



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERIA

TEMA O PERFIL DEL PROYECTO DE INVESTIGACION
PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA

TEMA

FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA RUPTURA PREMATURA
DE MEMBRANAS EN GESTANTES QUE ASISTEN AL HOSPITAL BASICO
Dr. JUAN MONTALVAN. RICAURTE, LOS RIOS. OCTUBRE 2018 - ABRIL
2019

AUTOR

JULEISSE ZULAY OROZCO IÑIGUEZ

TUTOR

Lcda. ALICIA ESCOBAR TORRES. Msc.

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2018 – 20



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERIA



Babahoyo, 10 de Abril del 2019

DECLARACIÓN DE AUTORIA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

Lcda. ELISA ALAVA MARISCAL. Msc
DELEGADO (A) O DECANA

Lcda. IVONNE CAMINO BRAVO. Msc
DELEGADO (A) DE LA CARRERA

Lcda. MARIA ATIENCIA TORRES. Msc
DELEGADO (A) DEL CIDE

ABG. CARLOS L. FREIRE NIVELA
SECRETARIO GENERAL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE TITULACIÓN



Babahoyo, 10 de Abril del 2019

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

A: Universidad Técnica de Babahoyo,
Facultad de Ciencias de la Salud,
Escuela de Salud y Bienestar

Por medio de la presente declaro ser autor (a) del Informe final del Proyecto de Investigación titulado: **"FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES QUE ASISTEN AL HOSPITAL BASICO Dr. JUAN MONTALVAN. RICAURTE, LOS RIOS. OCTUBRE 2018 – ABRIL 2019"**

El mismo ha sido presentado como requisito indispensable en la Modalidad de Proyecto de Investigación para optar por el grado académico de Licenciado (a) en Enfermería en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, el cual ha sido producto de mi labor investigativa.

Así mismo doy fe que, el uso inclusivo de opiniones, citas e imágenes son de mi absoluta responsabilidad y que es un trabajo investigativo totalmente original e inédito, quedando la Universidad Técnica de Babahoyo y la Facultad de Ciencias de la Salud y la carrera de enfermería exenta de toda responsabilidad al respecto.

Por lo que autorizo en forma gratuita, a utilizar esta matriz con fines estrictamente académicos o de investigación.

Autora: JULEISSE OROZCO IÑIGUEZ

C.I: 1207752930


Firma



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
UNIDAD DE TITULACION**



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo **Lcda. ALICIA ESCOBAR TORRES**, en calidad de tutor(a) del Informe Final del Proyecto de Investigación (Tercera etapa) con el tema: "**FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES QUE ASISTEN AL HOSPITAL BASICO Dr. JUAN MONTALVAN. RICAURTE, LOS RIOS. OCTUBRE 2018 – ABRIL 2019**", elaborado por la estudiante **JULEISSE OROZCO IÑIGUEZ** de la Carrera de enfermería de la Escuela de Salud y Bienestar, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 10 días del mes de Abril del año 2019

FIRMA

**Lcda. ALICIA ESCOBAR TORRES
CI. 1202862502**

Jrkund Analysis Result

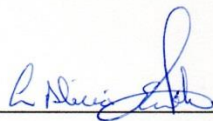
Analysed Document: JULEISSE OROZCO IÑIGUEZ.docx (D50382021)
Submitted: 4/8/2019 10:25:00 PM
Submitted By: mhinojosa@utb.edu.ec
Significance: 6 %

Sources included in the report:

TESIS ANGEL BOLIVARESCOBARSELLAN.docx (D38787033)
TESIS ANGEL ESCOBAR SELLAN.docx (D38835971)

Instances where selected sources appear:

FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA FUERTURA HEREDITARIA
DE MEMBRANAS EN GESTANTES QUE ASISTEN AL HOSPITAL BASICO
DE SAN MONTALBÁN, RICAQUE, LOS RIOS, OCTUBRE 2016 - ABRIL
2019



Lcda. ALICIA ESCOBAR TORRES. Msc
C.I: 1202862502

TEMA

FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA RUPTURA PREMATURA
DE MEMBRANAS EN GESTANTES QUE ASISTEN AL HOSPITAL BASICO
Dr. JUAN MONTALVAN. RICAURTE, LOS RIOS. OCTUBRE 2018 - ABRIL
2019

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios porque esta día a día conmigo bendiciéndome en cada paso que doy, por permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi vida y formación como profesional, dándome la fortaleza necesaria para continuar con mis propósitos.

