



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

**TRABAJO DE FIN DE CARRERA PREVIO LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE OBSTETRA**

**TEMA:**

**PREVALENCIA DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS  
EN GESTANTES DE 35 A 40 AÑOS.- HOSPITAL MATERNIDAD  
ENRIQUE C. SOTOMAYOR.- DE OCTUBRE DEL 2013 A MARZO  
2014 EN LA CIUDAD DE GUAYAQUIL.**

**AUTORA**

**NORMA LUCCIOLA ARROYO ESPAÑA**

**TUTORA**

**OBST. ANA MARÍA RUIZ MSc**

**AÑO**

**2013 - 2014**

**GUAYAQUIL – ECUADOR**



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

Este trabajo de fin de carrera cuya autoría corresponde a la Sra. Norma Lucciola Arroyo España, con C.I 0912082112, ha sido aprobado, 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 por el título de obstetra.

---

Obst. Sonia Gómez  
**PRESIDENTE DEL TRIBUNAL**

---

Obst. Bertha Muñoz  
**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

---

**SECRETARIA**



## **CERTIFICADO DEL TUTOR**

En mi calidad de tutora del trabajo de fin de carrera para optar por el título de obstetra de la universidad de Guayaquil.

Certifico que: he dirigido y revisado la tesis de grado presentada por la sra: NORMA LUCCIOLA ARROYO ESPAÑA CON C.I # 0912082112.

“PREVALENCIA DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES DE 35 A 40 AÑOS.- HOSPITAL MATERNIDAD ENRIQUE C. SOTOMAYOR,- DE OCTUBRE DEL 2013 A MARZO DEL 2014”

Revisado y corregido el trabajo de fin de carrera, se aprobó en su totalidad, lo certifico:

---

**OBST. ANA MARIA RUIZ MERCHAN. Msc.  
TUTORA**

## **DEDICATORIA**

A mi mamá que ha hecho posible todo lo mucho o poco que eh alcanzado, quien mediante su arduo sacrificio y trabajo me supo encaminar por los buenos senderos de la vida.

A mis hijas y esposo quienes son mi motivación e inspiración para anhelar y trazar metas firmes con deseo imperioso de alcanzarlos.

Sin olvidar a Dios quien a diario derrama en mí bendiciones y me da la fuerza y el valor que necesito para ser mejor cada día en todos los ámbitos de mi vida.

## **AGRADECIMIENTO**

A dios por todas y cada una de sus bendiciones que ha derramado en mí.

A mi mamá quien me da la fuerza y el valor que necesito para día a día luchar por sobresalir en la vida.

A mis hijas y esposo quienes son mi inspiración, apoyo y mis deseos de superarme.

A cada uno de los docentes que aportaron en mi formación no solo como estudiante sino también como persona y ahora como profesional.

A mi tutora por ser mi guía y ayudarme a culminar con éxito mi proyecto investigativo.

<b>REPOSITARIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA</b>		
<b>FICHA DE REGISTRO DE TESIS</b>		
<b>TITULO Y SUBTITULO:</b> “Prevalencia de ruptura prematura de membranas en gestantes de 35 a 40 años.- Hospital Maternidad Enrique c. Sotomayor.- de octubre del 2013 a marzo 2014 en la ciudad de Guayaquil.		
<b>AUTOR/ES:</b> Norma Lucciola Arroyo España	<b>REVISORES:</b> Obst. Ana María Ruíz Merchán. Msc.	
<b>INSTITUCIÓN:</b> Universidad de Guayaquil	<b>FACULTAD:</b> Ciencias Médicas	
<b>CARRERA:</b> obstetricia		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	<b>N. DE PAGS:</b> 52	
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b> Salud		
<b>PALABRAS CLAVE:</b> Ruptura prematura de membrana, parto pre término, embarazo de alto riesgo, patologías obstétricas.		
<b>RESÚMEN:</b> La ruptura prematura de membranas es un problema de Salud Pública que implica manejo adecuado especializado, para disminuir las complicaciones maternas perinatales y neonatales. La presente investigación se realizó en la ciudad de Guayaquil en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor con el propósito de determinar la prevalencia de ruptura prematura de membranas en gestantes de 35 a 40 años, que acudieron a esta institución de Octubre del 2013 a Marzo del 2014. La investigación es de tipo retrospectivo, descriptivo, no experimental, el universo de la investigación fue de 200 (1.65%) pacientes con diagnósticos de ruptura prematura de membranas, la fuente fueron las historias clínicas de donde se seleccionó 100 (0.82%) carpetas de gestantes ingresadas en ese período de tiempo entre las edades de 35-40 años tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Los resultados confirman que el principal factor de riesgo de la ruptura prematura de membrana fue la infección de vías urinarias lo que provoco el 59% de partos pre término, observando que todas las gestantes de 35-40 años el ser multíparas favoreció la salud materna con cero complicación, no así, en el recién nacido la complicación registrada en un 28% fue de sepsis neonatal, por lo tanto considero que la ruptura prematura de membranas es uno de los factores predisponentes para las complicaciones obstétricas por el cual se debe realizar acciones con profesionales obstetras de educación involucrando a las instituciones de salud y educación a fin de mejorar la salud del binomio madre e hijo.		
<b>N. DE REGISTRO (en base de datos):</b>	<b>N. DE CLASIFICACIÓN:</b>	
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>		
<b>ADJUNTO URL (tesis en la web):</b>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>CONTACTO CON AUTORES/ES:</b>	Teléfono:0989476120	E-mail:noluarro@gmail.com

## **RESÚMEN**

La ruptura prematura de membranas es un problema de Salud Pública que implica manejo adecuado especializado, para disminuir las complicaciones maternas perinatales y neonatales. La presente investigación se realizó en la ciudad de Guayaquil en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor con el propósito de determinar la prevalencia de ruptura prematura de membranas en gestantes de 35 a 40 años, que acudieron a esta institución de Octubre del 2013 a Marzo del 2014. La investigación es de tipo retrospectivo, descriptivo, no experimental, el universo de la investigación fue de 200 (1.65%) pacientes con diagnósticos de ruptura prematura de membranas, la fuente fueron las historias clínicas de donde se seleccionó 100 (0.82%) carpetas de gestantes ingresadas en ese período de tiempo entre las edades de 35-40 años tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Los resultados confirman que el principal factor de riesgo de la ruptura prematura de membrana fue la infección de vías urinarias lo que provoco el 59% de partos pre término, observando que todas las gestantes de 35-40 años el ser multíparas favoreció la salud materna con cero complicación, no así, en el recién nacido la complicación registrada en un 28% fue de sepsis neonatal, por lo tanto considero que la ruptura prematura de membranas es uno de los factores predisponentes para las complicaciones obstétricas por el cual se debe realizar acciones con profesionales obstetras de educación involucrando a las instituciones de salud y educación a fin de mejorar la salud del binomio madre e hijo.

### **Palabras Claves**

Ruptura prematura de membrana, parto pre termino, embarazo de alto riesgo, patologías obstétricas.

## **ABSTRACT**

Premature rupture of membranes is a public health problem that involves proper management specialist, to reduce perinatal and neonatal maternal complications. This research was conducted in the city of Guayaquil in Obstetric-Gynecologic Hospital Enrique C. Sotomayor in order to determine the prevalence of premature rupture of membranes in pregnant women from 35 to 40, who attended this institution October 2013 March 2014. The study is retrospective, descriptive, non-experimental, research universe was 200 (1.65%) patients diagnosed with premature rupture of membranes were the source of where the medical records were selected 100 (0.82%) portfolios pregnant women admitted in that period of time between the ages of 35-40 years are taking into account the inclusion and exclusion criteria established. The results confirm that the main risk factor for premature rupture of membrane was the urinary tract infection which caused 59% of preterm births, noting that all pregnant women 35-40 years multiparous maternal health be favored with zero complication, but not in the newborn complication recorded in 28% was neonatal sepsis therefore consider premature rupture of membranes is one of the predisposing factors for obstetric complications which must perform actions obstetricians professional education institutions involving health and education to improve the health of the mother and child pair.

