

RESUMEN

La Ruptura Prematura de Membrana constituye un problema de Salud Pública, este estudio con el objetivo de determinar los resultados obstétricos y perinatales en embarazadas con ruptura prematura de membrana. A pesar de los avances tecnológicos y del cuidado neonatal, la prematuridad continúa siendo la mayor causa de morbilidad neonatal y la responsable del 70% de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas del recién nacido. El parto prematuro espontáneo y la ruptura prematura de membrana son los responsables de aproximadamente el 80% de los nacimientos pretérmino; el 20% restante se debe a causas maternas o fetales. Se realizó un estudio retrospectivo de la incidencia de rotura prematura de membranas en pacientes ingresadas en LA MATERNIDAD MARIANA DE JESUS en el periodo comprendido entre Septiembre de 2012 hasta el 28 de Febrero del 2013. La cantidad de pacientes que fueron atendidas en la emergencia por amenaza de parto pretérmino con un total de 1589 embarazadas, se evaluaron 41 mujeres con el diagnóstico de ruptura prematura de membrana. Los resultados del estudio revelan que la ruptura prematura de membrana EN LA MATERNIDAD MARIANA DE JESUS tuvo una prevalencia del 2,5%. Para los factores predisponentes a la ruptura prematura de membrana encontramos que los más importantes fueron: en que se presentó era edad menor de 20 años con el 54%. El nivel de escolaridad primaria con el 51%. La unión libre con el 75%, Las nulíparas presentó el 54%. A las infecciones previas de vías urinarias el 49%.

PALBRAS CLAVES: ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS, AMENAZA PARTO PRETERMINO DISTRESS RESPIRATORIO, ENDOMETRIOSIS, CORIOAMNIONITIS, VAGINOSIS BACTERIANA

SUMMARY

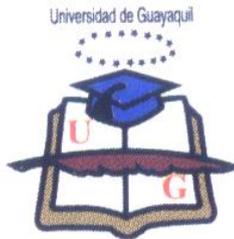
Premature Rupture of Membrane is a public health problem, this study aimed to determine the obstetric and perinatal outcomes in pregnant women with premature rupture of membranes.

Despite technological advances and neonatal care, prematurity remains the major cause of neonatal morbidity and accounts for 70% of neonatal deaths and 50% of newborn neurological sequelae. Spontaneous preterm birth and premature rupture of membranes are responsible for approximately 80% of preterm births; the remaining 20% is due to maternal or fetal causes.

We performed a retrospective study of the incidence of premature rupture of membranes in patients admitted MARIANA DE JESUS MOTHERHOOD in the period from September 2012 until February 28, 2013. The number of patients who were treated in emergency preterm labor for a total of 1589 pregnant women were evaluated 41 women with the diagnosis of premature rupture of membranes. Survey results reveal that premature membrane rupture MOTHERHOOD IN MARIANA DE JESUS had a prevalence of 2.5%. Predisposing factors for premature rupture of membrane found that the most important were: which was presented under 20 years old with 54%.

The primary education level to 51%. Cohabitation with 75% Nulliparas introduced the 54%. At previous urinary tract infections 49%.

Palbras **KEYWORDS:** premature rupture of membranes, preterm delivery THREAT RESPIRATORY DISTRESS, Endometriosis, chorioamnionitis, bacterial vaginosis



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

**TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OPTAR POR EL
TITULO DE OBSTETRA**

**TEMA: PREVALENCIA DE LA RUPTURA DE MEMBRANA
COMO CONSECUENCIA DE AMENAZA DE PARTO
PRETÉRMIICO EN LA MATERNIDAD MARIANA DE JESÚS
DESDE SEPTIEMBRE 2012-FEBRERO 2013**

BRAULIO SAMUEL RIVERAGONZALEZ

AUTOR

**TUTOR
OBST. ALICIA REQUENA**

GUAYAQUIL- ECUADOR

2012- 2013

APROBACIÓN DE LA TUTORA

En mi calidad de Tutor de tesis de investigación sobre el tema: Frecuencia de la Amenaza de Parto Prematuro como consecuencia de la infección de vías urinarias, manejo terapéutico en la Maternidad Mariana de Jesús del 1 de septiembre del 2012 Septiembre a febrero del 2013 del estudiante BRAULIO RIVERA GONZALES después de su revisión reúne los requisitos para ser aprobada.

15 de Mayo del 2013

OBZT. ALICIA REQUENA

Tutor de Tesis

DEDICATORIA

Este trabajo de tesis de grado está dedicado a DIOS, por darme la vida a través de mis queridos PADRES quienes con mucho cariño, amor y ejemplo han hecho de mí una persona con valores

La presente tesis es la culminación de mis estudios y esfuerzos realizados en estos 5 años de arduo trabajo, que no hubiesen sido posibles sin la paciencia y ayuda incondicional, de mis padres y hermanos a quienes amo con todo mi corazón.

Así que por ello quiero dedicarles este trabajo, muchas gracias.

AGRADECIMIENTO

Son muchas las personas especiales a las que me gustaría agradecer su amistad, apoyo, ánimo y compañía en las diferentes etapas de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en el corazón. Sin importar en dónde estén o si alguna vez llegan a leer estas dedicatorias quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Mami, no me equivoco si digo que eres la mejor mamá del mundo, gracias por todo tu Esfuerzo, tu apoyo y por la confianza que depositaste en mí. Gracias porque siempre, Aunque lejos, has estado a mi lado. Te quiero mucho.

Papá, éste es un logro que quiero compartir contigo, gracias por ser mi papá y por creer En mí. Quiero que sepas que ocupas un lugar especial

A todos mis amigos, sin excluir a ninguno, mil gracias por todos los momentos que hemos pasado juntos y porque han estado conmigo siempre aunque sea sólo para dar lata y molestar

A todos mis profesores en especial a la OBST. ALICIA REQUENA, mil gracias porque de alguna manera forman parte de lo que ahora soy

Al más especial de todos, a ti **Señor** porque hiciste realidad este sueño, por todo el amor con el que me rodeas y porque me tienes en tus manos. Esta tesis es para ti

INDICE DE CONTENIDOS

	Resumen	1
	Summary	2
1.-	Introducción	4
1.1.-	Planteamiento del Problema	5
1.1.1.-	Determinación del Problema	5
1.1.2.-	Preguntas de Investigación	6
1.1.3.-	Justificación	7
.-2	Objetivos	8
2.1.-	Objetivo General	8
2.2.-	Objetivos Específicos	8
3.-	Hipótesis	9
4.-	Marco teórico	10
5.1.-	Materiales	30
5.1.1.-	Lugar de la investigación	30
5.1.2.-	Periodo de la investigación	30
5.1.3.	Recursos empleados	30
5.1.3.1	Recursos Humanos	
5.1.3.2.	Recursos Físicos	30
5.1.4	Universo y muestra	30
5.1.4.1	Universo	30
5.1.4.2.	Muestra	31
5.2	Métodos	32
5.2.1	Tipo de investigación	32

5.2.2	Diseño de investigación	32
5.2.3	Análisis de los datos	33
6.-	Análisis y discusión de resultados	34
7	Manejo terapéutico	44
8.-	Conclusiones	68
9.-	Recomendaciones	69
10.-	Bibliografía	72
11.-	Anexos	

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

Esta Tesis cuya autoría corresponde BRAULIO SAMUEL RIVERA GONZALEZ ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Obstetricia como requisito parcial para optar el título de Obstetra.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Esta Tesis ha sido aceptada por los miembros del comité de tesis de la Escuela de Obstetricia Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil como requisito previo a la obtención del título de Obstetras

Obst. Delia Crespo Antepara. MSC
Directora de la Escuela de Obstetricia

RESUMEN

La Ruptura Prematura de Membrana constituye un problema de Salud Pública, este estudio con el objetivo de determinar los resultados obstétricos y perinatales en embarazadas con ruptura prematura de membrana. A pesar de los avances tecnológicos y del cuidado neonatal, la prematuridad continúa siendo la mayor causa de morbilidad neonatal y la responsable del 70% de las muertes neonatales y del 50% de las secuelas neurológicas del recién nacido. El parto prematuro espontáneo y la ruptura prematura de membrana son los responsables de aproximadamente el 80% de los nacimientos pretérmino; el 20% restante se debe a causas maternas o fetales. Se realizó un estudio retrospectivo de la incidencia de rotura prematura de membranas en pacientes ingresadas en LA MATERNIDAD MARIANA DE JESUS en el periodo comprendido entre Septiembre de 2012 hasta el 28 de Febrero del 2013. La cantidad de pacientes que fueron atendidas en la emergencia por amenaza de parto pretérmino con un total de 1589 embarazadas, se evaluaron 41 mujeres con el diagnóstico de ruptura prematura de membrana. Los resultados del estudio revelan que la ruptura prematura de membrana EN LA MATERNIDAD MARIANA DE JESUS tuvo una prevalencia del 2,5%. Para los factores predisponentes a la ruptura prematura de membrana encontramos que los más importantes fueron: en que se presentó era edad menor de 20 años con el 54%. El nivel de escolaridad primaria con el 51%. La unión libre con el 75%, Las nulíparas presentó el 54%. A las infecciones previas de vías urinarias el 49%.

