

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA
CARRERA DE OBSTETRICIA**



TESIS DE GRADO

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE OBSTETRIZ

TEMA:

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ESTUDIO A REALIZAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ASISTIERON A LA CONSULTA DEL AREA GINECO-OBSTETRICA DEL HOSPITAL JAIME ROLDOS AGUILERA DE LA CIUDAD DE VENTANAS EN EL PERIODO ENERO A JUNIO DEL 2012

AUTORAS:

KARINA JOHANNA ROSADO VECILLA
DEISY JOHANNA VALERO ARIAS

DIRECTOR DE TESIS:

OBST. MSG. GINA MEDINA ERRAZURIZ

**BABAHOYO – ECUADOR
2012**

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

APROBACION

**Dr. Cesar Noboa Aquino
DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**Obst. Joe Ordoñez Sánchez
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE OBSTETRICIA**

**Obst. Msg. Gina Medina Errázuriz
DIRECTORA DE TESIS**

**Abg. Israel Maldonado Contreras
SECRETARIO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

PRESIDENTE

1ER. VOCAL

2DO. VOCAL

Abg. Israel Maldonado Contreras

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

CERTIFICACION DEL DIRECTOR DE TESIS

Yo, Obst. Msg. Gina Medina Errázuriz, certifico que la Tesis de investigación titulada: **RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ESTUDIO A REALIZAR EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ASISTIERON A LA CONSULTA DEL AREA GINECO-OBSTETRICA DEL HOSPITAL JAIME ROLDOS AGUILERA DE LA CIUDAD DE VENTANAS EN EL PERIODO ENERO A JUNIO DEL 2012**, es trabajo original de las: SRTA. KARINA JOHANNA ROSADO VECILLA y SRTA. DEISY JOHANNA VALERO ARIAS, el que ha sido realizado bajo mi dirección.

Además encuentro que este trabajo ha sido realizado de acuerdo a las exigencias Metodológicas – Técnicas exigentes para el nivel de Obstetrix, por lo que autorizo su Presentación, Sustentación y Defensa.

Obst. Msg. Gina Medina Errázuriz

Director de Tesis

DEDICATORIA

Dedico este proyecto de tesis a Dios porque esta día a día conmigo bendiciéndome en cada paso que doy para permitirme lograr mis metas brindándome su apoyo y su amor incondicional dándome la fortaleza necesaria para continuar con mis propósitos en esta vida.

A MIS PADRES

Con respeto, admiración y sobre todo con amor que gracias a su esfuerzo, apoyo, motivación están ahí a lo largo de mi vida brindándome su protección y depositando en mí su entera confianza para que yo cumpla mis objetivos.

A MIS HERMANOS

Gracias por brindarme el amor que me dan me motivó día a día a para luchar hasta cumplir unas de mis metas.

A MI TIO Y MI MADRINA

A quienes les dedico con infinito amor y cariño esta tesis como prueba de sacrificio, confianza y junto con mis padres lograron sacarme adelante para ser una profesional.

A MIS MAESTROS

Por brindar sus conocimientos sabios para lograr ser unos excelentes profesionales por esforzarse cada día con sus enseñanzas.

Karina Johanna Rosado Vecilla

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación como profesional.

A mi madre, que con su demostración de una madre ejemplar me ha enseñado a no desfallecer ni rendirme ante nada y siempre perseverar a través de sus sabios consejos.

A mi esposo, que durante estos años de carrera ha sabido apoyarme para continuar, gracias a su amor incondicional y su ayuda en mi proyecto.

A mis hijitos, que son mi regalo más grande mi alegría mi inspiración para luchar por las metas propuestas y venciendo las adversidades

A mi hermana por ser una gran amiga para mí, que junto a sus ideas hemos pasado momentos inolvidables.

Y gracias a todos los que nos brindaron su ayuda en este proyecto

DEISY JOHANNA VALERO ARIAS

AGRADECIMIENTO

Mi sincero agradecimiento a Dios por habernos permitido conocer el verdadero significado de la vida. Por haber puesto en nuestro camino personas que queremos mucho y quienes nos han guiado con mucho esfuerzo a superar los obstáculos día a día.

A la universidad técnica de Babahoyo por habernos abiertos sus puertas y brindarnos los sabios conocimientos del saber, y de una manera muy especial y grata a la Obstetriz Gina Medina Errázuriz por ser una excelente maestra y guía por desprendimiento intelectual, colaboración y orientación en el transcurso de este proyecto de investigación de tesis.

A las autoridades y funcionarios del hospital Jaime Roldós aguillera que nos ayudaron desinteresadamente en las encuestas y parte de la investigación necesaria para la elaboración de la presente proyecto de tesis proporcionando la información valiosa y necesaria para su culminación.

A mis verdaderas amigas por brindarme su sincera amistad y apoyo en los momentos difíciles y estar juntas hasta el final fortaleciendo sin dudarlo nuestra amistad.

Karina Johanna Rosado Vecilla

Deisy Johanna Valero Arias

INDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I

1.- CAMPO CONTEXTUAL PROBLEMÁTICO

1.1.- Contexto Nacional, Regional, Local y/o Institucional	1
1.2.- Situación Actual del Objetivo de Investigación	15
1.3.- Formulación del Problema	15
1.3.1.- Problema General	17
1.3.2.- Problemas Derivados	17
1.4.- Delimitación de la Investigación	18
1.5.- Justificación	18
1.6.- Objetivos	19
1.6.1.- Objetivo General	19
1.6.2.- Objetivos Específicos	19

CAPITULO II

2.- MARCO TEORICO

2.1.- Alternativas Teóricas Asumidas	20
2.2.- Categorías de Análisis Teórico Conceptual	47

2.3.- Planteamiento de Hipótesis	72
2.3.1.- Hipótesis General	73
2.3.2.- Hipótesis Específicas	73
2.4.- Operacionalización de las Hipótesis Específicas	74

CAPITULO III

3. METODOLOGIA	76
3.1.- Tipo de Investigación	76
3.2.- Universo y Muestra	77
3.3.- Métodos y Técnicas de Recolección de Información	78
3.4.- Procedimiento	78

CAPITULO IV

4.- ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	
4.1.- Tabulación e Interpretación de Datos	79
4.2.- Comprobación y Discusión de Hipótesis	98
4.3.- Conclusiones	99

CAPITULO V

5. PROPUESTA ALTERNATIVA	
5.1 Presentación	102

5.2 Objetivos	102
5.2.1.- Objetivo General	102
5.2.2.- Objetivo Especifico	103
5.3 Contenidos	103
5.4.- Descripción de los Aspectos Operativos de la Propuesta	103
5.5.- Recursos	104
5.6.- Cronograma de Ejecución de la Propuesta	106

CAPITULO VI

6. BIBLIOGRAFIA	107
------------------------	------------

CAPITULO VII

7.- ANEXOS	111
-------------------	------------

INTRODUCCIÓN

En este **capítulo I** encontramos lo relacionado al contexto nacional, regional, local y/o institucional donde se relata la situación de nuestro Ecuador en cuantos a sus límites, producción turismo y demás en lo que se puede expresar de este país; como también de nuestra provincia donde se describe su historia, límites, cantones, turismos, comidas típicas, etc.

En este trabajo, corresponde a este capítulo podemos notar la situación problemática en mujeres con ruptura prematura de membranas siendo las adolescentes a quienes se destaca este estudio, se formuló una problemática donde se desarrolló de limitaciones de investigación que se tomó pacientes desde el 1° de enero al 30 de junio del 2012.

Por lo cual justifica la realización de esta tesis a exponer donde se desarrollaron objetivos específicos que es “Conocer la frecuencia de ruptura prematura de membranas en adolescentes embarazadas del área Gineco-Obstétrica de emergencia del Hospital “**Jaime Roldós Aguilera**” de Ventanas.

En **el capítulo II** vamos hablar un poco de adolescente su clasificación de adolescente menor y adolescente mayor realizamos este estudio el cual se verá un enfoque a nivel reproductivo completo con concepto psicológico y de maduración sexual, factores de riesgo durante un embarazo en la adolescencia.

También hablaremos del embarazo en general y sus cambios anatómicos fisiológicos y no lo estamos catalogando como algo patológico porque es una etapa donde toda mujer en edad fértil lo puede conseguir pero si nos enfocamos en una adolescentes nos podemos dar cuenta que trae serias

consecuencias biopsicosociales ya que la adolescente no está preparada para tener un embarazo.

Respecto a la ruptura prematura de membranas mencionaremos su definición, mecanismo, factores predisponentes, complicaciones maternas peri-neonatal, manejo y tratamiento de la ruptura prematura de membranas. Terminando este capítulo con el planteamiento de las hipótesis, hipótesis general, específicas y la Operacionalización de las hipótesis específicas.

En el **capítulo III** hablaremos de la metodología, tipo de investigación que se utilizó para este trabajo de tesis donde es transversal y no experimental porque se trazó un lapso de tiempo en meses se tomó en cuenta datos estadísticos. También describimos métodos y técnicas de recolección de datos con su respectivo procedimiento.

En el **capítulo IV** tenemos el análisis y discusión de nuestra investigación que se realizó en el Hospital Jaime Roldós Aguilera del 1° de enero hasta el 30 de junio del 2012. El cual se obtuvo de los datos obtenidos de las 38 historias clínicas, en los cuales se pueden observar en cuadros donde se detalla lo investigado, con cuadros de pastel con sus respectiva discusión.

Por lo que se observó índices mayores en ciertos meses y menor porcentaje en otros.

También promovemos una propuesta para el mejoramiento de la salud en adolescentes embarazadas y así prevenir mediante un buen control prenatal las complicaciones como lo es la ruptura prematura de membranas para llegar a un feliz término y que las mujeres en edad fértil tomen conciencia de dicha complicación y se puedan tomar todas las medidas preventivas para que no ocurra.

Cabe mencionar que éste tipo de problema no es reciente, es decir, desde años pasados existe y lo peor es que se han realizado muchas investigaciones, pero ninguna a podido resolver el problema y que últimamente se ha aumentado considerablemente en nuestro país.

CAPÍTULO I

1.- CAMPO CONTEXTUAL PROBLEMÁTICO

1.1.- CONTEXTO NACIONAL, REGIONAL, LOCAL Y/O INSTITUCIONAL

CONTEXTO NACIONAL

Ecuador, oficialmente llamada República del Ecuador, es un país de América, situado en la parte noroeste de América del Sur, en la región andina. Ecuador limita por al norte con Colombia, al sur y al este con el Perú y al oeste con el océano Pacífico. El país tiene una extensión aproximada a los 256.370 km², que lo colocan en la septuagésima segunda posición en la lista de los países ordenados por superficie. En Ecuador habitan más de 14 millones de personas, por lo que se trata de la novena nación con mayor cantidad de hispanohablantes en el mundo. El español convive con varias lenguas indígenas, reconocidas como oficiales en jurisdicciones especiales por el Estado ecuatoriano.

Las primeras poblaciones en territorio ecuatoriano se remontan posiblemente desde el 4200 a. C., con lo cual se desarrollaron varios períodos precolombinos que comprenden hasta las primeras invasiones incaicas a mediados del siglo XV, pasando a formar parte del Tawantinsuyu. La conquista española en este territorio se inició en 1534 y por casi 300 años duró la colonia europea. La época independentista tuvo sus orígenes en 1809, e inició el proceso emancipador comprendido desde 1820 hasta el

1822. Después de la definitiva independencia del dominio español, parte del territorio se integró rápidamente a la Gran Colombia, mientras el territorio del litoral permaneció independiente hasta la anexión vía manu militari por parte de Simón Bolívar. En 1830 los territorios gran colombianos del sur se separaron y se creó la nación ecuatoriana. Desde los inicios de la república existió una inestabilidad política lo que condujo al origen de varias revoluciones a lo largo del siglo XIX. El siglo XX estuvo marcado por la poca o nula participación del país en las guerras mundiales, varios conflictos limítrofes con el Perú, y la conformación de gobiernos militares. En 1979 el Ecuador volvió al sistema democrático, aunque nuevamente aparezca la inestabilidad política durante los últimos períodos de gobierno.

Ecuador consta como el principal exportador de banano a nivel mundial y uno de los principales exportadores de flores, camarones (gambas) y cacao.

Políticamente, es una república democrática, participativa y unitaria. La división administrativa del país, en el sentido geográfico se divide de 4 regiones naturales, mientras que en el campo político se compone de 24 provincias. La sede del gobierno y capital es la ciudad de Quito, mientras que el centro financiero-comercial y principal puerto marítimo es la ciudad de Guayaquil.

En el Ecuador existen 70 volcanes, 14 en estado activo, 14 volcanes inactivos y 42 pasivos, siendo el volcán más alto el Chimborazo, con 6.310 msnm. Es el país con la más alta concentración de ríos por kilómetro cuadrado en el mundo.⁵ Es igualmente el país con la mayor cantidad de especies por kilómetro cuadrado del mundo.

Presidente actual: Rafael Correa Delgado

CONTEXTO REGIONAL

LA PROVINCIA DE LOS RÍOS

Fue fundada el 6 de octubre 1960, su capital es la ciudad de Babahoyo tiene una extensión de 7.1500.000km.Los Ríos, oficialmente es una de las 24 provincias de la República del Ecuador, localizada en la región litoral del país. Su capital es la ciudad de Babahoyo y su localidad más poblada es la ciudad de Quevedo. Es uno de los más importantes centros agrícolas del Ecuador. Con sus 792.423 habitantes, Los Ríos es la cuarta provincia más poblada del país, debido principalmente al reciente desarrollo de la industria.

Limites:

Al norte Provincia de Santo Domingo TSachilas.

Al sur Provincia del Guayas y rio chilintomo

Al este Provincias de Cotopaxi y Bolívar

Al oeste Provincia del Guayas

Superficie 6,254 kms.2

División Política

Los Ríos se divide en 13 cantones: Quevedo, Urdaneta, Ventanas, Vinces, Palenque, Buena Fe, Valencia, Mocache, Quinsaloma, Babahoyo, Baba, Montalvo, San Francisco de Pueblo viejo.

Prefecto de los Ríos. Marcos Troya

Gentilicio

Según una encuesta realizada por los habitantes de la provincia de Los Ríos se ha elegido que el 59.46% se llama Fluminenses.

Población: 527.559 habitantes.

Fiestas populares

Rodeo Montubio en Pimocha, Vínces y Catarama.

Desfile de jinetes y elección de la criolla bonita.

La monta de caballos chúcaros.

La suerte del lazo.

Atractivos Turísticos

Las playas de la hacienda El Salto y las del río Seco.

El Cerro Cacharí y su curiosa estructura.

El estero de Dimas.

Observaciones Demográficas

La mayor parte de la población se halla ubicada en el grupo de 15 a 29 años de edad, lo cual ocurren en casi todas las provincias del Ecuador que se caracteriza por tener una población mayoritariamente joven. Más del 62% de la población vive en el sector rural pero se registra el conocido fenómeno de la inmigración interna campo-ciudad. Es característico también el aumento de la población ocupada en el sector "servicios" que en su mayor parte son trabajos de salarios bajos. Este sector englobaría lo que se conoce como "economía informal".

Clima

La provincia pertenece a la zona climática denominada tropical. Durante el verano (de junio a diciembre) el clima es seco y la temperatura fresca. El invierno muy lluvioso y caluroso va de diciembre a junio. El Prof. Francisco Terán ubica a Los Ríos dentro de la subregión cálido-húmeda. La temperatura media es de 25C y la precipitación de 1.867 mms.

Geografía

El territorio de la provincia no presenta en general un relieve pronunciado pues las mayores elevaciones no superan los 500 mts. Sobre el nivel del mar. La mayor parte del terreno es plano. Las partes más altas se encuentran hacia el noreste en que coinciden con las estribaciones de la cordillera de los Andes. Entre estas elevaciones se pueden citar las siguientes: Los cerros de Samama, Mube, el ramal de Sibímbe y el cerro Cacharí.

El relieve de la provincia presenta dos zonas: la región de las sabanas y la región de las lomas. La primera puede sufrir inundaciones con motivo de las lluvias y la creciente de los ríos. La segunda es apta para la ganadería.

Hidrografía

La extensa red fluvial de la provincia es un factor que no solamente la embellece sino que se convierte en un elemento esencial para su desarrollo económico. En la provincia de Los Ríos se encuentran las tierras más fértiles del país, por lo cual la agricultura será siempre una de las actividades primordiales de la provincia.

Se dice que por la cantidad de ríos que la cruzan, García Moreno la denominó con este nombre. Los ríos nacen en la cordillera occidental de los Andes y el principal de ellos es el río Babahoyo cuyos dos principales afluentes en la llanura son el Caracol y el San Pablo, ambos aptos para la navegación.

El río Babahoyo recibe otros afluentes antes de unirse con el Daule y formar el caudaloso Guayas. Estos afluentes son los ríos Vínces, Pueblo viejo, Zapotal y Yaguachi que forman la red fluvial más densos e intrincados de la costa, a la vez que la más útil para la navegación. En sus orillas se asientan

numerosos y pequeños puertos en los que se recogen los productos agrícolas y forestales de las regiones vecinas para ser conducidos a Guayaquil en embarcaciones de todo tipo.

La provincia de Los Ríos se encuentra dentro de la cuenca del río Guayas, por lo que muchos proyectos de riego están vinculados con el desarrollo y los estudios de la mencionada cuenca.

Los sistemas de riego que actualmente se hallan en operación y benefician a la provincia son los siguientes: Chilintomo, Presa Azúcar, Banco de Arena, Milagro, Manuel J. Calle. Existen otros proyectos que se encuentran en fase de estudio o de construcción.

Esta es la principal fuente de producción de la provincia. En las llanuras existen cultivos de arroz, de caña de azúcar, maíz, palma africana, maracuyá, papaya, etc. y en las partes más altas hay condiciones excelentes para los cultivos de exportación: café, cacao, banano, plátano, entre otros. La actividad desplegada por la Universidad Técnica de Babahoyo ha permitido un mejoramiento de la productividad agrícola gracias al empleo de la técnica, fertilizantes, maquinaria y semillas seleccionadas.

Agricultura

La provincia ocupa el primer lugar de la república en la producción de cacao y es la segunda en la costa en la producción de café. El cacao o "Pepa de oro" producido en esta provincia fue desde la colonia hasta la primera guerra mundial el mayor productor agrícola de exportación del Ecuador. Los Ríos es la segunda provincia a nivel nacional en la producción de arroz (superada sólo por Guayas) y la primera entre las provincias de la costa en la producción de fréjol seco. Ocupa además el primer lugar a nivel nacional en la producción de maíz duro.

Respecto a la producción de palma africana, Los Ríos ocupa el segundo lugar en la costa después de Esmeraldas. A nivel nacional es la primera en la producción de soya. Como se puede constatar, esta provincia es una de las más privilegiadas del Ecuador desde el punto de vista agrícola.

CONTEXTO LOCAL

Cantón Ventanas

Pertenece a Los Ríos en Ecuador. Está clasificado como:

Región administrativa (División administrativa de segundo orden) La ciudad de Ventanas con una población aproximadamente de 38168 habitantes, pertenece a la Provincia de los Ríos, localizada en la región litoral de la República del Ecuador, a dos horas de Guayaquil y a seis horas de la capital Quito.

Es una ciudad netamente agrícola, se la conoce también como la capital maicera, donde se produce, se comercializan y se exporta varios productos como: café, cacao, arroz, soya, maracuyá, fréjol de palo y su principal producto el banano del cual depende el sustento de la mayoría de sus habitantes, también el comercio se ha convertido en fuente de trabajo y prosperidad en esta ciudad. Ciudad bañada por el majestuoso río Sibimbe, ubicado en el centro del Ecuador con un clima tropical que estimula a propios y extraños a nadar en sus diferentes fuentes de agua dulce que existen en sus alrededores, Ventanas es una de las ciudades más progresistas, de la provincia de Los Ríos que sale adelante gracias a su gente trabajadora.

