



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA**



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR



CARRERA DE OBSTETRICIA

Componente Practico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado de
Obstetriz

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

**“CONDUCTA OBSTÉTRICA ANTE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO, POR
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA EN GESTANTE DE 36 SEMANAS”**

AUTORA

Esthela Elizabeth Dávila Arguello

TUTOR

Dr. Joe Ordoñez Sánchez PhD

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2022



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA



Contenido

INDICE DE TABLAS.....	IV
I. AGRADECIMIENTO	V
II. DEDICATORIA	VI
III. TEMA.....	VII
IV. RESUMEN.....	VIII
V. ABSTRACT.....	IX
VI. INTRODUCCIÓN.....	X
1. MARCO TEÓRICO	1
i. Parto Pretérmino (PP)	1
ii. Amenaza (APP)	1
iii. Causas.....	2
iv. Signos Y Síntomas De Parto Pretérmino.....	2
v. Riesgo De Parto Prematuro.....	3
vi. Complicaciones por amenaza del PP (Parto pretérmino).....	3
vii. Consecuencias	4
viii. Ruptura prematura de membrana.....	4
ix. Clasificación de la ruptura prematura de membranas	5
x. Patogenia.....	5
xii. Diagnóstico	7
xiii. Manejo de RPM	7
xiv. Tratamiento.....	8



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA**



1.1	Justificación	9
1.2	Objetivos	10
1.2.1	Objetivo general	10
1.2.2	Objetivos específicos	10
1.3	Datos generales	11
II.	METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	11
2.1	Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente	11
2.2.	Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual	12
2.3.	Examen físico (exploración clínica)	13
2.4.	Información de exámenes complementarios realizados	14
2.5.	Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo	16
2.6.	Análisis y descripción de las conductas que determina el origen del problema y los procedimientos a realizar.	16
a.	Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales	18
2.8	Seguimiento	18
2.9	Observaciones	20
	CONCLUSIONES	21
	RECOMENDACIONES	21
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
	ANEXOS	26



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA**



INDICE DE TABLAS

Tabla 1 CLASIFICACIÓN DE LA RPMP	5
Tabla 2 DATOS GENERALES	11
Tabla 3 SCORE MAMA	13
Tabla 4 BIOMETRIA HEMATICA	14
Tabla 5 UROANALISIS EXAMEN FISICO	15
Tabla 6 EXAMEN QUÍMICO	15



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA**



I. AGRADECIMIENTO

De todos los sentimientos que puedo manifestar en este momento, el principal es el agradecimiento, en primer lugar y sobre todos, agradezco a Dios ya que sin él no se logra nada, a mi familia en general y a todo lo que se me ha presentado en este largo camino como lo ha sido la carrera universitaria.

Agradezco por cada situación que la vida me ha presentado es el transcurso debido a que son esas las cosas que me han enseñado a ser fuerte ante toda circunstancia y además a crecer en todo aspecto de la vida.

Doy gracias a mis maravillosos padres Marcelo y Leonor, quienes han sido mis pilares y mi guía en todo el transcurso de mi vida y de mi carrera, inmensamente agradecida con ellos, por las enseñanzas y valores que me inculcaron los cuales han hecho de mi la mujer que ahora soy.

A mis demás familiares principalmente a mi hermano Alfredo, mi incondicional compañero de vida quien ha sido mi soporte en cada paso que he dado y a mis abuelos Marco y Carmelina, quienes me han aconsejado para que cada día luche por mis metas.

A mi adorada y amada hija Gema Carolina que es el ser más importante en mi vida, la cual me inspira cada día a superarme y a no rendirme ni desmayar en mis propósitos.

Por último, pero no menos importante; doy gracias a esos excelentes guías de la carrera universitaria como lo son los docentes que imparten sus conocimientos para lograr forjarnos como profesionales de calidad y a mis compañeros que conocí durante toda la vida estudiantil universitaria.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA**



Elizabeth Dávila Arguello

II. DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios en primer lugar por ser él, aquel que hace que todo en la vida sea posible, y al hombre más importante en mi vida, mi padre, el cual en su breve paso por la tierra, no hizo más que ayudar y dar la vida por los demás, siendo él, la guía y el ejemplo esencial tanto en mi vida personal como profesional, debido a las buenas enseñanzas que me brindó para poder enfrentarme a la vida además del ejemplo de médico que supo ayudar a quien lo necesitara, y así logro inspirarme a seguir sus pasos, mi padre Walton Marcelo Dávila Moncayo, quien hace 9 meses tuvo que volver con su creador pero que siempre me acompaña en cada paso de la vida, ha dejado en mí una parte de su legado, también dedico este trabajo al ser más importante que tengo en la vida aquella que provoca inspiración y ganas de superación, aquella niña que me inspira a cada día esforzarme más y que deseo dejar un buen legado en ella, mi pequeña hija Gema Carolina Aldaz Dávila.

Elizabeth Dávila Arguello



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA**



III. TEMA

“CONDUCTA OBSTÉTRICA ANTE AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO, POR RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA EN GESTANTE DE 36 SEMANAS”



IV. RESUMEN

En la actualidad se conoce los partos pretérminos como uno de los mayores factores de riesgo de morbilidad y mortalidad infantil, los partos pretérminos son aquellos que se dan de entre la semana 22 hasta antes de la semana 37, es decir 3 semanas antes del tiempo estimado para el parto a término.

Los partos pretérminos o prematuros se dividen en 4 niveles según dentro de la semana de gestación en la que se encuentre, siendo los partos pretérminos más comunes en presentarse, los prematuros tardíos que son los que se llevan a cabo de entre la semana 34 hasta la semana 36,6.

