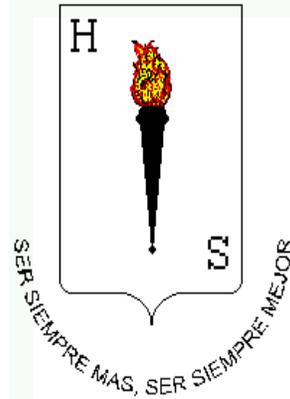


**ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA  
SALUD**

**INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**CLAVE: 8722**



**TESIS**

**INFECCIONES MÁS FRECUENTES EN EL PRODUCTO POR UNA RUPTURA  
PREMATURA DE MEMBRANAS, DURANTE EL PERIODO DE TRABAJO DE  
PARTO**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**ALUMNA:  
MARTHA ELENA SOTO RIVERA**

**ASESORA DE TESIS:  
LIIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO**

**MORELIA, MICHOACÁN**



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**

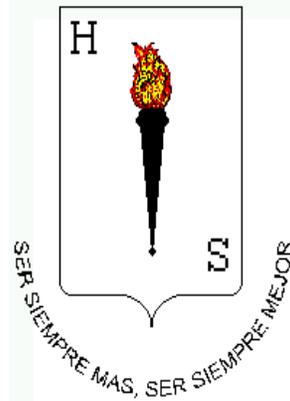
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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**

**INFECCIONES MÁS FRECUENTES EN EL PRODUCTO POR UNA RUPTURA  
PREMATURA DE MEMBRANAS, DURANTE EL PERIODO DE TRABAJO DE  
PARTO**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**ALUMNA:  
MARTHA ELENA SOTO RIVERA**

**ASESORA DE TESIS:  
LIIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO**

**MORELIA, MICHOACÁN**

## **DEDICATORIA.**

Este trabajo va dedicado principalmente a Dios, porque fue el que me prestó la vida y me puso en el camino en el que me encuentro, camino que muchas veces le reproché porque creía que no me lo merecía, sin embargo ahora le doy gracias porque me dejó terminar esta carrera, que con gran ilusión comencé y que ahora me comprometo a seguir su ejemplo a través de mi prójimo.

A mis padres, hermanos y sobrinitos, porque sin ellos esto no hubiese sido posible, ya que tanto a ellos como a mí, nos costó demasiado esfuerzo, sudor y lagrimas para llegar hasta donde ahora me encuentro, porque cuando sentía que las fuerzas se me agotaban, ahí estaban ellos para no dejar que me rindiera y seguir adelante, siempre brindándome una sola palabra de aliento que volvía a encender la fe que sentía se iba apagando.

A la Virgencita de Guadalupe, con quien ahora tengo una deuda pendiente, ya que me ayudó a terminar mi carrera una deuda que con muchísima alegría pagaré.

## **AGRADECIMIENTO.**

A mis padres: Miguel Soto Franco y Sara Rivera Rivera, por la gran oportunidad que me brindaron de superarme, y con ello de no ser una persona dependiente. Porque siempre creyeron en mí, a pesar de que existieron suficientes razones para dejar de hacerlo o por las influencias cercanas a la familia, nunca dejaron de creer y confiar en mí y me apoyaron sin importar los obstáculos que se nos presentaban en el camino tanto económicos como personales. Porque me Aman y por darme la vida. Gracias mamá y papa, los AMO.

A mis hermanos y hermanas: *Margarita, Marcela, Miguel Ángel, Marcial, Alonso, Esther*, porque siempre me apoyaron, porque a pesar de que hubo ocasiones que por problemas personales o familiares, algunos de ustedes me proponían abandonar mi carrera, nunca dejaron de darme ánimos y de estar allí cuando los necesité, Gracias hermanos por formar parte de la Hermosa familia con la que Dios me bendijo.

Infinitas gracias a Alón, porque sin él lo más posible hubiese sido que no lograra terminar mi carrera. Porque sacrificó el tiempo de estar con la familia para invertirlo en el trabajo y así brindarme el apoyo que fue en su momento vital para seguir avanzando.

No puedo dejar de agradecer a mis sobrinitos: *Eri, Alma, Mane, Magui, Yessi, Lupita, Xime, Vale, Dani, Lupita y Cris*. Que siempre me recibieron y me siguen recibiendo con un fuerte abrazo y beso al llegar a casa. Que cuando sentía que iba llena de presiones, me brindaban los momentos más agradables de Relax, con los cuales compartí grandes y gratas experiencias que jamás olvidaré. Gracias mis niños preciosos.

A mi hermano Agustín, que siempre le pedí su apoyo desde el cielo, porque el pidió a Dios para que me ayudara a no rendirme, Gracias hermanito porque a pesar de que ya no nos acompañas en cuerpo, has vivido siempre conmigo en Alma.

A mis cuñados *Tavio, Mane, Pie*, porque también creyeron en mi y por esa razón me apoyaron a lo largo del camino.

Miles de agradecimientos a las compañeras que con el paso del tiempo se convirtieron en amigas que estuvieron a mi lado y también a las que por alguna razón no siguieron el mismo camino pero que seguimos teniendo contacto como las buenas amigas que llegamos a ser. Y a pesar de que en ocasiones las presiones nos hacían gritarnos nuestras diferencias, nunca dejaron de apoyarme en los momentos que más lo necesité, cuando la depresión me invadía, cuando la tristeza se hacía presente, o cuando el coraje no me dejaba razonar, gracias niñas por dejarme ser parte de sus vidas, y Gracias Señor por dejarme conocerlas.

## ÍNDICE

PORTADILLA .....	I
DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
ÍNDICE .....	V
INTRODUCCIÓN .....	VIII

### CAPÍTULO I. CONSTRUCCIÓN DEL OBJETIVO DE ESTUDIO.

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA .....	X
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	X
OBJETIVOS .....	XI
Objetivo general .....	XI
Objetivos específicos .....	XI
JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA .....	XI
HIPOTESIS .....	XII
VARIABLES .....	XII

### CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.

<b>2 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS .....</b>	<b>2</b>
2.1 <b>Clasificación .....</b>	<b>5</b>
2.2 <b>Incidencia.....</b>	<b>6</b>
2.3 <b>Etiología .....</b>	<b>6</b>
2.3.1 Infecciones del tracto genital materno.....	6
2.3.2 Factores de comportamiento.....	7
2.3.3 Complicaciones obstétricas.....	7
2.3.4 Procedimientos invasivos.....	8

<b>2.4 Cuadro clínico</b> .....	8
<b>2.5 Diagnóstico</b> .....	9
2.5.1 Cristalización .....	9
2.5.2 Pruebas de Nitracina .....	10
2.5.3 Ecosonografía .....	10
<b>2.6 Manejo de la ruptura prematura de membranas</b> .....	10
2.6.1 Objetivo .....	11
<b>2.7 Complicaciones de la ruptura prematura de membranas</b> .....	13
2.7.1 Complicaciones maternas .....	13
2.7.2 Complicaciones fetales.....	14

### **3 PRINCIPALES INFECCIONES QUE SE PRESENTAN EN LOS BEBÉS, CAUSADA POR UNA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS DURANTE EL**

<b>EVENTO DE PARTO</b> .....	15
<b>3.1 Sepsis neonatal</b> .....	15
3.1.1 Definición .....	16
3.1.2 Epidemiología .....	16
3.1.3 Etiología .....	16
3.1.4 Cuadro Clínico.....	17
3.1.5 Diagnóstico.....	17
3.1.6 Tratamiento .....	18
<b>3.2 Neumonía</b> .....	18
3.2.1 Etiología .....	20
3.2.2 Cuadro Clínico.....	21
3.2.3 Diagnóstico.....	21
3.2.4 Tratamiento .....	22
<b>3.3 Meningitis</b> .....	22
3.3.1 Etiología .....	23
3.3.2 Cuadro Clínico.....	23
3.3.3 Diagnóstico.....	24

3.3.4 Tratamiento .....	24
-------------------------	----

### **CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO.**

Metodología.....	26
Sujeto a estudiar .....	26
Universo .....	26
Muestra .....	26
Confiabilidad y validez.....	28
Técnicas utilizadas .....	28

### **CAPÍTULO IV. DESCRIPCIÓN Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.**

Resultados de encuestas .....	30
-------------------------------	----

### **CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.**

Conclusiones.....	54
Sugerencias .....	55

BIBLIOGRAFÍAS Y REFERENCIAS ELECTRONICAS .....	57
--	----

ANEXOS 1 .....	60
----------------	----

ANEXOS 2 .....	62
----------------	----

## **INTRODUCCIÓN.**

El siguiente trabajo se realizó con el fin de obtener nuevos conocimientos sobre lo que es una ruptura prematura de membranas, ya que mediante el proceso que se llevó a cabo para la realización de esta investigación se observó que la población no conoce lo que es y mucho menos lo que puede provocar a un bebé, encontrándose dentro o fuera del vientre materno, ignorando completamente que este acontecimiento puede ser la causa de múltiples infecciones que pueden ser lamentables para el bebé ya que pueden dejar variadas secuelas e incluso la muerte del niño. Es lamentable darse cuenta que muchas de las mujeres embarazadas no tienen la menor idea de las complicaciones que se pueden presentar en su bebé cuando se ellas padecen ruptura prematura de membranas.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La ruptura prematura de membranas (RPM), es un proceso anormal que ocurre después de las 20 semanas de la gestación de manera espontánea, ella representa la condición asociada a aproximadamente un tercio de, los partos prematuros, la causa exacta se desconoce, sin embargo, existen múltiples factores para que se presente el evento. La ruptura prematura de membranas es un condicionante para que existan múltiples infecciones tanto en la gestante como en el producto.

El trabajo siguiente estudiará las infecciones más frecuentes que se presentan en el producto tras una ruptura prematura de membranas, ya que se ha observado que los productos pre término a consecuencia de una ruptura prematura de membranas presenta complicaciones en las infecciones que hacen más lento el grado de recuperación del recién nacido.

De acuerdo con lo dicho anteriormente, nos preguntamos...

**¿Es la ruptura prematura de membranas un factor predisponente para que se presenten infecciones en el producto durante el evento de parto?**

## ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

El siguiente trabajo se basa en diferentes investigaciones ya desarrolladas anteriormente, sin embargo se creó importante la investigación de este trabajo ya que lo que interesa es conocer las principales infecciones que se presentan en el bebé, posterior a una ruptura prematura de membranas durante el evento de parto.

En el siguiente capítulo se verá el procedimiento que se lleva a cabo al presentarse una ruptura prematura de membranas así como los factores que influyen para que ocurra tal evento.

## 2 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Las membranas fetales, también llamadas saco amniótico están formadas por una fusión de dos capas más, llamadas amnios y corion, las cuales cubren al embrión y se forman entre el octavo y noveno día de la gestación. El amnios que es la capa más interna es una membrana fina que en su interior se encuentra el líquido amniótico y embrión, esta capa da protección al feto cuando se presentan incidentes como golpes, ya que se mantiene flotando en el líquido amniótico. El corion es la capa más externa y realiza una función similar a la del amnios además de que también participa en la formación de la placenta.

Figura 1



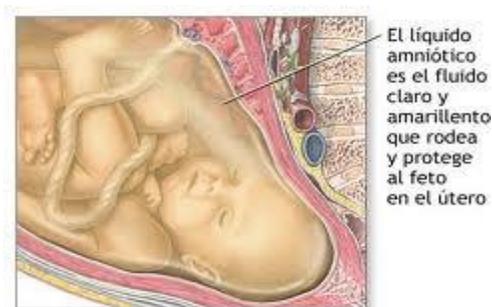
Extraída de <http://www.childrenscentral.org> el día 28/02/11

El líquido amniótico: es un fluido líquido que rodea al embrión y posteriormente al feto, tiene múltiples propiedades como son:

El contenido de proteínas, carbohidratos, lípidos, electrolitos como principales sustancias que ayudan a que el feto se desarrolle adecuadamente dentro del saco amniótico.

- Propiedades de defensa contra microorganismos.
- Mantiene una temperatura fetal adecuada.
- Es un medio útil para valorar la salud y maduración fetal.
- Es un medio en el que el feto se mueve libremente

Figura 2



Extraída de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish> el día 28/02/11

De acuerdo con Félix Ramírez Alonso (2002):

“Se llama ruptura prematura a la ruptura espontánea de las membranas que sucede dentro de las dos horas previas de iniciado el trabajo de parto, o precoz cuando sucede al inicio del trabajo de parto, se denomina amniorrexia a la ruptura de

membranas que efectúa o realiza el obstetra, lo que en todos los casos hay salida de líquido amniótico.” (p.255)

La ruptura de membranas, menciona el Dr. José, Antonio Olgún Barrera (fecha), se da cuando es expulsado el líquido amniótico por la vagina. Se considera normal cuando se rompen las membranas estando ya en trabajo de parto con embarazo a término, estando en la parte final de la primera etapa de trabajo de parto y cuando el cérvix se encuentra con 4 o más centímetros de dilatación. Se considera prematura cuando ocurre 2 o más horas antes de iniciar el trabajo de parto, sin que intervenga en ello la edad gestacional. Y se considera precoz cuando ocurre iniciado el trabajo de parto pero sin aún alcanzar los 4 centímetros de dilatación en cérvix.

La Ruptura Prematura de Membranas (RPM) es un trastorno que puede presentarse en cualquier etapa de la gestación, esto ocurre cuando el saco amniótico se rompe dejando que se escape el líquido amniótico haciendo que el producto pierda poco a poco esa sustancia que es fundamental para seguir su desarrollo intrauterino.

Otra definición en la que se está de acuerdo mencionada por Ernesto Calderón Jaimes y otros (1991) es con la del Instituto Nacional de Perinatología de México el cual adoptó la definición que propuso el Colegio Estadounidense de Ginecología y Obstetricia, que menciona que la ruptura prematura de membranas es aquella que ocurre antes del inicio de las contracciones uterinas regulares que permiten la dilatación del cérvix.

En esta definición cabe destacar tres aspectos fundamentales sobre el concepto: el inicio de trabajo de parto, la precisión del diagnóstico en cuanto al tiempo de latencia y el plan de tratamiento. La gran controversia que se ha visto de parte de los autores es al momento de tomar las decisiones médicas fundamentalmente en embarazos menores de 37 semanas de gestación, en los cuales el médico se encuentra por un lado con la morbi-mortalidad de los procesos infecciosos en la madre, y por otro lado

la morbi-mortalidad perinatal tanto de origen infeccioso como de inmadurez, sobre todo en el sistema respiratorio.