Festividades

Cada mes de abril se celebra la fiesta nacional del Maíz El 10 de Noviembre se celebra la cantonización.

Autoridades

Abg. Carlos Carriel Abad: Alcalde Lcda. Fabiola Jiménez: Vice Alcaldesa Sr. Walter Loor: Concejal Ing. Washington Muñoz Pilco: Concejal Cr. Magno Becilla: Concejal Sra. Elizabeth Cámpelo: Concejala Sr. José Luis Urrutia: Concejal Rural Sr. Valencia Muñoz: Concejal Rural, mientras que la Srta. Nayana Marchan es la actual Reina de la ciudad.

El Sibímbe te sirve de escolta Al arrullo de tu Calabí Dulce tierra que llevo en el alma Dulce tierra en que un día nací

Población de ventanas

PARROQUIAS:	NO POBRES	POBRES	Total	NO POBRES	POBRES	Total	NO POBRES	POBRES	Total
CANTON VENTANAS	URBANO + RURAL			RURAL			URBANO		
Ventanas	9,589	35,832	45,421	115	7,343	7,458	9,474	28,489	37,963
Zapotal	855	20,044	20,899	855	20,044	20,899			
Total	10,444	55,876	66,320	970	27,387	28,357	9,474	28,489	37,963

Ventanas ofrece a los turistas, lugares hermosos y encantadores para pasar un fin de semana acogedor junto a la familia y amigos.

Ventanas parte de Pueblo Viejo, su nombre se originó por ser una ventana al hermoso panorama que existía en el sector.

En el año de 1808 Ventanas era parte de Pueblo Viejo y junto a Ventanilla y Zapotal pertenecían a uno de los 14 partidos o pueblos que conformaban la provincia de Guayaquil, en ese año, 500 habitantes eran de Ventanas y 400 de Zapotal.

En el siglo XIX, los terrenos de la parroquia Ventanas fueron denunciados como baldíos por una señora de apellido Martínez, con el objetivo de mandarlos a evaluar.

Después fueron adjudicados al señor Joaquín Viteri, por la cantidad de 400 pesos, para que sean repartidos entre los pobladores.

Pero este sujeto haciendo todo lo contrario pretendió apoderarse de las tierras, pero los pobladores lo denunciaron y no dejaron que se salga con la suya.

Intervención

En ese tiempo el procurador síndico del cantón Guayaquil, era el Dr. José Mascote, quien ordenó valiéndose del gobernador, pedir justicia para el pueblo ventanéense a través del alcalde Babahoyo.

Fue entonces que en el mes de noviembre de 1835, se señaló los terrenos (12 cuadras largas por cuatro), que servirían de forma definitiva para el cantón Ventanas.

Decretan cantonización

Fue entonces el 4 de Noviembre de 1952, que el Congreso Nacional decretó a través del artículo 1 de la Constitución Política del Ecuador, que se cree en la provincia de Los Ríos el cantón Ventanas integrado por la parroquia del mismo nombre como cabecera cantonal y con su parroquia Zapotal.

Así mismo en el segundo artículo, decretaron que: El Cantón Ventanas estará limitado por los mismos linderos de las Parroquias que lo integran, así: al Norte con la parroquia Zapotal; al Sur con Catarama y Ricaurte; al Este con el río la mina Piedra y Catarama; al Oeste con Pueblo viejo. Los límites

de la parroquia Zapotal son al Norte el Cantón Pujilí, Provincia de Cotopaxi, al Sur la Parroquia Ventanas; al Este la Parroquia Guanujo, Cantón Guaranda Provincia de Bolívar y los ríos la juntas y Sibímbe; y al Oeste las Parroquias Quevedo, Mocache y Palenque.. Es así que el 10 de Noviembre se decretó a la parroquia Ventanas como cantón.

Origen del nombre Ventanas

La razón principal para su nombre es que está situada a poca distancia de las primeras estribaciones de la cordillera, razón por la cual los viajeros la veían de la sierra, desde las montañas, por lo tanto era como si la miraban desde una ventana, y así fue como la empezaron a llamar "Ventanas". Otros antiguos habitantes de Ventanas, cuentan otra versión, según ellos el nombre de Ventanas nació porque había un señor de apellido Martínez, quien tenía una casa de estilo colonial, con bastantes Ventanas. Y como este señor tenía además en su propiedad una tienda muy conocida los habitantes la llamaban la casa de las ventanas.

De estas dos historias sólo las personas antiguas conocen el origen legítimo de Ventanas.

Hidrografía

Recintos: San Jacinto, Rincón del Cura, El Jobo, La Yolanda, El Deleite, La Laguna, 2 de Octubre, Ventanilla Norte y Sur, San Antonio, Beata, Elvira, Amalia, Los Colores, Bototilla, Cachelí, El Achiote, Cáchele Grande, Las Pampas, Pueblo Nuevo, Piedras, Miraflores, Matapalo, Cáchele Chico, El Pijio, Montes de Agua, Campo Alegre, Río Nuevo.

En ríos cuenta con: Zapotal, Calabí Grande, Calabí Chico, Lechugal, Oncebi, Sibímbe y Macagua, los cuales forman el río Ventanas.

Límites

Al Norte: Los Cantones Quinsaloma, Quevedo y Mocache

Al Sur: El Cantón Urdaneta

Al Este: Los Cantones Pueblo Viejo, Vínces y Mocache.

Al Oeste: La Provincia de Bolívar

Extensión

TOTAL 805,6 Km²

CONTEXTO INSTITUCIONAL.

Reseña histórica Del Hospital

“JAIME RODLOS AQUILERA” DE VENTANAS

Esta reseña histórica es extraída de la escritura pública y oficina del cantón Ventanas, los datos y sucesos acaecidos en esta casa de salud son experiencias vividas en el convivir de la institución.

La referida escritura pública en sus partes más esenciales dice:

En la ciudad de Ventanas a los siete días del mes de julio de año 1978 ante mi AB. Jacinto Manuel Morante Valencia comparecieron por una parte la Sra. Bélgica Chamorro de Franco y el AB. Arduino Tomassi en representación del municipio de Ventanas y en sus calidades de presidente y procurador síndico respectivamente; y por otra parte el señor Dr. Nazario Alfonzo Proaño Jiménez en su calidad de jefe provincial de salud de los ríos en representación del señor ministro de salud pública, y en su calidad de donatario, quienes en forma libre y voluntaria presentan la presente minuta ante la cual dice:

Otorgan y suscriben este instrumento: Por una parte como donante la muy ilustre municipalidad de Ventanas representada por los señores Bélgica Chamorro de Franco y Abogado Arduino Tomassi en sus calidades de presidente y procurador síndico municipal según consta en la certificación que como documentos habilitantes se adjuntan a la presente y debidamente autorizados tanto por el consejo cantonal de Ventanas de quienes son sus representantes legales como por el Ministerio de Gobierno y Municipalidades **mediante acuerdo ministerial número setecientos nueve del seis de septiembre de mil novecientos setenta y siete** , y por otra parte el ministro de salud pública representado por el señor Dr. Nazario Alfonso Proaño Jiménez en su calidad de Jefe Provincial de Salud de Los Ríos según consta en la certificación que como documento habilitante se adjuntan al presente y debidamente autorizados mediante acuerdo ministerial número nueve mil quinientos cincuenta y cinco de fecha veintidós de mayo de mil novecientos setenta y ocho conforme lo demuestran los comparecientes en los documentos habilitantes que se acompañan para que se copien en la matriz y se agregué a la escritura .

Antecedentes: En virtud del crecimiento demográfico que experimenta el cantón y para satisfacer las necesidades de control y atención médica que requieren sus moradores la municipalidad de Ventanas resolvió adquirir por compra a la cita **preca** una hectárea de terreno por el valor de veinte mil sucres a efecto de que dicho lugar se construya el hospital de Ventanas. El terreno Materia de la presente donación lo adquirió la Municipalidad de Ventanas por compra-venta a la compañía predios rústicos ecuatorianos C.A **(Preca)**, debidamente representado por los señores Cesar Enderica Aguirre y Dr. Carlos Zunino Guzmán en sus calidades de gerente y presidente de la antes mencionada compañía, Según consta de la escritura pública celebrada ante el señor notario del cantón Ventanas Ab. Julio Sañay Solís el catorce de

julio de mil novecientos setenta y siete, inscrita en el registro de la propiedad el cuatro de enero de mil novecientos setenta y ocho.

Donación: Con tales antecedentes la Municipalidad del Cantón Ventanas dona en forma irrevocable al Ministerio de Salud Pública el lote del terreno que se encuentra descrito en la anterior clausula, a efectos de que el Ministerio construya el Hospital de Ventanas.

Aceptación: El señor Dr. Nazario Alfonso Proaño Jiménez Jefe Provincial de Salud de los Ríos a nombre y representación del Ministro de Salud Pública debidamente autorizado acepta la donación materia de este documento.

Ventanas, ciudad progresista y con encomiable actividad comercial situada en el centro de la Provincia de Los Ríos y bañada por el Sibímbe y el Calabí, que hacen de esta fértil zona emporio de la economía entre la costa y la sierra, no contaba con un centro de salud en los años setenta y se atendía a sus visitantes en el Subcentro de Salud, situado en las calles 9 de octubre y 10 de agosto, luego lo utilizo el local el Club de Leonesy Actualmente DIAL-RIOS Unidad de Hemodiálisis.

Pero la demografía y las necesidades obligaron a sus autoridades a solucionar esta importante demanda.

Fue en la época del triunvirato cuando se impulsaron los planes de construcción hospitalarias, este gobierno concesiono a una empresa italiana no solo la construcción del hospital si no también el equipamiento.

Durante este periodo los trabajos se iniciaron, pero no se terminaron ; y es en el gobierno constitucional del Dr. Jaime Roldós Aguilera quien asume el poder en mil novecientos setenta y nueve y por pedido expreso de los diputados de la provincia de Los Ríos honorables Lcdo., Gabriel Nicola Loor de Ventanas , Sr. Gary Esparza Fabiani de Babahoyo y Dr. Washington

Faytong Velásquez Jefe provincial de Salud de Los Ríos de ese entonces que se reanudan los trabajos , siendo Ministro de Salud Pública el Doctor Gil Bermeo Vallejo ; La obra se termina a mediados de mil novecientos ochenta y uno.

Habiéndose posesionado como nuevo Ministro de Salud Pública el Doctor Miguel Coello Fernández, le corresponde el equipamiento, la organización y búsqueda del personal médico, paramédico, administrativo y de servicio, de cuya coordinación estuvieron por los relevantes esfuerzos hechos a favor de la construcción del hospital, los directivos en común acuerdo resolvieron ponerle el nombre de **“Jaime Roldós Aguilera”**.

La inauguración oficial fue el diez de noviembre de mil novecientos ochenta y uno con asistencia de representantes del Ministerio de Salud y Jefatura Provincial de Salud de Los Ríos.

En breves rasgos está en la historia del hospital, en donde servimos con abnegación y sacrificio todos los integrantes, en beneficio de nuestra colectividad, sin embargo el paso del tiempo y los adelantos científicos y técnicos vertiginosamente exigen cambios reales en nuestra institución

NOMINA DE DIRECTORES DEL HOSPITAL

1. Dr. Jorge Gaibor Vivar
2. Dr. Gabriel Andrade Moreira
3. Dr. Galo Verdí
4. Dr. Alejandro López Torres
5. Dr. Homero Vizcarra Coloma
6. Dr. Carlos Vera Rivera
7. Dr. Estuardo Vite Molina
8. Dr. Carlos Napoleón Casanova Leyton
9. Dr. Gilberto Salazar Badillo
10. Dra. Nelly Sotovilla

11. Dr. Misael Vera Vera
12. Dr. Carlos Vera Rivera
13. Dra. Gladys Barragán López
14. Dr. Olmedo Beltrán
15. Dr. Luís Flores Almeida
16. Dra. Doménica Bhrunis Sandoya
17. Dr. Heraclio Lindao Sarmiento

1.2.- SITUACIÓN ACTUAL DEL OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN

En la presente tesis se realizó un estudio acerca de las pacientes adolescentes embarazadas con ruptura prematura de membrana que asisten al área de Gineco-obstetricia del Hospital Jaime Roldós Aguilera del cantón Ventanas del mes de Enero a Junio del 2012.

1.3.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En la provincia de Los Ríos, a pesar de los esfuerzos realizados por el personal de salud del primer nivel de atención en beneficio del binomio madre-hijo, persisten en gran magnitud las complicaciones en el embarazo. Se define a la ruptura espontánea de las membranas fetales (RPM) Según la normativa del Ministerio de Salud Pública (MSP) como la ruptura espontánea de las membranas fetales antes del inicio de la labor de parto independientemente de la edad gestacional, se acompaña de salida de líquido amniótico (LA) por genitales.

Cuando la RPM ocurre antes de la semana 37 es conocida como ruptura prematura de membranas fetales pretérmino (RPMF).

La RPM se denomina prolongada cuando tiene una duración de 24 horas a una semana hasta el momento de nacimiento y se llama muy prolongada cuando supera una semana. El periodo latencia se refiere al tiempo que transcurre entre la ruptura y la terminación del embarazo. Así, el periodo de latencia y la edad gestacional determinan el pronóstico y consecuentemente el manejo de la enfermedad de acuerdo a la posibilidad o no de terminación del embarazo.

Clínicamente la embarazada refiere el escurrimiento o salida de líquido por los genitales antes de que ocurra la labor de parto, es decir antes de las 37 semanas (pretérmino) o después de las 37 semanas (término).

La causa de la rotura prematura de membranas es incierta, muchos autores señalan como primera causa a la infección, se recogen otras situaciones predisponentes como: edad, paridad, procedencia, escolaridad, estado civil, control prenatal, rotura prematura previa al embarazo actual, parto pretérmino por dos ocasiones previas, infecciones de las vías urinarias, infecciones vaginales.

El presente estudio de investigación se realizó en el Hospital Jaime Roldós Aguilera, de la ciudad de Ventanas, unidad hospitalaria de referencia cantonal, en la que la RPM incrementa los ingresos neonatales, la morbilidad fetal y los costos hospitalarios.

La disminución de la incidencia en las complicaciones y la morbilidad asociada a la RPM mejoraría la calidad del resultado obstétrico y perinatal si se detectaran oportunamente los factores de riesgo mediante el control prenatal adecuado.

POR LO EXPUESTO ANTERIORMENTE SURGE LA SIGUIENTE INTERROGANTE.

¿Cuán graves fueron las complicaciones, de las embarazadas que presentaron ruptura prematura de membrana en la consulta de Gineco-obstetricia del Hospital Jaime Roldós Aguilera del cantón Ventanas de Enero a Junio del 2012?

1.3.1.- PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los factores asociados al aumento del número de Ruptura Prematura de Membranas en adolescentes embarazadas que acuden al área de Gineco-obstetricia del Hospital Jaime Roldós Aguilera del cantón Ventanas de Enero a Junio del 2012?

1.3.2.- PROBLEMAS DERIVADOS

- ¿Las adolescentes recibieron un control prenatal precoz, periódico, integral, con enfoque de riesgo, dando como resultado una atención de calidad con calidez?
- ¿Es adecuada la orientación profesional del personal de salud que atienden embarazadas de riesgo?
- ¿Fueron adherente al tratamiento de las infecciones vaginales las gestantes adolescentes que presentaron ruptura prematura de membranas?

1.4.- DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio está delimitado a partir del mes Enero a Junio del 2012 en el Área de Gineco-Obstetricia del Hospital Jaime Roldós Aguilera de la ciudad de Ventanas.

1.5.- JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se la realizó con el objetivo de investigar la incidencia de Rotura Prematura De Membranas para mejorar la salud materna y disminuir la mortalidad perinatal.

A nivel mundial la incidencia de RPM es del 8-10% de los embarazos a término.

La RPMF ocurre del 1-3% del total de mujeres embarazadas, además se encuentra asociada con aproximadamente el 15-20% de partos pretérmino a nivel local.

En este campo la importancia de la problemática que genera la RPM y sus secuelas a corto y largo plazo lo constituye la elevada morbimortalidad materno-fetal y si consideramos que la RPM se asocia a prematuridad, bajo peso al nacer y septicemia que incrementan la mortalidad neonatal.

Clínicamente la RPM se caracteriza por el escurrimiento o salida de líquido por los genitales antes de que ocurra la labor de parto teniendo como factores de riesgo edad materna menor de 20 años, paridad, procedencia, estado civil, nivel de instrucción, infecciones de vías urinarias, control prenatal deficiente, antecedentes

Patológicos obstétricos.

Recomendamos mejorar acciones de atención primaria de salud con un excelente control prenatal y categorizar los embarazos para un seguimiento adecuado estableciendo un sistema de referencia-contrareferencia eficiente efectiva y eficaz.

Concluimos que de la siguiente manera estudiaremos a las adolescentes que presentaron Ruptura Prematura de membranas del Hospital Jaime Roldós Aguilera

1.6 OBJETIVOS

1.6.1.- OBJETIVO GENERAL

- Disminuir el porcentaje de Ruptura Prematura de Membranas en embarazadas adolescentes del área de Gineco-Obstetricia del Hospital Jaime Roldós Aguilera de la ciudad de Ventanas.

1.6.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la prevalencia de la RPM en embarazadas adolescentes.
- Establecer los factores predisponentes de la RPM en adolescentes embarazadas.
Identificar los resultados obstétricos de la RPM.
- Registrar los resultados perinatales de la RPM.

CAPÍTULO II

2.- MARCO TEÓRICO

2.1.- Alternativas teóricas asumidas

DEFINICION DE LA ADOLESCENTE

LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es la etapa de transmisión la cual donde el niño se trasforma en adulto. La OMS define a la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años de edad y se considera n 3 fases la adolescencia temprana de 10 a13 años, adolescencia media 14 a 16 años y la adolescencia tardía entre 17 a 19 años.

Por todo ello el embarazo en adolescente necesita un abordaje integral biopsicosocial por un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de adolescentes y en este aspecto especifico de la maternidad.

a. Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente es el periodo peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intellectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no

controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

b. Adolescente media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus padres, compartiendo valores propios y conflictivos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

c. Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de padres va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

El **Ministerio de Salud Pública** considera a la adolescencia menor 10-14 años y a la mayor de 15-19 años.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: “una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que

está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas no son muy jóvenes “.

Cabe anotar en forma general algo más de los adolescentes

En este periodo ocurre un rápido incremento de las dimensiones físicas, un cambio en la forma y composición del cuerpo a la vez que se produce un rápido desarrollo de los órganos sexuales secundarios.

En esta etapa la joven trata de buscar ámbito de independencia personal, siente ansiedad de ser escuchado, valorado comprendido y querido, surge el desbordamiento de la afectividad y la emotividad, rechaza su pertenencia del círculo del niño.

FACTORES PREDISPONENTES

- a. **Menarca Temprana:** otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.

- b. **inicio Precoz De Relaciones Sexuales:** Cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada para implementar una adecuada prevención.

- c. **Familia Disfuncional:** Uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen dialogo padres e Hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a las relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.

- d. Mayor Tolerancia del Medio A la Maternidad Adolescente Y/O Sola**
- e. Bajo Nivel Educativo:** con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.
- f. Migraciones Recientes:** con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aun con motivo de estudios superiores.
- g. Pensamientos Mágicos:** propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.
- h. Fantasías de Esterilidad:** comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.
- i. Falta O Distorsión De La información:** es común que entre las adolescentes circulen “mitos” como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.
- j. Controversias Entre Su Sistema de Valores Y El De Sus Padres:**
Cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.

k. Aumento en número de adolescentes: Alcanzando el 50% de la población femenina.

l. Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

FACTORES DETERMINANTES

- a. Relaciones sin anticoncepción
- b. Abuso sexual
- c. Violación

DESARROLLO PSICOLÓGICO

Todos los individuos, durante el periodo de la adolescencia, presentan un mayor a menor grado de crisis de desarrollo.

