



**CENTRO UNIVERSITARIO IGUALA
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

CLAVE: UNAM 8963-12 ACUERDO CIRE 21/11 de fecha 28-06-2011

LIC. EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**FACTORES DE RIESGO EN LA ROTURA PREMATURA DE
MEMBRANAS.**

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el título de
Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

C. ESAU MEZA NAVA

Asesor:

M.C.E. VIRGINIA HERNÁNDEZ GARCÍA

Iguala de la Independencia, Gro. Noviembre del 2017



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.



**CENTRO UNIVERSITARIO IGUALA
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

CLAVE: UNAM 8963-12 ACUERDO CIRE 21/11 de fecha 28-06-2011

LIC. EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**FACTORES DE RIESGO EN LA ROTURA PREMATURA DE
MEMBRANAS.**

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el título de
Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

C. ESAU MEZA NAVA

Dirigido por:

M.C:E. VIRGINIA HERNÁNDEZ GARCÍA

SINODALES

M.C.E. VIRGINIA HERNÁNDEZ GARCÍA
Presidente

LIC. ENF. MARTHA ELENA CISNEROS MARTÍNEZ
Secretario

MCSP. LAURA LIZET NÚÑEZ MARTÍNEZ
Vocal

Iguala de la Independencia, Gro. Noviembre del 2017

RESUMEN

La rotura prematura de membranas (RPM) es la pérdida de integridad de las membranas ovulares antes del inicio del trabajo de parto. Se produce antes de las 37 semanas de gestación en un 3-18% de los casos, siendo una de las principales causas de prematuridad. **Objetivo.** Identificar los factores de riesgo que presentan las mujeres gestantes con rotura prematura de membrana del Hospital General “Jorge Soberon Acevedo” de la Secretaria de Salud. **Metodología.** Descriptivos, Transversal, Cuantitativo y Retrospectivo. **Resultados.** El 20% de las pacientes con rotura prematura de membranas tienen 17 a 19 años y en segundo lugar un 13% tienen de 14 a 16 años de edad, la mayoría de las gestantes tienen un nivel económico bajo y medio, en relación a la paridad el 37% tiene un hijo, el 30% tiene 3 y el tercer lugar con un 20% cuenta con 2 hijos, el 7% de las pacientes presentaron enfermedades de transmisión sexual, como es Gonorrea y Virus del Papiloma Humano, de las complicaciones que tienen mayor prevalencia en esta investigación son: el 80% las infecciones urinarias, 37% cervicovaginitis y 20% embarazo múltiple y que han sido un factor de riesgo para que la gestante presente Rotura Prematura de Membranas. En relación a los datos estadísticos recogidos a partir del 1° de Enero al 31 de Julio del 2017 de las gestantes que presentaron rotura prematura de membranas, se encontró que en 436 casos el primer lugar fue 58% presentan Rotura Prematura de Membranas en la 38-41 semanas de gestación, en segundo lugar el 20% en la 34-37 semanas de gestación y en tercer lugar el 16% en embarazo a término. En relación al número de hijos de las gestantes que presentan esta complicación se encontró que en primer lugar lo ocupan las adolescentes de 14 a 20 años de edad y en segundo lugar las gestantes jóvenes de 21 a 24 años de edad. **Conclusión.** La edad materna y las infecciones se consideran uno de los factores determinantes de riesgo gestacional en la rotura prematura de membranas.

Palabras Clave: factores de riesgo, rotura prematura de membranas

SUMMARY

Premature rupture of membranes (RPM) is the loss of integrity of the ovary membranes before the onset of labor. It occurs before 37 weeks of gestation in 3-18% of cases, being one of the main causes of prematurity. Objective. To identify the risk factors that present pregnant women with premature rupture of the membrane of the General Hospital "Jorge Soberon Acevedo" of the Secretary of Health. Methodology. Descriptive, Transversal, Quantitative and Retrospective. Results. Twenty percent of the patients with premature rupture of membranes are 17 to 19 years old and secondly 13% are 14 to 16 years of age, most of the pregnant women have a low and medium economic level, in relation to parity 37% have a child, 30% have 3, and the third with 20% have 2 children, 7% of the patients had sexually transmitted diseases, such as Gonorrhoea and Human Papilloma Virus, complications have a higher prevalence in this research are: 80% urinary infections, 37% cervicovaginitis and 20% multiple pregnancy and they have been a risk factor for the pregnant woman to present premature rupture of membranes. In relation to the statistical data collected from January 1 to July 31, 2017 of pregnant women who presented premature rupture of membranes, it was found that in 436 cases the first place was 58% presented Premature Membrane Break in the 38 -41 weeks of gestation, second 20% in 34-37 weeks of gestation and thirdly 16% in term pregnancy. In relation to the number of children of the pregnant women who present this complication, it was found that they are first occupied by adolescents from 14 to 20 years of age and secondly by young pregnant women from 21 to 24 years of age. Conclusion. Maternal age and infections are considered one of the determinants of gestational risk in premature rupture of membranes.

Key words: risk factors, premature rupture of membranes

DEDICATORIAS

Cada año que hemos pasado juntos te reitero mi amor, agradezco a Dios el haberme encontrado un ser tan maravilloso como le eres tú, quiero decirte cuanto te amo, llegaste a iluminar mi vida cuando te conocí y tú has sido el aliciente para que yo pueda lograr los objetivos de mi vida y uno de ellos es haber terminado satisfactoriamente la carrera de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia

Hemos vivido momentos inolvidables y maravillosos momentos que hemos compartido en nuestra vida y quiero agradecerte también lo más grande que me has dado respeto, cariño y amor que ha trascendido con la existencia de nuestros tres hijos a quienes amo profundamente, Gracias por tu amor, apoyo y comprensión, y por acompañarme paso a paso en esta vida y por ser mi esposa que siempre me ha apoyado en todo momento. Te amo.

C- ESAU MEZA NAVA

AGRADECIMIENTOS

AL Centro Universitario Iguala por darme la oportunidad de seguir superando al realizarla
Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Con todo respeto doy gracias a mí Asesor y Sinodales por su paciencia apoyo al Trabajo
de Investigación.

Con cariño y respeto a todos nuestros maestras y maestros de la Licenciatura de
Enfermería y Obstetricia del Centro Universitario Iguala, por los conocimientos que nos
proporcionaron en nuestra preparación profesional

C. ESAU MEZA NAVA.

ÍNDICE

	Página
Resumen	I
Summary	ii
Agradecimientos	iii
Reconocimientos	iv
I. Introducción	1
1.1 Planteamiento del Problema	2
1.2 Justificación	5
1.3 Objetivos	6
II. Revisión de la Literatura	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Conceptos	7
2.3 Epidemiología	9
2.4 Etiología	10
2.5 Fisiopatología	12
2.6 Signos y síntomas	15
2.7 Diagnóstico	15
2.8 Diagnóstico diferencial	18
2.9 Manejo clínico	18
2.10 Clasificación de la rotura prematura de membranas	22
2.11 Finalización de la gestación según la edad gestacional	22
2.11.1 Rotura de membranas en embarazo a termino	22
2.11.2 Rotura prematura de membranas en embarazo pretérmino tardío, 34 a 37 semanas	24
2.11.3 Rotura prematura de membranas lejos de término de 24 a 34 semanas	25
2.11.4 Rotura prematura de membranas antes de las 24 semanas	27
2.11.5 Rotura de membranas post amniocentesis	29
2.12 Complicaciones	30
2.13 Evolución y tratamiento	31

1.1 Tratamiento	32
1.1.1 Rotura prematura de membranas en pacientes con edad gestacional de 37 o más semanas	32
1.1.2 Rotura prematura de membranas en pacientes con edad gestacional menor de 37 semanas	33
1.1.3 Rotura prematura de membranas en pacientes con edad gestacional entre 20-24 semanas	33
1.1.4 Rotura prematura de membranas en pacientes con edad gestacional entre 25-35 semanas	33
1.2 Antibióticos profilácticos en RPMOP	34
1.2.1 Corioamnionitis	34
1.2.2 Profilaxis para estreptococo del grupo B	35
1.3 Intervenciones de enfermería	36
1.4 Estudios relacionados	37
II. Metodología	39
III. Resultados y discusión	46
IV. Conclusiones y sugerencias	64
V. Bibliografía	66
Anexo “A” Consentimiento informado	70
Anexo “B” Instrumento de medición	71
Anexo “C” Datos estadísticos del 1° enero 2016 al 31 de julio del 2017 de las gestantes que presentaron rotura prematura de membranas en el Hospital General “Jorge Soberón Acevedo” de Iguala de la Independencia, Gro.	74

ÍNDICE DE CUADROS

No. De cuadro		Pág.
4.1	Edad	46
4.2	Estado civil	47
4.3	Nivel educativo	48
4.4	Religión	49
4.5	Nivel socioeconómico	49
4.6	Paridad	50
4.7	Problemas sociales	51
4.8	Sangrado anteparto	52
4.9	Enfermedades de transmisión sexual	52
4.10	Tipo de enfermedad de transmisión sexual	53
4.11	Complicaciones de la mujer gestante	54
4.12	Prevalencia de Rotura Prematura de Membranas en mujeres gestantes atendidas en el Hospital General “Jorge Soberon Acevedo”	56
4.13	Rotura Prematura de Membranas en embarazo a término	58
4.14	Rotura Prematura de Membranas de 38-41 semanas de gestación	59
4.15	Rotura Prematura de Membranas en embarazo pretérmino tardío de 34-37 semanas	60
4.16	Rotura Prematura de Membranas lejos de término de 24-33 semanas de gestación	61
4.17	Rotura Prematura de Membranas antes de 24 semanas de gestación	61

I. INTRODUCCIÓN

La Rotura Prematura de Membrana (RPM) es la rotura de la membrana corioamnióticas antes del inicio del trabajo de parto. Generalmente se acompaña de salida de líquido amniótico (LA) por genitales. Es un evento que convierte un embarazo normal en una gestación de alto riesgo para la madre y para el feto. La rotura prematura de membrana es una patología frecuente en las pacientes gestantes, que se manifiesta por medio de una clínica evidente, dando repercusiones tanto en el feto como en la madre (Hoyos, 2011).

La Rotura Prematura de Membrana Pretérmino (RPMP) es la solución de continuidad o pérdida de la integridad de las membranas coriomnióticas que se producen desde las 20 semanas de gestación hasta antes del inicio del trabajo de parto.

La rotura prematura de membranas (RPM) es la pérdida de integridad de las membranas ovulares antes del inicio del trabajo de parto. Se produce antes de las 37 semanas de gestación en un 3-18% de los casos, siendo una de las principales causas de prematuridad. Se han realizado numerosos estudios para definir las bases de su fisiopatología, así como sus consecuencias maternas y neonatales. Sin embargo los resultados obtenidos han sido poco concluyentes debido a la dificultad de encontrar grupos control adecuados y al escaso número de casos en algunas semanas de gestación. La falta de unanimidad y de evidencia científica que avalen la conducta a seguir obliga a individualizar las decisiones en la mayoría de los casos (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Asumir una conducta expectante conlleva un riesgo infeccioso para la madre y el feto potencialmente grave. Prolongar la gestación permite alcanzar una mayor madurez fetal, con beneficios que podrían ser decisivos para un resultado neonatal

más favorable. Por otra parte la actitud activa de finalización precoz de la gestación presenta efectos inversos: el riesgo de prematuridad frente al beneficio de reducir la infección materno-fetal. En las gestaciones múltiples se plantea además la dificultad de discernir qué feto presenta la Rotura Prematura de Membranas, consideración importante para la valoración del riesgo infeccioso y pronóstico del caso (Trilla et al, 2012).

Se denomina rotura prematura de membranas prolongada cuando tiene una duración mayor de 24 horas. El periodo de latencia se refiere al tiempo que transcurre entre la ruptura de las membranas y el inicio del trabajo de parto. Por lo tanto el período de latencia y la edad gestacional determinan el pronóstico y el manejo de acuerdo a la posibilidad o no de terminación del embarazo (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Su incidencia varía entre el 21 y el 45% de los partos pretérmino y constituyen una de las entidades obstétricas relacionadas con la morbilidad y mortalidad materna perinatal; el 16.2% de todos los nacimientos se presentan de forma espontánea (Zanabria et al, 2012).

Es una causa importante de morbimortalidad materna y se le ha relacionado hasta con un 10% de la mortalidad perinatal. La frecuencia y severidad de las complicaciones neonatales después de la Rotura Prematura Membranas Pretérmino varían de acuerdo a la edad gestacional.

1.1 Planteamiento del problema

Entre las infecciones en el embarazo, la rotura prematura de membranas (RPM) ocupa un lugar relevante. Esta patología complica aproximadamente entre el 8 y el 10% de todos los embarazo, generando una alta tasa de morbilidad materna

y perinatal. En la mayoría de los casos, la Rotura Prematura Membranas ocurre en embarazos a término; cuando sucede antes de las 37 semanas de gestación se denomina ruptura prematura de membranas pretérmino, que complica aproximadamente entre 1 a 3% de todos los embarazos únicos y entre 7 y 20 % de los embarazos gemelares. La Rotura Prematura de Membranas es la causa directa de aproximadamente 40% de todos los partos pretérmino en el mundo, lo cual genera complicaciones y secuelas graves en el neonato. Entre las complicaciones maternas se destaca un mayor riesgo de corioamnionitis, el cual predispone a infecciones secundarias y a complicaciones asociadas a la hospitalización, como el tiempo de estancia y la inmovilización, entre otras (Amaya et al, 2015).

La rotura prematura de membranas (RPM) se produce en un 10% de las gestaciones y la rotura prematura de membranas pretérmino (RPMP) ocurre en el 3% y se asocian a un 30-40% de los casos de prematuridad (Romero et al, 2010). El riesgo de infección se eleva con la disminución de la edad gestacional al momento de la Rotura Prematura Membranas y con el tiempo de duración de la latencia. La corioamnioitis se presenta del 13 al 60% en pacientes con RPMP lejos de término y la endometritis posparto complica del 2 al 13% de estos embarazos. El riesgo de sepsis materna es del 0.8% y de muerte de 0.14%. El riesgo de muerte fetal es del 1-2% en la Rotura Prematura Membranas Pretérmino lejos de término y está relacionada con infección y compromiso del cordón umbilical (ACOG, 2007).

En Europa se calcula que el 5 al 9% de los nacimientos son pretérminos y en Estados Unidos este porcentaje alcanza de 12 al 13%; se desconoce los porcentajes en América Latina, pero datos estadísticos de algunos hospitales de la región antes señaladas reportan de un 11 al 15% de los cuáles un 25 al 30% de esos pretérminos son producido de Rotura Prematura Membranas (Vigil et el, 2011).

La Rotura Prematura de Membranas es una de las causas más frecuentes de prematuridad, siendo responsable de hasta el 40% de los casos. Existen diversas hipótesis para explicar su fisiología, contemplando múltiples causas que podrían

suponer una agresión para las membranas. Entre ellas, una de la más aceptada es la existencia de algún proceso inflamatorio o infeccioso como origen de la rotura. Así, algunos autores sugieren la existencia de una corioamnionitis subclínica como causa de hasta el 25-40% de las Rotura Prematura Membranas. Sin embargo, no existe acuerdo unánime sobre si la infección es causa o consecuencia de la rotura (Trilla et al, 2012).

Se estima que la incidencia de corioamnionitis en la Rotura Prematura Membranas es del 10-15%, y dicho riesgo es aún mayor cuanto menor es la edad gestacional a la que se produce. En una revisión Cochrane de 2010 en la que se comparaban los efectos de la actitud expectante y el manejo activo en la ruptura prematura de membranas pretérmino se concluyó que la finalización precoz de la gestación podría suponer un aumento en la incidencia de endometritis. Por otra parte, dado que la infección es una de las principales complicaciones de la Rotura Prematura de Membranas, es necesario evaluar sus posibles consecuencias para el feto, presentándose una mayor morbilidad neonatal especialmente cuando el periodo de conducta expectante es superior a 7 días provocando un mayor riesgo de parálisis cerebral y displasia broncopulmonar fetal (Trillas et al, 2012).