## **2.1 Clasificación**

Menciona José Antonio Olguín Barrera que la ruptura prematura de membranas puede clasificarse en:

➤ De acuerdo a la etiología: artificial y espontánea.

La artificial, se da cuando por medio de un instrumento llamado amniotomo con sus respectivas precauciones se llega hasta la bolsa corioamniótica por vía vaginal y se realiza el procedimiento llamado amniotomía que es la ruptura de las membranas por medio artificial.

La espontánea, se da cuando no interviene para ello la intervención del personal.

➤ De acuerdo a su ubicación:

Alta, cuando ocurre por arriba del orificio interno cervical.

Baja, cuando ocurre en la luz del cérvix.

➤ Puede considerarse como completa e incompleta:

Completa, cuando el amnios y corion presentan una solución de continuidad en el mismo lugar.

Incompleta, cuando las capas se rompen en sitios distintos.

➤ J. Roberto Ahued y otros (2003) mencionan la clasificación según el momento:

De término. Cuando se presenta después de las 37 semanas de gestación (SDG).

Y de pretérmino cuando se presenta antes de las 37 SDG.

Cabe destacar que también existe RPM prolongada, que es cuando el periodo de latencia llega a rebasar las 24 horas.

## **2.2 Incidencia**

A pesar de que varios autores manejan la incidencia de la ruptura prematura de membranas con un porcentaje que difiere ligeramente en las cifras, la mayoría de ellos, entre los que se encuentran José Antonio Olguín Barrera, J. Roberto Ahued entre otros, y haciendo comparación en las cifras coinciden en que, en un 10% de los casos la Ruptura Prematura de Membranas (RPM) ocurre después de las 37 semanas de gestación (SDG) y en un 2-3% antes de las 37 SDG.

## **2.3 Etiología**

Como ya se dijo anteriormente la causa exacta de la ruptura prematura de membranas (RPM) es aún desconocida, sin embargo y de acuerdo con los diferentes autores mencionados anteriormente, se han encontrado en investigaciones, múltiples factores que predisponen a una RPM, cabe destacar que en esta investigación solo se mencionaran los más frecuentes, encontrados en las literaturas así como en un ámbito muy general se describirá el mecanismo de acción de los mismos factores:

### *2.3.1 infecciones del tracto genital materno.*

Por ejemplo: vaginosis bacteriana, tricomoniasis, gonorrea, chlamydia y corioamnionitis subclínica.

Menciona Carlos Fernández del Castillo y otros (2003) que estudios han revelado que los microorganismos realizan una liberación de proteasas y fosfolipasas que predisponen a una ruptura prematura de membranas ya que disminuyen la cantidad del colágeno de las membranas, dando como resultado la disminución en la capacidad de elasticidad de las membranas.

### *2.3.2 factores de comportamiento.*

Como son: tabaquismo, drogadicción, estado nutricional y coito.

Mismos autores mencionan que el tabaquismo aumenta 3 veces más la probabilidad de sufrir una ruptura prematura de membranas, y se sospecha que el mecanismo puede ser por isquemia inducida por la nicotina, además de la disminución de vitamina "C" y la disminución de la capacidad para activar inhibidores de las proteasas. La vitamina "C" colabora con otros componentes para que las membranas fetales tengan la capacidad de elasticidad y las proteasas no dejan funcionar adecuadamente esta capacidad ya que inhibe en cierta medida el efecto del colágeno.

El coito también es considerado como un factor de riesgo para presentar una ruptura prematura de membranas ya que en el acto se realiza la liberación de prostaglandinas (mismas que se encuentran en el semen del hombre), las cuales ayudan a que se lleven a cabo las contracciones uterinas y por lo tanto influencia para que las membranas pierdan poco a poco su resistencia, que aunado a esfuerzos físicos termina en un proceso de ruptura más rápido. Además de que los espermias pueden ser el transporte ideal para los microorganismos del exterior hacia el interior.

### *2.3.3 complicaciones obstétricas.*

Encontrándose: polihidramnios, embarazo múltiple, incompetencia ístmico-cervical, cirugía de cérvix, sangrados uterinos, y trauma prenatal.

Los polihidramnios y embarazos múltiples ayudan a que las membranas ejerzan su máxima capacidad de estiramiento y en caso de ya no poder proporcionar más elasticidad se rompe por la gran presión que estos dos factores ejercen sobre ellas.

El trauma en la embarazada, puede ser la causa de que se presente una ruptura prematura de membranas, dependiendo del sitio y el grado de fuerza con el que se presentó el trauma, haciendo que se debiliten las membranas o bien haciendo que se rompan en el momento del impacto.

Gilberto Tena Alavez (2003) habla de que los sangrados que se presentan durante el embarazo aumentan la probabilidad de la ruptura prematura de las membranas. En un estudio realizado se encontró que más del 40.4% de las mujeres con gesta dentro del primer trimestre tuvieron sangrado. Se concluye que a mayor trimestre gestacional, mayor incremento en el riesgo de la ruptura prematura de membranas.

### *2.3.4 procedimientos invasivos.*

Amniocentesis, cordocentesis. Ya que estos procesos pueden ocasionar infección al momento de realizarlos si no se tiene la precaución correspondiente de evitar la contaminación del material a utilizar. O más aún si no se aplica la debida técnica para ciertos procedimientos

## **2.4 Cuadro Clínico**

En muchos de los casos la misma gestante da a conocer el diagnóstico ya que dice que siente abundante salida de líquido vía vaginal. Sin embargo, Debe tenerse

cuidado, ya que se han presentado casos en los que la paciente acude al médico porque cree que se le “rompió la fuente” sin embargo puede ser una confusión ya que en el embarazo la gestante puede sentir la salida de secreciones sin que necesariamente sea líquido amniótico (LA), e incluso sin que sea vía vaginal (orina espontánea).

En ocasiones lo que la embarazada está sintiendo es la salida de orina espontánea, solo que no logra percibirlo, ya que la vejiga puede estar comprimiéndose por el reducido espacio que le queda dentro del organismo materno. Algo más que puede estar sintiendo es la salida de alguna secreción vaginal.

Es importante, en caso de sospecharse un diagnóstico de ruptura prematura de membranas, no realizar tacto vaginal ya que en caso de ser positivo el diagnóstico, se pueden transportar microorganismos al cérvix y provocar una infección o bien, disminuir el periodo de latencia. En caso de ser parto a término se puede realizar el tacto para verificar las condiciones del cérvix y así inducir a trabajo de parto, siempre y cuando se hallan previsto las condiciones del feto tomando en cuenta la edad gestacional y su madurez.

## **2.5 Diagnóstico**

En primer lugar debe realizarse la Historia Clínica completa. Cuando la salida de líquido vaginal es abundante será fácil realizar el diagnóstico pero para la comprobación del mismo, o bien, para el caso en que no sea abundante el líquido y solo se tenga la sospecha se debe recurrir a las siguientes pruebas diagnósticas, las cuales son mencionadas por Norma Cerviño, J. Roberto Ahued Ahued y otros:

### *2.5.1 Cristalización.*

Consiste en tomar una muestra de líquido del fondo de útero con un hisopo estéril, extenderlo en una laminilla y dejarlo secar. Al ser evaluado el líquido con el microscopio con baja amplificación, muestra una arborización típica. Este método cuenta con el 87% de exactitud, ya que puede dar falsos positivos con la contaminación del semen y moco cervical. También puede dar negativos falsos debido a que el hisopo se encuentre seco, o bien, que se contamine con sangre o flujo.

### *2.5.2 Prueba de Nitracina.*

Esta prueba consiste en determinar el pH de la vagina, para lo cual se usa una tira de nitracina, la cual cambia de amarillo a azul cuando se expone a cualquier tipo de fluido alcalino. Este método es exacto en un 90% pero también puede dar falsos positivos por la contaminación con orina, semen, flujo, sangre, infección.

### *2.5.3 Ecosonografía.*

Con esta prueba se podrá observar una disminución en el volumen del líquido amniótico, sin embargo, se considera necesario descartar otras causas de oligohidramnios como pueden ser la restricción del crecimiento intrauterino y las anomalías del tracto urinario. Debe considerarse que aparentemente una cantidad de líquido normal no descarta del todo una ruptura prematura de membranas.

## **2.6 Manejo de la ruptura prematura de membranas**

Lo siguiente ha sido mencionado por los autores J. Roberto Ahued Ahued, René Bailón Uriza y asociados (2003).

### 2.6.1 *Objetivo.*

El objetivo del manejo de la RPM es disminuir el grado de morbilidad materna y perinatal, que puede ser secundaria a infección o prematuridad.

El peligro de que el producto permanezca dentro del útero posterior a una RPM es la infección y los riesgos del parto es la prematuridad.

En cualquier paciente que se ha confirmado el diagnóstico de Ruptura Prematura de Membranas, se debe determinar la edad gestacional, el grado de bienestar fetal, los signos y síntomas de alguna infección si es que existiera, ello para recurrir al tratamiento adecuado para la RPM. Debe descartarse la infección.

Considerando que la ruptura de membranas iniciado el trabajo de parto y con 4 o más cm. de dilatación cervical se considera un estado fisiológico, se dejará a la paciente a libre evolución y con estricta vigilancia tanto materna como fetal, siempre y cuando las condiciones del útero y cérvix (Bishop>6) sean apropiadas, descartando también sufrimiento fetal.

En el caso de las pacientes con una ruptura prematura de membranas igual o mayor a las 36 semanas de gestación de ser posible se espera al comienzo del parto espontáneo sólo por un tiempo que sea razonable de entre 6 a 24 horas en espera del comienzo de parto y posteriormente iniciar inducción si el parto no comienza, o bien, intervenir antes el embarazo con cesárea sólo en caso de infección clínica, sufrimiento fetal u otras indicaciones obstétricas.

En caso de las pacientes en que se presenta la ruptura prematura de membranas igual o menor a las 36 semanas de gestación la mayoría de los médicos esperan a que se presente un parto espontáneo o intervienen sólo en caso de sufrimiento fetal, infección y otras indicaciones obstétricas. La mayoría de las pacientes permanecen hospitalizadas desde la rotura inicial hasta el parto, con el fin de tener en estricta

vigilancia a la paciente y al producto para evitar complicaciones que pueden ser graves tanto en el producto como en la gestante.

Si se realiza un buen manejo de la ruptura prematura de membranas puede sanar espontáneamente (en el caso de una ruptura a término), sin embargo se deben tomar ciertas precauciones como es el reposo absoluto en cama, la administración de vitaminas para fortalecer el saco amniótico y el suplemento alimenticio en caso de que el médico lo crea conveniente, esto para alargar el grado de latencia y que el producto dure lo más posible dentro del útero para que siga madurando. Por supuesto se deben administrar antibióticos, pre-escritos por médico tratante ya que él sabrá qué tipo de antibióticos requiere la paciente ya sea para prevenir una infección o bien, para combatirla.

Si se considera que el feto ya tiene maduración pulmonar, entonces se interrumpirá el embarazo y por medio de cesárea se extraerá al producto, siguiendo el tratamiento con antibióticos para la prevención de morbilidad tanto materna como fetal. Para lo cual el recién nacido pasará a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), o bien cuidados intermedios dependiendo de la gravedad del bebé o bien de la unidad hospitalaria, una vez instalado podrá ser valorado adecuadamente para verificar que no exista algún tipo de infección en el recién nacido y si se diagnostica positivamente comenzar lo más pronto posible el tratamiento para combatir la infección.

La Ruptura Prematura de Membranas es una patología a la cual las madres llegan a darle poca importancia, llegando al grado de no atenderse cuando observan la salida de líquido, sino hasta presentar algún otro signo o síntoma que se llega a llamar su atención.

La ruptura prematura de membranas llega a tener graves complicaciones tanto para el bebé como para la madre, a continuación se presentan las más comunes de acuerdo con los diferentes autores citados para esta investigación.

Menciona Vergani (1994), citado por Norma Cerviño que en los casos de Ruptura Prematura de Membranas pretérmino, es importante evaluar la madurez pulmonar ya que la hipoplasia pulmonar es una complicación seria, que ocurre en el 26% de los casos después de una RPM del segundo trimestre, y que tiene una mortalidad superior al 90%. Menciona también que entre los sobrevivientes, hipoplasia pulmonar acarrea un riesgo aumentado de complicaciones como el neumotórax y la hipertensión pulmonar.

Johnson (1987), citado por Norma Cerviño, nos dice que en el embarazo a término, la inducción para el trabajo de parto está indicado ya que se previene la infección neonatal y materna que se pueda adquirir durante los largos periodos de latencia entre la RPM y el nacimiento. Cuando la RPM se maneja de forma de manera expectante, en un embarazo a término, el trabajo de parto se inicia espontáneamente a las 12 horas, en el 50% de las pacientes, a las 24 horas, en el 70%, a las 48 horas, en el 85% y a las 72 horas, en el 95%.

## **2.7 Complicaciones de la ruptura prematura de membranas**

A continuación se clasificaran las complicaciones de acuerdo a los daños que se causan en la madre y en el bebé.

### **2.7.1 Complicaciones maternas:**

Las complicaciones que se presentan en la madre son peligrosas al grado de llevarla a la muerte, por ello se debe tener extremado cuidado para tratar las complicaciones es especial las infecciones como la corioamnionitis que es la más frecuente. Entre las complicaciones que se presentan en la madre se encuentran las siguientes:

- Trabajo de parto

- Infecciones: corioamnionitis, endometritis.
- Cesárea
- Desprendimiento prematuro de la placenta.

#### 2.7.2 Complicaciones fetales:

En las complicaciones del feto también debe tenerse extremado cuidado ya que también lo puede llevar a la muerte, sin embargo actuar hábil y acertadamente al iniciar la antibiótico-terapia en complementación con todo el tratamiento a seguir se podrán evitar secuelas que podrían marcar gravemente la vida del recién nacido.