Aunque no se conoce una causa exacta por la cual se provoque los partos prematuros, se ha podido identificar que existen varios factores que podrían provocar el parto pretérmino tales como una gestante consumidora de drogas lícitas e ilícitas, tabaquismo, problemas de salud como bajo peso, sobrepeso u obesidad durante la gestación, enfermedades como la diabetes y la hipertensión, continuos abortos espontáneos o provocados, no considerar el tiempo mínimo de entre un embarazo y el siguiente, entre otros.

Se conoce también que el parto prematuro trae consigo consecuencias en la madre y en el feto como así también en el desarrollo del niño, entre los problemas más comunes se encuentran afectaciones cardíacas, respiratorias, audio visual y complicaciones en el aprendizaje en sí, afecta en su total desarrollo.

Palabras claves: Parto pretérmino, Morbilidad, Mortalidad Infantil, Prematuros Tardíos, Afectaciones Cardíacas,



V. ABSTRACT

Preterm deliveries are currently known to be one of the major risk factors for infant morbidity and mortality. Preterm deliveries are those that occur between 22 weeks and before 37 weeks, that is, 3 weeks before the estimated time of delivery at term.

Preterm or preterm deliveries are divided into 4 levels according to the week of gestation in which they occur, the most common preterm deliveries being late preterm deliveries, which are those that take place between the 34th week and the 36th week.⁶ Although the exact cause of preterm or preterm births is not known, the exact cause is unknown.

Although there is no known exact cause of preterm births, it has been identified that there are several factors that could cause preterm delivery such as a pregnant woman consuming licit and illicit drugs, smoking, health problems such as low weight, overweight or obesity during gestation, diseases such as diabetes and hypertension, continuous spontaneous or induced abortions, not considering the minimum time between one pregnancy and the next, among others.

It is also known that preterm birth has consequences in the mother and fetus as well as in the development of the child, among the most common problems are cardiac, respiratory, audio visual and complications in learning itself, affecting its total development.

Key words: Preterm birth, morbidity, infant mortality, late preterm birth, cardiac disorders,



VI. INTRODUCCIÓN

El parto prematuro es considerado aquel que se presenta hasta 3 semanas antes de la fecha próxima de parto, eso se refiere a que el parto se produce antes de la semana 37 del embarazo es por ese motivo que los niños que nacen antes del tiempo estimado son denominados bebés prematuros, los cuales en muchas ocasiones estos bebés necesitan un ingreso hospitalario para que con la debida atención médica estos puedan culminar con el desarrollo de sus órganos. (Cuidate Plus , 2021)

Los bebés prematuros requieren mucho cuidado, debido a que sus órganos no funcionan completamente por motivo de que no se encuentran totalmente desarrollados y la asistencia que necesitas es mucho más especial en comparación a los bebés que nacen dentro del tiempo estimado.

“El PP (Parto pretérmino) es un grave problema que afecta a la salud pública de todo el mundo pues se calcula que nacen en el mundo anualmente 13.000.000 de niños antes del término, las cifras varían en los distintos continentes”. (M. Laterra, Susacasa, Di Marco, & Valenti, 2011)

Cuando hablamos de un parto pretérmino o amenaza de parto pretérmino se debe considerar las consecuencias de este acto, que repercuten y generan daño a la madre como al feto, las cuales pueden provocar complicaciones como “nacimiento de un bebé prematuro lo cual trae consigo bajo peso del bebé, dificultades respiratorias, órganos subdesarrollados y problemas de visión”. (Mayo Clinic, 2022)

En cuestión de este tema, es muy poco probable poder prevenir dicho trabajo de parto prematuro, aunque hay métodos que se pueden llevar a cabo para de cierto modo evitar que esto suceda, así como la correcta atención médica prenatal que se dé de manera regular, seguir una dieta saludable, evitar sustancias que



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA



pongan en riesgo a la madre o al feto además se debe tener la respectiva consideración de la espera de tiempo entre un embarazo y el siguiente.

Las afectaciones que presentan los niños provenientes de partos prematuro o pretérmino, es que los que viven por lo general padecen una discapacidad de por vida y en especial son capacidades especiales que se relaciona con los problemas visuales y auditivos además de problemas en el aprendizaje, por otro lado, la prematuridad es una de las principales causas de mortalidad, en niños menores de cinco años.

A nivel mundial la “Organización Mundial de la Salud alerta de que está aumentando en todo el mundo el número de partos prematuros, dando lugar a unos 15 millones de nacimientos antes de la semana 37 y aproximadamente un millón de muertes anuales”. (MÉDICOS Y PACIENTES.COM, 2017)

En el Ecuador en el año 2019 según las estadísticas del INEC (Instituto Nacional de Estadísticas Y Censos) se visualiza que los niveles de parto pretérmino son bajos, tomando referencia la región Costa en la cual solo un 6,5% alrededor de 9.605 partos corresponde a nacimientos pretérminos.

En cuestión uno de los principales motivos de parto prematuro, es la rotura prematura de membranas pretérmino, las cuales predisponen el parto aumentando los riesgos de infecciones en la mujer tales como infección intraamniótica corioamnionitis y en el recién nacido o en ambos, puede causar sepsis, también se puede presentar anomalías fetales y desprendimiento prematuro de la placenta. (Moldenhauer, 2020)



1. MARCO TEÓRICO

i. Parto Pretérmino (PP)

Definición

“Todo parto del cual se obtenga un producto vivo y que se lleve a cabo desde la semana 22 hasta la semana 36.6 después de observar la última menstruación se considera parto pretérmino”. (Tacchino E. H., 2018)

En definitiva, cualquier parto que ocurra antes de la semana 37 de la gestación es considerado como parto pretérmino, de igual manera cualquier gestante que presente contracciones de forma regular y con ello se perciba cambios cervicales se identifica como labor de parto.

Si la paciente se presenta con contracciones, pero la dilatación y el borramiento no avanza, esto se puede determinar como una falsa labor pretérmino, considerando que el parto pretérmino es uno de los factores de mayor riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal.

