



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

**TRABAJO DE FIN DE CARRERA COMO REQUISITO PARA  
OPTAR EL TÍTULO DE OBSTETRA**

**TÍTULO:**

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO DE LA ROTURA PREMATURA DE  
MEMBRANAS EN PACIENTES ADOLESCENTES PRIMIGESTAS DE 16 A 19  
AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ENRIQUE C SOTOMAYOR DE  
NOVIEMBRE DEL 2013 A ABRIL DEL 2014

**AUTORA:**

TANIA YULIANA VALERO FRANCO

**TUTORA:**

Obst. ANA MARÍA RUIZ MERCHÁN. 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 Srta. **Tania Yuliana Valero Franco**, 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 el título de Obstetra.

**APROBADO POR:**

---

**Dr. Jorge Lavanda**

**PRESIDENTE DEL TRIBUNAL**

---

**Obst. Margarita Ontano**

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

---

**Obst. Gladys Zerna**

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

---

**SECRETARIA**



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



**SENESCYT**  
SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,  
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

<b>REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA</b>		
<b>FICHA DE REGISTRO DE TESIS</b>		
<b>TÍTULO Y SUBTÍTULO:</b> PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO DE LA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN PACIENTES ADOLESCENTES PRIMIGESTAS DE 16 A 19 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ENRIQUE C SOTOMAYOR DE NOVIEMBRE DEL 2013 A ABRIL DEL 2014		
<b>AUTOR/ ES:</b> TANIA YULIANA VALERO FRANCO	<b>TUTORA:</b> Obst Ana Ruiz Merchán. MSc	
<b>INSTITUCIÓN:</b> Universidad de Guayaquil	<b>FACULTAD:</b> de Ciencias Médicas	
<b>CARRERA:</b> Obstetricia		
<b>FECHA DE PUBLICACION:</b>	<b>Nº DE PÁGS:</b>	
<b>ÁREAS TEMÁTICAS</b>		
<b>PALABRAS CLAVES:</b>		
<p><b>RESUMENA</b> pesar de que existen incertidumbres acerca de cuáles son los verdaderos factores causantes de la rotura prematura de membranas, se cree que se presenta debido a la presencia de alguna infección durante el embarazo o a la inminencia del trabajo de parto. La incidencia global es del 10% de todas las embarazadas a nivel mundial siendo el 80% en embarazos a término y 20% en embarazos pretérminos. En nuestro país una de las principales causas del parto pretermino es la rotura de membranas lo que trae consigo complicaciones tanto para la madre como para el feto. La presente investigación es de tipo retrospectivo, descriptivo y de corte transversal. Los instrumentos utilizados fueron las historias clínicas de pacientes primigestas de 16 a 19 años, ingresadas con RPM en el hospital Enrique C Sotomayor de noviembre del 2013 a abril 2014, los resultados obtenidos indican que la incidencia de RPM en adolescentes primigestas fue de 0.92% siendo la IVU una de las causas principales, seguido de las infecciones cervico vaginales. el desarrollo del marco teórico y los resultados de la investigación me motivaron a elaborar una propuesta de programas preventivos a nivel de instituciones educativas que nos ayude a orientar a las madres adolescentes sobre los riesgos de morbilidad materna perinatal y neonatal que causan la detección no oportuna del embarazo y el inadecuado control prenatal.</p>		
<b>Nº DE REGISTRO (en base de datos):</b>	<b>Nº DE CLASIFICACIÓN:</b>	
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	SI	NO
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> 0939243520	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:taniayul_222@hotmail.com">taniayul_222@hotmail.com</a>
<b>CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:</b>	<b>Nombre:</b>	



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

**AUTORÍA**

Tania Yuliana Valero Franco, autora del presente proyecto **PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO DE LA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN PACIENTES ADOLESCENTES PRIMIGESTAS DE 16 A 19 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ENRIQUE C SOTOMAYOR DE NOVIEMBRE DEL 2013 A ABRIL DEL 2014**, declaro que esta investigación es de mi exclusiva responsabilidad y autoría.

---

Valero Franco Tania Yuliana



## **CERTIFICADO DE LA TUTORA**

Obst. Ana María Ruiz Merchán, enmi calidad de tutor del trabajo de investigación de tesis para optar el título de **OBSTETRA** de la **UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**.

**CERTIFICO QUE:** He dirigido y revisado la tesis de Grado presentado por la Srta. Tania Yuliana Valero Franco con CI. 092698896-5.

**TEMA DE TESIS: “PRINCIPALES FACTORES DE RIESGOS DE LA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN PACIENTES ADOLESCENTES PRIMIGESTAS DE 16 A 19 AÑOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ENRIQUE C SOTOMAYOR DE NOVIEMBRE DEL 2013 A ABRIL DEL 2014”,** El mismo que se encuentra apto para la presentación y sustentación respectiva.

---

**Obst. Ana María Ruiz Merchán, Msc**  
**TUTORA**

## **DEDICATORIA**

Principalmente a Dios por haberme dado la capacidad y la sabiduría para culminar esta etapa de mi vida.

A mis padres quienes fueron mi guía y mi fortaleza en mi diario caminar, su apoyo sin duda alguna fue parte fundamental de mi logro y a mis hermanas quienes siempre estuvieron a mi lado ayudándome, protegiéndome y guiándome.

A mi abuela Adelita que desde el cielo me cuida y protege y aunque ya no este junto a nosotros sé que está sonriendo en el cielo por que se cumplió uno de sus grandes sueños. Siempre vivirás en mi corazón.

## **AGRADECIMIENTO**

Mis más sinceros agradecimientos principalmente a Dios por enseñarme el camino correcto, a mis padres (Yuly y Gloria) y hermanas, quienes no solo me brindaron amor sino también su apoyo, comprensión, sacrificio y confianza incondicional en todos mis años de estudio, por que sin ellos no sería lo q ahora soy, gracias por toda la eternidad.

## **RESUMEN**

A pesar de que existen incertidumbres acerca de cuáles son los factores causantes de una RPM, se cree que se debe por la presencia de alguna infección durante el embarazo o a la inminencia del trabajo de parto. La incidencia es del 10% de todas las embarazadas a nivel mundial siendo el 80% que se presentan en embarazos a término y 20% en embarazos pretérminos. En nuestro país una de las principales causas de parto pretermino es la RPM en los embarazos lo que trae consigo complicaciones tanto para la madre-feto y recién nacido. La presente investigación es de tipo retrospectivo, descriptivo y de corte transversal, los instrumentos utilizados fueron las historias clínicas de las pacientes adolescentes primigestas de 16 a 19 años ingresadas con RPM en el Hospital Enrique C Sotomayor de noviembre del 2013 a abril 2014, los resultados obtenidos nos indican que la incidencia de rotura prematura de membranas en adolescentes primigestas fue de 0.92% (120 pacientes) siendo la IVU una de las causas principales, seguido de las infecciones cervico vaginales. El desarrollo del marco teórico y los resultados de la investigación me motivaron a elaborar una propuesta de programa preventivo a nivel de instituciones educativas que nos ayuden a orientar a las madres adolescentes sobre los riesgos de morbilidad materna-perinatal y neonatal que causan la no detección temprana del embarazo y el inadecuado control prenatal.

**PALABRAS CLAVES:** Rotura Prematura de Membranas, pretermino, perinatal, infecciones cervico vaginales, infección de vías urinarias.

## SUMARY



Although there are uncertainties about what the factors are an RPM, it is believed that the presence of an infection during pregnancy or imminent labor. The incidence is 10% of all pregnant women worldwide still 80% that occur at term and 20% in preterm pregnancies. In our country a major cause of preterm birth is the RPM in pregnancies which brings complications for both mother and fetus and newborn. The present study is retrospective, descriptive, cross-sectional, the instruments used were the medical records of primiparous adolescent patients 16 to 19 years admitted with RPM in the Enrique C. Sotomayor Hospital from November 2013 to April 2014 results obtained indicate that the incidence of premature rupture of membranes in pregnant adolescents was 0.92% (120 patients) UTI being one of the leading causes, followed by vaginal cervical infections. The development of the theoretical framework and the results of research led me to develop a proposal for a preventive program level educational institutions to help us educate teen mothers about the risks of maternal-perinatal and neonatal morbidity and mortality that cause no early detection pregnancy and inadequate prenatal care.

**KEYWORDS:** Premature rupture of membranes, preterm, perinatal, cervico vaginal infections, urinary tract infection.

## INDICE

CERTIFICACIÓN DEL JURADO.....	I
FICHA DE REGISTRO .....	II
AUTORIA.....	III
CERTIFICADO DEL TUTOR.....	IV
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
RESUMEN.....	VII
SUMARY.....	VIII
1. INTRODUCCIÓN .....	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	2
1.1.1. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA .....	2
1.1.2. PREGUNTAS DE LA INVESTIGACIÓN .....	3
1.1.3. JUSTIFICACIÓN.....	3
1.1.4. VIABILIDAD.....	4
1.2. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS.....	4
1.2.1. OBJETIVO GENERAL.....	4
1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	5
1.2.3. HIPÓTESIS.....	5
1.3. VARIABLES.....	5
1.3.1. VARIABLES DEPENDIENTES.....	5
1.3.2. VARIABLES INDEPENDIENTES .....	5
2. MARCO TEORICO.....	6
Rotura Prematura de Membrana.....	6
Incidencia.....	6
Causas.....	7
Factores de Riesgos.....	7
Hábito de Fumar.....	7
Infecciones Cervico –Vaginales.....	8
Traumatismos mas communes.....	9
Cerclaje.....	10
DIU.....	10
Relacionessexuales.....	10
Polihidranios y Rotura Prematura de membrana.....	10
Hemorragias durante el embarazo.....	11
Complicaciones fetales.....	11
3. MATERIALES Y MÉTODOS.....	14
3.1.MATERIALES.....	14
3.1.1. LOCALIZACIÓN.....	14
3.1.2. CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO.....	14
3.1.3. PERIODO DE INVESTIGACIÓN.....	15
3.1.4. RECURSOS A EMPLEAR.....	15
3.1.5. UNIVERSO Y MUESTRA.....	15
3.2.MÉTODO.....	15
3.2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	15
3.2.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	16

