

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, UNAN – MANAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



**TESIS MONOGRÁFICA PARA OPTAR AL TÍTULO DE MEDICO Y CIRUJANO
GENERAL**

**COMPORTAMIENTO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN
EMBARAZADAS ATENDIDAS EN HOSPITAL ALEMÁN NICARAGÜENSE, I
SEMESTRE, 2016**

AUTORA:

Br. ANIELKA ROSMERY RODRÍGUEZ MONTENEGRO

TUTORES:

Dr. ROBERTO C. OROZCO GONZÁLEZ

Dra. FLAVIA VANESSA PALACIOS RODRÍGUEZ

MANAGUA, 28 DE SEPTIEMBRE DEL 2018

Dedicatoria

Quiero dedicar esta tesis a mis amados padres Oscar y Rossy porque son la razón de lo que soy hoy, por darme esta herencia eterna, una educación profesional completa.

Honro a mis Padres por todo su sacrificio, entrega y amor que a lo largo de estos años me han regalado, soy la hija más afortunada porque ustedes son las personas más valiosas que DIOS puso como padres en mi vida.

A mi hermano Oscar, por sus buenos consejos y apoyo.

A mi esposo Joan, por comprender el tiempo ausente y darme ánimo para alcanzar mis sueños y metas.

Dedico a ustedes esta valiosa carrera y todas las otras noches de desvelo que han de venir sean para honrar su esfuerzo los amo.

Agradecimiento

Agradezco a DIOS porque siempre ha sido fiel, por levantarme, recordarme todos los días de mi vida que sus planes son mejores que los nuestros, por sostenerme hasta el día de hoy, pues esperé en él y me respondió, he aquí una prueba de sus promesas.

A mis Padres el pilar más fuerte en mi vida quienes me ayudaron a perseverar y enseñarme que todo sacrificio tiene su recompensa, a nunca rendirme, gracias mamá y papá porque sin ustedes este logro sería en vano.

A mis tutores tan especiales Dr. Roberto Orozco y Dra. Flavia Palacios, quienes admiro y nunca me negaron de su tiempo, estuvieron siempre apoyándome con dedicación, dándome palabras de ánimo, gracias por brindarme sus conocimientos para que el presente trabajo fuese posible.

Contenido

CAPITULO I: GENERALIDADES	6
1.1 INTRODUCCIÓN	7
1.2 ANTECEDENTES	8
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	15
1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.5 OBJETIVOS:	17
1.6 MARCO TEORICO	18
1.6.1 Conceptos.....	18
1.6.2 Tipos de RPM.....	18
1.6.3 Epidemiología.....	19
1.6.4 Factores de Riesgo	20
1.6.5 Complicaciones Maternas	22
1.6.7 Complicaciones Fetales	22
Capítulo II: Diseño Metodológico.....	25
2.1 Tipo de Estudio:.....	26
2.2 Área de estudio:	26
2.3 Universo:	26
2.4 Muestra:	26
2.5 Listado de variables por objetivos:.....	27
2.6 Operacionalización de variables.....	29
2.7 Método, Técnica e instrumento de recolección de información:.....	32
2.8 Procesamiento de la información:	32
2.9 Plan de Análisis.....	32
2.10 Cruces de variables:	33
2.11 Consideraciones éticas:.....	34
CAPITULO III: DESARROLLO	35
3.1 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	36
3.2 DISCUSIÓN.....	39
3.3 CONCLUSIONES	43

3.4 RECOMENDACIONES	44
CAPITULO IV: BIBLIOGRAFIA	45
4.1 REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS	46
CAPITULO V: ANEXOS	48
Instrumento para recolección de datos	49

CAPITULO I: GENERALIDADES

1.1 INTRODUCCIÓN

La ruptura prematura de membranas es definida como espontánea cuando dicha ruptura ocurre antes del inicio de la labor de parto. Si dicha ruptura ocurre antes de las 37 semanas de gestación se denomina ruptura prematura pretermino de membranas ovulares (RPPM). (GUÍA CLÍNICA DE FLASOG, 2011)

Es considerada de gran importancia clínica y epidemiológica, debido a la alta frecuencia de complicaciones materno fetales, son responsables de casi el 100% de la mortalidad neonatal y otros problemas atribuibles son las infecciones, síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, enterocolitis necrotizante, retinopatía por prematurez. En la mayoría de los casos determina una anticipación del momento del parto aproximadamente en un 20% con el consiguiente nacimiento de un bebe que no ha completado su maduración, esta misma produce un incremento de presentaciones pélvicas cuya letalidad es mayor que la presentación cefálica

El pronóstico fetal en términos generales es reservado cuando ocurre dicho evento entre más precoz sea la rotura de las membranas, peor será dicho pronóstico. A partir de las 72 horas algunas complicaciones propias del período neonatal (hipoxia, distress respiratorio, sepsis, trastornos neurológicos e hiperbilirrubinemia) se presentan con mayor frecuencia. (Salud, 2013)

Por todo lo anteriormente expuesto se propone realizar esta investigación con el objetivo de determinar el comportamiento de la Ruptura Prematura de Membranas en las Embarazadas que fueron atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense del I semestre del año 2016. Para tal fin realizamos un estudio descriptivo de corte transversal retrospectivo, estudiamos diferentes variables las cuales fueron los antecedentes personales patológicos, eventos obstétricos e infecciones previo a la ruptura de membranas. Considero de utilidad esta investigación para mejorar la calidad de atención en el servicio de Ginecoobstetricia, categorizar las pacientes con Ruptura de Membranas y establecer líneas de acción encaminadas a la detección temprana de complicaciones por este evento.

1.2 ANTECEDENTES

Los estudios realizados en el tema de la Ruptura Prematura de Membranas en los últimos años son los siguientes:

A nivel Internacional:

2009, Gustavo Efraín y Velásquez Fabián, realizaron un estudio sobre “Factores de riesgo materno asociados a ruptura prematura de membranas pretérmino en pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo enero-diciembre 2008 Lima, Perú”, Durante el periodo de estudio del presente trabajo se presentaron 1127 casos de ruptura prematura de membrana representando el 6.47% del total de partos atendidos para dicho periodo; entre las 22 y 34 semanas de edad gestacional se presentaron 203 casos de RPM representando el 18% de todos de RPM presentados y el 1.17% del total de partos atendidos para este periodo. De todos los factores de riesgo presentados por la población en estudio, tanto el antecedente de infertilidad como el embarazo múltiple (gemelar) tienen menos relación con el diagnóstico de RPM, puesto que sólo se presentaron en 2.46% (5 pacientes), coincidentemente para ambos factores de riesgo; mientras que los factores de riesgo que más se relacionan son: 70% (142 pacientes) fueron calificados como insuficiente número de Controles Prenatales, 42.4% (86 pacientes) como alto riesgo social y 37.9% (77 pacientes) presentaron alguna infección cérvico - vaginal urinaria. El grupo poblacional más afectado desde el punto de vista socioeconómico es el grupo de adolescentes con 68.9%. (Gustavo Efraín, 2009)

2009, Hospital Puerto Cabello, Venezuela, investigan sobre “Resultados perinatales de una investigación científica realizada en dicho hospital”, concluyó que la ruptura prematura de membrana en embarazos pretérminos presento incidencia promedio, alta resolución por cesárea, con repercusiones perinatales neonatales medianas y morbilidad alta a la madre. (Martin, 2009)

2010, Carrillo Jorge y col; Revista Chilena de ginecología y obstetricia investigo sobre “Ruptura Prematura de membranas al término, manejo expectante por 24 horas e inducción con oxitocina”, concluyo que la conducta más difundida en pacientes con rotura prematura

de membranas (RPM) al término es la inducción inmediata por el riesgo de infecciones maternas y neonatales. Para reducir estas complicaciones y mantener una adecuada tasa de parto vaginal se comunican diversos métodos de inducción del parto y profilaxis antibiótica. Este estudio retrospectivo muestra los resultados de una conducta expectante por 24 horas en 115 pacientes consecutivas con embarazos de término entre enero y abril de 2001 con el diagnóstico de RPM; sin signos clínicos de infección, sufrimiento fetal o trabajo de parto al momento de consultar. Una vez cumplidas las 24 horas, las pacientes que no iniciaron trabajo de parto fueron inducidas con oxitocina. Los resultados muestran una tasa de parto vaginal de 84% y un 9,5% de infección ovular clínica en trabajo de parto. La incidencia de infección neonatal fue de 6,9%, sin mortalidad ni secuelas a mediano plazo. (Carrillo, 2010)

2011, Savransky Ricardo y col; Guía clínica de la Federación Latino Americana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FLASOG) abordaron de la “RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS”, reporto que los nacimientos prematuros son un gran problema en el mundo y las ruptura prematuras de membranas contribuyen en cerca de un tercio a esa prematuridad. En Latino América aproximadamente uno de cada 7 nacimientos es prematuro, la ruptura de membranas y trastornos hipertensivos son la principal causa. Una vez confirmada la ruptura de membranas, en especial las lejos del término, se está ante una complicación obstétrica que amerita manejo muy específico y basado en pruebas (evidencia). En Europa se calcula que 5 al 9% de los nacimientos son pretérminos y en Estados Unidos de Norte América este porcentaje alcanza el 12-13% 1. Desconocemos porcentajes en América Latina, sin embargo estadísticas de algunos hospitales confirman que es cerca de 11 al 15% 2-4. Se estima que un 25 a 30% de esos pretérminos son producto de ruptura prematura de membranas, Los nacimientos pretérminos conllevan a grandes discapacidades como por ejemplo parálisis cerebral infantil, dificultades en el aprendizaje y conducta. Por lo tanto evitar los nacimientos pretérminos es de prioridad en salud obstétrica. (Savransky, 2011)

2011, Hospital regional Caacupe, Praguay, realizo una revisión sobre los “Resultados perinatales en la ruptura prematura de membrana en este hospital abril 2011”, demostró la prevalencia de 23% no se encontró relación entre el uso de antibióticos y la presencia de

procesos infecciosos en el neonato, tampoco entre la utilización de antibióticos y complicaciones pulmonares en neonatos. (Prado, 2011)

