



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

**“FACTORES QUE PREDISPONEN A LA RUPTURA PREMATURA DE
MEMBRANAS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
GENERAL QUEVEDO”.**

AUTORES:

JEAN CARLOS CÁRDENAS GILER
JENNIFER ELIZABETH RODRIGUEZ ROMAN

TUTOR:

DR. MALDONADO GIL TOMAS SALOMON, Mgs

GUAYAQUIL, ABRIL 2022.



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

**“FACTORES QUE PREDISPONEN A LA RUPTURA PREMATURA DE
MEMBRANAS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
GENERAL QUEVEDO”.**

AUTORES:

JEAN CARLOS CÁRDENAS GILER
JENNIFER ELIZABETH RODRIGUEZ ROMAN

TUTOR:

DR. MALDONADO GIL TOMAS SALOMON, Mgs

GUAYAQUIL, ABRIL 2022.



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



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

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	“FACTORES QUE PREDISPONEN A LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL QUEVEDO”		
AUTOR(ES):	<ul style="list-style-type: none"> - JEAN CARLOS CÁRDENAS GILER - JENNIFER ELIZABETH RODRIGUEZ ROMAN 		
TUTOR(ES):	DR. MALDONADO GIL TOMAS SALOMON, Mgs		
REVISOR(ES):	DR. ALTAMIRANO BARCIA IVAN		
INSTITUCIÓN:	UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL		
UNIDAD/FACULTAD:	FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	MEDICINA		
GRADO OBTENIDO:	MÉDICO		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	2022	No. DE PÁGINAS:	72
ÁREAS TEMÁTICAS:	MEDICINA INTERNA, EPIDEMIOLOGÍA, GINECOLOGÍA		
PALABRAS CLAVES / KEYWORDS:	Factor de riesgo/ Infección de vías urinarias/ RPM		

Resumen: El presente trabajo investigativo tiene como finalidad determinar los factores predisponentes a una ruptura prematura de membranas en gestantes que fueron atendidas en el servicio de centro obstétrico del Hospital General Quevedo periodo 2016 – 2020. Con el único fin de prevenir en lo posible tanto las consecuencias a corto y largo plazo como las complicaciones que producen y que aumentan el riesgo de morbi-mortalidad materna y perinatal.

Métodos: Cualitativo, descriptivo-Analítico, de corte transversal, no experimental.

Conclusiones: Es indispensable destacar al factor patológico como el que mayormente se relaciona con el riesgo de condicionar a una RPM. Las infecciones urogenitales juegan un papel muy crucial en su desarrollo

Aunque en algunos casos se haya usado tanto la conducta expectante como el tratamiento conservador, es evidente que más del 89 % de las gestantes con RPM terminan en la interrupción del embarazo, siendo en esta última la cesárea el método más frecuente ya que, afirmando el fundamento teórico, las RPM constituyen una emergencia Gineco-obstétrica

ADJUNTO PDF:	SI: X	NO:
CONTACTO CON	Email:	Teléfono:
AUTOR :	jean_carlos97@hotmail.com.ar	0984330828
	jeeni14@hotmail.es	0959028023
CONTACTO	Nombre: Universidad Guayaquil. Escuela de Medicina	
INSTITUCIÓN:	Teléfono: 042288126	
	E-mail: www.ug.edu.ec	

**ANEXO XII.- 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**

FACULTAD CIENCIAS MEDICAS

CARRERA MEDICINA

**LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO
ACADÉMICOS**

Nosotros, JEAN CARLOS CÁRDENAS GILER con C.I: 1600836967 y JENNIFER ELIZABETH RODRÍGUEZ ROMÁN, con C.I: 1250601620, certificamos que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es **“FACTORES QUE PREDISPONEN RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA EN GESTANTES ATENDIDAS EN HOSPITAL GENERAL QUEVEDO”** son de nuestra absoluta propiedad y responsabilidad, en conformidad al Artículo 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN*, autorizamos la utilización de una licencia gratuita intransferible, para el uso no comercial de la presente obra a favor de la Universidad de Guayaquil.



JEAN CARLOS CARDENAS GILER

C.I. 1600836967



JENNIFER ELIZABETH RODRIGUEZ ROMAN

C.I. 1250601620

*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.

ANEXO VII.- CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD

Habiendo sido nombrado Yo, **TOMÁS MALDONADO GIL**, tutor del trabajo de titulación certifico que el presente trabajo de titulación ha sido elaborado por Cárdenas Giler Jean Carlos con C.I: 1600836967 y Rodriguez Román Jennifer Elizabeth con C.I: 1250601620, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de Médico/a.

Se informa que el trabajo de titulación: **“Factores que predisponen la Ruptura Prematura de Membranas en gestantes atendidas en Hospital General Quevedo”**, ha sido orientado durante todo el periodo de ejecución en el programa antiplagio URKUND quedando el **1 %** de coincidencia.



Document Information

Analyzed document	TESIS RPM urkund.docx (D130628645)
Submitted	2022-03-17T04:55:00.0000000
Submitted by	
Submitter email	jean.cardenasg@ug.edu.ec
Similarity	1%
Analysis address	tomas.maldonadog.ug@analysis.arkund.com

<https://secure.ouriginal.com/account/document/exemptionstatus/130628645-209875-526208>



Firmado electrónicamente por:
TOMAS SALOMON MALDONADO GIL

Mgs. TOMÁS MALDONADO GIL.

C.I. 0912576584

FECHA: 15-03-22

ANEXO VI. - CERTIFICADO DEL DOCENTE-TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

FACULTAD CIENCIAS MEDICAS

CARRERA MEDICINA

Sr. /Sra.

DRA. MARIA LUISA ACUÑA CUMBA DIRECTORA DE
LA CARRERA DE MEDICINA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
Ciudad. -

De mis consideraciones:

Envío a Ud. el Informe correspondiente a la tutoría realizada al Trabajo de Titulación **FACTORES QUE PREDISPONEN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES ATENDIDAS EN HOSPITAL GENERAL QUEVEDO** de los estudiantes **JEAN CARLOS CARDENAS GILER Y JENNIFER ELIZABETH RDRIGUEZ ROMAN** indicando que han cumplido con todos los parámetros establecidos en la normativa vigente:

- 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 porcentaje 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 los estudiantes están aptos para continuar con el proceso de revisión final.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
TOMAS SALOMON
MALDONADO GIL

Mgs. TOMAS MALDONADO GIL

C.I.: 091257654

FECHA: 13-03-2022

ANEXO VIII.- INFORME DEL DOCENTE REVISOR

Guayaquil, 18 DE MARZO DEL 2022

Sr. /Sra.

DRA. MARIA LUISA ACUÑA CUMBA
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
FACULTAD CIENCIAS MEDICAS
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
Ciudad. –

De mis consideraciones:

Envío a Ud. el informe correspondiente a la REVISIÓN FINAL del Trabajo de Titulación **FACTORES QUE PREDISPONEN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES ATENDIDAS EN HOSPITAL GENERAL QUEVEDO** del o de los estudiantes **JEAN CARLOS CARDENAS GILER** y **JENNIFER ELIZABETH RODRIGUEZ ROMAN**. Las gestiones realizadas me permiten indicar que el trabajo fue revisado considerando todos los parámetros establecidos en las normativas vigentes, en el cumplimiento de los siguientes aspectos:

Cumplimiento de requisitos de forma:

El título tiene un máximo de **15** palabras.

La memoria escrita se ajusta a la estructura establecida.

El documento se ajusta a las normas de escritura científica seleccionadas por la Facultad. La investigación es pertinente con la línea y sublíneas de investigación de la carrera.

Los soportes teóricos son de máximo **7** años.

La propuesta presentada es pertinente.

Cumplimiento con el Reglamento de Régimen Académico:

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 indica que fue revisado, el certificado de porcentaje de similitud, la valoración del tutor, así como de las páginas preliminares solicitadas, lo cual indica el que el trabajo de investigación cumple con los requisitos exigidos.

Una vez concluida esta revisión, considero que el estudiante está apto para continuar el proceso de titulación. Particular que comunicamos a usted para los fines pertinentes.

Atentamente,



firmado electrónicamente por:
**IVAN ELIAS
ALTAMIRANO
BARCIA**

DR. ALTAMIRANO BARCIA IVAN

C.I.: 0908842255

FECHA: 18-03-2022

DEDICATORIA

El presente trabajo es dedicado a nuestros padres y familia, que han sido parte fundamental en nuestro camino estudiantil y profesional, quienes nos han brindado palabras de aliento para seguir adelante y han dejado grandes enseñanzas como ejemplos de vida y superación.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por permitirnos llegar hasta este punto tan importante para nosotros, a pesar que se nos presentaron muchos obstáculos para culminar nuestro objetivo, hemos realizado un arduo trabajo juntos lleno de compañerismo y solidaridad.

De la misma forma gradecemos también a nuestras familias por todo el esfuerzo que han realizado día a día para mantenernos en la vida estudiantil, por siempre velar y orar por nosotros ya que sus bendiciones siempre nos acompañaron en este camino que no ha sido fácil pero si llevadero, gracias totales, familia, amigos, docentes por brindarnos todo su apoyo y también conocimiento que llevaremos a lo largo de nuestras vidas.

Agradecemos de forma especial a nuestro docente el Dr. Maldonado Gil Tomas, Mgs por siempre estar predispuesto a entendernos, ayudarnos en el proceso de la elaboración de nuestro trabajo, por guiarnos, y sobre todo brindarnos su conocimiento como profesional, nos llevamos la mejor experiencia de este trabajo en equipo.

INDICE DE CONTENIDO

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA.....	III
ANEXO XII.- 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	V
ANEXO VII.- CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD.....	VI
ANEXO VI. - CERTIFICADO DEL DOCENTE-TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	VII
ANEXO VIII.- INFORME DEL DOCENTE REVISOR	VIII
DEDICATORIA	IX
AGRADECIMIENTO	X
INDICE DE CONTENIDO	XI
ÍNDICE DE TABLA E ILUSTRACIONES.....	XIV
RESUMEN.....	XVI
ABSTRACT	XVII
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	4
1. EL PROBLEMA	4
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
1.3 JUSTIFICACIÓN	5
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	6
1.4.1 Objetivo general	6

1.4.2	Objetivos específicos.....	6
1.5	HIPÓTESIS	6
1.6	DELIMITACIÓN.....	6
1.7	VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	7
	CAPÍTULO II.....	8
2.	MARCO TEÓRICO.....	8
2.1	ANTECEDENTES	8
2.2	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	9
2.3	FACTORES DE RIESGO DE RPM.....	12
2.4	COMPLICACIONES DE LA RPM:	15
2.5	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	23
	CAPÍTULO III.....	25
3.	MARCO METODOLÓGICO.....	25
3.1	METODOLOGÍA.....	25
3.2	POBLACIÓN DE ESTUDIO	25
3.2.1	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	25
3.2.2	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	26
3.3	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	26
3.3.1	RECURSOS HUMANOS	26
3.3.2	RECURSOS MATERIALES	26

3.4 METODOLOGÍA DEL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	27
CAPÍTULO IV	28
4. DISCUSIÓN Y RESULTADOS	28
4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	28
4.1.1 MUESTRA	28
4.2 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	38
CAPÍTULO V	39
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	39
5.1 CONCLUSIONES	39
5.2 RECOMENDACIONES	40
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
7. ANEXOS	45
ANEXO I.- FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA DE TRABAJO DE TITULACIÓN.....	45
CERTIFICACION ACEPTACIÓN TEMA DE TESIS.....	46
ANEXO II.- ACUERDO DEL PLAN DE TUTORÍA DE TRABAJO DE TITULACIÓN.....	48
ANEXO IV.- INFORME DE AVANCE DE LA GESTIÓN TUTORIAL.....	50
ANEXO V.- RÚBRICA DE EVALUACIÓN TRABAJO DE TITULACIÓN	52
ANEXO IX.- RÚBRICA DE EVALUACIÓN DOCENTE REVISOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	53
ANEXO X.- MODELO DE LA PORTADA PARA LA ENTREGA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN (DIGITAL).	54

AUTORIZACIÓN DE BASE DE DATOS.....	1
------------------------------------	---

ÍNDICE DE TABLA E ILUSTRACIONES

Tabla 1 Operacionalización de las variables	23
Tabla 2 Diagnóstico de ingreso	28
Tabla 3 Pacientes por edad	29
Tabla 4 Edad gestacional	30
Tabla 5 Clasificación de la RPM	31
Tabla 6 Determinantes de la RPM.....	32
Tabla 7 Determinantes más comunes	33
Tabla 8 Complicaciones de la RPM.....	35
Tabla 9 Conducta en la RPM.....	36
Tabla 10 Tratamiento de elección en la RPM	37
Gráfico 1 Diagnóstico de ingreso	28
Gráfico 2 Pacientes por edad	29
Gráfico 3 Edad gestacional.....	30
Gráfico 4 Clasificación de la RPM.....	31
Gráfico 5 Determinantes de la RPM	32
Gráfico 6 Determinantes más comunes	33
Gráfico 7 Complicaciones de la RPM	35

Gráfico 8 Conducta en la RPM	36
Gráfico 9 Tratamiento de elección en la RPM.....	37

RESUMEN**“FACTORES QUE PREDISPONEN A LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL QUEVEDO”**

Autores: Jean Carlos Cárdenas Giler; Jennifer Elizabeth Rodríguez Román

Tutor: Dr. Tomas Maldonado Gil

Resumen: El presente trabajo investigativo tiene como finalidad determinar los factores predisponentes a una ruptura prematura de membranas en gestantes que fueron atendidas en el servicio de centro obstétrico del Hospital General Quevedo periodo 2016 – 2020. Con el único fin de prevenir en lo posible tanto las consecuencias a corto y largo plazo como las complicaciones que producen y que aumentan el riesgo de morbi-mortalidad materna y perinatal.

