



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI

FACULTAD CIENCIA DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO

DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TEMA:

**ATENCIÓN DE ENFERMERÍA HACIA LOS FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A
LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA**

AUTORA:

KERLY CAROLINA MACIAS LUCAS

TUTOR:

DR. GIORVER PÉREZ IRIBAR PHD

MANTA- MANABI -ECUADOR



CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

En calidad de Docente Tutora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, certifico:

Haber dirigido y revisado el trabajo de titulación, cumpliendo el total de 384 horas, bajo la modalidad de proyecto de investigación, cuyo tema es: “**ATENCIÓN DE ENFERMERÍA HACIA LOS FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA**”; el mismo que ha sido desarrollado de acuerdo con los lineamientos internos de la modalidad en mención considerando las disposiciones de la modalidad virtual y en apego al cumplimiento de los requisitos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico. Por tal motivo **CERTIFICO**, que el mencionado proyecto reúne los méritos académicos, científicos y formales, suficientes para ser sometido a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

La autoría, corresponde exclusivamente a la Sra. Kerly Carolina Macias Lucas estudiante de la carrera de Enfermería, período académico 2024(2), quien se encuentra apto para la sustentación de su Trabajo de Titulación.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, 30 de Mayo del 2025.

Lo certifico,

Dr. Giorver Pérez Iribar PhD

Tutor Académico

Área: Salud y Bienestar Humano



Declaración de Autoría

La responsabilidad del contenido, los conceptos desarrollados, los análisis realizados y las conclusiones y recomendaciones del presente Trabajo Final de Titulación me corresponde de manera exclusiva, y el patrimonio de este a la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

Manta, 30 de Mayo del 2025.

Kerly Macías L.

Kerly Carolina Macías Lucas

C.I. 1314589068



Certificación del Tribunal de Revisión y Sustentación

TÍTULO: “ Atención de enfermería hacia los factores de riesgos asociados a la ruptura prematura de membranas”

TRABAJO FINAL DE TITULACIÓN

Sometido a consideración del Tribunal de Seguimiento y Evaluación, legalizada por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

APROBADO POR:

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Esp. Marilin García

PROFESOR MIEMBRO 1

Mg. Josué Matute

PROFESOR MIEMBRO 2

Dr. Xavier Basurto

LO CERTIFICA

SECRETARIA DE LA FACULTAD

Lastenia Cedeño Cobeña



Dedicatoria

Este proyecto va dedicado a Dios y la virgen por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos que más me sentía débil y bríndame una vida llena de aprendizaje, experiencia y sobre todo felicidad

A mis queridos padres Marina Lucas y Pascual Macias por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado y no abandonarme en cada uno de mis sueños, gracias son un ejemplo de vida de seguir

A mi hermano Junior Macias por ser mi aliento y apoyo emocional para no rendirme gracias por siempre confiar y ser mi segundo papa.

A mi novio Andrés Torres, por haberme apoyado en las buenos y malas momentos , sobre todo por su paciencia y amor incondicional

A mis abuelos que, aunque ya no están físicamente, siempre estarán presente en mi corazón, por haber creído en mi hasta el último momento.



Agradecimiento

Expreso mi infinita gratitud a Dios por ser el inspirador de cada uno de mis pasos dados en mi convivir diario; a mis familia por ser los guía en el sendero de cada acto que realizo, por anhelar siempre lo mejor para mí, por cada consejo, por el apoyo brindado en todo momento y por cada una de sus palabras que me guiaron en el transcurso de mi formación profesional; a mi tutor Dr. Giorver Pérez Iribar PhD por su apoyo profesional y compañía inquebrantable en desarrollo del presente trabajo de investigación. A la institución, Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, por brindarme los recursos necesario para el desarrollo de la presente investigación y en mi formación profesional



ÍNDICE

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR.....	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA	III
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y SUSTENTACIÓN.....	IV
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO	VI
RESUMEN.....	VIII
ABSTRACT.....	IX
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. FUNDAMENTOS TEÓRICOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A GESTANTES CON RIESGOS RPM DURANTE EL EMBARAZO	6
1.1. BASES CONCEPTUALES DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)	6
1.2. POSTULADOS Y MODELOS TEÓRICOS PARA GUIAR LA TOMA DE DECISIONES Y MEJORAR LA ATENCIÓN A LAS GESTANTES CON RIESGOS RPM	20
1.3. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL	21
1.4. BASES LEGALES BASES LEGALES DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM).....	24
CAPÍTULO II. FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN RPM.....	28
2.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	28
2.4. POBLACIÓN Y MUESTRA	29
2.5. ORGANIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	31
2.7. ANÁLISIS Y RESULTADOS.....	33
2.8. DISCUSIÓN:	38
CAPÍTULO III. MANUAL EDUCATIVO PARA IDENTIFICAR LOS FACTORES DE RIESGOS DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	40
3.1. FUNDAMENTACIÓN DEL MANUAL EDUCATIVO.....	40
3.2. MANUAL EDUCATIVO.....	42
CONCLUSIONES.....	51
RECOMENDACIONES.....	52
BIBLIOGRAFÍAS	53
ANEXOS.....	57



RESUMEN

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA HACIA LOS FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS A LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA

La ruptura prematura de membranas (RPM) es la pérdida de continuidad del saco amniótico antes del inicio del trabajo de parto, independientemente de la edad gestacional. Actualmente es un problema que tiene un impacto directo y significativo en la salud pública por las múltiples complicaciones que puede provocar al binomio, especialmente si se produce en las primeras semanas de vida durante el embarazo. **Objetivo:** Elaborar un manual educativo para los cuidados hacia los factores de riesgos que conducen a una ruptura prematura de membranas en gestantes. **Metodología:** El presente trabajo investigativo es de tipo analítico-sintético, inductivo-deductivo de corte transversal, siguiendo la metodología de las revisiones bibliográficas. La búsqueda de información se basó en la utilización de descriptores como ruptura prematura de membranas, complicaciones de la RPM, intervenciones de enfermería en la ruptura prematura de membranas, en distintas bases de datos como, Latindex, Redalyc, SciELO, así como de fuentes de organizaciones de salud (OMS, OPS, MSP). **Resultados:** Se identificó los factores de riesgos asociados a la RPM, entre ellos las infecciones y los antecedentes de RPM y prematuridad. Del mismo modo, se establecieron complicaciones más evidenciadas como las hemorragias, prematuridad y afecciones placentarias. **Conclusiones:** Es importante identificar los factores de riesgo y, en consecuencia, sus complicaciones para tomar las medidas adecuadas en caso de ruptura prematura de membranas.

Palabras claves: Ruptura prematura de membranas, factores de riesgos, complicaciones, intervenciones de enfermería, diagnóstico y prevención de la ruptura prematura de membranas.



ABSTRACT

NURSING CARE FOR RISK FACTORS ASSOCIATED WITH PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES

Premature rupture of membranes (PROM) is the loss of continuity of the amniotic sac before the onset of labor, regardless of gestational age. It is currently a problem that has a direct and significant impact on public health due to the multiple complications that it can cause to the couple, especially if it occurs in the first weeks of life during pregnancy. **Objective:** To elaborate an educational manual for the care of risk factors that lead to premature rupture of membranes in pregnant women. **Methodology:** This is an analytical-synthetic, inductive-deductive, cross-sectional research work, following the methodology of bibliographic reviews. The search for information was based on the use of descriptors such as premature rupture of membranes, complications of PROM, nursing interventions in premature rupture of membranes, in different databases such as Latindex, Redalyc, SciELO, as well as sources from health organizations (WHO, PAHO, MOH). **Results:** Risk factors associated with PROM were identified, including infections and history of PROM and prematurity. Similarly, most evidenced complications such as hemorrhage, prematurity and placental conditions were established. **Conclusions:** It is important to identify risk factors and, consequently, their complications in order to take appropriate measures in case of premature rupture of membranes.

Key words: premature rupture of membranes, risk factors, complications, nursing interventions, diagnosis and prevention of premature rupture of membranes.



INTRODUCCIÓN

El embarazo es un estado fisiológico que se produce desde el momento en que el óvulo fecundado se implanta en el útero hasta el nacimiento. Durante este tiempo, las mujeres embarazadas pueden experimentar una serie de trastornos que pueden amenazar la vida de la madre y del bebé, incluida la rotura prematura de membranas.

Según el Manual de Ginecología y Obstetricia (2018) La rotura prematura de membranas (RPM) o rotura prematura ovular (RPO), se define como la rotura espontánea de membranas amnióticas (amnios y corion) antes de que comience el trabajo de parto, independiente de la edad gestacional, esta ruptura puede ser pretérmino cuando se da antes de las 37 semanas de gestación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) estima que la incidencia de la ruptura prematura de membranas se encuentra entre el 5% y el 8% de los embarazos y aproximadamente el 80% de los casos ocurren después de las 37 semanas (ruptura prematura de membranas a término), mientras que el 20% restante se presenta en embarazos pretérmino, la mayoría de estos casos ocurren entre las adolescentes con edades comprendidas entre 14 y 19 años.

Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2023) manifiesta que, la ruptura prematura de membrana es una complicación obstétrica antes del inicio de trabajo de parto, además, menciona que esta ruptura de membrana se perfila como una de las principales causas de parto pretérmino. A nivel de América Latina, Perú no es ajeno a esta realidad, tal es así que, en el Hospital San José del Callao, la ruptura prematura de membranas representó 0.31% del total de morbilidades atendidas en el servicio de Emergencia de Obstetricia, con énfasis en factores de riesgos como, las infecciones cervicovaginales, urinarias y la anemia en las embarazadas. Esto sucede en países como Argentina, Brasil, y Uruguay que presentan un 42% de ruptura prematuras de membranas del cual el 7% es pretérmino.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en la Guía de Práctica Clínica (GPC, 2015) define a la ruptura prematura de membranas (RPM) como la pérdida de la integridad de las membranas corioamnióticas a partir de las 20 semanas de gestación y antes del inicio del trabajo de parto, cuya principal complicación es el nacimiento prematuro.

En Ecuador, según Rivera, et. al. (2020), la prevalencia es de 15.7% de gestantes con RPM. A nivel local, el departamento de estadística del Hospital Provincial General Docente



Riobamba (HPGDR) registró que en el periodo enero – diciembre 2017 se diagnosticaron 63 casos de RPM. De igual forma, expresa que, la RPM constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad; además de las complicaciones neonatales que se derivan de esa entidad, cuya frecuencia y severidad varían acorde con la edad gestacional.

La ruptura prematura de membranas se considera hoy en día un problema que tiene un impacto directo y significativo en la salud pública por las múltiples complicaciones que puede provocar no sólo para la madre sino también para el feto, especialmente si se produce en las primeras semanas de vida durante el embarazo. Es importante identificar los factores de riesgo y, en consecuencia, sus complicaciones para tomar las medidas adecuadas en caso de ruptura prematura de membranas.

Para reducir la probabilidad que esta complicación ocurra en mujeres embarazadas, se debe brindar educación para que pueda reconocerse como un problema grave incluso si no se busca ayuda calificada o no está disponible en el momento adecuado. Por lo tanto, es responsabilidad de todo el equipo médico educar al público y a las mujeres para que estén conscientes de los factores de riesgo que pueden poner en peligro el embarazo. Desde esta perspectiva, la importancia de la prevención basada en riesgos reside en gran medida en la identificación de sus causas, siendo el actor principal en esta gestión el enfermero.



JUSTIFICACIÓN

La ruptura prematura de membranas (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, pues las membranas pueden romperse en cualquier momento de la gestación.

Para Borja, et. al, (2019), la ruptura prematura de membranas tiene importantes repercusiones en los resultados perinatales, ya que es la causa de más del 30% de los partos pretérminos, y por sus consecuencias y complicaciones la causa de un 10% de la mortalidad perinatal. Expresa que la RPM se presenta con mucha frecuencia como factor de riesgo en enfermedades como la transmisión sexual, en embarazos gemelares, en los polihidramnios, en las malformaciones uterinas, en los embarazos que transcurren junto con tumores uterinos; en situaciones de bajo nivel socio económico, bajo peso materno, parto prematuro previo, metrorragia del 2do y 3er trimestre. Igualmente mencionan que la ruptura de las membranas cuando ocurre de manera temprana se encuentra asociada con infecciones del cuello de la matriz y de la vagina, con infecciones vaginales crónicas, con cistitis (infección de las vías urinarias) repetitivas y con anomalías de la situación del bebé.

El embarazo prematuro se considera como una debilidad en el campo de la salud presente en la sociedad actual. Por tal razón, se puede decir, que este tipo de maternidad es considerada como un problema en la salud materno-perinatal, caracterizado por las consecuencias en los múltiples casos observados, donde la Ruptura prematura de membranas conduce a este alto porcentaje de riesgo a la morbimortalidad materna-perinatal.

Por lo expuesto anteriormente, se justifica la presente investigación sobre la importancia de conocer los factores de riesgos que conducen a la aparición de la ruptura prematura de membranas, donde el profesional de enfermería tiene una vital actuación.

Como lo plantean Borja, et. al. (2019) la ruptura prematura de membranas (RPM) representa un trastorno que se produce en el embarazo cuando el saco amniótico se rompe más de una hora antes del inicio del trabajo de parto, esta se puede prolongar cuando se produce más de 18 horas antes del trabajo de parto, y a la vez puede ser prematura cuando se produce antes del primer período del parto o período de dilatación. Exponen también, que puede ser causada por una infección bacteriana, por el tabaquismo o por un defecto en la estructura del saco amniótico, el útero o cérvix y también por las relaciones sexuales.



Desde este punto de vista, es importante considerar que la ruptura prematura de membrana representa una patología que puede deberse a múltiples factores, los cuales en su mayoría se incrementan en las adolescentes. De allí la importancia que las mujeres en periodo de gestación lleven un control prenatal, en el que se pueda detectar causas o factores de riesgos que provoquen una ruptura prematura de membranas, pues esta es causante de un preocupante índice de morbi-mortalidad materna-perinatal, pese a las actuaciones que actualmente recibe esta patología.

En virtud de esto, es necesario que las gestantes, sigan un control prenatal el cual le permitirá al equipo de salud brindar los cuidados obstétricos necesarios, además de, identificar algún tipo de riesgo que pudiera generarles una RPM. Aquí el profesional de enfermería tiene una participación importante ante la identificación de estas posibles causas y poder actuar de manera oportuna, para lograr prevenir la RPM o el alto índice de complicaciones materno-fetales existentes en la actualidad.

PROBLEMÁTICA O HECHOS CIENTÍFICOS

- Deficiencia en el control prenatal.
- Bajo nivel socioeconómico.
- Consumo de tabaquismo por parte de las embarazadas.
- Deficiente conocimiento sobre la ruptura prematura de membranas.
- Grupo etario con mayor índice de ruptura prematura de membranas en las adolescentes.
- Desconocimiento sobre los cuidados obstétricos por parte de las gestantes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Después de una serie de revisiones bibliográficas surge la incógnita:

¿Cómo disminuir la incidencia de los factores de riesgos asociados a la ruptura prematura de membrana en gestantes que asisten al centro de salud Montecristi?

OBJETO DE ESTUDIO

- Proceso de atención de enfermería a gestantes con riesgos durante el embarazo.

CAMPO DE ACCIÓN

- Los conocimientos sobre los cuidados hacia los factores de riesgos asociados a la ruptura prematura de membranas.



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Elaborar un manual educativo para los cuidados hacia los factores de riesgos que conducen a una ruptura prematura de membranas en gestantes que asisten al centro de salud Montecristi.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Analizar los fundamentos teóricos de la investigación científica según los diversos autores.
- Determinar los factores de riesgos asociados a la ruptura prematura de membranas y sus complicaciones.
- Identificar la estructura y función de un manual educativo para los cuidados hacia los de riesgos que conducen a una ruptura prematura de membranas en gestantes.

PREGUNTAS CIENTÍFICAS

- ¿Cuáles son los fundamentos teóricos relacionados con los factores de riesgos asociados a la ruptura prematura de membrana durante los cuidados de enfermería?
- ¿Cuál es el estado factores actual de los cuidados hacia los factores de riesgos que conllevan a la ruptura prematura de membranas y por ende implican a la gestante complicaciones?
- ¿Cuál es la estructura y función de un manual educativo para los cuidados hacia los factores de riesgos que conducen a una ruptura prematura de membranas en gestantes?



