



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE OBSTETRICIA**

TESIS DE GRADO

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE

OBSTETRA

TÍTULO

**RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN EMBARAZO DE ADOLESCENTES Y
SU RELACION CON INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS**

**HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL. DE
SEPTIEMBRE DEL 2012 A FEBRERO DEL 2013**

AUTOR:

JESSICA ACURIO ACURIO

TUTOR:

OBST. MSC. NORMA SARANGO INTRIAGO

GUAYAQUIL – ECUADOR

2013



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE OBSTETRICIA

Esta tesis cuya autoría corresponde al ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Obstetricia como requisito parcial para optar.....

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

SECRETARIA ESCUELA DE
OBSTETRICIA

CERTIFICADO DEL TUTOR

Yo, Obst. Norma Sarango Intriago, certifico que la Tesis de investigación titulada: **“RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN EMBARAZO DE ADOLESCENTES Y SU RELACION CON INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS. HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL. DE SEPTIEMBRE DEL 2012 A FEBRERO DEL 2013”**, es trabajo original de las: **SRA.JESSICA ACURIO ACURIO**, el que ha sido realizado bajo mi dirección.

Guayaquil, Julio del 2013.

Obst. Norma Sarango Intriago.

Tutor de Tesis

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme seguir día a día y guiar mis pasos.

A mis padres, que son parte fundamental en mi vida, ya que son mi ejemplo a seguir y son los responsables de lo que soy ahora.

A mi hija que es el motor de mi vida y la razón de seguir esforzándome para ser cada día mejor.

A mis maestros, que me brindaron su sabiduría, y día a día tuvieron paciencia para impartirnos sus conocimientos y lecciones de vida.

AGRADECIMIENTO

Este trabajo de investigación no hubiese sido posible, sin el esfuerzo y dedicación de su autora y sobre todo por la colaboración de cada una de las personas que desinteresadamente contribuyeron para su elaboración.

Le agradezco a la Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Obstetricia por acogerme dentro de sus instalaciones, en donde tuve la dicha y oportunidad de formarme profesionalmente.

Al Hospital Materno-Infantil Dra. Matilde Hidalgo Procel de la ciudad de Guayaquil, y a todo el personal que en el labora, por abrirme las puertas en mi internado y permitirme realizar mi trabajo investigativo.

DECLARACIÓN DEL AUTOR

YO , Jessica Elizabeth Acurio Acurio con C.I. 1206272344 , egresada de la Escuela de Obstetricia , Facultad de Ciencias Médicas , Universidad de Guayaquil declaro que: El presente trabajo de investigación titulado: **“RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN EMBARAZO DE ADOLESCENTES Y SU RELACION CON INFECCION DE VIAS URINARIAS.**

HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL. DE SEPTIEMBRE DEL 2012 A FEBRERO DEL 2013”, es de mi autoría y ha sido realizado bajo mi absoluta responsabilidad y con la supervisión de la Obst. Norma Sarango Intriago en calidad de Tutor.

Guayaquil, Julio del 2013

Jessica Elizabeth Acurio Acurio

C.I. 1206272344

RESUMEN

La rotura prematura de membranas es una patología frecuente en las pacientes gestantes, que se manifiesta por medio de una clínica evidente. Las infecciones de vías urinarias son una de las patologías maternas que más atrae complicaciones durante el embarazo y son la segunda complicación más frecuente, en caso de rotura prematura de membranas a cualquier edad del embarazo. El presente trabajo se realizó en la ciudad de Guayaquil, en el Hospital Materno-Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel, ubicado al sur de la ciudad, sector del Guasmo, con el propósito de conocer la asociación que existe entre la ruptura prematura de membranas en embarazos de adolescentes y la relación con la infección de vías urinarias. Se realizó un estudio Retrospectivo, Descriptivo, Analítico. Se evaluaron 84 con el diagnóstico de RPM con relación a la infección de vías urinarias. La información de cada una de ellas fue registrada en un formulario en que se incluyeron las variables: edad, escolaridad, estado civil, procedencia, control prenatal, antecedentes de infecciones vaginales, antecedentes de infección del tracto urinario, antecedentes patológicos obstétricos, paridad. Los resultados obtenidos del Hospital Materno – Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel para los factores predisponentes a la RPM encontramos que lo más importante fueron: La edad de menor de 16-17 años de edad con el 38%. La procedencia de zona rural con el 60%. La condición de unión libre con el 55%. Como antecedente obstétrico la nuliparidad se presentó en el 67%. La infección de vías urinarias estuvo presente en el 83% de las embarazadas adolescentes.

Palabras claves: ruptura prematura de membranas. Infección de vías urinarias.

ABSTRACT

Premature rupture of membranes is a common condition in pregnant patients, manifested by a clinically evident. Urinary tract infections are one of the diseases that most appeals maternal complications during pregnancy and are the second most common complication in cases of premature rupture of membranes at any age pregnancy. This study was conducted in the city of Guayaquil, in the Maternal and Child Hospital Dr. Matilde Hidalgo de Procel, located south of the city, Guasmo sector, in order to know the association between premature rupture of membranes in teenage pregnancies and the relationship with urinary tract infection. We performed a retrospective study, Descriptive, Analytical. 84 were evaluated with the diagnosis of RPM in relation to urinary tract infection. The information of each was recorded on a form that included the variables: age, education, marital status, origin, prenatal care, history of vaginal infections, a history of urinary tract infection, obstetric medical history, parity. The results of the Maternity Hospital - Child Dr. Matilde Hidalgo de Procel for predisposing factors RPM found that the most important were: age less than 16 to 17 years old with 38%. The origin of rural area with 60%.The join condition with 55% free. As nulliparity obstetric history was presented in el67%. The urinary tract infection was present in 83% of pregnant teenagers.

Keywords: premature rupture of membranes. Urinarytractinfection

1. INTRODUCCIÓN

Se define a la rotura espontánea de las membranas fetales (RPM) como la salida de líquido amniótico una hora antes del inicio de la labor de parto debido a la pérdida de la integridad de las membranas ovulares, independientemente de la edad gestacional y cuando la RPM ocurre antes de la semana 37 es conocida como ruptura prematura de membranas fetales pretérmino (RPMF), esta complicación en el embarazo si ocurre cuando el pulmón fetal se encuentra inmaduro, corre riesgo la vida del feto.

La RPM constituye un problema de salud pública por la asociación con morbilidad fetal ya que se relaciona con prematuridad, bajo peso al nacer e infecciones como la corioamnionitis que incrementan el riesgo de muerte fetal.

A nivel mundial la incidencia de RPM es del 8-10% de los embarazos a término; ocurre del 1-3% del total de mujeres embarazadas y además se encuentra asociada con aproximadamente el 30-40% de partos pretérmino a nivel mundial.

Las membranas ovulares forman una barrera de protección para el feto, protegiendo el feto de las bacterias o microorganismo que se pueden propagar por vía ascendente, además crea un ambiente adecuado para que el feto realice sus movimientos con facilidad y evita que el cordón umbilical se presione entre el cuerpo fetal y las paredes uterinas.