El desarrollo de su personalidad dependerá en gran medida de la personalidad que se haya estructurado en las etapas preescolares y las condiciones, sociales, familiares y ambientales que les ofrezcan.

MADURACIÓN SEXUAL

El primer cambio identificable en la mayoría de las niñas es la aparición del botón mamario, se caracteriza por un agrandamiento en el tejido glandular por debajo de la areola consecuencia de acción de los estrógenos producidos por los ovarios.

Los genitales y las gónadas cambian de aspecto y configuración, los labios mayores aumentan de vascularización y en los folículos pilosos, hay

estrogenización inicial de la mucosa vaginal, los ovarios y el cuerpo del útero aumentan de tamaño. Las trompas de Falopio aumentan después del tamaño y el número de pliegues en su mucosa. Los labios menores se desarrollan, los labios mayores se vuelven luego delgados y se pigmentan y crecen para cubrir el introito. La vagina llega a 8cm de profundidad y luego de 10-11cm.

Por efectos estrogénicos, la mucosa se toma más gruesa, las células aumentan su contenido de glucógeno y el PH vaginal pasa de neutro a ácido un año antes de la menarquía se desarrolla las glándulas de Bartolino, aumentan las secreciones vaginales, la vulva sufre modificaciones en su espesor y coloración del himen se engruesa y su diámetro alcanza 1cm.

La menarquía que es la aparición del ciclo menstrual, aparece precedida por un flujo claro, inodoro, transparente y bacteriológicamente puro que tiene aspecto de hoja de helecho al microscopio.

La menarquía tiene que ocurrir a los 12 a 13 años aunque puede aparecer en la pubertad avanza.

En esta etapa de la adolescencia en la busca del quien soy, los jóvenes están muy susceptibles, necesitan sentirse queridos, aceptados, por la sociedad que los rodea.

EMBARAZO

La obstetricia se relaciona directamente con todos los aspectos de la reproducción humana, la salud de la mujer y el feto; para que esta producción sea posible se precisa una gran cantidad de requisitos, entre ellos; básicamente son: la ruptura del folículo y la liberación del ovulo, la penetración del espermatozoide en el interior del ovulo, la fecundación, el transporte del cigoto hasta la cavidad uterina y su respectiva nidación en el endometrio previamente preparado para acogerlo.

Todos estos procesos son condicionados por el normal funcionalismo hormonal del eje hipotálamo- hipófisis- gónadas.

La especie humana, el varón normal sexualmente maduro produce continuamente gametos con capacidad fertilizante, en cambio; la mujer normal, libera un óvulo maduro y listo para ser fecundado en cada ciclo menstrual.

Los fenómenos de división y de maduración de las células germinales primordiales son completamente distintos en ambos sexos y determinan la citada diversidad en la cronología de su producción.

Dentro del útero, el feto está flotando en el líquido amniótico y a su vez el líquido y el feto están envuelto en el saco amniótico, que esta adosado, al útero, en el cuello del útero se forma un tapón de moco denso durante el embarazo para dificultar el ingreso de microorganismo que provoquen infección intrauterino, este tapón será expulsado durante el inicio del trabajo de parto.

Mientras permanezca dentro, el cigoto embrión o feto obtiene nutrientes y oxígeno y elimina los desechos de su metabolismo a través de la placenta, que está anclada a la pared del útero y unida al feto por medio del cordón umbilical, la expulsión de la placenta se denomina alumbramiento.

SIGNOS PRESUNTIVOS DEL EMBARAZO

Tal vez el primer signo presuntivo del embarazo sea la amenorrea o ausencia del período menstrual. Debido a que puede ocurrir amenorrea por causas distintas a un embarazo, no siempre es tomada en cuenta, especialmente si la mujer no tiene ciclos regulares. Sin embargo, pueden presentarse varios signos más que, junto a la amenorrea sugieren un embarazo, como son: la hipersensibilidad en los pezones, mareos, vómitos matutinos, somnolencia,

alteración en la percepción de olores, y deseos intensos de ciertos tipos de alimentos (antojos). Esto lo puedes notar a partir del segundo al tercer mes de la concepción.

Interrupción de la menstruación

Al cabo de dos semanas de ocurrida la fecundación se notará la ausencia de menstruación. El cese de la menstruación en una mujer sana en edad reproductiva y sexualmente activa, que hasta entonces ha tenido un ciclo menstrual regular y predecibles, es un signo muy sugestivo del embarazo. Es un signo sospechoso del embarazo denominado amenorrea y no es exclusivo de la gestación. Además del embarazo son causas de la amenorrea enfermedades físicas (algunas de cierta gravedad, como tumores del ovario, trastornos de la glándula tiroides y muchas otras), un choque muy fuerte, anorexia, el efecto de un viaje en avión, una operación, estrés la ansiedad pueden retrasar la menstruación.

En ocasiones, después de la concepción, se observan uno o dos episodios de hemorragia uterina que simulan la menstruación y se confunden con ella. Es denominado signo de Long-Evans y es más frecuente en multíparas que en primigestas.

FACTORES DE RIESGO

Diversos factores aumentan la posibilidad de que una mujer tenga un embarazo de riesgo:

- Antecedentes de pre eclampsia o eclampsia.
- Consumo habitual de alcohol y tabaco después de las primeras semanas de embarazo.

- Edad menor a 14 años o mayor a 35 años.
- Embarazos múltiples.
- Enfermedades anteriores o durante el embarazo: anemia, alcoholismo, diversas cardiopatías, diabetes, hipertensión, obesidad, diversas enfermedades infecciosas, afecciones renales o trastornos mentales.
- Hemorragia durante la segunda mitad del embarazo en embarazo anterior.
- Hijos anteriores con alguna malformación.
- Intervalo entre embarazos inferior a 2 años.
- Peso corporal menor de 45 kg o mayor a 90 kg (varía de acuerdo a talla).
- Problemas en un embarazo previo.
- Talla menor a 140 cm.
- Riesgos alimenticios:
 - Los pescados con alto contenido de mercurio deben ser evitados, como el tiburón, pez espada, carita, blanquillo y algunos atunes. Otros alimentos como el camarón, salmón, bacalao y bagre, que su contenido de mercurio es bajo, no se deben ingerir más de una vez por semana.

CUIDADOS ESPECIALES

Hay embarazos que, por sus especiales circunstancias, requieren un cuidado y un seguimiento específico. En ellos pueden surgir complicaciones o problemas imprevistos que deben ser atendidos pronta y profesionalmente para evitar colocar a la madre o al bebé en situación de riesgo.

Embarazadas desnutridas

La nutrición de la mujer antes, durante y después del embarazo es fundamental para tener niños sanos. Los requerimientos de nutrientes aumentan considerablemente durante el embarazo y la lactancia. Una mujer que llega desnutrida o se desnutre en el embarazo puede tener complicaciones durante este y el parto. Así como posibilidades de tener un hijo de bajo peso al nacer (menor a 2,500 g). Estos niños tiene más posibilidades de:

- Crecer y desarrollarse con retraso.
- Contraer infecciones y morir (el riesgo aumenta cuanto menor sea el peso del nacido).
- Tener bajas reservas de micronutrientes, lo que puede llevar a enfermedades como la anemia, deficiencia en Zinc o vitamina A, etc.
- Riesgos a desarrollar enfermedades cardíacas, hipertensión, obesidad y diabetes de adultos.

CAMBIOS ANATÓMICOS Y FISIOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO

a. Útero El útero pasa a ser semejante al tamaño de una pera y duro, al de un saco elástico, depresible, que facilita la palpación del niño. Este órgano crece de 500 a 1000 veces con respecto al no grávido.

Su peso aumenta de 40g. Antes del embarazo en la mujer nulípara, y de 70 a 80g. En la multípara a 800g. Inmediatamente después del parto. Al crecer el útero se mueve dentro de la cavidad abdominal y viene a desplazarse los intestinos. El número y tamaño de los vasos sanguíneos del útero y de la pelvis, aumenta con el fin de garantizar el flujo sanguíneo del útero al feto. Después del tercer mes, el útero se coloca en posición anterior.

Formas del útero

Signo de Noble-Budin

A partir de las ocho semanas de la gestación la presión del producto de la gestación hace que se ocupen los fondos de saco que se forman en la unión de la vagina con los lados del cuello uterino. De modo que se percibe en el tacto vaginal, la forma redondeada y turgente del útero al explorar los lados profundos del cuello uterino.

Signo de Hegar

A partir de la sexta a octava semana del embarazo, durante el examen bimanual del útero se siente blando en exceso, pastoso y elástico en especial el istmo del útero en contraste con la dureza y firmeza del cuello uterino.

Signo de Piskacek

Al realizar la exploración física del útero, en especial si la implantación del embrión ocurrió cercana a uno de los orificios de las trompas de Falopio, se percibe una asimetría con prominencia hacia el cuerno uterino que sostiene la implantación. Es un signo que puede observarse también con el uso de anticonceptivos orales.

Signo de Goodell

Relacionado con cambios del cuello uterino, el cual se vuelve blando con el embarazo a diferencia de su consistencia dura en estados no gestacionales. Se hace la analogía de sentir el cuello uterino como tocar los labios bucales, en vez de sentirlo normalmente como sería el tocarse la punta de la nariz.

Contracciones de Braxton Hicks

Después de la semana 17 de gestación, se perciben leves contracciones uterinas, endureciéndose por momentos con la finalidad de facilitar un mejor flujo sanguíneo hacia la placenta, el endometrio y el feto. Estas contracciones se caracterizan porque abarcan todo el útero, comenzando en la parte superior y extendiéndose gradualmente hacia abajo y tienden a ayudar a que el útero crezca. Se diferencian de las contracciones de parto porque suelen ser sin dolor e irregulares.

Peloteo fetal

Durante la segunda mitad del embarazo, entre el cuarto y quinto mes se puede palpar partes fetales a través del tacto vaginal. Cuando el examinador empuja levemente el fondo de saco que rodea al cuello uterino puede apreciar la separación del feto de su dedo y el regreso del mismo a su

posición inicial en contacto con el dedo del examinador. Es un signo que en raras ocasiones puede sentirse en tumores voluminosos del ovario concomitante con ascitis.

Palpación del feto

Aproximadamente a partir del quinto mes del embarazo es posible para un examinador experimentado sentir las partes fetales a través de la pared abdominal materna, maniobra que es más exitosa hacia el término del embarazo. Partes similares pueden ser palpables ante tumores intraabdominales, algunos miomas suberosos pueden, por ejemplo, llegar a tener el mismo tamaño y consistencia que la cabeza fetal, causando errores en el diagnóstico.

La vagina

Debido al aumento de los vasos sanguíneos, la vagina se muestra congestiva, elongada y su mucosa cambia de una tonalidad rosa a azulosa o violácea (signo de Chadwick): normalmente se presenta flujo que varía de mujer a mujer (en cantidad); por lo general es blanquecino, espeso y ácido, probablemente para prevenirla de infecciones. Esto es resultado de la hiperactividad de las glándulas de los tejidos vaginales.

Las mamas

El aumento de tamaño y firmeza se debe al crecimiento de la glándula sobre el tejido graso, que en ocasiones causa dolor. Las aréolas se agrandan y se oscurecen.

Aparecen unos pequeños tubérculos que permanecen durante esta etapa y la lactancia; son los tubérculos de Montgomery cuya finalidad es lubricar la aréola y los pezones. La piel se estira y deja traslucir los vasos sanguíneos.

La capacidad eréctil de los pezones, aumenta y en ocasiones hay salida de calostro.

La piel.- Suelen oscurecerse áreas como la cara, el cuello, las aréolas y la línea alba del ombligo hacia abajo. Al distenderse la piel, se pueden producir estrías por la pérdida de elasticidad. Estas estrías tienen una predisposición genética.

ArticulacionesLos principales cambios suceden a nivel de la pelvis. Las articulaciones sacro iliacas se relajan. Lo que hace que los huesos pelvianos tengan algo de movilidad, aumentando la capacidad de la pelvis y facilitando el paso del niño a través del canal del parto.

La boca.-La principal alteración de la boca se presenta a nivel de las encías: gingivitis generalizada caracterizada por importante inflamación y sangrado profuso debido a la acción de las hormonas esteroides sexuales que inducen a la vasodilatación y a formación de nuevos vasos sanguíneos, lo cual, sumado a la mala higiene de la paciente complica el cuadro.

El cabello y las uñasPor razones que no se conocen bien, algunas mujeres no sufren alteraciones significativas, mientras que en otras se producen cambios imprescindibles: a veces el cabello liso se riza, o bien el cabello rizado se alisa, puede oscurecerse o aclararse y, por último, puede tornarse abundante y brillante o languidecer y engrasarse con exceso.

Las uñas suelen debilitarse y se rompen con facilidad, por lo que habrá de ser más cuidadosa, utilizar guantes de goma cuando las manos entre en contacto con detergentes y aplicarse crema con más frecuencia.

EMBARAZO EN LA DOLESCENCIA

Se lo define como el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológicamente, entendiéndose como tal el tiempo transcurrido desde la menarquía y cuando la adolescente es aun dependiente de su núcleo familiar.

La fecundidad adolescente es más alta en países es desarrollo y entre las clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar de que se trata de un fenómeno transitorio porque de mejorarse las condiciones, ella podría descender

Actualmente es imposible conocer el número de adolescentes que abortan, solo el 75% de los embarazos bajo esta condición llegan a feliz término, de este porcentaje un número pequeño de niños son dados en adopción y el resto permanece en el hogar de la madre soltera

El embarazo en la adolescencia se ha convertido en una seria preocupación para varios sectores sociales desde aproximadamente unos 30 años. Cuando el adolescente se embaraza se inicia un complejo proceso de decisiones, hasta decidirse por uno, aparece el aborto a veces como un supuesto más teórico que real.

Salve que tener un hijo forme parte de un proyecto de vida de una pareja de adolescentes, el embarazo en ellos es considerado como una situación problemática por los sectores involucrados pero si se considera al embarazo en la adolescencia como un problema, ello limita sus análisis.

Los índices de embarazo en adolescentes varían en las distintas sociedades y guardan estrecha relación con el grado de información sexual de los diferentes niveles socioculturales y económicos.

Los factores de riesgo para el embarazo en adolescentes abarcan:

- Edad más joven
- Rendimiento académico deficiente
- Desventaja económica
- Padres solteros o adolescentes

Síntomas

Los síntomas del embarazo abarcan:

- Distensión abdominal
- Aumento de tamaño de las mamas y sensibilidad mamaria
- Fatiga
- Mareos o desmayos reales
- Ausencia del período
- Náuseas/vómitos
- Micción frecuente
- Pruebas y exámenes
- Pruebas y exámenes

La adolescente puede o no admitir que ha tenido relaciones sexuales. Si la adolescente está embarazada, generalmente se presentan cambios de peso (con más frecuencia es un aumento, pero puede haber también pérdida, si las náuseas y vómitos son considerables). El examen físico puede mostrar aumento en el perímetro abdominal y el médico puede sentir el fondo uterino (parte superior del útero agrandado).

El examen pélvico puede revelar la coloración azulada o violácea de las paredes vaginales, una coloración igual y ablandamiento del cuello uterino, al igual que ablandamiento y agrandamiento del útero.

Una prueba de embarazo en orina y/o GCH en suero generalmente es positiva.

Se puede realizar una ecografía del embarazo para confirmar o verificar las fechas exactas del mismo.

Tratamiento

Todas las opciones disponibles para la adolescente embarazada se deben considerar cuidadosamente, incluyendo el aborto, la adopción o criar al niño con el apoyo de la comunidad o de la familia. La discusión con la adolescente puede requerir de varias consultas con un médico para que le explique todas las opciones de una manera imparcial y que involucre a los progenitores o al padre del bebé si es apropiado.

El cuidado prenatal temprano y adecuado, preferiblemente a través de programas especializados en embarazos de adolescentes, garantiza el nacimiento de bebés más sanos. Las adolescentes embarazadas necesitan valoración para consumo de cigarrillo, alcohol y drogas y se les debe ofrecer apoyo para ayudarlas a que dejen estos hábitos.

La nutrición adecuada se puede estimular a través de la educación y los recursos de la comunidad. Se debe hacer hincapié igualmente en hacer el ejercicio apropiado y dormir adecuadamente. Después del parto, son importantes los servicios e información sobre métodos anticonceptivos para evitar que las adolescentes queden nuevamente en embarazo.

Se debe estimular y ayudar a las adolescentes embarazadas y a las que ya han dado a luz recientemente a que continúen en el colegio o que reingresen a programas educativos que les brinden las destrezas para ser mejores padres y poder encargarse de su hijo financiera y emocionalmente. El cuidado infantil accesible y de costo apropiado es un factor muy importante para que las madres adolescentes continúen sus actividades escolares o ingresen a la fuerza laboral.

Pronóstico

El hecho de tener el primer hijo durante la adolescencia hace que una mujer tenga mayores probabilidades de tener en general más hijos. Las madres adolescentes se atrasan aproximadamente dos años con respecto a su grupo de edad para completar sus estudios. Las mujeres que tienen un bebé durante sus años de adolescencia tienen mayor probabilidad de vivir en la pobreza.

Las madres adolescentes con antecedentes de abuso de sustancias son más propensas a reincidir en este comportamiento aproximadamente a los 6 meses después del parto.

Las madres adolescentes tienen mayor probabilidad que las madres mayores de tener un segundo hijo dentro de los dos años siguientes al primer hijo. Los bebés que nacen de mujeres adolescentes tienen mayor riesgo de presentar problemas de desarrollo. Asimismo, las niñas que nacen de madres adolescentes tienen más probabilidad de convertirse en madres adolescentes igualmente y los niños varones tienen una tasa superior al promedio de ser arrestados y encarcelados.

Ciclo del embarazo

Al final de la **4ta semana** de gestación, el huevo mide unos 2,3cm de diámetro y el embrión alrededor de 1cm de longitud, y en él aparecen los primeros esbozos, de las extremidades, orejas, fosas nasales, boca, corazón, y cerebro; este embrión se ha incurtido sobre sí mismo formándose la aproximación cabeza -cola.

Al final de la **6ta semana** de gestación, el embrión mide unos 2,5cm y pesa alrededor de 5gr, y ya en él se pueden observar las extremidades, los ojos y las orejas. La cabeza se ha desarrollado muy, la cola ha desaparecido, apareciendo su primer punto de osificación son ya evidentes en diversas partes del esqueleto.

Al final de la **14va semana** de gestación, la longitud fetal es de unos 16 a 18cm y su peso de unos 120gr, se reconoce los genitales externos, lo cual permite el diagnóstico del sexo. Los genitales externos se han diferenciado bastante. Los movimientos fetales son evidentes y se perciben con claridad.

En la **semana 20**, el feto mide entre 20 y 25cm de largo y pesa unos 300gr, aquí se inicia el desarrollo de las uñas.

Al final de las **24 semanas** de gestación, el feto pesa unos 650gr, y mide alrededor de unos 30cm, han aparecido las cejas y el vernix caseoso que cubre su piel. Los genitales internos están ya bien diferenciados y están presentes los puntos de osificación del calcáneo y el astrágalo.

Cumplidas las **28 semanas** de gestación el feto mide entre 25 y 38 cm, pesa aproximadamente 100gr, la cabeza está cubierta de cabello y en ocasiones,

los testículos ya han descendido hacia las bolsas escrútales, gran parte de sus órganos presentan cierto grado de madurez.

Al final de las **36 semanas** de gestación, el feto mide alrededor de unos 48cm y su peso es de 2500gr.

Al término de la gestación **37-40 semanas**, el feto presenta los caracteres propios de la completa madurez, pesa alrededor de unos 50cm de longitud y funcionalismo maduro de todos sus órganos y sistemas para adaptarse a la vida extrauterina.