En relación con el neonato por parto pretérmino, generalmente se los reconoce con bajo peso al nacer por motivo de que nacen demasiado temprano con respecto a la edad gestacional.

ii. Amenaza (APP)

Amenaza de parto pretérmino se presenta como contracciones uterinas que se manifiestan 1 cada 10 minutos con frecuencia y duración palpatoria de 25 a 30 segundos durante 60 minutos, además presenta borramiento del cuello uterino de 50% o menos y dilatación de igual a menor de 3 cm y se desarrolla dentro de las semanas 22 a 36,6 semanas de gestación. (F.A.S.G.O)

Se debe tener en consideración también que el 80% de las consultas por amenaza se parto pretérmino no terminan en parto prematuro de las cuales las dos terceras partes de las amenazas de parto pretérmino no culminan la labor de parto dentro de las continuas 48 horas y más de una tercera parte llegan a término con su embarazo.



iii. Causas

Aunque en la actualidad se considera al parto pretérmino como síndrome y no como patología, no existe una causa concreta por el cual se origine un parto pretérmino es por eso se ha optado por subdividir el parto pretérmino en dos grupos: espontáneo e iatrogénico.

Parto pretérmino espontáneo.

Como su nombre lo manifiesta es aquel que se da de manera involuntaria y que se necesita de atención médica inmediata, donde las principales afectadas por lo general son adolescentes o mujeres con embarazo múltiple además de infecciones y trastornos tales como el estrés. (Cuidate Plus, 2021)

El 15 % de pacientes posee antecedentes de PPT

El 85% son primigestas.

Parto pretérmino iatrogénico.

Este parto por su parte es aquel que se realiza bajo supervisión médica, debida a la presencia de una complicación dentro del embarazo, es cual hace imposible seguir con la gestación debido a que pone en peligro a la vida de la madre, la del feto o en el peor de los casos, el riesgo evidente de las dos vidas. (Tacchino E. H., 2018)

Dentro del estudio exhaustivo de las diversas causas de parto pretérmino espontáneo, también se subdivide en dos grupos: Intrínsecas y Extrínsecas.

Las causas intrínsecas guardan estrecha relación con las actividades hormonales y activaciones neurales mientras que entre las causas extrínsecas se encuentra la sobre distensión uterina, infecciones maternas, isquemia uteroplacentaria malformaciones uterinas, enfermedades cervicales y estrés.

iv. Signos Y Síntomas De Parto Pretérmino



Los principales signos que presenta un parto pretérmino son sangrados o cólicos abdominales, contracciones o presión en la ingle aunque también se pueden presentar en los muslos, segrega líquidos desde la vagina y puede aparecer como gotas o chorro, también se puede presentar el sangrado vaginal que suele ser brillante y de color rojo, o puede aparecer una espesa secreción y mucosa con sangre proveniente de la vagina se presentan contracciones , 5 por cada hora las cuales son regulares y dolorosas las cuales se vuelven más prolongadas fuertes y cercanas. (Medline Plus , 2020).

v. Riesgo De Parto Prematuro

Muchas de las mujeres que se presentan con trabajo prematuro, no se les identifica un factor en específico, pero cabe recalcar que si existen ciertos factores de riesgo que pueden influir y aumentar dicho riesgo en las mujeres: Fumadoras menores de 20 o mayores a 35 años, mujeres con enfermedades cardiacas, renales diabetes o presión arterial, gestaciones múltiples, embarazos de 6 meses o menos diferencia entre cada uno, mujeres que se realizan la fertilización in vitro, desbalance en el peso durante el embarazo, sea este bajo de lo normal o sobrepeso u obesidad, hacer uso de sustancias ilegales entre ellas alcohol cocaína marihuana heroína, mujeres que presentes anomalías en la forma del útero o problema de cuello uterino que no permanece cerrado, también las mujeres que han atravesado varios abortos sean estos voluntarios o espontáneos, gestantes con antecedentes de parto prematuro y estrés.

Ser Afroamericano o afrodescendiente, esto se debe a que las mujeres afro son más propensas a padecer un parto pretérmino debido a que esta raza se encuentra asociada a niveles elevados de malnutrición, hipertensión, obesidad y control prenatal inadecuado. (Moreno, y otros, 2015)

vi. Complicaciones por amenaza del PP (Parto pretérmino)

Maternos: Mayor intervencionismo obstétrico



Fetales: Pérdida de bienestar fetal, presentaciones distócicas, asociadas a la etiología

Neonatales: Son las complicaciones por excelencia metabólicas, Enterocolitis Necrotizante, Neurológicas, Termolabilidad, Infecciosas, Ictericia, Respiratorias Hemorragias, alteraciones de la succión. (Noel Marin, Castillo, & W, 2020).

vii. Consecuencias

“El parto prematuro es la causa única más importante de morbilidad y mortalidad perinatal. Su incidencia se ha mantenido estable en el mundo alrededor del 10%” (Bernardita Donoso Bernal, 2012)

viii. Ruptura prematura de membrana

Definición

Cuando el feto se encuentra dentro del útero, posee agua que lo rodea el cual se lo conoce con el nombre de líquido amniótico mientras que las capas que lo recubren y contienen este líquido son las denominadas membranas la cual lleva el nombre de saco amniótico con gran frecuencia estas membranas suelen romperse en la labor de parto a lo que comúnmente se le conoce como romper fuente. (MedlinePlus información de salud para usted, 2020)

La RPM se presenta como una ruptura espontánea de las membranas ovulares y las cuales se pueden presentar hasta 2 horas antes del inicio de la labor de parto. (F.A.S.G.O)