En las adolescentes el embarazo se lo considera como un problema social y de salud pública y es por esto que se lo ubica entre las gestaciones de alto riesgo y con mayor probabilidad de morbilidad perinatal.

Los cambios fisiológicos que ocurren en el embarazo predisponen a infecciones a nivel del tracto urinario, siendo la principal causa de rotura prematura de membranas, que si estas infecciones no se detectan y se tratan a tiempo ponen en peligro la vida de la madre y el feto, entre las principales tenemos la bacteriuria asintomática, cistitis aguda y pielonefritis aguda.

La relación entre rotura prematura de membranas y la infección de vías urinaria, en la actualidad se ha convertido en uno de los principales problemas de salud relacionado con el embarazo y en especial en las gestaciones de adolescentes.

La RPM puede ocasionar complicaciones tanto al feto como a la madre. En el feto el síndrome de dificultad respiratoria, destres, infección neonatal, asfixia prenatal, hipoplasia pulmonar, y deformaciones ortopédicas. En la madre corioamnionitis e infecciones puerperales.

El objetivo de mi investigación es identificar que la causa principal de RPM son las infecciones de vías urinarias ya que se diseñó un estudio retrospectivo, descriptivo, analítico en un periodo de seis meses: septiembre del 2012 a febrero del 2013 en el servicio de Obstetricia del Hospital Dra. Matilde Hidalgo de Procel con la finalidad de cumplir los objetivos planteados.

El control prenatal es muy importante, ya que en el podemos detectar causas que pueden llevar a una RPM, tales como la presencia de secreciones vaginales, (producidas por bacterias, hongos o parásitos), así como también las infecciones de vías urinarias siendo estas últimas causas de RPM.

1.1 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación entre la ruptura ´prematura de membrana con las infecciones de vías urinarias?

1.1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La ruptura prematura de membranas tiene relación con las infecciones de vías urinarias ya que la importancia de esta patologías maternas que trae mucha complicación en el embarazo en muchas ocasiones ya que suelen estar presentes antes de que la mujer se embarace, provocando en muchas pacientes que conllevan en muchos casos a partos preterminos o que la paciente no tenga un parto normal sino que sea intervenida quirúrgicamente a una cesaría.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

- ◆ Cuál es la edad gestacional que se presenta con mayor frecuencia la ruptura prematura de membranas.
- ◆ Cuáles son las posibles complicaciones maternas fetales que presentan la ruptura prematura de membrana.
- ◆ Que microorganismos se encuentran con más frecuencia en la infección de vías urinarias.
- ◆ Cuál es el porcentaje de mujeres embarazadas adolescentes que presentan infecciones de vías urinarias.

1.1.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El estudio se realizara en el Hospital Dra. Matilde Hidalgo de Procel, se tomaron los registros de los pacientes embarazadas adolescentes atendidas en esta área y que presentaron ruptura prematura de membrana que tiene relación con las infecciones de vías urinarias en el periodo lectivo Septiembre 2012 a Febrero 2013.

1.1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente estudio tiene como propósito investigar si la ruptura prematura de membrana tiene relación con las infecciones de vías urinarias en embarazos de adolescentesya que se complican con otras patologías como la amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro, anemia.

En este campo la importancia de la problemática que genera la ruptura prematura de membrana es si presenta secuelas a corto y largo plazo lo cual puede constituir la elevada morbimortalidad materno-fetal, si consideramos que la ruptura prematura de membrana se asocia a prematurez, bajo peso al nacer y septicemia que incrementan la mortalidad fetal.

La información resultante de esta investigación será de gran utilidad y beneficio a la población en general sobre todo a las mujeres embarazadas debido a los controles prenatales que son de mucha importancia. Por otro lado, siempre el espectro infeccioso de los agentes etiológicos viven en constante modificación, debido al uso de medicamentos como parte de la idiosincrasia de nuestra población y además por el mal uso de las normas por parte del sistema de atención primaria y por el criterio individual de todas los especialistas en el tratamiento y manejo de las infecciones urinarias.

1.2 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS E HIPÓTESIS

1.2.1 OBJETIVOS

1.2.1.1 OBJETIVO GENERAL

- ◆ Determinar la prevalencia de rotura prematura de membranas en adolescentes con infección de vías urinarias, con la finalidad de brindar una inmediata atención a las embarazadas con este problema de salud.

1.2.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ◆ Determinar a qué edad gestacional se presenta con mayor frecuencia la ruptura prematura de membranas.
- ◆ Identificar las posibles complicaciones maternas fetales que presentan ruptura prematura de membrana.
- ◆ Conocer los principales microorganismo que produce la infección de vías urinarias como causa de la ruptura prematura de membranas.
- ◆ Establecer el alto porcentaje de un grupo de mujeres embarazadas adolescentes que presentan infecciones de vías urinarias.

1.2.2 HIPÓTESIS

Las infecciones de vías urinarias (IVU) es una de las causas principales de ruptura prematura de membrana entre las pacientes embarazadas adolescentes en el Hospital Dra. Matilde Hidalgo de Procel.

1.3 VARIABLES

1.3.1 VARIABLE DEPENDIENTE

- ◆ Ruptura Prematura de membranas

1.3.2. VARIABLE INDEPENDIENTE

- ◆ Infección de vías urinarias
- ◆ Infecciones vaginales
- ◆ Traumas
- ◆ Adolescencia

1.3.3 VARIABLES INTERVINIENTES

- ◆ Exámenes de laboratorio
- ◆ Cultivos y antibiogramas

2. MARCO TEÓRICO

2.1. DEFINICION

La ruptura prematura de membranas es un trastorno que se produce en el embarazo que puede ocurrir en cualquier momento de la gestación. La ruptura (apertura) de las membranas (bolsa amniótica) se puede presentar antes de que se inicie el trabajo de parto. La ruptura prematura de membranas suele ser causada por una infección bacteriana, por el tabaquismo o por un defecto en la estructura del saco amniótico, el útero o cérvix y también por las relaciones sexuales y la presencia de dispositivos Intrauterinos (DIU). Cuando esto ocurre, es necesario que la madre reciba tratamiento para evitar una posible infección en el recién nacido.

La infección urinaria es muy frecuente encontrarla en las adolescentes embarazadas, durante la gestación se producen cambios fisiológicos y morfológicos en el tracto urinario, y cuando el embarazo se complica con bacteriuria debida a bacilos Gram negativos, las endotoxinas constituyentes de estos microorganismos pueden teóricamente precipitar el trabajo de parto pretérmino.

Hay varias clasificaciones una de ellas es: ruptura prematura de membranas fetales pretermino “previable” (menos de 23 semanas), ruptura prematura de membranas fetales pretérmino “lejos del término” (desde la viabilidad hasta aproximadamente 32 semanas de gestación), ruptura prematura de membranas fetales pretérmino “cerca al termino” (aproximadamente 32-36 semanas de gestación).