PALBRAS CLAVES: ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS, AMENAZA PARTO PRETERMINO DISTRESS RESPIRATORIO, ENDOMETRIOSIS, CORIOAMNIONITIS, VAGINOSIS BACTERIANA

SUMMARY

Premature Rupture of Membrane is a public health problem, this study aimed to determine the obstetric and perinatal outcomes in pregnant women with premature rupture of membranes.

Despite technological advances and neonatal care, prematurity remains the major cause of neonatal morbidity and accounts for 70% of neonatal deaths and 50% of newborn neurological sequelae. Spontaneous preterm birth and premature rupture of membranes are responsible for approximately 80% of preterm births; the remaining 20% is due to maternal or fetal causes.

We performed a retrospective study of the incidence of premature rupture of membranes in patients admitted MARIANA DE JESUS MOTHERHOOD in the period from September 2012 until February 28, 2013. The number of patients who were treated in emergency preterm labor for a total of 1589 pregnant women were evaluated 41 women with the diagnosis of premature rupture of membranes. Survey results reveal that premature membrane rupture MOTHERHOOD IN MARIANA DE JESUS had a prevalence of 2.5%. Predisposing factors for premature rupture of membrane found that the most important were: which was presented under 20 years old with 54%. The primary education level to 51%. Cohabitation with 75% Nulliparas introduced the 54%. At previous urinary tract infections 49%.

Palbras **KEYWORDS:** premature rupture of membranes, preterm delivery THREAT RESPIRATORY DISTRESS, Endometriosis, chorioamnionitis, bacterial vaginosis

1.- INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas más importantes en la perinatología actual es la patología inherente a la prematuridad, puesto que constituye un porcentaje alto de nuestra población con diferencias ostensibles entre países y entre poblaciones estudiadas y con un impacto sobre la morbimortalidad perinatal muy destacado, mayor cuanto más prematuro es el recién nacido.

Si a ello añadimos las connotaciones socioeconómicas se delimita en su conjunto una de las problemáticas más serias de los sistemas sanitarios

En los últimos 10 años se han dado 3 grandes progresos en lo que se refiere al parto pretérmino.

Lo que les permite a los epidemiólogos establecer acciones en los tres niveles de atención para la salud. El nivel primario está encaminado a eliminar o disminuir los factores de riesgo de en toda población, el secundario se orienta al diagnóstico oportuno de la enfermedad en pacientes con factores de riesgo, el terciario tiene como objeto reducir la morbilidad y mortalidad en las pacientes que desarrollan parto pretérmino.

El segundo progreso importante ha sido el desarrollo de

Marcadores bioquímicos y biofísicos que permiten predecir el parto pretérmino con mayor confiabilidad. Uno de los obstáculos más difíciles de vencer ha sido el diagnóstico inexacto del parto pretérmino, ya que la mitad de las pacientes que solicitan atención médica por esta patología no presentan datos ni si quiera de amenaza de parto pretérmino.

El tercer avance ha sido el esclarecimiento de la eficacia de los corticoides para reducir la morbilidad y mortalidad neonatal

Es un evento frecuente y su impacto potencial en el resultado materno y perinatal entre el 2 al 18% a nivel mundial según la Organización Mundial DE LA Salud. Entre el 60 y el 80% de las veces se da en embarazos a término lo que no quiere decir que el manejo no sea complicado. En aproximadamente 8-10% de los embarazos a término, las membranas fetales se rompen antes del inicio del trabajo de parto; si el trabajo de parto no es inducido 60-70% comienzan trabajo de parto espontáneamente en menos de 24 horas y cerca del 95% lo hará en menos de 72 horas. La ruptura pretérmino ocurre en cerca del 1-3% en Latinoamérica se presenta en los embarazos, se asocia al 30-40% de partos pretérmino y lleva al 85%\$ de la morbimortalidad fetal como resultados de la prematurez.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1.-.DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

En la maternidad **MARIANA DE JESUS** se observa un incremento significativo del número de pacientes con sintomatología de amenaza de parto pretérmino, sin que exista información precisa de prevalencia y además identificar las causas que motivan este incremento.

La ruptura prematura de membranas durante el embarazo se presenta con una frecuencia variable, dependiendo de la población estudiada en general, se reporta entre un diez y un 41% de las mujeres en la Maternidad Mariana de Jesús.

Se ha mostrado que la flora del tracto genital anormal en la forma de la vaginosis bacteriana o en la detección de vaginosis bacteriana relacionada con organismos tales como anaerobios, *M. hominis* o *Gardnerella vagina lis*, es asociada a amenaza de parto prematuro.

La asociación entre infección y amenaza de parto pretérmino es bien reconocida, desafortunadamente por el tiempo la mujer es admitida con amenaza del parto pretérmino el riesgo de que este se presente es casi el doble para mujeres con ruptura prematura de membranas diagnosticadas en embarazos tempranos.

El uso de antibióticos lógicamente es usado para prevenir partos pretérmino cuando es indicado en embarazos tempranos. Cuando la colonización anormal permanece y no es tratada, la posibilidad de que los microorganismos asciendan a través del cérvix o la decidua e iniciar una respuesta inflamatoria que conduce a la contracción, la erradicación de la ruptura prematura de membrana durante el embarazo es difícil y otra estrategia de manejo puede ser considerada, alternativamente la ruptura prematura de la membrana puede ser un sustituto justo como marcador de riesgo de otros indefinidos y más específicos factores de riesgo para parto prematuro.

La ruptura prematura de membranas es una consecuencia frecuente dado por la alteración de la flora vaginal normal y ha sido encontrada en 10-25 % de las pacientes en general ginecológicas y obstétricas. Los embarazos en las adolescentes Primigesta, multíparas con amenaza de parto prematuro siendo el factor más predominante la ruptura prematura de membrana.

1.1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ◆ ¿Cuál es la frecuencia de la ruptura prematura de membrana en la Maternidad Mariana de Jesús?
- ◆ ¿Cuáles son los factores de riesgo para la ruptura prematura de membrana en la Maternidad Mariana de Jesús?
- ◆ ¿Cuáles son los síntomas que caracterizo la ruptura prematura de membrana en amenaza en amenaza de parto pretérmino en la Maternidad Mariana de Jesús?
- ◆ ¿Cuál es la causa más predominante en la ruptura prematura de membrana en amenaza de parto pretérmino en la Maternidad Mariana de Jesús?
- ◆ ¿Cuáles son las edades de las pacientes que con más frecuencia que presentaron ruptura prematura de membrana?
- ◆ ¿En qué tiempo de embarazo se presenta más?

1.1.3.- JUSTIFICACION

La Ruptura Prematura de Membranas no solo es un tema controvertido sino frecuente y tiene considerable efecto potencial sobre el resultado materno y neonatal.

Como se citó en el párrafo anterior la ruptura prematura de membranas es una entidad muy frecuente que no tiene mayor relevancia cuando se presenta en embarazos a término, considerando que la ruptura prematura de membranas antes del término constituye una de las entidades obstétricas más relacionadas con la morbilidad y mortalidad materno-fetal de igual manera, determinaron la necesidad inminente de contar con registros actualizados confiables de su frecuencia, en especial en una institución como lo representa la Maternidad Mariana de Jesús.

Por otra parte el objeto de estudio de la presente investigación representará un aporte científico de gran interés, por cuanto sus resultados permitieron identificar las complicaciones perinatales más frecuentes ligadas a la ruptura prematura de membranas en embarazos pretérmino, es importante destacar los beneficios que traerán a la institución y a las pacientes el de registrar correcta y sistemáticamente la frecuencia de esta patología y prever las complicaciones; el propósito de éste trabajo permitirá brindar mayores expectativas en cuanto

a salud materna y neonatal se refiere y finalmente contribuir con la disminución de la morbimortalidad perinatal existente con alcance al resto de las entidades del país.

2.- OBJETIVOS

2.1.- GENERAL

¿Determinar la prevalencia de Ruptura Prematura de Membrana en embarazos pretérmino, y las condiciones neonatales y maternas asociados a la ruptura prematura de membranas en la Maternidad Mariana de Jesús de la ciudad de Guayaquil en el periodo de Septiembre de 2012 hasta el 28 de Febrero del 2013?

Optimizar el diagnostico, para disminuir los riesgos de infección y muerte de la mujer y su hijo producto de embarazo complicado con ruptura prematura de membranas y mejorar el pronóstico de los mismos a través de la oportuna y adecuada atención intrahospitalaria.