Métodos: Cualitativo, descriptivo-Analítico, de corte transversal, no experimental.

Conclusiones: Es indispensable destacar al factor patológico como el que mayormente se relaciona con el riesgo de condicionar a una RPM. Las infecciones urogenitales juegan un papel muy crucial en su desarrollo

Aunque en algunos casos se haya usado tanto la conducta expectante como el tratamiento conservador, es evidente que más del 89 % de las gestantes con RPM terminan en la interrupción del embarazo, siendo en esta última la cesárea el método más frecuente ya que, afirmando el fundamento teórico, las RPM constituyen una emergencia Gineco-obstétrica

Palabras Claves: Factor de riesgo/ Infección de vías urinarias/ RPM

ABSTRACT**“FACTORS THAT PREDISPOSE TO PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES IN PREGNANT WOMEN SERVED AT HOSPITAL GENERAL QUEVEDO”**

Authors: Jean Carlos Cárdenas Giler; Jennifer Elizabeth Rodriguez Román

Tutor: Dr. Tomas Maldonado Gil

Abstract: The purpose of this research work is to determine the predisposing factors to premature rupture of membranes in pregnant women who were treated at the obstetric center service of the Quevedo General Hospital for the period 2016 - 2020. With the sole purpose of preventing as far as possible both the short- and long-term consequences such as the complications they produce and that increase the risk of maternal and perinatal morbidity and mortality.

Methods: Qualitative, descriptive-Analytical, cross-sectional, non-experimental.

Conclusions: It is essential to highlight the pathological factor as the one that is mostly related to the risk of conditioning a PROM. Urogenital infections play a very crucial role in its development

Although in some cases both expectant management and conservative treatment have been used, it is evident that more than 89% of pregnant women with PROM end in pregnancy interruption, with cesarean section being the most frequent method in the latter, since, according to the Theoretical basis, PROM constitute a Gyneco-obstetric emergency

Keywords: Risk factor / Urinary tract infection / RPM

INTRODUCCIÓN.

A la Ruptura Prematura de Membrana fetales (RPM), la consideramos como una emergencia obstétrica, la cual se define como la lesión de la integridad de las membranas amnióticas que inicia desde las 20 SDG hasta antes del comienzo del trabajo de parto. (2) (Borja & Ricse, 2018)

Si se da previo a las 37 semanas de gestación, se considera como RPM pretérmino la cual se relaciona con un aumento de la morbilidad y mortalidad tanto materna como perinatal; y, si ocurre antes de las 24 semanas de gestación, se trata de RPM antes de la viabilidad fetal.(1)

De manera general, la RPM tiene un porcentaje de incidencia del 10 % de las gestaciones mientras que la RPM pretérmino (RPMP) se muestra con una cifra del 3 % las cuales están ligadas entre un 30-40 % de los casos de prematuridad. Ningún embarazo está exento de padecer esta patología, de hecho, puede presentarse en cualquier embarazo y presentar complicaciones en los mismos, entre las que destacan la corioamnionitis, infección posparto, desprendimiento prematuro de placenta y la sepsis materna y/o fetal como las más comunes.(2)

Existen diferentes factores asociados a RPM como las diferentes enfermedades de transmisión sexual, infecciones del tracto genitourinario en embarazo, IMC bajo, tabaquismo, antecedente de parto pretérmino anterior, distensión uterina por polihidramnios o embarazo múltiple, traumas, estatus socioeconómico bajo, conización cervical, cerclaje cervical, corioamniocentesis, déficit nutricional con pérdida calórico-proteico, y sangrado vaginal en los últimos etapas del embarazo.(3) (Torres, Euvín, & López, 2019)

Las complicaciones para las gestantes con RPM pretérmino son la infección intraamniótica que se presenta en un 15 a 25% de los casos. La infección posparto producida en 15 a 20%, su incidencia será mayor en edades gestacionales tempranas.(4)

A nivel mundial, dicha emergencia obstétrica a término se manifiesta en el 5 al 8 % de las gestaciones y la RPM pretérmino (RPMP) ocurre en el 3% relacionándose a un 30-40% de los eventos de prematuridad.(5)

Es desconocida su causa, pero se sugiere una causa multifactorial que puede estar comprometido por agentes químicos, fisiopatológicos y naturales. (Parry, 2009) En algunas pacientes se logran identificar más de una causa posible. Entre más prematura sea la ruptura se vincula directamente con procesos de infección del corion/decidua, mientras que, en cuanto mayor sea la edad gestacional en la que se dé, se relaciona a disminución de la composición del colágeno en las membranas.(6)

Los principales riesgos para el feto son las complicaciones de la prematuridad que en muchos casos pondrán en riesgo su vida. La dificultad respiratoria es la complicación más grave en las edades gestacionales pretérmino. La enterocolitis necrotizante, hemorragia intraventricular y septicemia son menos frecuentes en la RPMP cerca de término. La sepsis perinatal es 2 veces más habitual en la RPMP, en comparación con los RN pretérmino, en el postparto con membranas integra. (Torres, Euvín, & López, 2019) Siendo una causa importante de morbilidad materna relacionada hasta con un 5% de la mortalidad perinatal en el Hospital General Quevedo en gestantes de 15 - 40 años de edad, considerando que la frecuencia y severidad de las complicaciones neonatales dependen de la edad

gestacional, hemos enfocado nuestro trabajo en brindar información sobre los múltiples riesgos maternos-fetales y factores asociados a desencadenar RPM como una forma de disminuir la incidencia de dicho evento.(7)

Es evidente que la historia de la paciente quien refiere la salida de líquido de sospecha amniótica, así como la observación mediante la especuloscopía de la salida directa del líquido amniótico son pruebas aclaratorias en alrededor del 90 % de los casos de RPM. El hallazgo ecográfico de escasez o ausencia del líquido amniótico confirma la sospecha. Es aquí, establecido el diagnóstico, donde se decide la conducta a seguir, entre ellas, la indicación de la finalización del embarazo por una corioamnionitis evidente.(8)

CAPÍTULO I.

1. EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Tanto las consecuencias a corto y largo plazo como las complicaciones la ruptura prematura de membranas aumentan el riesgo de morbi-mortalidad materna y perinatal. El porcentaje de presentación en las mujeres gestantes es del 8 % de ellas el 90% entran en trabajo de parto espontáneamente dentro de las primeras 24 horas.(2)

Siendo las infecciones maternas urogenitales uno de los principales factores del desarrollo de la ruptura prematura de membranas es importante enfatizar en cualquier entidad infecciosa prenatal.(3)

Actualmente se conoce que la ruptura prematura de membrana se va a asociar al aumento de presión intrauterina lo cual provoca que las membranas coriónicas débiles se rompan, así mismo se han estudiado otros factores que se correlacionan con RPM, entre ellos están los infecciosos, maniobras quirúrgicas, incompetencia ístmica cervical y polihidramnios.(3,9)

Actualmente, los datos bioestadísticos no esclarecen factores de riesgo directos relacionados con la RPM en las gestantes según su grupo etario, por esto la importancia del presente trabajo de investigación pretende identificar estos factores y plantearlos didácticamente con el fin de dar a conocer los principales factores de riesgo de RPM por medio del análisis de las historias clínicas del Hospital General Quevedo IESS (H.G.Q) dentro del periodo establecido entre los años 2016 – 2020.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores que predisponen a la ruptura prematura de membranas en gestantes de 15 a 40 años de edad atendidas en el Hospital General Quevedo durante el periodo 2016 -2020?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Es la RPM una patología obstétrica frecuente que puede afectar a todos los embarazos y complicar las gestaciones, así como también una causa relevante de morbimortalidad materna relacionada hasta con un 10 % de la mortalidad perinatal. Debido a esto, la RPM representa uno de los problemas médicos y obstétricos de gran controversia.

Realizamos este trabajo con el fin de brindar información basada en evidencia sobre las causas que predisponen a la ruptura prematura de membranas, para ampliar nuestro conocimiento y el de la comunidad lectora. Si bien es cierto la incidencia de la ruptura prematura de membranas ha disminuido en los últimos años, sigue siendo una de las emergencias obstétricas con altas tasas de morbimortalidad para el binomio madre-hijo; por ello vemos indispensable determinar dichos factores predisponentes de la madre como manera de prevención de complicaciones a corto y largo plazo. Esta información es dirigida tanto a las gestantes como al personal de salud que maneja esta emergencia, para saber cómo actuar ante esta eventualidad de la manera más eficaz y oportuna.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo general

Determinar cuáles son los factores que predisponen la ruptura prematura de membranas en gestantes de 15 a 40 años de edad atendidas en el Hospital General Quevedo en el periodo 2016 – 2020.

1.4.2 Objetivos específicos

- Identificar los determinantes sociales, biológicos y ambientales que predisponen a la ruptura prematura de membranas.
- Clasificar las diferentes complicaciones presentadas en una ruptura prematura de membranas.
- Describir el manejo terapéutico óptimo empleado en una ruptura prematura de membranas.

1.5 HIPÓTESIS

Las infecciones maternas urogenitales representan uno de los principales factores, así como el más común, del desarrollo de la ruptura prematura de membranas.

1.6 DELIMITACIÓN

Campo: Salud.

Área: ginecología & obstetricia, medicina general. medicina familiar / medicina general integral.

Lugar: Hospital General Quevedo (IESS), Ecuador, Los Ríos, Quevedo.

Periodo: Enero del 2016 a diciembre del 2020.

Ubicación: Avenida San Rafael, distrito 12D03, parroquia 24 de mayo

1.7 VIABILIDAD Y FACTIBILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Este es un estudio viable y factible ya que representa interés para el área de la salud el conocer los principales factores de riesgo para la Ruptura Prematura de Membranas para poder así ampliar el enfoque de la prevención y el seguimiento de la afección de los pacientes porque nos permitirá estar más alertas ante los mismos.

Todo esto es gracias al aporte del área de docencia y estadística (TICS) por parte del Hospital General Quevedo (IESS) así como la guía de los tutores para la exacta interpretación y estructura del proyecto.

CAPÍTULO II.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

Según el estudio realizado por las Dras. Samanta Katherine Barrionuevo Mendoza y Elsa Graciela Rivera Herrera en el Hospital General Docente de Riobamba, Ecuador, entre el periodo de noviembre del 2017 a febrero del 2018, se evidenció que el factor de riesgo más relevante en la mayoría de estas fueron las infecciones urinarias y cervicovaginales durante el embarazo. Respecto al factor obstétrico de mayor importancia se encontraron los controles prenatales escasos y el oligohidramnios. Además, su estudio no evidenció como factores de riesgo aquellos relativos a violencia, hábitos tóxicos, automedicación, relaciones sexuales durante los últimos 15 días, así como tampoco con la amniocentesis y el polihidramnios. Dentro de los factores sociodemográficos encontrados como factores de riesgo se esclarecieron aquellos relacionados con un nivel socioeconómico bajo, las edades mayores de 27 años, la raza mestiza, el tiempo diario de pie durante el embarazo (mayor a 6 horas) y los hábitos alimentarios inadecuados. La mayor parte de las RPM se dieron en el tercer trimestre del embarazo y en aquellas gestantes con un PIG (periodo intergenésico) mayor a 3 años, así como el historial de complicaciones durante el embarazo.(5)

En referencia a otro estudio regional en la ciudad de Lima, Perú, el Dr. Gary Marco Marquina Reynaga describió los diferentes agentes que se asocian a RPM en gestantes pretérmino del Hospital Santa Rosa de enero a noviembre del dos mil diecisiete, (Pasapera, Purizaca, Matorel, & Cardoza, 2015) en los que evidenció datos similares con el estudio local mencionado; los factores más

relevantes los constituyen la infección cervicovaginal y las infecciones del tracto urinario. Además, se encontró un factor de riesgo predominante la anemia gestacional, así como el antecedente de parto pretérmino y la edad materna. (10)

2.2 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Se define a la ruptura prematura de membranas (RPM) como la lesión de la integridad de las membranas corioamnióticas que se origina luego de las 20 semanas de gestación y previo al comienzo del trabajo de parto. (Vergara, 2009) Está presente en un porcentaje significativo de los embarazos y constituye una de las causas de morbimortalidad materno-fetal, así como una causa de prematuridad.(2)

Son varios los factores relacionados con la RPM, su causa exacta aún no está determinada con claridad por lo que se establece un componente multifactorial entre los que destacan determinantes socioeconómicos, clínicos y gineco obstétricos. Se produce en el 10 % de las gestaciones, alrededor del 3 % lo constituyen las RPM pretérmino (RPMP) y están asociadas a un 30-40 % de los casos de prematuridad.(1,2)

Resulta ser una causa relevante de morbimortalidad materna y se le relaciona con hasta el 10 % de la mortalidad perinatal. Durante el último año 2021, se han reportado 143 muertes maternas de las cuales, las complicaciones por la RPM corresponden al 2.7 % de las mismas.(11)

Anatomía de las membranas corioamnióticas.