CAPÍTULO I. FUNDAMENTOS TEÓRICOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A GESTANTES CON RIESGOS RPM DURANTE EL EMBARAZO

1.1. Bases conceptuales de la Ruptura Prematura de Membranas (RPM)

De acuerdo con Velaña y Pico (2018) en su artículo “**Ruptura prematura de membranas en el embarazo**” establecen como, **Objetivo:** orientar el diagnóstico y terapéutica a seguir ante esta entidad acorde a los últimos consensos mundiales del tema en cuestión. **Método:** Se realizó un análisis exhaustivo de una serie de artículos y guías obtenidas de las principales bases de datos médicas, tales como: Scielo, Pubmed, New England Journal of Medicine, Cochrane, Elsevier etc. excluyéndose artículos que no fueron concluyentes. **Resultados:** La ruptura prematura de membranas constituye uno de los principales problemas gineco-obstétricos a nivel mundial ya que se da en aproximadamente el 3% de pacientes embarazadas, incrementando su frecuencia mientras mayor sea la edad gestacional, sin embargo contrario a esto mientras mayor sea la edad gestacional la viabilidad del neonato es mucho mayor; aun así no deja de ser un tema de gran interés médico debido a las posibles complicaciones que este puede traer consigo, al difícil manejo que tiene en determinados casos y a la etiología multifactorial que este posee. **Conclusiones:** La clínica o visualización de la salida de líquido amniótico transcervical o la acumulación de líquido en fondo de saco vaginal confirma el diagnóstico en cerca del 90% de los casos. En pacientes con Ruptura prematura de membranas RPM lejos del término debe darse tratamiento por 7 días y debe ser con dos antibióticos ampicilina amoxicilina más eritromicina

Barrionuevo y Rivera (2018), dan a conocer en su investigación, “**Factores de riesgos de ruptura prematura de membranas. Hospital Provincial General Docente Riobamba. Noviembre 2017-febrero 2018**” como **Objetivo:** determinar los factores de riesgo de ruptura prematura de membranas en las pacientes ingresadas con ese diagnóstico en el Hospital Provincial General Docente Riobamba durante el período noviembre 2017-febrero 2018. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, de tipo descriptivo y corte transversal con enfoque mixto. Se trabajó con la totalidad de la población, la que estuvo integrada por 17 embarazadas en el contexto de investigación. Se aplicó una guía de entrevista estructurada la misma que fue sometida a valoración por especialistas integrado por siete docentes vinculadas a las tutorías de prácticas pre-profesionales en el área del Proceso de Atención de Enfermería en Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad Nacional de Chimborazo; el 85,71 % de las consultadas consideraron el instrumento como muy adecuado. El 52,94 % de las mujeres estudiadas fue mayor de 26 años, tenía estado civil casadas y nivel



de instrucción de secundaria. **Resultados y Conclusiones:** El factor clínico más relevante fue infecciones de vías urinarias y cérvico vaginales durante el embarazo; sin embargo, entre los obstétricos fueron los controles obstétricos escasos y el oligoamnios. Los datos arrojaron la ausencia de aquellos relativos a ser víctima de violencia familiar, consumo de sustancias tóxicas, auto medicación, relaciones sexuales durante los últimos 15 días del embarazo, tacto vaginal y/o amniocentesis en las horas previas a la presentación de la entidad en cuestión, embarazo múltiple, antecedentes personales de RPM, incompetencia del cérvix y polihidramnios.

Asimismo, un estudio realizado por Meléndez y Barja (2020) “**Factores de riesgo asociados con la ruptura prematura de membranas pretérmino en pacientes de un hospital del Callao, Perú**” tiene como **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo asociados con ruptura prematura de membranas pretérmino. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, analítico, de casos y controles, retrospectivo y transversal, efectuado en pacientes embarazadas atendidas en 2017 en el Hospital San José del Callao, Perú. Se estudiaron factores sociodemográficos y obstétricos. Para el análisis estadístico bivariado se aplicó χ^2 , razón de momios con intervalo de confianza; y para el análisis multivariado la prueba de regresión logística binaria. **Resultados:** Se estudiaron 32 pacientes embarazadas, con ruptura prematura de membranas pretérmino (casos) y 64 embarazadas sin enfermedad (controles). Entre los factores estudiados, los sociodemográficos no demostraron asociación significativa; mientras que los factores obstétricos: infecciones cervicovaginales (ORa: 6.9; IC95%: 1.6-29.2), infección de vías urinarias (ORa: 5.1; IC95%: 1.5-17.2) y anemia (odds ratio ajustado (ORa). 6.9) 4.8; IC95%: 1.6-14.2) demostraron incrementar, significativamente, el riesgo de ruptura prematura de membranas pretérmino cuando una embarazada está expuesta a esos riesgos. **Conclusiones:** Las infecciones cervicovaginales, urinarias y la anemia fueron factores de riesgo que se asociaron con la ruptura prematura de membranas pretérmino.

Meller, et. al. (2018) en su investigación “**Ruptura prematura de membranas en nacimientos de pretérmino**” plantean el **Objetivo:** revisar en forma detallada las estrategias destinadas a disminuir la morbilidad y mortalidad asociadas a esta situación clínica en las madres. **Materiales y Método:** Estudio de revisión bibliográfica donde se discutirá la evidencia disponible acerca del uso en las madres de antibióticos, corticoides a distintas edades gestacionales, sulfato de magnesio como neuroprotector fetal, tocolíticos y el momento óptimo y la vía de finalización del embarazo. **Resultados y Conclusiones:** se incluyen los efectos de la ruptura prolongada de membranas en prematuros, la mortalidad y morbilidad de los recién



nacidos en el corto y largo plazo, los perjuicios de la administración de antibióticos luego del nacimiento con las secuelas en el neurodesarrollo y la presencia de enfermedades crónicas a largo plazo.

Calderón, et. al. (2022) mencionan en su trabajo investigativo “**Complicaciones materno-fetales y factores de riesgo en gestantes con ruptura prematura de membranas en un hospital de Guayaquil**” el cual está dirigido a, **Objetivo:** Analizar las complicaciones materno-fetales en gestantes con ruptura prematura de membranas según factores de riesgo. **Materiales y Métodos:** Es una investigación de enfoque cuantitativo, de tipo analítico, transversal y retrospectiva. Se analizó una muestra de 446 gestantes con ruptura prematura de membranas del hospital general Guasmo Sur durante el periodo del 1 de enero al 31 de diciembre del 2019. Se dividió a la muestra en 2 grupos dependiendo si presentan o no complicaciones materno-fetales. La edad promedio fue de $24.81 \pm 4,860$, el grupo de 20-34 años fue el más frecuente. La raza mestiza (48%) y blanca (36%) predominaron y la cantidad de ingresos < 400 dólares (53%) se presentó en más de la mitad de las personas analizadas. El 9% tuvo antecedentes de abortos previos, siendo 79% de tipo espontáneo. Solo el 2% reportó control obstétrico inadecuado, mientras que el 85% presentó entre 1-3 controles durante toda la gestación. **Resultados:** La tasa de complicaciones maternas fue del 13%, siendo las más comunes: corioamnionitis (63%), infección posparto (36%) y el desprendimiento prematuro de placenta (20%). La tasa de complicaciones fetales fue del 16%, siendo las más comunes: prematuridad (61%), sepsis neonatal (32%), deformaciones (25%), hipoplasia pulmonar (17%) y las contracturas (4%). El 64% (284) presentó factores de riesgo asociados. **Conclusiones:** Las complicaciones materno-fetales se asociaron significativamente con tiempo de latencia prolongado, infección de vías urinarias, vaginosis bacteriana, trabajo de parto prolongado, control obstétrico inadecuado, oligohidramnios y el consumo de cigarrillos.

Logroño, et. al. (2019) dan a conocer en su artículo investigativo “**Uso de biomarcadores e introducción a la genómica y proteómica clínica para predecir parto pretérmino y rotura prematura de membranas**” los métodos de predecir la RPM, cuya investigación tiene como **Objetivo:** determinar la utilidad de biomarcadores como predictores de parto pretérmino y rotura prematura de membranas y la manera en el que pueden intervenir la genómica y proteómica clínica para favorecer la predicción de los mismos. **Metodología:** se realizó una revisión bibliográfica sistemática en los buscadores: LILACS, CINAHL, COCHRANE, EBSCO, MEDLINE, SCIELO, SCOPUS y PUBMED. Además, se empleó el método analítico optando por la comparación de datos obtenidos mediante un análisis de la



aplicación de los biomarcadores. **Resultados:** existen diferentes biomarcadores que podrían permitir la predicción de parto pretérmino y la rotura prematura de membranas. Los avances de la genómica y proteómica clínica identifican en su mayoría proteínas que presentan diferentes tipos de expansiones en forma de patrones dependiendo del tiempo y de las células que brindan así información genética. **Conclusiones:** la genómica y la proteómica clínica podrían ser de utilidad a la prevención de las complicaciones asociadas al parto pretérmino y rotura prematura de membranas, debido a sus grandes aportes y nuevos conocimientos en la medicina materno-fetal.

Carbajal, et. al. (2019), en su investigación “**Caso clínico: rotura prematura de membranas**” plantea como **Objetivo:** Analizar si hubo una vigilancia materno-fetal, bajo el manejo adecuado de la rotura prematura de membranas y factores asociados, con la finalidad de incorporar nuevos aportes a la evidencia científica. **Material y métodos:** El estudio es observacional, clínico y documental. Se presenta el caso clínico de paciente que fue referida de ESSALUD II - ILO el 21/09/2019 con los diagnósticos de Gestación de 30 semanas y Rotura prematura de membranas, a ESSALUD Carlos Alberto Segúin Escobedo (CASE), ingresando al servicio Gineco-obstetricia a las 22:12, refiriendo pérdida de líquido transvaginal en regular cantidad desde las 9 am del mismo día; Fecha de Ultima Menstruación (FUM): 18/02/2019 y Fecha Probable de Parto (FPP): 25/11/2019, no presenta carnet de controles. Le realizan ecografía con el Diagnóstico: Gestación de 29 semanas 1 día. Solicitan exámenes de laboratorio, paciente es hospitalizada. El día 22/09/2019: Paciente refiere contracciones cada 20 minutos y pérdida de líquido transvaginal en poca cantidad, no presenta mal olor. Indicaciones médicas: control de funciones vitales, signos de alarma, control obstétrico, higiene vulvoperineal. Antibioticoterapia: 1g de ampicilina cada 8 horas EV y para maduración pulmonar Dexametasona 6mg cada 12 horas IM. El día 23/09/2019: Paciente refiere pérdida de líquido transvaginal en poca cantidad, no presenta mal olor, funciones vitales dentro de los parámetros normales, continúan con las mismas indicaciones. Antibioticoterapia: 1g de ampicilina cada 8 horas. Solicitan hemograma y proteína C reactiva (PCR). Obteniendo como resultados: Hemoglobina: 10.0g/dl, Leucocitos: 9.31 mil/mm³, Eritrocitos: 3.25 mil/mm³ y PCR: 0.235mg/l. El día 24/09/2019: Paciente refiere pérdida de líquido en poca cantidad, no presenta mal olor, funciones vitales dentro de los parámetros normales, continúan con las mismas indicaciones. Antibioticoterapia: 2g de ampicilina endovenoso (EV) cada 6 horas y ClNa 90 /00, a chorro 500 ml y luego a 48 gotas x minuto y nifedipino 10mg (vía oral) VO cada 20 min por 3 dosis. **Resultados y Conclusiones:** Gestante con rotura prematura de



membranas referida de forma oportuna y manejo adecuado de antibioticoterapia y maduración pulmonar. El manejo de la paciente en el ESSALUD CASE fue expectante y de acuerdo a la guía práctica de atención según capacidad resolutive. Gestante tuvo controles de forma particular, no fue diagnosticada ni tratada por anemia y no cuenta con carnet de control; lo que conlleva a identificar tardíamente la pérdida de líquido amniótico transvaginal.

Un estudio realizado por Gutiérrez, et. al. (2018) “**Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino**” tiene el **Objetivo:** Determinar la conducta del ginecólogo en una rotura de membranas en un embarazo pretérmino. **Material y Métodos:** Estudio de revisión bibliográfica basado en evidencias. **Resultados:** La conducta médica que debe tomar está encaminada a preservar la salud tanto materna como fetal, muchas veces, la decisión puede afectar la salud fetal en aras de preservar la salud materna. Esto ocurre cuando la presencia de una infección hace imposible mantener el curso normal de la gestación y la edad gestacional no es de término. **Conclusión:** las complicaciones que ocasionará la prematuridad del recién nacido pondrán en riesgo su vida y por lo tanto debemos estar preparados para minimizar las consecuencias de nuestra decisión.

Herrera, et. al. (2020) en su investigación “**Valoración de enfermería en gestantes con ruptura prematura de membranas**” pone en práctica el **Objetivo:** describir la valoración de Enfermería por dominios según NANDA-Internacional, en gestantes con diagnóstico de RPM, ingresadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial General Docente Riobamba, Ecuador, durante el periodo octubre 2018 - enero 2019. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, con enfoque cuantitativo, de corte transversal; cuya población de estudio quedó constituida por 61 individuos. Los datos fueron recolectados mediante la aplicación de una entrevista estructurada a cada paciente y de la revisión de documentos (historias clínicas). **Resultados:** Se observaron 8 dominios alterados. El 63% de las mujeres participantes tuvo insuficientes controles prenatales. En el 78.7% de los partos se reportó líquido amniótico de aspecto claro. El 73.7% de las gestantes presentó antecedentes de infección. Las mayores afectaciones fueron en los dominios referidos a sexualidad/reproducción y promoción de la salud. La mayoría presentó RPM entre las 39 y 40.6 semanas y la FCF normal. **Conclusión:** Predominaron las madres adolescentes que declararon no planificar su embarazo.

Chávez, et. al. (2023) describen en su trabajo “**Manejo y tratamiento conservador de la ruptura prematura de membranas pretérmino y su impacto en la morbilidad neonatal**”



que la ruptura prematura de las membranas (RPM) ocurre cuando las membranas se rompen antes de la semana 37 del embarazo. Por ello, su **Objetivo:** Identificar el manejo y tratamiento conservador de la ruptura prematura de membranas pretérmino y su impacto en la morbilidad neonatal. **Material y Método:** Estudio de revisión bibliográfica basado en evidencias. **Resultados:** Los factores de riesgo pueden ser infecciones del útero, el cuello uterino o la vagina, demasiado estiramiento del saco amniótico, esto puede ocurrir si hay demasiado líquido o más de un bebé ejerciendo presión sobre las membranas, fumar y si le han realizado cirugía o biopsias del cuello uterino entre otras causas. **Conclusión:** Si bien la conducta médica que debe tomar está encaminada a preservar la salud tanto materna como fetal, muchas veces, la decisión puede afectar la salud fetal en aras de preservar la salud materna.

El embarazo es un estado fisiológico que se produce desde el momento en que el óvulo fecundado se implanta en el útero hasta el nacimiento y éste dura aproximadamente 40 semanas, un poco más de nueve meses. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS,2023) define al embarazo como un período que comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero.

La embarazada durante su período de gestación presentará cambios fisiológicos propios de su condición, por lo cual es importante que se garantice una correcta salud materna. La OMS (2023), define a la Salud Materna como la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, pues cada una de estas etapas debe de ser una experiencia positiva que asegure el pleno potencial de salud y bienestar del binomio madre-feto.

Si bien es cierto, la gestante puede presentar cambios fisiológicos, sin embargo, no son los únicos hallazgos que se pueden dar durante las etapas del embarazo, ya que, la mujer embarazada está en constante riesgo de presentar alguna complicación durante su embarazo como la ruptura prematura de membranas.

Como lo establece el Manual de Obstetricia y Ginecología (2018), La rotura prematura de membranas o rotura prematura ovular, es aquella que se da por una rotura espontánea de las membranas amnióticas (amnios y corion) antes de que comience el trabajo de parto, independientemente de la edad gestacional. La RPM puede ocurrir antes de las 37 semanas de gestación, por lo cual, si sucede en este tiempo, se le denomina rotura prematura pretérmino de membranas, menciona también que, el tiempo transcurrido desde la rotura de las membranas al



parto se denomina tiempo de latencia, siendo mayor en los embarazos de pretérmino que en los a término.

Desde este punto de vista, la rotura prematura de membranas se considera como la pérdida de la continuidad de las membranas amnióticas, con la salida del líquido amniótico transvaginal que se presenta antes del inicio de trabajo de parto. Se considera como el factor identificable más común asociado con el nacimiento prematuro.

Citando a Velaña y Pico (2018), consideran que la fisiopatogenia de la rotura prematura de membranas es de causa multifactorial y varía con la edad gestacional, ya que, en determinadas pacientes se puede identificar más de una causa. Plantean, además, que si la ruptura se da a menor edad gestacional se asocia con la infección del corion/decidua y si la ruptura de membranas se da a mayor edad gestacional está relacionada a la disminución del contenido de colágeno en las membranas, lo cual puede ser secundario a algunos microorganismos que producen colagenasas, mucinasas y proteasas.

Por otra parte, Morales (2022) señala que la fisiopatología de la gestante con rotura prematura de membranas también puede ser de causa obstétrica, es decir, estar relacionada a hemorragias en el primer y segundo trimestre, así como, la distensión uterina por polidramnios y embarazo gemelar, las infecciones del tracto urinario y genital, infecciones de origen dentario ya sea de forma directa o por vía hematógena.

Esta misma autora menciona que el aumento de las prostaglandinas, principalmente la PGE2, además de los efectos en la dinámica uterina conduce a la activación de metaloproteinasas que por acción catalítica participan en la degradación del colágeno de la membrana corioamniótica; así pues, también, el tabaco, por quimiotaxis de los leucocitos, produce la liberación de elastasa, inactivación de inhibidores de proteasas lo que disminuye el colágeno y la elastina, comprometiendo de manera significativa la estructura de las membranas.

En resumen, la fisiopatología de la RPM puede ser de múltiples causas por lo que se puede deducir que los factores químicos, mecánicos o infecciosos pueden encontrarse estrechamente vinculados a condiciones que favorezcan la rotura prematura de membranas o rotura prematura ovular.

Una comprensión de la clasificación de la se parte de las ideas de Velaña y Pico, (2018), cuando abordan que la rotura prematura de membranas es variada pues depende de la edad gestacional. Dicho de esta forma, plantean su clasificación de la siguiente manera:



Rotura de membranas en embarazo a término

Se define a la RPM de Término a aquella que ocurre más allá de las 37 semanas cumplidas de edad gestacional, esta suele ocurrir entre el 8-10% de los embarazos a término. Aquí, el riesgo materno más significativo de la ruptura de membranas a término es la infección intrauterina, la cual aumenta con la duración de la ruptura de membranas y entre los riesgos fetales asociados se encuentran la compresión del cordón umbilical y la infección ascendente.

Esta rotura suele verse precedida de un parto espontáneo durante las 5 a 28 horas posteriores de la ruptura de membranas, aumentando la morbilidad materna por que origina 9 a 12 horas de corioamnionitis, 16 horas de endometritis y 8 horas de hemorragias postparto.