2.2. ESPECIFICOS.

- ◆ Disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad materna y perinatal asociadas con ruptura prematura de membranas.
- ◆ Disminuir la frecuencia de encefalopatía hipoxica perinatal y sus secuelas.
- ◆ Reducir y controlar las complicaciones infecciosas asociadas.
- ◆ Identificar el porcentaje de la ruptura prematura de membrana en pacientes embarazadas que lleven su control en la consulta de embarazo de alto riesgo en la Maternidad Mariana de Jesús.
- ◆ Identificar la edad de la paciente en que se da la causa más frecuente de ruptura prematura de membrana.

3.- HIPOTESIS

La amenaza de parto pretérmino por ruptura prematura de membrana se da con más frecuencia en primigestas juveniles.

3.1.- VARIABLES

DEPENDIENTE

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA EN EMBARAZO CON AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO.

Independiente

- ◆ Edad de la paciente.
- ◆ Control Prenatal.
- ◆ Paridad.
- ◆ Número de visitas a control prenatal.
- ◆ Área de residencia.
- ◆ Edad gestacional que se cursaba cuando se presentó el evento.
- ◆ Estancia hospitalaria.
- ◆ Mortalidad materna.

3.2.- CUADRO DE OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Edad Materna	Edad de la madre	Adolescente adulta	Edad en años	12-20 21-30 31-40 41 y mas
Paridad	Número de hijos	Aborto Parto cesárea	Número de hijos	Primíparas Multíparas
control prenatal	Numero de atenciones medicas en el embarazo	Asiste a un centro de salud	Conocimiento sobre control prenatal	< 3 >3
Área de residencia	Domicilio	Servicios básicos	Accesibilidad geográfica	Urbana Rural
Edad gestacional	Semanas de gestación	Menor de 35 semanas Mayor de 36 semanas	Conocimiento sobre control prenatal	28 – 32 semanas 33 – 35 semanas + 36 semanas

3.3.-VIABILIDAD

Este estudio es viable porque es de interés de Salud Pública y en esta Institución Maternidad Mariana de Jesús, y se cuenta con la respectiva autorización de la Unidad Hospitalaria.

4.- MARCO TEORICO

4.1.-DEFINICION

La ruptura prematura de membranas ovulares (RPM) se define como la solución de continuidad espontánea de la membrana cori amniótica antes del inicio del trabajo de parto por lo menos una hora. La ruptura prematura de membranas puede ocurrir en cualquier momento de la gestación, pero se asocia a mayor morbilidad cuando ocurre en el embarazo de pretérmino. Ella representa la condición asociada a aproximadamente un tercio de los partos prematuros.

4.1.2.- INCIDENCIA

La ruptura prematura de membrana fluctúa entre el 2,7 y 17% aproximadamente, del total de 1.589 pacientes atendidas (promedio 10%) de los embarazos, correspondiendo el 20% de los casos a gestaciones de pretérmino. Se considera periodo de latencia que es el tiempo transcurrido entre el momento que se produce la ruptura de membrana y el parto y esto se relaciona con la edad gestacional, siendo mayor en los embarazos de pretérmino (más de 48 h en el 50% de los casos) que en los embarazos de término (menos de 24 h en el 90% de los casos)

4.1.3.- ETIOLOGIA

La etiología de la ruptura prematura de membranas es desconocida en la mayoría de los casos. Sin embargo, se han identificado varias condiciones predisponentes:

- *Alteración de las propiedades físicas de las membranas.*

La literatura es consistente en señalar que las membranas de los embarazos con la ruptura prematura de membranas son más delgadas y tienen menos elasticidad y resistencia que aquellas que permanecen íntegras hasta su rotura durante el trabajo de parto.

- *Rol de la infección en la rotura prematura de membranas.*

La rotura de membranas puede resultar de una infección de vías urinarias o cérvicovaginal o intrauterina.

- *Los gérmenes pueden alcanzar el líquido amniótico estando las membranas ovulares rotas o íntegras.*

Diferentes autores han señalado que el líquido amniótico tiene actividad bacteriostática, la que se encuentra disminuida en pacientes con e infección intramniótica.

- *Condiciones clínicas asociadas*

La mayoría de las "condiciones asociadas a la ruptura prematura de membranas" determinan una tensión excesiva de las membranas ovulares. Ellas son:

- Polihidroamnios Embarazo gemelar Malformaciones uterinas tumores uterinos.
- *El tabaquismo materno*

Aumenta el riesgo de rotura ovular a través de favorecer la quimio taxis de neutrófilos que secretan elastasa. Naeye observó 10.460 pacientes en las cuales la ruptura prematura de membranas se produjo con una frecuencia tres veces mayor en fumadoras respecto de no fumadoras.

Otras Causas

- Clase social económica baja.
- Madres que se sustentan.
- Escolaridad o analfabetismo insuficiente.
- Edades menores a 18 años y mayores de 35.
- Trabajo largos de 12 horas laborables.
- Estrés psíquico-emocional.
- Periodos intergenésico cortos.
- Cáncer uterinos.
- Contracciones uterinas aumentadas.

4.2 DIAGNOSTICO

El primero de ellos es la especuloscopia, que permite apreciar salida de líquido amniótico a través del orificio externo del cuello uterino en forma espontánea o a través de la compresión manual del abdomen materno que moviliza el polo fetal pelviano de modo de facilitar la salida de líquido.

La presencia del líquido amniótico en el contenido del fondo de saco vaginal permite identificar, en un extendido en la lámina porta objeto examinado al microscopio de luz, que toma la forma de un lecho macho en una lámina transparente por las sales contenidas en el líquido amniótico.

1. pH del fornix vaginal posterior: el pH vaginal fluctúa normalmente entre 4,5 y 5,5, mientras que el líquido amniótico es generalmente de 7.
2. Detección de células de descamación: la piel fetal descama células superficiales que pueden ser detectadas con azul de Nilo al 1%. El valor diagnóstico de esta prueba aumenta junto con la edad gestacional, variando desde una sensibilidad de alrededor de 20% a las 32 semanas hasta un 90% en embarazos de término.
3. Evaluación ultrasonografía: la evaluación ecográfica permite estimar la cantidad del líquido amniótico en la cavidad uterina. El ultrasonido constituye no sólo un elemento de apoyo diagnóstico; permite, además, valorar el bienestar fetal, aproximar o certificar una edad gestacional, descartar la presencia de malformaciones fetales y predecir o apoyar el diagnóstico de una corioamnionitis.
4. La ruptura prematura de membrana se evidencia de líquido amniótico que es de color en etapas iniciales del embarazo presenta un color blanco transparente y si es color verde negruzco y de consistencia espesa se trata de un meconio puro y si es verdoso fluido cuando hay un sufrimiento fetal, y amarillo verdoso característico de la eritroblastosis fetal.
5. En condiciones normales el volumen del líquido amniótico aumenta hasta alrededor de 1 litro y es de la semana 34 a las 36 semanas de gestación y a partir de la semana

38, empieza a disminuir. PH de 7 a 7.5 y contiene el olor a cloro la cantidad normal de líquido amniótico es de 20 a 24 ml.

El índice del líquido amniótico, es una evaluación de la cantidad de líquido amniótico en una mujer gestante y es un indicador del bienestar fetal.

Se obtiene con un ultrasonido, mediante la medición del diámetro vertical mayor de cada uno de los cuatros cuadrantes uterinos. El índice del líquido amniótico es de 2.0-a 8.0 cm³.

OLIGOHIDRAMNIOS.- significa poco líquido amniótico, afecta a menos del 10% de las gestantes es más común que se desarrolle en el primer trimestre del embarazo, y puede aparecer en cualquier nivel del embarazo.

Tenemos los siguientes parámetros:

ILA -8 es oligohidramnios leve

ILA – 6 oligohidramnios moderado

ILA – 4-0 oligohidramnios severo

POLIHIDRAMNIOS.- Es un síndrome clínico que se refiere a la presencia excesiva o aumento del líquido amniótico, un índice de líquido amniótico mayor de 18 mm, debido a diferentes problemas gastrointestinales, cerebrales del sistema nervioso (neurológicos). U otro tipo de causas relacionados con el aumento de la producción de líquido.

INTERPRETACIÓN DE INDICE DE LIQUIDO AMNIÓTICO (ILA)

Un ILA < 5-6 en el tercer trimestre de embarazo se considera como oligohidramnios, y un ILA > de 18 a 24 cm³ se considera como Polihidramnios.

La fistula amniótica es un orificio pequeño (similar a un caliche) por el cual se elimina líquido amniótico en cantidades pequeñas con la posibilidad que se pueda cerrar el orificio con el reposo absoluto de la paciente.