3.2.3. PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
3.2.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN.....	16
3.2.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	16
3.2.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	16
3.2.5. ANALISIS DE LA INFORMACIÓN.....	16
3.2.6. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.....	17
3.2.7. PRESUPUESTO.....	17
3.2.8. CRONOGRAMA.....	18
4. RESULTADOS.....	19
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	33
5.1 . CONCLUSIONES.....	33
5.2.RECOMENDACIONES.....	34
6. BIBLIOGRAFÍA.....	35
7. ANEXOS.....	36
Titulo.....	36
Justificación.....	38
Objetivo.....	39
Factibilidad de aplicación.....	39
Metas.....	39
Procedimientos.....	40
Control y Evaluación.....	41
Cronograma de la propuesta.....	42
Ficha técnica de recolección de datos.....	43
Historias Clínicas.....	44

## 1. INTRODUCCIÓN

La rotura prematura de membranas se define como la solución de continuidad espontánea de las membranas corioamnióticas desde las 22 semanas de gestación hasta antes del inicio del trabajo de parto. Es un problema de salud pública de importancia clínica y epidemiológica a nivel mundial debido al alto riesgo de complicaciones materno perinatal y neonatal.

La incidencia es del 10% de los embarazos a nivel mundial siendo el 80% en embarazos a término y 20% en embarazos pretérminos, en el Perú se registra del 4-14% en los partos pretérmino.

La rotura prematura de membranas con lleva a complicaciones maternas y neonatales importantes. El período de latencia, se relaciona con la edad gestacional siendo mayor en los embarazos pretérminos con más de 48 horas, en el 50% de los casos.

En estudios realizados en la provincia de Manabí(Ecuador), en el año 2011 de un total de 1.589 embarazadas se evaluaron 41 mujeres con diagnóstico de RPM teniendo como criterio de inclusión que no se encuentren en trabajo de parto. Los resultados revelan que la RPM solo ese año tuvo una prevalencia de 25% siendo menores de 20 años un 54%.

En nuestro país una de las principales causa de parto pretermino es la RPM en los embarazos, lo que trae consigo complicaciones maternas-perinatales y neonatales. A fin de conocer los factores de riesgo de la RPM elabore la presente investigación de tipo retrospectivo, descriptivo y de corte transversal, tratando de determinar la frecuencia de RPM en las pacientes adolescentes primigestas de 16 a 19 años en el hospital Enrique C Sotomayor de noviembre 2013 a abril 2014.

Los instrumentos utilizados fueron las historias clínicas y los objetivos planteados en las adolescentes primigestas con RPM fueron:comparar el estado ocupacional, evidenciar la edad del embarazo,determinar el consumo de drogas, demostrar el tiempo de exposición de RPM, vías de terminación del embarazo en adolescentes gestantes con rotura

prematura de membranas, identificar las complicaciones maternas-fetales, porque considero que identificando los factores de riesgo y reconociendo las complicaciones que presenta la RPM las primigestas adolescentes en su embarazo podría contribuir a la disminución de los riesgos de morbilidad materna-perinatal y neonatal.

Los resultados obtenidos me motivaron a desarrollar mi propuesta de: “Rediseñar un programa preventivo involucrando a las instituciones de salud que ayude a orientar a las madres adolescentes sobre los riesgos que causa la no detección temprana del embarazo y el inadecuado control prenatal, mejorando así la salud reproductiva de las mujeres ecuatorianas.

## **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1.1. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA:**

A pesar de que existen incertidumbres acerca de cuáles son los verdaderos factores causantes de la rotura prematura de membrana, generalmente se cree que la misma se desarrolla debido a la presencia de alguna infección durante el embarazo o debido a la inminencia del trabajo de parto. También se piensa que la aniquilación programada de células y la activación de enzimas catabólicas, tales como la colagenasa también pueden provocar una ruptura de membranas. El hecho de mantener relaciones sexuales durante las últimas etapas del embarazo no es considerado un factor de riesgo pero si traumas durante el embarazo como cerclajes, uso de catéteres, DIU, tactos vaginales repetidos.

Las embarazadas que corren mayor riesgo de experimentar una RPM son aquellas que fuman, poseen un bajo índice de masa corporal, se alimentan de manera deficiente o se higienizan deficientemente, y aquellas que cuentan con antecedentes de haber experimentado trabajo de parto pretérmino. Las embarazadas que presentan polihidramnios también corren peligro de experimentar una RPM.

En nuestro país una de las principales causas de partos pretérminos es por RPM. Es de nuestro conocimiento que en nuestro medio ha aumentado considerablemente los embarazos en la adolescencia lo que trae consigo complicaciones tanto para la madre adolescente como para el feto; si se tiene un adecuado control prenatal se puede lograr

reducir la incidencia de RPM, lo que ayudaría a controlar de una manera adecuada en las adolescentes primigestas complicaciones maternas fetales y perinatales.

### **1.1.2. PREGUNTAS DE LA INVESTIGACION**

1. ¿Será que las infecciones cervico vaginales y la IVU producen RPM?
2. ¿Cómo los traumatismos pueden causar RPM?
3. ¿Las hemorragias durante el embarazo pueden llevar a desencadenar rotura prematura de membranas?
4. ¿Será que el polihidramnios es la causa principal de la rotura prematura de membranas?
5. ¿Será que el consumo de sustancias psicotrópicas es un factor causante de rotura prematura de membranas?

### **1.1.3. JUSTIFICACIÓN**

La rotura prematura de membrana es una patología frecuente en pacientes gestantes que se manifiesta por medio de una clínica evidente dando repercusión tanto al feto como a la madre.

La presente investigación se realizara por la necesidad de adquirir nuevos y mejores conocimientos sobre el tema, ya que aproximadamente 2 a 3% del total de embarazadas en la adolescencia han presentado RPM además se encuentra asociado con aproximadamente el 10% de los embarazos a nivel mundial siendo el 80% en embarazos a término y 20% en embarazos pretérminos, en el Perú se registra del 4-14% en los partos pretérmino.

En estudios realizados en la provincia de Manabí (Ecuador), en el año 2011 de un total de 1.589 embarazadas se evaluaron 41 mujeres con diagnóstico de RPM teniendo como criterio de inclusión que no se encuentren en trabajo de parto. Los resultados revelan que la RPM solo ese año tuvo una prevalencia de 25% siendo menores de 20 años un 54%.

Debemos ser conscientes de que el tema no es solo en beneficio de los adolescentes sino también de la población en general y así buscar soluciones para poder resolver algunas de las necesidades que abarca el tema. La atención a este problema obstétrico en la actualidad no es suficiente el incremento de las complicaciones perinatales han aumentado como lo revelan a diario los ingresos de embarazadas a los hospitales por amenazas de parto pretermino como consecuencia de la RPM. Con la información generada en el presente estudio diseñaremos una propuesta de prevención de la RPM en adolescentes que permitirá reducir la prevalencia de los partos pretérminos, actuando sobre los factores de riesgo que más inciden en la misma.

#### **1.1.4. VIABILIDAD**

El presente estudio es viable por ser interés de la institución de disminuir la prevalencia de la rotura prematura de membranas provocada por infecciones y otros factores de riesgo. Existen las autorizaciones de los directivos y del departamento de estadísticas del Hospital Gineco Obstétrico ENRIQUE C SOTOMAYOR para que se ejecute esta investigación de noviembre 2013 a abril 2014 de la ciudad de Guayaquil.

### **1.2. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS**

#### **1.2.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar los factores de riesgo en la rotura prematura de membranas a fin de elaborar un programa preventivo en las salas de espera de instituciones hospitalarias que ayude a orientar a las madres adolescentes la importancia y beneficios del control prenatal.

### **1.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Determinar la frecuencia de rotura prematura de membranas.
2. Reconocer a la IVU y a las infecciones cervico vaginales como causa de rotura prematura de membranas.
3. Definir la frecuencia de traumatismo como factor asociado a la rotura prematura de membranas.
4. Establecer si las hemorragias durante el embarazo tienen relación con la rotura prematura de membranas.
5. Identificar la prevalencia del polihidramnios en pacientes objeto de nuestro estudio.
6. Conocer la frecuencia del consumo de sustancias psicotrópicas en mujeres gestantes con rotura prematura de membranas.

### **1.2.3. HIPÓTESIS**

La orientación a las adolescentes en programas de educación sexual y reproductiva contribuiría a mejorar el control prenatal detectando factores de riesgo de la RPM.