En aproximadamente 8 a 10% del total de los embarazos a término las membranas fetales se rompen antes del inicio del trabajo de parto. Si el trabajo de parto no es inducido, 60-70% de estos comienzan trabajo de parto espontáneamente en un periodo de 24 horas y cerca del 95% lo hará en un período no mayor a 72 horas. La ruptura prematura de membranas ocurre en aproximadamente 1-3% del total de mujeres embarazadas, además se encuentra asociada en aproximadamente el 30-40% de parto pretérmino, y de 7% a 20% en embarazo gemelar, por esta razón podría considerarse como el problema obstétrico de la actualidad debido a que está reportado que el 85% de la morbimortalidad fetal es el resultado de la prematurez (Vargas y Vargas 2014).

Por lo anterior expuesto es importante ¿Identificar los factores de riesgo que presentan las mujeres gestantes con rotura prematura de membranas?

1.2 Justificación.

La Rotura Prematura de Membrana es una de las complicaciones más frecuentes y uno de los problemas médicos obstétricos de mayor controversia en su manejo, afecta negativamente al embarazo y se asocia a mayor morbilidad materno neonatal, por lo que se considera necesario lograr una mejor control prenatal. Los nacimientos prematuros son un gran problema en el mundo y la ruptura prematura de membranas contribuyen en acerca de un tercio a esa prematuridad.

Esta investigación de factores de riesgo de rotura prematura de membranas aumentará el conocimiento innovador de lo que hasta el momento se conoce de factores que determinan el problema, además de conocer el riesgo, la incidencia y prevalencia. Por lo que es importante que las mujeres embarazadas aprendan a detectar los factores de riesgo que puedan desencadenar la ruptura prematura de membranas para reducir la morbilidad en las pacientes por esta causa.

Finalmente este trabajo de investigación resalta la relevancia del abordaje científico enfatizando la necesidad de la prevención de las alteraciones que afectan la gestación en todos los niveles de atención, debido a que los nacimientos prematuros son un gran problema en el mundo y la ruptura prematura de membranas contribuyen en acerca de un tercio a esa prematuridad. Esto con la finalidad de reducir la morbilidad materna proporcionando una atención de calidad en todos los niveles de atención obstétrica.

1.3 Objetivos.

1.3.1 Objetivo General.

- Identificar los factores de riesgo que presentan las mujeres gestantes con rotura prematura de membranas del Hospital General “Jorge Soberon Acevedo” de la Secretaria de Salud, de Iguala de la Independencia, Guerrero.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar de acuerdo a clasificación por semanas de gestación la prevalencia de la rotura prematura de membranas.
- Conocer las complicaciones más frecuentes en las mujeres gestantes con rotura prematura de membranas.
- Conocer la prevalencia de la rotura prematura de membranas del 1° de Enero del 2017 al 31 de Julio del 2017 que presentaron las mujeres gestantes que fueron atendidas en el Hospital General “Jorge Soberon Acevedo” de la Secretaria de Salud, de Iguala de la Independencia, Guerrero.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Antecedentes.

La rotura espontanea de membranas previa al inicio del parto se considera como una ruptura prematura. Si esto ocurre antes de las 37 semanas de gestación se considera pretérmino (Johnson, 2011).

Se desconoce la causa, pero los trastorno asociados incluyen embarazo múltiple, infección (lo que incluye infección del tracto urinario), cuello uterino incompetente, antecedentes de conización con láser, anomalía del tracto genital en la madre, hemorragia durante el embarazo, antecedentes previos de ruptura prematura de membranas pretérmino, hidramnios, amniocentesis, placenta previa, desprendimiento de placenta o traumatismo. Si no se previene o se trata con rapidez, las lesiones en la madre pueden incluir nacimiento prematuro con síndrome de dificultad respiratoria debido a pulmones inmaduros, septicemia fetal debido a exposición a patógenos, prolapso o compresión del cordón umbilical o mala posición. Entre más temprana sea la ocurrencia de Ruptura Prematura de Membranas, mayor la posibilidad de morbilidad o mortalidad graves (Johnson, 2011).

2.2 Conceptos

Rotura prematura de membranas: solución de continuidad o pérdida de la integridad de las membranas corioamnióticas que se producen desde las 20 semanas de gestación hasta antes del inicio del trabajo de parto (Vergara, 2009).

La rotura prematura de membranas (RPM): consiste en la rotura espontanea de las membranas con liberación de líquido amniótico antes del comienzo del parto. Se produce entre el 2 y el 18% de todos los embarazos y es la causa más común del parto pretérmino (Hoyos, 2011).

La rotura prematura de membrana ovular: es un accidente obstétrico, en el cual se produce una solución de continuidad de la membrana con salida de líquido amniótico, antes de que comience el período de dilatación (Torres et al, 2014).

La rotura prematura de membranas: es definida como espontánea cuando dicha ruptura ocurre antes del inicio de la labor de parto. Si dicha rotura ocurre antes de las 37 semanas de gestación se denomina rotura prematura pretérmino de membranas ovulares (RPPM). Latencia es el periodo de tiempo entre la ruptura y el nacimiento del feto (Vigil et al, 2011)

La rotura prematura de membranas (RPM): se define como la pérdida espontanea de continuidad de las membranas ovulares, una hora antes del inicio del trabajo de parto y Rotura Prematura Membranas pretérmino (RPMp) es aquella que se presenta antes de la semana 37 de gestación (Botero et al, 2015).

Rotura prematura de membranas (RPM) se define como la rotura de membranas espontaneas que ocurre antes del inicio del trabajo de parto. La rotura de membranas antes de las 37 semanas se conoce como rotura prematura de membranas pretérmino y complica un 2-4% de todas las gestaciones únicas y un 7-20% de las gestaciones gemelares, representando un 30% de los partos pretérmino. Debido a que el límite de la viabilidad se ha reducido en los últimos años, actualmente definimos Rotura Prematura Membranas previable cuando ésta se produce antes de la semana 24 de gestación. (Cobo y Palacio, 2015).

La finalización activa de la gestación vendrá determinada, independientemente de la edad gestacional, por la presencia de corioamnionitis clínica, parto instaurado o compromiso fetal. En ausencia de dichas complicaciones, en la Rotura Prematura de Membranas pretérmino se deberá individualizar el manejo clínico en función de la edad gestacional estimando el riesgo para la madre, para el feto y las complicaciones neonatales derivadas de un parto prematuro. (Cobo y Palacio, 2015).

2.3 Epidemiología.

La Rotura Prematura de Membranas pretérmino (RPMp) se presenta en el 3% de los embarazos y es responsable de más o menos un tercio de los partos prematuros, además se asocia con infección intrauterina, compresión del cordón umbilical, abrupcio y otras complicaciones fetales dependiendo de la edad gestacional en la cual se presente. Entre el 60% y el 80% de los casos ocurre en embarazos de término, pero aún en esta situación el manejo puede ser complicado. El impacto mayor de la Rotura Prematura de Membranas surge de los casos que ocurren antes de las 37 semanas de gestación por el riesgo que tiene el neonato prematuro. El reto en el manejo de la RPM es, tratar de prolongar el período de latencia, o sea el tiempo que transcurre entre la ruptura de las membranas y el parto, sin que ocurra infección intrauterina.

En el embarazo de término, el reto es evitar la infección materna fetal que se asocia con una ruptura prolongada de membranas, para lo cual se requiere lograr un inicio oportuno del trabajo de parto e implementar acciones que eviten un trabajo de parto prolongado. (Botero et al, 2015)

Como morbilidad materna se ha descrito mayor riesgo de corioamnionitis clínica tardía (13-60%), infección postparto (2-13%) y desprendimiento de placenta

(4-12%), siendo la sepsis materna una complicación rara (1%). Como morbilidad neonatal se ha descrito un mayor riesgo de distrés respiratorio (complicación más frecuente), de sepsis neonatal, de hemorragia intraventricular, de enterocolitis necrotizante, un mayor compromiso neurológico y un mayor riesgo de compresión de cordón en casos de anhidramnios si además existe dinámica uterina (Cobo y Palacio, 2015).

2.4 Etiología.

La etiología es multifactorial y varía con la edad gestacional cuando ocurre a menor edad gestacional existe mayor asociación con infección corioamniótica, mientras que a mayor edad gestacional se asocia con disminución de contenido de colágeno, que puede ser consecuencia de microorganismos que producen colagenasas, proteasas y mucinasas. Existen evidencias que la suplementación con vitamina C y E, también es un factor de riesgo (Conde et al, 2011).

Causas de la rotura prematura de membranas: papel de la infección intraamniótica subclínica. En el caso de la RPM pretérmino, la etiología es multifactorial. Excepto en los casos que es secundaria a una agresión mecánica, como un procedimiento invasivo, en la mayoría de los casos la etiología es idiopática. De las causas conocidas, la más frecuente es la infección intraamniótica en una fase subclínica. Sin embargo, la práctica habitual se basa en la identificación no de esta fase subclínica sino en la identificación de la fase clínica conocida como corioamnionitis clínica.

La corioamnionitis clínica se define por la presencia de fiebre $> 37.8^{\circ}\text{C}$ y dos o más de los siguientes criterios menores: 1) irritabilidad uterina; 2) leucorrea maloliente; 3) taquicardia materna > 100 latidos/minuto; 4) taquicardia fetal > 160 latidos/minuto, y 5) leucocitos > 15.000 cels/ mm^3 . Solo se presenta en un 29.7% de

la RPM pretérmino por lo que se considera un marcador específico de infección pero poco sensible y sobre todo un marcador tardío. Hasta el momento actual, el tratamiento de la corioamnionitis clínica no ha demostrado beneficiarse de la conducta expectante con antibióticos, posiblemente porque su diagnóstico refleja un estado de la infección muy avanzada. Es por ello que ante el diagnóstico de corioamnionitis clínica, la actitud adecuada es la finalización activa de la gestación bajo cobertura antibiótica de amplio espectro. (Cobo y Palacio, 2015).

La infección intraamniótica subclínica está presente en un 30-60% de las mujeres con Rotura Prematura de Membranas pretérmino. Representa la etapa previa a la aparición de signos clínicos. Su diagnóstico es microbiológico y requiere de un cultivo de líquido amniótico. El principal inconveniente es que es un método diagnóstico tardío, cuya lectura requiere al menos 48 horas, por lo que generalmente no suele estar disponible para la toma de decisiones en el manejo clínico de este grupo de pacientes (Cobo y Palacio 2015).

Dentro de las causas tenemos los siguientes:

1. Patología genital:
 - a. Cirugía genital previa como amniocentesis, cerclaje
 - b. Desgarros cervicales
 - c. Incompetencia cervical
 - d. Malformaciones uterinas
 - e. Procesos infecciosos: cervicitis, vaginitis, infecciones de vías urinarias, , enfermedades de transmisión sexual, etc.

2. Patología gestacional:
 - a. Gestación múltiple
 - b. Polihidramnios
 - c. Desproporción pelvi-fetal
 - d. Malposición fetal

- e. RPM pretérmino previa
- f. Hemorragia anteparto
- g. Abruption placentario
- h. Conización cervical por tratamientos al cuello del útero
- i. Amniocentesis
- j. Cerclaje del cuello del útero
- k. Enfermedades pulmonares durante el embarazo

3. Factores de riesgos sociales:

- a. Tabaco
- b. Actividad sexual
- c. Drogadicción
- d. Bajo nivel socioeconómico
- e. Bajo índice de masa corporal
- f. Alcohol (Hoyos, 2011)

2.5 Fisiopatología.

La rotura de las membranas se presenta por varios mecanismos que incluyen el aumento de la actividad uterina, la sobre distensión (como en el caso de polihidramnios y el embarazo gemelar), la hemorragia, la isquemia y principalmente por procesos de infección inflamación. Varios estudios han demostrado que el porcentaje de cultivos positivos en el líquido amniótico oscila entre un 25%-35% y se ha visto que en general la infección se da por vía ascendente por bacterias que colonizan la cavidad desde vagina. Se sabe también que la tasa de infección aumenta a medida que se prolonga el periodo de latencia y a menor edad gestacional (Botero et al, 2015).

El contenido de colágeno de las membranas ovulares está disminuida en la Rotura Prematura de Membranas, principalmente del colágeno tipo II, que sirve como soporte de la matriz extracelular de las membranas, lo cual lleva a una disminución de las propiedades elásticas de las mismas favoreciendo su ruptura. El colágeno tipo V es más resistente a las colagenasas que los otros tipos de colágeno, puede predisponer a ruptura de las membranas (Botero et al, 2015).

En las mujeres con Rotura Prematura Membranas pretérmino (RPMp) se ha identificado un aumento de las metaloproteinasas (MMPs) y una disminución de los inhibidores tisulares de estas. La MMPs son enzimas que degradan los componentes de la matriz extracelular como el colágeno. El evento que incita la actividad de estas MMPs es desconocida, pero hay alguna evidencia de que podría estar vinculada a infección. La MMP-7 producida por los macrófagos está aumentada cuando ocurre invasión microbiana a la cavidad amniótica. Las proteasas producidas por las bacterias o por los leucocitos activados en respuesta a la infección, podrían alterar la fortaleza de las membranas permitiendo su ruptura (Botero et al, 2015)

Otros autores mencionan que la Rotura Prematura de Membranas se debe también a:

- a) Aumento de la presión intraamniótica: La tensión intraamniótica y de las membranas es directamente proporcional a la presión intrauterina y al diámetro de la cavidad. Por tanto pequeños aumentos del diámetro de la cavidad conducen a grandes incrementos en la tensión. Esta tensión de la bolsa es habitualmente contenida y compensada por las paredes uterinas, excepto en el polo inferior del huevo a nivel de la dilatación del orificio cervical, siendo éste el punto habitual de rotura
- b) Disminución de la resistencia de la bolsa amniótica: La actividad de enzimas proteolíticas, colagenasas y elastasas debilitaría su resistencia y precipitaría

la rotura ante pequeños incrementos precarios. Esta actividad enzimática se vería condicionada por: infecciones, coito, tabaquismo, déficits nutricionales y de oligoelementos.

- c) Acciones traumáticas sobre la bolsa de las aguas, son difíciles de demostrar:
- Adherencias entre el corioamnios y decidua
 - Traumatismos externos (3%): tacto vaginal, amnioscopia, etc.
 - Traumatismos internos: movilidad del feto sobre el polo inferior ovular (Hoyos, 2011).

Se han descrito además varios factores de riesgo a saber:

- + Bajo nivel socio económico
- + Sangrado anteparto
- + Bajo peso materno (IMC<19)
- + Tabaquismo
- + Deficiencias nutricionales (vitamina C y cobre)
- + Enfermedades del tejido conectivo
- + Antecedentes de conización o cerclaje cervical
- + Infecciones de transmisión sexual
- + Cervicovaginitis
- + Amenaza de parto pretérmino y antecedentes de RPMp
- + Amniocentesis
- + Polihidroamnios
- + Embarazo gemelar
- + Embarazo con DIU

Sin embargo, en la mayoría de los pacientes que presentan Rotura Prematura de Membranas, no se logra identificar ningún factor de riesgo (Botero et al, 2015)

2.6 Signos y síntomas.

La embarazada debe recibir educación en cuanto a la pérdida de líquido por vía vaginal, sea un chorro continuo o intermitente, saber que debe comunicarlo a la mayor brevedad posible al médico tratante. La rotura de las membranas es significativa por tres razones: En primer lugar, si la presentación no está fijada en la pelvis, aumenta la posibilidad de prolapso y compresión del cordón umbilical. En segundo lugar, es muy probable que el trabajo de parto inicie poco tiempo después si el embarazo está cerca del término o ya lo alcanzó. En tercer lugar si el nacimiento se prolonga después de la ruptura de membranas es más probable que ocurra una infección intrauterina (Vargas y Vargas, 2014).

Dentro de los signos y síntomas más importantes tenemos:

- ✚ Paso de líquido de la vagina – líquido amniótico claro/teñido con sangre- que se confirma con una prueba positiva con papel de nitrazina (azul oscuro).
- ✚ Dilatación cervicouterina posible con borramiento y posible descenso del feto si el parto prematuro es inminente
- ✚ Puede haber signos de infección (fiebre, secreciones maloliente, taquicardia materna y fetal)
- ✚ Es posible que se presente el parto prematuro con la rotura prematura de membranas pretérmino
- ✚ Si el cordón desciende pueden observarse signos de prolapso del cordón (Johnson, 2011).

