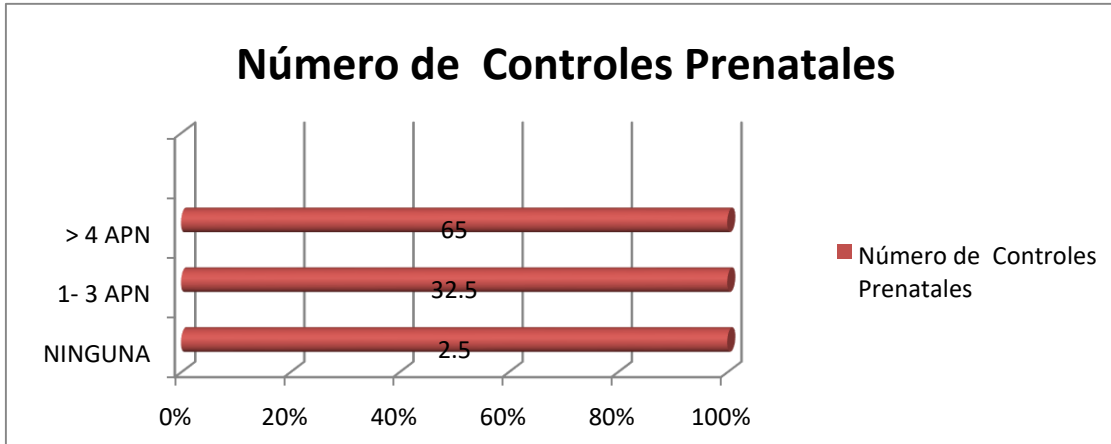
Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Fernando Vélez Paiz

Tabla N°2: IMC de pacientes con Ruptura Prematura de membranas en edad gestacional de 34 a 36 6/7 semanas, manejadas conservadoramente, Hospital Fernando Vélez Paiz Enero 2018 – Diciembre 2020

IMC	Frecuencia	Porcentaje
NORMAL 18- 25	23	28.8
SOBREPESO 25.1-29.9	30	37.5
OBESIDAD GRADO I 30- 34.9	18	22.5
OBESIDAD GRADO II 35- 35.9	5	6.3
OBESIDAD GRADO III > 40	3	3.8
DESNUTRICION	1	1.3
Total	80	100.0

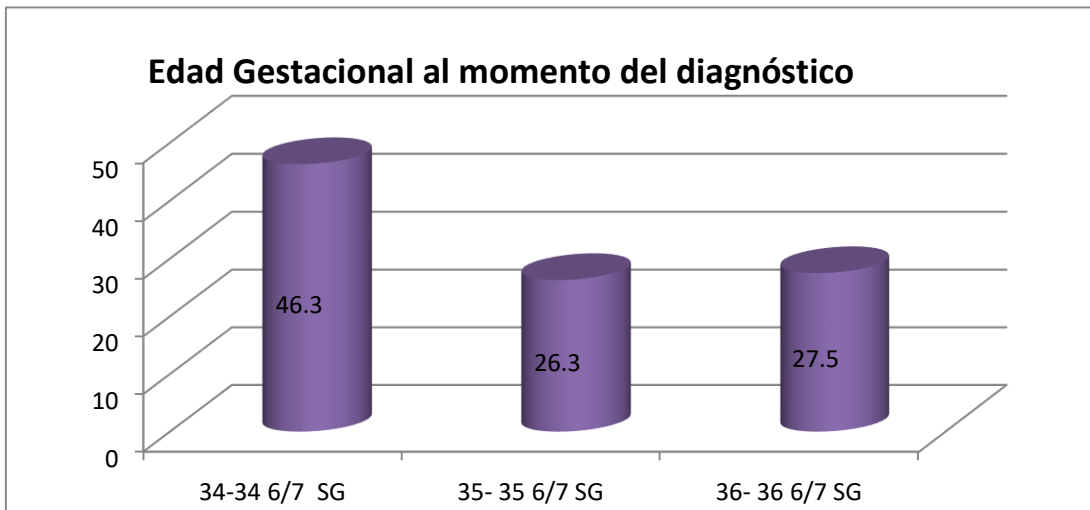
Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Fernando Vélez Paiz

5: Número de controles prenatales de pacientes con Ruptura Prematura de membranas en edad gestacional de 34 a 36 6/7 semanas, manejadas conservadoramente, Hospital Fernando Vélez Paiz Enero 2018 – Diciembre 2020.



Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Fernando Vélez Paiz

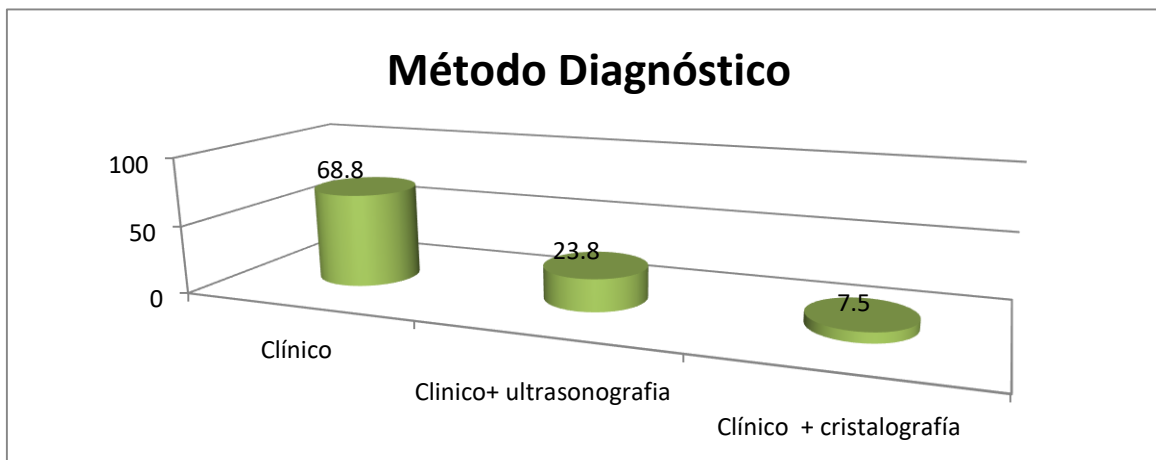
Gráfico N° 6: Edad Gestacional al momento del diagnóstico de pacientes con Ruptura Prematura de membranas en edad gestacional de 34 a 36 6/7 semanas, manejadas conservadoramente, Hospital Fernando Vélez Paiz Enero 2018 – Diciembre 2020.



Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Fernando Vélez Paiz

Gráfico N°

7: Método diagnóstico de Ruptura Prematura de membranas en edad gestacional de 34 a 36 6/7 semanas, manejadas conservadoramente, Hospital Fernando Vélez Paiz Enero 2018 – Diciembre 2020.



Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Fernando Vélez Paiz

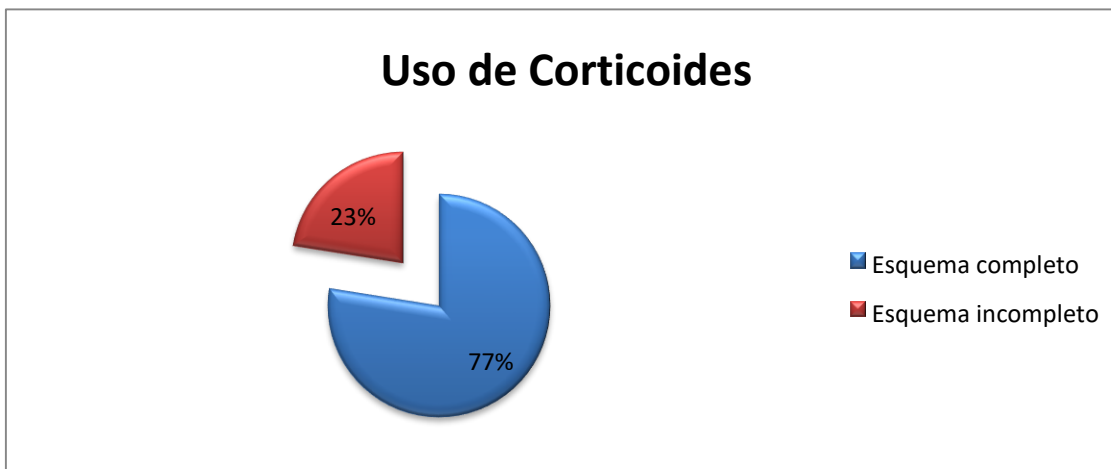
Tabla N° 3: Morbilidad de pacientes con Ruptura Prematura de membranas en edad gestacional de 34 a 36 6/7 semanas, manejadas conservadoramente, Hospital Fernando Vélez Paiz Enero 2018 – Diciembre 2020.

Morbilidad Materna	Frecuencia	Porcentaje
NINGUNA	46	57.5
DIABETES	9	11.3
INFECCION URINARIA	4	5
INFECCION VAGINAL	7	8.8
DESNUTRICION	1	1.3
ANEMIA	4	5
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	9	11.3
TOTAL	80	100

Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Fernando Vélez Paiz

Gráfico N°

8: Uso de corticoides en pacientes con Ruptura Prematura de membranas en edad gestacional de 34 a 36 6/7 semanas, manejadas conservadoramente, Hospital Fernando Vélez Paiz Enero 2018 – Diciembre 2020.



Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Fernando Vélez Paiz

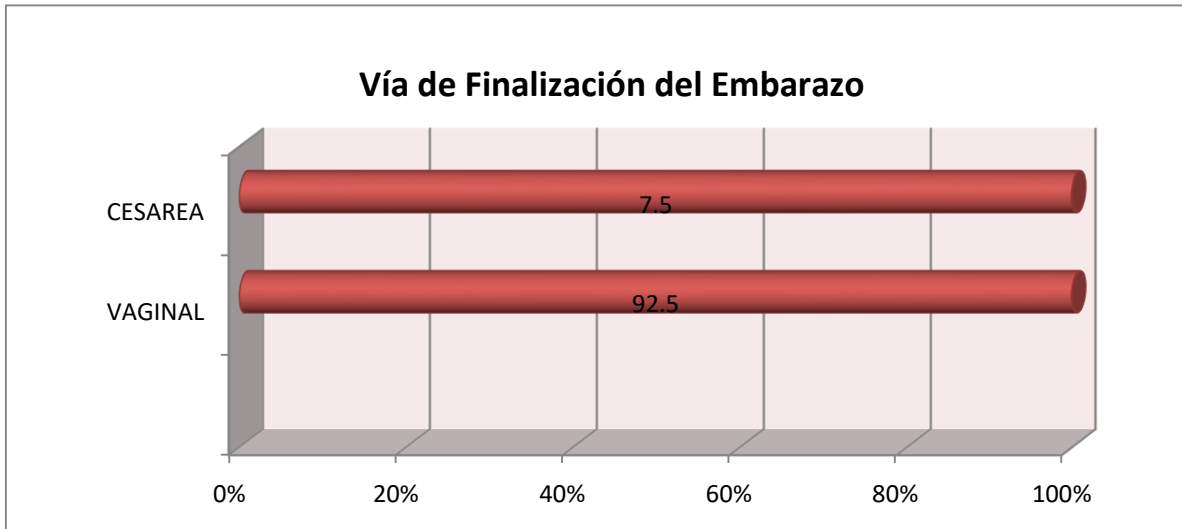
Tabla N° 4: Forma de inicio de parto de pacientes con Ruptura Prematura de membranas en edad gestacional de 34 a 36 6/7 semanas, manejadas conservadoramente, Hospital Fernando Vélez Paiz Enero 2018 – Diciembre 2020.

