



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

TEMA:

**RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS: FACTORES DE RIESGO Y
COMPLICACIONES OBSTETRICAS.**

**EN LA SALA DE CUIDADOS INTERMEDIOS I DEL HOSPITAL GINECO OBSTETRICO
ENRIQUE C. SOTOMAYOR, PERIODO 2015 -2016**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR
POR EL TITULO DE:**

MEDICO

AUTOR(A):

KATHERINE DANIELA MONTAÑO CABEZAS

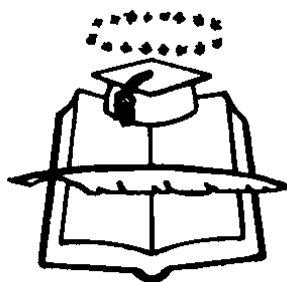
NOMBRE DEL TUTOR:

DR. LUIS ZAVALA VALLEJO

GUAYAQUIL-ECUADOR

AÑO

2015-2016



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

Este Trabajo de Graduación cuya autoría corresponde a la Srta. Katherine Daniela Montaña Cabezas ha sido aprobada, luego de su defensa publica, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Medicina como requisito parcial para optar por el título de Medico

**PRESIDENTE
DEL TRIBUNAL**

**MIEMBRO DEL
TRIBUNAL**

**MIEMBRO DEL
TRIBUNAL**

**SECRETARIA
ESCUELA DE MEDICINA**

CERTIFICADO DEL TUTOR

EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO.DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

CERTIFICO QUE: HE DIRIGIDO Y REVISADO EL TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PRESENTADO POR LA SRTA KATHERINE DANIELA MONTAÑO CABEZAS CON C.I. # 0930323787

CUYO TEMA DE TRABAJO DE TITULACIÓN ES

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS: FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES OBSTETRICAS, EN LA SALA DE CUIDADADOS INTERMEDIOS I DEL HOSPITAL GINECO OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR, PERIODO 2015 -2016

REVISADA Y CORREGIDA QUE FUE EL TRABAJO DE TITULACIÓN, SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO:

DRA. LUIS ZAVALA VALLEJO

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios por guiarme y brindarme la fuerza a lo largo de la carrera

A mi familia por su apoyo incondicional quienes siempre me animaron a seguir adelante a pesar de los obstáculos.

A mis queridos amigo amigos con quienes compartí alegría y penas.

A mis maestras por compartir sus conocimientos y permitirme aprender de ellos.

A mi querida universidad quien me permitió alcanzar uno de mis grandes logros ser médico

AGRADECIMIENTO

*Quiero brindar mi más sincero y profundo agradecimiento a mis padres
Yaquelin y Luis quienes guiaron mi camino, con su amor incondicional
compresión, apoyo, consejos y esfuerzos a lo largo de la carrera ayudándome
a conseguir mis sueños, les agradezco infinitamente porque sin ellos no sería
lo que soy ahora.*

FICHA DE REGISTRO

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TÍTULO Y SUBTÍTULO: RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS: FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES OBSTETRICAS, EN LA SALA DE CUIDADADOS INTERMEDIOS I DEL HOSPITAL GINECO OBSTETRICO ENRIQUE C. SOTOMAYOR, PERIODO 2015 - 2016		
AUTOR/ES: KATHERINE DANIELA MONTAÑO CABEZAS	TUTOR: DR. LUIS ZAVALA VALLEJO REVISORES:	
INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL	FACULTAD: CIENCIAS MEDICAS	
CARRERA: MEDICINA		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	No. DE PÁGS:	
TÍTULO OBTENIDO: MEDICO		
PALABRAS CLAVE: RUPTURA PERMATURA DE MEMBRANAS, FACTORES DE RIESGO, COMPLICACIONES OBSTETRICAS		
RESUMEN: La ruptura prematura de membranas es una complicación obstétrica que se asocia con el aumento de la morbilidad materna y nacimientos prematuros. Según datos obtenidos de Guías de la práctica Clínica del Ministerio de Salud Pública del Ecuador Ruptura prematura de membranas se produce en el 10% de las gestaciones, y la ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP) ocurre en el 3% y se asocian a un 30%-40% de los casos de prematuridad. Esta investigación es de tipo descriptivo, no experimental tiene como objetivo determinar, Ruptura Prematura de Membranas: factores de riesgo y complicaciones obstétricas, en pacientes ingresadas en el Área de Cuidados Intermedios I del Hospital Gineco-Obstetrico Enrique C. Sotomayor durante el periodo 2015 – 2016. Se revisó un total de 149 historias clínicas de las cuales se descartaron 47 por no cumplir con los criterios de inclusión dejando un total 102 historias clínica. Para la recolección de datos se utilizó una ficha de autoría propia en las cuales se incluyeron las variables: edad materna, procedencia, número de controles, edad gestacional, paridad, antecedente gineco-obstétricos, cirugía ginecológica previa, tipo de parto, Apgar, parto prematuro, complicaciones maternas, complicaciones neonatales. Los resultados de este estudio son: edad materna de 20-29 años 90,2%, procedencia urbana 68,6%, controles prenatales >5 de 46%, edad gestacional de 31-36 semanas 38,24%, nulípara con 42,12%, infección genitourinaria 52%, cirugía ginecológica previa 50% Como principales factores de riesgo y corioamnionitis con el 2%, parto prematuro 25,5% como principales complicaciones obstétricas		
No. DE REGISTRO (en base de datos):	No. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	☐ SI	☐ NO
CONTACTO CON AUTOR/ES	Teléfono: 0999371366	E-mail: Kathy_da@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Secretaría de la Facultad	
	Teléfono: (03)2848487 Ext. 123	
	E-mail: fca@uta.edu.ec	

RESUMEN

La ruptura prematura de membranas es una complicación obstétrica que se asocia con el aumento de la morbilidad materna y nacimientos prematuros. Según datos obtenidos de Guías de la práctica Clínica del Ministerio de Salud Pública del Ecuador Ruptura prematura de membranas se produce en el 10% de las gestaciones, y la ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP) ocurre en el 3% y se asocian a un 30%-40% de los casos de prematuridad.

Esta investigación es de tipo descriptivo, no experimental tiene como objetivo determinar, Ruptura Prematura de Membranas: factores de riesgo y complicaciones obstétricas, en pacientes ingresadas en el Área de Cuidados Intermedios I del Hospital Gineco-Obstetrico Enrique C. Sotomayor durante el periodo 2015 – 2016.

Se revisó un total de 149 historias clínicas de las cuales se descartaron 47 por no cumplir con los criterios de inclusión dejando un total 102 historias clínica. Para la recolección de datos se utilizó una ficha de autoría propia en las cuales se incluyeron las variables: edad materna, procedencia, número de controles, edad gestacional, paridad, antecedente gineco-obstétricos, cirugía ginecológica previa, tipo de parto, Apgar, parto prematuro, complicaciones maternas, complicaciones neonatales.

Los resultados de este estudio son: edad materna de 20-29 años 90,2%, procedencia urbana 68,6%, controles prenatales >5 de 46%, edad gestacional de 31-36 semanas 38,24%, nulípara con 42,12%, infección genitourinaria 52%, cirugía ginecológica previa 50% Como principales factores de riesgo y corioamnionitis con el 2%, parto prematuro 25,5% como principales complicaciones obstétricas

PALABRAS CLAVES: RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA/ FACTORS DE RIESGO COMPLICACIONES OBSTETREICAS

ABSTRACT

Premature rupture of membranes is an obstetric complication associated with increased maternal morbidity and premature births. According to data obtained Guides clinical practice of the Ministry of Public Health of Ecuador Premature rupture of membranes occurs in 10% of pregnancies and premature rupture of membranes (PPROM) occurs in 3% and are associated with a 30% -40% of cases of prematurity.

This research is descriptive, not experimental aims to determine, Premature Rupture of Membranes: risk factors and obstetric complications, patients are admitted in Area Intermediate Care I Obstetric-Gynecologic Hospital Enrique C. Sotomayor during the period 2015 - 2016.

A total of 149 medical records of which 47 were discarded for not meeting the inclusion criteria leaving a total of 102 clinical histories were reviewed. For data collection a form of own authorship in which the variables used included: maternal age, origin, number of controls, gestational age, parity, obstetrical and gynecological history, previous gynecological surgery, type of delivery, Apgar, premature birth, maternal complications, neonatal complications.

The results of this study are: maternal age 20-29 years 90.2%, 68.6% urban origin, prenatal > 5 controls 46%, gestational age of 31-36 weeks 38.24%, nullipara 42, 12%, 52% genitourinary infection, gynecological surgery prior 50% the main risk factors and chorioamnionitis with 2%, and 25.5% preterm main obstetric complications

KEYWORDS: PREMATURE RUPTURE MEMBRANE / RISK FACTORS / OBSTETRIC COMPLICATIONS

TABLA DE CONTENIDO

APROBACION DE TESIS.....	I
CERTIFICADO DEL TUTOR.....	II
DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTO	IV
RESUMEN.....	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCCION.....	1
CAPÍTULO I.....	3
EL PROBLEMA	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
DETERMINACION DEL PROBLEMA	4
FORMULACION DEL PROBLEMA	4
JUSTIFICACIÓN	5
OBJETIVO GENERAL	5
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	5
CAPITULO II.....	6
MARCO TEORICO.....	6
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	6
Definición:	6
Fisiopatología.....	6
Etiología:	8
Causa infecciosa.....	8
Hemorragia subcoriónica	9
Coito.....	9
Déficit nutricional.....	9
Tabaquismo.....	10
Incompetencia cervical	10
Cuadro clínico:	10
Diagnostico:	11
Manejo:.....	12
Tratamiento:.....	13
COMPLICACIONES DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	14
Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta	15
Oligohidramnios.....	15
Parto pretérmino.....	15

Compresión del cordón y prolapso del cordón umbilical	15
Infección fetal	16
Infección neonatal	16
Asfixia perinatal	16
Hipoplasia pulmonar.....	16
Deformidades ortopédicas.....	17
HIPOTESIS	18
VARIABLES.....	18
Variables Independientes	18
Variables Dependientes	18
CAPITULO III	19
MATERIALES Y METODO	19
CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO:	19
UNIVERSO:.....	19
MUESTRA:.....	19
VIABILIDAD:.....	19
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	19
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN:.....	20
METODOLOGÍA:	23
CONSIDERACIONES BIOÉTICAS	23
MATERIALES:.....	23
TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACION	24
METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	24
CAPITULO IV	25
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	25
VALIDACIÓN DE LA HIPÓTESIS	39
CAPITULO V	40
CONCLUSIONES	40
CAPITULO VI	42
RECOMENDACIONES.....	42
Bibliografía	43
ANEXOS	44

INTRODUCCION

Ruptura prematura de Membranas (RMP) es la solución de continuidad de la membrana corioamniótica antes de haberse iniciado el trabajo de parto. Si la ruptura se produce antes de las 37 semanas de gestación se denomina ruptura prematura de membranas pre-termino (RPMpt) la cual aumenta la morbilidad y mortalidad tanto materna como perinatal.

Los factores de riesgo que se asocian con ruptura prematura de membranas son de origen infeccioso como las vaginosis, amnionitis, cervicitis siendo la causa infecciosa el principal factor de riesgo, el bajo nivel socioeconómico, aumento de volumen intrauterino (embarazo gemelar y polihidramnios), tabaquismo, presencia de conectivopatías (síndrome de Ehlers-Danlos), traumatismo materno y antecedente de ruptura prematura de membranas.

La frecuencia y gravedad de complicaciones neonatales asociadas a ruptura prematura van dependen de la edad gestacional, a menor edad gestacional mayor riesgo de complicaciones. Los riesgos más importantes para el feto con RPMP son las complicaciones de la prematurez. Síndrome de dificultad respiratoria, ductus arteriosos persistente, hemorragia interventricular, enterocolitis necrotizante, sepsis y muerte neonatal. Las principales complicaciones maternas son la corioamnionitis y la infección puerperal.

Esta patología es un gran problema obstétrico, Ruptura prematura de membranas (RPM) ocurre en 10% de la gestación mientras que la ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMT) ocurre en el 3% y ambas se asocian a un 30%-40% de los casos de prematuridad y al 10% de la mortalidad perinatal. (MSP)

A pesar de la gran cantidad de información en la literatura médica existe una gran controversia y divergencia de opiniones en el manejo de esta patología, en nuestro país el Gobierno Nacional del Ecuador junto con el Ministerio de Salud pública (MSP) con el fin

de disminuir las tasas de muertes tanto maternas como neonatal ha implantado una serie de protocolos para el manejo de diferentes patologías y trastornos asociados con el embarazo entre los que se incluye protocolos de manejo y actuación para la ruptura prematuras de membranas.

