

PORTADA



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD: CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA/ESCUELA: MEDICINA**

**“RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA COMO FACTOR
DESENCADENANTE DEL TRABAJO DE PARTO PRETERMINO
EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS”**

AUTOR: FABIAN ALFREDO FRANCIS ORDOÑEZ

TUTOR: DR. EULOGIO VERA SANCHEZ

Guayaquil, Mayo del 2018



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN			
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA COMO FACTOR DESENCADENANTE DEL TRABAJO DE PARTO PRETERMINO EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS. ESTUDIO RELAIZADO EN EL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL MARIANA DE JESUS EN ENERO DEL 2016 A ENERO DEL 2017.		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	FRANCIS ORDOÑEZ FABIAN ALFREDO		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	DR. VERA SANCHEZ EULOGIO CRISTOBAL		
INSTITUCIÓN:	UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL		
UNIDAD/FACULTAD:	CIENCIAS MEDICAS		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	MEDICINA		
GRADO OBTENIDO:	MEDICO		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	MAYO DEL 2018	No. DE PÁGINAS:	46
ÁREAS TEMÁTICAS:	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS, EMBARAZOS ADOLESCENTES, DIAGNOSTICO, MANEJO, INTERRUPCION DEL EMBARAZO.		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>La Ruptura Prematura de Membranas es la solución de continuidad o pérdida de la integridad de las membranas corioamnióticas que se producen desde las 20 semanas de gestación hasta antes del inicio del trabajo de parto. Es una de las causas de morbilidad materna y se ha relacionado con el 10% de mortalidad perinatal. Esta patología puede afectar a todos los embarazos y conllevar a una serie de complicaciones entre las cuales tenemos: corioamnionitis, infección postparto, desprendimiento de placenta, sepsis neonatal, membrana hialina, sepsis materna, mayor riesgo de compresión del cordón umbilical, entre otros. El embarazo adolescente es un problema que alcanza cada día mayores dimensiones, dentro de las complicaciones que han podido ser identificadas tenemos a la ruptura prematura de membrana, presentándose entre los 10 a 14 años en un 5.3% y entre los 15 y 19 años en un 7.7%. En Europa se calcula del 5 al 9% de los nacimientos son pretérmino, en estados unidos el porcentaje alcanza del 12 al 13%, en América latina según datos obtenidos de hospitales las cifras alcanzan del 11 al 15%, se estima que del 25 al 30% de los partos pretérmino son producto de ruptura prematura de membranas.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0991525734	E-mail: ffrancis_10@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL		
	Teléfono: 0422390311		
	E-mail: http://www.ug.edu.ec		

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR

Guayaquil, 5 de Mayo de 2018

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR

Habiendo sido nombrado **DR. WILLIAM BRITO GUADALUPE** tutor del trabajo de titulación **RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA COMO FACTOR DESENCADENANTE DEL TRABAJO DE PARTO PRETERMINO EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS**, certifico que el presente trabajo de titulación, elaborado por **FRANCIS ORDOÑEZ FABIAN ALFREDO** con C.I. No. 0941223380 con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de **MEDICO**, en la Carrera /Facultad, ha sido **REVISADO Y APROBADO** en todas sus partes, encontrándose apto para su sustentación.



DOCENTE TUTOR REVISOR

DR. WILLIAM BRITO GUADALUPE
CI: 0914652540

Dr. William Brito Guadalupe
ESPECIALISTA EN MEDICINA CRITICA
C.P.S. V. P. Q. J. O. 1677 No. 1846
TEL. 0913 5111111111

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



Universidad de Guayaquil

ANEXO 12

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

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

Yo, **FRANCIS ORDOÑEZ FABIAN ALFREDO** con C.I. No. **0941223380**, certifico que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es **"RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA COMO FACTOR DESENCADENANTE DEL TRABAJO DE PARTO PRETERMINO EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS "** 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.

FRANCIS ORDOÑEZ FABIAN ALFREDO
C.I 0941223380

*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.

CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD



Universidad de Guayaquil

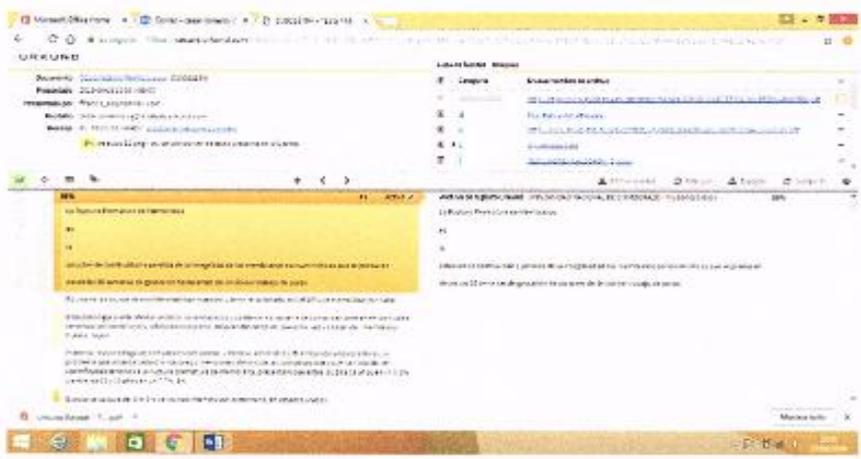
ANEXO 6

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD: CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA/CARRERA: MEDICINA
Unidad de Titulación

CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD

Habiendo sido nombrado **EULOGIO CRISTOBAL VERA SANCHEZ**, tutor del trabajo de titulación certifico que el presente trabajo de titulación ha sido elaborado por **FABIAN ALFREDO FRANCIS ORDOÑEZ CI: 0941223380**, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de **MEDICO**.

Se informa que el trabajo de titulación: **"RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA COMO FACTOR DESENCADENANTE DEL TRABAJO DE PARTO PRETERMINO EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS.**" Ha sido orientado durante todo el periodo de ejecución en el programa antiplagio (indicar el nombre del programa antiplagio empleado) quedando el **3%** de coincidencia.



<https://secure.orkund.com/view/37333377-670647-652009>


DR. EULOGIO CRISTOBAL VERA SANCHEZ
CI: 0905524674.

Dr. Eulogio C. Vera Sanchez
MEDICO FISIOLGO
Reg. No. 3113

CERTIFICADO DEL TUTOR



Universidad de Guayaquil

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

ANEXO4

Guayaquil, 19 DE ABRIL DEL 2018

Sr. Dr. Cecil Flores Balseca, MSc.

DIRECTOR DE LA CARRERA DE MEDICINA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
Ciudad.-

Demis consideraciones:

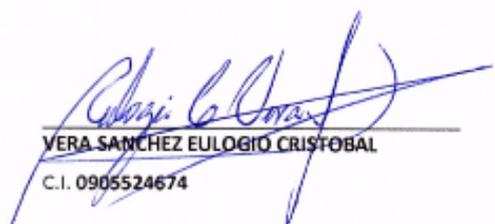
Envío a Ud. el Informe correspondiente a la tutoría realizada al Trabajo de Titulación **RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA COMO FACTOR DE ENCADENANTE DEL TRABAJO DE PARTO PRETERMINO** (título) de (los) estudiante (s) **FRANCIS ORDOÑEZ FABIAN ALFREDO**, indicando ha (n) cumplido con todos los parámetros vigentes:

- El trabajo es el resultado de una investigación.
- El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.
- El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.
- El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se adjunta el certificado de porcentajes de similitud y la valoración del trabajo de titulación con la respectiva calificación.

Dando por concluida esta tutoría de trabajo de titulación, **CERTIFICO**, para los fines pertinentes, que el (los) estudiante(s) está(n) apto(s) para continuar con el proceso de revisión final.

Atentamente,


VERA SANCHEZ EULOGIO CRISTOBAL

C.I. 0905524674

DEDICATORIA

Esta tesis la dedico al creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado, por ello, con toda la humildad que de mi corazón puede emanar, dedico primeramente mi trabajo a Dios.

Dedico esta tesis a mis padres que han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles.

A mi familia en general y a todas esas personas que me han brindado su apoyo incondicional para alcanzar mi meta y han compartido conmigo buenos y malos momentos.

Le agradezco a mi querida universidad de Guayaquil, y mis maestros por sus esfuerzos para que finalmente pudiera graduarme como un profesional.

AGRADECIMIENTO

Gracias de corazón a mi tutor el Dr. Eulogio vera Sánchez por su dedicación, motivación, criterio y aliento. Ha sido un privilegio poder contar con su guía y ayuda.

A mis padres, por haberme proporcionado la mejor educación y lecciones de vida.

A mi padre, por haberme enseñado que, con esfuerzo y trabajo duro, todo se consigue, todo lo que uno obtiene es a través de tus propios méritos.