Las células del epitelio del amnios derivan de la capa ectodérmica fetal del disco embrionario, mientras que la capa de células del mesénquima similar a fibroblastos se cree que derivan del mesodermo embrionario. Durante la embriogénesis, las células del mesénquima se encuentran adyacentes a la superficie basal del epitelio amniótico,

es aquí, entre estas dos capas, donde conforme avanza el desarrollo se depositan los colágenos intersticiales. A medida que el saco amniótico crece, la compacidad de las células del mesénquima se reduce de forma progresiva para distribuirse de manera dispersa. Al término del embarazo, son las células del epitelio amniótico las que forman un epitelio continuo e ininterrumpido en la superficie amniótica del feto mientras que las mesenquimatosas se encuentran ampliamente distribuidas y conectadas por una red reticular de matriz extracelular.

En la fase final del embarazo, el amnios es una membrana avascular sumamente resistente, pero, a su vez, flexible. Es contigua al fluido amniótico y desempeña un rol de relevancia en el periodo de gestación. Por esta razón, la RPM resulta ser una causa principal de un parto prematuro.

Histológicamente hablando, Bourne en 1962 observó describiendo que las membranas fetales se encuentran constituidas por cinco capas:

- El epitelio amniótico
- El mesénquima amniótico
- La zona esponjosa
- El mesénquima coriónico
- El trofoblasto
- Decidua.

El epitelio amniótico resulta ser la superficie interna que está bañada por líquido amniótico el cual es una capa única e ininterrumpida de epitelio cuboidal, este se encuentra unido a una membrana basal distinta la cual se encuentra conectada a una capa acelular y compacta rica en colágeno intersticial. En la

configuración externa de esta última capa, se encuentra una fila de células mesenquimatosas tipo trofoblasto. El amnios del ser humano carece de células musculares lisa, nervios, vasos linfáticos y sanguíneos.

La decidua y el corion ceden mucho antes del amnios, tanto así que las membranas son tan elásticas que pueden extenderse 2 veces al tamaño normal en el transcurso del embarazo. La elasticidad y firmeza de estas membranas está dada por la capa sólida conformada por colágenos intersticiales reticulados, mientras que la resistencia a la tensión está regulada por el ensamblaje del colágeno fibrilar influenciado por interacción de fibrillas con proteoglicanos. Según estudios, la disminución de los proteoglicanos es la responsable de la alteración de la funcionalidad de las membranas fetales. Por consiguiente, debido a que estas se encuentran recubriendo el cuello uterino, logran un cambio regional en la expresión genética y activación de linfocitos que dan lugar a una cascada inflamatoria lo que contribuye a la remodelación tisular y pérdida de la resistencia a la tracción del amnios.(12)

Clasificación:

La RPM puede clasificarse como:

1. RPM a término: posterior a las 37 SDG
2. RPM pretérmino (RPMP): previo a las 37 SDG
3. RPM prolongado: aquella que dura más de 24 horas de ruptura. Puede combinarse con cualquiera de las dos anteriores.
4. RPM Previaible (RPMpv): aquella que se da antes de las 24 semanas de gestación. (Riveros, 2018)

La importancia de diferenciar clínicamente cada una de las presentaciones de la RPM es el abordaje clínico adecuado que debe ser instaurado en cada una de ellas. Aquí, se denomina a la fase de latencia al periodo que ocurre entre la lesión de membranas y la iniciación del trabajo de parto, por ello, es este estadio, más la edad gestacional lo que define el pronóstico y el manejo de acorde a la probable interrupción o no del embarazo.(2)

Patogenia:

La génesis exacta por la que se da la RPM es incierta todavía. Se cree que en las membranas se produce un debilitamiento fisiológico en consecuencia a una disminución de las resistencias debido a mecanismos de pérdida del colágeno tipo II, depósito de material fibrinoide con edema, delgadez de las capas trofoblástica y decidual así como la presencia de prostaglandinas E2 y F2 producidas por las células deciduales favoreciendo así las contracciones las cuales se intensifican si hay presencia de bacterias, de allí la relevancia de la implicación de infecciones con su estrecha relación como factor de riesgo.(1,6)

2.3 FACTORES DE RIESGO DE RPM

Son múltiples los factores que se relacionan con la RPM, algunos de ellos no se logran identificar con totalidad en la mayoría de las pacientes, pero hay un estrecho vínculo con los del parto prematuro. Entre los que se destacan:

- Infecciones del tracto genital e intrauterinas.
- Infecciones de las vías urinarias.
- Antecedente de RPM y parto pretérmino.
- Estado nutricional alterado como un IMC bajo.
- Nivel socioeconómico y de escolaridad.

- Hemorragia antes del parto.
- Anomalías cervicales antes del embarazo.
- Procedimientos invasivos.
- Controles prenatales insuficientes.
- Hábitos tóxicos.
- Traumas, víctima de violencia.
- Anomalías cervicales.
- Embarazos múltiples y polihidramnios.

Entre otros factores, se destacan el trauma agudo, embarazos múltiples y polihidramnios.(1,2,6,13,14)

Diagnóstico:

Se realiza con la historia clínica y la visualización de la salida de líquido desde el orificio cervical por medio de la especuloscopia con lo que se confirma más del 90% de los casos. En la historia clínica la paciente puede informar de la salida súbita de líquido o un flujo continuo, sin embargo, muchas de las mujeres lo suelen describir como una sensación de humedad en la vagina o como un aumento en la frecuencia urinaria.(9,10)

En la historia clínica la paciente puede informar de la salida súbita de líquido o un flujo continuo, sin embargo, muchas de las mujeres lo suelen describir como una sensación de humedad en la vagina o como un aumento en la frecuencia urinaria. Sin evidencia de salida de líquido amniótico el diagnóstico se vuelve incierto por lo que es necesario la ayuda de pruebas adicionales para la toma de decisiones.(2,6,8)

Exámenes de laboratorio:

- ❖ Clínica: observar la expulsión de líquido amniótico a nivel de cuello cervical o el aumento de la cantidad líquido en fondo de saco vaginal acoplado al relato de la gestante sobre la pérdida transvaginal de líquido, es confirmatorio en un 90 %. (Gutierrez, 2018)
- ❖ Papel de nitrazina: utilizar un tirilla amarilla preparado para dicho fin, donde lo que se mide es la modificación del pH normal de la vagina (4.5-6.0) al impregnar el líquido, el cual cambia a color azul/púrpura (pH 7.1-7.3), constatando la presencia de líquido amniótico. Puede dar falsos positivos ante la presencia de otros líquidos o secreciones como semen, sangre e infección vaginal. (Gutierrez, 2018)
- ❖ Cristalografía/prueba de helecho: el líquido se observa en forma de helechos al microscopio.
 - ❖ Test de la proteína de unión al factor de crecimiento similar a insulina (IGFBP-1).
 - ❖ Ultrasonido: hay casos donde se observa por ultrasonografía un nivel normal de líquido amniótico y producirse la pérdida de integridad de membranas corioamnióticas. Puede ser útil el uso de ultrasonido en gestantes con sospecha de presencia de líquido amniótico en fondo de saco sin la presencia de salida de líquido por visualización directa del orificio del cuello uterino.
 - ❖ Amniocentesis con Índigo Carmín: al inyectarlo vía transuterina a la cavidad diluido en solución isotónica, se observaría un líquido de color azulado pasando por el canal vaginal. Aunque invasiva, se considera una prueba innegable de ratificación de ruptura de membranas.
 - ❖ Fibronectina Fetal: determinación de fibronectina fetal cervicovaginal ha sido sugerida por algunos investigadores, sin embargo, por sus altos falsos positivos no se aconseja como prueba estándar.(15)

Diagnóstico diferencial:

- Leucorrea: secreción genital blancoamarillento infeccioso asociado con picazón.

- Incontinencia urinaria: salida involuntaria de orina, común en la última mitad de la gestación, en multíparas por relajación de esfínteres y cistocele, descartar infección del tracto genitourinario.

- Pérdida de tapón mucoso: secreción mucosa que puede ser sanguinolenta.(2,8) (Gutierrez, 2018)

2.4 COMPLICACIONES DE LA RPM:

La RPM es responsable del 30% de los partos prematuros y del 10% de la mortalidad perinatal. Dentro de las complicaciones se agrupan en dos categorías, aquellas que implican un riesgo materno y aquellas de riesgo fetal.

Las primeras incluyen la infección intraamniótica, que puede ocurrir entre el 13 y 60%. Es más frecuente a menor semanas de gestación, y aumenta con los exámenes genitales. (MSP, 2015) La siguiente es el desprendimiento prematuro de placenta, que puede presentarse entre el 4-12% y la infección post parto, la cual puede ocurrir entre el 2 y 13%. Otras complicaciones incluyen mayor riesgo de sangrados, coagulopatías y síndrome de respuesta inflamatoria materna.(16)

Respecto a las complicaciones fetales, el mayor riesgo fetal para los RN es la prematuridad lo que significa probabilidad adquirir de síndrome de membrana hialina, enterocolitis necrotizante (EN), hemorragia intraventricular, leucomalacia periventricular (LPV), septicemia y muerte neonatal. (MarcadorDePosición1) Entre otras complicaciones se presentan:

- Síndrome de respuesta inflamatorio fetal.
- Compresión del cordón y prolapso del cordón umbilical.
- Oligohidramnios.

La infección intraamniótica aparece en un 30-40% de las pacientes con RPM. Se asocia a un aumento de la morbilidad feto-neonatal (Síndrome de Respuesta Inflamatoria Fetal "SRIF", sepsis, EN, LPV) en general debido a un significativo incremento en la incidencia de corioamnionitis clínica. El oligohidramnios severo da lugar a hipoplasia pulmonar, deformidades fetales y compresión del cordón umbilical.(15,17,18)

CORIOAMNIONITIS CLÍNICA:

Corresponde al CUADRO CLÍNICO originado por la presencia de gérmenes en la cavidad amniótica. Se manifiesta de un 4-16% en gestantes con RPM a término, su incidencia va en aumento cuando la ruptura de membranas ocurre en gestaciones con menos SDG. En general, la corioamnionitis se evidencia en un 10- 30% de las RPM de pretérmino. Su tratamiento se basa en la terminación de la gestación con cobertura antibiótica intravenosa (Cardozo, 2012). La infección intraamniótica es ascendente, es decir los gérmenes provienen de la vagina, desde allí pueden infectar la interfaz coriodesidual, el líquido amniótico o el feto (por deglución del LA infectado). En pacientes de RPM de pretérmino los microorganismos aislados más frecuentes son (en orden descendente): *Ureaplasma urealiticum* (27%), flora mixta (17%), *Mycoplasma hominis* (6%), *Streptococcus agalactie* (4%), *Streptococcus viridans* (4%), *Gardnerella vaginalis* (4%), entre otros.(19)

La infección es una preocupación importante con la ruptura de las membranas. Mientras que algunos casos permanecen subclínicos, si la corioamnionitis se diagnostica, se inician esfuerzos rápidos para efectuar el parto, preferentemente vaginal. Debido a que sólo la leucocitosis materna no es un hallazgo consistente, la fiebre es el único indicador confiable para el diagnóstico de corioamnionitis. Tradicionalmente, se acepta que una temperatura de ≥ 38 °C que acompañe a la ruptura de las membranas se la implica con una infección. En 2015, un taller patrocinado por el NICHD se convocó y sugirió renombrar esta afección “infección e inflamación intraamniótica” (Higgins, 2016). El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos recientemente revisó ambas definiciones (en el 2017) y límites de temperatura para la infección intraamniótica. Concordaron en que el diagnóstico de infección intraamniótica se confirma cuando la temperatura materna es de ≥ 39.0 °C o si va desde 38.0 a 38.9 °C más la manifestación de un factor de riesgo clínico como baja paridad, múltiples tactos vaginales, monitores internos fetales y uterinos maternos, líquido amniótico con meconio y la evidencia de ciertos microorganismos en la vía genital. Como en el caso de los estreptococos del grupo B y agentes transmitidos sexualmente. Con la corioamnionitis, la **Tratamiento de la RPM:** morbilidad neonatal y fetal se incrementa sustantivamente.(12)

De manera general, el manejo de la RPM puede plantearse en dos grandes formas:

1. Interrupción del embarazo si hay sufrimiento fetal, infección o mayor a 34 SDG.
2. De forma diferente, reposo, monitorización estricta, antibioticoterapia y se puede considerar el uso de corticoides. (Moldenhauer, 2020)

El empleo adecuado de los diversos instrumentos de diagnóstico permite mayor eficacia y eficiencia en la utilización de los recursos y la identificación de fetos que podrían beneficiarse de una conducta expectante versus resolutiva y, viceversa. (20, 21)

El tratamiento de la RPM abarca identificar los riesgos de infección si se pospone el parto versus las complicaciones por inmadurez neonatal cuando el parto es cercano. No hay estrategias acertadas, pero generalmente los signos de sufrimiento fetal o de infección (p. ej., dolor uterino más alta temperatura) son indicadores de interrupción del embarazo sea por parto o cesárea. Al contrario, el embarazo puede extenderse por un lapso variable si los pulmones fetales no están maduros o si el trabajo de parto puede comenzar naturalmente (Moldenhauer, 2020) (es decir, en la última etapa del embarazo). Muy aparte del control dado, un porcentaje alto de las pacientes con ruptura prematura de membranas lejos del término (24 a 34 SDG) finalizan el embarazo en la primera semana posterior a la ruptura. (CHAVEZ, 2014)

Conducta expectante:

Cuando es usado un manejo de vigilancia, la actividad de la gestante se restringe a un reposo absoluto y completo. Se controla la PA, la FC y la temperatura mínima cada 8 horas. Se suministra antibioticoterapia intravenosa (generalmente 2 días de ampicilina y eritromicina, seguidas de 5 días de amoxicilina y eritromicina VO); disminuyen la fase de latencia y la morbi-mortalidad neonatal. (Moldenhauer, 2020) Si el embarazo es ≥ 24 semanas y < 34 semanas, el médico debe administrar a la paciente corticosteroides para acelerar la maduración pulmonar fetal.

