

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA  
SALUD**

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8722



TESIS

**RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

ALUMNA:

**LIZBETH SALGADO YEPEZ**

ASESORA DE TESIS:

**LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO**

MORELIA MICHOACAN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA  
SALUD**

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8722



TESIS

**RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

ALUMNA:

**LIZBETH SALGADO YEPEZ**

ASESORA DE TESIS:

**LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO**

MORELIA MICHOACAN

## DEDICATORIA

Hay instantes que nos marcan para siempre, pequeños momentos de gran trascendencia que se vuelven inolvidables; escondidos en cosas tan simples pero con una enorme carga de emotividad, que nos dejan una huella indeleble.

Esto es un poco de lo que significa para mí la elaboración de este proyecto de investigación, además de ser un peldaño más dentro de mi carrera, necesario para dar por concluida una etapa más en mi vida.

Por ello, hoy que me siento mas liberada, pero aun comprometida a ser siempre mejor, no puedo evitar sentir satisfacción por saberme cada vez mas cerca de lograr mi propósito y así abrirme camino dentro del mundo real y luchar por alcanzar mis sueños.

La elaboración de esta tesis y la culminación de esta etapa, significa tanto para mí, que requiere mencionar a todas las personas que estuvieron conmigo durante este importante capítulo en mi vida que ahora concluye y que marca el inicio de un nuevo y difícil reto en mi vida, pero sin duda el más importante.

A quienes me brindaron su mano, su oído, su apoyo... **A MI MADRE, HERMANOS Y AMIGOS**, pilares importantes en mi vida; con ustedes la comparto y a ustedes la dedico.

## **AGRADECIMIENTO**

### **A MI MADRE:**

Por haberme dado la vida y haberme enseñado el valor de la misma, por enseñarme su manera particular de ver la vida y representar en mí, más que un ejemplo y una figura a la que respeto, una amiga en la que confío y en la que siempre me he apoyado.

Agradezco tu apoyo, esfuerzo, confianza y compañía, pero sobre todo que me hayas brindado las herramientas para convertirme en una persona independiente.

### **A MI PADRE:**

Por haber sido el mejor padre del mundo y haberme dado un ejemplo de honestidad, responsabilidad, trabajo y entereza.

Porque donde estés, sigues previendo por nosotros, sobre todo por mi madre y hermanos para que ellos pudieran hacerlo por mí.

### **A MIS HERMANOS:**

Por haberse atribuido la responsabilidad y el compromiso de verme convertida en una persona independiente, compromiso que al mismo tiempo contraje con ustedes de responder a su esfuerzo y por el cual estaré eternamente agradecida, porque para mí es el más grande de los regalos que he podido recibir y el cual constituye para mí, la mayor de las herencias.

# ÍNDICE

## CAPÍTULO I. Construcción del objeto de estudio

Antecedentes del Problema .....	2
Planteamiento del problema .....	3
Delimitación del Problema .....	4
Pregunta de Investigación .....	4
Objetivos .....	4
Objetivo General .....	4
Objetivos Específicos .....	5
Justificación del Problema .....	5
Hipótesis .....	6
Variables .....	6
Variable Independiente .....	6
Variable Dependiente .....	6

## CAPÍTULO II. Marco Teórico

2. Embarazo .....	8
2.1 Cesárea .....	9
2.2 Ruptura Prematura de Membranas RPM .....	12

### **CAPITULO III. Marco Metodológico**

3- Metodología -----	23
3.1 Tipo de Estudio -----	23
3.2 Sujetos a Estudiar -----	24
3.3 Universo -----	24
3.4 Muestra -----	24
3.5 Confiabilidad y Validez -----	24
3.6 Técnicas Utilizadas -----	26

### **CAPITULO IV. Descripción y Resultados de la Investigación**

4. Resultados de las Encuestas -----	28
--------------------------------------	----

### **CAPITULO V. Conclusiones**

5. Conclusiones -----	49
-----------------------	----

<b>ANEXOS -----</b>	<b>53</b>
---------------------	-----------

<b>APÉNDICES -----</b>	<b>55</b>
------------------------	-----------

<b>BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS ELECTRONICAS -----</b>	<b>60</b>
--	-----------

## **RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS**

En la siguiente investigación, se abordara el tema sobre la Ruptura Prematura de Membranas de manera general se mencionaran generalidades, predisposiciones y complicaciones con el fin de identificar los principales beneficios y /o perjuicios de practicar una cesárea a una multigesta con más de 38 semanas de gestación la cual ha sufrido previamente una ruptura prematura de membranas, además de identificar de manera general en qué casos de mujeres multigestas con la misma edad gestacional está indicada la cesárea, para lo cual se tomaran en cuenta investigaciones hechas previamente y la orientación que se dará a la investigación siguiente, justificando el porqué de dicha dirección, lo que se pretende obtener delimitando y especificando el tipo de investigación, modelo, técnicas e instrumentos que se usaran así como el posible universo, población y muestra del que nos apoyaremos para respaldar la información que se plasmara, partiendo de lo general a lo particular, bajo el siguiente formato y en el mismo orden.

Antecedentes, información previa y sus conclusiones; planteamiento del problema donde se incluirá la pregunta de investigación y se delimitara el tema; justificación que responde relativamente al porque de la investigación; objetivos que expresan lo que se pretende obtener; marco conceptual, incluye un análisis y reconocimiento del tema abordado; hipótesis donde se hace mención de la teoría que se está apoyando; metodología que detalla la investigación en base al procedimiento, modelo, técnicas e instrumentos, criterios para la medición de variables, características de la muestra, uso del análisis estadístico y las pruebas aplicadas, todo lo anterior en base a un programa de actividades, realizado cronológicamente que abarcara de enero a junio del 2010, periodo en el cual se debe cumplir con la revisión, aplicación, análisis y presentación de la investigación.



## ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Las investigaciones acerca de la Ruptura prematura de membranas, (RPM) no son nuevas, constituye una importante y frecuente complicación del embarazo, ya que se produce en aproximadamente en el 10 por ciento de todos los embarazos; La RPM (antes de las 37 semanas), en cambio, ocurre en un 2 por ciento de todos los embarazos, por ello las investigaciones acerca de la misma son múltiples y muy variadas; en la actualidad las investigaciones no son nuevas, pero el punto de vista o enfoque que se da a cada tema puede marcar la particularidad de cada una, la mayoría de ellas, se encuentran relacionadas a la RPM como causa de parto pre-termino, aunado a múltiples factores como sepsis, complicaciones y muertes neonatales; específicamente la RPM, se asocia generalmente a situaciones como: grupo étnico, bajo índice de masa corporal de la madre, niveles socioeconómicos bajos, mala alimentación, enfermedades maternas previas, tabaquismo, actividad sexual durante el embarazo, sangrado vaginal, contracciones, infección pélvica, vaginosis bacteriana, antecedentes de parto pre-término previo, niveles de fibronectina fetal elevada y cérvix corto entre otras; siendo estas tres últimas las de mayor importancia.

Actualmente la ruptura de las membranas fetales durante el trabajo de parto, se ha atribuido a una debilidad generalizada de éstas debido a las contracciones uterinas y al estiramiento repetido, Sin embargo, una nueva evidencia sugiere que es un proceso multifactorial en el que se incluyen procesos bioquímicos, biológicos y fisiológicos

Otras complicaciones que pueden ocurrir con la RPM incluyen el desprendimiento de la placenta (separación prematura de la placenta y el útero), la compresión del cordón umbilical, el parto por cesárea y la infección posparto, debido a esto nos pareció importante enfocar la siguiente investigación con la RPM asociada a la cesárea para analizar si es correcto usar ésta como tratamiento para reducir los riesgos materno-fetales a los que puede dar origen la RPM.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con frecuencia se observa en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud, que las usuarias múltigestas que llegan al servicio de urgencias con diagnóstico de ruptura prematura de membranas y con la probabilidad de viabilidad de su producto, mayores a 36 semanas de gestación, la mayoría terminan su embarazo en cesárea.

La cesárea puede verse como un camino viable para prevenir sepsis materna y neonatal, así como sufrimiento fetal y demás complicaciones y secuelas fetales como: ceguera, sordera, parálisis cerebral, disminuyendo de manera importante la muerte materna y neonatal.

Este procedimiento quirúrgico es válido siempre y cuando haya seguridad de la viabilidad y maduración pulmonar del producto.

Es importante también mencionar, que la cesárea no es el único o el camino más seguro para llevar a buen término el embarazo procurando el bienestar materno fetal.

En el 80 a 90% de los casos, las pacientes inician el trabajo de parto las 24 horas posteriores a la ruptura prematura de membranas y la indicación es no pasar de 12 horas para el alumbramiento.

Debido a lo anterior, nos pareció importante identificar si todo embarazo de mujer multigesta (considerada de evolución progresivamente mayor para llevar a cabo un alumbramiento natural) con más de 38 semanas de gestación, en la cual hubo previa comprobación de ruptura prematura de membranas y maduración pulmonar tiene mayores beneficios si se realiza una cesárea dentro de las 12 horas posteriores a la ruptura.

Ante todo lo anterior nos podemos preguntar:

**¿Toda Embarazada múltigesta que llega al servicio de urgencias del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, con diagnóstico de Ruptura Prematura de Membranas después de las 36 semanas de gestación, debe terminar en cesárea?**

## 2.- EMBARAZO

El embarazo, es un estado fisiológico, pasajero en la mujer, que se inicia con la unión del óvulo con el espermatozoide y termina con el nacimiento de un nuevo ser, su duración es variable pero en general se habla de una duración de 40 semanas de gestación o 9 meses lunares mas comúnmente, Así el embarazo se divide de la siguiente manera, ver anexo, página 60.

La nomenclatura de la mujer embarazada se determina por 2 aspectos importantes:

a) Por el número de embarazos:

- ❖ Una mujer que no ha tenido ningún hijo será Núligesta
- ❖ La mujer con un embarazo será Primigesta.
- ❖ Aquella con 2 embarazos será Secundigesta.
- ❖ La mujer con 3 o más embarazos será Multigesta.

b) Por el número de partos será:

- ❖ La mujer que no ha tenido ningún parto será nulípara.
- ❖ La mujer que haya tenido 1 parto será primípara.
- ❖ Aquella mujer con 2 partos será secundípara.
- ❖ La mujer con 3 partos anteriores era múltipara.
- ❖ Una mujer con mas de 4 partos será gran múltipara.

Esto es importante debido a que nos interesa denominar a una múltipara como aquella mujer con 3 o más partos sin importar su número de embarazos, y que tenga 36 semanas de gestación o más, es decir un embarazo pre-término.

## 2.1 CESÁREA

El término cesárea, es usado en obstetricia para describir el parto de un feto viable, que tiene por objetivo la extracción del producto de la gestación, placenta y sus anexos, a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y el útero (histerotomía); el parto por cesárea ha tenido una función importante, su propósito inicial fue preservar la vida de la madre o feto, en general su uso frecuente se debe a la mayor seguridad que ésta implica.

En la práctica obstétrica, las indicaciones mas frecuentes han variado con el tiempo, la mayor parte de las cesáreas se practican por indicaciones fetales, unas cuantas por razones maternas y otras a beneficio tanto del feto como de la madre, aunque se reserva para casos donde el parto vaginal representa un importante riesgo.

En general pueden agruparse en absolutas y relativas.

