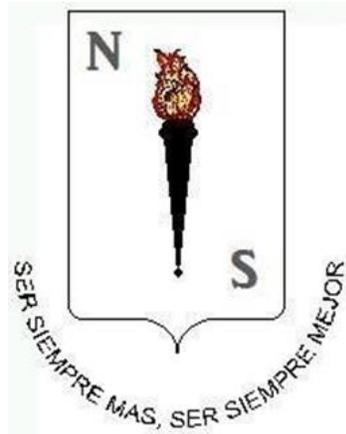


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8722



TESIS:

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA DIRIGIDA A LAS JÓVENES PRIMIGESTAS CON RUPTURA  
PREMATURA DE MEMBRANAS**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

ALEJANDRA JUAREZ CALDERÓN

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN; 2019



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.

## AGRADECIMIENTOS

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

Les doy gracias a mis progenitores José Juárez Calderón y Leticia Calderón Alcantar por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado, y por haberme dado la oportunidad de tener una educación en el transcurso de mi vida. Sobre todo por ser un excelente ejemplo a seguir.

A mis hermanos por ser parte muy importante de mi vida y representar la unidad familiar. A José Alberto y Víctor por ser un ejemplo de desarrollo profesional, por llenar mi vida de alegrías, en consecuencia de haberme apoyado en las buenas y en las malas.

## DEDICATORIA

Agradezco a Dios por protegerme durante todo mi camino y darme la oportunidad de llegar a este momento tan especial de mi vida por los triunfos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más y por darme las fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida

A mi padre, José Juárez Calderón que con su demostración por su grande ejemplo a seguir por sus consejos, valores, honestidad porque me ha enseñado a no desfallecer ni rendirme ante nada y siempre perseverar a través de sus sabios consejos.

A mi madre Leticia Calderón Alcantar por ser la persona más maravillosa que me ha acompañado durante todo mi trayecto estudiantil y de vida por ser un ejemplo a seguir.

A mis Abuelos, Tíos, Tías y Primos por siempre estar apoyándome en todo momento y brindarme motivación para seguir adelante.

A mis hermanos José Alberto Juárez calderón y Víctor Manuel Juárez calderón que siempre han estado apoyándome durante toda la vida y estar siempre unidos pase lo que pase.

A mis amigas Anita Espino Valtierra y Benedicta Galván Crisóstomo por haber logrado nuestro gran objetivo con mucha perseverancia por demostrarme que podemos ser grandes amigos y compañeras de trabajo.

Agradezco a la institución que contribuyeron para la posibilidad de realización de esta tesis, apoyo sin el cual habría sido imposible realizar tal trabajo.

Le agradezco a la maestra Yanitzia Álvarez Reyes y al Doctor Miguel Ángel Medina Espinal por la orientación de esta tesis y por tenerme la mayor de la paciencia muchas gracias por ayudarme los llevaré siempre en mi corazón.

Le agradezco a la Lic. Martha Alcaraz Ortega por la formación recibida gracias por formar otra enfermera más con conocimientos amplios gracias por todo es un verdadero ejemplo a seguir.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

### Contenido

AGRADECIMIENTOS .....	ii
DEDICATORIA .....	iii
INTRODUCCIÓN.....	6
Planteamiento Del Problema.....	7
JUSTIFICACIÓN .....	8
OBJETIVO GENERAL.....	9
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	9
HIPÓTESIS .....	10
VARIABLES .....	11
CAPITULO 1 .....	13
1.1Estrategia metodológica .....	13
1.2Tipos de investigación .....	13
1.3 Tipos de métodos de investigación .....	14
1.4 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA .....	14
1.5 Tipos de muestra .....	15
1.6 Variables.....	16
1.7Instrumentos de medición .....	16
CAPÍTULO 2: RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS .....	18
2.1Antecedentes de Ruptura Prematura de Membranas .....	18
2.1 Definición Ruptura Prematura de Membranas.....	19
2.3 Frecuencia e Importancia Ruptura Prematura de Membranas .....	20
2.4 Factores Etiológicos Ruptura Prematura De Membranas.....	21
2.5 Epidemiología.....	23
2.6 Fisiopatología .....	24
2.7 Diagnóstico .....	26
2.8 Tratamiento Según la Edad Gestacional.....	30
CAPITULO 3: CUIDADOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.....	38

3.1 Valoración y Cuidados de Enfermería en la Puérpera: .....	41
3.2 Complicaciones del puerperio .....	45
3.3 Diagnóstico diferencial.....	49
3.4 Criterios de hospitalización .....	51
3.5 Seguimiento Médico y De Enfermería .....	52
3.6 Ruptura Prematura de Membranas (RPM) previsible antes de 24 semanas. ....	55
3.7 Embarazo Prolongado .....	56
3.8 Recomendaciones.....	58
Glosario.....	59
Anexo 1 .....	77
Anexo 2.....	79
Código De Ética Para Enfermería .....	82
Conclusión.....	88
Bibliografías.....	89

## INTRODUCCIÓN

La RPM pretérmino se presenta como un dilema para los obstetras y neonatólogos, quienes deben decidir entre continuar la gestación para disminuir la morbilidad relacionada con la prematurez o interrumpirla para prevenir los resultados adversos maternos y fetales relacionados con la ruptura prematura de membranas tales como corioamnionitis (13-60%), abrupcio de placenta (4-12%) y compresión del cordón umbilical. El riesgo de estas complicaciones se incrementa con la disminución de la edad gestacional a la cual ocurre la RPM. El intervalo entre la ruptura de membranas y el parto usualmente es corto, y aun con manejo expectante el 50-60% las mujeres con RPM lejos del término tiene su parto dentro de la semana siguiente a la ruptura de membranas. La frecuencia y severidad de las complicaciones neonatales después de la ruptura de las membranas varía con la edad gestacional a la cual la ruptura y el parto suceden, con incremento de éstas si se asocian además a infección, de placenta o compresión del cordón umbilical. El síndrome de dificultad respiratoria es la complicación sería más frecuente a cualquier edad gestacional.

Otras complicaciones serias que suelen presentarse son: enterocolitis necrotizante, hemorragia intraventricular, y sepsis, las cuales son muy comunes en partos muy pretérmino pero raras en partos cerca al término. La corioamnionitis, el síndrome de dificultad respiratoria, la sepsis, la hemorragia interventricular, la hiperbilirrubinemia, la enterocolitis necrotizante y la estancia hospitalaria.

## Planteamiento Del Problema

La Ruptura Prematura de Membranas antes de iniciar el trabajo de parto ocurre entre el 3 al 15% de todos los embarazos aproximadamente del 23 al 33% de todos los nacimientos prematuros están asociados a la Ruptura Prematura de Membranas (RPM). El trabajo de parto espontáneo ocurre dentro de las 48 horas en el 90% de los casos de RPM.

Según (Hadley CB, 1990) RPM se presenta entre el 2-3% de todos los embarazos, pero está asociado con un 20% de todas las muertes perinatales. Las más importantes complicaciones relacionadas a la RPM son el parto.

La corioamnioitis ocurre en el 6% de los partos pretérmino sin RPM, pero se presenta en el 27% de los partos pretérmino con RPM y está asociado a un incremento de 4 veces en la mortalidad neonatal, así como otras morbilidades. La frecuencia de RPM en México se encuentra entre 10 y 20% (NICE, 2008, y Naeye RL, 1982)

Los diagnósticos más significativos de morbilidad de los recién nacidos que sobreviven incluyen: síndrome de estrés respiratorio, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante, persistencia del conducto arterioso, retinopatía por prematuridad y sepsis.

La mortalidad y la morbilidad es mucho mayor y más severa en el recién nacido con menor edad gestacional. La sepsis es la mayor causa de morbilidad y mortalidad neonatal en el neonato prematuro y su incidencia parece estar en aumento cuando el embarazo se complica con RPM (French JI, 1996).

¿De qué manera se complica la gestación en mujeres primigestas con Ruptura Prematura de Membranas en el Hospital de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud?

## JUSTIFICACIÓN

En la presente investigación se realiza con el propósito de que el equipo enfermería, intervenga en la sociedad conozca y obtenga la información necesaria, ayudando a prevenir los riesgos, complicaciones que se pueden presentar en mujeres con tal padecimiento, de tal manera que enfermería tiene un papel importante al proporcionar un servicio de calidad para su mejoría, ofreciendo los cuidados necesarios para una mejor recuperación, de acuerdo con la ruptura prematura de Membranas que se asocia principalmente con prematuridad e infección materna fetal.

También es importante el diagnóstico adecuado en las diferentes edades gestacionales en que se presenta con la finalidad basada en la Ruptura Prematura de Membranas (RPM) la cual se considera como un problema de salud pública, puesto que es la causa principal de parto pretérmino en nuestro país.

Por consiguiente se realiza esta investigación en la Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud con el propósito de contribuir o ampliar de una manera oportuna para mejorar las intervenciones en los equipos de salud, evaluar también el pronóstico de la Ruptura Prematura de Membranas que acontece en menor edad gestacional y/o con el desarrollo de corioamnionitis, ante todo esto busca desarrollar un mejor criterio o plantear medidas preventivas adecuadas para disminuir los factores de riesgo que puedan ocasionar la Ruptura Prematura de Membranas a su vez reducir las graves consecuencias que trae consigo.

Se realiza este proceso de atención en enfermería con una atención con fundamento humanístico científico que garantiza una calidad de la atención a la paciente.

## OBJETIVO GENERAL

Proveer a las enfermeras del hospital de enfermería de nuestra señora de la salud para que obtengan información necesaria para que sean capaces de llevar a cabo las intervenciones oportunas a las pacientes con ruptura prematura de membranas y que a su vez ellas puedan instruir a las pacientes sobre los cuidados que la misma debe tener después de egresar de la unidad hospitalaria.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar qué porcentaje de enfermeras del hospital de nuestra señora de la salud conocen sobre las intervenciones en pacientes con ruptura prematura de membranas.

Disminuir las complicaciones en las pacientes primigestas juveniles con RPM

Concientizar a las pacientes con sus familiares sobre las complicaciones y cuidados que se deben de tener en una paciente primigesta con ruptura prematura de membranas.

## HIPÓTESIS

Si se establece un mejor manejo o cuidado oportuno se podrá disminuir el porcentaje de mortalidad y las complicaciones que se puedan presentar, por eso es necesario que la paciente tenga un amplio conocimiento sobre este tema para así mismo puedan percatarse de las medidas preventivas de Ruptura Prematura de Membranas, de acuerdo con el equipo de enfermería se les ofrecerá información, con el fin de ser énfasis en las jóvenes para que tengan una atención oportuna y un control prenatal adecuado.

## VARIABLES

Intervenciones de enfermería.

Todo el tratamiento, basado en el conocimiento que realiza la profesional de la enfermería con el fin de favorecer el resultado esperado del usuario.

Ruptura prematura de membranas:

Es la ruptura espontánea del corion y el amnios, una o más horas antes de que inicie el trabajo de parto.

CAPITULO I:  
ESTRATEGIA METODOLÓGICA

# CAPITULO 1

## 1.1 Estrategia metodológica

Procedimientos racionales utilizados para alcanzar el objetivo que rige la investigación científica, por lo tanto se define como el estudio o elección de un método aplicado a determinado objeto de estudio.

Por otra parte, una metodología depende de los postulados que el investigador considere válidos, de manera que se pongan en práctica, ya que será mediante la acción metodológica como recabe, ordene y analice la información a estudiar.

## 1.2 Tipos de investigación

Se basa en un enfoque cuantitativo a través de un modelo estructurado y sistemático haciendo referencia al estudio a partir del análisis de cantidades, es decir que involucra un proceso de estudio numérico que tiene que ver con fundamentos estadísticos que contribuyen a estructurar una interpretación subjetiva e inductiva de la información recolectada.

La investigación cuantitativa trata de determinar la fuerza de asociación o correlación entre las variables a través de una muestra para inferir en la población de la cual procederá, por lo tanto pone énfasis en el proceso de investigación así como en el resultado, en este caso factores que propician complicaciones patológicas en el embarazo múltiple mediante un conocimiento estadístico dependiendo de los datos a analizar y las variables a considerar para la comprensión de dicha patología.

Por lo tanto se debe plantear una investigación que conduzca a mejorar las condiciones de vida o bienestar de la población o que produzca conocimiento que pueda abrir oportunidades de superación o solución a la problemática.

### 1.3 Tipos de métodos de investigación

#### Tipo de método de investigación (inductivo)

Dicha investigación va orientada en un método inductivo el cual considera varias experiencias individuales con la finalidad de extraer de ellas un sentido más amplio que se construye de una generalidad la cual se fracciona en particularidades, con la finalidad de extraer de ellas un supuesto o premisa para llegar a una conclusión que varía de acuerdo a las hipótesis planteadas considerando las características de cada una de estas para su veracidad o fracaso.

Es importante señalar que es uno de los métodos científicos más usados, caracterizado por cuatro etapas básicas: la observación, el registro de los hechos, el análisis y la clasificación de los mismos; la investigación inductiva parte de una generalización, en este caso, las consecuencias patológicas en embarazos múltiples la cual deriva de una hipótesis que tiene como finalidad identificar el problema planteado.

Por tal motivo es importante analizar la información sobre dicha problemática basada en documentos tales como: expedientes, artículos y revistas científicas, informes técnicos, así como análisis de tesis y tesinas, entre otros; con el propósito de conocer las contribuciones que realiza el equipo de enfermería dentro de las consecuencia patológica atendidos en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

### 1.4 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA

La presente investigación se realiza en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud es una Institución del Sector Privado de atención de complejidad media o denominado segundo nivel, donde se realiza consulta médica por medio de especialistas, así como hospitalización y atención de urgencias.

Se localiza en la entidad de Morelia, Michoacán de Ocampo, Colonia Centro en la calle Ignacio Zaragoza con número exterior 276 colindando con las calles Santiago Tapia, Eduardo Ruíz, y Benito Juárez con Código Postal 58000. Correo electrónico

contacto@hnssmorelia.com , pagina web <http://hnssmorelia.com> y teléfonos de contactos 3-12-09-90 y 443-312-0865.

La población forma parte de los elementos a investigar respecto a ciertas características; se sabe que en ocasiones no se puede estudiar a toda la población, ya sea por cuestiones económicas, falta de auxiliares de la investigación o por que no se tiene el tiempo necesario, por tal motivo se recurre a un método estadístico de muestreo, el cual consiste en seleccionar solo una fracción o pequeña parte de universo a estudiar en este caso la investigación se basará en un grupo de mujeres que presentan complicaciones en embarazo múltiple en edad fértil en de edad reproductiva de 15 a 35 años de manera que sea lo más representativo posible

#### 1.5 Tipos de muestra

Tipo de muestra (probabilística aleatoria simple)

Dicha investigación se basa en una muestra probabilística que consiste en una técnica en la cual las muestras son recogidas en determinada población a través de un proceso que brinde las mismas posibilidades u oportunidades a las mujeres a ser seleccionadas siempre y cuando cumplan las características o propiedades requeridas como lo son las complicaciones de ruptura prematura de membranas para extraer dicha información posteriormente debe ser analizada tomando en consideración un enfoque estadístico, de manera que se trate de una muestra representativa y verídica.

El tipo de muestra aleatoria simple considero es conveniente para mi investigación ya que la población a estudiar es pequeña puesto que no se presenta dicho fenómeno con frecuencia , por lo tanto facilitaría su comprensión por su es sencilla de comprensión, en el cálculo de medias y varianzas de manera rápida por tratarse de un universo reducido.

Cabe señalar que se pueden extraer dos o más muestras de la misma población a este conjunto de muestras se le denomina espacio muestra cuya

función básica es determinar una parte de la población en estudio o universo con la finalidad de hacer varias inferencias sobre la misma.