Debido al gran impacto que ejerce la ruptura prematura de membranas sobre salud materno-fetal, decidí realizar este estudio basado en la revisión de historias clínicas y de esta manera determinar los principales factores de riesgo asociados a ruptura prematura de membranas, así como sus principales complicaciones obstétricas.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Ruptura prematura de membranas (RPM) es una de las principales causas de morbilidad en la madre y el neonato, con una incidencia global del 8%. (OMS)

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%. En América Latina se desconoce el porcentaje, sin embargo, estadísticas de algunos hospitales confirman que es la cerca del 11 al 15%. Se estima que un 25 a 30 % de esos pretérminos son producto de ruptura prematura de membranas. (GRACIA, 2011).

En Ecuador por no haber un adecuado manejo de la información, no se cuenta con datos claros sobre la ruptura prematura de membranas, pero un estudio realizado el año 2012 en el Hospital General Provincial General de Latacunga con una muestra de 84 pacientes con ruptura prematura de membranas señala corioamnionitis es el principal resultado obstétrico con 2,3%, mientras que la prematuridad 9,5% como resultado perinatal.

Durante mi año de internado especialmente en la rotación de Gineco-obstetricia en el Hospital Gineco Obstétrico Enrique C Sotomayor observe que la ruptura prematura de membranas era una de las principales causas por lo cual embarazos acudían a la emergencia de este hospital, por eso me plante como objetivo general determinar cuáles son los principales factores de riesgo asociados a ruptura prematura de membranas y sus complicaciones obstétricas

DETERMINACION DEL PROBLEMA

- **Población estudiada:** El estudio se realizará en las pacientes con diagnóstico de ruptura prematura de membranas ingresadas en el área de cuidados intermedios uno del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor dentro del periodo de estudio.
- **Tiempo y lugar:** El estudio tiene lugar en el cantón Guayaquil de la provincia del Guayas, en el área de estadísticas del Hospital Gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor el cual está ubicado en Pedro pablo Gómez y 6 de marzo, durante el periodo 2015-2016.
- **Naturaleza:** Clínica
- **Campo de investigación:** Gineco-obstetricia
- **Área de investigación:** Ruptura prematura de membranas
- **Periodo de investigación:** de enero 2015 a enero del 2016

FORMULACION DEL PROBLEMA

- ¿Cómo determinar ruptura prematura de membrana?
- ¿Cuáles son los factores principales de riesgos asociados a ruptura prematura de membranas?
- ¿Cuáles son las principales complicaciones asociadas a ruptura prematura de membrana?

JUSTIFICACIÓN

La ruptura prematura es una complicación obstétrica asociado al aumento de la morbilidad maternas y nacimientos prematuros, con el fin de disminuir la incidencia de esta complicación obstétrica en las pacientes atendidas en el Hospital Gineco-obstetrico Enrique C. Sotomayor este estudio va dirigido contribuir con información a esta institución acerca de los factores de riesgo asociados a ruptura prematura de membrana y tomar acciones preventivas , así como definir las principales complicaciones obstétricas que se presentaron como consecuencia de esta patología.

OBJETIVO GENERAL

- Determinar Ruptura prematura de membrana: factores de riesgo y complicaciones obstétricas en las pacientes ingresadas en la unidad de cuidados intermedios uno del Hospital Gineco-obstetrico Enrique C. Sotomayor durante el periodo 2015 -2016

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar ruptura prematura de membrana mediante el estudio de las historias clínicas.
- Identificar factores de riesgo que inducen a la ruptura prematura de membranas.
- Establecer las principales complicaciones asociadas a ruptura prematura de membranas.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Definición:

Se denomina Ruptura prematura de Membranas (RMP) a la solución de continuidad de la membrana corioamniótica antes de haberse iniciado el trabajo de parto.

La ruptura de membranas se clasifica en dos categorías:

- **Ruptura prematura de membranas a término:** después de 37 semanas de gestación.
- **Ruptura prematura de membranas pretérmino:** antes de las 37 semanas de gestación.

Al referirnos a ruptura prematura de membranas tenemos que tener en cuenta al periodo de latencia, el cual es el tiempo que transcurre entre la ruptura de las membranas y el inicio del trabajo del parto, este periodo debe de ser de entre 1 y 12 horas para hablar de ruptura prematura de membranas, se considera que la ruptura de membranas es prolongada cuando el periodo de latencia es mayor de 24 horas. (Mario Orlando Parra Pineda & Edith Angel Müller, 2010)

Fisiopatología

Las membranas que se rompen de manera prematura a diferencia de las que lo hacen intraparto, poseen una zona de debilidad denominada “zona de morfología alterada”, esta zona se encuentra en contacto con el cérvix y se caracteriza por un marcado edema, alteración del tejido conjuntivo, adelgazamiento de la capa de trofoblasto, adelgazamiento o ausencia de decidua y apoptosis aumentada, asociada con una importante disminución en la densidad del colágeno tipo I, III y V los cuales son los encargados de proporcionar fuerza tensil a las membranas.

Por todo lo antes mencionado a medida que avanza el embarazo la presión intrauterina aumenta y ejerce presión sobre esta zona de debilidad, produciéndose posteriormente la ruptura de las membranas.

Se ha evidenciado también que aquellas entidades que conllevan a la disminución del contenido de colágeno, alteración en su estructura o aumento en su actividad colagenolítica, se asocian con RPM, entre ellas:

1. Disminución del contenido de colágeno. Como ejemplo se encuentran aquellos embarazos que cursan con fetos afectados por el síndrome de Ehler-Danlos. Esta entidad hace parte de un grupo de enfermedades hereditarias que alteran la estructura y función del colágeno y se asocian en forma importante con RPM. (Mario Orlando Parra Pineda & Edith Angel Müller, 2010)

2. Alteración de la estructura del colágeno. La disminución en los niveles de cobre y ácido ascórbico, en pacientes fumadoras o con déficit nutricionales, pueden contribuir a alteración de la estructura del colágeno. (Mario Orlando Parra Pineda & Edith Angel Müller, 2010)

3. Actividad colagenolítica aumentada. La degradación del colágeno y la fibronectina es mediada por las metaloproteinasas de la matriz celular (MMP), producidas por la membrana basal, los fibroblastos del amnios y los trofoblastos del corion, y cuya acción es bloqueada principalmente por los inhibidores específicos de tejido —TIMP— La integridad de las membranas fetales se mantiene a lo largo de la gestación debido a una combinación de la baja actividad de MMP y mayor concentración de TIMP. En el momento del parto (en embarazos a término) o en casos de infección (en embarazos pretérmino) el equilibrio entre MMP y TIMP se altera y se produce degradación proteolítica de la matriz extracelular de las membranas fetales. La infección induce una respuesta inflamatoria materno-fetal que aumenta la producción y liberación de citoquinas inflamatorias (interleuquina [IL]-1, IL-6, IL-8) y factor de necrosis tumoral, las cuales inducen producción de prostaglandinas que llevan a maduración cervical y aumento de la contractilidad miometrial. La elevación de estos mensajeros biológicos (citoquinas y prostaglandinas) son considerados marcadores de parto pretérmino y RPM. (Mario Orlando Parra Pineda & Edith Angel Müller, 2010)

Etiología:

La ruptura prematura de membranas es un proceso multifactorial varios factores se han asociado entre ellos:

- Causa infecciosa.
- Aumento del volumen intrauterino (polihidramnios y embarazo múltiple).
- Hemorragia subcoriónica.
- Coito.
- Déficit nutricional.
- Trauma materno.
- Abuso de sustancias, incluyendo tabaquismo.
- Incompetencia cervical

Causa infecciosa

Por mucho tiempo se creyó que la infección del amnios era consecuencia y no causa de ruptura prematura de membranas. Hoy se acepta que la infección precede a rotura en por lo menos 50% de los casos. (Rigol, 2004)

Varios son los gérmenes que pueden causar infección entre los más frecuentes destacan, *Ureaplasma urealyticum*, *Fusobacterium species*, *Mycoplasma omnis*, *Streptococcus grupo B*, *Streptococcus viridans*, *Gardnerella vaginalis*, entre otros. (Miguel Lugones Botell & Bermúdez, 2010)

Las sustancias secretadas por estos microorganismos (fosfolipasa A2, fosfolipasa C, lipopolisacáridos) estimulan la síntesis de prostaglandinas A2 y F2 α por parte del corion, amnios 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 (MCP-1) por parte de monocitos, macrófagos y granulocitos activados pueden finalmente estimular vías celulares que producen parto prematuro y rotura de membranas

Hemorragia subcoriónica

La hemorragia subcoriónica puede predisponer a ruptura de membranas por separación del corioamnios y la decidua, formación de coágulo retroplacentario y liberación de la trombina, que estimula a su vez la producción de MMP-1, MMP-3 y MMP-9, las cuales pueden degradar el colágeno, especialmente el de los tipos I y III.

El sangrado vaginal es el principal indicador de riesgo de RPM. Si el sangrado vaginal ocurre durante el primer trimestre, el riesgo de RPM se incrementa en dos veces; si se presenta durante el segundo o el tercer trimestre, se aumenta en cuatro y seis veces, respectivamente.

Los defectos en la placentación, en los cuales ocurren fallas en la transformación fisiológica de las arterias espirales, son asociados frecuentemente con RPM pretérmino. Las lesiones específicas incluyen ateromatosis, necrosis fibrinoide y trombosis de los vasos de la decidua, que en general se asocian con infección.

Coito

Las relaciones sexuales pueden influir por varios mecanismos:

- a) Las prostaglandinas del semen.
- b) Las bacterias del líquido seminal, unidas a los espermatozoides, pueden llegar al orificio cervical interno, ponerse en contacto con las membranas y producir corioamnionitis.
- c) El orgasmo puede desencadenar contracciones uterinas.
- d) Efecto traumático directo provocado por el pene. (Rigol, 2004)

Déficit nutricional

Se ha encontrado que deficiencias maternas de algunos oligoelementos y vitaminas tienen relación con la RPM. La vitamina C y el cobre son importantes para el metabolismo y la maduración normal del colágeno.

Las concentraciones de zinc tienen un papel importante en la actividad antimicrobiana y antiviral del líquido amniótico, la deficiencia de zinc como mecanismo de patogenia de RPM por las siguientes razones:

- Producción deficiente de proteínas esenciales.
- Inducción de muerte celular.
- Alteración de la reacción mediada por células.
- Patrones anormales de contracción.
- Alteración de la síntesis de prostaglandinas.
- Mayor susceptibilidad a infecciones vaginales

Tabaquismo

El tabaquismo afecta, en primer lugar, el estado nutricional global, en particular por disminuir el ácido ascórbico. Altera la inmunidad materna produciendo una menor respuesta del sistema inmunitario materno a las infecciones virales y bacterianas. En segundo lugar, el tabaquismo reduce la capacidad del sistema inmune para activar los inhibidores de las proteasas, lo que hace a las membranas más susceptibles a la infección.

Incompetencia cervical

La presencia de dilatación cervical silente con una gran proporción de las membranas expuestas a bacterias vaginales aumentaría el riesgo de infección en la paciente y, por tanto, la probabilidad de RPM. Se ha encontrado aumento notorio de corioamnionitis en pacientes a quienes se les realizó cerclaje tardíamente. De ellas 52% tuvo RPM posteriormente. Tanto el material de sutura como la manipulación cervical aumentan el riesgo de RPM secundaria a reacción de cuerpo extraño y a un incremento de prostaglandinas, respectivamente.

Cuadro clínico:

Lo característico es que la paciente consulte por la pérdida de líquido amniótico por los genitales que tiene olor similar al del semen. (Rigol, 2004) (Hugo salinas P., 2005) El líquido por lo general es incoloro, pero puede estar teñido de meconio o ser sanguinolento.

La cantidad depende del grado de rotura y del volumen de líquido; en caso de producirse pequeña fisura, se pierde líquido en pequeñas cantidades e intermitentes. Solo si existe una corioamnionitis clínica se acompaña de dolor supra púbico y el líquido puede ser fétido y de aspecto purulento. (Rigol, 2004).

Diagnostico:

Es diagnóstico por lo habitual es sencillo la paciente relata historia de salida de líquido claro por la vagina, abundante o escaso y de manera brusca o gradual. Esta historia generalmente es corroborada por el examen físico obstétrico que, luego de estimar la edad gestacional y comprobar la vitalidad fetal, debe seguir la siguiente secuencia (Hugo Salinas P., 2005)

1. No realizar tacto vaginal en la sala de ingreso (Hugo salinas P., 2005)

2. Examen de genitales externos : Puede observarse una cantidad variable de líquido amniótico escurriendo en forma espontánea, luego de una maniobra de vasalva o después de la movilización del polo fetal que ocupa la pelvis materna. (Hugo salinas P., 2005).