Tocolisis:

No existe suficiente información que apoya o contraindica la administración de tocolíticos profilácticos. La tocolisis profiláctica se asocia a una extensión de la gestación y a una alta probabilidad de desarrollar una infección de las membranas amnióticas sin ninguna utilidad importante materno o neonatal, sin embargo, su aplicación no se ha analizado correctamente con antibioticoterapia de latencia y corticosteroides. (Gutierrez, 2018) No obstante, el inicio profiláctico de tocolíticos posterior a la RPM pretérmino ha demostrado aumentar la fase de latencia a corto plazo mientras que la tocolisis terapéutica (luego de contracciones) no ha demostrado aumentar el tiempo de latencia. Existen muchos fármacos que son utilizados para la eliminar las contracciones uterinas a saber: beta-agonistas, bloqueadores de los canales de calcio, inhibidores de la prostaglandina sintetasa, sulfato de magnesio y antagonistas de los receptores de oxitocina. El objetivo principal es retardar el parto y completar un curso de corticosteroides y antibióticos. (VIGIL, 2011) (21–23)

Uso de esteroides:

Existe numerosa evidencia de la aplicación de corticoides prenatales cuando hay la probabilidad de nacimiento en embarazos en las semanas 24 y 34 de gestación. (26). Los corticosteroides disminuyen la morbi-mortalidad con alta eficacia durante edades gestacionales, por lo que la no aplicación de esta sería más bien un perjuicio. Los corticosteroides disminuyen el SDR, la hemorragia intraventricular, la enterocolitis necrotizante, también las infecciones sistémicas en los dos primeros días luego del nacimiento, y el descenso de estas morbilidades conlleva a una disminución de la mortalidad neonatal cerca de 1/3. (Vergara, 2009) La RPM no contraindica el uso de betametasona a dosis adecuadas; se deben aplicar los mismos criterios que en el resto

de los casos habituales de amenaza de nacimiento pretérmino espontáneo o prematuridad indicada por causa materno-fetal. Su uso prenatal no incrementa el riesgo de infección fetal o neonatal en general, ni tampoco en los casos de rotura prematura de membranas antes del trabajo de parto. La incidencia global de infección materna no se ve aumentada por la administración de corticoides antenatales.(15,21,23,24)

Terminación del embarazo:

Para establecer la terminación del embarazo se toman en cuenta dos escenarios: al ingreso por emergencias obstétricas o en pacientes hospitalizadas.

Emergencias obstétricas: la interrupción del embarazo está indicada en los siguientes casos clínicos: trabajo de parto activo (no se establecen como primera línea el uso de los tocolíticos con criterio terapéutico ya que no son útiles), historial clínico o analítico de infección intraamniótica, sintomatología que sugiere un desprendimiento de placenta normoinserta; edad gestacional < 32 semanas que evidencien en el registro cardiotocográfico variabilidad nula o mínima asociada con disminución espontánea de la frecuencia cardíaca o, bien, embarazos > 32 semanas seguido de prueba de bienestar fetal no reactiva, con variabilidad mínima o nula y disminución evidente de la frecuencia cardíaca fetal; las alteraciones de la estructura o fetos con mínimo desarrollo intrauterino, con ausencia de diástole en el Doppler arterial umbilical, también son criterios para la finalización del embarazo.

Hospitalización: son criterios para terminar la gestación: la clínica o analítica sugestiva de infección intraamniótica y sufrimiento fetal. En caso de

anhidramnios, muy aparte de la EG, se culminará el embarazo posterior a la administración de esteroides (considerar el concepto de ideal, es el día dos del ingreso). En madres con > 32 SDG y con examen de maduración pulmonar (maduro o baja morbilidad respiratoria, líquido amniótico).

Como plan del tratamiento es fundamental el uso del sulfato de magnesio como neuroprotector fetal, que requiere ser aplicado entre las 24-32 SDG y cuya finalización esté planificada en las siguientes 24 horas. Se utilizará el siguiente esquema: 4 gramos iv en 20 min como dosis de impregnación y como dosis de mantenimiento 1 gramo cada hora al menos durante las 12 primeras horas previas a la culminación. El indicativo del uso de sulfato de magnesio en este contexto ha demostrado una importante disminución en la incidencia de parálisis cerebral. (Rodríguez-Bosch, 2018) (15,21,23–25)

En lo que corresponde a la vía del nacimiento, existe información suficiente para considerar las condiciones obstétricas como las variables determinantes por lo que la infección intraamniótica y prematuridad no contraindica la vía vaginal. (Rodríguez-Bosch, 2018) (20)

MANEJO DE ACUERDO CON LAS SEMANAS DE GESTACIÓN:

GESTACIONES A TÉRMINO:

La finalización de la gestación de forma inmediata (al ingreso) o en las siguientes 24 horas se asocia a un menor riesgo de corioamnionitis clínica y endometritis que la conducta expectante sin aumentar por ello el riesgo de morbimortalidad materna ni neonatal, ni la tasa de cesáreas o partos instrumentados, ni el riesgo de sepsis neonatal. Ambos métodos de finalización (maduración con prostaglandinas o inducción con oxitocina) presentan resultados perinatales similares, aunque se ha observado que

la inducción con oxitocina se asocia a una latencia al parto más corta y a un menor riesgo de corioamnionitis. Por último, no hay un consenso protocolizado respecto al manejo con antibióticos en la ruptura prematura de membrana a término comparadas con las pretérmino. (T. Cobo, 2021) No existe evidencia suficiente para justificar la profilaxis antibiótica en RPM a término antes de las 24 horas, salvo en caso de portadoras de SGB. Es por ello por lo que si RPM < 24h y SGB negativo no se iniciaría antibioterapia coincidiendo con la finalización.

GESTACIONES PRETÉRMINO:

Se debe considerar factores de;

- Edad gestacional
- Factores de riesgos clínicos para corioamnionitis
- Cantidad de líquido perdido
- Signos de descompensación materna y fetal.(26)

Evolución y pronóstico:

Esta afección aumenta significativamente la morbilidad y mortalidad materno neonatal. El tratamiento de RPM depende de la edad gestacional. En embarazos < a 24 semanas o previables la terapéutica expectante no se justifica, (una vez que se confirmatorio el diagnóstico mediante todos los estudios disponibles) por lo que la finalización del embarazo es aconsejada, debido al pronóstico neonatal perjudicial y el riesgo materno alto. (Gutierrez, 2018) (1,2,6)

En embarazos entre las 24 a 34,6 SDG, Lo que se recomienda es la terapéutica expectante con maduración pulmonar fetal y antibióticoterapia profiláctica para mejoría del pronóstico neonatal y reducir la morbi-mortalidad

materna. En embarazos de >35 SDG se sugiere interrupción del embarazo. Las gestantes en trabajo de parto con evidencia de corioamnionitis, muerte fetal, desprendimiento normoplacentario, compromiso fetal, y gestación >35 semanas, requieren nacimiento oportuno e inmediato. (Gutierrez, 2018) (2)

2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

- ❖ VARIABLE DEPENDIENTE: RPM.
- ❖ VARIABLE INDEPENDIENTE: factores que predisponen la RPM.
- ❖ VARIABLES INTERVINENTES: edad, edad gestacional, complicaciones de la RPM, manejo terapéutico.

Tabla 1 Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	FUENTE
DEPENDIENTE: Ruptura prematura de membranas.	Pérdida de integridad de las membranas corioamnióticas.	Pretérmino. Previales.	Historia y evidencia clínica. Especuloscopia. Ecografía obstétrica.	Expediente clínico.
INDEPENDIENTE: Factores que predisponen la ruptura prematura de membranas.	Determinantes que favorecen el riesgo de padecer la patología.	Bioquímicos Sociales Fisiológicos Ambientales Patológicos	ITS, IVU, IMC bajo, tabaquismo, parto pretérmino previo, distensión uterina por polihidramnios o embarazo múltiple, trauma agudo, nivel socioeconómico bajo, conización cervical, cerclaje cervical, amniocentesis, deficiencias nutricionales, sangrado vaginal del 2° o 3° trimestre del embarazo.	Historia clínica.

INTERVINEN TE:				
Edad.	Periodos en los que se divide la vida humana.	Menores de 18 años. Entre 18 y 34 años. Mayores de 34 años.	Porcentaje.	Expediente clínico.
Edad gestacional.	Número de semanas con las que se mide la maduración fetal.	Cerca de término. Lejos de término. Previaible.	Entre 35 y 36 semanas. Entre 24 y 34.6 semanas. Menos de 24 semanas.	Historial clínica.
Complicaciones de la RPM.	Cada una de las patologías con repercusión orgánica/sistémica posterior a una RPM.	Complicaciones fetales. Complicaciones maternas.	Corioamnionitis, infección posparto, desprendimiento prematuro de placenta, sepsis materna, membrana hialina, sepsis neonatal, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante, compromiso neurológico, compresión de cordón umbilical.	Expediente clínico.
Manejo terapéutico.	Conjunto de medidas y prescripciones médicas que se emplean en las pacientes.	Conducta expectante. Manejo conservador: Corticoides + Antibióticos. Interrupción del embarazo.	Percentil.	Historia clínica.

CAPÍTULO III.

3. MARCO METODOLÓGICO.

3.1 METODOLOGÍA

Se trata de un estudio: **Cuantitativo.**

Diseño de la investigación: **No experimental.**

Tipo de investigación: **Retrospectivo, Corte transversal.**

Método de investigación Empírico: **Observación.**

Método de investigación Teórico: **Descriptivo.**

3.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Descripción de la muestra y procedencia de los sujetos de estudio: Universo de 162 pacientes de sexo femenino, gestantes entre 15 y 40 años de edad ingresados con diagnóstico presuntivo y definitivo de RPM, CIE-10: O420, O421, O422, O429 y P011 desde enero del año 2016 a diciembre del año 2020 en el servicio de emergencias gineco-obstétricas del Hospital General Quevedo (IESS).

La muestra fue seleccionada a partir de los expedientes clínicos registrados en el sistema informático AS400 de acuerdo con los criterios de inclusión del que se obtuvo un total de 107 pacientes.

3.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Pacientes con diagnóstico presuntivo y definitivo de RPM, CIE-10: O420, O421, O422, O429 y P011.
- ✓ Pacientes con edades comprendidas entre 15-40 años de edad.
- ✓ Pacientes con diagnósticos de complicaciones atribuyentes a la RPM con antecedentes en la historia clínica de haber padecido una RPM.

3.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ❖ Pacientes en quienes los exámenes complementarios hayan descartado una RPM.
- ❖ Pacientes que hayan pedido alta voluntaria antes de la confirmación del diagnóstico de RPM.
- ❖ Pacientes con edades menores de 15 años
- ❖ Pacientes con edades mayores a 40 años.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

3.3.1 RECURSOS HUMANOS

Investigadores

Tutor académico y tutor metodológico.

3.3.2 RECURSOS MATERIALES

Historias clínicas (expedientes clínicos)

Sistema AS400 del Hospital General Quevedo (IESS)

Laptops

Impresora

Materiales de oficina

Internet

Microsoft Excel

Microsoft Word

Programa SPSS Statistics.

3.4 METODOLOGÍA DEL ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Se tabularon los datos obtenidos gracias al departamento de TICS del Hospital General Quevedo en una matriz de base en Excel para así poder realizar los gráficos y tablas necesarias para el estudio, todo esto basándonos a las variables con la finalidad de lograr cumplir con los objetivos utilizando el análisis descriptivo y retrospectivo, separando las variables cuantitativas y cualitativas.

CAPÍTULO IV

4. DISCUSIÓN Y RESULTADOS

4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1.1 MUESTRA

Se consideró la totalidad de la población de estudio para la tabulación y el análisis de los datos dando un número de 106 pacientes.