Forma de inicio del parto	Frecuencia	Porcentaje
ESPONTANEO	64	80.0
INDUCIDO	16	20.0
Total	80	100.0

Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Fernando Vélez Paiz

Gráfico N°

9: Vía de finalización de pacientes con Ruptura Prematura de membranas en edad gestacional de 34 a 36 6/7 semanas, manejadas conservadoramente, Hospital Fernando Vélez Paiz Enero 2018 – Diciembre 2020.



Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Fernando Vélez Paiz

Gráfico N° 10: Duración de finalización de manejo conservador en pacientes con Ruptura Prematura de membranas en edad gestacional de 34 a 36 6/7 semanas, Hospital Fernando Vélez Paiz Enero 2018 – Diciembre 2020.

Gráfico N°



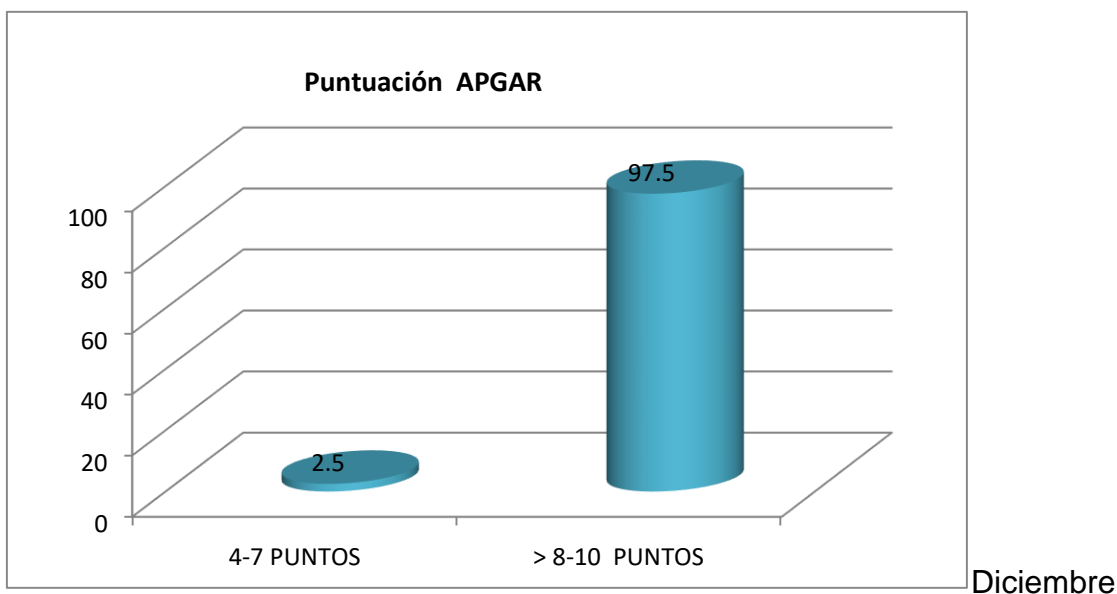
Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Fernando Vélez Paiz

Tabla N° 5: Semana de finalización del embarazo en pacientes con Ruptura Prematura de membranas en edad gestacional de 34 a 36 6/7 semanas, manejadas conservadoramente, Hospital Fernando Vélez Paiz Enero 2018 – Diciembre 2020.