3. Especuloscopia: permite observar el escurrimiento de una cantidad variable de líquido amniótico por el orificio cervical externo del cuello uterino con o sin maniobras referidas. La presencia de este signo hace innecesario el uso de otros exámenes de laboratorio. La especuloscopia debe utilizarse para aprovecharse para estimar el grado de dilatación cervical y la toma de muestras vaginales para cultivos y tinción de gram. (Hugo salinas P., 2005).

4. Test de cristalización: se obtiene a partir de una muestra de fondo de saco vaginal que se deja secar sobre portaobjeto. Al microscopio se observa una arborización en forma de hojas de helecho, característica del líquido amniótico.

El meconio y cantidades discretas de sangre no alteran la positividad del test, cuya sensibilidad alcanza al 90% con una tasa de falso positivos de 5 a 10%, generalmente atribuible a la presencia de semen, sangre, mucus cervical, soluciones antisépticas, gel para ultrasonido y la presencia de vaginosis bacteriana.

5. Prueba de nitaracina : Esta prueba se basa en el hecho de que el pH del líquido amniótico (pH 7,0 a 7,5) es significativamente más alcalino que la secreción vaginal normal (pH 4,5 a 5,5). La prueba se realiza tomando una muestra de secreción de fondo de saco vaginal que se extiende en papel de nitaracina. Un cambio a color azul verdoso (pH 6,5) o a azul (pH 7,0) con mucha probabilidad sugiere la presencia de líquido amniótico. Sin embargo, pueden presentarse falsos positivos por la presencia de sangre, orina, semen o agentes antisépticos.

6. Ecografía: Se constatará la reducción del volumen de líquido amniótico

Manejo:

El manejo debe ser efectuado de acuerdo a la edad gestacional, debido a que las complicaciones perinatales cambian dramáticamente según el momento del embarazo en el ocurra ruptura.

Para el abordaje de la paciente con ruptura de membranas se debe tener en cuenta

- **Confirmar la edad gestacional.** Se recogerá de la historia clínica la fecha de última regla, repasaremos ecografías previas y realizaremos una ecografía al ingreso.
- **Descartar un parto inminente.** Valorado mediante la determinación del Test de Bishop y comprobación de la presencia o no de dinámica uterina.
- **Descartar compromiso fetal.** El registro cardiotocográfico tiene interés sobre todo en la identificación de los patrones relacionados con la corioamnionitis (taquicardia basal, sobre todo si se asocia a disminución de la variabilidad y/o a desaceleraciones). Si se sospecha compromiso fetal sin infección: en edad gestacional mayor a 34 semanas finalizaremos la gestación, entre 28 y 34 semanas

se valorará la posibilidad de maduración pulmonar fetal, cuando la edad gestacional está por debajo de las 28 semanas valoraremos la viabilidad fetal.

- **Descartar infección.** Mediante:
 - Temperatura materna.
 - Recuento leucocitario.
 - Cultivo vaginal.
 - Recoger líquido amniótico por amniocentesis para evitar falsos positivos. Si existe sospecha fundada de corioamnionitis finalizaremos la gestación porque el tratamiento intrauterino no ha demostrado ser efectivo en el feto y el riesgo de sepsis materna es alto. (Palomo, 2003)

Tratamiento:

Está basado en evitar la infección y en disminuir los problemas derivados de la prematuridad.

RPM		
Al ingreso: Comprobación del diagnóstico de las semanas de gestación y de la madurez pulmonar fetal (26 – 35 semanas). Descartar infección amniótica, sufrimiento fetal y malformaciones. Posteriormente establecer vigilancia continuada sobre la posibilidad de que aparezcan infecciones o sufrimiento fetal.		
36 ó más semanas	31 a 35 semanas	< 31 semanas
Si índice Bishop > 4 inducción a las doce horas RPM Si índice Bishop < 5, o tratamiento expectante, o inducción a las doce horas de RPM o maduración con prostaglandinas, o cesárea electiva. Tratamiento antibiótico hasta la extracción.	Expectante hasta comprobación comprobación de la madurez pulmonar fetal; mientras tanto tratamiento con betamiméticos, corticoides y antibióticos.	Intentar llegar a la semana 31 en que se aplicará el protocolo anterior con Betamiméticos, antibióticos, y corticoides a partir de la semana 26.

Imagen obtenida de urgencias en ginecología y obstetricia; pagina 149; (Palomo, 2003)

Reposo en cama. Deberá ser absoluto si la pérdida es abundante o si hay dinámica uterina.

Profilaxis antibiótica. La profilaxis antibiótica se realizará con ampicilina 1 gr/ 6 horas y gentamicina 80 mg/8 horas hasta la salida del feto y con un máximo de 5 días. En alérgicas a betalactámicos se administrará eritromicina i.v. 250 mg/ 6 horas.

Aceleración de la madurez pulmonar fetal. Se administrará betametasona 12 mg i.m. al ingreso y repetiremos la dosis a las 24 horas. Si existe riesgo de parto en pocas horas se administrará la segunda dosis a las 12 horas de la primera. La leucocitosis producida por corticoides no se acompaña de formas inmaduras en la formula leucocitaria.

Uteroinhibidores:

No existe la evidencia que la tocolisis terapéutica consiga prolongar significativamente la gestación. (Palomo, 2003) Aunque algunos estudios han demostrado una prolongación del embarazo hasta de una semana comparado con placebo, no se ha demostrado beneficio en cuanto a morbilidad o mortalidad perinatal; es más, existen datos sugiriendo que podría aumentar el riesgo de infección intrauterina, al prolongar innecesariamente el periodo de latencia, en pacientes con indicación de desembarazar (Mario Orlando Parra Pineda & Edith Angel Müller, 2010)

COMPLICACIONES DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Corioamnionitis

La corioamnionitis o infección ovular clínica se caracteriza presencia temperatura mayor a 38 grados centígrados, asociada a dos o más signos o síntomas: sensibilidad uterina, secreción turbia o de mal olor atreves orificio cervical externo, taquicardia fetal, taquicardia materna y leucocitosis materna mayor a 15.000 cel/mm³. (Hugo salinas P., 2005)

El diagnóstico de corioamnionitis se realiza cuando existe dos o más de los criterios mencionados, además, cuando el Gram revela gérmenes o piocitos en el líquido amniótico, el cultivo es positivo, existe corioamnionitis histológica o hay evidencia de sepsis neonatal, independientemente de las manifestaciones clínicas.

Es importante tener en cuenta, además, que la mortalidad perinatal es mayor en neonatos de madres infectadas con gestaciones menores de 28 semanas, que en gestaciones Mayores.

Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta

Un 5% de las pacientes con ruptura de prematuras membranas pretérmino sufren de esta patología. El mecanismo etiopatogenico asociado no está claro. El DPPNI grave está asociado a muerte fetal y coagulopatía materna, por lo que el embarazo debe interrumpirse por la vía más expedita.

Oligohidramnios

La cuantificación del líquido amniótico luego de una RPM usando el índice de líquido amniótico, con valores inferiores a 5 cm se ha asociado con periodos cortos de latencia y con algunos riesgos neonatales, pero no con riesgos maternos o infección neonatal 29. Sin embargo, el valor predictivo de un índice de líquido amniótico bajo para efectos adversos es pobre y no debe ser usado para el manejo de la RPM.

Parto pretérmino

El gran riesgo fetal para los recién nacidos es la prematuridad y la prematuridad significa posibilidad de síndrome de membrana hialina (problemas respiratorios), enterocolitis necrotizante, hemorragia intraventricular, sepsis y muerte neonatal.

Compresión del cordón y prolapso del cordón umbilical

La compresión del cordón obviamente es más frecuente a menor cantidad de líquido amniótico. Esta condición se debe tener muy presente al realizar las monitorizaciones fetales electrónicas en vista que con gran frecuencia se observan desaceleraciones variables o umbilicales. En cuanto al prolapso de cordón la evaluación vaginal inicial debe descartar

esta complicación y por supuesto se mantiene la posibilidad de prolapso del cordón umbilical si se mantiene el manejo conservador.

Infección fetal

Es la del tipo de la neumonía intrauterina, que consiste en sufrimiento fetal que se manifiesta como asfixia al nacimiento y que es más frecuente a menor edad gestacional; inclusive la muerte fetal secundaria a daño funicular y profunda alteración de los mecanismos de perfusión placentaria, al hacerse irregular la distribución de la presión intrauterina.

Infección neonatal

Se presenta en 49% de los casos; cuando se analizan grupos por debajo de la semana 35 de edad gestacional, el síndrome de dificultad respiratoria es de 36% y la mortalidad neonatal temprana de 20%.

En el largo plazo debe considerarse la frecuente relación de RPM con infecciones genitourinarias subclínicas, por lo que, resuelto el caso en particular, éstas deben ser estudiadas, lo mismo que la posibilidad de incontinencia istmo cervical o malformación uterina, que habrá de evaluarse antes que se presente una nueva gestación.

Asfixia perinatal

Varias condiciones asociadas a RPM pueden explicar el aumento de la incidencia de asfixia perinatal; infección fetal, prolapso del cordón, funisitis, desprendimiento placentario, presentaciones distócicas y compresión funicular por el amnios.

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.

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 líquido

amniótico. El examen ultrasonográfico muestra en los casos característicos una relación circunferencia torácica/circunferencia abdominal < 2 SD bajo el promedio (0,90 0,05).

Deformidades ortopédicas

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 ("club-foot").

HIPOTESIS

- El principal factor riesgo para el desarrollo de ruptura prematura de membranas en pacientes ingresadas en el área de cuidados intermedios uno del Hospital Gineceo-Obstétrico Enrique C Sotomayor durante el periodo 2015-2016 es de causa infecciosa y las principales complicaciones obstétrica son el parto prematuro y la corioamnionitis.

VARIABLES

Variables Independientes

- Ruptura prematura de membranas

Variables Dependientes

- Factores de riesgo
 - ✓ Edad materna.
 - ✓ Edad gestacional.
 - ✓ Número de controles.
 - ✓ Paridad.
 - ✓ Lugar de Residencia.
 - ✓ Infección de vías urinarias
 - ✓ Infección vaginal
 - ✓ Antecedente de ruptura prematura de membranas
- Complicaciones obstétricas
 - ✓ Corioamnionitis
 - ✓ Parto prematuro

CAPITULO III

MATERIALES Y METODO

CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO:

El estudio es retrospectivo, de tipo descriptivo y corte transversal se realizará en el cantón Guayaquil de la provincia del Guayas, en el área de estadísticas del Hospital Gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor el cual está ubicado en Pedro pablo Gómez y 6 de marzo durante el año 2015.

UNIVERSO:

Todas las pacientes ingresadas en el área de cuidados intermedios uno de la Maternidad Enrique C Sotomayor, con diagnóstico de ruptura prematura membranas de enero del 2015 a enero del 2016.

MUESTRA:

La muestra es de 100 pacientes que fueron ingresadas en el área de cuidados intermedios uno de la Maternidad Enrique C Sotomayor, con diagnóstico de ruptura prematura membranas de enero del 2015 a enero del 2016.

VIABILIDAD:

El estudio es viable puesto que se cuenta con la autorización de las autoridades del Hospital Gineco-Obstetrico Enrique C. Sotomayor para la revisión de las historias clínicas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión:

- Todas las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de ruptura prematura de membranas que fueron ingresadas en el área de Cuidados Intermedios uno del hospital Gineco-Obstetrico Enrique C Sotomayor durante el periodo de investigación.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas de pacientes que tenían información incompleta y las que fueron transferidas a otros servicios de salud antes del parto.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN:**Variable independiente**

Variable	Indicadores	Definición	Escala valorativa	Fuente
Ruptura prematura de membranas	Examen físico (salida de líquido por vía vaginal)	solución de continuidad de la membrana corioamniótica antes de haberse iniciado el trabajo de parto	Si No	Historia clínica

Variables dependientes

Factores de riesgo	Indicadores	Definición	Escala valorativa	Fuente
	Edad	Años cumplido registrado en la historia clínica en el momento de la ruptura de membrana	< 19 años 20 -25 años >25 años	Historia clínica
	Lugar de residencia	Lugar en donde vive la paciente	Urbana Rural	Historia clínica
	Número de controles.	Número de controles realizados durante el embarazo por un profesional de la salud hasta el momento del parto.	Ninguno - ≤4 CPN - 4-5 CPN - ≥6 CPN	Historia clínica
	Paridad	Número de partos que presentados por gestante	*Nulípara *Multípara (1-4 partos) *Gran multípara Más de 4 partos)	Historia clínica

Variable	Indicadores	Definición	Escala valorativa	Fuente
Factores de riesgo	Edad gestacional	Edad gestacional de pacientes con ruptura prematura de membranas	<31sem 31-36 >36	Historia clínica
	Infección Genitourinaria	Diagnóstico hecho por un gineco-Obstetra durante la actual gestación	Si No	Historia clínica

Variables dependientes

Variable	Indicadores	Definición	Escala valorativa	Fuente
Complicaciones obstétricas	Corioamnionitis	Es una infección del líquido amniótico y las membranas que lo contienen	- Si - no	Historia clínica
	Parto prematuro	parto ocurrido antes de 37 semanas de gestación	Leve (35-36 sem) Moderado (32-34sem) Extremo (<32 semanas)	Historia clínica

METODOLOGÍA:

- **Enfoque de la investigación:** Cualitativo
- **Diseño de la investigación** No experimental
- **Tipo de estudio:** El estudio es retrospectivo, de tipo descriptivo y corte transversal

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

Para el cumplimiento legal se realizó una solicitud lo cual fue aceptada por las autoridades del Hospital Gineco-Obstetrico Enrique C Sotomayor para acceder al departamento de estadística y obtener las historias clínicas de las pacientes, a fin de cumplir con el título segundo, Art. 17, fracción I de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, verificando que los datos obtenidos son reales y confidencial en honor a la verdad.