La ruptura de membrana franca es cuando se elimina gran cantidad de líquido amniótico que puede llegar a ser un oligoamnios severo en poco tiempo.

4.2.1.- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	CARACTERÍSTICAS
Leucorrea	Flujo genital blanco amarillento.
Incontinencia Urinaria	Frecuente en segunda mitad del embarazo especialmente en multíparas.
Eliminación tapón mucoso	Fluido mucoso, a veces algo sanguinolento.
Quistes Vaginales	Es un saco cerrado sobre o debajo del revestimiento de la vagina. Los quistes vaginales tenemos: - Quistes de Inclusión Vaginal. - Quistes del Conducto de Gartner. - El acceso o quistes de bartholino. Los quistes vaginales no causan síntomas y que pueden protruir la pared vaginal. Los quistes varían desde el tamaño de una alverja hasta de una naranja
Hidrorrea decidual	Primera mitad del embarazo. Líquido claro con tinte amarillo, a veces sanguinolento.

4.2.2.- COMPLICACIONES FETALES

La prematurez y la infección son las dos complicaciones fundamentales de la ruptura prematura de membranas en el feto y/o recién nacido. Ellas son responsables de casi el 100% de la mortalidad.

1. Síndrome de dificultad respiratoria

Es la causa más frecuente de mortalidad perinatal, en relación a ruptura prematura de membranas, en gestaciones por debajo de las 34 semanas. La madurez del pulmón fetal puede

evaluarse a través de la detección en el líquido amniótico de una relación lecitina/esfingomielina >2 , un test de Clements (+) y/o la presencia de fosfatidilglicerol.

2. Infección neonatal

La infección neonatal ocurre entre el 1 y 25% de los casos de ruptura prematura de membranas. Se ha demostrado que existe una relación directa entre el período de latencia y la infección ovular.

3. Asfixia perinatal

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

4. Hipoplasia pulmonar

Esta complicación es propia de aquellos embarazos en que la ruptura prematura de membranas se produce antes de las 25 semanas de gestación y que cursan con oligoamnios severo de larga evolución (mayor de 3 semanas).

4.2.3.-COMPLICACIONES MATERNAS

1. Corioamnionitis

Se define infección intraamniótica (IIA) o invasión microbiana de la cavidad amniótica como la presencia de gérmenes en el líquido amniótico, normalmente estéril. Su diagnóstico fue establecido por Gibbs y col:

- Fiebre >38 grados axilar
- Taquicardia materna
- Leucocitosis $>15.000/mm^3$

- Sensibilidad uterina y se evidencia pérdida de líquido amniótico de mal olor en ocasiones purulento.

La Corioamnionitis se asocia al 20% de las pacientes con ruptura prematura de membranas (5 a 40%). Existen elementos de laboratorio que permiten diagnosticar la presencia de invasión microbiana de la cavidad amniótica antes de que la Corioamnionitis sea evidente. Ellos son:

- recuento de leucocitos en sangre materna (>15.000).

- proteína C reactiva en sangre materna

- perfil biofísico.- el método original del perfil biofísico fetal se basa en la valoración combinada de 5 variables o parámetros de estudios:

- volumen de líquido amniótico

- respiración fetal

- Movimientos corporales

- Tono fetal y postura del feto

- determinación de la actividad cardiaca fetal

La definición del tono fetal incluye ahora el movimiento de apertura y cierre de la mano fetal, o el mantenimiento del cierre de la misma en ausencia de movimientos activos.

4.2.4.- MANEJO ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

- Hospitalización

- Reposo relativo

- Apósito genital estéril

- Laboratorio: Recuento de leucocitos maternos y examen ultra-sonográfico.

- Reevaluación en 24-72 horas para decidir alta o manejo como ruptura prematura de membranas.

- Cefuroxima se puede administrar a partir del segundo trimestre del embarazo en patologías más frecuentes como la ruptura prematura de membrana e infección de vías urinarias (IVU) a repetición.

4.3.- TRATAMIENTO

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

- ◆ Protocolo de manejo de la rotura prematura de membranas.
- ◆ Realice o complete la historia clínica materno perinatal y carne perinatal.
- ◆ Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura.
- ◆ Realice evaluación obstétrica que incluya frecuencia cardíaca fetal por cualquier método y examen vaginal especular para tomar de muestras. No realice tacto vaginal en este momento.
- ◆ Realice la existencia en el registro de control prenatal de exámenes de laboratorio: BIOMETRÍA HEMÁTICA, TP, TTP, PLAQUETAS, GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH, VDRL, HIV, EMO, con consentimiento informado.
- ◆ Tranquilice a la paciente e informe sobre su condición.
- ◆ Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares.
- ◆ Brinde apoyo emocional continuo y explique los pasos a seguir.
- ◆ Si el embarazo se va a prolongar por más de 48 horas se debe realizar manejos de líquidos por vía IV cristaloides como lactato de ringer, solución salina 0.9%, control de la curva térmica y exámenes seriados cada 24 horas a 48 horas para determinar parámetros infecciosos que indiquen terminación del embarazo.
- ◆ Terminación del embarazo según criterio obstétrico por parto o cesárea independientemente de la edad gestacional.
- ◆ Comunique del caso al servicio de neonatología.

- ◆ Si la paciente desarrolla actividad uterina espontánea o se ha completado la maduración fetal proceda según protocolo de parto normal.

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS MENOS DE 26 SEMANAS.

- ❖ Reposo absoluto.
- ❖ Tocolisis: Nifedipina 10mg V.O cada 20 minutos por 3 dosis y luego cada 8 horas. A partir de las 22 semanas. Si no está en trabajo de parto.
- ❖ Eritromicina 500mg V.O cada 6 horas por 7 días en caso de que no haya trabajo de parto.
- ❖ Ampicilina 2gr. IV luego 1gr cada 6 horas .Con trabajo de parto.
- ❖ Se debe individualizar el manejo.
- ❖ Evaluar riesgos - beneficios.
- ❖ Características como:
 - ✓ Primigestas con edad avanzada.
 - ✓ Antecedentes de infertilidad.
- ❖ Los corticoides no tienen efectos directos sobre la maduración pulmonar.
- ❖ Aunque no hay probabilidades de obtener feto viable.
- ❖ La vía de terminación según criterios obstétricos.

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS DESDE LAS 26 SEMANAS HASTA LAS 34 SEMANAS.

- ❖ Aplicar corticoides Betametasona 12mg IM. Repetir a las 24 horas (2 dosis) o Dexametasona 6mg IM cada 12 horas (4 dosis).
- ❖ Tocolíticos: Nifedipina 10mg V.O cada 20 minutos por 3 dosis y luego cada 4- 8 horas.
- ❖ Eritromicina 250mg- 500mg V.O cada 6 horas por 7 días.
- ❖ Ampicilina 2 gr IV. Luego 1 gr cada 6 horas. Se administra en caso de trabajo de parto.
- ❖ Clindamicina 90mg IV cada 8 horas por 7 días en caso de trabajo de parto. en alérgicas a la penicilina.
- ❖ Terminación del embarazo según criterio obstétrico por parto o cesárea según protocolo.

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS DESDE LA 35 Y MAS SEMANAS.

- ❖ Eritromicina 250-500 mg V.O cada 6 horas por 7 días .En caso de no haber trabajo de parto.
- ❖ Ampicilina 2 gr IV. Luego 1 gr cada 6 horas. Se administra en caso de trabajo de parto.
- ❖ Clindamicina 90mg IV cada 8 horas por 7 días en caso de trabajo de parto. en alérgicas a la penicilina.

- ❖ Terminación del embarazo según criterio obstétrico por parto o cesárea según protocolo.

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS CON SIGNOS DE INFECCION CORIOAMNIONITIS

Antibiótico terapia:

- ❖ Ampicilina 2 g IV cada 6 horas.
- ❖ Gentamicina 2 mg/kg dosis inicial IV luego 1.5 mg/kg IV cada 8 horas. o
- ❖ Gentamicina 5mg/kg IV cada día.
- ❖ Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas (incluir si se indica cesárea).
- ❖ Terminación del embarazo según criterio obstétrico por parto o cesárea.

PROFILAXIS DE LA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

Mediante la profilaxis de estas indicaciones tendientes a disminuir la incidencia de rotura prematura de membranas en la población obstétrica.

- ❖ Tratamiento de las cervico vaginitis antes y durante el embarazo , particularmente en la Trichomonas vaginalis , Gardnerella , Candidiasis o Estreptococos Beta hemolíticos.
- ❖ Terapia precoz de las infecciones urinarias sintomáticas o asintomáticas.
- ❖ Evitar traumatismo cervicales particularmente en pacientes con antecedentes de Rotura Prematura de Membranas (espaciamento de relaciones vaginales , tactos vaginales, etc.)