Tabla 2 Diagnóstico de ingreso

DIAGNÓSTICO CIE-10	TOTAL
O420	75
O421	16
O422	15
Total general	106

Gráfico 1 Diagnóstico de ingreso

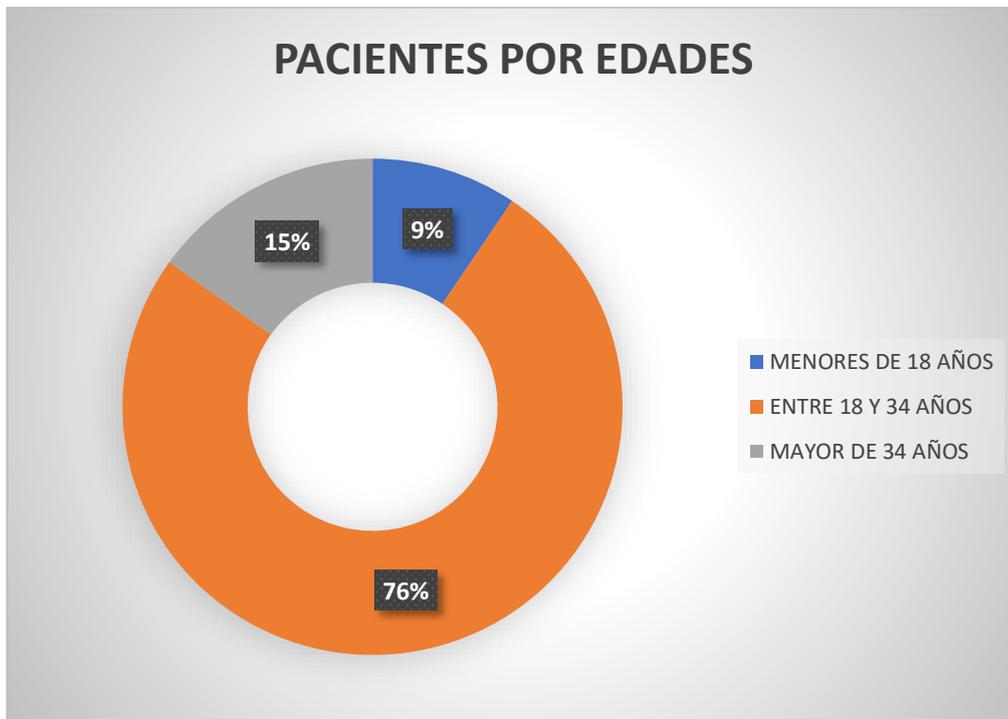


Análisis: De las 106 pacientes estudiadas, el 75 % ingresaron con el diagnóstico de O420 ("Ruptura prematura de las membranas, e inicio del trabajo de parto dentro de las 24 horas"); seguido de un 15 % que representaron el diagnóstico de O421 ("Ruptura prematura de las membranas, e inicio del trabajo de parto después de las 24 horas"); y el 14 % restante correspondieron con el diagnóstico de O422 ("Ruptura prematura de las membranas, trabajo de parto retrasado por la terapéutica").

Tabla 3 Pacientes por edad

EDADES	PACIENTES
MENORES DE 18 AÑOS	10
ENTRE 18 Y 34 AÑOS	80
MAYOR DE 34 AÑOS	16

Gráfico 2 Pacientes por edad

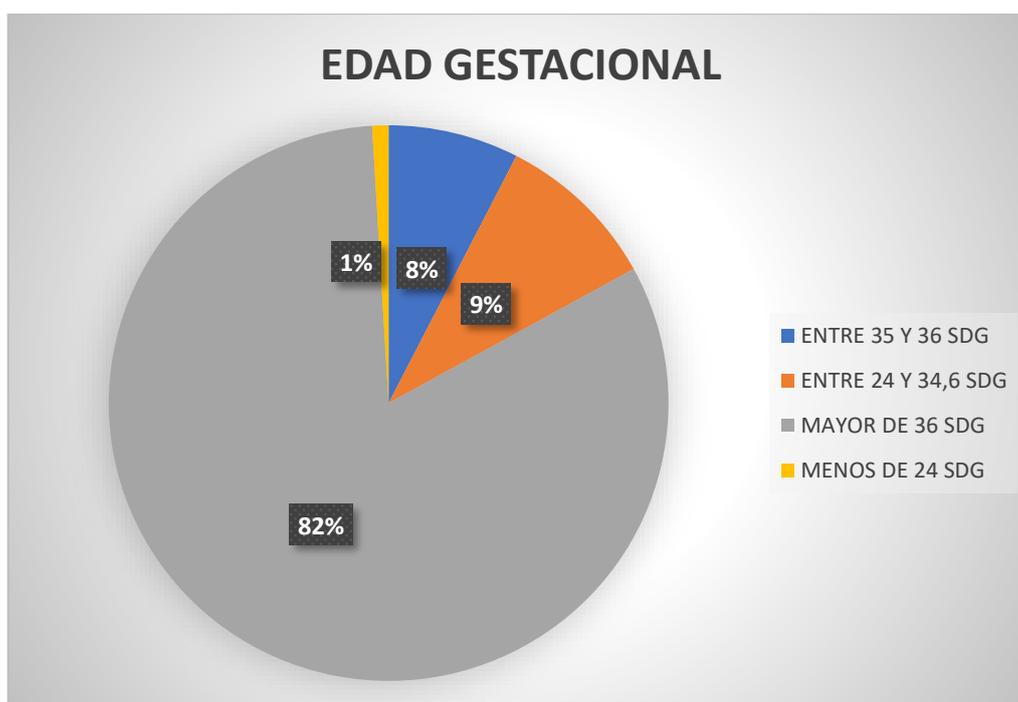


Análisis: el grupo etario correspondiente entre los 18 y 34 años representaron el 76 % de la población estudiada, seguido de un 15 % correspondiente a las edades mayores de 34 años, por último, el 9 % restante pertenece al grupo etario de las pacientes menores de 18 años.

Tabla 4 Edad gestacional

EDAD GESTACIONAL	NÚMERO
ENTRE 35 Y 36 SDG	8
ENTRE 24 Y 34,6 SDG	10
MAYOR DE 36 SDG	87
MENOS DE 24 SDG	1

Gráfico 3 Edad gestacional

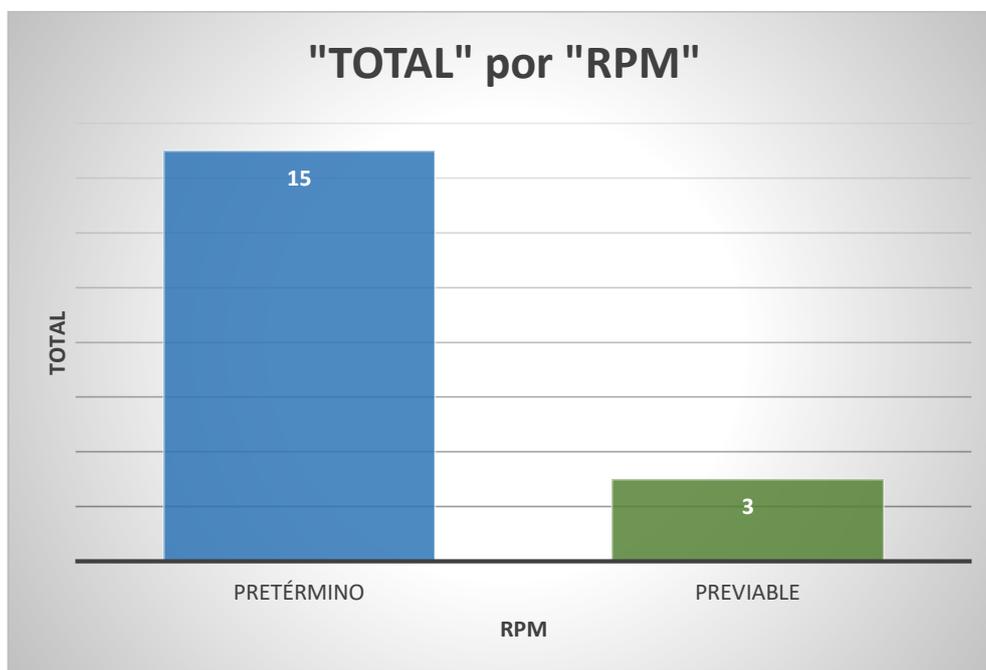


Análisis: el mayor porcentaje de la población estudiada por edad gestacional corresponden a aquellas que se encontraron “a término”, es decir, mayores de 36 semanas de gestación con un 82 %; seguida de las “pretérmino” que se encontraban entre 24 y 34.6 semanas de gestación con un 9 %; mientras que el 8 % consiguiente es para las semanas entre 35 y 36 con un 8 % y el 1 % restante correspondiente a las menores de 24 semanas de gestación, es decir, producto no viable.

Tabla 5 Clasificación de la RPM

RPM	TOTAL
PRETÉRMINO	15
PREVIABLE	3

Gráfico 4 Clasificación de la RPM

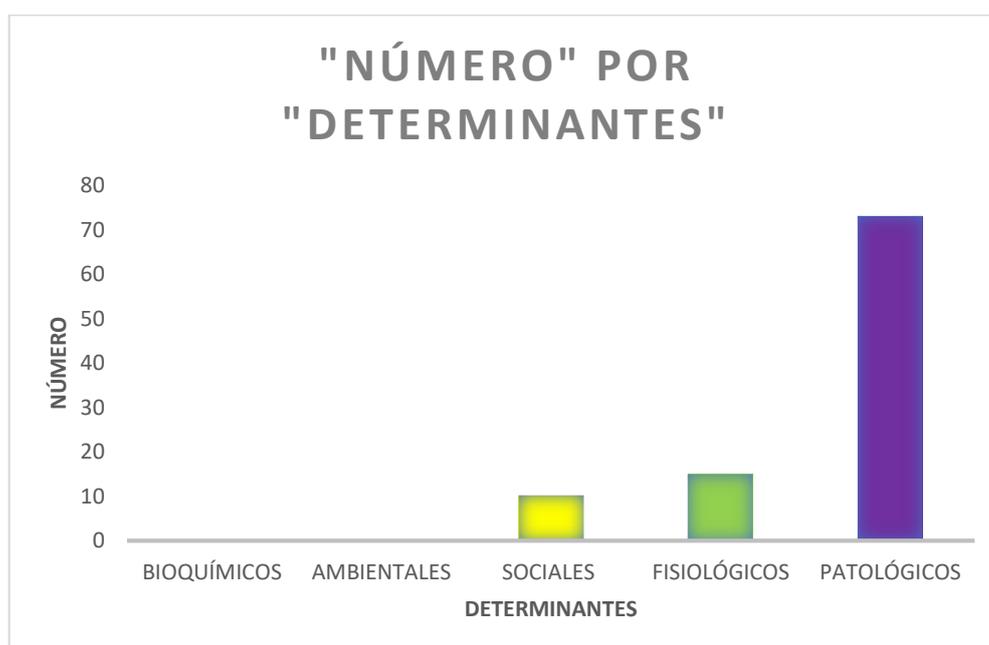


Análisis: de la totalidad de las pacientes, 106, apenas 15 de ellas se las clasificó con una RPM pretérmino, equivalente al 14 % de la población estudiada, mientras que solo 3 pacientes fueron clasificadas como RPM Previaible, correspondiente al 2,8 %.

Tabla 6 Determinantes de la RPM

DETERMINANTES	NÚMERO
BIOQUÍMICOS	0
AMBIENTALES	0
SOCIALES	10
FISIOLÓGICOS	15
PATOLÓGICOS	73

Gráfico 5 Determinantes de la RPM

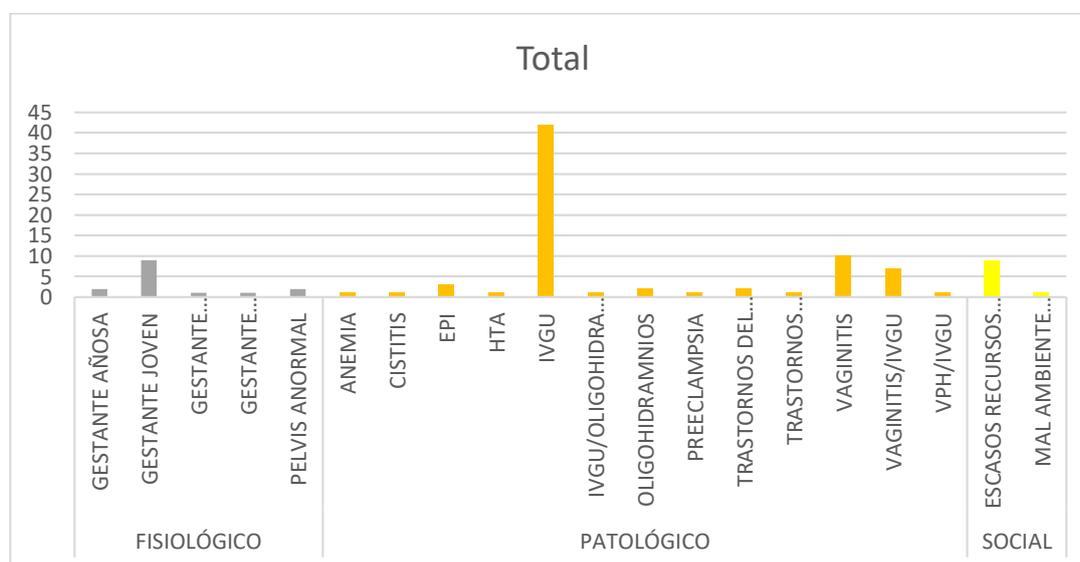


Análisis: los determinantes más marcados fueron los patológicos con un 68,9 % de la población estudiada, seguido de los fisiológicos correspondientes al 14,2 % en número de 15; y el 9,4 % restante corresponde a los determinantes sociales con un número de presentación en 10 pacientes.