2012, Cedeño Párraga y Col. , en la investigación sobre “Factores determinantes para la ruptura prematura de membranas en pacientes que ingresan al Hospital VERDI CEVALLOS BALDA, ciudad Portoviejo noviembre 2011-abril 2012, Ecuador, concluyen: Ecuador, concluyen: La Ruptura prematura de membrana tiene importantes repercusiones en los resultados perinatales, ya que es la causa de más del 30% de los partos pretérminos, donde se comprobó una alta distribución de casos entre las gestantes de 34-37 SG y 30-33 semanas de gestación con un resultado de 67% y 33% respectivamente, mientras que no se encontraron casos en los grupos de 22- 25 SG y 26-29 semanas de gestación demostrando una menor probabilidad de esta condición durante estas semanas. Todas las gestantes encuestadas presentaron bajo nivel socio – económico como factor determinante en ruptura prematura de membrana asociado principalmente a las infecciones cérvico vaginales en un 48%, seguido de otros factores vinculados a esta condición como: Partos prematuros previos en un 24%, bajo peso materno en un 14 % y el 14% restante correspondiente a Polihidramnios. Los periodos intergenésico muy cortos o largos se asocian con resultados desfavorables en el embarazo; el 38% de las gestantes con Ruptura prematura de membrana encuestadas presentaron intervalo intergenésico de 1-2 años, seguido de un 29%, 67% vivían en áreas rurales dato vinculado con la principal característica de la población el bajo nivel socio-económico; y el 33% restante en áreas urbanas. 95% de las gestantes con ruptura prematura de membrana son amas de casa. (Parraga, 2012)

2015, Faneite Pedro y col; estudio sobre la “Rotura prematura de membranas en embarazos pretermino en un centro hospitalario en Puerto Cabello, Venezuela”. En esta investigación científica se abordaron los antecedentes no patológicos donde se destacó que las pacientes estudiadas eran fumadoras y padecían de hipertensión arterial crónica con igual frecuencia. Estos factores han sido referidos ocasionalmente asociados a la RPM hubo un factor que no fue detectado en el ante-parto, , y que ha sido incriminado como determinante del parto prematuro y la RPM, nos referimos a la infección urinaria, la cual se encontró en el puerperio en una de cada cuatro pacientes con morbilidad puerperal; existieron aspectos

obstétricos maternos a señalar, como el motivo de consulta a su ingreso, un poco más de 7 de cada 10 de las pacientes lo hizo por RPM, 1 de cada 10 ingresó en trabajo de parto y RPM, y otro tanto lo hizo con cesárea anterior y RPM. Esta investigación se refirió a las repercusiones de la RPM sobre el feto-neonato y la madre. A tal efecto evidenciamos que en relación con los primeros hubo morbilidad neonatal en algo mayor de 1 de cada 10, siendo los principales responsables la insuficiencia respiratoria y el riesgo obstétrico, con un tercio de los casos cada uno, esta proporción estuvo por debajo de nuestra última serie de prematuridad, estudiada con los mismos agentes. La mortalidad neonatal estuvo por debajo del 10%, debido especialmente a la prematuridad extrema en cuatro de cada diez casos mortales, y la insuficiencia respiratoria en igual proporción, abarcando ambas cerca del 90% de los casos. Hubo morbilidad en una de cada cinco pacientes con RPMP, lo que se considero elevado. Con cifras cercanas a 10 % se detectó corioamnionitis y endometritis, las cuales son las patologías notorias de las complicaciones maternas de la RPM. (Faneite, 2015)

A nivel Nacional:

2005, Sánchez Bojorge Esmeralda, investigo sobre la “Ruptura prematura de membranas de 12 horas o más y sepsis neonatal en Hospital Roberto Calderón Roque octubre 2004 - enero 2005”, concluyo que las pacientes estudiadas tenían entre 20 - 29 años de edad en su mayoría, el 64.2% eran primigestas y de las patologías asociadas al embarazo un 67.5% presento infección de vías urinarias, 62.9% cérvico vaginitis y al momento del parto el 61.4% presento cérvico vaginitis en cuanto a los neonatos estudiados presentaron en su mayoría buen peso al nacer. (Bojorge, 2005)

2007, Sánchez Bermúdez Diana, en un estudio sobre los “Resultados maternos y perinatales en embarazos pretérminos con ruptura prematura de membrana en el Hospital Bertha Calderón Roque del 1 de enero al 31 de diciembre 2005”, se encontró que en los grupos de casos predomino el intervalo entre 15-19 años de edad y en los controles el mayor número de pacientes se encontraba entre 20-35 años en ningún grupo se presentaba edades extremas, también el nivel de escolaridad más frecuente en ambos grupos fue el de secundaria así como la mayoría de las pacientes provenían de áreas urbanas el 56.5%, en sus

resultados del total de recién nacidos pretérminos de embarazadas con ruptura prematura de membranas fallecieron el 25.47% siendo la principal causa de muerte la prematuridad seguida de infección con una causa directa principal de muerte por shock mixto, insuficiencia respiratoria, shock séptico. En la investigación se arrojaron datos de las complicaciones principales en el grupo de casos siendo la sepsis, neumonía y síndrome de distres respiratorio los más frecuentes. (Bermudez, 2007)

2008, Zeledón Cordoncillo Marlym, hizo un estudio sobre los “Factores de riesgo y protección perinatal asociados al manejo conservador de la ruptura prematura de membranas en embarazos pretérminos en Hospital Bertha Calderón Roque enero- diciembre 2007”, en el que reportó que las rupturas prematuras de membranas fueron más frecuentes en embarazadas menores de 35 años, procedencia urbana, con escolaridad primaria o secundaria, en cuanto a los factores de riesgo que se asociaron fuertemente con esta patología fueron la cervicovaginitis y las infecciones de vías urinarias, también se encontró que el uso de corticoides evito el desarrollo de las patologías respiratorias en neonatos y el uso de antibióticos evito las infecciones puerperales. Con respecto a los recién nacidos el peso para ambos grupos casos y controles de mayor de 1500 gramos y su condición fue satisfactoria, las patologías infecciosas más frecuentes en ambos grupos predominó la sepsis para casos y neumonía neonatal para controles. (Cordoncillo, 2008)

2009, Salazar Claudia y Zamora Méndez Cristian, realizaron una investigación sobre los “Factores asociados a la ruptura prematura de membrana, las complicaciones y el manejo terapéutico en gestantes ingresadas en el servicio de labor y parto del Hospital Bertha Calderón Roque en periodo enero- diciembre 2007”; en el cual se demostró que la mayoría de casos es más frecuentes en grupos etarios de 15-22 años con un 44.4%, sin embargo se descartó este como factor de riesgo, dentro de los antecedentes de gesta en el grupo de casos un 37.4% eran primigestas y bigestas, mientras que en el grupo de controles el 62.6% tenían la misma categoría de gesta, otros resultados fueron que la mayoría de pacientes que desarrollaron ruptura prematura de membrana eran primípara 44.9% en controles eran múltipara el 81.7%, se presentó un total de 12 abortos realizándose legrado a las mismas con un 50% para casos y controles, no obstante la finalización del embarazo fué de manera

espontánea 36.4% para casos y para controles 63.6%, 30.6% por inductoconduccion para casos y 69.4% para controles. Uno de los datos no menos importante que se identificó en esta investigación fueron las complicaciones neonatales más frecuentes como la sepsis neonatal en un 100% y la prematurez en segundo lugar con 57.1% para casos y 42.9% para controles. (Claudia Salazar, 2009)

2010, López Aguilar Zeyra y col, investigaron sobre “Factores de riesgo asociados a ruptura prematura de membrana en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Fernando Vélez Paiz de enero – julio 2008”, se demostró que la procedencia de área rural era un factor de riesgo para la ruptura prematura de membrana, según datos observados todas las mujeres que presentaron infecciones de vías urinarias en el II trimestre tienen mayor probabilidad de desarrollar ruptura prematura de membrana en comparación con las que presentaron infecciones de vías urinarias en I y III trimestre, los antecedentes gineco obstétricos que tuvieron relevancia en nuestro estudio fueron mujeres primigestas que presentaron un mayor factor de riesgo para la aparición de la patología estudiada. (Aguilar, 2010)

2012, Pérez Rosa María, en un estudio de “”, se concluyó que el 52.5% habían completado algún grado de secundaria, 91.55% eran amas de casa, 72.9% eran de Managua y 66.1% de las pacientes tuvieron ruptura prematura de membranas entre las 33-36 semanas de gestación, de los cuales el 18.5% de los neonatos presento complicaciones como neumonía congénita, 3.7% sepsis y solo un neonato presento síndrome de distres respiratorio. (Perez, 2012)

2013, Méndez Cinthia María y Moraga María Esther, en su estudio sobre los “Factores de riesgo asociados a ruptura prematura de membrana en mujeres egresadas del servicio de maternidad del Hospital regional Santiago Jinotepe en enero- diciembre 2012”; las conclusiones son las siguientes: la edad materna de predominio fue de 20-35 años en un 58%, la mayoría de las pacientes estudiadas habían llevado el embarazo a término al momento de la ruptura prematura de membrana presentado un porcentaje similar de embarazo pretérminos tanto en casos y controles 13 - 11.56%, solo 1.25% tenían como

antecedente la ruptura prematura de membrana y 1.75% antecedente de coriamnioitis.
(Maria Mendez, 2013)

2014, Pineda Lanzas Nieve, en un estudio de los “Resultados perinatales de ruptura prematura de membrana en recién nacidos pretérminos ingresados en el departamento de neonato del Hospital Bertha Calderón Roque enero – diciembre 2013”, se concluyó la procedencia de las madres era de origen urbano en 65% y rural 35%, la edad predominante en un 65% fue entre 20 – 35 años siendo la vía de parto vaginal en un 37.5% y por cesárea 62.5%, la patología más frecuente en los recién nacidos fue la neumonía 37.5 %, síndrome de membrana hialina 10%, anemia 7.5%, enterocolitis necrotizante 5%, la condición de egreso de los recién nacidos fue vivo 85% y fallecido 15% por neumonía congénita.
(Lanzas, 2014)

1.3 JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial la incidencia de Ruptura Prematura de Membranas es 1 al 3% y ocurre en el 8 al 10% de los embarazos a término y en 30 a 40% en embarazos pretérmino. Debido a esto la importancia de la problemática que genera la Ruptura Prematura de Membranas y sus secuelas a corto y largo plazo lo constituye la elevada morbimortalidad materno-fetal, si consideramos que la Ruptura Prematura de Membranas se asocia a prematuridad, bajo peso al nacer y septicemia que incrementan la mortalidad fetal, por ello surge la necesidad de indagar y profundizar un poco más sobre las complicaciones que se producen con mayor frecuencia en nuestro medio a causa de este evento obstétrico. (Vigil De Gracia & Savransky, 2011)

Con este estudio pretendemos brindar información actualizada de las características sociodemográficas esenciales que tienen las pacientes con Ruptura de Membrana, los principales eventos patológicos o no patológicos que rodea la Ruptura de Membrana y las complicaciones maternas y fetales que más se presentan. Esta información será de utilidad para las instituciones encargadas de la prevención y manejo de este evento, disminuyendo así la consecuente morbi-mortalidad materna y perinatal en el Hospital Alemán Nicaragüense y resto del país.