Dentro de las absolutas:

- ❖ Desproporción céfalo-pélvica
- ❖ Pelvis asimétrica
- ❖ Brevedad de cordón
- ❖ Situación transversa
- ❖ Procedencia de cordón
- ❖ Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
- ❖ Embarazo gemelar
- ❖ Dos o más cesáreas previas
- ❖ Tumores malignos o benignos obstructores
- ❖ Cerclaje abdominal
- ❖ Inmunización grave al Rh
- ❖ Hemorragias en la segunda mitad del embarazo

- ❖ Herpes genital activo
- ❖ Sufrimiento fetal agudo
- ❖ Placenta previa
- ❖ Presentación pélvica
- ❖ fracaso de la inducción
- ❖ Pre-eclampsia- eclampsia

Dentro de las relativas se consideran:

- ❖ Presentación pélvica
- ❖ Cesárea previa
- ❖ Distocia dinámica
- ❖ Embarazo prolongado
- ❖ Nacimiento pre- término
- ❖ Disfunción placentaria
- ❖ Carcinoma cervical
- ❖ Tumorectomía uterina
- ❖ Jareta cervical
- ❖ Enfermedad hipertensiva aguda
- ❖ Ruptura prematura de membranas
- ❖ Presentación de nalgas
- ❖ Trombocitopenia inmunitaria
- ❖ Colporrágia vaginal previa

Aunque generalmente se recurra a la cesárea por considerarse un procedimiento seguro y menos doloroso para la madre relativamente, no es un procedimiento inocuo y dentro de sus complicaciones post- parto se encuentran:

- ❖ Fiebre
- ❖ Endometritis
- ❖ Infección de herida quirúrgica

- ❖ Infección de vías urinarias
- ❖ Tromboflebitis
- ❖ Hemorragia
- ❖ Aspiración
- ❖ Atelectasia
- ❖ Embolia pulmonar
- ❖ Obstrucción intestinal por adherencias
- ❖ Dehiscencia de incisión uterina.

La frecuencia de muerte materna relacionada con la cesárea varía de acuerdo al trastorno que requiere el procedimiento los índices de mortalidad materna son menores de uno por mil operaciones y muchas muertes se relacionan con enfermedad materna subyacente o complicaciones de la anestesia, por lo que es importante realizarla bajo indicaciones precisas.

Debido a que la cesárea se relaciona a la disminución de los índices de morbilidad y mortalidad maternas y perinatales, que ha resultado en un aumento de la recurrencia de éstas, también ha repercutido en el mejoramiento de la técnica quirúrgica, mayores adelantos anestésicos, antibióticos eficaces y la disponibilidad de transfusiones sanguíneas, existe una preocupación cada vez mayor sobre lo que se considera un índice excesivo de cesáreas en la obstetricia contemporánea. Aunque pudiera argumentarse que el aumento de las mismas se ve influido por la época en que vivimos, por diversos mitos, miedos etc., varios factores que han vuelto famosa la práctica de cesáreas electivas.

Por este motivo y debido a que la ruptura prematura de membranas se encuentra dentro de las causas relativas de ésta, es importante conocer lo anterior para conocer si la ruptura prematura de membranas es, en efecto causa relativa o debería convertirse en absoluta para reducir riesgos maternos y fetales.

## 2.2 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

La ruptura prematura de membranas es considerada uno de los problemas más frecuentes en obstetricia, constituye una complicación de la gestación que condiciona un incremento de la morbilidad materna y perinatal.

Ocupa el quinto lugar entre las condiciones maternas primarias causales de muerte fetal y el primero para la mortalidad neonatal y complica del 5 al 10% de todos los embarazos a término y hasta el 30% de los pre-término, por lo que su enfoque diagnóstico y terapéutico debe ser oportuno y eficaz.

Su causa es multifactorial, por lo que el clínico debe enfrentarse a un conjunto complejo de opciones como: uso de tocolíticos, corticosteroides, antibióticos, así como tratamientos innovadores donde se utilizan pruebas como: amniocentesis, ultrasonografía y pruebas biofísicas, para la selección de su proceder debe tomar en cuenta aspectos importantes como los antecedentes gineco-obstétricos, incluidos en la historia clínica y características demográficas de cada caso, todo con la única intención de lograr los mínimos riesgos y secuelas maternas y fetales posibles.

Así, la ruptura prematura de membranas, se define como la ruptura espontánea de las membranas fetales o bolsa amniótica antes de que inicie el trabajo de parto después de las 20 semanas de gestación. También es considerada la ruptura de las membranas por lo menos una hora antes de iniciado el trabajo de parto, cuando se habla de un embarazo a partir de las 36 semanas de gestación, de cualquier forma es considerada una emergencia obstétrica, sea cual fuere la edad gestacional en la que se presente.

Por lo anterior y para la mejor comprensión, cabe mencionar la estructura y función de la membrana amniótica dentro del embarazo.

La membrana amniótica, es un saco cerrado compuesto por:



- a) Líquido amniótico
- b) Feto
- c) Placenta.

El líquido amniótico es importante, ya que se encarga de rodear al feto, protegiéndolo de virus y bacterias, permite que el cordón umbilical flote proporcionándole al feto oxígeno y nutrientes, además es muy importante para el desarrollo de los pulmones fetales, movimiento de los miembros, intercambio de calor, protección del cordón umbilical y prevención de compresiones y establece una puerta de entrada para bacterias vaginales.

La placenta, es un órgano vital de suma importancia en el embarazo, ya que cumple funciones muy importantes como: endócrinas, inmunológicas, hormonales, respiratorios y digestivos, pero sus funciones básicas son dos:

- 1.- Metabólicas: por medio del anabolismo y catabolismo
- 2.- Respiratorias: las que desempeña con la oxigenación y eliminación del bióxido de carbono.

Las membranas fetales, que delimitan la cavidad amniótica están construidas por dos capas histológicas adosadas que son el corion y amnios, cada una, esta formada por diferentes tipos celulares incluyendo células epiteliales, inmunológicas y trofoblastos, todos contenidos en una matriz extracelular, cuyo principal componente es la colágena y que en conjunto son una entidad anatómica dinámica que secreta diferentes sustancias hacia el líquido amniótico y es capaz de responder a diferentes señalizaciones bioquímicas provenientes tanto del producto como de la madre.

El soporte estructural de las membranas es proporcionado en su mayoría por el amnios que con su capa compacta, constituida de tejido conectivo forma un

esqueleto fibroso formado principalmente de colágeno y fibronectina. El corion es más grueso y está constituido por colágeno y proteoglicanos.

Dado que la ruptura puede ocurrir una vez desencadenado el trabajo de parto, se distingue la prematura respecto de otras variantes como:

- ❖ Precoz.- Se presenta durante el primer periodo del trabajo de parto.
- ❖ Oportuna.- Sucede al término del primer período del trabajo de parto e inicio del segundo, (dilatación completa).
- ❖ Artificial.- Procedimiento realizado bajo indicación precisa de manera instrumental y durante el primer periodo del trabajo de parto.
- ❖ Retardada.- La señalan como la que no se presenta después de 30 minutos de alcanzada la dilatación completa. (poco frecuente).

Sus causas son múltiples y se les clasifica como:

- a) Inherentes a las membranas: Corresponden a una baja de la resistencia de las membranas, en relación a un fenómeno inflamatorio.
- b) Inherentes al útero y al feto: Incremento de la frecuencia e intensidad de las contracciones de Braxton-Hicks por aumento en la síntesis de prostaglandinas con acción útero trópica y favorecida por:
  - ❖ Microorganismos
  - ❖ Alteraciones Morfológicas
  - ❖ Macrosomía Fetal
  - ❖ Embarazo Múltiple

- ❖ Hipermotilidad Fetal
- ❖ Hidramnios

Inherentes a la madre: Se refiere a enfermedades o complicaciones como:

- ❖ Diabetes Mellitus
- ❖ Infecciones Cérvico- vaginales
- ❖ Infecciones de Vías Urinarias
- ❖ Embarazo Concomitante con Dispositivo intra-uterino (DIU)
- ❖ Traumatismos Abdominales
- ❖ Coito Vigoroso
- ❖ Deficiencia de vitamina C

La ruptura prematura de membranas, al acercarse el final del embarazo puede ser causada por un debilitamiento natural de las membranas o por la fuerza de las contracciones.

La etiología no suele ser clínicamente evidente, por lo que también se consideran factores de riesgo:

- ❖ Bajo nivel Socioeconómico.
- ❖ Bajo peso Materno
- ❖ Disminución de la colágena en el líquido amniótico
- ❖ Irritabilidad uterina
- ❖ Apoptosis
- ❖ Bajas concentraciones de cobre en sangre
- ❖ Antecedentes de parto Pre-término
- ❖ Múltiparidad
- ❖ Exploraciones Vaginales Bruscas

- ❖ La deficiencia de Hierro y anemia. (por generar hipoxia, pudieran inducir estrés materno y fetal, lo que estimula la síntesis de hormona liberadora de corticotropina, la cual en concentraciones altas, son un factor de riesgo para presentar no sólo ruptura prematura de membranas sino hipertensión, eclampsia, restricción en el crecimiento intra-uterino e Infección.)
- ❖ Debilitamiento de las membranas por bacterias genitales, enzimas, proteasas, fosfolipasa etc.

Por lo anterior, se denota la múltifactoriedad de la ruptura prematura de membranas y presenta una recurrencia del 32%, el riesgo es considerable y requiere de instrucción y vigilancia estrecha de su evolución en embarazos subsiguientes.

La ruptura prematura de membranas se caracteriza por:

- ❖ Salida de líquido claro por la vagina abundante o escaso y de manera brusca o gradual
- ❖ Con un olor específico parecido al vinagre.
- ❖ Algunas pacientes lo refieren como la sensación de ruptura de algo a nivel vaginal, en ocasiones relacionado con algún esfuerzo físico o traumatismo físico o traumatismo abdominal importante.
- ❖ En la exploración obstétrica se puede verificar la salida de líquido a través de la región vulvar
- ❖ A la exploración del cuello uterino con el espejo vaginal.
- ❖ En ocasiones en el líquido amniótico se puede observar la presencia de meconio, vérnix caseoso e inclusive lanugo, elementos propios del líquido amniótico

Puede confundirse con la expulsión involuntaria de orina, escurrimiento de orina, escurrimiento genital anormal y la llamada hidrorrea decidual, escurrimiento normal en las últimas semanas del embarazo que se presenta en pequeñas cantidades.

Cuando no es posible su confirmación por la exploración, es necesaria una comprobación que requiere de métodos de laboratorio y gabinete como:

- a) Estudio Químico del contenido vaginal: Se evalúa el pH que normalmente oscila entre 4.5 y 5.5; el del líquido amniótico es de 7 a 7.5, así, cuando es alcalino se atribuye a la presencia de líquido amniótico; se realiza mediante tiras reactivas que contienen nitracina o cromotimol. Cuando el período de latencia es mayor a 12 horas la sensibilidad de la prueba baja.
- b) Prueba de Cristalización: Se toma una muestra del contenido vaginal que se coloca en un portaobjetos que se deja secar espontáneamente.
- c) Es positiva cuando a la observación al microscopio se encuentra una cristalización en forma de hoja de helecho. Cuando el tiempo de latencia de la ruptura es mayor de 4 horas la prueba puede dar un resultado falso negativo.
- d) Pruebas Microscópicas: Consiste en visualizar con un microscopio el contenido vaginal en busca de elementos fetales como: lanugo y vérnix caseoso o mediante la tinción con sulfato azul de Nilo la localización de células naranja, su sensibilidad depende de la edad gestacional es mejor en embarazos cercanos al término.
- e) Estudios Especiales: El ultrasonido revela una disminución del volumen del líquido amniótico como signo indirecto, debe interpretarse con cautela ya que podría tratarse de oligohidramnios.

La terapéutica se enfoca casi siempre en los riesgos para la madre y el feto.

El peligro de que el feto permanezca en el útero es una infección, los riesgos del parto son la prematures, en general se indica esperar trabajo de parto en embarazos mayores de 34 semanas de gestación o en casos de Corioamnioitis clínica; en fetos menores de 34 semanas de gestación se recomienda el tratamiento in-útero para

ganar madurez orgánica. Si la mujer tiene cerclaje cervical debe removerse, ya que se ha publicado un incremento de infección y mortalidad materna cuando se ha dejado colocado.

