



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

“COMPLICACIONES DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN ADOLESCENTES PRIMIGESTAS”

ESTUDIO A REALIZAR EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL EN EL PERIODO DE ENERO DEL 2015 A ENERO DEL 2016.

AUTORA: SHARON IRANY VERA ARÉVALO

TUTOR: DR. LUIS ZAVALA VALLEJO

GUAYAQUIL, MAYO 2017



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

| | | | |
|---------------------------------------|---|--|----|
| TÍTULO Y SUBTÍTULO: | “COMPLICACIONES DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN ADOLESCENTES PRIMIGESTAS” | | |
| AUTOR | SHARON IRANY VERA ARÉVALO | | |
| TUTOR | DR. LUIS ZAVALA VALLEJO | | |
| INSTITUCIÓN: | UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL | | |
| UNIDAD/FACULTAD: | FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS | | |
| MAESTRÍA/ESPECIALIDAD: | | | |
| GRADO OBTENIDO: | MEDICO | | |
| FECHA DE PUBLICACIÓN: | MAYO 2017 | No. DE PÁGINAS: | 52 |
| ÁREAS TEMÁTICAS: | GINECOLOGIA, OBSTETRICIA | | |
| PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS: | RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS, COMPLICACIONES MATERNAS, COMPLICACIONES PERINATALES | | |
| RESUMEN/ABSTRACT: | <p>La Rotura Prematura de Membrana es una complicación que se presenta de manera usual en la práctica gineco-obstétrica, la cual aumenta la incidencia en la morbilidad materna – fetal, múltiples estudios se están llevando a cabo para poder dilucidar completamente su fisiopatología, lo cual hace cada vez más necesario aplicar estos conceptos en la práctica clínica. Se realizó la determinación por observación indirecta de complicaciones que presentaron las adolescentes primigestas con ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital materno-infantil Dra. Matilde Hidalgo De Procel- periodo 2015 – 2016. El presente estudio fue de tipo retrospectivo, cualitativo y de corte Transversal. Se analizó las pacientes adolescente que ingresaron al servicio de Emergencia en el periodo Enero del 2015-2016. En los resultados se observó la falta de controles necesarios durante el embarazo están relacionadas con las complicaciones que puedan presentar, endometritis en relación a la madre y prematuridad con relación al neonato.</p> | | |
| ADJUNTO PDF: | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | |
| CONTACTO CON AUTOR/ES: | Teléfono: 0939580103 | E-mail: sharon_siva28@hotmail.com | |
| CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN: | Nombre: Secretaría de la Facultad | | |
| | Teléfono: (03)2848487 Ext. 123 | | |
| | E-mail: fca@uta.edu.ec | | |

MAYO, 2016

CERTIFICADO DEL TUTOR

Habiendo sido nombrado DR. LUIS ZAVALA VALLEJO, tutor del trabajo de titulación “COMPLICACIONES DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN ADOLESCENTES PRIMIGESTAS” certifico que el presente trabajo de titulación, elaborado por SHARON IRANY VERA ARÉVALO con C.I. No. 0924797806, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de MEDICO, en la Carrera de Medicina Facultad de Ciencias Médicas, ha sido **REVISADO Y APROBADO** en todas sus partes, encontrándose apto para su sustentación.

DR. LUIS ZAVALA VALLEJO

TUTOR

**LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL
USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS**

Yo, SHARON IRANY VERA ARÉVALO con C.I. No. 0924797806, certifico que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es “COMPLICACIONES DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN ADOLESCENTES PRIMIGESTAS” son de mi absoluta propiedad y responsabilidad Y SEGÚN EL Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN*, autorizo el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente.

SHARON IRANY VERA ARÉVALO

C.I. No. 0924797806

*CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN (Registro Oficial n. 899 - Dic./2016) Artículo 114.- De los titulares de derechos de obras creadas en las instituciones de educación superior y centros educativos.- En el caso de las obras creadas en centros educativos, universidades, escuelas politécnicas, institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y los conservatorios superiores, e institutos públicos de investigación como resultado de su actividad académica o de investigación tales como trabajos de titulación, proyectos de investigación o innovación, artículos académicos, u otros análogos, sin perjuicio de que pueda existir relación de dependencia, la titularidad de los derechos patrimoniales corresponderá a los autores. Sin embargo, el establecimiento tendrá una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra con fines académicos.



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

Este trabajo de Graduación cuya autoría corresponde a Sharon Irany Vera Arévalo ha sido aprobado, luego de su defensa pública, en la forma presente por el tribunal examinador de grado nominado por la Escuela de Medicina como requisito parcial para optar por el título de Médico.

Presidente del Tribunal

Miembro del Tribunal

Miembro del Tribunal

Secretaria Escuela de Medicina

V

DEDICATORIA

A Dios Todo Poderoso, quien me ha guiado en este camino y con su bendición he logrado culminar esta etapa de mi vida, a mis Padres que en todo momento han sido de gran apoyo y por la confianza que emplearon en mí durante todos estos años, que con su esfuerzo y dedicación día a día fueron de gran aliento para llegar a esta meta, simplemente este es el reflejo de lo grandes padres que han sido y el haberme dado la mejor herencia sus valores y empeño para alcanzar este logro.

A mis familiares en general por ser parte de este proceso y por creer en todo lo que puedo ser capaz de hacer, A mis amigos incondicionales que fueron apoyo y ánimo para culminar esta etapa.

A cada uno de los docentes que han colaborado en el aprendizaje diario, y me han brindado sus conocimientos para ser mejor persona y estudiante.

Sharon Vera Arévalo

AGRADECIMIENTO

Mi gratitud, principalmente está dirigida al Dios por haberme dado la existencia y permitido llegar al final de la carrera.

A mi familia que es mi Iglesia Doméstica, porque día a día me impulsaron para conseguir la meta deseada y por su apoyo en aquellos momentos difíciles.

Aquella amiga que entre risas y seriedad me brindó su apoyo incondicional, mi gratitud hacia ti Arleny Barzola, “Lo que con mucho trabajo se adquiere, más se ama.”

A los distinguidos docentes quienes con su profesionalismo y ética puesto de manifiesto en las aulas enrumban a cada uno de los que acudimos con sus conocimientos que nos servirán para ser útiles a la sociedad.

A mi tutor de tesis quien con su experiencia como docente ha sido la guía idónea, durante el proceso que ha llevado la realización de esta tesis, me ha brindado el tiempo necesario, como la información para que este anhelo llegue a ser felizmente culminada.

Sharon Vera Arévalo

COMPLICACIONES DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN ADOLESCENTES PRIMIGESTAS

Autor: Sharon Vera Arévalo
Tutor: Dr. Luis Zavala Vallejo

RESUMEN

La ruptura prematura de Membranas es una complicación que se presenta de manera usual en la práctica gineco-obstetrica, la cual aumenta la incidencia en la morbilidad materna-fetal, múltiples estudios se están llevando a cabo para poder dilucidar completamente su fisiopatología, lo cual hace cada vez más necesario aplicar estos conceptos en la práctica clínica. Se realizó la determinación por observación indirecta de complicaciones que presentaron las adolescentes primigestas con ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital materno-infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel periodo 2015-2016. El presente estudio fue de tipo retrospectivo, cualitativo y de corte transversal. Se analizó a las pacientes adolescentes que ingresaron al servicio de Emergencia en el periodo ya mencionado. En los resultados se observa la falta de controles necesarios durante el embarazo están relacionadas con las complicaciones que puedan presentar, endometritis en relación a la madre y prematuridad en relación al neonato

Palabras Claves: Ruptura prematura de Membranas, Complicaciones Maternas, Complicaciones Perinatales

Autor: Sharon Vera Arévalo
Tutor: Dr. Luis Zavala Vallejo

ABSTRACT

Premature Membrane rupture is a complication that is usually presented in the gynecological-obstetric practice, which increases the incidence in maternal-fetal morbidity, multiple studies are being carried out to fully elucidate its pathophysiology, which It is increasingly necessary to apply these concepts in clinical practice. The determination was made by indirect observation of complications presented by primitive adolescents with premature rupture of membranes treated at the Maternal and Child Hospital Dr. Matilde Hidalgo De Procel, from 2015 to 2016. The present study was a retrospective, qualitative and cut-off study Cross. We analyzed the adolescent patients who entered the Emergency service in the period January 2015-2016. In the results it was observed the lack of necessary controls during the pregnancy are related to the complications that may present, Inflammation of the endometrium in relation to the mother and prematurity in relation to the neonate.

Keywords: Premature rupture of Membranes, Maternal Complications, Perinatal Complications

INDICE GENERAL

| | |
|---|------|
| DEDICATORIA | VI |
| AGRADECIMIENTO..... | VII |
| RESUMEN..... | VIII |
| ABSTRACT | IX |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| CAPITULO I..... | 2 |
| EL PROBLEMA | 2 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 2 |
| JUSTIFICACIÓN | 2 |
| PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN | 3 |
| DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA | 3 |
| FORMULACIÓN DEL PROBLEMA | 3 |
| OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS | 4 |
| CAPITULO II | 5 |
| MARCO TEÓRICO..... | 5 |
| 2.1.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN..... | 5 |
| HIPÓTESIS | 14 |
| VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN..... | 14 |
| VARIABLE INDEPENDIENTE..... | 14 |
| VARIABLE DEPENDIENTE | 14 |
| VARIABLE INTERVINIENTE | 14 |
| CAPÍTULO III..... | 15 |
| MATERIALES Y MÉTODOS | 15 |
| 3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES | 17 |
| CAPITULO IV..... | 19 |
| RESULTADOS Y DISCUSION..... | 19 |
| 4.1. RESULTADOS | 19 |
| 4.2. DISCUSION..... | 29 |
| CAPITULO V | 30 |
| CONCLUSIONES | 30 |
| CAPITULO VI..... | 31 |
| RECOMENDACIONES | 31 |

| | |
|-------------------|----|
| BIBLIOGRAFIA..... | 32 |
| ANEXOS..... | 34 |

INTRODUCCIÓN

La ruptura prematura de membranas (RPM) se considerada como espontánea cuando se produce antes del inicio de labor de parto y es prematura cuando ocurre antes de las 37 semanas de gestación, esta se produce en el 10% de las gestaciones, y la ruptura prematura de membranas pre-término (RPMP) ocurre en el 3% y se asocian a un 30-40% de los casos de prematuridad. Esta rotura provoca una serie de complicaciones perinatales y neonatales, incluyendo el 1 a 2% de muerte fetal.