2.7 Diagnóstico.

La rotura prematura de membrana ocurre en cerca del 3% de todos los nacimientos, sin embargo en embarazos de término los porcentajes son muchos

más altos y las complicaciones mínimas. La descripción que hace la paciente de la salida de líquido por la vagina es una de las ayudas más valiosas para diagnosticar la Rotura Prematura de Membranas pues hace el diagnóstico en el 90% de los casos. Ante la sospecha se debe proceder con un examen físico cuidadoso que incluya la valoración del cérvix con un espéculo para observar la salida de líquido a través del orificio cervical, si ésta no se presenta de manera espontánea, se invita a la paciente a maniobras de valsaba o se hace presión fúndica. No se debe realizar tacto vaginal porque brinda poca información y además se ha demostrado que acorta el periodo de latencia y solo se reserva para los casos de trabajos de parto activo, cuando no se contempla la posibilidad de hacer manejo expectante (Botero et al, 2015).

Cuando no es posible distinguir si el líquido que se observa con el espéculo corresponde realmente a líquido amniótico, se recurre a las siguientes ayudas:

- ✚ Visualización directa de la salida del líquido amniótico trans-cervical o acumulación de líquido en fondo de saco vaginal, aunado a la historia de la paciente de pérdida transvaginal de líquido confirma el diagnóstico de ruptura de membrana en cerca del 90% de los casos.
- ✚ Ecografía con cuantificación de líquido amniótico, si se encuentra disminuido y la historia es sugestiva se confirma el diagnóstico.
- ✚ Prueba de Nitrazina: cambio de coloración del papel de amarillo a azul por alcalinización debido a la presencia de líquido amniótico
- ✚ Prueba de arborización en helecho: Frotis + cristalización de líquido amniótico obtenido de fondo de saco vaginal (se extiende en un portaobjetos, se deja secar durante 10 minutos y se observa en el microscopio, si se encuentra formación en helecho fino se considera que es líquido amniótico)
- ✚ Investigación de la proteína Placenta alfa microglobulina-1 (PAMG-1). Es una proteína que se sintetiza en la decidua. La concentración en el líquido amniótico es de 100-1000 veces superior a la que se presenta en sangre

materna. Está ausente en muestras biológicas como el semen u orina. Presenta una sensibilidad cercana al 99% y una especificidad que varía del 87.5-100% (Di Renzo et al, 2011).

- ✚ Amniocentesis con índigo Carmín, al inyectarlo por vía transuterina a la cavidad diluido en solución salina, se observaría un líquido de color azul pasando por la vagina, es una prueba, indiscutible de confirmación de ruptura de membranas.
- ✚ Fibronectina fetal, la determinación de fibronectina fetal a nivel cervico-vaginal ha sido recomendada por algunos investigadores, sin embargo por sus altos falsos positivos no es recomendado como prueba para diagnosticar ruptura de membranas ovulares (Vigil et al, 2011).

En caso de no objetivarse hidrorrea franca, y si los resultados de la comprobación del pH vaginal (test de nitrazina), arborización del líquido amniótico mediante microscopía óptica o evidencia de oligoamnios en la exploración ecográfica ofrecen dudas, puede recurrir a la determinación de ciertas proteínas en vagina:

1. PROM test® (IGFBP-I): insulin-like growth factor binding protein_I. La IGFBP_I es una proteína sintetizada en el hígado fetal y en la decidua. Está presente en líquido amniótico a grandes concentraciones, pero ausente en muestras biológicas como el plasma seminal, la orina y la sangre materna. Su sensibilidad varía del 74-100% y su especificidad del 77-98.2%.
2. Amnisure® (PAMG-I): placentar alpha microglobulin-I. es una proteína que se sintetiza en la decidua. La concentración en el líquido amniótico es de 100-1.000 veces superior a la que se presenta en sangre materna. Está ausente en muestras biológicas como semen u orina. Presenta una sensibilidad cercana al 99% y una especificidad que varía del 87.5 – 100%. Ambas son pruebas no invasivas con suficiente sensibilidad y especificidad para ser incluidas en la práctica clínica para despistaje de aquellas mujeres con dudas de Rotura Prematura de Membranas pretérmino.

3. En casos muy seleccionados, el diagnóstico definitivo puede realizarse instilando fluorescencia en la cavidad amniótica mediante amniocentesis. La detección de fluoresceína en vagina a los 30-60 minutos confirma el diagnóstico de RPM, aunque pasado este tiempo pierde especificidad (Cobo y Palacio, 2015).

2.8 Diagnóstico Diferencial.

Se debe realizar diagnóstico diferencial con:

- ✚ Leucorrea: flujo genital blanco amarillento infeccioso asociado con prurito
- ✚ Incontinencia urinaria: pérdida involuntaria de orina, frecuente en la segunda mitad del embarazo en multíparas con relajación perineal y cistocele, descartar infección de Vías Urinarias.
- ✚ Eliminación de tapón mucoso: fluido mucoso a veces sanguinolento (Vigil et al, 2011).

2.9 Manejo Clínico.

Ante el diagnóstico inicial de Rotura Prematura de Membranas debemos:

1. Comprobar la edad gestacional (a ser posible, con una ecografía de primer trimestre).
2. Realizar cultivos endocervicales, vaginal/anal de SGB y /o Gram vaginal.
3. Evaluar las condiciones obstétricas limitando el número de tactos vaginales, ya que la repetición de las exploraciones disminuye el tiempo de latencia e incrementa la morbilidad de origen infeccioso. Los tactos digitales deberían evitarse salvo fase activa del parto o parto inminente.
4. Descartar signos clínicos o analíticos de corioamnionitis o sospecha de pérdida de bienestar fetal mediante el perfil biofísico o el registro

cardiotocográfico (test no estresante, NST). El NST diario permitirá identificar alteraciones en forma de desaceleraciones así como valorar la contractibilidad uterina. Se deberá tener en consideración que en RPM < 32 semanas, un registro cardiotocográfico no reactivo no traduce necesariamente un cuadro de pérdida del bienestar fetal sino que puede ser reflejo de la inmadurez fetal. Un perfil biofísico ≤ 6 se ha correlacionado con un mayor riesgo de infección intraamniótica y de sepsis neonatal.

5. Administrar antibióticos siempre y/o corticoides dependiendo de la edad gestacional. Aunque existen controversias respecto el manejo óptimo de las RPM pretérmino, en general existe consenso sobre:

a) Antibioterapia. A raíz de los resultados de diversos metaanálisis de la década de los 90 y del estudio ORACLE, las recomendaciones actuales sugieren la utilización de antibioterapia profiláctica en mujeres con Rotura Prematura de Membranas pretérmino por su efecto a corto plazo en la reducción del porcentaje de infección materna, retraso del parto, reducción del porcentaje de infecciones neonatales, de distrés respiratorio, de hemorragia intraventricular, de enterocolitis necrotizante y su tendencia no significativa a reducir la mortalidad antenatal y neonatal. Sin embargo, a pesar de sus beneficios a corto plazo, a largo plazo en un seguimiento de 7 años, los antibióticos no han demostrado ningún beneficio ni perjuicio en la morbimortalidad perinatal.

b) El tipo de antibiótico a utilizar va a depender de la sensibilidad a estos de las cepas microbianas prevalentes en cada centro. La mayoría de autores recomiendan el uso parenteral de antibióticos durante la primera semana de ingreso y su repetición únicamente si los cultivos iniciales son positivos para algún germen patógeno, ajustándolos al antibiograma obtenido. A raíz de los resultados del estudio ORACLE se recomienda evitar el tratamiento de las Rotura Prematura de Membranas por debajo de las 34 semanas con amoxicilina-clavulánico, ya que la combinación de ambos antibióticos aumentan el riesgo de enterocolitis necrotizante que

favorecen la colonización microbiana del tracto intestinal por gérmenes como Enterobacter, Citrobacter y Pseudomonas. Se debe realizar profilaxis para el estreptococo del grupo B con cualquiera de las pautas antibióticas si no disponemos de un resultado en las últimas 5 semanas.

- c) Corticoterapia. Se recomienda la administración de corticoides en mujeres con Rotura Prematura de Membranas entre 24.0 y las 32 semanas de gestación por su conocido beneficio para reducir el riesgo de distrés respiratorio, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante y mortalidad neonatal, sin aumentar los riesgos de infección neonatal o corioamnionitis o sepsis materna independientemente de la edad gestacional. No existe consenso sobre la utilización de corticoesteroides en Rotura Prematura de Membranas entre las 32-34 semanas. Sin embargo la mayoría de expertos recomiendan la administración de esteroides en estas semanas de gestación si no está documentada la madurez pulmonar fetal. En la Rotura Prematura de Membranas pretérmino, existe además controversia sobre la utilización de dosis repetidas de corticoides debido al riesgo incrementado de morbilidad de origen infeccioso. Únicamente se plantea utilizar dosis de recuerdo ante la desestabilización del cuadro (aparición de dinámica uterina, metrorragia, etc.) que sugiere una finalización inminente de la gestación o si existe evidencia de inmadurez pulmonar fetal.
- d) Tocolíticos. Aunque no existen datos concluyentes sobre la utilización de tocolíticos en la Rotura Prematura de Membranas pretérmino, parece razonable pensar que la tocólisis profiláctica puede permitir el efecto beneficioso de los corticoides y los antibióticos al prolongar la gestación durante al menos 48 horas.
- e) Manejo hospitalario versus domiciliario. En general se recomienda la hospitalización de la gestante con Rotura Prematura de Membranas pretérmino una vez alcanzada la viabilidad fetal, para un mejor manejo

neonatal ante una situación de urgencias como el parto instaurado o la compresión del cordón umbilical (Cobo y Palacio, 2015).

6. Otras consideraciones:

a) La administración de corticoides conlleva un aumento de la leucocitosis materna en los 5-7 días siguientes a su administración y una disminución de la variabilidad en el registro cardiotocográfico (test no estresante, NST), sin que estos factores traduzcan necesariamente un cuadro séptico o de pérdida de bienestar fetal.

b) La valoración del volumen de líquido amniótico tiene escaso valor predictivo positivo para el diagnóstico de resultado adverso. A pesar de que un índice de líquido amniótico < 5 cm o una columna máxima de líquido amniótico < 2 cm se han asociado a un intervalo de parto más corto y un mayor riesgo de morbilidad neonatal (distrés respiratorio), el oligoamnios no se ha asociado ni a un mayor riesgo de infección maternal ni neonatal.

Respecto a la valoración ecográfica del cérvix, la evidencia de un cérvix corto, a pesar de ser factor de riesgo de parto en 7 días, es un hallazgo raro en la RPM pretérmino. Por ello, ni la valoración del volumen de líquido amniótico ni la valoración del cérvix son herramientas diagnósticas de primera elección en el manejo de la Rotura Prematura de Membranas.

c) Debe valorarse el riesgo de prolapso de cordón en caso de presentación fetal no cefálica en gestaciones con dilatación avanzada. Esta circunstancia podría justificar una finalización más temprana por riesgo de pérdida fetal.

d) Aunque existe literatura contradictoria al respecto, en pacientes portadores de cerclaje, actualmente no se recomienda su retirada si la paciente se mantiene estable.

e) Una vez estabilizada la paciente y según la edad gestacional, deberá optarse por un traslado in útero, si el centro no dispusiera de una unidad de cuidados intensivos neonatales adecuada (Cobo y Palacio, 2015).

2.10 Clasificación de la rotura prematura de membranas.

Cerca de término	Entre 35-36 semanas y 6 días
Lejos de término	Entre 24-34 semanas y 6 días
Pre-viable	Menos de 24 semanas (antes del límite de la viabilidad)
Periodo de Latencia	Tiempo transcurrido entre la RPM y el inicio del trabajo de parto
Rotura Prolongada	Tiempo de latencia mayor a 24 horas (Cardozo, 2012)

Adaptada de: Guía Clínica FLASOG, 2011 (De Gracia et al, 2011)

2.11 Finalización gestación según la edad gestacional.

La finalización de la gestación se basará principalmente en la edad gestacional y en el bienestar fetal. En caso de parto instaurado imparable, corioamnionitis, desprendimiento prematuro de placenta o de sospecha de pérdida de bienestar fetal se dejará evolucionar el parto independientemente de la edad gestacional.

2.11.1 Rotura de membranas en embarazo de término.

La rotura prematura de membranas antes del parto ocurre en 8-10% de los embarazos a término. Muchos médicos prefieren la inducción inmediata del parto; los estudios demuestran el aumento del riesgo de morbilidad materna y neonatal adversa con el aumento del tiempo desde la ruptura hasta el nacimiento, otros médicos proponen manejo expectante basados en el aumento de las tasas de

operación cesáreas y en consideración de las preferencias de algunas pacientes para evitar la inducción del parto o el uso de algunos agentes farmacológicos.

El más significativo riesgo materno de la rotura de membranas al término es la infección intrauterina, que aumenta con la duración de la ruptura de membranas. Los riesgos fetales asociados con la ruptura de membranas a término incluyen compresión del cordón umbilical e infección ascendente (Vigil et al, 2011).

El aumento de la duración de la rotura de membrana está asociado con el aumento de la morbilidad materna en 9-12 horas para corioamnionitis, 16 horas para endometritis y 8 horas hemorragia postparto. En la Gestación avanzada, se recomienda inducción sobre la base de que hay poco para ganar entre la madurez fetal y el riesgo de infección por el retraso, el cual aumenta la probabilidad de parálisis cerebral, por tanto, el manejo expectante en pacientes a término es de beneficio limitado. El más grande estudio realizado encontró que la inducción con oxitocina reduce el intervalo entre la ruptura de membranas y el parto al igual que la frecuencia de corioamnionitis, morbilidad febril postparto y tratamiento antibiótico neonatal sin aumentar los nacimientos por cesárea o la infección neonatal (Vigil et al, 2011).

La monitorización de la frecuencia cardiaca fetal debe ser usada para evaluar el estado fetal. La quimioprofilaxis intraparto debe ser iniciada en pacientes con estado desconocido de infección por Streptococo del grupo B o con una historia de cultivo positivo durante el actual embarazo (Vigil et al, 2011).

2.11.2 Rotura prematura de membranas en embarazo pretérmino tardío, 34 a 37 semanas.

Cuando la ruptura prematura de las membranas (RPM) ocurre en cercanías del término del embarazo y que la maduración pulmonar es evidente, la recomendación que surge es que el parto se suceda dentro de las primeras 24 horas, tratando de disminuir el tiempo de latencia. Sobre la base que el tiempo de latencia incrementa las posibilidades de infección perinatal y la compresión del cordón umbilical intrauterino. Siendo la parálisis cerebral una posibilidad ante la infección intrauterina.

En gestaciones entre 34 y 37 semanas el recién nacido tiene un potencial riesgo de dificultad respiratoria, dificultad en la termorregulación y en la lactancia, pero estos riesgos deben estar contrarrestados por el aumento en la incidencia de corioamnionitis asociados al manejo expectante en mujeres con ruptura prematura de membranas. La evidencia histológica de corioamnionitis está presente en hasta un 50% de mujeres que tienen nacimientos prematuramente y a menudo no se asocia con síntomas o signos clínicos. Pero este es un factor de riesgo importante para el neonato en el desarrollo de parálisis cerebral (Marzal et al, 2012).

En todos los pacientes con ruptura prematura de membranas entre 34 y 37 semanas debe ser examinada la edad gestacional cierta, la presentación fetal y el bienestar fetal. Ante la presencia evidente de infección intrauterina, desprendimiento de placenta normoincorta o evidencia de compromiso fetal en nacimiento se debe suceder a la brevedad. Si no efectuó el estudio de presencia de estreptococo grupo B se debe efectuar la profilaxis intraparto.

En pacientes con rotura prematura de membranas se debe efectuar monitoreo electrónico fetal y de actividad intrauterina para evaluar compresión de cordón umbilical.

La decisión del parto está basado en múltiples consideraciones, a saber: edad gestacional, estado fetal y servicio de terapia intensiva neonatal capaz de recibir a ese recién nacido. Se recomienda derivación a centros terciarios con la uteroinhibición correspondientes en situaciones en que no haya una adecuada asistencia neonatal (Vigil et al, 2011).