- ❖ Manejo quirúrgico adecuado del cérvix incompetente.
- ❖ Reposo prolongado en pacientes con embarazo múltiple o poli hidramnios.
- ❖ Mejoramiento del estado nutricional, tratamiento precoz de la anemia y suplementos vitamínicos especialmente de vitamina C.

5.- MATERIALES Y METODOS

5.1. MATERIALES

5.1.1 LUGAR DE LA INVESTIGACION

MATERNIDAD MARIANA DE JESUS

5.1.2 PERIODO DE LA INVESTIGACION

Del 1 de septiembre del 2012 al 28 de febrero del 2013

5.1.3. RECURSOS EMPLEADOS

5.1.3.1. Recursos Humanos

- El Investigador
- El Tutor

5.1.3.2. Recursos Físicos

- ◆ Computadora Pentium IV
- ◆ Impresora Cannon
- ◆ Encuestas
- ◆ Historias Clínicas
- ◆ Hojas de papel bond

- ◆ CD
- ◆ Bolígrafos

5.1.4 UNIVERSO Y MUESTRA

5.1.4.1. Universo

El universo estará conformado por todas las pacientes embarazadas ingresadas con rotura prematura de membranas y amenaza de parto pretérmino que son 1.589 pacientes en la maternidad mariana de Jesús de guayaquil.

5.1.4.2. Muestra

La muestra estará conformado por todas las pacientes embarazadas ingresadas con Rotura Prematura de Membranas y Amenaza de parto pretérmino en un total de 65 usuarias que se presento en la Maternidad Mariana de Jesús de Guayaquil.

5.1.4.3 Criterios de inclusión:

- ❖ Mujeres con una edad gestacional entre 22 hasta las 36.6 semanas que cursen con Amenaza de parto pre término.
- ❖ Mujeres que presenten Rotura Prematura de Membranas.
- ❖ Mujeres que no estén en trabajo de parto.

5.1.4.4 Criterios de exclusión:

- ❖ Mujeres gestantes con menos de 20 semanas.
- ❖ Mujeres gestantes con presencia de sangrado vaginal secundaria a placenta previa.
- ❖ Mujeres gestantes con cuadros de Cervico vaginal en tratamiento o que hayan recibido antibióticos sistémicos en la última semanas
- ❖ Mujeres que estén en trabajo de parto.

5.2 METODOS

5.2.1 TIPO DE INVESTIGACION: RETROSPECTIVO porque se orienta al a los hechos que nos dan los datos estadísticos de las historias clínicas del establecimiento hospitalario.

De acuerdo al alcance temporal corte transversal, porque permite hacer un abordaje del problema en el estudio en un periodo de tiempo determinado

5.2.2 DISEÑO DE INVESTIGACION

No Experimental es cuando no se manipulan loas variables y la investigación se realiza tal como suceden los hechos.

5.2.3 ANALISIS DE LOS DATOS

El análisis de los datos se hará utilizando las técnicas estadísticas de acuerdo al tipo de variables, los datos serán presentados en tablas y gráficos con su respectivo análisis.

6.-ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

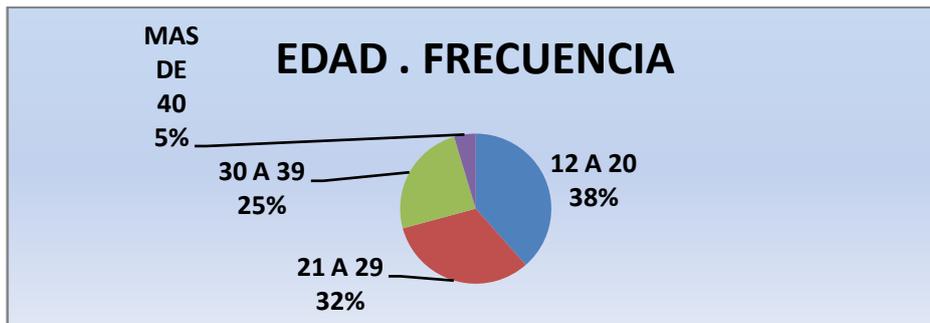
6.1.-EDAD MATERNA DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS INGRESADAS EN LA MATERNIDAD MARIANA DE JESUS

CUADRO 1

EDAD	FRECUENCIA	%
12 A 20	25	38.46
21 A 29	21	32.30
30 A 39	16	24.65
MAS DE 40	3	4.61
TOTAL	65	100

Fuente Departamento MMJ
Elaborado: BRAULIO SAMUEL RIVERA G.

REPRESENTACION GRAFICA 1



ANALISIS E INTERPRETACION

De los datos obtenidos de las historias clínicas de las pacientes puedo manifestar que a la pregunta edad 25 pacientes que corresponde el 38.43 tenían menos de 20 años y 45 pacientes que corresponde al 61.53 % tenían **entre 21 años a 40 años**

La mayoría de las pacientes de la investigación tenían entre 21 años a 40 años

6.2 RESIDENCIA DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS INGRESADAS EN LA MATERNIDA MARIANA DE JESUS

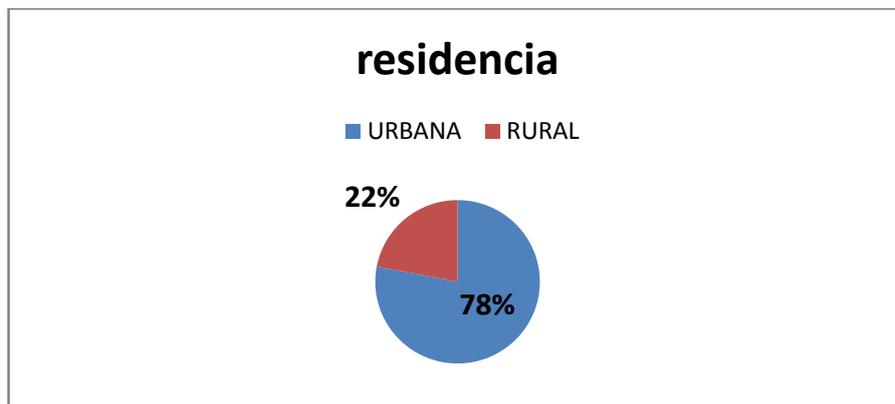
Cuadro 2

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
URBANA	59	78%
RURAL	6	22%
Total	65	100%

Fuente Departamento MMJ

Elaborado: BRAULIO SAMUEL RIVERA G.

REPRESENTACION GRAFICA 2



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los datos obtenidos de las historias clínicas de las pacientes puedo manifestar que a la pregunta residencia el 78% de pacientes tenían su residencia en área urbana y el 22% tenían su residencia en área rural

Por lo tanto puedo manifestar que con estos datos la mayoría de las pacientes tenían su residencia en área urbana

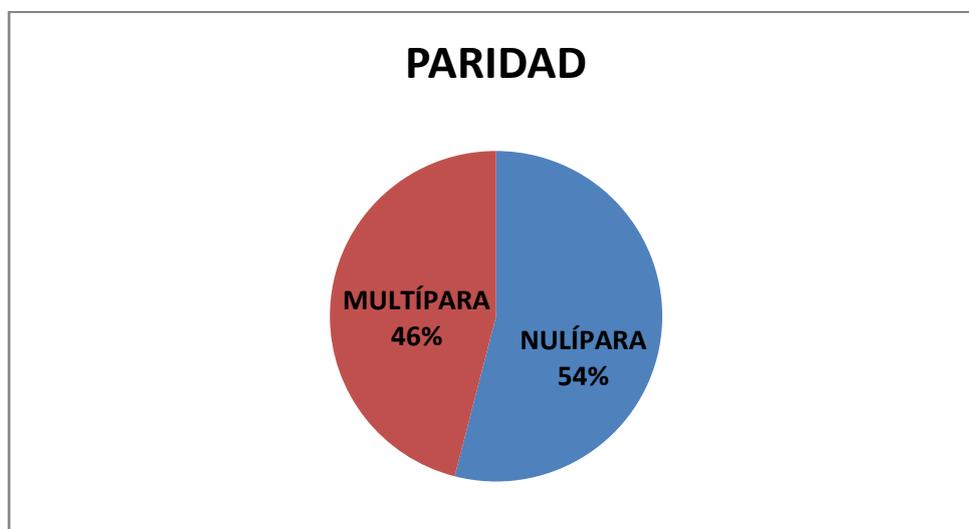
6.4.- PARIDAD DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN LA MATERNIDAD MARIANA DE JESUS

Cuadro 4

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NULIPARIDAD	40	54%
MULTIPARA	25	46%
TOTAL	65	100%

Fuente Departamento Estadística MMJ
Elaborado: BRAULIO SAMUEL RIVERA G

REPRESENTACION GRAFICA 4



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según los datos existentes en las historias clínicas a la pregunta paridad el 54% de las pacientes eran nulíparas y el 46% de las pacientes eran multíparas.