Considerando que la ruptura prematura de membranas y sus respectivas complicaciones son de gran importancia clínica y epidemiológica, estas suelen presentarse luego de las 21 semanas de gestación y hasta 1 hora antes de iniciar el trabajo de parto, esta es de causa multifactorial: infecciones bacterianas, IVU, traumas, defecto en la estructura del saco amniótico, útero o cérvix, tabaquismo, DIU, etc.

Entre los objetivos de esta investigación se planteó: determinar las causas y complicaciones de la ruptura prematura de membranas en adolescentes primigestas, identificar los factores de riesgo asociados a la morbilidad. El estudio se realizó en el HOSPITAL MATERNO INFANTIL DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL, utilizando como recurso físico las historias clínicas de pacientes atendidas en el periodo Enero 2015 – 2016 cuya metodología a emplear es de tipo retrospectivo y descriptivo con diseño no experimental, mediante la realización de encuestas tomando como base el estudio de historias clínicas que fueron obtenidas del área de Estadística del Hospital antes mencionado, con el fin de buscar las complicaciones materno-perinatales, determinando la edad gestacional, la edad de la paciente, el estado civil, paridad, el control del embarazo y el procedimiento utilizado en la terminación del embarazo.

Los nacimientos prematuros son un gran problema en el mundo y las ruptura prematuras de membranas contribuyen en cerca de un tercio a esa prematuridad. En Latino América aproximadamente uno de cada 7 nacimientos es prematuro y la ruptura de membranas y trastornos hipertensivos son la principal causa.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Determinar las complicaciones que se presentan por la ruptura prematura de membranas y de qué manera afecta la gestación en adolescentes primigestas.

JUSTIFICACIÓN

Estudio realizado con la finalidad de promover el correcto manejo de la ruptura prematura de membranas, el cual servirá para prevenir las complicaciones tanto para la madre como para el neonato las cuales ponen el riesgo la vida de ambos, este estudio fue realizado en el HOSP. MATERNO INFANTIL “DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL” en pacientes primigestas adolescentes.

Tomando en cuenta el alto índice en los últimos años de embarazos adolescentes los cuales por falta de educación o de recursos no son controlados de manera adecuada y significan un gran riesgo de muerte materno-neonatal, mediante este estudio se busca asegurar una mejor calidad en la atención con un correcto estudio, planteamiento de problema, satisfacción de los mismos, mediante el manejo e intervenciones sanitarias del personal de salud, logrando así encaminar a nuestras usuarias a enfrentar esta complicación para mejorar y superar sus condiciones de salud.

A pesar de la gran cantidad de información en la literatura médica existe una gran controversia y divergencia de opiniones con respecto al manejo de la RPM, por lo que mediante este estudio se pretende dar referencia y responder las preguntas más importantes concernientes al manejo de la ruptura prematura de membranas en primigestas adolescentes, de acuerdo a la mejor evidencia y recomendaciones disponibles.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuál es la frecuencia que primigestas adolescentes presenten ruptura prematura de membranas en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel?
- ¿Cuál se consideraría la complicación de mayor riesgo que presentan las primigestas adolescentes con ruptura prematura de membranas en el HOSP. DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL?
- ¿Cuándo se consideraría adecuado la interrupción del embarazo como parte del tratamiento en las complicaciones de la RPM en adolescentes primigestas?

DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

Considerando el alto riesgo gineco-obstétrico que representan las primigestas adolescentes, ya que en los últimos años la tasa de embarazos durante la adolescencia ha superado el 60%, si se lograra disminuir la incidencia de complicaciones y la morbimortalidad que se asocian a la RPM se tendría mejores resultados perinatales y obstétricos al poder detectar a tiempo los factores de riesgos si las gestantes acudieran con regularidad a sus controles prenatales.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las complicaciones de la rotura prematura de membranas en primigestas adolescentes en el HOSPITAL “DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL” en el periodo de Enero del 2015 a Enero del 2016?

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar las causas y complicaciones maternas neonatales de la ruptura prematura de membranas en primigestas adolescentes que acudieron al HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL en el periodo de ENERO 2015 A ENERO 2016.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la prevalencia de la ruptura prematura de membranas en primigestas adolescentes que acuden al HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL en el periodo enero 2015-2016.
- Determinar los factores de riesgo y complicaciones asociados a la ruptura prematura de membranas en adolescentes
- Determinar la principal morbilidad materno-perinatal en primigestas adolescentes con rotura prematura de membranas.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

La ruptura prematura de membranas es definida como espontánea cuando dicha ruptura ocurre antes del inicio de la labor de parto. Si dicha ruptura ocurre antes de las 37 semanas de gestación se denomina ruptura prematura pretérmino de membranas ovulares (RPPM)

Estas pacientes con RPPM se pueden subdividir según la edad gestacional en tres grupos:

A- RPPM cerca del término, que son aquellas pacientes con ruptura de membranas entre las 34 y 37 semanas.

B-RPPM lejos del término que es aquel grupo de embarazadas que presentan ruptura de membranas con edad gestacional entre las 24 y 34 semanas

C-RPPM pre-viable cuando la ruptura ocurre antes de las 24 semanas o antes del límite de viabilidad, que puede variar según la institución u hospital donde laboramos.

Latencia es el periodo de tiempo entre la ruptura y el nacimiento del feto. Manejo conservador o expectante se refiere cuando el tratamiento consiste en prolongar o continuar el embarazo.

La rotura de las membranas ovulares dependen del juego recíproco de 3 factores:

- Presión intrauterina.
- Resistencia de las membranas.
- Cuadrado del diámetro del orificio cervical.

La idea clásica sobre este aspecto es que las membranas se rompen porque la presión intraamniótica durante el embarazo y el comienzo del parto es mucho menor. También puede explicarse el proceso por una deficiente resistencia, sin embargo, estudios acerca de la resistencia de las membranas no confirman esta hipótesis. No solamente debe tenerse en cuenta la resistencia, sino también su elasticidad y distensibilidad o plasticidad. En los casos de rotura prematura de membranas, *Dernath* y otros plantean que el amnios es más resistente y elástico, pero menos distensible. En este sentido se habla de fenómeno

biológico, y para explicarlo hay que recurrir a leyes biológicas que señalaremos más adelante.

Los fenómenos que determinan el momento de la rotura son los siguientes:

- Altura y velocidad de la elevación de la presión amniótica durante las contracciones.
- Abombamiento de la bolsa.
- Movilidad del polo inferior del embrión respecto a la pared uterina.

En la actualidad se han referido factores biomecánicos clásicos, como son: la mala formación de la bolsa de separación amnio-corion, la tensión excesiva y asimétrica del polo inferior ovular, y la deficiencia estructural de las membranas en el sentido de menor elasticidad y resistencia. Según *Salvatierra*, todos estos factores pueden ser el resultado de una conversión defectuosa del útero esférico en cilíndrico con maduración insuficiente del polo inferior ovular.

La maduración del segmento uterino y del cuello va unida a la transformación de las membranas y a la separación del amnios respecto al corion. La no formación de la bolsa amniótica sería la causa de la rotura de la membrana. Todo lo referido con anterioridad ha sido señalado como las bases o hipótesis fisiopatológicas causantes de este fenómeno, y que se expresan de la forma siguiente:

HIPÓTESIS FISIOPATOLÓGICAS

Se hace referencia a 3 aspectos que resumen lo señalado con anterioridad:

a) Aumento de la presión intraamniótica: la relación entre la presión intraamniótica y la tensión de las membranas viene definida por la ley de Laplace (figura), que indica que dicha tensión es proporcional a la presión intrauterina y al cuadrado del radio de la esfera ($T = P \times r^2$) por lo que pequeños aumentos del radio conducen a grandes incrementos de la tensión, que es probablemente el factor más importante para algunos autores en la RPM.

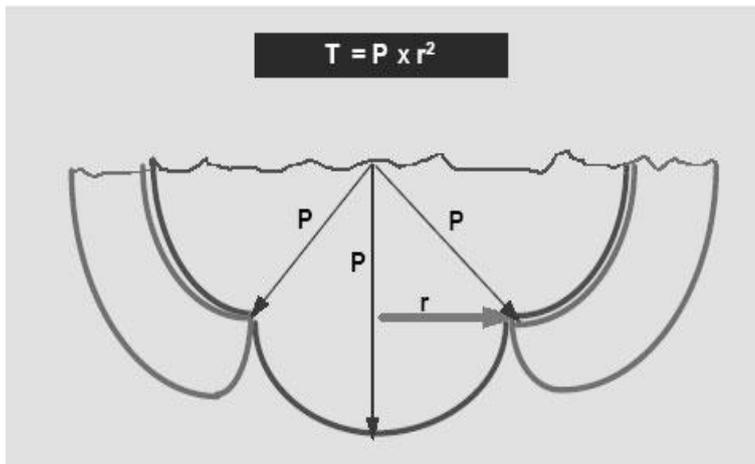


Fig. Ley de Laplace

Esta tensión de la bolsa es habitualmente contenida y compensada por las paredes uterinas, excepto en el polo inferior del huevo a nivel de la dilatación del orificio cervical, por lo que es el radio de la dilatación el que fundamentalmente determinará los incrementos de tensión no compensados a nivel del orificio cervical, siendo este el punto habitual de rotura. Solo en caso de presiones intrauterinas muy elevadas, sin dilatación cervical, podría darse una rotura en puntos más altos.

b) Disminución de la resistencia de la bolsa amniótica: la bolsa de las aguas está constituida por 2 capas (el amnios y el corion), como ya se había señalado. Ambas capas están yuxtapuestas y presentan la capacidad de deslizamiento de una sobre otra. Esta estructura posee la capacidad de mantenerse íntegra hasta fases avanzadas del parto. La actividad de enzimas proteolíticas, colagenasas y elastasas debilitaría su resistencia y precipitaría la rotura de la misma. Esta actividad enzimática se vería condicionada por:

- **Infecciones:** las bacterias son capaces de desarrollar actividad proteolítica que destruye el colágeno, pudiendo además favorecer la colagenasa de los neutrófilos. Las infecciones pueden ocurrir por vía ascendente (vagina o cérvix) hacia decidua, corion, amnios, cavidad amniótica y feto, o por vía hematogena (peritoneal, amniocentesis, biopsia de vellosidades coriales, o traumatismos con ingreso a cavidad amniótica). Cualquier germen puede provocar la infección, los más frecuentemente encontrados son: *Ureaplasma urealyticum*, *Fusobacterium species*, *Mycoplasma omnis*, *Streptococcus* grupo B, *Streptococcus viridans*, *Gardnerella vaginalis*, entre otros. En los procesos

infecciosos hay que considerar la fosfolipasa A2, la fosfolipasa C, y los lipopolisacáridos que estimulan la síntesis de prostaglandinas, las colagenasas bacterianas, las citoquinas, los macrófagos y granulocitos, así como la prostaglandina E2 con los consiguientes cambios cervicales e inicio de dinámica uterina, las interleucinas que activan la síntesis de prostaglandinas, y la apoptosis.