Tabla 7 Determinantes más comunes

DETERMINANTES	TOTAL
FISIOLÓGICO	15
GESTANTE AÑOSA	2
GESTANTE JOVEN	9
GESTANTE JOVEN+EMBARAZO	
GEMELAR	1
GESTANTE PRIMIGESTA	1
PELVIS ANORMAL	2
PATOLÓGICO	73
ANEMIA	1
CISTITIS	1
EPI	3
HTA	1
IVGU	42
IVGU/OLIGOHIDRAMNIOS	1
OLIGOHIDRAMNIOS	2
PREECLAMPSIA	1
TRASTORNOS DEL LÍQUIDO	
AMNIÓTICO	2
TRASTORNOS PLACENTARIOS	1
VAGINITIS	10
VAGINITIS/IVGU	7
VPH/IVGU	1
SOCIAL	10
ESCASOS RECURSOS ECONÓMICOS	9
MAL AMBIENTE SOCIAL	1
Total general	98

Gráfico 6 Determinantes más comunes



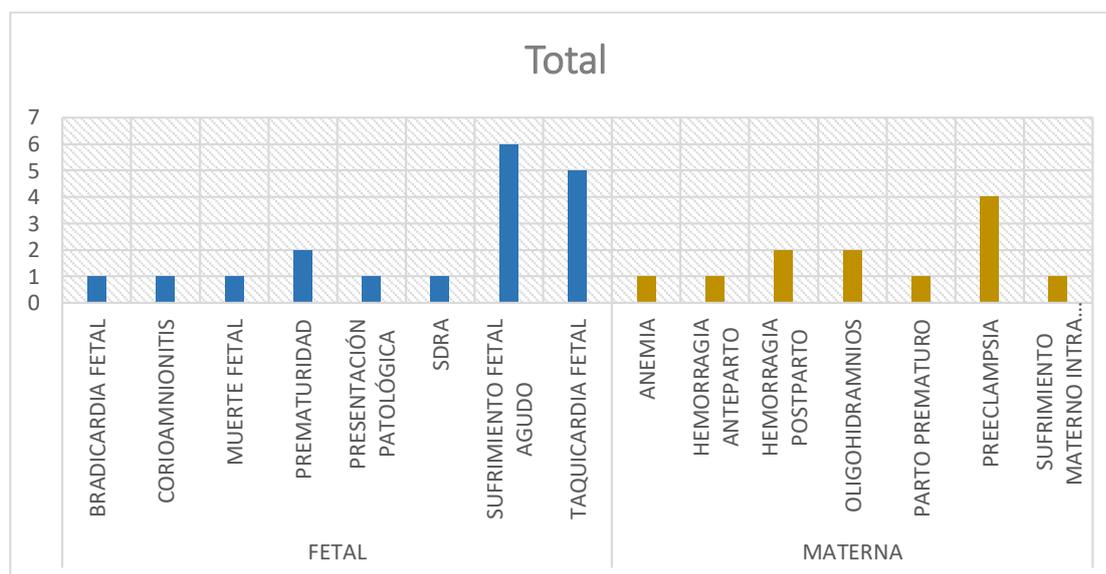
Análisis: los determinantes se hicieron presentes en 98 pacientes de los cuales los más comunes; dentro del fisiológico fue el de gestante joven con un porcentaje del

9 %, en lo que respecta al patológico el más común fue el la IVGU (“Infección de las Vías Genito-Urinarias”) con un porcentaje del 42,9 %, mientras que para el factor social fue el de escasos recursos económicos con un porcentaje del 9 % respectivamente.

Tabla 8 Complicaciones de la RPM

COMPLICACIONES	TOTAL
FETAL	18
BRADICARDIA FETAL	1
CORIOAMNIONITIS	1
MUERTE FETAL	1
PREMATURIDAD	2
PRESENTACIÓN PATOLÓGICA	1
SDRA	1
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	6
TAQUICARDIA FETAL	5
MATERNA	12
ANEMIA	1
HEMORRAGIA ANTEPARTO	1
HEMORRAGIA POSTPARTO	2
OLIGOHIDRAMNIOS	2
PARTO PREMATURO	1
PREECLAMPSIA	4
SUFRIMIENTO MATERNO INTRA PARTO	1
Total general	30

Gráfico 7 Complicaciones de la RPM

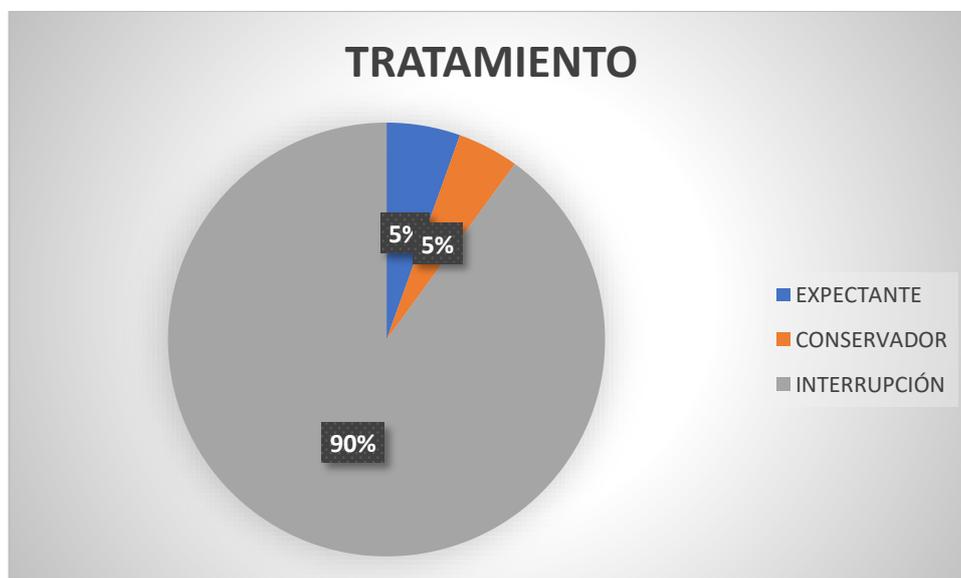


Análisis: en lo que respecta a las complicaciones en general, estuvieron presentes en 30 pacientes de las cuales, dentro de las fetales, la más común fue el sufrimiento fetal agudo con un porcentaje del 20 % de las complicaciones en general; en lo que respecta a las complicaciones maternas la más común fue la preeclampsia con un porcentaje del 13,3 %.

Tabla 9 Conducta en la RPM

TRATAMIENTO	TOTAL
EXPECTANTE	6
CONSERVADOR	5
INTERRUPCIÓN	99

Gráfico 8 Conducta en la RPM

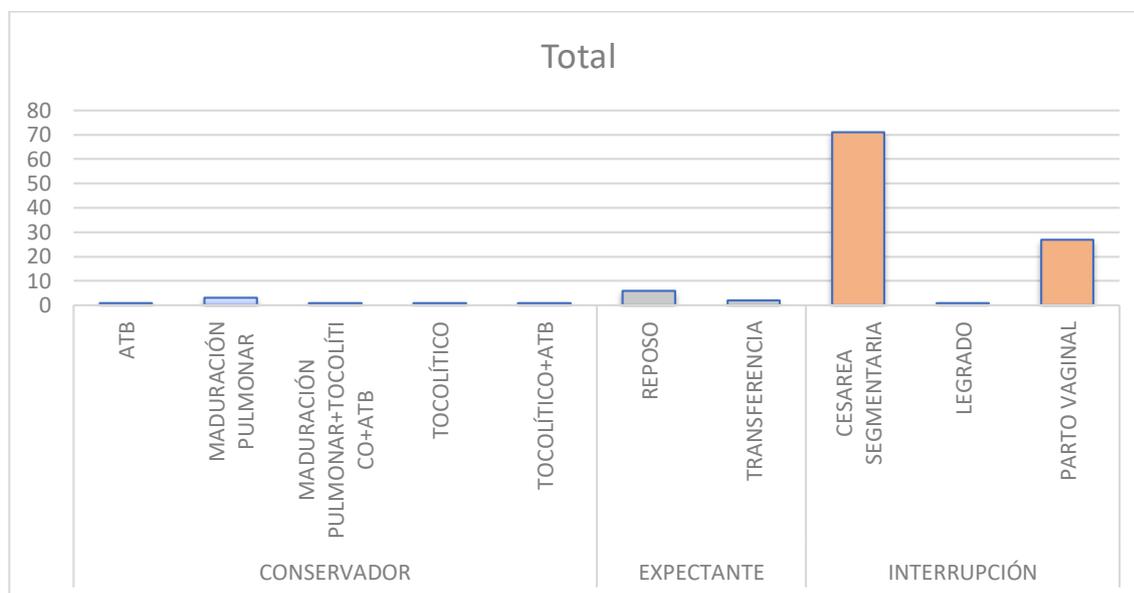


Análisis: tanto la conducta expectante como la conservadora fueron usadas en un 5 % cada una respectivamente, aunque en el 90 % de las pacientes se tuvo que dar la interrupción del embarazo

Tabla 10 Tratamiento de elección en la RPM

TRATAMIENTO	TOTAL
CONSERVADOR	7
ATB	1
MADURACIÓN PULMONAR	3
MADURACIÓN PULMONAR+TOCOLÍTICO+ATB	1
TOCOLÍTICO	1
TOCOLÍTICO+ATB	1
EXPECTANTE	8
REPOSO	6
TRANSFERENCIA	2
INTERRUPCIÓN	99
CESAREA SEGMENTARIA	71
LEGRADO	1
PARTO VAGINAL	27

Gráfico 9 Tratamiento de elección en la RPM



Análisis: dentro del manejo conservador, el más común fue la estimulación de la maduración pulmonar con un porcentaje del 2.8 %; en lo que respecta a la conducta expectante, se indicó reposo en 5,7 % de las pacientes; finalmente, dentro de la interrupción del embarazo, al 67 % de las pacientes se las sometió a cesárea emergente.

4.2 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Del análisis de los resultados tabulados se observó que la RPM se presentó con más incidencia en las gestantes cuyas edades se encontraban entre 18 y 34 años en contraste con el estudio local de Barrionuevo y Rivera en las que se encontró más predominio en mujeres cuyas edades eran mayores de 27 años. En este estudio, respecto a la raza no se halló relación alguna por lo que se omite. Una relación directa se evidenció en el factor socioeconómico, los hallazgos mostraron que sí existe la relación entre ser de bajos recursos y el riesgo de sufrir RPM. Otros factores similares y relevantes fueron el factor patológico marcado con las infecciones del tracto urogenital, así como también la presentación de la RPM en el tercer trimestre de embarazo, datos que fueron esclarecedores y rotundamente marcados en ambos estudios.

En relación con el estudio local realizado en Perú, Marquina relacionó las infecciones genitales como factor más relevante el cual fue la segunda causa más común encontrada en nuestro estudio, así mismo, halló relación entre la anemia y la edad materna con la RPM en productos pretérmino lo que, en el caso del estudio presente realizado, no fueron significativos. Otro dato relevante en comparación similar, fue el hecho de que los factores predisponentes a una RPM, dada esta, se vieron relacionados íntimamente con los partos prematuros.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

La RPM es y sigue siendo una causa frecuente de parto prematuro en el segundo trimestre de gestación, siendo esta indiferente de la edad y comorbilidades por lo que es una patología que se puede presentar en cualquier embarazo.

Se ha observado a lo largo de los estudios realizados tanto a nivel local como regional que el factor socioeconómico, aunque no con ímpetu, está involucrado en la predisposición para padecer de una RPM. Se le atribuye a esta, cuestiones como la educación, la factibilidad de acceder a la atención médica pertinente, así como también factores de idiosincrasia lo cual parece permanecer latente aún en países como el nuestro.

Es indispensable destacar al factor patológico como el que mayormente se relaciona con el riesgo de condicionar a una RPM. Las infecciones urogenitales juegan un papel muy crucial en esto.

Existe más riesgo de complicaciones fetales que maternas, aunque la diferencia no es tan abrumadora, encontramos una relación de 3:2 respectivamente.

Aunque en algunos casos se haya usado tanto la conducta expectante como el tratamiento conservador, es evidente que más del 89 % de las gestantes con RPM terminan en la interrupción del embarazo, siendo en esta última la cesárea el método más frecuente ya que, afirmando el fundamento teórico, las RPM constituyen una emergencia gineco-obstétrica.

5.2 RECOMENDACIONES

Se recomienda una atención con calidad y calidez para que las pacientes embarazadas acudan a los controles prenatales y dar a conocer los factores predisponentes para una RPM, así como también el constante recordatorio de la aplicación de las guías prácticas clínicas (GPC) del MINISTERIO DE SALUD PUBLICA a los médicos para la atención en todos los niveles hospitalarios.

Debido a que la RPM es una patología que puede presentarse de manera indiferente y sin discriminación, la historia clínica instigadora, así como el apoyo del gabinete de exámenes complementarios resultan ser el pilar fundamental para un diagnóstico precoz ante una inminente RPM.

El seguimiento y control continuo de las gestantes con patología activa e historial de infecciones genitourinarias es crucial para evitar el riesgo principal condicionante para una RPM, los profesionales médicos deberían seguir una conducta extenuante en el manejo de las mismas.