2.2 ETIOPATOGENIA

2.2.1 ESTRUCTURA DE LAS MEMBRANAS AMNIÓTICAS

El feto se encuentra dentro del útero rodeado de un líquido claro y ligeramente amarillento que está contenido dentro del saco amniótico, el mismo que aumenta en volumen a medida que el feto crece. Este volumen alcanza su punto máximo aproximadamente en la semana 34 de gestación, llega a un promedio de 800 ml. El feto hace circular constantemente este líquido al tragarlo e inhalarlo y reemplazarlo a través de la “exhalación” y la micción. El líquido amniótico cumple numerosas funciones para el feto: protección de las lesiones externas al amortiguar golpes o movimientos súbitos, permitir su libre movimiento y desarrollo músculo-esquelético simétrico, mantener una temperatura relativamente constante como protección de la pérdida de calor y por último permite el desarrollo apropiado de los pulmones.

Las membranas fetales estructuralmente presentan dos capas conocidas y diferenciadas histológicamente como corion y amnios, las cuales pueden a su vez estratificarse en

distintas láminas. El amnios tiene un grosor 0,02 a 0,5 mm está compuesto por cinco láminas distintas: la más cercana al feto es el epitelio amniótico, cuyas células secretan colágeno tipo III, tipo IV y proteoglicanos (laminina, fibronectina) que luego confluirán para conformar la segunda lámina conocida como membrana basal. En el siguiente estrato se encuentra la lámina compacta, compuesta por tejido conectivo, la cual se puede considerar como el esqueleto fibroso principal del amnios. Luego se encuentra la lámina fibroblástica en donde se observan macrófagos envueltos de una matriz extracelular y células mesenquimales que son responsables de la secreción del colágeno encontrado en la lámina inmediatamente anterior.

Por último se encuentra la lámina intermedia o “esponjosa”, conocida así debido a su apariencia, la cual limita al amnios y el corion. Esta lámina posee gran cantidad de colágeno tipo III y proteoglicanos hidratados lo que confiere su aspecto característico, su función principal es absorber el estrés físico, permitiendo que el amnios se deslice suavemente sobre el corion subyacente. Mientras que el corion suele ser más grueso, mide 0,04 a 0,4 mm de espesor que el amnios, este último posee una mayor fuerza tensil.

2.3 FISIOPATOLOGÍA

2.3.1 DEGRADACIÓN DE LA MATRIZ EXTRACELULAR

El colágeno es un componente importante, envuelto en la matriz extracelular de las membranas fetales, que contribuye a la elasticidad y fuerza tensil del amnios. La colagenasa es una enzima lítica que se encuentra en altas concentraciones en la placenta a término; su actividad aumenta a medida que avanza el trabajo de parto, el mecanismo propuesto es una falta de equilibrio entre factores de degradación y síntesis de la matriz extracelular. Un amplio número de sistemas enzimáticos proteolíticos regulados finamente, incluyendo la cascada de activación del plasminógeno y metaloproteinasas de la matriz (MMP, por su sigla en inglés matrix metalloproteinases), juegan un papel esencial en la remodelación de la matriz extracelular incluyendo el colágeno durante el embarazo y el trabajo de parto. Se ha comprobado la existencia de inhibidores tisulares de las metaloproteinasas (TIMP).

La integridad de las membranas fetales durante la gestación permanece sin alteraciones debido a una baja concentración de MMP y alta concentración de TIMP.

Durante el trabajo de parto los estudios indican que se origina una relación inversamente proporcional a la anteriormente mencionada encontrándose así una alta concentración de MMP y baja de TIMP.

Romero et al. en sus estudios realizado en el 2002 encontraron que la concentración de MMP-9 en compartimentos fetales (plasma fetal y líquido amniótico) se encontraba

elevada en pacientes con RPFM comparado con aquellas que presentaban trabajo de parto pretérmino sin RPFM, además descartaron que esta elevación fuera parte de una respuesta inflamatoria fetal.

2.4 ETIOLOGÍA

La causa de la RPM es incierta, muchos autores señalan como primera causa a la infección, se recogen otras situaciones predisponentes como: edad, paridad, procedencia, escolaridad, estado civil, control prenatal, ruptura prematura previa al embarazo actual, parto, infecciones de las vías urinarias, infecciones vaginales. La RPM es un fenómeno multifactorial.

2.4.1 FACTORES PREDISPONENTES A LA RPM

- ◆ Edad
- ◆ Procedencia
- ◆ Escolaridad
- ◆ Estado civil
- ◆ Paridad
- ◆ Infecciones de las vías urinarias
- ◆ Infecciones vaginales
- ◆ Control prenatal
- ◆ Antecedente de ruptura prematura de membranas
- ◆ Sobredistensión uterina como ocurre en polihidramnios y en embarazos múltiples.

2.5 DIAGNOSTICO

2.5.1 HISTORIA

La pérdida súbita y abundante de líquidos por la vagina permite sospechar la ruptura de las membranas; cuando es escasa e intermitente, se requiere la ayuda de algunas pruebas para confirmar el diagnóstico. Durante el interrogatorio es necesario precisar la hora en que se inició la expulsión de líquido y las características macroscópicas de este. Es necesario determinar la presencia de algún factor asociado.

2.5.2 VISUALIZACIÓN DEL CUELLO

La colocación de un especulo con todas las normas de asepsia se emplea únicamente para visualizar el cuello y se puede observar abundante líquido en el fondo de saco vaginal y la salida del mismo a través del orificio cervical externo. Y así se tomar una muestra para confirmar el diagnóstico y para examen directo y cultivo. Si todavía no se aprecia la salida de líquido y existe la duda, se le pide a la paciente que tosa, o se efectúa una presión suave sobre el fondo del útero para verificar que el líquido proviene de la cavidad uterina. Las evaluaciones cervicales posteriormente, se limitan en los casos donde se sospeche un prolapso del cordón.

2.5.3 MÉTODOS PARACLÍNICOS

Debido a que con el interrogatorio y el examen cervical no se puede establecer con exactitud el diagnóstico de RPM, se han utilizado una serie de pruebas paraclínicas con el fin de confirmar el diagnóstico, entre las que se encuentran las siguientes.

CRISTALIZACIÓN

El ILA es rico en cloruro de sodio y cuando se coloca una gota en una lámina portaobjetos, se deja secar al aire y se mira al microscopio, se observa que cristaliza en forma de helecho.

PRUEBA DE LA NITRAZINA

Otra forma de realizar el diagnóstico es determinar el pH del líquido vaginal. Para esto se usa una tira de papel de nitrazina, la cual cambia de amarillo a azul cuando es expuesta a cualquier fluido alcalino.