## **1.3. VARIABLES**

### **1.3.1. VARIABLES DEPENDIENTES**

- Ruptura prematura de membranas

### **1.3.2. VARIABLES INDEPENDIENTES**

- Primigestas
- Edad de 16 a 19 años
- Factores de riesgo
- Antecedentes obstétricos



## **2. MARCO TEÓRICO**

### **ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS**

La ruptura prematura de membranas (RPM) es la pérdida de continuidad del saco amniótico antes del inicio del trabajo de parto, independientemente de la edad gestacional en que se encuentre el embarazo. Las membranas pueden romperse en cualquier momento del embarazo. Su incidencia varía entre el 1,6 y el 21 % de todos los nacimientos, y constituye una de las afecciones obstétricas más relacionadas con la morbilidad y mortalidad materno-perinatal. Es un cuadro grave para el pronóstico perinatal, y su importancia está en relación inversa con la edad gestacional en que se produce, o sea, que mientras más temprano aparece, peores serán los resultados. Podemos entonces asegurar que en el embarazo de más de 35 semanas (feto viable) el pronóstico es bueno, aunque no exento de complicaciones; por el contrario, cuando ocurre antes de las 34 semanas es desfavorable, y peor aún antes de las 32 semanas, pues la evolución está sujeta a una alta morbilidad y mortalidad fetal y neonatal.<sup>(2)</sup>

### **INCIDENCIA**

Fluctúa entre el 2,7 y 17% (promedio, 10%) de los embarazos, correspondiendo el 20% de los casos a gestaciones de pretérmino. El período de latencia (tiempo que media entre la rotura de membranas y el inicio del trabajo de parto) se relaciona con la edad gestacional, siendo mayor en los embarazos de pretérmino (más de 48 h en el 50% de los casos) que en los embarazos de término (menos de 24 h en el 90% de los casos). Si el embarazo es a término con feto mayor de 2500 g el 79 % de las pacientes inician el trabajo de parto en las siguientes 12 horas, mientras que el 95 % en las primeras 24 horas; si la edad gestacional se encuentra entre 28 y 36 semanas con peso fetal e/ 1000 y 2500 g inician el trabajo de parto dentro de las 24 horas siguientes el 51 % de las pacientes. Este porcentaje baja al 26 % cuando la Edad gestacional está comprendida e/ 22 y 28 semanas con peso fetal entre 500 y 1000 g.<sup>(3)</sup>

## **CAUSAS<sup>(4)</sup>**

Las causas de la RPM no se conocen con claridad. Algunas de las causas posibles son:

- Dilatación precoz del cuello uterino, tal vez debido al peso del bebé y de la placenta o a cambios en el mismo cuello uterino
- Infecciones de la vagina, del útero o de las membranas que rodean el feto
- Trabajo de parto prematuro
- Amniocentesis

## **Factores de riesgo**

Los siguientes factores podrían incrementar su probabilidad de tener RPM:

- Tabaquismo
- RPM en embarazos anteriores
- Embarazo de gemelos o más
- Infección bacteriana en la vagina, especialmente durante el segundo trimestre
- Cuello uterino insuficiente o debilitado
- Cerclaje cervical
- Ciertos procedimientos usados para tratar las afecciones anormales del cuello uterino
- Polihidramnios

## **RIESGO DE RPM**

### **HÁBITO DE FUMAR EN MUJERES GESTANTES CON ROTURA PREMAURA DE MEMBRANAS.**

Hace tres décadas se pensaba que el hábito de fumar estaba relacionado con la RPM de término. En 1990, Hadley señaló que:

- Las pacientes que habían tenido una RPM de **pretermino** tenían 3,6 veces más probabilidad de repetirla y
- Las que fumaban tenían un riesgo de RPM 2,8 veces más que las nofumadoras.

Harger encontró que a estos dos importantes factores de riesgo les seguía la metrorragia. Esta se debía a un desprendimiento crónico de la placenta con aumento de la irritabilidad y de la presión intrauterina causando contractilidad prematura y separación placentaria. El agente podría ser la nicotina que produce vasoconstricción arteriolar con isquemia de la decidua.<sup>(5)</sup>

## **INFECCIONES CERVICO- VAGINALES**

La paciente refiere haber perdido líquido por genitales en ausencia de manifestaciones dolorosas. La cantidad de líquido puede ser abundante, en cuyo caso la sospecha diagnóstica es fácil pero, en ocasiones, la pérdida es escasa y se puede confundir con las secreciones vaginales que están aumentadas en la embarazada. A diferencia de las secreciones vaginales por infecciones, la pérdida de líquido de la RPM no produce síntomas genitales tipo prurito o mal olor, a menos que exista un proceso infeccioso secundario.<sup>(7)</sup>

Al examen con espéculo, se puede observar abundante líquido en el fondo de saco vaginal y la salida del mismo a través del orificio cervical externo. Para verificar que el líquido proviene de la cavidad uterina, se puede recurrir a la maniobra de Tarnier.

El líquido es de aspecto claro y fluido, a diferencia de las secreciones por candidiasis que tienen el aspecto de leche cortada o el de la tricomoniasis, que tiene un color gris verdoso con tendencia a formar burbujas.<sup>(7)</sup>

### **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:** Con un hisopo estéril se obtiene líquido del fondo de saco posterior, se extiende en una laminilla y se deja secar. El líquido amniótico, al ser evaluado al microscopio con baja magnificación muestra una arborización típica.

**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. <sup>(7)</sup>

#### Manejo anteparto

En cualquier paciente en la que se ha establecido el diagnóstico de RPM, se debe determinar la edad gestacional, el bienestar fetal, los signos y síntomas de corioamnionitis y los de inicio de trabajo de parto.

La edad gestacional se determina con la ayuda de la fecha de última regla o sobre la base de una biometría fetal por ecosonografía realizada, preferiblemente, durante primer trimestre del embarazo.

Se debe descartar infección, siendo la sintomatología más frecuente: temperatura superior a 38°C, taquicardia materna y fetal, hipersensibilidad uterina y secreción vaginal fétida. En cuanto a los exámenes de laboratorio, se practica un recuento leucocitario y fórmula, así como la determinación sérica de proteína C reactiva (PCR). Una leucocitosis con desviación a la izquierda y un aumento de la PCR, son indicativos de infección intraamniótica. En caso de que se decida una conducta expectante, la vigilancia anteparto se debe realizar a través del monitoreo fetal no estresante y el perfil biofísico. En cuanto al tacto, la única justificación es determinar las características del cuello uterino en mujeres en trabajo de parto porque los tactos repetidos favorecen la infección; por eso, es preferible el examen con espéculo y la evaluación ecosonográfica del cuello. <sup>(7)</sup>

### **TRAUMATISMO MÁS COMUNES CAUSANTES DE RUTURA PREMATURA DE MEMBRANAS**

Tactos vaginales repetidos

Uso de catéteres

Amnioscopia

Coito

Procedimiento de diagnóstico prenatal

**Cerclaje:** los hilos del mismo y la manipulación quirúrgica podrían actuar como cuerpo extraño favoreciendo el aumento de las prostaglandinas incrementando el riesgo de rotura prematura de membranas.

**DIU:** el mecanismo de desencadenamiento es la presencia de un cuerpo extraño en la cavidad uterina.

La presencia de un DIU con el embarazo es una importante causa de RPM. Esto se produce por 2 mecanismos:

- a) Generalmente el embarazo se produce porque el DIU ha descendido hacia el orificio cervical interno, dejando espacio suficiente para la implantación ovular. Al comenzar a formarse el segmento inferior hacia la semana 28 y aumenta el volumen ovular ocurre un deslizamiento de la membrana sobre el DIU, lo cual provoca que se rompan.
- b) La guía del dispositivo que está en contacto con la vagina, que es un medio séptico, sirve de puente a los gérmenes a través del tapón mucoso cervical y esto origina una corioamnionitis histológica.<sup>(4)</sup>

**Relaciones sexuales:** Si bien algunos investigadores encontraron aumento del parto prematuro con coito reciente no hay trabajos randomizados que lo señalen como causante de RPM. Mills por un lado y Klebanoff por otro mostraron que las relaciones sexuales entre las 34 y las 37 semanas no provocan partos prematuros ni RPM.<sup>(5)</sup>

## **POLIHIDRAMNIOS Y ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS <sup>(6)</sup>**

El Sobreestiramiento del útero y del saco amniótico, lo que a veces sucede por múltiples fetos o acumulación excesiva de líquido amniótico.

La cantidad excesiva de líquido amniótico puede hacer que el útero de la madre se distienda demasiado y esto puede ocasionar un trabajo de parto prematuro o la ruptura prematura de las membranas (del saco amniótico). Cuando se rompe el saco amniótico, las grandes cantidades de líquido provenientes del útero pueden aumentar el riesgo de desprendimiento de la placenta (separación prematura de la placenta) o de prolapso del cordón umbilical (cuando el cordón atraviesa el cuello uterino), lo que puede ocasionar su compresión

## **LAS HEMORRAGIAS DURANTE EL EMBARAZO SON CAUSAS DE ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS <sup>(1)</sup>**

El sangrado vaginal es un factor de riesgo mayor para rotura prematura de membranas. Un análisis multivariado mostro que el sangrado vaginal sigue siendo un factor de riesgo significativo para la RPM.

Cuando se presenta en el primer trimestre se asocia con un aumento dos veces en el riesgo de rotura prematura de membranas; si se produce en el segundo y en el tercer trimestre, ese riesgo aumenta un 4-6 veces respectivamente. Es importante señalar que la hemorragia vaginal que se presenta en más de un trimestre se asocia con un aumento de 7 veces en el riesgo de RPM. Más recientemente Weiss y Cols informaron que la hemorragia intensa en el primer trimestre, definida como una pérdida de sangre similar a una menstruación, se asocia con un aumento de riesgo de RPM. Además Yang y Cols. Publicaron un estudio extenso sobre la relación entre el sangrado por vía vaginal y la RPM. Se obtuvo información con el número de episodios de sangrado, el trimestre en que se produjo y su duración. Los factores de riesgo asociados con la rotura prematura de membranas fueron sangrados solo en el primer trimestre.

Los mecanismos precisos por medio de los cuales el sangrado vaginal puede generar rotura prematura de membranas se desconocen. Una posibilidad es que la hemorragia decidual con formación de coágulos comprometa el soporte nutricional de las membranas, con estiramiento del área debilitada, posterior rotura y formación de un coagulo que actúa como nido para una infección ascendente.

Una posible explicación es que esta infección ascendente podría causar deciduitis manifestada mediante el sangrado vaginal. Otra explicación posible es que la trombina, una enzima liberada durante la coagulación, estimula la producción de enzimas que degradan la matriz y participan en el debilitamiento mencionado de las membranas corioamnióticas.