Al término del embarazo, la rotura de membranas generalmente es seguida de una aparición pronta del parto espontáneo. En grandes estudios aleatorizados, la mitad de las mujeres con rotura de membranas que fueron manejadas expectantes tuvieron parto en las siguientes 5 horas y 95% tuvieron después de las 20 horas de rotura de membranas (Vigil et al, 2011).

2.11.3 Rotura prematura de membranas lejos del término, 24 a 34 semanas

Independiente del manejo dado, la mayoría de las pacientes con Rotura Prematura de Membranas lejos del término de (24-34 semanas) termina la gestación dentro de la primera semana luego de la ruptura (Vigil et al, 2011).

La RPMp lejos del término conlleva riesgos maternos y riesgos fetales. Riesgos maternos y/o fetales:

1. Infección intraamniótica, puede ocurrir entre 13 y 60%. Es mayor a menor edad gestacional, además aumenta con los exámenes vaginales.
2. Desprendimiento de prematuro de placenta puede presentarse entre 4-12%.
3. Infección postparto, puede ocurrir entre 2-13%.

Riesgos fetales:

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

intraventricular, sepsis y muerte neonatal. Por lo tanto son estos los verdaderos riesgos fetales de la Rotura Prematura de Membrana lejos del término.

2. Síndrome de respuesta inflamatorio fetal. Es una entidad descrita hace poco más de una década, pero no está claramente entendida, sin embargo se ha descrito tanto en nacimientos de parto pretérmino y en nacimientos con rotura prematura de membranas, sobre todo lejos del término. Este síndrome es un factor de riesgo para morbilidad y mortalidad a corto plazo después del ajuste para la edad gestacional al nacimiento, además para el desarrollo de secuelas posterior como displasia broncopulmonar y daños cerebrales.
3. Compresión del cordón y prolapso del cordón umbilical. La compresión del cordón obviamente es más frecuente a menor cantidad de líquido amniótico. Esta condición se debe tener muy presente al realizar las monitorizaciones fetales electrónicas en vista que con gran frecuencia se observan desaceleraciones variables o umbilicales. En cuanto el prolapso de cordón la evaluación vaginal inicial debe descartar esta complicación y por supuesto se mantiene la posibilidad de prolapso del cordón umbilical si se mantiene el manejo conservador.
4. Oligohidramnios. La cuantificación del líquido amniótico luego de la Rotura Prematura de Membranas usando el índice del líquido amniótico, con valores inferiores a 5 cm se ha asociado con periodos cortos de latencia y con algunos riesgos neonatales, pero no con riesgos maternos o infección neonatal. Sin embargo el valor predictivo de un índice de líquido amniótico bajo para efectos adversos es pobre y no debe ser usado para el manejo de la Rotura Prematura de Membranas (Vigil et al, 2011).

La decisión para la terminación del embarazo depende básicamente de tres factores: edad gestacional, condición fetal, y de la capacidad de atención que tiene el hospital donde ocurre el nacimiento. Con edades gestacionales entre 24 y 34 semanas parece haber mayor beneficio dando manejo conservador al embarazo,

obviamente administrando corticoides y antibióticos. Sin embargo hay que hacer una diferenciación según la edad gestacional (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Para embarazadas entre las 24 y 30 semanas y ausencia de signos de infección existe un mayor beneficio del manejo conservador y aún más que en muchos hospitales de América Latina la posibilidad de sobrevida está muy disminuida. Sin embargo se debe tener presente la mayor posibilidad de corioamnionitis con el manejo conservador. En cambio cuando la edad gestacional es entre 31 y 34 semanas la evidencia y opinión de expertos es controversial. Para algunos la conducta debe ser la interrupción y para otros se debe evaluar la posibilidad de dar un manejo conservador. La mejor decisión es probablemente dar manejo conservador a estas edades gestacionales hasta que inicia labor de parto. Definitivamente ante la sospecha de infección intra-amniótica, signos de compromiso fetal o evidencia de maduración pulmonar la mejor conducta es la interrupción (Ministerio de Salud Pública, 2015).

2.11.4 Rotura prematura de membranas antes de las 24 semanas.

- ✚ La ruptura prematura de membranas previsible (antes de 24 semanas de gestación) confronta al médico y al paciente con un dilema difícil. Las pacientes deben ser aconsejadas acerca del impacto para la madre y el neonato del parto inmediato y los riesgos y beneficios del manejo expectante. El manejo debe incluir una aproximación real de los resultados neonatales, incluyendo la disponibilidad de monitoria obstétrica y las facilidades de cuidado intensivo neonatal. La decisión del parto está basada en la edad gestacional y el estado fetal y el tiempo considerado óptimo, varía entre instituciones (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Los estudios muestran que la supervivencia aumenta con la edad gestacional de la rotura de membranas y el peso al nacer. Esto podría indicar que la latencia es un factor importante en la supervivencia neonatal de estos pacientes. Sin embargo, aparecen varios factores que aumentan la morbilidad y la mortalidad fetal. El debate se ha enfocado en las consideraciones reconocidas e hipotéticas alrededor del riesgo de la infección perinatal (corioamnionitis, infección materna, sepsis neonatal, leucomalasia periventricular y alteraciones del desarrollo), riesgos de oligohidramnios (compresión del cordón, hipoplasia pulmonar y broncodisplasia broncopulmonar), y mortinato (abruptio de placenta y accidentes de cordón). El reconocimiento de estas complicaciones ha permitido esfuerzos para evaluar los manejos y posibles intervenciones para disminuir la morbilidad y mortalidad de la madre y el feto (Ministerio de Salud Pública, 2015).

En los estudios, el 24-71% requieren parto como resultado de amnionitis y más del 50% de las pacientes tiene el nacimiento en la primera semana de evaluación expectante. La mortalidad perinatal es alta (34-75%). Los riesgos más significativos del feto están relacionados con la prematuridad (Ministerio de Salud Pública, 2015).

En edad gestacional menor de 16 semanas, el diagnóstico es difícil y la clínica requiere el apoyo de la evaluación ecográfica la historia típica de ruptura de membranas no es tan clara y si se observa líquido amniótico ausente o muy reducido, debe excluirse la agenesia renal o la obstrucción de la vía urinaria. La mayoría de los protocolos ofrecen terminación del embarazo en esta situación. Si hay algún signo de corioamnionitis en la madre: fiebre, secreción vaginal anormal, aumento del recuento de glóbulos blancos u otros reactivos de fase aguda (VES, proteína C Reactiva), deben ser dados antibióticos para reducir el riesgo de sepsis materna (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Entre las 16-24 semanas de embarazo, el pronóstico continua siendo pobre pero con alguna mayor esperanza. La serie de casos publicada muestran que las tasas de supervivencia pueden ser tan altas como 46%. Sin embargo estos datos deben ser interpretados con precaución dado que la supervivencia es mejor en el extremo superior de este rango de edad gestacional. La infusión de líquido amniótico ha sido propuesta como un posible tratamiento; sin embargo, el líquido es expulsado después de la infusión y a menudo se debe repetir el procedimiento con una punción transabdominal que aumenta la probabilidad de infección y de parto pretérmino. La profilaxis usando antibióticos para prolongar la latencia y una dosis simple de esteroides antenatal puede ayudar a reducir el riesgo de infección y la morbilidad neonatal dependiente de la edad gestacional (Ministerio de Salud Pública, 2015).

2.11.5 Rotura de membranas post amniocentesis.

La amniocentesis en la actualidad es un procedimiento invasivo seguro en manos experimentadas. La pérdida de líquido amniótico posterior al procedimiento ocurre en el 1 al 2% de los casos dentro de las siguientes 24-48 horas. Sin embargo este riesgo aumenta cuando se realiza la amniocentesis antes de las 15 semanas de gestación. En el 90% de los casos la pérdida de líquido es escasa y la evolución es satisfactoria y auto limitada antes de siete días con reposo y manejo expectante, asociándose a un buen resultado perinatal con recuperación satisfactoria del volumen del líquido amniótico. Si la pérdida de líquido se prolonga por más de 2 semanas, disminuye la probabilidad de cierre espontáneo asociándose a mal pronóstico (Vigil et al, 2011).

En general se estima que el riesgo de pérdida del embarazo posterior a la salida de líquido postamniocentesis es de 0,06%, sin embargo en esta cifra incluye

la experiencia del operador, número de puntuaciones, presencia de sangrado vaginal y cantidad de pérdida de líquido amniótico.

En la actualidad se propone un método de sellado de las membranas amnióticas cuando hay rotura iatrogénica de membranas como la amniocentesis, en ausencia de infección y cuando a pesar del manejo expectante persiste la pérdida de líquido. Este procedimiento se conoce como “amniopatch” (parche amniótico) y consiste en la infusión intra-amniótica de plaquetas seguido de crioprecipitado, con la finalidad de restablecer el vínculo amniocorial, siendo esta terapia una alternativa terapéutica para prolongar el embarazo y mejorar el pronóstico perinatal (De Gracia et al, 2011).

2.12 Complicaciones.

El riesgo de la enfermedad febril aumenta a mayor periodo de latencia. En pacientes de término se ha visto que cuando la ruptura de membranas dura más de 24 horas, el 24% se infectan y cuando la duración es mayor de 72 horas, aumenta la mortalidad perinatal. El índice de cesáreas y endometritis en la madre es mayor cuando hay Rotura Prematura de Membranas, y cuando se realiza una cesárea a una paciente con RPM, la probabilidad de endometritis alcanza un 58%. La prematurez y la infección neonatal son otras de las complicaciones que acompañan a la Rotura Prematura de Membranas. El neonato prematuro tiene alto riesgo de presentar sepsis, neumonía, síndrome de dificultad respiratoria y secuelas neurológicas; además cuando hay oligoamnios severo durante un tiempo prolongado y a una edad gestacional temprana, menor de 25 semanas, se puede producir hipoplasia pulmonar y deformidades de la cara y de las extremidades del feto, lo cual se conoce como consecuencia Potter, que se asocia con una morbimortalidad neonatal alta.

Recientemente se están evaluando los efectos a largo plazo de la infección perinatal. La hipótesis es que los mediadores de la inflamación, se asocian con daño cerebral aún en ausencia de sepsis franca, y se ha visto que estos están elevados después de la Rotura Prematura de Membranas y en el trabajo de parto prematuro (Botero et al, 2015).

2.13 Evolución y pronóstico

Esta patología incrementa significativamente la morbimortalidad materno neonatal. El manejo de Rotura Prematura de Membranas depende de la edad gestacional.

En embarazos menores a 24 semanas o previables el manejo expectante no se justifica (una vez que se ha confirmado el diagnóstico mediante todos los estudios disponibles) por lo que la interrupción del embarazo es recomendable, en virtud del pronóstico neonatal desfavorable y el riesgo elevado (García, et al, 2010).

El embarazo entre 24 a 34 semanas 6 días, la recomendación es el manejo expectante con maduración pulmonar fetal y antibióticos terapia profiláctica para mejorar el pronóstico neonatal y disminuir la morbimortalidad materna (Vigil et al, 2011). En Embarazos de 35 semanas o más se sugiere terminación del embarazo (Romero et al, 2010).

Los pacientes en trabajo de parto con evidencia de corioamnionitis, compromiso fetal, muerte fetal, desprendimiento normoplacentario y de 35 semanas de edad gestacional o más, requieren nacimiento inmediato (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2011). La rotura prematura de membranas puede ocurrir en cualquier embarazada, siendo el manejo efectivo y oportuno la estrategia para disminuir la morbimortalidad materno neonatal.

2.14 Tratamiento.

En todos los casos se debe descartar la presencia de corioamnionitis, de malformaciones mayores incompatibles con la vida y de sufrimiento fetal por compresión del cordón o por abruptio placentario.

2.14.1 Rotura Prematura de Membranas en pacientes con edad gestacional de 37 o más semanas.

Si no hay contraindicación obstétrica se iniciará inmediatamente inducción con oxitocina sea o no favorable el cuello, pues se ha visto que las pacientes con membranas rotas responden más fácilmente a ésta. La conducta activa con oxitocina es beneficiosa en comparaciones con la conducta expectante, y que el manejo activo con ésta parece ser superior al uso prostaglandina y además, estas últimas están contraindicadas en esta complicación. Cuando la paciente lleva más de 24 horas con membranas rotas y no ha iniciado trabajo de parto espontáneo y el cérvix es desfavorable para inducción, se debe remitir a un segundo nivel de atención para su tratamiento. No se utilizarán antibióticos profilácticos ni durante el trabajo de parto ni después, a no ser que se practique cesárea.

Antes de iniciar la inducción se debe de practicar un monitoreo electrónico fetal, el cual se debe de repetir cuando la paciente tenga trabajo de Parto, para asegurarse que no hay sufrimiento fetal, ya que el oligoamnios favorece la compresión del cordón. Se debe evitar al máximo los tactos vaginales para no favorecer la infección (Botero et al, 2015).

2.14.2 Paciente con edad gestacional menor de 37 semanas.

Se debe tener claro que no se debe practicar tacto vaginal si la paciente no tiene trabajo de parto, pues se ha encontrado que está aumentando el riesgo de infección y acorta el periodo de latencia (Botero et al, 2015).

2.14.3 Paciente con edad gestacional entre 20-24 semanas.

Si tiene trabajo de parto se dejará evolucionar, explicándole a la madre que no es posible frenar el proceso debido al alto riesgo de que en ese momento tenga una infección. Si no tiene trabajo de parto, se le explicará a la madre la baja posibilidad que existe de alcanzar una edad gestacional viable, las posibles secuelas de un niño con prematuridad extrema, el riesgo de que ocurra una consecuencia Potter (deformidades de las extremidades y craneofaciales por compresión física que inhibe el crecimiento y movimiento del feto, e hipoplasia pulmonar) por el oligoamnios y el riesgo alto que tiene la madre de infectarse, para que ella tome la decisión de continuar o no con el embarazo. Si la paciente decide terminar su embarazo se hará inducción con oxitocina, si no se hará manejo expectante, en ambos casos se remitirá para su tratamiento en el nivel adecuado (Botero et al, 2015).

2.14.4 Paciente con edad gestacional entre 25-35 semanas

Si hay trabajo de parto, se inicia útero inhibición, se aplica la primera dosis de esteroides para maduración pulmonar, y se remite a un hospital que cuente con unidad de cuidados intensivos neonatales. El objetivo de la uteroinhibición es evitar el parto de un prematuro en un nivel sin recursos para manejarlos. Si no tiene trabajo de parto no requiere uteroinhibición, se aplica la primera dosis de maduración pulmonar y se remite a un tercer nivel. Allí se comprobará la edad gestacional y si ésta es menor de 34 semanas y no hay signos de infección ni de sufrimiento fetal,

se hará manejo expectante con vigilancia materno fetal estrecha hasta las 34 semanas, o antes si se documenta madurez pulmonar, cuando se terminará el embarazo. En dicho hospital, si el embarazo es de 34 semanas y la paciente ha iniciado trabajo de parto, se suspende la uteroinhibición y se deja progresar, debido a que una de las causas de inicio de trabajo de parto podría ser una infección amniótica subclínica, que pesa más en este momento que el riesgo de prematuridad (Botero et al, 2015).

2.15 Antibióticos profilácticos en Rotura Prematura Membranas Pretérmino.

Aunque en muchas instituciones se utilizan en el manejo expectante de la RPM pretérmino va a depender de la institución de salud ya que hasta el momento no se han implementado su uso en los protocolos, debido a que existen dudas sobre su validez metodológica de los estudios que respaldan su utilidad en la disminución de la morbilidad neonatal (Botero et al, 2015).

2.15.1 Corioamnionitis.

La corioamnionitis clínica es un síndrome asociado con invasión microbiana de la cavidad uterina durante el embarazo, que se manifiesta con dos de los siguientes signos o síntomas: fiebre materna, dolor uterino, secreción maloliente por vagina, taquicardia materna y fetal, leucocitosis materna en presencia de ruptura prematura de membranas-

La corioamnionitis subclínica es la presencia de microorganismos en el líquido amniótico sin presencia de signos y síntomas de infección; se comprueba con una muestra de líquido amniótico obtenida por amniocentesis que demuestre bacterias o leucocitos (Botero et al, 2015).

