UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PARTERAS

Análisis del discurso de los docentes clínicos de la Escuela de Parteras y de las Clínicas Ginecotocológicas A y C del Centro Hospitalario Pereira Rossell, en cuanto al manejo clínico de la Rotura Prematura de Membranas en las gestaciones de término.

Trabajo Final de Grado presentado para obtener el título de **Obstetra Partera/o**

AUTORAS: Br. María Noel Bergero

Br. Karla Maldonado

TUTORA: Prof. Obst. Part. Eliana Martínez

Montevideo, Noviembre 2019

Tabla de contenidos

Agradecimientos……. 3

Resumen……. 5

Abstract……. 6

Introducción……. 7

Objetivo general……. 9

Objetivos específicos…… 10

Metodología…… 11

Marco teórico…….. 14

- Definición……..... 14
- Incidencia…… 15
- Composición de las membranas……. 15
- Fisiopatología……. 16
- Factores de riesgo……. 18
- Diagnóstico……. 18
- Complicaciones…… 21
- Conducta…… 23

Rol de la Partera…… 33

Análisis e interpretación de los resultados…… 41

Conclusión…….. 73

Recomendaciones…… 77

Bibliografía……. 78

Anexos……... 82

Agradecimientos

Agradecimientos Karla

A nuestra tutora Profesora Adjunta Obstetra Partera Eliana Martínez, que desde el primer momento aceptó guiarme y acompañarme en este proceso, a pesar de siempre estar con mucho trabajo.

A nuestra Co-tutora y mi amiga Asistente Obstetra Partera Andrea Akar, la que siempre me dio aliento, me recibió con una energía hermosa y me acompañó en las subidas y bajadas de este proceso, sin dejarme caer.

A la Escuela de Parteras, que en lo largo de estos años supo ser mi segunda casa, con muchas idas y vueltas, pero siempre encontrando mi lugar allí. Sobre todo porque esta escuela puso en mi camino a grandes amigas y hermanas, las que me contuvieron no solo durante la carrera, sino también en este arduo proceso. Las que compartiré el resto de mi vida.

A cada una de las mujeres y sus familias, que nos permitieron formar parte de lo más maravilloso, y así amar cada día más esta hermosa profesión.

A mi familia y amigos, los que me dieron la fuerza para llegar hasta acá, los que estuvieron incansablemente a lo largo de todos estos años. Dándome el soporte y el amor que necesité.

A ellos va dedicado todo mi esfuerzo, porque sin ellos, nada de esto hubiera sido posible. Al que confió en mí, y me dio su apoyo incondicional. Hasta el último momento. Gracias.

Agradecimientos María Noel.

A nuestra tutora Profesora Adjunta Obstetra Partera Eliana Martínez y a nuestra Co tutora Asistente Obstetra Partera Andrea Akar, por el tiempo que dedicaron a asesorarnos, y especialmente por motivarnos en la elaboración de nuestra tesis.

A la Escuela de Parteras, que me presentó ante diferentes docentes que me han marcado a lo largo de mi formación y han fortalecido mi personalidad. Así como a mis compañeras que se convirtieron en amigas y en grandes pilares de apoyo durante todo el transcurso de la carrera.

A los docentes, tanto Obstetras Parteras como Ginecólogos, que cedieron parte de su tiempo y que voluntariamente nos respondieron a cada una de las preguntas planteadas permitiendo concluir este trabajo.

A Karla, mi amiga y compañera de tesis, por realizar juntas este trabajo, y a su familia por abrirme las puertas de su casa.

A mi familia, mi gran sostén.

Resumen

El presente Trabajo Final de Grado fue realizado como requisito para la obtención del título de Obstetra Partera. Pretende conocer y analizar el discurso de los docentes clínicos de la Escuela de Parteras y de las Clínicas Ginecotocológicas A y C del Centro Hospitalario Pereira Rossell, en cuanto al manejo clínico de la Rotura Prematura de Membranas en gestaciones de término, en el período de tiempo comprendido entre Noviembre del 2018 hasta Marzo del 2019.

Lo consideramos de importancia ya que la mayoría de las Roturas Prematuras de Membranas son en gestaciones de término y el parto se desencadenará en las siguientes 24 a 48 horas (60%-95%), de manera espontánea, incluso con un cuello uterino en condiciones desfavorables.

La realización del Trabajo fue mediante entrevistas a dichos docentes, los que previamente firmaron un consentimiento informado, quedando explícito el anonimato de las entrevistas, y dando permiso para que las mismas fueran grabadas y transcriptas.

Se realizó el análisis de los discursos de las docentes Obstetras Parteras y de los docentes Ginecólogos, concluyendo que no hay desde la institución un protocolo del manejo de la Rotura Prematura de Membranas en gestaciones de término, y por lo tanto, el manejo en la maternidad no es unificado.

Palabras claves: Rotura Prematura de Membranas, Gestaciones de término, manejo clínico.

Abstract

This Degree Final Project was carried out as a requirement for obtaining the title of Midwife Obstetrician. It intends to know and analyze the discourse of the clinical teachers of the School of Midwives and the Clinics Ginecotocológicas A and C of the Centro Hospitalario Pereira Rossell, regarding the clinical management of the Premature Rupture of Membranes in term gestations, in the period of time between November 2018 until March 2019.

We consider it of importance since most of the Premature Rupture of Membranes are in term gestations and the delivery will be triggered in the next 24 to 48 hours (60%-95%), spontaneously, even with a cervix in unfavorable conditions.

The project was carried out through interviews with these teachers, who previously signed an informed consent, making explicit the anonymity of the interviews, and giving permission for the interviews to be recorded and transcribed.

The analysis of the discourses of obstetric teachers and gynecologists was carried out, concluding that the institution does not have a protocol of the management of the Premature Rupture of Membranes in term gestations, and therefore, maternity management is not unified.

Keywords: Premature Rupture of Membranes, term gestations, clinical management.

Introducción

En este Trabajo se busca analizar las diferentes conductas terapéuticas empleadas en el manejo de la Rotura Prematura de Membranas (RPM) desde una visión médica y obstétrica. En el marco de la formación de grado de Obstetras Parteras, se realiza la práctica en diferentes instituciones en las cuales se abordan diferentes conductas. Por dicho motivo se pretenden analizar los diferentes fundamentos de la misma a partir de entrevistas a informantes calificados.

La RPM se define según la Clinic Barcelona (2016) como la rotura de las membranas ovulares antes del trabajo de parto, con la consiguiente salida de líquido amniótico a través de los genitales. La mayoría de las RPM son en gestaciones de término y el parto se desencadenará en las siguientes 24 a 48 horas (60%-95%), de manera espontánea, incluso con un cuello uterino en condiciones desfavorables.

Según la Federación Latino Americana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (2011) la RPM en embarazos de término ocurre en 8-10% de los mismos.

Dentro de la práctica profesional como Obstetras Parteras, sobre todo en el ámbito hospitalario, tratamos diariamente con mujeres que consultan por presunta hidrorrea. A punto de partida de ello, se hace imprescindible el diagnóstico una RPM descartando sus diagnósticos diferenciales. A su vez, es fundamental el manejo terapéutico, para dar una correcta atención a las mujeres que cursan esta problemática. Cabe destacar que esta es una patología que presenta diferentes enfoques en el manejo clínico, en los distintos servicios y según los profesionales, como comprobamos dentro de la

práctica preprofesional tanto en el Centro Hospitalario Pereira Rossell como en el Hospital de Clínicas, y también en los hospitales del interior del país.

Por tal motivo creemos que es una temática de interés para la práctica profesional, el conocer los distintos manejos en la maternidad referencia de nuestro país, según sus enfoques y argumentos de los mismos, para así conocer cuáles son las diferencias y similitudes.

Objetivo general

- Conocer y analizar el discurso de los docentes clínicos de la Escuela de Parteras y de las Clínicas Ginecotocológicas A y C del Centro Hospitalario Pereira Rossell, referido al manejo clínico de la Rotura Prematura de Membranas en gestaciones de término, en el período de Noviembre 2018 a Marzo 2019.

Objetivos específicos

- Analizar el discurso de las docentes de la Clínica Obstétrica de la Escuela de Parteras, sobre el manejo clínico de la Rotura Prematura de Membranas en gestaciones de término, en el Centro Hospitalario Pereira Rossell.

- Analizar lo expresado por los docentes de las Clínicas Ginecotocológicas A y C del Centro Hospitalario Pereira Rossell referente al manejo clínico de la Rotura Prematura de Membranas en gestaciones de término en dicha institución.

Metodología

El enfoque metodológico de este trabajo, toma una perspectiva cualitativa, donde el sujeto es el constructor de respuestas y fuente de conocimientos (Vasilachis, 2006)

A su vez, Orti (1992), propone que en el paradigma cualitativo el investigador se acerca al problema de investigación para su comprensión, donde interesa estudiar a los sujetos en su ambiente natural, utilizando técnicas que permiten acercarse a la realidad de los mismos.

En el presente Trabajo se analiza el manejo de la Rotura Prematura de Membranas en gestaciones de término en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), mediante entrevistas a informantes calificados que consideramos aportan la información necesaria para poder construir el mismo.

Dichas entrevistas son semiestructuradas, las cuales son de naturaleza abierta, con una guía de preguntas flexibles realizadas por las entrevistadoras, que a su vez este tipo de entrevista permite que las entrevistadoras agreguen alguna pregunta si lo creen pertinente para aclarar conceptos o información sobre los temas a trabajar. (Hernández, 2010) (ver en Apéndice).

La población objetivo de este Trabajo, al que se le realizan las entrevistas, son docentes de la Clínica Obstétrica de la Escuela de Parteras del área asistencial del CHPR, incluyendo docentes clínicas asistenciales grados 3 y 2. También a los docentes de las Clínicas Ginecotocológicas A y C, pertenecientes a Facultad de Medicina, con sus grados 5, 4, 3 y 2.

Para acceder a la realización de las mismas, se contactaron a las docentes Obstetras Parteras personalmente en la Escuela de Parteras, con previa autorización de la coordinadora del curso clínico.

Para contactar a los docentes Ginecólogos, se concurrió a la secretaría de cada Clínica Ginecotocológica, donde fue recomendado enviar un mail a cada docente solicitando la entrevista. Para ello fue entregado desde las dos Clínicas Ginecotocológicas una lista con los datos de todos los docentes pertenecientes a cada una de ellas. Para la comunicación se envió un mail explicando de este trabajo y solicitando un encuentro para efectuar la entrevista. Las mismas se realizaron a todos los docentes que contestaron y accedieron a estas.

Consideraciones éticas:

Se considera que el trabajo presentado contempla los principios éticos al no atentar contra la autonomía de los entrevistados, se centra en el respeto de los derechos de los mismos, habiéndose cumplido con todo lo propuesto en la información brindada

Los entrevistados en este trabajo han aceptado participar voluntariamente del mismo, mediante un consentimiento informado, garantizándoles la protección de su identidad y de los datos proporcionados en la entrevista, ya que en el consentimiento informado se aseguró el anonimato. Además han aceptado que la entrevista fuera grabada y transcripta. También se garantizó el cuidado en el manejo de la información brindada.

Para ello se ha elaborado un consentimiento informado (ver en Apéndice), donde se explica con detalle los motivos de este trabajo, así como los objetivos y el destino final de los datos recabados a partir de las entrevistas realizadas.

El mismo, fue presentado a los docentes participantes previo al comienzo de las entrevistas, siendo aceptado y firmado por ellos y por las entrevistadoras, responsables de este trabajo.

Marco teórico

Definición:

La Rotura Prematura de Membranas (RPM) se define como la rotura de las membranas ovulares (amnios y corion) antes del comienzo del trabajo de parto, independientemente del momento de la gestación. Es vital definir lo que se conoce como período de latencia, entendiendo por tal al tiempo transcurrido entre el momento de la rotura y el comienzo del trabajo de parto. Cuando este período supera las 24 horas se define a la rotura como prolongada (Audra, Pasquier, 2002).

Según González Merlo et al. (2013) dependiendo de las semanas de gestación en la que se produce la rotura la podemos dividir en:

- RPM pretérmino (antes de las 37 semanas de gestación).
- RPM a término (a partir de las 37 semanas de gestación).

En el protocolo de la Clinic Barcelona (2016), a esta clasificación le suma el límite de pre-viabilidad, cuando la RPM se produce antes de las 24 semanas de edad gestacional.

Este trabajo será centrado únicamente en el manejo clínico de la RPM en gestaciones de término.

Incidencia:

González Merlo et al. (2013) revela que esta patología tiene una incidencia entre 6,2 y 24,4%, siendo más frecuente en las gestantes de término. En tanto Audra, Pasquier (2002) nos proporcionan que en los embarazo de término la RPM oscila entre el 5 y 11 %.

Composición de las membranas:

Schwarcz et al. (2005) explica que las membranas amnióticas están constituidas por la aposición del amnios y el corion. El amnios es una estructura avascular y es el tejido que provee la mayor resistencia a la tensión de la bolsa. Está compuesto por cinco capas, desde dentro hacia afuera se describe una capa epitelial, una membrana basal, una capa compacta acelular, una capa de células mesenquimáticas y finalmente una zona esponjosa, relativamente acelular que está en contacto con el corion.

Según Bajo Arenas et al. (2007), el epitelio amniótico está formado por una sola capa de células cúbicas. En su composición tiene interconexiones que crean una barrera frente a las células proinflamatorias. Además, está constituida por fibras de colágeno tipo I, III, IV y V, siendo las tipo III el principal componente que contribuye a la elasticidad del amnios.