ECOSONOGRAFÍA

Mediante esta técnica, se puede observar una disminución en el volumen del líquido amniótico. Sin embargo, es necesario descartar otras causas de oligoamnios, como son la restricción del crecimiento intrauterino y las anomalías del tracto urinario. Es importante recordar que una cantidad normal de líquido amniótico no descarta una RPM. También se ha utilizado la vía transvaginal y transperineal, con el fin de visualizar la salida de líquido amniótico a través del canal cervical.

PH DEL FORNIX VAGINAL POSTERIOR

El pH vaginal fluctúa normalmente entre 4,5 y 5,5, mientras que el del LA es generalmente de 7. Las membranas ovulares están probablemente rotas si el papel nitrazina señala un pH mayor o igual a 7 (viraje al color azul).

DETECCIÓN DE CÉLULAS DE DESCAMACIÓN

La piel fetal descama células superficiales que pueden ser detectadas con azul de Nilo al 1%. Dada la evolución de la concentración de células naranjas en el LA, el valor diagnóstico de esta prueba aumenta junto con la edad gestacional, variando desde una sensibilidad de alrededor de 20% a las 32 semanas hasta un 90% en embarazos de término.

2.6 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Leucorrea: Frecuente (Flujo genital blanco amarillento, infeccioso, asociado a prurito).

Incontinencia urinaria: Frecuente (Frecuente en segunda mitad del embarazo, especialmente en multíparas (por relajación perineal y rectocistocele). Descartar ITU).

Eliminación tapón mucoso: Frecuente (Fluido mucoso, a veces algo sanguinolento).

Rotura de quiste vaginal: Infrecuente (Pérdida brusca de líquido cristalino por vagina. Al examen se observa cavidad pequeña en paredes vaginales).

Hidrorreadecidual: Infrecuente (Primera mitad del embarazo. Líquido claro con tinte amarillo, a veces sanguinolento. Desde espacio entre decidua parietal y refleja, que se fusiona entre las 16 y 18 semanas).

Rotura de bolsa amniocorial : Infrecuente (es el espacio virtual entre corion y amnios; se produce por delaminación de este último).

2.7 COMPLICACIONES MATERNAS

La infección puerperal se asocia frecuentemente con la RPM. La más común es la endometritis y en ocasiones la parametritis. La gravedad de la infección se relaciona directamente con el periodo de latencia, el número de tactos vaginales y la duración de la inducción. Se ha observado un índice mayor de infección cuando se realiza la cesárea después de la RPM.

2.8 COMPLICACIONES FETALES

El sufrimiento fetal se puede presentar en la mitad de los casos. El trabajo de parto debe ser vigilado muy estrechamente y de ser posible, mejor electrónicamente.

Las técnicas internas aumentan la posibilidad de infección materna y fetal. Se calcula que una tercera parte de los fetos con RPM presentan patología del cordón durante el trabajo de parto.

2.9 COMPLICACIONES NEONATALES

Las principales complicaciones son:

SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

Es la causa más frecuente de mortalidad perinatal, en relación a RPM, en gestaciones por debajo de las 34 semanas.

La madurez del pulmón fetal puede evaluarse a través de la detección en él LA de una relación lecitina/esfingomielina >2, un test de Clements (+) y/o la presencia de fosfatidilglicerol. Esta última puede establecerse no sólo a través de LA obtenido por AMCT, sino utilizando líquido recolectado en vagina (rendimiento sobre 90%).

ASFIXIA PERINATAL

La compresión del cordón secundaria al oligohidramnios, el desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, las distocias de presentación y la propia infección materna y/o fetal, son elementos que contribuyen a elevar la incidencia de asfixia perinatal (10 a 50%) en las pacientes con RPM.

SEPSIS

Es la infección aguda con manifestaciones toxico-sistémicas, ocasionadas por la invasión y proliferación de bacterias dentro del torrente sanguíneo y en diversos órganos que ocurre dentro de las primero cuatro semanas de vida y es demostrada por hemocultivo positivo.

2.10 TRATAMIENTO(VER ANEXO 2)

2.11 INFECCIÓN DE LA VÍAS URINARIAS

Es la infección más común en el embarazo, caracteriza por la presencia marcada de bacterias en cualquier lugar a lo largo del tracto urinario: uretra, vejiga, uréteres y riñones.

Es necesario establecer e identificar el tipo de IVU según la anatomía del tracto urinario femenino.

2.12 FORMAS DE PRESENTACIÓN CLÍNICA

BACTERIURIA ASINTOMÁTICA

Se denomina bacteriuria asintomática (B.A.), a la presencia de bacterias en orina cultivada (más de 100.000 colonias por ml) sin que existan síntomas clínicos de infección del tracto urinario. La mayoría de bacteriurias asintomáticas se dan en el primer trimestre de la gestación. Aparece en un 2-10% de los embarazos. (Instituto Clínico & ministerio de Salud Pública del Ecuador) (12)(15).

CISTITIS

Colonización de bacterias en el tracto urinario con más de 100000 colonias/ml que se acompaña de sintomatología urinaria y sistemática. Aparece en un 1 a 4% de las gestaciones. La mayoría de cistitis agudas se presentan en el segundo trimestre del embarazo.

PIELONEFRITIS

Es la infección bacteriana más común que compromete el tracto urinario alto que puede llevar a complicaciones perinatales y maternas como: Parto pretérmino, bajo peso al nacer, anemia, insuficiencia renal temporal, presente en 1 a 2% con una recurrencia de 10 a 20% en la misma gestación. El 80-90% de las pielonefritis aparecen en el 2º, 3º trimestre de la gestación y en el puerperio.

2.13 INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS DURANTE EL EMBARAZO

Como consecuencia de las modificaciones anatómicas y funcionales impuestos por la gestación, las infecciones del aparato urinario son una complicación frecuente que requiere hospitalización en los casos graves (pielonefritis). Las bacterias que se encuentran con mayor frecuencia son E. coli, klebsiella, proteus, pseudomonas, staphylococcus y streptococcus D y B.

2.14 ETIOPATOGENIA Y FACTORES PREDISPONENTES

La mayor incidencia de Infecciones Urinarias en la mujer, con relación al hombre, en general se explican por las diferencias anatómicas existentes. La uretra femenina es más corta, mide aprox. 4 a 6 cm (vs. 14 y 16 cm en el hombre), lo que determina su más fácil exposición a gérmenes provenientes de la flora vaginal y rectal. Por otra parte, en el embarazo suceden una serie de cambios morfológicos y funcionales, que favorecen la infección de las vías urinarias.