Si se hace el diagnóstico de corioamnionitis tanto clínica como subclínica, se debe terminar el embarazo independientemente de la edad gestacional e iniciar antibióticos en forma agresiva así: penicilina cristalina 5 millones por vía intravenosa cada 6 horas, gentamicina 4mg/kg/día cada 24 horas por vía intravenosa diluida en 100 ml de solución salina. Si no hay contraindicación para parto vaginal y no se ha iniciado trabajo de parto, se iniciará inducción con oxitocina con bomba de infusión. Si a las 8 horas no se ha logrado obtener un buen trabajo de parto, ni se han logrado cambios en el cuello, o hay signos de sufrimiento fetal, se hará cesárea. En caso de requerir cesárea por otra indicación obstétrica o por falla en la inducción, se debe agregar al esquema anterior metronidazol 1 g intravenoso cada 8 horas u ornidazol un gramo cada 24 horas, o reemplazar la penicilina por clindamicina 900 mg I.V. cada 8 horas. Otro esquema alternativo es ampicilina sulbactam 3 g I.V. cada 6 horas.

Debe quedar claro que la vía del parto ideal en estas pacientes es la vaginal, con la cesárea se aumenta el riesgo de endometritis, infección de la herida, peritonitis y absceso pélvico (Botero et al, 2015).

2.15.2 Profilaxis para estreptococo del grupo B.

Si es posible realizar el cultivo para estreptococo del grupo B (estreptococo agalactie) muestra tomada de vagina y recto, y el resultado es positivo, la paciente debe recibir tratamiento antibiótico profiláctico durante el trabajo de parto, si es negativo no lo requiere. Si no es posible realizar el cultivo y la paciente tiene RPM pretérmino debe recibir la profilaxis durante el trabajo de parto. Las pacientes con RPM y embarazo de término que no tienen cultivo para estreptococo no la requieren. Se debe tener en cuenta que el antibiótico se debe iniciar antes de 4 horas del parto.

Esta profilaxis se hace con penicilina cristalina 5 millones de unidades I.V. dosis inicial, luego 2.5 millones de unidades I.V. inicialmente y luego un gramo I.V. cada 4 horas hasta el parto, pero tiene el inconveniente de que su uso ha generado aumento en la sepsis neonatal temprana por E. Coli resistente a ampicilina. En caso de alergia a la penicilina se utilizará clindamicina 900 mg I.V. cada 8 horas. Si se documenta resistencia a la clindamicina se inicia Vancomicina 1 g. I.V. cada 12 horas (Botero et al, 2015).

El tratamiento de la Rotura Prematura de Membranas es conservador si el embarazo tiene menos de 37 semanas y debe prolongarse con la finalidad de que el feto madure:

- ✚ Reposo en cama, hospitalización
- ✚ Pruebas de madurez fetal a medida que el feto se acerca a las 34 semanas
- ✚ Corticoesteroides para promover la madurez pulmonar fetal
- ✚ Monitoreo fetal durante las primeras horas que siguen a la rotura
- ✚ Continuar la prueba sin estrés para monitorear al feto
- ✚ Pueden administrarse antibióticos si se sospecha infección o si ésta se confirma
- ✚ El feto nace por vía vaginal o por cesárea si se observan síntomas de infección. (Johnson, 2011)

2.16 Intervenciones de enfermería.

- ✚ aconsejar a la mujer que repose sobre su lado izquierdo para promover una perfusión uterina y placentaria óptima
- ✚ Interrogar a la paciente sobre el momento de la rotura y el inicio del trabajo de parto (si es el caso) para determinar el tiempo que ha pasado sin barrera contra los patógenos.

- ✚ Vigilar los signos vitales maternos y la frecuencia cardiaca cada cuatro horas o más a menudo si se observan anomalías
- ✚ Vigilar el recuento leucocitario, la temperatura, frecuencia del pulso y naturaleza del líquido amniótico en busca de signos de infección
- ✚ Apoyar a la mujer y su pareja para prepararse ante un posible nacimiento prematuro. (Johnson, 2011)

2.17 Estudios Relacionados.

Rotura prematura de membranas pretérmino: consideraciones y controversias. Presentan un caso gestacional gemelar bicorial biamniótica con ruptura prematura de membranas al límite de la viabilidad fetal. Se adoptó una actitud expectante, produciéndose una corioamnionitis tras un periodo de 3 semanas. Se asistió al parto de 2 niñas cuya evolución al año de vida parece ser favorable. Existen múltiples controversias no resueltas sobre la mejor conducta en estos casos, particularmente con relación a cuánto finalizar la gestación. Asimismo, cabe destacar las dificultades del diagnóstico de esta complicación en las gestaciones múltiples, así como la complejidad del seguimiento en estos casos, siendo necesario definir protocolos específicos para su manejo (Trilla, et al, 2012).

Roturas prematuras de membranas y partos pretérmino en gestantes de Puerto Padre. Se realizó un estudio prospectivo y transversal en la maternidad del Hospital “Guillermo Domínguez López”, en el municipio de Puerto Padre, durante el año 2013, para caracterizar variables relacionadas con las roturas prematuras de membranas y los partos pre término en gestantes asistidas en la institución. La muestra estuvo constituida por 36 gestantes diagnosticadas con roturas prematuras de membranas de partos pre término. Los resultados se recopilaron en un formulario creado al efecto y se analizaron utilizando la estadística descriptiva. En las pacientes predominó la infección vaginal como factor de riesgo, con 34 casos, para

el 94.4%; los partos pretérmino ocurrieron entre las 27 y 33.6 semanas; cinco recién nacidos tuvieron peso entre 1500 a 1999 gramos, para el 15.9% seguido de cuatro con un peso de 2000 a 2499 gramos, para el 11.1% (Torres et al, 2014).

3 METODOLOGÍA

Diseño Metodológico

Descriptivo porque tienen como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables y proporcionar su descripción, Transversal porque recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único y su propósito es describir variables y analizar si incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández, 2014); Cuantitativo porque los resultados se presentan con datos numéricos y Retrospectivo porque recolecta datos en tiempo pasado. (Canales, 2011).

Universo y Muestra

El universo de estudio está compuesto por 30 gestantes diagnosticadas con rotura prematura de membrana del Hospital General “Jorge Soberón” de Iguala de la Independencia Gro, de la Secretaria de Salud. La muestra es a conveniencia, ya que se tomara en cuenta a las mujeres gestantes que se atendieron en los meses de abril, mayo, junio y julio del 2017 y para conocer la incidencia y prevalencia se tomó en cuenta los datos estadísticos del 1° de Enero 2016 al 31 de Julio 2017 de las gestantes que presentaron rotura prematura de membranas en el hospital.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión

- Mujeres gestantes con ruptura prematura de membranas
- Consentimiento informado por la gestante

Criterios de exclusión

- Gestantes que no deseen participar en el estudio de investigación y que no se cuente con el consentimiento informado

Criterios de eliminación

- Cuestionarios incompletos.

Operacionalización de las variables

Variable	Definición		Dimensiones	Indicador	Escala de medición
	Conceptual	Operacional			
Factores de riesgo de rotura prematura de membranas.	La rotura prematura de membranas (RPM): se define como la pérdida espontánea de continuidad de las membranas ovulares, una hora antes del inicio del trabajo de parto y RPM pretérmino (RPMp) es aquella que se presenta antes de la semana 37 de gestación.	La Rotura espontánea de membranas previa al inicio del parto se considera como una ruptura prematura	Socio Demográficas (aborda los aspectos generales)	Edad Estado civil Nivel de educación Religión	13 años 14 años 15 años 16 años 17 años 18 años 19 años Casada Soltera Unión libre Divorciada Viuda Primaria Secundaria Preparatoria Profesional Nivel Tecn. Analfabeta Católica Testigo Jehová Protestante Cristianos Otros

<p>Conocimiento de los factores de riesgo de Rotura Prematura de Membranas.</p>	<p>Hace referencia a las causas que originan todos los factores de riesgo en la rotura prematura de membranas en las gestantes.</p>	<p>Conocimiento de factores de riesgo de la mujer gestante de rotura prematura de membranas</p>	<p>Datos analíticos (aborda los aspectos específicos de la investigación)</p>	<p>Nivel socioeconómico</p> <p>Paridad</p> <p>Problemas sociales</p> <p>Sangrado anteparto</p> <p>Peso corporal</p> <p>Enfermedad de transmisión sexual.</p> <p>Complicaciones</p>	<p>Bajo Medio Alto</p> <p>1 hijo 2 Hijos 3 hijos 4 hijos 5 hijos 6 hijos Más de 6 hijos</p> <p>Fumas Alcoholismo Drogadicción Prostitución Otra.</p> <p>Si No</p> <p>Kilogramos</p> <p>SI No Cuales</p> <p>Deficiencia nutricional Enf. Tejido conectivo Antecedentes de conización Cervicovaginitis Amenaza de parto pretérmino Antecedentes de PRMp Amniocentesis Infecciones urinarias</p>
---	---	---	---	--	---

					Embarazo múltiple Distensión uterina por polihidramnios Sangrado vaginal en segundo o tercer trimestre. Multiparidad Otras.
--	--	--	--	--	---

Material y método

Instrumento (cuestionario): Fue dirigida para conocer los factores de riesgo de la gestante de ruptura prematura de membranas. El cuestionario fue estructurado en 2 apartados conteniendo en la fase descriptiva 4 preguntas cerradas y en la fase analítica contiene 7 preguntas y una breve introducción de la finalidad del estudio.

Trabajo de campo: Se programaron entrevistas previas con los responsables de la institución de salud y con las gestantes para obtener su aprobación y colaboración, así como se observó la ética y la confiabilidad de las respuestas sobre los factores de riesgo de rotura prematura de membranas en la mujer gestante de Se aplicar una prueba piloto para validar su validez y confiabilidad. El cuestionario será perfeccionado a través de la validación de una prueba piloto aplicado al 10% de las gestantes detectando si comprendieron la pregunta y si existen errores realizando los ajustes necesarios, posteriormente se volverá aplicar la encuesta al mes para validar nuevamente la pertinencia del mismo y poder aplicarla al universo de estudio.

La recolección de los datos de las mujeres gestantes se realizará en el Hospital General “Jorge Soberón” de la Secretaria de Salud de Iguala de la Independencia, Gro., se les explicara el propósito del estudio y participaran dando

su consentimiento informado por parte de la gestante, posteriormente contestaran las preguntas, sin presiones de los encuestadores.

Análisis de los datos.

De acuerdo a las variables consideradas se realizará el siguiente plan de análisis.

Para determinar los factores de riesgo de la rotura prematura de membranas se utilizaran modelos matemáticos como la estadística descriptiva para analizar los datos del estudio.

Ética del estudio.

Para este trabajo se consideraron los aspectos éticos del Reglamento de la Ley General de salud en Materia de Investigación (1987), de acuerdo al Título Segundo, Capítulo 1, Artículo 13, en el que se establece que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá de prevalecer el criterio de respeto a su dignidad, la protección a sus derechos y bienestar. De acuerdo con la fracción V, se obtendrá el consentimiento informado del director de la de la institución de salud y de las mujeres gestantes que participaran en esta investigación.

Principios éticos para las investigaciones de salud en seres humanos.

Toda investigación en seres humanos debiera realizarse de acuerdo con tres principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia. En forma general, se concuerda en que estos principios –que en teoría tienen igual fuerza moral– guían la preparación responsable de protocolos de investigación. Según las circunstancias, los principios pueden expresarse de manera diferente, adjudicárseles diferente peso moral y su aplicación puede conducir a distintas

decisiones o cursos de acción. Las presentes pautas están dirigidas a la aplicación de estos principios en la investigación en seres humanos.

El **respeto por las personas** incluye, por lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales:

a) Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación; y

b) Protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

La **beneficencia** se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación. Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, **no maleficencia** (no causar daño).

La **justicia** se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido. En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la **justicia distributiva**, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación. Diferencias en la distribución de cargas y beneficios se justifican sólo si se basan en distinciones moralmente relevantes entre las personas; una de estas distinciones es la vulnerabilidad. El término "vulnerabilidad" alude a una incapacidad sustancial para proteger intereses

propios, debido a impedimentos como falta de capacidad para dar consentimiento informado, falta de medios alternativos para conseguir atención médica u otras necesidades de alto costo, o ser un miembro subordinado de un grupo jerárquico. Por tanto, se debiera hacer especial referencia a la protección de los derechos y bienestar de las personas vulnerables.

La justicia requiere también que la investigación responda a las condiciones de salud o a las necesidades de las personas vulnerables. Las personas seleccionadas debieran ser lo menos vulnerables posible para cumplir con los propósitos de la investigación. El riesgo para los sujetos vulnerables está más justificado cuando surge de intervenciones o procedimientos que les ofrecen una esperanza de un beneficio directamente relacionado con su salud. Cuando no se cuenta con dicha esperanza, el riesgo debe justificarse por el beneficio anticipado para la población de la cual el sujeto específico de la investigación es representativo.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación se presentan los resultados de la encuesta que se aplicó en la población objeto de estudio para identificar los factores de riesgo en la Rotura Prematura de Membranas en las mujeres gestantes del Hospital General “Jorge Soberón Acevedo”.

Datos sociodemográficos.

Cuadro No. 4.1 Edad

Edad	Fo	%
14-16 años	4	13
17-19 años	6	20
20-22 años	2	7
23-25 años	3	10
26-28 años	3	10
29-31 años	3	10
32-34 años	3	10
35-37 años	1	3
38-40 años	3	10
41-43 años	2	7
Total	30	100%

Fuente: Cuestionario para identificar los Factores de Riesgo de Rotura Prematura de Membranas en la mujeres gestantes del Hospital General “Jorge Soberón Acevedo” de la Secretaria de Salud de Iguala de la Independencia, Gro. N=30

En relación a los datos obtenidos se encontró en primer lugar que el 20% de las pacientes con rotura prematura de membranas tienen 17 a 19 años y en segundo lugar un 13% tienen de 14 a 16 años de edad. Es importante mencionar que las gestantes adolescentes presentan un mayor riesgo de presentar esta complicación por una inadecuada atención prenatal y por la presencia de infecciones, coito, y tabaquismo.

Cuadro No. 4.2 Estado Civil

Estado civil	Fo	%
Soltera	17	57
Casada	1	3
Unión libre	11	37
Divorciada	1	3
Viuda	0	0
Total	30	100%

Fuente: Cuestionario para identificar los Factores de Riesgo de Rotura Prematura de Membranas en la mujeres gestantes del Hospital General “Jorge Soberón Acevedo” de la Secretaría de Salud de Iguala de la Independencia, Gro. N=30

De acuerdo al Estado Civil de la población en estudio refieren en primer lugar con un 57% que son solteras, el 37% ese encuentran en unión libre con sus parejas y el 3% están casadas y divorciadas respectivamente. Lo que provoca un problema socioeconómico porque no cuentan con el apoyo de su pareja durante su embarazo, lo que condiciona que las gestantes presentes problemas psicológicos y sociales. Además durante su embarazo tiende a sufrir de soledad y suele sentirse acosado

por dudas y preocupaciones acerca de su futuro y por consiguiente no tienen un control adecuado durante su embarazo por la falta de educación sexual.

Cuadro No. 4.3 Nivel Educativo

Nivel educativo	Fo	%
Primaria	8	27
Secundaria	9	30
Preparatoria	11	37
Profesional	1	3
Nivel técnico	0	0
Analfabeta	1	3
Total	30	100%

Fuente: Cuestionario para identificar los Factores de Riesgo de Rotura Prematura de Membranas en la mujeres gestantes del Hospital General “Jorge Soberón Acevedo” de la Secretaria de Salud de Iguala de la Independencia, Gro. N=30

De acuerdo a su nivel de escolaridad de las pacientes con rotura prematura de membranas, el 37% cuenta con preparatoria, el 30% secundaria y el 27% tiene la primaria. La educación es importante porque estos resultados demuestran que no están informadas o que no tienen los conocimientos necesarios para evitar los embarazos no deseados y por consiguiente no llevan un control adecuado de atención prenatal, y presentan complicaciones durante su embarazo por la falta de conocimientos.

Cuadro No. 4.4 Religión

Religión	Fo	%
Católica	26	87
Testigo de Jehová	3	10
Ninguna	1	3
Total	30	100%

Fuente: Cuestionario para identificar los Factores de Riesgo de Rotura Prematura de Membranas en la mujeres gestantes del Hospital General “Jorge Soberón Acevedo” de la Secretaria de Salud de Iguala de la Independencia, Gro. N=30

De la muestra en estudio el 87% es católica, el 10% son testigos de Jehová.