#### 1.6 Variables Intervenciones de enfermería.

Todo el tratamiento, basado en el conocimiento que realiza la profesional de la enfermería con el fin de favorecer el resultado esperado del usuario.

Ruptura prematura de membranas:

Es la ruptura espontánea del corion y el amnios, una o más horas antes de que inicie el trabajo de parto.

#### 1.7 Instrumentos de medición

A mayores conocimientos de intervenciones de enfermería sobre la ruptura prematura de membranas mayor será la pertinencia de la atención, cuyo objetivo es identificar la localización de los conocimientos acerca de ruptura prematura de membranas dirigida a las pacientes primigestas de RPM, la técnica es una encuesta.

A mayor orientación de las enfermeras sobre la RPM mayor serán los cuidados brindados a las pacientes con esta patología, por lo que su objetivo es valorar la calidad de las intervenciones y cuidados dirigidos a las pacientes.

A una mayor orientación de las pacientes sobre los cuidados requeridos en una RPM, cuyo objetivo es proporcionar información a las pacientes para mejorar su autocuidado, está dirigida a mujeres primigestas con RPM.

CAPITULO II:  
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

## CAPÍTULO 2: RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

En el capítulo contiene los antecedentes, la definición de ruptura prematura de membranas, frecuencia e importancia, factores etiológicos, epidemiología, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento.

### 2.1 Antecedentes de Ruptura Prematura de Membranas

En la mayor parte de las gestantes las membranas amnióticas permanecen íntegras durante todo el embarazo, y sólo se rompen durante el período de dilatación. Cuando dicha ruptura se produce antes del inicio de trabajo de parto hablamos de “Ruptura Prematura de Membranas” (RPM).

Esta situación suele seguirse de la aparición de dinámica uterina después de un período de duración variable que recibe el nombre de “período de latencia”, siendo la “duración de la RPM” el tiempo transcurrido entre aquella y el momento del parto.

Debido a las implicaciones clínicas y terapéuticas que conlleva, es necesario hacer la distinción entre RPM a término y pretérmino: La RPM pretérmino (RPMP) es aquella que se produce antes del inicio de trabajo de parto en una edad gestacional igual o inferior a las 37 semanas de amenorrea.

Aproximadamente 9 de cada 10 pacientes con RPM a término inician espontáneamente trabajo de parto con un período de latencia inferior a 48 horas (Duff y cols, 1984). En cambio, el período de latencia en la RPMP es significativamente superior.

Así, se calcula que 48 horas después de una RPMP, el 80% de las gestantes con una EG comprendida entre 33-36 semanas inician trabajo de parto de forma espontánea, mientras que esto sólo ocurre en el 66% de aquellas con EG entre 20-32 semanas. (Johnson y cols, 1981).

## 2.1 Definición Ruptura Prematura de Membranas

La ruptura prematura de membranas (RPM) se define como la ruptura espontánea de membranas antes del comienzo del parto. Cuando la ruptura se produce pretérmino. El término “latencia” se refiere al tiempo entre la RPM y el parto. Tratamiento “conservador” se refiere al manejo dirigido a la continuación de la gestación.

“El término anglosajón “midtrimester PROM” se refiere a la RPM que sucede aproximadamente antes de las 26 semanas, pero debido a que el límite de la viabilidad ha descendido en los últimos años, actualmente hablamos de RPM previsible cuando nos referimos antes de las 24 semanas de gestación aproximadamente”. (Rivera, 1958)

Rivera hace mención de la definición de Ruptura Prematura de Membranas y cuando se considera pretérmino y sobre lo que ha pasado los últimos años. La RPM, es la pérdida de continuidad del saco amniótico antes del inicio del trabajo de parto, independientemente de la edad gestacional en que se encuentre el embarazo.

La pérdida de líquido amniótico después de una amniocentesis debe ser considerada como una entidad separada debido a que, generalmente, es un fenómeno autolimitado y con un mejor pronóstico.

El período de latencia es el intervalo comprendido entre la RPM y el inicio del trabajo de parto. Cuando el período de latencia es superior a 24 horas se considera que es una RPM prolongada.

El tiempo que transcurre entre la ruptura y el parto es muy importante para la morbi-mortalidad materno-fetal. (Cerviño, 1974)

El autor Cerviño nos habla de la pérdida de líquido amniótico y el tiempo en el que transcurre una Ruptura Prematura de Membranas, el pronóstico sobre la edad gestacional, el periodo de la lactancia que de suma importancia ya que es comprendido en la RPM, de manera que la lactancia es superior a 24 horas se considera que es una RPM prolongada.

Se llama Ruptura Prematura de Membranas (RPM) a cuando se rompen las membranas ovulares antes del inicio de trabajo de parto. Es un cuadro grave para el pronóstico perinatal y su importancia está en relación inversa con la edad gestacional en que se produce, o sea, que mientras más temprano aparece peores serán los resultados. Podemos entonces asegurar que en el embarazo de más de 35 semanas (feto viable) el pronóstico es bueno, aunque no exento de complicaciones; por el contrario, cuando ocurre de las 34 semanas es desfavorable y peor aún antes de las 32; la evolución está sujeta a una alta morbilidad y mortalidad fetal y neonatal. (Rigol, 2004)

Se dice que la Ruptura Prematura de Membranas es un cuadro grave para un pronóstico prenatal y se hace suma relevancia en la edad gestacional, nos comenta este autor Rigol del pronóstico si es bueno o malo y lo más importante la evolución mediante hasta un alta.

Es la pérdida de la integridad del saco gestacional antes del inicio del trabajo de parto, independiente de la edad gestacional. (Romero, 1993)

### 2.3 Frecuencia e Importancia Ruptura Prematura de Membranas

La incidencia de RPM oscila en las diversas series entre un 2-18% de todas las gestaciones (Gunn y cols, 1970); en el 60-80% de los casos sucede en gestantes a término (Duff y cols, 1984). En el Hospital Clínico de Barcelona, sobre una muestra de 25.346 partos la incidencia fue del 9.7%, aumentando su frecuencia a medida que aumenta la EG.

La tercera parte de las RPMP se asocian a parto pretérmino (PP) (Kaltreider y Kohl, 1980; Golstein y cols, 1989). Así, en nuestro Centro la incidencia de PP es del 9,9%; la RPM estuvo presente en el 29,1% de todos los casos.

La RPM debe considerarse como una complicación de la gestación, y sus posibles repercusiones dependerán de la edad gestacional en que se produzca. Mientras que en casos de RPM el riesgo de infección es directamente proporcional

al período de latencia, esta correlación no es tan precisa en casos de RPMP. Además, la existencia de unas condiciones cervicales desfavorables para la inducción de trabajo de parto se asocia a una elevada tasa de cesáreas, hemorragia postparto, endometritis, corioamnionitis y mortalidad perinatal.

En cambio, los principales riesgos asociados a la RPMP son los derivados de la prematuridad. Así, la presencia de RPMP instaurada en momentos precoces de la gestación se asocia a un mayor riesgo de sufrimiento fetal por compresión ó prolapso de cordón, desprendimiento de placenta y anomalías estructurales fetales (hipoplasia pulmonar, deformidades de la cara y extremidades).

Mientras que el riesgo de hipoplasia pulmonar es mayor en casos de oligoamnios severo de larga evolución, las deformidades posicionales dependen de la cantidad de líquido residual más que del momento en que se produzca la amniorrexis (Richards, 1991).

El riesgo materno, si bien inferior al fetal, debe ser tenido en cuenta, ya que existe un incremento del número de cesáreas (principal causa de infección puerperal), con sus correspondientes riesgos anestésicos, así como de los riesgos asociados a los diversos fármacos utilizados en estos casos.

#### 2.4 Factores Etiológicos Ruptura Prematura De Membranas

Las membranas amnióticas están constituidas por la aposición del amnios y el corion. El epitelio amniótico está formado por una sola capa de células cúbicas cuyo grosor oscila, a término, entre 0.5-0.11 mm.

En su superficie existen microvillis, y están unidas entre sí por desmosomas; microvillis y desmosomas son interconexiones que proveen una barrera frente a las células inflamatorias. Posee además una membrana basal constituida por fibras de colágeno tipo IV y V, anclada al epitelio mediante podocitos.

La matriz extracelular está constituida por bandas colágenas tipo I y III, y fibroblastos. El colágeno tipo III es el principal componente que contribuye a la

elasticidad del amnios. El corion en cambio posee de 2 a 10 filas de células trofoblásticas y su grosor oscila entre 0.04-0.4 mm.

El mecanismo por el cual se produce la ruptura fisiológica de las membranas no se conoce con exactitud, si bien existen diversas teorías que se basan en la aparición de un desequilibrio a nivel de los componentes de estas membranas. Así, se ha demostrado un aumento de colagenasa en el líquido amniótico de gestantes a término, mientras que su inhibidor, una metaloproteasa, está disminuido.

Otro factor predisponente a la ruptura podría ser el aumento fisiológico de la hidrofobia que ocurre en las membranas a término, asociado a un descenso de los niveles de fosfatidilinositol y a un aumento concomitante de las concentraciones de fosfatidilglicerol y dipalmitoíl-fosfatidilcolina que ocurre hacia la semana 35-36. Existe también una activación de fosfolipasas, en presencia de las cuales los fosfolípidos de membrana son metabolizados hacia ácido araquidónico, precursor de las prostaglandinas, lo que contribuye al inicio de la dinámica uterina.

Se postula que todos estos mecanismos fisiológicos podrían desencadenarse prematuramente, quizá a partir de productos liberados por gérmenes, y cuyo efecto final sería la activación de la cascada de las prostaglandinas, originando RPM.

## 2.5 Epidemiología

Aproximadamente el 80% de los casos de RPM ocurren a término y, en un 90% de veces, van seguidos del inicio del parto en un intervalo de tiempo inferior a 48 horas. La RPM pretérmino (RPMP) ocurre en un 3% de las gestaciones y está implicada en un tercio de los partos pretérmino. El 50-60% de las RPMP presentarán el parto en la primera semana.

La morbimortalidad viene derivada principalmente del grado de prematuridad (distrés respiratorio, enterocolitis necrotizante, hemorragia intraventricular y sepsis nosocomial), al que debe añadirse el riesgo de infección perinatal (13-60%), el desprendimiento de placenta (4-12%) y de distrés derivado de la compresión de cordón en el anhidramnios si existe dinámica uterina (32-76%).

En general, en la RPM previable, la finalización inmediata de la gestación conduce a la muerte neonatal. El tratamiento conservador conduce a una edad gestacional perivable o francamente viable con la consecuente disminución de la morbimortalidad neonatal a medida que aumenta la edad gestacional.

Por el contrario, en la RPM cerca del término o a término, la finalización de la gestación y la obtención de un neonato no infectado y no hipoxico será el objetivo principal que mejorará la morbimortalidad.

## 2.6 Fisiopatología

Las membranas amnióticas están constituidas por la aposición del amnios y el corion. El epitelio amniótico está formado por una sola capa de células cúbicas cuyo grosor oscila, a término, entre 0.11-0.5mm.

En su superficie existen microvillis, y están unidas entre sí por desmosomas: microvillis y desmosomas son interconexiones que proveen una barrera frente a las células inflamatorias.

Posee además una membrana basal constituida por fibras de colágeno tipo IV y V, anclada al epitelio mediante podocitos. La matriz extracelular está constituida por bandas colágenas tipo I y III, y fibroblastos.

El colágeno tipo III es el principal componente que contribuye a la elasticidad del amnios. El corion en cambio posee de 2 a 10 filas de células trofoblásticas y su grosor oscila entre 0.04-0.4 mm.

El mecanismo por el cual se produce la rotura fisiológica de las membranas no se conoce con exactitud, si bien existen diversas teorías que se basan en la aparición de un desequilibrio a nivel de los componentes de estas membranas.

Así, se ha demostrado un aumento de colagenasa en el líquido amniótico de gestantes a término, mientras que su inhibidor, una metaloproteasa, está disminuido.

Tras la rotura de las membranas, existiría una activación de fosfolipasas, en presencia de las cuales los fosfolípidos de membrana son metabolizados hacia ácido araquidónico, precursor de las prostaglandinas, lo que contribuiría al inicio de la dinámica uterina.

En el caso de la RPMP, su causa es multifactorial. Sin embargo, cabe destacar la infección o inflamación coriodecidual como factor causal de la RPMP. La invasión bacteriana del espacio coriodecidual estimula la decidua y las membranas fetales a producir citoquinas (incluyendo TNF, IL-1, IL-6, IL-8 y GCSF).

En respuesta a estas citoquinas inflamatorias, se sintetizan y liberan prostaglandinas, lo que aumenta la quimiotaxis, infiltración y activación de los neutrófilos. Además, se estimula la liberación de metaloproteasas de la matriz, que pueden degradar el tejido conectivo de las membranas corioamnióticas produciendo su ruptura.

En diferentes trabajos, se ha observado una disminución del colágeno de las membranas con un aumento de determinadas proteasas en líquido amniótico o disminución tisular de los inhibidores de estas proteasas.

Además, pueden coexistir otros factores causales como la vaginosis bacteriana, la amenaza de parto pretérmino, el cerclaje, el hábito tabáquico, el nivel socioeconómico bajo, las gestaciones múltiples, una amniocentesis, la conización cervical o la metrorragia.

Cada uno de estos factores puede asociarse a la RPMP mediante la distensión o degradación de la membrana, la inflamación local o la falta de resistencia materna al ascenso de colonización bacteriana de modo que, en la mayoría de los casos, la causa última de la RPMP es desconocida.

Aunque no se han identificado claramente los factores de riesgo para la RPMP, aquellas pacientes con un antecedente de pretérmino anterior con o sin RPM tienen un riesgo más elevado de presentar una RPMP (aproximadamente un 13% comparado con un 4% en las pacientes sin antecedente).

Otros factores asociados parecen ser un índice de masa corporal bajo, un cérvix corto (< 25 mm) o un test de fibronectina positivo. Sin embargo, estos factores presentan una sensibilidad limitada y la mayoría de pacientes que presentan una RPMP no presentan ninguno de estos factores. Por lo tanto, la prevención de esta complicación es todavía muy limitada.

## 2.7 Diagnóstico

En la mayoría de los casos, el diagnóstico es clínico, al observar la salida de líquido amniótico a través del cérvix. Las características de este líquido (pH alcalino y/o cristalización en hebreo al microscopio) permiten hacer el diagnóstico ante un cuadro clínico compatible.

Sin embargo, si la clínica es dudosa, cabe descartar otras causas de hidrorrea: incontinencia urinaria, vaginitis, cervicitis, semen, moco cervical, etc.

El pH puede mostrarse falsamente alcalino si existe sangre (Figura 1), semen, antisépticos o vaginosis bacteriana. El moco cervical puede mostrar una arborización positiva, de modo que la muestra debe tomarse del fondo de saco posterior o lateral para evitarlo.

Por el contrario, en algunos casos, la pérdida mínima de líquido puede mostrar un resultado falsamente negativo. Hacer toser o realizar maniobras de Valsalva a la paciente o repetir el test en un tiempo adecuado si la sospecha clínica existe puede mejorar el diagnóstico.

La ecografía no suele ayudar puesto que el líquido amniótico suele ser inicialmente normal. En caso necesario, el diagnóstico definitivo puede realizarse instilando por amniocentesis en la cavidad amniótica 1 ml de fluoresceína (diluido en 9 cc de suero fisiológico).

La detección de fluoresceína en vagina en 30-60 min confirma el diagnóstico. Otros indicadores bioquímicos como la fibronectina presentan demasiados falsos positivos para ser utilizados en la práctica clínica.

