

Ruptura Prematura de Membranas y Uso del Pesario De Arabin: Intervención De Enfermería En Un Caso Clínico

Karla Astudillo¹; Verónica Suqui²

¹ Instituto Tecnológico Superior American College –Carrera de Enfermería Cuenca , Ecuador, karla.astudillo@americancollege.edu.ec

² Instituto Tecnológico Superior American College – Carrera de Enfermería Cuenca -Ecuador, maria.suqui@americancollege.edu.ec

Resumen: La ruptura prematura de membranas (RPM) constituye una complicación obstétrica que puede poner en riesgo la vida y el bienestar tanto de la madre como del feto. Esta condición, caracterizada por la pérdida de la integridad del saco amniótico antes del inicio del trabajo de parto, requiere una atención oportuna y un abordaje integral desde la práctica de enfermería. El presente artículo tiene como propósito analizar un caso clínico de una gestante con diagnóstico de RPM en quien se utilizó un pesario de Arabin como medida terapéutica para preservar el embarazo. Se empleó una metodología descriptiva con enfoque cualitativo, basada en la observación directa, la revisión de la historia clínica y la aplicación del proceso de atención de enfermería sustentado en las taxonomías NANDA, NIC y NOC. Los resultados mostraron que la intervención profesional de enfermería, orientada al cuidado holístico, al control de signos vitales y a la adherencia terapéutica, contribuyó de manera significativa a la estabilidad materno-fetal. Se concluye que el rol de enfermería resulta esencial en la prevención de complicaciones y en la mejora del pronóstico de las gestantes con RPM, fortaleciendo la práctica clínica a través del conocimiento científico y la atención humanizada.

Palabras clave: Ruptura Prematura de Membranas Fetales; Dispositivos Médicos; Cuidados de Enfermería; Embarazo de Alto Riesgo.

Premature Rupture of Membranes And Use Of The Arabin Pessary: Nursing Intervention In A Clinical Case

Premature rupture of membranes (PROM) is an obstetric complication that can endanger the life and well-being of both the mother and the fetus. This condition, characterized by the loss of integrity of the amniotic sac before the onset of labor, requires timely care and a comprehensive approach from nursing practice. The purpose of this article is to analyze a clinical case of a pregnant woman diagnosed with PPRM in whom an Arabin pessary was used as a therapeutic measure to preserve the pregnancy. A descriptive methodology with a qualitative approach was used, based on direct observation, review of the medical history, and application of the nursing care process based on the NANDA, NIC, and NOC taxonomies. The results showed that professional nursing intervention, focused on holistic care, vital sign monitoring, and therapeutic adherence, contributed significantly to maternal-fetal stability. It is concluded that the role of nursing is essential in preventing complications and improving the prognosis of pregnant women with PPRM, strengthening clinical practice through scientific knowledge and humanized care.

Keywords: Premature Rupture of Fetal Membranes; Medical Devices; Nursing Care; High-Risk Pregnancy.

1. INTRODUCCIÓN

La ruptura prematura de membranas fetales (RPM) es una de las complicaciones obstétricas más relevantes y frecuentes en la práctica clínica, caracterizada por la pérdida de la integridad del saco amniótico antes del inicio del trabajo de parto. Esta condición afecta aproximadamente al 10 % de los embarazos y constituye un desafío tanto para el equipo médico como para el personal de enfermería, por el riesgo de infección materna y compromiso fetal que conlleva (1). Cuando ocurre antes de las 37 semanas de gestación, se denomina ruptura prematura de membranas pretérmino (PPROM), lo que incrementa la probabilidad de parto prematuro y complicaciones neonatales graves (2).

Diversos factores pueden contribuir a la aparición de la RPM, entre ellos infecciones del tracto genitourinario, antecedentes obstétricos de parto prematuro, deficiencia nutricional, tabaquismo, y alteraciones estructurales del cuello uterino (3,4). Estos elementos comprometen la resistencia de las membranas fetales, aumentando su vulnerabilidad frente a la presión intrauterina y la actividad uterina prematura.