En ocasiones esta membrana se rompe mucho antes de que la mujer entre a labor de parto y cuando esto sucede se lo denomina ruptura prematura de membrana y la (RPM) pero si esta se da antes de la semana 37 de gestación se le conoce como ruptura prematura de membrana pretérmino (RPMP). (MedlinePlus información de salud para usted, 2020)

La gran parte de las RPM son a término (8% de las gestaciones) y el parto en esta etapa se llevará a cabo aun presentando condiciones cervicales



desfavorables, la cual generalmente se dará de manera espontánea y dentro de las primeras 24 horas, desarrollándose con menor frecuencia la RPMP dentro de las gestaciones únicas, mostrando complicaciones de solo 2-4 % mientras que un 7-20% en las gestaciones gemelares lo cual en el índice de partos pretérminos se muestra como el 30% de los casos. (Vasquez, 2020)

En términos de viabilidad se conoce que se ha observado una considerable reducción en lo que va en estos últimos años, considerándose actualmente RPR pre-viable siendo aquella que se da antes de la semana 23.0 de gestación. (Vasquez, 2020)

ix. Clasificación de la ruptura prematura de membranas

Tabla 1 CLASIFICACIÓN DE LA RPMP

CERCA DE TÉRMINO	Entre 35-36 semanas y 6 días
LEJOS DE TÉRMINO	Entre 24-34 semanas y 6 días
PRE-VIABLE	Menos de 24 semanas (antes del límite de viabilidad).
PERIODO DE LATENCIA	Tiempo transcurrido entre la RPM y el inicio del trabajo de parto.
RUPTURA PROLONGADA	Tiempo de latencia mayor a 24 horas

(Pública, 2015) Adaptación Guía Clínica FACSO, 2011

x. Patogenia

Actualmente se desconoce una causa exacta por la cual se produce la rotura prematura de membrana, pero podemos atribuir esta patogénesis al debilitamiento fisiológico que se presenta en las membranas, las cuales se producen por la disminución de resistencias. (Vasquez, 2020)

Los principales puntos que se conocen que provocan esta patología son: pobre en colágeno I, edematizado con depósito de material fibrinoide, se presenta adelgazamiento de la capa trofoblástica y decidual, además que estas células deciduales son las encargadas de la producción de prostaglandinas E2 Y F2 las cuales se encargan de favorecer las contracciones. (Vasquez, 2020)

xi. Factores de riesgo



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA



Estudios histológicos han demostrado las diferentes características que se evidencian en la RPM, como el engrosamiento del tejido citotrofoblasto y la decidua además de la disrupción de las conexiones entre el amnios y el corion las cuales se encuentran acompañadas también de ciertos cambios fisiológicos como la dilatación cervical la cual provoca el debilitamiento de las membranas. (Vargas Arias & Vargas Roman , 2014)

Las enfermedades y trastornos que se asocian con la rotura prematura de membranas son: infecciones maternas, infección intrauterina, insuficiencia cervical, embarazos múltiples anteriores, hidramnios, déficit nutricional, disminución de fortaleza de las membranas a la tensión, antecedentes de RPM o del PP de un anterior embarazo. (Vargas Arias & Vargas Roman , 2014)

Dentro de este caso se desarrollan diversos factores que si bien es cierto no son exactamente predecibles, se presentan de manera constante en las pacientes, como son la vaginosis bacteriana, fibronectina fetal y medición de longitud cervical. (Acuña, 2017)

Cabe resaltar que dentro de los factores de riesgos que se presentan con relación a la rotura prematura de membranas principalmente se visualiza en gestante con rotura prematura de membrana en embarazos anteriores en donde las cifras reflejan el 13.5% de riesgo recurrente en comparación al 4.1% en gestantes que no han presentado RPMP en gestaciones anteriores. (F.A.S.G.O)

La infección del tracto genital inferior, también se considera como un factor de riesgo ante la presentación de RPMP ya que poseen mayor capacidad en la producción de fosfolipasa generando de esta manera las contracciones, las más común de estas infecciones es la Vaginosis bacteriana. (F.A.S.G.O)

Otro de los factores que regularmente se asocia a la RPM, son las hemorragias que se presentan dentro de la primera y segunda mitad del embarazo siendo causa probable de que se incremente el riesgo de la Rotura prematura de membrana. (F.A.S.G.O)



Las anomalías cervicales como la insuficiencia cervical y los procedimientos invasivos presentan complicaciones del 1% entre ellos se encuentra la cirugía fetal, fetoscopia, toma de sangre de las venas umbilicales percutáneas siendo las 2 primeras las que presentan un mayor riesgo. (Vasquez, 2020)

xii. Diagnóstico

El diagnóstico de labor de parto prematuro se presenta simplemente en una paciente que consulta por cuadro dinámica uterina regular con menos de 37 semanas de gestación y que dando como resultado en el examen físico una presentación de dilatación, mayor o igual a 2 centímetros y un borramiento superior al 80%. (Acuña, 2017)

Se realiza la visualización de la salida del líquido desde el orificio cervical el cual se realiza por medio de la especuloscopia en donde se logra confirmar dicha situación, si de esta forma no se logra observar la salida del líquido, lo que se realiza es ciertas maniobras en torno a la paciente entre ellas esta toser o pujar.

Existen muchas pacientes que suelen informar en su historial clínico de cierta sensación de humedad en la vagina o presentar aumento de frecuencia urinaria, pero sin la debida evidencia de la salida del líquido amniótico por lo cual se debe realizar otras pruebas adicionales para verificar el estado de la paciente.

- Papel de nitrazina
- Cristalografía /prueba de hehecho
- Test de la proteína de unión al factor de crecimiento similar a insulina
- Ultrasonido

xiii. Manejo de RPM

Este se llevará a cabo según la madurez fetal esto es en relación con la viabilidad fetal que se presente, para de este modo evitar intervenciones costosas y dolorosas en los neonatos.