### **Keywords**

Term premature rupture of membranes, preterm delivery, high risk pregnancy, obstetric pathologies.



## ÍNDICE

CARATULA	i
CERTIFICADO DE APROBACION	ii
CERTIFICADO DEL TUTOR	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
REPOSITORIO	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INDICE GENERAL	ix
INDICE CUADRO/GRAFICO	xii

## ÍNDICE GENERAL

1. INTRODUCCION	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1.1 DETERMINACION DEL PROBLEMA	3
1.1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACION	4
1.1.3 JUSTIFICACION	4
1.1.4 VIABILIDAD	5
1.2 FORMULACION DE OBJETIVOS	5
1.2.1 OBJETIVO GENERAL	6
1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	6

1.2.3 HIPOTESIS	6
1.3 VARIABLES	7
1.3.1 VARIABLES DEPENDIENTES	7
1.3.2 VARIABLES INDEPENDIENTES	7
2. MARCO TEORICO	8
2.1 FACTOR DE RIESGO PREDOMINANTE QUE CAUSA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA	10
2.2 COMPLICACIONES FETALES Y NEONATALES MAS FRECUENTES CAUSADAS POR RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	14
2.3 MICROORGANISMO CERVICO-VAGINAL QUE PREDISPONE MAS A UNA RUPTURA DE MEMBRANAS	18
2.4 RIESGO DE CORIOAMNIONITIS EN UNA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	18
3 MATERIALES Y MÉTODOS	20
3.1 MATERIALES	20
3.1.1 LOCALIZACIÓN	20
3.1.2 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO	20
3.1.3 PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN	20
3.1.4 RECURSOS A EMPLEAR	20
3.1.4.1 HUMANO	20
3.1.4.2 FISICO	20
3.1.5 UNIVERSO Y MUESTRA	21
3.1.5.1 UNIVERSO	21
3.1.5.2 MUESTRA	21

3.2MÉTODO	21
3.2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	21
3.2.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	21
3.2.3PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	21
3.2.4 CRITERIOS DE INCLUSION /EXCLUSION	22
3.2.4.1 CRITERIOS DE INCLUSION	22
3.2.4.2CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	22
3.2.5 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	23
3.2.6 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES	23
3.2.7 PRESUPUESTO	23
4. RESULTADOS	24
5. CONCLUSION	31
6. RECOMENDACIÓN	32
7. PROPUESTA	33
7.1 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA	33
7.2 JUSTIFICACION	33
7.3 OBJETIVOS	34
7.3.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS	34
7.4 DESCRIPCION DE LA PROPUESTA	34
7.5 BENEFICIARIOS	35
7.6 RECURSOS HUMANOS	35
7.7 RECURSOS DIDACTICOS	35
8. BIBLIOGRAFIA	36
9. ANEXOS	40

## **INDICE DE CUADROS Y DE GRAFICOS**

CUADRO #1	22
GRAFICO N°1	22
CUADRO # 2	23
GRAFICO N°2	23
CUADRO # 3	24
GRAFICO N° 3	24
CUADRO # 4	25
GRAFICO N° 4	25

## 1. INTRODUCCIÓN

La OMS define la Ruptura prematura de las membranas (RPM) como la solución de continuidad espontánea de las membranas corioamnióticas, desde las 22 semanas de gestación hasta antes del inicio del trabajo de parto. (23) Las consecuencias de la ruptura prematura de membranas dependen directamente de la edad gestacional. En circunstancias normales, las membranas ovulares se rompen durante la fase activa del trabajo de parto, al ocurrir de manera prematura puede originarse una morbilidad materno-perinatal seria, (4) debido a la pérdida del aislamiento del microambiente fetal, con posible sepsis materna y neonatal complicando a ambos. (23)

La incidencia de ruptura prematura de membranas es muy variable actualmente las cifras se encuentran entre el 14-17%. Se estima que de 1% al 4% de todos los embarazos se ven afectados por esta patología y se relaciona con el 30% de todos los recién nacidos pre-término, mientras que en los embarazos a término se presenta del 8 al 10%.(2)

En Europa se calcula que del 5 al 9% de los nacimientos son pre-términos, en Estados Unidos de Norte América este porcentaje alcanza de 12-13%. México en el año 2001 se reportó un 7.29% de los casos relacionados con ruptura prematura de membranas, desconocemos porcentajes en América Latina, sin embargo estadísticas de algunos hospitales confirman que es cerca de 11 al 15%. (13).

En Ecuador de Noviembre 2011 a Noviembre 2012 en el Hospital Vicente Corral Moscoso localizado en la ciudad de Cuenca, en un estudio analítico de 657 gestante se registró el 15.7% de ruptura prematura de membrana como complicación del parto pre-término, el propósito del presente estudio es conocer la prevalencia y complicaciones maternas perinatales de la ruptura de membranas en el Hospital Maternidad Enrique C. Sotomayor en la ciudad de Guayaquil.

Para realizar esta investigación de tipo retrospectivo, descriptivo no experimental, primero se determinó el número total de gestantes que ingresaron a la unidad por la terminación de su embarazo, registrando 12.060 (vía vaginal-cesáreas) durante los meses de Octubre 2013 a Marzo 2014., siendo 200 gestantes (1.65%) el universo,

que se admitieron con diagnóstico de ruptura prematura de membranas y la muestra seleccionada para mi investigación fue de 100 gestantes (0.82%), de 35 a 40 años de edad las que cumplieron los criterios de exclusión e inclusión establecidos.

Los instrumentos utilizados fueron las historias clínicas de donde se recopiló y analizó la información, de los datos obtenidos se presentó luego un informe estadístico para la revisión, donde se elaboraron las conclusiones y recomendaciones para la sustentación de este estudio. Considero que si identificamos los factores de riesgos y el manejo oportuno se ayudará a disminuir la morbilidad-mortalidad del binomio madre-hijo evitando los partos pre-términos que provocan la ruptura prematura de membranas

## **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1.1 DETERMINACION DEL PROBLEMA**

¿Qué factores de riesgos provocaron la ruptura prematura de membrana a las pacientes gestantes de 35-40 años que ingresaron en el Hospital Enrique C. Sotomayor entre Octubre del 2013 a Marzo del 2014 en la ciudad de Guayaquil y presentaron complicaciones maternas-perinatales por la interrupción temprana de sus embarazos?

### **1.1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

- 1.- ¿Cuáles fueron los factores de riesgos que provocaron la ruptura prematura de membranas?
- 2.- ¿El detectar a tiempo los factores de riesgo de ruptura prematura de membranas se podría lograr disminuir los partos pre-términos?
- 3.- ¿Las complicaciones perinatales en ruptura prematura de membrana aumenta la morbimortalidad neonatal?

### **1.1.2 JUSTIFICACION**

Considero que el desarrollo de este tema es imprescindible porque es uno de los problemas que más afectan la viabilidad del embarazo, aunque se tiene claro los factores que predisponen a esta patología aún no se logra evitar su amenaza en las gestantes y perinato.

El presente trabajo investigativo es necesario porque mediante información recolectada en estadística se identificó el factor de riesgo que más influye en la amenaza de parto pre término como lo es la infección de vías urinarias, el cual es fácil de prevenir y tratar, trabajando en conjunto con el personal de salud y las gestantes jóvenes la disminución de su prevalencia es más factible.

### **1.1.4 VIABILIDAD**

El presente estudio es viable porque se cuenta con un departamento de estadística que proporciona la información que se necesita para el progreso de este trabajo investigativo y como es de interés de la institución disminuir los índices de casos de Ruptura prematura de membranas, existe la autorización correspondiente para ejecutar la investigación.

Esta investigación se llevó a cabo en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor entre las fechas de octubre del 2013 hasta marzo del 2014.