Aspectos psicosociales del embarazo en adolescentes

Emocionalmente el adolescente tiende a ser inestable, cambia con frecuencia sus valoraciones sobre las demás personas sean padres, amigos o pareja, aun no han concluido la madurez psicológica del individuo.

Muchos autores plantean que el embarazo a estas edades, interrumpe las funciones normales de este periodo de la vida, pues nuestras adolescentes embarazadas en su mayoría no estudian ni trabajan.

La separación de los padres y la crianza de las adolescentes por la madre solamente, favorecen la presencia de los embarazos en sus hijas con mayor frecuencia.

Los conflictos familiares tienden a favorecer el embarazo en las adolescentes, por lo tanto asumimos que el ambiente familiar es inadecuado favorece la precocidad de las relaciones sexuales.

Cerca de la mitad de todos los adolescentes no utilizan anticonceptivos en su primera relación sexual; lo que plantea el poco uso de anticonceptivos por los adolescentes y la despreocupación ante la protección de la actividad sexual.

Principales complicaciones del embarazo en adolescentes

El embarazo en la adolescencia se asocia con mayores tasas de morbilidad y mortalidad, tanto para la madre como para el niño. La muerte por violencia es la segunda causa principal de muerte durante el embarazo para adolescentes y es mayor en adolescentes que en cualquier otro grupo.

Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mucho mayor de morir o sufrir complicaciones médicas graves como:

1. Primer Trimestre

- a. Gingivitis
- b. Trastornos gastrointestinales
- c. Vómitos
- d. Gravídica
- e. Hemorragia del primer trimestre
- f. Abortos espontáneos
- g. embarazos ectópicos

2. Segundo y Tercer Trimestre

- a. Anemia
- b. Infección de vías urinarias
- c. Preeclampsia
- d. Eclampsia
- e. Rotura prematura de membranas
- f. Amenaza de parto pretérmino

Los bebés nacidos de adolescentes tienen una probabilidad de 2 a 6 veces más de tener bajo peso al nacer que aquellos cuyas madres tienen 20 años o más. La prematuridad juega el mayor papel en el bajo peso al nacer, pero el retraso en el crecimiento intrauterino (crecimiento inadecuado del feto durante el embarazo) también es un factor.

Las madres adolescentes tienen más probabilidad de mostrar comportamientos malsanos, los cuales dejan al bebé en mayor riesgo de presentar crecimiento inadecuado, infección o dependencia de sustancias químicas. Igualmente, cuanto más joven sea la madre por debajo de los 20 años, mayor será el riesgo para el bebé de morir durante el primer año de vida.

El control prenatal oportuno y adecuado es de vital importancia para las adolescentes embarazadas.

Cuándo contactar a un profesional médico

Solicite una cita con el médico si tiene síntomas de embarazo.

El médico también puede brindar asesoría con relación a los métodos de planificación familiar, prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS) o riesgos del embarazo.

Prevención

Existen muchos tipos diferentes de programas de prevención del embarazo en la adolescencia.

Los programas de educación para la abstinencia estimulan a las personas jóvenes a posponer la iniciación de la actividad sexual hasta el matrimonio o

hasta que estén lo suficientemente maduras para manejar la actividad sexual y un posible embarazo en una forma responsable.

Los programas basados en el conocimiento se concentran en enseñarles a las adolescentes acerca su cuerpo y sus funciones normales, al igual que a suministrar información detallada sobre los métodos anticonceptivos y la prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS). Las investigaciones indican que la educación de sólo abstinencia sin información acerca de la anticoncepción no disminuye las tasas de embarazo en la adolescencia, pero los programas basados en el conocimiento sí lo hacen.

Los programas con enfoque clínico brindan un acceso más fácil a la información, asesoría por parte de profesionales de la salud y servicios de anticoncepción. Muchos de estos programas se ofrecen a través de consultorios ubicados en los colegios.

Los programas de asesoría por parte de compañeros generalmente involucran adolescentes mayores que invitan a otras adolescentes a resistirse a las presiones sociales y de los compañeros para llegar a involucrarse sexualmente. Estos programas tienden a tomar más un enfoque personal, ayudando a las adolescentes a entender sus propios riesgos. A aquellas adolescentes que ya están involucradas en actividades sexuales, estos programas de asesoría de compañeros también les brindan las habilidades para la negociación dentro de las relaciones sentimentales y la información que necesitan para obtener y utilizar los anticonceptivos en forma efectiva.

El embarazo en adolescentes es una realidad, pero su magnitud varía de acuerdo a los contextos socios económicos y culturales. Cada año el porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que son madres, respecto del

total de adolescentes de este grupo de edad, corresponde a 6 de cada 100 en centro América.

En la actualidad la población adolescente representa el 20% de la población mundial, de cuyo total, cerca del 85% vive en países en vías de desarrollo. El crecimiento de la población mundial dependerá en gran medida de hasta qué punto se satisfagan las necesidades de salud reproductiva de la población de adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años. En concreto las decisiones de este grupo poblacional sobre el tamaño de la familia decidirá la población mundial del futuro.

El 40% de mujeres en países en vías de desarrollo tiene un parto antes de cumplir 20 años. Muy pocos de estos embarazos son planeados o deseados por las adolescentes. Muchas de ellas son forzadas por las presiones sociales a tener matrimonios tempranos y embarazos tempranos, o son resultado de adolescentes a las que se les negó libre acceso a anticonceptivos. El embarazo en adolescentes puede tener consecuencias adversas para la salud tanto de corto plazo como de largo plazo. En el corto plazo el resultado del embarazo será muy probablemente desfavorable.

Una razón es biomédica. La niña adolescente embarazada es más propensa a sufrir toxemia de embarazo y desproporción céfalo-pélvica cuando los huesos de la pelvis no se han desarrollado completamente. Y tiene más probabilidades de tener un bebé con bajo peso de nacimiento. Otro tipo de consecuencias a largo plazo son las fístulas obstétricas, que a consecuencia del trabajo de parto prolongado u obstruido, es un orificio entre la vagina y la vejiga o el recto, lo cual causa que la mujer padezca de incontinencia crónica. Este padecimiento afecta a más de dos millones de niñas y mujeres en todo el mundo y se estima que cada año se agregan entre 50.000 y 100.000 nuevos casos.

Las embarazadas adolescentes tienen mayor posibilidad de tener desnutrición y de dar a luz a hijos con bajo peso. Por motivos físicos y sociales:

- Sus cuerpos aún no están del todo desarrollados, por esto sus necesidades de nutrientes son muy altas durante el embarazo. Además tiene mayores posibilidades de morir durante el embarazo o lactancia que las mujeres mayores.
- Algunas niñas temen decir que están embarazadas, y por este motivo retrasan el cuidado prenatal. Algunas niñas son obligadas a dejar la escuela y en algunos casos sus casa, y por esto devén procurarse sustento para ellas mismas, y en algunos casos recurren a la prostitución para conseguir sustento.

Estos peligros se pueden procurar advirtiendo a niñas y adolescentes de los riesgos del embarazo y explicando los distintos métodos anticonceptivos. Además se las debe observar y aconsejar si están embarazadas.

LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

Los riesgos de la adolescente embarazada están asociados con complicaciones prenatales como inadecuado y tardío control prenatal, anemia, desnutrición, hipertensión inducida por la gestación, enfermedades de transmisión sexual, parto prematuro, parto prolongado, complicaciones intra parto como sufrimiento fetal, atonía uterina, desproporción feto-pélvica, mayor proporción de cesáreas siendo inversamente proporcional a la edad materna. Los riesgos para el neonato son: retardo del crecimiento intrauterino, ictericia neonatal, sepsis, malformaciones congénitas, síndrome de dificultad respiratoria, y alta mortalidad neonatal.

La adolescente que se embaraza por segunda vez tiene factores de riesgo que aumentan el parto prematuro y la mortalidad neonatal; riesgo que aumenta si fuma durante el embarazo.

El personal de salud requiere de habilidades comunicativas y conocimientos de los cambios biopsicosociales y obstétricos del adolescente para abordar a la adolescente embarazada. Importante realizar una completa historia clínica incluyendo preguntas sobre el sexo, las drogas y el alcohol, generar y garantizar la confidencialidad de la información y garantizar la privacidad.

CONTROL PRENATAL

Se entiende por control prenatal, (asistencial prenatal, cuidado prenatal, acompañamiento prenatal, consulta prenatal) a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del niño.

Con el control prenatal se persigue:

- a.** La detección de las enfermedades maternas subclínica.
- b.** La prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones maternas.
- c.** La vigilancia del crecimiento y la vitalidad fetal.
- d.** La disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- e.** La preparación psicofísica para el nacimiento.

- f. La administración de contenidos educativos para la familia y la crianza del niño.

El control prenatal debe ser:

- a. **Precoz:** debe iniciarse desde lo posible en la primera falta de menstrual, lo que permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud, que constituyen la razón fundamental del control prenatal.
- b. **Periódico:** los controles deben repetirse con una frecuencia de acuerdo al grado de riesgo del embarazo; lo que significa que las embarazadas de alto riesgo necesitaran un mayor número de consultas.
- c. **Integral:** para garantizar las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la embarazada y de su hijo.
- d. **Enfoque de riesgo:** para determinar los indicadores que califiquen el alto, mediano y bajo riesgo.

2.2.- CATEGORIAS DE ANALISIS TEORICO CONCEPTUAL

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

DEFINICIÓN

Según la Norma Materna del Ministerio de Salud Pública del Ecuador se define como la ruptura espontánea de las membranas fetales antes del inicio de la labor parto independientemente de la edad gestacional. Cuando la ruptura prematura de membrana ocurre antes de la semana 37 es conocida como ruptura prematura de membranas fetales pretérmino (RPMF).

En el momento una clasificación lógica y racional utilizada es: RPMF pretérmino

“previable” (menos de 23 semanas), RPMF pretérmino “lejos del término” (desde la viabilidad hasta aproximadamente 32 semanas de gestación), ruptura prematura de membranas fetales pretérmino “cerca al término” (aproximadamente 32-36 semanas de gestación)

La RPM se denomina prolongada cuando tiene una duración de 24 horas a una semana hasta el momento de nacimiento y se llama muy prolongada cuando supera una semana. El periodo latencia se refiere al tiempo que transcurre entre la ruptura y la terminación del embarazo. Así, el periodo de latencia y la edad gestacional determinan el pronóstico y consecuentemente el manejo de la enfermedad de acuerdo a la posibilidad o no de terminación del embarazo.

INCIDENCIA

En aproximadamente 8 a 10% del total de los embarazos a término las membranas fetales se rompen antes del inicio del trabajo de parto. Si el trabajo parto no es inducido, 60-70% de estos comienzan trabajo de parto

espontáneamente en un periodo de 24 h y cerca del 95% lo hará en un periodo no mayor a 72 h.

La RPMF ocurre en aproximadamente 1-3% del total de mujeres embarazadas, además se encuentra asociada con aproximadamente el 30-40% de partos pretérmino, por esta razón podría considerarse como el problema obstétrico de la actualidad debido a que está reportado que el 85% de la morbi-mortalidad fetal es resultado de la prematuridad.

ETIOPATOGENIA

EMBRIOLOGÍA

Al 7mo. u 8vo. Día el macizo celular interno se divide en endoblasto y epiblasto. En este último se forma una cavidad tapizada por células llamadas amnioblastos que al diferenciarse constituyen las membranas amnióticas. No se sabe si los amnioblastos se originan del citotrofoblasto o del ectodermo fetal. El amnios aumenta de tamaño hasta rodear al embrión y termina uniéndose al corion en la semana 4ta. O 5ta cuando desaparece el celoma extraembrionario.

ESTRUCTURA DE LAS MEMBRANAS AMNIÓTICAS

El feto se encuentra dentro del útero rodeado de un líquido claro y ligeramente amarillento que está contenido dentro del saco amniótico, el mismo que aumenta en volumen a medida que el feto crece. Este volumen alcanza su punto máximo aproximadamente en la semana 34 de gestación, llega a un promedio de 800 ml. El feto hace circular constantemente este líquido al tragarlo e inhalarlo y reemplazarlo a través de la "exhalación" y la micción. El líquido amniótico cumple numerosas funciones para el feto: protección de las lesiones externas al amortiguar golpes o movimientos

súbitos, permitir su libre movimiento y desarrollo músculo-esquelético simétrico, mantener una temperatura relativamente constante como protección de la pérdida de calor y por último permite el desarrollo apropiado de los pulmones.

Las membranas fetales estructuralmente presentan dos capas conocidas y diferenciadas histológicamente como corion y amnios, las cuales pueden a su vez estratificarse en distintas láminas. El amnios tiene un grosor 0,02 a 0,5 mm está compuesto por cinco láminas distintas: la más cercana al feto es el epitelio amniótico, cuyas células secretan colágeno tipo III, tipo IV y proteoglicanos (laminina, fibronectina) que luego confluirán para conformar la segunda lámina conocida como membrana basal. En el siguiente estrato se encuentra la lámina compacta, compuesta por tejido conectivo, la cual se puede considerar como el esqueleto fibroso principal del amnios. Luego se encuentra la lámina fibroblástica endonde se observan macrófagos envueltos de una matriz extracelular y células mesenquimales que son responsables de la secreción del colágeno encontrado en la lámina inmediatamente anterior.

Por último se encuentra la lámina intermedia o "esponjosa", conocida así debido a su apariencia, la cual limita al amnios y el corion. Esta lámina posee gran cantidad de colágeno tipo III y proteoglicanos hidratados lo que confiere su aspecto característico, su función principal es absorber el estrés físico, permitiendo que el amnios se deslice suavemente sobre el corion subyacente. Mientras que el corion suele ser más grueso, mide 0,04 a 0,4 mm de espesor que el amnios, este último posee una mayor fuerza tensil.

FISIOPATOLOGÍA

MECANISMOS DE LA ENFERMEDAD

La ruptura de las membranas fetales durante el trabajo de parto, se ha atribuido a una debilidad generalizada de éstas debido a las contracciones uterinas y al estiramiento repetido. Se ha encontrado disminución de la fuerza tensil de las membranas luego del trabajo de parto, comparado con aquellas en las que se termina el embarazo por cesárea. En la RPM ha sido más difícil establecer debilidad en las membranas fetales cuando ésta ocurre, al compararlas con membranas que fueron rotas artificialmente durante el trabajo de parto. Se ha identificado un área cercana al lugar de ruptura y se ha descrito como “zona de morfología alterada”, presente antes de la ruptura de la membrana y debida al trabajo de parto. Es posible que esta zona represente el sitio desde donde se inicie el proceso de ruptura.

McLaren et al. En el estudio actualizado en el 2006 consideraron tomar muestras de las membranas fetales a diferentes regiones, encontrando las siguientes diferencias:

- a). las membranas cervicales pudieran representar una región de debilidad estructural susceptible a la ruptura de membranas durante el trabajo de parto,
- y b). Las relaciones paracrinae entre las membranas fetales y el miometrio pudieran estar afectadas cualitativamente entre diferentes regiones del útero.

DEGRADACIÓN DE LA MATRIZ EXTRACELULAR

El colágeno es un componente importante, envuelto en la matriz extracelular de las membranas fetales, que contribuye a la elasticidad y fuerza tensil del amnios. La colagenasa es una enzima lítica que se encuentra en altas concentraciones en la placenta a término; su actividad aumenta a medida que

avanza el trabajo de parto, el mecanismo propuesto es una falta de equilibrio entre factores de degradación y síntesis de la matriz extracelular. Un amplio número de sistemas enzimáticos proteolíticos regulados finamente, incluyendo la cascada de activación del plasminógeno y metaloproteinasas de la matriz (MMP, por su sigla en inglés *matriz metalloproteinases*), juegan un papel esencial en la remodelación de la matriz extracelular incluyendo el colágeno durante el embarazo y el trabajo de parto. Se ha comprobado la existencia de inhibidores tisulares de las metaloproteinasas (TIMP).

La integridad de las membranas fetales durante la gestación permanece sin alteraciones debido a una baja concentración de MMP y alta concentración de TIMP.

Durante el trabajo de parto los estudios indican que se origina una relación inversamente proporcional a la anteriormente mencionada encontrándose así una alta concentración de MMP y baja de TIMP.

Romero et al. en sus estudios realizado en el 2002 encontraron que la concentración de MMP-9 en compartimentos fetales (plasma fetal y líquido amniótico) se encontraba elevada en pacientes con RPMF comparado con aquellas que presentaban trabajo de parto pretérmino sin RPMF, además descartaron que esta elevación fuera parte de una respuesta inflamatoria fetal.

INFECCIÓN

La infección es actualmente la causa más analizada porque se la responsabiliza de la mayor parte de los nacimientos pretérmino con y sin rotura de membranas. El mecanismo sería el mismo en ambos casos y la calidad de la membrana es la que definiría cuál se rompe y cuál no. Hay

membranas que resisten la infección y terminan con un parto prematuro con bolsa íntegra, mientras que otras se rompen dando el cuadro de RPM.

ETAPAS DE LA INFECCIÓN

Los microorganismos cumplen varios pasos hasta llegar a la RPM: La infección cervico-vaginal es generada por gérmenes que han sido encontrados posteriormente en el LA: (*Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Gardnerella vaginalis*, *Trichomonas vaginalis*, *Cándida albicans*, *Estreptococo grupo B*, *Anaerobios (Fusobacterium)*, *Estafilococo aureus*, *Herpes simple*).

Acceden a la cavidad amniótica por:

1. Vía ascendente desde el cérvix o la vagina,
2. Diseminación hematológica a través de la placenta,
3. Vía retrógrada desde el peritoneo por las trompas, introducción accidental por procedimientos quirúrgicos.

La vía ascendente es la más común y se comprueba porque: los gérmenes encontrados en el LA son los mismos que se encuentran en el tracto vaginal.

Los gérmenes producen un aumento de los macrófagos que liberan mediadores (citoquinas) generando una respuesta inflamatoria. Estos componentes pueden investigarse en: (sangre, secreciones vaginales y líquido amniótico). Marcadores endógenos de la inflamación:

- Interleukina 1-2-6-8-10, Factor de necrosis tumoral (FNT).
- Factor de activación plaquetaria (FAP).

- Factores estimulantes del crecimiento de colonias (CSFs)
- Proteína inhibidora de macrófagos 1 alfa (MIP 1 alfa).

Los marcadores endógenos de la inflamación estimulan la síntesis de prostaglandinas y aumentan la actividad colagenasa y elastasa. Varios autores han demostrado que los productos bacterianos son una fuente de fosfolipasa A2 y C, pudiendo estimular también por esta vía la producción de prostaglandinas. La presencia de estos factores vuelve al útero más sensible a: oxitocina y a las prostaglandinas E2 y F2 alfa. La consecuencia es: daño en la membrana y aumento de la contractilidad por la vía de la adenilciclasa.

La resistencia de las membranas marcará el camino hacia una RPM o hacia un parto prematuro con bolsa íntegra. Estadios de la infección: son las diferentes instancias anatómicas que los gérmenes van invadiendo. Estadio I: excesivo crecimiento de gérmenes facultativos o presencia de gérmenes patológicos en cuello o vagina (vaginosis); Estadio II: los gérmenes ganan la cavidad uterina y se ubican en la decidua (deciduitis); Estadio III: los gérmenes ganan la cavidad (amnionitis), los vasos fetales (coriovasculitis) y/o el corion y el amnios (corioamnionitis); Estadio IV: los gérmenes llegan al feto (neumonitis, bacteriemia, sepsis).