La mayoría de las pacientes del estudio eran nulíparas.

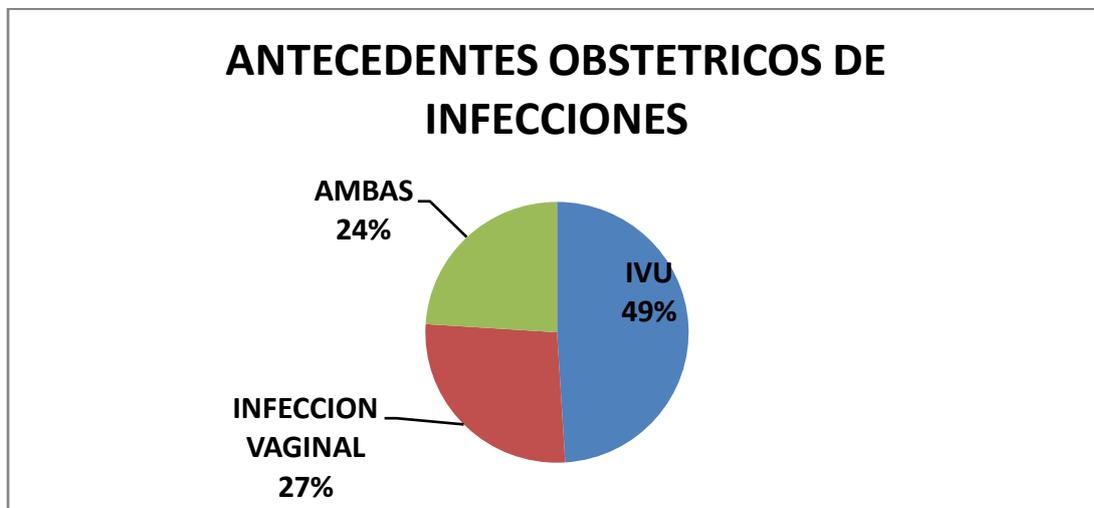
6.5.-ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE INFECCIONES DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN LA MATERNIDAD MARIANA DE JESUS

CUADRO 5

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
IVU	30	49%
INFECCIONES VAGINALES	17	27%
AMBAS	13	24%
TOTAL	65	100%

Fuente Departamento Estadística MMJ
Elaborado: BRAULIO SAMUEL RIVERA G

REPRESENTACION GRAFICA 5



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los datos obtenidos de las historias clínicas puedo manifestar que a la pregunta antecedentes obstétricos de infecciones el 49% de las pacientes tenían infección de vías urinarias, el 27% tenían infección vaginal y el 24% restante tenían ambas infecciones.

La mayoría de las pacientes tenían infección de vías urinarias

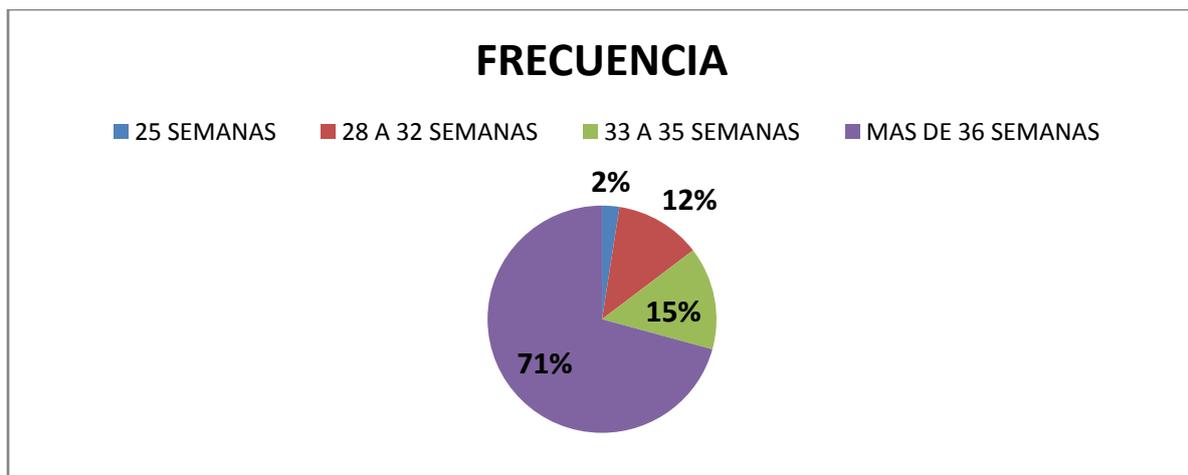
6.6 EDAD GESTACIONAL DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN LA MATERNIDAD MARIANA DE JESUS

EDAD GESTACIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
25 SEMANAS	4	3%
28 A 32 SEMANAS	7	8%
33 A 35 SEMANAS	17	15%
MAS DE 36 SEMANAS	35	74%
TOTAL	65	100%

CUADRO 6

Fuente Departamento Estadística MMJ
Elaborado: BRAULIO SAMUEL RIVERA G

REPRESENTACION GRAFICA 6



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los datos obtenidos de las historias clínicas puedo manifestar que a la pregunta edad gestacional el 71% de las historias clínicas estudiadas tenían mas de 36 semanas de embarazo,, el 15% de las historias clínicas tenían entre 33 a 35 semanas, el 7.69% tenían entre 28 a 32 semanas y el 2% tenían 25 semanas.

Por lo puedo manifestar con estos datos que la mayoría de las pacientes tenían más de 36 semanas de embarazo

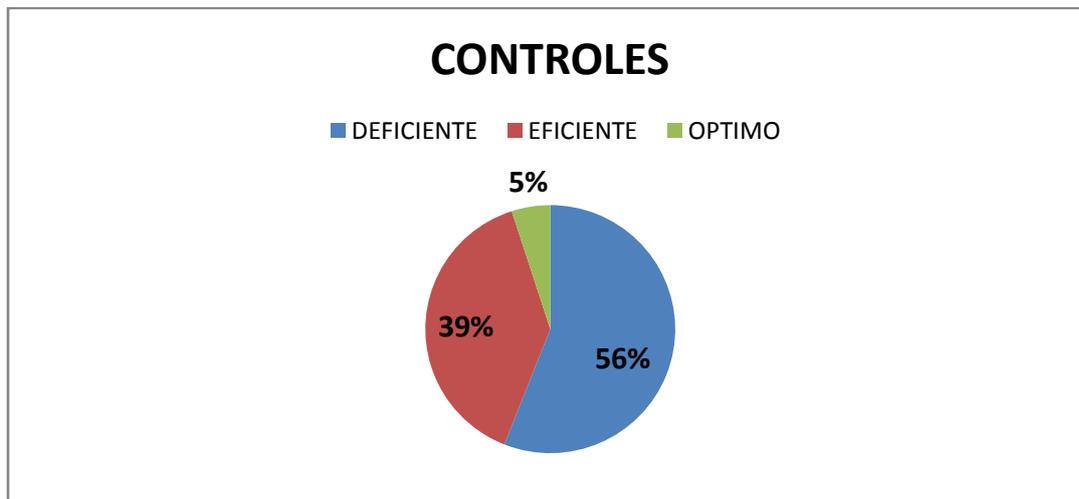
6.7.- CONTROLES PRENATALES DE LAS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN LA MATERNIDAD MARIANA DE JESUS

Cuadro 7

CONTROL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DEFICIENTE	17	57%
EFICIENTE	7	39%
OPTIMO	4	5%
TOTAL	65	100%

Fuente Departamento Estadística MMJ
Elaborado: BRAULIO SAMUEL RIVERA G

REPRESENTACION GRAFICA 7



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los datos obtenidos de las historias clínicas puedo manifestar que a la pregunta controles prenatales en las historias clínicas revisadas que el 39% tuvo un control eficiente, que el 56% de las pacientes tuvieron un control deficiente y el 5% tuvo un control óptimo

De acuerdo a estos datos puedo manifestar que la mayoría de las pacientes del estudio tuvieron un control deficiente.

7.- PROPUESTA

7.1 TITULO

Emplear controles adecuados con enfoque a la disminución de la Rotura Prematura de Membranas

7.2 OBJETIVO GENERAL

¿Estandarizar las acciones en promoción, prevención, información, oferta de métodos en todas las unidades de salud, a fin de contribuir a reducir la morbi- mortalidad materna y perinatal, de manera que les permita a las parejas dar conocimiento de los riesgos que pueda presentar y así tomar una decisión informada acerca de su vida reproductiva, así como el número y espaciamiento de sus embarazos.

7.3 OBJETIVOS ESPECÍFICO

- ❖ Informar acerca de los riesgos en el embarazo que puedan presentarse en edades maternas susceptibles.
- ❖ Evaluar aquellos factores que pueden dificultan el desarrollo del embarazo y la maternidad para poder incidir sobre ellos precozmente.
- ❖ Mantener y o mejorar la calidad de vida de la mujer.
- ❖ Identificar una oportuna intervención antes y durante el control prenatal.