## **1.2 FORMULACION DE OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS**

### **1.2.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la prevalencia de las rupturas prematuras de membranas en gestantes añosas de 35 a 40 años de edad ingresadas en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor mediante la revisión de historias clínicas, para contribuir a disminuir la morbimortalidad materno fetal.

### **1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ✓ Relacionar la ruptura prematura de membranas con infección de vías urinarias asintomáticas.
- ✓ Identificar cual es el factor de riesgo predominante que causa ruptura prematura de membranas.
- ✓ Identificar las complicaciones fetales y neonatales más frecuente a causa de la ruptura prematura de membranas.
- ✓ Determinar los riesgos de corioamnionitis en una ruptura prematura de membranas.

### **1.2.3 HIPOTESIS**

La ruptura prematura de membranas puede ser uno de los factores predisponente para las complicaciones obstétricas.



## **1.3 VARIABLES**

### **1.3.1 DEPENDIENTES**

- Ruptura prematura de membrana

### **1.3.2 INDEPENDIENTES**

- Procedencia
- Grado de escolaridad
- Edad Gestacional
- Control prenatal
- Factores de riesgos
- Complicaciones maternas
- Complicaciones fetal

## 2. MARCO TEORICO

La ruptura prematura de membranas sin importar la edad gestacional implica riesgo para el binomio madre – hijo ya sea por el proceso infeccioso que puede amenazar la vida de la paciente o por las complicaciones que presenta el neonato como consecuencia de dicha patología. (23)

Para la American Collage of Obstetricians and Gynecologist 2007 (ACOG) la ruptura prematura de membranas es el término que define la ruptura espontanea de membranas antes de completar las 37 semanas de gestación y antes del inicio del trabajo de parto. (19)

Las consecuencias de la RPM dependen directamente de la edad gestacional. En circunstancias normales, las membranas ovulares se rompen durante la fase activa del trabajo de parto; al ocurrir de manera prematura es la responsable de originar una morbilidad materno-perinatal seria. (4)

La ruptura prematura de membranas se la reconoce por que la paciente refiere pérdida de líquido por la vagina, y es necesario que se realice una especuloscopia a la paciente para hacer un diagnóstico diferencial con leucorrea.

La multiplicidad de agentes etiológicos o epidemiológicos implicados no permite una explicación clara de la aparición de esta problemática. Sin embargo es probablemente la infección uno de los factores que se relacionan más directamente con la ruptura prematura de membranas. (23)

Se han realizado múltiples estudios para conocer las estructuras de las membranas en zonas próximas a la ruptura, los cuales han apreciado que se produce un adelgazamiento de las mismas, con pérdida de celularidad y disminución del colágeno. Es lo que han denominado zona de morfología alterada.(23) Las membranas sirven como una barrera que separa al feto y al líquido amniótico estéril de las bacterias del canal vaginal además

de prevenir el prolapso de cualquier contenido intraamniótico a través del cérvix antes de iniciar el trabajo de parto. (2)

Existen dos mecanismos que expliquen estas circunstancias:

Primero es que se produzca una disminución de la capacidad proliferación celular y segunda que aumente la pérdida celular de dicha zona de ruptura. (32)

Esta segunda posibilidad ha ido adquiriendo con el pasar del tiempo mayor credibilidad, a medida que se ha ido conociendo con más exactitud la existencia de muerte celular programada o apoptosis. (23)

En Latino América aproximadamente uno de cada 7 nacimientos es prematuro siendo la ruptura de membranas y trastornos hipertensivos son la principal causa. Una vez confirmada la ruptura de membranas, en especial las lejos del término, estamos ante una complicación obstétrica que amerita manejo muy específico y basado en pruebas. Son factores determinantes para los buenos resultados la edad gestacional, la facilidad de atención que tenga la institución donde acude la paciente (gran problema en muchos centro de atención de primer y segundo nivel y algunos de tercer nivel en Latino América), el uso de las medidas aprobadas por la evidencia como lo son el uso de corticoides, los antibióticos y surfactante. (27)

Existen varios argumentos para contrarrestar los casos de ruptura prematura de membranas uniendo todos los esfuerzos posibles para lograr bajar las tasas de esta patología que resulta un verdadero problema de salud pública, todas las organizaciones y entidades públicas se han pronunciado al respecto para aportar con sus conocimientos científicos e investigativos como lo es el ACOG que en su Comité de Opinión N° 455 define la neuroprotección que genera el sulfato de magnesio. (1)

Tomar una decisión acertada ante una ruptura prematura de membranas requiere de mucho conocimiento y de gran experiencia médica para asegurar el bienestar madre – hijo, decisión que no es muy fácil si nos encontramos ante una ruptura prematura de

membranas con un embarazo menor a 30 semanas pero cuando finalmente se decide dar manejo conservador a una paciente con RPPM lejos del término, o cuando inicia labor de parto, o cuando se logra las 34 semanas, nos preguntamos cuál es la mejor vía para el nacimiento, cesárea o parto. Hasta la actualidad se han realizado un sin número de investigaciones sobre este tema pero hay poca evidencia sobre cuál será la mejor vía de parto y usualmente la decisión depende del médico tratante y su experiencia.(17)

Existe una tendencia que muestra mejores resultados si se hace cesárea en caso de embarazos menores de 30 semanas y más impactante si la presentación es podálica. Se requieren más investigaciones sobre la mejor vía para el nacimiento en aquellos casos con ruptura prematura de membrana para evitar erróneos.(17)

Según otras investigaciones consideran que los partos pre términos están influenciados en un 25 a 30% por ruptura prematura de membranas. (8)

## **2.1 FACTOR DE RIESGO PREDOMINANTE QUE CAUSA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS**

En varios estudios sobre “Rotura prematura de membranas” por Koch y Col; “Fisiopatología de la rotura prematura de las membranas ovulares en embarazos pre término” por Riviera y Frieza y “Morbimortalidad perinatal de la rotura prematura de membrana en el embarazo pre término” por Saavedra y Col, señalan como factores de riesgo para una ruptura prematura de membrana a: Bajo nivel socio económico, bajo peso materno, parto prematuro previo, metrorragia, poli hidramnios, embarazo gemelar, entre otras. (12) (20) (21)

En su investigación la Dr. Ventura Junca sobre “Prematuridad y Bajo Peso de Nacimiento” mencionan como factores de riesgo para ruptura prematura de membranas a una clase social baja, edad materna, falta de controles prenatales, entre otros. (24)

Valiéndonos de estos dos estudios realizados en entidades diferentes podemos concluir que el nivel socio económico es el factor prevalente para esta patología.

La causa de la ruptura prematura de membranas es multifactorial y varía con la edad gestacional. Los factores predisponentes a una ruptura prematura de membranas que guardan una estrecha relación entre si es la infección de vías urinarias con vaginosis.

Si la ruptura de membranas se presenta a menor edad gestacional mayor será el riesgo de infección corioamniótica, aunque en algunos casos es difícil saber si la infección es la causa o es secundaria a la ruptura de las membranas. (16) En cambio las rupturas de membranas a mayor edad gestacional se asocian más con disminución del contenido de colágeno en las membranas el cual también puede ser secundario a algunos microorganismos que producen colagenasas, mucinasas y proteasas.