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 HERMANAS

Gracias por brindarme el amor sincero el cual me motivo día a día para luchar hasta cumplir una de mis metas y ser para ustedes un ejemplo de lucha, perseverancia y superación, porque nada es fácil en esta vida, pero tampoco imposible si nos propones un futuro para nosotros y nuestra familia.

A MI ESPOSO E HIJA

A mi esposo, que durante estos años de carrera ha sabido apoyarme incondicionalmente para continuar con mi sueño, gracias por tu amor y ayuda.

A mi pequeña hijita, que es el regalo más bello que tengo por lo cual es mi inspiración de lucha día a día venciendo todas las adversidades para construir una mejor familia.

Juleisse Zulay Orozco Iñiguez

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios primeramente por darme la vida y las ganas de salir adelante a realizar mis metas.

A mis padres por haberse esforzado tanto para poder culminar esta etapa muy importante en mi vida y agradecerles por cada oportunidad que supieron brindarme, por los valores y la educación que inculcaron en mi, gracias a ellos son quien soy, mis hermanas, mi abuelita que está en el cielo por siempre aconsejarme y brindarme ayuda en cada momento, a mi esposo por ser mi motivación, compañero y guía en todo momento, mi hija quien por ella lucho y luchare toda la vida para que no le falte nada y sea una niña de bien junto con la bendición de Dios.

A la Universidad Técnica de Babahoyo en especial a la Facultad Ciencias de la Salud que me permitió estudiar la carrera que tanto anhele, gracias por la preparación y formación profesionalmente a mis distinguidos maestros que sin duda alguna supieron llenar mis conocimientos y expectativas, a mi tutora Lcda. Alicia Escobar por su guía dentro de este proceso mis agradecimientos totales.

Al Hospital Básico Dr. Juan Montalván Cornejo por su acogida y enseñanza en toda mi estadía de internado y por siempre brindarme ayuda en toda mi etapa de aprendizaje profesional, lo cual estaré siempre eternamente agradecida con todos los que forman parte de esa linda familia.

Juleisse Zulay Orozco Iñiguez

RESUMEN

La ruptura prematura de membranas es un trastorno que se produce en el embarazo que puede ocurrir en cualquier momento de la gestación. Se puede presentar antes de que inicie el trabajo de parto, suele ser causada por una infección bacteriana, por el tabaquismo o un defecto en la estructura del saco amniótico, el útero o cérvix y también por relaciones sexuales y presencia de dispositivos intrauterinos (DIU).

Objetivo General: Determinar la influencia que existe entre los factores de riesgo sobre la ruptura prematura de membranas en gestantes que asisten al Hospital Básico Dr. Juan Montalván. Ricaurte, Los Ríos. Octubre 2018 - Abril 2019.

Metodología: Se empleó el método deductivo e inductivo de modalidad mixta (cuali-cuantitativa) siendo un estudio descriptivo el cual contamos con información mediante documentos bibliográficos y estadístico porque recolectamos datos para su tabulación, la cual ayuda analizar y comprender logrando de esta manera conseguir datos de carácter singulares y sumamente importantes para el desarrollo del proyecto de investigación.

Resultados: Los datos fueron analizados mediante el programa de Microsoft Excel en el cual se evidencio que hay un gran porcentaje en gestantes que tienen el riesgo de presentar ruptura prematura de membranas por el inadecuado cuidado.

Conclusión: Una vez concluido el análisis y bajo los antecedentes la propuesta es establecer un plan de capacitación a las gestantes para que acudan al centro de salud más cercano a realizarse sus controles pertinentes y tener mucha más precaución en su embarazo, además se capacitaría al

personal de salud para que mediante conversatorios les expliquen los factores de riesgo en una ruptura prematura de membranas.

Palabras Claves

Ruptura prematura de membranas.

Dispositivo intrauterino.

Factores de riesgo.

Infecciones urinarias y vaginales.

Control prenatal.