- **Coito:** en el coito existen sustancias que pueden conducir al mismo efecto. Las enzimas *collagen-like* y las prostaglandinas (que estimulan la proteólisis).

- Tabaquismo: en las fumadoras se produce una reacción pulmonar que aumenta la actividad proteolítica y disminuye la de los inhibidores proteolíticos.

- Aumento de la concentración de hexosamina en la capa mesenquimatosa del amnios.

- Déficit nutricionales y de oligoelementos: difícilmente demostrables.¹⁰ Pero la bolsa también sufre una serie de cambios estructurales que la debilitan a lo largo de la gestación, entre los cuales se da, incluso, una disminución de su contenido en colágeno, por lo que su rotura a término puede considerarse una variedad fisiológica por ese normal debilitamiento intrínseco.

c) Acciones traumáticas sobre la bolsa de las aguas: son difíciles de demostrar:

- Adherencias entre el corioamnios y decidua, lo que produciría un estiramiento corioamniótico al desplegarse el segmento uterino inferior, el crecimiento uterino y las contracciones. Esto incrementaría la tensión de la bolsa y facilitaría su rotura.

- Traumatismos externos (3 %): tacto vaginal, amnioscopia, etcétera.

- Traumatismos internos: movilidad del feto sobre el polo inferior ovular.

ASPECTOS DIAGNÓSTICOS

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

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. 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.

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.

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 (MFNE) 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.

Embarazos pretérmino En los casos de RPM pretérmino, es importante evaluar la madurez pulmonar porque la hipoplasia pulmonar es una complicación seria, que ocurre en el 26% de los recién nacidos después de una RPM del segundo trimestre y que tiene una mortalidad superior al 90%. Entre los sobrevivientes, la hipoplasia pulmonar acarrea un riesgo aumentado de complicaciones como el neumotórax y la hipertensión pulmonar.

Evaluación de la madurez pulmonar. La madurez pulmonar puede ser evaluada en el líquido amniótico obtenido por amniocentesis o del líquido del fondo de saco vaginal. Este último se puede recolectar del fondo de saco posterior de la vagina por tres formas diferentes: mediante un espéculo estéril, con un tampón en vagina o por el uso de una toalla perineal obstétrica que se deja de 12 a 24 horas hasta su saturación. Es posible que la contaminación bacteriana de las secreciones vaginales pueda llevar a una determinación falsa positiva de prostaglandinas. Cuando se diagnóstica madurez pulmonar en pacientes con RPM entre las semanas 32 y 36, se ha comprobado que la inducción del trabajo de parto reduce la duración de la hospitalización e infección entre las madres y neonatos. Mientras que en embarazos menores de 32 semanas, es más prudente un manejo expectante, aún en presencia de madurez pulmonar.

ANTIBIOTICOTERAPIA.

Como se analizó antes, la infección constituye la principal causa de RPM. Hay estudios que señalan que el 28% de las pacientes con RPM tienen cultivos positivos del líquido

amniótico al momento del ingreso y que, de las pacientes que inician trabajo de parto, el 75% tienen invasión microbiana de la cavidad amniótica. Debido a esto, se ha utilizado la antibioticoterapia profiláctica con el fin de disminuir la morbi-mortalidad neonatal; sin embargo, a pesar de haber una prolongación significativa del período de latencia, esto no ha resultado en una mejor evolución perinatal. En los casos en que se ha observado una disminución significativa de la corioamnionitis materna y de la hemorragia intraventricular neonatal, se ha asociado el antibiótico a un esteroide.

En cuanto al régimen de antibióticos, generalmente, es necesario un tratamiento de amplio espectro para cubrir la flora gram negativa, gram positiva, aeróbica y anaeróbica que se ha relacionado con la infecciones intracavitarias. Los medicamentos más utilizados son la ampicilina, a la dosis de 1 g, por vía IV, cada 6 horas por 24 horas y luego 500 mg, por VO, por 7 días. Otras alternativas son la eritromicina, a la dosis 333 mg, por VO tres veces al día, por 7 días y la cefaléxina, a la dosis de 250 mg, por VO, tres veces al día, hasta el momento del parto.

No se han señalado efectos adversos por el uso de la antibioticoterapia para la madre o el neonato, pero existe riesgo de resistencia bacteriana y se puede incrementar el riesgo de superinfección o de infección neonatal por patógenos resistentes, en casos de terapia prolongada. Se ha sugerido que la invasión microbiana de la cavidad amniótica puede ser tratada con antibióticos intrauterinos, para evitar la progresión de la infección, sin necesidad de interrumpir el embarazo. Sin embargo, se necesitan más estudios para determinar la selección de las pacientes, factores pronósticos y riesgo materno y neonatal asociado con esta terapia.

Complicaciones.

La principal complicación asociada con una RPM pretérmino es la corioamnionitis, con una incidencia del 38%. No se ha demostrado correlación alguna entre la duración del período de latencia y el desarrollo de la corioamnionitis, pero si existe una relación inversa con el volumen del líquido amniótico, siendo mucho más frecuente cuando el volumen de líquido amniótico, medido en los cuatro cuadrantes, es menor de 2 cm. Las muertes fetales y neonatales se presentan en el 15% y en el 39% de los casos respectivamente y las causas más frecuentes son la hipoplasia pulmonar y la membrana

hialina, que llevan a una insuficiencia respiratoria. Existen factores de riesgo que se han relacionado con el desarrollo de la hipoplasia pulmonar, como la edad gestacional al momento de la RPM, la severidad del oligoamnios y la duración del período de latencia. También se han utilizado indicadores ecosonográficos, entre los que se encuentran: circunferencia torácica por debajo del percentil 5 para la edad gestacional, longitud del pulmón fetal y ausencia de los movimientos respiratorios. Otras complicaciones son: la sepsis neonatal, que se presenta del 20% al 50% de los neonatos y las deformidades esqueléticas, que son menos comunes y la mayoría se corrigen con fisioterapia sin necesidad de cirugía. Las secuelas a largo plazo se presentan en el 39% de los casos e incluyen: enfermedad pulmonar crónica, desarrollo mental y neurológico anormal, hidrocefalia y parálisis cerebral.

Se clasifican en perinatales y de los anejos ovulares, y maternas. Las primeras son:

- Aborto, cuando ocurre al principio de la gestación.
- Embarazo extramembráneo que puede ocasionar deformaciones de origen postural, amputaciones y bridas.
- Procidencia del cordón.
- Infección, que es una de las más temidas y frecuentes. Depende de varios factores: puerta de entrada, llegada de los gérmenes, multiplicación, virulencia y propagación. Los gérmenes más frecuentes son el colibacilo, estreptococos fecales, estafilococo aureus y dorado, hongos, candidas, proteus y neumococos.
- Mayor incidencia de bolsa serosanguínea y cefalohematoma.
- Sufrimiento fetal.

Las complicaciones maternas son:

- La principal está dada por la infección que puede ocurrir en cualquier momento (anteparto, intraparto y puerperio).
- Disdinamia, inercia uterina y aumento del tono basal.
- Alumbramiento morbosos.
- Necrosis córtico-suprarrenal. Es rara, y casi siempre, cuando ocurre, es fatal.
- Shock endotóxico, más frecuente en la necrosis córtico-suprarrenal.
- Coagulación intravascular diseminada, a su vez, consecuencia de las 2 anteriores

UTILIDAD DE LA AMNIOCENTESIS EN MUJERES EMBARAZADAS CON RPMP

| | |
|--|-------------|
| Se recomienda documentar el bienestar fetal y realizar la vigilancia materno-fetal diaria. ² | R-A |
| La cardiotocografía es útil. La taquicardia fetal es utilizada como referencia en la definición de la corioamnionitis clínica. La puntuación de perfil biofísico y la velocimetría Doppler puede llevarse a cabo, pero las mujeres deben ser informadas de que éstas pruebas son de un valor limitado para predecir una infección fetal. ²⁶ | E-2b R-B |
| No se recomienda el perfil biofísico o la evaluación con Doppler de la arteria umbilical como primera elección para sobrevida o prueba diagnóstica de infección fetal. ^{3, 25} | R-B |
| Se recomienda realizar el monitoreo fetal usado como estudio de cardiotocografía fetal, cuando se considere la sobrevida fetal. ³ | R-C |

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Esta patología incrementa significativamente la morbi-mortalidad materno neonatal. El manejo de RPM depende de la edad gestacional. En embarazos menores a 24 semanas o previables el manejo expectante no se justifica, (una vez que se ha confirmado el diagnóstico mediante todos los estudios disponibles) por lo que la interrupción del embarazo es recomendada, en virtud del pronóstico neonatal desfavorable y el riesgo materno elevado.

En embarazos entre 24 a 34 semanas 6 días, la recomendación es el manejo expectante con maduración pulmonar fetal y antibiótico terapia profiláctica para mejorar el pronóstico neonatal y disminuir la morbi-mortalidad materna. En embarazos de 35 semanas o más se sugiere terminación del embarazo.

Las pacientes en trabajo de parto con evidencia de corioamnionitis, compromiso fetal, muerte fetal, desprendimiento normoplacentario, y de 35 semanas de edad gestacional o más, requieren nacimiento inmediato. La RPM puede ocurrir en cualquier embarazada, siendo el manejo efectivo y oportuno la estrategia para disminuir la morbi – mortalidad materno neonatal.

HIPÓTESIS

Si se logra establecer de manera oportuna un manejo adecuado de la Ruptura Prematura de Membranas en primigestas adolescentes se lograría disminuir las complicaciones que llegaran a presentarse que ponen en peligro la vida tanto de la madre como del neonato.

VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se realizará de acuerdo con las variables aplicadas:

VARIABLE INDEPENDIENTE

- Ruptura prematura de membranas

VARIABLE DEPENDIENTE

- Factores de riesgo
- Complicaciones maternas y perinatales

VARIABLE INTERVINIENTE

- Grupo etario materno
- Edad Gestacional
- Primigesta
- Controles prenatales
- Tipo de Parto

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 METODOLOGIA

El presente estudio de investigación presenta un enfoque cualitativo con diseño no experimental, de corte transversal y prospectivo con la utilización del método de observación analítica, para una amplia información sobre este tema que es de gran importancia para el área de salud como para las madres primigestas adolescentes.