Además de los dos factores ya señalados, otros factores asociados a ruptura prematura de membranas son: Bajo nivel socioeconómico, fumar, enfermedades adquiridas por transmisión sexual, parto pre términos anteriores, labor de parto pre término en semanas anteriores en el actual embarazo, conización cervical por tratamientos al cuello del útero, polihidramnios, embarazos múltiples, amniocentesis, cerclaje del cuello del útero y sangrados vaginales durante el actual embarazo, enfermedades pulmonares durante el embarazo, bajo índice de masa corporal 6,9 y recientemente se ha demostrado que la suplementación con Vitamina C y E es un factor de riesgo. (16)

A pesar de los múltiples factores de riesgo relacionados con la ruptura prematura de membrana en algunas pacientes no es factible asociar dichos factores quedando como causa desconocida. (16)

Las enfermedades maternas aumentan aún más el riesgo de rotura prematura de membranas. Dichos factores desencadenan diversos eventos fisiopatológicos que influyen directamente en las membranas, pues modifican la estructura de las fibrillas de colágeno, causan distensión mecánica o las exponen a microorganismos que invaden un ambiente antes estéril, y culmina en rotura prematura de membranas mediante la

producción de prostaglandinas, enzimas colagenolíticas y proteolíticas. (31) El nivel socioeconómico bajo es un factor de riesgo de rotura prematura de membranas; ésta puede deberse a deficiencias de vitamina C, cobre y zinc, indispensables para mantener el metabolismo y la producción normal. (16)

Sion menciona que a pesar de que no se ha encontrado una relación clara, se considera que el coito puede ser un factor de riesgo. Sin embargo, más que por acción mecánica, su importancia derivaría de ser agente de transmisión de gérmenes infecciosos. Similar papel podría atribuirse a los tactos vaginales repetidos. (23)

También se considera que numerosas anomalías de la gestación pueden asociarse con ruptura prematura de membrana, por ejemplo las hemorragias obstétricas como lo es la placenta previa, el embarazo gemelar el polihidramnios que provocan con el transcurso del embarazo sobre distensión del útero, entre otras anomalías de la estática fetal. Incluso se ha llegado a relacionar la ruptura prematura de membranas a la hiper actividad fetal. (23)

El 68% de las pacientes con Ruptura Prematura de Membranas vive en el área rural, lo que posiblemente dificulta el acceso de estas pacientes a los Servicios de Salud, y esto junto al bajo nivel educación y el alto porcentaje de controles inadecuados del embarazo observados en este grupo son indicativos de que es una población de alto riesgo, en la cual se debe brindar atención oportuna para posteriormente evitar el desarrollo de complicaciones en el transcurso del embarazo tales como la corioamnionitis entre las principales. (6)

Las infecciones del tracto genital y urinario frecuentemente están relacionadas con aumento en la morbilidad materna y perinatal; las más comunes son el trabajo de parto pre término, la ruptura prematura de membranas y la prematurez. (30)

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 pre término, 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. (5)

El estudio retrospectivo realizado en el año 2010 en el Hospital Universitario de Puebla en 83 mujeres embarazadas, demostró que las infecciones urinarias se presentan principalmente en el último trimestre de la gestación. (5)

La prevalencia de este estudio para las infección de vías urinaria fue del 1.78%, la cual es relativamente baja de acuerdo con la prevalencia mundial que aproximadamente es 2-7%, siempre relacionada al estado socioeconómico bajo y malos hábitos higiénicos, en aquellas gestantes que viven en áreas rurales-marginales. (5)

La vigilancia prenatal adecuada tiene un gran impacto en la disminución de procesos infecciosos que amenazan el progreso del embarazo así como la vida de la paciente. (5)

El estudio clínico multicéntrico llevado a cabo por la OMS Villar J y col. 2001 define como ideal un mínimo eficiente de 5 controles prenatales iniciados antes de la semana 20 de gestación asociándose a mejores resultados del embarazo, permitiendo reducir aquellas patologías que conllevan a riesgos neonatales. (5)

Cuando la gestante cursa con infección de vías urinarias asintomática resulta más difícil poder salvaguardar el bienestar tanto de la madre como del feto, debido a que esta infección es silenciosa y solo se sabe de su existencia cuando la paciente acusa de esta infección desarrolle pielonefritis, como consecuencia del progreso de dicha infección asintomática, lo que complica el curso del embarazo. (5)

Afortunadamente la infección de vías urinarias asintomática se encuentra presente en un bajo porcentaje en nuestro medio.

Cuando una mujer es portadora del virus del papiloma humano (VPH) y se embaraza, resulta ser un reto para el profesional de salud, por todas las complicaciones que pueden amenazar el desarrollo del producto de la concepción, entre los riesgos más frecuentes constan: Amenaza de aborto, ruptura prematura de membranas, parto prematuro y bajo peso al nacer. Por tal motivo es imprescindible que el embarazo sea encasillado como alto riesgo. (33)

## **2.2COMPLICACIONES FETALES Y NEONATALES MÁS FRECUENTES A CAUSA DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS**

Las complicaciones que acarrear al producto de la concepción están bien establecidas, la mayoría de ellas resultan ser de muy mal pronóstico para el mismo, sin embargo la lucha de precautelar el bienestar binomio madre – hijo no es exclusivo del personal que ejerce salud, sino también es colaboración en conjunto con la gestante y familia, tomando en consideración de lo cuán importante resultan los controles pre natales al momento de querer detectar cualquier patología que amenace el buen curso del embarazo.

La ruptura prematura de membrana es un verdadero dilema para el profesional Obstetra puesto que no es fácil decidir si se continua con el embarazo o se lo interrumpe, recalcando que siempre se debe hacer todo lo humanamente posible por dejar que el embarazo continúe ya que no hay mejor termo cuna para el neonato que el vientre materno. (3)

Salvaguardar el bienestar materno fetal es lo primordial, pero difícil situación cuando la ruptura prematura de membrana amenaza con una corioamnionitis a la gestante o con sufrimiento fetal agudo al neonato. Según varios estudios realizados en diferentes países concluyen que la severidad de la ruptura prematura de membrana depende directamente de la semana de gestación en que se presenta. Si la ruptura de membrana ocurre a las 24 semanas de gestación o menos existe riesgo elevado de que el resultante neonatal sea un



producto de la concepción con deformidades, o en su defecto puede ocurrir un prolapso de cordón umbilical ocasionando asfixia fetal y por ende la muerte del feto. Pero si la ruptura de membranas se presenta pasada las 24 semanas de gestación hasta las 34 semanas, es aconsejable que se inicie maduración pulmonar fetal y monitorear los latidos del feto con la finalidad de a tiempo sufrimiento fetal si es el caso. (3)

La infección neonatal se manifiesta a través de neumonía, bronconeumonía, meningitis y/o sepsis. Los gérmenes aislados más frecuentemente en recién nacidos infectados son *Escherichia coli*, *Klebsiella* y *Streptococo grupo B (Streptococcus Agalactiae)*. (30)

La compresión del cordón secundaria al oligoamnios, el desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, 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.

**Hipoplasia pulmonar:** Esta complicación es propia de aquellos embarazos en que la RPM se produce antes de las 25 semanas de gestación y que cursan con oligoamnios severo de larga evolución (mayor de 3 semanas). Es una complicación grave que se asocia a mortalidad perinatal de hasta 80%. El trastorno se caracteriza porque el pulmón fetal es incapaz de retener e intercambiar líquido amniótico. (26)

**Deformidades ortopédicas:** Ellas constituyen parte de las anomalías propias de la "secuencia de oligoamnios" o "secuencia de Potter". Estas anomalías incluyen hipoplasia pulmonar, facies típica y posiciones aberrantes de manos y pies, así como piernas curvadas, luxación de cadera y pie equino varo. (6)

**Muerte neonatal:** Si la ruptura prematura de membranas se presenta después de las 24 semanas de gestación, existe el 1% de probabilidad de muerte neonatal por sepsis, y el porcentaje aumenta si la edad gestacional es inferior a las 24 semanas llegando al 25%. (25)

**GESTACIONES DE 23 A 26 SEMANAS:** Indiscutiblemente son de muy mal pronóstico perinatal. Aunque en países desarrollados ante esta problemática la expectativa de vida del perinato es de 12,5 y 65 %, respectivamente. (6) En nuestro medio la mortalidad perinatal está en cifras superiores que reportan un 60% a 90% de mortalidad perinatal. (2)

Es de vital importancia establecer la edad gestacional para encasillar al feto como de bajo riesgo o de mal pronóstico; se estima que la supervivencia neonatal es de 57% cuando sucede entre las semanas 24 a 26 de la gestación. (9)