Datos Analíticos

Cuadro No. 4.5 Nivel Socioeconómico

Nivel socioeconómico	Fo	%
Bajo	17	57
Medio	13	43
Alto	0	0
Total	30	100%

Fuente: Cuestionario para identificar los Factores de Riesgo de Rotura Prematura de Membranas en la mujeres gestantes del Hospital General “Jorge Soberón Acevedo” de la Secretaria de Salud de Iguala de la Independencia, Gro. N=30

De acuerdo a los datos encontramos que la mayoría de las gestantes con rotura prematura de membranas tienen un nivel económico bajo y medio. Dejándolas más expuestas a presentar complicaciones durante su embarazo por una mala higiene personal y deficiente alimentación porque no cuenta con los suficientes recursos económicos, esto incrementa el riesgo de parto pretérmino principalmente en el 1° y 2° trimestre de la gestación y el riesgo incrementa con la severidad del déficit de hemoglobina durante el embarazo.

Cuadro No. 4.6 Paridad

Paridad	Fo	%
1 hijo	11	37
2 hijos	6	20
3 hijos	9	30
4 hijos	2	7
5 hijos	1	3
6 hijos	0	0
Más de 6 hijos	1	3
Total	30	100%

Fuente: Cuestionario para identificar los Factores de Riesgo de Rotura Prematura de Membranas en las mujeres gestantes del Hospital General “Jorge Soberón Acevedo” de la Secretaría de Salud de Iguala de la Independencia, Gro. N=30

De acuerdo a los datos obtenidos en relación a la paridad en pacientes con rotura de membranas, se encontró que el 37% tiene un hijo, el 30% tiene 3 y el tercer lugar con un 20% cuenta con 2 hijos. Es importante enfatizar sobre la necesidad de la prevención de las alteraciones que afectan la gestación en todos

los niveles de atención, debido a que los nacimientos prematuros son un gran problema a nivel mundial y la rotura prematura de membranas contribuyen en acerca de un tercio a esa prematuridad, para reducir la morbilidad materna proporcionando una atención de calidad en todos los niveles de atención obstétrica.

Cuadro No. 4.7 Problemas sociales

Problemas sociales	Fo	%
Fumas	3	10
Alcoholismo	3	10
Drogadicción	0	0
Prostitución	0	0
Ninguna	24	80
Total	30	100%

Fuente: Cuestionario para identificar los Factores de Riesgo de Rotura Prematura de Membranas en la mujeres gestantes del Hospital General “Jorge Soberón Acevedo” de la Secretaria de Salud de Iguala de la Independencia, Gro. N=30

La mayoría de la población en estudio refiere no tener problemas sociales como es la drogadicción, alcoholismos, prostitución y tabaquismo; solo un 10% refiere ser alcohólica y fuma respectivamente siendo estos un factor de riesgo para presentar en la mujer gestante complicaciones como es la rotura prematura de membranas durante su embarazo. Es importante mencionar que el tabaco tiene relación con la respuesta inflamatoria. La reducción /supresión del tabaco durante la gestación disminuye el riesgo de parto pretérmino

Cuadro No. 4.8 Has tenido sangrado anteparto

Sangrado	Fo	%
Si	6	20
No	24	80
Total	30	100%

Fuente: Cuestionario para identificar los Factores de Riesgo de Rotura Prematura de Membranas en la mujeres gestantes del Hospital General “Jorge Soberón Acevedo” de la Secretaria de Salud de Iguala de la Independencia, Gro. N=30

En relación a los resultados obtenidos se encontró que el 20% de las gestantes presentaron sangrado anteparto, siendo este un factor de riesgo en la rotura prematura de membranas en el embarazo. Las principales complicaciones que puede presentar son aborto, placenta previa, aumento moderado o severo de la pérdida de sangre que esté le provoque anemia a la paciente e infecciones.

Cuadro No. 4.9 Has tenido alguna enfermedad de trasmisión sexual

ETS	Fo	%
Si	2	7
No	28	93
Total	30	100

Fuente: Cuestionario para identificar los Factores de Riesgo de Rotura Prematura de Membranas en la mujeres gestantes del Hospital General “Jorge Soberón Acevedo” de la Secretaria de Salud de Iguala de la Independencia, Gro. N=30

Cuadro No. 4.10 Tipo de enfermedad de transmisión sexual

ETS	Fo	%
VIH	1	3
Gonorrea	1	3
Ninguna	28	94
Total	30	100

Fuente: Cuestionario para identificar los Factores de Riesgo de Rotura Prematura de Membranas en la mujeres gestantes del Hospital General “Jorge Soberón Acevedo” de la Secretaria de Salud de Iguala de la Independencia, Gro. N=30

De la muestra en estudio se encontró que el 7% de las pacientes presentaron enfermedades de transmisión sexual (cuadro 4.10) y de estas el 3% presento Gonorrea y el otro 3% VIH. Estas enfermedades representan un riesgo importante para la mujer antes del embarazo, para la mujer gestante y para el neonato, es importante mencionar que las enfermedades de transmisión sexual son elevadas en adolescentes y por tanto representa un factor de riesgo en los embarazos.

Cuadro No. 4.11 Complicaciones de la mujer gestante

Escolaridad	Fo	%
Deficiencias nutricionales	3	10
Enf. Tejido conectivo	0	0
Antecedentes de conización	0	0
Cervicovaginitis	11	37
Amenaza de parto pretérmino	3	10
Amniocentesis	0	0
Infecciones urinarias	24	80
Embarazo múltiple	6	20
Distens. uterina por polihidramnios	0	0
Sangrado vaginal	6	20
Multiparidad	2	7
Ninguna	3	7
Total	30	100%

Fuente: Cuestionario para identificar los Factores de Riesgo de Rotura Prematura de Membranas en la mujeres gestantes del Hospital General “Jorge Soberón Acevedo” de la Secretaria de Salud de Iguala de la Independencia, Gro. N=30

En relación a la muestra en estudio se encontró que las gestantes que presentaron rotura prematura de membranas el 90% de ellas refieren haber tenido complicaciones y el 10 % menciona que no tuvo ninguna complicación. De las complicaciones que tienen mayor incidencia en esta investigación son: el 80% las infecciones urinarias, 37% cervicovaginitis y embarazo múltiple y sangrado vaginal en un 20% respectivamente.

El riesgo de infección se eleva con la disminución de la edad gestacional al momento de la Rotura Prematura de Membranas y con el tiempo de duración de la

latencia. Por otra parte, dado que la infección es una de las principales complicaciones de la Rotura Prematura de Membranas, es necesario evaluar sus posibles consecuencias para el feto, presentándose una mayor morbilidad neonatal especialmente cuando el periodo de conducta expectante es superior a 7 días provocando un mayor riesgo de parálisis cerebral y displasia broncopulmonar fetal. Tenemos otros trastorno asociados incluyen embarazo múltiple, infección (lo que incluye infección del tracto urinario), cuello uterino incompetente, antecedentes de conización con láser, anomalía del tracto genital en la madre, hemorragia durante el embarazo, antecedentes previos de ruptura prematura de membranas pretérmino, hidramnios, amniocentesis, placenta previa, desprendimiento de placenta o traumatismo. Entre más temprana sea la ocurrencia de Rotura Prematura de Membranas, mayor la posibilidad de morbilidad o mortalidad graves.

Es necesario señalar que la Rotura Prematura de Membranas es una de las causas más frecuentes de prematuridad, siendo responsable de hasta el 40% de los casos, entre ellas, una de la más aceptada es la existencia de algún proceso inflamatorio o infeccioso como origen de la rotura por lo que se considera necesario lograr un mejor control prenatal. Por lo que es importante que las mujeres embarazadas aprendan a detectar los factores de riesgo que puedan desencadenar la ruptura prematura de membranas para reducir la morbilidad en las pacientes por esta causa.

Cuadro No. 4.12 Prevalencia de Rotura Prematura de Membranas en las mujeres gestantes atendidas en el Hospital General “Jorge Soberón Acevedo”.

RPM	Fo	%
Embarazo a término	70	16
38-41 semanas	253	58
34-37 semanas	87	20
24-34 semanas	20	5
Antes de 24 semanas	6	1
Total	436	100%

Fuente: Datos estadísticos del 1° de Enero 2016 al 31 de Julio 2017 de Rotura Prematura de Membranas en la mujeres gestantes del Hospital General “Jorge Soberón Acevedo” de la Secretaria de Salud de Iguala de la Independencia, Gro. N=436

En relación a los datos estadísticos recogidos para conocer la incidencia de la rotura prematura de membranas se encontró en primer lugar que el 58% de ellas presentan esta complicación en la 38-41 semanas de gestación, en segundo lugar el 20% en la 34-37 semanas de gestación y en tercer lugar el 16% en embarazo a término. Es importante mencionar que la etiología es multifactorial y varía con la edad gestacional y debido a las complicaciones materno fetales se considera como un el problema obstétrico de la actualidad debido a que está reportado que el 85% de la morbimortalidad fetal es el resultado de la prematurez.

En el cuadro No. 13 Rotura Prematura de Membranas en embarazo a término el primer lugar lo ocupa las gestantes de 19 años con un 12.85% y de 21, 23. 28 años presentaron esta complicación en un 7.14% respectivamente.

En el cuadro No. 14 Rotura Prematura de Membranas de 38-41 semanas de gestación el primer lugar lo ocupa las gestantes de 20 años de edad con un 11.06% y en segundo lugar las pacientes de 19 y 21 años con un 9.09%.

En el cuadro No. 15 Rotura Prematura de Membranas en embarazo pretérmino tardío de 34-37 semanas el primer lugar es para las pacientes de 19 años con un 8.04% y en segundo lugar con 16, 21, 23, 26 años con un 6.89% respectivamente.

En el cuadro No. 16 Rotura Prematura de Membranas lejos de término de 24.33 semanas de gestación el primer lugar lo ocupa las pacientes de 26 años con un 15% y en segundo lugar las pacientes de 19, 20, 22, 25 y 30 años con un 10% respectivamente y en el Cuadro

No. 17 Rotura Prematura de Membranas antes de las 24 semanas de gestación, el primer lugar lo tienen las pacientes con 20 años de edad con un 33.33%.

Cuadro No. 4.13 Rotura Prematura de Membranas en embarazo a término

Edad	Fo	%
14 años	0	0
15 años	0	0
16 años	2	2.85
17 años	2	2.85
18 años	3	4.28
19 años	9	12.85
20 años	4	5.71
21 años	5	7.14
22 años	3	4.28
23 años	5	7.14
24 años	7	10
25 años	3	4.28
26 años	3	4.28
27 años	2	2.85
28 años	5	7.14
29 años	3	4.28
30 años	3	4.28
31 años	1	1.42
32 años	2	2.85
33 años	2	2.85
34 años	1	1.42
35 años	0	0
36 años	1	1.42
37 años	3	4.28
38 años	0	0
39 años	1	1.42
40 años	0	0
Total	70	99.87%

Fuente: Datos estadísticos del 1° de Enero 2016 al 31 de Julio 2017 de Rotura Prematura de Membranas en la mujeres gestantes del Hospital General “Jorge Soberón Acevedo” de la Secretaria de Salud de Iguala de la Independencia, Gro. N=436

Cuadro No. 4.14 Rotura Prematura de Membranas de 38-41 semanas de gestación.

Edad	Fo	%
14 años	8	3.16
15 años	2	.79
16 años	5	1.97
17 años	12	4.74
18 años	23	9.09
19 años	18	7.11
20 años	28	11.06
21 años	23	9.09
22 años	17	6.71
23 años	15	5.92
24 años	12	4.74
25 años	11	4.34
26 años	11	4.34
27 años	10	3.95
28 años	10	3.95
29 años	6	2.37
30 años	8	3.16
31 años	10	3.95
32 años	5	1.97
33 años	1	0.39
34 años	5	1.97
35 años	2	.79
36 años	2	.79
37 años	0	0
38 años	2	.79
39 años	4	1.58
40 años	0	0
41 años	1	0.39
42 años	1	0.39
43 años	0	0
44 años	0	0
45 años	0	0
46 años	1	0.39
Total	253	99.86%

Fuente: Datos estadísticos del 1° de Enero 2016 al 31 de Julio 2017 de Rotura Prematura de Membranas en la mujeres gestantes del Hospital General “Jorge Soberón Acevedo” de la Secretaria de Salud de Iguala de la Independencia, Gro. N=436

Cuadro No. 4.15 Rotura Prematura de Membranas en embarazo pretérmino tardío de 34-37 semanas.

Edad	Fo	%
14 años	3	3.44
15 años	4	4.59
16 años	6	6.89
17 años	3	3.44
18 años	2	2.29
19 años	7	8.04
20 años	5	5.74
21 años	6	6.89
22 años	2	2.29
23 años	6	6.89
24 años	4	4.59
25 años	4	4.59
26 años	6	6.89
27 años	3	3.44
28 años	1	1.44
29 años	3	3.44
30 años	2	2.29
31 años	2	2.29
32 años	4	4.59
33 años	3	3.44
34 años	3	3.44
35 años	2	2.29
36 años	0	0
37 años	2	2.29
38 años	1	1.44
39 años	1	1.44
40 años	2	2.29
Total	87	100.69%

Fuente: Datos estadísticos del 1° de Enero 2016 al 31 de Julio 2017 de Rotura Prematura de Membranas en la mujeres gestantes del Hospital General “Jorge Soberón Acevedo” de la Secretaria de Salud de Iguala de la Independencia, Gro. N=436

Cuadro No. 4.16 Rotura Prematura de Membranas lejos de término de 24 -33 semanas de gestación.

Edad	Fo	%
17 años	1	5
18 años	0	0
19 años	2	10
20 años	2	10
21 años	0	0
22 años	2	10
23 años	1	5
24 años	1	5
25 años	2	10
26 años	3	15
27 años	1	5
28 años	0	0
29 años	1	5
30 años	2	10
31 años	1	5
32 años	0	0
33 años	1	5
Total	20	100%

Fuente: Datos estadísticos del 1° de Enero 2016 al 31 de Julio 2017 de Rotura Prematura de Membranas en la mujeres gestantes del Hospital General “Jorge Soberón Acevedo” de la Secretaria de Salud de Iguala de la Independencia, Gro. N=436

Cuadro No. 4.17 Rotura Prematura de Membranas antes de las 24 semanas de gestación

Edad	Fo	%
20 años	2	33.33
21 años	1	16.66
22 años	0	0
23 años	1	16.66
24 años	1	16.66
25 años	0	0
26 años	1	16.66
Total	6	99.97%

Fuente: Datos estadísticos del 1° de Enero 2016 al 31 de Julio 2017 de Rotura Prematura de Membranas en la mujeres gestantes del Hospital General “Jorge Soberón Acevedo” de la Secretaria de Salud de Iguala de la Independencia, Gro. N=436

Discusión

A partir del análisis de datos se dan a conocer los factores de riesgo de la rotura prematura de membranas de la muestra, fueron recabados mediante el cuestionario, proporcionaron información relevante que a continuación se mencionan.

De las 30 mures embarazadas con rotura prematura de membranas se encontró en primer lugar que el 20% de las pacientes con rotura prematura de membranas tienen 17 a 19 años y en segundo lugar un 13% tienen de 14 a 16 años de edad. La edad materna se considera uno de los factores determinantes de riesgo gestacional.

De acuerdo a su nivel de escolaridad de las pacientes con ruptura prematura de membranas, el 37% cuenta con preparatoria, el 30% secundaria y el 27% tiene la primaria. La educación es importante para evitar los embarazos no deseados y por consiguiente no llevan un control adecuado de atención prenatal, y presentan complicaciones durante su embarazo por la falta de conocimientos.

De acuerdo a los datos encontramos que la mayoría de las gestantes con rotura prematura de membranas tienen un nivel económico bajo y medio. Dejándolas más expuestas a presentar complicaciones durante su embarazo.

En relación a la paridad en pacientes con rotura de membranas, se encontró que el 37% tiene un hijo, el 30% tiene 3 y el tercer lugar con un 20% cuenta con 2 hijos. Para reducir la morbilidad materna proporcionando una atención de calidad en todos los niveles de atención obstétrica.