1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Nicaragua la Ruptura Prematura de Membranas representan de forma directa entre un 20 y 50% de los nacimientos prematuros, bajo peso al nacer y nacimiento de producto pequeño para la edad gestacional, aumentando la mortalidad materna y perinatal, por lo que se plantea el siguiente problema de investigación: (Salud, 2013)

¿Cuál es el comportamiento de ruptura prematura de membranas en embarazadas atendidas en Hospital Alemán Nicaragüense del I Semestre, 2016?

1.5 OBJETIVOS:

Objetivo General:

Determinar el comportamiento clínico y epidemiológico de Ruptura de Membranas en Embarazadas atendidas en Hospital Alemán Nicaragüense del I Semestre, 2016

Objetivo Específico:

1. Describir las características socio demográficas del grupo en estudio.
2. Identificar los antecedentes maternos patológicos, no patológicos y ginecoobstétricos de las pacientes con Ruptura de Membranas.
3. Determinar las complicaciones maternas en el embarazo y puerperio inmediato.
4. Describir las complicaciones fetales y del recién nacido de la población en estudio.

1.6 MARCO TEORICO

1.6.1 Conceptos

La ruptura prematura de membranas (PRM): se le designa a una solución a continuidad de las membranas cori amnióticas que sobreviene antes del inicio del trabajo de parto. (Salud, 2013)

La RPM puede ocurrir en cualquier momento de la gestación, pero se asocia a mayor morbilidad cuando ocurre en el embarazo de pretérmino. Ella representa la condición asociada a aproximadamente un tercio de los partos prematuros. (Garcia , 2012)

1.6.2 Tipos de RPM

Ruptura prolongada de membranas: consiste en la ruptura de membranas con periodo de latencia de 24 horas o más antes de iniciarse el trabajo de parto.

Periodo de latencia: intervalo de tiempo entre la ruptura de membranas y el nacimiento.

Falsa ruptura de membranas: quiste cori amniótico 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.

Ruptura precoz: es la que acontece durante el periodo de dilatación, antes de que este se haya completado.

Ruptura tempestiva: es la que acontece cuando el cuello se encuentra totalmente dilatado.

Ruptura alta: cuando se efectúa por encima del área cervical, existe una pérdida insidiosa de líquido y la persistencia táctil de la bolsa.

Ruptura espontánea: es la que se produce sin intervenciones.

Ruptura artificial: cuando se desgarran con una pinza u otro instrumento. (Salud, 2013)

Complicaciones por ruptura prematura de membranas: Al romperse las membranas, comienza el periodo de latencia para iniciar el trabajo de parto, aumentando así el riesgo de infección materno-fetal y la posibilidad de compresión del cordón umbilical. Destacándose también un sinnúmero de complicaciones tanto maternas como fetales. (MINSAL, 2015)

Periodo de latencia: se refiere al tiempo que transcurre entre la ruptura y la terminación del embarazo. Así, el periodo de latencia y la edad gestacional determinan el pronóstico y consecuentemente el manejo de la enfermedad de acuerdo a la posibilidad o no de terminación del embarazo. (Garcia , 2012)

La Prematurez y la infección son las dos complicaciones fundamentales de la RPM en el feto y/o recién nacido. Ellas son responsables de casi el 100% de la mortalidad atribuible a RPM. Problemas adicionales son la asfixia, la hipoplasia pulmonar y las deformidades ortopédicas. (Garcia , 2012)

1.6.3 Epidemiología

En Europa se calcula que 5 al 9% de los nacimientos son pretérminos y en Estados Unidos de Norte América este porcentaje alcanza el 12-13% 1. Desconocemos porcentajes en América Latina, sin embargo estadísticas de algunos hospitales confirman que es cerca de 11 al 15% 2-4. Se estima que un 25 a 30% de esos pretérminos son producto de ruptura prematura de membranas. (Gracia, 2011)

En Latino América aproximadamente uno de cada 7 nacimientos es prematuro y la ruptura de membranas y trastornos hipertensivos son la principal causa. Una vez confirmada la ruptura de membranas, en especial las lejos del término, estamos ante una complicación obstétrica que amerita manejo muy específico y basado en pruebas (evidencia). (Gracia, 2011)

La frecuencia con que se presenta la ruptura prematura de membranas es del 10%, todas estas complicaciones que se relacionan con dicha patología nos obligan a mejorar las intervenciones que se realizan con esta entidad clínica para así disminuir la morbimortalidad materno perinatal. (Salud, 2013)

La RPM tiene importantes repercusiones en los resultados perinatales, ya que es la causa de más del 30% de los partos pretérminos, y por sus consecuencias y complicaciones la causa de un 10% de la mortalidad perinatal, pero sus consecuencias afectan también a la madre, ya que las decisiones que se tomen pueden representar mayor o menor riesgo de infección y pueden obligar a realizar diferentes tipos de intervenciones para terminar la gestación. (García , 2012)

La Incidencia fluctúa entre el 2,7 y 17% (promedio, 10%) de los embarazos, correspondiendo el 20% de los casos a gestaciones de pretérmino. La edad materna promedio en las gestantes es de 25 años. (García , 2012)

1.6.4 Factores de Riesgo

Pueden estar dados por condiciones maternas, genéticas o ambientales. La mayoría de los FR se comparte con los de parto prematuro. (MINSAL, 2015)

- Bajo nivel socioeconómico
- Infecciones del tracto genital inferior (ITS)
- Antecedentes de parto pretérmino
- Embarazo con un DIU
- Debilidad inherente de las membranas
- Coriamnionitis
- Esfuerzo excesivo
- Infección urinaria
- Sobredistensión uterina (gestación múltiple, Polihidramnios, macrosomía fetal)
- Desproporción cefalopélvica
- Déficit nutricional
- Incompetencia ístmicocervical (conización cervical por tratamientos al cuello del útero, cerclaje)
- Antecedentes de ruptura de membranas
- Hemorragia preparto
- Disminución de colágeno de las membranas
- Desnutrición
- Tabaquismo
- Enfermedades pulmonares durante el embarazo
- Amniocentesis (Salud, 2013)

Bajo nivel socioeconómico: En general, los estudios demuestran que existe asociación entre bajo nivel socioeconómico y nutrición inadecuada, con RPM. Un estudio realizado en Canadá evidenció que las mujeres de estrato socioeconómico bajo y niveles de hemoglobina menor de 11,1 mg/L, tienen tres veces más riesgo de RPM. Se ha encontrado también que la tasa de RPM es mayor entre pacientes con niveles plasmáticos bajos de vitamina C (14,6% en niveles < 0,20 mg/dL vs. 1,4% en niveles > 0,60mg/dL) y que el suplemento de vitamina C desde la semana 20 se asocia con disminución en la tasa de RPM. (Amaya, 2010)

Infección del tracto genital inferior: Las que podemos encontrar son:

- **Vaginosis bacteriana:** Su asociación no es clara; mientras algunos estudios sugieren que la infección por *Gardnerella vaginalis* entre las semanas 8 y 17 aumenta 7 veces el riesgo de RPM y que el tratamiento para vaginosis bacteriana en pacientes con antecedente de parto pre término puede reducir el riesgo de RPM hasta un 84% otros no han encontrado asociación. (MINSAL, 2015)
- **Estreptococos del grupo B (SGB):** la colonización con SGB no es un riesgo para RPM pre término pero sí para un resultado adverso en el neonato. (Amaya, 2010)
- **Chlamydia trachomatis:** la infección por *Chlamydia trachomatis* con respuesta inmune humoral (IgM positivo) es un factor de riesgo para RPM. (Amaya, 2010)
- **Neisseria gonorrhoeae:** la prevalencia de RPM es mayor en pacientes con cultivo positivo para *Neisseria gonorrhoeae* en endocérvix, placenta o endometrio (75% vs. 37%, p menor o igual que 0,05). (Amaya, 2010)
- **Trichomonas vaginalis:** no hay una relación clara; sin embargo, algunos han reportado una probabilidad de RPM de 1,42 en pacientes con cultivo positivo para *Trichomonas vaginalis*. (Amaya, 2010)

Antecedente de RPM: La recurrencia de RPM pre término es del 4% si el embarazo anterior llegó a término sin RPM, mientras que en pacientes con antecedente de RPM pre término el riesgo de recurrencia es entre 6 y 13 veces mayor. (Amaya, 2010)

Tabaquismo: La literatura sugiere que fumar más de 10 cigarrillos al día aumenta el riesgo de RPM entre dos y cuatro veces; no obstante, las mujeres que suspenden el cigarrillo durante el embarazo tienen el mismo riesgo que las que nunca han fumado. (Amaya, 2010)

1.6.5 Complicaciones Maternas

- Corioamnioitis 13% a 60%
- Endometritis posparto complica del 2% al 13% de estos embarazos.
- Sepsis
- Desprendimiento prematuro de la placenta (Abrupto placentae) 4% al 12% (Salud, 2013)