SUMMARY

Premature rupture of membranes is a disorder that occurs in pregnancy that can occur at any time of pregnancy. It can occur before labor begins, usually caused by a bacterial infection, by smoking or a defect in the structure of the amniotic sac, uterus or cervix and also by sexual intercourse and the presence of intrauterine devices (IUDs).

General Objective: To determine the influence that exists between the risk factors on the premature rupture of membranes in pregnant women attending the Basic Hospital Dr. Juan Montalván. Ricaurte, Los Ríos. October 2018 - April 2019.

Methodology: The deductive and inductive method of mixed modality (qualitative-quantitative) was used, being a descriptive study which we have information through bibliographic and statistical documents because we collect data for its tabulation, which helps to analyze and understand, thus obtaining data of singular and extremely important character for the development of the research project.

Results: The data was analyzed through the Microsoft Excel program in which it was evidenced that there is a large percentage of pregnant women who have the risk of presenting premature rupture of membranes due to inadequate care.

Conclusion: Once the analysis is completed and under the background, the proposal is to establish a training plan for pregnant women to go to the nearest health center to carry out their relevant controls and be much more cautious in their pregnancy, in addition to training the staff of health so that through discussions they explain the risk factors in a premature rupture of membranes.

Keywords

Premature rupture of membranes.

Intrauterine device.

Risk factor's.

Urinary and vaginal infections.

TABLA DE CONTENIDO

TEMA	5
DEDICATORIA	9
AGRADECIMIENTO	10
RESUMEN.....	11
SUMMARY	13
INTRODUCCION.....	18
CAPITULO I	20
1. PROBLEMA	20
1.1 Marco Contextual.....	20
1.1.2 Contexto Internacional.....	20
1.1.3 Contexto Nacional	21
1.1.4 Contexto Regional	22
1.1.5 Contexto Local y/o Institucional.....	23
1.3 Planteamiento del Problema	23
1.3.1 Problema General	24
1.4 Delimitación de la Investigación.....	24
1.6 OBJETIVOS	27
1.6.1 Objetivo General.....	27
1.6.2 Objetivos Específicos.....	27
CAPITULO II	28
2. MARCO TEORICO	28
2.1 Definicion	28
2.1.1 Marco Conceptual	65
2.1.2 Antecedentes Investigativos	67
2.2 HIPÓTESIS	69
2.2.1 Hipótesis General.....	69
2.3 VARIABLES	69
2.3.1 Variables Independientes	69
2.3.2 Variable Dependiente	69
2.3.3 Operacionalizacion de las variables.	70
CAPITULO III.....	72
3. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	72
3.1 Método de investigación	72
3.2 Modalidad de investigación.....	72
3.3 Tipo de investigación	73

3.4	Técnicas e instrumentos de recolección de la información	73
3.4.1	Técnicas.....	73
3.4.2	Instrumento.....	74
3.5	Población y Muestra de Investigación	74
3.5.1	Población	74
3.5.2	Muestra	74
3.6	CRONOGRAMA.....	75
3.7	RECURSOS	76
	3.7.1 Recursos Humanos.....	76
	3.7.2 Recursos económicos.....	76
3.8	Plan de tabulación y análisis	77
3.8.1	Base de datos	77
3.8.2	Procesamiento y análisis de datos.....	77
CAPITULO IV.....		79
4	RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	79
	4.1 Resultados obtenidos de la investigación	79
	4.2. Análisis e Interpretación de datos.....	79
GRAFICO # 1.....		5
GRAFICO # 2.....		5
GRAFICO # 3.....		5
GRAFICO # 4.....		6
GRAFICO # 5.....		6
GRAFICO # 6.....		5
GRAFICO # 7.....		6
GRAFICO # 8.....		4
GRAFICO # 9.....		5
GRAFICO # 10.....		6
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		7
	4.3 Conclusiones	7
	4.4 Recomendaciones	8
CAPITULO V.....		9
5	PROPUESTA TEORICA DE LA APLICACIÓN.....	9
5.1	Titulo de la propuesta de la aplicación.....	9
	5.2 Antecedentes	9
	5.3 Justificación.....	10
5.4	OBJETIVOS.....	11