MATERIALES:**Recursos humanos:**

- Tutor
- Revisor asignado por la Universidad
- Autor de la investigación
- Personal del área de estadísticas del Hospital Gineceo Obstétrico Enrique C Sotomayor

Recursos Físicos:

- Computadora – Internet
- Pendrive
- Impresora
- Plumas de color azul, negro y rojo
- Lápices
- Borradores
- Hoja de recolección de datos
- Historias clínicas
- Sacapuntas

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACION

Prevía autorización concedida por las autoridades del Hospital Gineco-Obstetrico Enrique C Sotomayor se recurrió a identificación de casos en el departamento de estadísticas para posteriormente proceder a la revisión de las historias clínicas. Para la recolección de la información requerida se utilizó una hoja de datos de propia elaboración.

METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El presente estudio se realizó mediante la revisión de las historias clínicas de las pacientes ingresadas durante el periodo de estudio, dicha información fue registrada en la ficha de recolección de datos en la que registraban las variables de interés, las cuales fueron tabuladas en tablas y graficas estadísticas para su posterior análisis.

CAPITULO IV

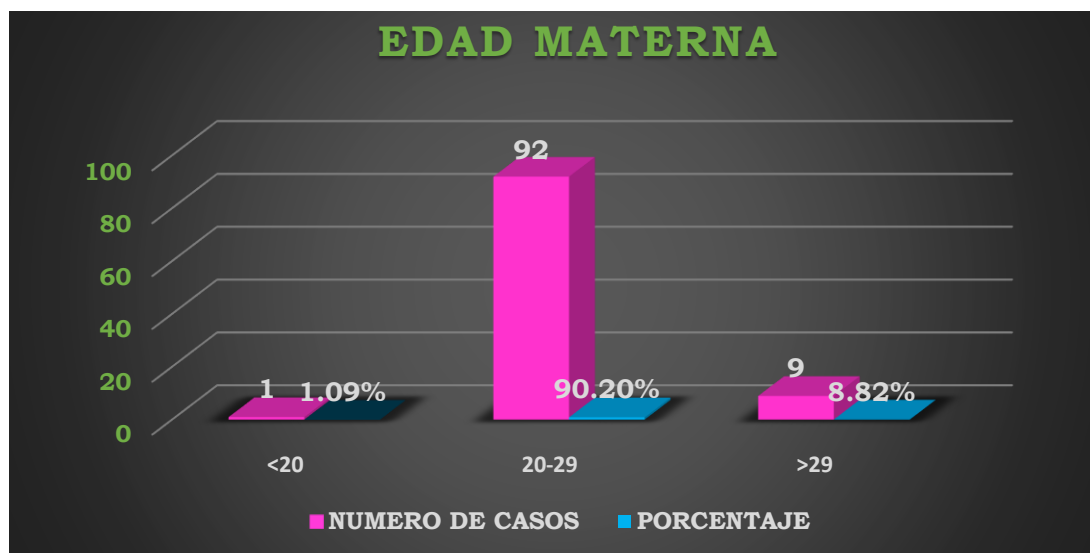
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó mediante la revisión de las historias clínicas de las pacientes Ingresadas en el Área de Cuidados intermedios uno del Hospital Gineco obstétrico Enrique C Sotomayor durante el periodo 2015-2016, con una población definitiva de 102 caos revisados como muestra definitiva, los resultados son los siguientes

TABLA 1. CASOS DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA DE ACUERDO A LA EDAD EN PACIENTES INGRESADAS EN SALA DE CUIDADOS INTERMEDIOS I DEL HGOECS

EDAD	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
<20	1	1,09%
20-29	92	90,20%
>29	9	8,82%
TOTAL	102	100%

GRAFICO 1

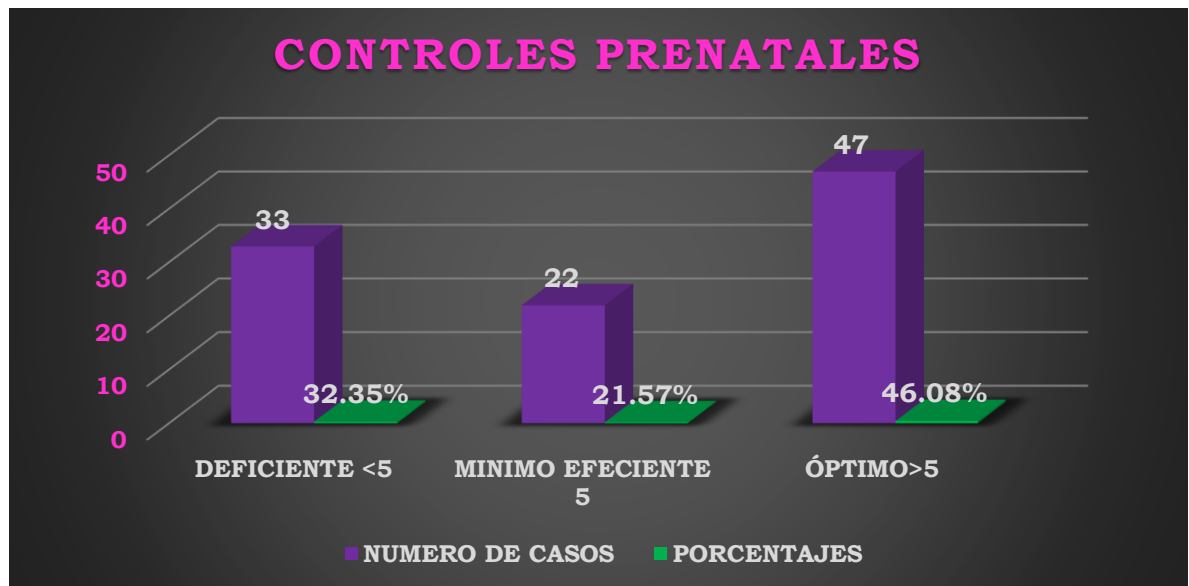


Análisis: El grafico muestra que la edad materna como factor de riesgo de ruptura prematura de membranas se comporta en la población estudiada de la siguiente manera: edad <20 años 1.09% edad de 20-29 años 90.20%, y edad >29 años 8.82%.

TABLA 2. CASOS DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA DE ACUERDO AL NUMERO DE CONTROLES PRENATALES EN PACIENTES INGRESADAS EN SALA DE CUIDADOS INTERMEDIOS I DEL HGOECS

CONTROLES	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJES
DEFICIENTE <5	33	32,35%
MINIMO EFECIENTE 5	22	21,57%
ÓPTIMO>5	47	46,08%
TOTAL	102	100%

GRAFICO 2.

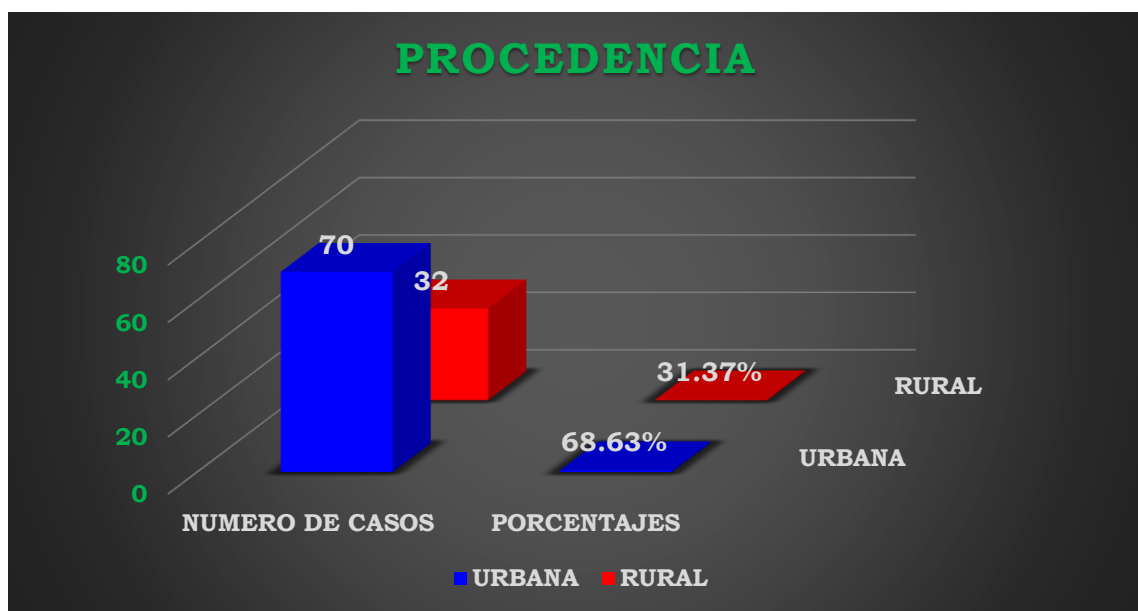


Análisis: La distribución de los casos de ruptura prematura de membranas de acuerdo a la edad gestacional es de 32.35 % en pacientes con controles deficientes <5 controles, de 21,57% en paciente con control mínimo eficiente y de 46,08 con control óptimos >5 controles. Se relaciona el déficit de controles prenatales a la mayor incidencia de ruptura prematura de membranas ya que el curso del embarazo no se encuentra bajo la correcta supervisión, pero en nuestra población estudiada la mayor parte del paciente tuvieron más 5 controles, lo cual nos indica que la ruptura prematura de membranas es un ente multifactorial que no solo depende de un factor si no de la asociación de varios.

TABLA 3. CASOS DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA DE ACUERDO A LA PROCEDENCIA EN PACIENTES INGRESADAS EN SALA DE CUIDADOS INTERMEDIOS I DEL HGOECS

PROCEDENCIA	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJES
URBANA	70	68,63%
RURAL	32	31,37%
TOTAL	102	100%

GRAFICO 3.

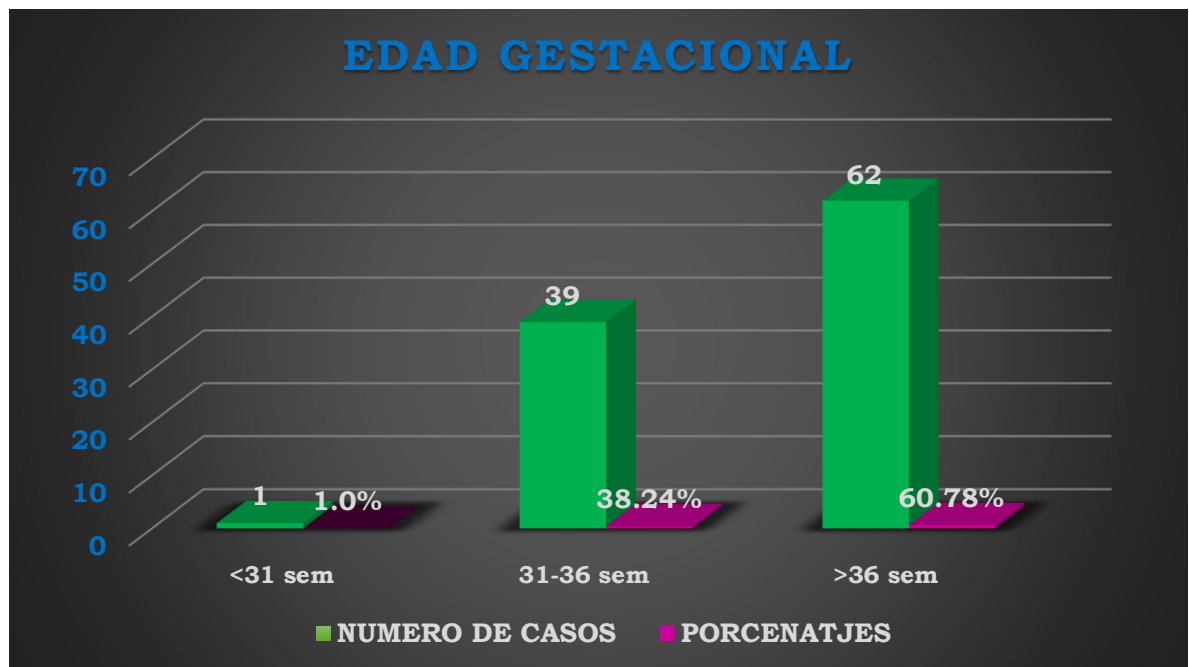


Análisis: este grafico muestra la distribución del número de caso de ruptura prematura de membranas según la procedencia teniendo mayor porcentaje las pacientes de procedencia urbana con un 68.63% y las de procedencia rural con un 31,37%

TABLA 4. CASOS DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA DE ACUERDO A LA EDAD GESTACIONAL EN PACIENTES INGRESADAS EN SALA DE CUIDADOS INTERMEDIOS I DEL HGOECS

EDAD GESTACIONAL	NUMERO DE CASOS	PORCENATJES
<31 sem	1	1,0%
31-36 sem	39	38,24%
>36 sem	62	60,78%
TOTAL	102	100%

GRAFICO 4.