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

Comprende la pérdida de continuidad de la membrana corioanionítica desde las 34 a 36 6/7 semanas. En estas edades gestacionales, el neonato tiene un alto riesgo de dificultad respiratoria, en la termorregulación y en la lactancia y dado que, la maduración pulmonar es evidente, se recomienda que suceda el parto dentro de las primeras 24 horas, tratando de disminuir el tiempo de latencia ya que este incrementa las posibilidades de infección perinatal y la compresión del cordón umbilical intrauterino, pudiendo terminar con una parálisis cerebral ante una posible infección intrauterina. Es importante determinar si la edad gestacional es correcta, así como, la presentación fetal y garantizar el bienestar fetal.

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

Ocurre entre las 24 a 34 semanas de gestación. Tienen la diferencia de que sin importar el tratamiento que se administre, estas terminan la gestación luego de la primera semana de la ruptura. Este tipo de rotura conlleva a riesgos maternos como infecciones intra-amnióticas, desprendimiento prematuro de placenta y una infección postparto; mientras que, las fetales incluyen la prematuridad (síndrome de membrana hialina, enterocolitis necrotizante, hemorragia intraventricular, sepsis y muerte neonatal), síndrome de respuesta inflamatorio fetal, compresión del cordón y prolapso del cordón umbilical y Oligohidramnios. Es recomendable que ante la decisión de terminar con el embarazo se consideren básicamente tres aspectos de relevancia como es la edad gestacional, condición fetal y la capacidad de atención del hospital.

Rotura prematura de membranas antes de las 24 semanas



Esta ruptura es la que ocurre en una gestante con 24 o menos semanas de embarazo. Los riesgos más significativos en relación con el feto es la prematuridad, por lo que la mortalidad perinatal oscila entre los 34-75% de casos. Aquí la decisión de parto también debe basarse en la edad gestacional, el estado fetal y el tiempo considerado óptimo, ya que tiene un alto impacto en la madre como en el feto.

Citando a Susacasa, et al. (2019), expresa que son varios los factores de riesgos que conducen a una ruptura prematura de membranas, sin embargo, menciona que los principales factores son los antecedentes de partos prematuros y de RPM. Pero existen otros como:

Modificables

- Incompetencia ístmico cervical
- Infección cervicovaginal (vulvovaginitis, cervicitis, inf. Intraamnióticas)
- Exámenes auxiliares invasivos (amniocentesis, diagnóstico prenatal)
- Actividad coital
- Deficiencia de oligoelementos
- Tabaquismo
- Factores sociales: madre sola, bajo nivel socioeconómico, bajo peso materno
- Factores ambientales: cambios en la presión barométrica, trabajo nocturno
- Tactos vaginales repetidos
- Consumo excesivo del café
- Anemia

No modificables

- Antecedentes de RPM
- Antecedentes de prematurez
- Antecedentes de cirugía cervical
- Antecedentes de malformaciones o tumores uterinos
- Metrorragia sobre el 2do y 3er trimestre de embarazo
- Patología placentaria (PP, DPNI)
- Enfermedades del colágeno
- Distensión uterina (Polihidramnios, embarazo múltiple)
- Enfermedad pulmonar crónica



En este sentido se considera importante destacar la relevancia que tienen estos factores de riesgos como principal fuente a que la gestante pueda desarrollar una ruptura prematura de membranas como complicación de su embarazo, ya que estos generan el riesgo de infecciones, por ejemplo, lo que puede causar grandes complicaciones materno-fetales, además, de la ruptura prematura de membranas. Estos factores de riesgos presentes en las gestantes permiten que el personal de salud esté alerta en todo momento de su embarazo, desde una educación, que parte del control prenatal, hasta el momento del parto, con el objetivo de poder actuar de manera temprana ante una posible RPM.

Estos mismos autores señalan que las complicaciones pueden ser maternas como fetales, entre ellas:

- **Infecciosas:** Durante el embarazo se asocia a Síndrome de Respuesta Inflamatoria Materna (SRIM) y un significativo incremento en la incidencia de corioamnionitis, y durante el puerperio a endometritis puerperal e infección de sitio quirúrgico, lo que constituye un aumento de la morbilidad materna.
- **Sangrados:** anemia por metrorragias crónicas, o sangrado agudo asociado a DPPNI, con mayor riesgo de coagulopatías maternas.
- **Mayor índice de cesáreas:** sobre todo en las RPMPT

Complicaciones fetales

- **Prematurez:** La prematurez se asocia a mayor morbimortalidad neonatal debido a Distress respiratorio, Displasia broncopulmonar (DBP), Hemorragia intraventricular (HIV), Enterocolitis necrotizante (EN), Leucomalacia periventricular (LPV) y Sepsis.
- **Infección:** Se asocia a un aumento de la morbilidad feto-neonatal (Síndrome de Respuesta Inflamatoria Fetal (SRIF), sepsis, EN, LPV) en general debido a un significativo incremento en la incidencia de corioamnionitis clínica.
- **Por oligohidramnios severo:** se asocia a un mayor riesgo de complicaciones tales como; Hipoplasia pulmonar, por la compresión mecánica, imposibilidad de ejecutar movimientos respiratorios fetales e inversión del flujo entre el líquido amniótico y del pulmón; en casos de RPM precoz y prolongada; Deformidades fetales: Contracturas, artrogrifosis, secuencia Potter (facies típica aplanada, defectos posicionales de los miembros, RCIU e hipoplasia pulmonar) en casos de RPM precoz y prolongada; y, compresión del cordón umbilical.



- **Accidentes Funiculares y placentarias:** Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI), prociencia de cordón umbilical, lo que puede conllevar a asfixia perinatal o muerte fetal.

El Manual de Ginecología y Obstetricia (2018) señala que la clínica de la rotura prematura es básicamente la pérdida de líquido claro, con olor a cloro, abundante, que escurre por los genitales y no se logra contener, siendo éste el síntoma clásico. Sin embargo, en ocasiones, el cuadro es menos característico por lo que obliga al uso de pruebas complementarias para formular el diagnóstico. Estas pruebas como lo establece el Manual son:

- **Anamnesis:** el diagnóstico se formula con dos antecedentes, historia característica y examen físico categórico.
- **Examen de genitales externos:** observar cantidad variable de líquido amniótico (LA), de forma espontánea. Esta se observa utilizando la maniobra de Valsalva o después de la movilización del polo fetal ocupando la pelvis materna.
- **Especuloscopia:** se utiliza para observar la salida del líquido amniótico por el orificio cervical externo, además, sirve para visualizar la dilatación del cuello del útero.
- **Test de cristalización:** este test debe realizarse con una muestra de LA del fondo del saco, el cual se coloca en un porta objeto y al secarse se formaran “hojas de helecho”, por el contenido de sales, proteínas y mucinas que contiene el líquido amniótico. Es muy importante que se tenga en cuenta los falsos positivos que pueden ocurrir cuando no se extrae LA, sino, semen, mucus cervical y sudor. El test de cristalización es el método de elección para el diagnóstico de rotura prematura de membranas.
- **Prueba de pH o test de Nitrazina:** el pH del líquido amniótico es alcalino (7.1-7.3) mientras que el vaginal habitual es de (4.5-6). En este tipo de prueba también se debe obtener una muestra de LA y al colocarla en una cinta reactiva, esta virará a color azul, lo que significaría que existe un pH mayor de 6 y por ende sería un diagnóstico de RPM.
- **Detección de células naranjas o prueba de tinción de células:** aquí las células se tiñen de color naranja con el sulfato de azul de Nilo, la presencia de estas células evidencia la descamación de la piel fetal contenidas en el líquido amniótico. Este test en particular, no se recomienda en el diagnóstico de RPM antes de las 37 semanas de gestación.



- **Ultrasonido:** la observación ecográfica complementa el diagnóstico realizado por la observación directa y/o especuloscopia y por los test, en relación a la disminución de líquido amniótico.
- **Inyección de colorantes vitales:** esta técnica se suele utilizar en el diagnóstico de RPM en el segundo trimestre. Se instalará colorantes en el LA, tales como índigo carmín o azul de Evans, mediante amniocentesis. Si las membranas están rotas, se observará la salida de colorante azul por la vagina.
- **Pruebas bioquímicas:** como la α -1-microglobulina de la placenta que detecta la presencia de PAMG-1 en las secreciones vaginales, cuya sensibilidad de 96,8 % y la Insulin Like Growth Factor IGF BPI, ya que, su concentración es muy elevada en el líquido amniótico, por lo que su presencia certifica la RPM, tiene una sensibilidad de 92 %

Diagnóstico diferencial

- Leucorrea
- Incontinencia urinaria
- Tapón mucoso
- Rotura de bolsa amniocorial: salida de líquido desde el espacio virtual entre corion y amnios.
- Hidrorrea decidual: ocurre en embarazos < 20 sem, corresponde a la pérdida de líquido claro con tinte amarillo, a veces sanguinolento, desde el espacio entre decidua parietal y refleja, que se fusionan entre las 16 y 18 semanas
- Rotura de quiste vaginal

Es importante destacar que no se debe realizar tacto vaginal al menos que la paciente presente signos de trabajo de parto activo o parto inminente.

El tratamiento de la rotura prematura de membranas dependerá de la edad gestacional que tenga la embarazada, además, de la condición materna y fetal para así decidir si el manejo será la interrupción del embarazo (>34 semanas) o manejo expectante (<34 semanas).

Siguiendo la Guía Clínica (2015) de la Ruptura prematura de membranas establecida por el Ministerio de Salud Pública y por la Organización Mundial de la Salud el tratamiento es:

Corticoides:



Las embarazadas con edad gestacional entre 24 y 34 semanas, 6 días con riesgo de parto pretérmino, deben ser consideradas para el tratamiento antenatal con un curso único de corticosteroides. Se recomienda el uso de la Betametasona como primera elección, el cual se dará de la siguiente manera:

- Betametasona, 12 mg intramuscular cada 24 horas por un total de dos dosis. **(Ver Anexo I)**
- Alternativa, Dexametasona 6 mg intramuscular cada 12 horas por cuatro dosis. **(Ver Anexo II)**

Antibióticos:

Su uso está asociado con una reducción estadísticamente significativa de corioamnionitis e infección neonatal en niños cuyas madres reciben tratamiento. En el manejo expectante en un curso de 48 horas se recomienda:

- Ampicilina intravenosa **(Ver anexo III)** y eritromicina vía oral **(Ver anexo IV)**, seguido de cinco días con amoxicilina **(Ver anexo V)** y eritromicina vía oral para prolongar la latencia del embarazo y reducir la infección materna y perinatal, así como la morbilidad neonatal asociada a prematuridad.

La terapia con antibióticos para RPM lejos de término debe darse por siete días

- Las primeras 48 horas, ampicilina 2 gramos intravenosa en dosis inicial, seguida de 1 gramo intravenosa cada seis horas más eritromicina 250 mg vía oral cada 6 horas. Luego, continuar los siguientes cinco días con amoxicilina 500 mg vía oral cada 8 horas más eritromicina 250 mg vía oral cada seis horas.

Como alternativa o en caso de pacientes alérgicas a la penicilina, para profilaxis se recomienda:

- Eritromicina 250 mg vía oral cada 6 horas durante 10 días posteriores al diagnóstico de RPMP.
- Clindamicina **(Ver anexo VI)** 900 mg intravenosa cada ocho horas por siete días.

La profilaxis para estreptococos del grupo B recomendada es:



- Penicilina cristalina (**Ver anexo VII**) 5 000 000 UI intravenoso, seguido de 2 500 000 UI cada cuatro horas, o ampicilina 2 g intravenoso-seguida de 1 g intravenoso cada cuatro horas durante el trabajo de parto hasta el parto o cesárea.

En pacientes alérgicas a penicilina, se recomienda:

- Clindamicina 900 mg intravenoso cada ocho horas hasta el parto o cesárea

Es necesario recalcar que el uso de antibióticos no se recomienda la administración en gestantes con rotura prematura de membranas de término o término temprano, sino, en la ruptura prematura de membranas pretérmino.

Interrupción del embarazo en gestantes con RPM

Se encuentran:

- Pacientes con RPMP y con evidente trabajo de parto, corioamnionitis, compromiso fetal, muerte fetal, desprendimiento normoplacentario, o de 35 semanas o más de edad gestacional requieren interrupción del embarazo.

Manejo expectante

Chávez, et. al. (2023) mencionan que este tipo de manejo se considera cuando la gestante con RPM tiene condiciones para ser manejada de forma expectante. Aquí se debe considerar la hospitalización, enfocada en una correcta atención la cual debe ser permanente para determinar si en algún momento existe una complicación con la gestante como por ejemplo una infección o signos de desprendimiento prematuro de placenta. El manejo expectante debe de incluir una monitorización completa que incluya tanto a la madre como al feto, considerando criterios clínicos para realizar un diagnóstico correcto.

Significativamente, la ruptura prematura de membranas es una complicación que incluye un riesgo al binomio madre-feto, razón por la cual, es de vital importancia destacar como parte de su tratamiento inicial, que en toda gestante que acuda a un establecimiento de salud por pérdida de líquido amniótico, antes de tiempo, se debe de realizar acciones inmediatas para garantizar la salud del binomio, las cuales incluyen:

- Proceder a realizar una historia clínica completa donde se debe de priorizar la edad gestacional, presentación fetal y el estado de bienestar fetal.



- Evaluar signos de infección intrauterina, riesgo de desprendimiento de placenta y compromiso fetal.
- Monitorización eléctrica de la frecuencia cardiaca fetal, así como, de la actividad uterina.

Fajardo y Henríquez (2020) estiman que el tratamiento no farmacológico para mujeres embarazadas con riesgo de rotura prematura de membranas incluye reposo en cama, evitar las relaciones sexuales y la actividad física y negarse a utilizar tampones vaginales. Además, es recomendable llevar una dieta sana y equilibrada, así como mantener una buena hidratación.

1.2. Postulados y modelos teóricos para guiar la toma de decisiones y mejorar la atención a las gestantes con riesgos RPM

Los modelos teóricos de enfermería proporcionan fundamentos relevantes a la hora de elegir las diversas intervenciones que el profesional de enfermería debe de brindar ante diversas enfermedades en cualquier grupo etario. Desde este sentido, conocer los modelos teóricos relacionados a la ruptura prematura de membranas permitirá destacar las diversas acciones que enfermería debe tener presente ante una complicación como la RPM en gestantes.

Modelo teórico de Dorothea Orem en gestantes con ruptura prematura de membranas

Un estudio realizado por España y Miranda (2019), establece los diversos cuidados que desde la teoría de Orem deben establecerse en una paciente con RPM. Orem, define al autocuidado como una forma o una función humana reguladora que debe de aplicar cada individuo de forma deliberada. Dicho esto, el objetivo de enfermería es ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismos acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y por ende afrontar las consecuencias de dicha enfermedad.

Las acciones de enfermería basadas en la teoría de Dorothea Orem, básicamente, promueven una correcta recuperación por lo que aumenta la probabilidad de un embarazo a buen término. El profesional de enfermería lleva a cabo acciones como intervenciones educativas y proporciona información sobre los signos y síntomas de alarma, para prevenir complicaciones y promover el bienestar, ya que, durante el embarazo y más aun con riesgo de RPM, la gestante experimenta diversas modificaciones, ocasionando necesidades de dependencia que deben ser resultas o compensadas para la mantención de la salud y preservación del bienestar materno fetal.



En resumen, la teoría de autocuidado de Dorothea Orem aplicado a la Ruptura prematura de membranas en el ámbito de enfermería se centra en las actividades que se realizan para mantener la salud de la madre-feto. Estas intervenciones se enfocan en promover el autocuidado de la paciente, atendiendo a sus necesidades biológicas, emocionales y de salud, con el fin de lograr el estado óptimo de autocuidado, sin dejar atrás las acciones de educación.

Modelo teórico de Cheryl Tetano Beck en la ruptura prematura de membranas

Como lo plantean Calavia y Núñez (2022), el profesional de enfermería debe tener conocimiento sobre los trastornos depresivos postparto, dado que, contribuyen el grupo más frecuente de complicaciones que se producen después del parto, producto de afectaciones que en muchas ocasiones suceden en el trascurso del embarazo.

La teoría de Beck es un proceso que se centra en identificar los factores de riesgos de la depresión postparto, como las experiencias traumáticas en el embarazo y del parto, los bajos antecedentes socioeconómicos y la falta de apoyo.

En este contexto, la teoría de Beck, enfocada en gestantes con ruptura prematura de membranas y desde el ámbito de enfermería, es centrarse en la salud emocional y mental de las madres durante su embarazo y más aún cuando se tiene riesgo de RPM, por ello, es importante que la educación parta desde los mismos enfermeros sobre las posibles consecuencias emocionales y de salud mental para las madres y poder así brindar las intervenciones adecuadas antes, durante y después del parto ocasionado por la ruptura prematura de membranas.

1.3. Intervenciones de enfermería según la edad gestacional

El cuidado de los pacientes y en especial de las obstétricas es la esencia de la profesión de enfermería en particular, que puede definirse como una actividad que requiere valores personales y profesionales encaminados a proteger y restaurar la vida, basados en la relación terapéutica entre el enfermero y el paciente.

Ante lo expresado anteriormente, el objetivo principal de las acciones de enfermería ante una ruptura prematura de membranas es garantizar la atención individualizada y adecuada de la gestante con el fin de prevenir sus complicaciones y mejorar así el respectivo pronóstico materno- fetal.