Corioamnionitis: Se define infección intraamniótica (IIA) o invasión microbiana de la cavidad amniótica como la presencia de gérmenes en el LA, normalmente estéril. Corioamnionitis o infección ovular define la presencia de manifestaciones clínicas maternas asociadas a IIA. Los gérmenes implicados son las bacterias que forman parte de la flora genital normal de la mujer (Mycoplasma y Ureaplasma, Fusobacterium, Escherichia coli, Enterococo, Bacteroides, hongos y otros). En ocasiones pueden aislarse gérmenes patógenos exógenos (Listeria, Gonococo, Estreptococos A y C). (García , 2012)

1.6.7 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
- Displacia periventricular
- Parálisis cerebral

- Muerte neonatal en fetos expuestos a infección intrauterina (Salud, 2013)

Síndrome de dificultad respiratoria: Es la causa más frecuente de mortalidad perinatal, en relación a RPM, en gestaciones por debajo de las 34 semanas. En nuestro medio se señala una incidencia de 35%. (Garcia , 2012)

Infección neonatal: se manifiesta a través de neumonía, bronconeumonía, meningitis y/o sepsis. Los gérmenes aislados más frecuentemente en recién nacidos infectados son Escherichia coli, Klebsiella y Estreptococo grupo B (Streptococcus Agalactiae). (Garcia , 2012)

Asfixia perinatal: La compresión del cordón secundaria al oligoamnios, el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, las distocias de presentación y la propia infección materna y/o fetal, son elementos que contribuyen a elevar la incidencia de asfixia perinatal (10 a 50%) en las pacientes con RPM. La monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal y el perfil biofísico están frecuentemente alterados en estos casos. (Garcia , 2012)

Hipoplasia pulmonar: Esta complicación es propia de aquellos embarazos en que la RPM se produce antes de las 25 semanas de gestación y que cursan con oligoamnios severo de larga evolución (mayor de 3 semanas). Es una complicación grave que se asocia a mortalidad perinatal de hasta 80%. El trastorno se caracteriza porque el pulmón fetal es incapaz de retener e intercambiar LA. (Garcia , 2012)

Deformaciones fetales: Ellas constituyen parte de las anomalías propias de la "secuencia de oligoamnios" o "secuencia de Potter". Estas anomalías incluyen hipoplasia pulmonar, facies típica y posiciones aberrantes de manos y pies, así como piernas curvadas, luxación de cadera y pie equino varo. (Garcia , 2012)

Muerte neonatal: La mortalidad fetal es aproximadamente del 1% si la RPM se da en gestaciones mayores a 24 semanas, y del 15% si se presentan en menores edades gestacionales. La muerte fetal se presenta como consecuencia de infección neonatal, abrupción de placenta, RCIU y prolapso de cordón. (Amaya, 2010)

Capítulo II: Diseño Metodológico

2.1 Tipo de Estudio:

Es un estudio de tipo descriptivo y según la secuencia del estudio es transversal.

2.2 Área de estudio:

Hospital Alemán Nicaragüense, ubicado en la ciudad de Managua, carretera norte de la SIEMENS 300 varas al sur, es un Hospital General Departamental, fundado en 1986, con 18 años de funcionamiento contando con, atención quirúrgica del adulto, atención médica al adulto, niñez, mujer y atención a la salud social familiar comunitaria.

2.3 Universo:

Representa al total de mujeres embarazadas con ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense siendo el número de 377

2.4 Muestra:

Tamaño de la Muestra:

El cálculo del tamaño de la muestra se aplicará la fórmula para universo finito es decir poblaciones menores a 10,000 habitantes haciendo la corrección correspondiente cuando se trabaja con poblaciones finitas utilizando la siguiente fórmula:

Donde:

n: es el tamaño de la muestra

z es el nivel de confianza: 1.96

p es la variabilidad positiva: 0.5

q es la variabilidad negativa: 0.5

N es el tamaño del universo: 377 mujeres

E es la precisión o el error 0.05

Obteniendo el siguiente resultado: de 76

$$n = \frac{Z^2 pq N}{N - 1 E^2 + Z^2 pq}$$

Criterios de Inclusión:

- Pacientes con información en el expediente clínico completo.
- Pacientes con Diagnóstico de Ruptura prematura de membranas.
- Pacientes que su parto fue atendido en el Hospital Alemán Nicaragüense.

Criterios de exclusión:

- Expedientes con datos incompletos.
- Pacientes con partos atendidos en otra unidad de salud.
- Pacientes con complicaciones secundarias otras patologías maternas.

2.5 Listado de variables por objetivos:

Objetivo No 1: Describir las características socio demográficas del grupo en estudio.

Edad

Escolaridad

Procedencia

Ocupación

Estado civil

Índice de Masa Corporal

Semanas de Gestación

Objetivo No 2: Identificar los antecedentes maternos patológicos, no patológicos y ginecoobstétricos de las pacientes con Ruptura de Membranas.

Antecedentes Personales No Patológicos

Antecedentes Personales Patológicos

Antecedentes Ginecoobstétricos

Período intergenésico

Control prenatal

Enfermedad asociadas

Infecciones durante en el embarazo

Objetivo No 3: Determinar el periodo de latencia y vía de finalización del embarazo durante el evento obstétrico.

Periodo de Latencia de RPM.

Vía de Finalización

Objetivo No 4: Describir las complicaciones maternas y fetales de la población en estudio.

Complicaciones Maternas

Complicaciones Fetales

2.6 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.		Años cumplidos de la paciente al momento de la ruptura	10 a 19 años 20 a 29 años 30 a 39 años Mayor de 40 años
Escolaridad	años cursados y aprobados según nivel de educación alcanzada		Año académico alcanzado por la paciente	Analfabeta Primaria Secundaria Universidad
Procedencia	Territorio de origen de un individuo según unidad de espacio		Lo que este plasmado en el expediente clínico	Urbano Rural
Ocupación	Es el oficio o profesión que una persona desempeña laboralmente.		Oficio	Ama de casa Estudiantes Otros
Estado civil	Situación en que se encuentra una persona en relación a otra, con quien se crean lazos constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos		Lo que este reflejado en el expediente	Soltera Casada Unión libre Otros
Índice de Masa Corporal	Es una razón matemática que asocia la <u>masa</u> y la <u>talla</u> de un individuo y da el peso ideal de acuerdo a la talla			Desnutrida Normal Sobrepeso Obesidad
Semanas de gestación	Es la edad del bebe medido en semanas desde su concepción hasta el nacimiento			Pretérmino (22 a 36 sem) A término (37 a 40 sem) Prolongado (41 o más)

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Antecedentes personales No patológicos	Son datos aportados por paciente sobre sus hábitos y costumbres que pueden relacionarse con ruptura de membrana		Tipo de hábito.	Tabaquismo Alcohol Café
Antecedentes personales patológicos	Aquellos datos recolectados de patologías antes del embarazo que padece la paciente		Tipo de Patología	HTA Asma Bronquial Otros Ninguno
Antecedentes Ginecoobstétricos	Número de Gestaciones anteriores al embarazo actual y resoluciones de los mismos.	Gestas	Clasificación	Primigesta Multigesta Gran multigesta
	Es cuando la mujer da a luz al bebe vía vaginal	Partos	Clasificación	Nulípara Primipara Multípara
Periodo Intergenésico	Es el periodo que transcurre entre un embarazo y otro.		Años	Menor de 1 año De 2 a 3 años De 4 a 5 años Mayor de 6
Control Prenatal	Atención medica que reciben las embarazadas durante todo el periodo de la gestación.		No de CPN	Incompleto Completo Ninguno
Enfermedad Asociada	Se trata de alguna patología que pueda estar asociada como factor de riesgo para la RPM			SHG DM Hipotiroidismo Otro Ninguno
Infecciones durante el embarazo	Son aquellas infecciones que ocurrieron durante todo el embarazo			Ninguna Infección Urinaria Infección Vaginal Infección Respiratoria Alta

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Periodo de Latencia de la RPM	Es el tiempo que transcurre desde que se dio la ruptura de membranas hasta el parto.			Menos de 6 horas De 6 a 12 horas De 12 a 24 horas Mayor de 24 horas Indeterminado
Vía de Finalización	Vía a través de la cual culminó el parto.			Parto Cesárea
Complicaciones maternas	Son todas las patologías que ocurren en la mujer durante el embarazo o después de embarazo		Tipo patologías	Corioamnioitis Oligohidramnios severo Trabajo de parto detenido DPPNI Otros Ninguno
Complicaciones fetales	Son todas las patologías que ocurren en el feto durante el embarazo o posterior al nacimiento.		Tipo patologías	SDR Asfisia Neonatal Sepsis Neonatal SFA Otros Ninguno

2.7 Método, Técnica e instrumento de recolección de información:

El método que se utilizará es la observación mediante la técnica de revisión documental en el cual se revisaran los expedientes clínicos del primer semestre del año 2015, por lo tanto la fuente de información es Secundaria.

Se elaborará un formulario compuesto por preguntas cerradas que será llenado de acuerdo a la información obtenida del expediente clínico de las pacientes previamente seleccionadas para el estudio.

El formulario está compuesto por tres partes: la Primera Parte presenta los Datos Generales en cual se detalla la edad, escolaridad, procedencia, ocupación, estado civil. En la segunda parte consta de los antecedentes: personales no patológicos, personales patológicos y Ginecobstétricos. En la tercera parte se abordan las complicaciones maternas y fetales.

En la validación se hizo revisión de 7 expedientes en Hospital Alemán Nicaragüense con Preeclampsia los cuales se tuvo deficiencias en algunas preguntas como por ejemplo en semanas de gestación por Capurro ya que algunos expedientes no contaban con dicha información así como también en el estado nutricional de estas pacientes, dentro de los ítem de este formulario se llenaron sin dificultades.

2.8 Procesamiento de la información:

Una vez recolectados los datos estos serán ordenados para ser procesados a través del programa estadístico SPSS versión, luego se realizarán tablas y gráficos en el programa de Microsoft Excel.