3.2 DE LA ZONA DE TRABAJO (NACIONAL, ZONAL, PROVINCIAL, CANTONAL Y LOCAL)

El estudio se realizara en el HOSPITAL MATERNO INFANTIL DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL, ubicado Av-12-S-E entre 54CS-E Fernando López Lara Calle 54B y Segunda Peatonal , Guasmo Sur, Ciudad de Guayaquil Provincia del Guayas, Región Costa, País Ecuador.

3.3 UNIVERSO Y MUESTRA

El universo estará constituido por 623 pacientes que acudieron con diagnóstico de rotura prematura de membranas al servicio de Gineco-obstetricia del HOSP. DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL durante los meses de ENERO DEL 2015 A ENERO 2016.

La muestra de esta investigación es 138 pacientes adolescentes primigestas que presentaron Ruptura Prematura de Membranas en el HOSP. DRA. MATILDE HIDALGO DE PROCEL durante los meses de ENERO DEL 2015 A ENERO 2016.

3.4 VIABILIDAD

Este trabajo de investigación es un estudio viable porque tiene la aprobación Director del Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel, y de los representantes de la Universidad de Guayaquil y de las correspondientes autoridades para su ejecución de este trabajo, que permitieron el acceso de la evaluación del estado de las pacientes primigestas adolescentes. Es de interés por ser casos muy frecuentes que se presentan en el área de

ginecología y de la institución que existan datos estadísticos que demuestren las complicaciones de la Ruptura Prematura de Membranas en Primigestas Adolescentes , se permitirá estudiar la evolución de las paciente, la evolución y manejo que se les proporcionó.

3.5 MATERIALES

Recursos humanos:

- Autor
- Tutor
- Secretaría de estadística

Recursos físicos

- Historia clínica
- Computador
- Hojas, lápiz, impresora
- Revista medicas actualizadas de la pag. Web
- Base de datos
- Hospital

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: Ruptura Prematura de Membranas

| VARIABLES | INDICADORES | ESCALA DE MEDICIÓN | INSTRUMENTO |
|---------------------|---|--------------------|--|
| Periodo de Latencia | <ul style="list-style-type: none"> • 1 a 6 horas • >6 a 12 horas • >12 a 18 horas • >19 a 24 horas • >24 horas | Intervalo | <ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica • Ficha Clínica de Datos |

VARIABLE DEPENDIENTE: Complicaciones Maternos y Perinatales

| VARIABLES | INDICADORES | ESCALA DE MEDICIÓN | INSTRUMENTO |
|----------------------------|---|--------------------|--|
| Complicaciones Maternas | <ul style="list-style-type: none"> • Endometritis con tratamiento y sin tratamiento • Corioamnionitis con tratamiento y sin tratamiento. • Sin Complicación con tratamiento y sin tratamiento. | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica • Ficha Clínica de Datos |
| Complicaciones Perinatales | <ul style="list-style-type: none"> • Sufrimiento Fetal Agudo con tratamiento y sin tratamiento. • Síndrome De Dificultad Respiratoria con tratamiento y sin tratamiento. • Prolapso De Cordón con tratamiento y sin tratamiento. • Sepsis Neonatal con tratamiento y sin tratamiento. • Prematuridad con tratamiento y sin tratamiento. • Sin Complicaciones con tratamiento y sin tratamiento. | Nominal | <ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica • Ficha Clínica de Datos |

VARIABLES INTERMITENTES: Características maternas

| VARIABLES | INDICADORES | ESCALA DE MEDICIÓN | INSTRUMENTO |
|-----------------------------|--|--------------------|---|
| Edad materna | Adolescentes (≤ 19 años). | Intervalo | <ul style="list-style-type: none">• Historia Clínica• Ficha Clínica de Datos |
| Edad Gestacional | <ul style="list-style-type: none">• Pretérmino: Menos de las 37 semanas de gestación.• A Término: De 37 a 40 semanas de gestación.• Post término: después de las 40 semanas. | Ordinal | |
| Paridad | <ul style="list-style-type: none">• Primípara: primer parto | Ordinal | |
| N° de Atenciones Prenatales | <ul style="list-style-type: none">• 1 a 5 atenciones• ≥ 6 atenciones• No controlada | Ordinal | |
| Tipo de Parto | <ul style="list-style-type: none">• Vaginal• Cesárea | Ordinal | |

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. RESULTADOS

El análisis e interpretación de los resultados que se obtuvieron para poder determinar los objetivos específicos en relación con las variables establecidas por si solas o entre sí, resaltan los aspectos de mayor importancia los cuales fueron registrados en cuadros y gráficos.

En la Maternidad Matilde Hidalgo de Procel en base a la información obtenida desde el departamento de estadística, hubieron 623 pacientes ingresadas con el diagnostico de ruptura prematura de membranas durante el periodo de Enero 2015 – Enero 2016. De este universo de pacientes se tomó una muestra de 138 pacientes que cumplan los criterios de inclusión, sobre los cuales se realizó la investigación.

4.1.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

CASOS DE ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS SEGÚN EL GRUPO ETARIO

| GRUPO ETARIO | N° DE CASOS | PORCENTAJE |
|--------------|-------------|------------|
| < 20 AÑOS | 213 | 34% |
| 20 A 34 AÑOS | 362 | 58% |
| 35AÑOS Y MÁS | 48 | 8% |
| TOTAL | 623 | 100% |

TABLA N° 1

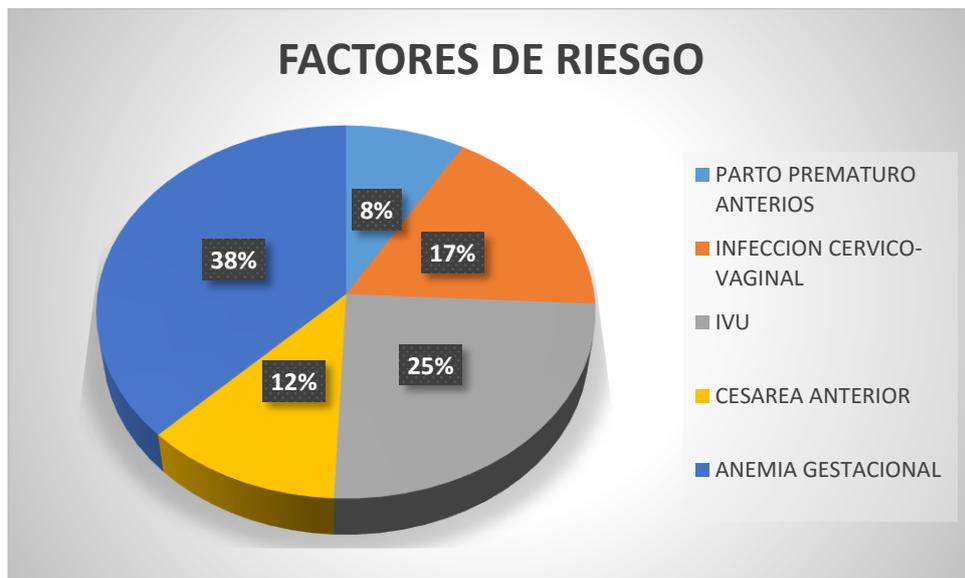


El gráfico muestra que el mayor porcentaje de ruptura prematura de membranas se presentó en pacientes menores de 20 años con un 58 % mientras que en pacientes de 20 a 34 años se presentó el 34 %, y en pacientes mayores o de 35 años se presentó el 8%, siendo este el menor porcentaje. En la actualidad se considera que las mujeres de mayor edad son más propensas a que presenten complicaciones durante la gestación, pero mediante este estudio se determina que es lo contrario que es pacientes de 20 a 34 años es más frecuente lo cual puede deberse al estilo de vida, ambiente laboral o estatus económico.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN ADOLESCENTES

TABLA N° 2

| FACTORES DE RIESGO | N° DE CASOS | PORCENTAJE |
|---------------------------|-------------|------------|
| PARTO PREMATURO ANTERIOS | 18 | 8% |
| INFECCION CERVICO-VAGINAL | 37 | 17% |
| IVU | 53 | 25% |
| CESAREA ANTERIOR | 25 | 12% |
| ANEMIA GESTACIONAL | 80 | 38% |
| TOTAL | 213 | 100% |

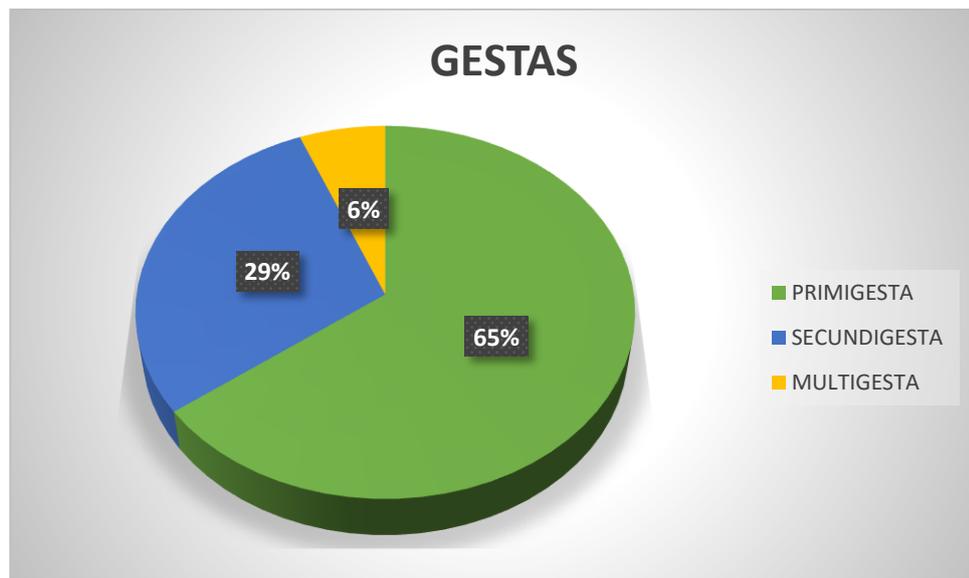


El gráfico muestra que el principal factor de riesgo en las adolescentes que presentan ruptura prematura de membranas es la anemia con un 38%, seguido de las infecciones de las vías urinarias con un 25% y en menor porcentaje las que tuvieron como antecedente un parto prematuro.