7.4 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

En el transcurso del año 2012 y 2013 fueron atendidas una baja cifra de gestantes de acuerdo a los registros archivados en las estadísticas de la maternidad Mariana de Jesús situado en la ciudad de Guayaquil, donde acuden con más frecuencia las mujeres en edad fértil en forma especial las añosas gestantes, durante los meses que se realizó el trabajo investigativo para la obtención de datos estadísticos de septiembre 2012 a febrero del 2013,.

Se estructura la propuesta basada en las condiciones actuales y obteniendo las referencias necesarias para el control de pacientes añosas. De esta manera está fundamentada en recomendaciones en función de los resultados obtenidos, correspondientes a las áreas maternas neonatales. Se dice entonces que el sistema propuesto a la institución, está basado en llevar a cabo un cuidado en niveles altos en nuestras mujeres que podrían presentar un embarazo de alto riesgo.

7.4 JUSTIFICACIÓN

La propuesta planteada se justifica para emplear la correcta asesoría y consejería de planificación familiar para que nuestras usuarias antes del embarazo conozcan los riesgos que puedan presentar en el embarazo.

Se justifica debido a la atención de gestantes en la maternidad Mariana de Jesús partir de la investigación se puede constatar que estas mujeres, la paridad como antecedentes de infecciones son gran consecuencia de esta patología, la gestante va a necesitar reposo en cama, lo que va a presentar alteraciones de tipo familiar y social.

También se justificara ya que con esta propuesta capacitaremos a las mujeres sobre los efectos que presenta la rotura prematura de membranas, como partos prematuros, infecciones intramniótica.

7.5 FACTIBILIDAD DE LA APLICACIÓN

7.5.1 LA FACTIBILIDAD SE REFIERE A LA PROPUESTA

La propuesta referida sería factible y aplicable, debido a que se realizaría la determinación de los factores predisponentes o riesgos maternos las cuales en el presente trabajo investigativo ya que la Rotura Prematura de membranas no solo constituye un problema de salud pública sino también involucra a la sociedad. Mediante el empleo de control pre natal adecuados se logra una capacitación para el personal de salud para que se logre una atención eficaz antes del embarazo y en el embarazo.

Del mismo modo, consideramos factible la propuesta para desarrollarse por el Equipo Básico de Salud, también la consideraron transferible a otras Áreas y realzaron su carácter estratégico, pues permite concretar las acciones a los problemas identificados en cada lugar.

7.6 DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

Al establecer este empleo permitiría a las mujeres en edad fértil mantenerse informadas de forma oportuna a través de la asesoría y atención de calidad ofrecida por el personal de salud y así permitir la disminución de Rotura Prematura de Membranas.

Con este control se beneficiaran todas las mujeres en edad fértil sus familiares, y la sociedad ayudando a prevenir Rotura Prematura de Membranas.

7.7 CRITERIOS PARA LA VALIDACIÓN DE LA PROPUESTA

Se realizó una revisión de la norma de planificación familiar creados por ministerio de salud pública del Ecuador.

7.8 CONCLUSIONES

- ◆ Esta propuesta interviniera como criterio factible y pertinente para prevenir el embarazo de alto riesgo.
- ◆ Las mujeres en edad fértil deben ser educadas en la necesidad y el beneficio de la asistencia controlada de su embarazo.
- ◆ Nos permitirá valorar y trabajar sobre un tema que es crucial en la familia, y por lo tanto, en la sociedad, como es la obtención de un hijo sano, como buen indicador en la mejora de nuestra calidad de vida.

8.- CONCLUSIONES

PARA EL NIVEL PRIMARIO

- ❖ Que mejore la captación temprana de las gestantes con el fin de detectar e intervenir oportunamente sobre los factores predisponentes modificables que acompañan a la Rotura Prematura de Membranas.
- ❖ Que se realicen controles prenatales con calidez y calidad, de manera especial
- ❖ En las embarazadas con factores de riesgo que permitan minimizar el resultados obstétricos y perinatales adversos en las embarazadas con Rotura Prematura de Membranas.

PARA LA UNIDAD HOSPITALARIA

- ❖ Que se monitoree permanentemente el llenado correcto y completo de la historia clínica como una herramienta válida para el diagnóstico oportuno que garantice el tratamiento adecuado.
- ❖ Que se vigile el cumplimiento estricto del protocolo de la norma materna de tal manera que se cumplan los estándares mínimos de atención a la embarazada y al neonato.
- ❖ Que el presente trabajo de investigación se convierta en la línea de base para otros estudios sobre todo de intervención.

PARA LA EMBARAZADA

- ❖ Que la pareja asuma con responsabilidad el embarazo preconizando los controles prenatales para el logro de un embarazo saludable.
- ❖ Que se promuevan estilos de vida saludables para la consecución de un embarazo que minimice los riesgos obstétricos.

PARA LA ESCUELA DE OBSTETRICIA

- ❖ Que se revise periódicamente el pensum de estudios con énfasis en la aplicación de la norma materna del MSP cuyo objetivo primordial es conseguir un embarazo saludable y un parto sin complicaciones.
- ❖ Que se monitoree el cumplimiento estricto del programa de estudios basado en la aplicación de la norma materna con la finalidad que la enseñanza se convierta en un método efectivo de aprendizaje

9.- RECOMENDACIONES

- ◆ Estimular a la gestante que debe cumplir por lo menos con 6 controles prenatales por los beneficios encontrados en este trabajo.
- ◆ Realizar una anamnesis e historia clínica completa de las pacientes que refieran actividad uterina entre la semana 22 y la 36 con 6 días
- ◆ Descartar cualquier causa susceptible de intervención que este desencadenando APP o TPP (factores de riesgo, enfermedades intercurrentes), e iniciar manejo específico. Para ello realizar Hemograma completo, Uroanálisis, Urocultivo, Ecografía obstétrica
- ◆ El manejo de la Amenaza de Parto Pretérmino va dirigido a:
 - ◆ Reducir las contracciones uterinas (administración Tocolíticos).
 - ◆ Inducir la maduración pulmonar fetal (corticoides).
 - ◆ Identificar y tratar la causa de la amenaza de parto prematuro.
- ◆ En el tratamiento será profiláctico como también será conservador de la rotura prematura de membranas, basándonos a las normas y protocolos para evitar partos prematuros como infecciones materno neonatales ,cuando el embarazo es MENOR A 26 semanas, no ofrece ventajas al neonato los días de estancia de la madre y su hijo y el costo de la atención médica.
- ◆ Si la paciente tiene un embarazo de mayor a las 26 semanas hasta las 34 semanas recibir manejo conservador, con toco líticos y maduración fetal y antibióticos en un esfuerzo por prolongar el embarazo y reducir el riesgo de morbilidad en el recién nacido. se debe hacer con la paciente hospitalizada, en el periodo de latencia, edad gestacional al momento del parto, infección o resultado perinatal.
- ◆ Si el embarazo es mayor de los 37 antibióticos y esperar el parto con criterio obstétrico.

10.- BIBLIOGRAFIA

- ♦ Laterra, Cristina; Andina, Elsa; Di Marco Ingrid; *Amenaza de parto prematuro*; División Obstetricia. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Rev. Buenos aires 2003
- ♦ Cárdenas R, Martínez R, Pérez J Comportamiento del parto prematuro, Hospital General docente Dr. Ernesto Guevara de la Serna Las Tunas enero diciembre 2005.Rev. Ciencias
- ♦ Calderón Guillén J, Vega Malagón G, Velásquez Tiapanco J, Morales Carrera R, Vega Malagón A F. Factores de riesgo materno asociados al parto prematuro. RevMed IMSS 2005;Mexico, 2005.
- ♦ Faneiti, Pedro, Gomez, Ramón, Marisela, Guninad *et al.* Amenaza de parto prematuro e infección urinaria. *Revista Obste tétrica Ginecológica Venezuela.* mar. 2006, vol.66, no.1 [citado 11 Agosto 2011], p.1-6.
- ♦ Marcelina Castillo Venerio Fecundidad adolescente en Nicaragua: tendencias, rasgos emergente y orientaciones de política; Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, SERIE población y desarrollo 81; Santiago de Chile, diciembre de 2007
- ♦ Castellanos R, Gerardo Rogelio, Medina P, Jesús Manuel, Morales R, José Manuel et al. Análisis multivariado de factores de riesgo de prematuridad en Matanzas. Rev Cubana Obstet Gineco. Enero a abril.2001.
- ♦ Oliveros, Miguel, Chirinos, Jorge. Simposio, Prematuridad: epidemiología, morbilidad y mortalidad perinatal. Pronóstico y desarrollo a largo plazo. Facultad nacional de medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Hospital Nacional Edgardo RebagliatiMartins. Volumen 54. Edición 1. Enero a marzo del 2008.