Si bien es cierto, el tratar de alargar las semanas de gestación ante una RPM resulta ser una conducta más segura, la maduración pulmonar demostró ser clave en la mayoría de RPM que terminaron en la interrupción del embarazo como tratamiento definitivo.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CITAS BIBLIOGRAFICAS

Borja, T., & Ricse, A. (10 de Septiembre de 2018). *Repositorio.uwiener*. Obtenido de repositorio.uwiener.edu.pe/handle

Cardozo, R. (2012). Ruptura Prematura de Membranas. *osecac*, 15. Obtenido de [osecac: www.osecac.org.ar](http://osecac.org.ar)

CHAVEZ, G. A. (2014). *INCIDENCIA DE ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN EMBARAZOS PRETERMINOS DE 19-29 AÑOS EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL MATILDE HIDALGO DE PROCEL DE OCTUBRE 2013-MARZO-2014*. Obtenido de [repositorio.ug.edu: http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/48765/1/CD-192-%20Velasco%20Chavez%2C%20Gabriela%20Alejandra.pdf](http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/48765/1/CD-192-%20Velasco%20Chavez%2C%20Gabriela%20Alejandra.pdf)

Fetales, R. P. (2009). S Parry.

Gutierrez, M. (2018). Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos preterminos. *Scielo*.

Moldenhauer, J. S. (2020). *Rotura prematura de membranas (RPM)*. Obtenido de Manual Merck: www.merckmanuals.com/es-us/professional/ginecología-y-obstetricia/anomalías-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/rotura-prematura-de-membranas-rpm

MSP. (2015). Ruptura prematura de Mambranas pretermino. *Guia de practica clinica*, 26.

Parry, S. (2009). Ruptura Prematura de Membranas Fetales. *Scielo*.

Pasapera, N., Purizaca, M., Matorel, M., & Cardoza, K. (2015). Características clínicas - epidemiológicas de la RPM en gestantes jóvenes. *BvSalud*, 6.

Riveros, S. (2018). Factores maternos asociados a ruptura prematura de membranas. 25.

Rodríguez-Bosch, M. R. (2018). Tratamiento de la ruptura prematura de membranas pretérmino (24-33.6 semanas): evidencia científica reciente. *SCIELO*.

S, P. (2009). Ruptura Prematura de Membranas Fetales.

T. Cobo, A. D. (2021). ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS A TÉRMINO Y PRETÉRMINO. *medicina fetal barcelona* , 13.

Torres, Euvín, & Lopez. (2019). Incidencia de la ruptura prematura de membrana en adolescentes embarazadas. *RECIAMUC*, 328.

Vergara, G. (2009). *Protocolo RPM ovulares*. Obtenido de www.maternidadrafaelcalvo.gov.co

VIGIL, P. (2011). RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS. *GUÍA CLÍNICA DE FLASOG*, 20.

BIBLIOGRAFIA

1. Vásquez MO. Ruptura prematura de membranas. *Rev Medica Sinerg.* 22 de noviembre de 2020;5(11):e606-e606.
2. GPC-RPMP-FINAL-08-10-15.pdf [Internet]. [citado 4 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/GPC-RPMP-FINAL-08-10-15.pdf>
3. Tantalean Borja RE, Alvites Ricse KM. FACTORES DE RIESGO MATERNO FETAL ASOCIADOS A RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE DURANTE EL PERÍODO DE ENERO - JULIO 2017. *Univ Priv Norbert Wien* [Internet]. 10 de septiembre de 2018 [citado 4 de enero de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/2303>
4. Torres RAB, Euvín KEM, López GLR, Estrada ECA. Incidencia de la ruptura prematura de membrana en adolescentes embarazadas. *RECIAMUC.* 3 de junio de 2019;3(1):328-52.
5. Mendoza SKB, Herrera EGR. Factores de riesgos de ruptura prematura de membranas. *Hospital Provincial General Docente Riobamba.* Noviembre 2017-febrero 2018. *Rev Eugenio Espejo.* 2018;12(1):53-63.
6. Velaña-Sinchiguano JE, Pico-Naranjo JX. Ruptura prematura de membranas en el embarazo. *Polo Conoc.* 1 de agosto de 2018;3(8):655.
7. default - Stanford Children's Health [Internet]. [citado 4 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=preterm-premature-rupture-of-membranes-pprom-90-P05606>
8. Ruptura prematura de membranas en nacimientos de pretérmino. *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 1 de agosto de 2018 [citado 3 de enero de 2022];116(4). Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2018/v116n4a21.pdf>
9. Ramos-Urbe W. FACTORES MATERNOS DE RIESGO ASOCIADOS A RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS. *Rev Médica Panacea.* 10 de marzo de 2020;9(1):36-42.
10. Marquina Reynaga GM. Factores asociados a ruptura prematura de membrana con productos pretérmino en pacientes del Hospital Santa Rosa de enero a noviembre del 2017. *Univ Ricardo Palma* [Internet]. 2018 [citado 4 de enero de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1168>
11. Gacetas Muerte Materna 2021 – Ministerio de Salud Pública [Internet]. [citado 13 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/gacetas-muerte-materna-2021/>

12. F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom. Placenta y coriom. En: Williams, OBSTETRICIA. 25.^a ed. México: Mc Graw Hill Education; 2019. p. 1346.
13. Delara BB, Orquidia DM, Lisset GJ, Lucía GN. FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS FETALES. En: Morfovirtual 2020 [Internet]. 2020 [citado 20 de enero de 2022]. Disponible en: <http://www.morfovirtual2020.sld.cu/index.php/morfovirtual/morfovirtual2020/paper/view/816>
14. Características maternas de riesgo para ruptura prematura de membranas fetales | Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. 11 de julio de 2019 [citado 20 de enero de 2022]; Disponible en: <http://www.cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/461>
15. Gracia DPV, Savransky DR, Pérez DJA, Gutierrez JD. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS. 2014;19:10.
16. Sarduy Rodríguez M de la C, Sánchez Ramírez N, Rodríguez Martínez A. Sepsis en pacientes con rotura prematura de membranas pretérmino. Rev Cuba Obstet Ginecol. septiembre de 2016;42(3):330-43.
17. Susacasa DS, Alejandra DM, Swistak DÉ, Florencia DM, Fabra DL. ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS. :57.
18. González JAS, Machado MG, Rozan ARN, Iza VPG. La rotura prematura de membranas pretérmino y su relación con las consecuencias maternas y perinatales. Acta Médica Cent. 1 de julio de 2016;10(3):40-7.
19. sintesis.med.uchile.cl - ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM) Y CORIOAMNIONITIS [Internet]. [citado 31 de enero de 2022]. Disponible en: <https://sintesis.med.uchile.cl/index.php/respecialidades/r-ginecologia-y-obstetricia/135-revision/r-ginecologia-y-obstetricia/1634-rotura-prematura-de-membranas-rpm-y-corioamnionitis>
20. Rodríguez-Bosch MR, Miranda-Araujo O, Reséndiz-Rossetti AE, Rodríguez-Bosch MR, Miranda-Araujo O, Reséndiz-Rossetti AE. Tratamiento de la ruptura prematura de membranas pretérmino (24-33.6 semanas): evidencia científica reciente. Ginecol Obstet México. 2018;86(5):319-34.
21. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino [Internet]. [citado 4 de enero de 2022]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300014&lng=es&nrm=iso
22. Rotura prematura de membranas (RPM) - Ginecología y obstetricia - Manual MSD versión para profesionales [Internet]. [citado 20 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/rotura-prematura-de-membranas-rpm>

23. Caldas Hidalgo EA. Manejo activo versus manejo expectante en ruptura prematura de membranas en gestantes con embarazo pretermino. 2018 [citado 20 de enero de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/12583>
24. Téllez G DA, Ramírez F S, Parada B NS, Fernández-Niño JA, Téllez G DA, Ramírez F S, et al. Inducción del parto versus manejo expectante en ruptura prematura de membranas pretérmino: revisión sistemática y metanálisis. Rev Univ Ind Santander Salud. marzo de 2017;49(1):45-55.
25. Sosa Bonilla CO. Resultados perinatales del manejo conservador de ruptura prematura de membranas en embarazos de 24 a 33 semanas en el servicio de perinatología del Hospital Nacional de Maternidad enero - diciembre 2013. 2016;83-83.
26. rotura prematura de membranas hcp-hsjd.pdf [Internet]. [citado 31 de enero de 2022]. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/rotura%20prematura%20de%20membranas%20hcp-hsjd.pdf>

7. ANEXOS

ANEXO I.- FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

FACULTAD: CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA: MEDICINA

TRABAJO DE TITULACIÓN

Nombre de la propuesta de trabajo de la titulación:	FACTORES QUE PREDISPONEN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL QUEVEDO		
Nombre del estudiante (s):	-JEAN CARLOS CÁRDENAS GILER -JENNIFER ELIZABETH RODRIGUEZ ROMAN		
Facultad:	CIENCIAS MEDICAS	Carrera:	MEDICINA
Línea de Investigación:	SALUD HUMANA, ANIMAL Y DEL AMBIENTE	Sub-línea de Investigación:	BIOMEDICA Y EPIDEMIOLOGIA
Fecha de presentación de la propuesta de trabajo de Titulación:	22 DE OCTUBRE 2021	Fecha de evaluación de la propuesta de trabajo de Titulación:	14 DE MARZO 2022

ASPECTO A CONSIDERAR	CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES
	SI	NO	
Título de la propuesta de trabajo de Titulación:	X		
Línea de Investigación / Sublínea de Investigación:	X		
Planteamiento del Problema:	X		
Justificación e importancia:	X		
Objetivos de la Investigación:	X		
Metodología a emplearse:	X		
Cronograma de actividades:	X		
Presupuesto y financiamiento:	X		



Firma de usuario con clave privada por:
FRANCISCO XAVIER
FELIX HERNANDEZ
MANRIQUE

X

APROBADO
APROBADO CON
OBSERVACIONES
NO
APROBADO

**DR. FRANCISCO HERNANDEZ
MANRIQUE PRESIDENTE DEL CONSEJO
DE LA FACULTAD** CC: 0904181716

Dra. María Luisa Acuña Cumba, Msc.
Director de Carrera, Gestor de Integración Curricular.

Decanato de Formación Académica y Profesional



CERTIFICACION ACEPTACIÓN TEMA DE TESIS

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DR. ALEJO LASCANO BAHAMONDE
VICEDECANATO
CERTIFICACION

En mi calidad de Vicedecana de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil, tengo a bien **Certificar**:

El tema de tesis **FACTORES QUE PREDISPONEN A LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL QUEVEDO** del(a) estudiante **CARDENAS GILER JEAN CARLOS** con CI. 1600836967 de la Carrera de Medicina, el cual ha sido APROBADO en sesión de Consejo de Facultad, mediante Resolución No. UG-CFCM-O-46-11-2021-R y alcance con Resolución No. UG-CFCM-O-52-04-2021-R en el Período Lectivo 2021-2022 TI2.

El interesado (a) puede hacer uso del presente para solicitar información relacionada con el tema de Tesis.

Guayaquil, Enero 10 del 2022

Atentamente



Firmado electrónicamente por:
**GERMANIA
MARIVEL
VARGAS
AGUILAR**

Lic. Germania Vargas Aguilar, MSc.
VICEDECANA



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DR. ALEJO LASCANO BAHAMONDE
VICEDECANATO
CERTIFICACION

En mi calidad de Vicedecana de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil, tengo a bien **Certificar**:

El tema de tesis **FACTORES QUE PREDISPONEN A LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL QUEVEDO** del(a) estudiante **RODRIGUEZ ROMAN JENNIFER ELIZABETH** con CI. 1250601620 de la Carrera de Medicina, el cual ha sido APROBADO en sesión de Consejo de Facultad, mediante Resolución No. UG-CFCM-O-46-11-2021-R y alcance con Resolución No. UG-CFCM-O-52-04-2021-R en el Período Lectivo 2021-2022 TI2.

El interesado (a) puede hacer uso del presente para solicitar información relacionada con el tema de Tesis.

Guayaquil, Enero 10 del 2022

Atentamente



Lic. Germania Vargas Aguilar, MSc.
VICEDECANA

ANEXO II.- ACUERDO DEL PLAN DE TUTORÍA DE TRABAJO DE TITULACIÓN**FACULTAD CIENCIAS MEDICAS****CARRERA MEDICINA**

Guayaquil, 21 DE OCTUBRE DE 2021

Sr (a). Dra. María Luisa Acuña
CumbaDirector (a) de Carrera
En su despacho. -

De nuestra consideración:

Nosotros, Jean Carlos Cárdenas Giler con C.I 1600836967 y Jennifer Elizabeth Rodríguez Román con C.I: 1250601620, docente tutor del trabajo de titulación y el o los estudiantes(s) Dr. Maldonado Gil Tomas de la Carrera de Medicina, comunicamos que acordamos realizar las tutorías semanales en el siguiente horario miércoles de 15:00 pm a 19:00pm, jueves de 15:00pm a 19:00pm, viernes de 15:00pm a 19:00pm, durante el periodo ordinario 2021-2022.

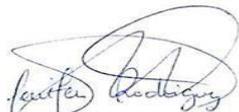
De igual manera entendemos que los compromisos asumidos en el proceso de tutoría son:

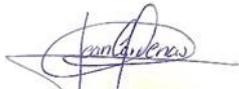
- Asistir a las tutorías individuales 2 horas a la semana, con un mínimo de porcentaje de asistencia de 70%.
- Asistir a las tutorías grupales (3 horas a la semana), con un mínimo de porcentaje de asistencia de 70%.
- Cumplir con las actividades del proceso de titulación conforme al calendario académico.