Aunque se establece a partir de la edad gestacional en la que se presenta y la existencia o no de dos elementos:

- a) Desencadenamiento del trabajo de parto a las pocas horas de la ruptura
- b) A la presencia o no de infección agregada.

Sea cual fuere la madurez pulmonar fetal, el embarazo debe interrumpirse por el procedimiento de la operatoria obstétrica indicada según la particularidad del caso, sea inducción y conducción del trabajo de parto o bien, operación cesárea.

En embarazos a partir de las 28 semanas de gestación se procede al tratamiento conservador consistente en reposo en cama, vigilancia activa del estado de salud fetal, documentación de infección corioamniótica mediante el perfil biofísico fetal, control térmico, determinación de leucocitos, bandas cada 24 horas.

En ausencia de madurez pulmonar se indica el manejo con corticoesteroides mediante los esquemas aceptados, ya que su uso no incrementa el riesgo de infección y favorece la madurez.

El embarazo deberá interrumpirse bajo las siguientes circunstancias:

- a) Al probar la madurez pulmonar fetal.
- b) Al documentarse la presencia de infección independientemente de la edad gestacional y madurez pulmonar, previa antibioticoterapia, ya que disminuye la morbilidad infecciosa posterior a la resolución tanto para la madre como el neonato.
- c) Al existir daño de la salud fetal.

El manejo conservador no recomienda el uso de antibióticos ni uteroinhibidores.

A partir de las 35 semanas de gestación, puede interrumpirse el embarazo mediante la inducto-conducción del trabajo de parto u operación cesárea según la particularidad de cada caso y el criterio del obstetra.

El manejo recomendado es el siguiente: ver apéndices Pág. 61, Diagrama de flujo.

La ruptura prematura de membranas se asocia a complicaciones relacionadas de forma particular con la infección así las complicaciones se agrupan como:

Complicaciones Maternas:

- ❖ Deciduitis
- ❖ Deciduometritis
- ❖ Metritis
- ❖ Salpinguitis
- ❖ Pelviperitonitis
- ❖ Corioamnioitis detectado durante el trabajo de parto.
- ❖ Muerte
- ❖ Hemorragias
- ❖ Endometritis
- ❖ Endomiometritis

Complicaciones Fetales

- ❖ Neumonía intrauterina
- ❖ Sufrimiento fetal
- ❖ Muerte fetal
- ❖ Óvito
- ❖ Prematurez

- ❖ Desprendimiento de placenta
- ❖ Prolapso de cordón
- ❖ Meningitis bacteriana
- ❖ Hipoplasia pulmonar

### Complicaciones Neonatales

- ❖ Ceguera
- ❖ Deterioro Neurológico
- ❖ Prolapso de cordón
- ❖ Sordera
- ❖ Prematurez
- ❖ Membrana Hialina
- ❖ Sepsis Neonatal
- ❖ Parálisis Cerebral

Por todo lo anterior, la ruptura prematura de membranas es considerada una complicación usual en la práctica médica que puede aumentar la incidencia en la morbilidad y mortalidad materna y fetal, sin embargo, su manejo aún no se encuentra bien definido debido a su origen multifactorial y que no se encuentra bien definido.

Se considera necesario el estudio integral e individualizado de las pacientes con ruptura prematura de membranas, debido a las potenciales complicaciones que representa, por ello se relaciona con la operación cesárea debido a que ésta ha contribuido a disminuir índices de morbilidad y mortalidad materna y fetal en la obstetricia moderna, representando así una opción para finalizar un embarazo que ha presentado ruptura prematura de membranas y reducir riesgos como los ya mencionados anteriormente tomando en cuenta, si es una indicación apropiada o las consideraciones que deben tomarse para disminuir el índice excesivo de cesáreas que se realizan en la actualidad.



## OBJETIVOS

### **Objetivo General**

Analizar, si toda múltigesta que presenta Ruptura Prematura de Membranas, después de las 36 semanas de gestación debe terminar en cesárea, para eliminar posibles complicaciones a la evolución de su embarazo.

### **Objetivos Específicos**

- ❖ Identificar los aspectos benéficos y no benéficos de practicar cesárea a múltigestas con más de 36 semanas de gestación y previa ruptura prematura de membranas.
- ❖ Identificar los casos bajo los cuáles una multigesta con más de 36 semanas de gestación y previa ruptura prematura de membranas, sí está indicada la cesárea.

## JUSTIFICACIÓN

Debido a la situación observada y ya antes descrita, dada en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud, donde la mayoría de las mujeres múltigestas que llegan al servicio de urgencias a partir de una edad gestacional de 36 semanas y a las cuales se ha diagnosticado ruptura prematura de membranas, generalmente se opta por dar un manejo que termine su embarazo en cesárea.

Dado lo anterior, nos surgió la interrogante acerca de qué tan necesario resulta el realizar dicho procedimiento quirúrgico, a la mayoría de las mujeres en la situación ya anteriormente descrita, o si existe la opción de parto vaginal que resulte más

idónea dadas las particularidades mencionadas, siendo un embarazo mayor de 36 semanas de gestación con previa ruptura prematura de membranas.

Además de lo interesante que nos pareció el identificar aquellos casos bajo los cuales está indicada la cesárea a una multigesta en la situación propuesta a estudiar, como la mejor opción dentro de las no más de 12 horas posteriores a la ruptura, para reducir riesgos y lograr un embarazo que culmine con un producto y una madre sanos y sin secuelas permitiéndonos así, procurar el bienestar materno fetal.

## HIPÓTESIS

La RPM, es una complicación obstétrica muy frecuente, de origen multifactorial que pone en peligro la salud materno-fetal, si no es tratada oportuna y adecuadamente.

La cesárea, es un procedimiento quirúrgico que tiene como objetivo terminar con un embarazo vía abdominal, bajo indicaciones específicas donde está contraindicado el parto vaginal o pueda verse en peligro la salud materna y fetal. Su realización queda a decisión de la experiencia del gineco-obstetra.

El tratamiento de la ruptura prematura de membranas es la interrupción del embarazo sin importar la edad gestacional, partiendo del criterio de la infección potencial, pasadas las 6 u 8 horas, sin embargo por todo lo anterior puede decirse que:

**No toda multigesta con ruptura prematura de membranas en un embarazo mayor a 36 semanas de gestación (SDG), tiene que terminar en cesárea, ésta se reserva para casos específicos.**

La hipótesis utilizada es de trabajo.

## VARIABLES

### **Variable Independiente**

Multigesta con ruptura prematura de membranas, a partir de las 36 semanas de gestación.

### **Variable Dependiente**

Cesárea

### 3. METODOLOGÍA

La investigación será un tipo de estudio descriptivo, ya que se pretende describir la indicaciones de cesárea, así como de la RPM, para identificar la relacionan entre las variables establecidas en la pregunta de investigación o si en su defecto no guardan relación tendrá un diseño documental-mixto, que nos permitirá relacionar lo establecido bibliográficamente con lo observado de manera experimental, se abordará el tema partiendo de lo general a lo particular en base a un método deductivo; se buscará realizar una investigación cualitativa ya que se pretenderá establecer la unidad entre la teoría y la práctica, para la correlación de datos se hará uso primeramente de la observación de los casos presentes en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud, su tratamiento y evolución, se complementará con lo respaldado bibliográficamente y con la aplicación de instrumentos que será en este caso la encuesta, con lo que se buscará complementar la unidad teórica y práctica para llegar a una conclusión que nos permita validar o rechazar la hipótesis.

#### **3.1 Tipo de Estudio**

Tipo de estudio: Se realizará un estudio descriptivo.

Paradigma de tipo: cualitativo

Tipo de método utilizado: inductivo

Tipo de investigación: documental- mixta.

### **3.2 Sujetos a Estudiar**

Toda embarazada multigesta a partir de las 36 semanas de gestación, que presente RPM.

#### **3.2.1 Universo**

Todos los médicos, que hayan atendido un parto.

#### **3.2.2 Muestra**

Todos los médicos, que hayan atendido un parto y que laboren en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

### **3.4 Confiabilidad y Validez**

El instrumento usado se validó mediante pilotaje previo y con una confiabilidad del 95%, basado en las diferentes teorías utilizadas en el marco teórico.

#### **Fórmula**

$$n = \frac{Z^2 pqN}{e^2 N + Z^2 pq}$$

## Significado de valores

$n$  = Tamaño de muestra

$Z^2$  = Consecuencias del tamaño de muestra

$e$  = Margen de error aceptado

$p$  = Probabilidad de éxito

$q$  = Probabilidad de fracaso

$N$  = Tamaño de la población

## Sustitución

$n = ?$

$P = 17/20 = 0.85$

$z = 1.96$

$q = 3/20 = 0.15$

$e = 0.05$

$N = 37$

## Desarrollo

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.85)(0.15)(37)}{(0.05)^2 (37) + (1.96)^2 (0.85)(0.15)}$$

$$n = \frac{0.8 \cdot 0.85 \cdot (0.15) \cdot 7}{0.0 \cdot 7 + 0.8 \cdot 0.85 \cdot 0.15}$$

$$n = \frac{7.9}{0.6} = 29.8$$

$$n = 30$$

### 3.5 Técnicas Utilizadas

El instrumento utilizado será la encuesta, que constará de preguntas con respuestas opcionales y será aplicado al personal médico que labora en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

Con el fin de obtener resultados que nos arrojen, si es la cesárea la mejor opción ante la presencia de una ruptura prematura de membranas presente después de las 36 semanas de gestación.

#### 4. RESULTADO DE LA ENCUESTA

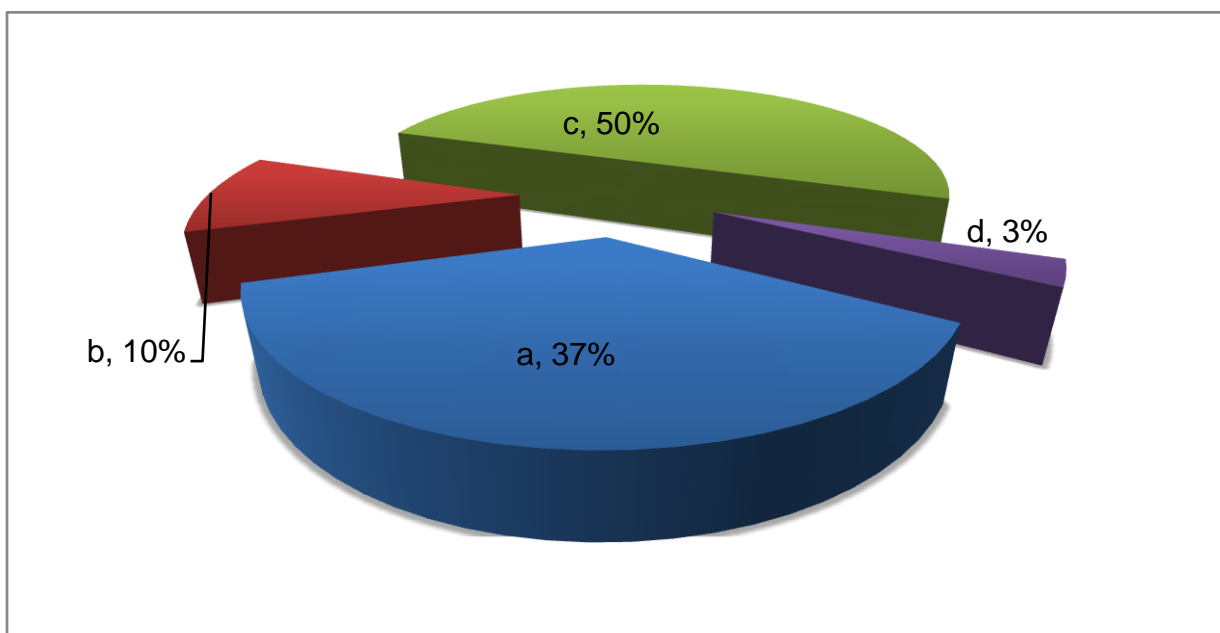
El instrumento aplicado fue un cuestionario- encuesta con 4 respuestas opcionales, y se realizó a 30 personas.