- ♦ Cremonte Ortiz, Alejandra Elizalde; *Amenaza de parto pretermino*; Universidad Nacional del Nordeste, Argentina, 2007.
- ♦ Cedeño, Aldana; *Morbimortalidad Materna en las embarazadas adolescentes del Hospital Alemán Nicaragüense*, Managua Nicaragua, 1994.
- ♦ Oliveros M, Shimabuku R, Chirinos J, Costta R, Ticono M, Mestanza M Barrientos A. El riesgo de muerte del recién nacido de muy bajo peso en el Perú. Proyecto multicéntrico. RevSoc Per Pediatría.2002.

- ♦ Main DM. Epidemiología del parto prematuro. ClinObstetGinecolNorteam 2001; (Edición Revolucionaria).
- ♦ Tamariz Béjar, Ana Melina; *Incidencia y complicaciones maternas, fetales y neonatales más frecuentes en gestantes adolescentes atendidas en el hospital nacional Arzobispo Loayza, enero 2010 - enero 2011*, Departamento de Ginecología y Obstetricia de Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Buenos aires 2011.
- ♦ Rev Cubana ObstetGinecol v.27 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2001.
- ♦ Ministerio de salud. Nicaragua, Normas y protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas, División General de servicios de salud. Pág. 23. Ed. 2006.
- ♦ Ortiz Carlos Romero, Chávez Merlos Alberto. La actividad sexual como factor de riesgo en la amenaza de parto prematuro. RevFacMed UNAM Vol.44 No.5 Septiembre-Octubre, 2001. Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no44-5/RFM44503> [Revisado 04-06-11].
- ♦ Instituto Clínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatología, Hospital Clínico de Barcelona, Amenaza de Parto Prematuro. Disponible en:http://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_y_obstetrica/Amenaza_parto_pretermino. [Revisado: 06-05-11].
- ♦ Althabe Fernando. El parto prematuro: detección de riesgos y tratamientos preventivos. RevMedDom DR-ISSN!1-0254-4504 AOOERBIO 001 Vol. 61 No. 2 Mayo-agosto, 2000. 116. Disponible en: <http://bvsdo.intec.edu.do/revistas/rmd/2000/61/02/RMD-2000>. Revisado 06-05-11.

11. ANEXOS

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE OBSTETRICIA
PERIODO LECTIVO 2012 – 2013**

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° HC: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Estado civil: _____

Procedencia: _____ Residencia: _____

Educación: N P S U otros

Fecha última menstruación: ___ / ___ / ___

Gesta Para Aborto Cesárea

Motivo de consulta:

Diagnóstico de ingreso:

Edad gestacional de Ingreso _____

Ecografía resultados:

Relaciones sexuales por semana: (1-2) (3-4) (más de 5)

Exámenes de Laboratorio: Hto: _____ Hb: _____ Orina F.Q: _____

Uro cultivo..... Tipo de Bacteria.....

Tratamiento:.....

Complicaciones:

Diagnostico de Egreso:

PRESUPUESTO

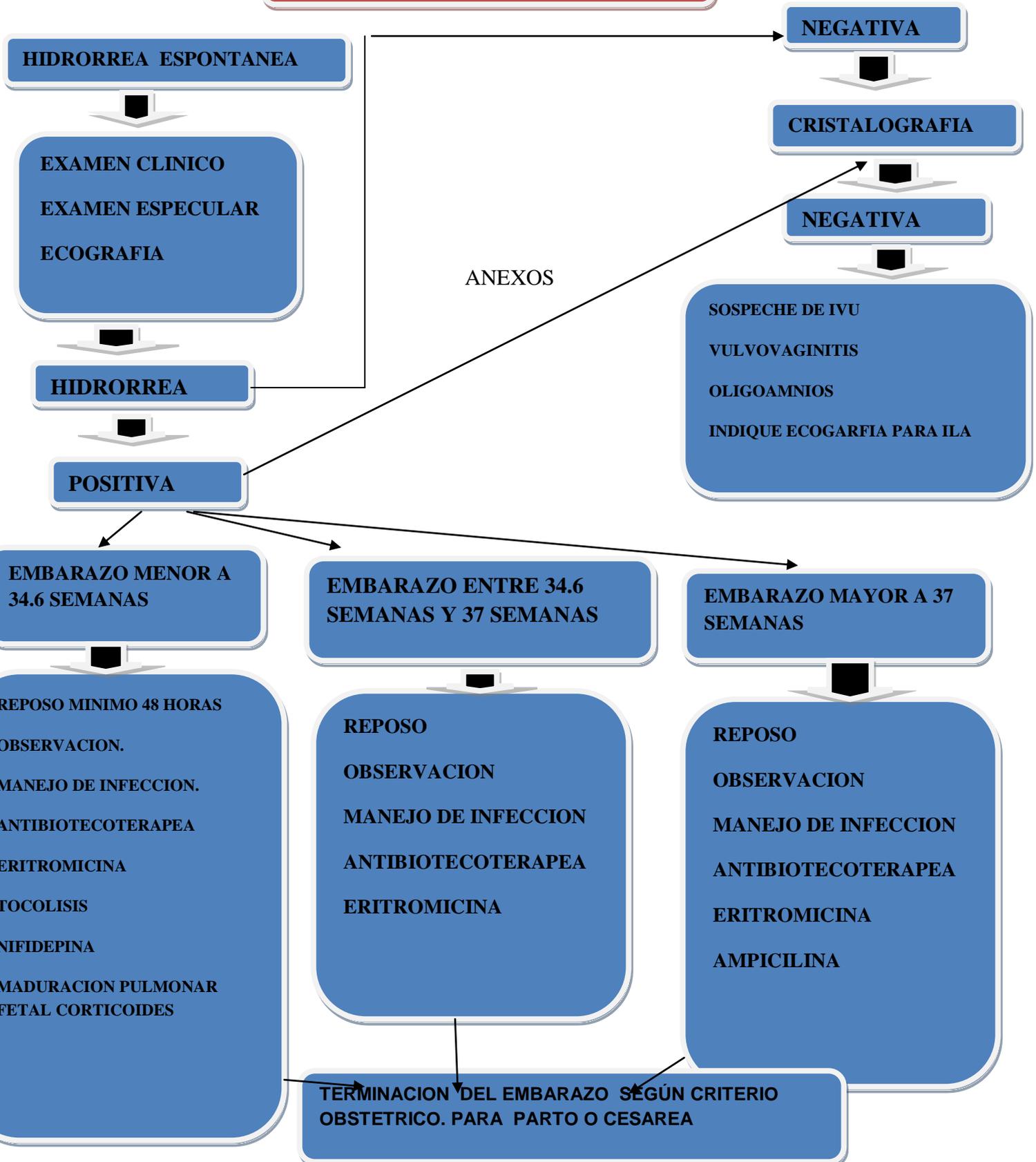
Materiales

Hojas de papel A4 de 75.....	20 dólares
Plumas y lápices.....	10 dólares
Pasajes.....	130 dólares
Tipiada e impresión.....	280 dólares
Empastado.....	100 dólares

Total.....	540 dólares

FLUJOGRAMA DE MANEJO Y TOMA DE DECISIONES

MANEJO DE R.P.M



HISTORIA CLINICA PERINATAL - CLAP - EMR - OPG - OMS

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ Sexo: _____

ANTECEDENTES

PRENATALES: Diabetes, Hipertensión, Anemia, etc.

POSTNATALES: Infecciones, Hospitalizaciones, etc.

GESTACION ACTUAL

Embarazo: _____

Edad gestacional: _____

EXAMENES

HEMÁTICOS: Hemoglobina, Hematocrito, etc.

BIOQUÍMICOS: Glucosa, Creatinina, etc.

INFECCIONES: Sífilis, VIH, etc.

OTROS: Radiografías, Ecografía, etc.

EVOLUCIÓN

TRABAJO DE PARTO: Inicio, Duración, etc.

PARTO: Tipo de parto, Lugar de nacimiento, etc.

NEONATOLOGÍA: Peso al nacer, Apgar 1 y 5, etc.

SEGUIMIENTO: Consultas, Hospitalizaciones, etc.

OTROS DATOS: Lugar de nacimiento, etc.

ANEXOS: Placenta, Membranas, etc.

CONSEJERÍA: Educación, etc.

OTROS: Otros datos relevantes.

RESUMEN: Resumen de la historia clínica.

CONSEJERÍA: Recomendaciones para el futuro.

OTROS: Otros datos relevantes.

APTADO DE LA HISTORIA CLINICA PERINATAL BASE CLAP/OPG/OMS
 MSP-H.C.U. Form. # 651