A mi madre, por ser esa guía a lo largo de mi carrera, por cada palabra de aliento cuando estaba a punto de abandonar, por siempre estar ahí en todo momento y apoyándome en cada decisión.

A mis hermanos, Diego y Kleinton por que formaron también parte de su formación y conté con su ayuda en los momentos que lo necesité.

A mí querida Guardia 4 del HAGP por su calidez, confianza y amistad que compartirnos a lo largo del internado y que estuvieron ahí en todo momento dándome su apoyo incondicional.

Muchas gracias a aquellos seres queridos que ya no están presentes en este mundo, pero sé que están orgullosos por donde llegue y sé que si estuvieran aquí seguiría contado con su apoyo, siempre lo llevo en mi corazón y los aguardo en mi alma.

TABLA DE CONTENIDO

PORTADA.....	I
REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA.....	II
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR	III
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y DE AUTORIZACIÓN DE LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS.....	IV
.....	IV
CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD.....	V
CERTIFICADO DEL TUTOR	VI
DEDICATORIA.....	VII
AGRADECIMIENTO	VIII
TABLA DE CONTENIDO.....	IX
Resumen	XIII
Abstract.....	XIV
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I.....	3
EL PROBLEMA.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
FORMULACION DEL PROBLEMA.....	3
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	4
Objetivo general.....	4
Objetivos específicos	4
JUSTIFICACION	4
DELIMITACION DEL PROBLEMA.....	5
VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACION	5
HIPOTESIS DE LA INVESTIGACION	5
CAPITULO II.....	6
MARCO TEORICO.....	6
ETIOLOGIA.....	7
Corioamnionitis.....	7
Prolapso del cordón.....	8
Muerte Fetal	8
FACTORES DE RIESGO	8

Factores de riesgo socioculturales	9
Factores de riesgo obstétrico-culturales	9
PATOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA.....	9
Infección.....	10
Fuentes diagnosticas en la ruptura prematura de membranas	10
MANEJO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	12
Embarazo pretérmino con ruptura prematura de membrana	12
RPM en gestaciones de 24 - 33.6 semanas de gestación	13
RPM en gestaciones desde las 34 – 36.6 semanas de gestación.....	14
<i>CAPITULO III.....</i>	<i>15</i>
MARCO METODOLOGICO	15
METODOLOGIA.....	15
Diseño de la investigación.....	15
Tipo y método de investigación.....	15
CATEGORIZACION DE ZONA DE TRABAJO	15
UNIVERSO Y MUESTRA	15
Universo	15
Muestra	15
Criterios de inclusión.....	16
Criterios de exclusión.....	16
Viabilidad.....	16
VARIABLES DE INVESTIGACION	17
RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS	18
Recursos Humanos.....	18
Recursos Físicos	18
TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	18
ANALISIS ESTADISTICOS.....	18
ASPECTOS BIOETICOS.....	18
<i>CAPITULO IV</i>	<i>19</i>
RESULTADOS Y DISCUSION.....	19
RESULTADOS	19
DISCUSION	24
<i>CAPITULO V</i>	<i>27</i>
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	27
CONCLUSIONES.....	27
RECOMENDACIONES	28

CAPITULO VI	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
Bibliografía	29

INDICE DE TABLAS

Tabla 1	19
Tabla 2	20
Tabla 3	21
Tabla 4	22
Tabla 5	23

INDICE DE GRAFICOS

Figura 1	19
Figura 2	20
Figura 3	21
Figura 4	22
Figura 5	23

“RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA COMO FACTOR DESENCADENANTE DEL TRABAJO DE PARTO PRETERMINO EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS”

Autor: FRANCIS ORDOÑEZ FABIAN ALFREDO

Tutor: VERA SANCHEZ EULOGIO

Resumen

La Ruptura Prematura de Membranas es la solución de continuidad o pérdida de la integridad de las membranas corioamnióticas que se producen desde las 20 semanas de gestación hasta antes del inicio del trabajo de parto. Es una de las causas de morbilidad materna y se ha relacionado con el 10% de mortalidad perinatal. Esta patología puede afectar a todos los embarazos y conllevar a una serie de complicaciones entre las cuales tenemos: corioamnionitis, infección postparto, desprendimiento de placenta, sepsis neonatal, membrana hialina, sepsis materna, mayor riesgo de compresión del cordón umbilical, entre otros. El embarazo adolescente es un problema que alcanza cada día mayores dimensiones, dentro de las complicaciones que han podido ser identificadas tenemos a la ruptura prematura de membrana, presentándose entre los 10 a 14 años en un 5.3% y entre los 15 y 19 años en un 7.7%. En Europa se calcula del 5 al 9% de los nacimientos son pretérmino, en estados unidos el porcentaje alcanza del 12 al 13%, en América latina según datos obtenidos de hospitales las cifras alcanzan del 11 al 15%, se estima que del 25 al 30% de los partos pretérmino son producto de ruptura prematura de membranas.

Palabras Clave: Ruptura prematura de membrana, embarazo adolescente, diagnostico, manejo, interrupción del embarazo.

"Premature rupture of the membrane as a trigger for labor preterm in pregnant adolescents"

Author: FRANCIS ORDOÑEZ FABIAN ALFREDO

Advisor: VERA SANCHEZ EULOGIO

Abstract

The premature rupture of membranes is the solution of continuity or loss of the integrity of the corioamnióticas membranes that occur from the 20 weeks of gestation until before the beginning of the labor. It is one of the causes of maternal morbidity and mortality and has been related to 10% perinatal mortality. This pathology can affect all pregnancies and lead to a number of complications among which we have: chorioamnionitis, postpartum infection, placental detachment, neonatal sepsis, hyaline membrane, maternal sepsis, increased risk of compression of the umbilical cord, among others. Adolescent pregnancy is a problem that reaches every day greater dimensions, within the complications that have been identified us has the premature rupture of membrane, occurring between 10 to 14 years in 5.3% and between 15 and 19 years in 7.7%. In Europe, 5 to 9% of births are preterm, in the United States the percentage reaches from 12 to 13%, in Latin America according to data obtained from hospitals the figures reach from 11 to 15%, it is estimated that from 25 to 30% of the preterm births are product of premature rupture of membranes.

Keyword: Premature rupture of membranes, adolescent pregnancy, diagnosis, management, termination of pregnancy

INTRODUCCION

(32) "Se entiende por Ruptura Prematura de Membranas (RPM), a la pérdida de la continuidad de las membranas amnióticas con salida de líquido amniótico transvaginal que se presenta antes del inicio o trabajo de parto activo; en donde podemos encontrar tres variantes, cuando ocurre a término, cuando ocurre pretermo menor a las 37 semanas y cuando se prolonga el cual significa Ruptura por 24 horas o más, el cual puede combinarse esta última con cualquiera de las anteriores (Rodríguez-Villoria, Cadena, & Zeppenfeldt, 2010; Vallejo Barón, 2013). La mayoría de las Ruptura Prematura de Membranas (RPM) son a término y el parto puede desencadenar en condiciones cervicales desfavorables de forma espontánea en las siguientes 24 - 48 horas el cual equivale entre el 60% y 95%, poco frecuente es la RPMP que se complican en un 2 – 4% de todas las gestaciones únicas, y las gestaciones gemelares representan un 30% de los partos Pretérminos" (ICGON; López-Osma & Ordoñez-Sánchez).

(33) "Estudios epidemiológicos y clínicos han identificado una serie de factores que incrementan el riesgo de RPM. Estos incluyen: infecciones del tracto reproductivo materno tales como (vaginitis bacteriana, por tricomonas, gonorrea, clamidia y corioamnioitis oculta); conductuales como (tabaquismo, abuso de sustancias, estado nutricional y relaciones sexuales) complicaciones obstétricas como (embarazo múltiple, poli hidramnios, incompetencia ístmico cervical, cauterizaciones, hemorragias durante el embarazo, trauma durante el embarazo cambios ambientales como (presión barométrica). Muchos de estos factores incrementan el riesgo de RPM como resultado de membranas estrechas o degradación, inflamación local o mayor susceptibilidad a infección ascendente, en la mayoría de los casos la causa exacta de la RPM es desconocida" (Calderón Guillén, Vega Malagón, Velásquez Tlapanco, Morales Carrera, & Vega Malagón, 2004; Castillo & Norori Escobar, 2015; Fabián Velásquez, 2009; Morgan Ortiz et al., 2008; Nodarse Bernal, Morales González, Albiza Sotomayor, & Ordanza Carballo, 2012; Ochoa & Pérez Dettoma, 2009; Ortiz, Rebolledo, & Alvarado, 1999).