Las membranas fetales realizan la función de barrera ante las posibles infecciones, por eso es recomendable iniciar el parto cuando se haya presentado la RPM siempre que el riesgo de infección supere el riesgo de prematuridad cuando la RPM se presenta a término, la labor de parto se maneja de forma espontánea o inducida dentro de las 12 a 24 horas siguientes. (Vargas Arias & Vargas Roman , 2014)

xiv. Tratamiento

Tratamiento con suplementos nutricionales.

Suplementación con magnesio, suplementación con calcio, suplementación con cinc, suplementación con hierro y folatos.

Administración de progesterona, administración de antibióticos (Althabe , Carroli , Ledo, M. Belizán , & Althabe).

Tratamiento de la APP (amenaza de parto pretérmino) con agentes Tocolíticos.

Administración de betamiméticos, betamiméticos para mantenimiento, sulfato de magnesio, inhibidores de la síntesis de prostaglandinas, bloqueadores de los canales del calcio “nifedipina” (Althabe , Carroli , Ledo, M. Belizán , & Althabe)



1.1 Justificación

El estudio que se realiza es para conocer los diversos problemas que se presentan ante la amenaza de parto pretérmino por ruptura prematura de membrana, en una gestante primigesta de 16 años.

Identificando que la amenaza de parto pretérmino se presenta con una dinámica uterina regular, en la cual se observa una o más contracciones en un lapso de 10 minutos.

También se realiza para dar a conocer los principales signos y síntomas de la amenaza de parto pretérmino por rotura prematura de membranas en una gestante de 36 semanas.

Es por ello, es de suma importancia determinar los factores y principales causas que predisponen a desencadenar la Amenaza de parto pretérmino, las embarazadas deben acercarse y consultar en un centro de salud, hospital o clínica; para que le puedan brindar un tratamiento adecuado y oportuno, para así evitar la presencia de la amenaza de parto y que finalice en un parto pretérmino.

Por tal razón es tan necesario orientar a la mujer desde sus primeras semanas de embarazo, para que de este modo puedan reconocer cuales son las medidas de seguridad, ya que al contar con el apoyo de personas especializadas en esta patología puede prevenirse y así culminar con un embarazo sin riesgo, salvaguardando la vida de la madre y del bebé.

Con esta investigación se busca beneficiar a las embarazadas que presenten diagnóstico de amenaza de parto pretérmino, ya que al tener conocimiento de las principales causas que provocan este problema, se podrá intervenir de una



manera oportuna, adecuada, eficaz y al mismo tiempo evitar o disminuir la morbimortalidad y así brindar seguridad y confianza a la embarazada.

Es indispensable conocer información acertada para las embarazadas y evitar efectos indeseables, obteniendo resultados positivos, lo que permite contribuir a la adecuada salud de la mujer, recién nacido y familia.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

- Determinar las principales causas ante la amenaza de parto pretérmino, por ruptura prematura de membrana en gestantes de 36 semanas.

1.2.2 Objetivos específicos

- Describir las complicaciones que presenta la madre durante el parto pretérmino por ruptura de membranas.
- Analizar las afectaciones que atraviesa el feto por ruptura prematura de membrana pretérmino (RPMP)
- Identificar los mecanismos utilizados ante una amenaza de parto pretérmino por ruptura prematura de membrana.



1.3 Datos generales

Tabla 2 DATOS GENERALES

Nombres: NN	Apellidos: NN
Código: 24D01C04	Edad: 16 años 2 meses 26 días
Género: Femenino	Nº Historia Clínica: 2450139858
Grupo Cultural: Mestiza	Nacionalidad: ecuatoriana
Domicilio: Santa Elena/La Libertad/Barrio 6 de Enero	Nivel económico: bajo
Institución del Sistema: Ministerio de Salud Pública	Unidad Operativa: José Garces Rodríguez

Elaborado por estudiante: Elizabeth Dávila

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente

Motivo de consulta

Primigesta de 16 años acude a la emergencia en compañía de la mamá, por presentar dolor tipo contráctil de leve intensidad en bajo vientre con evolución de más o menos 4 horas, FUM: no refiere.



Paciente con 4 controles prenatales en CS. Enrique Gallo, trae consigo ecografía realizada el 13/1/21 la cual reporta: embarazo de 12.3 semanas que a la fecha actual embarazo de 36 semanas.

Antecedentes

Antecedentes personales y familiares

APP: No refiere

APF: No refiere

Antecedentes obstétricos

Gestas Previas: 0

Abortos: 0

Partos vaginales: 0

Nacidos Vivos: 0

Antecedentes quirúrgicos: No refiere

Antecedentes alérgicos: No refiere

2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual

(anamnesis)

Primigesta de 16 años acude a la emergencia en compañía de la mamá, por presentar dolor tipo contráctil de leve intensidad en bajo vientre con evolución de más o menos 4 horas, FUM: no refiere.

Paciente con 4 controles prenatales en CS. Enrique Gallo, trae consigo ecografía realizada el 13/01/21 la cual reporta: embarazo de 12.3 semanas que a la fecha actual embarazo de 36 semanas.



2.3. Examen físico (exploración clínica)

Se detalla exploración de la paciente:

CABEZA: normocéfalo.

CUELLO: sin adenopatías.

TÓRAX: ventilado.

ABDOMEN: tumoración abdomino pélvica compatible con embarazo. AU: 36 CM
FCF:135 lpm. A las maniobras de Leopold: producto único vivo presentación cefálica dorso izquierdo.

Pelvis: Al tacto vaginal: cérvix posterior, corto, Dilatación 3 Centímetros, Borramiento 40% I plano, membranas rotas.

EXTREMIDADES: simétricas, no edema.