En cuanto al corion, Pasquier et al. (2002) dice que este está constituido por células trofoblásticas. Está vascularizado y aporta nutrientes al amnios por difusión.

Fisiopatología:

No se conoce con exactitud el mecanismo por el cual se produce la rotura de las membranas. Existen teorías que se basan en la aparición de un desequilibrio en los componentes de las membranas. Se ha demostrado un aumento de la colagenasa en el líquido amniótico de gestantes a término, mientras que se encuentra disminuido su inhibidor, que es una metaloproteasa, por lo que el disbalance en estas enzimas provocaría la rotura (Bajo Arenas et al., 2007)

González Merlo et al. (2013) afirma que cualquier defecto nutricional que interfiera en la síntesis de colágeno, o cualquier enfermedad que afecte al mismo, puede dar lugar a una debilidad en las membranas, y así, un mayor riesgo de rotura.

Schwarcz et al. (2005) describe como el lugar más frecuente de rotura de las membranas, a la zona que se relaciona directamente con el orificio cervical interno, nombrando a las mismas como “membranas cervicales o dependientes”. A diferencia de las membranas que están adosadas a la decidua y tienen apoyo en la pared uterina, las cervicales se encuentran en contacto con el moco cervical. Estas membranas están menos nutridas que el resto. Debido a la ausencia de la pared uterina, en esta zona es donde las membranas sufren una mayor tensión y estiramiento. Por estas características es que se define a esta zona como el punto crítico.

Entre las causas conocidas de la RPM, la más frecuente son las infecciones. Esto se debe a proteasas bacterianas, que reducen la resistencia de las membranas ovulares. López-Osma, Ordóñez-Sánchez (2006) describen que la principal vía de acceso de los microorganismos a las membranas amnióticas es a través de la vagina o del cérvix, pero en ocasiones puede ser por vía

hematógena a través de la placenta, mediante la migración de la cavidad abdominal a la trompa de Falopio o contaminación accidental por maniobras invasivas.

Bajo Arenas et al. (2007) manifiesta que:

> La invasión bacteriana del espacio coriodecidual estimula la decidua y las membranas fetales a producir citoquinas (incluyendo TNF, IL-1, IL-6, IL-8 y GCSF). En respuesta a estas citoquinas inflamatorias se sintetizan y liberan prostaglandinas, lo que aumenta la quimiotaxis, infiltración y activación de neutrófilos.

Las prostaglandinas estimulan la existencia de contracciones uterinas, produciendo una sobredistensión de las membranas, pudiendo ser las causantes de la RPM, como especifica Pasquier et al. (2002).

González Merlo et al. (2013) plantea que otra causa de la RPM puede ser ocasionada por el aumento de la presión intrauterina, pudiendo estar dada por malformaciones fetales, que pueden estar asociadas a polihidramnios, tumoraciones fetales y embarazo gemelar. Influyen también las malformaciones uterinas que dificultan el crecimiento de la gestación, así como la insuficiencia cervical, que provoca un incremento en la presión de las membranas a nivel del cérvix.

La RPM puede estar ocasionada por cualquier traumatismo en el útero grávido, estos pueden estar asociados a maniobras médicas de utilidad diagnóstica o terapéutica, ya sea la amniocentesis o la amnioscopia, o la fetoscopía u otras maniobras invasivas para tratamiento de patologías fetales intraútero.

Factores de riesgo:

Según FLASOG (2011) se identifican como factores de riesgo asociados a la rotura prematura de membranas: bajo nivel socio-económico, bajo índice de masa corporal, tabaquismo, enfermedades de transmisión sexual, antecedentes de parto pretérmino, amenaza de parto pretérmino en la actual gestación, conización cervical por tratamientos al cuello del útero, cerclaje del cuello del útero, polihidramnios, embarazo múltiple, enfermedades pulmonares en el actual embarazo, y recientemente se ha demostrado que la suplementación con vitamina C Y E es un factor de riesgo.

Además de los descritos, González Merlo et al. (2013) suman otros factores de riesgo como ser: anemia materna durante la presente gestación, metrorragias, la raza negra, la edad materna avanzada, la pielonefritis crónica y los tactos vaginales repetidos.

Sin embargo, estos autores concluyen que se pueden producir RPM en la que no se logren identificar factores de riesgos asociados.

Diagnóstico.

En la mayoría de los casos el diagnóstico de la RPM es basado en la anamnesis y en la clínica.

Schwarcz et al. (2005) propone que generalmente la embarazada consulta refiriendo una pérdida de líquido por los genitales. Por lo tanto, es importante realizar un interrogatorio dirigido a establecer, con la mayor precisión posible, la fecha y hora del comienzo de la pérdida, el color y la cantidad.

Luego de la anamnesis, por más claro que sea el relato de la gestante, según González Merlo et al. (2013), se debe comprobar la pérdida del líquido amniótico realizando una exploración física de los genitales externos. De no visualizar la salida del mismo a través de la vagina, se deberá realizar la exploración de los genitales internos mediante la técnica de especuloscopía, que evidencia la presencia de líquido amniótico en el fondo de saco vaginal posterior, y para comprobar la salida de líquido amniótico a través del orificio cervical externo, de forma espontánea o mediante la Maniobra de Valsalva (haciendo realizar a la gestante un esfuerzo). Si con las acciones anteriores no se logra evidenciar la pérdida de líquido amniótico, mediante un tacto vaginal se elevará la presentación fetal para lograr la salida de este.

Según la Clinic Barcelona (2016), el diagnóstico clínico se logra en 80 a 90% de los casos, de no objetivarse hidrorrea franca, será necesario realizar pruebas complementarias.

- Cambios en el pH vaginal: el valor normal del pH vaginal de la embarazada varía entre 4.5 a 5.5, en cambio el del líquido amniótico oscila entre 7 y 7.5, por lo tanto, cuando se produce la salida de líquido amniótico el pH vaginal se vuelve más alcalino (pH > 6.5). Dicho cambio se detecta mediante la introducción de una tira reactiva en el fondo de saco vaginal, la cual cambiará de color de acuerdo al valor del pH vaginal (González Merlo et al., 2013). El proSEGO (2012) dice que a esta prueba se le asocian falsos positivos cuando la muestra se contamina con semen, orina, sangre y vaginosis bacteriana, y falsos negativos por candidiasis o ante pérdidas mínimas de líquido aminótico.
- Ecografía: Se puede obtener un diagnóstico de sospecha de RPM si se observa que el líquido amniótico está reducido en una ecografía. Se debe tener en cuenta que en las gestaciones de término se produce una disminución fisiológica de la cantidad de líquido amniótico, lo que convierte a la ecografía en un estudio de baja sensibilidad y especificidad (proSEGO, 2012).

- Pruebas bioquímicas: según la Clinic Barcelona (2016) las mismas son test no invasivos que detectan diversas proteínas de origen fetal o decidual que se presentan en la vagina únicamente frente a casos de RPM, dichas pruebas presentan una alta sensibilidad y especificidad por lo que su uso puede ser indistinto. Siendo las mismas:

A. ¨Insulin-like growth factor binding protein - 1 (IGFBP-1), esta es una proteína que se sintetiza en el hígado fetal en la decidua, por lo que se encuentra en grandes concentraciones en el líquido amniótico, no así en la sangre materna. Este test presenta una gran sensibilidad variando desde el 74 al 100%, y una gran especificidad entre el 77-98%¨.

B. ¨Placental alpha microglobulin-1 (PAMG-1), es una proteína que se sintetiza en la decidua. La concentración en el líquido amniótico es de 100-1000 veces superior a la que se presenta en sangre materna. La PAMG-1 presenta una sensibilidad cercana al 99% y una especificidad entre el 88-100%¨.

- Imagen de arborización del líquido amniótico: se basa en la propiedad que tiene el líquido amniótico de cristalizar creando un patrón de forma similar a la de las hojas de helecho. Para la realización de esta prueba se toma una muestra de flujo vaginal, se deja secar en un portaobjetos y se mira al microscopio óptico. Esta prueba presenta mayor sensibilidad que la del pH, pero también se puede alterar si hay sangre en la vagina. (González Merlo et al., 2013).

Existen otras pruebas (estudio citológico, prueba de fluorescína) que según Audra, Pasquier (2002), no se practican en la actualidad y tienen bajo valor diagnóstico.

Schwarcz et al. (2005) plantea diagnósticos diferenciales con:

- Emisión involuntaria de orina.
- Flujo vaginal abundante.
- Rotura alta de las membranas.
- Saco ovular doble.

Complicaciones:

Las complicaciones ocasionadas por la RPM se pueden agrupar en aquellas de afección feto-neonatal y ovular, y por otra parte las complicaciones maternas.

Dentro de las complicaciones feto-neonatales y ovulares se pueden encontrar:

- Prematuridad: se considera parto prematuro a aquel que se ha producido hasta las 36 + 6 semanas tras el inicio de la última menstruación. Se asocia a la prematuridad con la dificultad a la adaptación a la vida extrauterina en consecuencia a la inmadurez de los sistemas orgánicos de estos neonatos. Presentan complicaciones dentro de las que se destaca el síndrome de dificultad respiratoria, complicaciones neurológicas, cardiovasculares, gastrointestinales, renales, metabólicas, inmunológicas, entre otras. (Cloherty et al., 2012)
- Hipoplasia pulmonar: es definida por Cloherty et al. (2012) como la anomalía del desarrollo pulmonar en la que se produce un desarrollo deficiente o incompleto del mismo.
- Riesgo de pérdida de bienestar fetal: Serra, Mallafré (2014) refieren que la pérdida de bienestar fetal puede darse secundaria a una infección o a accidentes agudos por compresión del cordón umbilical ante la presencia importante de oligoamnios severo.
- Infección fetal y neonatal: Según Schwarcz et al. (2005) el riesgo de infección fetal y del recién nacido, está aumentado a expensas de la duración del período de latencia, aumentando las cifras entre el 5 y el

25% una vez pasadas las 24 horas de la rotura de membranas, tanto en una gestación a término como en una pretérmino.

- Prolapso de cordón: definida por Bajo Arenas et al. (2007) como la caída del cordón umbilical por delante de la presentación fetal con membranas rotas. Según González Merlo et al. (2013) su frecuencia se ve incrementada cuando se produce en RPM de pretérmino y la presentación no está encajada en la pelvis y/o la misma no es cefálica.
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta: González Merlo et al (2013) dice que el riesgo se incrementa cuando se mantiene una conducta expectante y la RPM se asocia a episodios hemorrágicos.
- Morbimortalidad perinatal: Según González Merlo et al. (2013), la misma se ve incrementada, asociada fundamentalmente a la prematuridad.

Complicaciones maternas:

- Infección: Bajo Arenas et al. (2007) definen a la infección de la cavidad uterina como la inflamación aguda de las membranas placentarias (amnios y corion) en general de origen infeccioso, y que se acompaña de infección del contenido amniótico (feto, cordón y líquido amniótico).

  González Merlo et al. (2013) afirma que la frecuencia del desarrollo de infección está condicionada por el tiempo de latencia, cuanto mayor es éste, mayor es el riesgo de infección, también afirma que las infecciones suelen manifestarse en el posparto en forma de endometritis, aunque el uso de antibióticos ha disminuido significativamente su incidencia y repercusión.

  Audra, Pasquier (2002) manifiestan que la vía más común de contaminación para el desarrollo de infección intracavitaria es la ascendente, los gérmenes que con más frecuencia se asocian al desarrollo de esta son los encontrados en la flora vaginal: estreptococo del grupo B, micoplasma, Gardnerella, Ureoplasma urealiticum, Escherichia Coli, Enterococo, Bacteroides fragillis.

Según ProSEGO (2012) para el diagnóstico se describen diferentes signos inespecíficos, a nivel general el diagnóstico se realiza ante la presencia de fiebre materna asociada a dos o más de los siguientes signos:

- Temperatura materna superior a 37.8°C
- Taquicardia materna superior a los 100 latidos/minuto
- Taquicardia fetal superior a 160 latidos/minuto
- Dolores uterinos / irritabilidad uterina
- Líquido amniótico fétido
- Leucocitosis (incremento del valor de leucocitos en sangre mayor a 15.000)
- Aumento de la Proteína C Reactiva (PCR)

- Incremento del número de cesáreas: González Merlo et al. (2013) manifiesta que como consecuencia de las diversas complicaciones fetales que puede acarrear la RPM, el incremento de finalización del embarazo mediante cesárea alcanza valores cercanos al 40%.
- Morbimortalidad materna: Según Schwarcz et al. (2005) el primer determinante de morbimortalidad materna es la corioamnionitis, en tanto para González Merlo et al. (2013) los principales elementos que incrementan la morbimortalidad son la infección y el aumento de cesáreas con las complicaciones que ella conlleva. Además, se ve aumentado el riesgo de que el próximo parto finalice en una cesárea.

Conducta:

La conducta a seguir ante la Rotura Prematura de Membranas se diferencia dependiendo de la edad gestacional al momento de la rotura, del período de latencia de la misma y del estado de serológico materno de portar Estreptococo del Grupo B o no.

Este Trabajo se centra en la conducta de la RPM en gestaciones de término y sin patologías asociadas. Se aborda la misma haciendo referencia a distinta bibliografía con sustento científico.