(34) "La incidencia de RPM tiene un aproximado del 10% después de la semana 37 de gestación y entre un 2 y 3.5% antes de la semana 37. Se observa una mayor tasa de morbimortalidad materno-fetal encontrando complicaciones como: infecciones, prematuridad, afecciones respiratorias, neurológicas y óbito fetal" (Castañeda Barberán, Martín Díaz, Estévez Reinó, Álvarez Toste, & Salvador Álvarez,).

(35) "Los recién nacidos que nacen antes de la semana 25 de gestación y que presentan RPM acompañado de oligohidramnios tienen una tasa de mortalidad entre el 70% y el 95% los cuales pueden presentar hipoplasia pulmonar, complicaciones serias que ocurre entre el 16% y el 28% de los recién nacidos" (IMSS; Rodríguez-Villoria, et al; Vallejo Barón).

CAPITULO I

EL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Ruptura Prematura de Membranas es la solución de continuidad o pérdida de la integridad de las membranas corioamnióticas que se producen desde las 20 semanas de gestación hasta antes del inicio del trabajo de parto.

Es una de las causas de morbilidad materna y se ha relacionado con el 10% de mortalidad perinatal.

Esta patología puede afectar a todos los embarazos y conllevar a una serie de complicaciones entre las cuales tenemos: corioamnionitis, infección postparto, desprendimiento de placenta, sepsis neonatal, membrana hialina, sepsis materna, mayor riesgo de compresión del cordón umbilical, entre otros.

El embarazo adolescente es un problema que alcanza cada día mayores dimensiones, dentro de las complicaciones que han podido ser identificadas tenemos a la ruptura prematura de membrana, presentándose entre los 10 a 14 años en un 5.3% y entre los 15 y 19 años en un 7.7%.

En Europa se calcula del 5 al 9% de los nacimientos son pretérmino, en estados unidos el porcentaje alcanza del 12 al 13%, en América latina según datos obtenidos de hospitales las cifras alcanzan del 11 al 15%, se estima que del 25 al 30% de los partos pretérmino son producto de ruptura prematura de membranas.

FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de la ruptura prematura de membrana en las adolescentes embarazadas que acudieron a la emergencia del hospital Mariana de Jesús en enero del 2016 a enero del 2017?

¿Cómo influye la ruptura prematura de membranas en los embarazos adolescentes?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

Objetivo general

- Identificar oportunamente una ruptura prematura de membranas para su manejo y poder evitar complicaciones que pongan en riesgo la vida de la madre y del producto.

Objetivos específicos

- Categorizar la ruptura prematura de membranas de acuerdo a la edad gestacional de presentación.
- Organizar un esquema profiláctico y terapéutico para el correcto manejo de una ruptura prematura de membranas.
- Identificar pacientes con riesgo de ruptura prematura de membrana y referir al nivel de atención de salud adecuado.

JUSTIFICACION

La Ruptura Prematura de Membranas es una de las patologías médico obstétricas que se presenta con mucha frecuencia en los embarazos adolescentes, poniendo en riesgo no solo la vida de la madre si no también la del producto.

Siendo una patología de gran incidencia según los estudios realizados sobre todo en los embarazos adolescentes conlleva a una serie de complicaciones como corioamnionitis, sepsis neonatal, sepsis materna entre otras.

El presente estudio se centra en la adolescente ya que al no estar biológicamente preparada es más susceptible de contraer patologías que ponen en riesgo su vida y la de su bebe.

La OMS establece como adolescencia el periodo comprendido entre los 10 y los 19 años, en la actualidad es un problema biomédico, que consigo lleva una alta tasa de mortalidad y morbilidad, materna, perinatal y neonatal.

Existen factores de riesgo que se han podido identificar que pueden influir en los embarazos adolescentes como la falta de conocimiento sobre sexualidad y uso de los métodos anticonceptivos.

A pesar de ser una patología frecuente existe, mucha controversia en cuanto a su manejo el objetivo de este trabajo es identificar oportunamente

esta patología indiferentemente de la edad de presentación pero haciendo más énfasis en los embarazos pretérmino por su incidencia.

DELIMITACION DEL PROBLEMA

Naturaleza o línea de investigación: Obstrucción de la labor de parto

Área: Materna (Ginecología y Obstetricia)

Campo de acción: Hospital Mariana de Jesús

Período: Enero del 2016 a Enero del 2017

PROPÓSITO DEL ESTUDIO: Determinar la prevalencia de la ruptura prematura de membrana en adolescentes embarazadas que acuden a la emergencia del Hospital Mariana de Jesús en enero del 2016 a enero del 2017.

VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACION

- **Variable dependiente:** Embarazos Adolescentes
- **Variable independiente:** Ruptura Prematura de Membranas

HIPOTESIS DE LA INVESTIGACION

Ruptura prematura membrana como factor desencadenante del trabajo de parto pretérmino en adolescentes embarazadas que acuden a la emergencia del hospital Mariana de Jesús en Enero del 2016 a Enero del 2017.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

Virgil de García y colaboradores(1),” determinan que de cada 7 nacimientos uno es prematuro en américa latina es considerada la principal causa de ruptura prematura de membrana. Una vez confirmada, se está frente a una complicación obstétrica que se debe manejar con tratamiento específico. La edad gestacional, la capacidad de resolución que tenga el nivel de salud donde se esté valorando a la paciente, la utilización de los métodos de manejo empleados en el ministerio de salud pública como el uso de corticoides, antibióticos y surfactantes son factores que determinaran un buen pronóstico”. Sánchez y colaboradores(2), “por medio de un estudio descriptivo y retrospectivo investigo la mortalidad y morbilidad neonatal en pacientes con ruptura prematura de membrana, por lo que necesito de la colaboración de 45 gestantes con ruptura prematura de membrana pretérmino entre 28 y 32, 6 semanas de gestación en el hospital donde realizo su investigación desde enero del 2006 a diciembre del 2008. Encontrándose con patologías como: síndrome de distress respiratorio, enfermedad de la membrana hialina y peso por debajo de los 1.500 gr, se concluyó que la enfermedad de la membrana hialina predomina en la terapia con esteroides por más de 8 días, los pacientes de mayor riesgo fueron los neonatos de bajo peso”.

Prieto y colaboradores (3), “mediante un estudio descriptivo determino la relación del bajo peso al nacer con la sepsis neonatal, donde tuvo un universo de 1151 nacidos vivo en determinado tiempo, de los cuales 55 nacieron con un peso mayor a 2500gr. Indiferente de la edad gestacional, este estudio se asocia que en el algún momento del embarazo tuvieron sepsis vaginal, se concluye que más de la mitad de las gestantes que tuvieron sepsis vaginal, presentaron ruptura prematura de membranas”.

(4)”Ruptura de Membranas Pretérmino se presenta antes de las 37 semanas de gestación en la cual se las clasifica en: Viable menor de 23 semanas de gestación; Remota del Término que comprende de las 24 a las 32 semanas y Cercana al término desde las 33 hasta las 36 semanas de gestación. La causa de la RPM Pretérmino es multifactorial pero en algunas mujeres pueden tener

múltiples causas y factores asociados” (Vallejo Barón; Vargas Arias & Vargas Román).

ETIOLOGIA

Corioamnionitis

(5)“La corioamnionitis es más común en embarazo con ruptura prematura de membrana en el segundo trimestre en la que en los embarazo sin RPMPT entrega una edad similares en los embarazo sin ruptura prematura sin ruptura de membrana que ocurre más tarde de la gestación. La corioamnionitis complica del 8 al 77 % del segundo trimestre de la ruptura prematura de membrana con un promedio del 30-50%” (Waters & Mercer).

(6)“La corioamnionitis puede ser una causa o una consecuencia de RPM debido a la infección de las membranas intactas debilitadas facilitando de este modo la ruptura ,puede ser una secuela de ruptura de membranas, ruptura prematura de membranas son menos eficaces como una barrera a la migración transcervical de la flora cérvicovaginal” (Vargas Arias & Vargas Román).

(7)“El riesgo de corioamnionitis con lleva al desarrollo del volumen bajo de líquido amniótico, puede conducir a sepsis materna, pero este es inusual con la intervención apropiada. El desprendimiento de la placenta es más común en los embarazo con ruptura prematura de membrana en el segundo trimestre de la que en población general obstétrica del 2 al 44% versus 0.4 al1.3%el riesgo de desprendimiento se correlaciona inversamente con la edad gestacional a la ruptura” (Waters & Mercer).

(8) (9)“Los agentes causantes con mayor frecuencia para que se produzca Amnionitis son aquellos que ascienden desde la vagina como son: los estreptococos B y D y microorganismos anaerobios”. Se podrá determinar que los signos de infección más confiables son (Rodríguez-Trujillo et al; Vargas Arias & Vargas Román):

- Fiebre se deberá constatar cada 4 horas
- Leucocitosis materna: se deberá realizar todos los días la cuenta de leucocitos y cuenta diferencial de los mismos. Si se presenta cualquier anomalía, este análisis se podrá realizar con mayor frecuencia.
- Hipersensibilidad Uterina: esta se debe realizar cada 4 horas.