5.4.1 Objetivo General.....	11
5.4.2 Objetivos Específicos.....	11
5.5 Aspectos básicos de la Propuesta de Aplicación	11
5.5.1 Estructura general de la propuesta.....	12
5.5.2 Componentes	12
5.6 Resultados esperados de la Propuesta de Aplicación	13
5.6.1 Alcance de la alternativa.....	13
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	14
Bibliografía	14
ANEXOS.....	15
MATRIZ DE CONTINGENCIA.....	16
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	17

INTRODUCCION

Se define a la rotura espontanea de membranas fetales como la salida de líquido amniótico una hora antes del inicio del trabajo de parto debido a la perdida de la integridad de membranas ovulares, independientemente de su edad gestacional y cuando la ruptura prematura de membranas ocurra antes de la semana 37 es conocida como ruptura pre término, si esta complicación ocurre cuando el pulmón fetal se encuentra inmaduro corre riesgo la vida del feto.

La ruptura prematura de membranas constituye un problema de salud pública por la asociación con morbilidad fetal ya que se relaciona con prematuridad, bajo peso al nacer e infecciones como la corioamnionitis que incrementan el riesgo de muerte fetal. A nivel mundial la incidencia es del 8-10% de los embarazos a término; ocurre del 1-3% del total de mujeres embarazadas y además se encuentra asociada con aproximadamente el 30-40% de partos pre términos a nivel mundial.

Las membranas ovulares forman una barrera de protección para el feto, protegiéndolo de bacterias o microorganismos que se pueden propagar por vía ascendente, además crea un ambiente adecuado para que el feto realice sus movimientos con facilidad y evite que el cordón umbilical se presione entre el cuerpo fetal y las paredes uterinas.

Los cambios fisiológicos que ocurren en el embarazo predisponen a infecciones a nivel del tracto urinario, siendo la principal causa la ruptura prematura de membranas, que si estas no se detectan y tratan a tiempo ponen en peligro la vida del feto y madre. En el feto síndrome de dificultad respiratoria, destres, infección neonatal, asfixia prenatal, hipoplasia pulmonar y deformaciones ortopédicas. En la madre corioamnionitis e infecciones puerperales.

El control prenatal es muy importante, ya que en el podemos detectar causas que pueden llevar a una ruptura prematura de membranas, tales como la presencia de secreciones vaginales (producidas por bacterias, hongos o parásitos), así como también las infecciones de vías urinarias siendo estas últimas causas de ruptura.

Este trabajo de investigación es de gran importancia debido a la problemática que existe en el área de emergencia gineco-obstetra del Hospital Básico Dr. Juan Montalván Cornejo de Ricaurte. Las mismas que son primordiales para incentivar a las pacientes embarazadas acudir a sus controles prenatales en el primer nivel de atención de salud más cercano a su domicilio para llevar un adecuado control de su gestación y disminución del diagnóstico de ruptura prematura de membranas previniendo las diferentes complicaciones.

CAPITULO I

1. PROBLEMA

1.1 Marco Contextual

1.1.2 Contexto Internacional

Según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) la ruptura prematura de membrana puede producirse por una variedad de razones. Refiere que el diagnóstico antes mencionado puede deberse a una amplia variedad de mecanismos patológicos que actúan individualmente o en conjunto. (GINECOLOGOS, 2013).

Realizo una investigación sobre los factores sociodemográficos y gineco-obstetricos asociados con rotura prematura de membrana fetales. Para esto formule un estudio de casos y controles, realizado en pacientes que acudieron al área del Hospital Civil de Culiacán, Sinaloa entre Enero de 2003 y Diciembre de 2006. Encontrándose que la prevalencia de rotura prematura de membranas fue de 8.9%. El antecedente de dos o más cesáreas se consideró factor protector para la ruptura. (F, 2008).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la anemia afecta a casi la mitad de todas las embarazadas en el mundo: 52% de las embarazadas de países en vías de desarrollo y 23% de países desarrollados. También define la anemia en mujeres embarazadas como hemoglobina <11 gr/dl o hematocrito <33%.

En Europa se calcula que 5 al 9% de los nacimientos son pre términos y en Estados Unidos de Norte América este porcentaje alcanza el 12-13%. Desconocemos porcentajes en América Latina, sin embargo, estadísticas de algunos hospitales confirman que es cerca de 11 a 15%. Se estima que un 25 a 30% de esos preterminos son producto de ruptura prematura de membranas. (Pellice A. Hidalgo, 2013)

1.1.3 Contexto Nacional

Según el Ministerio de Salud Pública, esta patología incrementa significativamente la morbi-mortalidad materno neonatal. El manejo de ruptura prematura de membrana depende de la edad gestacional.