- La Clinic de Barcelona (2016) recomienda que, para el tratamiento de la rotura prematura de membranas, se estime el tiempo de latencia, con un punto de quiebre una evolución de 24 horas.

  En embarazos de término con período de latencia menor a las 24 horas y con estado serológico de EGB positivo, la Clinic Barcelona (2016) recomienda comenzar con antibióticos de forma inmediata tras la constatación de la RPM. Se recomienda de primera elección Penicilina 5.000.000 UI I/V continuando la administración con Penicilina 2.500.000 UI I/V cada 4 horas hasta el parto. Como segunda opción se indica Ampicilina 2g I/V continuando con Ampicilina 1g I/V cada 4 horas hasta el parto. En casos de alergia a los antibióticos recomendados de primera o segunda opción, se plantea la administración de Clindamicina 900mg I/V cada 8 horas, hasta el parto.

  Por contraparte, en los casos que sea EGB negativo, no se comenzará con profilaxis antibiótica de forma electiva. Se recomienda comenzar dicho tratamiento en casos de elección de finalización activa de la gestación.

  En embarazos de término con un período de latencia mayor a las 24 horas, se comenzará profilaxis antibiótica de forma inmediata, indistintamente sea el estado serológico de EGB. En dicho caso recomienda realizar la antibioticoterapia con Amoxi-Clavulánico 1 g I/V cada 6 horas. En casos de alergias recomienda Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas o Vancomicina 1 g IV cada 12 horas en caso de ser

resistente a la Clindamicina o desconocer el antibiograma. En cuanto a la finalización del embarazo, se iniciará la misma dependiendo de las condiciones cervicales con que se presente al ingreso.

- FLASOG (2011) recomienda la finalización activa de la gestación en pro de disminuir las complicaciones maternas y fetales asociadas a la RPM, argumentando que con el manejo expectante en gestaciones de término el beneficio es limitado, ya que hay poco para ganar en maduración fetal. Sugiere a la vez comenzar con profilaxis antibiótica en las embarazadas que tengan un cultivo positivo para el EGB, o que no tengan el cultivo realizado. Las recomendaciones terapéuticas son las siguientes:

  * Penicilina 5.000.000 U I/V en carga seguidas de Penicilina 2.500.000 U I/V cada 4 horas.

  * Ampicilina 2 gr I/V en carga seguido de Ampicilina 1 gr I/V cada 4 horas.

  * Eritromicina 500 mg I/V cada 6 horas.

  * Clindamicina 900 mg I/V cada 8 horas (en caso de alergia a las penicilinas).

  * Cefazolina 2 gr I/V como dosis carga, seguida de Cefazolina 1 gr I/V cada 8 horas (recomendada en los casos que no se establezca una alergia clara a las penicilinas o en aquellos en que la reacción a las mismas sea menor).

  En cuanto a la inducción del trabajo de parto, recomienda el uso de Oxitocina, relacionándola con un menor período de tiempo entre la RPM y el parto. Esto lo asocia a la disminución de la frecuencia de corioamnionitis, a la morbilidad febril postparto y a la disminución del

tratamiento antibiótico neonatal, sin aumentar los nacimientos por cesárea o la infección.

Como herramientas para control del bienestar fetal anteparto sugiere la utilización del monitoreo fetal o prueba de no stress y el perfil biofísico, las mismas son utilizadas por su valor predictivo de resultados adversos.

- ProSEGO (2012) propone evaluar las condiciones obstétricas y si la gestante es portadora o no de EGB, para definir una conducta enfocada a la indicación de antibióticos y al momento óptimo de la finalización del embarazo.

  La antibioticoterapia se plantea de forma clara ante la presencia de EGB positivo, estando en discusión el uso profiláctico. Afirma que si bien es habitual el uso profiláctico de antibióticos en la práctica clínica, no hay evidencia suficiente para poder establecer recomendación o no su uso en las RPM en gestaciones de término.

  En cuanto a la inducción del parto, tiene en cuenta diversos estudios que han demostrado en general el beneficio de la maduración cervical o inducción del parto (dependiendo del test de Bishop), frente a la conducta expectante, con una disminución de la corioamnionitis, de la fiebre puerperal y de la necesidad de antibióticos en el neonato, sin aumentar la tasa de cesáreas. Estos estudios hacen referencia a mantener una conducta expectante durante las primeras 24 horas desde iniciada la RPM ya que el 70% de las gestantes inician espontáneamente el trabajo de parto en este lapso de tiempo; luego del este período se comenzaría con la maduración/inducción del mismo, según las condiciones cervicales, con prostaglandinas u oxitocina.

- González Merlo et al. (2013) afirma que la conducta ante una RPM en un embarazo a término es la finalización del mismo debido a que la RPM incrementará el riesgo de infección materna y fetal, por el ascenso de gérmenes a la cavidad amniótica. Señala como límite crítico del período de latencia las 24 horas, por el importante aumento del riesgo de infección luego de transcurridas las mismas.

  Recomienda la internación de la embarazada, monitorizar la frecuencia cardíaca del feto y controlar la dinámica uterina. A las 12 horas de la rotura, si el trabajo de parto no ha iniciado espontáneamente, sugiere inducir el mismo para disminuir el riesgo de infección. Si la gestante tiene condiciones cervicales favorables (índice de Bishop igual o mayor a 5) la estimulación del trabajo de parto será con oxitocina. Mientras si se trata de una gestante con un cuello uterino en condiciones desfavorables (índice de Bishop menor a 5) plantea en base a resultados de estudios la maduración cervical con prostaglandinas vaginales, seguida de estimulación con oxitocina, ya que los mismos, en las mujeres que se adoptó una conducta expectante, se ha encontrado un aumento en el intervalo de tiempo entre que se produjo la RPM y el parto, de la estancia hospitalaria, y un incremento en el riesgo de endometritis.

  En cuanto a la administración de antibióticos en gestantes con RPM a término, cuando el parto no se produce luego de las 12 a 24 horas de la rotura, reconoce una controversia entre autores. Algunos autores promueven la conducta expectante, sin administrar antibióticos a no ser que haya evidencia de una infección amniótica. Sin embargo, cree más prudente la postura de los otros autores que recomiendan iniciar la antibioticoterapia luego de las 12 horas de producida la rotura, argumentando que existe un riesgo del 2-3% de sepsis neonatal en

embarazos con RPM a término. Para la realización de la profilaxis en estas gestantes, los antibióticos más utilizados son la ampicilina, la gentamicina y la asociación de la amoxicilina-ácido clavulánico.

- Serra, Mallafré (2014) dividen a las gestantes con RPM a término en dos grupos, según su condición para el parto. Esta puede ser favorable o desfavorable según índice de Bishop.

  Para el grupo de las embarazadas con un Bishop favorable y con dinámica uterina instaurada, recomienda para las roturas de menos de 12 horas, dejar que evolucionen y administrar profilaxis antibiótica para EGB si es necesario. Para las roturas que superen las 12 horas recomienda iniciar el tratamiento antibiótico independientemente del resultado del EGB y dejar evolucionar.

  Para el grupo de las gestantes con un índice de Bishop desfavorable y/o ausencia de dinámica uterina, si la rotura supera las 12 horas, recomienda la administración de prostaglandinas y luego oxitocina. En caso de que el índice de Bishop sea favorable pero no haya dinámica uterina, se recomienda únicamente administrar oxitocina. También sugiere iniciar el tratamiento antibiótico independientemente del resultado del EGB. En cuanto a las pacientes que tengan una rotura menor de 12 horas, sin dinámica uterina y el índice de Bishop desfavorable, recomienda mantener una conducta expectante por 6 horas. Si la dinámica uterina no comienza espontáneamente y el Bishop es desfavorable, se sugiere administrar prostaglandinas y luego oxitocina. Cuando se cumplan las 12 horas de sucedida la rotura hay que iniciar la profilaxis antibiótica.

- Audra, Pasquier (2002) por su parte manifiestan que en aproximadamente el 20% de los embarazos, la rotura de las membranas se da antes del comienzo del trabajo de parto, pero que en la mitad de los casos, el mismo comenzará espontáneamente en las siguientes 4 horas. De ser así, sugiere la conducta habitual de un trabajo de parto con un control más exhaustivo. Verificar la dilatación del cuello y la presentación mediante un tacto vaginal. Descartar un prolapso de cordón, a pesar de su baja frecuencia. Advierte como indispensable la monitorización fetal externa y recomienda controlar la temperatura materna.

  En el caso de presentarse signos de corioamnionitis o afectación fetal, refiere que la mayoría de los autores contraindica esperar que se desencadene espontáneamente el trabajo de parto. Dependiendo de las condiciones obstétricas, se debe inducir el trabajo de parto o realizarse una cesárea.

  Para la inducción del trabajo de parto recomienda en base a diversos estudios la oxitocina intravenosa cuando las condiciones del cuello uterino son favorables. Pero cuando las condiciones son desfavorables, sugiere las prostaglandinas por vía vaginal.

  En base a dichos estudios, Audra, Pasquier (2002) concluyen que de no haber signos de infección o riesgo fetal se puede mantener una conducta expectante con estrecha vigilancia en un lapso de 12 a 24 horas esperando el desencadenamiento espontáneo del trabajo de parto. Pero no está en desacuerdo con la inducción del trabajo de parto desde el ingreso de la paciente para disminuir el riesgo de infección maternofetal.

En cuanto a la antibioticoterapia, a todas las gestantes colonizadas por EGB, está indicada la misma desde el ingreso, y se aconseja la inducción del trabajo de parto desde el ingreso también. En caso de que el cultivo sea negativo o no se cuente con el mismo, si el parto no parece inminente, puede plantearse igualmente la antibioticoterapia.

- El consenso FASGO (2018) recomienda inducir el trabajo de parto antes de las 12 horas de producida la rotura de las membranas. Argumenta que en comparación con la conducta expectante, la interrupción de la gestación disminuye el riesgo de corioamnionitis y endometritis puerperal. También disminuye el ingreso del recién nacido a la Unidad de Cuidados Intensivos, y se acompaña de una reducción no significativa de la mortalidad perinatal, sin incrementar la tasa de cesáreas.

  En el caso que la paciente opte por una conducta expectante, esto debe ser documentado en la historia clínica, se deben realizar controles clínicos de laboratorio y monitoreo fetal diario, también se recomienda evitar el tacto vaginal para disminuir el riesgo de infección por vía ascendente. Esta conducta no debe superar las 24-36 horas, y la paciente debe permanecer internada.

  Sugiere que se debe inducir el parto si las condiciones obstétricas lo permiten.

  Afirma que, para el uso de antibióticos de amplio espectro profilácticos para la RPM a término, no hay evidencia que apoye beneficio materno ni perinatal.

En caso de que la gestante no cuente con el resultado de la búsqueda de EGB, o su resultado sea positivo, se recomienda realizar la profilaxis antibiótica con:

- Penicilina I/V 5.000.000 UI dosis inicial, seguido de 2.500.000 UI I/V cada 4 horas hasta el parto.
- Ampicilina I/V 2 gramos dosis inicial, seguida de 1 gramo I/V cada 4 horas hasta el parto.
- En caso de alergia a la penicilina, administrar Clindamicina I/V 900 mg cada 8 horas hasta el parto.

- The American College of Obstetricians and Gynecologists (2016) (ACOG) recomienda en base a estudios la inducción del trabajo de parto tras comprobarse que se acorta el tiempo de latencia, por lo tanto, hay una disminución de la tasa de corioamnionitis, endometritis e ingresos a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, sin verse aumentada la tasa de cesáreas o parto vaginal quirúrgico.

  En relación a la inducción del trabajo de parto, se demostró que tanto las prostaglandinas como la oxitocina son igualmente efectivas, así mismo se relaciona a las prostaglandinas con un aumento de incidencia de corioamnionitis. En el mismo apartado se hace referencia a la insuficiente evidencia para establecer la recomendación de la utilización de los métodos mecánicos de maduración cervical, tal como el globo de Foley, cuando se diagnostica una RPM en relación al riesgo de infección intracavitaria.

  La ACOG propone que la gestante se beneficia de una conducta enfocada a la inducción del trabajo de parto en comparación con el manejo expectante, por lo que se sugiere que a las embarazadas con RPM de término, si el trabajo de parto no se desencadena de forma espontánea cerca del momento de la rotura, debe ser inducido,

preferentemente con oxitocina. Sin embargo, la conducta expectante puede ser aceptada si la paciente así lo desea, siempre y cuando las condiciones materno-fetales lo permitan y la paciente sea adecuadamente asesorada en lo que refiere a los riesgos que el manejo expectante conlleva.

- A nivel nacional contamos con las Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Manual de Atención a la Embarazada en el Proceso de Embarazo Parto y Puerperio, Ministerio de Salud Pública (2014), en este manual se describe la conducta a seguir en los casos que la RPM se produce antes de las 34 semanas de edad gestacional. Por el contrario, no se incluyen en las mismas la conducta cuando la RPM ocurre al término de la gestación.

No contamos con otros estudios sobre este tema a nivel nacional.

Rol de la partera

La partera profesional:

La historia de las parteras es tan antigua como la misma civilización. En todas las épocas y culturas han existido personas que han ayudado a las mujeres en el parto, aminorando su dolor, acompañando el parto y ocupándose del recién nacido. (Fernández, 2011)

Con el tiempo se transformó en una profesión universitaria basada en evidencias científicas que fueron surgiendo con los años.