Tengo conocimiento que son requisitos para la presentación a la sustentación del trabajo de titulación, haber culminado el plan de estudios, y haber aprobado las fases de tutoría y revisión y las materias del módulo de actualización de conocimientos (en el caso que se encuentre fuera del plazo reglamentario para la titulación).

Agradeciendo la atención, quedamos de

Ud. Atentamente,


Jennifer Elizabeth Rodríguez Román
C.I: 1250601620


Jean Carlos Cárdenas Giler
C.I: 1600836967



Firmado electrónicamente por:

TOMAS SALOMON MALDONADO GIL

Mgs. Tomás Maldonado Gil.
C.I 0912576584

ANEXO IV.- INFORME DE AVANCE DE LA GESTIÓN TUTORIAL

Tutor: Dr. Tomás Maldonado Gil. Mgs

Tipo de trabajo de titulación: TESIS DE GRADO

Título del trabajo: FACTORES QUE PREDISPONEN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA EN GESTANTES ATENDIDAS EN HOSPITAL GENERAL QUEVEDO

Carrera: MEDICINA

No. DE SESIÓN	FECHA TUTORIA	ACTIVIDADES DE TUTORÍA	DURACIÓN:		OBSERVACIONES Y TAREAS ASIGNADAS
			INICIO	FIN	
1	8/12/2021	Revisión del tema de tesis	17H00	19H00	Modificación del tema
2	16/12/2021	Revisión del tema de tesis Introducción	17H00	19H00	Revisar información del tema
3	17/12/2021	Revisión del planteamiento del problema	17H00	18H00	Revisión y corrección del planteamiento del problema
4	22/12/2021	Revisión del planteamiento del problema, objetivos generales y específicos	17H00	18H00	Revisar el problema, objetivos generales y objetivos específicos
5	29/12/2021	Revisión objetivos generales, específicos e hipótesis	17H00	18H00	Revisión y correcciones
6	05/01/2022	Revisión de hipótesis y revisión de marco teórico	17H00	18H00	Revisión de hipótesis, avances, cambios y modificaciones
7	14/01/2022	Revisión y cambios del marco teórico	17H00	18H00	Revisión y corrección de observaciones
8	19/01/2022	Revisión capítulo 3, marco metodológico	17H00	18H00	Revisión y avance del marco metodológico
9	2/02/2022	Revisión marco metodológico	17H00	19H00	Revisión y modificaciones
10	9/02/2022	Marco metodológico, población y muestra	17H00	19H00	Revisión de población y muestra
11	16/02/2022	Revisión de marco metodológico. Operacionalización de variables	17H00	19H00	Investigar. Revisión tipos de diseños. Se espera información de estadística
12	23/02/2022	Capitulo IV, resultados y discusión	17H00	19H00	Análisis de resultados de base de datos
13	03/03/2022	Capítulo V, conclusiones y recomendaciones	17H00	19H00	Se ingresa información de estadística

14	14/03/2022	Detección de porcentaje de similitud	19H00	20h00	Similitud del 31%, se recomienda realizar correcciones dadas por SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND
15	16/03/2022	Revisión de similitud de texto	19H00	20h00	Revisión de similitud URKUND 1%
16	16/03/2022	Envío, registro, firma de anexos	19H00	20h00	Firmas de anexos



ado electrónicamente por:
TOMÁS SALOMON MALDONADO GIL

Mgs. TOMÁS MALDONADO GIL.

C.I. 0912576584

Gestor de Integración Curricular

C.I.: _____

Jean Carlos Cárdenas Giler
C.I.: 1600836967

Jennifer Elizabeth Rodríguez Román
C.I.: 1250601620

ANEXO V.- RÚBRICA DE EVALUACIÓN TRABAJO DE TITULACIÓN

Título del Trabajo: "Factores que predisponen a la Ruptura Prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital General Quevedo".		
Autor(s): Jean Carlos Cárdenas Giler; Jennifer Elizabeth Rodríguez Román.		
ASPECTOS EVALUADOS	PUNTAJE MÁXIMO	CALIFICACIÓN
ESTRUCTURA ACADÉMICA Y PEDAGÓGICA	4.5	4.5
Propuesta integrada a Dominios, Misión y Visión de la Universidad de Guayaquil.	0.3	0.3
Relación de pertinencia con las líneas y sublíneas de investigación Universidad / Facultad/Carrera.	0.4	0.4
Base conceptual que cumple con las fases de comprensión, interpretación, explicación y sistematización en la resolución de un problema.	1	1
Coherencia en relación a los modelos de actuación profesional, problemática, tensiones y tendencias de la profesión, problemas a encarar, prevenir o solucionar de acuerdo al PND-BV.	1	1
Evidencia el logro de capacidades cognitivas relacionadas al modelo educativo como resultados de aprendizaje que fortalecen el perfil de la profesión.	1	1
Responde como propuesta innovadora de investigación al desarrollo social o tecnológico.	0.4	0.4
Responde a un proceso de investigación – acción, como parte de la propia experiencia educativa y de los aprendizajes adquiridos durante la carrera.	0.4	0.4
RIGOR CIENTÍFICO	4.5	4.5
El título identifica de forma correcta los objetivos de la investigación.	1	1
El trabajo expresa los antecedentes del tema, su importancia dentro del contexto general, del conocimiento y de la sociedad, así como del campo al que pertenece, aportando significativamente a la investigación.	1	1
El objetivo general, los objetivos específicos y el marco metodológico están en correspondencia.	1	1
El análisis de la información se relaciona con datos obtenidos y permite expresar las conclusiones en correspondencia a los objetivos específicos.	0.8	0.8
Actualización y correspondencia con el tema, de las citas y referencia bibliográfica.	0.7	0.7
PERTINENCIA E IMPACTO SOCIAL	1	1
Pertinencia de la investigación.	0.5	0.5
Innovación de la propuesta proponiendo una solución a un problema relacionado con el perfil de egreso profesional.	0.5	0.5
CALIFICACIÓN TOTAL *10		10
* El resultado será promediado con la calificación del Tutor Revisor y con la calificación de obtenida en la sustentación oral.		
**El estudiante que obtiene una calificación menor a 7/10 en la fase de tutoría de titulación, no podrá continuar a las siguientes fases (revisión, sustentación).		



Firmado electrónicamente por:
TOMAS SALOMON MALDONADO GIL

Mgs. TOMÁS MALDONADO GIL.

C.I. 0912576584

FECHA: 11-03-2022

ANEXO IX.- RÚBRICA DE EVALUACIÓN DOCENTE REVISOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

FACULTAD CIENCIAS MEDICAS

CARRERA MEDICINA

Título del Trabajo: "Factores que predisponen a la Ruptura Prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital General Quevedo".			
Autor(s): Jean Carlos Cárdenas Giler; Jennifer Elizabeth Rodríguez Román.			
ASPECTOS EVALUADOS	PUNTAJE MÁXIMO	CALIFICACIÓN	COMENTARIOS
ESTRUCTURA Y REDACCIÓN DE LA MEMORIA	3	3	
Formato de presentación acorde a lo solicitado.	0.6	0.6	
Tabla de contenidos, índice de tablas y figuras.	0.6	0.6	
Redacción y ortografía.	0.6	0.6	
Correspondencia con la normativa del trabajo de titulación.	0.6	0.6	
Adecuada presentación de tablas y figuras.	0.6	0.6	
RIGOR CIENTÍFICO	6	6	
El título identifica de forma correcta los objetivos de la investigación.	0.5	0.5	
La introducción expresa los antecedentes del tema, su importancia dentro del contexto general, del conocimiento y de la sociedad, así como del campo al que pertenece.	0.6	0.6	
El objetivo general está expresado en términos del trabajo a investigar.	0.7	0.7	
Los objetivos específicos contribuyen al cumplimiento del objetivo general.	0.7	0.7	
Los antecedentes teóricos y conceptuales complementan y aportan significativamente al desarrollo de la investigación.	0.7	0.7	
Los métodos y herramientas se corresponden con los objetivos de la Investigación.	0.7	0.7	
El análisis de la información se relaciona con datos obtenidos.	0.4	0.4	
Factibilidad de la propuesta.	0.4	0.4	
Las conclusiones expresan el cumplimiento de los objetivos específicos.	0.4	0.4	
Las recomendaciones son pertinentes, factibles y válidas.	0.4	0.4	
Actualización y correspondencia con el tema, de las citas y referencia Bibliográfica.	0.5	0.5	
PERTINENCIA E IMPACTO SOCIAL	1	1	
Pertinencia de la investigación/ Innovación de la propuesta.	0.4	0.4	
La investigación propone una solución a un problema relacionado con el perfil de egreso profesional.	0.3	0.3	
Contribuye con las líneas / sublíneas de investigación de la Carrera.	0.3	0.3	
CALIFICACIÓN TOTAL*10		10	
* El resultado será promediado con la calificación del Tutor y con la calificación de obtenida en la Sustentación oral.			
****El estudiante que obtiene una calificación menor a 7/10 en la fase de tutoría de titulación, no podrá continuar a las siguientes fases (revisión, sustentación).			



firmado electrónicamente por:
IVAN ELIAS
ALTAMIRANO
BARCIA

DR. ALTAMIRANO BARCIA IVAN

C.I.: 0908842255

FECHA: 18-03-2022

ANEXO X.- MODELO DE LA PORTADA PARA LA ENTREGA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN (DIGITAL).

PORTADA DEL EMPASTADO

LOMO



UNIVERSIDAD DE
GUAYAQUIL
FACULTAD _____
CARRERA _____

“TÍTULO DEL TRABAJO DE
TITULACIÓN”

AUTOR _____
TUTOR _____

GUAYAQUIL, MES, AÑO



“TÍTULO DEL
TRABAJO DE
TITULACIÓN”

A

AUTORIZACIÓN DE BASE DE DATOS

PARA: Sra. Med. Gabriela Alejandra Valbuena Salazar

Medico/a Especialista en Medicina Interna 1

ASUNTO: Autorización de uso de datos institucionales con fines de investigación
Jean Carlos Cárdenas Giler Jennifer Elizabeth Rodríguez Román

De mi consideración:

En referencia al Memorando N° IESS-HG-QUE-DTHA-2021-2121-M, suscrito el 21 de diciembre de 2021 por la Sra. Dra. Gabriela Valbuena Salazar, Médico/a Especialista en Medicina Interna 1, en el cual refiere:

"Sirva la presente para notificar por parte del área de Docencia e Investigación del Hospital General IESS Quevedo, la autorización de la solicitud presentada por:

1. Autores:

1. Jean Carlos Cárdenas Giler (1600836967)
2. Jennifer Elizabeth Rodríguez Román (1250601620)

2. Título al que optamos:

1. Médico

3. Institución Educativa:

1. Universidad Estatal De Guayaquil.

4. Título de la investigación:

1. factores que predisponen a la ruptura prematura de membranas en gestantes de 15-40 años atendidas en hospital general Quevedo 2016-2020

5. Objetivo general:

1. Determinar cuáles son los factores que predisponen la ruptura prematura de membranas en gestantes de 15 a 40 años atendidas en el hospital general Quevedo en el periodo 2016 – 2021

6. Objetivos específicos

1. Analizar las diferentes complicaciones maternas y fetales presentadas en una ruptura prematura de membranas.
2. Establecer el impacto que ocasiona la ruptura prematura de membranas en sistema nacional de salud.
3. Informar acerca del manejo de una ruptura prematura de membranas

Adicionalmente el autor de la investigación al recibir la información solicitada se compromete a:

2021-7372-M

1. *Mantener la confidencialidad de la información institucional, así como de la historia clínica y sus afiliados.*
 2. *Garantizar el uso de la información, para los fines estrictos del trabajo de grado*
 3. *Al culminar la investigación entregar al área de docencia de nuestra institución una copia de la investigación en Cd (formato pdf) para fines de archivo y biblioteca."*
-

Con base en lo antes expuesto, en mi calidad de Director Administrativo de esta unidad médica, autorizo a Jean Carlos Cárdenas Giler y Jennifer Elizabeth Rodríguez Román, el levantamiento y recolección de datos para el proyecto de investigación previo a la obtención del título de MÉDICOS, con el tema: Factores que predisponen a la ruptura prematura de membranas en gestantes de 15-40 años atendidas en hospital general Quevedo 2016-2020.

Para cumplir con su cometido, se le permite el acceso a las Historias Clínicas respectivas, respetando la confidencialidad de la información institucional y de sus afiliados.

Finalmente, los servidores garantizarán el uso de la información, para los fines estrictos de la investigación propuesta y a entregar al área de docencia de nuestra institución una copia de la investigación en Cd (formato pdf) para fines de archivo y Biblioteca.

Favor considerar también el cumplimiento de las directrices de la normativa legal vigente.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Mgs. Luis Orlando Choez Choez

**DIRECTOR ADMINISTRATIVO DEL HOSPITAL GENERAL
QUEVEDO, ENCARGADO**

Referencias:

- IESS-HG-QUE-DTHA-2021-2121-M

2021-7372-M

Copia:

Sr. Mgs. Diego Vinicio Cajas Crespo
Director, Encargado del Hospital General de Quevedo

Sra. Mgs. Robertha Irene Massuh Fernández
Administradora - Responsable de Talento Humano

Srta. Cpa. Nancy Azucena Bajaña Villa
Oficinista - Hospital General Quevedo



Firmado electrónicamente por:
**LUIS ORLANDO
CHOEZ CHOEZ**