- Taquicardia: es causa de preocupación si el pulso materno es > 100 latidos por minutos o la frecuencia cardiaca fetal (FCF) es >160 latidos por minutos.
- Mal olor del líquido Amniótico.

(10) “La Corioamnionitis como la elevación de la temperatura de $38\text{ }^{\circ}\text{C}$ y usualmente con dos de los siguientes signos, distensión intrauterina, flujo vaginal débil, aumento en el recuento de leucocitos, taquicardia materna o fetal. El recuento de leucocitos es un estándar clínico de infección sistémica grave pero en una prueba inespecífica. Mientras que la PCR tiene una sensibilidad del 85 al 91% y un valor predictivo positivo entre 86 -94% con la presencia de histopatología de Corioamnionitis” (Ochoa & Pérez Dettoma; Ortiz, et al).

(11) “La VSG es una prueba inespecífica que aumenta en cualquier infección o enfermedad autoinmune además por estado del embarazo aumenta su concentración” (Rodríguez Villoria, et al; Vargas Arias & Vargas Román).

Prolapso del cordón

(12) “Hay riesgo de prolapso de cordón en el manejo expectante de los paciente con ruptura prematura de membrana, este riesgo se debe considerar al seguimiento de estos embarazo” (Waters & Mercer).

Muerte Fetal

(13) “La incidencia de muerte fetal en la ruptura de membrana en el segundo trimestre varia ampliamente, se calcula un riesgo promedio de 8.9% entre 1439 embarazo descrito en 18 estudios (Sánchez Ramírez, et al). El riesgo de muerte está relacionado inversamente con la edad gestacional en la RPM. En el segundo trimestre es causada generalmente por desprendimiento, prolapso de cordón e infecciones, el uso de cesárea de emergencia para evitar la muerte fetal” (Tita & Andrews)

FACTORES DE RIESGO

(14) “Estudios epidemiológicos y clínicos internacionales identificaron un sin número de factores que incrementan el riesgo de Ruptura Prematura de

Membranas” entre las cuales tenemos (Calderón Guillén, et al; Castillo & Norori Escobar; Fabián Velásquez; Flores Mamani; Infantes Marcel; Laguna Ballarta; Morgan Ortiz, et al; Nodarse Bernal, et al; Vallejo Barón):

- Infecciones del tracto vaginal (vaginitis bacteriana, tricomonas, gonorrea, clamidia y corioamnioitis oculta)
- Conductuales (tabaquismo, abuso de sustancias, estado nutricional y relaciones sexuales)
- Complicaciones obstétricas (embarazo múltiple, poli-hidramnios, incompetencias ístmico cervical, hemorragia durante el embarazo trauma durante el embarazo)
- Cambios ambientales (presión barométrica).

Factores de riesgo socioculturales

(15) “Factores socioculturales son procesos o fenómenos relacionados con aspectos culturales y sociales de una población o comunidad. En otras palabras hace referencia a una realidad construida por el hombre que tiene que ver cómo interactúan las personas entre sí, con el medio y con otras sociedades. Dentro de estos factores tenemos el consumo de sustancias (drogas, tabaco y alcohol), el practicar creencias o costumbres propias de su cultura (ingesta de infusiones, vaporizaciones vaginales, medicina tradicional, entre otras” (Morgan Ortiz, et al; Nodarse Bernal, et al; Peacock, Bland, & Anderson).

Factores de riesgo obstétrico-culturales

(16) “Son todas aquellas características o circunstancias detectables en una mujer embarazada que se encuentran influidas de forma directa o indirecta por la sociedad”. Por ejemplo el número de hijos y el cumplir o no con los controles prenatales sugeridos por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

PATOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA

(17) “Considerando que la RPM es causa importante del trabajo de parto prematuro, prolapso del cordón e infección intrauterina, podemos considerar a la amnionitis como causa principal de endometriitis y sepsis puerperal.

Cuando la Ruptura Prematura de Membranas es extremadamente prolongada, el aspecto del feto se lo observa semejante al síndrome de Potter el cual es tener la piel muy arrugada y una flexión extraordinaria. Si nos encontramos con una RPM antes de las 26 semanas de gestación esta complicación nos podría traer una hipoplasia pulmonar y defectos en la posición de las extremidades del Recién Nacido” (ACOG; MSP; Vallejo Barón).

Infección

En la infección encontramos varios pasos que los microorganismos cumplen para llegar a la RPM, entre ellos tenemos:

(18)1. “Infección cérvico vaginal que es causada por agentes que han sido encontrados posteriormente en el líquido amniótico (*Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Cándida albicans*, *Streptococcus grupo B anaerobios*, *Staphylococcus aureus*, *Herpes simple*) que ascienden a la cavidad amniótica por diferentes vías”, como (ICGON; Rodríguez-Trujillo, et al; Vargas Arias & Vargas Román):

- Ascendente que implica desde el cérvix o vagina
- Diseminación hematológica a través de la placenta.
- retrograda que va desde el peritoneo por las trompas.
- Introducción accidental que se produce por procedimientos quirúrgicos

(19) 2. “Los microorganismos provocan el aumento de los macrófagos los cuales liberan mediadores como la citoquinas; activando una respuesta inflamatoria. En el cual estos componentes pueden verificarse en: sangre, secreciones vaginales y líquido amniótico” (ICGO; Rodríguez-Trujillo, et al; Vargas Arias & Vargas Román).

(20) 3. “La presencia de marcadores endógenos en la inflamación estimulan la síntesis de la prostaglandina y se evidencia la actividad de colagenasa y elastasa, la presencia de estos factores influye en la sensibilidad del útero” (ICGO; Rodríguez-Trujillo, et al; Vargas Arias & Vargas Román)

Fuentes diagnosticas en la ruptura prematura de membranas

(21) "El diagnóstico se basa en la constatación de la salida de líquido amniótico. En un 80 – 90% es evidenciable al colocar un especulo, tras realizar maniobras de valsalva. En un 10 – 20% de los casos aparecen dudas en el diagnóstico" ya sea por (IMSS; MSP):

- La pérdida de líquido es intermitente.
- No se evidencia hidrorrea en la vagina durante la exploración física.
- Existe contaminación por secreciones cervicales, semen sangre y orina.

En caso de no objetivarse hidrorrea franca se optará por realizar las siguientes pruebas diagnósticas:

- **Comprobación del pH vaginal** (normal pH 3.4 – 5.5) es un test colorimétrico. El líquido amniótico es alcalino (pH > a 6.5). presenta falsos positivos (semen, orina, sangre, vaginosis bacteriana) y falsos negativos (candidiasis)
- **Ecografía Fetal:** evidencia de oligoamnios no existente previamente. Tiene una escasa sensibilidad y especificidad.

Ambas pruebas son poco específicas y no concluyentes por lo que en casos seleccionados en los que persiste la duda diagnóstica se recurrirá:

- (22) "**Pruebas bioquímicas:** Insulin-like growth factor binding protein-1 (IGFBP-1) Test de Amnioquick. Es una proteína sintetizada en el hígado fetal y en la decidua. Está presente en el líquido amniótico a grandes concentraciones siendo su concentración mínima en sangre materna. Su sensibilidad varía del 74 – 100% y su especificidad del 77 – 98%" (ICGON)
- (23) "**Amnisure (placental alpha microglobulin-1) PAMG-1:** Es una proteína que se sintetiza en la decidua. La concentración en el líquido amniótico es de 100 – 1000 veces superior a la que se presenta en la sangre materna. Está ausente en muestras biológicas como el semen u orina. Presenta una sensibilidad cercana al 99% y una especificidad que varía del 88 – 100%" (ICGON).
- (24) "**Amniocentesis Diagnóstica:** En casos muy seleccionados, el diagnóstico definitivo puede realizarse instilando fluoresceína en la cavidad amniótica mediante amniocentesis. La detección de

fluoresceína en vagina a los 30-60 minutos confirma el diagnóstico de RPM, pasado este tiempo pierde especificidad” (ICGON).

MANEJO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

(25) “Al ingresar una paciente con RPM, en cualquier semana de la gestación hay que comprobar el diagnóstico, de acuerdo a lo expuesto por la paciente; luego descartar la existencia de signos de infección o de sufrimiento fetal, para esto, a más de tomar en cuenta las constantes maternas (presión arterial, pulso y temperatura) sobre todo en los casos de embarazos Pretérmino, habría que tomar una muestra de endocervix para cultivo, e inmediatamente realizar un Hemograma y una determinación de PCR. Una vez completada la exploración básica de la gestante con las maniobras de Leopold y la auscultación fetal y un NST el cual si fuese reactivo se descartaría el riesgo de bienestar fetal y uno de los signos fetales de la infección intraamniótica subclínica. Luego de esto realizar una ecografía para comprobar el tamaño fetal y la edad gestacional, la cantidad de líquido amniótico Residual y descartar así la presencia de malformaciones” (ACOG,; ICGON; IMSS; MSP).