Recientemente, nuevos indicadores bioquímicos como la IGFBP-1 (PROM Test y la PAMG-1 (Amnisure) presentan resultados prometedores con una reducida tasa de falsos positivos. MANEJO Consideraciones generales: El tratamiento de la RPM se deberá individualizar en función de la edad gestacional.

En una RPM a término, el feto no se beneficia de un manejo conservador sino que, debido al riesgo de infección subyacente a la RPM, es preferible la finalización de la gestación. En cambio, en aquellas RPMP pretérmino, el feto se beneficia de una actitud más conservadora, mayor cuanto más extrema la prematuridad.

Por lo tanto, se deberá individualizar la actitud terapéutica en función de la edad gestacional estimando el riesgo para la madre, para el feto y las complicaciones neonatales debido a un parto prematuro.

Ante el diagnóstico inicial de RPMP 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.
3. Descartar signos clínicos o analíticos de corioamnionitis o sospecha de pérdida de bienestar fetal (registro cardiotocográfico).
4. Evaluar las condiciones obstétricas y valorar la posibilidad de utilizar tocolisis).
5. Administrar antibióticos y/o corticoides dependiendo de la edad gestacional.
6. Aunque existen controversias respecto el manejo óptimo de las RPMP, en general existe consenso en diferentes aspectos: 1. Antibioterapia A raíz de los resultados del estudio ORACLE resulta evidente que la antibioterapia reduce el porcentaje de infección materna, retrasa el parto, reduce el porcentaje de infecciones neonatales, de distrés respiratorio, de secuelas neurológicas mayores así como la mortalidad antenatal y neonatal.

El objetivo principal de la terapia antibiótica es tratar o prevenir la infección entra amniótica para prolongar la gestación y ofrecer la oportunidad de reducir la sepsis neonatal y la morbilidad edad-gestacional dependiente.

El tipo de antibiótico a utilizar va a depender de la sensibilidad a éstos 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.

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.

2. Corticoterapia. Es conocido el beneficio de los corticoides para reducir el riesgo de distrés respiratorio, hemorragia intraventricular, muerte perinatal y secuelas neurológicas. Actualmente, la maduración pulmonar con corticoides está indicada entre las 24.0 y las 33.6 semanas de gestación.

La pauta más utilizada es la administración de Betametasona 12 mg/día IM (Celestone Cronodose) durante 48 horas.

Sin embargo, el beneficio de las dosis repetidas de corticoides es controvertido, de modo que no se recomienda su uso sino es en el contexto de los varios estudios randomizados y multicéntricos que actualmente están en curso.

En el caso concreto de la RPMP, se ha sugerido un aumento del riesgo de corioamnionitis si se utilizan de manera sistemática dosis repetidas, aunque en edades gestacionales extremas, las dosis repetidas pudieran tener un papel en la mejora de los resultados perinatales.

En general, en el momento actual se tiende a ser restrictivo en la utilización de dosis repetidas de corticoides, aunque la situación difiere según el centro hospitalario. Únicamente se plantea utilizar dosis de recuerdo ante la desestabilización del cuadro (aparición de dinámica uterina, metrorragia...) que sugiera una finalización inminente de la gestación.

3. Tocolíticos. Aunque no existen datos de si en este contexto, los tocolíticos mejoran o empeoran o no cambian el resultado neonatal, parece razonable pensar que la tocolisis profiláctica puede permitir el efecto beneficioso de los corticoides y los antibióticos al prolongar la gestación durante al menos, 48 h. 4. Otras consideraciones:

a) Una vez el diagnóstico de RPM se ha realizado, deben evitarse los tactos vaginales, ya que disminuyen el tiempo de latencia e incrementan la morbilidad de origen infeccioso.

b) Debemos asimismo obtener cultivo vaginal-anal para estreptococo  $\beta$  galactiae si no disponemos de un resultado en las últimas 5 semanas y en la RPMP también cultivos endocervicales y Gram vaginal.

c) 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, sin que estos factores traduzcan necesariamente un cuadro séptico o de pérdida del bienestar fetal.

d) En caso de parto instaurado imparable, corioamnionitis, desprendimiento de placenta y sospecha de pérdida de bienestar fetal se dejará evolucionar el parto independientemente de la edad gestacional.

e) Valorar 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 el riesgo de pérdida fetal.

f) En mujeres con infección por VIH no se debería adoptar una conducta conservadora, aunque se deberá individualizar el caso (carga viral disponible).

g) Aunque existe literatura contradictoria al respecto, en pacientes portadoras de cerclaje actualmente no se recomienda la retirada del cerclaje si la paciente se mantiene estable.

h) Una vez estabilizada la paciente, ésta deberá trasladarse a un centro con Unidad de Neonatología capaz de asumir la prematuridad.

## 2.8 Tratamiento Según la Edad Gestacional

1. RPM a término Si el índice de Bishop es superior a 6, se esperará un período de  $12 \pm 3$  horas durante los cuales el parto se iniciará espontáneamente en la mayoría de casos.

Pasado este tiempo, se iniciará la inducción con oxitocina, ya que en estas condiciones es de prever un parto fácil que va a suponer menor riesgo de infecciones o sufrimiento fetal que la conducta expectante.

Si el índice de Bishop es inferior a 6, no hay acuerdo en la literatura sobre cuál es la actitud más conveniente: A. "Conducta expectante" con la vigilancia adecuada durante 24-48 horas; B.- "Inducción con oxitocina" a las 12 horas de RPM; o "Maduración con Prostaglandinas" si a las 12 horas no hay dinámica uterina y las condiciones cervicales son muy desfavorables.

La antibioterapia se iniciará a las 6 h de RPM con la pauta que más se ajuste a la cobertura de las cepas bacteriológicas de cada centro. En las pacientes portadoras de SGB vaginal/rectal deberá iniciarse la antibioterapia en el momento del ingreso hospitalario.

2. RPMP 32-36 semanas En RPM de 34-36 semanas de gestación, el riesgo de morbimortalidad neonatal es bajo. Prolongar la gestación hasta las 36 semanas incrementa el riesgo de corioamnionitis y el riesgo de compresiones de cordón no diagnosticadas mientras el feto no está monitorizado por lo que generalmente, la RPMP entre las 34-36 semanas se beneficia de la finalización de la gestación.

En los centros en que se pueda disponer fácil y rápidamente del resultado de las pruebas de madurez fetal (surfactante/albumina ratio (TDX FLM));

lecitina/esfingomielina ratio, recuento de cuerpos lamelares), antes de finalizar la gestación puede comprobarse la madurez pulmonar mediante amniocentesis.

Ante el hallazgo de inmadurez pulmonar, puede realizarse tratamiento completo con corticoides y finalización a las 48 horas.

Entre las 32-34 semanas, se recomienda la maduración pulmonar con corticoides durante 48 horas y valorar la madurez pulmonar fetal mediante amniocentesis. Si el feto es maduro, se indica la finalización de la gestación. Si es inmaduro, generalmente se finaliza de acuerdo con los neonatólogos en un intervalo de tiempo inferior o igual a una semana.

En centros donde no estén disponibles pruebas de madurez pulmonar fetal o si neonatología no puede aceptar prematuros extremos, puede contemplarse una actitud conservadora hasta la semana 34 si la paciente permanece estable.

3. RPMP 23-31 semanas el parto antes de las 32 semanas se asocia a un riesgo significativo de complicaciones neonatales. Es por ello que la gestante con RPMP antes de las 32 semanas se beneficia de un manejo conservador para prolongar la gestación y reducir el riesgo de morbilidad dependiente de la edad gestacional del feto.

El manejo conservador generalmente consiste en la maduración pulmonar con corticoides, la administración de antibióticos y el reposo relativo hospitalario en un intento de minimizar la pérdida de líquido amniótico y detectar signos de infección o de pérdida del bienestar fetal.

En ausencia de parto instaurado, desprendimiento de placenta, sufrimiento fetal o infección intrauterina el objetivo es prorrogar la gestación hasta alcanzar las 31-32 semanas de gestación y considerar la finalización si la madurez pulmonar está documentada, tal como hemos referido en el punto anterior.

El manejo hospitalario de este tipo de pacientes consistirá en la valoración del bienestar fetal y en la detección precoz de signos sugestivos de infección. El

bienestar fetal se valorará mediante el registro cardiotocográfico (test no estresante “NST”) y el perfil biofísico si el NST no es satisfactorio.

El NST diario permitirá identificar alteraciones en forma de desaceleraciones variables y tardías así como valorar la contractibilidad uterina.

El perfil biofísico (PBF) valorará el volumen de líquido amniótico, los movimientos respiratorios, el tono fetal y movimientos del tronco y nos permitirá una reevaluación del estado fetal ante un NST dudoso.

La monitorización materna se evaluará medio control diario de constantes (temperatura, frecuencia cardíaca) y controles analíticos que permitan un recuento leucocitario y de PCR para el despistaje de la infección intraamniótica.

Como complicaciones obstétricas, el feto con RPMP a estas edades gestacionales tiene un riesgo significativo 3276% de distrés fetal relacionado con compresión funicular y un 13-60% de riesgo de infección intraamniótica.

La invasión microbiana de la cavidad amniótica no sólo es considerada factor de riesgo para parto pretérmino, sino también de corioamnionitis clínica y resultados neonatales adversos (índices de Apgar más bajos, distrés respiratorio, sepsis, hemorragia intraventricular, displasia broncopulmonar, bajo peso al nacer y daño cerebral perinatal).

La forma más grave de parálisis cerebral secundaria a la infección es la leucomalacia periventricular. En la actualidad, el diagnóstico definitivo de infección intraamniótica es el estudio microbiológico mediante cultivo. Sin embargo, el cultivo es un método de resultado tardío, cuya lectura requiere de 2-5 días para un diagnóstico, por lo que la actitud terapéutica vendrá determinada en la práctica diaria por criterios clínicos, bioquímicos y microbiológicos.

Ante el diagnóstico clínico de corioamnionitis, el tratamiento más adecuado es la finalización de la gestación bajo cobertura antibiótica materna de amplio espectro.

4. RPMP en edades gestaciones previables (inferior a 24 semanas) La RPM por debajo de las 24 semanas es una complicación obstétrica infrecuente (1-7/1000 gestaciones) pero de manejo complejo que se asocia a una importante morbimortalidad materno-fetal.

Se describe una mortalidad perinatal que oscila del 33 al 54%. Un 67% de los recién nacidos presentaran distrés respiratorio, un 53% displasia broncopulmonar, un 40% hemorragia intraventricular, y un 7% sepsis.

En el seguimiento de los recién nacidos a los 2 años de vida, el riesgo de secuelas neurológicas varía enormemente según los trabajos publicados (6-44%).

No obstante, no hay suficiente bibliografía sobre los resultados neurológicos a largo plazo y, en general, vendrán marcados por la presencia de infección y por el grado de prematuridad en el momento del parto.

El manejo obstétrico generalmente incluye una actitud conservadora con administración de antibióticos profilácticos en el momento del ingreso y corticoterapia para mejorar la madurez pulmonar a partir de las 24.0 semanas.

La inducción del parto se reserva en pacientes con evidencia clínica de infección intraamniótica, desprendimiento de placenta o distrés fetal. No existe consenso sobre el manejo obstétrico óptimo de dichas gestaciones ni referencia en la literatura sobre los riesgos y beneficios de la opción expectante domiciliaria versus el ingreso hospitalario continuado hasta el momento del parto.

En edades previables, los malos resultados perinatales descritos en la literatura, con una mortalidad del 40-60%, podrían justificar la interrupción legal del embarazo.

Sin embargo, los avances en el manejo perinatal, como el uso antenatal de corticoides y antibióticos, y la terapia postnatal con surfactante, estrategias de ventilación más efectivas y la mejora de la nutrición neonatal, han mejorado discretamente la supervivencia de los recién nacidos.

Los principales contribuyentes del mal resultado perinatal en el caso de las RPMP de menos de 24 semanas son la hipoplasia pulmonar, la severidad y persistencia de oligoamnios, la prematuridad y la corioamnionitis:

Raramente ocurre en Rupturas de Membranas más allá de las 24 semanas, probablemente porque la fase crítica del desarrollo pulmonar (fase canalicular) tiene lugar entre las 17 y las 24 semanas de gestación.

El riesgo de hipoplasia pulmonar en RPMP precoces es del 1,1% al 28%, según las series. Una vez está presente, la mortalidad asociada a hipoplasia pulmonar es muy alta, del 70%.

Los factores predictores de hipoplasia pulmonar descritos en la literatura son la edad gestacional en el momento de la amniorrexis (a partir de la semana 26 el riesgo es casi nulo), el oligoamnios severo y persistente (definido por columna de líquido amniótico inferior a 1 cm durante más de una semana), y el intervalo. Se define como oligoamnios severo, la columna de líquido amniótico inferior a 1 cm. Columnas < 1 cm de forma mantenida se asocian a mayor riesgo de malposiciones esqueléticas y mayor riesgo de hipoplasia pulmonar. La valoración del líquido amniótico, juega un papel crítico en el manejo conservador de RPM extremas.

La presencia de una columna máxima de líquido amniótico > 2 cm será un factor pronóstico excelente de ausencia de hipoplasia pulmonar, independientemente de la edad gestacional en el momento de la RPM o del intervalo de tiempo desde la RPM al parto, de modo que un punto de corte de 2 cm presenta una sensibilidad (S) del 100%, especificidad (E) del 38%, y valor predictivo positivo y negativo (VPP y VPN) del 38% y 100% para la predicción de hipoplasia pulmonar. La utilidad clínica de puntos de corte más bajos es más limitada.

Los fetos con oligoamnios severo tienen mayor riesgo de desaceleraciones intraparto, mayor tasa de cesáreas, mayor riesgo de corioamnionitis, apgar más bajos (pero no más acidosis); más deformidades esqueléticas (aunque su prevalencia es baja, del 1%), mayor hipoplasia pulmonar letal y mayor probabilidad de morir en el período neonatal.

En RPMP inferiores a 25 semanas, con oligoamnios severo (<1cm) durante más de 14 días la mortalidad es del 91%. (El 87% de éstos, por hipoplasia pulmonar).

En los últimos años, en casos muy seleccionados, principalmente cuando la RPMP se produce en edades gestacionales previables, puede plantearse una conducta más activa que consiste en aplicar técnicas cuyo objetivo sea recuperar el líquido amniótico (amnioinfusión), o evitar una mayor pérdida de líquido, tapón cervical de fibrina, esponja de gelatina).

Procedimiento es vía trans abdominal. Se inyecta un volumen de 100-200 ml de suero fisiológico vía intraabdominal con el objetivo de reducir el riesgo de corioamnionitis, prevenir la hipoplasia pulmonar y retrasar el parto. Amniopatch: el método consiste en la amnioinfusión de 100-200 ml de suero fisiológico e inyección de media unidad de plaquetas y media unidad de crioprecipitados en la cavidad intraamniótica vía abdominal.

Los fibroblastos y las células amnióticas induciendo un proceso inflamatorio que favorece el sellado de las membranas. Indicado en RPMP yatrogénicas.

Esponja de gelatina (gelatin sponge): la técnica se inicia con un cerclaje tipo McDonald. Se realiza una amnioinfusión de 150-200 ml de suero fisiológico. Posteriormente, se procede a la punción transabdominal con un trócar de 3 mm para la inyección de la gelatina. El procedimiento está indicado en amniorrexis espontáneas o iatrogénicas y en oligoamnios severos o anhidramnios.

Factor XIII, trombina, calcio, fibronectina, inhibidores de la fibrinólisis. Está indicado en oligoamnios severo tras amniorrexis espontánea o y atrógena.

El tapón de fibrina tiene acción barrera; evita la infección intraamniótica vía ascendente; promueve la angiogénesis (acelerando el crecimiento tisular local y reparando el defecto de membrana); contiene inhibidores de la fibrinólisis (ácido amniocaproico) cuyo papel es estabilizar el tapón de fibrina.