##### PREGUNTA 1

¿Cuál considera usted que es la emergencia obstétrica más importante?

Placenta previa	11 respuestas
Ruptura prematura de membranas	3 respuestas
Pre eclampsia	15 respuestas
Diabetes gestacional	1 respuestas

**TABLA 1**



**Descripción:** Como emergencia obstétrica más importante predomina la pre-eclampsia con un 50% y placenta previa con un 37%, muy por encima de la RPM, que obtuvo un 10% y la diabetes gestacional con un 3%.

**Interpretación:** lo que indica que la RPM, no es una indicación importante para los obstetra.

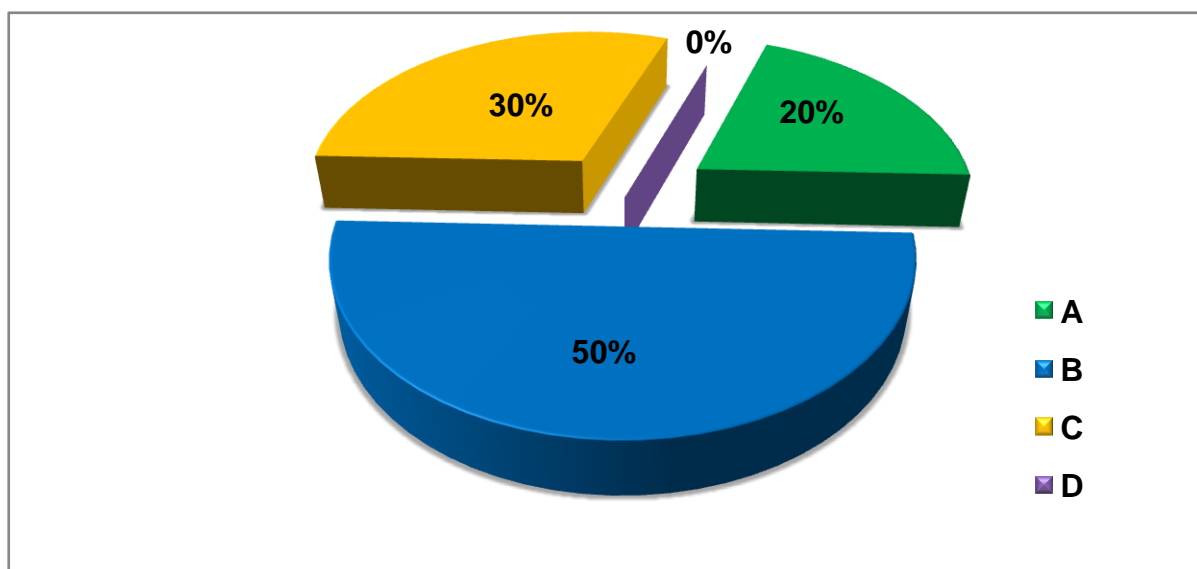


## PREGUNTA 2

¿Es la principal razón para realizar cesárea ante una RPM?

Corioamnioititis	6 respuestas
Sufrimiento fetal	15 respuestas
RPM	0 respuestas
Probable infección	9 respuestas

## GRÁFICA 2



**Descripción:** La principal razón por la que se realiza cesárea en el sufrimiento fetal en primer lugar con un 50%, en segundo la probable infección con un 30% y la presencia de Corioamnioititis con un 20%, quedando la RPM con 0%.

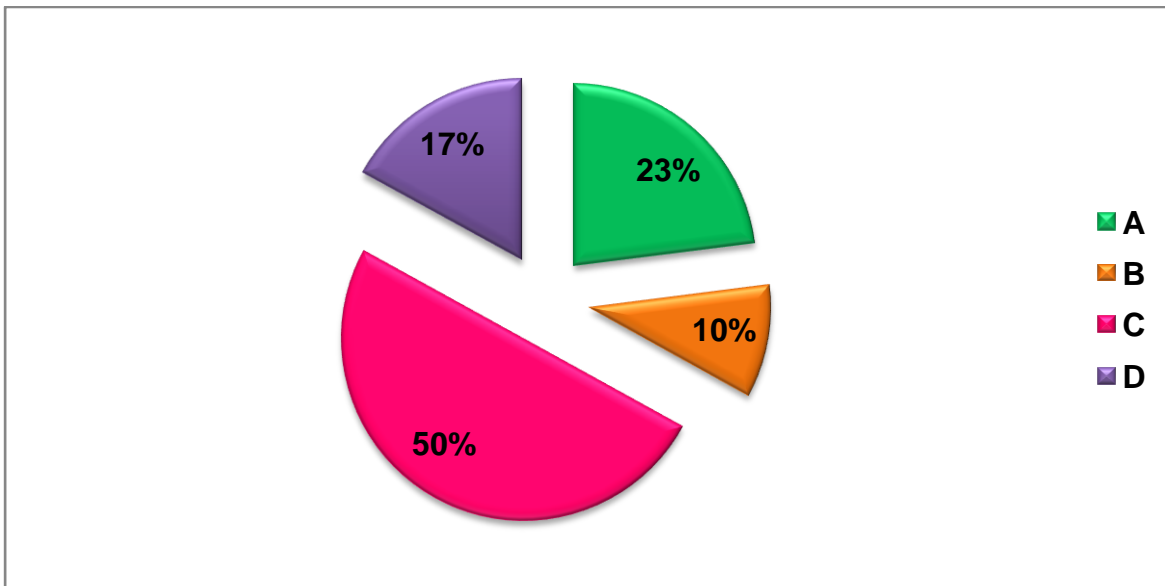
**Interpretación:** lo que nos indica que la presencia de RPM, por sí sola no es considerada una razón importante para realizar cesárea.

### PREGUNTA 3

¿Considera el periodo de tiempo en inducto-conducción necesario para esperar parto vaginal ante una RPM?

a) 6hrs	7 respuestas
b) 12hrs	3 respuestas
c) 8hrs	15 respuestas
d) 24hrs	5 respuestas

GRÁFICA 3



**Descripción:** según los resultados, el tiempo necesario que se espera para obtener un parto vaginal y en el que someten a una paciente a inducto-conducción aparece 6 horas con 50%, 8 horas con 23 %,24 horas con un 17% y en último lugar 12horas con un 10%.

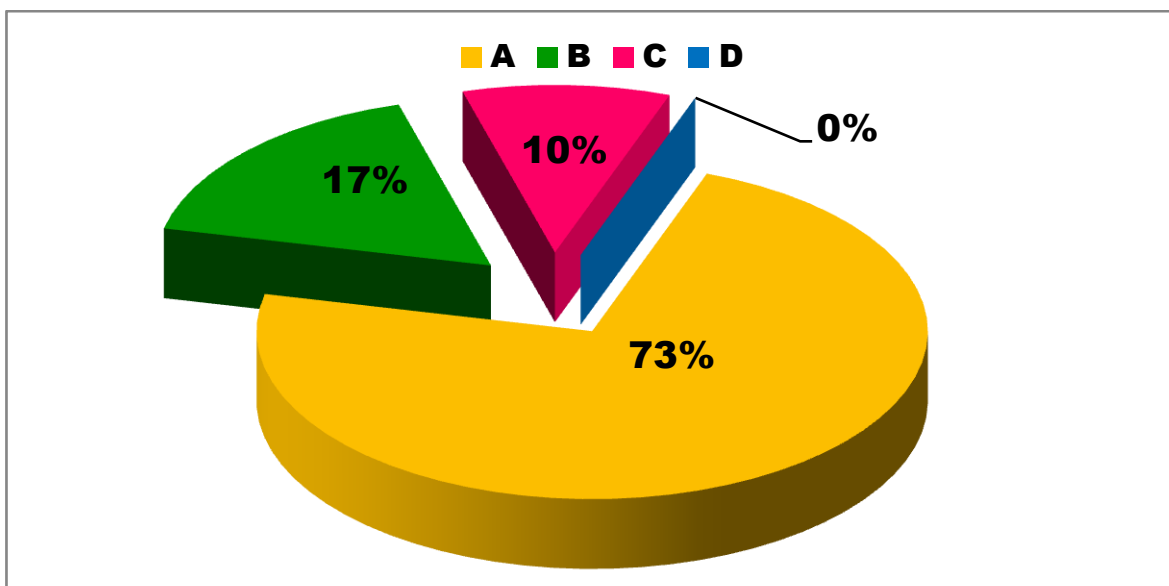
**Interpretación:** el instrumento nos indica que el tiempo en que una paciente se somete a inducto-conducción varía entre 6 y 8 horas.

#### PREGUNTA 4

¿Es el periodo de latencia necesario para iniciar inducto-conducción a una paciente con RPM?

6hrs o menos	22 respuestas
De 8 a 12 hrs	5 respuestas
De 13 a 24 hrs	3 respuestas
72 hrs	0 respuestas

GRÁFICA 4



**Descripción:** con prevalencia de 73%, aparece 6 horas o menos, 12 horas con un 17%, y de 13 a 24 horas con un 10% y 72 horas con % como periodo de latencia que se espera antes de iniciar inducto-conducción.

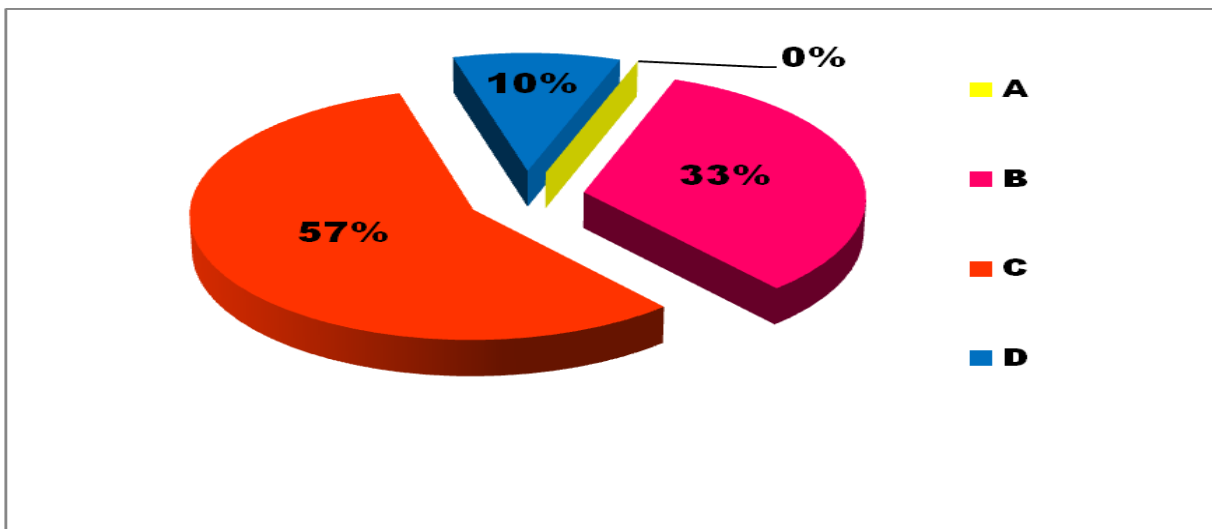
**Interpretación:** El tiempo que se espera la presencia y evolución normal del trabajo de parto antes de iniciar la inducto-conducción va de 6 horas o menos de evolución fisiológica. Es decir que predomina como periodo de latencia limite 6 horas de evolución fisiológica.

## PREGUNTA 5

¿Considera el riesgo principal de buscar parto vaginal ante una RPM después de las 36 SDG?