ETIOLOGÍA

La causa de la RPM es incierta, muchos autores señalan como primera causa a la infección, se recogen otras situaciones predisponentes como: edad, paridad, procedencia, escolaridad, estado civil, control prenatal, ruptura prematura previa al embarazo actual, parto pretérmino por dos ocasiones previas, infecciones de las vías urinarias, infecciones vaginales. La RPM es un fenómeno multifactorial.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A ROTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS OVULARES

- Bajo nivel socio económico
- Bajo peso materno
- Parto prematuro previo
- Consumo de cigarrillo
- Metrorragia del segundo y tercer trimestre
- Infecciones cérvico-vaginales y vaginosis
- Polihidroamnios
- Embarazo gemelar
- Malformaciones y tumores uterinos
- Conización previa
- Embarazo con DIU

FACTORES PREDISPONENTES A LA RPM

EDAD

La edad de la madre es un factor que se asocia fuertemente con la morbimortalidad neonatal. El estudio de Cosgwell y Yip expresa que en las madres con menos de 20 años o con más de 34, se observa un ligero aumento de los resultados perinatales adversos³¹. Estos estudios nos permiten demostrar que las madres adolescentes y madres mayores a 35 años tienen más probabilidades de presentar comportamientos desfavorables durante el embarazo, mucho más si se acompaña de RPM. Se tendría que hacer una vigilancia prenatal más estrecha, así como se prestaría una especial atención en la educación prenatal para la prevención y detección precoz de posibles complicaciones.

PROCEDENCIA

En un estudio de casos y controles en Lima según los distritos de procedencia, se puede observar que existió diferencia estadística entre aquellas provenientes de lugares considerados de clase social baja y alta, por ejemplo, las mujeres que nacieron en la selva tuvieron 3,3 veces el riesgo de tener un niño pretérmino en comparación a aquellas nacidas en la Costa. Las personas que viven en lugares considerados socioeconómicamente bajos presentan niños antes de las 37 semanas 25 veces más que aquellas que provienen de lugares considerados altos. De igual forma se pudo observar que las personas provenientes de las regiones consideradas geográficamente pobres son las que con mayor frecuencia presentan este tipo de problema.

El Grupo de Cuidados Intensivos Neonatales de Australia en el año 2008 realizó un estudio para comparar el resultado perinatal de los recién nacidos en regiones rurales y habitantes de zonas urbanas, que reveló que las madres de áreas rurales son principalmente aborígenes, adolescentes, con un nacimiento prematuro previo, con rotura prematura de membranas mayor de 24 horas, y que los recién nacidos fueron semejantes en edad gestacional, peso al nacimiento, requerimiento y duración de la ventilación mecánica, así como en el tiempo de hospitalización. Sin embargo los de las zonas rurales, comparados con los de las zonas urbanas tuvieron mayor probabilidad de nacer en hospitales obstétricos de tercer nivel, por lo que requirieron transferencia posnatal las personas viven en áreas que están clasificados como rurales, el número de personas que sufren de la falta de recursos económicos es elevado.

ESCOLARIDAD

La escolaridad como factor predisponente a la RPM está directamente relacionado con el nivel de escolaridad, en razón que las embarazadas con

un mejor nivel educativo posponen la maternidad o la edad de matrimonio y además optan por cuidados médicos para el control del embarazo y parto, por lo cual esta variable está íntimamente relacionada con las actitudes y prácticas de la mujer con respecto al cuidado de la salud y a la percepción de riesgo.

ESTADO CIVIL

En la revisión sistemática de la literatura Factores de riesgo para muerte neonatal, descrita por el Dr. Héctor Mejía Máster hace referencia al estudio por Feroz en el distrito de Columbia, analizando 36.608 nacimientos encontró una mayor incidencia de riesgo perinatal en niños nacidos de madres solteras con RPM.

PARIDAD

La paridad es un factor que mide riesgo obstétrico y eventuales resultados adversos en el recién nacido. Según el estudio Repercusión del Parto Pretérmino Realizado en Camagüey Cuba en el año 2006 demostró que la primiparidad o el primer embarazo tuvieron una alta correlación con RPM y mortalidad neonatal; esta se potencia cuando interactúa el embarazo en la adolescencia o en mujeres mayores de 30 años. De igual manera, la multiparidad también ha sido asociada a resultados adversos explicados principalmente por complicaciones obstétricas o patologías maternas.

INFECCIONES DE LAS VÍAS URINARIAS

Las infecciones del tracto urinario son las complicaciones más frecuentes del embarazo, se presentan en algún momento de la gestación, ocasionando con ello un incremento de la morbilidad materna y perinatal (parto pretérmino,

peso bajo al nacer y ruptura prematura de membranas) por lo que es importante el manejo precoz y oportuno desde la aparición de una bacteriuria asintomática en la mujer embarazada.

El estudio retrospectivo realizado en el año 2010 en el Hospital Universitario de Puebla en 83 mujeres embarazadas, demostró que las infecciones urinarias se presentan principalmente en el último trimestre de la gestación. La prevalencia de este estudio para las IVU fue del 1.78%, la cual es relativamente baja de acuerdo con la prevalencia mundial que aproximadamente del 2-7% de embarazadas presenta IVU en algún momento de la gestación, siempre relacionada al estado socioeconómico bajo y malos hábitos higiénicos.

INFECCIONES VAGINALES

Como referencia podemos expresar que para las infecciones vaginales, la vaginosis bacteriana en el embarazo es causa de parto prematuro y la RPM, con mayor incidencia en los países en desarrollo, debido a la limitación de los recursos para una apropiada atención perinatal.

ANTECEDENTE DE PARTO PRETÉRMINO POR DOS OCASIONES

Diversos estudios han demostrado que el antecedente de nacimiento de un niño menor de 37 semanas, es un factor muy importante para que se repita esta situación patológica. Cuando este se halla presente en un embarazo, conjuntamente con la RPM y la posibilidad de que ocurra un parto pretérmino es aproximadamente el 50%.

Goldemberg y col. en el año 2003 hallaron una fuerte correlación entre este y la presencia de un cuello uterino de longitud pequeña y a la vez la presencia

de trespretérmino en embarazos previos es mucho más importante que el tener solamente uno. El antecedente de parto prematuro es un factor pronóstico de amenaza de est tipo de parto entre las 24 y 36 semanas de gestación.

En el Hospital "Vladimir I Lenin", entre los años (2002 y 2003) se realizó un estudio comparativo en embarazadas con diagnóstico de Ruptura Prematura de Membranas en una muestra de 46 casos, observándose que en el 2002 hubieron 58.7% de neonatos pretérmino de embarazadas con RPM mientras que en el año 2003 hubo una reducción al 41.3% de partos pretérmino. En este mismo estudio para los 2 años se encontró que las embarazadas con RPM tuvieron el parto entre las 31 a 34 semanas con el 37%. La OMS, en el año 2005, describe a la RPM como causal del 30 al 40% de los partos pretérmino por esta razón podría considerarse como el problema obstétrico de la actualidad debido a que está asociado al 85% de la morbilidad fetal.

ANTECEDENTE DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

La rotura prematura de las membranas ovulares (RPM) es la solución de continuidad de la membrana corioamnióticas antes del inicio del trabajo de parto es quizá la enfermedad que más se asocia con el parto prematuro. Esta complicación del embarazo tiene una prevalencia del 10% de los embarazos y 20% de los casos ocurren en gestaciones de pretérmino. La RPM en embarazos de pretérmino es responsable de un tercio de los casos de partos prematuros y del 10% de las muertes perinatales; también se asocia a un aumento en la morbilidad materna infecciosa dada por corioamnionitis e infección puerperal.

CLÍNICA

La paciente refiere pérdida de líquido por genitales externos, debiendo interrogarse sobre la fecha, hora y forma de inicio, color (opalescente, verdoso claro, verdoso oscuro, serohemático, etc.), olor (hipoclorito de sodio), y cantidad del mismo. No se realizará tacto vaginal si no hay dinámica uterina compatible con trabajo de parto.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es realizado la mayoría de las veces por la propia madre y certificado por el médico al observar el escurrimiento de una cantidad variable de LA por lavagina. En ocasiones es necesario recurrir a procedimientos complementarios. El primero de ellos es la especuloscopia, que permite apreciar salida de LA a través del orificio externo del cuello uterino en forma espontánea o a través de la compresión manual del abdomen materno que moviliza el polo fetal pelviano de modo de facilitar la salida de líquido. Cuando el diagnóstico es evidente, la altura uterina es menor que en los controles previos y las partes fetales se palpan con facilidad.

En un número menor de casos deben agregarse a los procedimientos mencionados (anamnesis, examen físico y especuloscopia), otros que a continuación se enumeran cuyo rendimiento se detalla en la:

1. ***Cristalización en hojas de helecho:*** consiste en la toma con hisopo del fondo de saco posterior de vagina, se coloca en portaobjetos, dejar secar al aire y valorar la cristalización de helecho en el microscopio de luz, que resulta de la deshidratación de las sales contenidas en el LA.

2. **Evaluación ultrasonografía:** la evaluación ecográfica permite estimar la cantidad de LA en la cavidad uterina. En pacientes con historia sugerente, pero sin evidencias de RPM en la valoración complementaria, la presencia de oligohidramnios debe asumirse como consistente con el diagnóstico. El ultrasonido constituye no sólo un elemento de apoyo diagnóstico; permite, además, valorar el bienestar fetal, aproximar o certificar una edad gestacional, descartar la presencia de malformaciones fetales y predecir o apoyar el diagnóstico de una corioamnionitis.
3. **pH del Fornix vaginal posterior:** el pH vaginal fluctúa normalmente entre 4,5 y 5,5, mientras que el del LA es generalmente de 7. Las membranas ovulares están probablemente rotas si el papel nitrazina señala un pH mayor o igual a 7 (viraje al color azul).
4. **Detección de células de descamación:** la piel fetal descama células superficiales que pueden ser detectadas con azul de Nilo al 1%. Dada la evolución de la concentración de células naranjas en el LA, el valor diagnóstico de esta prueba aumenta junto con la edad gestacional, variando desde una sensibilidad de alrededor de 20% a las 32 semanas hasta un 90% en embarazos de término.
5. **Se han descrito otros métodos diagnósticos:** Inyección intraamniótica de colorantes (azul de Evans o índigo carmín), cuya detección en la vagina confirma el diagnóstico. No debe usarse azul de metileno.
6. **Otras pruebas** que se están utilizando son la concentración de creatinina en fluido vaginal mayor de 0,1 mg/dL, también las concentraciones de β hormonagonadotropina coriónica en fluidos

vaginales superiores a 17,10mUI/ml constituyen un método confiable para el diagnóstico de roturaprematura de membranas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- a. **Leucorrea:** Es frecuente, se caracteriza por flujo genital blanco amarillento, infeccioso, asociado a prurito.
- b. **Incontinencia urinaria:** frecuente, se presenta frecuentemente en la segunda mitad del embarazo, especialmente en multíparas (por relajación perineal y recto). Se debe descartar IVU.
- c. **Eliminación tapón mucoso:** Observándose frecuente fluido mucoso, a veces algo sanguinolento.
- d. **Rotura de quiste vaginal:** infrecuente, Pérdida brusca de líquido cristalino por vagina.
- e. **Hidrorrea decidual:** Infrecuente, primera mitad del embarazo. Líquido claro con tinte amarillo, a veces sanguinolento que se fusiona entre las 16 y 18 semanas.
- f. **Rotura de bolsa amniocorial:** Raro; de espacio virtual entre corion y amnios; se produce por delaminación de este último.

COMPLICACIONES MATERNAS

CORIOAMNIONITIS

Se define infección intraamniótica (IIA) o invasión microbiana de la cavidad amniótica como la presencia de gérmenes en el LA, normalmente estéril.

Corioamnionitis o infección ovular define la presencia de manifestaciones clínicas maternas asociadas a IIA. Los criterios que permiten su diagnóstico fueron:

- Fiebre >38 grados axilar
- Taquicardia materna
- Leucocitosis >15.000/mm³
- Taquicardia fetal
- Sensibilidad uterina
- LA purulento o de mal olor

El diagnóstico de corioamnionitis se realiza cuando existen dos o más de los criterios mencionados.

El diagnóstico de infección intraamniótica se efectúa, además, cuando el Gram revela gérmenes o piocitos en el LA, el cultivo es (+), existe corioamnionitis histológica o hay evidencia de sepsis neonatal, independientemente de las manifestaciones clínicas.

Los gérmenes implicados son las bacterias que forman parte de la flora genital normal de la mujer (Mycoplasma y Ureaplasma, Fusobacterium, Escherichia coli, Enterococo, Bacteroides, hongos y otros). En ocasiones pueden aislarse gérmenes patógenos exógenos (Listeria, Gonococo, Streptococos A y C). Existen elementos de laboratorio que permiten

diagnosticar la presencia de invasión microbiana de la cavidad amniótica antes de que la corioamnionitis sea evidente. Ellos son:

- Recuento de leucocitos en sangre materna (>15.000).
- Proteína C reactiva en sangre materna.
- Perfil biofísico fetal.

Estudio de LA. Se realiza cuando existe sospecha de infección. Para su interpretación se requiere de la obtención de LA por AMCT, procedimiento que en la RPM tiene éxito en alrededor del 70% de los casos.

La corioamnionitis ha sido identificada en las gestaciones pretérmino con RPM el 30-50%. Sugiriendo que durante el desarrollo de la infección intrauterina el feto puede responder con la producción intrauterina de una serie de marcadores inflamatorios.

Infeción puerperal

Esta complicación se presenta con una incidencia que varía entre 0 y 29%, siendo la endometritis su manifestación más frecuente. La sepsis materna es una complicación rara que es más frecuente cuando se ha optado por manejos contemporizadores.

RESULTADO OBSTÉTRICO: RECIÉN NACIDO

En el Hospital "Vladimir I Lenin", entre los años (2002 y 2003) se realizó un estudio comparativo en embarazadas con diagnóstico de Ruptura Prematura de Membranas en una muestra de 46 casos, observándose que en el 2002 hubieron 58.7% de neonatos pretérmino de embarazadas con RPM mientras

que en el año 2003 hubo una reducción al 41.3% de partos pretérmino. En este mismo estudio para los 2 años se encontró que las embarazadas con RPM tuvieron el parto entre las 31 a 34 semanas con el 37%. La OMS, en el año 2005, describe a la RPM como causal del 9.6% de los partos pretérmino por esta razón podría considerarse como el problema obstétrico de la actualidad debido a que está asociado al 85% de la morbimortalidad fetal.

COMPLICACIONES FETALES

La prematuridad y la infección son las dos complicaciones fundamentales de la RPM en el feto y/o recién nacido. Ellas son responsables de casi el 100% de la mortalidad atribuible a RPM. Problemas adicionales son: apgar deficiente, prematuridad, peso al nacer no adecuado, reanimación, síndrome de distrés respiratorio, asfixia, sepsis.

APGAR

El Apgar a los 5 min fue mejor predictor de supervivencia neonatal. Sin embargo, tanto para RN de pretérmino y de término la combinación de Apgar < 3 y pH < 7,0 aumentó el riesgo de muerte. En cuanto al momento de las muertes, una mala condición al nacer reflejada en un Apgar bajo (0-3) a los 5 min, se asoció significativamente con muerte neonatal precoz a cualquier edad gestacional.

En todo el mundo desde hace 50 años se está evaluando a todos los RN en el momento inmediato al nacer con el test de Apgar. Después de medio siglo, se puede decir que el test de Apgar es útil para conocer la condición de un niño en los primeros minutos de vida, es un antecedente que junto al estado ácido base y la evolución del recién nacido permitirá hacer el diagnóstico de asfixia. Un Apgar bajo por tiempo prolongado puede ser significativo en

pronóstico neurológico y no es sorprendente que las características vitales tales como frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio y función neuromuscular refleje el pronóstico en términos de sobrevivencia de los neonatos incluso en los prematuros extremos. En conclusión el test de Apgar a medio siglo después de haber sido propuesto sigue siendo relevante y vigente.

El estudio retrospectivo de casos y controles realizado en el Hospital General Docente Dr. Agostinho Neto (Cuba) en el período enero de 2005 a diciembre de 2006 demostró que el Apgar bajo se presentó en el 84 % de 26 embarazadas con RPM en relación con el 16.2% de RN deprimidos que se presentó en el grupo control de 5 embarazadas sin RPM.

Esto permitió demostrar que en los recién nacidos de madres con RPM es superior la presencia de recién nacidos deprimidos, en razón que la protección mecánica que ofrecen las membranas íntegras desaparece ante la rotura de membranas, ya que el feto tiene que vencer los mecanismos del parto sin esa defensa natural. Por otra parte, en los casos con RPM, la mayoría de los partos son inducidos o conducidos con oxitocina, con los riesgos de alteración de apgar que este método conlleva.

PREMATUREZ

Se define como aquel recién nacido de menos de 37 semanas de gestación. Guía Clínica de Prevención del Parto Prematuro en que se expresa que la prematuridad representa la primera causa de morbilidad neonatal en Chile (2005) y en el mundo la frecuencia varía entre un 5 y 12% de los partos, estableciendo que la prematuridad representa la primera causa de morbilidad neonatal en Chile y en el mundo. El riesgo de morir de un recién nacido prematuro es 180 veces mayor que el de un recién nacido de

término, y aquellos prematuros que sobreviven tienen un mayor riesgo de secuelas e invalidez, en este grupo de pacientes con RPM al romperse la integridad del saco amniótico se produce riesgo de infección amniótica y/o fetal, el cual debe balancearse con el riesgo de prematuridad.

Pese a que las causas de RPM no están totalmente aclaradas, cada día existe mayor evidencia que la infección genital materna es una importante y prevenible causa de RPM y parto prematuro. La prematuridad es una importante causa de morbilidad y mortalidad.

PESO AL NACER

Teóricamente se define como Parto Pretérmino a la terminación del embarazo antes de las 37 semanas y después de las 20 semanas de gestación por cualquier vía, con un peso menor de 2.500 grs y mayor de 500 grs, con una medida mayor de 25 cm de la cadera a la rabadilla de etiología múltiple con signos y síntomas variados siendo una causa etiológica la Rotura de Membranas. Es indiscutible la importancia del peso de nacimiento en la predicción de morbilidad y mortalidad neonatal, muchos estudios lo refieren como el principal predictor

En el municipio Playa Ciudad de la Habana, Cuba, en el periodo comprendido desde el 1ero de enero al 31 de diciembre del (2002), se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo sobre algunos factores maternos que influyeron en el nacimiento de recién nacidos con bajo peso, y se obtuvo que las madres con afección asociada como lo es la RPM presentaron 13,91% de niños con bajo peso al nacer, y respecto a la prematuridad se obtuvo 41,53 % de prematuros.

SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

Es la causa más frecuente de mortalidad perinatal, en relación a RPM, en gestaciones por debajo de las 34 semanas.

La madurez del pulmón fetal puede evaluarse a través de la detección en el LA de una relación lecitina/esfingomielina >2 , un test de Clements (+) y/o la presencia de Fosfatidilglicerol. Esta última puede establecerse no sólo a través de LA obtenido por AMCT, sino utilizando líquido recolectado en vagina (rendimiento sobre 90%).

ASFIXIA PERINATAL

La compresión del cordón secundaria al oligohidramnios, el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, las distocias de presentación y la propia infección materna y/o fetal, son elementos que contribuyen a elevar la incidencia de asfixia perinatal (10 a 50%) en las pacientes con RPM. La monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal y el perfil biofísico están frecuentemente alterados en estos casos.

Según la Academia Americana de Pediatría, para el diagnóstico de Asfixia Neonatales necesario que exista acidosis metabólica con pH menor a 7,0 en sangre de cordón, PA menor o igual a 3 a los 5 minutos, compromiso encefálico y de otros órganos. Si bien es inapropiado usar sólo la puntuación del Apgar para establecer tal condición, éste es un requisito esencial en su definición. El hecho aislado que un RN tenga una puntuación del Apgar bajo es un evento muy serio que de no mediar una adecuada y oportuna reanimación lo pone en riesgo de muerte o secuelas neurológicas y/o de otros órganos. RPM >24 horas, puede ocurrir un episodio hipóxico agudo ya sea por compresión de cordón o cabeza con rápida recuperación, lo cual puede

explicar el resultado obtenido. La Asfixia Neonatal sigue siendo un problema frecuente en la práctica pediátrica y una causa importante de morbimortalidad, con una incidencia de 20 a 25 niños por 1.000 RN vivos.