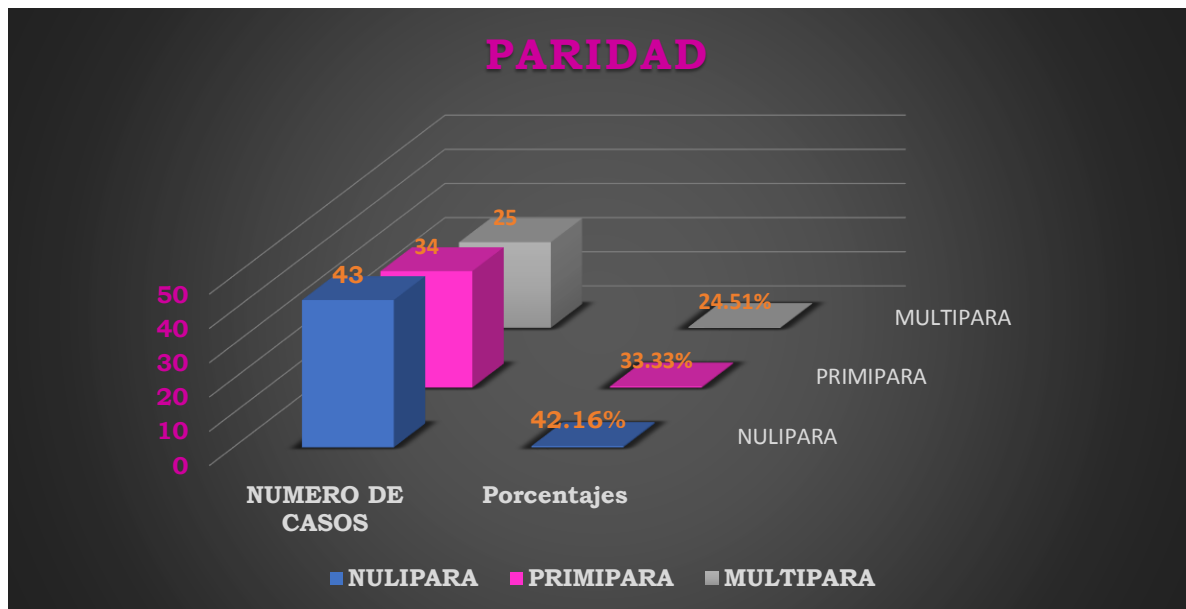


Análisis: La distribución de la ruptura prematura de membranas en nuestra población de estudio según la edad gestacional es de 1% en > 31 semanas, de 38.24 en gestaciones de 31 a 36 semanas y del 60,778% en gestaciones mayores a 36 semanas

TABLA 5. CASOS DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA DE ACUERDO A LA PARIDAD EN PACIENTE INGRESADAS EN SALA DE CUIDADOS INTERMEDIOS I DEL HGOECS

PARIDAD	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJES
NULIPARA	43	42,16%
PRIMIPARA	34	33,33%
MULTIPARA	25	24,51%
TOTAL	102	100%

GRAFICO 5.

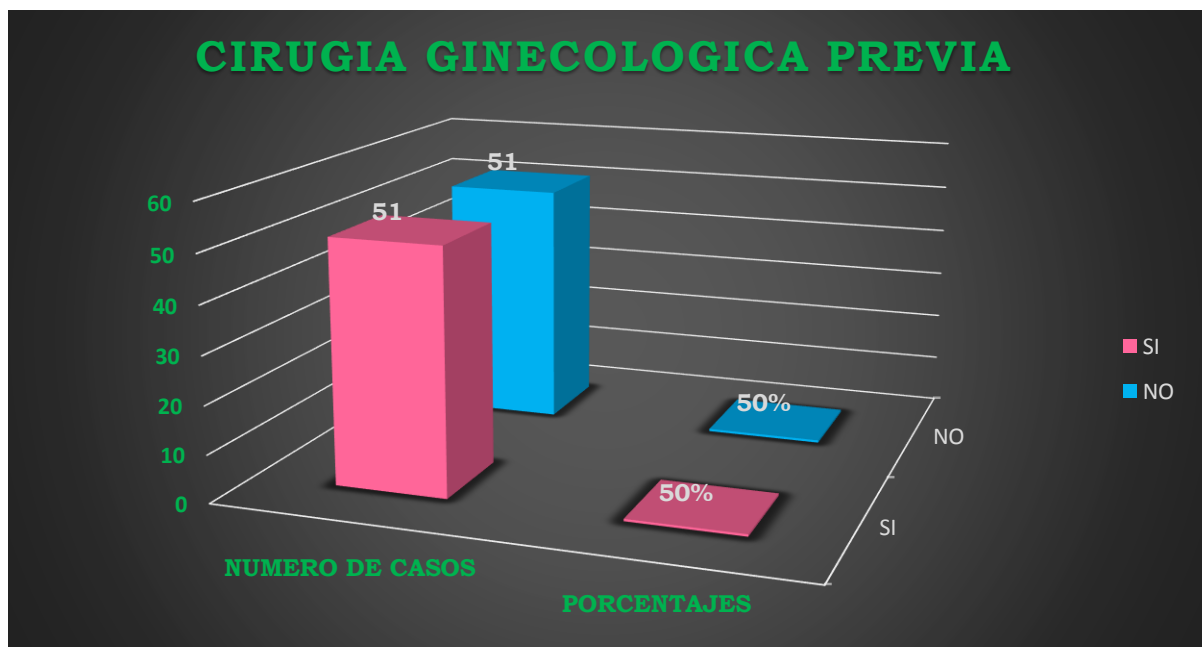


Análisis: De acuerdo a la paridad la distribución de los casos de ruptura prematura de membranas en nuestra población de estudio es de 42.16% en nulíparas, 33,33% en primíparas y 24,51% múltíparas

TABLA 6. CASOS DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA DE ACUERDO AL ANTECEDENTE DE CIRUGÍA GINECOLÓGICA PREVIA EN PACIENTES INGRESADAS EN SALA DE CUIDADOS INTERMEDIOS I DEL HGOECS

CIRUGIA PREVIA	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJES
SI	51	50%
NO	51	50%
TOTAL	102	100%

GRAFICO 6.

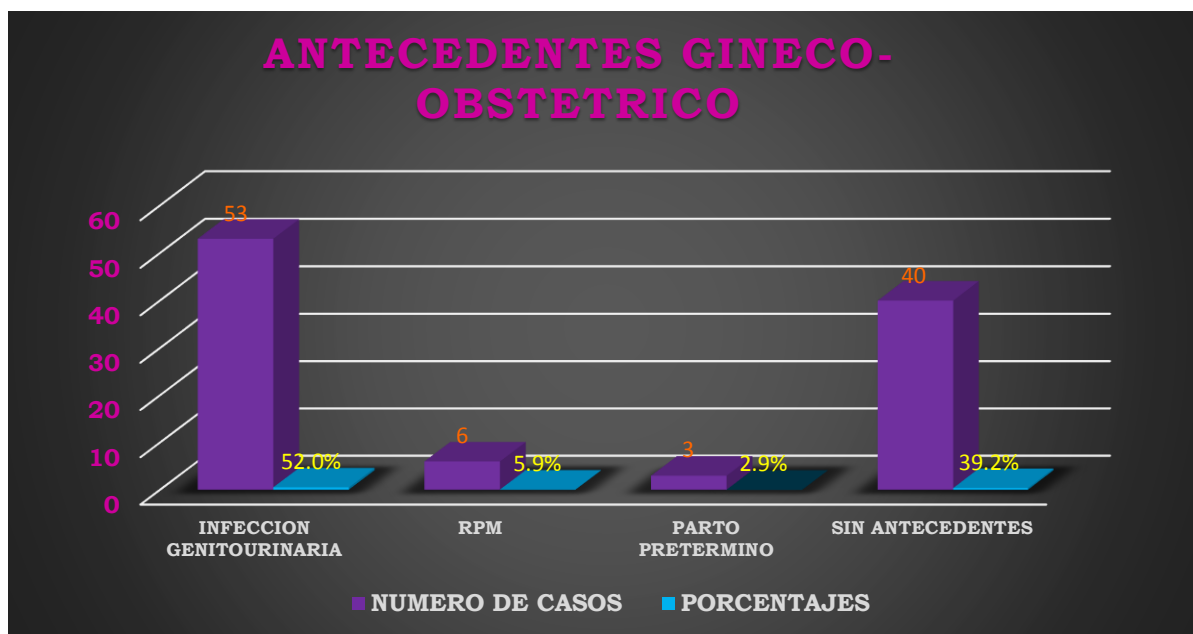


Análisis: En nuestra población de estudio el 50% de las pacientes si presento antecedente de cirugía ginecológica previa, mientras que el no 50% no la presento.

TABLA 7. CASOS DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA DE ACUERDO ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICO EN PACIENTES INGRESADAS EN SALA DE CUIDADOS INTERMEDIOS I DEL HGOECS

ANTECEDENTES GINECO-OBSETRICOS	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJES
INFECCION GENITOURINARIA	53	52,0%
RPM	6	5,9%
PARTO PRETERMINO	3	2,9%
SIN ANTECEDENTES	40	39,2%
TOTAL	102	100%

GRAFICO 7.

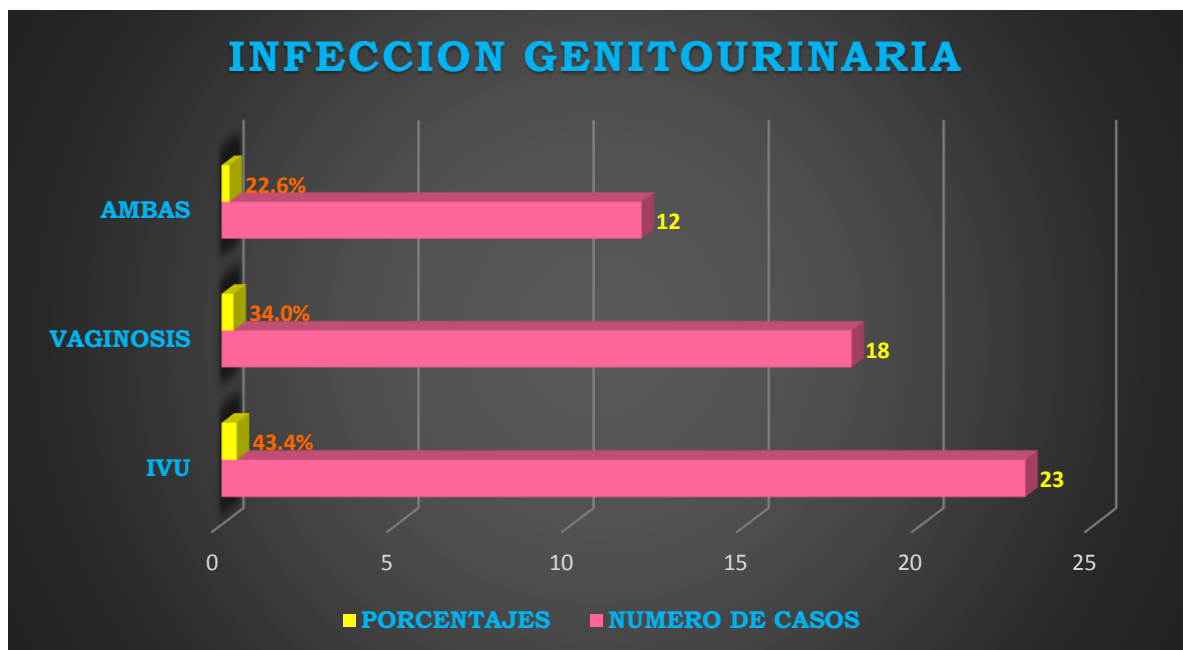


Análisis: En relación a los antecedentes Gineco-Obstetrico la mayor parte de las pacientes de nuestra población presento infecciones genitourinarias como factor predisponente para ruptura prematura de membranas con un porcentaje de 52%, seguido por el antecedente de ruptura prematura de membranas en un 5,9% y Antecedente de parto pretérmino en un 2,9%.