La rotura prematura de membranas a término puede ocurrir por diversas razones, pero el evento principal se debe a modificaciones fisiológicas de las membranas y a la fuerza ejercida por las contracciones uterinas significando de igual manera riesgo para el neonato. (15)

Según estudio realizado en México determina que la morbilidad perinatal fue mayor para pre términos de 33 semanas ya que presentaron insuficiencia respiratoria.(9)

Entre las 16-24 semanas de embarazo, el pronóstico continua siendo pobre pero con alguna mayor esperanza. La serie de casos publicada muestran que las tasas de supervivencia pueden ser tan altas como 46%. Sin embargo estos datos deben ser interpretados con precaución dado que la supervivencia es mejor en el extremo superior de este rango de edad gestacional. La infusión de líquido amniótico ha sido propuesta como un posible tratamiento; sin embargo, el líquido es expulsado después de la infusión y a menudo se debe repetir el procedimiento con una punción trans abdominal que aumenta la probabilidad de infección y de parto pretermino. (9)

La profilaxis usando antibióticos para prolongar la latencia y una dosis simple de esteroides antenatal puede ayudar a reducir el riesgo de infección y la morbilidad neonatal dependiente de la edad gestacional. (6)

**Parto pre término:** Las complicaciones potenciales del neonato pre término comprenden el síndrome de dificultad respiratoria, displasia broncopulmonar, hemorragia interventricular, sepsis y enterocolitis necrotizante, retinopatía del prematuro. Ante estas complicaciones es imprescindible tener en claro el protocolo a seguir con respecto al neonato, cuya finalidad es salvaguardar su vida, mediante vigilancia y tratamiento oportuno. (29)

Los nacimientos pre términos conllevan a grandes discapacidades como por ejemplo parálisis cerebral infantil, dificultades en el aprendizaje y conducta 5. Por lo tanto evitar los nacimientos pre términos es de prioridad en salud obstétrica. (27)

**Estado fetal insatisfactorio:** El prolapso del cordón umbilical es más frecuente cuando hay ruptura prematura de membranas y la incidencia es de 1.5%. (2)

**Síndrome de deformación fetal:** Es la complicación fetal final que ocurre en la ruptura prematura de membranas prolongadas ante un oligoamnios ocasionando malformaciones por compresión en la cara y extremidades fetales y lo más importante hipoplasia pulmonar. (2)

Numerosas investigación es sobre el parto pre término y la ruptura prematura de membrana comentan que durante el progreso de la infección intrauterina el feto puede responder con la producción de una serie de marcadores inflamatorios, tales como citosinas (interleucinas 1, 6, 8y factor de necrosis tumoral), plaquetario y metal proteasas que producen daño tisular fetal y que son los responsables, en definitiva, del síndrome de respuesta inflamatoria fetal (SRIF). Todos estos factores se elevan en el plasma del feto que desarrolla dicho síndrome, el cual puede afectar tanto a fetos pre término como a término, aunque estos últimos presentan un menor desarrollo de factores inflamatorios y morbilidad neonatal.(11)

### **2.3 MICROORGANISMO CERVICO-VAGINAL PREDISPONE MÁS A UNA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS**

La vaginosis bacteriana en el embarazo es causal de parto prematuro y la RPM, con mayor incidencia en los países en desarrollo, debido a la limitación de los recursos para una apropiada atención perinatal.

Se ha comprobado, mediante estudios epidemiológicos, que la infección genital por diversos microorganismos (Cándida albicans, estreptococos B, entre otros) aumenta el riesgo de rotura prematura de membranas, pero su tratamiento lo disminuye.(16)

La Ruptura prematura de membranas representa un sin número de complicaciones para el binomio madre - feto y las más comprometedoras son neonatales ya que puede interferir en el desarrollo normal de su vida. Esta patología cursa con altos costos para el sector de salud. (10)

### **2.4 RIESGOS DE AMNIONITIS Y CORIOAMNIONITIS EN UNA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS**

La infección intra-amniótica o corioamnionitis es definida clínicamente como un cuadro que incluye temperatura mayor a 38 ° C y más dos de los siguientes hallazgos<sup>72</sup>: taquicardia materna superior a 100 latidos por minutos, taquicardia fetal mayor a 160 latidos por minutos, sensibilidad uterina, descarga transcervical mal oliente, conteo de leucocitos mayor a 15 000/mm<sup>3</sup> (sin uso de corticoides).(27)

La corioamnionitis es frecuente en embarazos con ruptura prematura de membranas, sin embargo la frecuencia varía según la edad gestacional. Se considera que en embarazos mayores de 34 semanas la frecuencia oscila entre 5 y 10%, en cambio en embarazos menores de 30 semanas puede cercar hasta un 60%. Es importante tener presente que la infección intra-amniótica no significa necesariamente infección fetal. (27)

La corioamnionitis es la causa más común de morbimortalidad fetal en la segunda mitad de la gestación y se asocia a prematuridad, siendo también un motivo importante de morbilidad materna y perinatal. (11)

La incidencia de corioamnionitis asociada con RPM varía de acuerdo al tipo de población. Pero en general, la incidencia es de 0.5 al 1%. En ruptura prematura de membranas prolongada se calcula que es del 3 al 15%. La corioamnionitis es más frecuente en la ruptura prematura de membranas pre término con una frecuencia de 15 a 25%. (2)

El 10-15% de los casos de amenaza de parto pre término (APP) tienen un cultivo de líquido amniótico positivo, llegando al 25% cuando se desencadenan a el parto pre término. Por otra parte, en las gestaciones pre término con rotura prematura de membranas (RPM) el 30-50% tienen una corioamnionitis asociada.(14)

Las tasas de corioamnionitis y endometritis son significativamente mayores a las 12 y 16 horas de ruptura de las membranas, respectivamente. (22)

Los gérmenes aislados en el líquido amniótico habitualmente son colonizadores de la vagina. (11)

La evidencia histológica de corioamnionitis está presente en hasta un 60% de mujeres que tienen nacimiento prematuramente y usualmente no encontramos síntomas o signos clínicos. (27)

### **3. MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **3.1 MATERIALES**

Historias clínicas

Computadora

Libros

Hojas

Lápices y plumas

##### **3.1.1 LOCALIZACIÓN**

El presente estudio se realizó en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor de octubre del 2013 a marzo del 2014 en la ciudad de Guayaquil.

##### **3.1.2 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO**

El Hospital Gineco - Obstétrico Materno Enrique C. Sotomayor se encuentra ubicado en Pedro Pablo Gómez entre Pio Montufar y 6 de Marzo, el nosocomio está integrado por personal médico especializado que brinda atención de alta calidad a mujeres que viven no solo en Guayaquil, si no en cualquier lugar del país motivo por el cual el hospital consta de 471 camas prestas para ser ocupadas por dichas pacientes.

##### **3.1.3 PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN**

La presente investigación comprendió desde octubre del 2013 a marzo del 2014

##### **3.1.4 RECURSOS UTILIZADOS**

###### **3.1.4.1 HUMANO**

- Autora
- Tutora
- Personal de estadística

###### **3.1.4.2 FISICO**

- Historia clínica
- Instrumentos de recolección de datos

### **3.1.5 UNIVERSO Y MUESTRA**

#### **3.1.5.1 UNIVERSO**

Las gestantes que ingresaron en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor durante el período de estudio fueron de 12.060 de las cuales 200 (1.65 %) ingresaron con diagnóstico de ruptura prematura de membranas.

#### **3.1.5.2 MUESTRA**

La muestra para mi investigación está conformada por 100 gestantes (0.82%), con diagnóstico de ruptura prematura de membranas de 35 a 40 años de edad ingresadas en el Hospital Materno Enrique C. Sotomayor de Octubre 2013 a Marzo 2014.

### **3.2 MÉTODO**

#### **3.2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Para este proyecto se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo.