Morales (2022), sostiene que se debe manejar a la embarazada en internación, implementando medidas generales y específicas según la edad gestacional, como actividades de enfermería. Entre ellas:



Edad gestacional entre 21,6 y 23,6 semanas

- **Internación:** se debe procurar que la paciente tenga un correcto reposo. La higiene perineal se realizará con antisépticos (iodopovidona y soluciones jabonosas), cada 6 horas y cada vez que evacúe emuntorios. Se debe colocar apósitos estériles en vulva.
- **Control materno:** estos deben de incluir el control de signos vitales, especialmente pulso y temperatura; evaluar dinámica uterina; características de la hidrorrea; verificar recuento de laboratorio de glóbulos blancos y rojos y realizar cultivo de LA.
- **Control fetal:** control diario de latidos cardiorfetales, y estar pendiente de ecografía fetal.
- **Administrar antibioticoterapia**

Edad gestacional entre las 24 y 33,6 semanas

- **Internación:** garantizar reposo de la paciente, realizar higiene perineal y colocar apósitos en la vulva.
- **Control materno:** control de signos vitales, especialmente pulso y temperatura; evaluar dinámica uterina; características de la hidrorrea; verificar recuento de laboratorio de glóbulos blancos y rojos y realizar cultivo de LA.
- **Control fetal:** control diario de latidos cardiorfetales, y estar pendiente de ecografía fetal.
- **Administrar antibioticoterapia y esquema para maduración pulmonar como la Betametasona o dexametasona.**

Edad gestacional de 34 a 36,6 semanas

- **Internación:** garantizar reposo de la paciente, realizar higiene perineal y colocar apósitos en la vulva.
- **Control materno:** control de signos vitales, especialmente pulso y temperatura; evaluar dinámica uterina; características de la hidrorrea; verificar recuento de laboratorio de glóbulos blancos y rojos y realizar cultivo de LA.
- **Control fetal:** control diario de latidos cardiorfetales, y estar pendiente de ecografía fetal.
- **Administrar antibioticoterapia y esquema para maduración pulmonar sino se ha hecho antes.**

Edad gestacional mayor de 37 semanas



Se realizará inducción del trabajo de parto, sino existen contraindicaciones. Durante el procedimiento se debe de vigilar la salud materna y fetal.

- **Control materno:** control de signos vitales, con énfasis en el pulso y temperatura, dinámica uterina, características de la hidrorrea y laboratorio de glóbulos blancos y rojos.
- **Control fetal:** énfasis en el control de los latidos cardiorfetales.

Asimismo, es relevante que, durante el primer contacto con la paciente y la familia, el enfermero no omita su presentación, adoptando conductas que favorezcan un vínculo de respeto, cordialidad y empatía, tranquilizando a la paciente y a su familia, informándolos de todo lo necesario que necesiten saber.

Otras actividades de enfermería de manera general incluyen:

- **Realizar anamnesis completa:** antecedentes personales y gineco-obstétricos, edad gestacional, fecha y hora aproximada de RPM, interrogar sobre dolor, suceso que procedió a la RPM, antecedentes de infecciones. Considerar factores psicosociales como los productores de estrés y de la conducta.

Durante la internación:

- Cantidad, color y consistencia de las pérdidas, fetidez. Presencia de sangre o meconio.
- Protrusión de membranas.
- Parte de presentación visibles (miembros).
- Prolapso de cordón.
- Signos vitales: aumento de la T° Axilar 38°C y/o taquicardia (materna, mayor a 100 LPM y fetal mayor a 160 LPM) pueden indicar infección.
- Leucocitosis: más de 15.000 mm³ (con MPF completa en un lapso mayor a 5 días previos).
- Valorar la presencia de Dinámica o irritación uterinas.
- Valoración de movimientos fetales.
- Reposo, ya que el reposo pelviano en cama favorece el sellado de las membranas, reduce las posibilidades de prolapso de cordón pretérmino y la infección.
- Higiene vulvoperineal cada 4 horas



Enfermería también juega un rol importante ante la prevención de la ruptura prematura de membranas, por ello toma acciones como:

- Realizar un adecuado control prenatal para detectar y tratar a tiempo factores de riesgo como infecciones, hipertensión, diabetes, etc.
- Promover el autocuidado de la gestante, fomentando una alimentación saludable, actividad física moderada y descanso adecuado.
- Educar a la gestante sobre la importancia de evitar el consumo de tabaco, alcohol y drogas.
- Realizar un adecuado seguimiento de la gestación, detectando oportunamente signos de alarma como contracciones uterinas, sangrado vaginal, dolor abdominal, entre otros.
- Realizar un adecuado manejo del trabajo de parto y del parto, evitando maniobras bruscas y excesivas que puedan aumentar el riesgo de ruptura prematura de membranas.
- Realizar una adecuada higiene y asepsia durante el trabajo de parto y el parto, evitando infecciones que puedan aumentar el riesgo de ruptura prematura de membranas.
- Realizar una adecuada vigilancia del recién nacido, detectando oportunamente signos de complicaciones como infecciones, dificultad respiratoria, entre otros.

Es necesario destacar que estas medidas deben ser brindadas de manera individual y adaptadas a las necesidades de cada gestante, por lo que es recomendable realizar una adecuada valoración y seguimiento por parte del profesional de enfermería.

1.4. Bases legales Bases legales de la Ruptura Prematura de Membranas (RPM)

Constitución de la República del Ecuador

La Constitución del Ecuador (2018), desde el año 2008, hace mención a la mujer embarazada en los siguientes acápites:

Mujer embarazada

Art. 43.- El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.



4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

Niños, niñas y adolescentes

Art. 44.- El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas.

Art. 45.- Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción.

Art. 46.- El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes:

- Protección y asistencia especiales cuando la progenitora o el progenitor, o ambos, se encuentran privados de su libertad.
- Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.

Nutrición materna – UNICEF

La UNICEF (2023) destaca que la mujer embarazada presenta necesidades nutricionales en cada etapa de su vida, pero esta se hace más relevante durante la gestación y la lactancia, que es cuando la mujer es más vulnerable desde el punto de vista nutricional. Establece que las mujeres necesitan antes de su embarazo contar con un buen estilo nutricional, para acumular las reservas suficientes para la gestación.

Para mejorar a nutrición de las mujeres embarazadas la UNICEF, promueve:

- Alimentación saludable
- Suplementación con micronutrientes (hierro, ácido fólico o micronutrientes múltiples y calcio)
- Profilaxis antiparasitaria
- Control del aumento de peso
- Ejercicio físico y el descanso.



Bioética en el embarazo

La bioética del embarazo es un campo complejo que abarca muchas cuestiones éticas, médicas y legales que requieren un análisis exhaustivo y objetivo para garantizar la atención y el tratamiento adecuados para las mujeres embarazadas. Desde este enfoque, se establecen los principios bioéticos relacionados a la mujer embarazada con ruptura prematura de membranas.

Principios bioéticos

La rotura prematura de membranas (PROM) durante el embarazo plantea importantes cuestiones éticas. Algunos principios éticos que se aplican a esta situación incluyen el respeto a la autonomía de las mujeres, el beneficio y la no maleficencia de la madre y el feto, y la equidad en la toma de decisiones.

- **Autonomía:** El principio de autonomía de las mujeres embarazadas con rotura prematura de membranas está estrechamente relacionado con la atención prenatal centrada en el paciente y la familia, es decir, un enfoque para planificar el parto e identificar medidas preventivas oportunas dependiendo del estado de la paciente.
- **Beneficencia:** se relaciona con la obligación del equipo de salud de buscar la mejor salud para la madre y el feto.
- **No maleficencia:** Se refiere al deber del profesional de la salud de no causar mayores daños a la madre o al feto al tratar la afección. La no maleficencia significa que cualquier intervención médica debe sopesar cuidadosamente los posibles beneficios y riesgos para la madre y el feto y determinar su bienestar.
- **La justicia:** En este caso, la justicia pasa por brindar a la gestante y a su feto la atención médica adecuada, teniendo en cuenta los riesgos asociados a la rotura prematura de membranas.

En el caso de la ruptura prematura de membrana, los proveedores de atención médica deben considerar estos principios éticos al tomar decisiones sobre el manejo clínico, que puede incluir una estrecha vigilancia, el uso de antibióticos y, en algunos casos, el parto prematuro si existe un riesgo para la madre o el feto.

Normativa Legal - Establecimientos De Salud Amigos De La Madre Y Del Niño (ESAMyN)

El Ministerio de Salud Pública (2023) implementa el ESAMyN como una estrategia para disminuir la morbimortalidad materna y neonatal, a través de una atención adecuada a la



gestante con el apoyo a un parto humanizado y la protección y el fomento de la lactancia materna.

En este sentido, Los Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño (ESAMyN) son centros de salud que promueven la lactancia materna y brindan atención integral a madres e hijos. En relación con las mujeres embarazadas y la rotura prematura de membranas, estos establecimientos desempeñan un papel importante al brindar atención especializada durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluido el tratamiento de situaciones como la rotura prematura de membranas.



CAPÍTULO II. FUNDAMENTOS METODOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN RPM

2.1. Tipo y diseño de la investigación

En el capítulo presente, se muestran los componentes que integran el diseño metodológico del estudio investigativo los cuales son el tipo de estudio, los métodos de estudios, las técnicas de recolección de datos, los criterios de búsquedas, la población y muestra, así como la forma de organización de la información.

El presente estudio es analítico-sintético, inductivo-deductivo de corte transversal, siguiendo la metodología de las revisiones bibliográficas. En palabras de Ramírez, et. al. (2018) son estudios o métodos científicos que involucran la generalización y la inferencia de principios o leyes a partir de datos específicos.

En este aspecto, se localizó publicaciones que tuvieran relación con el tema del trabajo investigativo, es decir, atención de enfermería hacia los factores de riesgos asociados a la ruptura de membranas en gestantes prematuras.

2.2. Métodos, técnica de recolección de datos y procedimientos de estudio

Se aplicaron los siguientes métodos:

- **Analítico-Sintético:** es el que funciona sobre la base de la generalización de características definidas a partir del análisis de elementos de la realidad. Se produce un análisis mediante la síntesis de las propiedades y características de cada parte del todo, mientras que la síntesis se realiza sobre las conclusiones lógicas para casos particulares.
- **Inductivo-Deductivo:** El objetivo principal del método inductivo-deductivo es la búsqueda de información y la construcción de teorías.

Instrumento empleado: Los autores de los artículos incluidos en la investigación emplearon las técnicas como:

- Entrevistas
- Encuestas
- Cuestionarios
- Registros en historias clínicas.

Para la presentación de los datos, se utilizará una ficha de recolección de datos lo cual permitirá sintetizar los diversos artículos, donde se realizará análisis de los contenidos

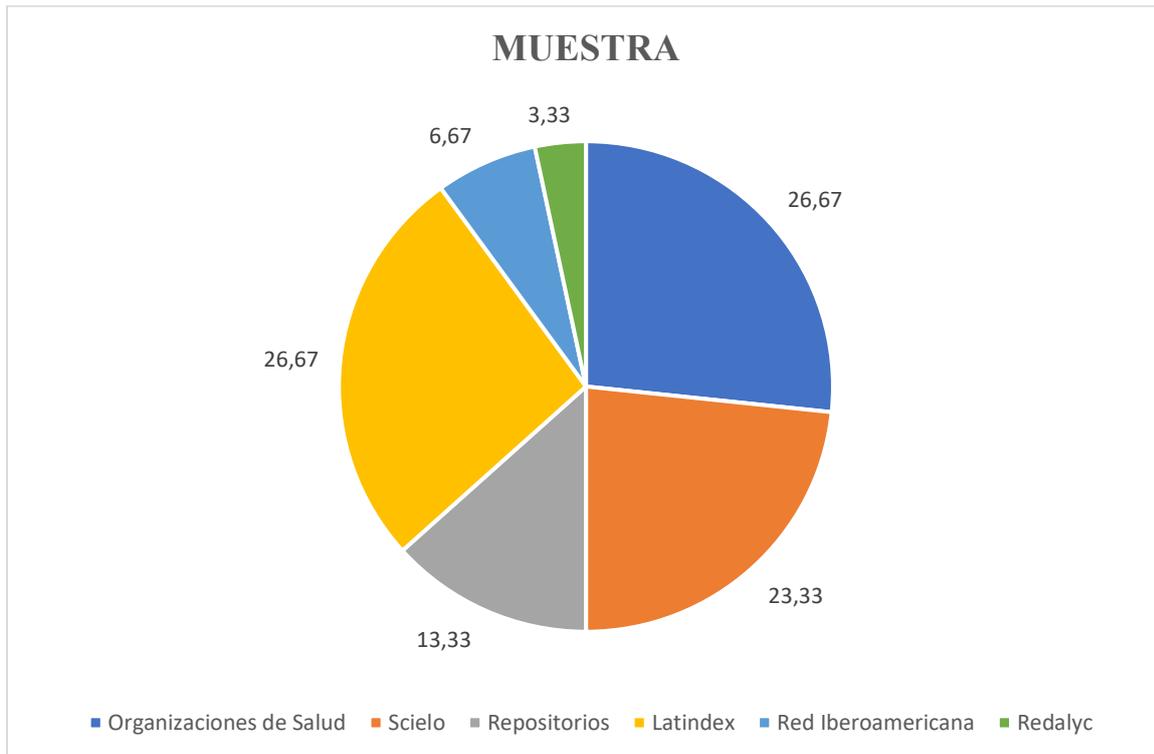


estudiados y se especificarán aspectos de acuerdo con la metodología utilizada, así como sus principales hallazgos en cuanto a su población, muestra documental, métodos y técnicas de investigación utilizadas por los diferentes autores, que serán expuestos en los resultados.

2.4. Población y Muestra

La población del presente trabajo investigativo la constituyen 100 artículos coincidentes con los criterios de búsqueda los cuales se obtuvieron a través de una revisión sistemática planteada, y, por otra parte, la muestra del estudio se determina según la población de estudio, basados así, en una probabilidad de confianza que corresponde a 30 artículos de muestra.

BASE DE INDEXACIÓN	REVISTA	NO. TOTAL DE ARTÍCULO	%
Organizaciones de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • OMS • OPS • MSP 	8	26.67%
Scielo	<ul style="list-style-type: none"> • Revista de “Ginecología y Obstetricia de México” (2) • Revista “Eugenio Espejo” (3) • Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia • Archivos Argentinos de Pediatría 	7	23.33%
Repositorios – Trabajos de Investigación	<ul style="list-style-type: none"> • UNEMI • Universidad Católica de Santa María – Perú • SEDICI • Universidad del Salvador 	4	13.33%
Latindex	<ul style="list-style-type: none"> • RECIAMUC, Revista Científica de Investigación Actualización del Mundo de las Ciencias (2) • Revista Multidisciplinar de innovación (2) • Journal of American Health • Revista Materno Infantil • OCRONOS • Revista “QHALIKAY – Ciencias de la Salud” 	8	26.67%
Red Iberoamericana de innovación y conocimiento científico	<ul style="list-style-type: none"> • Revista Científica digital “La Ciencia al Servicio de la Salud y la Nutrición” • Revista Científica de las Ciencias de la Salud 	2	6.67%
Redalyc	<ul style="list-style-type: none"> • Revista Escuela de Administración. 	1	3.33%
TOTAL		30	100%



Criterios de búsqueda

Para la búsqueda de la investigación se recurrió a distintas bases de datos como, ScienceDirect, SciELO y Redalyc. Asimismo, se utilizaron los metabuscadores Google Académico, SemanticScholar. Además, se realizó una búsqueda de documentos procedentes de Organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y del Ministerio de Salud Pública.

Idioma: las diferentes búsquedas se realizaron tanto en inglés como español.

Palabras claves: en español se emplearon las siguientes palabras; Ruptura prematura de membranas, complicaciones y factores de riesgos de la ruptura prematura de membranas, rol de enfermería en la ruptura prematura de membranas, clasificaciones de la ruptura prematura de membranas. Mientras que en inglés se utilizaron; Premature rupture of membranes, complications and risk factors of premature rupture of membranes, nursing role in premature rupture of membranes, classifications of premature rupture of membranes.

Criterios de inclusión

- Artículos de procedencia de base de datos en salud avaladas científicamente.
- Artículos que incluyan información sobre la ruptura prematura de membranas.



- Artículos que fueron publicados durante los últimos 5 años.
- Artículos que incluyan datos estadísticos sobre las tasas de morbi-mortalidad de la ruptura prematura de membranas.

Criterios de exclusión

- Artículos publicados en revistas que no están avaladas científicamente.
- Artículos con información que no tiene relación con el objetivo de investigación.
- Artículos que no han sido publicados durante los últimos 5 años.