El manejo clínico de la RPM depende de la edad gestacional y del estado materno-fetal. Entre las estrategias terapéuticas utilizadas destaca el uso del pesario de Arabin, un dispositivo médico diseñado para disminuir la presión sobre el cuello uterino y prolongar la gestación en mujeres con riesgo de parto prematuro (5). Este método, junto con la administración de antibióticos, corticoides y progesterona, forma parte de un abordaje multidisciplinario orientado a mejorar el pronóstico neonatal (6).

En este contexto, el rol de enfermería adquiere

una importancia fundamental. La

atención de enfermería en casos de RPM no solo se enfoca en la vigilancia clínica control de signos vitales, detección temprana de infecciones y educación sobre el reposo y adherencia terapéutica, sino también en el acompañamiento emocional de la gestante. Un cuidado humanizado, basado en las taxonomías NANDA, NIC y NOC, permite planificar intervenciones seguras y personalizadas que promuevan el bienestar materno-fetal y reduzcan la ansiedad asociada a esta condición (7,8).

El presente artículo analiza un caso clínico de ruptura prematura de membranas con colocación de pesario de Arabin, destacando la intervención del profesional de enfermería dentro del proceso de atención. Se busca fortalecer la evidencia sobre la relevancia del cuidado enfermero en embarazos de alto riesgo y su impacto en la evolución positiva del binomio madre e hijo.

1.1 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICA

La ruptura prematura de membranas (RPM) se define como la pérdida espontánea de la integridad de las membranas cori amnióticas que ocurre antes del inicio del trabajo de parto, constituyendo una de las complicaciones obstétricas más frecuentes. Se estima que afecta aproximadamente al 10% de las gestaciones, de las cuales un 3% sucede antes de las 37 semanas, situación que incrementa el riesgo perinatal y clasifica al embarazo como de alto riesgo tanto para la madre como para el feto (1). Cuando el intervalo entre la ruptura y el inicio del trabajo de parto es prolongado, se incrementa el riesgo de infecciones y de complicaciones potencialmente graves, lo cual exige un manejo clínico oportuno y adecuado (2). En

el contexto latinoamericano, la RPM representa un problema importante, ya que cerca del 20% de los casos se presentan en edades gestacionales tempranas, cuando la madurez fetal aún es insuficiente para un nacimiento seguro (3).

1.2 ANATOMÍA Y EMBRIOLOGÍA RELACIONADA

El desarrollo del aparato reproductor femenino inicia en la séptima semana de gestación, momento en el cual las gónadas indiferenciadas originan los conductos paramesonéfricos, estructuras que darán lugar a las vías genitales femeninas (4). La diferenciación embrionaria está regulada por la activación del gen SRY, aproximadamente en la octava semana; si este proceso culmina en la formación de ovarios, se desencadena la diferenciación interna y externa en sentido femenino (4).

El aparato reproductor femenino está constituido por órganos internos —vagina, útero, trompas de Falopio y ovarios— y órganos externos —vulva, labios mayores y menores, clítoris y monte de Venus—. Estas estructuras permiten el proceso reproductivo y proporcionan protección mecánica y fisiológica al embrión en desarrollo (5).

1.4 FISIOLÓGIA DEL SISTEMA REPRODUCTOR Y DEL SACO AMNIÓTICO

Previo al nacimiento, los ovarios contienen aproximadamente un millón de ovocitos, de los cuales solo un pequeño porcentaje alcanzará la madurez durante la vida reproductiva. Estas glándulas regulan el ciclo menstrual y sintetizan hormonas esenciales, como estrógenos y progesterona (6).

La fecundación tiene lugar en el tercio externo de las trompas de Falopio, donde se fusiona el ovocito con un espermatozoide. El embrión migra hacia la cavidad uterina entre los días 2 y 5 posteriores, implantándose en un endometrio preparado para su nutrición y desarrollo inicial (6,7). El líquido amniótico, cuya formación inicia alrededor de la cuarta semana de gestación, cumple funciones protectoras, metabólicas, térmicas y mecánicas esenciales para el adecuado desarrollo fetal. Su composición varía conforme avanza la gestación, adaptándose a las necesidades fetales (8).