### **COMPLICACIONES FETALES**

La prematurez y la infección son las dos complicaciones fundamentales de la RPM en el feto y/o recién nacido. Ellas son responsables de casi el 100% de la mortalidad atribuible a RPM. Problemas adicionales son la asfixia, la hipoplasia pulmonar y las deformidades ortopédicas.

### **1. Síndrome de dificultad respiratoria**

Es la causa más frecuente de mortalidad perinatal, en relación a RPM, en gestaciones por debajo de las 34 semanas. En nuestro medio se señala una incidencia de 18%. La madurez del pulmón fetal puede evaluarse a través de la detección en el LA de una relación lecitina/esfingomielina >2, un test de Clements (+) y/o la presencia de fosfatidilglicerol.

### **2. Infección neonatal**

La infección neonatal ocurre entre el 1 y 25% de los casos de RPM. Se ha demostrado que existe una relación directa entre el período de latencia y la infección ovular (corioamnionitis clínica se correlaciona con infección neonatal) por arriba de las 34 semanas. En gestaciones >34 semanas, la primera causa de mortalidad perinatal (en el contexto de RPM) es la infección. Por debajo de las 34 semanas no existe la asociación descrita entre período de latencia e infección ovular, a menos que se practique un tacto vaginal al ingreso.

La infección neonatal se manifiesta a través de neumonía, bronconeumonía, meningitis y/o sepsis. Los gérmenes aislados más frecuentemente en recién nacidos infectados son Echerichiocoli, Klebsiella y Estreptococo grupo B (StreptococcusAgalactiae).

### **3. Asfixia perinatal**

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

La monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal y el perfil biofísico están frecuentemente alterados en estos casos.

### **4. 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 LA.

### **5. 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.<sup>(7)</sup>

### **3. MATERIALES Y MÉTODOS**



### **3.1. MATERIALES**

- Historias clínicas
- Computadora
- Libros

#### **3.1.1. LOCALIZACIÓN**

El presente estudio se realizó en el” Hospital Gineco Obstétrico ENRIQUE C SOTOMAYOR” ubicado en las calles Ayacucho y 6 de Marzo de la ciudad de Guayaquil.

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

El hospital Gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, es una institución que está destinada a la prestación de servicios de salud sexual, reproductiva, perinatal y neonatal de la mujer embarazada y en etapa de reproducción; se ubica entre las calles Pedro Pablo Gómez, Pio Montufar, Ayacucho y Seis de Marzo, a dos cuadras de la Avenida Quito, parroquia Bolívar, en la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas La Maternidad Enrique Sotomayor de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, ocupa un terreno de aproximadamente 10.200,00 m<sup>2</sup>, lo conforman un conjunto de edificaciones de una a tres plantas, patios y corredores. La distribución interna del hospital Gineco-obstétrico Enrique C. Sotomayor, está formado por bloques distribuidos desde la letra A hasta la L. En la Maternidad Enrique C. Sotomayor, laboran 1.402 personas y cuenta con 469 camas para la atención al público, está dividida en dos áreas específicas: clínica y quirúrgica. . Según los resultados oficiales del Censo 2010 realizado por el INEC, determinan en este sector una población de 3.123 habitantes cuyos habitantes reciben servicios de dicho hospital.

#### **3.1.3. PERIODO DE INVESTIGACIÓN**

La presente investigación comprende desde noviembre del 2013 a abril del 2014.

### **3.1.4. RECURSOS A EMPLEAR**

#### **HUMANOS**

- Tutor
- Interna de obstetricia

#### **FÍSICOS**

- Instrumento de recolección de datos
- Exámenes clínicos (reportes)
- Historias clínicas

### **3.1.5. UNIVERSO Y MUESTRA**

**UNIVERSO:** Del total las pacientes embarazadas 12.961 que ingresaron en el Hospital Gineco Obstétrico ENRIQUE C SOTOMAYOR durante noviembre del 2013 a abril del 2014, 485 gestantes de todas las edades fueron por RPM.

**MUESTRA:** la población a investigar en el estudio está conformada por pacientes adolescentes primigestas de 16 a 19 años de edad que resultaron 120 con rotura prematura de membranas que ingresaron en el Hospital Gineco Obstétrico ENRIQUE C SOTOMAYOR durante noviembre del 2013 a abril del 2014.

## **3.2. MÉTODO**

### **3.2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Para este proyecto se realizara un estudio retrospectivo, descriptivo y de corte transversal.

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

No experimental

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

- Los instrumentos utilizados en este trabajo son las historias clínicas de las pacientes en edades de 16 a 19 años con RPM.
- Se registró y evaluó los datos obtenidos
- Se presentó informe estadístico para su revisión
- Se elaboró el informe final del estudio
- Sustentación de este estudio

### **3.2.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN**

#### **3.2.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Todas las pacientes adolescentes primigestas de 16 a 19 años
- Todas las pacientes con RPM
- Todas las pacientes atendidas durante el periodo de estudio

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

- Pacientes embarazadas que no sean adolescentes primigestas con rotura prematura de membranas atendidas dentro del periodo de estudio
- Adolescentes sin RPM

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

- Este estudio se realizó con la técnica de recolección de datos.
- Datos de filiación
- Antecedentes socio económicos
- Antecedentes personales, Ginecológicos/Obstétricos, Quirúrgicos.
- Embarazo actual
- Vía de terminación del embarazo

- 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, se hizo esta investigación para cooperar con la salud y el derecho a la asistencia médica de las pacientes.

### **3.2.7. PRESUPUESTO**

Autofinanciado

### **3.2.8. CRONOGRAMA. 6 meses**

Actividades	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
-------------	-----------	-------	---------	-------	-------	------	-------

Aprobación del tema							
Revisión bibliográfica							
Presentación del anteproyecto al tutor							
Inicio de elaboración							
Recolección de datos							
Procedimiento y análisis de los datos							
Elaboración de informe							
Entrega de informe final							
Sustentación							

#### 4. RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se registraron 12,961 atenciones de partos en el Hospital Enrique C Sotomayor de la ciudad de Guayaquil, incluyen todos los partos atendidos vía vaginal y cesárea, de estos el (15.43%) 2.000 pacientes fueron adolescentes y 485 (4.08%) pacientes ingresaron por RPM.

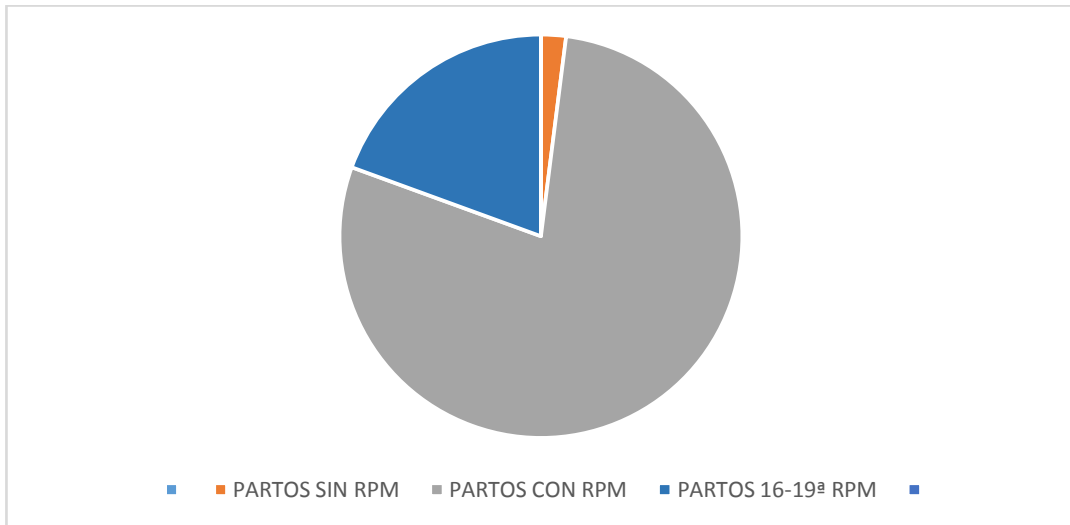
Durante el periodo de estudio del presente trabajo que comprenden de noviembre del 2013 a abril de 2014, se presentaron 0.92%(120) pacientes adolescentes primigestas de 16 a 19 años atendidos para dicho periodo; de los cuales el 20 % (24) de las pacientes terminaron por vía vaginal y el 80% (96) pacientes tuvieron su parto por cesárea.

TABLA# 1

TOTAL DE PARTOS

PARTOS TOTALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PARTOS SIN RPM	12,356	95.3
PARTOS CON RPM	485	3.74
PARTOS 16-19 <sup>a</sup> RPM	120	0.92
TOTAL	12,961	100

GRÁFICO #1



**Fuente:** Departamento de estadísticas del hospital Enrique C Sotomayor

**Elaborado:** Tania Valero Franco

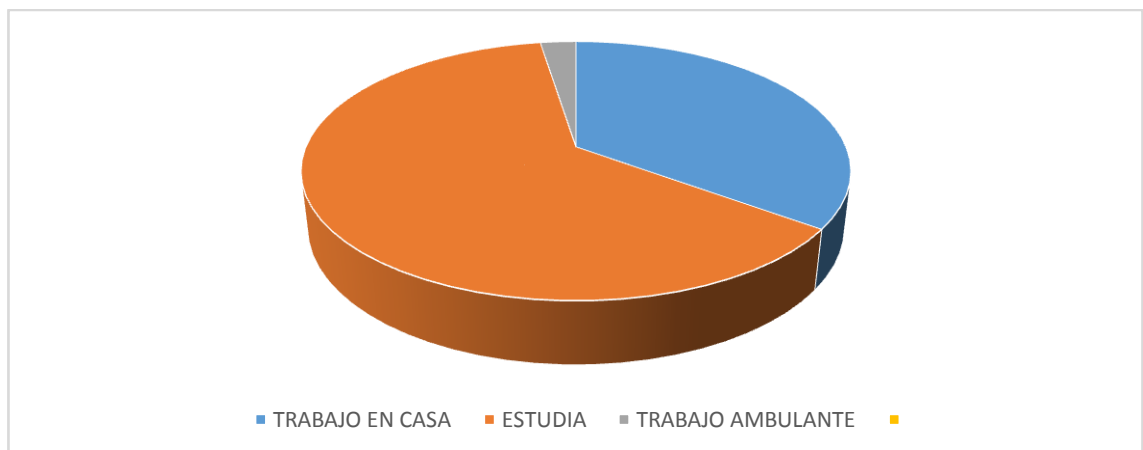
**Análisis**

El total de partos atendidos en este periodo de estudio corresponde al 95.0% (12.961 pacientes) de los cuales el 4.08% (485 pacientes) corresponden a todas las pacientes que ingresaron con diagnóstico de RPM y el 0.92% (120 pacientes) fueron primigestas adolescentes del 16 a 19 años de edad.