Se optimiza la adhesividad del tapón si se añaden plaquetas. Sin embargo, estos tratamientos que se proponen, no han demostrado claramente una mejoría

significativa de la supervivencia neonatal respecto la actitud conservadora con antibioterapia y corticoides antenatales.

CAPITULO III:  
CUIDADOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

## CAPITULO 3: CUIDADOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

En el presente capítulo se hablara de los cuidados y de las intervenciones de enfermería en jóvenes primigestas con Ruptura Prematura de Membranas.

En la exploración vaginal con espéculo se observa salida de líquido a través del cérvix. En caso de duda es habitual usar tiras reactivas de pH (tiras de nitrazina), que virarán a básico si existe líquido amniótico (ya que el pH vaginal es ácido), aunque este método es poco fiable debido a que el pH vaginal se puede alterar si hay presencia de sangre u orina. Ecográficamente se puede objetivar oligoamnios (disminución en el volumen del líquido amniótico).

La conducta dependerá de la edad gestacional:

- En gestaciones a término, en las que el líquido amniótico es claro y la presentación es cefálica, se esperarán 12-24 h para la inducción del parto mediante prostaglandinas vaginales u oxitócicos. Si el líquido es meconial, existe pérdida de bienestar fetal o la madre es portadora de estreptococo grupo B, la inducción será inmediata.

- En gestaciones de menos de 37 semanas el tratamiento será expectante con reposo, antibióticos y maduración pulmonar con corticoides si el feto es menor de 34 semanas. Si existe corioamnionitis o pérdida de bienestar fetal, estará indicada la finalización de la gestación.

El pronóstico es muy malo en gestaciones por debajo de 22 semanas.

Metrorragias del tercer trimestre

### **A. Placenta previa**

La placenta previa (PP) se define como la implantación de la placenta en el segmento inferior uterino.

Dependiendo de su localización, será :

- PP oclusiva total: la placenta ocluye totalmente el orificio cervical.
- PP oclusiva parcial: la placenta ocluye parcialmente el orificio cervical.
- PP marginal: la placenta llega al borde del orificio.
- PP lateral o baja: la placenta está implantada en el segmento, pero no llega al orificio cervical.

Clínicamente se encuentra una hemorragia indolora de sangre roja. Según avanza el embarazo estas hemorragias pueden ser más frecuentes y profusas. El tono uterino será normal.

El tratamiento es reposo, controles ecográficos y analíticos por la pérdida sanguínea, valoración del bienestar fetal y administración de corticoides si la edad gestacional es menor de 34 semanas.

Los tactos vaginales están contraindicados.

Si la placenta ocluye el orificio cervical, está indicada la cesárea en la semana treinta siete

Es importante conocer esta información porque solo así podemos darnos cuenta donde se implanta la placenta y los riesgos o las consecuencias que se puedan obtener es fundamental que la paciente sepa distinguir una hemorragia que es indolora de manera que la sangre es roja o si el tono uterino es normal durante el proceso.

## **B. Desprendimiento de placenta normoinserta**

Como su nombre indica, el desprendimiento de placenta normoinserta (DPNI) es la separación total o parcial de la placenta de su lugar de implantación antes del alumbramiento.

Aunque no se conoce su causa, entre los factores de riesgo se encuentra la hipertensión, el consumo de cocaína, las hipertonías y el antecedente de DPNI.

Los síntomas son:

1. Hemorragia de sangre oscura que al principio no es muy abundante.
2. Dolor, que puede ser intenso y casi continuo.
3. A la exploración, se palpa un útero con tono aumentado (hipertonía uterina); se habla de útero leñoso.
4. El latido cardíaco fetal va a depender de la gravedad del desprendimiento. Si es un desprendimiento total, el feto estará muerto.

Las complicaciones para la madre son la hipotensión, el shock hipovolémico, la coagulación extravascular diseminada y la insuficiencia renal aguda.

El tratamiento dependerá del estado materno y fetal. Será expectante en desprendimientos muy leves con fetos prematuros sin pérdida de bienestar. En casos graves con feto vivo está indicada una cesárea urgente. Si el feto está muerto y el estado materno lo permite, será preferible un parto vaginal con una estrecha vigilancia de la hemodinámica materna.

Es trascendente saber sobre el desprendimiento de placenta ya que es donde hay la separación total de la placenta de su lugar donde se implantó durante su nacimiento de tal manera que la paciente conozca los síntomas o las complicaciones que se pueden desencadenar en un momento.

### 3.1 Valoración y Cuidados de Enfermería en la Puérpera: Cambios Fisiológicos y Psicológicos

El puerperio es el periodo posterior al parto en el que el cuerpo de la mujer va retornando al estado previo al embarazo y se prepara para la lactancia.

Su duración es de 6-8 semanas y en este periodo se pueden distinguir tres etapas:

1. Puerperio inmediato: engloba las primeras 24 h posparto, el mayor riesgo de hemorragia sucede en las 2 primeras horas.

2. Puerperio clínico: es la primera semana postparto, suceden los mayores cambios en el cuerpo de la mujer.

3. Puerperio tardío: las 7 semanas siguientes.

Cambios fisiológicos y psicológicos

#### **A. Cambios en el aparato genital**

Entre los cambios que se producen en el aparato genital tras el parto cabe destacar la involución uterina, que es la vuelta del útero al tamaño y posición previo al embarazo

A las 2-4 horas postparto el útero se encuentra a nivel del ombligo y va descendiendo diariamente hasta volver a ser un órgano pélvico a los 10 días del parto. A las 6 semanas tiene el tamaño previo al embarazo.

La producción de oxitocina que se libera con la succión del recién nacido en la lactancia materna mejora la involución uterina.

Este texto nos habla sobre el estado de la paciente y de los cambios y procesos que se van presentando en su cuerpo por otro lado también hacer énfasis que durante las primeras 24 horas de posparto puede presentarse riesgo de hemorragias por esta razón es importante ofrecer cuidados de calidad a las pacientes.

A los 10 días postparto el orificio cervical interno está cerrado y el externo se quedará entreabierto.

La capa más superficial de la decidua se elimina con los loquios, el endometrio se reepiteliza en 10 días excepto el lugar donde se implantó la placenta que tarda unas 6 semanas. Si no hay lactancia materna, el primer ciclo menstrual puede ocurrir a las 6 semanas del parto, aunque normalmente los primeros ciclos serán anovulatorios.

Los loquios tienen un olor fuerte, pero nunca deben ser malolientes.

Irán cambiando en aspecto y cantidad conforme pasen los días:

- Loquios hemáticos: los primeros 2-3 días son de color rojo con pequeños coágulos.

- Loquios serosos: los 7 días siguientes son de color rosa o marrónáceo.

- Loquios blancos: exudado de color amarillento, durante una semana más.

En la vagina quedarán los restos del himen llamados carúnculas mirtiformes. La mucosa se quedará atrofiada por la deprivación hormonal durante más tiempo en las mujeres que den lactancia materna.

Los entuertos son contracciones uterinas que durarán 2-3 días, son más frecuentes en multíparas y se deben a que el útero se contrae intermitentemente produciendo dolor abdominal.

## **B. Cambios en el aparato respiratorio**

Desaparece la disnea fisiológica del embarazo debido a que el útero ya no comprime el diafragma, la respiración vuelve a ser abdominocostal.

Desaparece la alcalosis respiratoria.

### **C. Cambios en el aparato cardiovascular**

El gasto cardíaco disminuye poco a poco y se normalizan la frecuencia cardíaca y la presión arterial.

### **D. Cambios en el sistema hematológico**

Se produce leucocitosis en los primeros días debido al estrés del parto, que se normaliza en la primera semana.

La hemoglobina y el hematocrito son normales excepto en los casos de gran pérdida de sangre durante el parto.

Se estima una pérdida hemática de 500 ml de sangre en un parto y 1.000 ml en caso de cesárea.

Existe un estado de hipercoagulabilidad transitorio.

### **E. Cambios en el aparato digestivo**

Desaparecen las molestias gastrointestinales.

Permanecen el estreñimiento y las hemorroides, que estarán aumentadas por el esfuerzo del parto. La gestante tendrá miedo o rechazo a hacer deposiciones por el dolor y la sutura del desgarro o episiotomía.

### **F. Cambios en el aparato urinario**

Puede aparecer disuria y hematuria por las repetidas cateterizaciones vesicales durante el parto.

Se produce una tendencia a la retención urinaria secundaria a la analgesia epidural; la micción espontánea no debe retrasarse más de 8 h postparto.

La diuresis está aumentada para eliminar el líquido retenido.

## **G. Cambios en el metabolismo**

Hay una pérdida de peso (lenta y que no es inmediata) de 5 kg del parto y 2-3 kg por el aumento de la diuresis.

El metabolismo, que estaba aumentado durante el embarazo, se normaliza, pero la intolerancia glucídica puede durar unos días.

## **H. Cambios en la piel**

La hiperpigmentación va desapareciendo lentamente.

Las estrías permanecen, pero cambian a una coloración más pálida por el tiempo transcurrido.

Desaparecen las arañas vasculares y el eritema palmar.

## **I. Cambios psicológicos**

Según Rubín, se pueden distinguir tres etapas:

- Periodo de captación o dependencia: dura el primer y segundo día del puerperio y se caracteriza por una actitud pasiva y dependiente. Por un lado, están centradas en sí mismas debido al agotamiento del parto y, por otro, tienen sentimientos de inseguridad y dudas. Puede haber una euforia temporal.

Periodo de toma de control: Durante el segundo y tercer día, la madre se preocupa por los cambios en su imagen corporal y por su capacidad para alimentar al recién nacido.

Hay labilidad emocional, cansancio y ansiedad por el nuevo rol. Cerca del 80% de las puérperas presentan el llamado Maternity Blues, se caracteriza por una tendencia a la tristeza durante la primera semana, puede deberse al agotamiento, a los cambios corporales, a las continuas demandas del recién nacido y a la sensación de abandono, ya que el centro de atención para pareja y familia será el

bebé. Habrá que diferenciarlo de la depresión puerperal y de la psicosis puerperal, ya que éstas requieren tratamiento.

- Periodo independiente: La mujer acepta el nuevo rol y reinicia sus actividades habituales.

Es estratégico que la paciente tenga que saber todos los cambios porque en un cierto momento pueda sentir cambios que para la paciente tal vez sean extraños y lo más impresionante sería que la paciente como está viviendo y todos los procesos que se están presentando en cada aparato de su organismo por otra parte tenemos los cambios psicológicos es cuando la paciente se encuentra un poco agotada después que se dio el alumbramiento, la paciente se va sentir insegura y le van a surgir muchas dudas por el cómo amamantar al bebe, llega en un momento en que la madre siente cambios emocionales hasta que la paciente acepta su nueva vida se siente más segura inicia sus actividades correspondientes.

### 3.2 Complicaciones del puerperio

Las complicaciones más importantes o frecuentes son: infección puerperal, hemorragia postparto, subinvolución uterina, retención urinaria, hematoma perineal, depresión y psicosis puerperal.

#### Cuidados de enfermería

- Revisar la historia clínica.
- Valorar el estado general de la gestante:

Constantes vitales, dolor, estado emocional. Hay que prestar especial atención a la presión arterial y a la temperatura. La infección puerperal es una de las principales complicaciones del puerperio; el foco puede ser una endometritis, la cicatriz de la cesárea o de la episiotomía, las infecciones de las vías urinarias o una mastitis.

- Valorar la altura del fondo uterino respecto al ombligo y realizar el masaje uterino. Si el útero se encuentra por encima del ombligo o está desplazado hacia la

derecha, es posible que la vejiga se encuentre llena e impida que se contraiga adecuadamente.

Estará indicado el vaciamiento vesical espontáneo o por sondaje para prevenir la hemorragia postparto.

Si aun así existe subinvolución uterina o sangrado excesivo, puede ser necesaria la administración de fármacos oxitócicos o ergóticos (ergonovina, metilergometrina) pautados por el ginecólogo.

- Valorar la cantidad y las características de los loquios. La presencia de coágulos de gran tamaño o sangrado profuso debe comunicarse al ginecólogo de guardia. Unos loquios malolientes son indicativos de infección.

- Valorar el periné: edema, equimosis, dolor, estado de la sutura si la hubiera, descartar la presencia de hematoma perineal y valorar las hemorroides (si las hubiera). Enseñar medidas de higiene de la zona perineal y usar frío local si existe gran inflamación.

- Valorar las mamas: enrojecimiento, grietas, pezones invertidos.

Es importante valorar a la paciente ya que debemos estar al pendiente de los signos vitales para ver si no se presentan complicaciones ya que una infección es una de las principales de acuerdo con una cesárea o de una episiotomía las infecciones se presentan vaginales. Debemos de valorar si el sangrado es excesivo, valorar la cantidad y las características de los loquios, tener en cuenta si la paciente presenta equimosis o dolor es indispensable enseñarles a las pacientes medidas de higiene que deben tomar en cuenta.

- Asegurarse de que se inicia la micción espontánea y fomentarla eliminación urinaria frecuente.

- La dieta será normal con alto contenido en fibra para evitar el estreñimiento. Si la lactancia es materna, habrá que ingerir 500 kcal/día más.

- Fomentar la deambulacion precoz por la tendencia a los accidentes tromboembólicos y realizar una exploración física de miembros inferiores buscando

zonas calientes o enrojecidas y signo de Homan positivo (dolor en el gemelo cuando se realiza la dorsiflexión del pie).

- Favorecer la actividad progresiva y el descanso para prevenirla fatiga y la depresión puerperal.

- Controlar el dolor con analgesia pautada.

- Administrar globulina anti-D si el recién nacido es Rh (+).

- Verificar la vacunación de rubéola.

- Promocionar la lactancia materna.

- Realizar educación sanitaria sobre cuidados de periné, higiene, alimentación, descanso, lactancia, cuidados del recién nacido y signos de alarma.

- La actividad sexual puede comenzar cuando el sangrado haya cesado y el desgarro o la episiotomía esté cicatrizada.

Aconsejar lubricantes al inicio si existe sequedad vaginal.

Aconsejar anticoncepción.

Contacto precoz en la primera hora de vida, incluso si el parto es por cesárea.

- Tomas frecuentes (10-12 al día) estimulan la secreción, facilitan

el vaciado y evitan la ingurgitación de los primeros días.

- Fomentar la toma nocturna, pues producen niveles altos de prolactina.

Es importante cuantificar la eliminación urinaria por otro lado la dieta será normal para que a si mismo la paciente no presente estreñimiento y como la paciente ya regresa a su estado normal va ir empezando a deambular para regresar a su entorno.

- No establecer horarios rígidos, sino estar atentos a las señales de hambre del RN. Respetar el ritmo de tomas del neonato.

- El calostro es suficiente para los primeros días y estimula el vaciado intestinal.

- No dar suplementos ni utilizar tetinas, pues pueden alterar la succión.

- Confirmar que la postura del neonato es correcta, con la boca bien abierta, cogiendo el pezón y parte de la aréola.

- No ofrecer el segundo pecho hasta que el primero se vacíe. Hacia el final de la toma, la leche contiene más grasa y sacia más al neonato. Ir alternando los pechos.

- El personal de enfermería debe observar en el puerperio hospitalario al menos 2 tomas para valorar la posición correcta, el enganche, la succión y la transferencia de leche.

Se detectará a las madres con riesgo de lactancia materna ineficaz para realizar seguimiento tras el alta hospitalaria.

- La ducha diaria es suficiente para la higiene del pezón. Se aconseja, al final de la toma, extender la propia leche por el pezón. Procedimientos clínicos y paraclínicos

1. Elaboración de una buena historia clínica, en la medida en que el compromiso de la paciente lo permita, e interrogar a los familiares.