1.3 ETIOLOGÍA DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

La literatura identifica múltiples factores que pueden predisponer a la ruptura prematura de las membranas fetales. Entre los más frecuentes se encuentran las infecciones del tracto urinario y genital (amnionitis, cervicitis), el aumento del volumen intrauterino, la hemorragia subcoriónica, el traumatismo materno y el consumo de tabaco u otras sustancias (9). La diversidad etiológica evidencia la multifactorialidad de esta patología y la necesidad de una valoración clínica integral.

1.4.1 FISIOPATOLOGÍA

La RPM se caracteriza por la pérdida de resistencia de las membranas fetales, lo cual puede originarse por procesos inflamatorios, infecciosos o mecánicos. Esta ruptura, cuando ocurre antes de las 37 semanas, incrementa significativamente el riesgo de morbilidad perinatal (10). La evidencia actual señala que la infección del tracto reproductivo es uno de los principales factores que contribuyen al debilitamiento de las membranas, favoreciendo su ruptura prematura (11). Asimismo, condiciones como el

polihidramnios o los embarazos múltiples generan mayor presión intrauterina y predisponen a la ruptura (11). La incompetencia cervical, caracterizada por un cuello uterino corto y abierto, constituye otro factor determinante en la etiopatogenia de la RPM (12).

1.5 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las manifestaciones clínicas de la RPM pueden variar en intensidad, pero suelen incluir: (13).

- ❖ Pérdida de líquido vaginal claro o acuoso.
- ❖ Sensación persistente de humedad.
- ❖ Fiebre.
- ❖ Dolor lumbar.
- ❖ Dolor tipo cólico y taquicardia fetal.

La identificación temprana de estos síntomas es fundamental para evitar complicaciones infecciosas y obstétricas.

1.6 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y DE LABORATORIO

Para confirmar la sospecha de RPM, una de las pruebas más utilizadas es la nitracina, la cual permite identificar líquido amniótico a través de un cambio de pH en la muestra obtenida del cuello uterino (14). Además, la valoración diagnóstica debe complementarse con:

- ❖ Ecografía transvaginal o abdominal para evaluar volumen de líquido amniótico,
- ❖ Maniobra de Valsalva para observar salida de líquido.
- ❖ Especuloscopia para la visualización directa de fluidos (9). La combinación de estas técnicas incrementa la precisión diagnóstica.

1.7 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Diversos estudios epidemiológicos han identificado factores que aumentan la probabilidad de RPM, entre los cuales destacan las infecciones del tracto reproductivo (vaginitis bacteriana, tricomoniasis, gonorrea, clamidia, corioamnionitis latente), el tabaquismo, el consumo de sustancias, las complicaciones obstétricas como embarazo múltiple o polihidramnios, la incompetencia istmicocervical, las hemorragias durante el embarazo y los traumatismos (13). También se han descrito factores ambientales, incluyendo variaciones significativas de presión atmosférica.

1.8 APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

La evaluación diagnóstica de la RPM debe ser exhaustiva e incluir métodos clínicos y complementarios. La combinación de ecografía, especuloscopia, pruebas bioquímicas y maniobras como la de Valsalva permite una aproximación diagnóstica integral y confiable (12).

1.9 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento farmacológico indicado para la RPM busca prevenir infecciones, acelerar la maduración fetal y aliviar síntomas maternos. Entre los fármacos más utilizados se incluyen (15):

- ❖ **Penicilina:** recomendada para el manejo de infecciones bacterianas.
- ❖ **Clindamicina:** alternativa para pacientes con alergia a penicilina.
- ❖ **Progesterona:** utilizada para la prevención del parto prematuro.