#### **3.2.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

No experimental

#### **3.2.3 PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN**

Los instrumentos utilizados en este trabajo fueron las historias clínicas de las pacientes con ruptura prematura de membranas, se recopila y analiza los datos obtenidos, luego se presenta un informe estadístico para su revisión y se elabora las conclusiones para la sustentación de este estudio.

### **3.2.4 CRITERIOS DE INCLUSION /EXCLUSION**

#### **3.2.4.1 CRITERIOS DE INCLUSION**

- Todas las pacientes de 35-40 años de edad con diagnóstico de ruptura prematura de membranas ingresadas a hospitalización.
- Todos los neonatos que presentaron complicaciones a causa de ruptura prematura de membranas.
- Todos los registros clínicos de corioamnionitis como consecuencia de ruptura prematura de membranas.

#### **3.2.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes embarazadas sin diagnóstico de ruptura prematura de membranas.
- Pacientes atendidas fuera del periodo de estudio.
- Embarazos fallidos cuyas mujeres no presentaban ruptura prematura de membranas.

### **3.2.5 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

Este estudio se realizó utilizando la técnica de recolección de datos de las historias clínicas:

- Datos de afiliación
- Grado de escolaridad
- Embarazo actual
- Factores de riesgo
- Complicación materna y fetal



Esta información fue tabulada en cuadros y gráficos para cada una de las variables en estudio, utilizando la combinación de datos para realizar el análisis e interpretación.

### **3.2.6 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES**

Para la realización de esta investigación se contó con la autorización del director del hospital Gineco obstétrico Enrique C. Sotomayor.

Respetando las normas y procedimientos del hospital donde se realizara este estudio, se hará la investigación para cooperar con la salud y el derecho a la asistencia médica de la paciente.

### **3.2.7 PRESUPUESTO**

El presupuesto fue autofinanciado por la autora de la investigación.

## 4. RESULTADOS

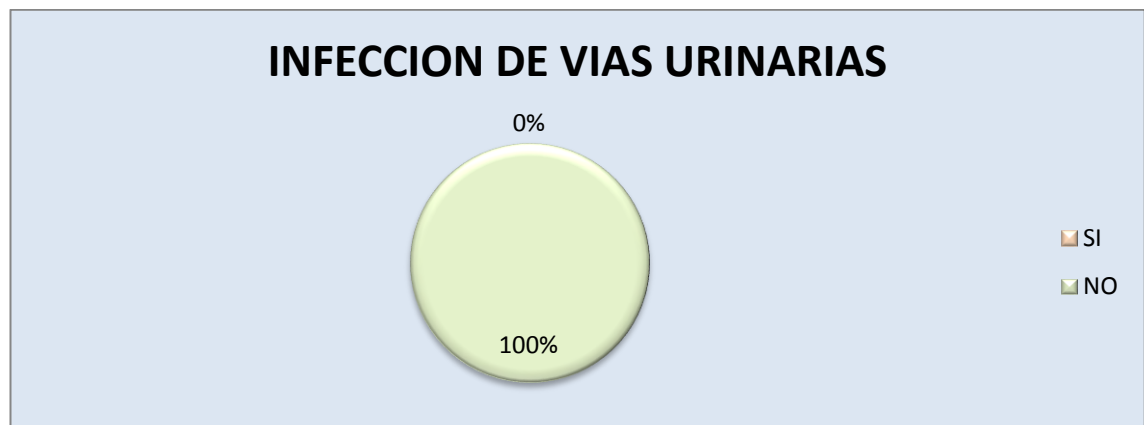
### TABULACION SEGÚN RELACION DE INFECCION DE VIAS URINARIAS ASINTOMATICAS Y RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

**CUADRO #1**

INFECCION DE VIAS URINARIAS	n.	%
SI	62	62%
NO	38	38%
TOTAL	100	100%

Fuente: Hospital Enrique C. Sotomayor  
Autora: Arroyo Norma

**GRÁFICO # 1**



Fuente: Hospital Enrique C. Sotomayor  
Autora: Arroyo Norma

### ANÁLISIS

El 62% de las pacientes presentaron infección de vías urinarias y el 38% no presentaron, es decir que de las pacientes obtenidas en la muestra la mayoría de ellas presentaron infección de vías urinarias.

## TABULACION SEGÚN FACTORES DE RIESGO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

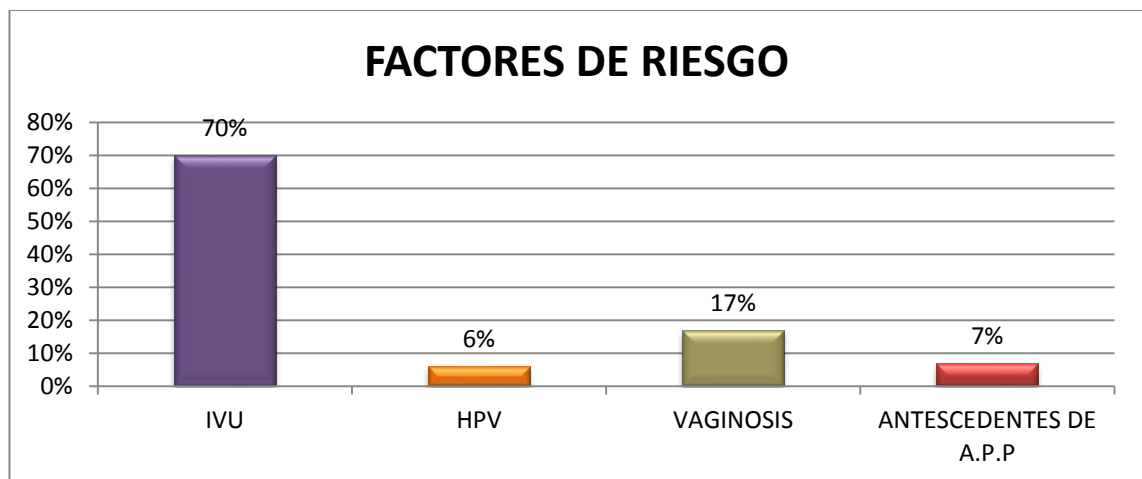
CUADRO #2

FACTORES DE RIESGO	n.	%
IVU	70	70,00%
HPV	6	6,00%
VAGINOSIS	17	17,00%
ANTECEDENTES A.P.P	7	7,00%
<b>TOTALES</b>	<b>100</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Hospital Enrique C. Sotomayor

Autora: Arroyo Norma.

GRAFICO #2



Autora: Arroyo Norma

## ANÁLISIS

Dentro de los factores de riesgo se confirmaron que la infección de vías urinarias tiene mayor incidencia con el 70%, el 17% presentaron antecedentes de vaginosis, el 7% antecedente de amenaza de parto pre término y el 6% virus de papiloma humano, ante lo cual se puede decir que de las pacientes estudiadas la mayoría presentó infección de vías urinarias.