Evaluación del grado de compromiso hemodinámico materno y fetal.

Se debe capacitar a la paciente para que aplique la técnica correcta y más que nada comentarle que el calostro es la primera leche va a tener y que es muy importante que lo adquiera su bebe por eso es importante se durante la hospitalización se mantengan en observación tanto la madre como el hijo para ver su evolución.

Verificar los signos vitales.

Evaluación del tono y la sensibilidad uterina, auscultación de foco fetal, palpación de partes fetales, colocación de espéculo vaginal inicialmente, dependiendo de la cuantía del sangrado y estado de la paciente, para evaluar características del sangrado y ver el cuello uterino. Realizar tacto vaginal si se descarta placenta previa y/o la clínica es sugerente de DPP para evaluar grado de dilatación del cuello uterino. Tomar las respectivas muestras de sangre para evaluar hemograma completo, química sanguínea, pruebas de coagulación, productos de degradación de la fibrina (PDF), dímero D, solicitar a banco de sangre, tipiaje y fijar productos sanguíneos como sangre total, concentrado globular, crioprecipitado, plaquetas, fibrinógeno, y transfundir en caso de ser necesarios.

Dentro de los métodos auxiliares para el diagnóstico tenemos el ultrasonido, que es útil para hacer diagnóstico diferencial con otras patologías Obstétricas que pueden ser causa de sangrado genital como placenta previa, aunque el valor de este es limitado a los casos que cursan con poca sintomatología, grado 0 o 1, porque por lo general la forma más frecuente de presentación es la forma grave que amerita resolución inmediata.

### 3.3 Diagnóstico diferencial

Se debe hacer con todas las patologías que cursan con sangrado genital

Como lo son:

Placenta previa, implantación de la placenta en el segmento uterino inferior; cuyo cuadro clínico se caracteriza por sangrado genital rojo rutilante que puede ser leve, moderado o severo, el tono uterino es normal.

En la evaluación clínica se hace una auscultación de foco fetal dependiendo del sangrado de la paciente se evalúa las características del sangrado y ver el

cuello uterino por eso es importante tomar unas muestras de sangre se le pide una química sanguínea, pruebas de coagulación y degradación de la fibrina.

El diagnóstico diferencial consiste en las pacientes que presentan antecedentes o factores de riesgo que se consideran de alto riesgo obstétrico y el hospital debe ser de tercer lugar esto quiere decir que la paciente requiere un hospital capacitado y se deben de valorar los datos de alarma y se debe de mantener a la paciente en vigilancia estricta.

Ruptura uterina, cursa con dolor abdominal difuso, sangrado genital abundante, aumento de la sensibilidad uterina, signos de shock materno y sufrimiento fetal agudo con una alta mortalidad fetal.

Corioamnionitis, infección de la cavidad uterina, que cursa con dolor abdominal, dinámica uterina y aumento de la sensibilidad uterina. Clasificación del riesgo.

Las pacientes que presenten antecedentes y/o factores de riesgo para DPP, deben considerarse de alto riesgo obstétrico tipo II.

Nivel de atención

Su tratamiento debe ser en el tercer nivel, en hospitales tipo 3 y 4.

Medidas terapéuticas básicas o iniciales

1. Garantizar dos vías venosas periféricas permeables de buen calibre con un catéter N° 16 o 18. Mantener la reposición de líquidos con soluciones cristaloides y/o hemoderivados, según sea el caso. Corregir la coagulopatía, si está presente.

2. Vigilancia estricta por parte del personal de enfermería. Control estricto de signos vitales bien sea horario o menos, de acuerdo a la gravedad del cuadro.

3. Vigilar signos de alarma.

4. Valorar el bienestar fetal mediante ecografía y/o Doppler y monitoreo fetal, según la condición clínica de la paciente.

## Criterios de referencia y traslado

La paciente que ingresa a un centro de nivel 1 con signos de alarma tales como sangrado genital y dolor abdominal, debe ser referida al tercer nivel (hospitales tipo 3 y 4). Se requiere la presencia de especialista en obstetricia y anestesiología así como la disponibilidad de hemoderivados y de Unidad de Terapia Intensiva (UTI) y debe ser trasladada con vía periférica permeable, soluciones cristaloides intravenosas y oxígeno, en ambulancias dotadas adecuadamente y acompañada por personal médico y paraclínico, además de un familiar. Debe garantizarse el cupo en el sitio donde será trasladada, a través de la red hospitalaria.

La hoja de referencia debe llevar detallado identificación de la paciente, motivo de consulta y manejo en el sitio de choque, así como del procedimiento seguido para estabilizar a la paciente.

### 3.4 Criterios de hospitalización

Debe hospitalizarse toda paciente que presente sangrado genital antes del parto de cualquier cuantía; que presente factores de riesgo asociados y signos y síntomas sugestivos de DPP parcial o completo, o compromiso materno y fetal.

#### Plan terapéutico

Dependerá del compromiso materno y la viabilidad fetal:

1. Si se trata de embarazos a término o con cuadros severos de DPP, el tratamiento ha de ir encaminado a tres fines: contener la hemorragia, combatir el estado anémico y evacuar el útero. Se recomienda resolución del caso por vía baja si hay trabajo de parto avanzado con feto muerto o vivo, estabilidad materna y no exista contraindicación obstétrica al parto.

2. La cesárea es a menudo necesaria: cuando la paciente está lejos del término, o no ha iniciado trabajo de parto, o cuando hay compromiso materno o fetal. Si la hemorragia no puede ser corregida después del parto o cesárea, puede ser necesaria la realización de una histerectomía, previa a la implementación de otras medidas como ligadura de las uterinas o de las hipogástricas, y otras para control de la atonía/hipotonía, si esta se presenta.

3. Uso de hemoderivados: una pérdida sanguínea de aproximadamente 2 litros o la inestabilidad hemodinámica, requiere la utilización de hasta 2 a 4 unidades de concentrado globular (CG) independientemente de los valores de hemoglobina y hematocrito. Se sugiere una unidad de plasma fresco congelado (PFC) por cada 5 CG.

Se deben colocar hasta 10 unidades de plaquetas (recuento menor de 50 000 plaquetas) y pueden requerirse 6 a 12 unidades de crioprecipitado, sobre todo si la paciente va a cirugía. Ante una pérdida sanguínea de más de 2 litros, considerar la posibilidad de CID.

4. La coagulopatía, si está presente, debe ser corregida.

5. Si el cuadro clínico es leve y el embarazo es pretérmino, se puede tener una conducta expectante y realizar evaluación con ultrasonido, con vigilancia estricta de signos de deterioro materno o fetal. Indicar inductores de madurez fetal en embarazos menores de 34 semanas, cuando se trate de DPP leve y conducta expectante.

6. Indicar inmunoglobulina Rh, en caso de pacientes Rh negativas no sensibilizadas.

#### Procedimiento con familiares

Se debe brindar información sobre la patología obstétrica que se presenta y el estado real de la paciente, así como los riesgos de complicaciones y muerte, tanto para la madre como para el feto. Además informar las razones del traslado.

Los familiares deben proveer al médico que recibe a la paciente de todos los exámenes previos, así como de la referencia del médico tratante.

Además, pueden colaborar en el traslado de la paciente, si así lo amerita, y donar sangre en caso de ser necesario.

### 3.5 Seguimiento Médico y De Enfermería Reevaluaciones

Las reevaluaciones van a depender del grado de DPP y compromiso materno y fetal. Debe tener vigilancia estricta en una unidad de cuidados intermedios o UTI si existen complicaciones como shock hipovolémico, CID y deterioro de la función renal. En casos de DPP leve con estabilidad materna evaluaciones cada seis horas de signos vitales y/o complicaciones.

#### Alta hospitalaria

Se indica el alta médica una vez los parámetros clínicos y de laboratorio

Están dentro de límites normales, con controles semanales y referencia a consulta externa.

#### Alta en consulta externa

Una vez pasados los 42 días de puerperio, con referencia a consulta de medicina interna, en caso de que exista patología médica asociada como hipertensión arterial. Ruptura Prematura de Membranas (RPM) lejos del término de 24 a 34 semanas

#### Manejo

1. Maduración fetal con corticoides.
2. Uso de sulfato de magnesio como neuroprotector.
3. Monitorización de factores adversos.
4. Uso de antibióticos.

Condiciones que obligan a interrumpir el Embarazo Interrupción del embarazo de acuerdo a riesgo materno o fetal:

- Infección Intra-amniótica:

En estos casos es muy importante tener a la paciente en vigilancia con los cuidados necesarios para que no se le pueda presentar más complicaciones de acuerdo con las patologías que ingreso al hospital y mejorando su calidad de vida

el médico decide su alta hospitalaria y el médico internista que está a su cargo también decide darle su alta de consulta externa y le da su receta y le explica sobre el manejo y uso de medicamentos.

Clínica:

– Temperatura Materna  $>37.5^{\circ}\text{C}$  en dos ocasiones separadas por 6 horas y no explicada por otra causa.

– Taquicardia Materna persistente  $> 100$  latidos / minuto.

– Taquicardia Fetal sostenida.

– Perdida Vaginal mal oliente

• Labor de Parto

Laboratorios:

– Leucocitos: Mayor de 15,000 o desviación a la izquierda del diferencial leucocitario (neutrofilia).

– Proteína C Reactiva: 2 veces el valor normal (poco sensible).

– Tinción Gram y/o cultivo del LA, positivos por microorganismos.

Signos de compromiso Fetal. (Monitoreo fetal alterado, desprendimiento de

Placenta o prolapso de cordón) La atención del parto de productos prematuros se debe realizar en las unidades de salud categorizadas con Cuidados Obstétricos y neonatales esenciales (CONE Completo).

• Manejo conservador

Siempre que se plantee un tratamiento conservador hay que tener presente estas conductas:

Corticoides: Dexametasona 6mg IM c/12 hrs. Numero 4 dosis Betametasona 12mg c/24 hrs dos dosis.

- Antibióticos: Terapia intravenosa por 48hrs con ampicilina 2g IVc/6 hrs y eritromicina 500mg VO c/6 hrs, seguida de terapia oral por 5 días con amoxicilina 500mg c/8hrs VO y eritromicina 500mg c/ 12hrs VO

Pacientes alérgicos se puede recurrir a la eritromicina solo por 10 días vo c/6 h o clindamincia 600 mg vacada 8 horas por 7 días o garamicina 80 mg Im cada12 horas por 7 días.

- Sulfato de magnesio:

Dosis de impregnación: de 4 gramos diluidos en 60cc de solución salina, lactatoringer o dextrosa en agua pasar por lo menos en 20 minutos.

Dosis de mantenimiento:

- 1 gramo intravenosos a dosis continua por 24 horas o

- 2 gramo por hora por 12 horas

Preparación:

20 gramos de sulfato de magnesio (en presentación de ampollas de 1 gramo por 10cc) agregar a 300 cc de dextrosa en agua al 5 % para llevar a 500 cc de solución y pasar de 1 a 2 gramos por hora (25 a 50 cc por hora en bomba de infusión o microgotero).

Con el sulfato de magnesio se debe vigilar cada hora la diuresis, los signos vitales.

3.6 Ruptura Prematura de Membranas (RPM) previsible antes de 24 semanas.

Si no hay datos adversos se le explica a la mujer sobre los riesgos de continuar con el embarazo y se toma dicha decisión en conjunto.

- Si se decide conducta conservadora: o Se inicia monitorización de complicaciones y se reevalúa el caso. Si hay evidencian de infección intraamniotica iniciar interrupción del embarazo.

- Si las condiciones clínicas no permiten continuar el embarazo, la interrupción se realizará.

Vaginal utilizando Inducción con oxitocina, PG E2, Misoprostol.

- Si el embarazo progresa y pasa el límite de la viabilidad continuar manejo conservador y realizar acciones tendientes a minimizar complicaciones de acuerdo a edad gestacional y considerar interrupción del embarazo a las 34 semanas.

Es conveniente saber que debemos de realizarnos estudios de laboratorios y de medicamentos que le indique a la paciente y lo más importante que lleven un control y que sean las dosis exactas.

### 3.7 Embarazo Prolongado

#### a. Definición

Gestación que sobrepasa las 42 semanas completas. El embarazo prolongado ocurre en aproximadamente 10% de los embarazos, con un rango de 4-14%. Existen algunas características inherentes al embarazo prolongado que pueden agregar morbilidad:

- Oligoamnios
- Líquido Meconial (25%) con aspiración fetal del mismo
- Macrosomía Fetal.

La edad gestacional es confiable si reúne las siguientes características:

- FUM confiable:

Recuerda exactamente el primer día de la última menstruación ciclos menstruales regulares.

No uso de anticonceptivos hormonales por lo menos 3 meses antes de la FUM.

No haber lactado durante el período probable de la concepción. •  
Concordancia entre la amenorrea y el examen obstétrico durante el primer trimestre.

- Información sobre la fecha de percepción inicial de los movimientos fetales (16–20 semanas).

- Auscultación de la frecuencia cardiaca fetal con fetoscopio por primera vez (semana 18-20). En lugares en los que se cuenta con monitor fetal Doppler, la fetocardia puede detectarse por primera vez entre las semanas 12-14.

- Evaluación sonográfica de la edad gestacional en el 1er trimestre con la medición de la LCC (Longitud Cráneo-Caudal), o a través de biometría fetal en etapas tempranas del 2º trimestre.

b. Manejo y Tratamiento:

En embarazos sin factores de riesgo es aceptable indicar la interrupción del embarazo a las 41 semanas cuando:

- Se tiene una edad gestacional segura
- Score de Bishop mayor o igual a 6
- Con Score de Bishop menor de 6 se puede plantear maduración cervical con prostaglandinas.

Para aquellas mujeres que llegan a las 41 semanas existen dos esquemas de manejo aceptados para el Embarazo Pos término no complicado: Manejo Expectante y la Inducción de Parto. Hasta el momento actual no se ha podido demostrar que un esquema sea superior al otro.

Manejo expectante:

La vigilancia antenatal estricta es la base del manejo expectante, y a pesar de que ningún protocolo de vigilancia antenatal parece ser superior al otro, la

Mayoría de los obstetras lo inician a las 40 semanas

De gestación. La literatura no es consistente acerca de la forma o frecuencia de la vigilancia antenatal en embarazo pos término. Generalmente se realiza una Combinación de pruebas: NST e Índice de Líquido Amniótico (Perfil biofísico modificado) 2 veces por semana.

### 3.8 Recomendaciones

Es muy importante acudir a su consulta prenatal para mejorar la calidad de vida y no por tener los cuidados necesarios todo esto termine en complicaciones en el cual tanto la madre como el hijo se vean afectados En la consulta técnica de la OMS se adoptaron 20 recomendaciones que abarcan cuestiones prioritarias relacionadas con la prevención y el tratamiento de las infecciones maternas en el periparto. Las recomendaciones sobre prevención incluyen la realización de procedimientos menores de rutina (por ejemplo, el rasurado púbico o perineal), los antimicrobianos para el parto vaginal y por cesárea y la profilaxis con antibióticos en caso de afecciones o procedimientos obstétricos que puedan acarrear riesgos de infección (ruptura prematura de membranas, líquido amniótico meconial, desgarros perineales, extracción manual de la placenta, parto vaginal instrumentado y cesárea). Las recomendaciones sobre el tratamiento de infecciones maternas se refieren específicamente al empleo de antibióticos para la corioamnionitis y la endometritis posparto. En cada recomendación, la calidad global de los datos se calificó como muy baja, baja, moderada o alta. El Grupo de elaboración de directrices estableció la dirección y la fuerza de cada recomendación teniendo en cuenta la calidad de las pruebas y otros factores, como el equilibrio entre los beneficios y los efectos nocivos, los valores y las preferencias de las partes interesadas y el consumo de recursos de cada intervención. Además, los expertos que asesoraron incluyeron observaciones complementarias a cada recomendación para que se entiendan y apliquen correctamente, cuando lo consideraron necesario. Los usuarios de las directrices deben consultar estas observaciones y los perfiles de evidencia que figuran en la versión completa de las directrices si tienen dudas

acerca del fundamento de alguna de las recomendaciones y de la forma de aplicarlas correctamente.