Tabla 3 SCORE MAMA

SCORE MAMA :	0
SISTOLE:	110
DIASTOLE:	80
FRECUENCIA CARDIACA:	88
FRECUENCIA RESPIRATORIA:	20
TEMPERATURA:	36.3
SATURACIÓN DE OXIGENO:	99
ESTADO DE CONCIENCIA:	ALERTA

Elaborado por estudiante: Elizabeth Dávila



2.4. Información de exámenes complementarios realizados

Tabla 4 BIOMETRIA HEMATICA

Examen	Resultado	Unidad	Valor referencial
HEMOGLOBINA	12.6	g/dl	12.0 – 16.0
HEMATOCRITO	39	%	37 – 54
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	95	fL	80.0 – 100.0
Hemo. Corp. Medio	28	pg	27.0 – 32.0
PLAQUETAS	181.000	10 ³ /uL	150 - 450
LEUCOCITOS	8730		
GRUPO SANGUINEO	O		
FACTOR RH	NEGATIVO		
TIEMPO DE COAGULACION	3 min	29Seg Min	
Inmunoserología			
VIH:	No reactivo		
VDRL	No Reactivo.		

Elaborado por estudiante: Elizabeth Dávila



Tabla 5 UROANALISIS EXAMEN FISICO

COLOR (orina)	Amarillo
Aspecto(orina)	Turbio
Densidad	1.030
PH	7

Elaborado por estudiante: Elizabeth Dávila

Tabla 6 EXAMEN QUÍMICO

Leucocitos	Positivo
Sangre	Negativo
Nitritos	Negativo
Cetonas	++
Glucosa	Normal
Bilirrubina	Negativo
Proteínas	Negativo
Urobilina Geno	Negativo
Acido Ascórbico	Negativo
Examen microscopico	
Bacterias	++
Leucocitos	18-20
Piocitos	2-4
Hematíes	0-1
Cristales	Negativo
Cilindros	Negativo

Elaborado por estudiante: Elizabeth Dávila



ECOGRAFÍA-REPORTA:

Gestación: única, feto vivo móvil, bienestar fetal conservado y normal hasta el momento del estudio hasta el momento del estudio. Doppler normal.

Medidas biométricas: longitud craneocaudal: 58.9 mm, saco gestacional:75.7 mm, saco vitelino: 5.1 mm. frecuencia cardiaca: 149 latidos por minuto, fondo de saco de Douglas: leve presencia de líquido al momento, cérvix cerrado.

conclusión: embarazo de 12 semanas 03 días por biometría fetal actual

2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Diagnostico presuntivo: Embarazo de más o menos de 36 semanas de gestación + amenaza de parto pretérmino.

Diagnostico diferencial: Embarazo de alto riesgo obstétrico

Diagnóstico definitivo: Amenaza de parto pretérmino + controles prenatales insuficientes+ ruptura prematura de membranas.

2.6. Análisis y descripción de las conductas que determina el origen del problema y los procedimientos a realizar.

1. INGRESO: 14/08/2021 05: 00 AM

Primigesta de 16 años acude a la emergencia en compañía de la mamá, por presentar dolor tipo contráctil de leve intensidad en bajo vientre con evolución de más o menos 4 horas.

Gestante con 3 centímetros de dilatación. Primer plano, actividad uterina: 2 contracciones en 10 minutos, membranos rotas.FCF:135 lpm



2. 14/08/2021 6:00 AM

Se ingresa a la gestante a sala de observación ginecológica. Se realiza monitoreo fetal, (reactivo, categoría 1, frecuencia cardiaca fetal. 135 latidos por minuto, 2 contracciones en 10 minutos).

TRATAMIENTO

Cloruro de Sodio al 0.9% de 1000ml pasar 30 gotas por minuto

Ampicilina 2g IV dosis inicial seguido de 1g cada 6h

Paracetamol 1gr VO cada 8 horas.

3. 14/08/2021 10: 00 AM

Se realiza valoración ginecológica; la realiza el ginecólogo de guardia el cual indica: dilatación de 5 cm, borramiento 60%, segundo plano.

Se decide evolución espontanea, con valoración ginecológica cada 4 horas, monitoreo fetal cada 4 horas, score mama cada 4 horas.

Se realiza Monitoreo fetal: reactivo, categoría I, frecuencia cardiaca fetal 145 latidos por minutos, actividad uterina 3/10.

Score mama 0

4. 14/08/2021 12: 00 PM

Se realiza valoración ginecológica porque paciente indica dolor de gran intensidad, lo realiza médico residente el cual indica: dilatación de 8 cm, borramiento 80 %, segundo plano. Se traslada a la paciente a sala de parto.

5. 14/08/2021 14: 00 PM



Paciente en sala de parto, dilatación completa previa asepsia y antisepsia, se colocan campos estériles y se obtiene producto único vivo sexo masculino, con un peso de 2.335 gramos.

Neonato es ingresado a sala de neonatología

Se traslada a paciente a sala de postparto para control de signos vitales y loquios (masaje uterino cada 15 minutos por dos horas, luego cada 30 minutos por dos horas más)

a. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

Se debe tener en cuenta de que existe factores de riesgo los cuales según la guía práctica clínica del ministerio de salud pública del Ecuador los divide en dos grupos, factores de riesgo modificables y factores de riesgos no modificables , los cuales se debe identificar para poder brindar la debida intervención, en donde se observa en este caso que pertenece a los factores de riesgos modificables tras presentar control insuficiente de la gestación < 4 visitas prenatales, infección urinaria baja o bacteriuria asintomática y amenaza de parto prematuro: antes de la semana 37.

Al momento del ingreso de la paciente se realiza las debidas evaluaciones que establece la guía práctica en relación con el examen físico en el control prenatal como la evaluación nutricional y el índice de masa corporal, la medición de altura uterina y cálculo de la edad gestacional, además de las maniobras de Leopold en control de los movimientos y auscultación fetales más tacto vaginal.