Semana de finalización del embarazo	Frecuencia	Porcentaje
34-34 6/7 SG	19	
35- 35 6/7 SG	24	23.8
36- 36 6/7 SG	18	30.0
> 37 SG	19	22.5
Total	80	23.8
		100.0

Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Fernando Vélez Paiz

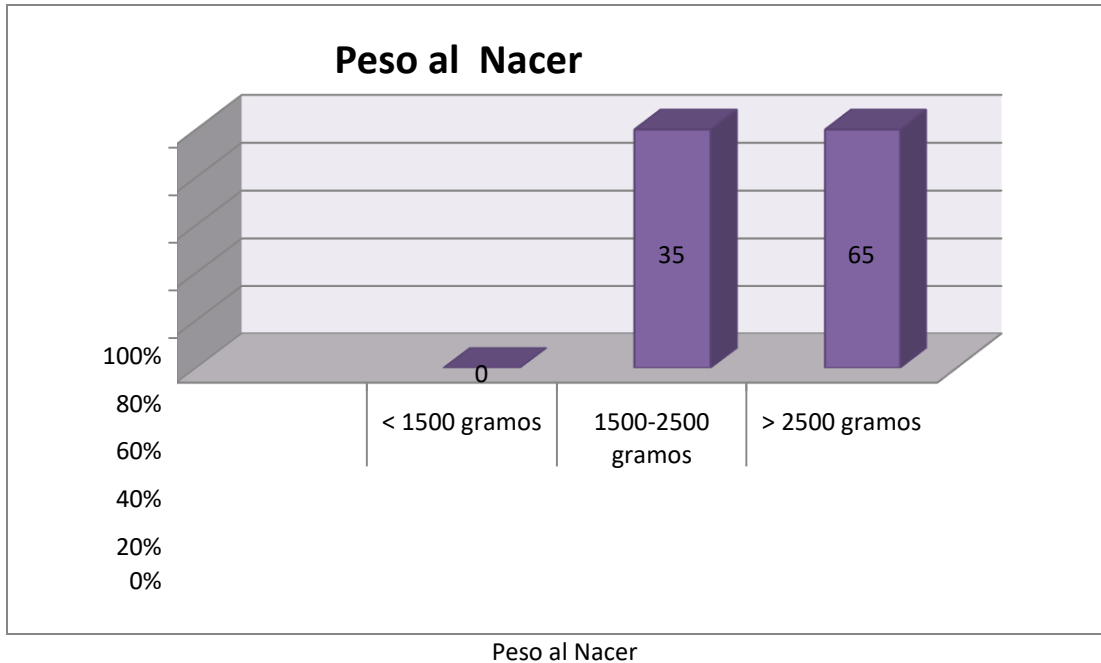
Gráfico N° 11: Puntuación APGAR de recién nacidos, hijos de madres con Ruptura Prematura de membranas en edad gestacional de 34 a 36 6/7 semanas, manejados conservadoramente, Hospital Fernando Vélez Paiz Enero 2018 –



2020.

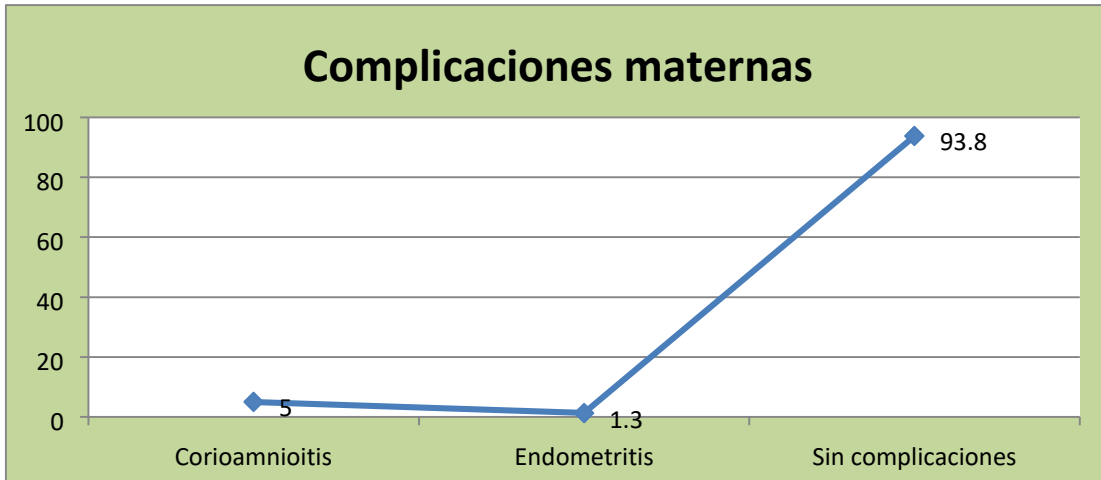
Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Fernando Vélez Paiz