2.9 Plan de Análisis

Una vez procesado los datos se elaboraran tablas y gráficos de los siguientes:

- Edad
- Escolaridad
- Procedencia

- Ocupación
- Estado civil
- Índice de Masa Corporal
- Semanas de Gestación
- Antecedentes Personales No Patológicos
- Antecedentes Personales Patológicos
- Antecedentes Ginecobstétricos
- Periodo Intergenésico
- Control prenatal
- Enfermedad Asociada
- Infecciones durante el embarazo
- Periodo de Latencia
- Vía de finalización
- Complicaciones maternas
- Complicaciones fetales

2.10 Cruces de variables:

- Edad vs Antecedentes Personales Patológicos
- Escolaridad vs Antecedentes Ginecobstétricos
- Procedencia vs Estado civil
- Edad vs Complicaciones maternas

2.11 Consideraciones éticas:

Este protocolo de investigación se realizara bajo la norma para el manejo del expediente clínico y guía para el manejo del expediente clínico; normativa 004, además de los valores morales que se pondrán siempre en práctica para no perjudicar a las personas involucradas en el estudio dentro de lo cual nos comprometemos a lo siguiente:

- Los datos contenidos en el expediente clínico son confidenciales para uso exclusivo del personal autorizado.
- Ninguna parte del expediente clínico de un usuario puede suprimirse, desecharse, anularse, modificarse o destruirse si se encuentra en el grupo de expedientes activos o pasivos de la institución.
- Los datos obtenidos serán utilizados únicamente con fines didactas.
- No se realizaran comentarios que puedan perjudicar el aspecto psicológico de las participantes.

CAPITULO III: DESARROLLO

3.1 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Un total de 76 expedientes de pacientes con Ruptura Prematura de Membranas fueron estudiadas encontrando los siguientes

La edad promedio de las pacientes en nuestro estudio con RPM fue de 22 años, la mitad de la población tienen edades menores a los 21 años, siendo la edad más frecuentemente presentada a los 19 años. El grupo etareo que predominó fue el grupo de 20 a 29 años, seguida del grupo de 10 a 19 años y por último lugar de la edad de 40 años representadas por 1.3%. En el gráfico 1 podemos encontrar mayor dispersión de las edades de las pacientes que corresponde entre el 50% y el 75% de la población. Con respecto a la procedencia de las pacientes el 78.9% eran de áreas urbanas y sólo el 21.1% eran de origen rural. (Ver tabla N°1 y 3)

Con relación a la escolaridad de las pacientes podemos describir que el 71.1% de la población corresponde a pacientes que habían terminado su secundaria, sólo el 3.9 % de la población era Analfabeta. Con respecto al estado civil, 37 pacientes que corresponde al 48.7% tenían unión libre, mientras que el 19.7% de las pacientes estaban representadas por solteras. En cuanto al estado nutricional según el índice de masa corporal de las pacientes estudiadas, se encontró en su mayoría que el 84.2% tenían un índice normal lo que es bastante relevante ya que solamente el 15.7% se encontraban en riesgo, detallando que el 3.9% estaban en obesidad, 1.3% en desnutrición y 10.5% en sobrepeso. (Ver tabla N°2,5 y 6)

En cuanto a las enfermedades asociadas a la RPM que se presentó en estas pacientes, la más frecuente fue el Síndrome Hipertensivo Gestacional con un porcentaje de 5.3%, en el 88.2% de las pacientes estudiadas no presentó ninguna enfermedad, previo al evento obstétrico. Se estudió la presencia de alguna infección en el momento de la Ruptura Prematura de Membranas, observando que la infección urinaria con 18.4% fue la más frecuente, seguida del 3.9% con infecciones vaginales y el 75% de la población no presentó ningún tipo de infección. Dentro de las antecedentes personales no patológicos se observó que el 56.6% de las pacientes consumía café. Dentro de los personales patológicos el 96.1% de las pacientes no presentaba ninguna patología. (Ver tabla N° 13,14,8 y 9)

Cuando se estudió las semanas de gestación al momento de la Ruptura de Membrana notamos que el 89.5% estaban dentro del grupo de embarazos a términos. Cuando usamos medidas de tendencias centrales para las semanas de gestación podemos observar que el promedio fue de 38 semanas de gestación, la mitad de la población estaba por arriba de las 38 semanas de gestación. Este dato es concordante con las semanas por Capurro calculado al recién nacido al momento del nacimiento demostrando que el 90% de los recién nacidos eran a términos. (Ver tabla N° 7)

En cuanto a las paridades de las pacientes podemos describir que el 55.3% eran Nulíparas, si sumamos las pacientes que han tenido más de un hijo representa el 44.6% de las pacientes. En cuanto al período intergenésico podemos notar que el 44.8% de las pacientes tenían más de 2 años del último embarazo. (Ver tabla N° 10 y 11)

La atención prenatal que recibieron las pacientes en su mayoría fue incompleta con el 72.4% de las pacientes lo que se hace notorio en el momento de presentar la RPM, 23.7% fue completa y solo el 3.9% no se realizó ningún control prenatal durante el embarazo. Conforme al Periodo de Latencia podemos describir que el 35.5% de las pacientes presentaron menos de 6 horas de Ruptura Prematura de Membrana, 25% presentó un Periodo de Latencia de 6 a 12 horas, 17.1% presentó de 12 a 24 horas, 1.3% más de 24 horas y un 21.1% de las pacientes tuvieron un periodo de latencia sin determinar el tiempo de Ruptura. (Ver tabla N° 12 y 15)

En cuanto a las complicaciones maternas podemos notar que 26 (34.2%) de las pacientes no presentaron ninguna complicación materna, 15.8% oligohidramnios severo, 9.2% corioamnioititis, 3.9% trabajo de parto detenido y DPPNI respectivamente, 25 (32.9%) de ellas presentaron otro tipo de complicación. Las complicaciones fetales al nacimiento no se presentaron en 48.7% de los recién nacidos, mientras que en el 28.9% presentó alguna complicación, siendo la más frecuente el Sufrimiento Fetal Agudo con 11.8% y Síndrome de Distress Respiratorios con 5.3 %. Cabe destacar que sólo el 2.6% de los neonatos presentaron Sepsis Neonatal. (Ver tabla N° 17 y 18)

Los embarazos culminaron en 61.8% en cesáreas y solo el 38.2% de las pacientes lograron finalizar esta etapa a través del parto. De acuerdo a la estancia intrahospitalaria

podemos mencionar que el 48.7 % de las pacientes tuvo 24 horas hospitalizadas, 25% de las pacientes estuvo 48 horas en el hospital, el 26.4% restante estuvo más de 72 horas en el hospital. Dentro de las complicaciones Post Parto podemos notar que el 69.7% de las pacientes no presentaron complicaciones en esta etapa; sin embargo, el 30.2% de las pacientes tuvieron complicaciones. Las complicaciones más frecuentes presentadas fueron las infecciosas con 22.3%, específicamente el Sepsis Grave con 10.5% y Endometritis con 11.8%. (Ver tabla N° 16)

Al realizarse un cruce de variables relacionando los grupos de edades con los antecedentes personales patológicos se obtuvo que en las pacientes menores de 29 años, 66 de pacientes estudiadas no presento ningún antecedente con respecto a la RPM, por lo que no fue relevante. También se cruzaron las variables escolaridad y antecedentes Ginecobstétricos de las cuales 54 cursaban las secundaria dentro de esas embarazadas 37 nulíparas y 12 primíparas. (Ver tabla N°19 Y 20)

Otra relación que se hizo fue entre procedencia y el estado civil de la población estudiada obteniendo como resultado que de las 76 pacientes del estudio, 60 eran de zona urbana y solo 34 de ellas se encontraban en unión estable, por otro lado las 16 embarazadas restantes eran de zona rural y solamente 7 de ellas estaban casadas. También se relaciono el grupo de edad con las complicaciones maternas donde se reflejo que en los grupos menores de 29 años se obtuvieron en su minoría 19 complicaciones maternas por RPM siendo estas el oligohidramnios severo, corioamnioitis, trabajo de parto detenido y DPPNI. (Ver tabla N°21 y 22)

3.2 DISCUSIÓN

El embarazo en pacientes jóvenes sigue siendo un problema de salud pública en nuestro medio. En el presente estudio, el grupo etáreo más representativo fue el grupo de 20 a 29 años de edad en un total de 76 pacientes, este dato es relevante para el estudio por la magnitud de pacientes que representa, siendo este grupo de población que nuestro medio presenta la mayoría de los embarazos en pacientes jóvenes. Coincidente con este dato está el estudio de Bautista en el HEODRA en el 2006 y Fabián Vásquez en el Instituto Nacional Materno Perinatal en Perú en el año 2008. Cabe destacar que al estudiar las medidas de tendencias centrales podemos notar que la edad promedio era de 21 años y que más de las mitades de la población eran menores de estas edades. Este grupo de pacientes representa las más desprotegidas social y económicamente lo que repercute en algunas actividades de la atención prenatal.

El dato anteriormente expuesto nos puede explicar el siguiente resultado. Encontrando que 55.3% de las embarazadas con RPM eran Nulíparas dato que se puede corresponder con la edad de las pacientes. Esto coincide con el estudio de Bautista en el HEODRA y con el estudio de Cedeño, María en el Ecuador en el Hospital Verdi Cevallos en el 2008. Sin embargo, algunas referencias nacionales e internacionales revisadas, ubican a las pacientes Multigesta como riesgo para presentar RPM. Según las referencias encontradas ambos grupos representan riesgo de presentar este evento en el Embarazo, el primer grupo representado por las pacientes nulíparas y adolescentes jóvenes donde los factores emocionales, sociales y funcionales juegan un papel importante en la RPM y el segundo representado por las pacientes Multigesta con mayor exposición a enfermedades maternas relacionadas con la edad y con embarazos anteriores.