El siguiente cuadro resume las recomendaciones de la OMS sobre las intervenciones para prevenir y tratar las infecciones maternas en el parto. De conformidad con el Manual para la Elaboración de Directrices de la OMS, estas recomendaciones se revisarán continuamente y se actualizarán cuando se disponga de nuevas pruebas; además, al menos cada cinco años se realizarán revisiones a fondo y actualizaciones.

La OMS recibirá con agrado las propuestas sobre cuestiones adicionales que puedan presentarse, para su inclusión en futuras actualizaciones de las directrices.

## Glosario

**RPM:** Es la rotura del saco amniótico antes de que comience el trabajo de parto. El saco contiene líquido amniótico y al bebé en desarrollo. Con la RPM, el líquido amniótico dentro del saco pierde o sale en grandes cantidades por la vagina.

**AMNIOS:** Membrana más interna de las que envuelven el embrión de los mamíferos, aves y reptiles y que permite su desarrollo en un medio líquido.

**EG:** Edad gestacional

**DESMOSOMAS:** Son estructuras celulares que mantienen adheridas a células vecinas. Estructuralmente dicha unión está mediada por cadherinas (desmogleína y desmocolina), a sus filamentos intermedios (queratina).

**PODOCITO:** Célula de la capa visceral de la cápsula de Bowman, de morfología estrellada, con prolongaciones primarias, dirigidas hacia las asas capilares y que, a su vez, originan prolongaciones secundarias, llamadas pedicelos, que se adosan contra la pared de los capilares.

**RPMP:** Es la 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.

PP: Es un problema del embarazo en el cual la placenta crece en la parte más baja de la matriz (útero) y cubre toda la abertura hacia el cuello uterino o una parte de esta.

NST: se basa en la premisa de que la frecuencia cardíaca del feto que no es neurológicamente deprimido temporalmente con acelerar el movimiento fetal. Reactividad de la frecuencia cardíaca se piensa que es un buen indicador de la normalidad fetal función autonómica.

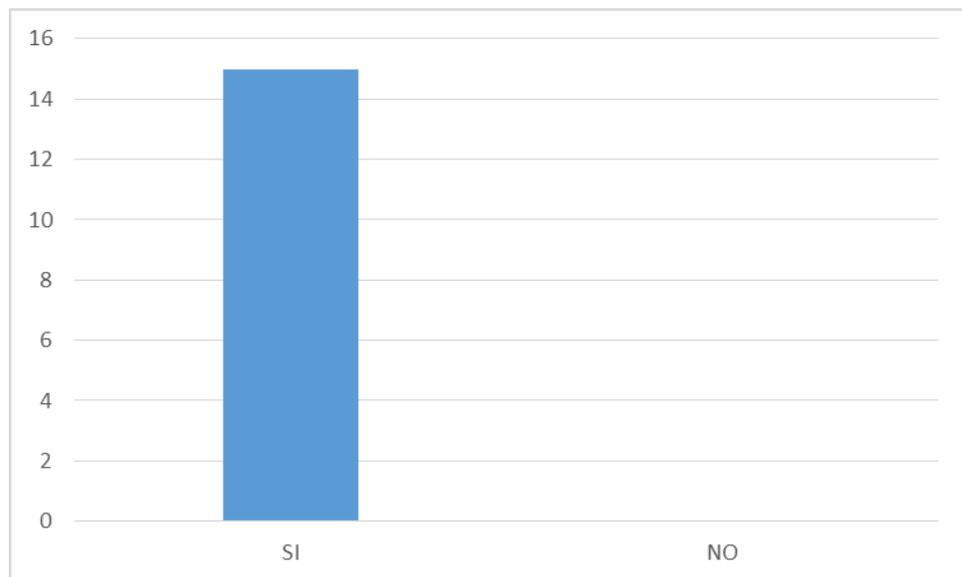
PBF: Es un examen médico que combina una prueba sin estrés con una ecografía para controlar la salud del feto.

DPP: Es la separación parcial o total de la placenta normalmente insertada en la cavidad uterina, después de 20 SDG y antes del nacimiento del feto.

DPNI: Desprendimiento parcial o total de placenta después de la 20 semanas de gestación y antes de la expulsión total.

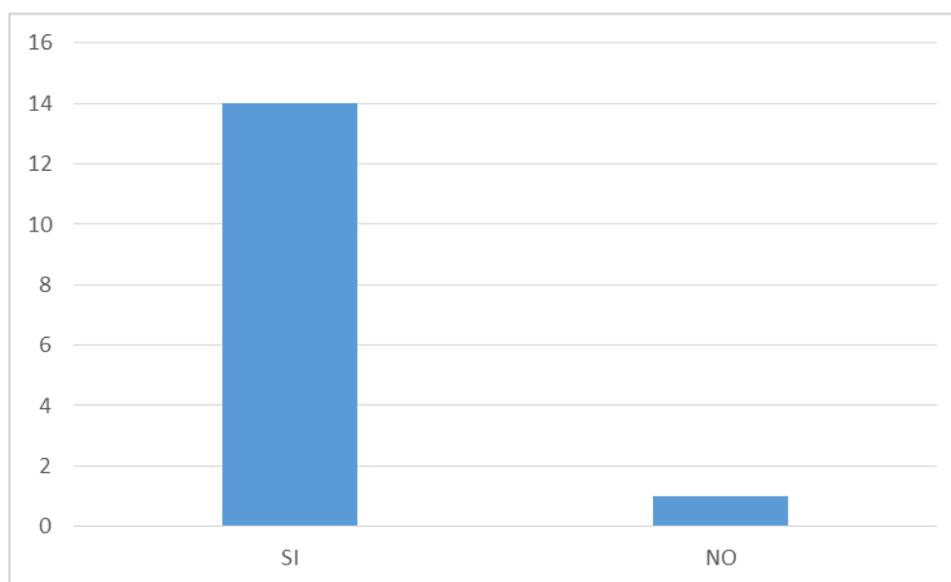
Capítulo IV:  
Resultados y Análisis

1. ¿conoce usted que es la Ruptura Prematura de Membranas?



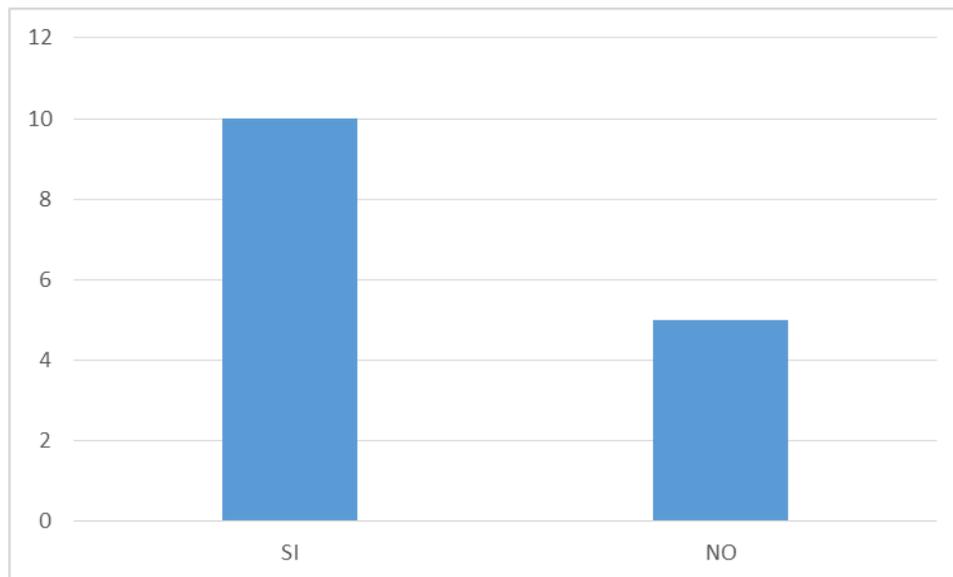
En esta grafica se representa que la gran mayoría de las enfermeras encuestadas del HNSS conocen la definición de la patología de tal manera que nos da a entender que tienen el conocimiento sobre esta definición y que no hay mayor complicación

2. ¿Sabe usted los factores de riesgo de Ruptura Prematura de Membranas?



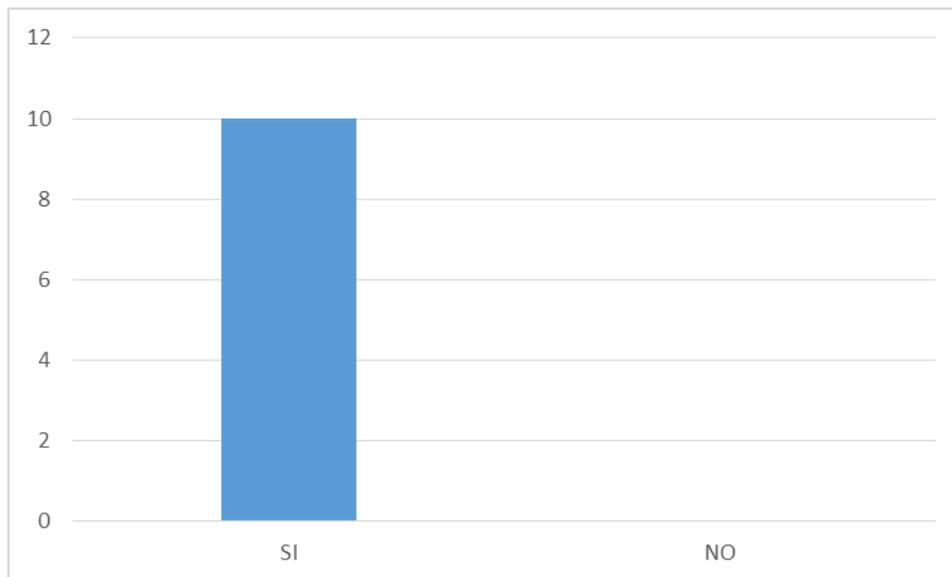
Por lo tanto podemos ver que la gran mayoría de las enfermeras encuestadas del HNSS tienen el conocimiento sobre los factores de riesgo que se presenta en dicha patología, ya que para el personal de enfermería es importante conocer para poder ofrecer una atención adecuada y de mayor calidez.

3. ¿Conoce usted los signos y síntomas que se presentan en la Ruptura Prematura de Membranas?



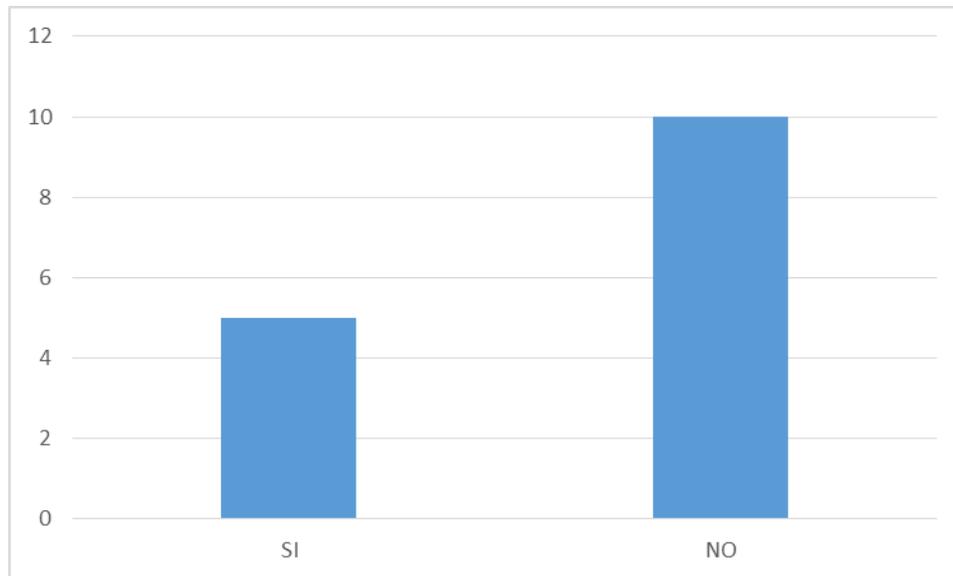
De tal manera las enfermeras que fueron encuestadas el alto porcentaje conoce sobre los signos y síntomas que se pueden desencadenar de una ruptura prematura de membranas, porque es de suma importancia que la enfermera conozca estos datos para poder identificar este tipo de pacientes que requieren información para tener un amplio conocimiento.

4. ¿Usted considera que las intervenciones de enfermería son importantes en esta patología? ¿Por qué?



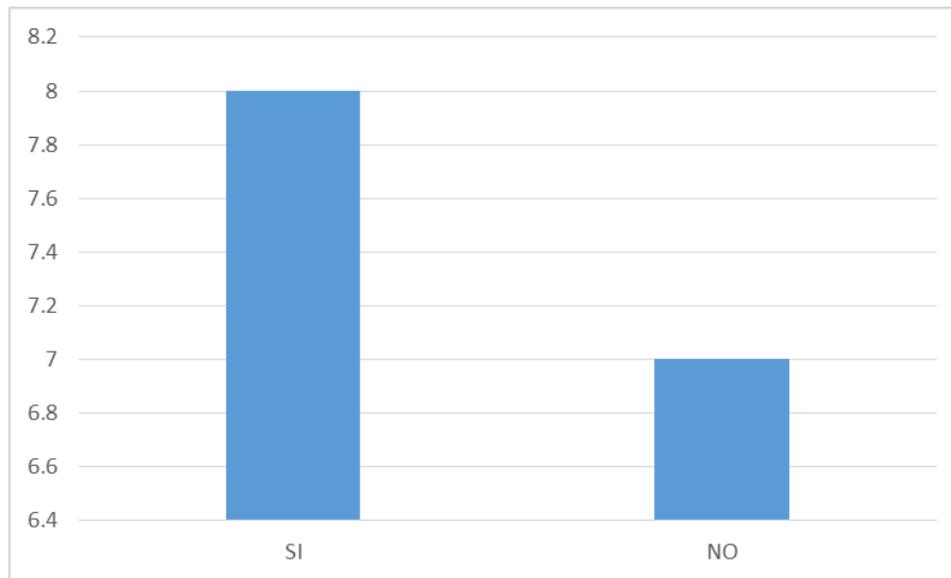
El gran porcentaje de las enfermeras encuestadas consideran que son importantes las intervenciones de enfermería de tal modo se puede llegar actuar más rápido y eficazmente localizando las intervenciones beneficiosas y oportunas hacia los pacientes para que tengan un amplio conocimiento sobre la patología.