SEPSIS

Es la infección aguda con manifestaciones toxico-sistémicas, ocasionadas por la invasión y proliferación de bacterias dentro del torrente sanguíneo y en diversos órganos que ocurre dentro de las primeras cuatro semanas de vida y es demostrada por hemocultivo positivo.

Estos recién nacidos tienen historia de uno o más factores de riesgo obstétrico, tales como rotura prematura de membrana, parto prematuro, corioamnionitis, fiebre materna periparto; además muchos de estos niños son prematuros o de bajo peso al nacer. Los gérmenes responsables se adquieren en el canal del parto, uno de los gérmenes responsables de esta infección es el estreptococo beta-hemolítico el cual ocasiona morbilidad grave, y, con frecuencia, secuelas neurológicas de por vida.

El EGB produce dos cuadros infecciosos graves en el recién nacido: enfermedad de comienzo precoz y enfermedad de comienzo tardío. La primera de ellas tiene una incidencia de 1-4 por 1000 RN vivos; es adquirida por transmisión vertical de madre colonizada y puede ocurrir in útero o en los primeros 7 días de vida, habitualmente en las primeras horas; clínicamente se caracteriza por óbito fetal, neumonía, shock séptico y muerte neonatal.

Los microorganismos patógenos pueden contaminar al RN a nivel de la piel y/o mucosas respiratoria o digestiva y posteriormente, según sus características, pueden ser capaces de atravesar la barrera cutáneo-

mucosa y alcanzar el torrentecirculatorio. Una vez en la sangre, las bacterias u hongos pueden ser destruidas por las defensas del RN o por el contrario continuar dividiéndose de forma logarítmica y dar lugar a sepsis neonatal.

CONDICION AL SALIR

La RPM en embarazos a término y pretérmino está asociada a una mayor frecuencia de mortalidad materna y perinatal sobre todo asociada a factores de riesgo como la septicemia, depresión neonatal, tal como lo demuestra el estudio retrospectivo, analítico, de casos y controles en el Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto” de Guantánamo Cuba, Influencia de la rotura prematura de membranas en algunos resultados perinatales, en el período enero de 2005 a diciembre de 2006. En relación con la mortalidad perinatal ocurrieron en ese período de 2 años 136 muertes fetales y 41 neonatales. Entre las pacientes con RPM ocurrieron 22 muertes fetales y 2 neonatales para un 16,7 % y 4,9 % respectivamente, entre las pacientes sin RPM sólo ocurrieron 13 muertes fetales para el 9,6 % y 1 muerte neonatal para 2,4 % respectivamente.

TRATAMIENTO

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

- Realice o complete la historia clínica perinatal y el carné Perinatal.
- Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, y temperatura.
- Realice evaluación obstétrica que incluya frecuencia cardíaca fetal por cualquier método y examen vaginal especular para toma de muestras.
NO REALICE TACTO VAGINAL EN ESTE MOMENTO.

- Registre la existencia en el registro de control prenatal de exámenes de laboratorio: biometría hemática, TP, TTP, plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado, EMO.
- Solicite aquellos que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados.
- Tranquilice a la paciente e informe sobre su condición.
- Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a los de los familiares.
- Brinde apoyo emocional continuo y explique los pasos a seguir.
- Con los resultados de examen físico, especular y de laboratorio realice el primer examen o tacto vaginal por el personal de más experiencia para evitar reevaluaciones antes de lo previsto, en condiciones de asepsia, con lavado de manos previo y uso de guantes estériles descartables, determinado:
 - Dilatación cervical.
 - Borramiento cervical
 - Consistencia del cuello
 - Posición del cuello
 - Altura de la presentación fetal por planos de Hodge o por Estaciones de Lee.
 - Estado de las membranas y verificación de eliminación transvaginal de líquido amniótico, sangrado, tapón mucoso o leucorrea.
 - Coloración del líquido amniótico (claro o meconial)
 - Capacidad de la pelvis en relación al tamaño fetal.
 - Disponga el ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución con epicrisis o carné perinatal.
 - Si dispone de ecografía abdominal verifique la cantidad de líquido amniótico, edad gestacional y peso fetal.

- Reposo absoluto en decúbito lateral izquierdo sobre todo si la presentación no es cefálica por probabilidad de prolapso de cordón. Colocación de toalla en periné.
- Control de signos vitales cada 8 horas. Añadir curva térmica si corioamnionitis o embarazo se prolonga más de 48 horas.

SI EMBARAZO > 34 SEMANAS Y NO SE ESPERA EL PARTO ANTES DE 12 HORAS: Antibiótico terapia con UNO de los siguientes fármacos:

- Eritromicina 250 mg VO cada 6 horas por 7 días o hasta el parto, o
- Ampicilina 2 g IV y luego 1 g cada 4 horas por 7 días o hasta el parto o
- Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas por 7 días o hasta el parto analérgicas a la penicilina.
- Terminación del embarazo según criterio obstétrico por parto o cesárea según protocolo.

SI EMBARAZO < 34 SEMANAS

- Antibiótico terapia con Eritromicina 250 mg VO cada 6 horas por 7 días o hasta el parto.
- Tocolisis con Nifedipina 10 mg VO cada 20 minutos por 3 dosis, luego 20mg cada 4-8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal o 72 horas.
- Maduración pulmonar con:
- Betametasona 12 mg IM y a las 24 horas (total 2 dosis).
- Dexametasona 6 mg IM y cada 12 horas (total 4 dosis).
- Terminación del embarazo según criterio obstétrico por parto o cesárea según protocolos si no se controlan las contracciones o signos infecciosos.

- Si el embarazo se va a prolongar por más de 48 horas se debe realizar manejo de líquidos por vía IV cristaloides (Lactato Ringer, solución salina 0.9%), control de curva térmica y exámenes seriados cada 24 horas o 48 horas para determinar parámetros infecciosos que indiquen terminación del embarazo.

SI CORIOAMNIONITIS:

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

INDEPENDIENTE DE LA EDAD GESTACIONAL.

- Comunique del caso al servicio de Neonatología.
- Si la paciente desarrolla actividad uterina espontánea o se ha completado la maduración fetal proceda según Protocolo de Parto Normal.

2.3 PLANTEAMIENTO DE LAS HIPOTESIS

Con un óptimo control prenatal disminuiríamos la morbimortalidad de gestantes adolescentes con ruptura prematura de membranas.

2.3.1.-HIPÓTESIS GENERAL

“Cumplieron con el tratamiento con responsabilidad y desempeño las embarazadas adolescentes que presentaron infecciones vaginales y infecciones en las vías urinarias dados por el personal de obstetricia y ginecología”.

2.3.2.- HIPOTESIS ESPECÍFICAS

- ¿Los factores predisponentes como edad, paridad, antecedentes patológicos obstétricos, procedencia, escolaridad, estado civil, control prenatal deficiente están asociados con la RPM?
- Podríamos dar una atención integral adolescentes embarazadas con infecciones si logramos mantener programas de capacitaciones continuas para los profesionales de obstetricia y ginecología.
- Si estableciéramos las causas que dan el cuadro clínico, el profesional de obstetricia y ginecología lograríamos disminuir las rupturas prematuras de membranas en las adolescentes embarazadas.
- El fácil acceso a exámenes diagnósticos de laboratorio y de medicinas favorecería la identificación y tratamiento oportuno para que no se desarrollara una ruptura prematura de membranas.

2.4. OPERACIONALIZACION DE LAS HIPOTESIS ESPECÍFICAS

Variable	Concepto	Indicador	Escala
RPM	La ruptura prematura de membranas se define como la solución de la continuidad espontánea de las membranas corioamnióticas antes del inicio de trabajo de parto.	*maniobra de vasalva (prueba que se observa la eliminación de Líquido amniótico con olor subgeneris.). *ecografía: ILA	Rango normal 5-18 Oligoamnios menor a 5cm 2.1 - 8.0 cm
Paridad	Según el número de hijos procreados de uno o más.	Primigesta secundigesta Múltipara	1 2 3 o más
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento.	Amnanesis Fecha de nacimiento	10-14 a 15- 19 años
Procedencia	Lugar donde reside el usuario.	Historias clínicas Datos de filiación	Urbana y rural
Escolaridad	Nivel educativo alcanzado por la paciente.	Historias clínicas amannesis	Analfabeta Primaria Secundaria Nivel superior

Estado civil	Que se establece entre dos personas de diferentes sexos.	Historia clínica Datos de filiación	Unión libre Casada Soltera Viuda separada
Edad Gestacional	Semanas de embarazo de la mujer desde la concepción hasta el momento del parto.	FUM Medición de la altura uterina con cinta métrica. Ecografía.	Término Pretérmino

CAPÍTULO III

3.- METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de tipo e investigación de campo que se ejecutó en el mismo lugar de los hechos y en forma directa con los involucrados además en forma presente y pasado en base a la recolección y tabulación de datos existentes para la generalización de los resultados, se los interpreto racionalmente para llegar a conocer lo que ocurrió, se utilizó la información estadísticas basándose en los archivos y documentos del sistema de información del hospital Jaime Roldós Aguilera.

3.1.- TIPO DE INVESTIGACION

El proceso investigativo se realiza en el Hospital Jaime Roldós Aguilera de la ciudad de ventanas en el área Gineco-obstetricia, el tipo de investigación es transversal ya que se hace un corte en el tiempo para su estudio comprendido desde 1° de enero -30 de junio 2012, no experimental, correlaciona y descriptiva

Es analítico ya que se analiza manejo y tratamiento de la ruptura prematura de membranas.

3.2.- UNIVERSO Y MUESTRA

a. Universo

Lo constituyen las adolescentes embarazadas que acudieron a la consulta Gineco-Obstétrica del “Hospital Jaime Roldós Aguilera”.

b. Población Fuente

Lo constituyeron las adolescentes embarazadas que presentaron ruptura prematura de membranas y acudieron a la consulta Gineco-Obstetricia del “Hospital Jaime Roldós Aguilera”.

c. Población de estudio

Lo constituyeron las embarazadas adolescentes que presentaron ruptura prematura de membranas y fueron ingresadas por el área de emergencia de Gineco-Obstetricia del Hospital Jaime Roldós Aguilera de la ciudad de ventanas “durante los meses de enero a junio del 2012.

d. Muestra

Estuvo constituido por 38 historias clínicas de adolescentes embarazadas con ruptura prematura de membranas.

Crterios de inclusión

Las historias clínicas de adolescentes embarazadas sin trabajo de parto con escurrimiento del líquido amniótico por los genitales, independientemente de la edad gestacional.

Criterios de exclusión

Todas las historias clínicas de las pacientes embarazadas que no presentaron RPM, así como las embarazadas mayores de 20 años que teniendo RPM estuvieron con trabajo de parto.

3.3.- METODOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

- Historias clínicas proporcionadas por el departamento de estadísticas.
- Datos obtenidos del parte diario de emergencia obstétrica.

3.4.- PROCEDIMIENTO

El trabajo de recolección de información necesaria para este proceso se realizó la revisión de historias clínicas y parte diarios de emergencia Gineco-Obstétrica.

A toda usuaria que acudió a la consulta de emergencia y fueron ingresadas en el área Gineco-obstétrica del Hospital Jaime Roldós Aguilera de la ciudad de Ventanas, se les ofreció la oportunidad de realizarles exámenes de laboratorio, ecografía y tratamiento intrahospitalario de la complicación obstétrica ruptura prematura de membranas se les brindó una atención integral con calidez y calidad.

Este trabajo es realizado en el Hospital Jaime Roldós Aguilera.

CAPITULO IV

4.- ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

4.1.-TABULACION E INTERPRETACION DE DATOS

Datos estadísticos obtenidos del área de emergencia Gineco-Obstétrica del Hospital Jaime Roldós Aguilera.

Para el análisis y discusión de resultados se aplicó tablas y gráficos de pastel

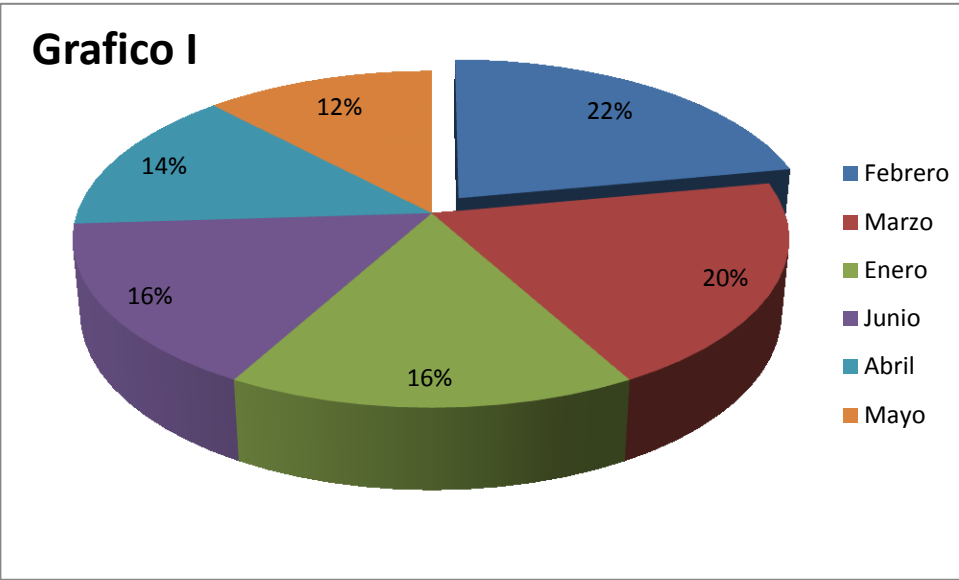
CUADRO N° 1

RPM casos presentados de acuerdo a los meses de estudio

Hospital Jaime Roldós Aguilera

Enero a junio 2012

MESES	N° CASOS	%
Enero	6	16%
Febrero	9	22%
Marzo	8	20%
Abril	5	14%
Mayo	4	12%
Junio	6	16%
TOTAL	38	100%



FUENTE: Dpto. de Estadística

ELABORADO POR: Karina rosado – Deisy Valero

Análisis y discusión: en el cuadrograficoN° 1 se observó el mayor porcentaje de embarazadas adolescentes con ruptura prematura de membranas se presentaron en el mes de febrero con un 22% de las adolescentes embarazadas mientras que en menor porcentaje en el mes de mayo con un 12% de los casos.

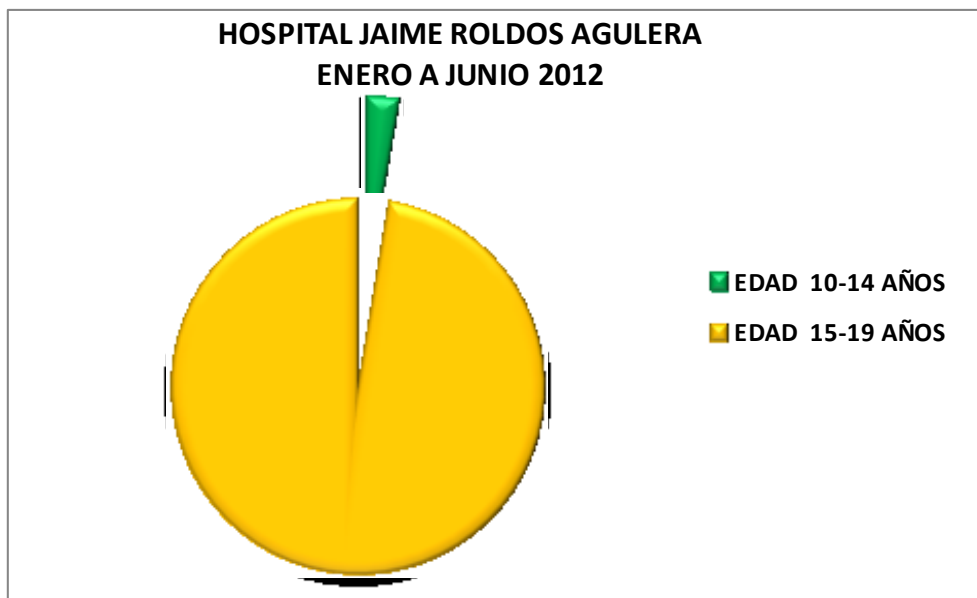
CUADRO N° 2
RPM Según Factor Predisponente Edad
Hospital Jaime Roldós Aguilera
Enero a Junio 2012

EDAD	N°	%
10-14 AÑOS	1	3
15-19 AÑOS	37	97
TOTAL	38	100

FUENTE: Dpto. de Estadística

ELABORADO POR: Karina Rosado – Deisy Valero

GRÁFICO N° 2



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N°2 se observa que la edad como factor predisponente a la RPM, se comporta en el grupo estudiado de la siguiente manera: a las adolescentes mayores de 15-19 años les corresponde el 97%; mientras que al grupo de las adolescentes menores 10-14 años el 3%.

CUADRO N°3

RPM Según Factor Predisponente Procedencia

Hospital Jaime Roldós Aguilera

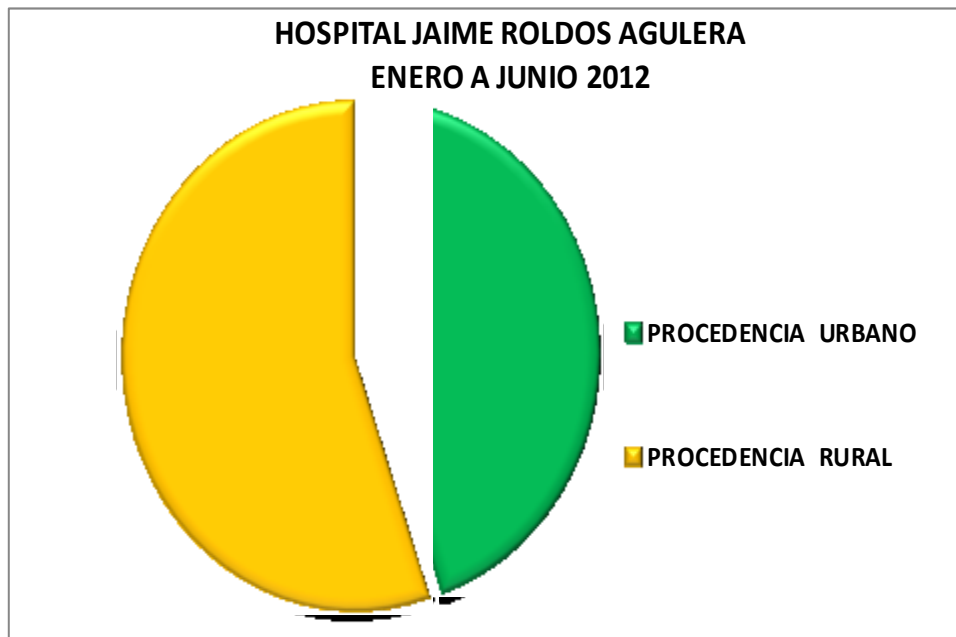
Enero a Junio 2012

PROCEDENCIA	N°	%
URBANO	17	45
RURAL	21	55
TOTAL	38	100

FUENTE: Dpto. de Estadística

ELABORADO POR: Karina Rosado – Deisy Valero

GRÁFICO N° 3



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N°3 se observa que la procedencia como factor predisponente para la RPM, se presenta en mayor porcentaje en el grupo de procedencia rural con un 55%, mientras con el menor porcentaje corresponde a la procedencia urbana con el 45%.