Sepsis materna	0 respuestas
Complicaciones fetales	10 respuestas
A y B	17 respuestas
Ninguna	3 respuestas

GRÁFICA 5



**Descripción:** El riesgo principal de dar un manejo conservador y esperar un parto vaginal es la presencia de Sepsis materna y complicaciones fetales que predominó con 57%, sólo las complicaciones fetales en segundo lugar con 33% y el 10% de los encuestados considera otros riesgos.

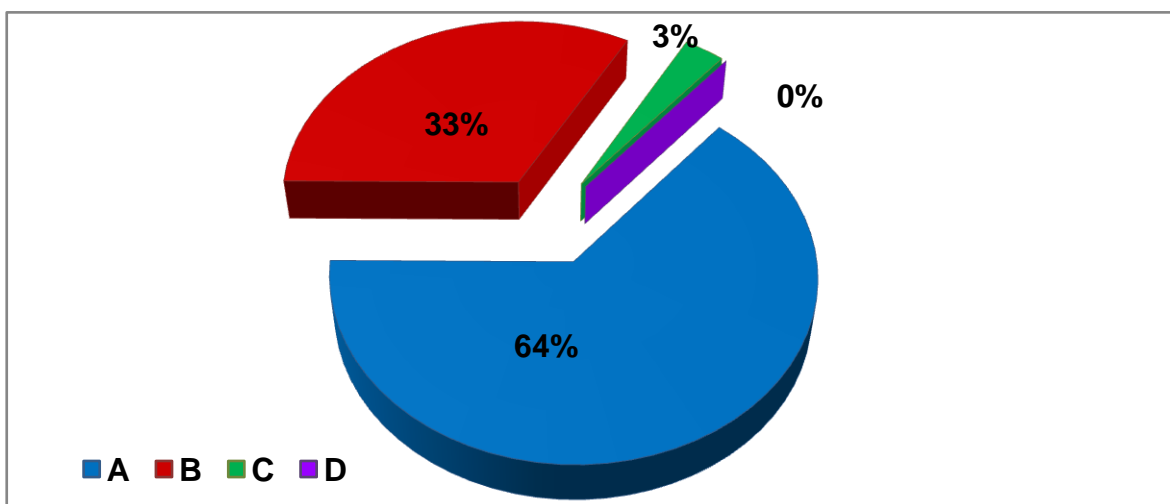
**Interpretación:** Es la Sepsis materna y las complicaciones fetales, Los riesgos más frecuentes a los que se enfrentan al buscar parto vaginal ante una RPM, lo que indica que la RPM, implica riesgos importantes para la madre y el feto.

## PREGUNTA 6

¿Considera el principal beneficio de realizar cesárea ante una RPM después de las 36 SDG?

Evitar sufrimiento fetal	19 respuestas
Evitar infecciones	10 respuestas
Complicación materna	1 respuestas
Aborto inevitable	0 respuestas

GRÁFICA 6



**Descripción:** El principal beneficio que encuentran al realizar cesárea aparece el evitar sufrimiento fetal con 64% y las infecciones maternas y fetales con un 33%, quedando las complicaciones maternas con 3% y el aborto con 0%.

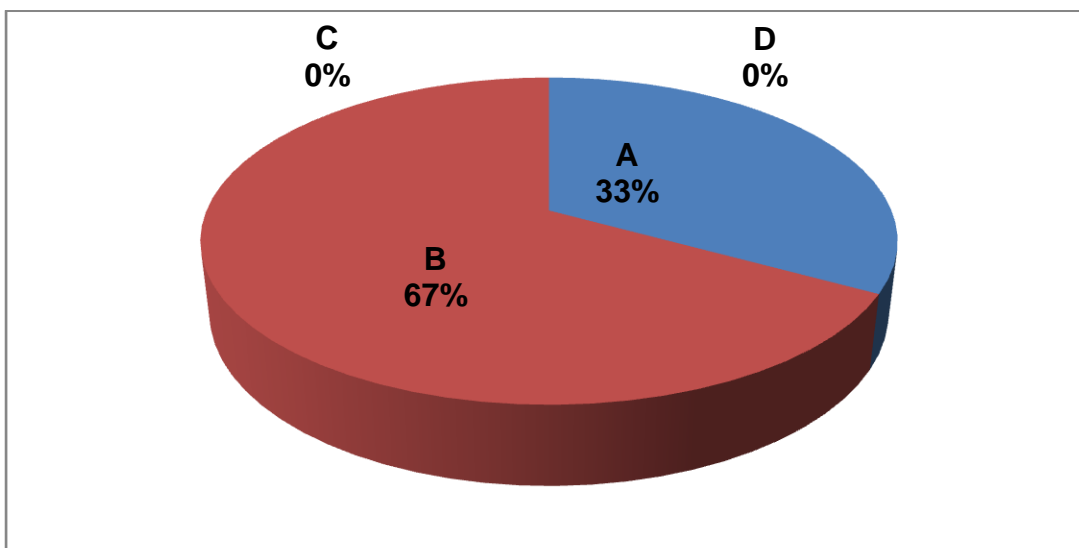
**Interpretación:** las cesáreas efectuadas se realizan principalmente ante la presencia de sufrimiento fetal y en segundo lugar ante la presencia de infección, este resultado concuerda con el anterior donde arroja como principales riesgos o como los más comunes Sepsis materna y complicaciones fetales.

## PREGUNTA 7

¿De las siguientes cuál considera la causa más importante para realizar cesárea?

Pre-eclampsia	10 respuestas
Eclampsia	20 respuestas
RPM	0 respuestas
Circular de cordón	0 respuestas

## GRÁFICA 7



**Descripción:** La principal causa o indicación de cesárea es la Eclampsia con un 67% y la Pre-eclampsia con un 33%, la RPM y circular de cordón con 0%.

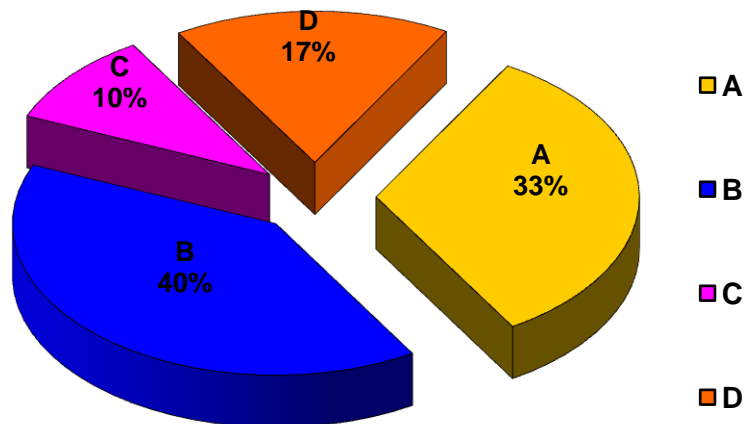
**Interpretación:** Lo que identifica a la eclampsia como la principal indicación de cesárea, muy por encima de la RPM, que no fue considerada como indicación y permanece con 0%, este resultado condiciona que un buen manejo de la presencia de RPM, no implica terminar un embarazo en cesárea,

## PREGUNTA 8

¿Considera que es el manejo inmediato adecuado ante la presencia de una RPM a partir de las 36 semanas de gestación?

Antibióticoterapia	10 respuestas
Inducto-conducción	12 respuestas
Tocolíticos	3 respuestas
Cesárea	5 respuestas

GRÁFICA 8



**Descripción:** Con predominio como el manejo de elección ante una RPM, aparece la inducto-conducción del trabajo de parto con un 40%, la Antibióticoterapia con un 33%, cesárea con un 17% y el uso de tocolíticos con un 10%.

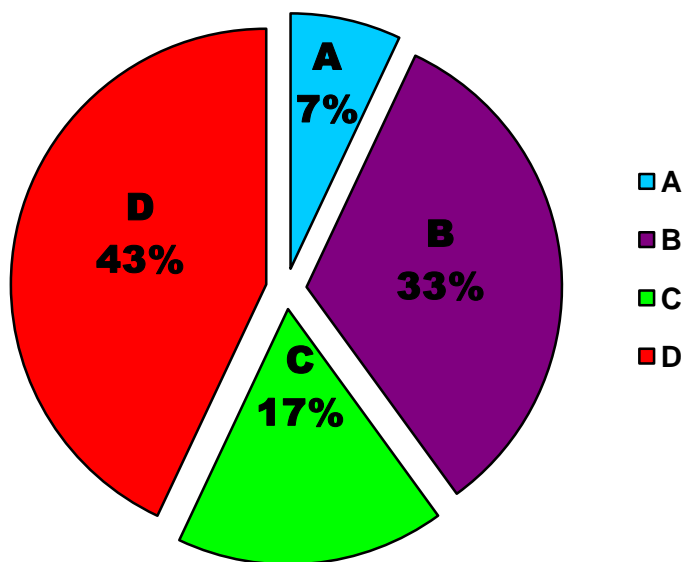
**Interpretación:** Aunque como manejo principal ante una RPM aparece la inducto-conducción, la cesárea es considerada en un 17%, podemos decir que aún no siendo la primera opción, si llega a ser realizada como tratamiento de elección de la RPM.

## PREGUNTA 9

¿En cuanto a su experiencia a las cuántas horas posteriores a la RPM, la paciente y el producto presentan complicaciones infecciosas?

6 horas	2 respuestas
8 horas	10 respuestas
24 horas	5 respuestas
12 horas	13 respuestas

GRÁFICA 9



**Descripción:** Según la experiencia de los clínicos encuestados las infecciones son más frecuentes después de las 12 horas de la RPM con el 43%, casi la mitad, en segundo lugar aparecen las 8 horas con el 33%, después de las 24 horas con 17% y después de las 6 horas con 7%.

**Interpretación:** Por lo que se concluye que el periodo de riesgo más común en que a nivel práctico existe presencia de infección ante una RPM, varía entre las 8 y 12 horas.

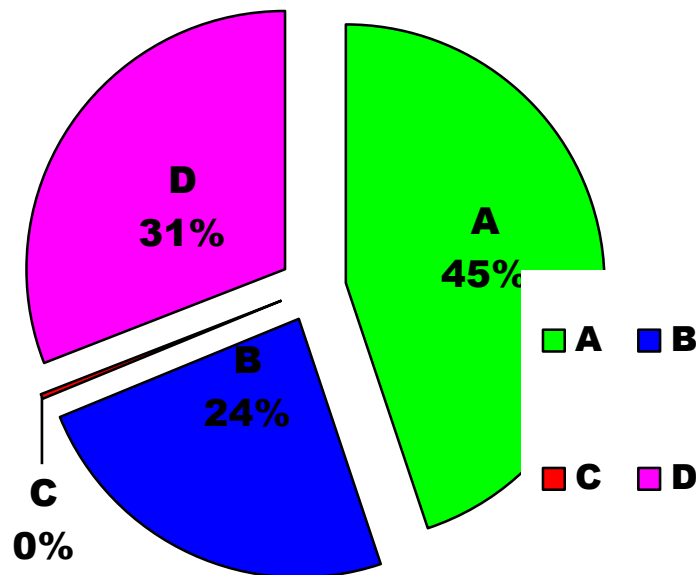


## PREGUNTA 10

¿Considera usted, la principal indicación de cesárea ante una RPM a partir de las 36 SDG?

Sufrimiento fetal	17 respuestas
Mala presentación fetal	1 respuestas
Trabajo de parto prolongado	0 respuestas
Presencia evidente de infección	12 respuestas

## GRÁFICA 10



**Descripción:** Como principal indicación de Cesárea, aparece el sufrimiento fetal con un 45%, la presencia de infecciones con un 31%, mala presentación fetal con 24%.