## OCUPACIÓN

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TRABAJO EN CASA	42	34.46
ESTUDIA	75	62.52
TRABAJO AMBULANTE	3	3.02
TOTAL	120	100

GRÁFICO #2



**Fuente:** Departamento de estadísticas del hospital Enrique C Sotomayor

**Elaborado:** Tania Valero Franco

### Análisis

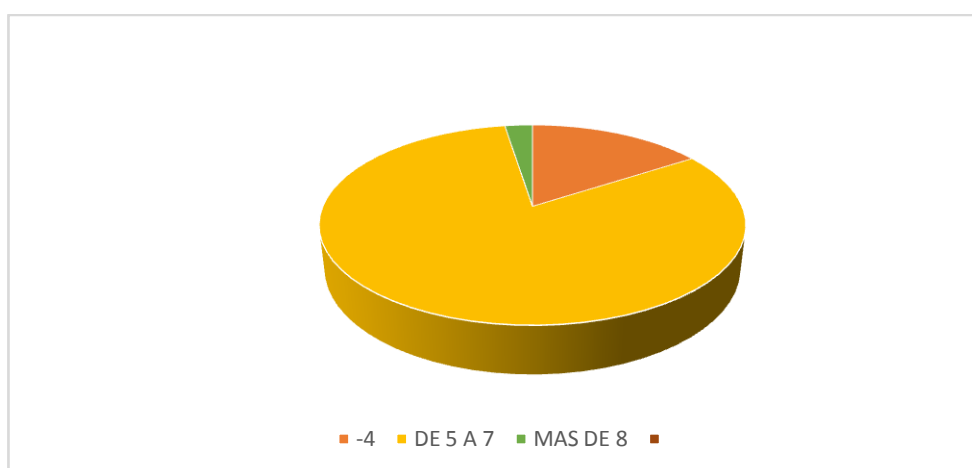
En este estudio se puede determinar la economía y la ocupación de las adolescentes. Se encontró que el 34.46% (42 pacientes) trabajan en casa, el 62.52% (75 pacientes) estudian y el 3.02% (3 pacientes) trabajan de forma ambulante en la calle lo que aumenta el grado de probabilidad de cursar con RPM.



### NUMERO DE CONTROLES PRENATALES

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOS DE 4	11	3.13
DE 5 A 7	70	81.0
MAS DE 8	39	15.87
TOTAL	120	100

GRÁFICO # 3



**Fuente:** Departamento de estadísticas del hospital Enrique C Sotomayor

**Elaborado:** Tania Valero Franco

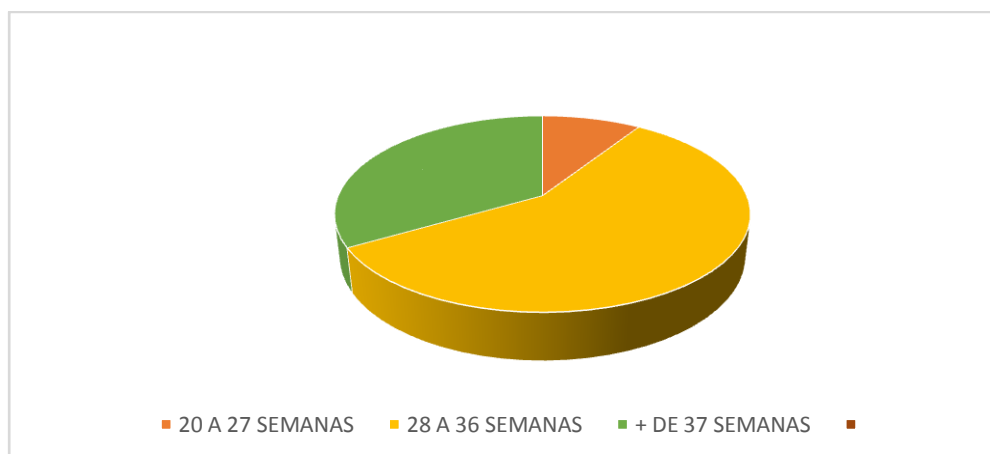
#### Análisis

Los controles prenatales sin duda alguna están relacionados con un buen embarazo la falta de controles con lleva a factor de riesgo que es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos. El 3.13% (11 pacientes) tuvieron menos de 4 controles prenatales, el 81.0% (70 pacientes) se realizaron de 5 a 7 controles prenatales y el 15.87% (39 pacientes) se realizaron más de 8 controles durante el embarazo.

### EDAD DE EMBARAZO

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20 A 27 SEMANAS	11	9.90
28 A 36 SEMANAS	69	57.80
+ DE 37 SEMANAS	40	32.30
TOTAL	120	100

GRÁFICO # 4



**Fuente:** Departamento de estadísticas del hospital Enrique C Sotomayor

**Elaborado:** Tania Valero Franco

#### Análisis

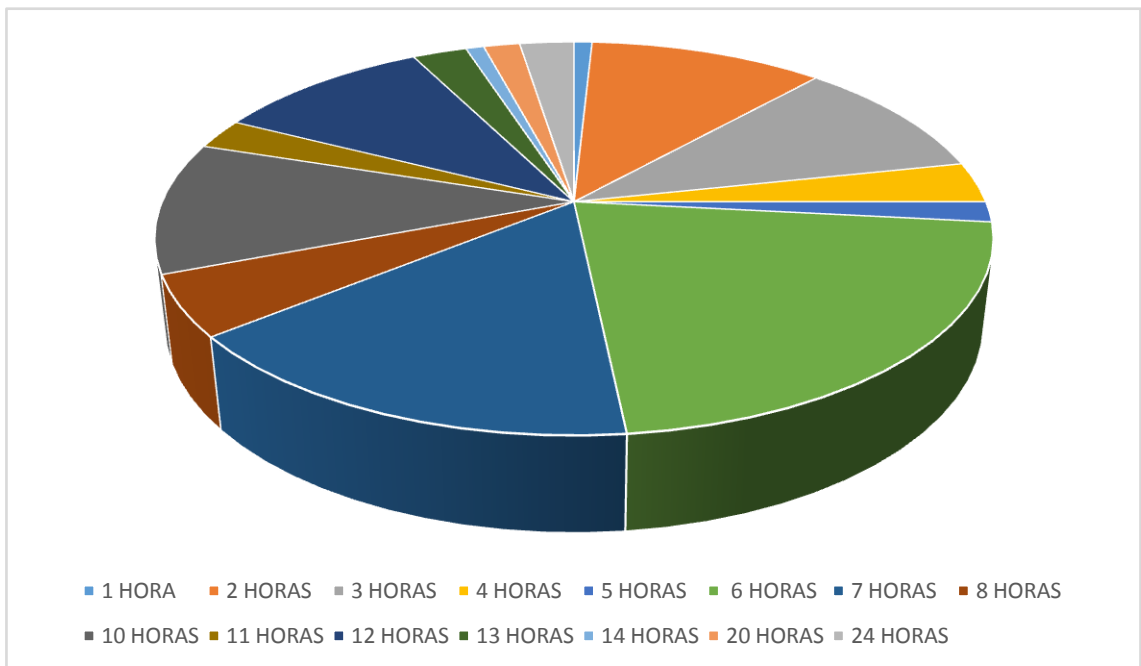
La terminación del embarazo estuvo relacionada con la edad gestacional el 9.90% (11 pacientes) terminaron su embarazo entre las 20 a las 27 semanas y tuvieron un parto prematuro que aumenta los riesgos de morbilidad neonatal, el mayor porcentaje fue el 57.80% (69 pacientes) terminaron su gestación entre las 28 a 36 semanas cuyos recién nacidos nacieron prematuros y el 32.30% (40 pacientes) tuvieron un embarazo a término mayor a 37 semanas.