CUADRO N° 4
RPM Según Factor Predisponente Escolaridad
Hospital Jaime Roldós Aguilera
Enero a Junio 2012

ESCOLARIDAD	N°	%
ANALFABETA	1	3
PRIMARIA	18	47
SECUNDARIA	18	47
SUPERIOR	1	3
TOTAL	38	100

FUENTE: Dpto. de Estadística

ELABORADO POR: Karina Rosado – Deisy Valero

GRÁFICO N° 4



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N°4 se observa que la escolaridad como factor predisponente en la RPM, se presenta con mayor porcentaje en el grupo con instrucción primaria con el 47%, seguido de la instrucción secundaria con el 47%, mientras que a la instrucción superior le correspondió el 3%, y a aquellas con ningún nivel de instrucción el 3%.

CUADRO N° 5

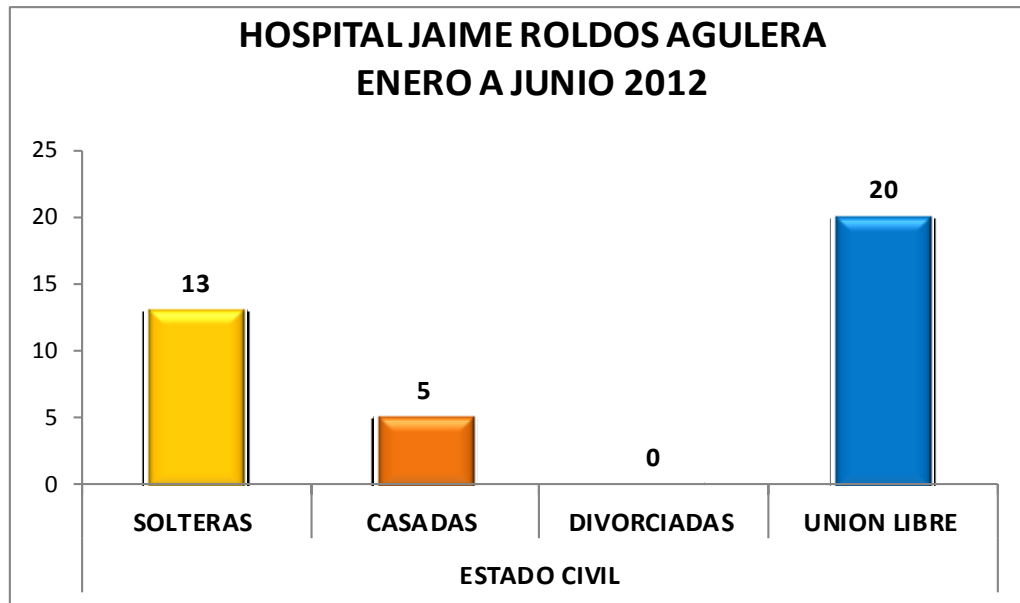
**RPM Según Factor Predisponente Estado Civil
Hospital Jaime Roldós Aguilera
Enero a Junio 2012**

ESTADO CIVIL	N°	%
SOLTERA	13	34
CASADA	5	13
DIVORCIADA	0	0
UNION LIBRE	20	53
TOTAL	38	100

FUENTE: Dpto. de Estadística

ELABORADO POR: Karina Rosado – Deisy Valero

GRÁFICO N° 5



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 5 se observa el estado civil como factor predisponente a la RPM, se presentó en mayor porcentaje en el grupo de unión libre con un 53%, mientras que en las casadas alcanzó el 13% y en las solteras el 34%.

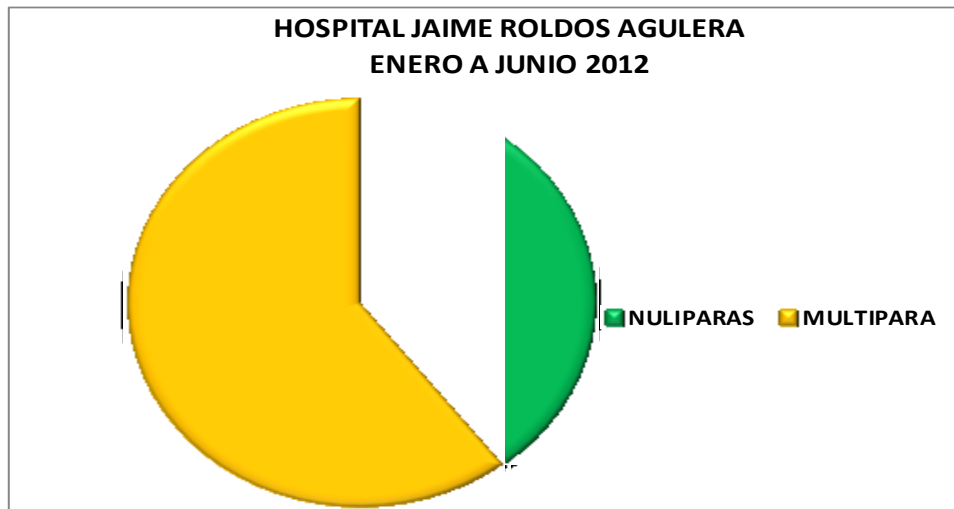
CUADRO N° 6
RPM Según Factor Predisponente Paridad
Hospital Jaime Roldós Aguilera
Enero a Junio 2012

PARIDAD	N°	%
NULIPARAS	15	39
MULTIPARAS	23	61
TOTAL	38	100

FUENTE: Dpto. de Estadística

ELABORADO POR: Karina Rosado – Deisy Valero

GRÁFICO N° 6



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 6 se observa que la paridad como factor predisponente a la RPM, se presenta en mayor porcentaje en el grupo de nulíparas con el 39%, mientras que a las múltiparas les corresponde el 61%.

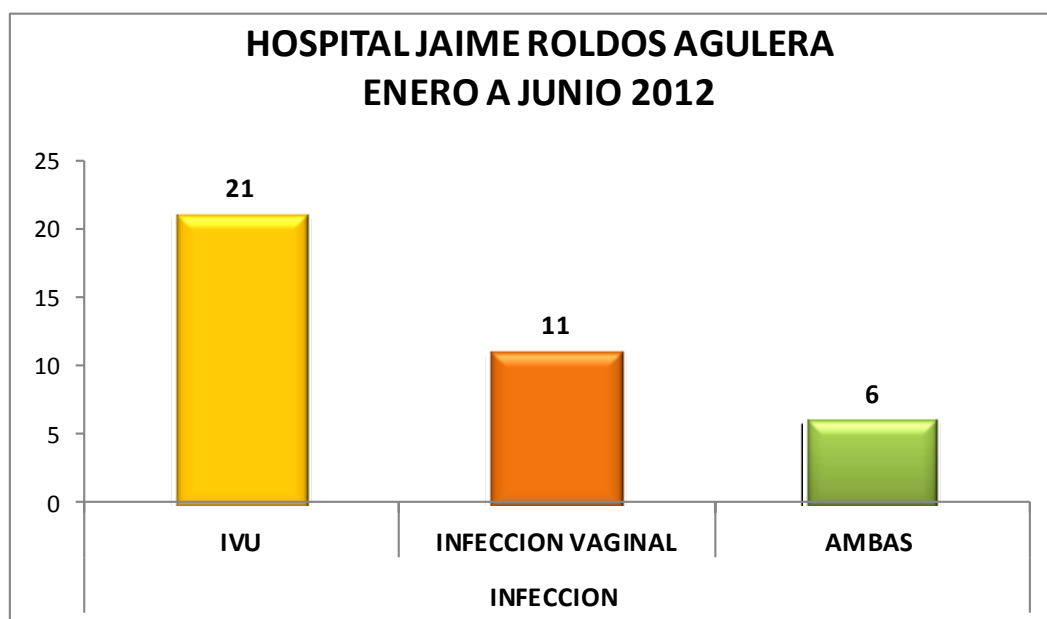
CUADRO N° 7
RPM Según Factor Antecedente De Infecciones
Hospital Jaime Roldós Aguilera
Enero a Junio 2012

INFECCION	N°	%
IVU	21	55
INFECCIÓN VAGINAL	11	29
AMBAS	6	16
TOTAL	38	100

FUENTE: Dpto. de Estadística

ELABORADO POR: Karina Rosado – Deisy Valero

GRÁFICO N° 7



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 7 se observa que las infecciones vaginales y de las vías urinarias como factores predisponentes a la RPM, se presentan con mayor porcentaje para el grupo de las IVU con el 55%; mientras que a las infecciones vaginales les corresponde el 29%; y a ambas entidades el 16%.

Las infecciones del tracto urinario son las complicaciones más frecuentes del embarazo, se presentan en algún momento de la gestación, ocasionando con ello un incremento de la morbilidad materna y perinatal (parto pretérmino, peso bajo al nacer y ruptura prematura de membranas) por lo que es importante el manejo precoz y oportuno desde la aparición de una bacteriuria asintomática en la mujer embarazada.

CUADRO N° 8

RPM Según Factor Predisponente Antecedentes Obstétricos

Hospital Jaime Roldós Aguilera

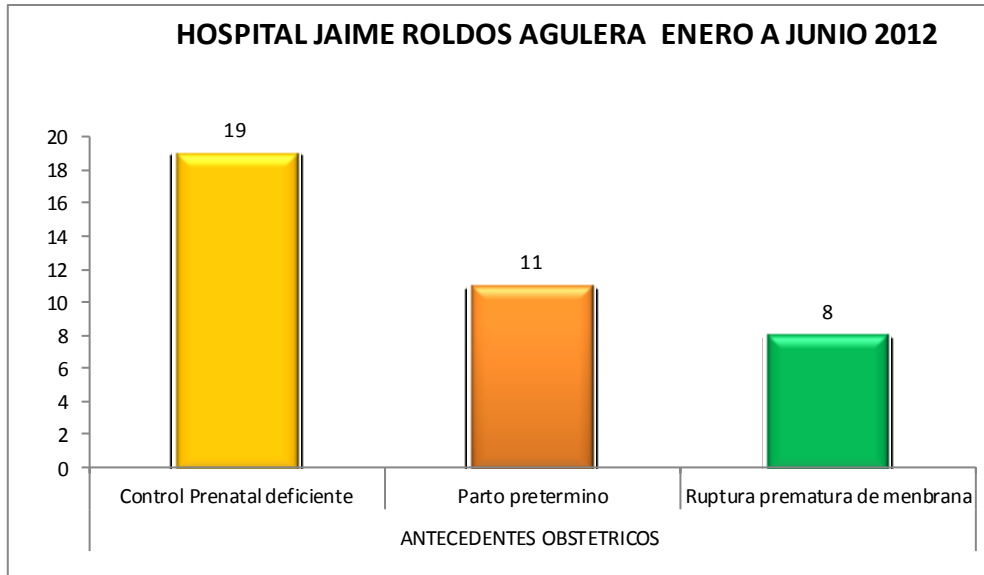
Enero a Junio 2012

Antecedentes Obstetricos	N°	%
Control Prenatal deficiente	19	50
Parto pretermino	11	29
Ruptura prematura de menbra	8	21
TOTAL	38	100

FUENTE: Dpto. de Estadística

ELABORADO POR: Karina Rosado – Deisy Valero

GRÁFICO N° 8



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 8 que corresponde a los antecedentes obstétricos como factor predisponente a la RPM, se aprecia que 38 de las embarazadas con RPM tuvieron antecedentes obstétricos desfavorables, correspondiéndole el mayor porcentaje al control prenatal deficiente con el 50%, mientras que el antecedente de parto pretérmino representa el 29 % y a la RPM el 21%.

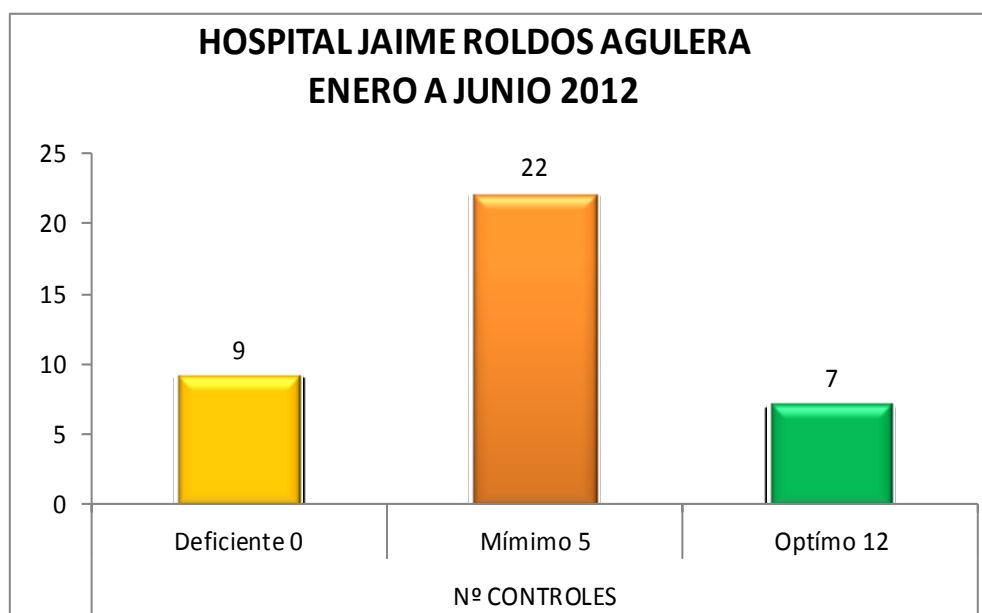
CUADRO N° 9
RPM Según Factor Predisponente Control Prenatal
Hospital Jaime Roldós Aguilera
Enero a Junio 2012

CONTROLES	N°	%
Deficiente 0	9	24
Mímimo 5	22	58
Optímo 12	7	18
TOTAL	38	100

FUENTE: Dpto. de Estadística

ELABORADO POR: Karina Rosado – Deisy Valero

GRÁFICO N° 9



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico 9 a se aprecia que el número de controles prenatales en las embarazadas con RPM se cumplió de forma deficiente en el 58%, al mínimo eficiente le corresponde el 24% y al óptimo solo el 18%.

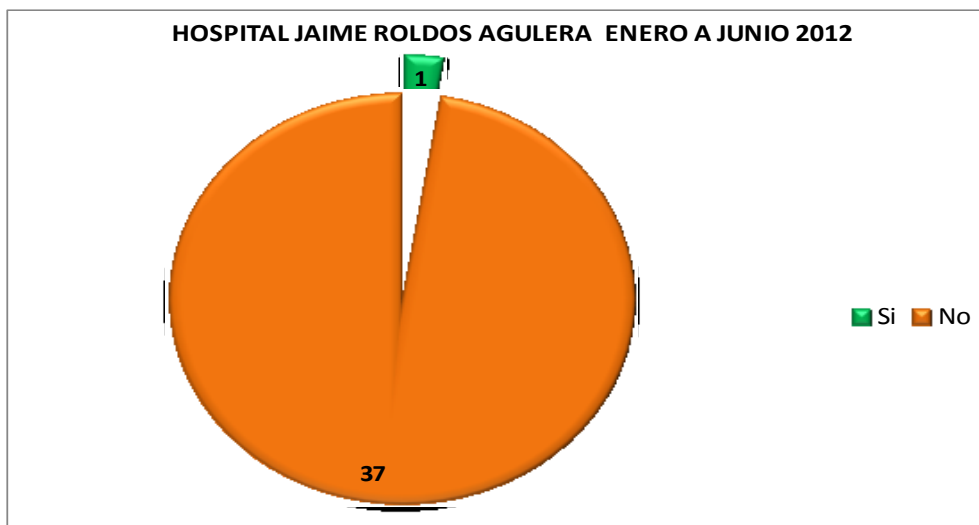
CUADRO N° 10
RPM Según Resultado Obstétrico Corioamnionitis
Hospital Jaime Roldós Aguilera
Enero a Junio 2012

CORIAMNIONITIS	N°	%
SI	1	3
NO	37	97
TOTAL	38	100

FUENTE: Dpto. de Estadística

ELABORADO POR: Karina Rosado – Deisy Valero

GRÁFICO N° 10



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 10 se observa que la corioamnionitis como resultado obstétrico en la RPM; no se presenta en el 97% de las embarazadas con RPM, y solo se encuentra en el 3%.

CUADRO N° 11

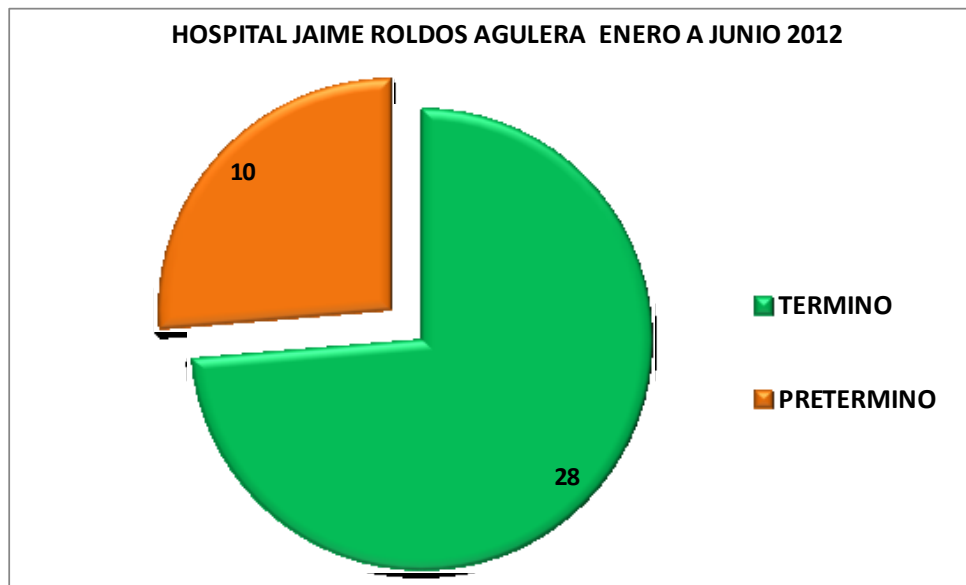
RPM según Resultado Obstétrico: Recién nacido
Hospital Jaime Roldós Aguilera
Enero a Junio 2012

RECIEN NACIDO	N°	%
A TERMINO	28	74
PRETERMINO	10	26
TOTAL	38	100

FUENTE: Dpto. de Estadística

ELABORADO POR: Karina Rosado – Deisy Valero

GRÁFICO N° 11



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 11 se analiza el resultado obstétrico de acuerdo al recién nacido, encontramos que el grupo de RN a término está en el 74 % mientras que el grupo de pretérmino está en el 26%. por esta razón podría considerarse como el problema obstétrico de la actualidad debido a que está asociado al 85% de la morbilidad fetal.

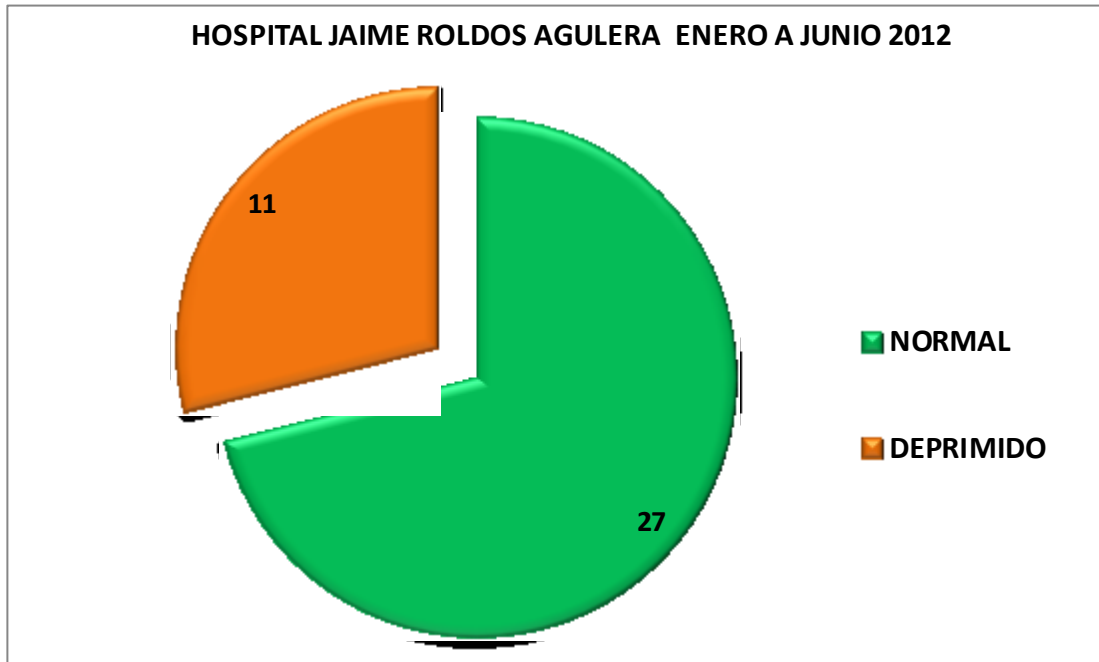
CUADRO N° 12
RPM Según Resultado Perinatal Apgar
Hospital Jaime Roldós Aguilera
Enero a Junio 2012

APGAR RN	N°	%
NORMAL	27	71
DEPRIMIDO	11	29
TOTAL	38	100

FUENTE: Dpto. de Estadística

ELABORADO POR: Karina Rosado – Deisy Valero

GRÁFICO N° 12



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 12 se observa que el APGAR como resultado perinatal puede modificarse en la embarazada con RPM. En el estudio el 93% de los recién nacidos tuvieron APGAR normal (9 al primer minuto y 10 a los cinco minutos) mientras que el 7% representa al grupo que nacieron con APGAR deprimido (<7 al minuto).