En relación a los antecedentes maternos tenemos que las infecciones de vías vaginales y de vías urinarias siguen siendo un factor de riesgo prevalente a la hora de presentar este evento obstétrico ya que 18.4% presentaron infecciones de vías urinarias seguida del 3.9% con infecciones vaginales el porcentaje restante no presentó ningún tipo de infección, estos resultados son similares al estudio de Cabanillas ya que reportan las infecciones de vías

urinarias y vaginales como un factor de riesgo pero con un mayor porcentaje se presentaron las infecciones vaginales con un 47.8% y en segundo lugar las infecciones de vías urinarias. Otro estudio realizado en Lima, Perú por Flores de concluyo que el 20% de las pacientes presentaron infecciones de vías urinarias acercándose un poco más al valor obtenido en nuestro estudio y así observamos en varias literaturas que las infecciones siguen siendo un factor característico en las embarazadas que presentan la Ruptura de membranas.

Las pacientes en el estudio finalizaron su embarazo vía cesárea (61.8%) con atenciones prenatales incompletas en su mayoría (72.4%), lo que difiere del estudio por Quispe en el Hospital Rezola Cañeste en el año 2014, que reporta que 82.7% de la población tuvieron controles prenatales completos y culminaron en parto vía vaginal (64%), considero que esta diferencia se debe al grupo edades de nuestras pacientes, las cuales fueron jóvenes y adolescente, lo que repercute en la atención brindada al embarazo. Considerando el riesgo de infección que presentan las pacientes con Ruptura de Membranas, por la exposición del útero a agentes infecciones de la vagina, considero que este dato es relevante por el futuro reproductivo de estas pacientes; ya que el riesgo de infección del útero (endometritis) se eleva de una a dos veces más que en las pacientes sin RPM.

Podemos notar en cuanto al periodo de latencia de la ruptura prematura de membranas que el grupo de pacientes con menos de 6 horas fue 35.5%, el segundo grupo más frecuente fue de 6 a 12 horas con 25.5%, este dato es relevante en dos sentidos; el primero porque con este periodo de latencia menor a 12 horas disminuyen considerablemente el riesgo de complicaciones infecciosas maternas y fetales. La segunda relevancia se basa en la prontitud de la paciente a acudir a la unidad de salud ante una ruptura de membrana. Sin embargo, tenemos que tomar en cuenta que la mayoría de las pacientes terminaron en cesáreas lo que puede explicar el fenómeno de este periodo de latencia encontrado.

En cuanto a las semanas de gestación se esperaba encontrar que la mayoría fueran embarazos pretérmino por estudios observados, pero en el estudio se obtuvo que en el momento del evento obstétrico eran embarazos a término, esto hace que no repercuta en las

complicaciones fetales. Esto difiere con el estudio realizado por el Hospital Puerto Cabello en Venezuela donde presentan que las RPM predominaron en embarazos pretérmino finalizados por vía cesárea. Otro estudio realizado por Cedeño Cuadra reporta que la mayoría de las pacientes fueron embarazos pretérmino en los que se Ruptura Prematura de Membranas.

En cuanto a las complicaciones maternas, el 28.9% tuvieron complicaciones que en su mayoría eran de tipo infecciosas, este dato no coincide con el registrado por Burgos en el año 2013 en un estudio realizado en el Hospital Maternidad Mariana de Jesús, Guayaquil – Ecuador, quien expresa que el 40% de las pacientes tuvieron complicaciones. En nuestro estudio se encontró que el 9.2% presentó Corioamnioitis porcentajes similares encontrados por Quispe que reporta 7.3% con la misma complicación.

Las complicaciones fetales se dieron en menor frecuencia observándose que solo el 22.3% presentaron, siendo las más frecuentes el sufrimiento fetal agudo con 11.6%, en el estudio realizado en el Hospital Rezola Cañete por Quispe encontraron 2.4% de Sufrimiento Fetal Agudo. La presencia de sufrimiento fetal se ve relacionada con el porcentaje de pacientes que presentaron infección intraamniótica, en este caso los fetos presentan taquicardia como respuesta ante el proceso infeccioso.

Se realizaron cruces de variables en las que se relacionaron las edades con los antecedentes personales patológicos de las 76 embarazadas estudiadas en el grupo de edad menor de 29 años 66 de ellas no presento ningún antecedente lo que es de esperarse debido a la edad materna. Por otra parte se relaciono la escolaridad con los antecedentes Ginecobstétricos en los que 54 de las pacientes estaban cursando la secundaria y 37 de ellas eran nulíparas y 12 primíparas.

Se relaciono la procedencia de la población estudiada con el estado civil en el cual la mayoría de las RPM se presentaron en pacientes de zona urbana el 60% a esto se le puede atribuir la zona en la que esta situado el Hospital en donde se realizo este estudio además 34% de estas pacientes se encontraban en unión estable. A su vez se realizo el ultimo cruce

de variables entre los grupos de edades y las complicaciones maternas en lo que encontramos que solamente 19 pacientes presentaron complicaciones maternas en el grupo de edad menor de 29 años que es el grupo en el que predominó la Ruptura Prematura de Membranas, siendo las complicaciones más frecuentes el oligohidramnios severo, coriamnionitis, DPPNI y trabajo de parto detenido.

3.3 CONCLUSIONES

1. La mayoría de las pacientes con ruptura de membrana fueron jóvenes del grupo de edades de 20 a 29 años, nulíparas, viviendo en zonas urbanas, de escolaridad secundaria, con unión libre y estados nutricional normal.
2. No se encontró Antecedentes Personales Patológicos y No Patológicos relevantes que presentaron las pacientes en estudio. Dentro de las infecciones actuales la Infección Urinaria se encontró en casi un cuarto de la población. Los controles prenatales incompletos se presentaron en la mayoría de las pacientes estudiadas.
3. Las complicaciones maternas durante el embarazo que con más frecuencia se encontró fue el Oligohidramnios Severo y la Coriomnioititis. Las complicaciones infecciosas en el puerperio fueron las más frecuentemente encontradas.
4. Casi la mitad de los recién nacidos no presentó complicaciones antes ni durante el parto. Solo un porcentaje menor presentó SFA y Síndrome de Distress Respiratorio.

3.4 RECOMENDACIONES

Al Hospital:

1. Actualizar los conocimientos con respecto al manejo de RPM en el servicio de ginecología, según la normativa del Ministerio de Salud para seguir dando una buena cobertura sobre dicha patología.
2. Implementar una prevención más oportuna por parte del personal de salud, en el momento de la captación de la embarazada abordando los factores de riesgo que conllevan a una RPM y otras patologías durante el embarazo.
3. Realizar un estudio actualizado para dar seguimiento al abordaje que se le da a la paciente con RPM desde que ingresa al Hospital.

A los Ginecoobstetras:

1. Analizar de forma más detallada las actualizaciones que se dan con respecto a dicha patología
2. Poner en práctica las normas establecidas por nuestro Ministerio de Salud en el momento de la atención de las pacientes embarazadas.
3. Orientar de manera clara a las pacientes acerca de las medidas que deben tomar para la prevención de patologías.

A los Pacientes:

1. Que pongan en práctica las medidas de prevención que se les brinda para evitar el desarrollo de patologías y complicaciones durante su embarazo.
2. Asistir de manera responsable en cada control prenatal brindado por el personal de salud.

CAPITULO IV: BIBLIOGRAFIA

4.1 REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

1. Protocolo para Atención de las Complicaciones Obstétricas, Normativa 109, Ministerio de Salud.
2. Practice Bulletin No. 160: Premature Rupture of Membranes. Obstet Gynecol. 2016;127 (1):e39-51.
3. Análisis de los casos con rotura prematura de membranas y menos de 34 semanas. Dr. Luis Raúl Martínez González, Dra. Marta Valladares Hernández.
4. Schwarcz RL. Síndrome de rotura de membranas En: Obstetricia y perinatología. Editora Panamericana; 1966:184-90.
5. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Ruptura prematura de membranas pretérmino. Guía de Práctica Clínica. Quito: MSP, Dirección Nacional de Normatización –MSP; 2015. 33
6. FACTORES DETERMINANTES PARA RPM. Patricia Carolina García, 2012. Ecuador
7. Guía Perinatal de Rotura Prematura de Membrana, MINSAL, 2015. Chile
8. Ruptura prematura de membrana, Obstetricia integral, Jairo Amaya, 2010, Pag. 125
9. Una actualización sobre el manejo de la rotura de membranas fetales antes de la semana 37 de gestación. Autor: Dres. Tanya M. Medina.
10. Vásquez J, Rodríguez P. Epidemiología de la rotura prematura de membranas en un hospital ginecoobstétrico. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2003;29(2):215-21.
11. Factores Sociodemográficos y Obstétricos asociados con la Rotura Prematura de Membranas. Fred Morgan Ortiz, 2008. Mexico
12. Influencia de la rotura prematura de membranas en algunos resultados perinatales. Hospital General Docente. “Dr. Agostinho Neto”, Dr. Angel Ganfong Elía. Rev Cubana Obstet Ginecol v.33 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2007
13. Comportamiento de la ruptura prematura de membranas ovulares en pacientes ingresadas al área de alto riesgo obstétrico (ARO) en el Hospital Carlos Roberto Huembes en el período de Enero a Julio del año 2015. Muñoz Ruíz, Valeria de los Angeles y Molina Bojorge, Raúl David (2015)

14. Rotura Prematura de Membrana a Termino, Manejo Expectante por 24 horas e Inducción con Oxitocina. Drs. Masami Yamamoto C., Jorge Carrillo T., Daniel Erazo C., Juan Cárcamo R. Servicio Obstetricia, Ginecología y Neonatología. Hospital Padre Hurtado, Universidad de Santiago
15. Leiger WI. Rotura prematura de membranas e infección materna fetal. Clin Obstet Ginecol 1979;2:337-4
16. **2009, Hospital Puerto Cabello, Venezuela**, investigan sobre “Resultados perinatales de una investigación científica realizada en dicho hospital”,
17. **2012, Cedeño Párraga y Col. “**, Ecuador,

CAPITULO V: ANEXOS



Instrumento para recolección de datos
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



I. Datos Generales

1) Expediente: _____

2) Edad: _____

3) Estado de nutrición

1. Normal	2. Desnutrido	3. Sobrepeso	4. Obesidad

4) Escolaridad

1. Analfabeta	2. Primaria	3. Secundaria	4. Universidad

5) Ocupación:

6) Estado Civil

1. Soltera	2. Casada	3. Unión Libre	4. Otro

7) Procedencia

1. Urbano	2. Rural

II. Antecedentes

8) Enfermedad Actual

1.SHG	2.DM	3.Lupus	4.Hipotiroidismo	5.Hipertiroidismo	6.Otros	7.Ninguno

9) Infección Actual

1.Ninguna	2.IVU	3.Infeccion Vaginal	4.IVRS	5.Otras

10) Antecedentes Personales no Patológicos

1.Tabaquismo	2.Alcohol	3.Café	4.Drogas	5.Otros	6.Ninguno

11) Antecedentes Personales Patológicos

1.HTA	2.DM	3.TB	4.Epilepsia	5.Asma Bronquial	6.Otros	7.Ninguno

12) Semanas de Gestación: _____

13) GESTA: _____

14) PARA: _____

15) ABORTO: _____

16) CESAREA: _____

17) Periodo Intergenesico:

1.Menor de 1 año	2.2 a 3 años	3.4 a 5 años	4.Mayor de 6 años	5.Ninguno

18) Numero de Controles Prenatales

1. Incompleto	2. Completo	3. Ninguno

19) Periodo de Latencia

1. Menor de 6h	2. 6 a 12h	3. 12 a 24h	4. Mayor de 24h	Indeterminado

III. Complicaciones

20) Complicaciones Maternas

Coriamnoitis	Endometritis	Prolapso Cordón	DPPNI	Otros	Ninguno

21) Capurro: _____

22) Complicaciones Fetales

1. Prematurez	2. SDR	3. Asfixia Neonatal	4. Sepsis Neonatal	5. Otros	6. SFA	7. Ninguno

23) Vía de Parto

1. Parto	2. Cesarea

24) Días de Estancia Intrahospitalaria: _____

25) Complicaciones Posparto: _____

Tabla 1.

Edad de las embarazadas con Ruptura Prematura de Membranas atendidas en el Hospital Alemán Nicaragüense en el primer semestre, 2016.

n: 76

<i>Grupos de Edades</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>10 a 19 años</i>	26	34.2
<i>20 a 29 años</i>	43	56.6
<i>30 a 39 años</i>	6	7.9
<i>40 o más</i>	1	1.3
<i>Total</i>	76	100
<i>Moda</i>	19	
<i>Media</i>	22.59	
<i>Mediana</i>	21.50	

Fuente: Instrumento de recolección de la información.

Tabla N° 1 corresponde a las edades de las embarazadas en estudio con una frecuencia de 26 (34.2%) que corresponde al grupo de 10 a 19 años, de 20 a 29 años de 43 (56.6%), de 30 a 39 años 6 (7.9%) y de 40 años o mas de 1 (1.3%); la moda es de 19, media de 22.59n y mediana de 21.50.

Tabla 2.

Escolaridad de las Pacientes Embarazadas que presentaron Ruptura Prematura de Membrana en el Hospital Alemán Nicaragüense en el período de estudio.

n: 76

<i>Escolaridad</i>	<i>No</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Analfabeta</i>	3	3.9
<i>Primaria</i>	13	17.1
<i>Secundaria</i>	54	71.1
<i>Universidad</i>	6	7.9
<i>Total</i>	76	100

Fuente: Instrumento de recolección de la información.

Tabla N°2 corresponde a la escolaridad del grupo en estudio con una frecuencia en analfabetas de 3(3.9%), primaria de 13(17.1%), secundaria 54(71.1%) y universidad de 6 (7.9%).

Tabla 3.

Procedencia de las pacientes embarazadas que presentaron Ruptura Prematura de Membrana en el Hospital Alemán Nicaragüense.

n: 76

<i>Procedencia</i>	<i>No</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Urbano</i>	60	78.9
<i>Rural</i>	16	21.1
<i>Total</i>	76	100

Fuente: Instrumento de recolección de la información.

Tabla N°3 corresponde a la procedencia de las pacientes con una frecuencia de zona urbana 60(78.9%) y rural 16 (21.1%).

Tabla 4.

Ocupación de las pacientes embarazadas que presentaron Ruptura Prematura de Membrana en el Hospital Alemán Nicaragüense.

n: 76

<i>Ocupación</i>	<i>Nº</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Ama de Casa</i>	64	84.2
<i>Estudiante</i>	4	5.2
<i>Otros</i>	8	10.5
<i>Total</i>	76	100

Fuente: Instrumento de recolección de la información.

Tabla N°4 corresponde con la ocupación del grupo de estudio que reporta una frecuencia de ama de casa 64 (84.2%), estudiantes 4 (5.2%) y otros 8 (10.5%).

Tabla 5.

Estado Civil de las Pacientes Embarazadas que presentaron Ruptura Prematura de Membranas en el Hospital Alemán Nicaragüense en el período de estudio.

n: 76

<i>Estado Civil</i>	<i>Nº</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Soltera</i>	15	19.7
<i>Casada</i>	24	31.6
<i>Unión Libre</i>	37	48.7
<i>Total</i>	76	100

Fuente: Instrumento de recolección de la información

Tabla N°5 corresponde con el estado civil que tiene una frecuencia de solteras 15(19.7%), casada 24(31.6%) y unión libre 37(48.7%).

Tabla 6.

Estado Nutricional de las pacientes embarazadas que presentaron Ruptura Prematura de Membrana en el Hospital Alemán Nicaragüense.

<i>Estado Nutricional</i>	<i>No</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Normal</i>	64	84.2
<i>Obesidad</i>	3	3.9
<i>Desnutrido</i>	1	1.3
<i>Sobrepeso</i>	8	10.5
<i>Total</i>	76	100

Fuente: Instrumento de recolección de la información

Tabla N°6 corresponde al estado nutricional del grupo de estudio con una frecuencia de normal 64(84.2%), obesidad 3(3.9%), desnutrido 1(1.3%) y sobrepeso 8(10.5%).

Tabla 7.

Semanas de Gestación de las embarazadas que presentaron Ruptura Prematura de Membrana en el Hospital Alemán Nicaragüense.

n: 76

<i>Semanas de Gestación</i>	<i>Nº</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Pretermino (22 a 36 sem)</i>	6	7.9
<i>A término (37 a 40 sem)</i>	68	89.5
<i>Prolongado (41 o más)</i>	2	2.6
<i>TOTAL</i>	76	100

Fuente: Instrumento de recolección de la información

Tabla N°7 corresponde a las semanas de gestación de la embarazadas en estudio con una frecuencia de pretermino 6(7.9%), a termino 68(89.5%) y prolongado 2(2.6%).

Tabla 8.

Antecedentes no patológicos en embarazadas que presentaron Ruptura Prematura de Membrana en el Hospital Alemán Nicaragüense.

n:76

<i>Antecedentes</i>	<i>No</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Tabaquismo</i>	0	0
<i>Alcohol</i>	0	0
<i>Café</i>	43	56.6
<i>Ninguno</i>	33	43.4
<i>Total</i>	76	100

Fuente: Instrumento de recolección de la información.

Tabla N°8 corresponde a los antecedentes personales no patológicos del gripe estudiado con una frecuencia de tabaquismo 0(0%), alcohol 0(0%), café 43 (56.6%) y ninguno 33(43.4%)

Tabla 9.

Antecedentes Personales Patológicos en embarazadas que presentaron Ruptura Prematura de Membrana en el Hospital Alemán Nicaragüense.

n: 76

<i>Antecedentes</i>	<i>No</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>*HTA</i>	1	1.3
<i>Asma Bronquial</i>	1	1.3
<i>Otros</i>	1	1.3
<i>Ninguno</i>	73	96.1
<i>Total</i>	76	100

*Hipertensión Arterial

Fuente: Instrumento de recolección de la información.

Tabla N°9 corresponde con los antecedentes personales patológicos con una frecuencia de HTA 1(1.3%), Asma Bronquial 1 (1.3%), otros 1(1.3%) y ninguno 73 (96.1%).

Tabla 10.

Paridad de las embarazadas que presentaron las embarazadas con Ruptura Prematura de Membrana en el Hospital Alemán Nicaragüense.

n: 76

<i>Paridad</i>	<i>No</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Nulípara</i>	42	55.3
<i>Bigesta</i>	22	28.9
<i>Trigesta</i>	8	10.5
<i>Multigesta</i>	4	5.2
<i>Total</i>	76	100

Fuente: Instrumento de recolección de la información.

Tabla N°10 corresponde con la paridad de las pacientes embarazadas en estudio con una frecuencia de nulípara 42(55.3%), bigesta 22(28.9%), trigesta 8(10.5%), multigesta 4(5.2%).

Tabla 11.

Período Intergenésico de las embarazadas que presentaron Ruptura Prematura de Membrana en el Hospital Alemán Nicaragüense.

n:76

<i>Período Intergenésico</i>	<i>No</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Ninguno</i>	41	53.9
<i>Menor a 1 año</i>	1	1.3
<i>De 2 a 3 años</i>	13	17.1
<i>De 4 a 5 años</i>	10	13.2
<i>Mayor a 6 años</i>	11	14.5
<i>Total</i>	76	100

Fuente: Instrumento de recolección de la información.

Tabla N° 11 corresponde con el periodo intergenesico con una frecuencia de ninguno 41(53.9%), menor de 1 año 1(1.3%), de 2 a 3 años 13(17.1%), de 4 a 5 años 10 (13.25), mayor de 6 11(14.55).

Tabla 12.

Número de Atenciones Prenatales embarazadas que presentaron Ruptura Prematura de Membrana en el Hospital Alemán Nicaragüense.

n: 76

<i>Número de Atención</i>	<i>No</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Ninguno</i>	3	3.9
<i>Incompletos</i>	55	72.4
<i>Completos</i>	18	23.7
<i>Total</i>	76	100

Fuente: Instrumento de recolección de la información.

Tabla N°12 corresponde a los controles prenatales que recibieron la embarazadas en estudio con una frecuencia de 3 (3.9%), incompletos 55(72.45) y completos 18 (23.7%).