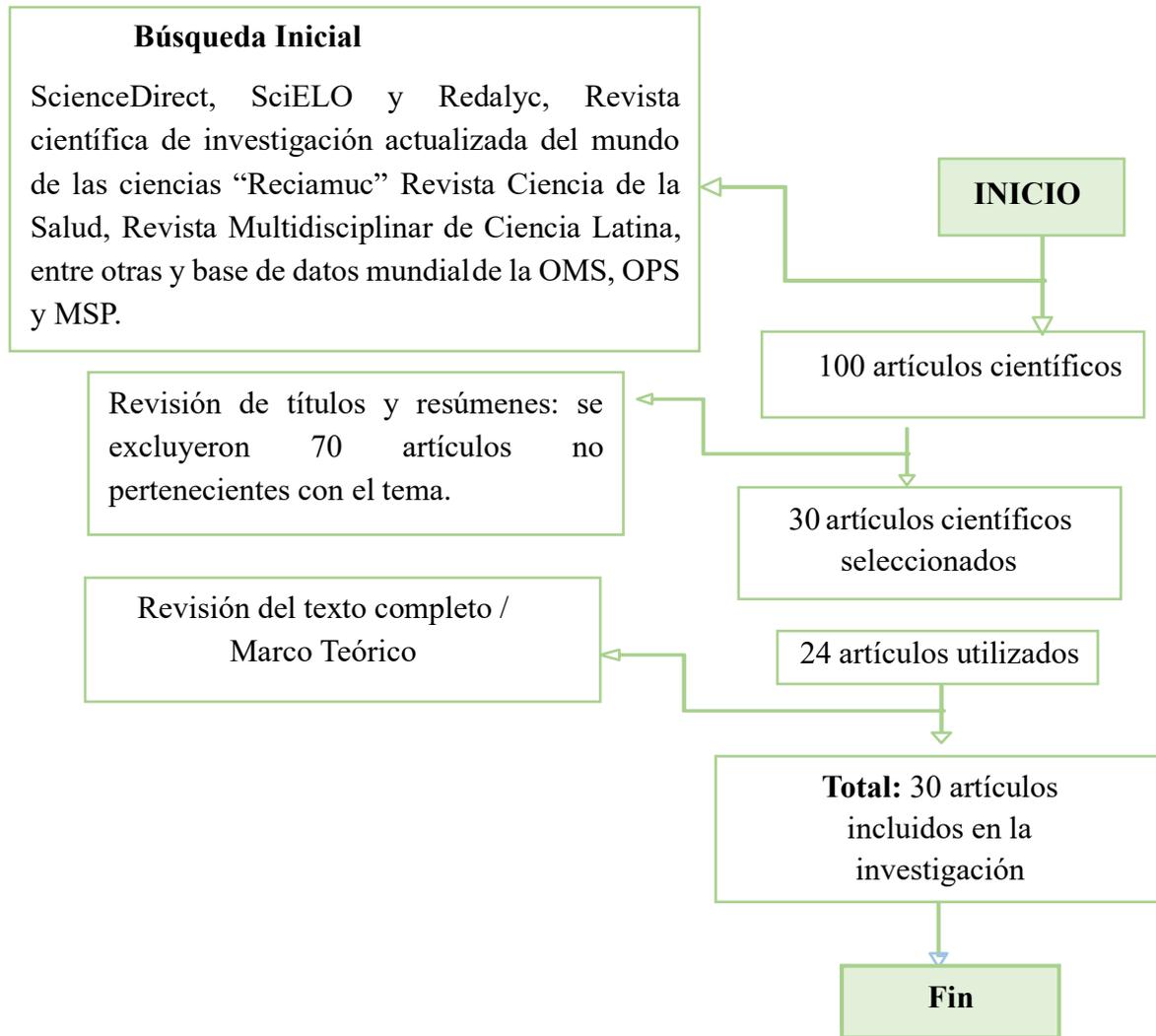
2.5. Organización y Análisis de la información

Tras la búsqueda inicial se identificaron un total de 100 artículos científicos. Por lo cual se procedió a organizarlos de acuerdo con parámetros como: país, año de publicación, base de datos de la cual se obtuvo y han sido parte de la temática que se ha ejecutado.

Mediante una lectura crítica, se excluyeron artículos de estudios duplicados, fuera de los años planteados, y cuyo título o resumen no se adaptaban a los objetivos de la investigación, obteniendo así un total de 30 artículos que fueron incluidos en la presente investigación.



Flujograma



2.7. Análisis y Resultados

Tabla 1. Determinar los factores de riesgos asociados a la ruptura prematura de membranas y sus complicaciones. / Valorar los resultados en base a los objetivos y metodología utilizados por los autores.

N°	AÑO Y AUTOR	BASE DE DATOS/ NOMBRE DE REVISTA	TEMA	OBJETIVO	MÉTODO	RESULTADO	FACTORES DE RIESGOS Y COMPLICACIONES	CONCLUSIONES
1	(Barrionuevo, S., & Rivera, E. 2018)	Scielo	Factores de riesgos de ruptura prematura de membranas. Hospital Provincial General Docente Riobamba. Noviembre 2017-febrero 2018	Determinar los factores de riesgo de ruptura prematura de membranas en las pacientes ingresadas con ese diagnóstico en el Hospital Provincial General Docente Riobamba durante el período noviembre 2017-febrero 2018.	Estudio observacional, de tipo descriptivo y corte transversal con enfoque mixto	El factor clínico más relevante fue infecciones de vías urinarias y cérvico vaginales durante el embarazo; sin embargo, entre los obstétricos fueron los controles obstétricos escasos y el oligoamnios.	Fueron las infecciones por vías urinarias y cérvico vaginales, controles prenatales escasos, así como oligoamnios. Destacan las complicaciones de prematuridad e infecciones.	Los controles prenatales constituyen la forma de monitoreo fundamental sobre la marcha del embarazo; estos permiten atenuar los factores de riesgo y detectar tempranamente posibles complicaciones en la gestación.
2	(Meller, et. al. 2018)	Scielo	Ruptura prematura de membranas en nacimientos de pretérmino	Revisar en forma detallada las estrategias destinadas a disminuir la morbilidad y mortalidad asociadas a esta situación clínica en las madres	Estudio de tipo documental, revisiones bibliográficas	La ruptura prematura de membranas de pretérmino ocurre en, aproximadamente, el 3% de los embarazos y numerosos aspectos vinculados a su manejo continúan siendo controversiales.	Longitud cervical acortada o la infección intraamniótica, como complicaciones.	Los factores de riesgos incrementan la posibilidad de padecer de una ruptura prematura de membranas, lo que puede contribuir a casos de mortalidad materna – fetal.
3	(Gutiérrez, M., 2018)	Scielo	Manejo actual de la rotura prematura de	Conocer el manejo basado en	Estudio de tipo documental,	La presencia de una infección hace	Los factores de riesgo adicionales asociados con	Las infecciones como factor de riesgo tanto para



			membranas en embarazos pretérmino	evidencias, que se debe considerar cuando ocurre esta situación.	revisiones bibliográficas	imposible mantener el curso normal de la gestación y la edad gestacional no es de término. En muchos casos, las complicaciones que ocasionará la prematuridad del recién nacido pondrán en riesgo su vida	la RPM prematura son similares a los asociados con el nacimiento prematuro espontáneo e incluyen una longitud cervical corta, hemorragia en el segundo y tercer trimestre, bajo índice de masa corporal, bajo nivel socioeconómico, tabaquismo y consumo de drogas ilícitas, así como las infecciones, lo que conlleva a complicaciones maternas como sangrados y fetales como la prematuridad.	la posibilidad de un parto prematuro como para la de la rotura prematura de membranas.
4	(Borja, R., et. al. 2019)	Revista científica de investigación "Reciamuc"	Incidencia de la ruptura prematura de membrana en adolescentes embarazadas	Conocer la incidencia de la ruptura prematura de membrana en adolescentes embarazadas	Investigación corresponde al tipo documental	La ruptura prematura de membrana representa en el embarazo de la adolescente 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, pues constituye una de las afecciones obstétricas más relacionadas con la morbilidad materno perinatal.	Aumento de la presión intraamniótica, Disminución de la resistencia de la bolsa amniótica, infecciones.	La RPM pretérmino puede ser el resultado de una amplia variedad de mecanismos patológicos que actúan individualmente o en conjunto. Ha quedado demostrada la asociación entre infección intraamniótica y RPM pretérmino, especialmente en edades gestacionales tempranas.



5	(Carrión, C., et, al. 2022)	Revista Ciencias de la Salud	Proceso de atención de enfermería en gestante con ruptura prematura de membranas en el Hospital General Isidro Ayora de Loja	Elaborar el proceso de atención de enfermería mediante la valoración en base a los dominios NANDA y el uso de las taxonomías estandarizadas NANDA-NIC-NOC.	Estudio tipo documental	La RPM es la causa directa de aproximadamente 40 % de todos los partos pretérmino en el mundo, lo cual genera complicaciones y secuelas graves en el neonato.	La etiología de esta complicación obstétrica es multifactorial y varía con la edad gestacional, cuando ocurre a menor edad gestacional se observa una mayor asociación con la infección del corion/decidua, aunque en algunos casos es difícil saber si la infección es la causa o es secundaria a la ruptura de las membranas; mientras que a mayor edad gestacional se asocia con disminución de contenido de colágeno, que puede ser consecuencia de microorganismos que producen colágenasas, proteasas y mucinasas	Los diagnósticos enfermeros planteados son: privación del sueño, conocimientos deficientes riesgo de alteración de la diada materno-fetal, ansiedad, riesgo de infección y dolor de parto. A su vez las intervenciones son: mejorar el sueño, preparación al parto, monitorización de los signos vitales, monitorización fetal, disminución de la ansiedad, protección contra las infecciones, administración de medicación y manejo del dolor.
6	(Rivera, et, al. 2020)	Revista científica de investigación "Reciamuc"	Valoración de enfermería en gestantes con ruptura prematura de membranas	Describir la valoración de Enfermería por dominios según NANDA-Internacional, en gestantes con diagnóstico de RPM, ingresadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial General Docente Riobamba, Ecuador, durante	Estudio descriptivo, con enfoque cuantitativo, de corte transversal; cuya población de estudio quedó constituida por 61 individuos.	El 63% de las mujeres participantes tuvo insuficientes controles prenatales. En el 78.7% de los partos se reportó líquido amniótico de aspecto claro. El 73.7% de las gestantes presentó antecedentes de infección.	Los factores de riesgos que contribuyeron son los controles prenatales deficientes, edad gestacional y las infecciones lo que provoca en la madre complicaciones como sangrado y en el feto la prematuridad y todo lo que esto implica para el feto.	La mayoría presentó RPM entre las 39 y 40.6 semanas y la FCF normal. Predominaron las madres adolescentes que declararon no planificar su embarazo.



				el periodo octubre 2018 - enero 2019.				
7	(Susacasa, et. al. 2019)	Revista "Materno Infantil"	Rotura prematura de membranas	Brindar una guía de práctica clínica (GPC) sostenida en la evidencia científica actual disponible que permita efectuar el diagnóstico y tratamiento de la RPM tanto de pretérmino como de término, con el propósito de disminuir la morbimortalidad perinatal asociada a este flagelo	Revisión de tipo documental – bibliográfica.	Extremas posibilidades que brinden toda la atención necesaria desde los equipos de la institución en la prevención de esta patología y así actuar holísticamente.	Clasifica a los factores de riesgos como modificables y no modificables, entre ellos están las infecciones, actividad coital, antecedentes de RPM o antecedentes de parto prematuro. Y entre sus complicaciones destacan la prematuridad, infecciones y sangrados.	Es necesario brindar atención necesaria en las instituciones para la prevención de esta patología y así actuar de manera oportuna en los servicios de planificación familiar, ginecología, obstetricia, pediatría, servicio social e incluso la salud mental.
8	(Velaña y Pico., 2018)	Revista Multidisciplinar de Ciencia Latina.	Ruptura prematura de membranas en el embarazo.	Orientar el diagnóstico y terapéutica a seguir ante esta entidad acorde a los últimos consensos mundiales del tema en cuestión.	Revisión de tipo documental – bibliográfica.	La ruptura prematura de membranas constituye uno de los principales problemas gineco-obstétricos a nivel mundial ya que se da en aproximadamente el 3% de pacientes embarazadas, incrementando su frecuencia mientras mayor sea la edad gestacional, sin embargo, contrario a esto mientras mayor sea la edad	Entre los factores de riesgos están el tabaquismo, ETS, bajo nivel socioeconómico, partos pretérminos anteriores. Así pues, entre sus complicaciones destacan la prematuridad y las infecciones.	La clínica o visualización de la salida de líquido amniótico transcervical o la acumulación de líquido en fondo de saco vaginal confirma el diagnóstico en cerca del 90% de los casos. En pacientes con Ruptura prematura de membranas RPM lejos del término debe darse tratamiento por 7 días y debe ser con dos antibióticos ampicilina más amoxicilina más eritromicina.



						gestacional la viabilidad del neonato es mucho mayor.		
9	(Chávez, et. al. 2023)	Revista Multidisciplinar de Ciencia Latina.	Manejo y tratamiento conservador de la ruptura prematura de membranas pretérmino y su impacto en la morbilidad neonatal.	Identificar el manejo y tratamiento conservador de la ruptura prematura de membranas pretérmino y su impacto en la morbilidad neonatal.	Revisión de tipo documental – bibliográfica.	La conducta médica que se debe tomar está encaminada a preservar la salud tanto materna como fetal.	Los factores de riesgo pueden ser infecciones del útero, el cuello uterino o la vagina, demasiado estiramiento del saco amniótico y sus complicaciones como primer estadio es la prematurez y el síndrome de dificultad respiratoria, asimismo, la sepsis, enterocolitis necrozante y hemorragia intraventricular.	El pronóstico perinatal y el manejo está relacionado con la edad gestacional al momento en que se rompen las membranas.
10	(Morales, 2022)	Revista Multidisciplinar “Facultad de ciencias médicas” Universidad Nacional de la Plata.	Rotura prematura de membranas.	Identificar el diagnóstico y tratamiento según la edad gestacional en la RPM.	Revisión bibliográfica de tipo documental.	Ocurre en el 3 al 18 % de los embarazos, la quinta parte antes de las 37 semanas, contribuyendo al 30 % de los nacimientos prematuros.	Factores de riesgos como infecciones del tracto genital y urinario, tabaquismo. Y, complicaciones como desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, infecciones, prematurez, oligohidramnios, hipoplasia pulmonar.	El diagnóstico es mayormente clínico y para su manejo y tratamiento se deben considerar la edad gestacional y presencia de corioamnionitis.



Por medio de la metodología empleada, se observa que los artículos utilizados en la (tabla 1) corresponden a estudios de tipo documental, descriptivo, con enfoque cuantitativo, de corte transversal. Asimismo, los años de publicaciones corresponden desde el 2018 hasta el 2023, garantizando la confiabilidad del trabajo investigativo.

De acuerdo con los estudios planteados, objetivos y métodos se obtienen resultados con diversas variaciones en relación con los factores de riesgos y complicaciones de las gestantes a padecer RPM, así como las actuaciones que implica al profesional de enfermería ante pacientes con dicha patología o complicación del embarazo.

Se pudo establecer de manera significativa en cada estudio que los factores de riesgos prevalecen entre las infecciones por vías urinarias y cérvico vaginales, controles prenatales escasos, así como oligoamnios, edad gestacional, disminución del contenido de colágeno, aumento de la presión intraamniótica y la disminución de la resistencia de la bolsa amniótica, sin dejar a lado, el factor socio-económico. Mientras que, las complicaciones varían desde la prematuridad, síndrome de dificultad respiratoria para el feto y en cuanto a la madre las infecciones, sangrados, desprendimiento de placenta normoinserta, son las que destacan.

Los autores determinan la importancia de tener un control prenatal adecuado, una valoración clínica correcta, que permita visualizar a la paciente y poder prevenir y actuar de manera correcta ante la complicación de ruptura prematura de membranas donde el profesional de enfermería tiene una función indispensable.

2.8. Discusión:

La ruptura prematura de membranas (RPM) implica la ruptura de membranas antes del inicio del trabajo de parto en embarazos menores de 37 semanas. En la investigación se evidenció, que la RPM presenta una relación significativa entre las 39 y 40.6 semanas de gestación por lo que presentan mayores riesgos de padecer de una RPM. De acuerdo con lo descrito, el estudio de Barrionuevo, S., & Rivera, E. (2018)¹ establece que, la edad materna oscila entre las adolescentes de 12 a 18 años e incluso en mujeres con edad mayor de 27, con complicaciones de RPM.

Asimismo, el estudio Borja, R., et. al. (2019)⁴ menciona que, existe un elevado número de casos de niñas y jóvenes en edades entre los 12 y 19 años que asisten a los servicios de salud presentando como diagnóstico complicaciones propias de un embarazo no controlado y que



tiene prevalencia la RPM. Destaca también, que para mitigar aquello, se deben de tener controles prenatales adecuados que permitirá brindarles a estas gestantes los cuidados obstétricos necesarios.

Por otra parte, en cuanto a los factores de riesgos que están relacionados con la RPM, destacan varias alternativas, entre ellas, la más común, las infecciones. Desde este punto de vista, los autores Rivera, et. al. (2020)⁶ destaca que los controles prenatales deficientes, edad gestacional y las infecciones, son contribuyentes a la RPM. Así pues, Carrión, C., et. al. (2022)⁵ indica que, la RPM es la causa directa de aproximadamente 40 % de todos los partos pretérmino en el mundo y que sus factores de riesgos implican la edad gestacional, asociada con la infección del corion/decidua, y con la disminución de contenido de colágeno, que puede ser consecuencia de microorganismos que producen colágenasas, proteasas y mucinasas.

Citando a Chávez, et. al. (2023)⁹ también menciona sobre los factores de riesgos donde destaca las infecciones del útero, el cuello uterino o la vagina, demasiado estiramiento del saco amniótico. Del mismo modo, Susacasa, et. al. (2019)⁷ clasifica a los factores de riesgos como modificables y no modificables como son las infecciones, actividad coital, antecedentes de RPM o antecedentes de parto prematuro.

Las complicaciones de la ruptura prematura de membranas presentan una alta complejidad tanto para la madre como al feto. Dicho de esta forma y en palabras de Morales (2022)¹⁰ las complicaciones van desde un desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, infecciones, prematurez, oligohidramnios, hipoplasia pulmonar. Chávez, et. al. (2023)⁹ en su investigación destacan también las complicaciones de la RPM, que como primer estadio se encuentra la prematurez y el síndrome de dificultad respiratoria, asimismo, la sepsis, enterocolitis necrozante y hemorragia intraventricular.

La actuación de enfermería en gestantes con RPM es fundamental y desde esta perspectiva, como lo señalan, Rivera, et. al. (2020)⁶ y Carrión, C., et. al. (2022)⁵ es necesario conocer los factores predisponentes, así como brindar una correcta educación, controles prenatales y obstétricos correctos y adecuados, monitorización de los signos vitales, monitorización fetal, disminución de la ansiedad y protección contra las infecciones.

Mediante la investigación se pudo obtener datos de mayor relevancia en cuanto a la ruptura prematura de membranas en gestantes, desde la afectación que tienen por grupos etarios, como los factores de riesgo, las complicaciones y las actuaciones que involucran al profesional de enfermería, teniendo similitud con la investigación y los objetivos planteados.



CAPÍTULO III. MANUAL EDUCATIVO PARA IDENTIFICAR LOS FACTORES DE RIESGOS DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

3.1. Fundamentación del manual educativo

El presente manual educativo que tiene como objetivo conocer los cuidados que se deben emplear para la prevención de la ruptura prematura de membranas surge de la problemática que esta patología implica, dado que, se pueden dar complicaciones materno – fetales de gran relevancia para este binomio. Este manual esta ejecutado para promocionar los diferentes cuidados que las gestantes deben de tener presente durante su embarazo, ya que mediante estas acciones se espera que no desarrollen esta complicación y cursen un embarazo en condiciones favorables.