2.8 Seguimiento

Posterior al ingreso de la paciente, se realizó el manejo adecuado, se indicó medicación para evitar una sepsis neonatal, se valoró la frecuencia cardiaca fetal cada que era necesario. La paciente evoluciono para trabajo de parto favorablemente, valorando siempre que cumpla con todas las condiciones.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA



Durante el proceso la paciente no presentó complicación alguna, se obtuvo un parto eutócico dando como resultado: neonato vivo, sexo masculino, el cual, por la edad gestacional, fue ingresado a sala de hospitalización en área de neonatología.

Después de cumplir observación postparto correspondiente de 24 horas, se da alta a la paciente por no presentar ninguna novedad. Se entrega hierro 60 mg + ácido fólico 400 microgramos hasta los 3 meses postparto. Se socializan signos de alarma y se realiza asesoría en lactancia materna y planificación familiar.

El neonato fue dado de alta 1 semana después del parto.



2.9 Observaciones

- Mediante el ingreso de la paciente se procedió a realizar técnicas para el manejo de la amenaza de parto pretérmino, que rige el ministerio de salud pública.
- La paciente carecía de controles prenatales siendo esto un riesgo para la gestación.
- Los embarazos en la adolescencia tienen riesgos adicionales de salud que afecta al binomio madre- hijo.
- La ruptura prematura de membranas puede ocasionar: Infección intraamniótica e infecciones del feto, Posición anormal del feto o un desprendimiento placentario.



CONCLUSIONES

Al analizar los distintos factores de riesgos como la edad de la primigesta se concluyó que los factores que desencadenaron el parto prematuro fueron la falta de controles prenatales y las infecciones, urinarias y vaginales

La paciente no presentó alguna complicación grave en el momento del parto, ya que se intervino a tiempo con el manejo adecuado a la emergencia basándose en la guía de práctica clínica, el neonato favorablemente tampoco presentó alguna complicación en el momento del parto por ende fue trasladado a la sala de neonatología para su respectivo cuidado médico y dado de alta luego de una semana de nacido;

Logramos identificar los mecanismos utilizados ante una amenaza de parto pretérmino aplicando las recomendaciones de las Guía de práctica clínica de Ruptura prematura de membranas y Guía de control prenatal obteniendo buenos resultados materno-fetales

RECOMENDACIONES

Toda mujer en estado de gestación tiene la responsabilidad de llevar los controles prenatales, los cuales garantizaran un buen estado de salud tanto para la madre como para el feto.

Las infecciones vaginales es una de las causales principales que provocan la ruptura prematura de membrana, por eso se debe llevar el control prenatal para que, al momento de manifestarse algún tipo de infección, el médico pueda enviar el tratamiento y de este modo evitar el riesgo de morbilidad o mortalidad del neonato.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía

MÉDICOS Y PACIENTES.COM. (22 de NOVIEMBRE de 2017). *ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE*

ESPAÑA. Obtenido de CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS:

<http://www.medicosypacientes.com/articulo/la-oms-alerta-del-aumento-de-partos-prematuros>

Acuña, T. M. (septiembre de 2017). Revista Médica Sinergia. En *PARTO PRETERMINO* (págs. 12-14). San Jose de Costa Rica : ISSN 2215-4523. Obtenido de

<https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms179c.pdf>

Althabe , F., Carroli , G., Ledesma, R., M. Belizán , J., & Althabe, O. H. (s.f.). El parto pretérmino:

detección de riesgos y tratamiento preventivo . *Revista Panamericana de Salud Pública* .

Bernardita Donoso Bernal, E. O. (2012). Parto prematuro. *MEDWAVE*.

Clinica eficiens. (10 de julio de 2021). Obtenido de Mitos y realidades sobre el tabaco.:

<https://clinicaeficiens.com/mitos-y-realidades-sobre-el-tabaco/>

Cuidate Plus . (3 de Febrero de 2021). *CuidatePlus*. Obtenido de

<https://cuidateplus.marca.com/reproduccion/parto/diccionario/parto-prematuro.html>

Cuidate Plus. (3 de Febrero de 2021). *Parto prematuro*. Obtenido de

<https://cuidateplus.marca.com/reproduccion/parto/diccionario/parto-prematuro.html>



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA**



DrugFacts. (21 de Noviembre de 2019). *National Institutes of Health*. Obtenido de National Institute on Drug Abuse: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-heroina>

Esteban, C. B. (12 de 04 de 2021). REVISTA MEDICA. *Efectos del consumo de drogas durante el embarazo*. OCRONOS.

F.A.S.G.O. (s.f.). *CONSENSO*. Obtenido de PARTO PRETERMINO:

http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Part_Pretermino.pdf

Fleta Gálvez , Á., & Bueno Aranda , L. (8 de Septiembre de 2017). *Revista Electrónica de Portales Medicos.com*. Obtenido de Amenaza de parto pretérmino: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/amenaza-parto-pretermino/>

Health, N. I. (2018). Medicamentos para el tratamiento del trastorno por consumo de opioides. *National Institute on Drug Abuse*.

INFODROGAS. (2021). *INFODROGAS*. Obtenido de <https://www.infodrogas.org/drogas?showall=1>

J. ECHEVERRIA LECUONA. (2003). DROGAS Y EMBARAZO. En J. E. Lecuona, *Drogas en el embarazo y morbilidad neonatal* (pág. 519). SAN SEBASTIAN, ESPAÑA , España J. Echeverria Lecuona : 00 EDITORIAL 1391.QXD.