CASOS DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS SEGÚN LAS GESTAS EN ADOLESCENTES

| GESTAS | N° DE CASOS | PORCENTAJE |
|--------------|-------------|------------|
| PRIMIGESTA | 138 | 65% |
| SECUNDIGESTA | 62 | 29% |
| MULTIGESTA | 13 | 6% |
| TOTAL | 213 | 100% |

TABLA N° 3

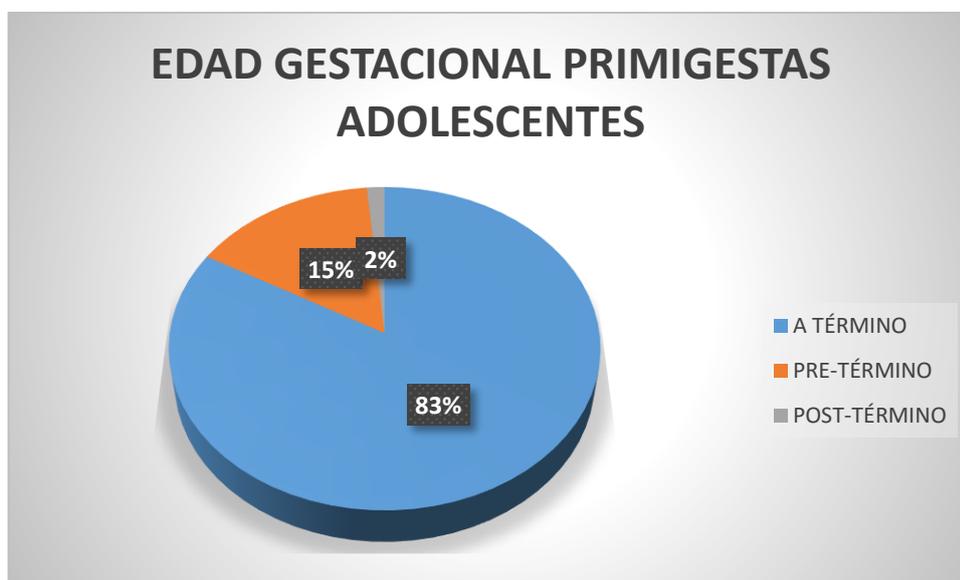


En la tabla n° 3 se observa que en relación al número de gestas el mayor porcentaje de ruptura prematura de membranas se observa en primigestas adolescentes con un 65%, el 29% le corresponde a las adolescentes secundigestas y con un 6% a las adolescentes multigestas.

CASOS DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL EN ADOLESCENTES PRIMIGESTAS

| EDAD GESTACIONAL | N° DE CASOS | PORCENTAJE |
|------------------|-------------|------------|
| A TÉRMINO | 115 | 83% |
| PRE-TÉRMINO | 21 | 15% |
| POST-TÉRMINO | 2 | 2% |
| TOTAL | 138 | 100% |

TABLA N° 4

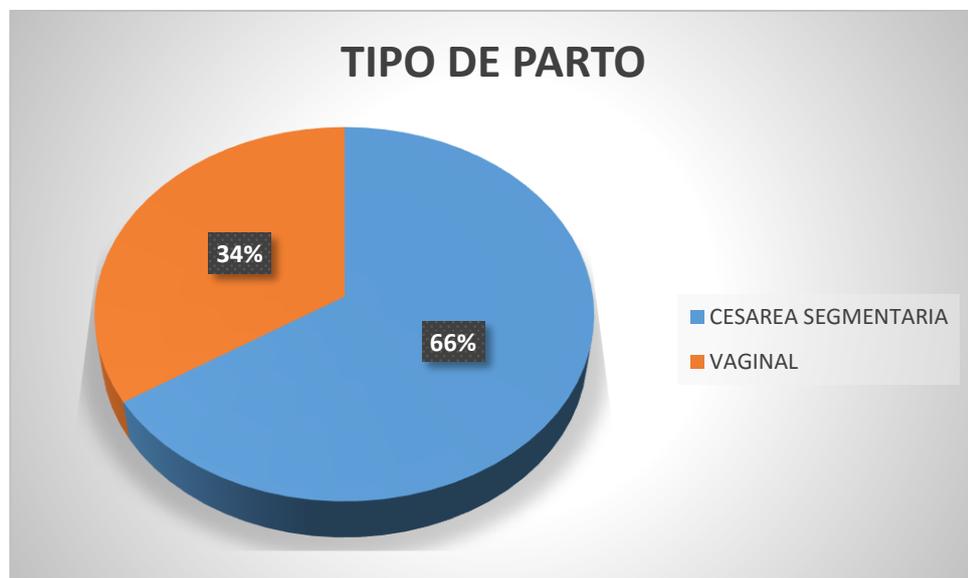


El gráfico N° 4 muestra que el mayor porcentaje de ruptura prematura de membranas se presentó en adolescentes primigestas con edad gestacional a término con un 83%, el 15% corresponde a gestantes pre-término, y un 2% en post-término.

CASOS DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS SEGÚN EL TIPO DE PARTO EN ADOLESCENTES PRIMIGESTAS

| TIPO DE PARTO | Nº DE CASOS | PORCENTAJE |
|---------------------|-------------|------------|
| CESAREA SEGMENTARIA | 91 | 66% |
| VAGINAL | 47 | 44% |
| TOTAL | 138 | 110% |

TABLA N° 5

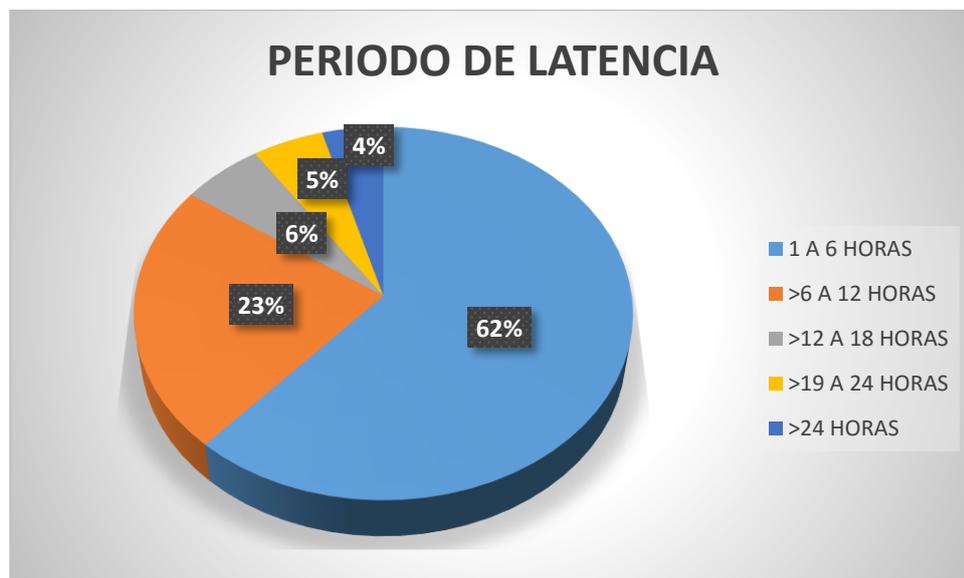


Según observamos en la Tabla N°5 el porcentaje de las pacientes adolescentes con ruptura prematura de membranas cuyo parto fue por cesárea segmentaria corresponde a un 66% y el 34 % corresponde a parto por vía vaginal.

CASOS DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS SEGÚN EL PERIODO DE LATENCIA EN ADOLESCENTES PRIMIGESTAS

| PERIODO DE LATENCIA | N° DE CASOS | PORCENTAJE |
|---------------------|-------------|-------------|
| 1 A 6 HORAS | 85 | 62% |
| >6 A 12 HORAS | 32 | 23% |
| >12 A 18 HORAS | 8 | 6% |
| >19 A 24 HORAS | 7 | 5% |
| >24 HORAS | 6 | 4% |
| TOTAL | 138 | 100% |

TABLA N° 6



En la Tabla N°6, Se obtuvo que el 62% de gestantes con ruptura prematura de membranas adolescentes primigestas, presentaron periodo de latencia de 1 a 6 horas, 23% de 7 a 12 horas de periodo de latencia y 4% mayor de 24 horas.

CASOS DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS SEGÚN LAS ATENCIONES PRENATALES EN ADOLESCENTES PRIMIGESTAS

| ATENCIONES PRENATALES | Nº DE CASOS | PORCENTAJE |
|-------------------------|-------------|------------|
| 1 A 5 ATENCIONES | 114 | 84% |
| ≥ 6 ATENCIONES | 18 | 13% |
| NO CONTROLADA | 3 | 2% |
| TOTAL | 135 | 100% |

TABLA N° 7

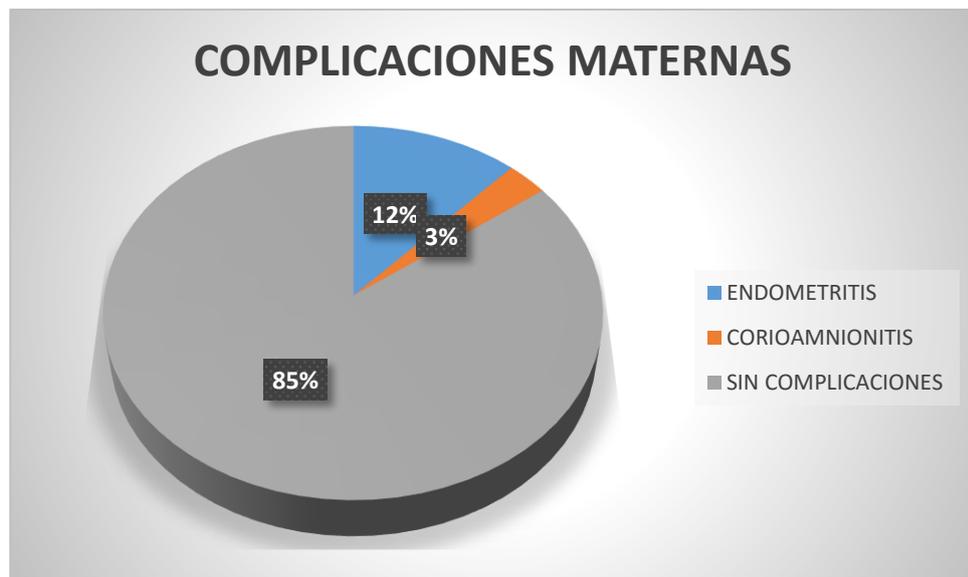


Según observamos en la Tabla N° 7 podemos observar que las primigestas adolescentes que presentaron ruptura prematura de membranas tuvieron de 1 a 5 controles representan el 85%, el 13% corresponde a las que tuvieron 6 o más controles y el 2% corresponde a las pacientes que no se realizaron ningún control durante el embarazo.