- ❖ **Betametasona:** indicada para la maduración pulmonar fetal entre las 28 y 33 semanas.
- ❖ **Paracetamol:** empleado para el manejo del dolor.
- ❖ **Suplementos nutricionales:** hierro, calcio y ácido fólico como soporte materno-fetal.

1.9.1 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Dentro del manejo no farmacológico, el reposo absoluto constituye la medida inicial recomendada tras el diagnóstico de RPM. Asimismo, el pesario de Arabin se emplea en casos de incompetencia cervical para disminuir la presión sobre el cuello uterino, prolongar la gestación y reducir el riesgo de parto prematuro (7).

2. DESARROLLO DE CASO CLÍNICO

La paciente es una mujer de 31 años, primigesta, con 23.4 semanas de gestación, sin antecedentes patológicos personales, quirúrgicos ni gineco-obstétricos relevantes. Acude inicialmente a una consulta privada tras presentar pérdida de líquido transvaginal clara, persistente por aproximadamente 30 horas, sin causa aparente. Ante la sospecha clínica de ruptura prematura de membranas (RPM), se le colocó un pesario de Arabin y fue referida al Hospital de Especialidades Cuenca evaluación integral y manejo especializado.

A su ingreso al servicio de Ginecología, la paciente se encontraba alerta, orientada, hemodinámicamente estable y sin signos de compromiso sistémico. Durante la anamnesis refirió sensación de humedad continua, dolor lumbar intermitente y molestias tipo cólico de intensidad moderada. No reportó episodios

febriles, sangrado vaginal ni actividad uterina regular.

2.1 EXÁMEN FÍSICO GENERAL Y OBSTÉTRICO

Reposo absoluto, debido al riesgo de progresión a trabajo de parto.

Progesterona, con el fin de favorecer el mantenimiento del embarazo.

Antibióticos (Clindamicina) como profilaxis para prevenir infección intraamniótica, especialmente **considerando el tiempo de evolución**

Tabla 1 Valoración examen físico

Zona Evaluada	Hallazgos clínicos
Estado general	Paciente con condición clínica general satisfactoria, con adecuada apariencia, hidratación conservada y mucosas íntegras de coloración fisiológica.
Signos vitales	FC 72–90 lpm, FR 18–20 rpm, PA 100/60–115/80 mmHg, SatO ₂ 94–98%, T° 36.2–37.0 °C. Interpretación: constantes vitales dentro de límites fisiológicos, sin evidencia de compromiso hemodinámico, respiratorio metabólico.
Cabeza y cuello	Morfología conservada; sin adenopatías ni alteraciones estructurales palpables; movilidad y reservadas.
Tórax	Buena expansibilidad; ruidos cardíacos normofonéticos; murmullo vesicular conservado; ausencia de adventicios.
Extremidades	Simétricas, sin edema, lesiones ni alteraciones circulatorias aparentes; adecuada función motora.
Abdomen obstétrico	Abdomen globuloso por útero gestante; altura uterina de 33 cm acorde con la edad gestacional; actividad fetal presente; dolor tipo cólico irradiado a región lumbar (EVA 7/10)
Genitales externos	Presencia de líquido claro compatible con pérdida de líquido amniótico; sin sangrado, fetidez ni signos de infección vulvovaginal.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos reales del caso clínico.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos reales del caso clínico.

2.2 EVALUACIÓN COMPLEMENTARIA

Los exámenes de laboratorio mostraron resultados dentro de rangos normales para hemoglobina, creatinina, glucosa y electrolitos. Se reportó neutrofilia leve, atribuida al proceso inflamatorio asociado a la RPM, pero sin evidencia de infección sistémica.

El examen de orina fue negativo para proteinuria y no presentó hallazgos sugestivos de infección urinaria.