Este manual está orientado para cualquier grupo etario independientemente de la edad gestacional que curse la mujer. Esto se hace con el fin de disminuir el riesgo que trae consigo esta patología, es decir, para evitar las complicaciones materna fetales de la ruptura prematura de membranas así como, para promover una buena salud para dicho binomio. Con la educación que se brinda a través de este manual, se busca que las gestantes hagan conciencia sobre la importancia de conocer los cuidados que deben tener ante los diferentes factores de riesgos que afecta al binomio madre-hijo y que conlleva a una RPM, razón por la cual se implementan estas estrategias que promueven un embarazo seguro.

Objetivo general del manual educativo

Identificar los cuidados hacia los factores de riesgos de la ruptura prematura de membranas para poder prevenirla y así disminuir sus complicaciones asociadas.

A quién van dirigido el manual educativo

Manual Educativo dirigido a cualquier grupo etario de diferente edad gestacional para conocer los cuidados a considerar para prevenir la ruptura prematura de membranas.

Diseño de la propuesta y estructura del manual

Para el siguiente manual educativo se empleó una estructura que permita a la población una correcta comprensión de la información a través de ideas claras y precisas relacionadas a la ruptura prematura de membranas. Esta estructura es:



- Portada
- Introducción
- Objetivo
- Desarrollo
- Conclusión
- Recomendación
- Bibliografía
- Contraportada



3.2 Manual educativo

MANUAL EDUCATIVO

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

¿QUÉ CUIDADOS SE
DEBEN CONSIDERAR
PARA PREVENIR ESTA
COMPLICACIÓN?



Kerly Macias

42



INTRODUCCIÓN

La Ruptura prematura de membranas (RPM) se considera como la rotura espontánea de membranas amnióticas (amnios y corion) antes de que comience el trabajo de parto, independiente de la edad gestacional. (Manual de Ginecología y Obstetricia, 2018)



OBJETIVO

Identificar los cuidados hacia los factores de riesgos de la ruptura prematura de membranas para poder prevenirla y así disminuir sus complicaciones asociadas.



RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

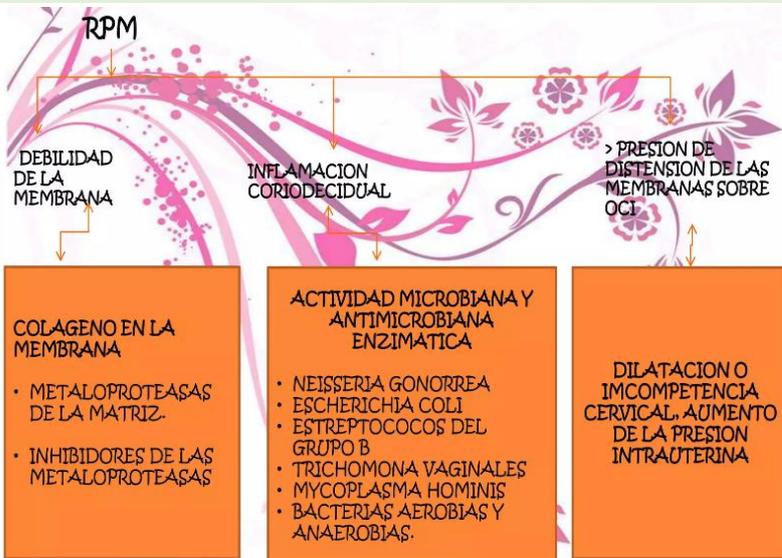
¿QUÉ ES?

Complicación del embarazo que se presenta antes del inicio de trabajo de parto con la salida de líquido amniótico transvaginal debido a la pérdida de la continuidad de las membranas amnióticas. (Manual de Ginecología y Obstetricia, 2018)



Apuntes de enfermería. (2023). Ruptura prematura de membranas – plan de cuidados de enfermería. (Figura). <https://apuntesenfermeria.com/pae/rotura-prematura-de-membranas-prom/>

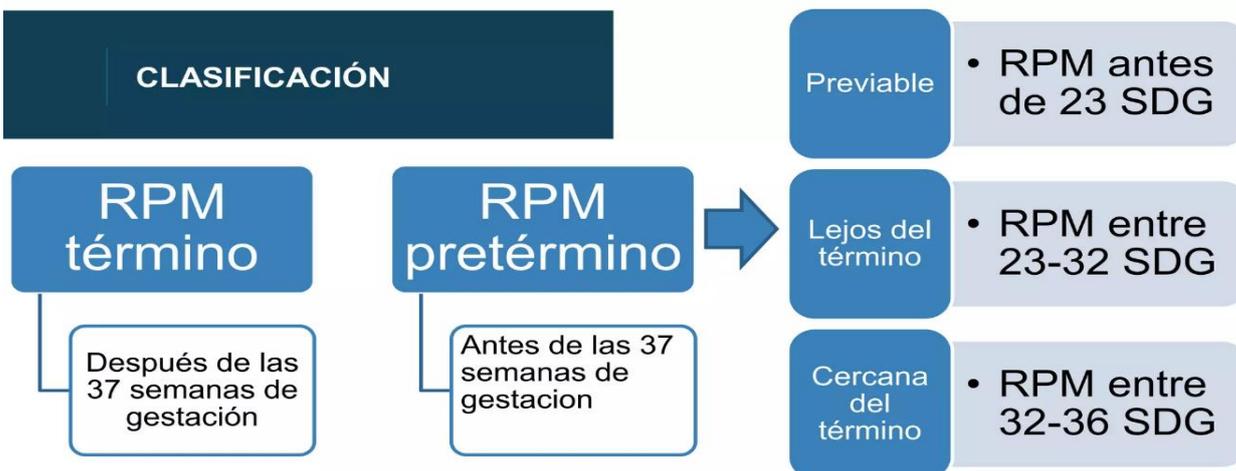
FISIOPATOLOGÍA



Varía según la edad gestacional, sin embargo, las causas más relevantes son las infecciones del tracto urinario - vaginal, disminución del contenido de colágeno, causas obstétricas como las hemorragias o embarazos gemelares, además del consumo de tabaco. (Morales, et. al, 2022)

Vassquez, K. (2023). Ruptura prematura de membranas. (Figura). <https://es.slideshare.net/c123vasquez/ruptura-prematura-de-membrana-123-esta>

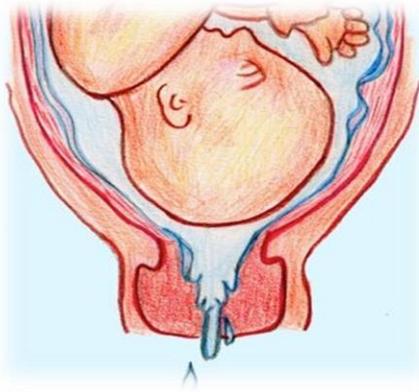
CLASIFICACIÓN



Hernández, A. (2018). Ruptura prematura de membranas. (Figura). <https://es.slideshare.net/AndresHernandez8/ruptura-prematura-de-membrana-120236456>



Aula Ginecología. (2022). Ruptura prematura de membranas pretérmino. (Figura).
https://www.ivoox.com/rotura-prematura-membranas-pretermino-audios-mp3_rf_86334564_1.html



SIGNOS Y SÍNTOMAS

La clínica más frecuente de una RPM es la pérdida de líquido claro, con olor a cloro, abundante que ocurre por los genitales y no se logra contener, acompañado con una sensación de humedad en la vagina o ropa interior. Y, para su diagnóstico se realizan anamnesis y exámenes complementarios. (Manual de ginecología y obstetricia, 2018)

FACTORES DE RIESGOS

Los principales son los antecedentes de partos prematuros y de RPM. (Susacasa, et. al. 2019). Pueden ser, también:

Modificables:

- Incompetencia ístmico cervical
- Infección cervicovaginal (vulvovaginitis, cervicitis, inf. Intraamnióticas)
- Exámenes auxiliares invasivos (amniocentesis, diagnóstico prenatal)
- Actividad coital
- Deficiencia de oligoelementos
- Tabaquismo
- Factores sociales: madre sola, bajo nivel socioeconómico, bajo peso materno
- Factores ambientales: cambios en la presión barométrica, trabajo nocturno
- Tactos vaginales repetidos
- Consumo excesivo del café
- Anemia

No Modificables:

- Antecedentes de RPM
- Antecedentes de prematuridad
- Antecedentes de cirugía cervical
- Antecedentes de malformaciones o tumores uterinos
- Metrorragia sobre el 2do y 3er trimestre de embarazo
- Patología placentaria (PP, DPNI)
- Enfermedades del colágeno
- Distensión uterina (Polihidramnios, embarazo múltiple)
- Enfermedad pulmonar crónica

Espinoza, V. (2018). Ruptura prematura de membranas. (Figura). <https://es.slideshare.net/vespinozagomez/ruptura-prematura-de-membranas-rpm-79045666>





COMPLICACIONES

Las complicaciones pueden ser maternas como fetales. (Susacasa, 2019):



Dificultad para respirar



Rotura prematura de membranas



Desprendimiento de placenta



Muerte fetal



Hemorragia postparto



Parto prematuro



Parto por cesárea



Prolapso del cordón

Azaña, S. (2022). ¿Qué pasa cuando hay mucho líquido amniótico? (Figura). <https://www.reproduccionasistida.org/faqs/que-pasa-cuando-hay-mucho-liquido-amniotico/>

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Está integrado por: (Guía clínica, 2015)

- **Corticoides:** Betametasona y Dexametasona
- **Antibióticos:** Ampicilina intravenosa, eritromicina oral, amoxicilina, clindamicina, penicilina cristalina.

TRATAMIENTO – MANEJO EXPECTANTE

Gestante con RPM en condiciones para ser manejada en hospitalización, el cual requiere monitorización materno-fetal para prevenir complicaciones. (Chávez, 2023)

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Se consideran los siguientes: (Fajardo y Henriquez, 2020)

- Reposo en cama
- Evitar relaciones sexuales
- No actividad física
- Prohibido el uso de tampones vaginales
- Dieta sana y equilibrada
- Buena hidratación

TRATAMIENTO – INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

Gestante con RPM y con evidente trabajo de parto, corioamnionitis, compromiso fetal, muerte fetal, desprendimiento normoplacentario, o de 35 semanas o más de edad gestacional. (Guía Clínica, 2015)



Hagen, I., Bailey, J., Zielinski, R. (2021). Manejo expectante de la rotura prematura de membranas (Figura). <https://www.intramed.net/contenido-ver.asp?contenido=97801>



Aloconnection. (2023). El manual del bebé. (Figura). https://issuu.com/alolacconnection/docs/mdb_ed_4-impre-baja_-chile-dic14-2022_cv



NOTA:

Es importante que el tratamiento farmacológico, expectante y la interrupción del embarazo sea realizado por el facultativo correspondiente como lo es un profesional de salud calificado.

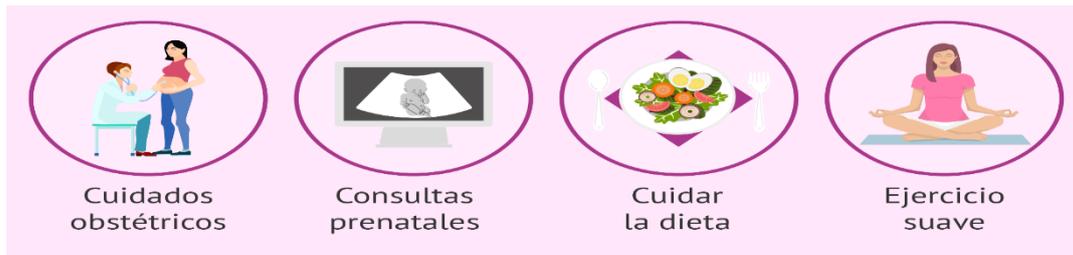


ENTONCES ¿CUÁLES SON LOS CUIDADOS QUE SE DEBEN CONSIDERAR PARA PREVENIR ESTA COMPLICACIÓN DEL EMBARAZO?

- Adecuado control prenatal para tratar factores de riesgos como infecciones, hipertensión, diabetes.
- Autocuidado.
- Alimentación saludable.
- Actividad física moderada.
- Descanso adecuado.
- Evitar el consumo del tabaco, alcohol y drogas.
- Educación sobre los factores de riesgos.
- Adecuada higiene.



Paraíso, B. Salgado, S., Salvador, Z. (2019). Salud en el embarazo: alimentación, cuidados y posibles problemas. (Figura). <https://www.reproduccionasistida.org/salud-materna-embarazo/>



Paraíso, B. Salgado, S., Salvador, Z. (2019). Salud en el embarazo: alimentación, cuidados y posibles problemas. (Figura). <https://www.reproduccionasistida.org/salud-materna-embarazo/>



Paraíso, B. Salgado, S., Salvador, Z. (2019). Salud en el embarazo: alimentación, cuidados y posibles problemas. (Figura). <https://www.reproduccionasistida.org/salud-materna-embarazo/>

Estos cuidados varían en función de las circunstancias presentes en las gestantes.

Un momento importante dentro del manual son las charlas educativas y talleres didácticos para llevar los conocimientos a las gestantes en función de los autocuidados necesarios en su proceso de embarazo, entre los que se encuentran:

- Tema sobre los cuidados en los inicios del embarazo.
- Tema sobre la alimentación y dieta.
- Tema sobre los factores de riesgos y problemas durante el embarazo.
- Tema sobre el conocimiento de RPM.
- Taller didáctico sobre la actividad física moderada y el descanso adecuado.
- Tema Manejo expectante de la RPM: un enfoque conservador para minimizar las complicaciones

Ejemplo de planificación de charla educativa sobre el Manejo expectante de la RPM: un enfoque conservador para minimizar las complicaciones

Introducción



La Rotura Prematura de Membranas (RPM) es una condición que requiere un manejo cuidadoso para minimizar las complicaciones. En esta charla educativa, exploraremos el manejo expectante de la RPM, un enfoque conservador que busca retrasar el parto y reducir el riesgo de complicaciones.

¿Qué es el manejo expectante de la RPM?

El manejo expectante de la RPM implica retrasar el parto y monitorear estrechamente a la madre y al feto para detectar cualquier signo de complicaciones. Este enfoque se utiliza cuando la RPM ocurre antes de las 34 semanas de gestación.

Objetivos del manejo expectante

1. Retrasar el parto: Retrasar el parto para permitir que el feto madure y reducir el riesgo de complicaciones respiratorias.
2. Monitorear la salud del feto y la madre: Monitorear estrechamente a la madre y al feto para detectar cualquier signo de complicaciones.
3. Minimizar las complicaciones: Minimizar las complicaciones asociadas con la RPM, como la infección y el sufrimiento fetal.

Componentes del manejo expectante

1. Monitoreo fetal: Monitoreo fetal regular para detectar cualquier signo de sufrimiento fetal.
2. Monitoreo materno: Monitoreo materno regular para detectar cualquier signo de infección o complicaciones.
3. Uso de antibióticos: Uso de antibióticos para prevenir la infección.
4. Reposo en cama: Reposo en cama para reducir el riesgo de complicaciones.

Ventajas del manejo expectante

1. Reducción del riesgo de complicaciones respiratorias: El manejo expectante puede reducir el riesgo de complicaciones respiratorias en el feto.
2. Mejora de los resultados neonatales: El manejo expectante puede mejorar los resultados neonatales y reducir la morbilidad y mortalidad.
3. Reducción del riesgo de intervención quirúrgica: El manejo expectante puede reducir el riesgo de intervención quirúrgica y sus complicaciones asociadas.

Desafíos y limitaciones



1. Riesgo de infección: El manejo expectante conlleva un riesgo de infección, que puede ser grave para la madre y el feto.
2. Riesgo de sufrimiento fetal: El manejo expectante también conlleva un riesgo de sufrimiento fetal, que puede requerir intervención inmediata.
3. Necesidad de monitoreo estrecho: El manejo expectante requiere un monitoreo estrecho y regular para detectar cualquier signo de complicaciones.

El manejo expectante de la RPM es un enfoque conservador que busca retrasar el parto y reducir el riesgo de complicaciones. Aunque conlleva riesgos y desafíos, puede ser una opción efectiva para minimizar las complicaciones y mejorar los resultados neonatales. Es importante que los profesionales de la salud estén familiarizados con este enfoque y lo implementen de manera segura y efectiva.

CONCLUSIÓN

RECOMENDACIÓN

La rotura prematura de membranas es una afección peligrosa tanto para la madre como para el feto, y el tratamiento depende de muchos factores diferentes, incluida la etapa del embarazo en la que se produce esta afección. Para minimizar los riesgos asociados con este enfoque de atención dual, se requiere atención especializada y protocolizada, incluida la monitorización fetal, el manejo conservador y el diagnóstico y tratamiento adecuados.



La rotura prematura de membranas (RPM) en mujeres embarazadas, especialmente pretérminos, es una afección que requiere atención y tratamiento cuidadosos. Para garantizar la salud de la madre y el feto, debe buscar ayuda médica de inmediato, tomar medidas para prevenir infecciones y seguir las recomendaciones del personal médico y, así, reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad materno-fetal.