(26) “Manejar la Ruptura de Membranas Pretérmino presenta un reto más complicado, inicialmente debería confirmarse el diagnóstico, verificar la edad gestacional y el bienestar fetal, además de decidir la vía del parto (la cual depende a su vez de la edad gestacional, la presentación fetal y la exploración cervical). Contraindicaciones absolutas incluyen corioamnionitis, monitoreo fetal, no tranquilizador y el inicio de la labor de parto” (ACOG; ICGON; IMSS; MSP).

Embarazo pretérmino con ruptura prematura de membrana

(27) “El tratamiento para las pacientes con RPM pre término es muy parecido al del a los de una paciente con trabajo de parto prematuro con la diferencia que hay mayor riesgo de amnionitis en caso de RPM pretérmino. En los pasos a considerar para el adecuado tratamiento tenemos” (ICGON; MSP):

- Descartar la edad gestacional en lo posible a través de la ecografía del 1er trimestre.
- Descartar la presencia de otros factores mediante la anamnesis y la exploración.
- En estas pacientes evitar los tactos vaginales solo que haya dinámica uterina que requiera de valoración del estado obstétrico, pero esta valoración se hará a través de: especulo, pruebas complementarias (hemograma, PCR, pruebas de coagulación) NST para valorar bienestar fetal y descartar dinámica uterina, ecografía fetal básica, antibioterapia se deberá iniciar profiláctica de amplio espectro hasta que los resultados de los cultivos o por un lapso de 5 días con ampicilina 1g cada 6 horas IV mas Gentamicina 80mg cada 8 horas IV. Si la paciente ya iniciado con tratamiento en otra unidad de salud continuar con el mismo siempre y cuando la cobertura sea equivalente.

(28) "Finalizar la gestación si se presenta un cuadro de corioamnioitis clínica o disminución del bienestar fetal independientemente de la edad gestacional, si hay ausencia de complicaciones se debe particularizar el manejo clínico de las pacientes en función de la edad gestacional tomando en cuenta el riesgo para la madre el feto y las complicaciones neonatales que se puedan presentar producto de un parto pre término" (ICGON).

RPM en gestaciones de 24 - 33.6 semanas de gestación

(29) "En las pacientes con estas complicación se debe realizar el ingreso hospitalario, pruebas complementarias como el Hemograma; PCR; NST; ecografía fetal; Urocultivo para descartar bacteriuria asintomática; cultivo vagina-rectal SGB si la paciente no se ha realizado en las cinco semanas anteriores; cultivos endocervical siempre y cuando la paciente presente síntomas de vaginitis sospecha de vaginosis bacteriana o en caso de que la RPM se presente en pacientes con cerclaje cervical, amniocentesis diagnostica que es la principal complicación materno en la RPM pre termino; el Hemograma y el PCR se debe realizar durante los 3 primeros días y su análisis será diario y si no hay cambios clínicos el análisis será semanal; el estudio del bienestar fetal será durante la hospitalización si estabilidad clínica es: si NST

es correcto este puede realizarse cada 24 – 48 horas; y la ecografía fetal será cada semana” (MSP; Vargas Arias & Vargas Román).

(30)”Si la gestación se prolonga se realizara una valoración con todo el equipo médico con la finalidad de repetir una nueva amniocentesis para valorar si hubo negativización tras tratamiento dirigido. Si no es posible realizar una nueva amniocentesis se mantendrá la antibioterapia profiláctica de amplio espectro por 5 días.³ Cortico terapia con Betametazona 12mg IM y repetir las dosis luego de 24 horas entre las semanas 24 a 34,6 de gestación. La utilización de dosis repetidas de corticoide es restrictiva en RPM pre termino debido al incremento de morbilidad de origen infeccioso. La dosis solo se podrá repetir únicamente frente a la desestabilización del cuadro clínico que requiera finalización 18 de la gestación o si se comprueba que hay inmadurez pulmonar fetal” (ICGON; MSP; Rodríguez-Villoria, et al).

RPM en gestaciones desde las 34 – 36.6 semanas de gestación

(31)”En la atención con este tipo de paciente se debe considerar: ingreso Hospitalario inmediato, Cortico terapia de acuerdo con el protocolo de maduración pulmonar se debe realizar la maduración, Tocolisis no está indicada y finalización de la gestación dependiendo de la edad gestacional de 35 – 37 semana finalizar a la mañana siguiente o más de las 12 horas en función de la hora de la amniorrexis superar las 24 horas igual que la RPM a término; y en las 34 – 34.6 semanas finalizar el embarazo a la mañana siguiente de la última dosis de corticoides” (MSP; Rodríguez-Trujillo, et al).

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

METODOLOGIA

El presente estudio es de enfoque cuantitativo ya que se busca determinar la prevalencia de la ruptura prematura de membrana en los embarazos adolescentes así como su influencia puede ocasionar una serie de complicaciones que comprometan la vida tanto de la madre como del producto.

Diseño de la investigación

- Epidemiológico

Tipo y método de investigación

- Observacional
- Retrospectivo
- Transversal
- Descriptivo

CATEGORIZACION DE ZONA DE TRABAJO

El presente trabajo de investigación se efectuara en el Hospital Mariana de Jesús ubicado en el país Ecuador, Provincia del Guayas, Cantón: Guayaquil, Parroquia Febres cordero, Dirección: la 27 y Rosendo avilés.

UNIVERSO Y MUESTRA

Universo

Todas las Adolescentes embarazadas de entre 24 – 36 semanas de gestación con ruptura prematura de membrana la cual desencadenó el trabajo de parto pretérmino, acudiendo a la emergencia del hospital Mariana de Jesús en Enero del 2016 a Enero del 2017.

Muestra

Se incluyen a las adolescentes embarazadas de entre 24 – 36 semanas de gestación con diagnóstico de ruptura prematura de membrana, la cual

desencadenó el trabajo pretérmino, que acudieron a la emergencia del hospital Mariana de Jesús en enero del 2016 a enero del 2017 , para el presente estudio se utilizó una muestra de alrededor 110 pacientes.

Criterios de inclusión

Todas las Adolescentes embarazadas de entre 24 – 36 semanas de gestación con ruptura prematura de membrana la cual desencadenó el trabajo de parto pretérmino, acudiendo a la emergencia del hospital Mariana de Jesús en Enero del 2016 a Enero del 2017.

Criterios de exclusión

Aquellos embarazos adolescentes que no han sido diagnosticados con ruptura prematura de membrana.

Viabilidad

Este trabajo es viable por cuanto es de interés en el área de salud y existen las autorizaciones correspondientes para su ejecución. Además, cuenta con el respaldo de la Universidad de Guayaquil y cooperación de autoridades del hospital de Mariana de Jesús para poder realizar esta investigación en la institución y contribución académica del Dr. Tutor de tesis.

VARIABLES DE INVESTIGACION

variable	definición	indicadore s	Escala valorativ a	Tipo de variable	Fuent e
Variable independiente Ruptura prematura de membrana	Es la solución de continuidad o pérdida de la integridad de las membranas corioamnióticas que se producen desde las 20 semanas de gestación hasta antes del inicio de del trabajo parto.	Edad Gestacional	<24 sem 24-36 sem >36 sem	Cuantitativa	Histori a clínica
Variable dependiente Embarazos adolescentes	El embarazo adolescente o embarazo precoz se produce cuando ni su cuerpo ni su mente están preparados para ello; entre la adolescencia	Edad Materna	10-14 años 15-19 años	Cuantitativa	Histori a clínica

	inicial o pubertad – comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia				
--	---	--	--	--	--

RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS

Recursos Humanos

- Interno de Medicina
- Tutor

Recursos Físicos

- Computadora
- Papel bond
- Bolígrafos
- Datos estadísticos

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para el presente estudio los instrumentos a utilizarse serán los expedientes clínicos de las pacientes.

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Se realizaron los estudios estadísticos mediante el empleo de tablas de frecuencia y porcentaje.