La población en estudio refiere solo en un 10% ser alcohólica y fuma respectivamente siendo estos un factor de riesgo para presentar en la mujer

gestante complicaciones como es la rotura prematura de membranas durante su embarazo. En relación a los resultados obtenidos se encontró que el 20% de las gestantes presentaron sangrado anteparto, siendo este un factor de riesgo en la rotura prematura de membranas en el embarazo.

De la muestra en estudio se encontró que el 7% de las pacientes presentaron enfermedades de transmisión sexual, y de estas el 3% presento Gonorrea y el otro 3% Virus del Papiloma Humano. Estas enfermedades representan un riesgo importante para la mujer antes del embarazo.

En relación a la muestra en estudio se encontró que de las gestantes que presentaron rotura prematura de membranas el 90% de ellas refieren haber tenido complicaciones y el 10 % menciona que no tuvo ninguna complicación.

De las complicaciones que tienen mayor incidencia en esta investigación son: el 80% las infecciones urinarias, 37% cervicovaginitis y 20% embarazo múltiple y que han sido un factor de riesgo para que la gestante presente Rotura Prematura de Membranas en las diferentes semanas de gestación. En un estudio realizado por Torres et al (2014) menciona que en estas pacientes predominó la infección vaginal como factor de riesgo, con 34 casos, para el 94.4%; los partos pretérmino ocurrieron entre las 27 y 33.6 semanas.

En relación a los datos estadísticos recogidos a partir del 1° de Enero al 31 de Julio del 2017 de las gestantes que presentaron rotura prematura de membranas, se encontró que en 436 casos el primer lugar fue de 58% presentan esta complicación en la 38-41 semanas de gestación, en segundo lugar el 20% en la 34-37 semanas de gestación y en tercer lugar el 16% en embarazo a término. En relación al número de hijos de las gestantes que presentan esta complicación se encontró que en primer lugar lo ocupan las adolescentes de 14 a 20 años de edad y en segundo lugar las gestantes jóvenes de 21 a 24 años de edad.

V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Después de analizar los resultados obtenidos se concluye que los factores de riesgo plasmados en los objetivos son múltiples, lo que hace pensar que es la interacción de estos la que desata una serie de condiciones que provocan la rotura prematura de membranas como es la edad, nivel educativo, nivel socioeconómico, problemas sociales, el alcoholismo y el tabaquismo, el sangrado anteparto, enfermedades de transmisión sexual (gonorrea y VHI) y complicaciones como son las infecciones urinarias, cervicovaginitis, embarazo múltiple, sangrado vaginal, deficiencias nutricionales, amenaza de parto pretérmino y multiparidad son factores de riesgo que presentaron las gestantes con rotura prematura de membranas.

En conclusión que los objetivos planteados se cumplieron, ya que se identificaron los factores de riesgo que presentan las mujeres gestantes con rotura prematura de membrana del Hospital General “Jorge Soberon Acevedo” de la Secretaria de Salud, de Iguala de la Independencia, Guerrero.

Sugerencias.

Educación sobre la salud sexual y reproductiva en especial a las adolescentes y jóvenes para reducir la morbilidad materno fetal por la rotura prematura de membranas.

Concientizar sobre la importancia que tiene el Control prenatal en las mujeres gestantes para reducir las complicaciones durante el embarazo.

La embarazada debe recibir educación en cuanto a la pérdida de líquido por vía vaginal, sea un chorro continuo o intermitente, saber que debe comunicarlo a la mayor brevedad posible al personal de enfermería o al médico tratante.

VI. BIBLIOGRAFÍA

ACOG Practice Bulletin Number 80. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Premature rupture of membranes. April, 2007.

Amaya, G. J., Rubio R. JA., Arévalo M. L., et al. Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio: sección 3. Infecciones en el embarazo: ruptura prematura de membranas (RPM). Universidad Nacional de Colombia, Alianza CINETS. 2015

Botero J., Jubiz A. y Henao G 2015. Barco B, M.C y Cortés: Obstetricia y Ginecología. Texto Integrado, Novena edición. Corporación para Investigación Biológicas CIB, Fondo Editorial Medellín Colombia, Cap. 22, pág. 879.

Canales H. F. Metodología de la Investigación. 1ra. Edición. México: Editorial Limusa; 2011 pág. 327

Cardozo R. Ruptura Prematura de Membranas Guía de Práctica Clínica 2012. 1: 1-15

Cobo T y Martínez T. M. 2015. Balasch J. Actualización en Obstetricia y Ginecología: Rotura prematura de membranas. Tomo I, Editorial Ergon

Conde A. A, Romero R, Cruzanavic JP, et al. Supplementation with Vitamins C and E during pregnancy for the prevention of preeclampsia and other advance maternal and perinatal outcoms: a sistematic review and metaanalysis. Rev Am J Obstet Ginecol, 2011, 204: 503-512.

Di Renzo, G.C., et al., Guidelines for the management of spontaneous preterm labor: identification of spontaneous preterm labor, diagnosis of preterm premature rupture of membranes, and preventive tholos for preterm birth, J Matern Fetal Neonatal Med, 2011, 24(5): p. 659-67

De Gracia J, Villagómez C, Adame C, y cols. Diagnóstico y tratamiento de la ruptura prematura de membranas pretérmino. México Secretaria de Salud 2011. 7-32

García M. M, Giogertti M., González M., Santori M., Rey P., Pomata J., Meritano J. Embarazo adolescente ¿Una población de riesgo? Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, vol. 29, núm. 4 octubre-diciembre, 2010 pp. 139-143.

Hernández S. R. Metodología de la Investigación, 6ta edición. México: Editorial MC.-Graw-Hill; 2014 pág. 600

Hoyos V, L. M. Ruptura Prematura de Membranas. Recopilaciones de Textos académicos, artículos relacionados con la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) y el cuidado., IPS Universitaria; Clínica de León XIII. Universidad Nacional de Colombia. 2011

Johnson J. Y. Enfermería Materno-Neonatal. Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V. 2011. 314 p.

Marzal A., Díaz C., Perales A. 2012. Matorras R., Remchi G. J., Serra S. V. Casos clínicos de Ginecología y Obstetricia: Rotura prematura de membranas pretérmino. Editorial Médica Panamericana S.A. España.

Ministerio de Salud Pública. Guía de Práctica Clínica (GPC). Ruptura prematura de membranas pretérmino, diagnóstico y tratamiento. 1° Edición, Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2015. Disponible en: <http://salud.gob.ec>

Romero J, Álvarez G, Ramos J. Manejo de Ruptura Prematura de Membranas Pretérmino. Rev Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia. 2010. 175-193

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The care of women requesting induced abortion: summary Evidence-based clinical Guideline No. 7 London, November 2011.

Sanabria AM, Nodarse A, Carrillo L, Couret MP, Sánchez NM, Guzmán R. Morbilidad en el recién nacido menor de 1 500 g. Rev. Cubana Obstet Ginecol 2012; 38(4): 478-487. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000400005&lng=es.

Trilla S. C, Simón G. M, Armengol S. J, Moliner C. E. y Calaf A. J. Rotura prematura de membranas pretérmino: consideraciones y controversias. Progresos de Obstetricia y Ginecología. ELSEVIER DOYMA, España. 2013;56(3): 159-163

Torres G. G., Chapman R. I., Rodríguez V. K. Roturas prematuras de membranas y partos pretérmino en gestantes de Puerto Padre. Vol. 39, número 9. 2014

Vargas A. K y Vargas R. C. Ruptura Prematura de Membranas. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXXI (613) 719-723, 2014

Vergara G. Protocolos Rotura Prematura de Membranas Oculares (RPM), 2009, 1:1.

<http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/PROTOCOLORPM.pdf>

Vigil De Gracia P., Savransky R., Pérez W. J. A., Delgado G. J., Núñez M. E. Ruptura Prematura de Membranas. FLASOG: 2011:1-19

ANEXO “A”: CONSENTIMIENTO INFORMADO.



**CENTRO UNIVERSITARIO DE IGUALA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INCORPORADO A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

A quien corresponda.

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para participar en la investigación “Factores de riesgo de rotura prematura de membranas en el Hospital General Jorge Soberón, de la Secretaria de salud de Iguala de la Independencia, Gro. Recibí la explicación de los objetivos del estudio de forma general y la importancia que tiene la presente investigación.

Se me ha notificado que mi participación es voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder alguna pregunta o darla por terminada en cualquier momento, el cuestionario será de carácter anónimo y solo será registrado con un número de folio.

Los resultados podrán ser difundidos de manera general, protegiendo la individualidad y anonimato de las personas, por lo que estamos de acuerdo en participar y expresamos nuestro consentimiento firmando esta carta.

Firma de la adolescente

Nombre y firma del investigador

FECHA: _____

ANEXO "B" INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.



CENTRO UNIVERSITARIO DE IGUALA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA INCORPORADO A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FOLIO: _____

El presente cuestionario tiene la finalidad de conocer los factores de riesgo de Rotura Prematura de Membranas. Por esta razón necesitamos su apoyo contestando las siguientes preguntas, así que le pedimos contestar con toda sinceridad, las respuestas que usted proporcione serán de manera confidencial.

DATOS DESCRIPTIVOS.

1. Edad
 - a) 13 años
 - b) 14 años
 - c) 15 años
 - d) 16 años
 - e) 17 años
 - f) 18 años
 - g) 19 años
 - h) Más : _____

2. Estado Civil
 - a) Casada
 - b) Soltera
 - c) Unión libre
 - d) Divorciada
 - e) Viuda

3. Nivel educativo

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Preparatoria
- d) Profesional
- e) Nivel Técnico
- f) Analfabeta

4. Religión

- a) Católica
- b) Testigo de Jehová
- c) Protestante
- d) Otra: _____

DATOS ANALÍTICOS

5. Nivel socioeconómico

- a) Bajo
- b) Medio
- c) Alto

6. Paridad (número de hijos)

- a) 1 hijo
- b) 2 hijos
- c) 3 hijos
- d) 4 hijos
- e) 5 hijos
- f) 6 hijos
- g) Más de 6 hijos

7. Problemas sociales

- a) Fumas
- b) Alcoholismo
- c) Drogadicción
- d) Prostitución
- e) Otra: _____

8. Has tenido Sangrado anteparto

- a) Si
- b) No

9. Cuál es tu peso: _____

10. Has tenido alguna enfermedad de transmisión sexual

- a) Si : cuales _____
- b) No

11. A continuación subraya las siguientes preguntas en caso de haberlas presentados:

- a) Deficiencias nutricionales (vitamina C y cobre)
- b) Enfermedades del tejido conectivo
- c) Antecedentes de conización o cerclaje cervical
- d) Cervicovaginitis
- e) Amenaza de parto pretérmino y antecedentes de RPMp
- f) Amniocentesis
- g) Infecciones urinarias
- h) Embarazo múltiple
- i) Distensión uterina por polihidramnios
- j) Sangrado vaginal en segundo o tercer trimestre
- k) Multiparidad

Gracias por tu participación.

ANEXO “C”. DATOS ESTADÍSTICOS DEL 1° DE ENERO 2016 AL 31 DE JULIO 2017 DE LAS GESTANTES QUE PRESENTARON ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN EL HOSPITAL GENERAL “JORGE SOBERÓN ACEVEDO” DE IGUALA DE LA INDEPENDENCIA, GRO.

	Años	Gestas	Semanas gestación	TDP	TDPFA PDTOP	Pres. Pelvica	c/TP	Meconio	TDMD	CP	FL	horas	COMP.	PS
Ruptura de membranas en embarazo de término	18	1	41.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	23	1	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	37	3	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	20	1	41.6	-	Si	Si	-	-	-	-	-	-	-	-
	29	3	Termino	-	-	-	Si	-	-	-	-	4 hrs	-	-
	33	4	Termino	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	Si
	22	1	Termino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	28	2	Termino	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	19	1	Termino	-	Si	-	-	-	-	-	-	8 hrs	-	-
	23	1	40	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	25	1	Termino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	27	-	Termino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	21	2	41.5	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	29	4	Termino	Si	-	-	-	-	-	-	Si	-	-	-
	19	1	41.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	24	1	Termino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	27	-	Termino	Si	-	-	-	-	-	-	Si	-	-	-
	24	3	Termino	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	30	2	42	-	-	-	-	-	-	Si	-	-	-	-
	24	3	Termino	-	Si	-	-	-	-	-	-	20 mi	-	-
	19	1	Termino	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	28	3	Termino	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	34	4	Termino	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	24	2	41.2	Si	-	-	-	-	-	Si	Si	½ hr	-	-
	19	1	Termino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	23	1	Termino	Si	-	-	-	-	-	-	Si	-	-	-
	21	1	Termino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	30	1	41.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	19	1	41.4	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	19	1	Termino	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	25	1	Termino	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-

37	1	41.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
29	3	41	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
32	6	Termino	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	3 hrs	-	-
33	4	Termino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
22	2	Termino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2 hrs	-	-
32	2	41	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	2 hrs	-	-
28	4	Termino	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17	1	41.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18 hr	-	-
24	1	Termino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
37	6	Termino	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16	1	Termino	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
28	1	Termino	Si	-	-	-	-	-	-	Si	-	-	-	-
20	1	Termino	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
26	2	41	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
21	2	Termino	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
24	4	Termino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17	1	Termino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48 hr	-	-
25	3	41.3	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30	5	Termino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
26	1	Termino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18	1	41.4	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
28	3	Termino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
24	4	Termino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8 hrs	-	-
23	3	Termino	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20	1	Termino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
31	1	Termino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
21	1	Termino	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19	1	41.3	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19	1	Termino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
36	10	Termino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19	2	42	Si	-	-	-	-	-	-	Si	-	-	-	-
22	2	Termino	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
39	3	Termino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18	1	Termino	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
21	2	Termino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20	2	Termino	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
23	2	Termino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16	1	Termino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
26	2	41.1	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	Años	Gestas	Semanas gestación	TDP	TDPFA PDTOP	Pres. Pélvica	TDPFL	Meconio	TDMD	CP	FL	horas	COMP.	Macro somico	
Ruptura prematura de membranas de 38-41 semana	17	1	40	Si	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	
	38	-	-	Si	-	-	Si	-	-	-	-	5 hrs	-	-	
	21	3	40.3	-	-	-	-	-	-	-	Si	14 hr	-	-	
	20	1	39.3	-	Si	-	-	-	-	-	-	3 hrs	-	-	
	25	2	38.3	-	-	-	-	-	-	-	-	1 Hrs	-	-	
	20	1	39.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	33	4	39.4	-	-	-	-	-	-	-	-	1 hrs	-	-	
	31	2	38.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	20	1	39.6	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	19	1	38	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	21	2	39.2	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	32	2	38	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	23	2	39.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22 hr	-	Si
	20	2	38	-	-	-	-	Si	-	-	-	-	-	-	-
	16	1	39.4	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	20	1	40.1	-	-	-	-	Si	-	-	-	-	-	-	-
	31	3	40.2	-	-	-	-	Si	-	-	-	-	-	-	-
	19	2	39	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	26	2	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	34	2	38.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	21	2	40.4	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	4 hrs	-	-
	27	3	38.6	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	30	-	40.3	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	4 hrs	-	-
	20	1	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6 hrs	-	-
	19	1	40.5	-	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	18	1	39.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5 hrs	-	-
	23	4	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	19	1	39.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	21	1	39.4	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	25	4	38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	14	1	38.5	-	Si	-	-	-	-	-	-	Si	-	-	-
	32	2	39.1	-	Si	-	-	-	-	-	-	Si	-	-	-
	21	-	39	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19	1	40.1	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
27	3	40.5	-	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
18	1	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