De acuerdo con algunos de los autores mencionados anteriormente se encontró que las complicaciones que se presentan con mayor frecuencia en los recién nacidos son las infecciones que se mencionaran a continuación:

- Sepsis neonatal
- Neumonía
- Meningitis

Posteriormente se describirán cada una de las anteriores enfermedades adquiridas por el bebé:

Como se dijo anteriormente la ruptura prematura de membranas, es un factor para que se presentes variadas infecciones en el bebé ya que no se recibe una atención temprana y adecuada, a continuación se verán las infecciones más frecuentes que se pueden presentar en el bebé.

### **3 Principales infecciones que se presentan en los bebés, causada por una ruptura prematura durante el evento de parto.**

Para entender mejor el mecanismo de acción de las infecciones que se presentan en el producto, se cree recomendable mencionar que algunos de los microorganismos causantes de tales infecciones se encuentran viviendo en simbiosis en la vagina, ya que es una cavidad no estéril, entre los que se encuentran:

- *Staphylococcus epidermitis*
- *Streptococcus fecalis*
- *Escherichia coli*
- *Bacterioides fragilis*
- *Fusobacterium sp.*
- *Streptococcus aureus*
- *Proteus mirabilis*
- *Klebsiella sp.*
- *Pseudomona aureoginosa*
- *Candida sp.*
- *Listeria monocitogenes*
- *Trichomona vaginalis*
- *Clostridium*

#### **3.1 Sepsis neonatal**

José Luis Arredondo García y colaboradores (1984) mencionan que durante su desarrollo, el feto se encuentra protegido de la flora bacteriana del canal genital, que inicia su colonización después de la ruptura de las membranas amnióticas, durante su paso por el canal de parto o después del nacimiento.

Los agentes causantes de la sepsis, son principalmente bacterias gramnegativas.

### **3.1.1 Definición**

Jasso Gutiérrez, Luis en su libro neonatología practica (2005), define la sepsis neonatal como la infección sistémica en los primeros 30 días de vida extrauterina. Esta se establece cuando los microorganismos causales, principalmente bacterias, alcanzan la circulación diseminándose rápidamente a diferentes órganos y originando diversas manifestaciones clínicas.

Aunque en la definición de la sepsis neonatal se menciona que es la que aparece dentro de los 30 días de la vida extrauterina, se toma en cuenta ya que esta definición puede abarcar el tercer periodo de parto que es al alumbramiento de la placenta y ya el producto se encuentra fuera del útero.

### **3.1.2 Epidemiología**

Javier Mancilla Ramírez (2005) menciona que las infecciones sistémicas por bacterias y por hongos durante el primer mes de vida extrauterina continúan siendo una de las principales causas de muerte perinatal en todo el mundo. También nos dice que en los países más desarrollados la letalidad por sepsis neonatal ha disminuido hasta establecerse en un promedio del 15% y la tasa de morbilidad sigue estando entre 8 y 12 por cada 1,000 recién nacidos (RN) vivos, lo cual puede ser debido a que ahora sobreviven más neonatos de pre-término y de bajo peso, los cuales son más susceptibles a la infección por sus características inmunológicas inmaduras.

### **3.1.3 Etiología**

De acuerdo con José Luis Arredondo García (1984), se menciona que la sepsis tiene algo de relación con el país, tipo de hospital, y el uso de antibióticos, sin embargo,

también hace referencia en base a un estudio realizado en el Hospital de Yale en Nueva Haven (1928-1978), dicho estudio duró 50 años y se pudo observar que la *Escherichia Coli* fue una de las causas principales de sepsis neonatal. Sin embargo en México, el agente causal más frecuente de sepsis neonatal es la *Klebsiella pneumoniae*, pero en el instituto nacional de perinatología la *E. Coli* y el género *Staphylococcus* son de los más frecuentes.

Se observa que en los diferentes lugares puede haber relación entre los microorganismos que causan la sepsis neonatal, de igual manera algunos no coinciden, sin embargo todos los agentes que ahí se mencionan forman parte de aquellos que viven en la vagina, y que cuando se rompen las membranas amnióticas estos agentes pueden invadir al feto y así provocar la sepsis.

#### **3.1.4 Cuadro Clínico**

Menciona José Luis Arredondo (1984), que las manifestaciones clínicas suelen ser muy sutiles y semejantes a otras condiciones no infecciosas como hipoglucemia o hipotermia. Los signos más frecuentes son: dificultad respiratoria, hipertermia o hipotermia, rechazo a los alimentos e irritabilidad que alterna con periodos de somnolencia. Existen otros datos pero en menor frecuencia como son el vomito y diarrea. Javier Mancilla Ramírez (2005) menciona que en los neonatos sépticos es común encontrar signos y síntomas como taquipnea, taquicardia, confusión mental oliguria, hipotermia.

#### **3.1.5 Diagnóstico**

Distintos autores como P. Vial, F. Moya, Richard E., Behrman entre otros, concuerdan en que la tinción de Gram que muestre cocáceas grampositivas en cadena, es de gran utilidad como diagnóstico presuntivo, especialmente si están

presentes en fluidos normalmente estériles como líquido cefalorraquídeo (LCR), líquido sinovial u orina.

### 3.1.6 Tratamiento

El uso de antibióticos sigue siendo el pilar en el manejo de la sepsis menciona Javier Mancilla Ramírez (2005), aunque con frecuencia el manejo de antibióticos se inicia tardíamente, lo cual contribuye a que las complicaciones, secuelas y mortalidad sean más elevadas en este grupo de edad.

El manejo empirico inicial de antibióticos debe hacerse con base a la experiencia de cada hospital, considerando las cepas prevalentes y sus patrones de resistencia. Una recomendación que hace tal autor es la utilización de ampicilina más amikacina, las dosis de los antibióticos deben ser manejadas con mucho cuidado de acuerdo a la edad y peso (cuadro 1)

Cuadro 1. Dosis de los antibióticos más usados en neonatos

Antibiótico	Dosis individual (MG/KG)	Intervalo
Ampicilina(1)	25	a,b,c
Amikacina(2)	7.5	a,b

(1) Se duplica la dosis en caso de meningitis

(2) 10 mg/kg c/8 horas en RN mayores de 7 días y de 2000 g.

a) cada 12 horas en menores de 7 días.

b) cada 8 horas en mayores de 7 días.

c) cada 6 horas en mayores de 14 días.

**Cuadro 1.** Extraído del libro *Neonatología Práctica*, 6ª edición (2005), pág. 478.

### 3.2 Neumonía

De acuerdo con Gema Martínez Carbajal (2002), la neumonía se define como:

“Inflamación del tejido pulmonar debido a un agente infeccioso que estimula la respuesta inflamatoria resultando el lesión pulmonar” (p. 255)

Calderón y colaboradores (1987) señalan que uno de cada dos o uno de cada tres niños que fallecen en los primeros días de vida, tienen un componente infeccioso pulmonar de base. En infecciones sistemáticas adquiridas previo al nacimiento como una extensión ascendente de ruptura prematura de membranas, presencia de corioamnioitis o infección piógena en el canal de parto del 70 al 90 % de las muertes sobrevienen a causa de neumonía asociada.

Los organismos detectados en las neumonías asociadas con ruptura prematura de membranas, labor de parto prolongado u otras infecciones menores de la embarazada son de la flora de colonización cervicovaginal, rectal, faríngea y de vías urinarias.

Aquí mismo nos mencionan que es posible reconocer tres grandes grupos de la neumonía neonatal:

a) Neumonía congénita o intrauterina

Como su nombre lo dice este tipo de neumonía se adquiere cuando el bebé está todavía dentro de la madre, adquiriendo la infección por vía transplacentaria dándose este padecimiento en muy raras ocasiones, esta neumonía provoca la muerte del recién nacido dentro de las primeras 24 horas o bien, nace muerto. Aun no se tiene la etiología exacta, pero se cree que la infección es ascendente y por microorganismos que colonizan el canal de parto, sobre todo los que habitan en vagina.

## b) Neumonía adquirida durante el nacimiento

Se nos menciona que en la neumonía adquirida durante el nacimiento, los síntomas se presentan en los primeros días de vida extrauterina y habitualmente son los microorganismos que colonizan el canal de parto.

## c) Neumonía adquirida post-parto

Se debe a contaminación del neonato por el personal, medico, paramédico, por familiares, utilizacio del equipo no adecuando, mal esterilizado o contaminado.

### 3.2.1 Etiología

Jasso Gutiérrez (2005), Luis, menciona que la nemonia puede ser adquirida por via ascendente vaginal, ya sea por ruptura de membranas integras o por ruptura de membranas a tiempo o distiempo, con aspiración de liquido amniótico contaminado con las secreciones del liquido amniótico materno en donde se transportan los microorganismos durante el periodo previo al nacimiento o en el parto mismo.

Calderon y asociados mencionan que los principales agentes que causan la neumonia son:

- Escherichia coli
- Staphylococcus aureus
- Klebsiella
- Streptococcus del grupo B
- Listeria monocytogenes
- Chlamydia trachomatis
- Streptococcus pneumoniae
- H. influenzae
- Ureaplasma urealyticum

- Citomegalovirus
- Virus sincicial respiratorio
- Virus herpes simple
- Pneumocystis carinii

Se observa que ciertos microorganismos que causan la neumonía, se encuentran habitando en la vagina de la madre que al momento que se rompan las membranas, ascenderán hacia el feto, ya sin protección debido a la ruptura de las membranas y a consecuencia la escases de liquido amniótico y así podrá adquirir la infección.

### **3.2.2 cuadro clínico**

José Luis Arredondo (1984) nos menciona que los síntomas se pueden manifestar desde la primera semana de vida, hasta la tercera o cuarta semana de vida, y puede adoptar cualquier síndrome de insuficiencia respiratoria del recién nacido, con o sin apnea neonatal, taquipnea transitoria, displasia broncopulmonar y el síndrome de dificultad respiratoria.

Como ya se mencionó anteriormente en aquellos casos en los que se presenta neumonía intrauterina, los bebés nacen muertos o bien mueren dentro de las primeras 24 horas de vida extrauterina.

### **3.2.3 Diagnóstico**

A base de una buena historia clínica completa, pero para comprobar la sospecha del diagnóstico Menciona Jasso Gutiérrez (2005), que se investigaran citología hemática, cuenta d plaquetas, velocidad de sedimentación globular, hemocultivos, liquido cefalorraquídeo y pruebas de glucosa en sangre.

Por otra parte, Calderon y colaboradores (1987) mencionan que son útiles, la bacterioscopia del liquido amniótico, meconio, aspirado nasotraqueal y gástrico. La presencia de bacterias y células inflamatorias aumentan la posibilidad de infección.

### 3.2.4 Tratamiento

Nos menciona Calderón y colaboradores (1987) que la antibioticoterapia solo constituye una parte del tratamiento integral del neonato con neumonía, ya que las medidas de soporte son de suma importancia como son administración de líquidos y electrolitos, oxigenoterapia en caso de disnea o cianosis. Intubación para ventilación asistida si existen datos de fatiga muscular, gran insuficiencia respiratoria con dificultad para eliminar secreciones; drenaje de derrames pleurales y neumotórax, en caso de existir. Los antibióticos que pueden ser utilizados se presentan en el siguiente cuadro.

Cuadro 2. Dosificación de ampicilina y gentamicina en neonatos.

Días	Ampicilina	Gentamicina
0-6	100 mg/kg/c/12 h, IV	2.5 mg/kg/c/12 h
7-28	100 mg/kg/c/8 h	2.5 mg/kg/c/8 h
Más de 28	50 mg/kg/c/6 h	2 mg/kg/c/8 h

\*la ampicilina IV debe diluirse y aplicarse en 15 a 20 minutos.

**Cuadro 2.** Extraído del libro *Infectología Perinatal* 1ª edición (1991), pág. 300

### 3.3 Meningitis

De acuerdo con Enrique Segura Cervantes (1991):

“La meningitis es la inflamación de las meninges como consecuencia de un proceso infeccioso habitualmente de

origen bacteriano o viral y con menor frecuencia micótico o parasitario.”(p. 481)

### **3.3.1 Etiología**

Mismo autor menciona que en los países desarrollados, el *Streptococcus agalactiae*, *E. Coli* y *Listeria Monocytogenes* pueden presentar hasta un 75% de los casos de infección temprana, sin embargo, otros microorganismos como:

- *Klebsiella pneumoniae*,
- *Pseudomonas aeruginosa*
- *Enterobacter*

Con frecuencia también son recuperados de neonatos con meningitis. Nuevamente se alcanzan a percibir que existen microorganismos que habitan en la vagina, que cuando exista una ruptura prematura de membranas que no sea tratada a tiempo y adecuadamente se contraerá la infección en el feto o bien recién nacido.

### **3.3.2 Cuadro Clínico**

Los signos y síntomas dependen en gran medida de la edad del paciente, el tiempo de evolución que tenga la enfermedad antes de la exploración física y de las respuestas del paciente hacia la infección. Los signos y síntomas más frecuentes manifestados en los pacientes con meningitis son fiebre o hipotermia, irritabilidad, intolerancia al alimento, dificultad respiratoria, apnea, ictericia, vomito y diarrea. Son embargo las manifestaciones que podrían conducir mas acertadamente al diagnóstico de meningitis serían crisis convulsivas, rigidez de nuca, y parálisis de nervios craneales, no obstante son difíciles de identificar en el recién nacido.

### **3.3.3 Diagnóstico**

Enrique Segura Cervantes (1991), menciona que la punción lumbar ha sido a lo largo del tiempo la piedra angular en el diagnóstico de la meningitis, por lo que debe realizarse en todo neonato en el que se sospeche la infección e incluso en todos aquellos que cursan con sepsis ya que existe una elevada asociación entre estas dos patologías, se estima que de cada 4 niños con sepsis 1 de ellos tendrá meningitis.

### **3.3.4 Tratamiento**

Mismo autor, menciona que el niño con meningitis, además de recibir tratamiento antimicrobiano, debe recibir una adecuada ventilación, aporte hidroelectrolítico y soporte nutricional adecuados, además del control de las crisis convulsivas. Nos hace referencia a que el tratamiento debe ser en base a la meningitis adquirida por ejemplo en la primera semana de vida, en este caso, nos menciona, se puede utilizar una combinación de ampicilina más un aminoglucósido como es la amikacina o bien la gentamicina. Para los agentes como el *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter*, la combinación de vancomicina y una cefalosporina de tercera generación como cefotaxima puede ser utilizada, posteriormente en base a la respuesta del bebé puede ser modificado en caso de requerirse.