CONCLUSIONES

1. Se logró fundamentar las bases teóricas de la investigación mediante un análisis profundo sobre la ruptura prematura de membranas, a través de una revisión bibliográfica exhaustiva basada en información actualizada y respaldada con autores citados expertos en el campo de investigación estudiado.
2. Mediante la revisión del trabajo investigativo, se llevó a cabo una evaluación sobre los factores de riesgos y las complicaciones que están asociadas a la ruptura prematura de membranas para poder intervenir adecuadamente según las áreas que requieran atención. En este sentido, se pudo evidenciar que los factores de riesgos pueden categorizarse en factores modificables, entre los que destacan las infecciones cervicovaginales, tabaquismo, deficiencia de oligoelementos y la incompetencia ístmico cervical; y los factores no modificables como son los antecedentes de complicaciones obstétricas (RPM, prematurez, malformaciones o tumores uterinos) y patologías placentarias. Por ello, se destaca la importancia de la intervención temprana para prevenir las complicaciones maternas como las hemorragias o las infecciones y las complicaciones fetales como la prematurez y los accidentes funiculares y placentarias.
3. Los resultados que se obtuvieron en base a esta revisión bibliográfica y de acuerdo con la metodología que se utilizó respaldan las conclusiones de la investigación. Los estudios revisados de manera crítica permitieron lograr un enfoque adecuado sobre la ruptura prematura de membranas consolidando la relevancia de abordarla de manera personalizada.



RECOMENDACIONES

1. Es relevante desarrollar programas educativos enfocados a la ruptura prematura de membranas en los diferentes establecimientos y niveles de atención de salud para identificar de manera oportuna esta complicación obstétrica. Estos programas deben enfocarse en los factores de riesgos que provocan el desarrollo de esta ruptura, para así gestionar de manera eficaz estrategias que permitan prevenir complicaciones posteriores.
2. Con el fin de detectar a gestantes con factores de riesgos de ruptura prematura de membranas, es indispensable que el profesional de salud brinde una atención individualizada y centrada en esta población de riesgo por el alto índice de complicaciones que pueden llegar a presentarse para así contribuir a la reducción de la incidencia de esta enfermedad.
3. La ruptura prematura de membranas forma parte de una complicación grave para el binomio madre-feto. Desde este punto de vista, se considera oportuno la utilización de los protocolos y guías de práctica clínica para que se garantice una atención adecuada al binomio con una colaboración interdisciplinaria entre los profesionales de la salud.



BIBLIOGRAFÍAS

1. de Práctica Clínica, G. (2015). *Ruptura prematura de membranas pretérmino*. Gob.Ec. Retrieved February 5, 2024, from <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/GPC-RPMP-FINAL-08-10-15.pdf>
2. Ayol, L., Vasconez, T., Paredes, A. (2019). Factores de riesgos asociados a la ruptura prematura de Membranas pretérmino. <https://repositorio.unemi.edu.ec/handle/123456789/4721>
3. Meléndez-Saravia, Nezarid, & Barja-Ore, John. (2020). Factores de riesgo asociados con la ruptura prematura de membranas pretérmino en pacientes de un hospital del Callao, Perú. *Ginecología y obstetricia de México*, 88(1), 23-28. Epub 30 de agosto de 2021. <https://doi.org/10.24245/gom.v88i1.3453>
4. Rivera Herrera, Elsa Graciela, Galarza González, Andrea, Soria Villafuerte, Tamara, Valdiviezo Maygua, Mónica Alexandra, Machado Herrera, Paola Maricela, & Betancourt Jimbo, Cielito del Rosario. (2020). Valoración de enfermería en gestantes con ruptura prematura de membranas. *Revista Eugenio Espejo*, 14(2), 71-82. <https://doi.org/10.37135/ee.04.09.09>
5. Carvajal, J., Ralph, C. (2018). *Manual de Ginecología y Obstetricia*. Edición IX. <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>
6. Borja Torres, R. A., Mora Euvín, K. E., Ramírez López, G. L., & Albán Estrada, E. C. (2019). Incidencia de la ruptura prematura de membrana en adolescentes embarazadas. *RECIAMUC*, 3(1), 328-352. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.\(1\).enero.2019.328-352](https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.(1).enero.2019.328-352)
7. Herrera, R., González, E. G. G., Villafuerte, A. S., Maygua, T. V., Herrera, M. A. M., Jimbo, P. M. B., & del Rosario, C. (2020). Valoración de enfermería en gestantes con ruptura prematura de membranas. *REVISTA EUGENIO ESPEJO*, 14(2), 71-82. <https://doi.org/10.37135/ee.04.09.09>
8. Gutiérrez Ramos, Miguel. (2018). Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(3), 405-414. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2105>



9. Logroño, I. E. N., Coronel, A. A. N., Abarca, J. M. H., Macías, A. C. C., & Jarrín, N. Á. P. (2019). Uso de biomarcadores e introducción a la genómica y proteómica clínica para predecir parto pretérmino y rotura prematura de membranas. *La Ciencia al Servicio de la Salud y la Nutrición*, 10(2), 60–68. <https://doi.org/10.47244/cssn.Vol10.Iss2.328>
10. Calderón, V. E. F., Sandoval, J. L. V., Bohórquez, M. M. C., & Toapanta, J. J. Á. (2022). Complicaciones materno fetales y factores de riesgo en gestantes con ruptura prematura de membranas en un hospital de Guayaquil. *Journal of American Health*, 5(1). <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/121>
11. Meléndez-Saravia, Nezarid, & Barja-Ore, John. (2020). Factores de riesgo asociados con la ruptura prematura de membranas pretérmino en pacientes de un hospital del Callao, Perú. *Ginecología y obstetricia de México*, 88(1), 23-28. Epub 30 de agosto de 2021. <https://doi.org/10.24245/gom.v88i1.3453>
12. Velaña-Sinchiguano, J., & Pico-Naranjo, J. (2018). Ruptura prematura de membranas en el embarazo. *Polo del Conocimiento*, 3(8), 655-669. [doi:http://dx.doi.org/10.23857/pc.v3i8.740](http://dx.doi.org/10.23857/pc.v3i8.740)
13. Barrionuevo Mendoza, Samanta Katherine, & Rivera Herrera, Elsa Graciela. (2018). Factores de riesgos de ruptura prematura de membranas. Hospital Provincial General Docente Riobamba. Noviembre 2017-febrero 2018. *Revista Eugenio Espejo*, 12(1), 53-63. <https://doi.org/10.37135/ee.004.04.06>
14. Meller, César H, Carducci, María E, Ceriani Cernadas, José M, & Otaño, Lucas. (2018). Ruptura prematura de membranas en nacimientos de pretérmino. *Archivos argentinos de pediatría*, 116(4), e575-e581. <https://dx.doi.org/10.5546/aap.2018.e575>
15. Chávez. (2023). Manejo y tratamiento conservador de la ruptura prematura de membranas pretérmino y su impacto en la morbilidad neonatal. <https://www.polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/6056/15275>
16. Carbajal. (2019). Caso clínico: rotura prematura de membranas. <https://repositorio.ucsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12920/9543/H8.0515.SE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
17. *Salud materna*. (2023). Who.int. Retrieved February 5, 2024, from <https://www.who.int/es/health-topics/maternal-health>



18. Organización Mundial de la Salud. (2023). Embarazo en la adolescencia. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
19. Susacasa, S., Frailuna, M., Swistak, E., Mondani, M., Fabra, L., Martínez, M. (2019). Rotura prematura de membranas. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá*. https://www.sarda.org.ar/images/2019/2019-3_5_Norma.pdf
20. Morales, E. M. A., Forestieri, O. Á., & Uranga, A. (2022). *Rotura prematura de membranas*. Universidad Nacional de La Plata (UNLP). <https://app.bibguru.com/p/f0c4e189-8c78-43a8-82bd-14a54f7fc37a>
21. OMS. (2016). Guía Clínica de Rotura prematura de membranas. <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/guideline/ECU-MN-21-02-GUIDELINE-2015-esp-Guia-ruptura-prematura-de-membranas.pdf>
22. Fajardo, W., Henríquez, K. (2020). Guía de manejo de ruptura prematura de membranas. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/11/1128233/27-11106281.pdf>
23. Ocronos, R. (2022, January 8). *Atención de Enfermería en la prevención de la depresión postparto*. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. <https://revistamedica.com/enfermeria-prevencion-depresion-postparto/>
24. España, Y., Miranda, V. (2019). *CUIDADOS DE ENFERMERÍA BASADOS EN DOROTEA OREM EN RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA Y OLIGOAMNIOS*. Bvs.Hn. Retrieved February 5, 2024, from <http://www.bvs.hn/RCEUCS/pdf/RCEUCS6-2-2019-7.pdf>
25. De, D. L. O. R. O. 449. (n.d.). *CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR*. Gob.Ec. Retrieved February 5, 2024, from https://www.presidencia.gob.ec/wp-content/uploads/2018/04/a2_1_constitucion_mar_2018.pdf
26. *La nutrición materna*. (n.d.). Unicef.org. Retrieved February 5, 2024, from <https://www.unicef.org/es/nutricion-materna>
27. *ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE Y DEL NIÑO (ESAMyN) – Ministerio de Salud Pública*. (n.d.). Gob.ec. Retrieved February 5, 2024, from



<https://www.salud.gob.ec/establecimientos-de-salud-amigos-de-la-madre-y-del-nino-esamyn/>

28. *Vista de Proceso de atención de enfermería en gestante con ruptura prematura de membranas en el Hospital General Isidro Ayora de Loja.* (2022). Edu.ec. Retrieved February 5, 2024, from <https://revistas.utm.edu.ec/index.php/QhaliKay/article/view/3786/4357>
29. Rodríguez, A. y Pérez, A. O. (2017). Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento Revista EAN, 82,. <https://doi.org/10.21158/01208160.n82.2017.1647>
30. *Vista de Incidencia de la ruptura prematura de membrana en adolescentes embarazadas.* (2019). Reciamuc.com. Retrieved February 5, 2024, from <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/238/508>



ANEXOS

Anexo I: Ficha nemotécnica – Betametasona

ATC	H02AB01
Indicación	Maduración pulmonar fetal
Forma farmacéutica/ concentración	Líquido parenteral 4 mg/mL
Dosis	En riesgo de parto prematuro entre 24 y 34 semanas 6 días Dosis usual: 12 mg intramuscular cada 24 horas, por dos dosis.
Precauciones	<ul style="list-style-type: none"> - Puede reducirse al mínimo las reacciones adversas utilizando la dosis mínima eficaz durante el período más corto requerido. - Atrofia cortico-suprarrenal cuyas concentraciones plasmáticas han superado a las fisiológicas por un período mayor a 3 semanas. - El retiro del glucocorticoide posterior al uso prolongado del mismo podría provocar una insuficiencia renal aguda. - Es necesario informar al anestesiólogo si el paciente está recibiendo glucocorticoides para prever una caída de la presión arterial durante un procedimiento quirúrgico o inmediatamente después. - Insuficiencia suprarrenal. - Arritmia cardíaca, bradicardia, colapso circulatorio y parada cardíaca en la administración intravenosa de cantidades elevadas y de forma rápida. - Signos de infección activa, cirrosis, herpes simple ocular, hipertensión, diverticulitis, hipotiroidismo, miastenia gravis, úlcera péptica, osteoporosis, colitis ulcerativa, insuficiencia renal, diabetes, patologías tromboembólicas. - Epilepsia, glaucoma. - Infecciones virales (varicela, sarampión, herpes simple ocular, HIV). La varicela es un motivo de gran preocupación, ya que esta enfermedad, que normalmente no es grave, puede ser mortal en los pacientes inmunosuprimidos.
Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes de alergias a múltiples alérgenos - Colitis pseudomembranosa - Hipersensibilidad a betalactámicos
Efectos adversos	<p>Frecuentes: visión borrosa, incremento del apetito, indigestión, nerviosismo, náusea, vómito, dispepsia, hiporexia. Retención hídrica y de sodio, edema, cefalea, mareo, vértigo, insomnio, ansiedad, hipertensión arterial, hipokalemia, hiperglicemia, Síndrome de Cushing, atrofia de la piel, acné, hirsutismo, miopatías, ruptura de tendones y cicatrización deficiente de heridas por uso crónico, irregularidades menstruales, equimosis.</p> <p>Poco frecuente: insuficiencia suprarrenal, inmunosupresión, fracturas y osteoporosis con uso prolongado, artralgias, psicosis, úlcera péptica, insuficiencia cardíaca, anafilaxia, pseudotumor cerebral, alteraciones de crecimiento, osificación y pancreatitis en niños, cambios en la coloración de la piel, cataratas, convulsiones, diabetes mellitus.</p> <p>Raros: reacciones alérgicas, urticaria, delirio, desorientación, euforia, episodios maniaco depresivos, paranoia, psicosis, ceguera súbita.</p>
Uso en el embarazo	Categoría C, se considera seguro el uso de betametasona en la madre embarazada para prevenir el síndrome de dificultad respiratoria del neonato pretérmino (maduración pulmonar fetal).

Fuente: Guía Práctica Clínica – Ministerio de Salud Pública, 2015.



Anexo II: Ficha nemotécnica – Dexametasona

ATC	H02AB02
Indicación	Maduración pulmonar fetal
Forma farmacéutica/ concentración	Líquido parenteral 4 mg/mL
Dosis	Dosis usual: 6 mg intramuscular cada 12 horas, por cuatro dosis
Precauciones	<ul style="list-style-type: none"> - Los corticoides aumentan las concentraciones de glucosa en sangre, pueden ser necesarios ajustes de la dosificación de los agentes hipoglucemiantes. - Puede reducirse al mínimo las reacciones adversas utilizando la dosis mínima eficaz durante el período más corto requerido. - Atrofia cortico-suprarrenal cuyas concentraciones plasmáticas han superado a las fisiológicas por un período mayor a tres semanas. - El retiro del glucocorticoide posterior al uso prolongado del mismo podría provocar una insuficiencia renal aguda. - Es necesario informar al anestesiólogo si el paciente está recibiendo glucocorticoides para prever una caída de la presión arterial durante un procedimiento quirúrgico o inmediatamente después. - Insuficiencia suprarrenal. - Aritmia cardíaca, bradicardia, colapso circulatorio y parada cardíaca en la administración intravenosa de cantidades elevadas y de forma rápida. - Signos de infección activa, cirrosis herpes simple ocular, hipertensión, diverticulitis, hipotiroidismo, miastenia gravis, úlcera péptica, osteoporosis, colitis ulcerativa, insuficiencia renal, diabetes, patologías tromboembólicas. - Epilepsia, glaucoma.
Contraindicaciones	Infecciones sistémicas por hongos, hipersensibilidad a los corticoesteroides, infecciones sistémicas sin terapia antimicrobiana adecuada, vacunación con virus vivos en pacientes que requieren dosis inmunosupresoras de corticoides, glaucoma, infección periocular, incluyendo infección viral en córnea o conjuntiva.
Efectos adversos	<p>Frecuentes: visión borrosa, incremento del apetito, indigestión, nerviosismo, náusea, vómito, dispepsia, hiporexia, retención hídrica y de sodio, edema, cefalea, mareo, vértigo, insomnio, ansiedad, hipertensión arterial, hipokalemia, hiperglicemia. síndrome de Cushing, atrofia de la piel, acné, hirsutismo, miopatías, ruptura de tendones y cicatrización deficiente de heridas por uso crónico, irregularidades menstruales, equimosis, reacción anafiláctica, angioedema, dermatitis alérgica.</p> <p>Poco frecuente: insuficiencia suprarrenal, inmunosupresión, fracturas y osteoporosis con uso prolongado, artralgias, psicosis, úlcera péptica, insuficiencia cardíaca congestiva, anafilaxia, pseudotumor cerebral, alteraciones de crecimiento, osificación y pancreatitis en niños, cambios en la coloración de la piel, cataratas, convulsiones, diabetes mellitus.</p> <p>Raros: reacciones alérgicas, urticaria, delirio, desorientación, euforia, episodios maniaco depresivos, paranoia, psicosis, ceguera súbita.</p>
Uso en el embarazo	Categoría C

Fuente: Guía Práctica Clínica – Ministerio de Salud Pública, 2015.



Anexo III: Ficha nemotécnica – Ampicilina

ATC	J01CA01
Indicación	Profilaxis en casos de RPMP, profilaxis intraparto de infecciones por estreptococos del grupo B.
Forma farmacéutica y concentración	Sólido Parenteral 500 mg y 1.000 mg
Dosis	Profilaxis en casos de RPMP 2 g intravenoso dosis inicial, seguido de 1g intravenoso cada seis horas por 48 horas. Profilaxis intraparto de infecciones por estreptococos del grupo B. Dosis inicial: 2 g intravenoso por una vez, seguido de 1 g intravenosa cada cuatro horas hasta el parto o hasta la cesárea
Precauciones	- Alteraciones de la función renal o hepática. - Alergia a cefalosporinas y carbapenémicos. - Se debe usar como profilaxis de endocarditis solo en pacientes con alto riesgo.
Contraindicaciones	- Hipersensibilidad al medicamento, a los betalactámicos. - Antecedentes de alergias a múltiples alérgenos. - Mononucleosis infecciosa.
Efectos adversos	- <i>Frecuentes:</i> náusea, vómito, dolor epigástrico, diarrea. Cefalea. Candidiasis oral o vaginal. Urticaria. Rash maculopapular. Aumento de transaminasas. Eosinofilia. - <i>Poco frecuente:</i> reacciones por hipersensibilidad: anafilaxia, angioedema, asma. Dermatitis exfoliativa, eritema multiforme, síndrome de Stevens Johnson. Reacciones similares a la enfermedad del suero (fiebre, exantema y dolores articulares). - <i>Raros:</i> colitis pseudomembranosa por <i>Clostridium difficile</i> . Hepatotoxicidad. Nefritis intersticial. Neutropenia, leucopenia, anemia hemolítica, trombocitopenia o disfunción plaquetaria. Dolor e inflamación en el sitio de la inyección. Flebitis por administración intravenosa. Convulsiones
Uso en el embarazo	Categoría B

Fuente: Guía Práctica Clínica – Ministerio de Salud Pública, 2015.