La entrada de gérmenes al aparato urinario es principalmente por vía ascendente, en que gérmenes de la zona anal y vaginal migran a través de la uretra y colonizan la vejiga. También se ha descrito la vía hemática y linfática con gérmenes provenientes del intestino u otro foco infeccioso. Se ha observado una relación entre IVU y el coito que actúa como factor contaminante. La presencia de vaginosis bacteriana también está relacionada con una mayor incidencia de IVU. En la vejiga de la embarazada, por efectos de la progesterona, disminuye el tono en forma progresiva, por lo cual aumenta su capacidad pudiendo alcanzar cerca de un litro al término del embarazo. Esto determina que el vaciamiento vesical sea incompleto. (1)

El trígono, posiblemente como resultado de la estimulación por estrógenos experimenta una hiperplasia e hipertrofia muscular. A esto se agregan los cambios en la morfología que se producen al final del embarazo, en que por el crecimiento uterino y la hiperemia de los órganos pélvicos, la vejiga es desplazada hacia arriba y adelante determinando que el trígono cambie su forma cóncava en convexa. En la mucosa vesical se producen congestión y aumento de tamaño y flexuosidad de los vasos sanguíneos, tomándose más edematosa con lo cual se hace más susceptible a las infecciones.

La vejiga se vuelve cada vez más flácida y disminuye el tono. Todos los cambios anteriores causan insuficiencia de la válvula vesico-ureteral lo cual ocasiona un reflujo vesico-ureteral.

Con todos los cambios que se producen en la vejiga, principalmente en el tercer trimestre del embarazo, hay un estiramiento del trígono, con desplazamiento lateral de la porción intravesical de los uréteres, lo cual acorta la porción terminal de este y hace que disminuya la presión en su interior. Cuando la presión intravesical aumenta durante la micción, hay regurgitación de orina de la vejiga hacia los uréteres.

Los cambios morfológicos más tempranos y definidos de las vías urinarias durante el embarazo son las dilataciones de la pelvis renal y uréteres. El llamado hidroureter fisiológico del embarazo se caracteriza por un notable incremento de su diámetro interior, que se acompaña de hipotonía e hipomotilidad de su musculatura lisa. Su volumen en el embarazo puede aumentar hasta 25 veces más y retener hasta 300cc de orina. Un signo característico de hidroureter es la preferencia de este fenómeno por el lado derecho, por arriba del estrecho pélvico superior. Esto probablemente se deba al cruce de vasos sanguíneos, que producirían un acosamiento del uréter derecho. También la dextrorrotación del útero por el colon sigmoide, produciría una compresión del uréter derecho. Estos cambios son progresivos a medida que avanza el crecimiento del útero.

2.15 TIPOS DE GERMENES AISLADOS CON MAYOR FRECUENCIA

El germen más frecuente aislado en la E. coli, causante de aprox. Un 80% de las infecciones.

Le siguen en frecuencia: Klebsiella, Proteus, Enterobacter y otros más raramente presentes como Ataphylococcussaprophyticus; Streptococo del grupo B, y especies de Citrobacter.

2.16 RIESGO EN LA EMBARAZADA FRENTE A IVU

El mayor riesgo a que se enfrenta una embarazada en presencia de IVU es la posibilidad de realizar una Pielonefritis Aguda. Especial atención merece la Bacteriuria Asintomática, cuya evolución natural sin tratamiento predispone a la pielonefritis en un 13 a 16 % de los casos.

Las contracciones uterinas son inducidas por citokinas y prostaglandinas que son liberadas por los microorganismos. La Bacteriuria Asintomática, cervicitis por gonococo y vaginosis bacterianas están estrechamente relacionada con parto prematuro. El rol de la clamidia trachomatis, tricomonasvaginalis y el ureoplasmaarealiticumestamenos clara. Con un adecuado diagnóstico y tratamiento racional, los médicos de familia pueden disminuir considerablemente el riesgo de presentar parto pretérmino en estas pacientes.

2.17 PUNTOS CLAVE EN EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN URINARIA EN EL EMBARAZO

- ◆ Un urocultivo al principio del embarazo es el procedimiento diagnóstico de elección de la bacteriuria asintomática.
- ◆ La bacteriuria asintomática presenta cultivos con > 100.000 colonias de un solo microorganismo (casi siempre E. coli).
- ◆ La mayoría de los urocultivos mixtos se deben a contaminación o a la mala conservación de las muestras.
- ◆ En muchas bacteriurias sintomáticas no aparece piuria.
- ◆ La persistencia de un urocultivo positivo después del tratamiento de la bacteriuria asintomática sugiere infección del parénquima renal.
- ◆ La cistitis bacteriana y la pielonefritis también presentan cultivos con > 100.000 colonias/ml
- ◆ Síntomas miccionales con cultivo con cultivo negativo y leucocituria sugieren la existencia de un síndrome uretral.
- ◆ En la pielonefritis aparece sintomatología general y en la orina piuria y en ocasiones cilindros leucocitarios.

MATERIALES Y METODOS

3.1 MATERIALES

3.1.1 LOCALIZACION DE LA ZONA

El presente estudio se realizara en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel ubicado en el Guasmo, en las calles Olfá de Bucarán y 29 de Mayo al sur de la ciudad de Guayaquil.

3.1.2 PERIODO DE LA INVESTIGACION

Se realizara en el periodo de seis meses desde Septiembre del 2012 a Febrero del 2013.

3.1.3 RECURSOS EMPLEADOS

3.1.3.1 HUMANOS

Autor

Tutor

3.1.3.2 FISICOS

Equipos de Oficina.

Navegación por Internet.

Bolígrafo

Computadora

Dispositivo USB

3.1.4 UNIVERSO Y MUESTRA

3.1.4.1 UNIVERSO

El universo de estudio fueron 180 embarazadas que atendidas en el Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel durante el segundo semestre del año 2013 presentaron RPM sin trabajo de parto

3.1.4.2 MUESTRA

Se tomó como muestra a 84 Pacientes adolescentes que presento ruptura prematura de membrana por infección de vías urinarias, el mismo que se tomará del departamento de estadística de esta área de salud.

3.2 METODO

3.2.1 TIPO DE INVESTIGACION

Retrospectivo, Descriptivo, Analítico

3.2.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Para el análisis de los datos obtenidos se realizó una estadística una ficha recolectora de datos en base a cada una de las variables evaluadas.

Los resultados del estudio se graficaron en base a tablas y pasteles.

3.2.3 PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACION

Utilizando como fuente los casos clínicos presentes en el Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel, se elaboró una ficha recolectora de datos del cual se procedió con un listado de las historias clínicas de las embarazadas con diagnóstico de RPM de mujeres adolescentes para el período planteado en la investigación de acuerdo a los objetivos planteados tomando como instrumento la operacionalización de las variables. Las variables del estudio fueron:

VARIABLE DEPENDIENTE

- ◆ Ruptura Prematura de membranas

VARIABLE INDEPENDIENTE

- ◆ Infección de vías urinarias.

3.2.4 ANALISIS DE LA INFORMACION

Para el procesamiento se utilizó las historias clínicas del departamento de estadística del Hospital Matilde Hidalgo de Procel en la cual utilizaremos frecuencias y porcentajes para poder analizar los datos vertidos en el trabajo de investigación.

3.2.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.2.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes adolescentes embarazadas con rotura prematura de membranas por infección de vías urinarias.

Pacientes atendidas durante el periodo de estudio.

Pacientes con historial clínico completo.