## **OBJETIVOS**

**Objetivo general:** comprender que la ruptura prematura de membranas es un factor predisponente para que se presenten en el producto infecciones durante el evento de parto.

**Objetivo Especifico 1:** conocer y comprender las infecciones que se pueden presentar en el producto durante el evento de parto como una complicación de una ruptura prematura de membranas

**Objetivo Especifico 2:** valorar a los recién nacidos, hijos de madres que sufrieron ruptura prematura de membranas y observar a aquellos que obtuvieron alguna infección durante el evento de parto y los que no.

## **HIPÓTESIS**

Es durante el evento de parto donde se presentan infecciones en el producto debido a una ruptura de membranas.

## **JUSTIFICACIÓN**

Se sabe que la Ruptura Prematura de Membranas (RPM), es un proceso que ocurre de manera espontánea a las mujeres gestantes después de las 20 semanas de la gestación, la causa exacta para que se presente este evento es desconocida, sin embargo existen factores tanto internos como externos.

Una de las consecuencias que trae este proceso es la probable infección del producto ya sea intrauterinamente, como extrauterinamente.

Este trabajo dará a conocer las infecciones que con más frecuencia se presentan en los productos durante el evento de parto.

Se ha observado que los recién nacidos, hijos de madres que sufrieron ruptura prematura de membranas y adquirieron sepsis, los síntomas pueden aparecer desde la primera semana, hasta los 90 días de vida, estas infecciones pueden atacar de manera distinta al recién nacido dependiendo en gran medida de la edad gestacional, factores ambientales en los que se encuentre, entre otros.

La sepsis se asocia con la adquisición de microorganismos de la madre; por ejemplo, un microorganismo que hacienda desde el cuello uterino, de los cuales colonizan el tracto urinario materno, el feto puede llagar a contraer una infección al no tener ya la protección de las membranas amnióticas, o bien, al pasar por el canal de parto.

Es sabido que la detección temprana de una ruptura prematura de membranas y tratada a tiempo disminuye el grado de infección para el recién nacido e incluso llega a evitarla, sin embargo, la mayoría de las mujeres que sufren ruptura prematura de membranas no le dan gran importancia a tal suceso por falta de conocimiento al mismo, desconociendo la sintomatología debido a que no se manifiesta con mayor numero de síntomas para la madre, provocando así que el producto sufra y al mismo tiempo este siendo invadido por algún tipo de microorganismo sin que la madre detecte su aparición.

Se considera necesario el dar a conocer a la población desde las posibles fuentes que pueden ser causantes de una ruptura prematura de membranas, pero sobre todo, proveer de información sobre las múltiples complicaciones que se pueden evitar al actuar con precisión y habilidad.

## **METODOLOGÍA**

En el siguiente trabajo el tipo de estudio que se realizará es el cualitativo ya que se basa en un estudio ya realizado, sólo que en este caso lo enfocaremos de diferente manera.

## **SUJETO A ESTUDIAR.**

Para la realización del estudio se tomaron en cuenta a señoras que han presentado alguna ruptura prematura de membranas, ello con el fin de lograr los objetivos que se han propuesto.

## **Universo**

Esta investigación comprende a mujeres que estuvieron hospitalizadas en el servicio de obstetricia General en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud, las cuales habían sufrido ruptura prematura de membranas.

## **Muestra**

La muestra de población fue de treinta personas ya que fue el dato arrojado con la aplicación de fórmula para población finita.

Con la aplicación de treinta cuestionarios pilotos, se obtuvieron los siguientes datos:

Fórmula.

$$n = \frac{Z^2 pqN}{\dots}$$

$$e^2 N + Z^2 pq$$

### Significado de valores.

n = Tamaño de la muestra.

$Z^2$  = Consecuencias del tamaño de muestra.

e = Margen de error aceptado.

p = Población de éxito.

q = Probabilidad de fracasos.

N = Tamaño de la población.

### Situación.

$$n = ? \quad p = 26/30 = 0.86$$

$$z = 1.96 \quad q = 4/30 = 0.13$$

$$e = 0.05 \quad N = 37$$

### Desarrollo de la fórmula.

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.86) (0.13) (37)}{(0.05)^2 (37) + (1.96)^2 (0.86) (0.13)}$$

$$n = \frac{(3.8416) (0.86) (0.13)(37)}{(0.0025) (37) + (3.8416) (0.86) (0.13)}$$

$$n = \frac{(15.8911)}{(0.5219)} = 30.4$$

$$n = 30$$

### **Confiabilidad y validez**

Técnica aleatoria simple

El instrumento que ha sido utilizado se valida mediante el pilotaje previo y con una confiabilidad basada en las diferentes teorías utilizadas en el marco teórico.

### **Técnicas utilizadas**

Fueron utilizadas las encuestas como instrumento, las cuales fueron aplicadas a mujeres que habían sufrido ruptura prematura de membranas, y al personal de enfermería titulado que labora en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud, para que con ello se puedan obtener los datos de una manera eficaz.

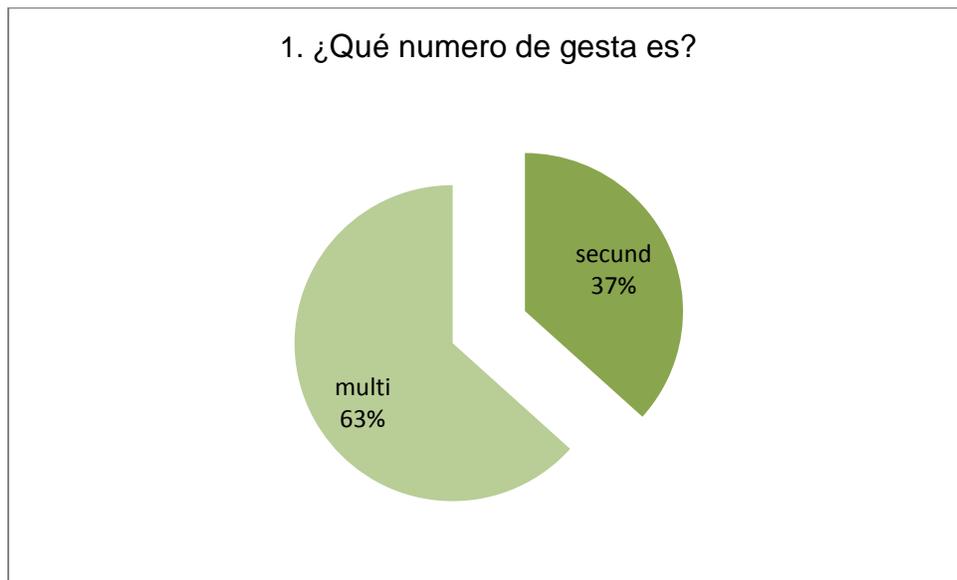
Se tomarán en cuenta las gráficas de acuerdo con los datos obtenidos de las encuestas y de esta manera realizar la medición de variables.

## GRÁFICAS

Se obtuvieron graficas del instrumento principal ya que estas nos permiten observar detalladamente los resultados

## RESULTADOS DE ENCUESTAS

Gráfica 1



**Descripción:** de un 100% de mujeres encuestadas, un 63% son mujeres que ya han tenido más de dos gestas, un 37% son mujeres que cursan su segunda gesta.

**Interpretación:** se puede confirmar que la mayoría de las mujeres embarazadas son multigestas.

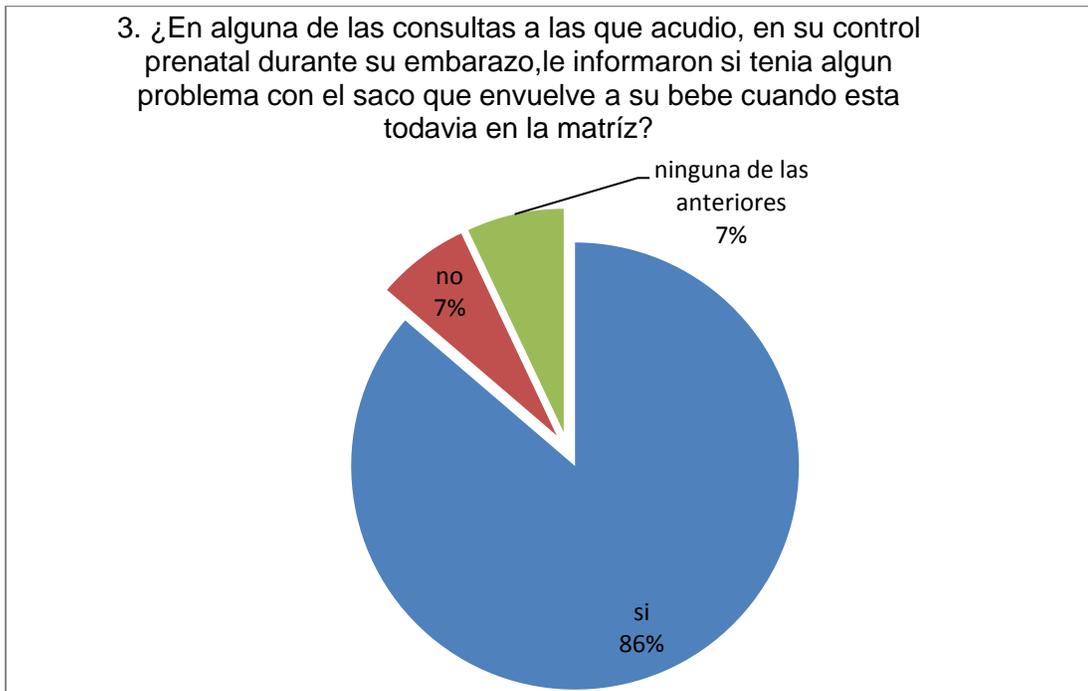
Gráfica 2



**Descripción:** en la grafica se observa que el 93 % de las pacientes si llevó control prenatal, mientras que el 7 % no acudió a consultas durante su embarazo.

**Interpretación:** se puede interpretar que la mayoría de las pacientes a las cuales se entrevistó si acudió a un control prenatal.

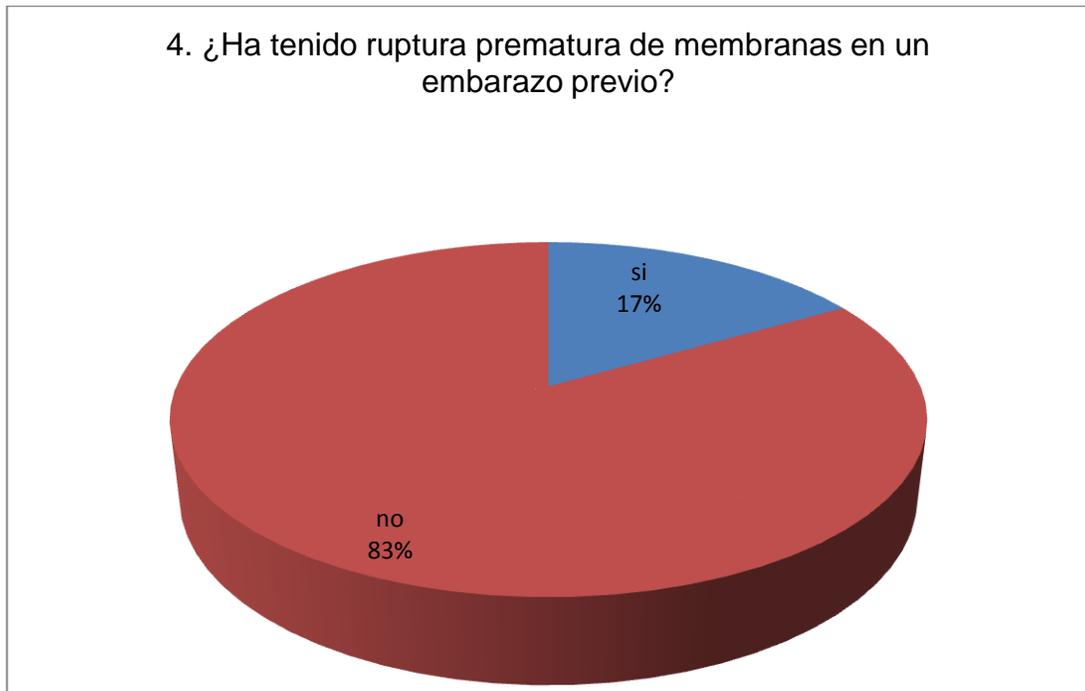
Gráfica 3



**Descripción:** aquí se confirma que un 86% si recibió información sobre el estado de las membranas amnióticas fetales, un 7% no recibió información sobre el estado de las membranas amnióticas y el otro 7% pertenece a las pacientes que no recibieron control prenatal.

**Interpretación:** se puede observar que la mayoría de las mujeres gestantes si recibieron información sobre el estado de las membranas amnióticas y que en menor porcentaje hubo mujeres que no recibieron algún tipo de información, lo cual puede ser perjudicial en algún momento del embarazo tanto para la madre como para el feto, al creerse que el embarazo va evolucionando correctamente.