Anexo IV: Ficha nemotécnica – Eritromicina

ATC	J01FA01
Indicación	Profilaxis en caso de RPMP
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 250 mg y 500 mg
Dosis	<p>Profilaxis en casos de RPMP: Eritromicina 250 mg vía oral cada seis horas asociado a ampicilina durante 48 horas, y luego 250 mg vía oral cada seis horas asociado a amoxicilina por cinco días.</p> <p>En pacientes alérgicas a la penicilina, para profilaxis deberá emplearse eritromicina 250 mg vía oral cada seis horas durante 10 días posteriores al diagnóstico de RPMP.^{3, 23}</p> <p>Infecciones sensibles al medicamento: - Adultos: 250 mg - 500 mg vía oral cada seis horas (Máx. 4 g/día en infecciones severas)</p>
Precauciones	<ul style="list-style-type: none"> - Es considerado un inhibidor moderado del CYP3A4, por lo que interfiere en el metabolismo de las drogas que utilicen esta vía. - Arritmia ventricular. - Puede provocar prolongación del segmento QT. - Hipopotasemia no corregida o hipomagnesemia. - Bradicardia significativa. - Puede provocar diarrea asociada a <i>Clostridium difficile</i> y colitis pseudomembranosa. - Insuficiencia hepática y renal. - Miastenia gravis. - Puede causar convulsiones.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad conocida al medicamento. Antecedente de ictericia. Coadministración con terfenadina, astemizol, cisaprida o pimozida, por inhibición del metabolismo hepático, aumento de los niveles de estos medicamentos, riesgo de prolongación del QT y arritmias cardíacas.
Efectos adversos	<p>Frecuentes: rash cutáneo, candidiasis, cefalea, náusea, diarrea, dolor abdominal epigástrico. Hipertrofia pilórica en neonatos.</p> <p>Poco frecuentes: leucopenia, neutropenia, anemia hemolítica, reacciones alérgicas leves, fiebre, dermatitis exfoliativa, hiperpotasemia, mareo, vómito, alteración de la función renal. Pérdida auditiva reversible. Exacerbación de miastenia gravis.</p> <p>Raros: Agranulocitosis, anemia aplásica, hipoprotrombinemia, metahemoglobinemia, eosinofilia, síndrome de Stevens-Johnson, eritema multiforme, púrpura, hipoglicemia, elevación de las transaminasas séricas. Diarrea asociada a <i>Clostridium difficile</i>.</p>
Uso en el embarazo	Categoría B. Atraviesa la barrera placentaria.

Fuente: Guía Práctica Clínica – Ministerio de Salud Pública, 2015.



Anexo V: Ficha nemotécnica – Amoxicilina

ATC	J01CA04
Indicación	Profilaxis en caso de RPMP
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 500 mg
Mecanismo de acción	Bactericida, actúa inhibiendo la última etapa de la síntesis de la pared celular bacteriana uniéndose a unas proteínas específicas llamadas PBP (penicillin-binding proteins) localizadas en la pared celular. Ocasiona la lisis de la bacteria y su muerte.
Dosis	Para profilaxis en casos de RPMP: Luego de haber administrado las primeras 48 horas de ampicilina + eritromicina, los siguientes cinco días continuar con amoxicilina 250 mg vía oral cada ocho horas asociado a eritromicina.
Precauciones	<ul style="list-style-type: none">- Alteraciones de la función renal o hepática.- Pacientes con mononucleosis infecciosa (EBV) o infección por citomegalovirus (CMV) son más susceptibles a presentar exantema cutáneo inducido por el antibiótico.- No administrar en pacientes en ausencia de infección bacteriana ya que aumenta el riesgo a desarrollar resistencia al medicamento.- Puede producirse sobreinfecciones por patógenos bacterianos o fúngicos durante el tratamiento, si hay sospecha discontinuar inmediatamente y comienzan el tratamiento apropiado.- En profilaxis de la endocarditis: usar solo en los pacientes de alto riesgo.- Las dosis altas pueden causar falsas glucosurias.- Mantener hidratación adecuada en altas dosis (principalmente durante la terapia parenteral).
Contraindicaciones	Hipersensibilidad a los beta-lactámicos. Antecedentes de alergias a múltiples alérgenos. Colitis pseudomembranosa.
Efectos adversos	Similares a los de la ampicilina. Sin embargo, presenta menos molestias gastrointestinales, especialmente diarrea, por su mayor tasa de absorción y biodisponibilidad.
Uso en el embarazo	Categoría B
Uso en la lactancia	Se ha demostrado que las penicilinas se excretan en la leche humana. Uso de amoxicilina por las madres lactantes puede conducir a la sensibilización de los niños. Se debe tener precaución cuando se administra amoxicilina a una mujer lactante.

Fuente: Guía Práctica Clínica – Ministerio de Salud Pública, 2015.



Anexo VI: Ficha nemotécnica – Clindamicina

ATC	J01FF01
Indicación	Profilaxis en casos de RPMP y para estreptococo del grupo B, en pacientes alérgicas a la penicilina.
Forma farmacéutica/ concentración	Líquido parenteral 150 mg/mL
Dosis	Profilaxis en casos de RPMP - Clindamicina 900 mg intravenoso cada ocho horas ^{4,5,7} por siete días.
Precauciones	<ul style="list-style-type: none">- Se ha reportado diarrea por <i>Clostridium difficile</i> hasta después de dos meses de suspender el tratamiento.- Pacientes con atopia pueden experimentar mayor toxicidad.- Utilizar solamente en infecciones graves.- No utilizar para infecciones respiratorias altas.- En adultos mayores con enfermedades severas, puede haber cambio del hábito intestinal. Son más susceptibles a presentar diarrea y colitis pseudomembranosa.- En pacientes con enfermedad hepática o renal, se requiere disminución de la dosis.- Puede producirse sobreinfección, por sobrecrecimiento de organismos no susceptibles.- Vigilar la función hepática y renal si el tratamiento es superior a 10 días.- En los recién nacidos y los lactantes, evitar la administración intravenosa rápida.- Evitar en la porfiria aguda.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad a la clindamicina o la lincomicina. Colitis ulcerativa
Efectos adversos	Frecuentes: dolor abdominal, dispepsia, diarrea, náusea, colitis pseudomembranosa, que se caracteriza por calambres abdominales, fiebre, diarrea líquida y severa, sanguinolenta. Poco frecuentes: candidiasis oral o vaginal, neutropenia, trombocitopenia, incremento de las enzimas hepáticas. Tromboflebitis si se usa la vía intravenosa. Esofagitis, úlceras esofágicas, alteraciones del gusto, vómitos; leucopenia, eosinofilia, poliartritis erupción cutánea, prurito, urticaria, síndrome de Stevens-Johnson, necrólisis epidérmica tóxica, exfoliativa y dermatitis vesiculobulosa. Raros: eritema multiforme, ictericia, anafilaxia, agranulocitosis, hipotensión.
Uso en el embarazo	Categoría B

Fuente: Guía Práctica Clínica – Ministerio de Salud Pública, 2015.



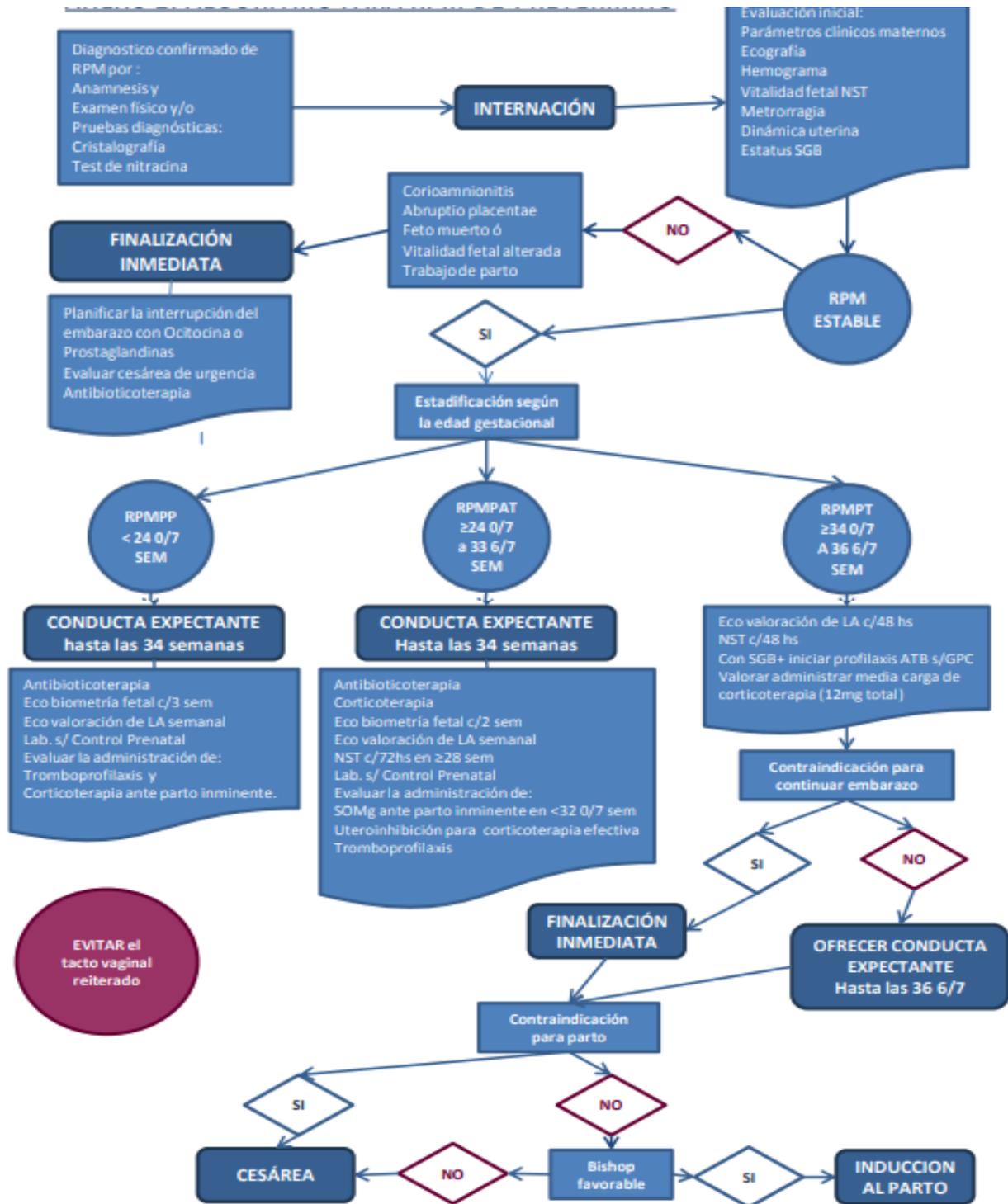
Anexo VII: Ficha nemotécnica – Penicilina cristalina

ATC	J01CE01
Indicación	Profilaxis para estreptococo del grupo B. Infecciones por estreptococo grupo B
Forma farmacéutica/ concentración	Sólido parenteral 1.000.000 UI – 5.000.000 UI
Dosis	La profilaxis para estreptococos B recomendada es: penicilina 5.000.000 UI intravenoso seguido de 2.500.000 UI cada cuatro horas durante el trabajo de parto hasta el parto o cesárea. ^{4,5,7}
Precauciones	<ul style="list-style-type: none">- Alteración hepática.- Insuficiencia renal.- Altas dosis pueden causar irritación cerebral, convulsiones o coma.- Epilepsia.- Diarrea por <i>Clostridium difficile</i>, puede ocurrir dos meses después de la administración del antibiótico.
Contraindicaciones	<ul style="list-style-type: none">- Antecedentes de alergias a múltiples alérgenos- Colitis pseudomembranosa- Hipersensibilidad a betalactámicos
Efectos adversos	Frecuentes: cefalea. Candidiasis oral o vaginal. Poco frecuentes: Reacciones por hipersensibilidad: anafilaxia, angioedema, asma. Dermatitis exfoliativa, eritema multiforme, síndrome de Stevens Johnson. Reacciones similares a la enfermedad del suero (fiebre, exantema y dolores articulares). Raros: nefritis intersticial. Neutropenia, leucopenia, anemia hemolítica, trombocitopenia o disfunción plaquetaria. Dolor en el sitio de la inyección. Convulsiones. Colitis asociada a antibiótico.
Uso en el embarazo	Categoría B

Fuente: Guía Práctica Clínica – Ministerio de Salud Pública, 2015.



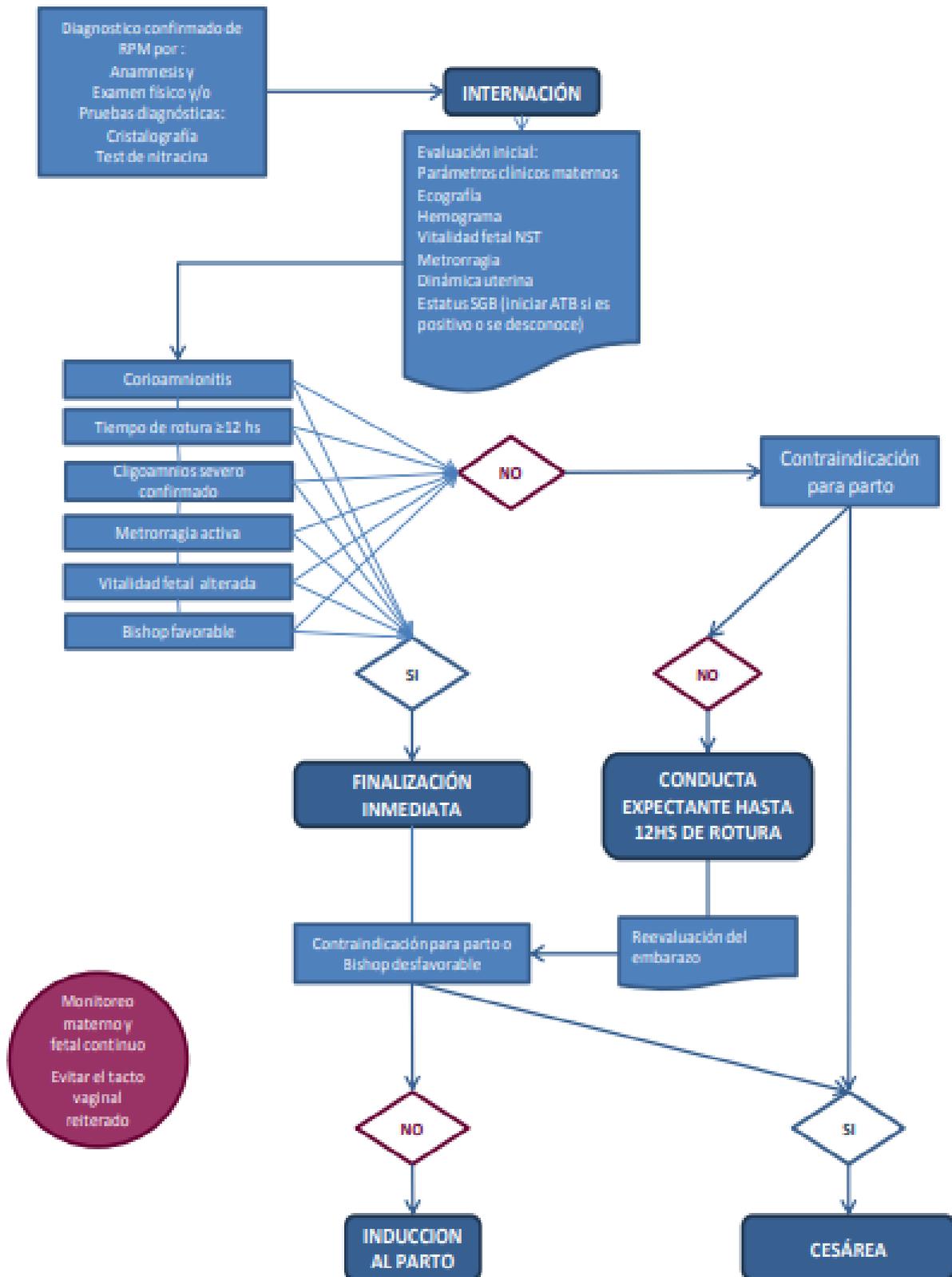
Anexo VIII: Algoritmo para RPM de pretérmino



Fuente: Rev. Materno Infantil, 2019.



Anexo IX: Algoritmo para RPM de término y cercano al término



Fuente: Rev. Materno Infantil, 2019.



CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

INTKM24 KML 14-05-2025 (1)

9%
Textos sospechosos

9% Similitudes
< 1% similitudes entre comillas
1% entre las fuentes mencionadas
5% Idiomas no reconocidos (ignorado)

Nombre del documento: INTKM24 KML 14-05-2025 (1).docx
ID del documento: 1e07149e4bc854607921b136abbf546587d9b81
Tamaño del documento original: 9,98 MB

Depositante: GIORVER PEREZ IRIBAR
Fecha de depósito: 14/5/2025
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 14/5/2025

Número de palabras: 17.629
Número de caracteres: 122.417

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes principales detectadas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	dSPACE.utb.edu.ec Factores de riesgo que influyen en la ruptura prematura de ... 11 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (102 palabras)
2	dSPACE.utb.edu.ec 15 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (96 palabras)
3	repositorio.upeu.edu.pe 16 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (88 palabras)
4	www.sarda.org.ar 6 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (94 palabras)
5	Documento de otro usuario #7e387c El documento proviene de otro grupo 9 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (89 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	dSPACE.utb.edu.ec "Ruptura prematura de membranas en embarazo de 30 sem... 1 fuente similar	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (39 palabras)
2	dSPACE.unach.edu.ec 1 fuente similar	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (35 palabras)
3	repositorio.usanpedro.edu.pe Características epidemiológicas y clínicas de las ... 1 fuente similar	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (31 palabras)
4	riul.unanleon.edu.mx 1 fuente similar	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (29 palabras)
5	hdl.handle.net Factores de riesgo asociados a la ruptura prematura de membr... 1 fuente similar	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (33 palabras)

Fuentes ignoradas Estas fuentes han sido retiradas del cálculo del porcentaje de similitud por el propietario del documento.

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
----	---------------	-------------	-------------	-------------------