2.3 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Con base en la sintomatología, el examen físico y la observación directa de pérdida de líquido amniótico, se estableció el diagnóstico de:

2.4 MANEJO INSTAURADO

Se inició un plan terapéutico acorde a protocolos para RPM en edad gestacional límite de viabilidad fetal. El manejo incluyó:

- ❖ **Betametasona** para favorecer la maduración pulmonar fetal.
- ❖ **Paracetamol** para manejo del dolor lumbar y cólico.
- ❖ **Hidratación con solución salina 0.9%** en infusión continua para mantener estabilidad hemodinámica.
- ❖ **Suplementación** con ácido fólico, calcio y hierro como soporte materno-fetal.

Se mantuvo monitoreo estricto de signos vitales, saturación de oxígeno, presencia de fiebre, características del líquido amniótico y estado fetal. Durante su estancia no se evidenció

fiebre, deterioro clínico ni datos de corioamnionitis. El SCORE MAMA se mantuvo en rango de normalidad, sin indicios de sepsis materna.

2.5 EVOLUCIÓN CLÍNICA

La paciente evolucionó de manera estable durante los días de hospitalización, sin presentar deterioro hemodinámico ni aumento de la sintomatología dolorosa. Se mantuvo la pérdida de líquido clara, sin mal olor ni cambios sugestivos de infección. La actividad fetal se mantuvo conservada. El manejo conservador permitió evitar la progresión inmediata a trabajo de parto.

3 ANÁLISIS DEL CASO

La paciente presentó un cuadro clínico compatible con ruptura prematura de membranas (RPM), evidenciado por la pérdida de líquido claro por más de 30 horas y la observación directa de salida de líquido amniótico durante el examen físico.

Estos hallazgos corresponden a las manifestaciones clínicas descritas en la literatura, donde la secreción vaginal acuosa y la sensación de humedad persistente constituyen signos cardinales de la RPM (13).

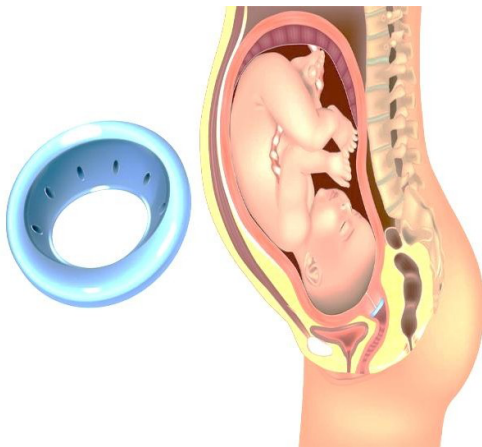


Figura 1. Pesario de Arabin.

Fuente: Clínica Camelias. 2018.

El tiempo transcurrido entre la posible ruptura y la atención hospitalaria aumentó el riesgo de complicaciones infecciosas, dado que la prolongación del intervalo sin membranas se asocia a mayor exposición microbiana (2). Sin embargo, la paciente no presentó fiebre, taquicardia materna ni alteraciones en los parámetros de laboratorio, descartando infección sistémica o corioamnionitis al momento de la evaluación inicial.

Desde el punto de vista etiológico, la paciente no reportó infecciones urinarias, traumatismos ni hábitos de riesgo como el tabaquismo, factores comúnmente asociados a la RPM (9,10). No obstante, la existencia de dolor lumbar y cólicos moderados sugiere un proceso inflamatorio leve, coherente con la neutrofilia registrada en el hemograma. Además, la colocación previa de un pesario de Arabin por sospecha de incompetencia cervical se alinea con la fisiopatología descrita para este dispositivo, cuyo propósito es disminuir la presión sobre el cuello uterino y retrasar el parto en casos de cuello corto o dilatación prematura (12). El manejo clínico instaurado se ajustó

a las recomendaciones vigentes para embarazos menores de 24 semanas con RPM.

La administración de progesterona responde al objetivo de prolongar la gestación y disminuir la actividad uterina, lo cual es consistente con su función fisiológica en el mantenimiento del embarazo (6).

Asimismo, el uso de antibióticos profilácticos como la clindamicina es adecuado en contextos donde la integridad de las membranas está comprometida, dadas las altas tasas de infección materno-fetal reportadas en estos cuadros (11).