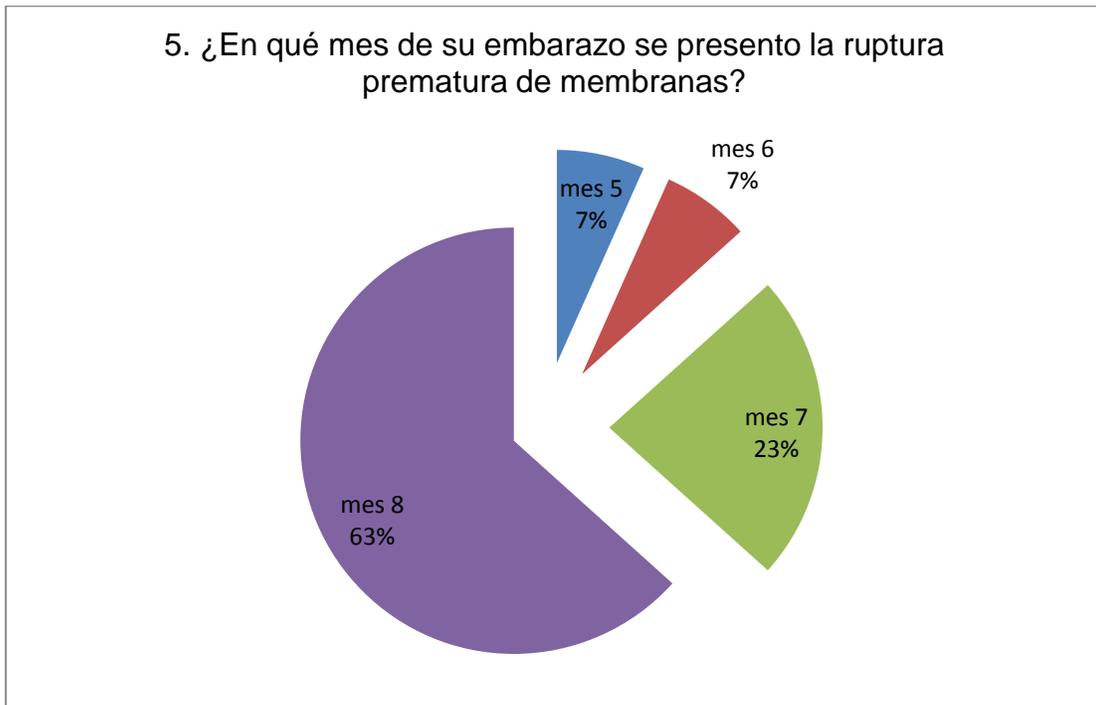
Gráfica 4



**Descripción:** se comprueba que el 83% de las mujeres entrevistadas no había presentado ruptura prematura de membranas en un embarazo previo, y un 17% ya había tenido este antecedente.

**Interpretación:** se observa que la mayoría de las pacientes entrevistadas no habían sufrido ruptura prematura de membranas, es decir que es la primera vez que estas pacientes experimentan este acontecimiento, y en menor pero considerable cantidad la ruptura prematura de membranas ya se había presentado en el resto de las mujeres entrevistadas.

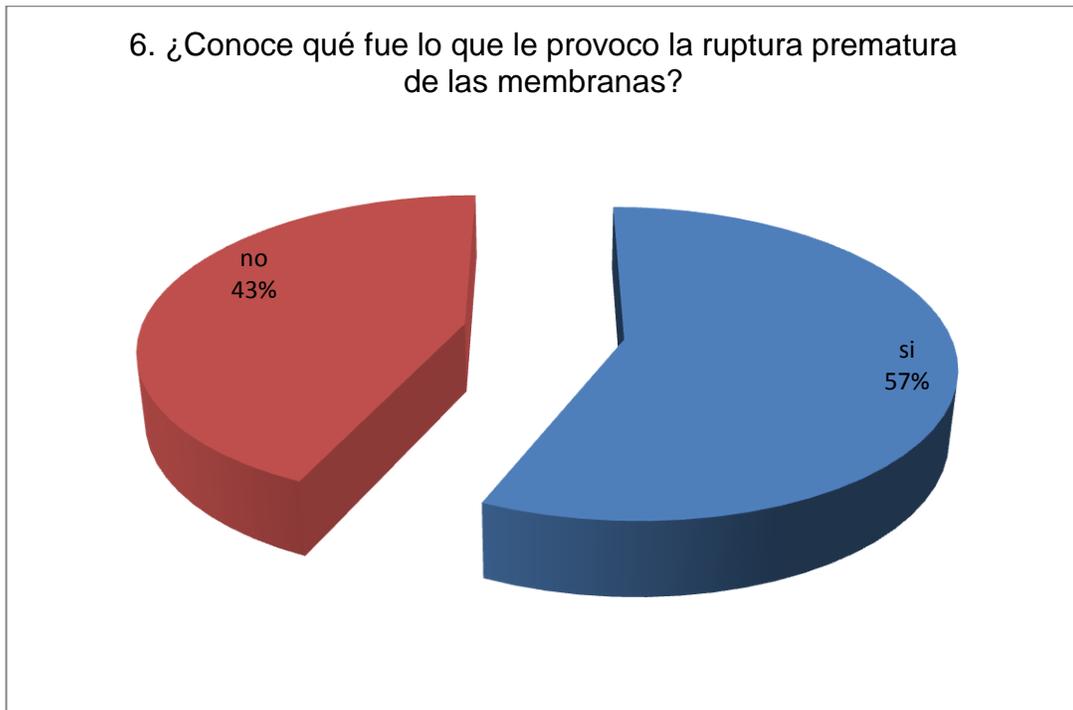
Gráfica 5



**Descripción:** comprobamos que en las mujeres embarazadas que sufrieron ruptura prematura de membranas un 63% fue en el mes 8, un 23% fue en el mes 7, un 7% en el mes 6 y otro 7% en el mes 5.

**Interpretación:** se observa que en la mayoría de los casos, la ruptura de las membranas se presentó en los últimos meses de la gestación, provocando que el embarazo no llegara a término, es decir se rompieron prematuramente.

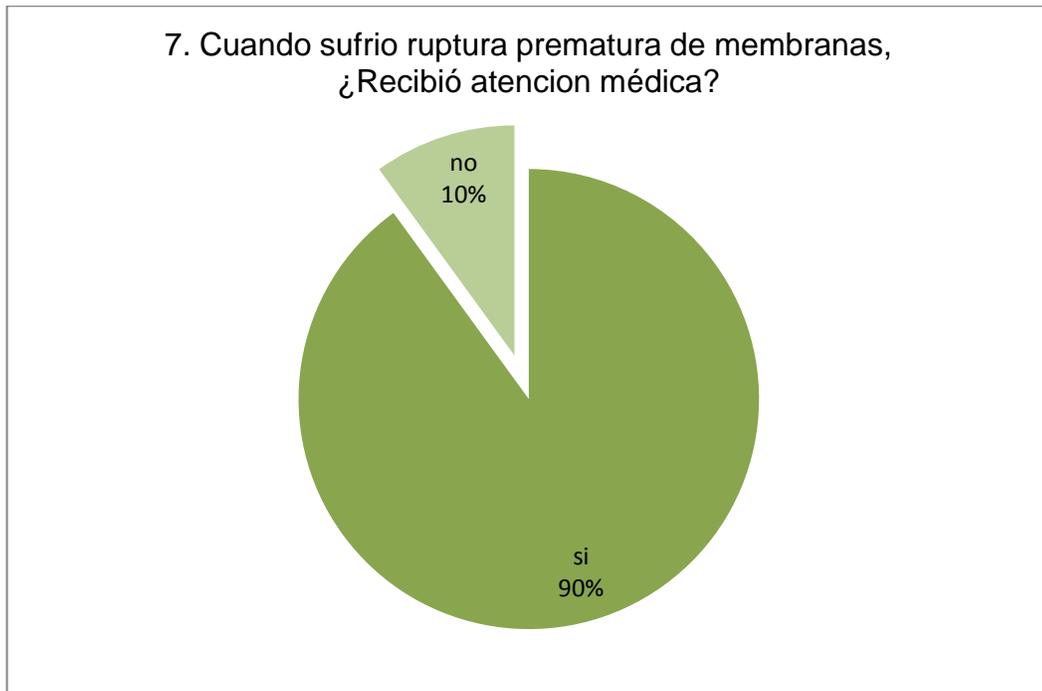
Gráfica 6



**Descripción:** se demuestra que un 57% de las mujeres entrevistadas, sabían la causa que les provocó la ruptura prematura de las membranas, mientras que un 43% no sabían que fue lo que les provocó la ruptura de las membranas pre-termino.

**Interpretación:** se puede observar que una gran cantidad de las mujeres que fueron entrevistadas no conocen la causa de la ruptura prematura de membranas, lo cual hace que sean nuevamente candidatas a presentar ruptura prematura de membranas ya que no pondrán tomar medidas preventivas si se desconocen las causas que la originaron.

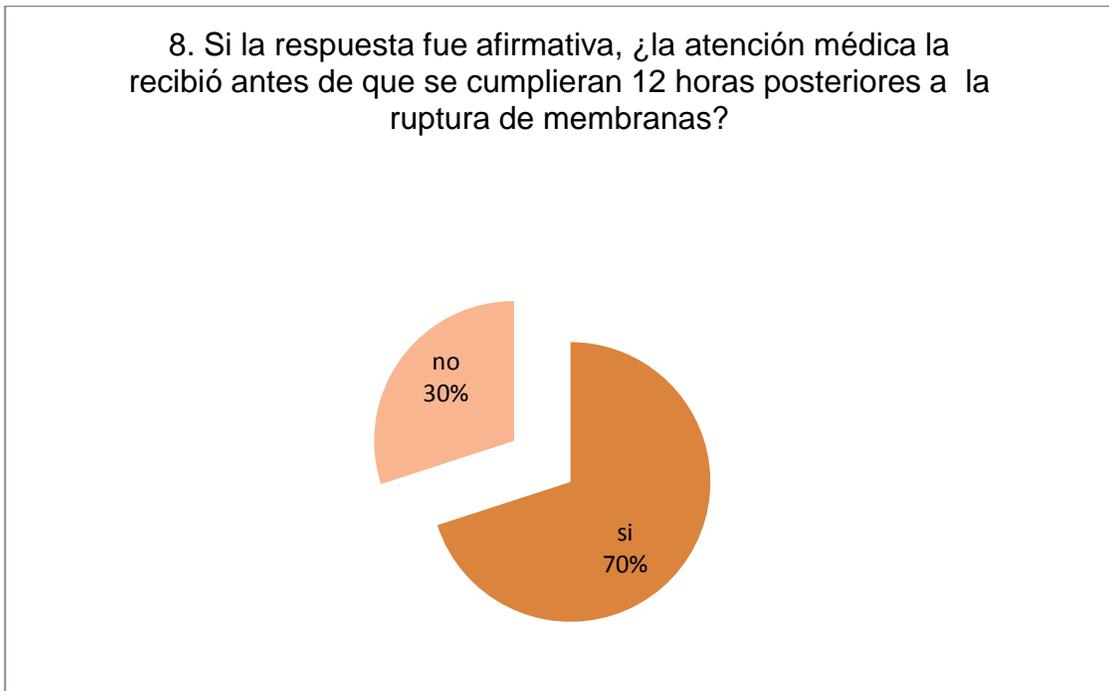
Gráfica 7



**Descripción:** se comprueba que un 90% de las mujeres que presento ruptura prematura de membranas si recibió atención médica, sin embargo un 10% no la recibió.

**Interpretación:** se puede observar que solo un pequeño porcentaje no recibió atención médica, lo cual puede ser la causa de que se presenten infecciones en el producto al no recibir una atención médica temprana y adecuada.

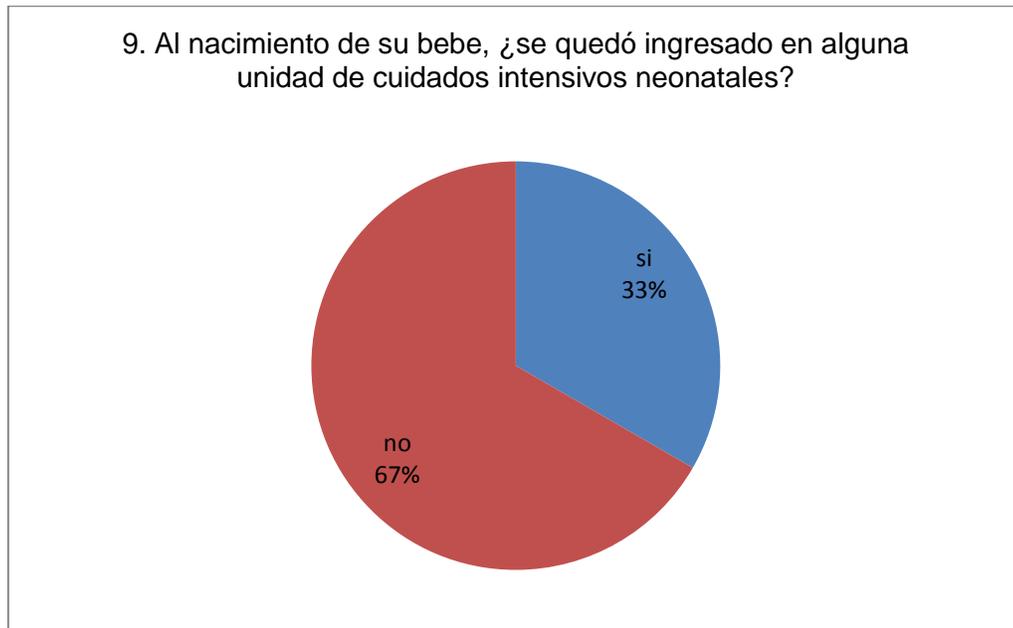
Gráfica 8



**Descripción:** se muestra que un 70% si recibió atención médica antes de las 12 horas posteriores a la ruptura prematura de las membranas, un 30% recibió atención después de las 12 horas.

**Interpretación:** se puede demostrar que un número considerable de pacientes entrevistadas no recibió atención médica antes de las 12 horas, por lo que puede interpretarse que los hijos de estas pacientes, se consideraron como potencialmente infectados.

Gráfica 9



**Descripción:** se identifica que un 67% de los hijos de las madres entrevistadas no requirieron de cuidados especiales, mientras que un 33% si lo requirió.

**Interpretación:** se puede observar que la mayoría de los hijos de madres que sufrieron ruptura prematura de membranas, no requirió de cuidados especiales, o internamiento dentro de la unidad hospitalaria, debido a que recibieron atención médica dentro de las primeras 12 horas de latencia.