La Confederación Internacional de Matronas (ICM, 2017), aprobó en la reunión del Consejo Brisbane de 2005 la definición internacional de la partera, con dos posteriores revisiones y aprobaciones en el 2011 y 2017. Define a la Partera como:

Se reconoce a la Partera como profesional responsable que trabaja en asociación con mujeres para prestar el apoyo, la atención y el asesoramiento necesarios durante el embarazo, el trabajo de parto y el período posterior al parto, llevar a cabo los nacimientos bajo la propia responsabilidad de la partera y cuidar al recién nacido y al lactante. Esta atención incluye medidas preventivas, la promoción del parto normal, la detección de complicaciones en la madre y el niño, el acceso a la atención médica u otra asistencia adecuada y la aplicación de medidas de emergencia.

La Partera tiene un rol muy importante en el asesoramiento y educación en materia de salud, no sólo para la mujer, sino también dentro de la familia y la comunidad. Esta labor debe incluir la educación prenatal y la preparación para la maternidad-paternidad y puede abarcar la salud de la mujer, la salud sexual o reproductiva y el cuidado de los hijos.

Una Partera puede practicar en cualquier entorno, incluyendo el hogar, la comunidad, hospitales, clínicas o unidades de salud.

Perfil de la Obstetra-Partera según la UDELAR es el siguiente:

Debe ser capaz de proveer a las mujeres la supervisión, atención y orientación necesarias durante el embarazo, el parto, y el post parto, atender los partos por su propia responsabilidad y atender al recién nacido y al lactante. Esta atención incluye medidas preventivas, la detección de las condiciones anormales en la madre y el hijo, la prestación de asistencia médica y la adopción de medidas de urgencia a falta de la ayuda médica.

Cumple una tarea importante en la orientación y educación sanitarias, no solo de las mujeres, sino también de la comunidad. El trabajo debe incluir la educación prenatal y la educación para la maternidad-paternidad, la salud sexual y reproductiva y el cuidado de los hijos.

El ejercicio de la partería:

En Uruguay el ejercicio de la partera se encuentra reglamentado en el decreto Nº 445/007, publicado el 27 de noviembre de 2007, en el que se describe el alcance del ejercicio de Obstetra-Partera, así como obligaciones y limitaciones en lo referente al control en el período preconcepcional y embarazo, en la asistencia del parto y control del puerperio fisiológico. Habilita a la partera a realizar su trabajo tanto en instituciones públicas como privadas, asimismo ampara el ejercicio fuera de instituciones médicas en todo el territorio nacional.

Dentro de la práctica de la partería, se incluyen todas las actividades destinadas a la educación en salud, como prevención y promoción en la red de primer nivel de atención, dedicadas todas a lograr una atención integral a la mujer a lo largo de su vida. Dichas actividades se destinan también a la

atención de la familia y comunidad, de esta manera tiene un impacto en salud de la población.

La ICM resume como funciones que debe realizar la Obstetra Partera (Caja de herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional para las Américas, 2014):

- Educar y asesorar sobre salud sexual y dispensar métodos anticonceptivos
- Dar apoyo, cuidados y consejos durante el período de embarazo, parto y puerperio.
- Asistir partos de bajo riesgo
- Detectar complicaciones, brindar atención y referir en emergencia
- Atender al recién nacido y al lactante.

El ejercicio de la partera implica la construcción continua de conocimientos y la aplicación de los mismos enfocados en brindar una garantía de atención a la salud a la mujer, buscando el completo bienestar de la madre y el recién nacido.

Otorga las herramientas necesarias para el fortalecimiento del autoconocimiento de la mujer, expone la información para que cada mujer tenga la capacidad de intervenir en las decisiones que se toman sobre el cuidado de su salud. Se reconoce a la Partera históricamente por su relacionamiento con la mujer, por la empatía que logra con ella y su familia.

A su vez, se considera que la partera debe estar empoderada para poder empoderar a la embarazada y a su familia (Evolución de la Matronería en Chile, 2015). Asimismo, se cree que este empoderamiento se ve facilitado por lograr una estrecha conexión con la mujer a lo largo de su atención.

En base a lo anterior, consideramos que la partera, a través del vínculo que establece con la mujer y su entorno, es un pilar fundamental para transmitir la información necesaria sobre el desarrollo normal del embarazo, otorgando a la gestante las herramientas para la detección de cambios en el transcurso del mismo y motivando a la consulta oportuna en los centros de salud. Dentro de los motivos de consulta, se estimula a la gestante a concurrir a un centro hospitalario ante la pérdida de líquido a través de los genitales (signo de alarma que hace referencia al tema abordado en este Trabajo Final), explicando las características que puede presentar, así como la importancia del control por un profesional. Además, tanto en los controles de embarazo, como en las clases de preparación para la maternidad y paternidad, se puede hacer hincapié en los beneficios del parto vaginal, y se le brinda a la mujer y la familia toda la información para que posteriormente puedan llevar a cabo una toma de decisiones conscientes.

La atención por parte de la Obstetra Partera estará centrada en los diferentes tiempos de la vida reproductiva de la mujer, teniendo en cada etapa una orientación diferente. Por dicho motivo, el Ministerio de Salud elaboró una serie de guías para el cumplimiento unificado de seguimiento a la mujer.

En el Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio del Ministerio de Salud (2014), se diferencia la atención en la consulta preconcepcional y la atención durante el embarazo, con las actividades de prevención y promoción de salud y detección precoz de patologías.

Atención Preconcepcional:

Es una consulta enfocada a identificar factores de riesgo, mediante la realización de un interrogatorio y el examen físico general, que puedan

favorecer a la aparición de patologías en el embarazo, parto y/o puerperio. De este modo, se puede implementar acciones para su erradicación, previo a la gestación en los casos que sea posible, o identificar mujeres que necesiten cuidados adicionales.

Atención durante el embarazo:

La evaluación de la gestante sin patologías se lleva a cabo mediante controles obstétricos pautados, entendiendo como el profesional idóneo y más capacitado a la Obstetra Partera según las políticas del Ministerio de Salud de nuestro país y como se define en el reglamento del ejercicio de la obstetra partera. En los encuentros la Partera realiza actividades de educación a la embarazada brindando la información sobre las condiciones fisiológicas que ocurren durante el embarazo. Así como también controla tanto la evolución de la salud física como la emocional y social, planteando interconsultas y derivaciones correspondientes en casos de detectar condiciones patológicas.

El Ministerio de Salud recomienda la estimulación de la gestante a la realización de preparación para el parto, estando a cargo de las Obstetras Parteras, pudiendo también formar parte de ellos otros miembros del equipo de salud, cada uno aportando desde su rol. Esta es una instancia muy importante para la embarazada, ya que es un espacio donde la Partera (y demás participantes del equipo de salud) le podrán brindar información detallada sobre el proceso de embarazo, parto y puerperio, así como también sobre lactancia, cuidados del recién nacido, anticoncepción, etc. De esta forma, la embarazada tiene la posibilidad de conocer todo el proceso que está atravesando, conocer sus derechos, evacuar todas las dudas que le puedan ir surgiendo, y así estar mejor preparada para ser partícipe de la toma de decisiones en cuanto a su salud y la de su hijo.

Atención de la mujer durante el trabajo de parto y parto:

Como ya hemos visto, la Obstetra Partera es el profesional de la salud especializado y capacitado en su formación para la atención del parto vaginal de bajo riesgo. Es el personal idóneo para empatizar y brindar apoyo emocional a la mujer y su familia, dando toda la información de forma clara sobre su evolución, y haciéndolos partícipes de su proceso.

La Obstetra Partera es capaz de identificar oportunamente cualquier complicación que se pueda presentar, y hacer la derivación pertinente. De todas maneras, podrá seguir acompañando, asesorando y cuidando de dicha mujer y su familia.

Atención al puerperio:

La Obstetra Partera se encuentra en condiciones de hacer el seguimiento en todas las etapas del puerperio. Aquí es esencial la observación, para poder detectar cualquier signo de anormalidad en el transcurso del mismo. También es uno de los pilares de la atención de la obstetra partera el acompañamiento y cuidado constante en este período, tanto a la mujer y su recién nacido, como a toda la familia. Otra labor fundamental es el asesoramiento y el apoyo en la lactancia materna, para lograr su establecimiento definitivo.

Planificación familiar y cuidado de la salud de la mujer:

En cuanto a la planificación familiar la Obstetra Partera cuenta con la formación para realizar un asesoramiento completo sobre los distintos métodos anticonceptivos con los que se cuenta a nivel local, explicando sus ventajas y

desventajas, formas de uso, cómo es su control, duración, etc., para que de esta manera la mujer pueda hacer una elección autónoma e informada para el cuidado de su salud sexual y reproductiva, respetando la cultura y las creencias de cada mujer y su familia.

En nuestro país, se encuentra en vigencia la Ley N° 18.987 (2012) de Interrupción Voluntaria del Embarazo, la cual establece que toda mujer que esté frente a un embarazo no deseado tiene derecho a interrumpir el mismo antes de las 12 semanas de gestación. La Obstetra Partera debe informar sobre esta Ley a las mujeres que se encuentren en esta situación.

En lo que respecta al cuidado de la salud de la mujer, para la prevención y la temprana detección del cáncer de cuello de útero, la Obstetra Partera está habilitada para realizar la toma del Papanicolau (PAP) y analizar los resultados que se obtienen del mismo. También deben educar a las mujeres en cuanto al autoexamen de mamas para la prevención y la temprana detección del cáncer de mama. Además, solicitarán la realización de una mamografía en las mujeres mayores de 40 años.

El tema central de este Trabajo Final es la Rotura Prematura de Membranas, que como se mencionó anteriormente, se considera que la Obstetra Partera tiene un papel importante en cuanto a la detección de factores de riesgo, en informar y aconsejar sobre la importancia de este tema, y sobre cómo la mujer debería que actuar ante este. Así mismo la Obstetra Partera puede buscar alternativas para disminuir las intervenciones obstétricas y lograr que se dé un parto vaginal en las gestantes que transcurren una Rotura Prematura de Membranas, como ser aconsejar a la mujer deambular y adoptar diferentes posiciones, ya que esto beneficiará el descenso de la presentación y contribuirá en el desencadenamiento espontáneo del trabajo de parto.

Una vez instauradas las contracciones, puede aconsejar a la embarazada con métodos alternativos del manejo del dolor, como ser la utilización de duchas tibias, masajes, musicoterapia, aromaterapia, acupuntura, técnicas de relajación, esferodinamia, libre movimiento. Consideramos indispensable el apoyo de la Partera durante todo el trabajo de parto y parto para brindar a la mujer tranquilidad y ayudar en su relajación.

Con estas acciones se busca lograr un mayor confort y mejorar la experiencia de la mujer, además de una disminución de las intervenciones obstétricas e índice de cesárea.

Análisis e interpretación de los resultados

Se obtuvieron un total de 17 entrevistas, de las cuales 5 fueron realizadas a las docentes Obstetras Parteras y 12 fueron realizadas a los decentes Ginecólogos pertenecientes a las Clínicas Ginecotocológicas A y C.

Cabe destacar que para la muestra inicial planteada fueron enviados 42 correos electrónicos para solicitud de entrevistas a los docentes ginecólogos, de los que se obtuvieron respuesta de 21 de ellos. Sin embargo, se logró concretar el encuentro con 12 de ellos.

El análisis e interpretación de las respuestas será por una parte, de las docentes Obstetras Parteras, y por otra parte, de los docentes Ginecólogos. En ambos, interpretaremos pregunta a pregunta las respuestas obtenidas.

- **Análisis e interpretación de los resultados: docentes Obstetras Parteras.**

Pregunta 1:

¿Cómo se realiza el tratamiento de la RPM en el Centro Hospitalario Pereira Rossell?

"...Con ampicilina 1 gramo cada 6 horas I/V..."

Entrevista 1

"...nos guiamos por lo que dicen las Normas de Atención a la Embarazada del Ministerio de Salud Pública, se inicia el tratamiento antibiótico cumplidas las 6 horas, mientras tanto un período de espera fisiológico de aparición de las contracciones..."

Entrevista 2

"...el tratamiento por lo general siempre se hace igual a lo que recomiendan las guías, o sea una vez pasadas las 6 horas de rotura se inicia el tratamiento dependiendo en realidad de la edad gestacional después cómo se prosigue, en sí es después de las 6 horas..."

Entrevista 3

"...se realiza igual que en cualquier protocolo, cualquier guía, como la Guía del Ministerio..."

"...depende también si ya viene con contracciones, depende de la característica del líquido…"

Entrevista 4

"...creo que depende un poco de la guardia que toque, del equipo y la conformación del equipo, de quién tome contacto en primer lugar con la paciente, ¿no?…"

"...y después su seguimiento, creo que también eso influye…"

"...las parteras estamos como más supeditadas a que los médicos nos firmen tal o cual tratamiento antibiótico, tal propuesta terapéutica…"

"...dependiendo también de la composición según sea el de la Clínica A o de la Clínica C, también hay distintos manejos a veces…"

"...se toma una conducta activa siempre, me parece. Eso es importante, pero el tratamiento antibiótico varía..."

Entrevista 5

De las respuestas obtenidas a esta primera pregunta, se destaca que una sola de las entrevistadas aporta el tratamiento farmacológico de esta patología, aunque no especifica el momento del comienzo ni la prolongación del mismo. Una de las entrevistadas mencionó el momento del inicio de la antibioticoterapia sin especificar más de la misma.