La administración de betametasona para el estímulo de la maduración pulmonar fetal también es congruente con las directrices actuales, pese a la edad gestacional límite, ya que su uso en embarazos entre 28 y 34 semanas mejora significativamente el pronóstico neonatal al favorecer el desarrollo alveolar y la producción de surfactante pulmonar (13). En este caso, su indicación busca anticiparse a un posible parto prematuro, dada la inestabilidad de las membranas.

El hallazgo de un SCORE MAMA dentro de parámetros normales refuerza la ausencia de signos de sepsis o deterioro materno, lo cual permitió priorizar un manejo conservador con reposo absoluto, hidratación y vigilancia continua. De acuerdo con la literatura, el reposo y el monitoreo estrecho siguen siendo pilares fundamentales en el manejo de la RPM, especialmente en edades gestacionales tempranas (14).

En cuanto a la evolución, la estabilidad hemodinámica de la paciente, la ausencia de fiebre, el adecuado bienestar fetal y la persistencia de líquido amniótico claro indican un curso clínico controlado en el corto plazo.

Esto evidencia la efectividad del protocolo aplicado y la importancia del seguimiento oportuno, dado que la RPM en edades gestacionales menores a 24 semanas se asocia a riesgos elevados de parto prematuro extremo, sepsis, restricción del crecimiento intrauterino y complicaciones respiratorias severas en el neonato (1,10).

En conjunto, el caso ilustra la complejidad clínica de la RPM en una gestación con viabilidad límite y destaca la necesidad de una aproximación multidisciplinaria. La integración de un manejo farmacológico temprano, el uso de dispositivos como el pesario de Arabin y la vigilancia estrecha constituyen estrategias que permiten prolongar el embarazo y mejorar los resultados materno-fetales dentro de este contexto clínico.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

En esta investigación se empleó un enfoque cualitativo–descriptivo mediante el diseño de estudio de caso clínico, con el objetivo de analizar la evolución, diagnóstico y manejo de una paciente con ruptura prematura de membranas (RPM). La información se obtuvo directamente del escenario clínico donde se desarrolló la problemática, a través de la revisión de la historia clínica, valoración integral de enfermería, registros de signos vitales, exámenes complementarios, notas de evolución, plan de cuidados y procedimientos realizados durante la hospitalización. La unidad de análisis fue una paciente

primigesta de 31 años con 23.4 semanas de gestación atendida en el Servicio de Ginecología del Hospital de Especialidades de Cuenca, institución que constituye un centro de referencia para el manejo de patologías obstétricas de mediana y alta complejidad. Los datos recolectados corresponden a observación directa, valoración física, uso de instrumentos clínicos y revisión documental del proceso de atención, permitiendo describir de manera integral la evolución materna y la intervención terapéutica interdisciplinaria. La información fue organizada, sistematizada y analizada de forma descriptiva, comparando los hallazgos del caso con la evidencia científica disponible, respetando en todo momento los principios éticos de confidencialidad, respeto y consentimiento informado.

5. RESULTADOS Y HALLAZGOS CLÍNICOS

Tabla 1. Proceso de atención de enfermería

Valoración	Paciente con dolor tipo cólico irradiado a zona lumbar, EVA 7/10. Posterior a la intervención de enfermería y administración de analgésicos, el dolor disminuye a EVA 3/10.
Diagnóstico	Dolor agudo R/C: Ruptura prematura de membranas. M/P: EVA 7/10, dolor referido y signos no verbales de molestia
Planificación	Disminución del dolor.
Ejecución	Observar signos no verbales de molestia Identificar factores que exacerban o alivian el dolor. Garantizar administración de analgésicos según indicación. Enseñar técnicas de manejo del dolor.
Evaluación	Tras aplicar las intervenciones de enfermería, la paciente presenta una disminución significativa del dolor, pasando de EVA 7/10 a EVA 3/10. El dolor se encuentra bajo control y la respuesta al tratamiento es favorable.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del caso clínico.