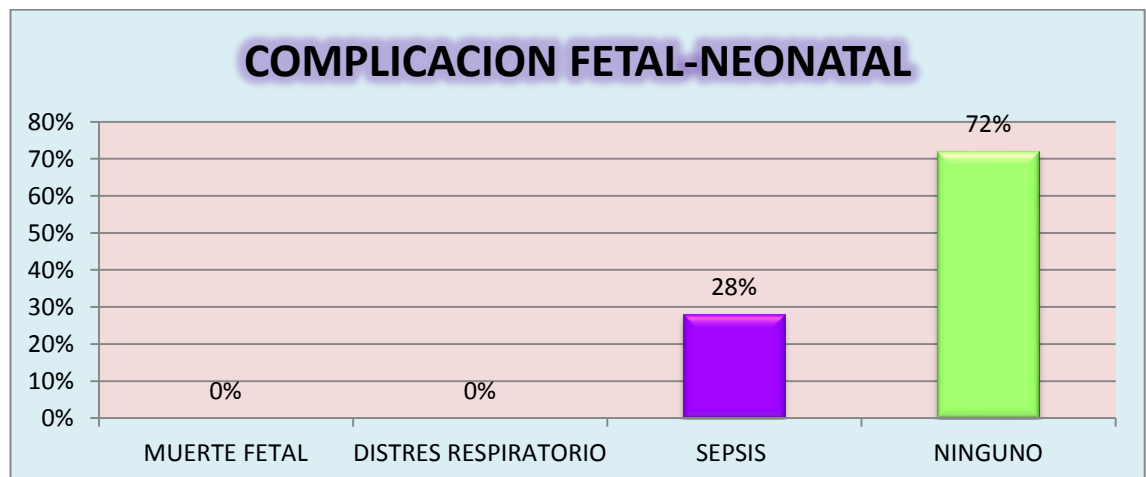
## TABULACION SEGÚN COMPLICACIONES FETAL – NEONATAL POR RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

### CUADRO #3

COMPLICACION FETAL-NEONATAL	n.	%
MUERTE FETAL	0	0%
DISTRES RESPIRATORIO	0	0%
SEPSIS	28	28%
NINGUNO	72	72%
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

Fuente: Hospital Enrique C. Sotomayor  
Autora: Arroyo Norma

### GRAFICO #3



Fuente: Hospital Enrique C. Sotomayor  
Autora: Arroyo Norma

### ANALISIS

El 72% de las pacientes no tuvieron complicación en su producto fetal y el 28% presentaron sepsis, concluyendo que la ruptura prematura de membrana no causó complicación alguna en el feto ni en el neonato.

## TABULACION SEGÚN RIESGO DE CORIOAMNIONITIS EN PACIENTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

**CUADRO #4**

<b>PACIENTES QUE PRESENTARON CORIOAMNIONITIS POR RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS</b>	<b>n.</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>NO</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

Fuente: Hospital Enrique C. Sotomayor  
Autora: Arroyo Norma

**GRÁFICO # 4**



Fuente: Hospital Enrique C. Sotomayor  
Autora: Arroyo Norma

### ANÁLISIS

El 100% de las pacientes que presentaron ruptura prematura de membranas no presentó corioamnionitis, lo cual fue gracias al manejo médico oportuno en ruptura prematura de membranas.

## 5. CONCLUSIONES

La rotura prematura de membranas como diagnóstico de ingreso en el área de Gineco-obstetricia entre Octubre 2013 a Marzo 2014 ocupa la prevalencia del 1.65% de los cuales el 0.82% corresponde a las gestantes entre las edades de 35 a 40 años

- ✓ El 62% de las pacientes que presentaron ruptura prematura de membranas presento infección de vías urinarias asintomáticas. (Cuadro #1)
- ✓ El 70% de las pacientes presento infección de vías urinarias como principal factor de riesgo de ruptura prematura de membranas. (Cuadro # 2)
- ✓ El 72% de los productos fetales no presentaron complicación fetal. (Cuadro#3)
- ✓ El 100% de las pacientes no presentaron riesgo de corioamnionitis. (Cuadro#4)

## 6. RECOMENDACIONES

- ✓ Socializar los resultados con docentes de la Carrera de Obstetricia, los/as profesionales Obstetras, estudiantes del V nivel para interactuar acciones en las diferentes unidades de salud y comunidad que ayuden en la detección oportuna del embarazo y el buen control prenatal a fin de bajar la incidencia de la rotura prematura de membranas, mejorando la salud materna perinatal.
  
- ✓ Realizar estudios prospectivos de la ruptura prematura de membranas a fin de identificar las causas que lo provocan y elaborar medidas urgentes de prevención que ayuden a concienciar en las gestantes y su familia sobre los riesgos que provoca la interrupción del embarazo no a término.
  
- ✓ Que el personal de salud que está frente a esta problemática de la ruptura prematura de membrana, aplique el manejo oportuno detectando factores de riesgos que ayuden a disminuir la morbi-mortalidad materna-perinatal.
  
- ✓ Impartir charlas educativas y dinámicas con las pacientes que asisten a consulta externa en el Hospital Enrique C. Sotomayor, con la finalidad de orientar sobre las complicaciones durante el embarazo y como prevenirlas.
  
- ✓ Incentivar a las pacientes para que asistan a los controles prenatales periódicamente, explicándoles los beneficios que este ofrece para el binomio madre-feto.
  
- ✓ Instruir a las gestantes sobre los factores de riesgo: como las infecciones de vías urinarias, vaginosis, que provocan complicaciones durante el embarazo a fin de disminuir la morbilidad en el binomio madre-hijo

## **7. PROPUESTA**

Charlas educativas dirigidas a mujeres en edades fértiles y embarazadas a fin de detectar factores de riesgo que compliquen la salud materna-perinatal en el área de influencia de mi medicatura rural.

### **7.1 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA**

Analizando la información obtenida y basándome en estadísticas reales considero que es de vital importancia tomar medidas preventivas en cuanto a la ruptura prematura de membranas para disminuir sus índices.

La charla que se imparta dirigida no solo a las gestantes sino también a las mujeres en edad reproductiva en general, con la finalidad de aportar en el cuidado y viabilidad del embarazo.

### **7.2 JUSTIFICACION**

El presente programa va orientado a contribuir con la disminución de los casos de ruptura prematura de membranas que se presentan en nuestro medio y que son preocupación para el sector público de salud, puesto que a nivel mundial existen índices elevados de ruptura prematura de membranas. Son varios los factores de riesgo que lo predisponen, sumado a ello está el desconocimiento de las mujeres sobre las causales de la Ruptura Prematura de Membranas, lo cual se torna en una situación muy compleja puesto que el resultante neonatal es preocupante.

Otorgarles información precisa concreta y entendible sobre la ruptura prematura de membrana ayudaría para disminuir su casuística.



## **7.3 OBJETIVOS**

### **7.3.1 OBJETIVO GENERAL**

**Elaborar un programa de charlas educativas** dirigidas a gestantes y mujeres en edad reproductiva, para contribuir a mejorar la Salud sexual y reproductiva en el área de influencia de mi medicatura rural

### **7.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- ✓ Educar a la gestante sobre cómo prevenir la infección de vías urinarias y sus complicaciones si la presenta al no recibir tratamiento oportuno.
- ✓ Dar a conocer los factores de riesgo que conllevan a una ruptura prematura de membranas.
- ✓ Enseñar cómo identificar los signos de alarma que advierten el riesgo de presentar ruptura prematura de membranas.
- ✓ Aclarar las consecuencias que presenta el binomio madre – feto como resultado de ruptura prematura de membrana.
- ✓ Recalcar la importancia del control pre natal sujeto a la edad gestacional.

## **7.4 DESCRIPCION DE LA PROPUESTA**

La propuesta es factible y viable si se trabaja en conjunto por un mismo propósito que es disminuir los casos de ruptura prematura de membranas, para la cual es importante la elaboración de material de apoyo didáctico tanto para la información que se va a proyectar como para la información que se va a entregar.

## **7.5 BENEFICIARIOS**

- ✓ Binomio Madre – Hijo
- ✓ Familia en general
- ✓ Sector Salud Publica

## **7.6 RECURSOS HUMANOS**

Profesional altamente calificado que imparta y guíe las charlas impartidas a las mujeres que asisten al Hospital Enrique C. Sotomayor.