La mayoría hace alusión a que el tratamiento se realiza según las Guías en Salud Sexual y Reproductiva: Manual para la Atención a la Mujer en el Proceso de Embarazo, Parto y Puerperio del Ministerio de Salud Pública (también llamadas Normas, Guías, Protocolo en el ámbito de la Escuela de Parteras), aunque como se vio en el marco teórico, éstas no tienen información concluyente sobre la conducta de la RPM en gestaciones de término.

Hay entrevistadas que hacen referencia al período de espera fisiológico para el desencadenamiento de las contracciones uterinas, y también se menciona que el tratamiento depende de la característica del líquido, pero no especifican sobre cuánto esperar para el comenzar la inducción del trabajo de parto, ni cómo se prosigue si las condiciones del líquido son anómalas.

Se identificó que en una de las respuestas se menciona que el tratamiento está ligado a cómo está compuesta la guardia, y que depende de quién tome contacto primeramente con la paciente, por lo tanto se entiende que hay una diferencia en el abordaje según quien la trate, y quien la siga acompañando en el proceso (si las parteras o los médicos). Esta misma entrevistada hace alusión a que hay distintos procedimientos según la Clínica Ginecotocológica a la que pertenezca el médico tratante. También hace referencia a que las parteras dependen de que los médicos firmen los tratamientos o la antibioticoterapia, y eso denota una clara limitación en su actuar ya que las parteras no están habilitadas para realizar dichas indicaciones.

Pregunta 2:

¿Se guían por algún protocolo de manejo?

"...se rigen por las guías..."

Entrevista 1

"...Sobre todo por lo que dicen las normas, porque bueno, eso fue hecho en consenso con las Clínicas y tiene que ver con lo que trae la evidencia..."

Entrevista 2

"...No, de las guías, nomás de las guías..."

Entrevista 3

"...no, no hay no. Por las guías mismo, por como dice el Ministerio..."

Entrevista 4

"...protocolo puntualmente hay del manejo de las guías que hizo la Clínica A, las guías de la asistencia dentro de la maternidad (…) que hay un protocolo por el meconial fluido, en cuanto al seguimiento, la valoración y la definición del momento, o sea, la oportunidad para finalizar el embarazo..."

"...después hay como pautas o normas a nivel ministerial que guían, pero no es un protocolo en sí..."

Entrevista 5

Se observa que todas las entrevistadas afirman que no hay ningún protocolo específico del manejo de la RPM en gestaciones de término. La mayoría hace alusión a las “Guías” del Ministerio de Salud, aunque como mencionamos previamente, estas no especifican nada sobre este tema en particular. Solo una de las parteras entrevistadas menciona la existencia de unas Guías de manejo, desde la Clínica A, pero no específicamente sobre este tema.

Pregunta 3:

¿Difiere el tratamiento según el equipo de trabajo?

"...no, yo trabajo (menciona los días de guardia) ***y es el mismo..."***

Entrevista 1

"...En los equipos en los cuales trabajo, no..."

Entrevista 2

"...creo que en realidad lo que difiere no es tanto según el equipo, sino quién sigue a la paciente..."

"... si nosotras seguimos a la paciente, como que vamos dictaminando si realmente la paciente requiere que se coloque oxitocina antes de las 6 horas o no y el tema antibiótico también..."

"...pero por lo general nos basamos en las guías..."

Entrevista 3

"...y si (...) si te pones a hablar con otras parteras te das cuenta que depende la guardia que esté, cómo es la conducta..."

Entrevista 4

"...La conducta es siempre activa, eso no varía, varían en el tratamiento antibiótico..."

Entrevista 5

Varias de las entrevistadas contestaron que en sus guardias no difiere la conducta según por quien esté compuesta la guardia, mientras que una de las entrevistadas manifiesta que cuando habla con sus colegas, se da cuenta que cada guardia tiene su manera de proceder.

Cabe recordar que el Centro Hospitalario Pereira Rossell es un hospital universitario, por lo que la guardia está compuesta además del ginecólogo grado 2 y las parteras de guardia por parte de ASSE, por residentes de ginecología (con sus respectivos escalafones Residentes 3, 2 y 1), en algunas guardias se encuentra una partera docente grado 2 de la Escuela de Parteras (las entrevistadas), las estudiantes de la Escuela de Parteras, una Interna de Parteras, y en algunos horarios también están los internos de medicina. Por este motivo es importante diferenciar que tanto los estudiantes internos de medicina como los residentes, están a cargo del ginecólogo grado 2 de la guardia. Mientas que la Interna Partera responde a las parteras ASSE y las estudiantes de la Escuela de Parteras están a cargo de la partera docente grado 2 de la Escuela de Parteras. A su vez, hay un ginecólogo grado 3 consultante de cada guardia.

Una de las Parteras entrevistadas comenta que su percepción, es que el tratamiento depende de quién siga a la paciente, por lo que interpretamos que hay una marcada diferencia entre el actuar de las parteras con el resto de la composición de la guardia. Como se mencionó en profundidad en el apartado del Rol de la Partera en este Trabajo, esta se caracteriza por tener un perfil enfocado a disminuir al mínimo las intervenciones obstétricas, respetando los tiempos fisiológicos del proceso en que se encuentre y buscando alternativas para lograr el desencadenamiento y evolución del trabajo de parto y parto.

Pregunta 4:

¿Cómo actúa según su perfil ante los diferentes planteos terapéuticos (si los hay)?

"...Yo me uno al equipo de trabajo donde estoy, nosotros tenemos ya pautado que las RPM cuando ingresa, a una hora que rompió, dos horas que rompió membranas se les pone el antibiótico..."

"...a las 6 horas valoramos el tema de la dinámica uterina para ver si le ponemos oxitocina o no..."

Entrevista 1

"...si hay diferencia en los planteos, yo cito lo que está establecido en las guías del Ministerio, si eventualmente difiere, que se justifique por qué. Podemos llegar a consensuar o no..."

Entrevista 2

"...en realidad yo me guio básicamente en las guías..."

"...a veces te pasa que las guardias de repente se empiezan a descocar, por la cantidad de… pero en mi trabajo, por lo menos personal, y sobre todo cuando estoy con estudiantes es: bueno, estas son las pacientes que yo sigo, si el resto se descoca, es como que ya pasa a ser otro problema. Y trato de que se mantenga eso, de lo que la paciente realmente requiere…"

"...en realidad mi perfil es mucho más como del lado del humanismo, cuanto menos hago… en realidad considero que cuanto menos intervención, mejor resultado tengo..."

"...también creo que te varía mucho en esto de cuando te empiezan como a conocer dentro de lo que es el Pereira. Capaz que, al principio, cuando recién entramos, como que te ibas guiando mucho más de lo que te iban diciendo, que se yo, manéjate así, así y así. Hasta que bueno, te empezas a hacer conocida, empezas como que bueno, si dentro de una hora esto no funciona, acato lo que vos me estás diciendo…"

Entrevista 3

"...mientras vos les comentas la paciente, ellos te pueden decir: bueno, hace esto, esto y esto, y vos como partera podes manejarte diferente y más cuando estamos con las estudiantes, ¿no? En el correr del año hay momentos que no tenemos estudiantes y bueno, nos manejamos solas. Pero cuando estamos con las estudiantes justamente tenemos que hacerles ver a ellas la otra cara del Pereira, la cara justamente de la partería, para que no vean tanto lo médico..."

Entrevista 4

"...no trabajo, o no hago como me gustaría..."

"... esperaría un poco más a la evolución espontánea. Porque de hecho, en la bibliografía más vieja, más clásica, hay un parámetro un poco más amplio de horas para esperar el desencadenamiento espontáneo. Pero ta, como cada vez se tiende más a alejarnos de la obstetricia más clásica y tendemos a pensar todo como en enfoque de riesgo, de prevención, de alarma, de alerta, siempre se hace mucho más…"

"...y con el tratamiento antibiótico no tengo como grandes disyuntivas, si un poco cuando yo planteo uno y me lo cambian..."

Entrevista 5

Con respecto a esta pregunta, encontramos diversas respuestas entre las entrevistadas.

La primera de ellas plantea que se adhiere al manejo general de la guardia en sí. Comenta que ya de antemano desde su guardia se cuenta con un lineamiento específico del manejo, tanto del uso antibiótico como de la oxitocina.

En cambio, la segunda entrevistada, argumenta que actúa en base a lo que dice el Ministerio de Salud, sin embargo, está dispuesta a consensuar el tratamiento, si hay una justificación pertinente.

En tanto, la tercer entrevistada también se rige por lo que dice el Ministerio de Salud. A su vez, hace referencia a que en algunas oportunidades la guardia se desborda de trabajo, sin embargo, procura centrarse particularmente en las pacientes a las cuales controla, sobre todo cuando se encuentra con las estudiantes, ya que, más allá de formar parte del equipo, está también cumpliendo el rol de docente. Por lo tanto, opta por focalizarse en las pacientes y sus necesidades, evitando entrar en la vorágine de la guardia. De esta manera intenta, como la entrevistada específica, evitar el intervencionismo, ya que considera que cuanto menos interviene, mejores resultados obtiene.

También alude a la diferencia que existe cuando una partera se incorpora al servicio en comparación a cuando tiene tiempo trabajando en el mismo, especificando que al principio le van marcando y controlando el lineamiento de trabajo hasta que, como describe la entrevistada, “se empieza a hacer conocida” y logra implementar su postura frente a la conducta o tratamiento de una paciente, generalizándolo más allá del manejo en sí de esta patología.

A su vez, la cuarta entrevistada alude que los médicos de la guardia pueden sugerir una conducta a seguir frente a la paciente, sin embargo manifiesta que como Partera, puede tomar la conducta que considere pertinente. Coincide con la tercer entrevistada en cuanto a su rol de Partera docente, manifestando su intención de mostrar a las estudiantes el abordaje de las pacientes del lado de la partería haciendo énfasis en este perfil, en contraposición del manejo de los médicos.

Finalmente, la quinta entrevistada manifiesta que no actúa en su rol como le gustaría hacerlo. Se interpreta según lo que menciona que su perfil se muestra afín a la partería clásica, aludiendo que en las bibliografías más antiguas, se manejaban tiempos fisiológicos para el desencadenamiento del trabajo de parto. Sin embargo, asume que actualmente se actúa con un enfoque de riesgo, lo que conlleva a un mayor intervencionismo.

En cuanto el tratamiento antibiótico, se entiende que deja entrever una contradicción al referir que no tiene grandes disyuntivas con el mismo, pero a su vez manifiesta un desacuerdo cuando plantea un tratamiento y los médicos se lo cambian, sin dar argumento del cambio u oportunidad a contraponerse al mismo, limitada en parte por no estar avalada para realizar indicaciones.

Pregunta 5:

¿Implementan acciones no farmacológicas ante la RPM? ¿Cuáles? ¿Por qué?

"...no, en realidad, la naturaleza que hace su propio efecto, la mayoría de las veces..."

Entrevista 1

"...y... depende del tipo de usuaria..."

"...deambular, si las condiciones están dadas, eso le favorece, en tanto la paciente esté conforme..."

Entrevista 2

"...en realidad siempre y cuando la presentación esté apoyada se le permite deambular. Incluso sin importar si está con oxitocina o no, se le permite deambular. Meterse adentro de la ducha también..."

"...la vía oral tampoco se suspende…"

"...ni estar con el monitor continuamente, se hace un registro normal y después se saca y se hace de manera intermitente…"

Entrevista 3

"...y si, intentamos. Pero como te digo, ellos están muy arriba tuyo y te preguntan: ¿y? A la hora, ponele: ¿y, avanzó algo? ¿Y?... Son como muy de los tiempos. Y vos capaz que claro… Si ves que la paciente tiene dos contracciones en diez minutos, yo no le pondría oxitocina, dejaría que siga ella espontáneamente, pero claro, ya están como ahí atrás… Lo mismo con el tema de la dilatación. Muchas veces es preferible decir con

una primigesta: está permeable a dos dedos, a que decir: ya está en trabajo de parto. Porque la estás condicionando, y más cuando es una rotura. Porque los tenes más atrás, de que tiene que ser todo en tiempos…"

¨… a ver, yo entiendo… A ellos les deben exigir de más arriba también ¿no? A los residentes son los grados dos, y a los grados dos, los otros grados. Pero una lo puede sobrellevar, depende de la guardia, claro…"

"... hay cosas que no se pueden, que son lógicas, el tema del antibiótico. Ahí no tenemos chance. Pero lo de la oxitocina, a pesar de que ellos al momento del ingreso ya quieren administrar la oxitocina, una lo puede como charlar, porque sos vos la que sigue a la paciente. Ellos tendrán sus protocolos y demás, pero en realidad si la paciente la seguís vos, sos vos la que la estás controlando este trabajo de parto…"

Entrevista 4

"...si, se hacen… Propuestas alternativas que salen un poco más de lo convencional o de lo estructurado. A veces es mínimo, ¿no?, lo que se pueda hacer porque quedamos como muy bajo la presión muchas veces de que los que resuelven son los médicos, entonces si ellos plantean una conducta, y nosotras vamos por otra, ya sea deambular o lo que sea, a veces hay como una tensión..."