3.2.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes adolescentes embarazadas sin rotura prematura de membranas.

Pacientes con RPM SIN infección de vías urinarias.

Pacientes no atendidas durante el periodo de estudio.

Pacientes con historial clínico incompleto.

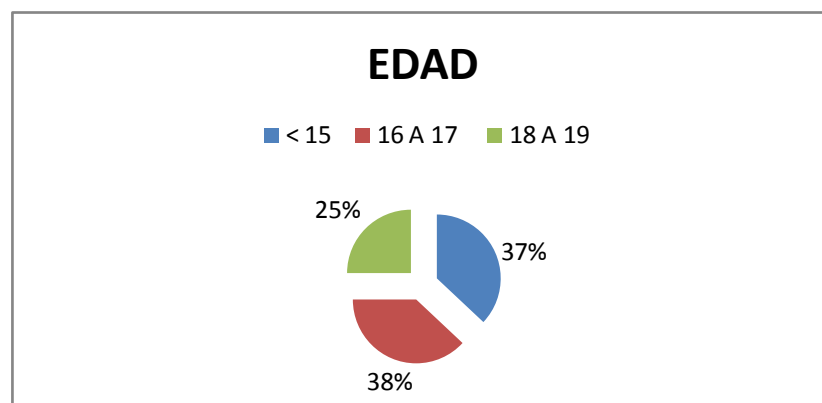
4. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

CUADRO 1

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA SEGÚN LOS FACTORES PREDISPONENTES EDAD HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL

EDAD	N°	%
< 15	31	37
16 A 17	32	38
18 A 19	21	25
TOTAL	84	100

GRAFICO # 1



FUENTE: Hospital Materno-Infantil Dra. Matilde Hidalgo De Procel, Área de Tocoquirúrgico

Elaborado por: Jessica Acurio Acurio

INTERPRETACION

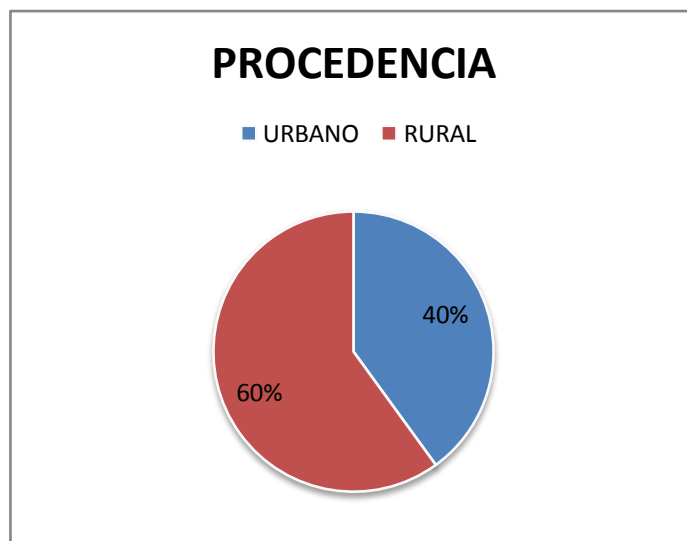
En el cuadro y gráfico N°1 se observa que la edad como factor predisponente a la RPM, se comporta en el grupo estudiado de la siguiente manera: a las menores de 16 A 17 años les corresponde el 38%; mientras que al grupo menores de 15 años el 37%; y de 18 a 19 el 25%. En base a estos estudios se puede elegir que las madres adolescentes tienen más probabilidades de presentar comportamiento desfavorable durante el embarazo, mucho más si se acompaña de RPM.

CUADRO 2

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA SEGÚN FACTORES PREDISPONENTES PROCEDENCIA HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL

PROCEDENCIA	N°	%
URBANO	34	40
RURAL	50	60
TOTAL	84	100

GRAFICO # 2



FUENTE: Hospital Materno-Infantil Dra. Matilde Hidalgo De Procel, Área de Tocoquirúrgico

Elaborado por: Jessica Acurio Acurio

INTERPRETACION

Este dato podría tener como factor causal la migración del área rural al área urbana debido a que las personas que viven en áreas rurales generalmente presentan nivel socioeconómico y cultural deficiente y buscan las áreas urbano-marginales como medio de mejorar la calidad de vida, aun cuando esto no

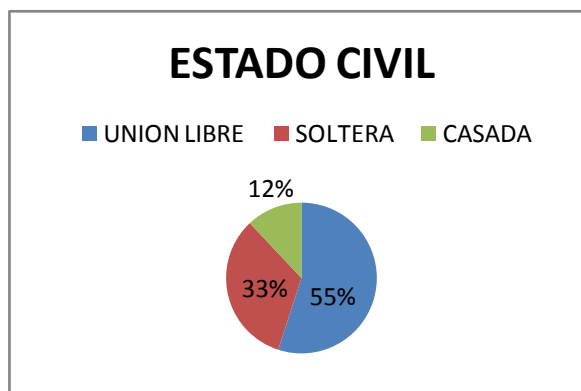
siempre se logra. Sin embargo es importante destacar que la procedencia por sí sola no debería ser un factor predisponente a la RPM.

CUADRO 3

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA SEGÚN FACTORES PREDISPONENTES ESTADO CIVIL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL

ESTADO CIVIL	N°	%
UNION LIBRE	46	55
SOLTERA	28	33
CASADA	10	12
TOTAL	84	100

GRAFICO 3



FUENTE: Hospital Materno-Infantil Dra. Matilde Hidalgo De Procel, Área de Tocoquirúrgico

Elaborado por: Jessica Acurio Acurio

INTERPRETACION

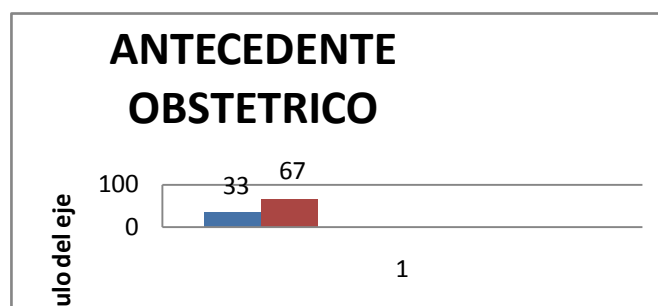
La escolaridad como factor predisponente a la RPM está directamente relacionado, en razón que las embarazadas con un mejor nivel educacional posponen la maternidad o la edad de matrimonio y además optan por cuidados médicos óptimos para el control del embarazo, por lo que esta variable está íntimamente relacionada con el nivel de escolaridad así como las actitudes y prácticas de la mujer con respecto al cuidado de la salud y a la percepción de riesgo.