M. Laterra, C., Susacasa, S., Di Marco, I., & Valenti, E. (2011). *Guía de práctica clínica AMENAZA DE PARTO PRETERMINO 2011*. Obtenido de <https://www.sarda.org.ar/images/2012/25-40%20Guia%20Amenaza%20parto.pdf>

Mayo Clinic. (8 de Febrero de 2022). *Mayo Clinic*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/preterm-labor/symptoms-causes/syc->



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA**



Palencia, A. (s.f.). *Precop 9-4-B*. Obtenido de Parto Prematuro,:

https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/32151104/Precop_9-4-B-with-cover-page-

[v2.pdf?Expires=1631560929&Signature=BK~sa2hIJ0o~4y-](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/32151104/Precop_9-4-B-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1631560929&Signature=BK~sa2hIJ0o~4y-)

[FVK~h2Su18Ql~bXJNAAt20BWufKFtQfYIQseQcaLfMwBk85FKobBCQ2D9LIPFKt4nkZSqJJg7kg](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/32151104/Precop_9-4-B-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1631560929&Signature=BK~sa2hIJ0o~4y-FVK~h2Su18Ql~bXJNAAt20BWufKFtQfYIQseQcaLfMwBk85FKobBCQ2D9LIPFKt4nkZSqJJg7kg)

[W0b3MAsNd3hjHghiXPVneZb8rtiTzCEzYbGK4Mi6LHAgZoHlphj2dl](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/32151104/Precop_9-4-B-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1631560929&Signature=BK~sa2hIJ0o~4y-FVK~h2Su18Ql~bXJNAAt20BWufKFtQfYIQseQcaLfMwBk85FKobBCQ2D9LIPFKt4nkZSqJJg7kg)

Pública, M. d. (2015). *Ruptura prematura de membranas pretermino*. Quito.

salud, o. m. (s.f.).

Tacchino, E. H. (2018). Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*.

Tacchino, E. H. (2018). Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*.

Unidas, N. (s.f.). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*.

Vargas Arias , K., & Vargas Roman , C. (2014). RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS. *REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA*, 719-723.

Vasquez, M. O. (2020). Ruptura prematura de membranas . *Revista Medica Sinergia*, 5(11).



ANEXOS

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA



SE REALIZA ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRANSDUCTOR ENDOCAVITARIO A 6.5 Mhz OBSERVANDO:

ÚTERO: GRÁVIDO, ANTEROVERSIÓN, EVIDENTE AUMENTO DE TAMAÑO, OCUPADO POR SACO GESTACIONAL, VESÍCULA VITELINA Y EMBRIÓN CON VITALIDAD CONSERVADA HASTA EL MOMENTO EN SU INTERIOR.

DOPPLER GENERAL NORMAL.

CARACTERÍSTICAS DE PRODUCTO:

NO.	PARAMETROS
1	LONGITUD CRANEOCALICAL: 58.9 MM
2	SACO GESTACIONAL: 75.7 MM
3	SACO VITELINO: 5.1 MM

VITALIDAD FETAL:

ACTIVIDAD CARDÍACA		FRECUENCIA
PRESENTES	AUSENTES	
X		152 LPM

FONDO DE SACO DE DOUGLAS: LEVE PRESENCIA DE LIQUIDO AL MOMENTO

CERVIX CERRADO

ANEXOS: CARACTERÍSTICAS ECOGRAFICAS NORMALES AL MOMENTO.

NOTA: SEGUIMIENTO SUBSECUENTE, NO ALBIAS AL MOMENTO, NO SABERADO.

CONCLUSIÓN:

EMBARAZO DE 12 SEMANAS 03 DÍAS POR SACO GESTACIONAL Y LCN
CORRELACIONAR CON CLINICA Y EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

ATENTAMENTE

DR. JORGE CHÁVEZ MACÍAS
MÉDICO CIRUJANO
DIPLOMADO Y MAESTRÍA INTERNACIONAL EN ULTRASONOGRAFÍA MÉDICA

Colonia, calle Ocho entre Av. Granda Cordero y Maestre. Frente al Hospital Anibal González Alvará.
Teléfono: 0095211048. Correo: jgchavez@puconografia.com

1



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA



Prueba	Método	Resultado	Unidad	Valores de Referencia
BIOMETRÍA HEMÁTICA				
HCT	Manual	39	%	37.0 - 54.0
HGB		12.6	g/dL	11.0 - 16.0
Hemacias		4'300.000	xmm ³	3'500.000 - 5'500.000
WBC	Manual	10.550	xmm ³	5.000 - 10.000
Plaquetas	Manual	298.000	xmm ³	150.000 - 450.000
N. Segmentados	Manual	55	%	50 - 70
G. Linfocitos	Manual	40	%	20 - 40
G. Eosinófilos	Manual	2	%	1 - 5
G. Monocitos	Manual	2	%	1 - 7
BIOQUÍMICA SANGUÍNEA				
Glucosa	Colorimétrico	75.3	mg/dl	75 - 115
Colesterol Total	Colorimétrico	150	mg/dl	< 190
Triglicéidos	Colorimétrico	173	mg/dl	< 150
Acido Úrico	Colorimétrico	3.85	mg/dl	Hombres: 3.40 - 7.00 Mujeres: 2.40 - 5.70
Urea	Colorimétrico	29.6	mg/dl	10 - 50
Creatinina	Colorimétrico	0.70	mg/dl	Hombres: 0.60 - 1.10 Mujeres: 0.50 - 0.90
ENZIMAS				
TGO/AST	Cinético	41.6	U/L	Hombres < 42 Mujeres < 32
TGP/ALT	Cinético	36.0	U/L	Hombres < 37 Mujeres < 31



Curiginal

Document Information

Analyzed document	URKUND 2.docx (D131226026)
Submitted	2022-03-22T22:49:00.0000000
Submitted by	
Submitter email	esthely.davila@ymail.com
Similarity	2%
Analysis address	jordonez.utb@analysis.orkund.com

Sources included in the report

SA	TESIS RPM urkund.docx Document TESIS RPM urkund.docx (D130628645)	 1
SA	TESIS JOSUE.docx Document TESIS JOSUE.docx (D112846873)	 2