Tabla 13.

Enfermedad Asociada en las pacientes embarazadas que presentaron Ruptura Prematura de Membrana en el Hospital Alemán Nicaragüense.

n: 76

<i>Enfermedad Asociada</i>	<i>No</i>	<i>Porcentaje</i>
*SHG	4	5.3
+DG	1	1.3
Hipotiroidismo	1	1.3
Otros	3	3.9
Ninguno	67	88.2
<i>Total</i>	76	100

*Síndrome Hipertensivo de la Gestación
+Diabetes Gestacional

Fuente: Instrumento de recolección de la información.

Tabla N°13 corresponde con las enfermedades asociadas al embarazo con una frecuencia de 4 (5.3%) en SHG, DG 1 (1.3%), hipotiroidismo 1 (1.3%), otros 3 (3.9%) y ninguno 67 (88.2%).

Tabla 14.

Infecciones Actuales en pacientes embarazadas que presentaron Ruptura Prematura de Membrana en el Hospital Alemán Nicaragüense.

n:76

<i>Infecciones Actuales</i>	<i>No</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Ninguna</i>	57	75
<i>Infección Urinaria</i>	14	18.4
<i>Infección Vaginal</i>	3	3.9
<i>Infección Respiratoria Alta</i>	2	2.6
<i>Total</i>	76	100

Fuente: Instrumento de recolección de la información.

Tabla N°14 corresponde con las infecciones actuales en la pacientes en estudio con una frecuencia de ninguna 57(75%), infección urinaria 14(18.45), infección vaginal 3 83.9%), infección respiratoria alta 2 (2.6%).

Tabla 15.

Período de Latencia de las embarazadas que presentaron Ruptura Prematura de Membrana en el Hospital Alemán Nicaragüense.

n: 76

<i>Horas de RPM</i>	<i>No</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Menos de 6 horas</i>	27	35.5
<i>De 6 a 12 horas</i>	19	25
<i>De 12 a 24 horas</i>	13	17.1
<i>Mayor de 24 horas</i>	1	1.3

Fuente: Instrumento de recolección de la información.

Tabla N°15 corresponde con el periodo de latencia en las embarazadas en estudio con una frecuencia de menos de 6 horas 27(35.5%), de 6 a 12 horas 19(25%), de 12 a 24 horas 13 (17.1%) y mayor de 24 horas 1 (1.3%).

Tabla 16.

Vía de finalización en las embarazadas que presentaron Ruptura Prematura de Membrana en el Hospital Alemán Nicaragüense.

n: 76

<i>Vía de finalización</i>	<i>No</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Parto</i>	29	38.2
<i>Cesárea</i>	47	61.8
<i>Total</i>	76	100

Fuente: Instrumento de recolección de la información.

Tabla N°16 corresponde con la vía de finalización de las pacientes en estudio con una frecuencia de parto 29 (38.2%) y cesárea 47 (61.8%).

Tabla 17.

Complicaciones maternas en las embarazadas que presentaron Ruptura Prematura de Membrana en el Hospital Alemán Nicaragüense.

n: 76

<i>Complicaciones maternas</i>	<i>Nº</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Coriarnioitis</i>	7	9.2
<i>Oligohidramnios Severo</i>	12	15.8
<i>Trabajo de Parto Detenido</i>	3	3.9
<i>DPPNI</i>	3	3.9
<i>Otros</i>	25	32.9
<i>Ninguno</i>	26	34.2
<i>Total</i>	76	100

Fuente: Instrumento de recolección de la información.

Tabla N°17 corresponde con las complicaciones maternas del grupo en estudio con una frecuencia de coriarnioitis 7 (9.2%), oligohidramnios severo 12 (15.8%), trabajo de parto detenido 3 (3.9%), DPPNI 3 (3.9%), otros 25 (32.9%) y ninguno 26 (34.2%).

Tabla 18.

Complicaciones fetales en las embarazadas que presentaron Ruptura Prematura de Membrana en el Hospital Alemán Nicaragüense.

n: 76

<i>Complicaciones fetales</i>	<i>No</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>SDR (Prematurez)</i>	5	6.6
<i>Asfixia Neonatal</i>	1	1.3
<i>Sepsis Neonatal</i>	2	2.6
<i>SFA</i>	9	11.8
<i>Otros</i>	22	28.9
<i>Ninguno</i>	37	48.7
<i>Total</i>	76	100

Fuente: Instrumento de recolección de la información.

Tabla N°18 corresponde con las complicaciones fetales en el grupo de estudio con una frecuencia de asfixia neonatal 1 (1.3%), Sepsis neonatal 2 (2.6%), SFA 9 (11.8%), otros 22 (28.9%) y ninguno 37 (48.7%).

Tabla 19.

Relación entre la Edad y los Antecedentes Personales Patológicos en las embarazadas que presentaron Ruptura Prematura de Membrana en el Hospital Alemán Nicaragüense.

Antecedentes Patológicos

<i>Edad</i>	<i>HTA</i>	<i>ASMA</i>	<i>OTRAS</i>	<i>NINGUNA</i>	<i>TOTAL</i>	<i>TOTAL %</i>
<i>De 10 a 19 años</i>	0	1	1	24	26	34.2%
<i>De 20 a 29 años</i>	1	0	0	42	43	56.5%
<i>De 30 a 39 años</i>	0	0	0	6	6	7.8%
<i>De 40 a mas</i>	0	0	0	1	1	1.3%
<i>Total</i>	1	1	1	73	76	100%

Fuente: Tabla N° 1 Y 9

Tabla N°1 y 9 corresponde al cruce de variables edad vs antecedentes personales patológicos del grupo estudiado con una frecuencia de 10 a 19 años con HTA 0, Asma Bronquial 1 , otras 1, ninguna 24 con un total de 26 (34.25), de 20 a 29 años con HTA 1, Asma Bronquial 0 , otras 0, ninguna 42 con un total de 43(56.5%), de 30 a 39 años con HTA 0, Asma Bronquial 0 , otras 0, ninguna 6 con un total de 6 (7.8%) y de 40 años a más con HTA 0, Asma Bronquial 0 , otras 0, ninguna 1 con un total de 1 (1.3%).

Tabla 20.

Relación entre Escolaridad y Antecedentes Ginecoobstétrico en las embarazadas que presentaron Ruptura Prematura de Membrana en el Hospital Alemán Nicaragüense.

Partos Anteriores

<i>Escolaridad</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>6</i>	<i>Total</i>	<i>Total %</i>
<i>Analfabeta</i>	2	1	0	0	0	3	3.9%
<i>Primaria</i>	7	4	1	0	1	13	17.1%
<i>Secundaria</i>	37	12	4	1	0	54	71%
<i>Universidad</i>	6	0	0	0	0	6	8%
<i>Total</i>	52	17	5	1	1	76	100%

Fuente: Tabla N° 2 y 10

Tabla N°2 y 10 corresponde al cruce de variables entre la escolaridad vs paridad de las pacientes estudiadas con frecuencia de analfabeta nulípara 2, primípara 1, bigesta 0, trigesta 0, multigesta 0 con un total de 3 (3.9%), primaria nulípara 7, primípara 4, bigesta 1, trigesta 0, multigesta 1 con un total de 13 (17.1%), secundaria nulípara 37, primípara 12, bigesta 4, trigesta 1, multigesta 0 con un total de 54 (71%) y universidad nulípara 6, primípara 0, bigesta 0, trigesta 0, multigesta 0 con un total de 6 (8%).

Tabla 21.

Relación entre Procedencia y Estado Civil en las embarazadas que presentaron Ruptura Prematura de Membrana en el Hospital Alemán Nicaragüense.

<i>Procedencia</i>	<i>Estado Civil de la Paciente</i>			<i>Total</i>	<i>Total %</i>
	<i>Casada</i>	<i>Soltera</i>	<i>Unión Estable</i>		
<i>Urbano</i>	17	9	34	60	79%
<i>Rural</i>	7	6	3	16	21%
<i>Total</i>	24	15	37	76	100%

Fuente: Tabla N° 3 y 5

Tabla N°3 y 5 corresponde con el cruce de variables de procedencia vs estado civil con una frecuencia de urbano casada 17, soltera 9, unión estable 34 con un total de (79%) y rural casada 7, soltera 6, unión estable 3 con un total de 16 (21%).

Tabla 22.

Relación entre Edad y Complicaciones Maternas en las embarazadas que presentaron Ruptura Prematura de Membrana en el Hospital Alemán Nicaragüense.

<i>Edad vs Complicaciones Maternas</i>	<i>Corio-amnioititis</i>	<i>Oligohidramnios Severo</i>	<i>Trabajo de Parto Detenido</i>	<i>DPPNI</i>	<i>Otros</i>	<i>Ninguno</i>	<i>Total</i>	<i>Total %</i>
<i>10 a 19 años</i>	2	4	0	0	11	9	26	34.21%
<i>20 a 29 años</i>	5	4	2	2	17	13	43	56.58%
<i>30 a 39 años</i>	0	2	0	0	2	2	6	7.90%
<i>De 40 a mas</i>	0	0	0	0	0	1	1	1.31%
<i>Total</i>	7	10	2	2	30	25	76	100%

Fuente: Tabla N° 1 y 17

Tabla N°1 y 17 corresponde con el cruce de variables edad vs complicaciones maternas con una frecuencia de 10 a 19 años con coriamnioititis 2, oligohidramnios severo 4, trabajo de parto detenido 0, DPPNI 0, otros 11, ninguno 9 con un total de 26 (34.21%), de 20 a 29 años con coriamnioititis 5, oligohidramnios severo 4, trabajo de parto detenido 2, DPPNI 2, otros 17, ninguno 13 con un total de 43 (56.58%), de 30 a 39 años con coriamnioititis 0, oligohidramnios severo 2, trabajo de parto detenido 0, DPPNI 0, otros 2, ninguno 2 con un total de 6 (7.90%), de 40 años a mas con coriamnioititis 0, oligohidramnios severo 0, trabajo de parto detenido 0, DPPNI 0, otros 0, ninguno 1 con un total de 1 (1.31%).