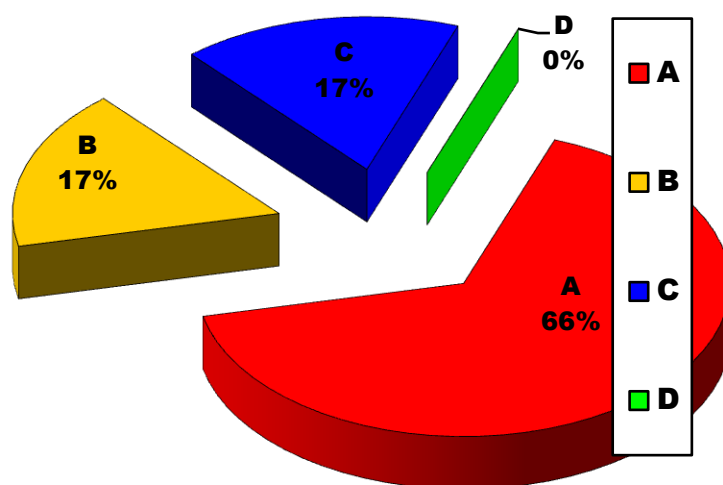
**Interpretación:** lo que indica que la cesárea si se llega a considerar el tratamiento de elección como se dedujo en la anterior pregunta, pero se reserva para casos específicos que implican riesgo materno-fetal.

## PREGUNTA 11

¿Considera la principal complicación fetal ante una RPM?

Sepsis neonatal	20 respuestas
Hipoxia	5 respuestas
Prematurez	5 respuestas
Muerte	0 respuestas

## GRÁFICA 11



**Descripción:** La principal complicación fetal es en primer lugar la sepsis neonatal con 66% y en misma proporción hipoxia y Prematurez con un 17%, quedando la muerte con un 0%.

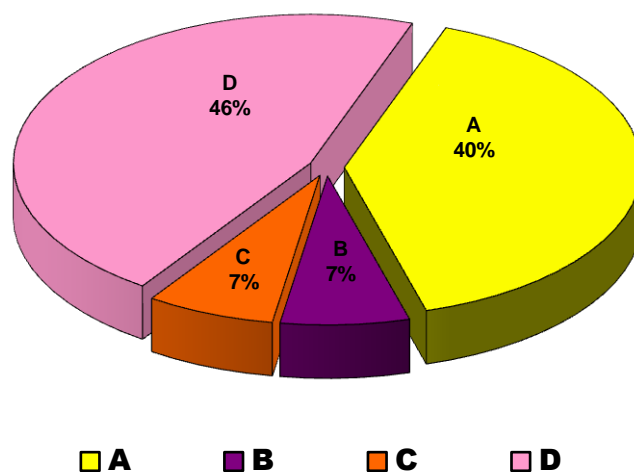
**Interpretación:** ante la presencia de RPM, es más probable la presencia de sepsis neonatal en relación a otras complicaciones.

## PREGUNTA 12

¿Es el aspecto más importante que usted toma en cuenta antes de realizar una cesárea ante una RPM después de las 36 SDG?

Presencia de maduración pulmonar	12 respuestas
Mala presentación fetal	2 respuestas
Trabajo de parto prolongado	2 respuestas
Presencia de sufrimiento fetal	14 respuestas

## GRÁFICA 12



**Descripción:** Antes de realizar una cesárea, se valora la presencia de sufrimiento fetal en un 46% y como segunda prioridad se toma la presencia de maduración pulmonar en un 40%, la mala presentación fetal y el trabajo de parto prolongado permanece con mismo porcentaje de 7%.

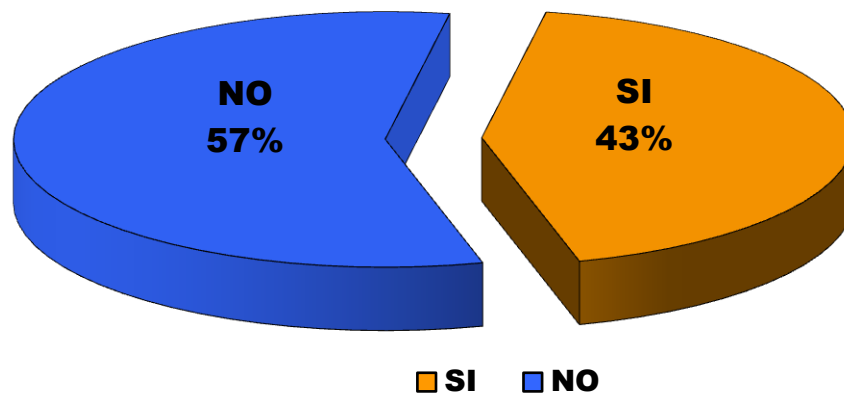
**Interpretación:** tanto la presencia de sufrimiento fetal como la maduración pulmonar son aspectos relacionados al riesgo de la vida fetal y a la posibilidad de complicaciones lo que sigue indicando que la cesárea se reserva para casos específicos y ante la sospecha evita riesgos.

### PREGUNTA 13

¿Sabía usted que una secuela de RPM es la sordera?

1. SI	13 respuestas
2. NO	17 respuestas

### GRÁFICA 13



**Descripción:** 17 de los 30 encuestados que son el 57%, mas de la mitad, no sabe que la sordera puede ser causada por una RPM.

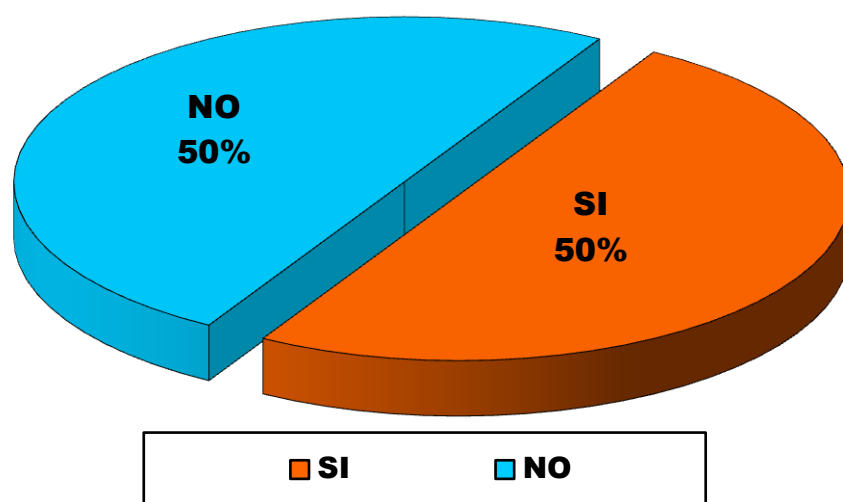
**Interpretación:** La mayoría de los clínicos encuestados desconoce a la sordera como consecuencia de la RPM, por mas del 57%, lo que nos da la idea de pensar que no se conocen todas las secuelas que deja una RPM mal manejada lo que puede restarle importancia a la presencia de la misma.

## PREGUNTA 14

¿Identifica a la parálisis cerebral como consecuencia de una RPM?

1. SI	15 respuestas
2. NO	15 respuestas

GRÁFICA 14



**Descripción:** El 50% de los encuestados identifica a la parálisis cerebral como consecuencia de la RPM.

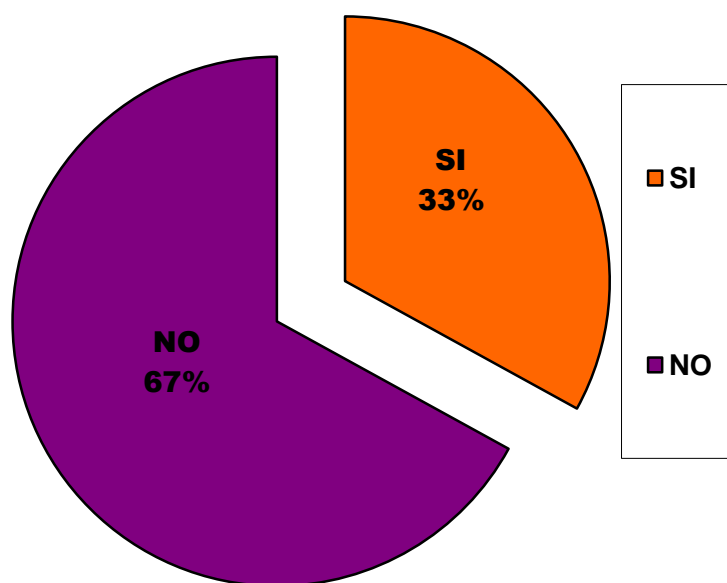
**Interpretación:** Los riesgos y complicaciones de la RPM, no son bien identificados por el clínico, o puede que exista la falta de actualización en el tema.

## PREGUNTA 15

¿Es la ceguera congénita una consecuencia de la RPM?

1. SI	10 respuestas
2. NO	20 respuestas

## GRÁFICA 15



**Descripción:** El 67% de los encuestados ignora a la ceguera congénita como consecuencia de la RPM.

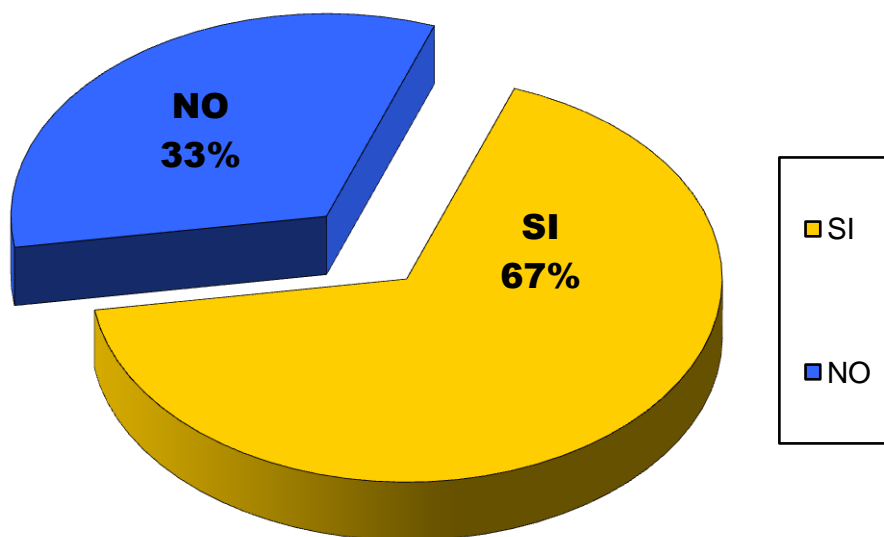
**Interpretación:** Es notable que más de la mitad de los clínicos encuestados desconocen con claridad los riesgos y consecuencias que implica la RPM.

## PREGUNTA 16

¿Considera usted que la cesárea ante una RPM, a partir de las 36 SDG, reduce complicaciones maternas?

1. SI	20 respuestas
2. NO	10 respuestas

GRÁFICA 16



**Descripción:** El 67% de los clínicos encuestados, equivalente a 20 de los 30 encuestados reconoce que la cesárea reduce complicaciones maternas.

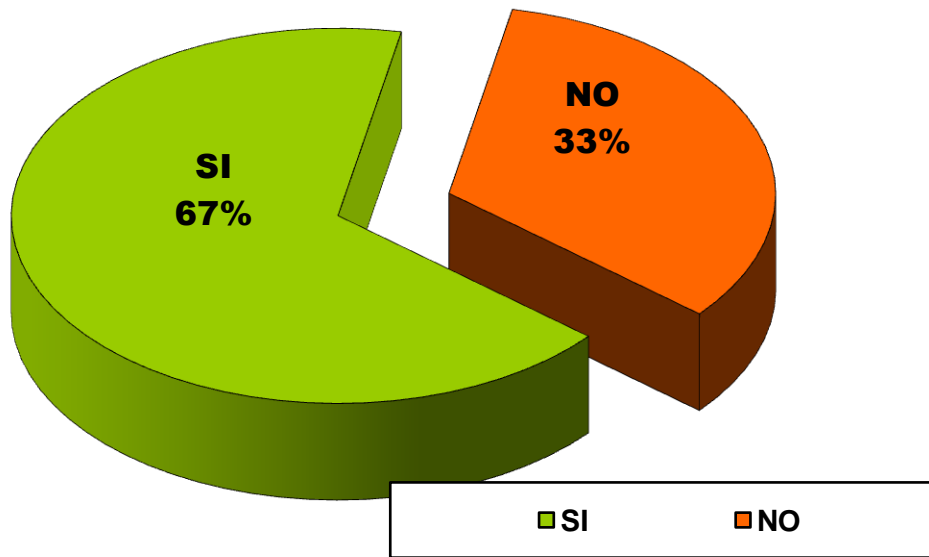
**Interpretación:** Lo que nos arroja que la cesárea es un procedimiento que se realiza debido a que reduce complicaciones maternas o cuando existen otros datos que amenazan el buen pronóstico de un embarazo con RPM.