TABLA #5

TIEMPO DE EXPOSICION DE RPM

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 HORA	1	1.20
2 HORAS	13	11.30
3 HORAS	12	8.10
4 HORAS	4	3.15
5 HORAS	2	2.15
6 HORAS	26	20.10
7 HORAS	19	15.35
8 HORAS	6	5.25
10 HORAS	13	10.25
11 HORAS	3	3.15
12 HORAS	12	9.15
13 HORAS	3	3.20
14 HORAS	1	2.25
20 HORAS	2	2.20
24 HORAS	3	3.20
TOTAL	120	100

GRÁFICO # 5



**Fuente:** Departamento de estadísticas del hospital Enrique C Sotomayor

**Elaborado:** Tania Valero Franco

**Análisis**

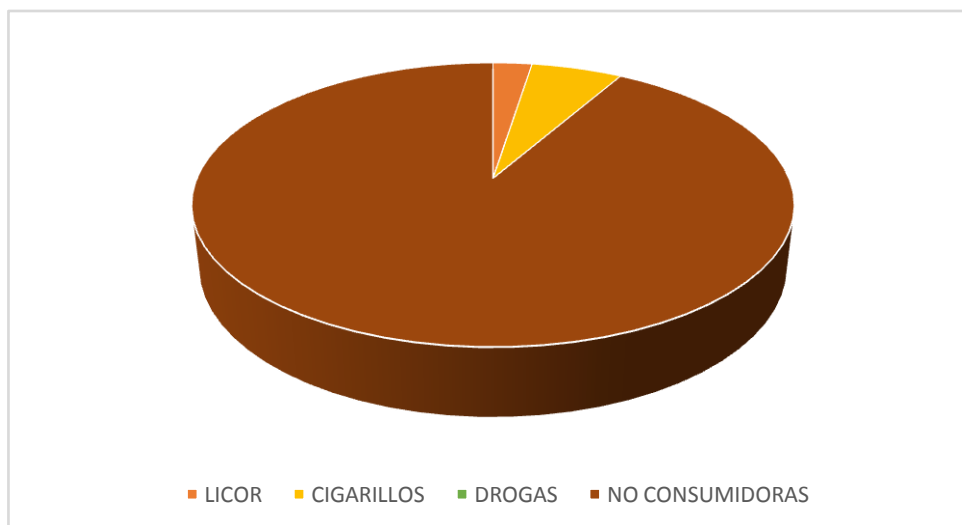
El tiempo de exposición de RPM determina la conducta a seguir a mayor tiempo de RPM mayor será probabilidad de infección materno neonatal. En este estudio la cantidad mayor de incidencia la tuvieron las pacientes con 6 horas de exposición las cuales necesitaron manejos que cubran tanto a la madre como al bebe de las infecciones

TABLA #6

HÁBITOS

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LICOR	3	2.45
CIGARILLOS	7	5.55
DROGAS	0	0
NO CONSUMIDORAS	110	91.9
TOTAL	120	99.9

GRÁFICO #6



**Fuente:** Departamento de estadísticas del hospital Enrique C Sotomayor

**Elaborado:** Tania Valero Franco

**Análisis**

El consumo de drogas constituye en la actualidad un importante fenómeno social que afecta especialmente a los adolescentes. La prevalencia del uso y abuso de drogas en la etapa adolescente y adultez temprana son altas, en la actualidad los adolescentes tienen que aprender a tomar decisiones sobre su consumo o la abstinencia de las mismas. El

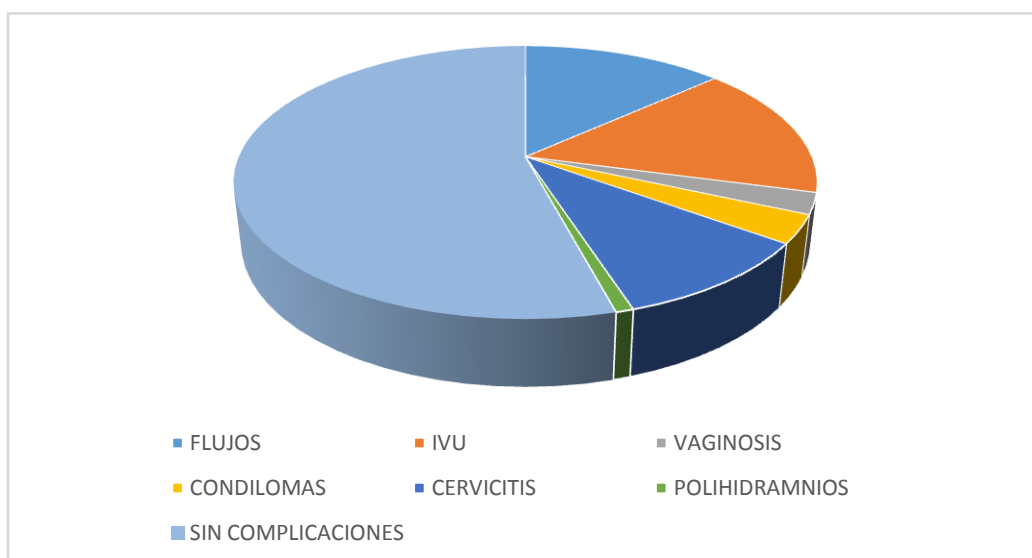
2.45% (3 pacientes) consumieron alcohol durante el embarazo por lo que se asumió la causa RPM, mientras que el 5.55% (7 pacientes) son fumadoras habituales, el 0% (0 pacientes) es decir ninguna de las pacientes en estudio consumían drogas y el 91.9% (110) pacientes no consumían sustancias psicotrópicas y estupefacientes.

TABLA #7

COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FLUJOS	16	12.10
IVU	19	16.20
VAGINOSIS	3	3.15
CONDILOMAS	4	3.15
CERVICITIS	12	10.12
POLIHIDRAMNIOS	1	1.18
SIN COMPLICACIONES	65	54.10
TOTAL	120	100

GRÁFICO# 7



**Fuente: Departamento de estadísticas del hospital Enrique C Sotomayor**

**Elaborado: Tania Valero Franco**

### **Análisis**

Las complicaciones durante el embarazo fueron la causa principal de RPM en este estudio. El 12.10% (16 pacientes) cursaron su embarazo con presencia de flujos siendo la segunda causa de RPM, mientras que la IVU fue la primer causa de RPM con un 16.20% (19pacientes), el 3.15% (3 pacientes) tuvieron vaginosis, los condilomas en un 3.15% (4 pacientes), por otra parte tenemos que el 10.12% (12 pacientes) tuvieron cervicitis, y el 1.18% (1 persona) tuvo Polihidramnios. Lo que nos demuestra que la IVU y las infecciones cervico vaginales son la causa principalde RPM.

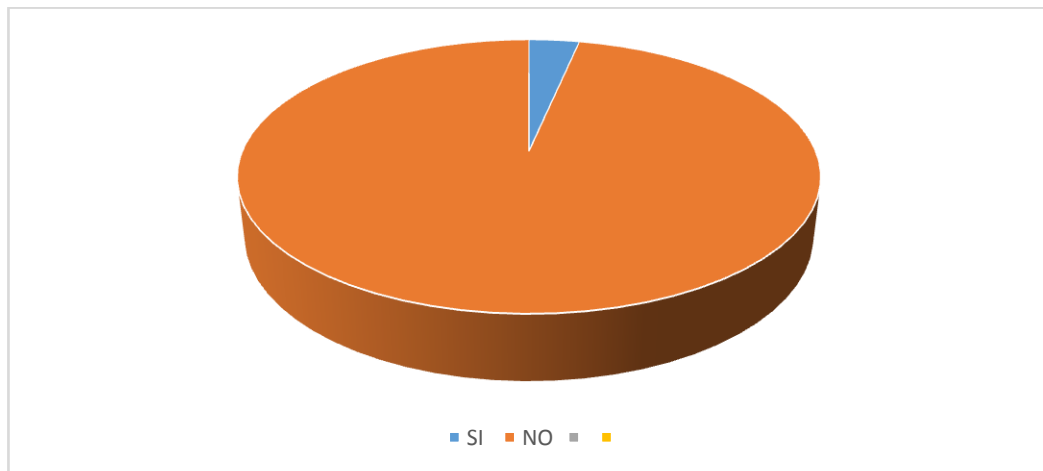


TABLA #8

TRAUMATISMOS EN EL EMBARAZO

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	4	3.85
NO	116	96.15
TOTAL	120	100

GRÁFICO# 8



**Fuente:** Departamento de estadísticas del hospital Enrique C Sotomayor

**Elaborado:** Tania Valero Franco

**Análisis**

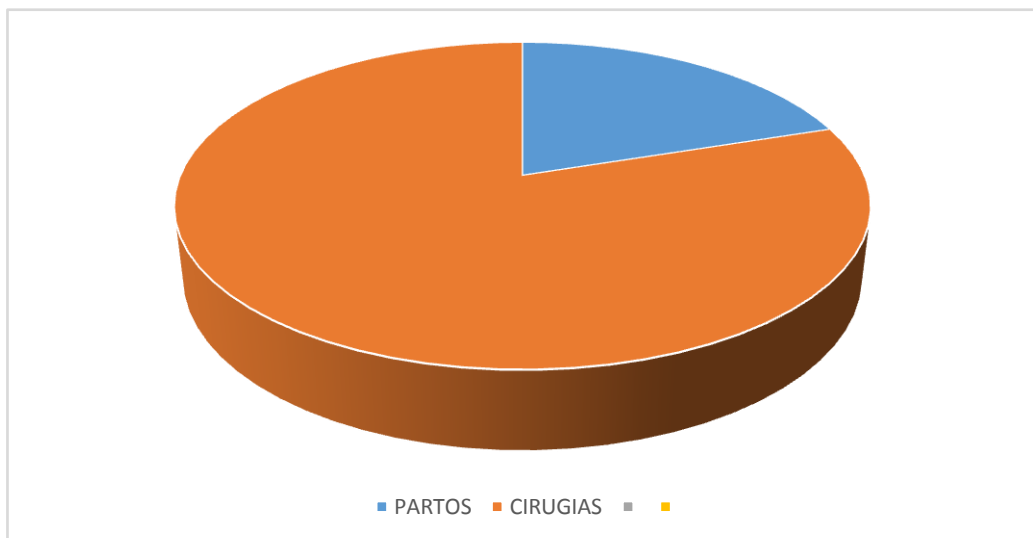
El 3.85% (4 pacientes) si tuvieron traumatismos en el embarazo el mecanismo de desencadenamiento en este caso se atribuye a caídas que sufrieron estas pacientes mientras que el 96.15% (116 pacientes) no tuvieron ningún traumatismo en el embarazo no se obtuvieron datos que demuestren a los traumatismos más comunes como causantes de RPM.