Gráfico N° 12: Peso de recién nacidos, hijos de madres con Ruptura Prematura de membranas en edad gestacional de 34 a 36 6/7 semanas, manejados conservadoramente, Hospital Fernando Vélez Paiz Enero 2018 – Diciembre 2020.



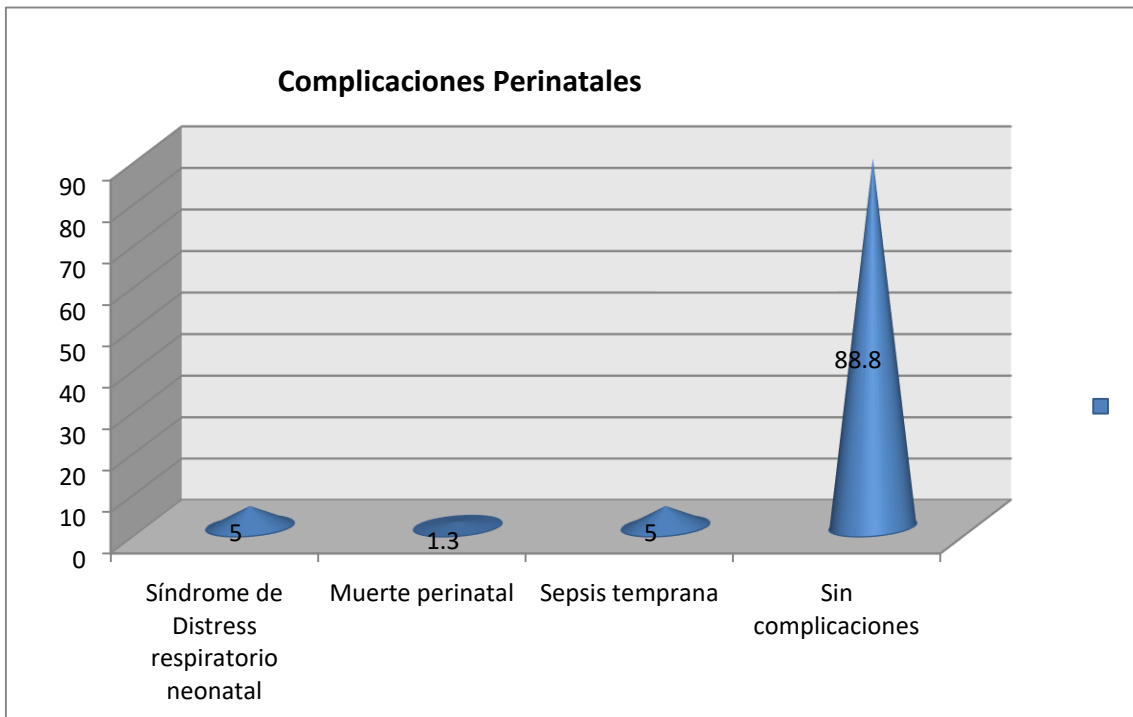
Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Fernando Vélez Paiz

Gráfico N° 13: complicaciones maternas de pacientes con Ruptura Prematura de membranas en edad gestacional de 34 a 36 6/7 semanas, manejados conservadoramente, Hospital Fernando Vélez Paiz Enero 2018 – Diciembre 2020.



Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Fernando Vélez Paiz

Gráfico N° 14: complicaciones perinatales, de pacientes con Ruptura Prematura de membranas en edad gestacional de 34 a 36 6/7 semanas, manejados conservadoramente, Hospital Fernando Vélez Paiz Enero 2018 – Diciembre 2020.



Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Fernando Vélez Paiz

Tabla N° 6: Edad/Complicaciones maternas de pacientes con Ruptura Prematura de membranas en edad gestacional de 34 a 36 6/7 semanas, manejadas conservadoramente, Hospital Fernando Vélez Paiz Enero 2018 – Diciembre 2020

Edad	Complicaciones maternas			Total
	Corioamnioitís	Endometritis	Sin complicaciones	
15- 19 años	1	0	17	18
20-29 años	2	1	43	46
30-35 años	1	0	12	13
> 35 años	0	0	3	3
Total	4	1	75	80

Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Fernando Vélez Paiz

Tabla N° 7: APGAR/ Semana de finalización del embarazo de pacientes con Ruptura Prematura de membranas en edad gestacional de 34 a 36 6/7 semanas, manejadas conservadoramente, Hospital Fernando Vélez Paiz Enero 2018 – Diciembre 2020

Semana de finalización del embarazo	APGAR		Total
	4-7 PUNTOS	> 7 PUNTOS	
34-34 6/7 SG	2	17	19
35- 35 6/7 SG	0	24	24
36- 36 6/7 SG	0	18	18
> 37 SG	0	19	19
Total	2	78	80

Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Fernando Vélez Paiz

Tabla N° 8: Morbilidad Materna /Complicaciones maternas de pacientes con Ruptura Prematura de membranas en edad gestacional de 34 a 36 6/7 semanas, manejadas conservadoramente, Hospital Fernando Vélez Paiz Enero 2018 – Diciembre 2020

Morbilidad Materna	Complicaciones maternas			Total
	Corioamnioititis	Endometritis	Sin complicaciones	
NINGUNA	3	0	43	46
DIABETES	1	0	8	9
INFECCION URINARIA	0	0	4	4
INFECCION VAGINAL	0	0	7	7
DESNUTRICION	0	0	1	1
ANEMIA	0	0	4	4
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	0	0	8	8
	4	1	75	9
Total		1		80

Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Fernando Vélez Paiz

Tabla N° 9: Semana de finalización del embarazo / Complicaciones Perinatales de pacientes con Ruptura Prematura de membranas en edad gestacional de 34 a 36 6/7 semanas, manejadas conservadoramente, Hospital Fernando Vélez Paiz
Enero 2018 – Diciembre 2020

Semana de finalización del embarazo	Complicaciones Perinatales.				Total
	Síndrome de Distress respiratorio neonatal	Muerte perinatal	Sepsis temprana	Sin complicaciones	
34-34 6/7 SG	2	1	2	14	19
35- 35 6/7 SG	2	0	2	20	24
36- 36 6/7 SG	0	0	0	18	18
> 37 SG	0	0	0	19	19
Total	4	1	4	71	80

Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Fernando Vélez Paiz

Tabla N° 10: Morbilidad Materna / Complicaciones Perinatales.de pacientes con Ruptura Prematura de membranas en edad gestacional de 34 a 36 6/7 semanas, manejadas conservadoramente, Hospital Fernando Vélez Paiz Enero 2018 – Diciembre 2020

Morbilidad Materna	Complicaciones Perinatales.				Total
	Síndrome de Distress respiratorio neonatal	Muerte perinatal	Sepsis temprana	Sin complicaciones	
NINGUNA	1	0	4	41	46
DIABETES	1	1	0	7	9
INFECCION URINARIA	0	0	0	4	4

INFECCION VAGINAL	0	0	0	7	7
DESNUTRICION	0	0	0	1	1
ANEMIA	0	0	0	4	4
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	2	0	0	7	9
	4		4	71	80
Total		1			

Fuente: Expedientes clínicos del Hospital Fernando Vélez Paiz