TABLA 8. CASOS DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA DE ACUERDO INFECCION GENITOURINARIA EN PACIENTES INGRESADAS EN SALA DE CUIDADOS INTERMEDIOS I DEL HGOECS.

INFECCION GENITOURINARIA	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJES
IVU	23	43,4%
VAGINOSIS	18	34,0%
AMBAS	12	22,6%
TOTAL	53	100%

GRAFICO 8.

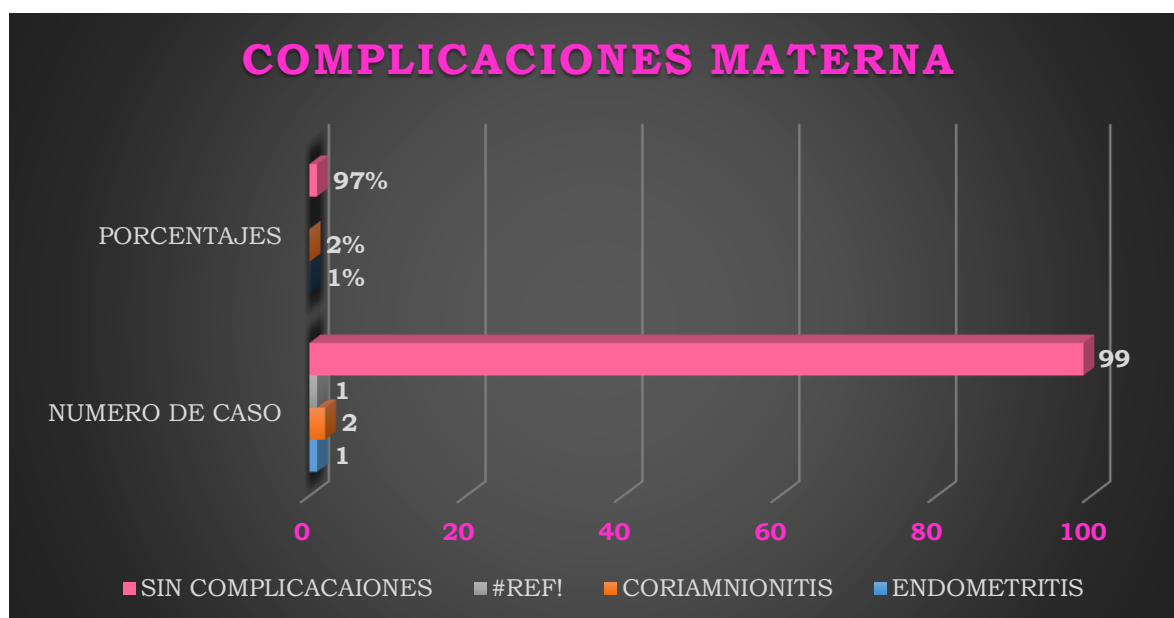


Análisis: De los 102 casos revisados, 53 paciente presentaron infecciones del tracto genitourinario siendo la infección de Vías Urinaria el principal factor de riesgo con un porcentaje 43.4%, seguido de la presencia de vaginosis en un 34.0% y pacientes que presentaron ambas infecciones en un 22,6%.

TABLA 9. COMPLICACIONES MATERNAS EN PACIENTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA EN PACIENTE INGRESADAS EN SALA DE CUIDADOS INTERMEDIOS I DEL HGOECS.

COMPLICACIONES MATERNAS	NUMERO DE CASO	PORCENTAJES
ENDOMETRITIS	1	1%
CORIAMNIONITIS	2	2%
SIN COMPLICACAIONES	99	97%
TOTAL	102	100%

GRAFICO 9.

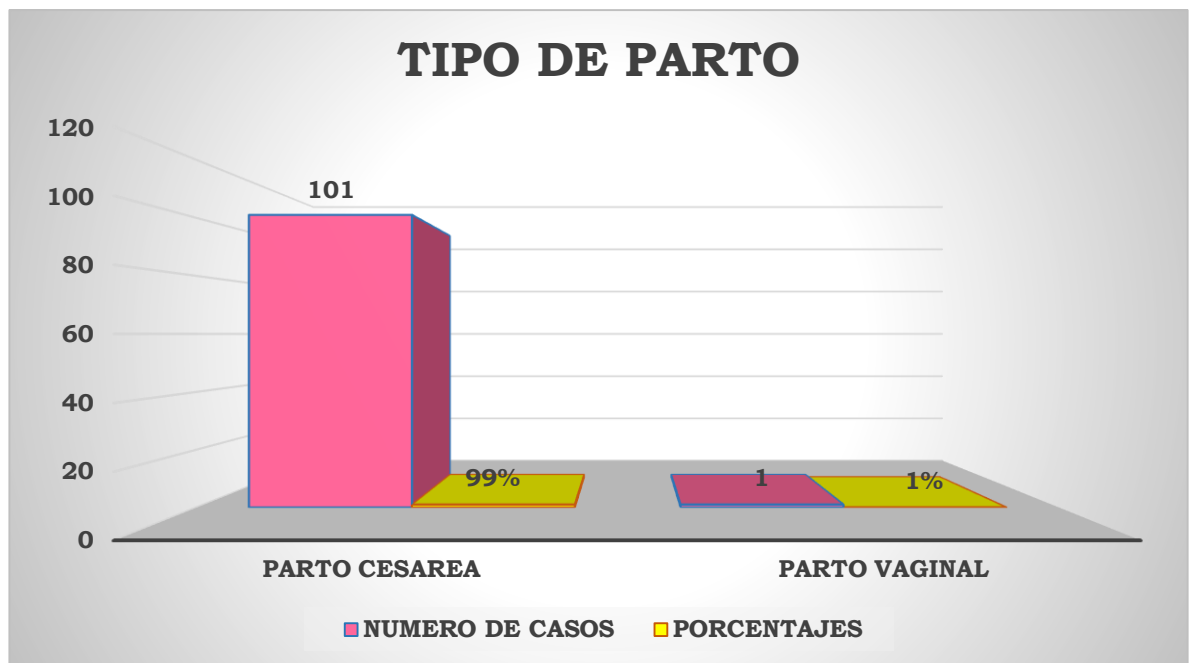


Análisis: Las principales complicaciones maternas que se presentaron en la población de estudio fueron corioamnionitis un 2% y endometritis con un porcentaje de 1%, mientras que la mayor parte de las pacientes no presento complicaciones con un porcentaje de 99% esto se debe al uso temprano de antibioticoperapia como protocolo de manejo de la ruptura prematura de membranas.

TABLA 10. TIPO DE PARTO EN PACIENTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA EN PACIENTE INGRESADAS EN SALA DE CUIDADOS INTERMEDIOS I DEL HGOECS.

TIPO DE PARTO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJES
PARTO CESAREA	101	99%
PARTO VAGINAL	1	1%
TOTAL	102	100%

GRAFICO 10.

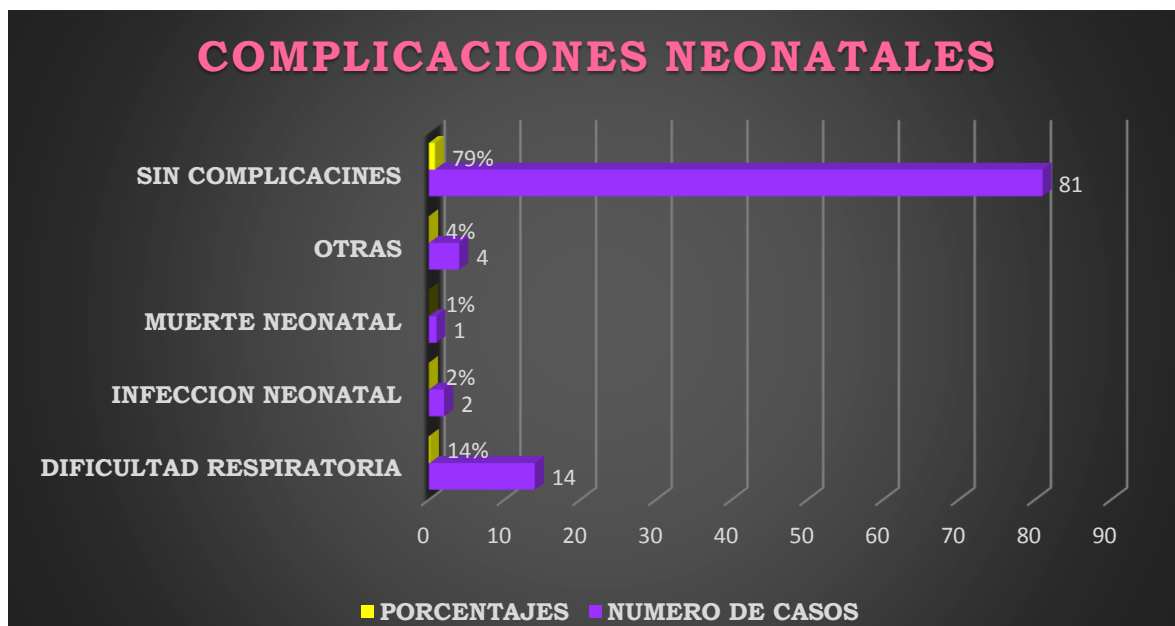


Análisis: El grafico muestra que el mayor porcentaje de pacientes con ruptura prematura de membranas presento como consecuencia el parto por cesárea con un porcentaje del 99% mientras que solo 1% de las pacientes presento parto vaginal.

**TABLA 11. COMPLICACIONES NEONATALES DE LA RUPTURA
PREMATURA DE MEMBRANA EN PACIENTES INGRESADAS EN SALA DE
CUIDADOS INTERMEDIOS I DEL HGOECS.**

COMPLICACIONES NEONATALES	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJES
DIFICULTAD RESPIRATORIA	14	14%
INFECCION NEONATAL	2	2%
MUERTE NEONATAL	1	1%
OTRAS	4	4%
SIN COMPLICACIONES	81	79%
TOTAL	102	100%

GRAFICO 11.

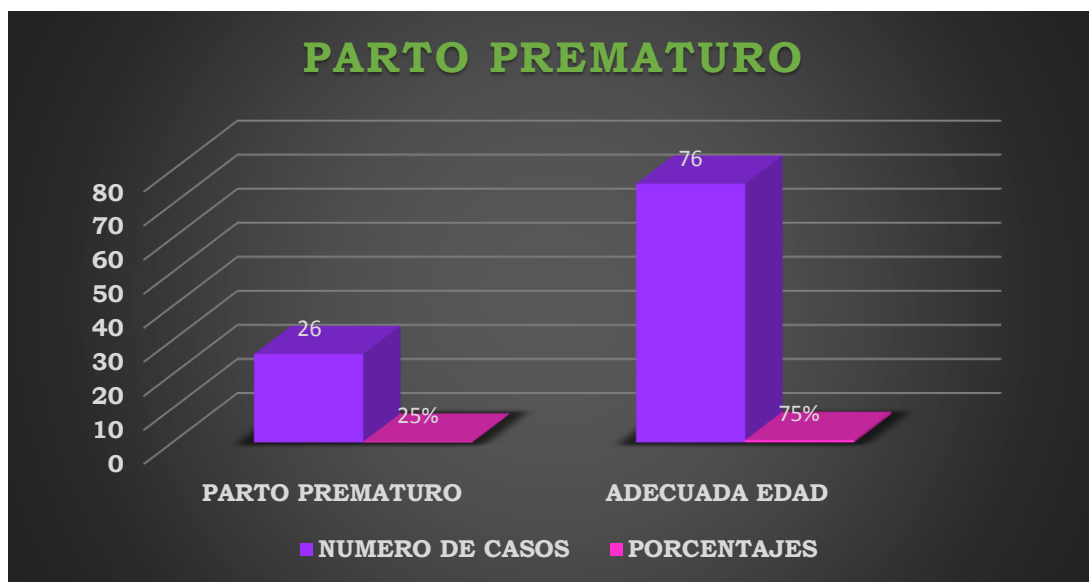


Análisis: el grafico muestra que las principales complicaciones neonatales relacionada a la ruptura prematura de membranas son el síndrome de dificultad respiratoria con un 14%, infección neonatal con un 2%, la muerte neonatal con porcentaje del 1% y otras complicaciones (malformaciones) con un 4%.