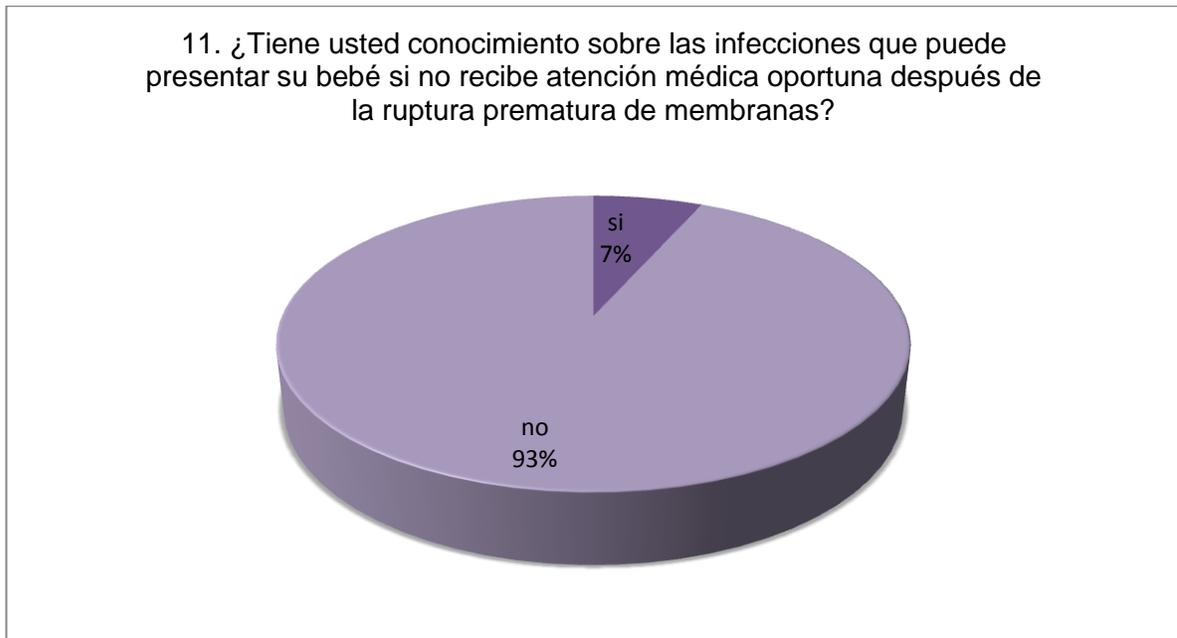
Gráfica 10



**Descripción:** el 100% de los recién nacidos ingresaron a la unidad de cuidados intensivos neonatales.

**Interpretación.** Cabe destacar que esta investigación se realizó en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud, la cual carece de unidad de cuidados intermedios, sin embargo se considera puesto que no todas las pacientes que están internadas en el hospital son puérperas que dieron a luz en el mismo.

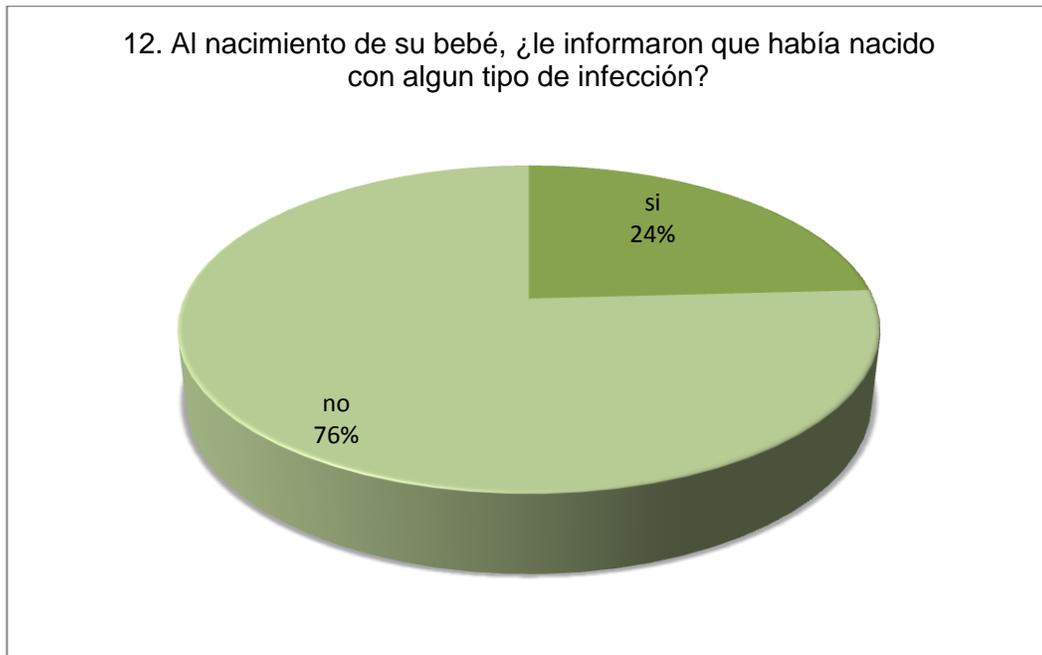
Gráfica 11



**Descripción:** un 93% no conocen el tipo de infecciones que puede adquirir su bebé si no recibe atención médica oportuna al presentarse una ruptura prematura de membranas, un 7% si conoce el tipo de infecciones que se podrían presentar en el bebé si no se recibe una buena atención médica.

**Interpretación:** se puede observar que casi todas las personas que fueron entrevistadas carecen de información sobre las infecciones que se pueden presentar en su bebé, lo cual es un dato que debe tomarse en muy en cuenta, ya que ello conlleva a que la madre no de mucha importancia cuando esta patología se presenta.

Gráfica 12



**Descripción:** al 24% de las madres les informaron que su bebé había nacido con cierta infección, mientras que al otro 76% no les informaron que su bebé había adquirido alguna infección.

**Interpretación:** se puede observar que a la mayoría de las señoras no se les informó si su bebé había adquirido alguna infección, sin embargo debe tomarse en cuenta que no se les informó porque no existía infección en el bebé, esto según las entrevistadas, otras causas de no información hacia las señoras se desconoce.

Grafica 13

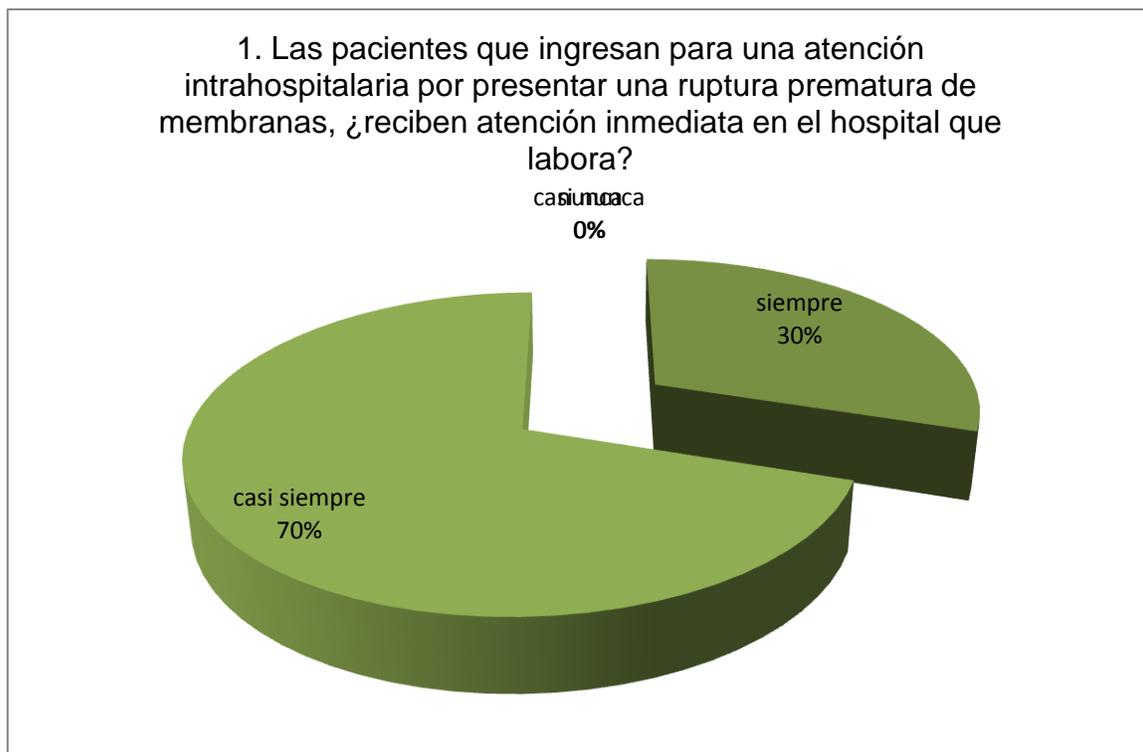


**Descripción:** la grafica revela que de un 100% de las madres que sufrieron ruptura prematura de membranas, un 92% no pregunto sobre la infección que adquirió su bebé, y un 8% de las entrevistadas supieron que la infección que su bebé presento fue sepsis neonatal.

**Interpretación:** se observa que las madres no ponen mucho interés en el padecimiento que se presenta en su bebé, cuando ellas sufren una ruptura prematura de membranas, tal hecho puede ser justificado por la falta de conocimiento.

ENCUESTA # 2 DIRIGIDA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA ENCARGADAS DE ÁREAS DE CUIDADOS INTENSIVOS/INTERMEDIOS NEONATALES.

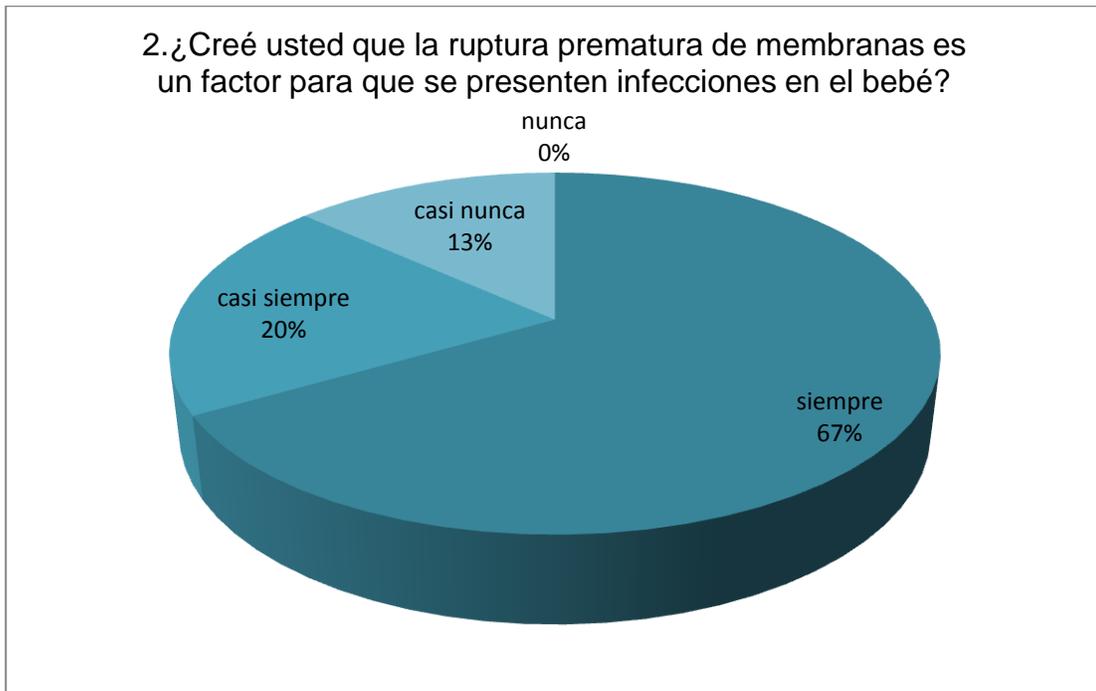
Gráfica 1



**Descripción:** de un 100%, la grafica muestra que un 70% casi siempre reciben una atención inmediata, y un 30% dice que siempre reciben atención aquellas mujeres que presentan una ruptura prematura de membranas.

**Interpretación:** se observa que las enfermeras mencionan que no siempre se brinda una atención inmediata a mujeres que hayan presentado ruptura prematura de membranas por parte del equipo de salud. Lo cual puede favorecer a las infecciones que son adquiridas por el bebé.

Gráfica 2

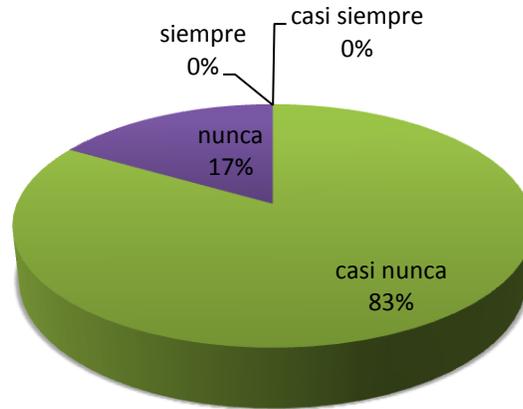


**Descripción:** la grafica muestra que un 67% de las enfermeras entrevistadas creen que la ruptura prematura de membranas siempre va a ser un factor para que se presenten infecciones en el bebé. Un 20% mencionan que esto es casi siempre, un 13% piensan que casi nunca se da.

**Interpretación:** la mayor parte de las enfermeras entrevistadas mencionan que la ruptura prematura de las membranas siempre representa un factor para que puedan prestarse ciertas infecciones en el bebé. Otra pequeña parte menciona que no siempre será un factor para que se presenten infecciones en el niño.