CUADRO 4

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA SEGÚN FACTORES PREDISPONENTES DE ANTECEDENTES OBSTETRICOS HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL

ANTECEDENTE OBSTETRICO	Nº	%
PRIMIGESTA	56	67
MULTIPARAS	28	33
TOTAL	84	100

GRAFICO 4



FUENTE: Hospital Materno-Infantil Dra. Matilde Hidalgo De Procel, Área de Tocoquirúrgico

Elaborado por: Jessica Acurio Acurio

INTERPRETACION

La paridad es un factor que mide riesgo obstétrico y eventuales resultados adversos en el recién nacido. Según el estudio Repercusión del Parto Pretérmino, se demostró que la primiparidad o el primer embarazo tuvo una alta correlación con RPM y mortalidad neonatal y que ésta se potencia cuando interactúa el embarazo en la adolescencia o en mujeres mayores de 30 años.³⁶ Así mismo, la multiparidad también ha sido asociada a resultados adversos explicados principalmente por

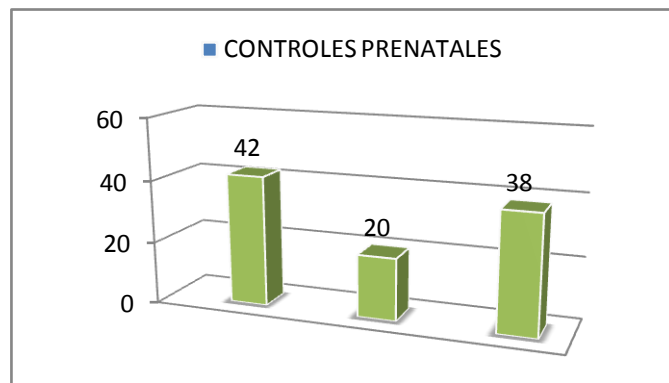
complicaciones obstétricas o patologías maternas, lo que concuerda con los resultados obtenidos en el que las nulíparas presentaron mayor porcentaje de RPM.

CUADRO 5

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA SEGÚN FACTORES PREDISPONENTES DE CONTROLES PRENATALES EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL

CONTROLES PRENATALES	N°	%
2 A 4	35	42
5 O MAS	17	20
NINGUNO	32	38
TOTAL	84	100

GRAFICO 5



FUENTE: Hospital Materno-Infantil Dra. Matilde Hidalgo De Procel, Área de Tocoquirúrgico

Elaborado por: Jessica Acurio Acurio

INTERPRETACION

Se observa que el número de controles prenatales como factor predisponente en la RPM. Nos muestra que las gestantes que no se realizaron ningún control prenatal tienen un

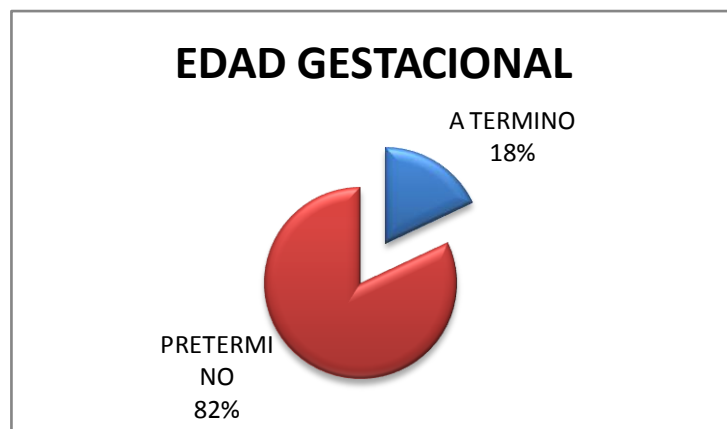
porcentaje de 38%, seguido de aquellas que se realizaron de 2 a 4 controles con el 42%, mientras que las q se realizaron de 5 o más controles obtuvieron un 20%.

CUADRO 6

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL

EDAD GESTACIONAL	N°	%
A TERMINO	15	18
PRETERMINO	69	82
TOTAL	84	100

GRAFICO 6



FUENTE: Hospital Materno-Infantil Dra. Matilde Hidalgo De Procel, Área de Tocoquirúrgico

Elaborado por: Jessica Acurio Acurio

INTERPRETACION

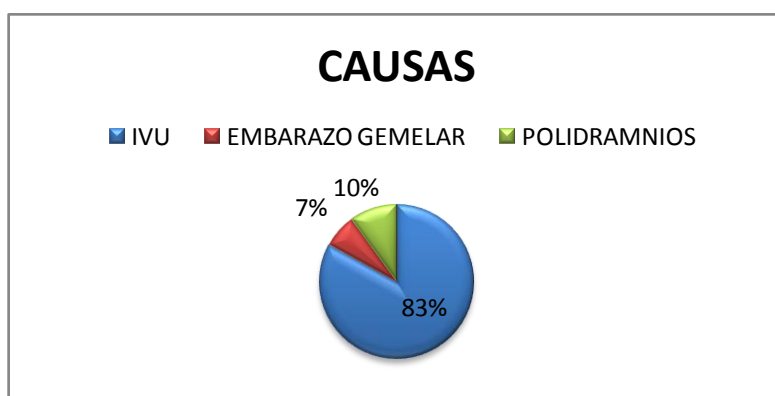
En relación a los antecedentes obstétricos se concuerda en toda la literatura revisada que la vigilancia prenatal adecuada tiene un gran impacto en la disminución de resultados materno-perinatales adversos, ya que si acudiera la paciente a consulta prenatal se podrían identificar factores de riesgo para desarrollar preeclampsia, diabetes, amenaza de parto pretérmino y ruptura prematura de membranas.

CUADRO 7

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA SEGÚN LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL

CAUSA DE RPM	N°	%
IVU	70	83
EMBARAZO GEMELAR	6	7
POLIDRAMNIOS	8	10
TOTAL	84	100

GRAFICO 7



FUENTE: Hospital Materno-Infantil Dra. Matilde Hidalgo De Procel, Área de Tocoquirúrgico

Elaborado por: Jessica Acurio Acurio

INTERPRETACIONES

Las infecciones del tracto urinario son las complicaciones más frecuentes del embarazo, se presentan en algún momento de la gestación, ocasionando con ello un incremento de la morbilidad materna y perinatal (parto pretérmino, peso bajo al nacer y ruptura

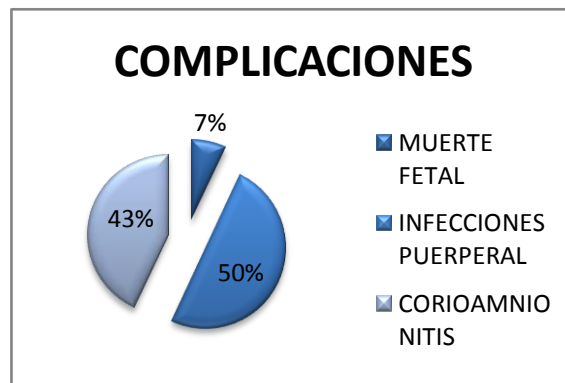
prematura de membranas) por lo que es importante el manejo precoz y oportuno desde la aparición de una bacteriuria asintomática en la mujer embarazada.