Entrevista 5

En cuanto a esta pregunta, dos de las entrevistadas contestaron que les permiten a las pacientes deambular, si las condiciones están dadas. Una de las parteras afirmó que recomienda tomar duchas, también comenta que no se le suspende la vía oral, y que por solo el hecho de ser una RPM no se indica monitorización continua, sino que le realiza un monitoreo de rutina y luego auscultación intermitente.

Una de las entrevistadas, responde que intenta poner en práctica alguna acción alternativa, sin embargo, manifiesta reiteradas veces que los médicos preguntan continuamente cómo va la evolución de la paciente, ejerciendo indirectamente cierta presión para acelerar los procesos de la mujer mediante más intervenciones, tal como refiere mediante la expresión “ellos son muy de los tiempos”. Esta misma Partera, a nuestro entender, justifica la insistencia de los médicos en acelerar los tiempos mediante el comentario “...yo entiendo... a ellos les deben exigir de más arriba también…” haciendo referencia a la jerarquía que existe en las guardias, donde los Residentes de Ginecología responden al Grado 2 de la guardia, y estos a los Grados superiores. No obstante, afirma que, según la guardia, es algo con lo que se puede lidiar. Por otra parte comenta que la indicación de la antibioticoterapia la realizan los médicos (ya que las Parteras no están habilitadas a realizar esta prescripción, por lo que quedan supeditadas a la indicación por parte de ellos), y más allá de que la indicación de la administración de oxitocina también es prescripta por los médicos, esta partera manifiesta que intenta negociar el inicio de su administración en las pacientes que a las cuales está asistiendo, en pro de respetar los tiempos fisiológicos del desencadenamiento espontáneo del trabajo de parto, o de la conducción del mismo.

A su vez, otra de las entrevistadas coincide en que, si bien plantea implementar acciones no farmacológicas, las mismas son mínimas ante las que se podrían llevar a cabo, reprimido esto por la presión que siente desde equipo médico. Por último remarca que la toma de decisiones por su parte, generaría tensión en el ámbito de trabajo por parte de los médicos, quienes son los que determinan la conducta resolutiva de la paciente.

- **Análisis e interpretación de los resultados: docentes Ginecólogos.**

Pregunta 1:

¿Cómo se realiza el tratamiento de la RPM en el Centro Hospitalario Pereira Rossell? ¿En base a qué?:

"...Que buena pregunta, este… no, el tratamiento no, es el manejo. El manejo es el nacimiento..."
"... y bueno, sí, hay muchas guías internacionales de la rotura a término, y básicamente nos basamos en eso…"

Entrevista 1

"...En cuanto al tratamiento de la rotura prematura de membranas en los embarazos de término, en principio el antibiótico es después de las 6 horas con Ampicilina 1g cada 6 horas, ese sería el tratamiento hasta el momento del nacimiento que estamos utilizando…"
"...Bueno, generalmente es en base a un poco de todo. Experiencia que nos van dando en su momento los profesores, los grados dos en su momento, bibliografía que se va realizando…"
"... Generalmente lo que hacemos también es, cuando no arranca con dinámica espontánea a las 6 horas de rotura arrancar con oxitocina para acortar un poco lo que son los plazos en los embarazos de término…"

Entrevista 2

"...El tratamiento que hacemos en la rotura prematura de membranas a término es la de iniciar antibioticoterapia una vez pasadas las 6 horas de rotura y eso sí, basado en evidencia. Luego lo que no es basado tanto en evidencia, creo, de mi parte es en las mismas 6 horas, en caso de no tener dinámica de parto es ya colocarle la inducción, que sabemos que la evidencia puede llegar a decir que puede estar más horas esperando la evolución espontánea. Muchas veces también, es capaz más que por los resultados de..., que por las camas que hay y todo… No vas a tener 12

horas a alguien con membranas rotas, si no tiene contracciones, y activas la inducción…"

Entrevista 3

"...Nosotros nos basamos sí en evidencias, y más que nada en la guías clínicas, fundamentalmente en las Guías del Royal College y el American College, esa es un poco la estrategia que usamos…"

Entrevista 4

"...Si, se basan en guías clínicas internacionales, y en general en manejos habituales de este hospital, que tiene algunas características diferentes a otros lados…"

Entrevista 5

"...A lo largo de los años ha cambiado un poco en base a que se hacen las cosas, ¿no? Al principio era un poco en base a transmisión de conocimientos de grandes a chicos digamos… Pero ya desde hace algunos, hace bastantes años, se hace en base a estudios con evidencia suficiente que lo avale, ¿no?, pero no hay protocolo desde el Pereira Rossell…"

Entrevista 6

"...Rotura de membranas, generalmente esperamos 6 horas a ver si inicia espontáneamente el trabajo de parto, si no inicia espontáneamente el trabajo de parto en ese tiempo le ponemos una inducción…"

"...Sí, fundamentalmente acá nos guiamos por las pautas del Royal College y del American College. Generalmente son las dos que

manejamos más, dado que les tenemos más confianza. (...) eso de dejar esperar 6 horas a ver que inicie espontáneamente, y si a las 6 horas no comenzó, ahí colocar la inducción...”

Entrevista 7

“...Y la clínica tiene sus pautas digamos, que nosotros hemos cambiado, o estamos tratando de cambiar la percepción sobre rotura de membranas a término, en el sentido que es un fenómeno prácticamente fisiológico, es un elemento precoz del inicio del parto. Pero venimos de una historia de intervencionismo, entonces todavía se colocan inducciones precozmente, se hace antibiótico precozmente…”

“...Pero bueno, estamos tratando de cambiar la conducta, aunque todavía permanecen las conductas pasadas…”

“...Bueno, están los últimos estudios, hay estudios grandes de que no se asocia ningún tipo de infección ni de patología al esperar que se inicie espontáneamente, y a las 72 horas el 95% o más tuvieron su parto normal…”

“...Igual es una maternidad de camas calientes, y siempre hay una tendencia a intervenir para resolver, pero bueno, no es lo mejor…”

Entrevista 8

“...Hacemos Ampicilina 1g cada 6 horas hasta que nazca, se comienza a las 6 horas de la rotura…”

“...Si la presentación está bien apoyada se levanta, no hay problema…”

“...En cuanto al control de la vitalidad fetal siempre se hace al ingreso, por lo general, un monitoreo. Después mientras se mantenga asintomática en la parte de las contracciones, no se vuelve a monitorizar, hasta que empiece con dinámica o se comience la inducción, en ese caso sí. Por lo

general no de manera continua, salvo que esté con una inducción, que ahí sí capaz que se pone más rato de lo que debería hacerse. En el trabajo de parto va a estar monitorizada…"

Entrevista 9

"...Hacemos Ampicilina 1g cada 6 horas desde las 6 horas, y si es Estrepto negativo. Si es Estrepto positivo se hace desde el inicio. Se hace de todo acá, se hace Penicilina o Ampicilina 2g la primera dosis y después 1g cada 4 horas, o los 5 millones y después los 2.5 cada 4 horas, acá se hacen los dos tipos, es depende quien la vio primero…"

"... ¿De dónde?, está en las guías del Ministerio, bibliografía en general, protocolos internacionales…"

"...En cuanto a la valoración depende si tiene otros factores que la hagan de alto riesgo, si no, le haces un monitoreo al inicio cuando ingresa, después si es de bajo riesgo, no se lo volves a repetir. Y si es de alto riesgo, bueno, ahí requerirá monitoreos reiterados o una monitorización continua…"

"...Deambular se deja depende de la altura de la presentación…"

Entrevista 10

"...Bueno, la RPM tiene indicación de interrupción, ¿no?, de la gravidez, depende de la situación obstétrica la forma de inducción o si evoluciona espontáneamente al trabajo de parto…"

"...Si es un cuello que está inmaduro, hay que madurarlo con Misoprostol, en ese caso no se puede usar la sonda Foley, porque es una de las contraindicaciones para la sonda la rotura…"

"...Por otro lado hay que valorar la profilaxis antibiótica, en realidad las pautas marcan iniciar el tratamiento antibiótico con Ampicilina 1g a las 6

horas de la rotura, que es cuando se establece que empieza la contaminación bacteriana (...) hay algunas excepciones cuando hay un Estrepto que es positivo durante el control de embrazo (...), si bien se puede usar Penicilina Cristalina o Ampicilina, cuando se asocia a una RPM generalmente se opta por hacer Ampicilina 2g y después 1g cada 4 horas hasta el parto…"

Entrevista 11

"...No se utiliza concretamente ningún protocolo, porque se hacen las cosas muy… de por costumbre del hospital, y no es muy claro la evidencia científica que se usa, y es muy variado según los médicos que estén de guardia. Si bien es bastante estándar en algunas cosas, después, este…. como que varía un poco según el caso clínico, según la guardia que lo tome, según la situación obstétrica de la paciente se tiene más o menos paciencia con la conducta…"

Entrevista 12

En primera instancia se considera que la mayoría de los entrevistados no responden concretamente la pregunta o su respuesta a la misma se plantea de forma incompleta, teniendo en cuenta que el tratamiento contempla las medidas higiénicas, dietéticas y medicamentosas.

Se encuentran en las respuestas diferentes variables, como ser tratamiento antibiótico, inducción farmacológica del trabajo de parto, monitorización o permitir deambular.

Por otra parte, para interpretar las respuestas sobre en qué se basan para realizar dicho tratamiento, se buscaron variables en común, y analizaron particularidades de las respuestas en general.

Se registra que cuatro de las respuestas especifican qué tratamiento antibiótico utilizan, coincidiendo estos en la indicación de Ampicilina luego de transcurridas 6 horas de la rotura en dosis de 1g cada 6 horas. Únicamente dos entrevistados aclaran que el tratamiento difiere si la paciente es portadora de Estreptococo del Grupo B, que se puede tratar con Penicilina Cristalina 5 millones dosis inicial seguido de 2.5 millones cada 4 horas o Ampicilina 2g dosis inicial seguido de 1g cada 4 horas.

Se destaca que en la entrevista 10 y 12 se hace referencia a que el tratamiento antibiótico puede variar dependiendo quién vio primero a la paciente, comentario que se encuentra reiteradas veces en el discurso de las Parteras.

En lo que se refiere a la indicación de deambular, se observa que dos de los entrevistados manifiestan la posibilidad de permitirle a la paciente deambular, aunque aclaran que depende de la situación obstétrica en sí.

En cuanto al control de la salud fetal, los entrevistados 9 y 10 mencionan la realización de un monitoreo fetal de forma rutinaria al ingreso de la usuaria a la maternidad, luego con un seguimiento de forma intermitente en cuanto esté sin dinámica uterina. Sin embargo, cuando se comienza la inducción farmacológica o cuando se desencadene el trabajo de parto, la monitorización la refieren en forma continua.

Sobre la inducción farmacológica del trabajo de parto se observa que tres de los entrevistados coinciden con la utilización de oxitocina, una vez alcanzadas las 6 horas de la RPM sin evolución espontánea al trabajo de parto. Se destaca que en la entrevista 11 se aclara que para la maduración cervical se utiliza Misoprostol, explicando que en la RPM no se puede utilizar la sonda Foley.

Respecto a en qué se basan para fundamentar el tratamiento de RPM, se encuentran varias respuestas. Cinco de los entrevistados argumentan los manejos en base a protocolos internacionales, dentro de los cuales solo dos ginecólogos nombraron concretamente al Royal College y al American College. Por otra parte, dos de los entrevistados, refieren basarse en la evidencia científica, mientras que una sola entrevista menciona como base del manejo a las Guías del Ministerio de Salud. Se observa que dos ginecólogos hacen referencia a que actúan en base a manejos habituales del Pereira Rossell.

Se cree pertinente destacar que en la entrevista 12 se afirma que no queda clara cuál es la evidencia que se usa para el manejo de la RPM en gestantes de término, incluso utiliza la expresión "...se hacen las cosas muy de por costumbre del hospital…".

Por otra parte, se señala en la entrevista 8 que éste hace referencia a que están intentando cambiar la percepción de la RPM, ya que lo ve como "...un fenómeno prácticamente fisiológico, un elemento precoz del inicio del parto…", sin embargo, reconoce que se viene de una historia de intervencionismo y se realizan acciones de forma precoz, igualmente recalca el interés de disminuir dicho intervencionismo. Este ginecólogo además utiliza la expresión "...Igual es una maternidad de camas calientes…" por lo que se entiende que al ser la maternidad referente de nuestro país, generalmente hay una gran circulación de usuarias, lo que conlleva a un aumento de las intervenciones para prevenir la saturación de la maternidad. Por este motivo se interpreta que muchas veces se ve limitado el tiempo de espera fisiológico para el desencadenamiento espontáneo del trabajo de parto.

Pregunta 2:

¿Cuándo se realiza un cambio en la terapéutica, generalmente en que se basan?

"...Ehh, no, es que no veo mucho cambio con respecto al manejo de la rotura de membranas, este… Me parece que siempre se hace más o menos lo mismo..."

Entrevista 1

"...Siempre eso se debe a revisiones que se pueden llegar a presentar o a pautas de un servicio, hay veces que se realizan pautas, por ejemplo, están las pautas de la maternidad del Pereira, uno va a tomar eso como guía principal, no quiere decir que eso sea la regla. Pero nos basamos un poco en lo que son revisiones que se hayan presentado, en alguna publicación. Eso siempre se analiza en las Clínicas, la lectura de revistas o algo y en base después a una discusión, siempre se trata de cambiar por... en caso de que tenga buena evidencia, de cambiar por lo que tiene mejor evidencia y beneficios..."