TABLA # 9

TERMINACIÓN DEL EMBARAZO

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PARTOS	24	19.87
CIRUGIAS	96	80.13
TOTAL	120	100

GRÁFICO# 9



**Fuente:** Departamento de estadísticas del hospital Enrique C Sotomayor

**Elaborado:** Tania Valero Franco

**Análisis**

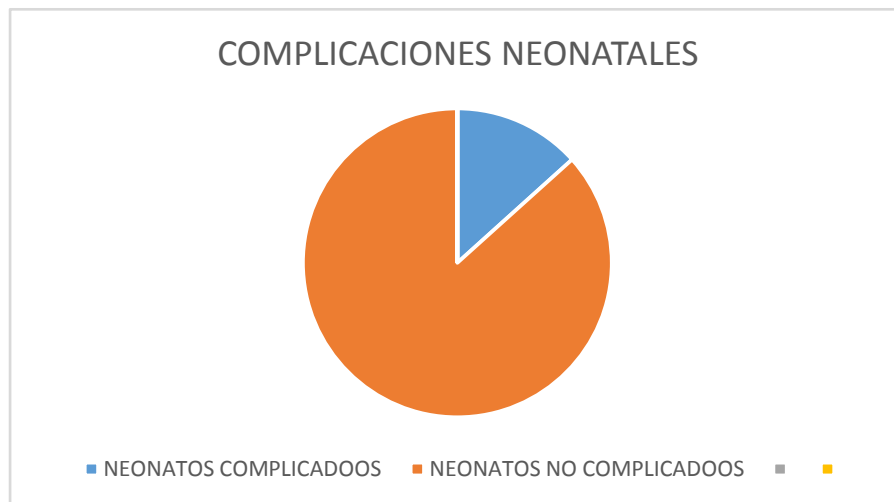
La terminación del embarazo estuvo en relación con todos los antecedentes de la madre, la edad del embarazo y las horas de exposición de RPM. El 19.87% (24 pacientes) tuvieron su parto por vía vaginal y en mayor porcentaje con un 80.13% (96 pacientes) terminaron su embarazo por cirugía.

TABLA # 10

COMPLICACIONES NEONATALES

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NEONATOS COMPLICADOS	16	19.57
NEONATOS NO COMPLICADOS	104	80.43
TOTAL	120	100

GRÁFICO # 10



**Fuente:** Departamento de estadísticas del hospital Enrique C Sotomayor

**Elaborado:** Tania Valero Franco

**Análisis**

La prematuridad y la infección son las dos complicaciones fundamentales de la RPM en el feto y neonatales. Así tenemos que el 80.43% (104 neonatos) no tuvieron complicaciones y el 19.57% (16 neonatos) tuvieron complicaciones; las infecciones son responsables de casi el 100% de la mortalidad atribuible a RPM en este caso no se tuvieron mayores complicaciones por sepsis neonatal.

## 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1 CONCLUSIONES

1. La frecuencia de RPM de las pacientes primigestas adolescentes de 16 a 19 años en el hospital Gineco Obstétrico Enrique C Sotomayor de noviembre 2013 a abril 2014 fue de (0.92%) 120 pacientes.
2. La investigación me permitió conocer que el 3.02% (3 pacientes) trabajan de forma ambulante en la calle lo que aumento el grado de probabilidad de RPM pretermino.
3. Se evidencio que el mayor porcentaje fue el 57.80% (69 pacientes) terminaron su gestación entre las 28 a 36 semanas.
4. Las complicaciones que se presentaron con un porcentaje elevado fueron las infecciones de las vías urinarias con un 16.20%.
5. Los flujos presentados durante todo el embarazo en un 12.10%.
6. Cervicitis en un 10.12%.
7. Los condilomas en un 3.15%.
8. Vaginosis en un 3.15%.
9. Polihidramnios en un 1.18%.
10. En relación a la frecuencia del consumo de drogas se registró el 5.55% (7 pacientes) que eran fumadoras habituales y el 2.45% (3 pacientes) consumieron alcohol durante el embarazo.
11. En su mayoría el 81.0% (70 pacientes) se realizaron de 5 a 7 controles prenatales.
12. La frecuencia de traumatismos como factor asociado fue el 3.85% (4 pacientes) pero no se obtuvo datos que demuestren que estos provocaron la RPM.
13. Las hemorragias durante el embarazo no hubo ningún registro como causa de rotura prematura de membranas.
14. El 81.0% (70 pacientes) se realizaron de 5 a 7 controles prenatales
15. El tiempo de exposición de RPM lo tuvieron las pacientes con 6 horas el 15.35% (19 pacientes).
16. En 80.13% (96 pacientes) terminaron su embarazo por cirugía.
17. Tenemos que el 80.43% (104 neonatos) no tuvieron complicaciones.

## 5.2.RECOMENDACIONES

- Establecer compromisos para que de manera continua entre ministerio de educación y salud rediseñen programas permanentes de educación en salud materna, en colegios y salas de espera de instituciones educativas porque solo así se puede obtener resultados positivos en la asistencia al control prenatal en mujeres adolescentes y disminuir las condiciones de morbilidad materno neonatal.
- Establecer coordinación con la participación de los/as obstetras para ayudar en la prevención de factores de riesgo de la RPM en las mujeres embarazadas.
- Vigilar el llenado correcto de la historia clínica materna, ya que es el único instrumento de recolección de información de la paciente embarazada para poder identificar los factores de riesgo para cualquier patología correspondiente.
- Implementar rigurosamente y vigilar el cumplimiento del protocolo de manejo de las pacientes con diagnóstico de RPM desde su ingreso para evitar complicaciones maternas y fetales.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

1. LOBBINS, A. E. *OBSTETRICIA CLINICA*. ARGENTINA: MEDICA PANAMERICANA
2. *PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE*. (26 de 02 de 2010). Recuperado el 12 de 04 de 2013, de <http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/RPM.html>
3. Albert.(\*), D. J. (16 de 05 de 2012). *MONOGRAFIAS.COM*. Recuperado el 12 de 04 de 2013, de <http://www.monografias.com/trabajos93/manejo-rotura-permatadura-membranas-pretermino/manejo-rotura-permatadura-membranas-pretermino.shtml>
4. *CVS-PHARMACY*. (26 de 11 de 2012). Recuperado el 12 de 04 de 2013, de <http://health.cvs.com/GetContent.aspx?token=f75979d3-9c7c-4b16-af56-3e122a3f19e3&chunkiid=577589>
5. Valenti, D. R. (s.f.). *FACULTAD DE MEDICINA - ARGENTINA*. Recuperado el 12 de 04 de 2013, de [http://www.fm.unt.edu.ar/ds/Dependencias/Obstetricia/RPM%20Illia%20+%20Valenti%20\\_Sarda.pdf](http://www.fm.unt.edu.ar/ds/Dependencias/Obstetricia/RPM%20Illia%20+%20Valenti%20_Sarda.pdf)
6. *PREGNANCY-INFO.NET*. (10 de 10 de 2010). Recuperado el 12 de 04 de 2013, de <http://espanol.pregnancy-info.net/rpm.html>
7. VELASQUEZ, E. G. (2009). *CYBERTESIS*. Recuperado el 12 de 04 de 2013, de [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3030/1/fabian\\_ve.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3030/1/fabian_ve.pdf)

## **7. ANEXOS**

### **PROPUESTA**

**TEMA: Cuidados de la salud reproductiva y riesgos de morbimortalidad materno neonatal.**

### **INTRODUCCIÓN**

En nuestro país una de las principales causas de partos pre-términos es por rotura prematura de membranas (RPM) lo que trae consigo complicaciones tanto para la madre adolescente y el recién nacido. Para formular esta propuesta me apoye en la investigación realizada de tipo retrospectivo, descriptivo de corte transversal, donde los instrumentos utilizados fueron las historias clínicas de las pacientes adolescentes primigestas de 16 a 19 ingresadas con RPM en el Hospital Enrique C Sotomayor de noviembre del 2013 a abril 2014 en la ciudad de Guayaquil, los resultados obtenidos nos indican que las complicaciones que se presentaron con un porcentaje elevado fueron las infecciones de las vías urinarias con un 16.20%, seguido de los flujos presentados durante todo el embarazo en un 12.10% y de las cervicitis en un 10.12%, les continúan los condilomas en un 3.15%, las vaginosis en un 3.15% y con un nivel inferior polihidramnios en un 1.18%. En este estudio se puede determinar la economía y la ocupación de las adolescentes. Se encontró que el 34.46% (42 pacientes) trabajan en casa, el 62.52% (75 pacientes) estudian y el 3.02% (3 pacientes) trabajan de forma ambulante en la calle lo que aumenta el grado de probabilidad de cursar con RPM. Cuando se rompe el saco amniótico, las grandes cantidades de líquido provenientes del útero pueden aumentar el riesgo de desprendimiento de la placenta o de prolapso del cordón umbilical, lo que puede ocasionar su compresión. El consumo de drogas constituye en la actualidad un importante fenómeno social que afecta especialmente a los adolescentes, La prevalencia del uso y abuso de drogas en la etapa adolescente y adultez temprana son altas, Ante la alta disponibilidad, en la actualidad los adolescentes tienen que aprender a tomar decisiones sobre su consumo o la abstinencia de las mismas. El 2.45% (3 pacientes) consumieron alcohol durante el embarazo por lo que se asumió la causa RPM, mientras que el 5.55% (7 pacientes) son fumadoras habituales y el 0% (0 pacientes) es decir ninguna de las pacientes en estudio