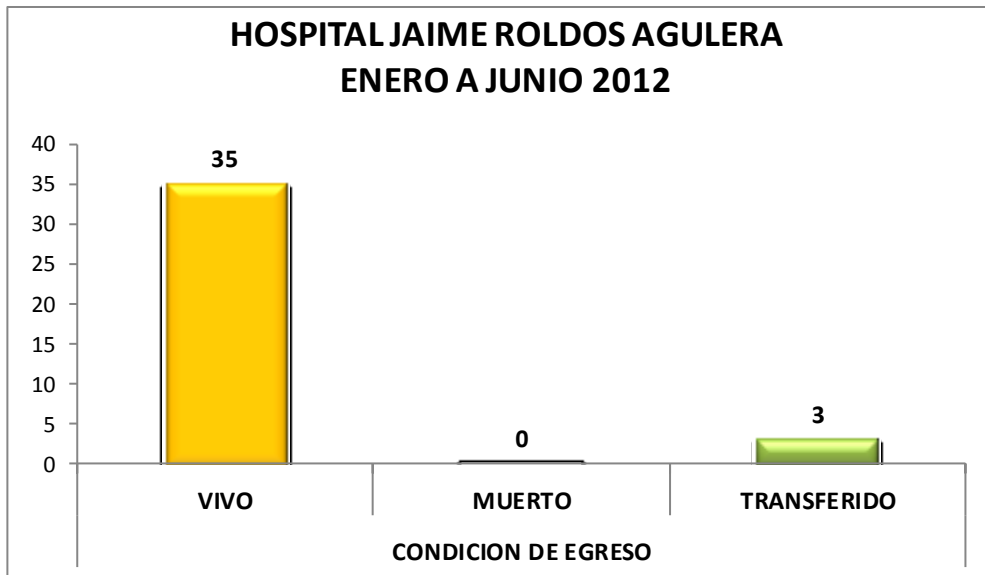
CUADRO N° 13
RPM Según Resultado Perinatal Condición de Egreso
Hospital Jaime Roldós Aguilera
Enero a Junio 2012

CONDICION DE EGRESO	N°	%
VIVO	35	92
MUERTO	0	0
TRANSFERIDO	3	8
TOTAL	38	100

FUENTE: Dpto. de Estadística

ELABORADO POR: Karina Rosado – Deisy Valero

GRÁFICO N° 13



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En el cuadro y gráfico N° 13 se observa que la condición al salir como resultado perinatal en la RPM, el 92% egresaron vivos; mientras que el 8% fue transferido a otros niveles de atención, no falleció ningún neonato..

En todos estos estudios se observó que la ruptura prematura de membranas no fue causada por traumatismos.

4.2.- COMPROBACION Y DISCUSION DE HIPOTESIS

- Durante este estudio de investigación obtenido de las historias clínicas del Hospital Jaime Roldós Aguilera sirvieron para comprobar que la institución promueve la importancia del control prenatal óptimo y de la realización de sus exámenes de rutina y complementarios según lo indica el manual de normas maternas.
- En la revisión de historias clínicas se pudo constatar que las pacientes cuentan con un entorno de confiabilidad y pueden contestar abiertamente para el llenado de su historia clínica.
- El centro del problema de las gestantes adolescentes embarazadas se debe en gran parte al entorno social en que se desenvuelven, una de las causas es debido a la falta de educación sexual motivo por el cual las adolescentes buscan sus propias experiencias sexuales sin tomar las medidas necesarias de anticoncepción, ignorando los problemas que se pueden desencadenar al momento y al futuro.
- El bajo nivel socio-económico influye en los estados de infecciones de vías urinarias y vaginales.
- En este estudio logramos comprobar que de las 38 embarazadas adolescentes resultaron con antecedente de infecciones de vías urinarias porque no asistieron a sus controles adecuados prenatales.
- También se logra investigar en las pacientes que recibieron tratamiento para las infecciones de vías urinarias y vaginales no completaron con los mismos por lo cual consecuentemente no se

hizo efectivo la prevención de la ruptura prematura de membranas causadas por las infecciones antes citadas

En las pacientes embarazadas con diagnóstico de ruptura prematura de membranas se distribuye el tratamiento con antibióticos que suprimirán la sintomatología clínica garantizando la mejoría del cuadro clínico y por ende la no progresión o complicación de dicha morbilidad materna peri-neonatal.

4.3.- CONCLUSIONES

En la investigación de RPM realizada en el hospital de Ventanas de enero a junio del 2012. Se concluyó lo siguiente:

- La prevalencia de Ruptura Prematura de Membranas en las embarazadas atendidas en el Hospital Jaime Roldós Aguilera fue de 2.5% de enero a junio del 2012.
- Los factores predisponentes para la RPM fueron:
 - a) La edad de mayor presentación en la adolescente con RPM fueron la de adolescentes mayor entre 15- 19 años de edad con el 97%.
 - b) La procedencia de las embarazadas con RPM con mayor porcentaje fue la rural urbana con el 55%.
 - c) La instrucción primaria y secundaria fueron los grupos que predominó en las embarazadas con RPM con el 94%.
 - d) La condición de unión libre con el 53% resaltó en las embarazadas con RPM.

- e) Las multíparas como antecedente obstétrico se presentó en el 61% en las embarazadas con RPM.
- f) La infección de vías urinarias como factor predisponente a la RPM estuvo presente en el 55% de las embarazadas.
- g) El control prenatal deficiente con el 50% representó el grupo más significativo como antecedente obstétrico.
- h) El Resultado obstétrico desfavorable para la RPM en el presente trabajo investigativo fue la corioamnionitis con el 3%.
- i) Los recién nacidos a término representaron el 74% del total de madres con RPM, mientras que los pretérmino fue el 26%.
- j) Los resultados perinatales que se destacaron en el presente estudio fueron:
- k) Apgar normal (9 al minuto 10 a los cinco minutos) que se presentó en el 71% de los recién nacidos de madres con RPM.
- l) La condición de egreso de los recién nacidos de madres con RPM fue de vivos en el 92%.

RECOMENDACIONES

PARA EL NIVEL PRIMARIO

- Que aumente la captación temprana de las gestantes con el fin de detectar e intervenir oportunamente sobre los factores predisponentes modificables que acompañan a la RPM.

- Que se realicen controles prenatales con calidez y calidad, de manera especial en las embarazadas con factores de riesgo que permitan minimizar los resultados obstétricos y perinatales adversos en las embarazadas con RPM.

PARA LA UNIDAD HOSPITALARIA

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

En la presente tesis realizada en el Hospital Jaime Roldós Aguilera hemos conocido a fondo la problemática de las adolescentes embarazadas con ruptura prematura de membranas constituye un problema de salud, las infecciones asociadas constituyen la complicación de la misma.

Esto pone en evidencia la necesidad de fomentar los beneficios de realizar Controles prenatales en la población con esto disminuiría la alta incidencia de ruptura prematura de membranas en adolescentes embarazadas. Este tipo de pacientes debe ser objeto de nuestra máxima atención permitiendo la detección factores de riesgo y el tratamiento oportuno disminuyendo la incidencia de ruptura prematura de membranas y sus complicaciones obstétricas que elevan el riesgo materno peri-neonatal.

CAPÍTULO V

5.- PROPUESTA ALTERNATIVA

5.1.-PRESENTACION

Mediante la creación de programas de integración familiar y charlas educativas reduciríamos el ausentismo del control prenatal.

Implementación de grupos de apoyos (visitas domiciliarias) que supervisen el cumplimiento del tratamiento con antibiótico terapia posterior al egreso hospitalario.

De este modo disminuiríamos las recidivas y complicaciones materno perineonatal concientizándola importancia del control prenatal oportuno, optimo y eficaz disminuiríamos la ruptura prematura de membranas y sus complicaciones.

5.2.- OBJETIVOS

5.2.1.- OBJETIVO GENERAL

Disminuir la complicación obstétrica de ruptura prematura de membranas en las embarazadas adolescentes a través de controles prenatales integrales donde se oferte y se desarrolle, eficiencia efectividad y consecuentemente eficacia, disminuyendo la morbimortalidad materno peri-neonatal

5.2.2.- OBJETIVO ESPECIFICO

- Disminuir el índice del abandono al tratamiento en pacientes diagnosticadas con infecciones de vías urinarias y vaginales en las adolescentes embarazadas.
- Fomentar la demanda espontanea de la atención preconcepcional.
- Garantizar el acceso continuo a una atención integral que cuente con fármacos para un tratamiento completo y exámenes de control gratuitos a cada paciente.
- Concientizar a la población en general de lo importante que son los respectivos controles prenatales.

5.3.- CONTENIDOS

Este proyecto se lo realiza con el fin de ayudar a las mujeres embarazadas a llevar un mejor control prenatal para el bien del ella y de su producto, esto se podrá llevar a cabo con la ayuda de instituciones como el Ministerio de Salud Pública y otras entidades que ayuden en la realización de este proyecto.

5.4. DESCRIPCION DE LOS ASPECTOS OPERATIVOS DE LA PROPUESTA

En el Ministerio de Salud Pública debe realizar campañas masivas dirigidas a la sociedad, difundándose en todos los medios de comunicación con prensa escrita, televisa radial en las diferentes instituciones del Ministerio de

educación y cultura: escuelas, colegios y universidades concientizando la importancia del control prenatal óptimo oportuno y eficaz para que se pueda educar y comunicar adecuadamente a las mujeres de cuán importante es asistir al control prenatal tanto para ella y el producto de la concepción en formación y seguir los tratamientos e indicaciones que se les brinda cuando presentan algún tipo de infecciones sean vaginales y de vías urinarias entre otras, dadas por el personal de salud para disminuir la ruptura prematura de membranas y sus complicaciones materno peri-neonatal.

Este programa es para concientizar a las embarazadas adolescentes y la población en general a tener un mejor estado de salud.

El cual se realizara en un periodo de tiempo de seis meses posteriores al siguiente año en el Hospital Jaime Roldós Aguilera y se derivara hacia los subcentros de salud del cantón Ventanas y Quinsaloma a todas las mujeres en edad fértil y de modo especial a las embarazadas adolescentes.

En las salas de espera de las diferentes unidades operativas de salud del cantón Ventanas y Quinsaloma

5.5 RECURSOS

Recursos humanos: equipo facilitador que eduque informe y comunique sobre las ventajas de los controles prenatales estará formado por obstetras, gineco-obstetra, odontólogos enfermeras psicólogo y laboratoristas promotores de salud y el equipo gestor de este proyecto.

RUBRO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	COSTO TOTAL
Laptop	2	400,00	800,00
Memoria USB 4GB	2	12,00	24,00
Remas papel bond	4	4,00	16,00
Gigantografias	7	14,00	98,00
Impresora	1	120,00	120,00
Equipo de audio y video	1	1.500,00	1.500,00
Gastos varios	---	---	2.200,00
TOTAL DE GASTOS			4.758,00

Los recursos económicos destinados para esta labor suman el valor 4.758,00 (cuatromil setecientos cincuenta y ocho dólares con cero centavos) los cuales serán obtenidos con ayuda de instituciones y de más entidades a fines al tema en exposición.

5.6.- CRONOGRAMA DE EJECUCION DE LA PROPUESTA

ACCIONES A REALIZADAS	LUGAR A REALIZAR	METODOLOGIA	RECURSOS	EJECUCION DE LA PROPUESTA
Campañas de promoción del control prenatal eficiente	Zonas urbano-marginal, rural	Maqueta. Videos Proyector.	Humano. Material Didáctico. Económico.	2MESES
Programas de capacitación preconcepcional para mujeres en edad fértil.	Zonas urbano-marginal, rural	Maqueta. Videos. Proyector. Preservativos.	Humano. Material Didáctico. Económico.	2 MESES
Programas de captación temprana de a las adolescentes embarazadas.	SCS y Hospital básico	Maqueta. Videos Proyector.	Humano.	2 MESES
Unidades móviles (visitas domiciliarias)	nivel del área	Trípticos educativos sobre atención preconcepcional y atención prenatal.	Humano	Permanente

CAPITULO VI
6.- BIBLIOGRAFÍA

1. BOLETIN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD,
“Incidencia Mundial De Parto Prematuro: Revisión Sistemática De La Morbilidad Y Mortalidad Maternas”, Enero 2010, Vol 88.

2. CABALLERO, Grosvyn, y OCHOA, Andrés Frecuencia De Rotura Prematura De Membranas En Parto Pretérmino Y Valoración De Protocolos De Manejo A Corto Y Largo Plazo En La Sala De Labor Y Parto, Instituto Hondureño De Seguridad Social, Revista Médica Postgrado, Universidad Nacional Autónoma De Honduras, Mayo-Agosto 2001:6(2):143-147.

3. COMPONENTE NORMATIVO MATERNO, CONASA, Quito-Ecuador,2008, Pág. 169-171.

4. CRUZ, Gladys, URIBASTERRA Ana, RAMÍREZ Nordis, GONZÁLEZ Ariana, Rotura prematura de membranas pretérmino estudio comparativo 2002-2003,Hospital Docente Vladimir y Lenin, Facultad de Ciencias Médicas, Holguin-Cuba, 2006; 10 (1).

5. MEJIA Héctor; Factores de riesgo para muerte neonatal, revisión sistemática de la literatura, Paz-Bolivia, 2000, 39 (3): 104-117.

6. GANFONG, Angel, NIEVES Alicia, MIREYA Norka, GONZÁLEZ Juan, FERREIRO Leydis, DÍAZ María. Influencia de la rotura prematura de membranas en algunos resultados perinatales, Revista Cubana Obstetricia Ginecología, Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto”. Guantánamo-Cuba, 2007; 133(2).
7. GILBERT, Elizabeth S, Libro Manual De Embarazo Y Parto De Alto Riesgo, España, Elsevier 2003
8. GUÍA CLINICA, Ministerio De Salud Pública De Chile, Prevención Del Parto Prematuro, 1st Ed. Santiago-Chile, 2005. P19.
9. [Http://gosalud.Com/Embarazo/Embarazopretermino.Htm](http://gosalud.Com/Embarazo/Embarazopretermino.Htm)
10. [Http://escuela.Med.Puc.Cl/Publ/Altoriesgo/RPM.Html](http://escuela.Med.Puc.Cl/Publ/Altoriesgo/RPM.Html)
11. [Http:// wordreference.Com/Definicion/Resultado](http://wordreference.Com/Definicion/Resultado)
12. [Http://www.Monografias.Com/Trabajo20/Sepsis-Neonatal.Shtml](http://www.Monografias.Com/Trabajo20/Sepsis-Neonatal.Shtml)
13. ILLIA Ricardo, VALENTI Eduardo Rotura Prematura De Membranas Argentina Facultad De Medicina Universidad Nacional Tucumán 2006[Fecha De Acceso 05/11/11] URL Disponible En:[Http://www.Fm.Unt.Edu.Ar/Ds/Dependencias/Obstetricia/Catedraobstetricia.Htm](http://www.Fm.Unt.Edu.Ar/Ds/Dependencias/Obstetricia/Catedraobstetricia.Htm)
14. KOCH, María Olivia, SELTZER Pedro, PEZZINI Abel, SCIANGULA Mariana. Revisión Bibliográfica Rotura Prematura De Membranas, Rivadavia-Argentina, 2008; (182):3.

15. LÓPEZ, Fernando, ORDOÑEZ, Sergio Ruptura Prematura De Membranas Fetales: De La Fisiopatología, Revista Colombiana, Federación Colombiana De Asociación De Obstetricia-Ginecología, Bogotá-Colombia 200657(4):279-290.
16. LÓPEZ, José, LUGONES Miguel, VALDESPINO Luis y VIRELLA Javier. Algunos Factores Maternos Relacionados Con El Bajo Peso Al Nacer, Revista Cubana Obstetricia Ginecología Policlínico Integral Docente Del Municipio, Playa-Cuba, 2004; 30(1).
17. PANDURO J., Guadalupe, **PÉREZ Jesús, PANDURO Elizabeth, CASTRO Juan.** Factores de riesgo prenatales en la muerte fetal tardía, Revista Chilena de Obstetricia, Hospital Civil de Guadalajara-México, 201176(3): 169-174.
18. PAPPONETTI, Marta, Opciones terapéutica de alto riesgo, Revista intramed, Argentina, 2007 33, (6): 781–787.
19. RINCÓN, Inmaculada, MAGDALENO Fernando, SANCHA Marta, OMEÑACA Félix, GONZÁLEZ Antonio. Corioamnionitis histológica y morbimortalidad neonatal: aproximación al síndrome de respuesta inflamatoria fetal, Revista Chilena Obstetricia Ginecología, Servicio de76 Obstetricia, Hospital Universitario Autónoma Madrid-España 2010; 75(3):172-178.
20. RIVERA, René, CABA Fresia, MARCIA Smirnow, AGUILERA Jorge, LARRAÍN Angélica. Fisiopatología de la rotura prematura de las membranas ovulares en embarazos de pretérminos, Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, Santiago de Chile, 2004; 69(3): 249-255.

21. SALVO, Hugo, **FLORES Jorge, ALARCÓN Jaime, PAREDES Axel.** Revista Chilena Pediatría, Factores de riesgo de test de APGAR bajo en recién nacidos, Santiago de Chile 2007; 78(3): 253-260.

22. VALLEJOS, Clotilde, LÓPEZ María, ENRÍQUEZ Miguel, RAMÍREZ Benito. Prevalencia De Infecciones De Vías Urinarias En Embarazadas Atendidas En El Hospital Universitario, Puebla-México, 2010 30 (4):118-122.

23. VERA, Maitté, CASTILLO Fernández, FRANK Alberto; NAVAS Ábalos, NORIS. Repercusión Del Parto Pretérmino. Hospital Gineco Obstétrico Docente Provincial Ana Betancourt De Mora. Revista Archivo Médico, Camagüey-Cuba. 2006 10(1):102-110.

24. VILLANUEVA, Luis, CONTRERAS Ada, PICHARDO Mauricio, ROSALES Jaqueline. Perfil Epidemiológico Del Parto Prematuro. Ginecología Obstetricia De México, Distrito Federal-México 200876(9):542-548.

25. VILLAMONTE, Wilfredo; LAM, Nelly y OJEDA, Eliana. Factores De Riesgo De Parto Pretérmino, Instituto Materno Perinatal, Ginecología Y Obstetricia De Perú 2001 47 (2): 112-116.

CAPITULO VII

7.- ANEXOS