### PREGUNTA 17

¿Considera usted que la cesárea inmediata ante una RPM, a partir de las 36 SDG, reduce complicaciones fetales?

3. SI	20 respuestas
4. NO	10 respuestas

### GRAFICA 17



**Descripción:** El 67% de encuestados reconoce que el realizar cesárea, reduce complicaciones fetales.

**Interpretación:** Por lo tanto la cesárea se realiza en casos que implican riesgo fetal, aunque un menor número de encuestados nos incline hacia la idea de que una RPM, con manejo oportuno y adecuado no requiere realizar cesárea. El mismo número de encuestados que piensa que reduce complicaciones maternas, es el mismo que considera reduce complicaciones fetales, es decir, la cesárea reduce complicaciones materno-fetales.

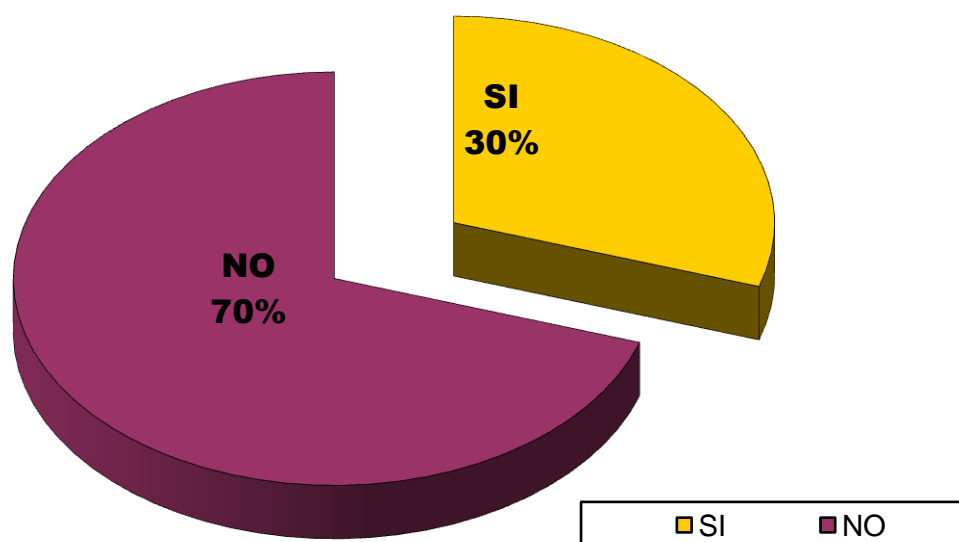


## PREGUNTA 18

¿Según su experiencia toda RPM después de las 36 SDG, requiere de inductoconducción?

SI	9 respuestas
NO	21 respuestas

## GRÁFICA 18



**Descripción:** 21 de los 30 encuestados equivalente al 70% de los resultados indica que no toda RPM después de las 36 semanas de gestación requiere de inductoconducción.

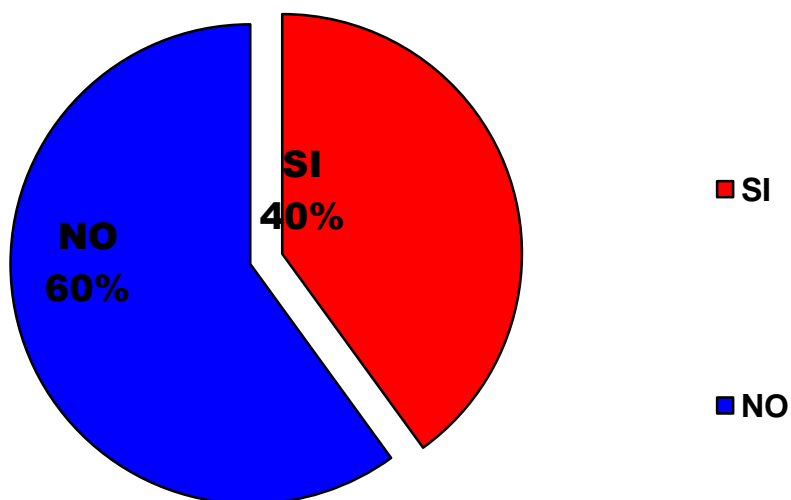
**Interpretación:** La decisión de realizar o no cesárea va a depender de la presencia de varios factores y la decisión del clínico, independientemente de la presencia o no de RPM.

## PREGUNTA 19

¿A su criterio considera de utilidad el uso de tocolíticos en pacientes con RPM?

1. SI	12 respuestas
2. NO	18 respuestas

GRÁFICA 19



**Descripción:** El 60% de los resultados indica que no se considera de utilidad la aplicación de tocolíticos ante una RPM, después de las 36 semanas de gestación.

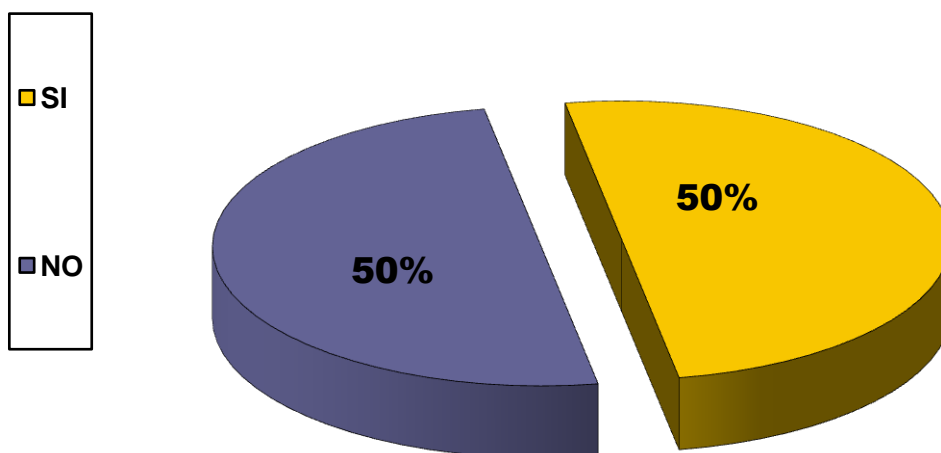
**Interpretación:** El uso de tocolíticos, se reserva a consideración de la particularidad del caso, por la presencia de varios factores, pero en general la mayoría de resultados indica que no son considerados de utilidad, en presencia de un embarazo a término.

## PREGUNTA 20

¿En cuánto a la presencia de infecciones, considera usted que son más comunes en el tratamiento conservador que en a inducto-conducción inmediata?

SI	15 respuestas
NO	15 respuestas

GRÁFICA 20



**Descripción:** En cuanto a qué manejo propicia la presencia de infecciones maternas y o fetales, si la inducto-conducción inmediata o el manejo conservador, ambos obtienen el 50%, con 15 respuestas cada uno.

**Interpretación:** no existe prevalencia de uno sobre otro, lo que resalta que el manejo de la RPM requiere de la diagnosis oportuna, vigilancia estrecha y de el manejo dado por el clínico a la particularidad de cada caso.

## 5. CONCLUSIONES

Debido a los resultados arrojados por las encuestas, se reconoce que la Ruptura prematura de membranas a pesar es de ser una emergencia obstétrica importante y bastante común dentro de la práctica clínica, no constituye una importante causa o indicación, ni es considerada un factor condicionante, para realizar cesárea, ya que existen muchas otras complicaciones que si implican una emergencia obstétrica.

El periodo potencialmente infeccioso es considerado entre las 8 y 12 horas de haberse roto las membranas, el periodo de latencia esperado y puesto en práctica abarca de las 6 a 12 horas, con valoraciones minuciosas maternas y fetales, si en dicho periodo la paciente no desencadena trabajo de parto o este no evoluciona, se inicia la inducto-conducción del trabajo de parto por máximo 8 horas. Ante la presencia de sufrimiento fetal o presencia de infección se realiza cesárea.

El uso de tocolíticos se reserva para la presencia de ruptura de membranas en embarazos pre-término, en éste caso no se considera útil, ni es necesaria la inducto-conducción, ambos dependen de la presencia de varios factores.

En el caso del uso de tocolíticos se toma en cuenta las semanas de gestación, la valoración de la salud fetal, hipoxia y maduración pulmonar principalmente, en el caso de la inducto-conducción se considera el periodo de latencia transcurrido, la presencia de infección, el tiempo de libre evolución en caso de presencia de actividad uterina, la frecuencia, intensidad y duración de las contracciones, presencia de sufrimiento fetal, la presentación del mismo, entre muchos otros.

A pesar de que no son identificadas con claridad todas las secuelas y complicaciones materno-fetales por parte del personal médico, la cesárea es reconocida como un procedimiento que reduce el índice de complicaciones maternas y fetales.

Sea cual fuere el manejo que se le da a la ruptura prematura de membranas, la posibilidad de propiciar complicaciones no dependerá del manejo, ya que por lo expresado en el instrumento aplicado, este no influye en el índice de infecciones a nivel práctico, sino que dependerá de la vigilancia y proceder del equipo médico.

Así, se puede decir de manera general, que las complicaciones de la ruptura prematura de membranas van a depender del manejo particular que se le da a cada paciente, el tratamiento dependerá de la iniciativa o decisión del clínico a cargo, de su valoración particular y no de la orientación de la atención.

Si bien la ruptura prematura de membranas, no constituye una de las principales indicaciones de cesárea a nivel bibliográfico, si es considerada una causa relativa y como causa absoluta la cesárea es considerada ante el fracaso de la inductoconducción, un aspecto importante considerado en el instrumento el cual no fue considerado para la realización de la misma y por el contrario a nivel clínico y práctico la Ruptura prematura de membranas, no es considerada indicación de cesárea aunque si se reconoce como una alternativa práctica que de cierta manera asegura la salud materna y reduce complicaciones fetales.

La información obtenida por medio del instrumento nos ayudó a dar respuesta a la hipótesis planteada indicando que no toda multigesta que presente RPM después de las 36 semanas de gestación debería realizarse cesárea como método preventivo de complicaciones materno-fetales, la presencia de estas dependerán de varios factores como el manejo del caso clínico, diagnóstico temprano y vigilancia entre otras incluyendo la iniciativa del obstetra y el trabajo multidisciplinario del equipo médico.

Lo anterior también responde al objetivo general, por lo que podemos decir que si se alcanzaron los objetivos.

Los objetivos específicos se responden identificando como beneficios de la cesárea, la disminución de riesgos o complicaciones aunque de manera relativa, a menos que sea por elección, debido a que hace algunos años la cesárea se realizaba sólo en caso de estrictas razones medica o cuando el parto vaginal implicaba un riesgo muy alto para la madre y el producto.

Actualmente con la posibilidad de diagnosis, perfeccionamiento de la técnica y la creciente participación de la pareja en la toma de decisión, el porcentaje de cesáreas realizadas se debe en gran medida a las cesáreas electivas.

También se puede decir que el segundo objetivo específico se responde en el instrumento aplicado donde denotan como indicación de cesárea a nivel clínico, la presencia de sufrimiento fetal, presencia corroborada o evidente de infección tanto materna como fetal, pero no por si sola, sino que és determinada por otros factores los cuales ya han sido mencionados con anterioridad y bajo la presencia de causas absolutas de cesárea en una multigesta con las características en estudio.