TABLA 12. PARTO PREMATURO COMO COMPLICACION NEONATAL DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA EN PACIENTE INGRESADAS EN SALA DE CUIDADOS INTERMEDIOS I DEL HGOECS

PREMATUREZ	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJES
PARTO PREMATURO	26	25%
ADECUADA EDAD	76	75%
TOTAL	102	100%

GRAFICO 12

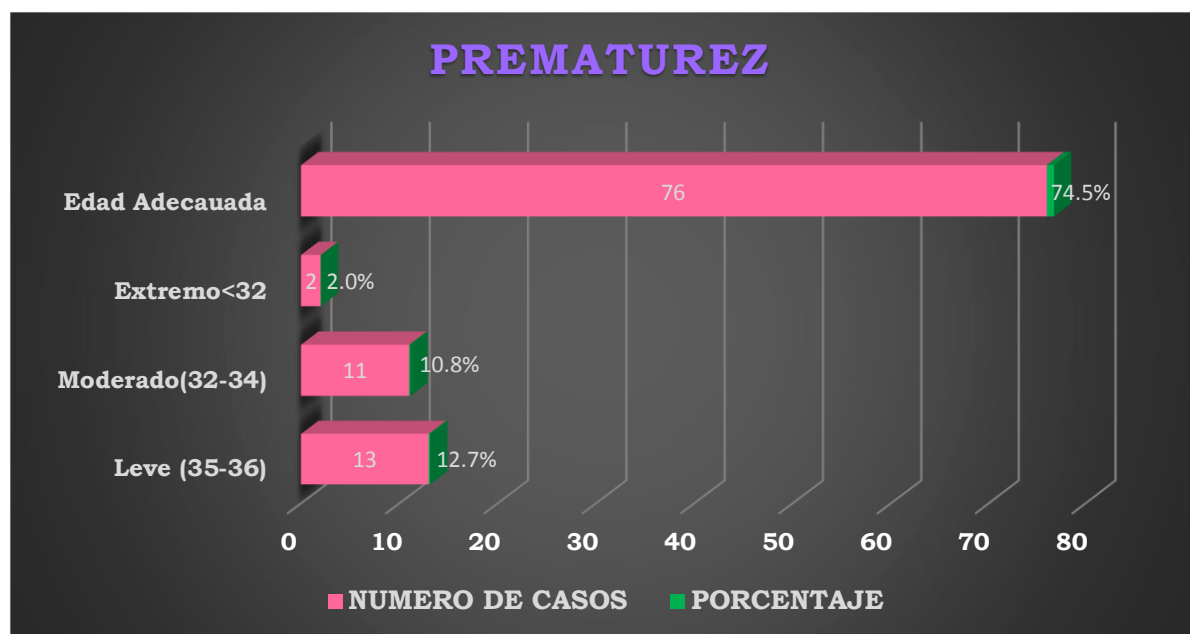


Análisis: El grafico muestra que el parto prematuro es la principal complicación neonatal con un porcentaje del 25%, mientras que el 75% de los neonatos tuvieron una edad gestacional adecuada

TABLA 13. TIPO DE PREMATUREZ EN NEONATOS OBTENIDOS DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA EN PACIENTE INGRESADAS EN SALA DE CUIDADOS INTERMEDIOS I DEL HGOECS.

PREMATUREZ	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Leve (35-36)	13	12,7%
Moderado(32-34)	11	10,8%
Extremo<32	2	2,0%
Edad Adecuada	76	74,5%
Total	102	100%

GRAFICO 13

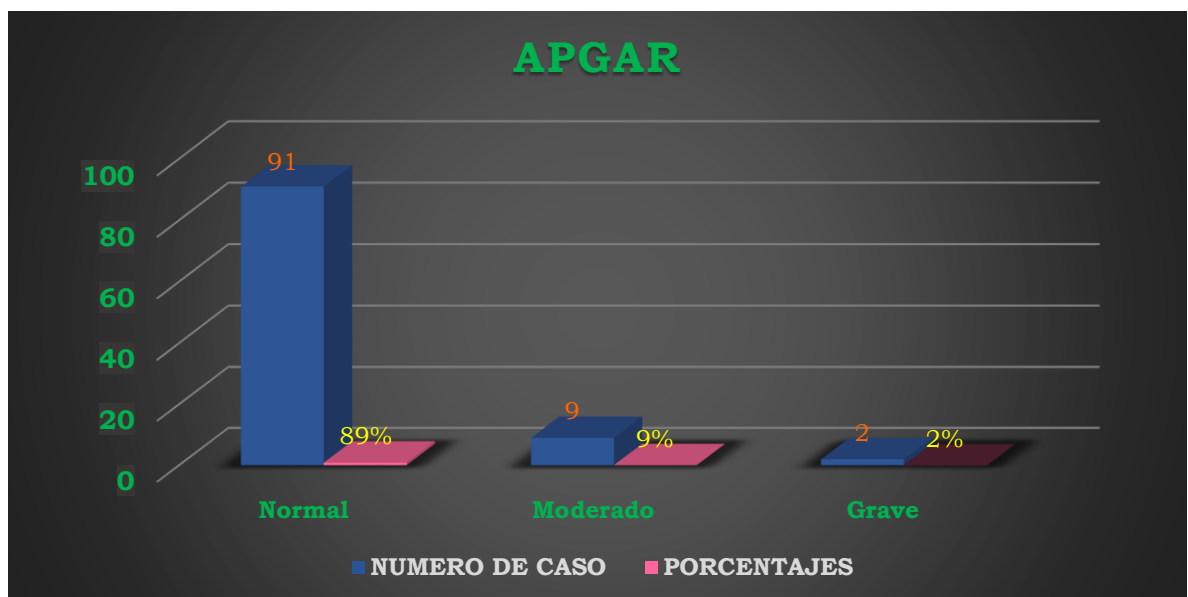


Análisis: de los 102 casos estudiados, hubo un total de 24 nacimientos prematuros distribuidos de la siguiente manera: prematuros leves 12,7%, moderados 10,8%, extremo 2,0%, mientras que el 74%, de los neonatos tuvieron una edad adecuada al momento del nacimiento.

**TABLA 14. APGAR EN NEONATOS OBTENIDOS DE UNA RUPTURA
PREMATURA
DE MEMBRANA EN PACIENTE INGRESADAS EN SALA DE CUIDADOS
INTERMEDIOS I DEL HGOECS.**

APGAR	NUMERO DE CASO	PORCENTAJES
Normal	91	89%
Moderado	9	9%
Grave	2	2%
Total	102	100%

GRAFICO 14



Análisis: El grafico muestra que el Apgar de neonatas obtenidos luego de una ruptura prematura de membranas es la siguiente, Apgar normal de 89%, deprimido moderado 9%, deprimido grave 2%.

VALIDACIÓN DE LA HIPÓTESIS

El estudio realizado en la sala de cuidados intermedios 1 del Hospital Gineco-Obstetrico Enrique C Sotomayor en el periodo 2015-2016 demostró que el principal factor de riesgo para desarrollar ruptura prematura de membranas es de causa infecciosa encontrándose las infecciones genitourinarias con un porcentaje de en un 52,2% y que la principal complicación materna es la coriomanionitis con porcentaje del 2% mientras que el parto prematuro es la principal complicación neonatal con un porcentaje del 25%. Este estudio no necesita prueba que demuestre ya que los datos confirman la hipótesis planteada que dice:

El principal factor riesgo para el desarrollo de ruptura prematura de membranas en pacientes ingresadas en el área de cuidados intermedios uno del Hospital Gineceo-Obstétrico Enrique C Sotomayor durante el periodo 2015-2016 es de causa infecciosa y las principales complicaciones obstétrica son el parto prematuro y la coriomanionitis

CAPITULO V

CONCLUSIONES

Al término del estudio realizado total de 102 casos de Ruptura prematura de membranas en pacientes que fueron ingresadas en la sala de cuidados Intermedio 1 del Hospital gineco Obstétrico Enrique C Sotomayor, se obtuvieron las siguientes conclusiones:

1. Según la edad de la paciente el mayor porcentaje de Ruptura Prematura de Membranas se presentó en paciente con Edad entre 20 y 29 años con un porcentaje del 90,20%.
2. De acuerdo al número de controles el mayor porcentaje se presentan en paciente con un número de controles óptimos > 5 controles con un porcentaje de 46,08%, seguido del paciente con controles insuficiente <5 controles con un porcentaje de 32,5 %.
3. Las pacientes de procedencia urbana presentaron mayor porcentaje de ruptura prematura de membrana 68,63% en relación a las pacientes de procedencia rural con un porcentaje de 31,37%.
4. De acuerdo a la edad gestacional ruptura prematura de membrana es más frecuente es las pacientes con una edad gestacional entre >36 semanas con un porcentaje de 60,78%, mientras que el menor porcentaje se presentó en pacientes con edad gestacional de <31 semanas con porcentaje de 1%.
5. Según la paridad Ruptura prematura de membranas es más frecuente en pacientes nulíparas con un porcentaje de 42,16%, seguido de las pacientes primípara con un 33,33% y las multíparas con un 24,51%.

6. En lo referente a cirugía ginecológica previa el 50% de la paciente presentaba este antecedente, mientras que el otro 50% no había presentado cirugías ginecológicas.
7. Con respecto al antecedente gineco-obstétricos como factores de riesgos asociados a Ruptura Prematura de Membranas destacan las infecciones genitourinarias con un porcentaje del 52,2%, seguido del antecedente previo de Ruptura Prematura de Membranas con un 5,9% y el antecedente de parto pretérmino con un 2,9%.
8. En cuanto a las infecciones del tracto genitourinario el 43,3% corresponde a infecciones de vías urinaria, el 34% a vaginosis y la asociación de ambas con un porcentaje del 22.6%.
9. La principal complicación materna es la corioamnionitis con un 2%, seguido de la endometritis con un 1%, mientras que el 97% de las pacientes no presento complicaciones.
10. El parto prematuro es la principal complicación neonatal con un porcentaje del 25%, mientras que el 75% de los neonatos tuvieron una edad gestacional adecuada.
11. Entre las complicaciones neonatales destaca el síndrome de dificultad respiratoria con un 14%, la infección neonatal con un 2%. Muerte neonatal con un 1% y otras complicaciones (malformaciones) con un 4%.
12. La mayor parte de los neonatos obtenidos de una ruptura prematura de membranas presentaron un Apgar normal con un porcentaje del 89%.

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES

- Realizar Historia clínica exhaustiva, enfocada detectar de manera temprana los factores de riesgo predisponente a ruptura prematura de membranas y de esta manera tomar acciones preventivas tempranas.
- Concientizar a las gestantes de la importancia de contarles prenatales y los posibles riesgos y complicaciones que lleva no llevar un control adecuado del embarazo.
- Recomendar al paciente llevar a cabo una adecuada higiene para de esta manera evitar infecciones que se relacionan con la Ruptura prematura de membrana.
- Orientar a la paciente acerca de cuáles son los factores de riesgo que se relacionan con ruptura prematura de membranas.
- Instruir a las gestantes sobre los signos y síntomas de la ruptura prematura de membrana y acudan en busca de ayuda médica especializada de manera temprana para prevenir futuras complicaciones.
- Protocolizar el manejo y atención de las gestantes en riesgo para optimizar su Ejecución