5. ¿Usted conoce los cuidados para las pacientes con Ruptura Prematura de Membranas? Descríbalo



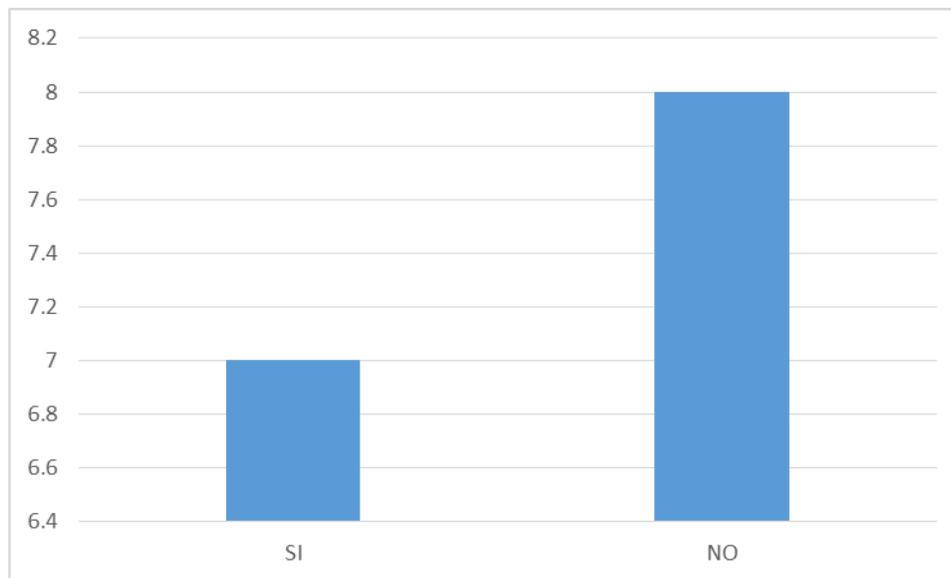
Es impresionante lo que se presenta en esta grafica por lo cual la mayoría de las enfermeras que fueron encuestadas en HNSS desconocen los cuidados que les debe brindar a las pacientes con ruptura prematura de membranas de tal manera que deben hacer más énfasis sobre todo porque nuestro deber es el cuidado, la prevención y orientación amplia alas pacientes.

6. ¿Ha tenido usted pacientes con Ruptura prematura de membranas?



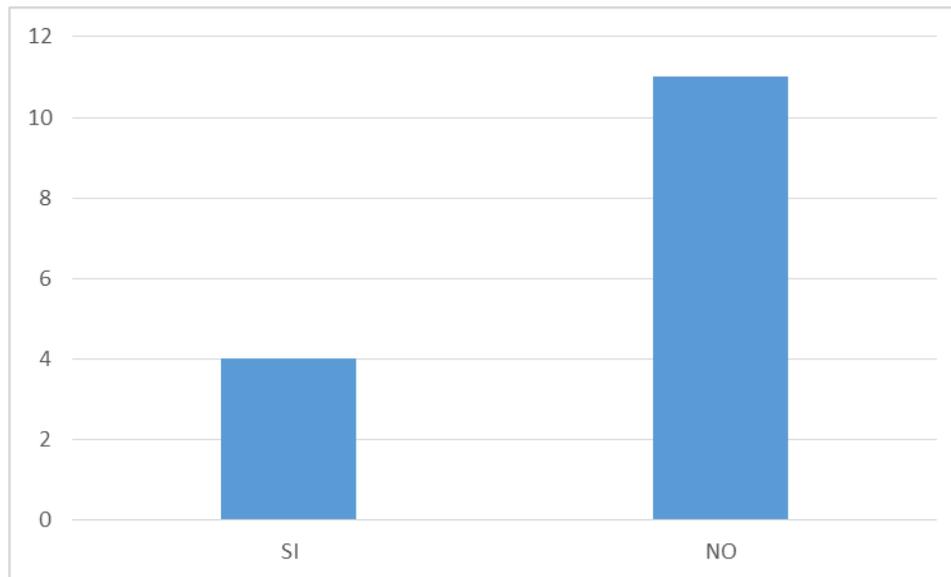
El gran porcentaje de las enfermeras del HNSS que fueron encuestadas han tenido pacientes con ruptura prematura de membranas esto se refiere a que tienen experiencia con este tipo de pacientes y su objetivo es brindarles intervenciones de enfermería para lograr una mejor calidad.

7. ¿Cree usted que la Ruptura Prematura de Membranas se puede prevenir?



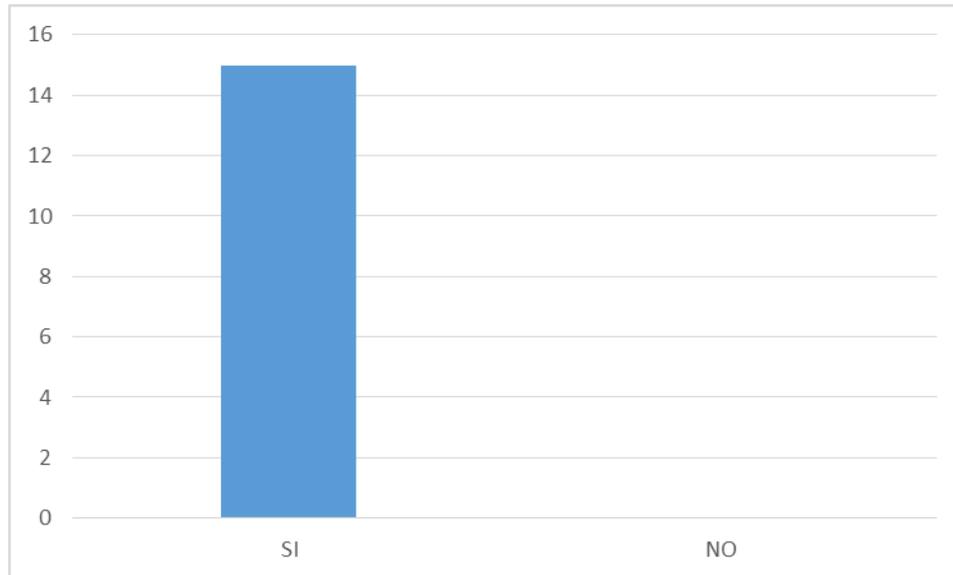
La gran mayoría de las enfermeras que fueron encuestadas en el HNSS desconocen si se pueda prevenir la ruptura prematura de membranas por que en la mayoría de los casos ocurre de manera espontanea pero si se tienen los cuidados necesarios.

8. ¿Cree que los conocimientos de las enfermeras de esta institución sean buenos respecto al tema anterior?



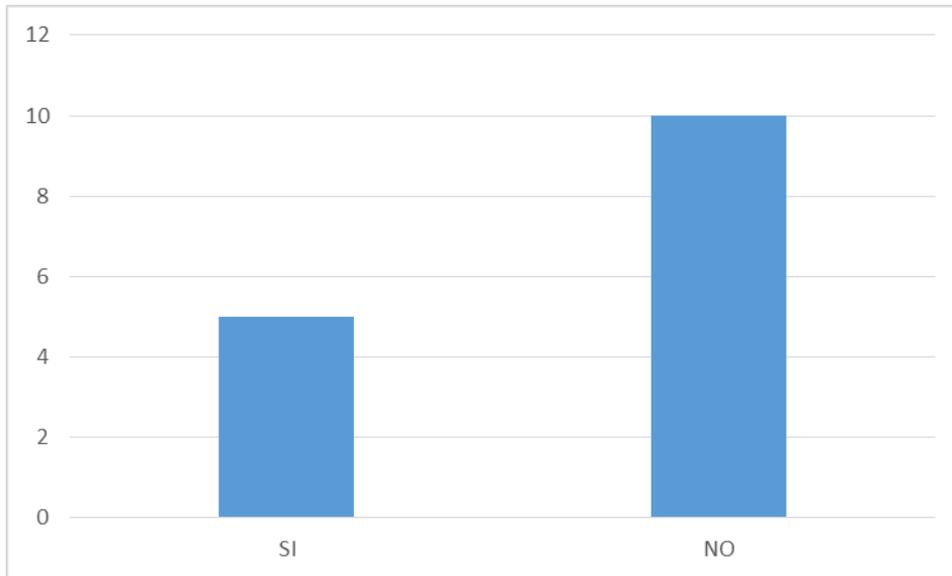
La mayoría de las enfermeras desconocen si son capaces de tener los conocimientos necesarios para poder atender una paciente con dicha patología y por lo tanto es importante que la enfermera tenga los conocimientos necesarios para brindar un buen servicio a las pacientes con dicha patología

9. ¿Considera que la enfermera desempeña un papel importante en esta patología?



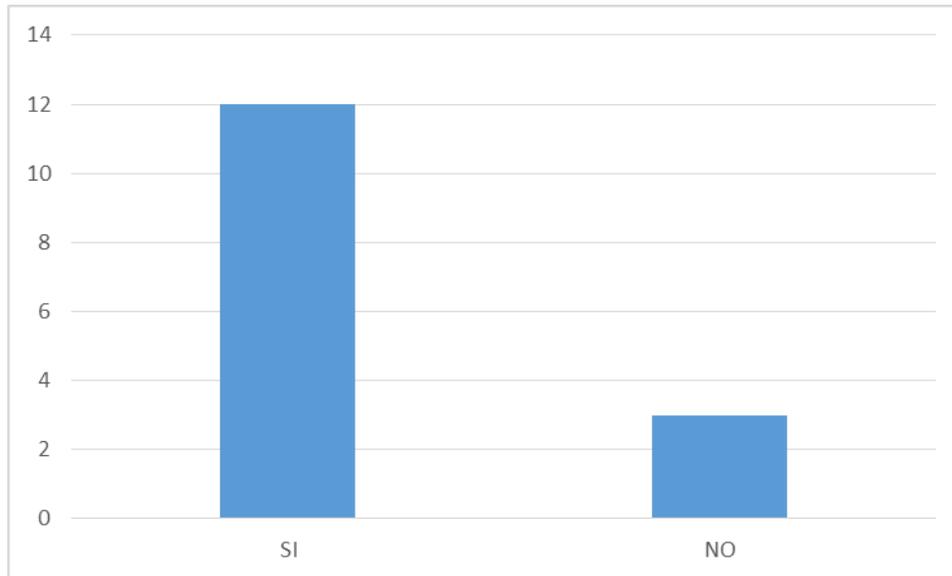
Las mayorías de las enfermeras consideran que la enfermera desempeña un papel importante ya que la paciente puede adquirir información de la enfermera y va hacer que se sienta en un lugar seguro o apropiado.

10.¿Usted conoce el diagnostico o pruebas complementarias de Ruptura Prematura de Membranas?



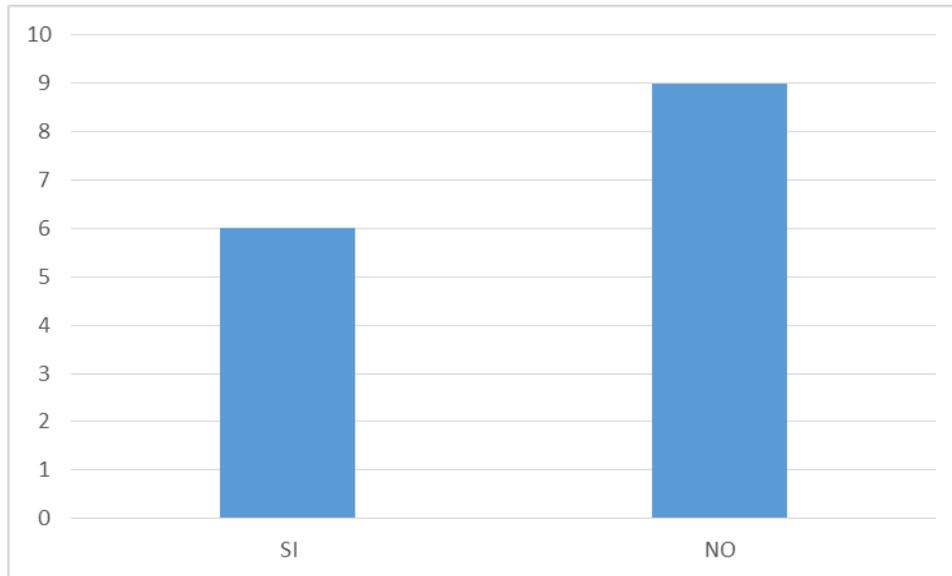
Un alto porcentaje de la enfermeras que han sido encuestadas desconocen el diagnostico con el que se puede presentar una ruptura prematura de membranas y las posibles pruebas complementarias que se le deben de hacer a este tipo de pacientes con dicha patología.

11. ¿usted conoce las complicaciones más importantes del puerperio?



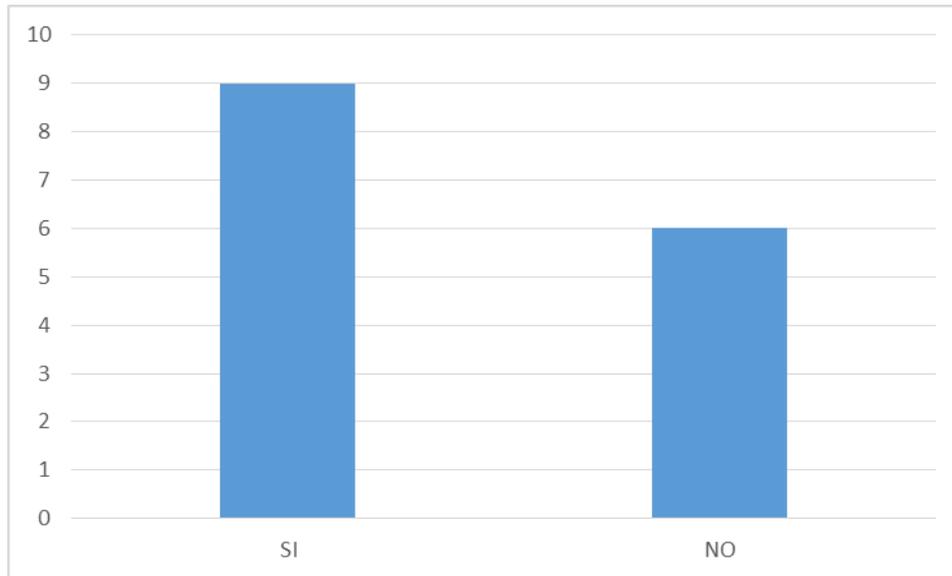
La mayoría de las enfermeras que fueron encuestadas conocen sobre las complicaciones que se pueden presentar en una ruptura prematura de membranas por lo cual resulta excelente porque si se obtiene mayor información o conocimiento sobre las complicaciones las pacientes podrán conocer las complicaciones y tendrán más interés sobre este tema.

12. ¿Usted conoce sobre el plan terapéutico de esta patología?



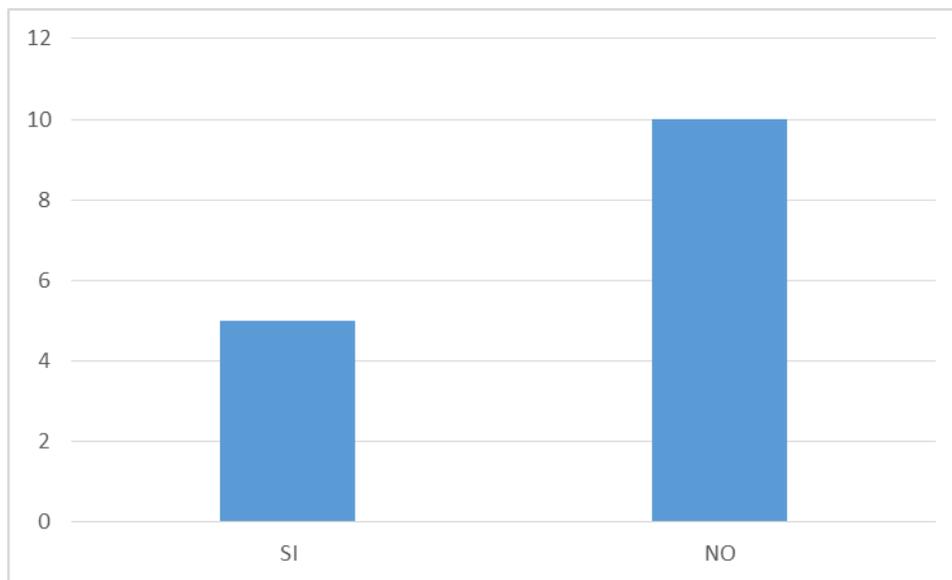
La gran mayoría de las enfermeras desconocen sobre el plan terapéutico lo cual es importante conocerlo para poder tener mas amplio el conocimiento con el fin de prevenir a nuestras pacientes y educar en el sentido de nuestros cuidados.