ASPECTOS BIOÉTICOS

La recolección de datos se obtuvo por fuentes secundarias para lo cual se emitió un oficio dirigido a la dirección del hospital Mariana de Jesús para la facilitación de los datos por medio de historias clínicas y su posterior análisis, guardando la confidencialidad e integridad de las pacientes en estudio.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

RESULTADOS

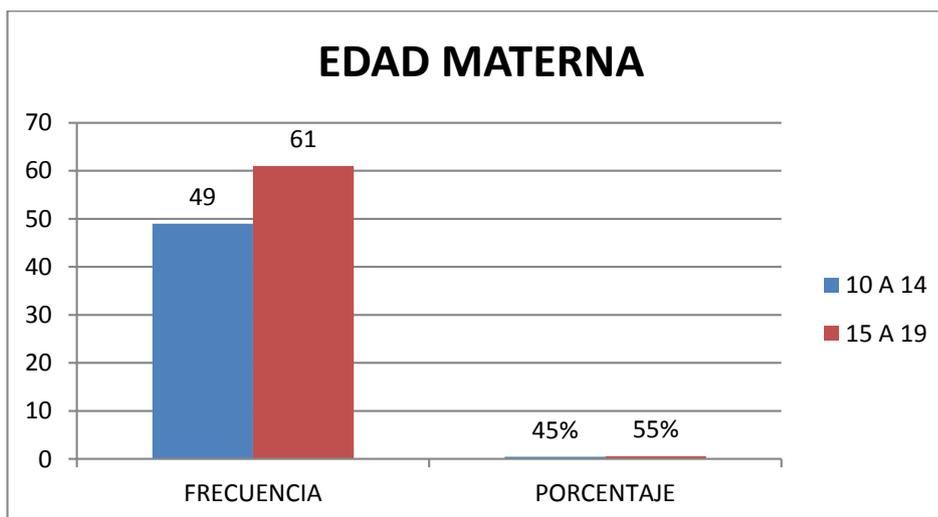
Se realizó el estudio con un total de 110 pacientes las cuales cumplían los criterios de inclusión antes mencionados, la información fue obtenida de las historias clínicas de las pacientes. Con la información obtenida se pudo realizar las tabulaciones y representaciones graficas pertinentes, cuyos resultados encajan con la hipótesis y objetivos antes propuestos.

Tabla 1

Distribución de las 110 pacientes, representa la edad materna con diagnóstico de ruptura prematura de membrana en el hospital Mariana de Jesús en Enero del 2016 a Enero del 2017.

EDAD MATERNA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
10 A 14	49	45%
15 A 19	61	55%
TOTAL	110	100%

Figura 1

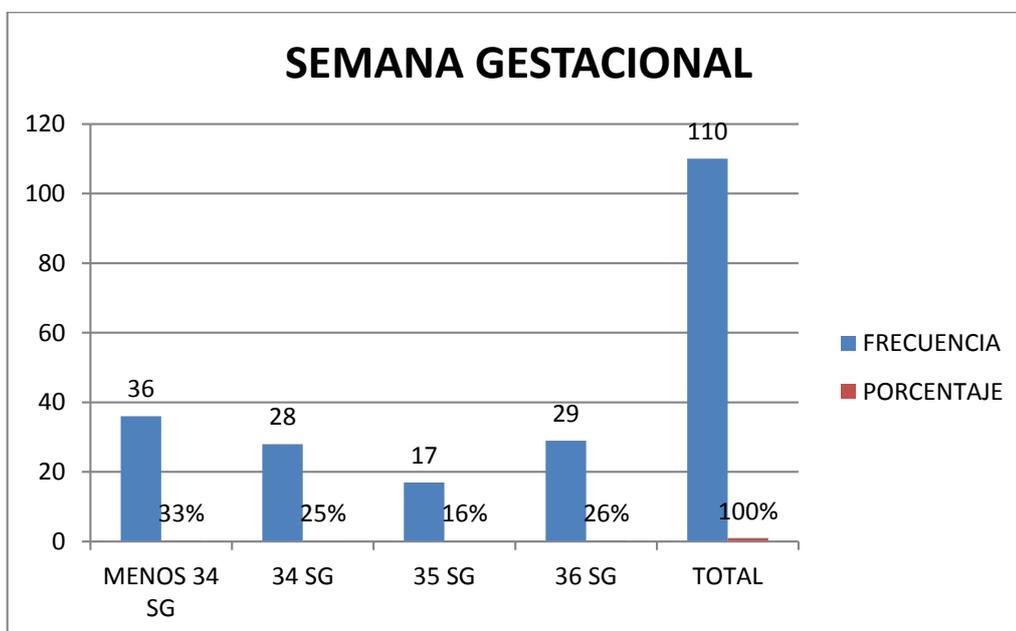


Interpretación: del total de pacientes en estudio, las embarazadas de 15 a 19 años tuvieron una mayor incidencia de ruptura prematura de membrana de alrededor de un 55%.

Tabla 2

Distribución de los 110 pacientes, representa la edad gestacional de presentación de ruptura prematura de membrana en el hospital Mariana de Jesús en Enero del 2016 a Enero del 2017.

SEMANAS GESTACIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOS 34 SG	36	33%
34 SG	28	25%
35 SG	17	16%
36 SG	29	26%
TOTAL	110	100%

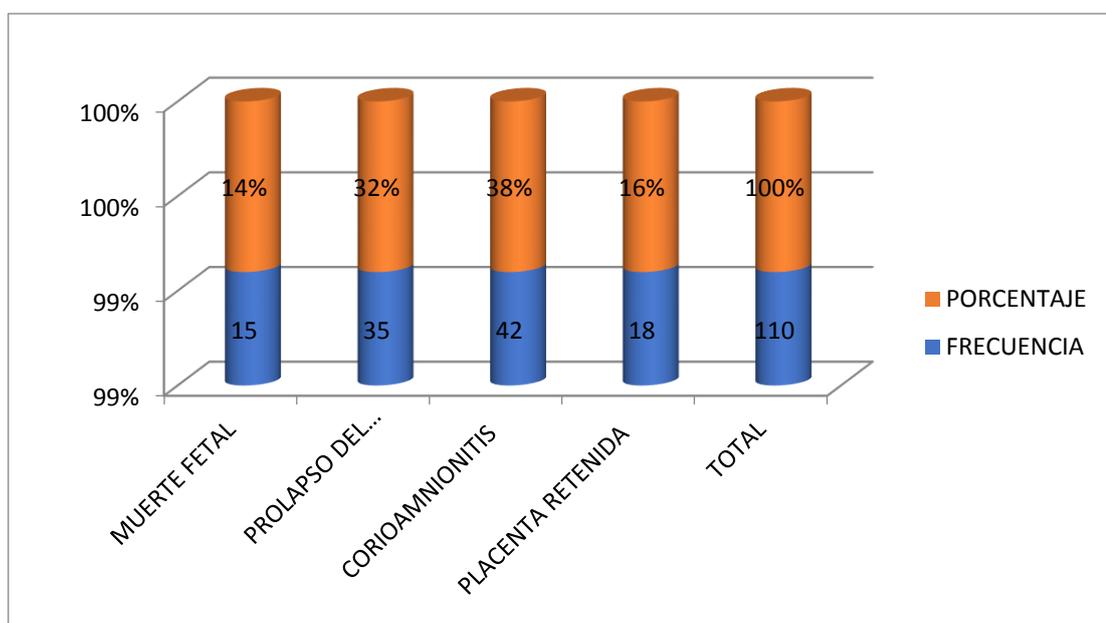
Figura 2

Interpretación: del total de pacientes en estudio, las de menos de 34 semanas tuvieron una mayor incidencia de ruptura prematura de membrana de alrededor de un 33%.

Tabla 3

Distribución de los 110 pacientes, representa el factor etiológico que con mayor frecuencia da ruptura prematura de membrana en el hospital Mariana de Jesús en Enero del 2016 a Enero del 2017.

FACTORES ETIOLOGICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUERTE FETAL	15	14%
PROLAPSO DEL CORDON	35	32%
CORIOAMNIONITIS	42	38%
PLACENTA RETENIDA	18	16%
TOTAL	110	100%

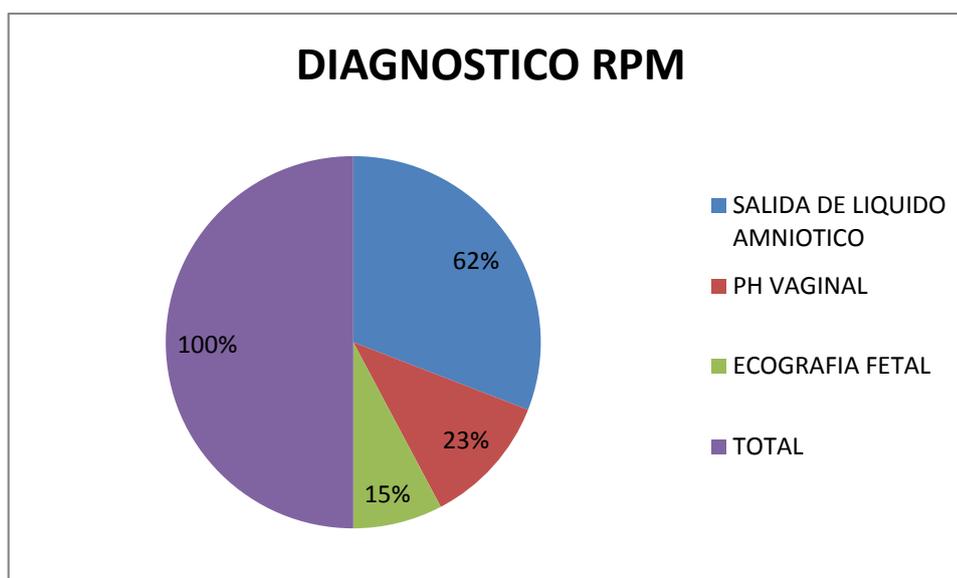
Figura 3

Interpretación: del total de pacientes en estudio, dentro de los factores de riesgo el que tuvo una mayor incidencia de ruptura prematura de membrana fue la corioamnionitis con un porcentaje del 38%.