En embarazos menores a 24 semanas o pre viables el manejo expectante no se justifica, (una vez que se ha confirmado el diagnostico mediante todos los estudios disponibles) por lo que la interrupción del embarazo es recomendada, en virtud del pronóstico neonatal desfavorable y el riesgo materno elevado (publica, 2015).

Las pacientes en trabajo de parto con evidencia de corioamnionitis, compromiso fetal, muerte fetal, desprendimiento normo placentario, y de 35 semanas de edad gestacional o más, requieren nacimiento inmediato.

La ruptura prematura de membranas puede ocurrir en cualquier embarazada, siendo el manejo efectivo y oportuno la estrategia para disminuir la morbi- mortalidad materno neonatal.

Clasificación de la ruptura prematura de membranas

Cerca de término	Entre 35 - 36 semanas y 6 días
Lejos de término	Entre 24 - 34 semanas y 6 días
Pre-viable	Menos de 24 semanas (antes del límite de la viabilidad)
Periodo de Latencia	Tiempo transcurrido entre la RPM y el inicio del trabajo de parto
Ruptura Prolongada	Tiempo de latencia mayor a 24 horas

Fuente: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP, (2015)

1.1.4 Contexto Regional

La región litoral del Ecuador es una de las cuatro regiones naturales de dicho país, comúnmente llamada costa y está conformada por varias provincias entre ellas Los Ríos.

Los Ríos, ubicada en las costas ecuatorianas, limita con las provincias de Guayas, Pichincha, Manabí, Cotopaxi, Tungurahua y Bolívar. Su capital es Babahoyo, la provincia de Los Ríos tiene 778.775 habitantes, 340.000 urbanos y 320.000 rurales.

Al encontrarse nuestro país en vías de desarrollo condiciona a la población a vivir con escasos recursos económicos, siendo este un factor de riesgo principal en el padecimiento de ruptura prematura de membranas como consecuencia de infecciones genitourinarias que se presentan en las gestantes.

1.1.5 Contexto Local y/o Institucional

Ricaurte es una parroquia rural del cantón Urdaneta en la provincia de Los Ríos con una población de 29.263. Se encuentra separada de la ciudad de Catarama, la cabecera cantonal, por el río con su mismo nombre.

La parroquia tiene sus orígenes en una hacienda levantada por Juan José Guerra, originario de Daule. En el año 1882, el señor Guerra fundo el recinto San Pedro de Ricaurte, que daría lugar a la parroquia.

En lo que respecta a la localidad este problema se origina en la emergencia obstétrica del hospital básico Juan Montalván Cornejo del cantón Urdaneta, en donde mi periodo como interna de enfermería pude ser presente de una gran cantidad de gestantes, cuyos diagnósticos eran ruptura prematura de membranas acompañada de infección en vías urinaria.

1.2 Situación problemática

El presente estudio se realiza con el fin de conocer los factores de riesgo en pacientes embarazadas con ruptura prematura de membranas que asisten al Hospital Básico Dr. Juan Montalván Cornejo en el periodo de Octubre 2018 – Abril 2019.

1.3 Planteamiento del Problema

La ruptura prematura de membranas es uno de los problemas más comunes en el campo obstétrico en el que existe solución de continuidad de las

membranas corioamnióticas con pérdida de líquido amniótico antes del inicio del trabajo de parto. Se presenta en forma general con una frecuencia del 25 al 30%. "Esta patología obstétrica puede afectar a todos los embarazos y complicar los mismos con mayor riesgo de morbilidad maternos perinatal, entre las principales complicaciones tenemos: corioamnionitis, infección posparto, desprendimiento prematuro de placenta, sepsis materna, membrana hialina, sepsis neonatal, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante y mayor riesgo de compresión de cordón umbilical." (publica, 2015)

Existen una serie de factores de riesgo frecuentes que incluyen: tabaquismo, nivel socioeconómico, embarazo múltiple, desnutrición materna, ruptura prematura de membranas anterior, las infecciones, tactos vaginales repetidos, deficiencia de vitaminas y minerales, etc., lo que ocasiona el parto prematuro.