Gráfica 3

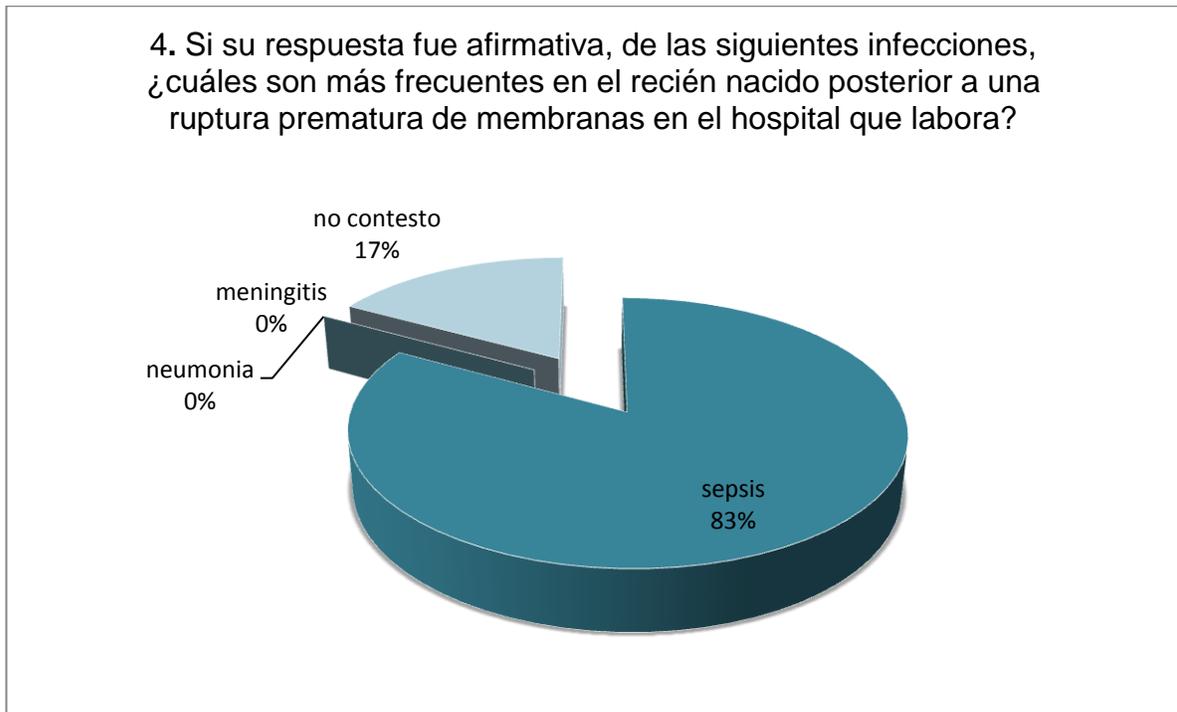
3. En la mayoría de los casos que a usted la ha tocado recibir de niños nacidos porque la madre presentó ruptura prematura de membranas, ¿Se han presentado infecciones?



**Descripción:** la grafica muestra que a un 83% los niños productos de una madre que presento ruptura prematura de membranas casi nunca presento infecciones y el otro 17% nos dicen que nunca.

**Interpretación:** se puede observar que el personal de enfermería del hospital de nuestra señora de la salud, ha presenciado pocos casos de infecciones en el bebé debido a una ruptura prematura de membrana de la madre, sin embargo no niegan la existencia de los mismos.

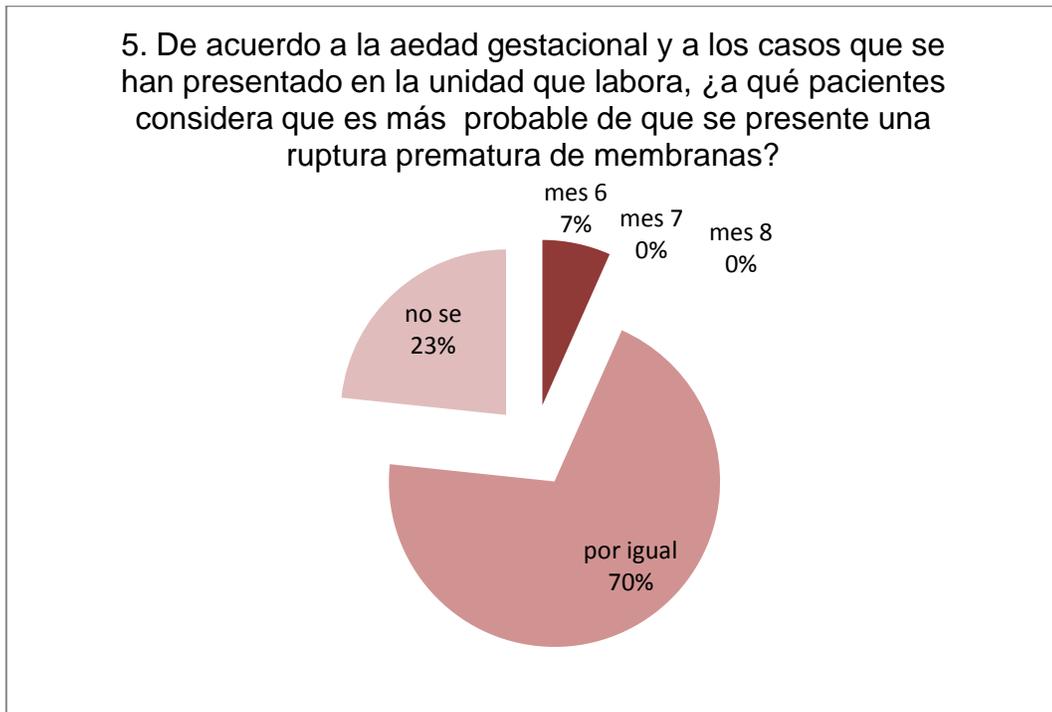
Gráfica 4



**Descripción:** la grafica muestra que el 83% de las enfermeras identifica la sepsis como la infección más frecuente adquirida por el neonato en respuesta a una ruptura prematura de membranas

**Interpretación:** se identifica que la enfermera solo ha visto casos de sepsis en el niño, posterior a una ruptura de membranas que presento la madre, y el resto del porcentaje no contesto a la pregunta, mismo que equivale a la pregunta anterior, donde dice que no han presenciado infecciones en n niño a consecuencia de una ruptura prematura de membranas.

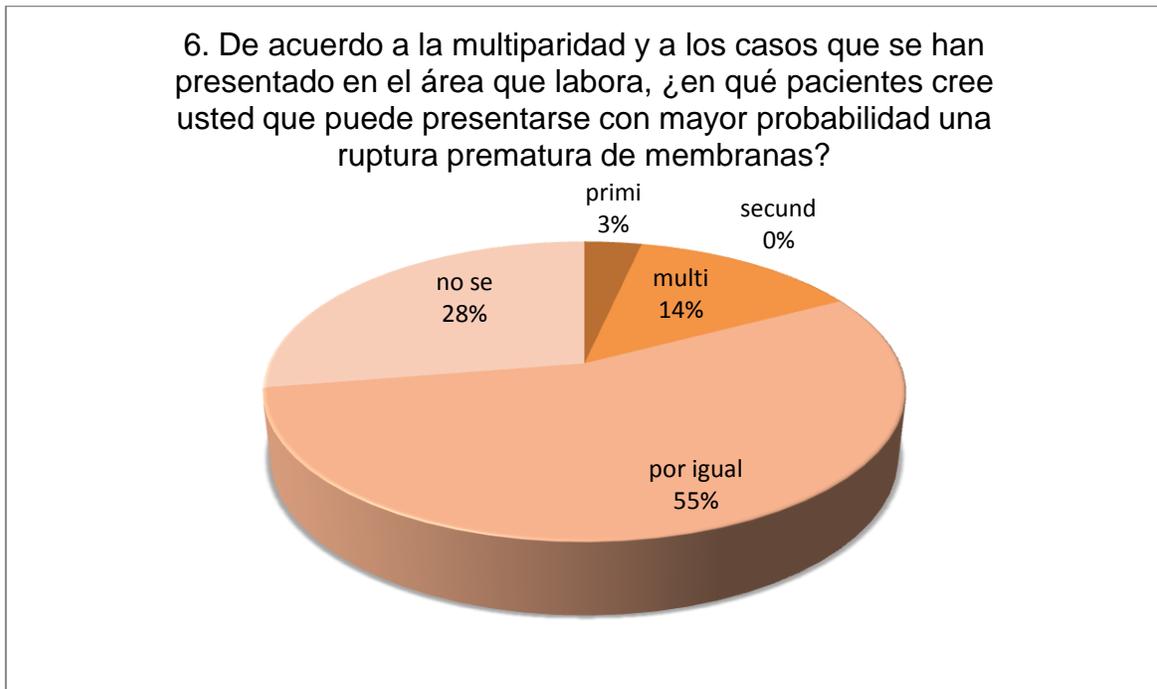
Gráfica 5



**Descripción:** la grafica muestra que el 70% de las personas aquí entrevistadas dicen que de acuerdo a la edad gestacional y a su experiencia dentro de la unidad hospitalaria, la ruptura prematura de membranas se da por igual, un 7% dice que en el mes 6 y el resto, dijo no tener conocimiento.

**Interpretación:** se observa que de acuerdo con la experiencia de las enfermeras entrevistadas consideran que la edad gestacional de las pacientes no interviene para que se presente una ruptura prematura de membranas con mayor frecuencia en algunas que en otras.

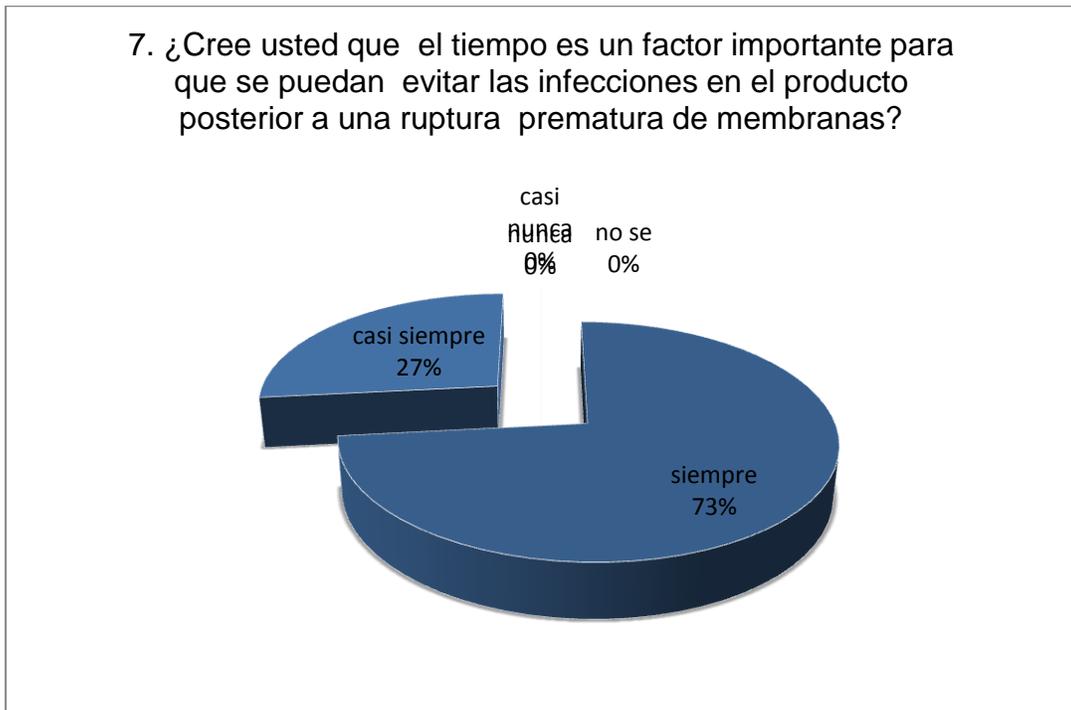
Gráfica 6



**Descripción:** la grafica muestra que del 100% de las enfermeras encuestadas, un 55% contestó por igual, un 14% mencionó que en multigestas, un 3% en primigestas y el 28% dijo no tener conocimiento.

**Interpretación:** la mayoría de las enfermeras coincidió de que la multiparidad no interviene para que se dé con mayor frecuencia la ruptura prematura de membranas en algunas pacientes que en otras.

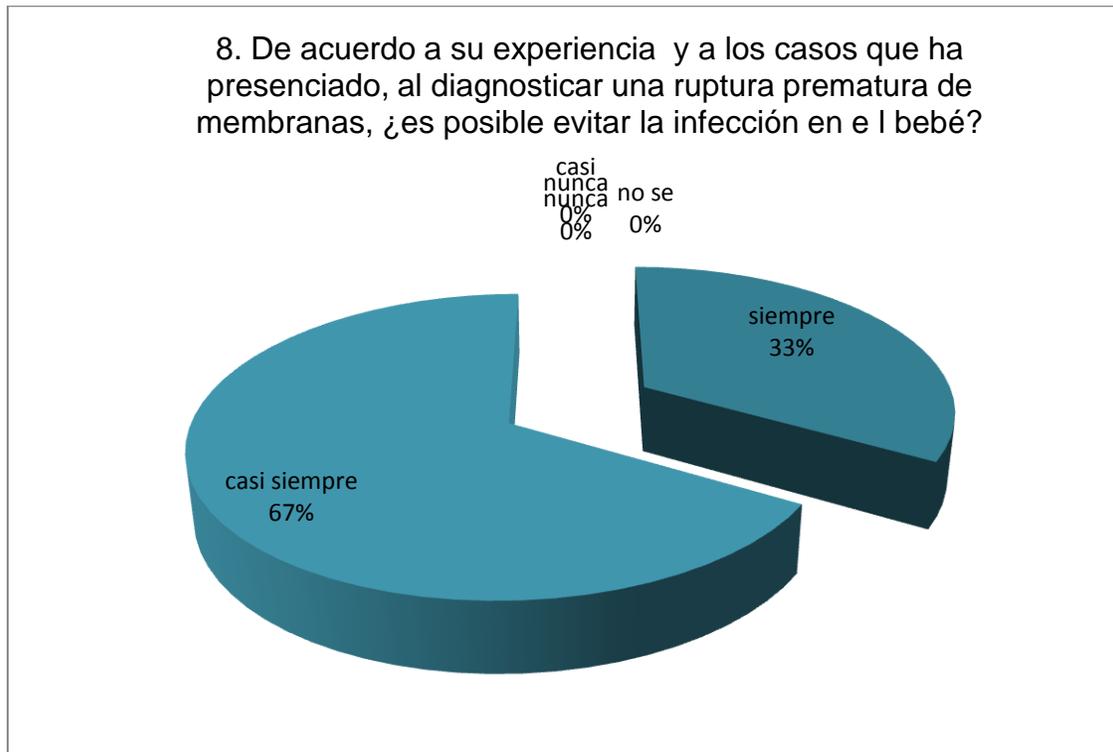
Gráfica 7



**Descripción:** la grafica muestra que de un 100% de las enfermeras entrevistadas, un 73% menciona que siempre será importante el tiempo y el otro 27% será casi siempre importante.

**Interpretación:** se observa que la mayoría de las enfermeras coinciden en que siempre es importante el tiempo para poder evitar una infección.