CASOS DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS SEGÚN LAS COMPLICACIONES MATERNAS EN ADOLESCENTES PRIMIGESTAS

| COMPLICACIONES MATERNAS | N° DE CASOS | PORCENTAJE |
|-------------------------|-------------|-------------|
| ENDOMETRITIS | 16 | 12% |
| CORIOAMNIONITIS | 4 | 3% |
| SIN COMPLICACIONES | 115 | 85% |
| TOTAL | 135 | 100% |

TABLA N° 8



En la Tabla N°8, Se aprecia que el 85% de las primigestas adolescentes con ruptura prematura de membranas no presentaron alguna complicación, mientras que el 12% presentaron Endometritis y el 3% presentaron Corioamnionitis.

**CASOS DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS SEGÚN LAS
COMPLICACIONES PERINATALES EN ADOLESCENTES
PRIMIGESTAS**

| COMPLICACIONES PERINATALES | N° DE CASOS | PORCENTAJE |
|-------------------------------------|-------------|-------------|
| SUFRIMIENTO FETAL AGUDO | 19 | 14% |
| SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA | 15 | 11% |
| PROLAPSO DEL CORDÓN | 2 | 1% |
| SEPSIS NEONATAL | 15 | 11% |
| PREMATURIDAD | 27 | 20% |
| SIN COMPLICACIONES | 57 | 42% |
| TOTAL | 135 | 100% |

TABLA N° 9



En la Tabla N°8, se observó que el 42% de los perinatos de madres adolescentes primigestas que presentaron ruptura prematura de membranas no presentaron complicaciones, mientras que el 20% fueron prematuros, el 14% presentaron sufrimiento fetal agudo, el 11% sepsis neonatal y el 2% prolapso del cordón.

4.2. DISCUSION

En el estudio realizado en el Hospital Materno infantil Matilde Hidalgo de Procel se obtiene que la ruptura prematura de membranas se presenta de forma común en las adolescentes primigestas. Durante el periodo Enero 2015-2016, se atendió un total de 623 pacientes por diagnóstico de ruptura prematura de membranas de diferentes grupos etarios, de las cuales 138 corresponde a primigestas adolescentes con ruptura prematura de membranas.

Este estudio demostró que es más frecuente que presenten ruptura prematura de membranas adolescentes primigestas con un 65% en relación a multigestantes, y de las cuales un 83% lo presentan en la edad gestacional a término, por lo que no suelen presentar complicaciones si dentro de su historial médico constaban de 4 a 5 controles, ya que solo el 13% acudió a más de 6 controles durante su embarazo, siendo la culminación del embarazo por cesárea segmentaria más frecuente con un 66%.

Dentro de las complicaciones que presentaron las adolescentes primigestas con ruptura prematura de membranas tenemos la endometritis como principal con un 12%, ya que la mayoría de las pacientes que acudieron a sus controles respectivos no presentaron complicación alguna y esta representa el 85%, y como principal complicación que presenta en neonato tenemos la prematuridad que corresponde al 20%, con el 1% el prolapso del cordón, y sin complicaciones el 42%

CAPITULO V

CONCLUSIONES

- La mayoría de las gestantes que presentaron ruptura prematura de membranas fueron adultas y con una edad gestacional a término en relación a las adolescentes primigestas.
- Como principal factor de riesgo en las adolescentes gestantes tenemos la anemia asociada a la ruptura prematura de membranas.
- Las primigestas adolescentes con ruptura prematura de membrana en su mayoría acuden de 1 a 5 controles durante todo su embarazo y en cuanto a la finalización de su embarazo fue por cesárea segmentaria es la más frecuente.
- En cuanto al periodo de latencia en las primigestas adolescentes con ruptura prematura de membranas con fue mayoritariamente las comprendidas entre la primera y la sexta hora.
- La relación es mayoritariamente comprendida entre el periodo de latencia de ruptura prematura de membranas con las falta de controles durante el embarazo de las adolescentes primigestas.
- La relación entre la ruptura prematura de membranas sin tratamiento y con tratamiento y las complicaciones maternas es significativa.
- Las complicaciones maternas están relacionadas con el número de controles prenatales que se realizaron mientras más controles menos es la probabilidad que se presenten complicaciones, y se demuestra con el 12% de las pacientes adolescentes que presentaron endometritis mientras que las adolescentes que presentaron ruptura prematura y no tuvieron alguna complicación corresponde al 85%.
- La mayoría de los perinatos de madres adolescentes que presentaron ruptura prematura de membranas a término no presentaron complicaciones, pero un 20% del total fueron prematuros siendo una de las primera complicaciones, luego tenemos sufrimiento fetal agudo y con un 11% sepsis neonatal.

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES

Ampliar la promoción e incrementar la capacitación a gestantes por medio de charlas educativas, enfatizando los signos de alarma, su identificación oportuna y el acudir de manera inmediata al hospital para así minimizar los efectos que pueden causar en la madre y el perinato.

Crear una ficha de tamizaje con parámetros que ayuden a detectar oportunamente a gestantes con alto riesgo de ruptura prematura de membrana y para prevenir largos periodos de latencia que pueden causar complicaciones en la madre y el perinato.

Promover la realización de investigación de estudios de correlación con mayor población.

BIBLIOGRAFIA

- Revista Cubana de Medicina General Integral. 2011- Rotura prematura de membranas, aspectos de interés para la atención primaria de salud.
- Ruptura Prematura de Membranas Pretérmino – Guía práctica clínica MSP 2015
- Rotura prematura de membranas a término y pretérmino – Centro de Medicina Fetal y Neonatal de Barcelona 2012.
- Guía clínica de la Federación Latino Americana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia - FLASOG: 2011, GUÍA No 1
- Resultados perinatales en la rotura prematura de membranas - Gineco-obstetra del Hospital Regional de Caacupé, Paraguay. Artículo Aprobado: 29 abril de 2011.
- Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio: sección 3. Infecciones en el embarazo: ruptura prematura de membranas (RPM)
Rev Colomb Obstet Ginecol vol.66 no.4 Bogotá oct./dic. 2015
- <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/607/art28.pdf> art. 2012
- Amnioinfusión en embarazos de pre término extremo con rotura prematura de membranas - resultados durante el embarazo, maternos y neonatales (AMIPROM study): Estudio piloto clínico, controlado randomizado (2014 – Santiago de Chile)
- Ruptura prematura de membranas fetales: de la fisiopatología hacia los marcadores tempranos de la enfermedad Revista Colombiana Obstétrica Ginecológica vol.57 no.4 Bogotá Dec. 2012
- Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Ruptura Prematura de Membranas, Instituto Mexicano de Seguro Social – Guía de Práctica Clínica 2011.
- <Http://.gosalud.Com/Embarazo/Embarazopretermino.Htm> 10. 2012
- ACOG COMMITTEE ON PRACTICE BULLETIN-OBSTETRICS. 2013
- <Http://www.Monografias.Com/Trabajo20/Sepsis-Neonatal.Shtml> - 2014
- BOLETIN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, “Incidencia Mundial De Parto – 2012

- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, "Programa de Capacitación en salud Infantil y Salud de la Mujer", OPS.2010. 4.
- PAPPONETTI, Marta, Opciones terapéutica de alto riesgo, Revista intramed, Argentina, 2007 33, (6): 781–787.Prematuro: Revisión Sistemática De La Morbilidad Y Mortalidad Maternas”, Enero 2010, Vol 88.
- <https://extranet.who.int/rhl/es/topics/pregnancy-and-childbirth/pregnancy-complications/prelabour-rupture-membranes-2012>
- Amenaza de parto prematuro. Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis 2011- An. Sist. Sanit. Navar.
- Revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/download/217/224 . Ruptura prematura de membranas fetales - 2011
- Frecuencia de corioamnionitis histológica en pacientes con ruptura prematura de membranas - Ginecol Obstet Mex2014;82:791-795

ANEXOS

| INSTITUCION DEL SISTEMA | | UNIDAD OPERATIVA | | CODIGO | | LOCALIZACION | | | HISTORIA CLINICA | |
|-------------------------|--|------------------|--|---------------|--|----------------|--------|---------------------|------------------|--|
| | | | | | | PARROQUIA | CANTON | PROVINCIA | | |
| APELLIDO PATERNO | | APELLIDO MATERNO | | PRIMER NOMBRE | | SEGUNDO NOMBRE | | CÉDULA DE CIUDADANA | | |
| | | | | | | | | | | |

| FECHA RECIBO | HORA | SERVICIO | SALA | CAMA | PROFESIONAL SOLICITANTE | PROFESION | PRECEDENCIA | FECHA ENTREGA |
|--------------|------|----------|------|------|-------------------------|-----------|-------------|---------------|
| | | | | | | URINARI | GENERAL | OTROS |

| 1 HEMATOLOGICO | | | | | | 3 COPROLOGICO | | | | | | | | | |
|----------------------------|------|-------|------|------------|--|-------------------|----|----------|--|----------------|--|-----------|--|---------|--|
| HCT | % | HGB | g/dl | VGM | | RETICULOCITOS | | COLOR | | HEMOGLOBINA | | ESPORAS | | FIBRAS | |
| VELOCIDAD DE SEDIMENTACION | mm/h | | | HGM | | DIFERENCIADOS | | CONSIST. | | GLOBULOS ROJOS | | MOJILLOS | | ALMIDON | |
| PLAQUETAS | mmc | | | HGM | | GRUPO - FACTOR Rh | | pH | | POLIMORFOS | | MOJO | | GRASA | |
| LEUCOCITOS | mmc | | | HPOCROMIA | | | | | | | | | | | |
| METAH | % | BAZOF | % | ANISOCITOS | | COOMBS DIRECTO | | | | PROTOZOARIOS | | QUISTE | | TROFO | |
| CAVAD | % | MONOC | % | POIQUILOIT | | COOMBS INDIR. | | | | | | HELMINTOS | | HUEVO | |
| SEGME | % | LINFO | % | MICROCITOS | | TROMBINA | mg | | | | | | | LARVA | |
| ESFER | % | ATIP | % | POLICROMAT | | TTP | mg | | | | | | | | |

| 2 QUIMICA | | RESULTADO | UNIDAD DE MEDIDA | VALOR DE REFERENCIA | RESULTADO | UNIDAD DE MEDIDA | VALOR DE REFERENCIA | 4 UROANALISIS | |
|--------------------|--|-----------|------------------|---------------------|--------------------------|------------------|---------------------|---------------|---------------|
| GLUCOSA EN AYUNAS | | | | | TRANSAMINASA PIRUVICA | | | DENSIDAD | LEUCOCITOS PC |
| GLUCOSA 3 HORAS | | | | | TRANSAMINASA OXALACETICA | | | pH | PROCTOS PC |
| UREA | | | | | OSIFANALCALINA | | | PROTEINA | ESPIROCTOS PC |
| CREATININA | | | | | COLESTEROL TOTAL | | | GLUCOSA | CELULAS ALTAS |
| ACIDO URICO | | | | | COLESTEROL HDL | | | CETONA | BACTERIAS |
| BILIRUBINA TOTAL | | | | | COLESTEROL LDL | | | HEMOGLOBINA | HONGOS |
| BILIRUBINA DIRECTA | | | | | TRIGLICERIDOS | | | BILIRUBINA | MOJO |
| PROTEINA TOTAL | | | | | | | | URICINOGENIO | CRISTALES |
| ALBUMINA | | | | | | | | NITRO | CIUDROS |
| GLOBULINA | | | | | | | | | |

| 5 BACTERIOLOGIA | | 6 VARIOS | |
|-----------------|--|----------|--|
| | | | |
| | | | |

| PROFESIONAL | FIRMA |
|-------------|-------|
| | |
| TECNICO | FIRMA |
| | |

SNS-MSP / HCU-form.010 / 2007

LABORATORIO CLINICO - INFORME

HISTORIA CLINICA PERINATAL CLAPISMR - OPS/OMS

PERSONA: NOMBRE: _____ POSICION: _____

FECHA DE NACIMIENTO: da: ____ mes: ____ año: ____

ETNIA: blanca negra indígena mestiza otra: _____

ALFA BETA: A B AB O

ESTUDIOS: ninguno primaria secundaria superior otro: _____

ESTADO CIVIL: casado soltero viudo divorciado otro: _____

LOGAR DEL NACIMIENTO: _____

LOGAR DEL PRESENTADO: _____

LOGAR DEL ACTUAL: _____

TELÉFONO: _____

ANTECEDENTES:

FAMILIARES: sí no no se sabe

PERSONALES: sí no no se sabe

DIAGNÓSTICOS: sí no no se sabe

ÚLTIMO PROVO: normal anormal

EMBARAZO ANTERIOR: sí no no se sabe

EMBARAZO PLANEO: sí no no se sabe

FRACASO METODO ANTICONCEPTIVO: sí no no se sabe

DESBASTACION ACTUAL:

PROG. INSTRUCCION: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

TALLA (cm): _____

PESO (kg): _____

ED. CONTINIBLE: sí no no se sabe

FUMAR: sí no no se sabe

ALCOHOL: sí no no se sabe

DIETA: normal alterada no se sabe

ACTIVIDAD: normal alterada no se sabe

TRATAMIENTO: sí no no se sabe

EXAMENES:

ECG: normal anormal no se sabe

ECG. PRENATAL: normal anormal no se sabe

ECG. POSTNATAL: normal anormal no se sabe

ECG. ANTENATAL: normal anormal no se sabe

ECG. POSTPARTO: normal anormal no se sabe

ECG. ANTENATAL: normal anormal no se sabe

ECG. POSTPARTO: normal anormal no se sabe

CONSULTAS ANTENATALES:

PREVIA: sí no no se sabe

PREVIA: sí no no se sabe

PREVIA: sí no no se sabe

PARTO / ABORTO:

FECHA INICIO: da: ____ mes: ____ año: ____

FECHA FIN: da: ____ mes: ____ año: ____

FECHA PARTO: da: ____ mes: ____ año: ____

FECHA ABORTO: da: ____ mes: ____ año: ____

FECHA PARTO: da: ____ mes: ____ año: ____

FECHA ABORTO: da: ____ mes: ____ año: ____

EMERGENCIAS:

EMERGENCIAS: sí no no se sabe

EMERGENCIAS: sí no no se sabe

EMERGENCIAS: sí no no se sabe

NACIMIENTO:

MUERTO: sí no no se sabe

MUERTO: sí no no se sabe

MUERTO: sí no no se sabe

RECEN NACIDO:

SEXO: masculino femenino no se sabe

PESO AL NACER: _____

LONGITUD: _____

EDAD GESTACIONAL: _____

PESO: _____

APGAR: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

PLACENTA: completa incompleta no se sabe

LOGEURA: sí no no se sabe

CORDON: normal anormal no se sabe

TIPO: normal anormal no se sabe

PUERPERIO:

ATENCION: sí no no se sabe

ATENCION: sí no no se sabe

ATENCION: sí no no se sabe

DEFECTOS CONGENITOS:

DEFECTOS CONGENITOS: sí no no se sabe

DEFECTOS CONGENITOS: sí no no se sabe

DEFECTOS CONGENITOS: sí no no se sabe

EGRESO RN:

EGRESO RN: sí no no se sabe

EGRESO RN: sí no no se sabe

EGRESO RN: sí no no se sabe

EGRESO MATERNO:

EGRESO MATERNO: sí no no se sabe

EGRESO MATERNO: sí no no se sabe

EGRESO MATERNO: sí no no se sabe

ANTICONCEPCION:

ANTICONCEPCION: sí no no se sabe

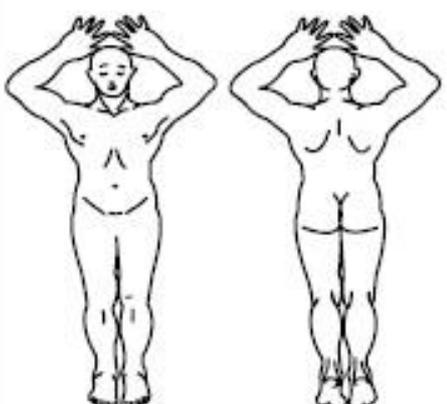
ANTICONCEPCION: sí no no se sabe

ANTICONCEPCION: sí no no se sabe

| INSTITUCION DEL SISTEMA | | UNIDAD OPERATIVA | | CODIGO | LOCALIZACION | | | N° HISTORIA CLINICA | | | | | |
|--|------------------|----------------------|------------------------|----------------------|---------------------|--|-------------------------|---------------------|-------------|-----------|-----------|--------------------|------|
| | | | | | MUNICIPIO | CANTON | PROVINCIA | | | | | | |
| 1 REGISTRO DE ADMISION | | | | | | | | | | | | | |
| APELLIDO PATERNO | | APELLIDO MATERNO | | NOMBRES | | NACIONALIDAD | N° CÉDULA DE CIUDADANÍA | | | | | | |
| DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL | | | | | CANTON | | PROVINCIA | N° TELÉFONO | | | | | |
| FECHA DE ATENCIÓN | HORA | EDAD | SEXO | | ESTADO CIVIL | | | | INSTRUCCIÓN | | OCUPACIÓN | N° SEGURO DE SALUD | |
| | | | MAS | FEM | SOL | CAS | DIV | VIU | U. | SN | | INS | BACH |
| NOMBRE DE LA PERSONA PARA NOTIFICACION | | | PARIENTESCO AFINIDAD | | | DIRECCION | | | N° TELÉFONO | | | | |
| NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE | | | N° CÉDULA DE IDENTIDAD | | | DIRECCION | | | N° TELÉFONO | | | | |
| FORMA DE LLEGADA | | | FUENTE DE INFORMACION | | | IDENTIFICADO PERSONA QUE ENTREGA AL PACIENTE | | | N° TELÉFONO | | | | |
| AMBULATORIO | DE LA DE REDADAS | CAMILLA | | | | | | | | | | | |
| <small>MA= MASCULINO FEM= FEMENINO SOL= SOLTERO CAS= CASADO DIV= DIVORCIADO VIU= VIUDO U.= UNION LIBRE SN= SIN INSTRUCCION BACH=BACHILLER SUP= SUPERIOR ESPE= ESPECIALISTA</small> | | | | | | | | | | | | | |
| 2 INICIO DE ATENCION | | | | | | | | | | | | | |
| HORA | VIA AEREA LIMBA | VIA AEREA DENTADA | GRUPO - RH | CONDICION DE LLEGADA | | OTRO | NEUTRO | OTRO | | | | | |
| MOTIVO DE LLEGADA | | | | | | | | | | | | | |
| 3 ACCIDENTE, VIOLENCIA, INTOXICACION | | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE EVENTO | | DIRECCION DEL EVENTO | | | FECHA | HORA | VEHICULO AEREO | | | | | | |
| TIPO DE EVENTO | | | | | AUTORENO COMPETENTE | | | | | | | | |
| ACCIDENTE | INVENCIÓN | VIOLENCIA | OTRO | | HORA DENUNCIA | | CATEGORIA POLICIAL | | | | | | |
| OBSERVACIONES | | | | | | | | | | | | | |
| INTOXICACION | | | | | VIOLENCIA | | | | | | | | |
| ALIBO ETILICO | VALOR ALCOHOLICO | HORA EXAMEN | SEÑALES ALCOHOLICA | OTRAS SUSTANCIAS | | SUSPICION | ARBITRO PRECO | ARBITRO PSICOLOGICO | | | | | |
| OBSERVACIONES | | | | | | | | | | | | | |
| QUIMIQUIMIA | | | FISICQUIMIA | | | REQUERIDA | | | | | | | |
| GRADO I | GRADO II | GRADO III | PORCENTAJE SUPERSTICIA | | | | | | | | | | |
| 4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES RELEVANTES | | | | | | | | | | | | | |
| <small>PARA DESCRIBIR SEÑALAR EL NUMERO Y LA LETRA CORRESPONDIENTE: P= PERSONAL, F= FAMILIAR</small> | | | | | | | | | | | | | |
| 1. ALERGIAS | 2. CLONOS | 3. GINECOLOGICOS | 4. NEUMATOLOGICOS | 5. PROSTATITIS | 6. QUIRURGICOS | 7. FARMACOLOGICOS | 8. OTROS | NO APLICA | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 5 ENFERMEDAD ACTUAL Y REVISION DE SISTEMAS | | | | | | | | | | | | | |
| <small>CRONICOLOGIA - LOCALIZACION - CARACTERISTICAS - INTENSIDAD - FRECUENCIA - FACTORES AGRAVANTES</small> | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 6 CARACTERISTICAS DEL DOLOR | | | | | | | | | | | | | |
| REGION ANATOMICA | PUNTO DOLOROSO | INICIO | EVOLUCION | TIPO | MODIFICACIONES | | | | ALANA CON | NO APLICA | | | |
| | | DEFINIDO | DEFINIDO | DEFINIDO | DEFINIDO | DEFINIDO | DEFINIDO | DEFINIDO | DEFINIDO | DEFINIDO | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

| 7 SIGNOS VITALES, MEDICIONES Y VALORES | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------|----------------------------|--------|--------------------------------|-------------------------|---------------------------|----------------------|---------------------------|--|----------|--|-----------|--|--------------------------|
| PRISION RITMICA | | FRECUENCIA CARDIACA (P) | | FRECUENCIA RESPIRATORIA (R) | | TEMPERATURA RECTAL (T) | | TEMPERATURA AXILAR (T) | | PESO (P) | | TALLA (M) | | PERIMETRO CINTURA (C) |
| GLUCOSA SANGRE | OCULAR | URINARIA | ACTIVA | TOTAL | FRACCION HEMOGLOBINA | FRACCION HEMATOCRITO | T. LUMBAR CAPILAR | | | | | | | |