13.¿Conoce usted el tratamiento de Ruptura Prematura de Membranas?



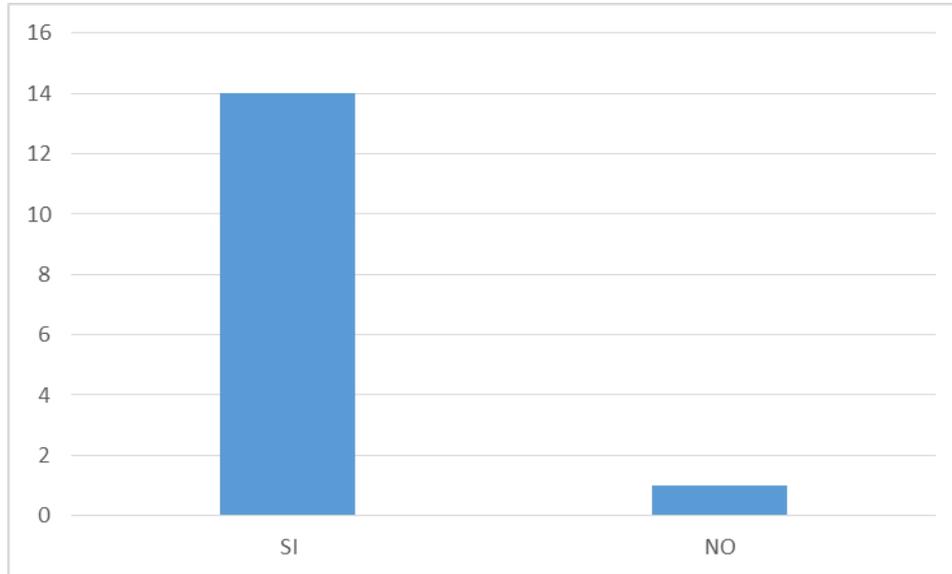
La mayoría de las enfermeras encuestadas sobre el tratamiento de una ruptura prematura de membranas ya que por otra parte es importante porque hay que saber que medicamentos se puede tomar la paciente y cuáles de evitar y la paciente pueda tener una información más concreta y entendible de acuerdo a su patología.

14. ¿Usted sabe cuáles antibióticos se deben de evitar en una Ruptura Prematura de Membranas?



Es impresionante saber que las enfermeras que han sido encuestadas desconozcan que tipo de antibióticos se deben de evitar durante una ruptura prematura de membranas y no se pueda causar algún daño y lograr de prevenir para que haya información amplia para la paciente y se cumpla una mayor orientación.

15. ¿usted considera que son importantes las recomendaciones de esta patología?  
¿Por qué?



La mayoría de las enfermeras conocen las recomendaciones que se deben seguir durante una ruptura prematura de membranas esto quiere decir que las enfermeras darán información más concreta con el fin de prevenir y promover la salud.

## Anexo 1

### Guion metodológico

PREGUNTA DE INVESTIGACION	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DEFINICION DE VARIABLES
¿De qué manera se complica la gestación en mujeres primigestas con Ruptura Prematura de Membranas en el Hospital de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud?	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <p>Proveer a las enfermeras del hospital de enfermería de nuestra señora de la salud para que obtengan información necesaria para que sean capaces de llevar acabo las intervenciones oportunas a las pacientes con ruptura prematura de membranas y que a su vez ellas puedan instruir a las pacientes sobre los cuidados que la misma debe tener después de egresar de la unidad hospitalaria.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <p>Identificar qué porcentaje de enfermeras del hospital de nuestra señora de la salud conocen sobre las intervenciones en pacientes con ruptura prematura de membranas.</p> <p>Disminuir las complicaciones en las pacientes primigestas juveniles con RPM</p>	Si se establece un mejor manejo o cuidado oportuno se podrá disminuir el porcentaje de mortalidad y las complicaciones que se puedan presentar, por eso es necesario que la paciente tenga un amplio conocimiento sobre este tema para así mismo puedan percatarse de las medidas preventivas de Ruptura Prematura de Membranas,	<p><b>VARIABLES</b></p> <p>Intervenciones de enfermería.</p> <p>Todo el tratamiento, basado en el conocimiento que realiza la profesional de la enfermería con el fin de favorecer el resultado esperado del usuario.</p> <p>Ruptura prematura de membranas</p> <p>Ruptura prematura de membranas : Es la ruptura espontanea</p>	<p><b>VARIABLES</b></p> <p>Intervenciones de enfermería.</p> <p>Todo el tratamiento, basado en el conocimiento que realiza la profesional de la enfermería con el fin de favorecer el resultado esperado del usuario.</p> <p>Ruptura prematura de membranas: Es la ruptura espontanea del corion y el amnios, una o más horas antes de que inicie</p>

	<p>Concientizar a las pacientes con sus familiares sobre las complicaciones y cuidados que se deben de tener en una paciente primigesta con ruptura prematura de membranas.</p>	<p>de acuerdo con el equipo de enfermería se les ofrecerá información, con el fin de ser énfasis en las jóvenes para que tengan una atención oportuna y un control prenatal adecuado.</p>	<p>del corion y el amnios, una o más horas antes de que inicie el trabajo de parto.</p>	<p>el trabajo de parto.</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------

## Anexo 2



Escuela De Enfermería De Nuestra Señora De La Salud

CLAVE 8722

CUESTIONARIO:

### “INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA DIRIGIDA A LAS JÓVENES PRIMIGESTAS CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS”

Objetivo: Identificar los conocimientos del equipo de enfermería acerca del tema anterior

Instrucciones: Lea detenidamente las preguntas, subraye la opción de acuerdo a su respuesta conteste lo siguiente.

1. ¿conoce usted que es la Ruptura Prematura de Membranas? Defínalo

SI NO

---

---

---

2. ¿Sabe usted los factores de riesgo de Ruptura Prematura de Membranas? Mencíónelos

SI NO

---

---

---

3. ¿Conoce usted los signos y síntomas que se presentan en la Ruptura Prematura de Membranas? Mencíónelos

SI NO

---

---

---

4. ¿Usted considera que las intervenciones de enfermería son importantes en esta patología? ¿Por qué?

SI NO

---

---

---

5. ¿Usted conoce los cuidados para las pacientes con Ruptura Prematura de Membranas? Descríbalo

---

---

---

6. ¿Ha tenido usted pacientes con Ruptura prematura de membranas?

SI NO

7. ¿Cree usted que la Ruptura Prematura de Membranas se puede prevenir? ¿Por qué?

SI NO

---

---

---

8. ¿Cree que los conocimientos de las enfermeras de esta institución sean buenos respecto al tema anterior?

SI NO

9. ¿Considera que la enfermera desempeña un papel importante en esta patología? ¿Por qué?

SI NO

---

---

---

10. ¿Usted conoce el diagnóstico o pruebas complementarias de Ruptura Prematura de Membranas?

SI NO

11. ¿usted conoce las complicaciones más importantes del puerperio?

SI NO

12. ¿Usted conoce sobre el plan terapéutico de esta patología?

SI NO

13. ¿Conoce usted el tratamiento de Ruptura Prematura de Membranas?

SI NO

14. Usted sabe cuáles antibióticos se deben de evitar en una Ruptura Prematura de Membranas?

SI NO

15. ¿usted considera que son importantes las recomendaciones de esta patología? ¿Por qué?

SI NO

---

---

---

# Código De Ética Para Enfermería

## CAPITULO I.

### DISPOSICIONES GENERALES

Artículo primero.- El presente Código norma la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales.

## CAPITULO II.

### DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LAS PERSONAS

Artículo segundo.- Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho a la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.

Artículo tercero.- Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.

Artículo cuarto.- Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.

Artículo quinto.- Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.

Artículo sexto.- Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.

Artículo séptimo.- Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.

Artículo octavo.- Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.

Artículo noveno.- Acordar, si fuera el caso, los honorarios que con motivo del desempeño de su trabajo percibirá, teniendo como base para determinarlo el principio de la voluntad de las partes, la proporcionalidad, el riesgo de exposición, tiempo y grado de especialización requerida.

### CAPITULO III.

#### DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS COMO PROFESIONISTAS

Artículo décimo.- Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de su profesión.

Artículo décimo primero.- Asumir la responsabilidad de los asuntos inherentes a su profesión, solamente cuando tenga la competencia, y acreditación correspondiente para atenderlos e indicar los alcances y limitaciones de su trabajo.

Artículo décimo segundo.- Evitar que persona alguna utilice su nombre o cédula profesional para atender asuntos inherentes a su profesión.

Artículo décimo tercero.- Contribuir al fortalecimiento de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo.

Artículo décimo cuarto.- Prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia xenófoba, racista, elitista, sexista, política o bien por la naturaleza de la enfermedad.

Artículo décimo quinto.- Ofrecer servicios de calidad avalados mediante la certificación periódica de sus conocimientos y competencias.

Artículo décimo sexto.- Ser imparcial, objetiva y ajustarse a las circunstancias en las que se dieron los hechos, cuando tenga que emitir opinión o juicio profesional en cualquier situación o ante la autoridad competente.

#### CAPITULO IV.

#### DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SUS COLEGAS

Artículo décimo octavo.- Compartir con objetividad sus conocimientos y experiencias a estudiantes y colegas de su profesión.

Artículo décimo noveno.- Dar crédito a sus colegas, asesores y colaboradores en los trabajos elaborados individual o conjuntamente evitando la competencia desleal.

Artículo vigésimo.- Ser solidaria con sus colegas en todos aquellos aspectos considerados dentro de las normas éticas.

Artículo vigésimo primero.- Respetar la opinión de sus colegas y cuando haya oposición de ideas consultar fuentes de información fidedignas y actuales o buscar asesoría de expertos.

Artículo vigésimo segundo.- Mantener una relación de respeto y colaboración con colegas, asesores y otros profesionistas; y evitar lesionar el buen nombre y prestigio de éstos.

## CAPITULO V

### DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SU PROFESION

Artículo vigésimo tercero.- Mantener el prestigio de su profesión, mediante el buen desempeño del ejercicio profesional.

Artículo vigésimo cuarto.- Contribuir al desarrollo de su profesión a través de diferentes estrategias, incluyendo la investigación de su disciplina.

Artículo vigésimo quinto.- Demostrar lealtad a los intereses legítimos de la profesión mediante su participación colegiada.

## CAPITULO VI

### DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LA SOCIEDAD

Artículo vigésimo sexto.- Prestar servicio social profesional por convicción solidaria y conciencia social.

Artículo vigésimo séptimo.- Poner a disposición de la comunidad sus servicios profesionales ante cualquier circunstancia de emergencia.

Artículo vigésimo octavo.- Buscar el equilibrio entre el desarrollo humano y la conservación de los recursos naturales y el medio ambiente, atendiendo a los derechos de las generaciones futuras.

## DECALOGO DEL CODIGO DE ETICA

### PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MEXICO

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.

2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.

3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.

4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.

5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.

6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.

7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.

8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.

9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.

10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

## LEY GENERAL DE SALUD

### TITULO QUINTO

#### Investigación para la Salud

### CAPITULO UNICO

ARTÍCULO 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I.- Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
- II.- Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;
- III.- A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;
- IV.- Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;
- V.- Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y
- VI.- A la producción nacional de insumos para la salud.

## Conclusión

La RPM es una complicación usual en la práctica médica. Esta puede aumentar la incidencia en la morbilidad y mortalidad materna y fetal. Su diagnóstico todavía es fundamentalmente clínico, aunque se han incorporado nuevas investigaciones. El manejo programado reduce el riesgo de morbilidad infecciosa materna sin aumentar las cesáreas y los partos vaginales quirúrgicos, en cuanto al tratamiento en general se tendrán en cuenta la edad gestacional.

La RPM es una complicación usual en la práctica médica. Esta pueda aumentar la incidencia en la morbilidad y mortalidad materna y fetal. Múltiples estudios se están llevando a cabo para poder dilucidar completamente su fisiopatología, lo cual se hace cada vez más necesario para poder aplicar estos conceptos en la práctica clínica; sin embargo, aún queda camino por conocer totalmente el proceso real de la RPM.

De acuerdo con la pregunta de investigación se cumple conocer las complicaciones de esta patología. Por lo tanto los objetivos se cumplen con el hecho de que las enfermeras del hospital de nuestra señora de la salud conocen sobre las intervenciones de enfermería que se lleva acabo con las pacientes con dicha patología, se logra objetivo de orientación para lograr disminuir las complicaciones a pacientes con esta patología. Se logra concientizar a las pacientes y a sus familiares sobre los cuidados que se tienen que llevar adecuadamente con la ruptura prematura de membranas, de tal manera con la información se logra tener un mejor manejo y cuidado oportuno de acuerdo que tengan amplio conocimiento y se pueda percatar sobre las medidas de prevención, con el fin de ser mayormente énfasis en la jóvenes para tener un control prenatal de mayor calidez.

## Bibliografías

[www.somossalud.msp.gb](http://www.somossalud.msp.gb).

[imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/321GRR.pdf](http://imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/321GRR.pdf)

[http://www.fertilab.net/cientifico/libro\\_obstetricia\\_moderna/patologia\\_propia\\_del\\_embarazo/capitulo\\_23-ruptura\\_prematura\\_de\\_membrana\\_1](http://www.fertilab.net/cientifico/libro_obstetricia_moderna/patologia_propia_del_embarazo/capitulo_23-ruptura_prematura_de_membrana_1)

Bajo Arenas, Jm (2007) Fundamentos de obstetricia, Diapasón D-2primera planta, Madrid, 522-1162

Carbero Roura, L (1958) Manual del residente de obstetricia y ginecología

[http://tienda.grupocto.es/pdf/EN\\_OPEGalicia\\_CapM.pdf](http://tienda.grupocto.es/pdf/EN_OPEGalicia_CapM.pdf)

<https://srhr.org/abortion-policies/documents/countries/09-Venezuela-Prenatal-and-emergency-obstetric-care-protocol-Ministry-of-Health-2014.pdf>

<http://concepto.de/metodologia/#ixzz56GLM0Cr3>

<https://cursos.com/metodo-cuantitativo/>

Díaz Fausto (2010), Técnica de elaboración de tesis, pp43.

William G (1980), Técnicas de muestreo, México, CECSA.

Mark L. (1996), Estadística básica en administración: conceptos y Aplicaciones, México, Ed. Pearson, pp23-30.

Pérez César, (2005) Muestreo Estadístico, Ed. Pearson

[http://www.conamed.gob.mx/prof\\_salud/pdf/codigo\\_enfermeras.pdf](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_enfermeras.pdf)

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205685/WHO\\_RHR\\_16.01\\_spa.pdf;jsessionid=C93583F7E36E83756D146E4CF0670404?sequence=2](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205685/WHO_RHR_16.01_spa.pdf;jsessionid=C93583F7E36E83756D146E4CF0670404?sequence=2)

<https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/rotura%20prematura%20de%20membranas%20hcp-hsjd.pdf>

<http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%209.%20%20MANEJO%20DE%20RUPTURA%20PREMATURA%20DE%20MEMBRANAS.pdf>

<https://www.msdmanuals.com/es-mx/.../rotura-prematura-de-membranas-rpm>

[www.fertilab.net/.../libro...del.../capitulo\\_23-ruptura\\_prematura\\_de\\_membrana\\_1](http://www.fertilab.net/.../libro...del.../capitulo_23-ruptura_prematura_de_membrana_1)

[cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3030/1/Fabian\\_ve.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3030/1/Fabian_ve.pdf)