El proceder del equipo médico y la rapidez con que sea identificada la RPM, aún por parte de la paciente resulta de gran importancia para que se haga presente la infección y las complicaciones al igual resulta condicionante el contexto geográfico y social debido a que pueden influir en el tiempo en que se atiende e identifica la RPM y condiciona muchas veces el equipo y material con que se cuenta para el adecuado manejo de dicha complicación.

## ANEXO 1

### CUESTIONARIO

#### “RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS”

Por medio de la presente le solicitamos su participación contestando con veracidad las siguientes preguntas. La información proporcionada será tratada de manera confidencial y anónima.

INSTRUCCIONES: Favor de marcar con una “X”

1.- ¿Cuál considera usted que es la emergencia obstétrica más importante?

- a) Placenta previa
- b) Ruptura prematura de membranas
- c) Pre eclampsia
- d) Diabetes gestacional

2.- ¿Es la principal razón para realizar cesárea ante una RPM?

- a) Corioamnioitis
- b) Sufrimiento fetal
- c) RPM
- d) Probable infección

3.- ¿Considera el periodo de tiempo en inducto-conducción necesario para esperar parto vaginal ante una RPM?

- a) 6hrs
- b) 12hrs
- c) 8hrs
- d) 24hrs

4.- ¿Es el periodo de latencia necesario para iniciar inducto-conducción a una paciente con RPM?

- a) 6hrs o menos
- b) De 8 a 12 hrs
- c) De 13 a 24 hrs
- d) 72 hrs

5.- ¿Considera el riesgo principal de buscar parto vaginal ante una RPM después de las 36 SDG?

- a) Sepsis materna
- b) Complicaciones fetales
- c) A y B
- d) Ninguna

6.- ¿Considera el principal beneficio de realizar cesárea ante una RPM después de las 36 SDG?

- a) Evitar sufrimiento fetal
- b) Evitar infecciones
- c) Complicación materna
- d) Aborto inevitable

7.- ¿De las siguientes cual considera la causa más importante para realizar cesárea?

- a) Pre-eclampsia
- b) Eclampsia
- c) RPM
- d) Circular de cordón



8.- ¿Considera es el manejo inmediato adecuado ante la presencia de una RPM a partir de las 36SDG?

- a) Antibióticoterapia
- b) Inducto-conducción
- c) Tocolíticos
- d) Cesárea

9.- ¿En cuanto a su experiencia a las cuantas horas posteriores a la RPM, la paciente y el producto presentan complicaciones infecciosas?

- a) 6 horas
- b) 8 horas
- c) 24 horas
- d) 12 horas

10.- ¿Considera usted, la principal indicación de cesárea ante una RPM a partir de las 36 SDG?

- a) Sufrimiento fetal
- b) Mala presentación fetal
- c) Trabajo de parto prolongado
- d) Presencia evidente de infección

11.- ¿Considera la principal complicación fetal ante una RPM?

- a) Sepsis neonatal
- b) Hipoxia
- c) Prematurez
- d) Muerte

12.- ¿Es el aspecto más importante que usted toma en cuenta antes de realizar una cesárea ante una RPM después de las 36 SDG?

- a) Presencia de maduración pulmonar
- b) Mala presentación fetal
- c) Trabajo de parto prolongado
- d) Presencia de sufrimiento fetal

13.- ¿Sabía usted que una secuela de RPM es la sordera?

SI NO

14.- ¿Identifica a la parálisis cerebral como consecuencia de una RPM?

SI NO

15.- ¿Es la ceguera congénita una consecuencia de la RPM?

SI NO

16.- ¿Considera usted que la cesárea ante una RPM, a partir de las 36 SDG, reduce complicaciones maternas?

SI NO

17.- ¿Considera usted que la cesárea inmediata ante una RPM, a partir de las 36 SDG, reduce complicaciones fetales?

SI NO

18.- ¿Según su experiencia toda RPM después de las 36 SDG, requiere de inductoconducción?

SI NO

19.- ¿A su criterio considera de utilidad el uso de tocolíticos en pacientes con RPM?

SI

NO

20.- ¿En cuanto a la presencia de infecciones, considera usted que son más comunes en el tratamiento conservador que en la Inducto-conducción inmediata?

SI

NO

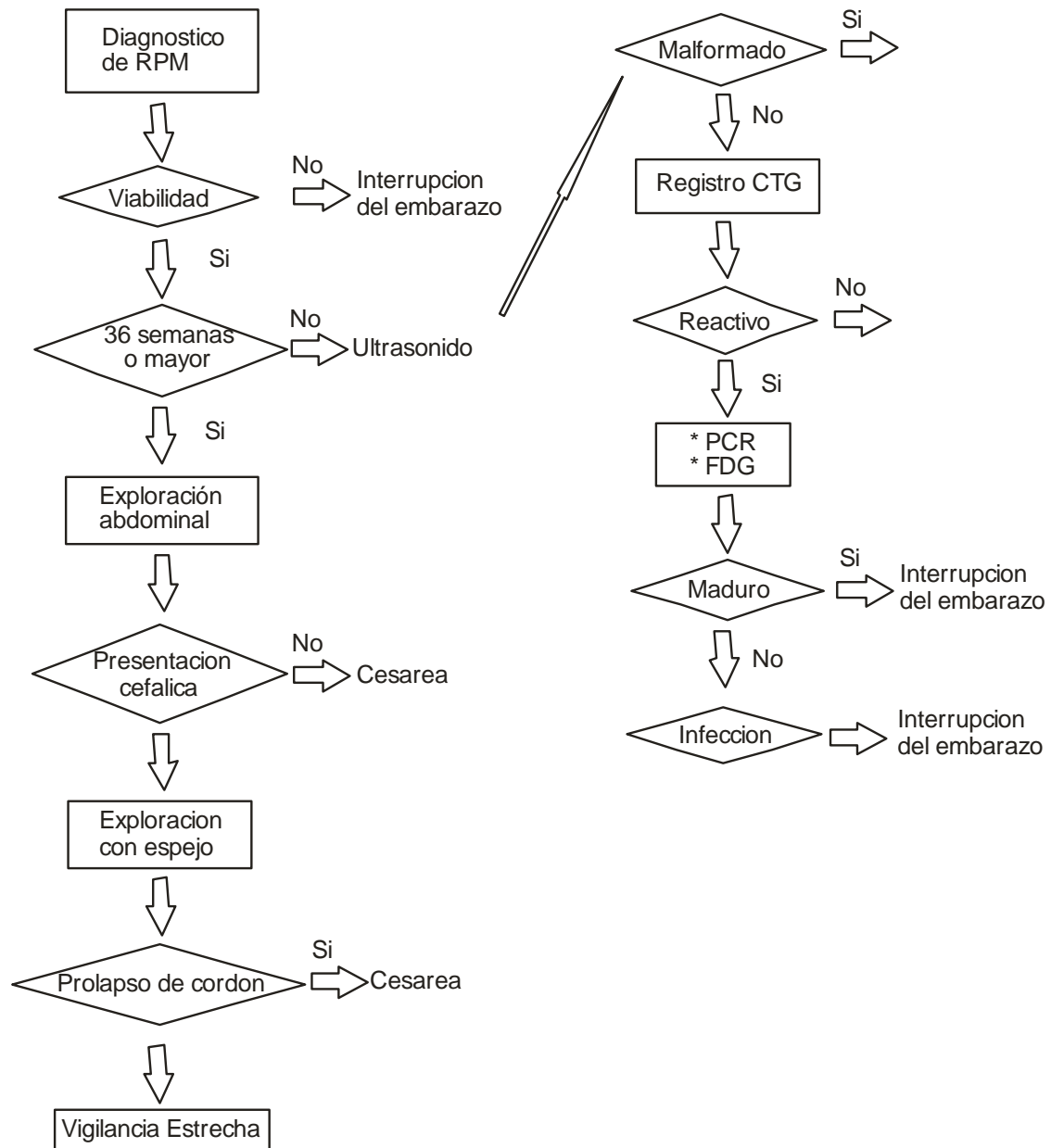
## APÉNDICE 1

División del embarazo:

De 0 a 20 semanas de gestación	Aborto	1- 500 grs.
De 20 a 28 semanas de gestación	inmaduro	500 – 1,500 grs.
De 28 a 36 semanas de gestación	pre-termino	1,500 – 2,500 grs.
De 36 a 42 semanas de gestación	Termino	2,500 – 4,000 grs.
Más de 42 semanas de gestación	Post- termino	?????

## APÉNDICE 2

Diagrama de Flujo para el Manejo de la RPM.



## Bibliografías

- ❖ Álvarez, Bravo, A. y otros. (2000). *Juicio crítico y resultados de la inducción y conducción del trabajo de parto*. México. Memoria del III Congreso latinoamericano de Ginecología y Obstetricia.
- ❖ Benson, Pernoll. (2003). *Manual de Obstetricia y Ginecología*. Novena edición, México. Mc Graw Hill interamericana.
- ❖ Castelazo, Ayala, Luis, Dr. *Obstetricia*. (1999). 5ta edición. México DF.
- ❖ Severino, Rubio, Dominguez. (2000). *Obstetricia I, Antología ENEO*. 2da edición. México.
- ❖ Cunningham, Macdonald, Gant, Leveno, Gilstrap Hankins, Clark. (2003). *Williams Obstetricia*. México.
- ❖ Danford, Scot. (2002). *Tratado de Obstetricia y Ginecología*. México. Mc Graw Hill.
- ❖ Félix, Ramírez, Alonso. (2002). *Obstetricia para la enfermería Profesional*. México. Edit. El Manual Moderno.
- ❖ Gilbert y Tournier por Fabre Prof. (1999). *Manual de Obstetricia, tomo II parto patológico*. 8va edición. Barcelona, Buenos Aires. Salvat editores.

- ❖ Ibarra, CHV, Sanhuesa, SP, del Rey, PG, Karchmer, KS. Proteína C reactiva, como detector temprano de Corioamnioitis en la Ruptura Prematura de Membranas, *Ginecología y Obstetricia*, México.
- ❖ Instituto Mexicano del Seguro Social. (2002). Operación Cesárea en, *manual de normas y procedimientos en Obstetricia*, México.
- ❖ Juan, Aller y Gustavo, Pages. (2003). *Obstetricia Moderna*. 5ta edición. México. Mc Graw Hill.
- ❖ Heppard, C. Martha y Thomas, J. (2003). *Urgencias Obstétricas*. 3era edición. Barcelona: Mosby.
- ❖ Llaca, Rodríguez, Victoriano, Fernández, Alba, Julio. (2000). *Obstetricia Clínica*, Primera Edición. México. Mc Graw Hill.
- ❖ Núñez, Maciel, Eduardo y Colaboradores. (2001). *Ginecología y Obstetricia*, II volumen, Tercera edición, México. ediciones Cuellar.
- ❖ Núñez, Maciel, Eduardo. (2009). *Ginecología y Obstetricia*. México. ediciones Cuellar.
- ❖ *Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología*. Vol.57 Num.3.2006.

## Referencias Electrónicas

- ❖ Ruptura Prematura de Membranas en <http://español.pregnancy-info.net/rpm.html>. extraído el 18 de Enero del 2010.
- ❖ Ruptura Prematura de Membranas en [http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/peds\\_hrpregnant\\_sp/rpm.cfm](http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/peds_hrpregnant_sp/rpm.cfm). extraído el 18 de enero del 2010.
- ❖ Ruptura Prematura de Membranas en <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v57n4a07.pdf>. extraído el 11 de Enero del 2010.
- ❖ [www.todoembarazogaleon.com](http://www.todoembarazogaleon.com) extraído el 10 de enero del 2010.
- ❖ <http://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo>. extraído el 10 enero 2010.