BIBLIOGRAFÍA

1. Alba, Julio Fernández. (2009). *OSTETRICA CLINICA DE LLACA-FERNANDEZ* (Segunda Edicion ed.). Mexico: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES,. Recuperado el 01 de febrero de 2016, de <http://es.slideshare.net/MConstanzaBl/obstetricia-clnica?related=2>
2. Antonio Pellicer Martínez, J. J. (2014). Obstetricia y Cinecologia, guia de actuacion. En A. P. Martínez, *Obstetricia y Cinecologia, guia de actuacion* (pág. 542). Madrid: EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA, S. A. Recuperado el 18 de diciembre de 2015
3. González, H. L. (2012). Guía de manejo Ruptura prematura de membranas. Bogota, Colombia. Recuperado el 4 de Febrero de 2016, de <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%209.%20%20MANEJO%20DE%20RUPTURA%20PREMATURA%20DE%20MEMBRANAS.pdf>
4. Hugo salinas P. (2005). Guia clinica del Departamento de Ginecologia Obstetricia del Hospital Clinico Unersidad de Chile. *Obstetricia*. Chile. Recuperado el 8 de Febrero de 2016, de <http://www.fm.unt.edu.ar/ds/Dependencias/Obstetricia/obstetricia2005.pdf>
5. Mario Orlando Parra Pineda, E. c., & Edith Angel Müller, E. c. (2010). *Obstetricia Integral siglo XXI*. (U. N. Colombia, Editor) Recuperado el 2 de febrero de 2016, de bdodital, repositorio instucional de la Universidas Nacional de Colombia: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/9/9789584476180.07.pdf>
6. Miguel Lugones Botell, & Bermúdez, M. R. (octubre de 2010). *Rotura prematura de membranas, aspectos de interés para la atención primaria de salud*. Recuperado el 04 de Febrero de 2016, de Scielo: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000300013&lng=es&nrm=iso&tlng=es#6
7. Palomo, M. L. (2003). URGENCIAS EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. *AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO Y RPM: MANEJO EN URGENCIAS*. (F. p. Castilla, Ed.) ESPAÑA. Recuperado el 05 de FEBRERO de 2016, de <http://www.unibe.edu.do/sites/default/files/internados/obstetricia/Guias-de-urgencias-en-ginecologia-y-obstetricia.pdf>
8. PAULINO VIGIL DE GRACIA, R. S. (2011). *FLASOG*. Recuperado el 2 de Enero de 2016, de Guía clínica de la Federación Latino Americana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia: <http://www.flasog.org/guias-y-posiciones-oficiales/>
9. René Rivera Z, F. C. (2004). *Guías de obstetricia y ginecología*. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262004000300013>

10. René Rivera Z., F. C. (2004). FISIOPATOLOGÍA DE LA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS. *Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia*, 249-255. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262004000300013>.
11. Rigol, O. (2004). Obstetricia y Ginecología. En O. Rigol, *Ruptura prematura de Membranas* (págs. 165-167). La Habana: Editorial Ciencias Medicas.
12. Salvador, M. d. (Ed.). (febrero de 2012). Guías Clínicas de Ginecología y Obstetricia del MINISTERIO DE SALUD DE EL SALVADOR. San Salvador, El Salvador. Recuperado el 7 de febrero de 2016, de http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/Guias_Clinicas_de_Ginecologia_y_Obstetricia.pdf
13. T. Cobo, M. Palacio. (4 de marzo de 2012). Cursos CLÍNICA de Formación Continuada en Obstetricia y Ginecología. *CURSO INTENSIVO EN MEDICINA MATERNOFETAL*. Cardona, Barcelona, España. Recuperado el 05 de febrero de 2016, de http://medicinafetalbarcelona.org/docencia2/images/virtual/ppts/Curso_Actualizacion.pdf

ANEXOS

ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Numero de Historia clínica			
Edad materna			
Procedencia	URBANA		RURAL
Edad gestacional			
Infección Vaginal	SI		NO
infección Urinaria	SI		NO
Controles prenatales			
Tipo de parto	PARTO VAGINAL		CESÁREA
Prematuro	SI	NO	EDAD GEST
Apgar del Recién Nacido			
Complicación Materna			
Complicación Fetal			
Antecedente Patológico obstétrico			
Cirugía ginecológica			

ANEXO 2

HISTORIAS CLINICAS UTILIZADAS EN EL ESTUDIO					
20632574	20632574	20632574	11230563	11230563	11230563
11380745	11380745	11380745	11380745	20490896	20490896
20792041	20792041	20792041	20792041	11392227	20777685
20770076	20776253	20610113	20760104	30128317	20711077
30022467	20783908	11045534	11454163	20786405	20779991
20700184	20768443	20669949	20774394	30117203	30138298
11193961	40823881	20576533	30453632	30379646	20783737
20781368	20782449	20762890	40833804	20785914	20774235
20785495	20712475	20776070	20775526	30379650	20623027
20784651	20765653	20774744	20773931	11108080	20638346
20784401	20766235	11345613	20773789	20783916	30313623
11233741	30047671	20771874	20766056	11235281	20638758
20643573	20751038	20789548	30264375	30013792	11161602
20716577	11000153	30125669	20770048	20781893	20790104
20763756	20767927	20791044	30251933	30054734	20774893
20780694	20776138	20596717	20769901	20781423	20788102
20643573	20726170	20778114	20690781	20762676	11250460

ANEXO 3

**NORMAS DE MANEJO
DE LA RUPTURA
PREMATURA DE
MEMBRANAS
HOSPITAL GINECO-
OBSTETRICO ENRIQUE
C. SOTOMAYOR**



JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO "ENRIQUE C.
SOTOMAYOR"
DIRECCIÓN TÉCNICA



NORMAS DE MANEJO PARA LA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PRETERMINO (RPMPT)

DEFINICIÓN:

Ruptura espontánea de las membranas en una gestación entre 20 y 37 semanas.

REQUISITOS PARA EL INGRESO

- ✓ Confirmación de la RPM.
- ✓ Anamnesis y examen físico adecuado.
- ✓ Previa asepsia: especuloscopia y maniobra de Valsalva: confirmación de pérdida transcervical.
- ✓ Ecografía: ILA (menor a 8: oligoamnios).

PUNTOS A TOMAR EN CUENTA DURANTE EL TRATAMIENTO EXPECTANTE DE LA RPMPT

- ✓ Confirmación de la ruptura.
- ✓ Confirmación de la edad gestacional.
- ✓ Evaluación de la madurez fetal.
- ✓ Descartar sufrimiento fetal o malformaciones.
- ✓ Descartar infección amniótica clínica o subclínica.

MANEJO DE PACIENTES CON RPMPT

El área de internación estará en relación al cuadro clínico.

UNIDAD DE LABOR Y PARTO NORMAL

Pacientes con o sin trabajo de parto y diagnóstico confirmado de RPM con:

- Gestaciones de 37 o más semanas.
- Buenas condiciones obstétricas.
- Óbito fetal.



JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO "ENRIQUE C.
SOTOMAYOR"
DIRECCIÓN TÉCNICA



UNIDAD DE LABOR Y PARTO DE ALTO RIESGO

Pacientes en trabajo de parto y diagnóstico confirmado de RPMP con:

- ✓ Gestaciones entre 24 y 36 semanas en trabajo de parto.
- ✓ Feto vivo.
- ✓ Con o sin amnionitis.
- ✓ De preferencia siempre se enviará la placenta a patología para una evaluación completa lo cual ayudará en el manejo neonatal.

INTERNACION EN LA UNIDAD DE CLINICA OBSTETRICA

Pacientes sin trabajo de parto y diagnóstico confirmado de RPMP con:

- Gestaciones entre 24 y 36 semanas.
- Sin corioamnionitis.
- Feto vivo.
- Ausencia de malformaciones graves.
- No evidencias de sufrimiento fetal.

Objetivo fundamental:

Evaluación y decisión sobre conducta obstétrica a seguir

TRATAMIENTO EXPECTANTE DE LA RPMPT

Deben considerarse los siguientes factores:

- Riesgos de prematuridad exceden a los de una infección.
- Principal factor de riesgo de una sepsis grave es la prematuridad.
- Crecimiento fetal continúa posterior a la RPM.
- Disponibilidad de cuidados neonatales complejos.



JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO "ENRIQUE C.
SOTOMAYOR"
DIRECCIÓN TÉCNICA



- El valor intrínseco del producto basado en la respuesta materna frente al mismo.

NORMAS A SE GUIRSE LUEGO DEL INTERNAMIENTO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS

- Se coloca a la paciente en condiciones de reposo absoluto, preferiblemente en decúbito dorsal.
- Se coloca vía permeable.
- De ser posible obtención de muestra endocervical de líquido amniótico (LA) para cultivo y determinación de madurez pulmonar fetal.
- Antibióticoterapia: ampicilina 1 gr. IV cada 6 horas por 48 horas; luego ampicilina 1 gr oral cada 6 horas por 7 días, asociado a eritromicina 500 mg cada 8 horas por 7 días. En caso de intolerancia se podrá usar clindamicina 600 mg IV cada 8 horas por 48 horas, luego 300 mg oral cada 8 horas por 7 días, asociado a eritromicina 500 mg cada 8 horas por 7 días.*
- Segunda opción ampicilina + sulbactam 1.5 gr IV.
- Corticoides: dexametasona o betametasona 12 mg IM por día durante 2 días.
- Vitamina K: 10 UI IM (o 24 hrs antes de la interrupción).
- Aseo de genitales externos: 3 veces al día.
- Evaluación periódica de la frecuencia cardíaca fetal y movimientos fetales con doppler.
- Prueba no estresante o monitoreo fetal (NST) + estimulación vibroacústica (EVA) diariamente.
- ECOGRAFIA: con velocimetría de flujo doppler: morfología, peso, índice de líquido amniótico (ILA), placenta: madurez, características de la misma.
- ILA: cada 3 días y rastreo sonográfico integral cada semana.
- Perfil biofísico diario.



**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO "ENRIQUE C.
SOTOMAYOR"
DIRECCIÓN TÉCNICA**



- * Si hay signos clínicos de amnionitis se la tratará como paciente séptica.
- * Si existen signos clínicos de infección vulvovaginal el tratamiento estará de acuerdo a las características clínicas o de laboratorio (ej: vaginosis se trata con metronidazol).

EXAMENES DE LABORATORIO

- Hematimétricos: hemograma, velocidad de eritrosedimentación (VES).
- Inmunoquímicos: Grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, PCR.
- Bioquímicos: Glicemia.
- Orina: elemental y urocultivo (antibiograma).
- Líquido amniótico: Cultivo (circunstancial).
- Tinción de Gram endocervical.

DIETA

- Hiperproteica e hipercalórica.
- Suplementos nutricionales.

EVALUACIONES ESPECIALES

- Latidos cardiacos y movimientos fetales.
- Sensibilidad uterina.
- Pulso materno.
- Flujo vaginal.
- Temperatura.

TERAPEUTICA COMPLEMENTARIA

En relación al factor etiopatogénico.

INTERRUPCION DEL EMBARAZO

- Trabajo de parto.
- Signos de amnionitis.
- Deterioro del bienestar fetal.



**JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO "ENRIQUE C.
SOTOMAYOR"
DIRECCIÓN TÉCNICA**



- Luego de 72 hrs de iniciado inducción con corticoides.
- Peso de 1,500 grs. o más (idealmente). Se podrá continuar el manejo expectante si el cuadro clínico lo permite al no evidenciar signos de infección a fin de optimizar el peso fetal en parámetros lo más próximos a la normalidad.
- Falta de colaboración.

* Si no es una emergencia, en lo posible se indicará interrupción en horas de la mañana por efectos de cupo y horarios de médicos tratantes. Comunicar al Jefa de la Sala.

CONDUCTA OBSTETRICA

GESTACIONES DE 35 y 36 SEMANAS:

- Si desencadena parto: labor y parto normal.
- Periodo de latencia de 24 hrs o más: inducción.
- Corioamnionitis: labor y parto de alto riesgo.
- Sospecha de sufrimiento fetal: alto riesgo.
- Sufrimiento fetal o distocia: cesárea.

GESTACIONES ENTRE 24 Y 34 SEMANAS

- Menos de 26 semanas o peso < 700 gr: parto
- De 700 a 1,500 gr: cesárea
- Más de 34 semanas o sobre 1,500 gr: parto (buenas condiciones obstétricas).
- Distocia o sufrimiento fetal: cesárea.

CASOS ESPECIALES

Gestaciones entre 22 y 26 semanas

Análisis individual:

- Producto valioso.
- No aceptación de la interrupción.



JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO "ENRIQUE C.
SOTOMAYOR"
DIRECCIÓN TÉCNICA



- Posibilidad de contar con surfactante aumenta supervivencia y obliga a evaluar interrupción quirúrgica (cesárea corporal).
- Debe firmar consentimiento informado.

Amnioinfusión transabdominal:

Requisitos:

- No existe evidencia clínica o sub-clínica de amnionitis.
- Consentimiento informado escrito.

CONCLUSIONES

- La prematurez es la principal causa de morbilidad perinatal.
- Aumenta conforme disminuye la edad gestacional.
- En la RPMP la principal causa de morbilidad es el estrés y no la sepsis.
- Manejo expectante in útero disminuye morbilidad de productos de muy bajo peso.
- Sin signos de amnionitis el principal riesgo de infección neonatal es la nosocomial.
- El manejo expectante no incrementa el riesgo de sepsis materna.
- El tratamiento conservado de RPMP disminuye sustancialmente los costos de atención hospitalaria.
- La mejor incubadora sigue siendo el útero materno.

* Cualquier otro aspecto no contemplado en la presente norma será dispuesto por el jefe del servicio o de área y en su ausencia o por delegación de este por el Jefe de guardia y comunicado al Jefe del Departamento respectivo y a la Dirección Técnica.