Tabla 4

Distribución de los 110 pacientes, representa los métodos diagnósticos para ruptura prematura de membrana en el hospital Mariana de Jesús en Enero del 2016 a Enero del 2017.

DIAGNOSTICO DE RPM	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SALIDA DE LIQUIDO AMNIOTICO	68	62%
PH VAGINAL	25	23%
ECOGRAFIA FETAL	17	15%
TOTAL	110	100%

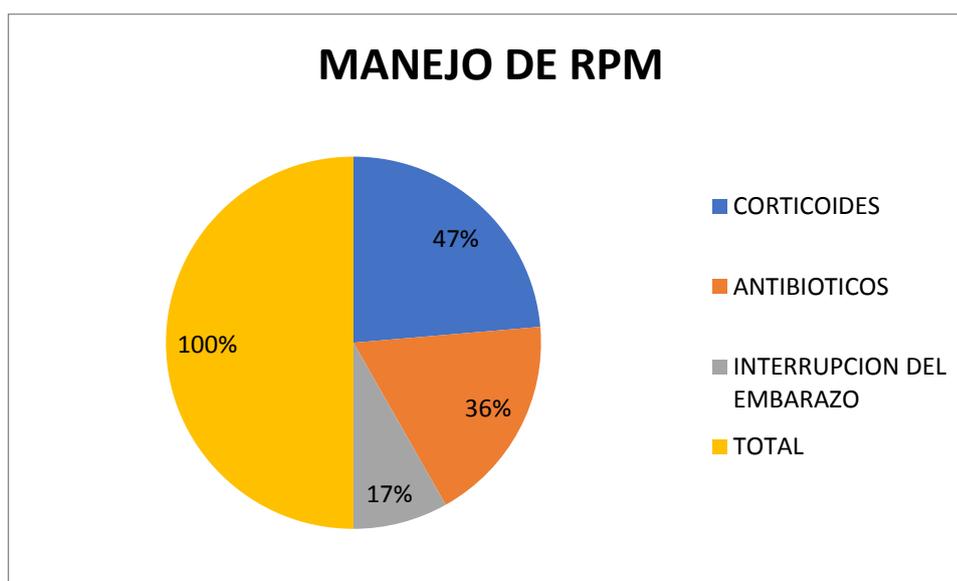
Figura 4

Interpretación: del total de pacientes en estudio, el método diagnóstico para rpm es netamente clínico y se logra mediante la evidencia de la salida de líquido amniótico, que en este caso fue de un 62%.

Tabla 5

Distribución de los 110 pacientes, representa los métodos terapéuticos empleados para ruptura prematura de membrana en el hospital Mariana de Jesús en Enero del 2016 a Enero del 2017

MANEJO DE RPM	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CORTICOIDES	52	47%
ANTIBIOTICOS	40	36%
INTERRUPCION DEL EMBARAZO	18	17%
TOTAL	110	100%

Figura 5

Interpretación: del total de pacientes en estudio, dentro de los métodos terapéuticos tenemos 3 de los cuales el de primera línea tenemos a los corticoides en un 47%, seguido de los antibióticos en un 36% y en casos extremos la interrupción del embarazo en un 16%

DISCUSION

Realizando un estudio comparativo de nuestros resultados, con los reportados en la literatura tenemos los siguientes resultados:

(32) "Se endiente por Ruptura Prematura de Membranas (RPM), a la perdida de la continuidad de las membranas amnióticas con salida de líquido amniótico transvaginal que se presenta antes del inicio o trabajo de parto activo; en donde podemos encontrar tres variantes, cuando ocurre a término, cuando ocurre pretermo menor a las 37 semanas y cuando se prolonga el cual significa Ruptura por 24 horas o más, el cual puede combinarse esta última con cualquiera de las anteriores (Rodríguez-Villoria, Cadena, & Zeppenfeldt, 2010; Vallejo Barón, 2013). La mayoría de las Ruptura Prematura de Membranas (RPM) son a término y el parto puede desencadenar en condiciones cervicales desfavorables de forma espontánea en las siguientes 24 - 48 horas el cual equivale entre el 60% y 95%, poco frecuente es la RPMP que se complican en un 2 - 4% de todas las gestaciones únicas, y las gestaciones gemelares representan un 30% de los partos Pretérminos" (ICGON; López-Osma & Ordoñez-Sánchez).

Dentro de la investigación se encontró lo siguiente:

- Dentro de la edad materna se presentó con mayor frecuencia en los embarazos de 15 a 19 años con un porcentaje correspondiente al 55%.
- En lo que referente a la edad gestacional se presentó en embarazos de menos 34 semanas de gestación con un porcentaje del 33%.

(5) "La corioamnionitis es más común en embarazo con ruptura prematura de membrana en el segundo trimestre en la que en los embarazo sin RPMPT entrega una edad similares en los embarazo sin ruptura prematura sin ruptura de membrana que ocurre más tarde de la gestación. La corioamnionitis complica del 8 al 77 % del segundo trimestre de la ruptura prematura de membrana con un promedio del 30-50%" (Waters & Mercer).

Dentro de la investigación se encontró lo siguiente:

- Dentro de los factores etiológicos el que está más en relación con ruptura prematura de membrana es la corioamnioitis en un 38% de los casos

(21) "El diagnóstico se basa en la constatación de la salida de líquido amniótico. En un 80 – 90% es evidenciable al colocar un espejulo, tras realizar maniobras de valsalva. En un 10 – 20% de los casos aparecen dudas en el diagnóstico" (IMSS; MSP)

Dentro de la investigación se encontró lo siguiente:

- El diagnóstico de ruptura prematura de membrana es netamente clínico y se logra evidenciado la salida de líquido amniótico, como se pudo comprobar en el estudio alcanzado un porcentaje del 62%.

(27) "El tratamiento para las pacientes con RPM pre término es muy parecido al del a los de una paciente con trabajo de parto prematuro con la diferencia que hay mayor riesgo de amnionitis en caso de RPM pretérmino. En los pasos a considerar para el adecuado tratamiento tenemos" (ICGON; MSP):

- En estas pacientes evitar los tactos vaginales solo que haya dinámica uterina que requiera de valoración del estado obstétrico, pero esta valoración se hará a través de: espejulo, pruebas complementarias (hemograma, PCR, pruebas de coagulación) NST para valorar bienestar fetal y descartar dinámica uterina, ecografía fetal básica, antibioterapia se deberá iniciar profiláctica de amplio espectro hasta que los resultados de los cultivos o por un lapso de 5 días con ampicilina 1g cada 6 horas IV mas Gentamicina 80mg cada 8 horas IV. Si la paciente ya iniciado con tratamiento en otra unidad de salud continuar con el mismo siempre y cuando la cobertura sea equivalente.

(28) "Finalizar la gestación si se presenta un cuadro de corioamnioitis clínica o disminución del bienestar fetal independientemente de la edad gestacional, si hay ausencia de complicaciones se debe particularizar el manejo clínico de las pacientes en función de la edad gestacional tomando en cuenta el riesgo para la madre el feto y las complicaciones neonatales que se puedan presentar producto de un parto pre término" (ICGON).