## **7.7 RECURSOS DIDACTICOS**

- ✓ Retroproyector
- ✓ Trípticos
- ✓ Gigantografías

## 8. BIBLIOGRAFIA

1. ACOG. Committee Opinion N° 455, 2010, Magnesium sulfate before anticipated preterm birth for neuroprotection. *Obstet Gynecol.* Mar; 115 (3): 669- 71.
2. Alviar R , et al, 2011, Atención y cuidados en la prestación guía de ruptura prematura de membranas de servicios de salud código: ac-gyo-g027 ginecología y obstetricia. Pag 3 – 5
3. Cárdenas J. 9 de Abril del 2014, Ruptura prematura de membranas, Universidad de Antioquia.
4. Carter MF, et al, 2011, Neonatal intensive care unit admissions and their associations with late preterm birth and maternal risk factors in a population-based study.
5. Conde A, et al, 2011, Supplementation with vitamins C and E during pregnancy for the prevention of preeclampsia and other adverse maternal and perinatal outcomes: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*;204:503.e1-12.
6. Cuenca C,et al, 2012, Cuenca – Ecuador, Prevalencia y Factores asociados a ruptura prematura de membrana, Pag 1
7. Dinsmoor M, et al, 2004, After expectant management of extremely preterm premature rupture of the membranes. *Obst Gynecol.*190: 183e7
8. Echeverria J, et al, 2011, Guía de ruptura prematura de membranas de servicios de salud código: ac-gyo-g027 ginecología y obstetricia.
9. Factores de riesgo materno asociados al parto pre término Derechos reservados, Copyright © 2005: Instituto Mexicano del Seguro Social Rev Med IMSS 2005; 43 (4): 339-34

10. Flores , et al ,2013, Ambato – Ecuador “Determinación de los principales factores de riesgo maternos en relación a la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el hospital provincial docente ambato periodo enero 2011-enero 2012.”
11. Ganfong A, et al, 2007 ; Cuba, revista cubana obstétrico Hospital general docente “Dr. Agustino Honeto” Guantánamo, influencia de ruptura prematura de membranas algunos resultados perinatales. 33(2)
12. Goldenberg R, et al, 2008, Epidemiology and causes of preterm birth. 371:75-84.
13. Gómez Y, et al, 2008, Factores sociodemográficos y obstétricos asociados con rotura prematura de membranas Ginecología y Obstetricia de México,ISSN-0300-9041 Volumen 76, núm. 8. Pag 470
14. Hernandez M, 2013,Mexico,Ruptura prematura de membranas, Hospital general de Mexico.
15. InmaculadaM, et al, Madrid - España ,Corioamnionitis histológica y morbimortalidad neonatal: aproximación al síndrome de respuesta inflamatoria fetal Servicio de Obstetricia, Hospital Universitario La Paz, Universidad Autónoma de. pag 173
16. Koch M, et al, 2009, Rotura prematura de membranas. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina.
17. Lasso M. 2010, Panamá, Informe estadístico anual. Departamento de Neonatología CH “Dr AAM” Caja de Seguro Social.
18. Mercer B. 2009, The management of preterm premature ruptura of the membranes near the limit of fetal viability. Am JObst Gynecol; 201(3):230-40

19. Moore R, et al, 2006, The physiology of fetal membrane rupture: insight gained from the determination of physical properties. *Placenta* ;27:1037-1.
20. Morgan F, 2008, México, Factores sociodemográficos y obstétricos asociados con rotura prematura de membranas ISSN-0300-9041 Volumen 76, núm. 8, agosto *Ginecología y Obstetricia*. Pag 473 pag 470(23 b)
21. Mousiolis A, et al, 2011, Optimum mode of delivery in gestations complicated by preterm premature rupture of the membranes. *J mat-Fet Neonatal Med*, DOI:103109/14767058.2011.614659.
22. Norma y protocolo materno agosto 2008 pág. 127
23. OMS (1), 2012, de marzo [www.scribd.com/doc/](http://www.scribd.com/doc/)
24. Rivera R, et al, 2004, Chile, *Revista obstetricia ginecología* Fisiopatología de la rotura prematura de las membranas ovulares en embarazos de pretérmino; 69(3): 249-255.
25. Santolaya – Forgas J, Romero R, Espinoza J, Erez O, Friel LA, Kusanovic JP, Bahado-Singh R, et al, Prelabor Rupture of the Membranes, in *Clinical Obstetrics: The Fetus & Mother*, 3era edad. Blackwell Publishing; 2007: 1130-1188.
26. Saavedra D, et al, Morbimortalidad perinatal de la rotura prematura de membrana en el embarazo pre término.
27. Tran S, et al, 2008, Length of rupture of membranes in the setting of premature rupture of membranes at term and infectious maternal morbidity. *Obstet Gynecol*; 198:700.
28. Usandizaga y de la fuente obstetricia ginecología, 2010, Madrid – España, volumen 1, pag 348

29. Ventura J, 2009, prematuridad y bajo peso de nacimiento. Manual de Pediatría.
30. Vera M, et al, 2006 , Cuba ,Repercusión Del Parto Pretérmino. Hospital Gineco Obstétrico Docente Provincial Ana Betancourt De Mora. Revista Archivo Médico, Camagüey, 10(1):102-110.
31. Vigil P, ET AL, 2011, Guía clínica de la Federación Latino Americana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, pag 3
32. Villamonte W, et al, 2001, Factores de riesgo del parto pretemino instituto materno perinatal Ginecol Obstet; 47:112-116 Vo 47
33. World Health Organization (2012). Biomedical infertility care in poor resource countries: barriers, access and ethics [Internet]. [cited 2013 Jun 24]. Available from:[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/biomedical\\_infertility\\_care/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/biomedical_infertility_care/en/index.html)

# **ANEXO**

**HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO**  
**HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO**  
**“ENRIQUE C. SOTOMAYOR”**

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA DETERMINAR LA INCIDENCIA DE RUPTURA  
PREMATURA DE MEMBRANAS

Fecha: \_\_\_\_\_ N° Historia: \_\_\_\_\_

**1. DATOS DE FILIACIÓN:**

Edad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

**2. ENCUESTA SOCIO ECONÓMICA:**

Vivienda: \_\_\_\_\_ Servicios Básicos: \_\_\_\_\_

Hábito Tabáquico: No: \_\_\_\_\_ Si: \_\_\_\_\_ N° Cigarrillos diarios: \_\_\_\_\_

Tiempo: \_\_\_\_\_

Continua fumando: \_\_\_\_\_ Interrumpió el hábito al conocer su estado: \_\_\_\_\_

Hábito alcohólico: No: \_\_\_\_\_ Si: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

**3. ANTECEDENTES PERSONALES:**

**A. GINECOLÓGICOS:**

Menarquía: \_\_\_\_\_ FUM \_\_\_\_\_

Primera Relación Sexual: Edad: \_\_\_\_\_

Planificación Familiar: Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Método Anticonceptivo: \_\_\_\_\_



## **B. OBSTÉTRICOS:**

Gestas: \_\_\_\_\_ Partos: \_\_\_\_\_ Cesáreas: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_

### **4. DATOS DEL EMBARAZO ACTUAL:**

Gestación Simple: \_\_\_\_\_ Gestación Múltiple: \_\_\_\_\_

Nº de controles prenatal: \_\_\_\_\_

Antecedentes de Leucorrea: Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Color \_\_\_\_\_ Tratamiento: Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Antecedentes de Infección de Vías Urinarias: Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Respuesta al tratamiento: Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Tiene antecedentes de ruptura prematura de membranas: Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Sus hijos con ruptura prematura de membranas han tenido algún problema de salud o intelectual: Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

### **5.-RECIEN NACIDO**

APGAR \_\_\_\_\_

Valoración Clínica \_\_\_\_\_

### **6.- EXAMEN DE LABORATORIO**

Leucocitos: \_\_\_\_\_

Orina: Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

## CRONOGRAMA

Este trabajo tiene un periodo de seis meses para ser ejecutado, el cual se detalla a continuación:

ACTIVIDADES	OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				JUNIO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Presentación y aprobación del tema y tutor	■	■	■	■																				
Revisión bibliográfica	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Presentación del anteproyecto al tutor					■	■																		
Elaboración de instrumentos						■	■	■																
Recolección de datos									■	■	■	■												
Procesamiento y análisis de datos									■	■	■	■	■	■	■	■								
Elaboración del examen final													■	■	■	■	■	■	■	■				
Entrega del informe final																	■	■	■	■				
Sustentación																					■	■	■	■