| 8 EXAMEN FISICO R= REGIONAL S= SISTEMICO | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----|----|-------------------|----|----|------------------------|----|----|----------------------------|----|----|------------------------|----|----|
| CP= CONVIENE A PATOLOGIA MARCAR "P" Y DISCORDAR SI NO ANOTANDO EL NUMERO Y LETRA CORRESPONDIENTES | | | | | | | | | | | | | | |
| SP= SIN EVIDENCIA DE PATOLOGIA MARCAR "S" Y NO DISCORDAR | | | | | | | | | | | | | | |
| | CP | SP | | CP | SP | | CP | SP | | CP | SP | | CP | SP |
| 14 PIEL Y UÑAS | | | 84 BOCA | | | 114 ABDOMEN | | | 121 CRANEO DE LOS SENTIDOS | | | 81 LUMBAGO | | |
| 24 CABEZA | | | 14 ORO FARENGE | | | 122 COLUMNA VERTEBRAL | | | 21 RESPIRATORIO | | | 71 MUSCULO ESQUELETICO | | |
| 34 GLOBO | | | 84 CUELLO | | | 124 NALGAS-PENE | | | 31 CARDIO VASCULAR | | | 81 ENDOCRINO | | |
| 44 OJOS | | | 84 AXILAS - MAMAS | | | 124 MEMBROS SUPERIORES | | | 41 DIGESTIVO | | | 81 HEMOLITICO | | |
| 84 NARIZ | | | 124 TORAX | | | 124 MEMBROS INFERIORES | | | 81 GENITAL | | | 81 NEUROLOGICO | | |

| 9 DIAGRAMA TOPOGRAFICO ANOTAR EL NUMERO SOBRE EL LUGAR DE LA LESION | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------------------|--|---------------------|--|-----------|--|---------------|--|---------|--|--|--|
| NO APLICA | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 1 HERIDA PENETRANTE | | 11 EMBARAZO - PARTO | | NO APLICA | | | | | | | |
| | | 2 HERIDA NO PENETRANTE | | PRONATAL | | FETOS | | MORTO | | CEREBRO | | | |
| | | 3 FRACTURA EXPUESTA | | PRONATAL | | MORTO | | MOMENTO PARTO | | | | | |
| | | 4 FRACTURA CERRADA | | PRONATAL | | MORTO | | MOMENTO PARTO | | | | | |
| | | 5 AMPUTACION | | PRONATAL | | MORTO | | MOMENTO PARTO | | | | | |
| | | 6 HEMORRAGIA | | PRONATAL | | MORTO | | MOMENTO PARTO | | | | | |
| | | 7 ESCORIACION | | PRONATAL | | MORTO | | MOMENTO PARTO | | | | | |
| | | 8 PICADURA | | PRONATAL | | MORTO | | MOMENTO PARTO | | | | | |
| | | 9 ESCORACION | | PRONATAL | | MORTO | | MOMENTO PARTO | | | | | |
| | | 10 DISORDINADIA | | PRONATAL | | MORTO | | MOMENTO PARTO | | | | | |
| | | 11 HEMATOMA | | PRONATAL | | MORTO | | MOMENTO PARTO | | | | | |
| | | 12 QUEMADURA (I) | | PRONATAL | | MORTO | | MOMENTO PARTO | | | | | |
| | | 13 QUEMADURA (II) | | PRONATAL | | MORTO | | MOMENTO PARTO | | | | | |
| | | 14 QUEMADURA (III) | | PRONATAL | | MORTO | | MOMENTO PARTO | | | | | |
| | | 15 | | PRONATAL | | MORTO | | MOMENTO PARTO | | | | | |
| | | 16 | | PRONATAL | | MORTO | | MOMENTO PARTO | | | | | |

| 12 PLAN DIAGNOSTICO REGISTRAR ASALJO COMENTARIOS Y RESULTADOS, ANOTANDO EL NUMERO | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------|----------|-----------------|--------------|-----------------|------------------|-----------------|-----------------|------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------|
| NO APLICA | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 ELECTRO | 2 FISIOL | 3 QUIMIA | 4 BACTERIOLOGIA | 5 GANIMETRIA | 6 BACTERIOLOGIA | 7 BIODIAGNOSTICO | 8 BACTERIOLOGIA | 9 BACTERIOLOGIA | 10 BACTERIOLOGIA | 11 TOPOGRAFIA | 12 TOPOGRAFIA | 13 TOPOGRAFIA | 14 TOPOGRAFIA | 15 OTROS |

| 13 DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS | | | CIE | 14 DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS | | | CIE |
|-----------------------------|--|--|-----|-----------------------------|--|--|-----|
| 1 | | | | 1 | | | |
| 2 | | | | 2 | | | |
| 3 | | | | 3 | | | |

| 15 PLAN DE TRATAMIENTO | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--|--|--|----|-------|-----------|------|------------|------------|------------|---------|--|--|
| DISEÑAR PLAN, ANOTANDO EL NUMERO | | | | | | | | | | | | | |
| MEDICAMENTO GENERICO | | | | VA | DOSES | POSOLUGAR | DIAS | 1 RECIBIDO | 2 RECIBIDO | 3 RECIBIDO | 4 OTROS | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | |

| 16 SALIDA | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|----------|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| DOMICILIO | COMPLETA | CONSERVACION | DEFERENCIA |
| ARRIBADO | | | | | | | | | | | | | | |
| RECIBIDO | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|--|--|
| EDUCACION | | NIVEL | | GRADO CURSO | | AÑOS APROBADOS | | PROBLEMAS EN LA ESCUELA | | AÑOS REPETIDOS | | VIOLENCIA ESCOLAR | | DESERCIÓN EXCLUSIÓN | | EDUCACIÓN NO FORMAL | | | |
| ESTUDIA <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | | No escolariz. <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | Causa _____ | | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> | | | |
| Centro al que concurre | | Prim. <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> | | Causa _____ | | Cuál? _____ | | | |
| Sec. <input type="checkbox"/> Univ. <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | |
| Observaciones | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TRABAJO | | ACTIVIDAD | | EDAD INICIO TRABAJO | | TRABAJO horas por semana | | TRAB. JUVENIL | | HORARIO DE TRABAJO | | RAZÓN DE TRABAJO | | TRABAJO LEGALIZADO | | TRABAJO INSALUBRE | | TIPO DE TRABAJO | |
| <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> pesante <input type="checkbox"/> baja 1° vez <input type="checkbox"/> desocupado <input type="checkbox"/> no y/o no busca | | <input type="checkbox"/> pesante <input type="checkbox"/> desocupado <input type="checkbox"/> no trabaja y no estudia | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> precario <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> mañana <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> fin de semana | | <input type="checkbox"/> económica <input type="checkbox"/> autonomía <input type="checkbox"/> no guía <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> | | _____ | |
| Observaciones | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VIDA SOCIAL | | ACEPTACIÓN | | PAREJA | | violen. en la pareja | | Amigos/as | | ACTIVIDAD FÍSICA | | COMPUTADORA | | JUEGOS Y REDES VIRTUALES | | OTRAS ACTIVIDADES (incluso grupales) | | Cuál? _____ | |
| <input type="checkbox"/> aceptado <input type="checkbox"/> ignorado | | <input type="checkbox"/> rechazado <input type="checkbox"/> no sabe | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | |
| Observaciones | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HABITOS/ CONSUMOS | | ALIMENTACIÓN ADECUADA | | COMIDAS POR DIA CON FAMILIA | | TABACO | | USO DE COCAÍNA | | Frecuente | | OTRAS SUSTANCIAS | | CONDUCE VEHICULO | | SEGURIDAD VIAL | | Cuál? _____ | |
| <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> no | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | |
| Observaciones | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| GINECO-UROLOGICO | | MENARCA/ESPERMARCA | | FECHA ULTIMA MENSTRUACION | | CICLOS REGULARES | | FLUJO PATOLOGICO/ SECRECION PENEANA | | ITS/VIH | | Tratamiento | | EMBARAZOS | | HIJOS | | ABORTOS | |
| <input type="checkbox"/> años <input type="checkbox"/> meses | | <input type="checkbox"/> años <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/> años | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | |
| Observaciones | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SEXUALIDAD | | RELACIONES SEXUALES | | PAREJA SEXUAL | | EDAD INICIO REL. SEX. | | DIFICULTADES EN REL. SEX. | | ANTICONCEPCION | | Inicio MAC | | Consejería | | AÑO de Emergencia | | Cuál? _____ | |
| <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> hetero <input type="checkbox"/> homo <input type="checkbox"/> ambas | | <input type="checkbox"/> pareja única <input type="checkbox"/> varias parejas <input type="checkbox"/> n/c | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | |
| Observaciones | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SITUACION PSICO-EMOCIONAL | | IMAGEN CORPORAL | | ESTADO DE ANIMO | | REFERENTE ADULTO | | VIDA CON PROYECTO | | REDES SOCIALES DE APOYO | | REFERENTE ADULTO | | Cuál? _____ | | Tel: _____ | | Tel: _____ | |
| <input type="checkbox"/> conforme <input type="checkbox"/> crisis preocupación <input type="checkbox"/> impide relación con demás | | <input type="checkbox"/> retraído <input type="checkbox"/> ideas suicidas <input type="checkbox"/> ansioso/angustiado <input type="checkbox"/> hostil/agresivo | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> muy triste <input type="checkbox"/> y/o muy alegre | | <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> fuera del hogar | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | |
| Observaciones | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EXAMEN FISICO | | PESO (Kg) | | Centil peso/edad | | IMC | | PIEL, FANERAS Y MUCOSA | | CABEZA | | AGUDEZA VISUAL | | AGUDEZA AUDITIVA | | SALUD BUCAL | | CUELLO Y TIROIDES | |
| <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal | |
| Observaciones | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TORAX Y MAMAS | | CARDIO-PULMONAR | | PRESION ARTERIAL | | ABDOMEN | | GENITO-URINARIO | | TANNER | | COLUMNA | | EXTREMIDADES | | NEUROLOGICO | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal | |
| <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal | | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal | |
| Observaciones | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IMPRESION DIAGNOSTICA INTEGRAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INDICACIONES E INTERCONSULTAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Responsable _____ Fecha próxima visita _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Este color significa ALERTA.

HDAESBWA-26/10