Dentro de la investigación se encontró lo siguiente:

- Existen numerosos métodos terapéuticos que podemos emplear para el manejo de la ruptura prematura de membrana pero en orden de frecuencia el uso de corticoides es de primera línea para lograr la

maduración pulmonar, seguido del uso de antibióticos para profilaxis y en últimos de los casos se recurre a la interrupción del embarazo.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- La ruptura prematura de membrana puede presentarse a cualquier edad gestacional pero su incidencia suele ser mayor por debajo de las 34 semanas de gestación.
- La edad gestacional en las que se pudo constatar la presencia de ruptura prematura de membrana fue a las 34, 35, 36 y por debajo de las 34 semanas de gestación.
- El diagnóstico para ruptura prematura de membrana en su mayor parte es clínico y se logra observando la salida de líquido amniótico.
- Cuando no es posible hacer el diagnostico en base a la salida de líquido ya que existe una hidrorrea escasa podemos recurrir a métodos alternativos como la medición del PH vaginal y la ecografía fetal que son poco específicas y concluyentes por lo que se les podría sumar a ellas pruebas bioquímicas y la amniocentesis diagnostica.
- El manejo de la ruptura prematura de membrana pretérmino es de manejo complejo pero el tratamiento consiste en la asociación de un corticoides (dexametasona/betametasona) + antibióticos intravenosos y orales (ampicilina+eritromicina+amoxicilina)
- Las pacientes con ruptura prematura de membrana pretérmino, con evidente trabajo de parto, corioamnionitis, compromiso fetal, muerte fetal, desprendimiento placentario, o de 35 semanas o más requieren la interrupción del embarazo.
- Las pacientes que tiene mayor riesgo de contraer ruptura prematura de membrana son las que presentan infecciones del tracto vaginal (vaginosis, tricomonas), trastornos conductuales (tabaquismo, abuso de sustancias), complicaciones obstétricas (embarazo múltiple, poli hidramnios) y el embarazo adolescente (10-19 años)

RECOMENDACIONES

- El diagnóstico se debe realizar mediante la historia clínica y observación de salida de líquido amniótico por el canal cervical con especuloscopia.
- Cuando el manejo expectante está recomendado antes de las 35 semanas de gestación, la madre debe ser informada sobre: el incremento en el riesgo de corioamnionitis contra la disminución de problemas respiratorios del neonato, Admisión a la terapia intensiva neonatal, cesaría de emergencia.
- Realizar vigilancia materno- fetal mediante exámenes de laboratorio diarios (biometría hemática y PCR) y registrar en la historia clínica.
- Todas las embarazadas de entre 24 y 34 semanas con riesgo de parto pretérmino dentro de los siguientes siete días, deben ser consideradas para el tratamiento antenatal con un curso único de corticoesteroides
- Durante el manejo expectante de una ruptura prematura de membrana pretérmino se recomienda el uso de antibióticos por un ciclo de 48 horas
- Se sugiere la interrupción del embarazo a toda ruptura prematura de membrana pretérmino que se presente a partir de las 35 semanas de gestación.
- Si la ruptura prematura de membrana pretérmino es diagnosticada en el primer nivel de atención, debe procederse a la transferencia inmediata al segundo o tercer nivel de atención.

CAPITULO VI

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía

1. Virgil de Gracia P,SR,PJ,DGJ,&NE. Ruptura prematura de membranas. Guía clínica de la Federación Latino Americana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. 2013 enero; 1.
2. Sánchez Ramírez N,NRA,SAAM,OCA,CCMP,&DGD. Morbilidad y mortalidad neonatal en pacientes con rotura prematura de membranas pretérmino. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 39, 343-353. 2013; 2.
3. Prieto Herrera ME,GLC,RLE,SFJM,&RSN. Relación del bajo peso al nacer con la sepsis vaginal: its relation to the low-birth weight. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 37, 162-171. 2014; 3.
4. Vargas Arias K,&VRC. Ruptura prematura de membranas. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica, 71(613), 719-723. 2013; 4.
5. Waters TP,&MBM. The management of preterm premature rupture of the membranes near the limit of fetal viability. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 201(3), 230-240. doi: 10.1016/j.ajog. 2013; 5.
6. Vargas Arias K,&VRC. Ruptura prematura de membranas. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica, 71(613), 719-723. 2014; 6.
7. Waters TP,&MBM. The management of preterm premature rupture of the membranes near the limit of fetal viability. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 201(3), 230-240. doi: 10.1016/j.ajog.2009.06.049. 2011; 7.
8. Rodríguez-Trujillo A,CT,VI,BJ,KM,PDE,ea. Gestational age is more important for short-term neonatal outcome than microbial invasion of the amniotic cavity or intra-amniotic inflammation in preterm prelabor rupture of membranes. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 95(8), 926-933. doi: 10.1111/aogs.12905. 2016; 7.
9. Vargas Arias K,&VRC. Ruptura prematura de membranas. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica, 71(613), 719-723. 2014; 9.
10. Ochoa A,&PDJ. Amenaza de parto prematuro: Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 32, 105-119. 2011; 9.

11. Rodríguez-Villoria RE,CLF,&ZME. Rotura prematura de membranas ovulares: tratamiento con parche hemático transvaginal endocervical autólogo. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 70, 206-211. 2011; 11.
12. Waters TP,&MBM. The management of preterm premature rupture of the membranes near the limit of fetal viability. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 201(3), 230-240. doi: 10.1016/j.ajog.2009.06.049. 2011; 12.
13. Sánchez Ramírez N,NRA,SAAM,OCA,CCMP,&DGD. Morbilidad y mortalidad neonatal en pacientes con rotura prematura de membranas pretérmino. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*,. 2013 junio; 1.
14. Vallejo Barón J. Fisiopatología de la ruptura prematura de membranas y marcadores. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 70(607), 543-549. 2013; 14.
15. Nodarse Bernal A,MGY,ASL,&OCZ. Factores de riesgo relacionados con rotura prematura de membrana del pretérmino en la maternidad espiritana. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 32, 105-119. 2012; 14.
16. MSP.. Guía de Práctica Clínica (GPC). [Online].; 2015 [cited 2018 enero 12. Available from: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-RPMP-FINAL-08-10-15.pdf>.
17. ACOG.. Premature Rupture of Membranes. *Obstetrics & Gynecology*, 128(4), 934-936. doi: 10.1097/aog.0000000000001703. Practice Bulletin No. 172 Summary. 2016; 17.
18. ICGON.. Rotura Prematura de Membranas a término y pretérmino. *Protocolos del Servicio de Medicina Maternofetal*, 2016. 2016; 18.
19. Rodríguez-Trujillo A,CT,VI,BJ,KM,PDE,ea. Gestational age is more important for short-term neonatal outcome than microbial invasion of the amniotic cavity or intra-amniotic inflammation in preterm prelabor rupture of membranes. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 95(8), 926-933. doi: 10.1111/aogs.12905. 2016; 19.
20. ICGON.. Rotura Prematura de Membranas a término y pretérmino. *Protocolos del Servicio de Medicina Maternofetal*, 2016. 2016; 20.
21. IMSS.. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Ruptura Prematura de Membranas. *Guía de Práctica Clínica*. 2011; 21.

22. ICGON.. Rotura Prematura de Membranas a término y pretérmino. Protocolos del Servicio de Medicina Maternofetal, 2016. 2011; 21.
23. ICGON.. Rotura Prematura de Membranas a término y pretérmino. Protocolos del Servicio de Medicina Maternofetal, 2016. 2015; 22.
24. ICGON.. Rotura Prematura de Membranas a término y pretérmino. Protocolos del Servicio de Medicina Maternofetal, 2016. 2015; 23.
25. ICGON.. Rotura Prematura de Membranas a término y pretérmino. Protocolos del Servicio de Medicina Maternofetal, 2016. 2015; 24.
26. MSP.. Ruptura prematura de membranas pretérmino. Guía de Práctica Clínica (GPC). 2015; 26.
27. MSP.. Ruptura prematura de membranas pretérmino. Guía de Práctica Clínica (GPC). 2015; 27.
28. ICGON.. Rotura Prematura de Membranas a término y pretérmino. Protocolos del Servicio de Medicina Maternofetal, 2016. 2015; 28.
29. Vargas Arias K,&VRC. Ruptura prematura de membranas. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica, 71(613), 719-723. 2014; 29.
30. Rodríguez-Villoria RE,CLF,&ZME. Rotura prematura de membranas ovulares: tratamiento con parche hemático transvaginal endocervical autólogo. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, 70, 206-211. 2013; 30.
31. Rodríguez-Trujillo A,CT,VI,BJ,KM,PDE,ea. Gestational age is more important for short-term neonatal outcome than microbial invasion of the amniotic cavity or intra-amniotic inflammation in preterm prelabor rupture of membranes. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 95(8), 926-933. doi: 10.1111/aogs.12905. 2016; 31.
32. ICGON.. Rotura Prematura de Membranas a término y pretérmino. Protocolos del Servicio de Medicina Maternofetal, 2016. 2015;(32).
33. Nodarse Bernal A,MGY,ASL,&OCZ. Factores de riesgo relacionados con rotura prematura de membrana del pretérmino en la maternidad espiritana. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 32, 105-119. 2012; 33.
34. Castañeda Barberán D,MDG,ERA,ÁTM,&SÁS. Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave en la provincia de Camagüey.

Revista Cubana de Higiene y Epidemiología, 52, 152-162. 2014; 34.

35. Vallejo Barón J. Fisiopatología de la ruptura prematura de membranas y marcadores. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica, 70(607), 543-549. 2013; 35.