Entrevista 2

"...En el Pereira siempre los cambios que se hacen en conductas, como lo hicimos con la rotura pretérmino (...) inducir a las 34 y no a las 35, se hacen basados en evidencia. Algún grupo de residentes o de docentes hicieron alguna revisión bibliográfica, se presenta y en base a eso actuamos con la nueva pauta, generalmente es así…"

Entrevista 3

"...Cuando yo era interno y residente acá, las pacientes quedaban internadas en forma crónica, bueno internadas siguen quedando obviamente, pero con antibióticos intravenoso por períodos enormes y lo único que los resultados demostraron de eso fue que aumentaban después las complicaciones, la resistencia antibiótica (...) y ahora sabemos que por períodos de 24-48 horas intravenoso, después un cambio vía oral de 10 días y frenar los antibióticos es donde se obtienen mejores resultados…"

Entrevista 4

"...En general el manejo de la rotura prematura de membranas al término es un manejo que es bastante, ehh… consensuado a nivel internacional y nacional, no hay muchas diferencias. (...) Y en realidad, si hay cambios grandes, están vinculados sobre todo con evidencia científica internacional, ¿no? Que haya valoración realmente importante de cambio…"

Entrevista 5

"...Los protocolos cada tanto se leen y se reactualizan, y no sé si este año tocaba el de RPM, pero andamos medio por ahí…"

Entrevista 6

"...Generalmente nos referimos más de repente a trabajos internacionales, viste, como pueden ser puestas al día UpTo Day y esas cosas, entonces como que bueno, cuando aparece una nueva sugerencia, viste, vemos si es aplicable a nuestro país o no, viste, y a nuestra población. Y si son aplicables, viste, como que bueno, las adoptamos. O sea, como que no hacemos un trabajo de verificación a ver si los resultados son adecuados

o no, sino que simplemente los adoptamos como normas internacionales, o sugerencias…"

Entrevista 7

"...Nosotros nos basamos en los meta análisis, sobre todo de las guías del American College y el Royal College. Eh… poco menos en la SEGO. Básicamente tomamos como referencia al American College y el Royal College…"

Entrevista 8

"...En mi parte no cambio el tratamiento, salvo que en algún momento se plantee que no solo sea una rotura de membranas, si no sea más una infección ovular, que clínicamente nos impresione más eso. Sino yo siempre sigo el mismo tratamiento antibiótico hasta que nazca…"

Entrevista 9

"...Acá se cambia de antibiótico cuando alcanza las 18 horas de rotura, no se debería cambiar porque se supone que está cubierta, pero se cambia…"

Entrevista 10

"...Generalmente es por la evidencia a nivel internacional de cómo manejarlo. Ahora hay como bastantes cambios, en realidad en cuanto a cuándo empezar la inducción de la RPM, ¿no? Hay como varias publicaciones tendientes a esperar la evolución espontánea en las primeras 24 horas, este… y no… nosotras acá tenemos como bien instaurado el empezar la inducción a las 12 horas de la rotura, este… medio como de forma sistematizada, ¿no?. Nadie deja a las RPM que no

tienen dinámica ahí. En general a las 6 horas empezamos antibiótico y oxitocina si no está con dinámica espontánea. Algunos lo llevan a las 12, pero no más que eso. Y sí, hay bibliografía internacional que dice que se puede esperar incluso hasta las 24 horas…"

Entrevista 11

"...En el manejo en general no he notado cambios básicamente en el año. Sigue igual…"

Entrevista 12

La mayoría de los entrevistados hacen alusión a que, si hay cambios, generalmente se basan en evidencia científica o cambios en las pautas internacionales. Se hace referencia a que, si aparece algún tipo de cambio, estos son revisados desde las Clínicas Ginecotocológicas para evaluar su aplicabilidad a nuestro medio. A su vez, una de las respuestas indica con el ejemplo del cambio en la conducta de la RPM en gestaciones pretérmino, que algún grupo de Residentes o docentes hace una revisión bibliográfica y de allí pueden surgir cambios que se presenten y se apliquen.

Hay algunas respuestas obtenidas que no contestan la pregunta en sí, ya que aluden a fundamentar cambios en su conducta puntual, o a la antibioticoterapia.

Así mismo, hay uno de los entrevistados que manifiesta no notar cambios en el corriente año, en la terapéutica de la RPM en gestantes de término.

El entrevistado 11 manifiesta concretamente que se basan en la evidencia a nivel internacional, acotando que actualmente hay cambios en cuanto al

momento del comienzo de la inducción del trabajo de parto en la RPM, argumentando que hay varias publicaciones que tienden a esperar la evolución espontánea en las primeras 24 horas. A su vez, deja claro que en el CHPR tienen instaurada la conducta intervencionista, incluso utiliza la expresión “medio de forma bastante sistematizada”, “nadie deja a las RPM que no tienen dinámica ahí”. Para ello argumenta que en general comienzan con el antibiótico a las 6 horas de la rotura, y si la paciente no tiene una dinámica espontánea, también comienzan con la oxitocina, aunque puede haber algún profesional que espere hasta las 12 horas a que se desencadene espontáneamente, pero no más que eso, a pesar de que hay bibliografía que sustente esperar hasta las 24 horas.

Pregunta 3:

¿Existe un protocolo único de manejo en el Centro Hospitalario Pereira Rossell?

"...Eh, aún no, creo que este es uno de los objetivos del Pereira, sacar un protocolo único de manejo. (...) hace un par de años intentamos hacer un protocolo de manejo de la clínica C, pero después eso quedó medio en la nada, y ahora… creo que va a salir uno pero del Departamento Médico-Obstétrico..."

Entrevista 1

"...Bueno, están las Guías ¿verdad?, que son guías. Siempre y cuando algo es una guía no quiere decir que sea único. Es lo que uno agarra y se va guiando en eso. En determinadas circunstancias puede ver con la paciente individualmente que es lo que puede llegar a ser mejor o no. La guía es más que nada como para tener de referencia y realizándose en una población general, pero siempre que uno tiene una paciente, tiene que ponerse frente a esa paciente y poder actuar de manera individual en algunos aspectos, siempre teniendo en cuenta esas cosas…"

Entrevista 2

"... ¿De la rotura de membranas? No, creo que no…"

"...Hubo uno de la Clínica pero era de pretérmino, de término se presentó lo del trabajo de la conducta expectante, que no se puso en marcha (...) en el libro que salió de pautas y protocolos del Pereira, que hay muchas patologías, me parece que rotura de membranas no estaba…"

Entrevista 3

"...Bueno, desde que está el Departamento de Medicina Obstétrica se intentaron elaborar pautas, porque estaba un poco discutido. Algunos utilizaban uno, otros otro, pero básicamente todos hacían lo mismo, o sea, una conducta expectante hasta las 34 semanas, como te dije, con antibióticos las primeras 48 horas, y después cambio a vía oral y a los 10 días frenar los antibióticos y bueno… mantener la conducta expectante hasta que empiece con contracciones, sin elementos infecciosos o arranque el trabajo de parto la paciente…"

Entrevista 4

"...Sí, hay un protocolo de manejo de la Rotura Prematura de Membranas al término…"

"...Son protocolos de la maternidad, que fueron revisados en conjunto con la Clínicas Ginecológicas, con el Departamento Obstétrico, hay participación también del Departamento de Neonatología, de la Cátedra de Anestesia. Es un procedimiento, un protocolo grande que implica esos protocolos, en realidad va a tener otra etapa de otros aspectos obstétricos, pero bueno, este es el primero…"

Entrevista 5

"...No hay un protocolo de la institución o en el Pereira Rossell…"

"...Tenemos como que nuestro protocolo de cada servicio, ¿no? Pero no hay un protocolo del Pereira Rossell…"

"...Recién ahora se están haciendo, empezando a agarrar patologías y protocolizando desde que se formó este Departamento de Medicina Obstétrica. Pero no, no hay, de hecho no específicamente en RPM, pero las Clínicas actúan… Depende quién esté de guardia y todas esas peleas. Pero no, ojalá hubiera…"

Entrevista 6

"...Desde la Clínica sí, utilizamos un protocolo que había sido publicado hace como 3 o 4 años, y simplemente te dice esto que estamos diciendo, es simplemente la traducción de las normas del Royal College y del American College…"

Entrevista 7

"...Si si. De todo el Pereira (...) Esto está muy por delante de las pautas del Ministerio de Salud Pública. Porque el Ministerio de Salud Pública tiene una estrategia de validación errónea, preguntar a los ginecólogos del interior y a otros referentes, se basan en sus experiencias personales. No en la bibliografía, ni siquiera han leído la bibliografía. Entonces nosotros consideramos que el más actualizado es este, y la Guías del Ministerio de Salud Pública están apaciguadas por esas opiniones personales, pero no responden a evidencia científica. Éste sí…"

Entrevista 8

"...No, se están haciendo…"

Entrevista 9

"...No sé si hay un protocolo único, creo que de Rotura de Membranas específicamente no hay. Creo que hay protocolos de obstetricia del Departamento Obstétrico, pero no de Rotura de Membranas específico, pero sí hay de inducción del trabajo de parto/preparto, y esas cosas, que tocan el ítem de Rotura de Membranas (...) No es que no haya, sino que me parece que todavía no se publicó…"

Entrevista 10

"...En realidad no, hay protocolos de manejo de la inducción, protocolos de manejo de… por ejemplo cuando el líquido es meconial espeso, son protocolos nuevos de la Clínica… eh, del Pereira… después nada…"

"...Creo que protocolo de manejo específico de la RPM no hay acá en Uruguay, se extrapolan las Guías internacionales…"

Entrevista 11

"...No, no hay. De la Clínica si hicimos uno, y de hecho, más o menos las guardias lo respetan. Pero no, no… No existe uno claro que todos los que estemos haciendo asistencia hagamos lo mismo…"

Entrevista 12

En relación a la última pregunta planteada a los docentes ginecólogos, se encuentra que la mayoría coincide en que no existen en la actualidad protocolos de manejo de la RPM en gestaciones de término a nivel del CHPR, así mismo hay quienes refieren que se están elaborando pautas de manejo a nivel del Departamento Médico-Obstétrico de este hospital.

Por otra parte, hay dos entrevistados que se refieren a la existencia de un protocolo de manejo para los casos de RPM pretérmino, pero no para cuando sucede al término del embarazo.

Se observa que cuatro de los entrevistados afirman que existe un protocolo de manejo de la RPM en gestaciones de término a nivel específico de la Clínica Ginecotocológica a la que pertenecen, por lo que se entiende que no se utiliza como protocolo para el CHPR. Pese a la alusión de la existencia de dicho protocolo, a nivel general de los entrevistados, no se observan respuestas sólidas sobre la adhesión por parte del equipo a lo referido en estos protocolos.

A diferencia de la mayoría de los entrevistados, se observa que solamente dos de ellos responden que existe un protocolo de manejo del CHPR, en el que afirma que se encuentra el manejo de la RPM en gestaciones de término, refiriéndose a los Protocolos Clínicos en la Maternidad, Tomo 1: Atención integral, humanizada e institucional, de la mujer en trabajo de parto y parto y del recién nacido. Uno de los dos que se refirió a este texto, explica que el mismo se creó con la participación de las Clínicas Ginecotocológicas A y C, el Departamento de Neonatología, la Cátedra de Anestesia y el Departamento Obstétrico. Sin embargo, este protocolo al que hace referencia no contiene dicha información. Así mismo, el otro entrevistado que se refirió a este texto, lo realza en contraposición a las Pautas del Ministerio de Salud.

Conclusiones

A modo de conclusión de este Trabajo Final de Grado, creemos pertinente realizar algunas puntualizaciones.

En primer lugar, consideramos que se ha cumplido con los objetivos generales y específicos planteados al comienzo de este Trabajo. Pese a que se no se entrevistó a la totalidad de los docentes Ginecólogos y Obstetras Parteras, ya que no se ha logrado concretar más encuentros, entendemos que las muestras obtenidas son representativas.

Se considera relevante resaltar diferentes respuestas obtenidas, que permiten una reflexión importante sobre características a nivel docente en diversos aspectos, a nuestro entender.

Se percibe en el relato de las docentes Obstetras Parteras, a nivel general, un sentimiento de limitación de su práctica proveniente del equipo médico. El mismo se ve sujeto a la restricción en su actuar debido a el impedimento hacia las parteras de realizar prescripciones de tratamientos tanto de la Rotura Prematura de Membranas, como de la inducción del trabajo de parto, entre otros tratamientos, viéndose incluidos los antibióticos y los uterotónicos. Además una de las entrevistadas menciona que el equipo médico ofrece cierta resistencia cuando intenta poner en práctica determinadas acciones alternativas para ayudar a la gestante, y manifestó sentir que se genera una tensión en la guardia, lo que nos hace pensar que por este motivo también las parteras se pueden ver limitadas en su actuar. Por el contrario, una de las entrevistadas resalta su capacidad de proponer conductas u optar por aquella que crea conveniente para la usuaria a la que está controlando. Lo cual es importante destacar, ya que se reconoce a la Obstetra Partera como profesional idóneo para realizar el seguimiento del embarazo, trabajo de parto y

parto de bajo riesgo, y se la ha vinculado históricamente, con la reducción del intervencionismo y de mejores resultados obstétricos. Así mismo es identificada como una profesional con aptitudes competentes para desarrollar su actividad tanto en centros hospitalarios como de manera extrainstitucional, lo que abarca la capacidad de tomar decisiones en cuanto a la conducta a seguir.