consumían drogas y el 91.9% (110) pacientes no consumían sustancias psicotrópicas y estupefacientes. Los controles prenatales sin duda alguna están relacionados con un buen embarazo la falta de controles con lleva a Factor de riesgo que es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos. El 3.13% (11 pacientes) tuvieron menos de 4 controles prenatales, el 81.0% (70 pacientes) se realizaron de 5 a 7 controles prenatales y el 15.87% (39 pacientes) se realizaron más de 8 controles durante el embarazo. La terminación del embarazo estuvo relacionada con la edad gestacional el 9.90% (11 pacientes) terminaron su embarazo entre las 20 a las 27 semanas y tuvieron un parto prematuro que aumenta los riesgos de morbimortalidad neonatal, el mayor porcentaje fue el 57.80% (69 pacientes) terminaron su gestación entre las 28 a 36 semanas cuyos recién nacidos nacieron prematuros y el 32.30% (40 pacientes) tuvieron un embarazo a término mayor a 37 semanas. El 3.85% (4 pacientes) si tuvieron traumatismos en el embarazo el mecanismo de desencadenamiento en este caso se atribuye a caídas que sufrieron estas pacientes mientras que el 96.15% (116 pacientes) no tuvieron ningún traumatismo en el embarazo no se obtuvieron datos que demuestren a los traumatismos más comunes como causantes de RPM. El tiempo de exposición de RPM determina la conducta a seguir a mayor tiempo de RPM mayor será probabilidad de infección materno neonatal. En este estudio la cantidad mayor de incidencia la tuvieron las pacientes con 6 horas de exposición las cuales necesitaron manejos que cubran tanto a la madre como al bebe de las infecciones. La terminación del embarazo estuvo en relación con todos los antecedentes de la madre, la edad del embarazo y las horas de exposición de RPM. El 19.87% (24 pacientes) tuvieron su parto por vía vaginal y en mayor porcentaje con un 80.13% (96 pacientes) terminaron su embarazo por cirugía. La prematurez y la infección son las dos complicaciones fundamentales de la RPM en el feto y neonatales. Así tenemos que el 80.43% (104 neonatos) no tuvieron complicaciones y el 19.57% (16 neonatos) tuvieron complicaciones; las infecciones son responsables de casi el 100% de la mortalidad atribuible a RPM en este caso no se tuvieron mayores complicaciones por sepsis neonatal.

Estas conclusiones me motivaron a desarrollar mi propuesta de: “Rediseñar un programa preventivo involucrando a las instituciones salud que ayude a orientar a las



madres adolescentes sobre los riesgos que causa la no detección temprana del embarazo y el inadecuado control prenatal, mejorando así la salud reproductiva de las mujeres ecuatorianas.

## **JUSTIFICACIÓN**

La rotura prematura de membranas se ha convertido en un problema de salud pública de mucha importancia, a causa de la falta de conocimiento de las gestantes adolescentes sobre los riesgos que con lleva un embarazo en la adolescencia, lo que determina un aumento de partos pretérminos en relación a los factores clínicos, socioculturales, biológicos de la paciente.

El grado de vulnerabilidad de una paciente durante el embarazo depende de los factores ya mencionados, sumada a la causa que desarrolla una complicación durante este periodo, están directamente relacionadas con la evolución de las etapas del embarazo. Todo esto influye en el estado de salud de la paciente.

Las complicaciones de los factores de riesgo la rotura prematura de membranas constituyen un problema social, económico y de salud pública de mayor magnitud, sobre todo en países que se encuentran en vías de desarrollo donde las tasas de embarazo en la adolescencia son muy altas

La incidencia global es del 10% de todas las embarazadas a nivel mundial siendo el 80% en embarazos a término y 20% en embarazos pretérminos. En el Perú tiene una incidencia de 4 – 14 % de los partos pretérmino.

La rotura prematura de membranas con lleva a complicaciones maternas y neonatales importantes. El período de latencia, se relaciona con la edad gestacional siendo mayor en los embarazos pretérminos más de 48 horas, en el 50% de los casos.

La infección cérvico uterino (57%) IVU (74%) fueron causa más frecuente de RPM.

En estudios realizados en Ecuador en la provincia de Manabí, en el año 2011 de un total de 1.589 embarazadas se evaluaron 41 mujeres con diagnóstico de RPM teniendo como criterio de inclusión que no se encuentren en trabajo de parto. Los resultados revelan

que la RPM solo ese año tuvo una prevalencia de 25% siendo menores de 20 años un 54%.

## **OBJETIVO**

Orientar a los/as adolescentes sobre los riesgos que conlleva un embarazo no controlado si no se toman las debidas precauciones, mediante charlas tanto a jóvenes y padres de familia tratando de colaborar a mejorar la salud reproductiva de las mujeres que viven en nuestro país.

## **FACTIBILIDAD DE APLICACIÓN:**

Existen los recursos físicos, materiales, intelectuales y humanos suficientes para llevar a cabo estas acciones para promover los cuidados y la atención oportuna de los factores de riesgo de la rotura de membrana.

## **METAS**

- Realizar la detección oportuna del embarazo y control prenatal hasta la finalización del mismo para prevenir complicaciones.
- Obtener la comprensión del tema de parte de las adolescentes en gestación, y concienciar sobre la alimentación de manera deficiente y su higienización inadecuada.
- Incentivar a las adolescentes en gestación sobre el uso adecuado de la vestimenta en esa etapa de su vida.
- Motivar a los miembros de la familia de las adolescentes en gestación, para que le brinden el apoyo necesario.
- Lograr que las adolescentes gestantes realicen constantemente actividad física, con el objetivo de mejorar su estilo de vida y las complicaciones maternas neonatales.

## PROCEDIMIENTO

Durante el programa se brindara orientación a los adolescentes y usuarias de establecimientos salud, mediante charlas motivadoras que ayuden concientizar a los adolescentes sobre la importancia del conocimiento y el ejercicio responsable de la sexualidad y del significado de esta en sus proyectos de vida.

Este procedimiento se realizara mediante la publicidad del tema **Cuidados de la salud reproductiva y riesgos de morbimortalidad materno neonatal**. Se plantea realizar un total de 12 talleres de capacitación que incluyen actividades de motivación.

Los talleres de capacitación se desarrollarán a partir de los temas y metodologías identificados en la investigación. Impartiéndolo mediante talleres que incluyan materiales didácticos, láminas, trípticos, gigantografías, folletos y medios audiovisuales como videos, diapositivas, foros de discusión sobre el tema a las adolescentes y demás recursos que se van a utilizar como medio de conocimientos para llegar al objetivo deseado. Este material se elaborará especialmente para el proyecto y en otros casos se adaptará a temas propuestos por las autoridades a las necesidades de la institución ya que la mayoría del material disponible corresponde a realidades de los adolescentes, está elaborado en español a partir de los hallazgos de la investigación.

En cada sesión de capacitación se tocará uno o dos temas y además se incluirán actividades orientadas al desarrollo de habilidades de consejería y orientación adaptadas a los requerimientos de cada uno de los grupos.

Entre los temas generales de capacitación que se trabajarán con los grupos serán:

- Pubertad y adolescencia.
- Autoestima, autocuidado en los adolescentes.
- Sexualidad, Género.
- Derechos: humanos, del niño y el adolescente, sexuales y reproductivos.
- Salud Sexual y Reproductiva.
- Consejería y orientación en salud sexual y reproductiva.
- Riesgos maternos y neonatales
- Maternidad responsable y beneficios del control prenatal

- Entre otros

La capacitación para cada grupo variará en la secuencia y el énfasis que se dará a los temas identificados a partir de los resultados de la investigación.

## **CONTROL Y EVALUACIÓN**

Se tendrá un registro de los asistentes a las charlas

Se llevará un cronograma de actividades

Se encuestara a los adolescentes al final todas de las charlas.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	Diciembre
Entrevista con autoridades de la institución de salud						
Presentación del tema de la propuesta						
Aprobación de la propuesta						
Inicio de charlas en salas de espera						
Recolección de datos de las encuestas realizadas a las usuarias						
Procedimiento y análisis de las encuestas						
Elaboración de informe						
Entrega de informe final						

## FICHA TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Historia Clínica:

Edad:

Controles Prenatales:

Nivel socioeconómico: calificación por servicio social

ALTO

MEDIO

BAJO

Nivel de escolaridad:

PRIMARIA

SECUNDARIA

SUPERIOR

NINGUNO

Actividad actual:

TRABAJA EN CASA

T. EN FABRICA

T.AMBULANTE

Hábitos:

LICOR

CIGARRILLOS

DROGAS

Edad Gestacional:

20- 27 semanas  
semanas

28-36 semanas

+ de 37

Número de controles prenatales:

MENOS DE 4

DE 5 A 7

MAS DE 8

Infecciones Cervico- Vaginales- Urinarias:

Traumatismos durante el embarazo:

Tiempo de exposición de RPM

**PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL ENRIQUE C  
SOTOMAYOR EN LOS MESES DE NOVIEMBRE 2013 A ABRIL  
2014**

20762193	20762284	20767174	20748768
20762045	20762301	20767282	20758640
20762073	30233848	20767168	20717396
30033476	30064428	20767068	20766366
11367779	20762447	20754861	20762393
20761873	20753201	20762701	30150299
20761838	20735434	20767791	20766635
20756769	20762527	20767694	20766732
20761851	20755214	20760747	20748980
20757425	20762589	20768121	20765783
20756429	20749146	40816244	20759722
20743889	20747115	20762734	
20761606	20762853	20768079	
30011387	20742875	20750836	
20756930	20721186	30261664	
20744214	20763125	20750918	
20761591	20763286	20710129	
20758956	20758741	20754729	
20729441	20763830	20753497	
20759423	20722111	20731970	
20744521	20763916	20769188	
20759044	20698360	20769389	
20749739	20764106	20769355	
20755510	30347546	30256441	
20754821	20756600	20770149	
20759809	20765154	20757553	
20759770	20765141	20749403	
30482647	20760728	20770907	
20657591	20749741	20645602	
20740690	20765159	20754119	
20758781	20764043	20749329	
20754940	30407481	20771119	
20721893	20765916	20757182	
20760322	20766081	20771343	
20742945	20751897	20763521	
20759743	20766287	20766510	