Tabla 2. Proceso de atención de enfermería

Valoración	Paciente de 31 años con ruptura prematura de membranas, refiere descanso en intervalos cortos durante la noche.
Diagnóstico	Trastorno del patrón de sueño R/C: Dificultad para conciliar el sueño. M/P: Inmovilización.
Planificación	Estado de comodidad: entorno
Ejecución	Explicar importancia del sueño adecuado durante embarazo, enfermedad y estrés. Registrar patrón y horas de sueño. Identificar factores físicos y psicológicos que interrumpen el sueño.
Evaluación	Tras aplicar las intervenciones de enfermería, la paciente presenta una disminución significativa del dolor, pasando de EVA 7/10 a EVA 3/10. El dolor se encuentra bajo control y la respuesta al tratamiento es favorable. Enseñar al paciente a controlar los patrones de sueño. Ajustar ambiente (luz, ruido, temperatura, cama) para favorecer el descanso.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del caso clínico.

Tabla 3. Proceso de atención de enfermería

Valoración	Paciente de 31 años que acude a la casa de salud por ruptura prematura de membranas. Se evidencia salida de líquido claro a nivel vaginal.
Diagnóstico	Riesgo de infección R/C: Ruptura prematura de la membrana amniótica.
Planificación	Control del riesgo
Ejecución	Observar signos y síntomas de infección sistémica y localizada. Vigilar la vulnerabilidad del paciente a infecciones. Vigilar recuento absoluto de granulocitos, leucocitos y fórmula leucocitaria. Administrar agente de inmunización adecuado. Educar a paciente y familia sobre signos de infección y cuándo reportarlos. adecuada.
Evaluación	Se mantiene el tratamiento antibiótico indicado y evoluciona favorablemente, no presenta fiebre ni otros signos de infección. Se evidencia adecuada respuesta estabilidad hemodinámica.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del caso clínico

6. DISCUSIÓN

La ruptura prematura de membranas (RPM) continúa siendo una de las complicaciones obstétricas más relevantes debido a su asociación con infección materno-fetal, parto pretérmino y aumento de la morbilidad neonatal (1,2). En este contexto, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) constituye una herramienta metodológica esencial para garantizar un cuidado integral, seguro y basado en evidencia. En el presente caso, la identificación oportuna de los diagnósticos riesgo de infección, trastorno del patrón de sueño y dolor agudo permitió orientar intervenciones efectivas que favorecieron la evolución clínica de la gestante.

El diagnóstico de riesgo de infección fue prioritario debido al tiempo prolongado de exposición tras la ruptura de membranas y a la

presencia de líquido amniótico claro, factores ampliamente descritos como

determinantes en el desarrollo de corioamnionitis y sepsis materna (3,4).

Las intervenciones implementadas — monitorización clínica continua, vigilancia hemodinámica, control térmico, evaluación de parámetros hematológicos y administración de antibióticos— se alinean con guías internacionales que destacan la importancia del abordaje preventivo para reducir la incidencia de complicaciones infecciosas (5).

La ausencia de fiebre, estabilidad hemodinámica y el adecuado bienestar fetal evidencian la efectividad del manejo instaurado.

En relación con el trastorno del patrón de sueño, este diagnóstico se asocia a factores físicos y emocionales propios de los embarazos de alto

riesgo, como la inmovilización, el estrés y la incertidumbre sobre la evolución fetal (6). La implementación de medidas orientadas al control del ambiente, la higiene del sueño y la educación terapéutica favoreció una mejora significativa en la calidad del descanso. Diversos estudios señalan que la optimización del sueño tiene impacto directo en la regulación emocional, la disminución de la ansiedad y el fortalecimiento de la percepción de bienestar en gestantes hospitalizadas (7). De la irritación uterina en contextos de RPM y del uso del pesario de Arabin. La reducción del dolor a EVA 3/10 tras la administración de analgésicos y técnicas no farmacológicas confirma la pertinencia del 9/10. En este caso, su