CUADRO 8

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA SEGÚN LAS COMPLICACIONES MAS FRECUENTES EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL

COMPLICACIONES	N°	%
MUERTE FETAL	6	7
INFECCIONES PUERPERAL	42	50
CORIOAMNIONITIS	36	43
TOTAL	84	100

GRAFICO 8



FUENTE: Hospital Materno-Infantil Dra. Matilde Hidalgo De Procel, Área de Tocoquirúrgico

Elaborado por: Jessica Acurio Acurio

INTERPRETACIONES

El cuadro nos indica que hay un alto índice de infecciones puerperales por la cual puede provocar ruptura prematura de membrana a diferencia de la corioamnionitis que se

encuentra en un 43% y muerte fetal en un 7 % por lo tanto habría q hacer disminuir las infecciones puerperales pasadas para prevenir el RPM.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- ◆ La ruptura prematura de membrana tiene importante relación con las infecciones de vías urinarias, se presentan con mucha frecuencia y tiene un porcentaje muy alto, esta situación conlleva a que la ruptura prematura de membrana se da en muchos casos en los embarazos pre términos.
- ◆ Se puede concluir que el hecho de presentar ruptura prematura de membrana también es causa de un elevado número de cesáreas, debido a que los feto corren riesgo tales como sufrimiento fetal que perjudican al recién nacido que algunos casos los puede llevar a la muerte.
- ◆ Además podemos comprobar la efectividad de los antibióticos si se realizan los tratamientos completos y en la dosis necesaria para la curación y la importancia que tiene el evitar a realizar el examen de orina en la primera consulta prenatal de la embarazada ya que esto nos evitaría problemas más adelante del embarazo ya que se corre el riesgo de los partos prematuros debido a la infección de vías urinarias.
- ◆ Se puede realizar una serie de consejería a los pacientes para evitar las infecciones de vías urinarias es muy acertada ya que muchas desconoce las causas de que estas infecciones por ejemplo: aseo, la ingesta de agua (entre dos a tres litros de agua) para que los riñones se realicen su correcto trabajo de filtración de cualquier bacteria u organismo que pueda producir cualquier tipo de infección de vías urinarias.

5.2 RECOMENDACIONES

- ◆ Realizar exámenes físico químico y sedimento de orina y si lo amerita un urocultivo en la primera consulta que se realice a la mujer embarazada.
- ◆ En caso de una infección utilizar antibiótico que sea efectivo y que a su vez no perjudique al producto y que la dosis sea necesaria de acuerdo al caso para que este sea curable.
- ◆ Después del tratamiento hay que verificar con otro examen si ha desaparecido la infección para saber si es necesario continuar con el tratamiento o si con el enviado es suficiente.
- ◆ La consejería a la paciente tampoco debe olvidarse ya que de ello depende mucho evitar los riesgos de infección urinario y también la curación de la patología como recomendar líquidos por vía oral aseo personal adecuado , principalmente lavados en momentos de las defecaciones .
- ◆ Es importante saber las semanas de gestación y así poder actuar con cautela y dedicar el tratamiento más adecuado para el bien de la paciente y de su hijo.
- ◆ Si se presentar una ruptura prematura de membrana se debe controlar el tiempo q ha transcurrido desde la expulsión de líquido hasta el momento que la paciente consulte el profesional obstétrico o medico.
- ◆ Ingreso urgente a toda paciente con ruptura prematura de membrana para evitar las complicaciones maternas fetales.

6. PROPUESTA

Realizar charlas educativas en las cuales las pacientes conozcan los factores de riesgos que pueden ocasionar las infecciones de vías urinarias.

6.1 OBJETIVO

El objetivo de estas charlas educativas es dar a conocer los factores de riesgo que pueden ocasionar una infección de vías urinaria con el propósito de incentivar a las pacientes que acuden a la consulta externa, a que realicen sus controles gestacionales periódicos y así poder detectar a tiempo las complicaciones en el embarazo.

6.2 UBICACIÓN

Estas charlas se impartirán en la consulta externa del hospital en estudio.

6.3 BENEFICIARIOS

Todas las pacientes que asisten a la consulta del hospital.

6.4 JUSTIFICACIÓN

Un gran porcentaje de las pacientes que presentaron IVU terminaron en parto pretermino, es por esto que es necesario prevenir las infecciones en el embarazo.

6.5 FUNDAMENTACIÓN

La fundamentación de este estudio es identificar la rotura prematura de membrana como causa de las infecciones de vías urinaria.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez, G. Cruz, J. Garau, A. Infección Urinaria Y Embarazo. Diagnostico Y Terapéutica. Reviste De Posgrado De La Vi Cátedra De Medicina. Marzo, 2009. No 155.
2. Boletín De La Organización Mundial De La Salud,
3. “Incidencia Mundial De Parto Prematuro: Revisión Sistemática De La B Morbilidad Y Mortalidad Maternas”, Enero 2010, Vol. 88
4. Caballero, Grosvyn, Y Ochoa, Andrés Frecuencia De Rotura Prematura De Membranas En Parto Pretérmino Y Valoración De Protocolos De Manejo A Corto Y Largo Plazo En La Sala De Labor Y Parto, Instituto Hondureño De Seguridad Social, Revista Médica Postgrado, Universidad Nacional Autónoma De Honduras, Mayo-Agosto 2008.
5. Componente Normativo Materno, Op. Cit. Pág 171(2008)
6. Guillermo Vergara: Octubre (2009), Protocolo :Rotura Prematura De Membranas Ovulares (Rpm).
7. Hyagriv Ns, CaritisSn; Prevention Of Preterm Delivery. New England Journal Medicine; 2009.
8. [Http://Escuela.Med.Puc.Cl/Publ/Altories](http://Escuela.Med.Puc.Cl/Publ/Altories)
9. Jacques, Wallch. Clínica De Las Pruebas De Laboratorio. 1 Edición. España: Masson, 2008.
10. Jaime Botero U., Alfonso Jubiz H., Guillermo Hernao Obstetricia Y Ginecología- Texto Integrado — 7ma Edición 2009.
11. Jaime Botero U., Alfonso Jubiz H., Guillermo Hernao Obstetricia Y Ginecología- Texto Integrado — 7ma Edición 2008.

ANNEXES

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE:

NUMERO DE H.C:

EDAD:

PROCEDENCIA

Urbana:	Rural:
---------	--------

ESTADO CIVIL

Unión libre:	
Soltera:	
Casada:	

ESTUDIOS

Primaria:	
Secundaria:	
Superior:	
Ninguno:	

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

Primigesta:	
Múltipara:	

CONTROLES PRENATALES

2 a 4:	
5 o más:	
Ninguno:	

EDAD GESTACIONAL

A termino:	
Pretermino:	

CAUSAS DE RPM

IVU:	
Embarazo Gemelar:	
Pohidramnio:	

COMPLICACIONES DE RPM

Muerte fetal:	
Infección Puerperal:	
Corioamnionitis:	