

Apego a la guía de práctica clínica sobre diagnóstico y tratamiento de la ruptura prematura de membranas pretérmino en el HGZ NO. 4

Tabla 1. Edad de las pacientes con ruptura prematura membranas pretérmino mostrados en los expedientes del HGZ No. 4.

	Frecuencia	Porcentaje
<= 19	1	2.3
20 – 29	24	54.5
30 – 39	16	36.4
40+	3	6.8
Total	44	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos de la Cedula de verificación de apego a recomendaciones clave.

Tabla 2. Semanas de gestación de embarazadas con ruptura prematura membrana pretérmino del HGZ No. 4 (semanas de gestación).

<u>Semanas de gestación</u>	
Mínimo	18.5
Percentil 25	32.4
Mediana	33.8
Percentil 75	35.8
Máximo	36.5
Media	33.0
DE	4.3

Fuente: Instrumento de recolección de datos de la Cedula de verificación de apego a recomendaciones clave.

Tabla 3. Tiempo transcurrido entre la ruptura prematura de membranas y la atención hospitalaria en mujeres con ruptura prematura de membranas pretérmino del HGZ No. 4 (horas).

<u>Horas</u>	
Mínimo	0.3
Percentil 25	1.5
Mediana	3.3
Percentil 75	8.8
Máximo	52.3
Media	7.3
DE	10.3

Fuente: Instrumento de recolección de datos de la Cedula de verificación de apego a recomendaciones clave.

Tabla 4. Factores de riesgo de mujeres con ruptura prematura de membranas pretérmino del HGZ No. 4.

	Frecuencia	Porcentaje
Bradicardia fetal	1	2.3
Corioamnionitis	1	2.3
Hipertensión gestacional/Diabetes gestacional	1	2.3
Hipertiroidismo	1	2.3
Muerte fetal	1	2.3
Óbito	1	2.3
Preeclampsia	1	2.3
Taquicardia sinusal materna	1	2.3
Ninguno	36	81.8
Total	44	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos de la Cedula de verificación de apego a recomendaciones clave.

Tabla 5. Apego a la guía de práctica clínica sobre diagnóstico de la ruptura prematura de membranas pretérmino del HGZ No. 4.

Número de casos	Apego (%)	No apego (%)	
1. El diagnóstico de ruptura espontánea de membranas fue documentado por la historia materna, seguido de la revisión vaginal.	44	98%	2%
2. Las pacientes con RPMP entre la viabilidad fetal y antes de las 32 semanas, son candidatas a manejo conservador si no existen contraindicaciones maternas o fetales.	7	100%	0%
3. Se recomienda el monitoreo fetal diario usando estudio cardiotocográfico para detectar taquicardia por el alto riesgo de coriamnionitis.	43	100%	0%

Fuente: Instrumento de recolección de datos de la Cedula de verificación de apego a recomendaciones clave.

Tabla 6. Apego a la guía de práctica clínica sobre tratamiento de la ruptura prematura de membranas pretérmino del HGZ No. 4.

Número de casos	Apego (%)	No apego (%)	
1. Un curso único de esteroides antenatales debe administrarse en embarazos menores de 32 SDG para reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal, sin que se relacione a un incremento del riesgo de infección materna.	9	89%	11%
2. Los corticoesteroides deben ser administrados a todas las pacientes con embarazos de 24 a 34 semanas y RPMP, usando Betametasona o Dexametasona. Un esquema único reduce los riesgos de morbimortalidad.	25	96%	4%
3. Los esquemas de corticoesteroides recomendados son: Betametasona 12mg IM cada 24 horas por 2 dosis. Dexametasona 6mg IM cada 12 horas por 4 dosis.	27	96%	4%
4. El intervalo óptimo entre el tratamiento con corticoesteroides y el parto deberá ser mayor a 24 horas y menos de 7 días de su inicio.	28	93%	7%
5. Deberá otorgarse tratamiento intraparto profiláctico con penicilina en pacientes portadoras del estreptococo del grupo B con RPMP y feto viable, a fin de prevenir la transmisión vertical.	43	95%	5%

6. El manejo en pacientes con VIH y RPMP debe ser individualizado y siempre debe ser evaluado en conjunto con un experto en manejo de mujeres embarazadas con la enfermedad.	0	No aplica	No aplica
7. No se recomienda el uso de tocólisis profiláctica ni terapéutica en mujeres con RPMP.	42	95%	5%
8. Las pacientes con RPMP antes de las 32 semanas de gestación que presentan riesgo de parto inminente deben ser consideradas candidatas a neuroprotección fetal con sulfato de magnesio.	6	50%	50%
9. En RPMP que se presenta después de la semana 34 de gestación se recomienda la interrupción del embarazo.	27	100%	0%
10. Cuando el manejo expectante este recomendado antes de las 32 SDG, la madre debe ser informada del riesgo de coriamnionitis contra la disminución de problemas respiratorios del neonato, admisión a la terapia intensiva neonatal y cesárea.	10	80%	20%

Nota: El número de casos es la frecuencia de los sucesos que ameritaron cada una de las recomendaciones numeradas sobre el diagnóstico de ruptura prematura de membranas pretérmino y posterior se identificó en porcentajes al apego y no apego en cada una de las recomendaciones con base al número de caso y no al total de la muestra.

Fuente: Instrumento de recolección de datos de la Cedula de verificación de apego a recomendaciones clave.

Tabla 7. Apego a la guía de práctica clínica sobre intervención de Enfermería de la ruptura prematura de membranas pretérmino en el HGZ No.4.

	Frecuencia	Porcentaje
Apego	44	100
Sin apego	0	0
Total	44	100