7. REFERENCIAS

Elçi E, Güneş Elçi G, Sayan S. Comparison of the accuracy and reliability of the AmniSure, AMNIOQUICK, and AL-SENSE tests for early diagnosis of premature rupture of membranes. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2020;149(1):93–97. [citado 24/11/2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13097>

Alao A, Afolabi A, Akunaeziri U, et al. Diagnosis of premature rupture of membranes using vaginal fluid urea and creatinine. *Research Square* [Internet]. 2021. [citado 24/11/2024]. Disponible en: <https://www.researchsquare.com/article/rs-926058/v1>

Martínez I, Miranda S. Vaginosis bacteriana en el embarazo: últimos avances hasta la fecha. *Rev Med Sinerg* [Internet]. 2022;7(7):7. [citado 24/11/2024]. Disponible

colocación contribuyó a la estabilidad del embarazo y permitió un manejo conservador. En conjunto, los hallazgos de este caso reafirman que la integración adecuada del PAE, sustentada en las taxonomías NANDA, NIC y NOC, fortalece la calidad del cuidado en gestantes con patologías de alto riesgo. La valoración holística, la intervención basada en evidencia y el seguimiento permanente consolidan el rol del profesional de enfermería como un actor esencial en la prevención, detección temprana y manejo integral de la RPM. Asimismo, este caso destaca la importancia de intervenciones individualizadas y humanizadas que respondan a las necesidades biopsicosociales de la mujer gestante

en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8876582>

Mesa C. Flujo vaginal y embarazo. *Mem Curso Act Ginecol Obstet* [Internet]. 2021;203–207. [citado 24/11/2024]. Disponible en: https://revistas.udea.edu.co/index.php/ginecologia_y_obstetricia/article/view/347224

Hernández O, Robles P. Características y factores de riesgo en la ruptura prematura de membranas en embarazo. *EBSCO* [Internet]. 2020. [citado 24/11/2024]. Disponible en: <https://www.ebsco.com/>

López M, Delgado M, González L, Morales C. Riesgo en el uso de antibióticos durante el embarazo.

Dilemas Contemp Educ Polit Valores
[Internet]. 2020. [citado 24/11/2024].
Disponible en:
<https://dilemascontemporaneoseducacionpoliticaayvalores.com/>

1. Guerrero J, Asanza Z, Cedeño M, Pacheco D. Manejo y tratamiento conservador de la ruptura prematura de membranas pretérmino y su impacto en la morbilidad neonatal. Polo Conocimiento[Internet]. 2023;8(8):2713–29. [citado 24/11/2024]. Disponible en:
<https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/3509>

2. Rivera G, Galarza A, Soria T, Valdiviezo. 24/11/2024]. Disponible en:
http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2661-67422020000200071

3. Orias M. Ruptura prematura de membranas. Rev Med Sinerg [Internet]. 2020;5(11):e606. [citado 24/11/2024]. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms2011j.pdf>
<https://ginecobs2023.sld.cu/index.php/ginecobs/2023/paper/viewFile/134/47>

4. Cali M, Baños L, Chiriboga J, Salcán A. Uso de progesterona en amenaza de parto pretérmino. RECIAMUC [Internet]. 2022;6(2):227–234. [citado

24/11/2024].

Disponible

en:

<https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/856>

5. Villamizar M, Wandurraga J, Guarín-Serrano R. Progesterona natural micronizada y prevención del parto pretérmino. Medunab [Internet]. 2022;25(1):31–41. [citado 24/11/2024]. Disponible en:
https://www.redalyc.org/journal/719/719718_23002/

6. Iza L, Bustillos M. Amenaza de parto prematuro: predicción, prevención y manejo. Recimundo [Internet]. 2022;6(3):393–408. [citado 24/11/2024]. Disponible en:
<https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/1831>

7. García L, Sicilia A. Pesario cervical como prevención primaria de la prematuridad. GinecObs SLD [Internet]. 2023. [citado 24/11/2024].