17	1	40.1	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	8 hrs	-	-
22	1	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15	1	40	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
23	2	39	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
21	1	38	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	4 hrs	-	-
28	2	39.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
21	1	40.2	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
22	1	39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
24	1	38.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
21	2	39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
26	2	40	Si	-	-	-	-	-	-	-	Si	-	-	-
23	2	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
21	1	40	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
28	5	39	Si	-	-	-	-	-	-	-	Si	-	-	-
20	2	38.4	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	8 hrs	-	-
34	5	39	Si	-	Si	-	-	-	-	-	-	1 hr	-	-
30	3	40.1	Si	-	-	-	-	+++	-	-	-	-	-	-
18	1	39.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3 hrs	-	-
19	1	39.2	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
23	3	38.1	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
23	2	40.2	Si	-	-	-	-	-	-	-	Si	3 hrs	-	-
31	2	39.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
23	-	39.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
14	1	38.1	Si	-	-	-	-	-	-	-	Si	-	-	-
24	2	40.2	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
21	1	38.3	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	1 hr	-	-
31	2	39.2	-	-	-	-	Si	-	-	-	-	-	-	-
35	3	39.1	-	-	-	-	Si	-	-	-	-	-	-	-
22	2	38.1	Si	-	-	-	-	-	-	-	Si	2 hrs	-	-
18	2	38.2	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
24	2	38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12 hr	-	-
22	2	40.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
31	4	40.6	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
21	1	38.6	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
24	2	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
39	2	40.6	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15	1	39.1	Si	-	-	-	-	-	-	-	Si	-	-	-
20	1	39.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7 hrs	-	-
24	2	39.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 hr	-	-
16	1	39.1	Si	-	-	-	-	-	-	-	Si	-	-	-

18	1	39.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10 hr	-	-
17	2	40	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19	1	38	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
26	2	39.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
28	5	40.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
22	2	38.5	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
24	1	40.4	Si	-	-	-	-	-	-	-	Si	-	-	-
39	5	39.5	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	2 hrs	-	-
27	2	39	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
29	3	39.5	Si	-	-	-	-	-	-	-	Si	-	-	-
22	1	39.5	Si	-	-	-	-	-	-	-	Si	-	-	-
18	1	39	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25	2	39.1	Si	-	-	-	-	-	-	Si	-	3 hrs	-	-
19	2	39	Si	-	-	-	-	-	-	-	Si	-	-	-
29	3	39.6	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
21	2	40.3	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
21	2	38	Si	-	-	-	-	-	-	-	Si	2 hr	-	-
22	1	40.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
26	3	39	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	½ hr	-	-
22	1	40	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	40 hr	-	-
16	1	40.4	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
46	4	38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25	1	38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
21	1	38	Si	-	-	-	-	-	-	-	Si	-	-	-
25	3	38.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
31	2	38.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
23	1	38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
36	4	39.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
21	2	38.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20	5	40.3	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
29	2	39.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30	3	39.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8 hrs	-	-
26	1	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
24	3	38.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17	1	38.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
34	3	40.1	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
22	2	38.4	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17	1	38.5	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	3 hrs	-	-
26	2	40.3	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
29	6	40.4	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

30	1	40	-	Si	-	-	-	-	-	-	2 hrs	-	-
32	3	38.2	-	-	-	-	-	-	-	Si	-	-	-
27	3	40	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
22	2	38.5	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25	2	38.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20	1	38	Si	-	-	-	-	-	-	-	24 hr	-	-
30	1	38.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
27	1	40.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15	1	38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20	2	38	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
26	2	40	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18	1	39.1	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19	1	39	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
28	1	39.4	Si	-	-	-	-	-	-	Si	2 hrs	-	-
17	4	39.1	-	-	-	-	-	-	-	-	36 hr	-	-
24	1	40.4	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
31	2	38.5	Si	-	-	-	-	-	-	Si	-	-	-
30	5	39.5	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-
23	1	38.3	-	-	-	-	-	-	-	-	48 hr	-	-
26	1	40.2	-	-	-	-	-	-	-	-	7 hrs	-	-
16	1	38.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
22	1	40.4	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-
21	3	40	Si	-	-	-	-	-	-	Si	-	-	-
18	1	39	Si	-	-	-	-	-	-	Si	-	-	-
35	6	38.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17	1	40.1	Si	-	-	-	-	-	-	Si	8 hrs	-	-
20	1	39.4	Si	-	-	-	-	-	-	-	11 hr	-	-
21	1	39.1	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20	2	38.3	Si	-	-	-	-	-	-	Si	-	-	-
18	2	38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
22	3	39.6	-	-	-	-	-	-	-	-	3 hrs	-	-
18	1	40.3	-	Si	-	-	-	-	-	-	16 hr	-	-
26	2	38.2	Si	-	-	-	-	-	-	Si	-	-	-
31	4	38	Si	-	Si	-	-	-	-	Si	-	-	-
22	1	39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20	1	39	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18	1	39.2	-	-	-	-	-	-	-	-	22 hr	-	-
23	2	38.6	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-
28	2	38.5	Si	-	-	-	-	-	-	Si	-	-	-
20	1	39.1	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

38	1	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
23	2	39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12 hr	-
23	3	39.4	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15	1	38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	60 hr	-
20	1	39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17	1	40.2	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
23	1	39	Si	-	-	-	-	-	-	-	Si	-	-
27	1	39.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17	1	38.1	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-
28	1	38.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
27	1	40.1	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25	2	38.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20	2	38.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18	1	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30	3	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
22	1	40.2	Si	-	-	-	-	-	-	-	Si	-	-
22	1	39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
31	2	39.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Si	-
22	-	38.5	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20	3	41	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18	1	38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
21	1	40.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
26	1	38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
27	3	38	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20	2	39.3	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20	2	40.4	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
29	2	40.1	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25	2	40.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
21	1	39.5	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15	1	38.2	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
26	2	39.5	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18	2	39.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16	1	41	Si	-	-	-	-	-	-	-	Si	-	-
20	2	38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20	2	38	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
22	1	39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
21	2	41	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
27	3	41	Si	-	-	-	-	-	-	-	Si	-	-
18	1	38.5	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20	2	40.2	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	12 hr	-

34	5	38.2	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
28	3	41	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20	1	38.5	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	3 dia	-
18	1	39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
36	4	40	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	27 hr	-
16	2	39.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
23	1	41	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17	1	39	Si	-	-	-	-	-	-	-	Si	-	-
16	1	38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20	1	39.5	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-
32	2	39.1	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25	2	39.3	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
21	3	39.5	Si	-	-	-	-	-	-	-	Si	-	-
24	2	38	Si	-	-	-	-	-	-	Si	Si	-	-
18	1	39.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25	1	40.5	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19	1	40.4	Si	-	-	-	-	-	-	-	Si	-	-
21	2	40.5	Si	-	-	-	-	-	-	-	Si	-	-
17	1	38.3	Si	-	-	-	-	-	-	-	Si	1 hr	-
32	1	39	Si	-	-	-	-	-	-	-	Si	-	-
31	3	38.5	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19	2	39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30 hr	-
24	1	39.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6 hrs	-
30	1	38.3	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18	1	38	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
24	1	38.3	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19	2	39.3	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
29	4	38.6	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-
23	1	40.3	Si	-	-	-	-	-	-	-	Si	-	-
41	5	41	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19	2	40	Si	-	-	-	-	-	-	-	Si	-	-
25	2	38	Si	-	-	-	-	-	-	-	Si	-	-
20	4	38	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-
39	4	39.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30	2	39	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18	2	40	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16	1	40	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	16 hr	-
19	1	40.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11 hr	-
21	1	38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5 hrs	-
42	6	39.3	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

19	1	39	Si	-	-	-	-	-	-	-	Si	-	-	-
20	1	39.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18	1	38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9 hrs	-	-
17	1	40	Si	-	-	-	-	-	-	-	Si	-	-	-
27	1	40	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
24	1	40	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19	2	39	-	Si	-	-	-	-	-	Si	-	-	-	-
18	1	38.1	Si	-	-	-	-	-	-	-	Si	-	-	-
18	1	40.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
28	3	40.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
39	1	38.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 hr	-	-
28	3	40	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20	1	40.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19	1	39.6	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
34	3	38.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18	1	40	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19	2	39	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	Años	Gestas	Semanas gestación	TDP	TDPFA PDTOP	Pres. Pelvica	Trans pelvico	TDMD	CP	FL	Horas	COMP.	Gemelar
Ruptura prematura de membranas en embarazo pretérmino tardío de 34 a 37 semanas	26	3	36.4	Si	-	Si	-	-	-	-	-	-	-
	19	1	34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	19	1	37.2	-	SI	-	-	-	-	-	-	Preec	-
	20	1	37.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	19	1	37.5	Si	-	-	Si	-	-	-	-	-	-
	23	1	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	20	1	37.2	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	33	4	35.2	-	-	Si	-	-	-	-	-	-	-
	31	4	37	-	-	Si	-	-	-	-	6 hrs	-	-
	32	4	37.5	-	-	-	-	-	-	-	12 hr	-	-
	31	1	36.5	-	-	-	-	-	-	-	½ hr	-	-
	34	3	35	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	Si
	21	3	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	28	3	37.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	39	5	37	Si	-	-	-	-	-	-	Si	-	-
	16	1	37	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	16	3	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	24	3	37	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	25	3	37.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	24	2	35.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	33	4	34.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Si
	26	2	34.6	-	-	-	-	-	-	-	-	17 hr	-
	27	5	35.1	Si	-	-	-	-	-	-	-	5 hrs	-
	21	1	37.2	-	-	-	-	-	-	-	-	7 hrs	-
	35	4	37.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	20	1	36.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	27	2	35.2	-	-	-	-	-	-	-	-	24 hr	-
	24	1	37.5	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	23	1	37	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	32	8	37	-	-	-	-	-	-	-	-	10	-
	30	5	36.6	Si	-	-	-	-	-	-	Si	5 hrs	-
	25	2	36.1	-	-	-	-	-	-	-	-	30 hr	-
	14	1	37	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-
22	1	35.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
37	3	35	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
33	2	37.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

20	1	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Si
24	3	37.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25	1	36.5	-	-	-	-	-	-	-	-	20 hr	-	-
35	4	38.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
21	2	35.5	-	-	-	-	-	-	-	-	36 hr	-	-
14	1	37.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25	1	36.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19	1	37	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18	1	37	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18	1	37	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
23	1	35	-	-	-	-	-	-	-	-	48 hr	-	-
17	1	37.6	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30	3	35.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
37	7	35	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17	4	37.4	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-
21	2	37.4	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15	1	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17	1	34.5	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Si
23	1	37.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
40	3	34.2	-	-	-	-	-	-	-	-	2 hrs	-	-
16	1	37	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15	1	37.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
26	2	34.1	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
26	2	37	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-
26	1	36.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
23	1	37.5	Si	-	-	-	-	-	-	Si	-	-	-
29	1	36	-	-	-	-	-	-	-	-	13 hr	-	-
21	3	37.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
38	4	36.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19	1	36	Si	-	-	-	-	-	-	Si	-	-	-
21	1	34.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
29	3	35.5	-	-	Si	-	-	-	Si	-	-	-	-
15	1	36.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16	1	37.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16	1	36	-	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-
23	1	35.6	Si	-	-	-	-	-	-	-	15 hr	-	-
29	3	37	Si	-	-	-	-	-	-	Si	5 hrs	-	-
26	1	35	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
32	2	37.5	-	-	-	-	-	-	-	-	½ hr	-	-
19	1	37.1	-	Si	-	-	-	-	-	-	26 hr	-	-

	20	1	37.1	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	40	6	37.2	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	16	1	36.1	-	Si	Si	-	-	-	-	-	-	-
	19	1	37.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	32	3	37.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	15	1	34.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	22	1	37	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	34	3	37.3	-	-	-	-	-	-	-	10 hr	-	-
	35	3	37.3	Si	-	-	-	-	-	-	4 hrs	-	-
	27	3	34.1	-	Si	-	-	-	-	-	13 hr	-	-
	34	4	35.6	-	Si	-	-	-	-	-	12 hr	-	-
				-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	Años	Gestas	Semanas gestación	TDP	TDPFA PDTOP	Pres. Pelvica	c/TP	Trans pelvico	TDMD	PB	FL	horas	COMP.
Ruptura prematura de membranas lejos de término 24-34 semanas	20	1	32.5	-	-	-	-	Si	Si	Si	-	-	-
	31	2	29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	17	1	34	-	-	-	-	-	-	Si	-	-	-
	22	3	33	-	-	-	-	-	-	-	-	3 hrs	-
	26	1	32	-	Si	-	-	-	-	-	-	6 hr	-
	30	3	33.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	30	3	29.5	-	-	-	-	-	-	-	-	12 hr	-
	23	2	29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	26	1	32.2	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	20	2	34.6	-	-	-	-	-	-	-	-	15 hr	-
	27	4	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	26	2	32.4	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	19	1	32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	25	2	32	-	-	-	-	-	-	-	-	14 hr	-
	22	2	29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	25	1	29.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	29	4	29	-	-	-	-	-	-	-	-	5 hrs	-
	33	6	33	-	-	-	-	-	-	-	-	5 dia	-
	24	1	24.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	19	2	31.3	-	-	-	-	-	-	-	-	8 hrs	-

	Años	Gestas	Semanas gestación	TDP	TDPFA PDTOP	Pres. Pelvica	c/TP	Trans pelvico	TDMD	CP	FL	horas	COMP.	
Ruptura prematura de membranas antes de las 24 semanas	20	3	3.3	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	21	2	21.2	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	24	2	20.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	20	2	22	Si	-	-	-	-	-	Si	-	-	-	
	23	1	23	Si	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	26	3	23.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
				-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
				-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
				-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
				-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
				-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
				-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
				-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
				-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Cuadro No. 4.15 Ruptura Prematura de Membranas (edad, casos y números de hijos)

Edad	Termino Casos	38-41 sem Casos	34-37 sem. Casos	24-34 sem. Casos	Antes 24 s. Casos	No. Hijos 1	No. Hijos 2	No. Hijos 3	No. Hijos 4	No. Hijos 5	No. Hijos 6	No. Hijos 7	No. Hijos 8	No. Hijos 10
14 años	0	2	2	0	0	4	-	-	-	-	-	-	-	-
15 años	0	5	4	0	0	10	-	-	-	-	-	-	-	-
16 años	2	8	7	0	0	14	1	1	-	-	-	-	-	-
17 años	2	12	3	1	0	15	1	-	2	-	-	-	-	-
18 años	3	23	2	0	0	24	4	-	-	-	-	-	-	-
19 años	9	18	7	2	0	28	8	-	-	-	-	-	-	-
20 años	4	28	5	2	2	25	14	4	1	1	-	-	-	-
21 años	5	23	6	0	1	14	16	3	-	-	-	-	-	-
22 años	3	17	2	2	0	14	8	2	-	-	-	-	-	-
23 años	5	15	6	1	1	15	9	3	1	-	-	-	-	-
24 años	7	12	4	1	1	10	8	5	2	-	-	-	-	-
25 años	3	11	4	2	0	7	9	3	1	-	-	-	-	-
26 años	3	11	6	3	1	7	14	3	-	-	-	-	-	-
27 años	2	10	3	1	0	4	2	9	1	1	-	-	-	-
28 años	5	10	1	0	0	3	3	8	1	2	-	-	-	-
29 años	3	6	3	1	0	1	2	6	3	1	1	-	-	-
30 años	3	8	2	2	0	3	2	6	-	1	1	-	-	-
31 años	1	10	2	1	0	8	3	2	1	-	-	-	-	-
32 años	2	5	4	0	0	1	5	2	1	-	1	-	1	-
33 años	2	1	3	1	0	-	1	-	5	-	1	-	-	-
34 años	1	5	3	0	0	-	1	1	-	3	-	-	-	-
35 años	0	2	2	0	0	-	-	2	1	-	1	-	-	-
36 años	1	2	0	0	0	-	-	-	2	-	-	-	-	1
37 años	3	0	2	0	0	1	-	2	-	-	1	1	-	-
38 años	0	2	1	0	0	1	-	-	1	1	-	-	-	-
39 años	1	4	1	0	0	1	2	1	1	2	-	-	-	-
40 años	0	0	2	0	0	-	-	1	-	-	1	-	-	-
41	0	1	0	0	0	-	-	-	-	1	-	-	-	-
42	0	1	0	0	0	-	-	-	-	-	1	-	-	-

43	0	0	0	0	0									
44	0	0	0	0	0									
45	0	0	0	0	0									
46	0	1	0	0	0				1					
Total	70	253	87	20	6	210	113	64	25	13	8	1	1	1

Fuente: Datos estadísticos del 1° de Enero 2016 al 31 de Julio 2017 de Ruptura Prematura de Membranas en la mujeres gestantes del Hospital General “Jorge Soberón Acevedo” de la Secretaria de Salud de Iguala de la Independencia, Gro. N=436 casos