En lo referido a la actuación de las docentes Obstetras Parteras entrevistadas, se destaca la escasa implementación de recursos no farmacológicos para promover el desencadenamiento del trabajo de parto, como se encuentra en diversa bibliografía que existe un abanico de herramientas para implementar relacionadas con la disminución de intervenciones obstétricas.

Se destaca del análisis de las respuestas de las docentes Obstetras Parteras que todas concluyen en algún punto de su relato basar su planteo terapéutico según las Guías del Ministerio de Salud, en las que como se mencionó previamente, no proporcionan un tratamiento para la Rotura Prematura de Membranas en embarazos a término.

En tanto, concluimos por parte del análisis de las entrevistas a los docentes ginecólogos que concuerdan con lo que argumentan las docentes Obstetras Parteras, manifestando que el tratamiento de la Rotura Prematura de Membranas queda sujeto a quién realiza el seguimiento de la gestante. Nuevamente nos remitimos a la ausencia de un tratamiento consensuado entre los integrantes del equipo de salud.

Entre las distintas respuestas que encontramos de los fundamentos del tratamiento de la Rotura Prematura de Membranas en gestaciones de término, destacamos que dos docentes Ginecólogos aluden a que se basan en manejos habituales de la institución. A su vez, otro de los entrevistados relata que no tiene claro qué evidencia se utiliza para el planteo de la conducta en estos casos. Esto nos llama la atención ya que un médico que forma parte de una

guardia, realiza indicaciones de los tratamientos y cumple con el rol de docencia, consideramos que debería, a nuestro entender, tener una respuesta fundamentada en base al manejo de esta situación obstétrica. Visto esto, acentuamos una vez más la necesidad de la creación de un protocolo del manejo para la Rotura Prematura de Membranas en gestaciones de término.

Gran parte de los entrevistados no responden con seguridad sobre la existencia de protocolos de manejos únicos a nivel de cada Clínica Ginecotocológica o a nivel general de la institución. Si bien existe el Protocolo Clínico de la Maternidad, el mismo no incluye la Rotura Prematura de Membranas en gestaciones de término.

Se considera importante destacar que, a nivel general de los entrevistados, tanto los docente Ginecólogos como las docentes Obstetras Parteras en su mayoría menciona como tratamiento de la Rotura Prematura de Membranas en gestaciones de término a la Ampicilina, sin embargo, en el marco teórico de este Trabajo Final se encontró que se sugiere como tratamiento de primera elección la Penicilina Cristalina.

Se observa que las docentes Obstetras Parteras mencionan a lo largo de las entrevistas que trabajan en conjunto con el equipo médico, en contraposición a los docentes ginecólogos que ninguno hizo alusión al trabajo en equipo ya sea entre colegas, o con las Obstetras Parteras.

Para finalizar, como es referido en la introducción de este trabajo, en nuestra práctica de formación profesional, se observa que se plantean diversos enfoques de tratamiento para una misma problemática como lo es la Rotura Prematura de Membranas a término. Mediante el análisis de las entrevistas, se reafirma esta observación, donde a nivel general, tanto en las entrevistas a docentes Obstetras Parteras como a los docentes ginecólogos se resalta la

falta de un lineamiento unificado para el tratamiento de la Rotura Prematura de Membranas en gestaciones de término en esta institución.

La ausencia de un protocolo específico sobre esta temática, detona en una evidente necesidad de desarrollar el mismo. Por tal motivo, a partir de este trabajo se subraya la importancia de la creación de dicho protocolo, donde se contemplen los procedimientos del tratamiento y se adapte a las necesidades de las gestantes, para así brindar una asistencia adecuada desde el centro hospitalario.

Recomendaciones

Si bien este Trabajo Final de Grado se centra únicamente en las respuestas de los docentes del Centro Hospitalario Pereira Rossell, deja entrever la falta de un protocolo único de manejo clínico, ya que observamos que no hay un criterio unificado entre el equipo de salud perteneciente a esta institución. Por tal motivo, creemos pertinente la realización del mismo, como se ha mencionado anteriormente.

En tanto, consideramos que este trabajo se puede utilizar como punto de partida para continuar investigando la temática en otras instituciones tanto públicas como privadas en todo el territorio del país, permitiendo una visión más amplia de las diferencias o similitudes que se presentan a la hora de concretar un plan terapéutico cuando se produce la RPM en gestaciones de término.

Bibliografía

Audra, P., Pasquier, J.C. (2002) *Encyclopédie Médico - Chirurgicale: Rotura Prematura de Membranas en el embarazo a término.* París: Editions Scientifiques et Médicales Elseiver SAS.

Bajo Arenas J.M.; Melchor Marcos J.C.; Mercé L.T. (2007) *Fundamentos de Obstetricia*. Madrid. Editorial desconocida.

Cloherty J.P.; Eichenwald E.C.; Hansen A.R.; Stark A.R. (2005) *Manual de Neonatología*. 7 ª ed. Philadelphia: Wolters Kluwer | Lippincott Williams & Wilkins

Cobo, T., Ferrero, S., Migliorelli, F., Rodríguez, A., Lorente, N., Baños, N., Palacio, M. (2016) Rotura Prematura de Membranas a término y pretérmino. *Protocolo de medicina maternofetal del Centro de Medicina Maternofetal y Neonatal de Barcelona: Hospital Clinic - Hospital de Sant Joan de Déu. N°7, 1-12.* Recuperado de https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/rotura-prematura-membranas.html

Escuela de Obstetricia y Puericultura Universidad Mayor. (2015) *Evolución de la Matronería en Chile. Hitos y Desafíos.* Chile: Andros Impresores. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Gonzalo_Leiva_Rojas/publication/283523878_Desarrollo_del_rol_profesional_en_los_procesos_de_humanizacion_de_la_atencion_del_parto/links/5a90e87b45851535bcd5a9fb/Desarrollo-del-rol-profesional-en-los-procesos-de-humanizacion-de-la-atencion-del-parto.pdf#page=49

González Merlo J.; Laílla Vicens J.M.; Fabre González E.; González Bosquet E. (2013*) Obstetricia*. 6ª ed. Barcelona: Elseiver Masson.

Hernández R., Fernández C., Baptista P. *Metodología de la investigación. 5*ª ed. México DF: Mc Graw Hill.

International Confederation of Midwives (2017) International Definition of Midwife. Recuperado de https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition_of_the_midwife-2017.pdf

Ley 18.987 (2012) Interrupción voluntaria de embarazo, Poder Legislativo, Montevideo, Uruguay. Recuperado de http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/Ley-de-Interrupción-Voluntaria-del-Embarazo-18.987-promulgada-por-el-Poder-Ejecutivo-2012..pdf

López Osma, F., Ordóñez Sánchez, S. (2006) Ruptura Prematura de Membranas fetales: de la fisiopatología hacia los marcadores tempranos de la enfermedad. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol. N°57, 279-290.* Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v57n4/v57n4a07.pdf

Mezzabotta, L. (Coord.), (2018). Rotura Prematura de Membranas *Consenso FASGO XXXIII.* Recuperado de Coordinador: http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_FASGO_2018_Rotura_prematura_de_membranas.pdf

Ministerio de Salud Pública (2014) Guías en Salud Sexual y Reproductiva. *Manual de Atención a la Embarazada en el Proceso de Embarazo Parto y*

Puerperio. Recuperado de http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/2014-Manual-Atenci%C3%B3n-Embarazo-Parto-y-Puerperio.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2014) *Caja de herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional para las Américas. Centro de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva.* 3ª ed. Montevideo: CLAP/ SMR. Recuperado de https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones&alias=423-caja-de-herramientas-para-el-fortalecimiento-de-la-parteria-profesional-en-las-americas-3-ed&Itemid=219&lang=es

Orti A. (1992) *La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta semidirectiva y la discusión en grupo.* Editorial desconocida.

Pasquier, J.C., Audra, P., Boog, G., Marin, X., Mellier, G. (2002) *Encyclopédie Médico - Chirurgicale: Rotura Prematura de Membranas antes de las 34 semanas de amenorrea.* París: Editions Scientifiques et Médicales Elseiver SAS.

Reglamento del ejercicio de la profesión. (2007) Asociación Obstétrica del Uruguay. Recuperado de http://www.asociacionobstetrica.com.uy/reglamento/

Schwarcz R.; Fescina R.; Duverges C. (2005) *Obstetricia.* 6ª ed. Buenos Aires: El Ateneo.

Serra B.; Mallafré J. (2014) *Protocolos de obstetricia y medicina perinatal del Instituto Universitario Quirón Dexeus.* 5ª ed. Barcelona: Elseiver Masson.

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2012) Rotura Prematura de Membranas. *Protocolos Asistenciales en Obstetricia, 520-540.* Recuperado de https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S0304501312002920&r=295

The American College of Obstetricians and Gynecologists (2016) Premature Rupture of Membrans. *Practice Bulletin. N° 172, 165-177.*

Vasilachis de Giordano I., Ameigeiras A., Chernobilsky L. et al. (2006) *Estrategia de investigación cualitativa.* 1ª ed. España: Gedisa S.A.

Vigil-De Gracia, P., Savransky, R., Pérez Wuff, J.A., Delgado Gutiérrez, J., Nunez de Morais, E. (2011) Ruptura Prematura de Membranas. *Guía clínica de la Federación Latino Americana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia Guía clínica N° 1, 1-14.* Recuperado de http://sogiba.org.ar/documentos/GC1RPM.pdf

Anexos

Formulario de Consentimiento Informado

Trabajo Final de Grado

Universidad de la República - Facultad de Medicina - Escuela de Parteras

En el marco de la elaboración del Trabajo Final de Grado para la obtención del título Obstetra Partera de la Escuela de Parteras de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, se realizará el Trabajo Final titulado: “Análisis del discurso en cuanto al manejo clínico de la Rotura Prematura de Membranas en las gestaciones de término en el Centro Hospitalario Pereira Rossell”.

En este trabajo nos planteamos analizar las respuestas que nos brindarán los integrantes de las Clínicas Ginecotocológicas A y C del CHPR, incluyendo grados 5, 4, 3 y 2. También serán analizadas las respuestas de las docentes clínicas asistenciales grados 3 y 2 de la Escuela de Parteras.

Para la obtención de este fin, se realizarán entrevistas semiestructuradas individuales, con una guía de preguntas flexibles, guiadas por las entrevistadoras.

Cabe aclarar que la participación en este estudio es voluntaria y no implica ningún beneficio ni perjuicio personal ni profesional.

La información se manejará de forma confidencial, siendo de uso exclusivo de las responsables de este estudio, quienes garantizarán la confidencialidad y el anonimato de los participantes durante todo el proceso.

Se señala que las entrevistas serán grabadas, siendo las transcripciones llevadas a cabo por las responsables del trabajo, a los efectos de preservar su confidencialidad.

La participación en el presente Trabajo Final de Grado, no constituye objeto de remuneración o compensación material o de cualquier otro tipo. Así, los beneficios de la misma se encuentran vinculados a los aportes que este trabajo pueda realizar en torno a la temática central que aborda.

Por último, mencionar que la contribución de los participantes es muy valiosa, y se les recuerda que pueden abstenerse a responder cuando lo deseen o pueden suspender la entrevista cuando lo consideren, opción que no involucra ningún tipo de consecuencia para quien la tome.

Las responsables de dicho trabajo serán:

Br. María Noel Bergero, CI. 4.861.970-0

Br. Karla Maldonado, CI. 4.410.896-9

Con la tutoría de la Directora Prof. O.P. Eliana Martinez y la co-tutoría de la Asist. O.P. Andrea Akar.

Por consultas pueden comunicarse en cualquier momento del proceso con las responsables de este Trabajo Final de Grado:

María Noel Bergero: noelbergero@gmail.com

Karla Maldonado: maldonado.karla@hotmail.com

Firma de las responsables del Trabajo Final de Grado:

Aclaración de firma:

Declaración de Consentimiento Informado:

Por el presente formulario me manifiesto informado de forma clara sobre el fin de mi participación en este Trabajo Final de Grado

Acepto voluntariamente participar en el mencionado Trabajo Final de Grado y comprendí claramente que tengo derecho a retirarme del mismo en cualquier momento sin que esto implique ningún tipo de consecuencia para mi persona. Acuerdo asimismo ser entrevistado y que la mencionada entrevista sea grabada por el/la/los investigador/a/es responsable/s

Fecha:

Firma:

Aclaración:

En caso de no consentimiento, explicar brevemente los motivos del mismo.

Guía de preguntas:

1. PARTERAS:

a) ¿Cómo se realiza el tratamiento de la RPM en el Centro Hospitalario Pereira Rossell?

b) ¿Se guían por algún protocolo de manejo?

c) ¿Difiere el tratamiento según el equipo de trabajo?

d) ¿Cómo actúa según su perfil ante los diferentes planteos terapéuticos (si los hay)?

e) ¿Implementan acciones no farmacológicas ante la RPM? ¿Cuáles? ¿Por qué?

2. GINECÓLOGOS:

a) ¿Cómo se realiza el tratamiento de la RPM en el Centro Hospitalario Pereira Rossell? ¿En base a qué?

b) ¿Cuándo se realiza un cambio en la terapéutica, generalmente en qué se basan?

c) ¿Existe un protocolo único de manejo en el Centro Hospitalario Pereira Rossell?