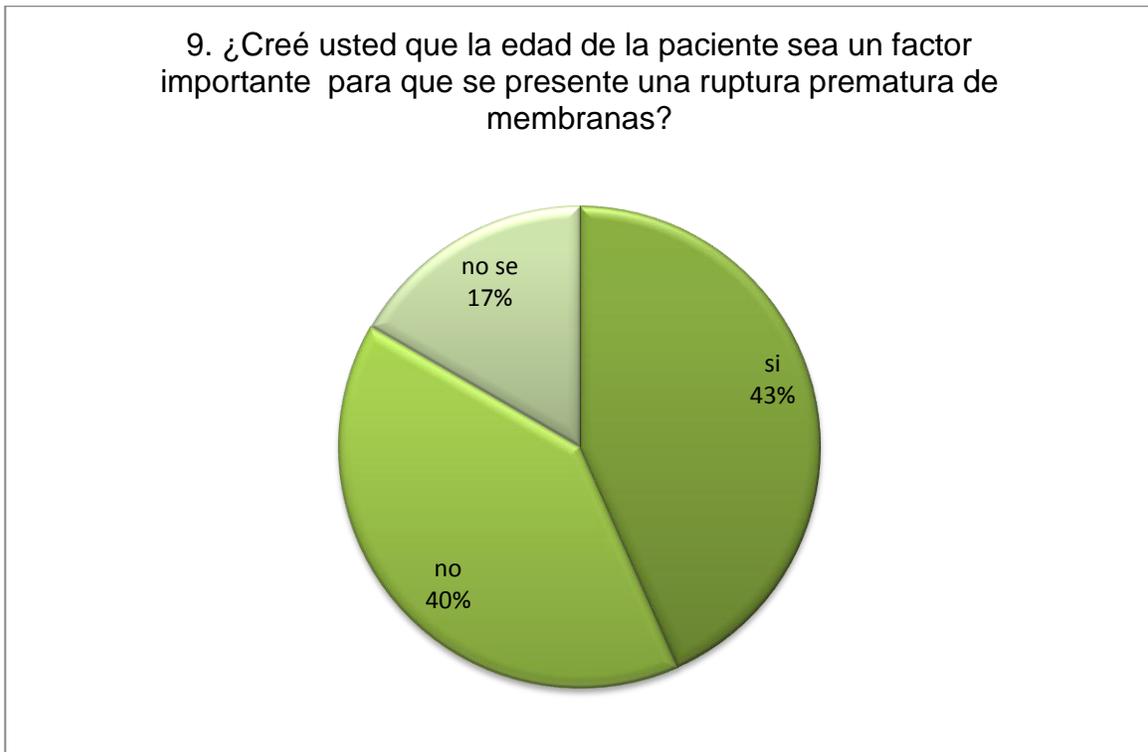
Gráfica 8



**Descripción:** en la grafica se muestra que de un 100% de enfermeras entrevistadas, el 67% dijo que casi siempre se puede evitar una infección en el bebe, mientras que el otro 33% aseguró que siempre era posible evitarla.

**Interpretación:** la mayor parte de las enfermeras entrevistadas dijo que casi siempre era posible evitar la infección en el recién nacido, aun cuando ya se ha diagnosticado la ruptura prematura de membranas en la madre.

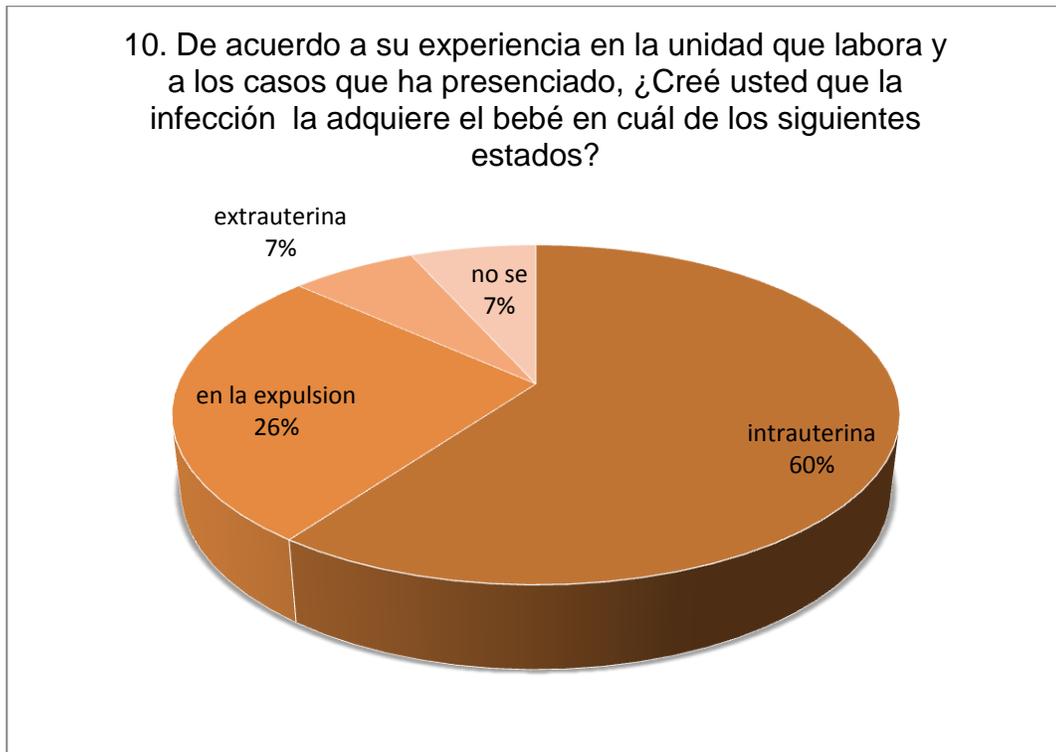
Gráfica 9



**Descripción:** de las enfermeras encuestadas, un 43% dijo que si era importante la edad de la madre, para que se de una ruptura prematura de membranas, mientras que otro 40% dijo que no, y un 17% mencionó, no tener conocimiento sobre ello.

**Interpretación:** la mayor parte de las entrevistadas, dicen que si es importante la edad de la madre gestante para que se presente una ruptura prematura de membranas.

Gráfica 10



**Descripción:** la grafica nos muestra que un 60% mencionó que la infección la adquiere en el feto aun en vida intrauterina, un 28% dijo que en el momento de la expulsión, un 7% ya en la vida extrauterina, y otro 7% no tiene conocimiento del mismo.

**Interpretación:** se observa que la mayor parte de las enfermeras, de acuerdo con su experiencia dentro de la unidad que labora, afirman que la infección se adquiere aun en vida intrauterina.



## CONCLUSIONES

De acuerdo a lo expuesto anteriormente se puede concluir que la ruptura prematura de las membranas fetales puede ser un factor para que se presenten ciertas infecciones en el bebé durante el parto, el cual abarca desde que el feto se encuentra todavía dentro de la madre o bien, extrauterinamente (fuera de la madre), lo cual ocurre en la mayoría de los casos si no se recibe una atención temprana y adecuada hacia el padecimiento.

Se consiguieron los objetivos planteados, puesto que:

1. De acuerdo con el objetivo general, se pudo comprender que la ruptura prematura de membranas es un factor que predispone a la aparición de infecciones durante el evento de parto.
2. Con el primer objetivo específico, pudimos conocer y comprender cuáles son las infecciones más frecuentes que se pueden presentar en el producto después de que se presente una ruptura prematura de membranas en la madre.
3. En relación al segundo objeto específico, se pudo valorar a los hijos de madres que sufrieron ruptura prematura de membranas y se observó a aquellos que presentaron infección y los que no, en lo cual se concluyó que son pocos los casos en los que se presentó la infección causada por una ruptura prematura de membranas en la madre, sin embargo este acontecimiento será un factor para que se puedan presentar infecciones en el producto.

Por lo anterior se puede validar nuestra hipótesis ya que se comprobó que la infección que el producto contrae al existir una ruptura prematura de las membranas amnióticas, se debe a la rápida colonización de los virus, hongos, pero sobre todo bacterias que viven en la vagina y al no existir la protección de las membranas

amnióticas, se presentará la infección si no se lleva a cabo un adecuado tratamiento para dicha infección.

## **SUGERENCIAS**

Por lo mencionado anteriormente se pueden dar, algunos consejos para que se pueda disminuir la infección del recién nacido, provocada por una ruptura prematura de membranas como son:

- > Llevar un control prenatal
- > Cuando se presente el escurrimiento de líquido trans-vaginal acudir de inmediato al médico.
- > Informar o capacitar a las mujeres embarazadas para que conozcan las complicaciones que se pueden dar una ruptura prematura de membranas.
- > Informar a la paciente sobre su estado, al igual que el estado de su bebé.

## ANEXO 1

ENCUESTA DIRIGIDA A MUJERES QUE HAYAN PRESENTADO RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS DURANTE SU EMBARAZO.

La siguiente encuesta va dirigida a mujeres que hayan sufrido ruptura prematura de membranas y que hayan tenido producto vivo.

Seleccione a continuación la respuesta de acuerdo a su caso.

1. ¿Qué número de gesta es?

secundigesta  multigesta

2. ¿Llevó control prenatal durante su embarazo?

Si  no

3. ¿En alguna de las consultas a las que acudió en su control prenatal durante su embarazo, le informaron si tenía algún problema con el saco que envuelve a su bebé cuando está todavía en la matriz?

Si  no  ninguna de las anteriores

4. ¿Ha tenido ruptura prematura de membranas en otro embarazo previo?

Si  no

5. ¿En qué mes del embarazo se presentó la ruptura prematura de membranas?

mes 5  mes 6  mes 7  mes 8

6. ¿Conoce que fue lo que le provocó la ruptura prematura de membranas?

Si  no

7. ¿Cuando sufrió ruptura prematura de membranas, recibió atención médica?

Si  no

8. Si la respuesta fue positiva, ¿la atención médica la recibió antes de las 12 horas después de la ruptura prematura de membranas?

Si  no

9. Al nacimiento de su bebe, ¿se quedó ingresado en alguna unidad de cuidados especiales?

Si  no

10. Si su respuesta fue afirmativa, a que unidad de las siguientes ingresó su bebé?

Cuidados intermedios  cuidados intensivos

11. ¿Tiene usted conocimiento sobre las infecciones que puede presentar su bebé si no recibe atención médica oportuna después de la ruptura prematura de membranas?

Si  no

12. Al nacimiento de su bebé, ¿le informaron que había nacido con algún tipo de infección?

Si  no

13. Si su respuesta fue afirmativa, ¿cuál de las siguientes infecciones presentó su bebé?

Sepsis neonatal  Pulmonía  Infecciones del S.N.C.   
No me dijeron/pregunté

## ANEXO 2

### ENCUESTA DIRIGIDA A ENFERMERAS ENCARGADAS DE LAS ÁREAS DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

Esta encuesta va dirigida a las enfermeras encargadas de las áreas de cuidados intermedios/intensivos neonatales.

Conteste las siguientes preguntas de acuerdo a su criterio.

1. Las pacientes que ingresan para una atención intrahospitalaria por presentar una ruptura prematura de membranas ¿reciben atención inmediata en el hospital que labora?

- >Siempre
- >Casi siempre
- >Casi nunca
- >nunca

2. ¿Creé usted que la ruptura prematura de membranas es un factor para que se presenten infecciones en el bebé?

- >Siempre
- >Casi siempre
- >Casi nunca
- >nunca

3. En la mayoría de los casos que a usted le ha tocado recibir de niños nacidos por que la madre presentó ruptura prematura de membranas. ¿Se han presentado infecciones?

- > Siempre

> Casi siempre

>Casi nunca

>nunca

4. Si su respuesta fue afirmativa, de las siguientes infecciones, ¿cuales son más frecuentes en el recién nacido posterior a una ruptura prematura de membranas en el hospital que labora?

Sepsis  neumonía  meningitis   
No contestó

5. De acuerdo a la edad gestacional y a los casos que se han presentado en la unidad que labora, a qué pacientes considera que es más probable de que presente una ruptura prematura de membranas.

Mes 6  mes 7  mes 8  por igual   
No se

6. De acuerdo a la multiparidad y a los casos que se han presentado en el área que labora, en que pacientes cree usted que puede presentarse con mayor probabilidad una ruptura prematura de membranas

Primigesta  secundigesta  por igual  no se

7. Cree usted que el tiempo es un factor importante para que se puedan evitar las infecciones en el producto posterior a una ruptura prematura de membranas?

Si  no  no se

8. De acuerdo a su experiencia y a los casos que ha presenciado, ¿Al diagnosticar una ruptura prematura de membranas, es posible evitar la infección en el bebe?

- >Si empre
- >Casi siempre
- >Casi nunca
- >Nunca
- >No se

9. ¿Creé usted que la edad de la paciente sea un factor importante para que se presente una ruptura prematura de membranas?

Si  no  no se

10. De acuerdo a su experiencia en la unidad que labora y a los casos que ha presenciado, cree usted que la infección la adquiere el bebé en cuál de los siguientes estados

Intrauterinamente  al momento de la expulsión   
Extrauterinamente  no se

## **BIBLIOGRAFÍAS Y REFERENCIAS ELECTRÓNICAS**

Ahued, J.R., Fernández, C. y Bailón, R. (2003). *Ginecología y Obstetricia aplicada*. (2ª ed.) México: Manual Moderno.

Danforth D.N. (1984). *Tratado de Obstetricia y Ginecología* (4ª ed.) México, Interamericana.

Gunningham, F.G., MacDonald, P.C, Gant, N. F, Leveno, K.J. y Gilstrap III, L.C. (1996). *Williams Obstetricia*. (4ª ed.) Barcelona: MASSON.

Hernández Alvidez y Yuriko Foruya (2002). *Enfermedades Respiratorias Pediátricas*. México: Manual Moderno.

Jasso Gutiérrez, (2005), *Neonatología Práctica*, (6ª ed.). Mexico: Manual Moderno.

Martha C.S. Heppard,M.D.(2003) *Urgencias Obstétrica; Guía Práctica* (3ª ed.). Madrid. España.

Méndez, O.F. Y Méndez, C.F. (1987). *Ginecología y Obstetricia*. (3ª ed.). México: Méndez.

Núñez, M.E. (2001). *Ginecología y Obstetricia*. (3ª ed.). México: Cuellar

Salvador Quevedo Y Zubieta, (2004), *Ginecología y Obstetricia*, México.

## **REFERENCIAS ELECTRÓNICAS**

1. <http://www.childrenscentral.org> extraído el 28/02/11.

2. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish> extraído el 28/02/11