1.3.1 Problema General

¿De qué manera influyen los factores de riesgos en la ruptura prematura de membranas en gestantes que asisten al Hospital Básico Dr. Juan Montalván? Ricaurte, Los Ríos. Octubre 2018 - Abril 2019?

1.4 Delimitación de la Investigación

El presente estudio se realizó en la emergencia gineco-obstetrica del Hospital Básico Dr. Juan Montalván Cornejo, perteneciente a la provincia de Los Ríos, en el periodo Octubre 2018 hasta Abril 2019. Dentro de las investigaciones la población de estudio es de 65 gestantes que asisten a dicho establecimiento de salud con molestias en su embarazo.

La información requerida se obtuvo por medio de cuestionarios dirigidos a las gestantes que acudieron al establecimiento, lo cual permitió desarrollar el proyecto investigativo.

1.5 Justificación

La atención de enfermería son acciones que se sustentan en cuidar integralmente a personas que se encuentran en condiciones de salud y enfermedad, los mismos que deben basarse en conocimientos científicos y humanísticos permitiendo preservar el bienestar de los pacientes; sin embargo, existen situaciones que influyen en el trabajo de profesionales, ya que en algunas ocasiones olvidan que la esencia de esta profesión es el respeto hacia los pacientes.

El presente trabajo de investigación se realiza con la finalidad de identificar los factores de riesgo maternos perinatales asociados a ruptura prematura de membranas en el Hospital Juan Montalván Cornejo de la ciudad de Ricaurte, para prevenir complicaciones a través de vigilancias más intensas de signos y síntomas del diagnóstico antes mencionado.

En la actualidad, la ruptura prematura de membranas constituye un gran problema a nivel mundial, así también es una causa importante de morbi-mortalidad materna y se le ha relacionado hasta con un 10% de la mortalidad perinatal. Debido a los índices que se presentan, resulta importante que el profesional de enfermería brinde atención de calidad en función de las necesidades de las gestantes y prioricen la asistencia prenatal en detección de riesgos precozmente posible.

Esta patología tiene incidencias significativas y graves complicaciones, por lo cual el presente estudio tiene gran importancia para la mujer embarazada que presente dichos síntomas, porque a través de ello podemos asegurarnos la calidad de atención brindada con la identificación de problemas y satisfacción de los mismos, mediante el manejo e intervenciones sanitarias del personal de salud, logrando así encaminar a nuestras usuarias a enfrentar esta complicación para mejorar y superar sus condiciones de salud.

Durante las practicas pre-profesionales realizadas en el Hospital Básico Juan Montalván de Ricaurte, en el servicio de Gineco-Obstetricia, se pudo evidenciar gestantes con ruptura prematura de membranas y se observó que el profesional de enfermería en ciertas ocasiones no proporcionaba un cuidado acorde con la necesidad de la paciente y por otro lado no se conocían los factores de riesgo de la patología para de esa manera actuar con una atención de forma más integral y específica para este tipo de complicaciones.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 Objetivo General

Determinar la influencia que existe entre los factores de riesgo sobre la ruptura prematura de membranas en gestantes que asisten al Hospital Básico Dr. Juan Montalván. Ricaurte, Los Ríos. Octubre 2018 - Abril 2019.

1.6.2 Objetivos Específicos

- Determinar a qué edad gestacional se presenta con mayor frecuencia la ruptura prematura de membranas.
- Identificar las posibles complicaciones maternas fetales que presentan factores de riesgo existentes en ruptura prematura de membranas.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1 Definicion

Según la Norma Materna del Ministerio de Salud Pública del Ecuador se define como la ruptura espontanea de membranas fetales antes del inicio de labor de parto independientemente de la edad gestacional.

La ruptura prematura de membranas es un trastorno que se produce en el embarazo que puede ocurrir en cualquier momento de la gestación. Se puede presentar antes de que inicie el trabajo de parto, suele ser causada por una infección bacteriana, por el tabaquismo o por un defecto en la estructura del saco amniótico, el útero o cérvix y también por las relaciones sexuales y presencia de dispositivos intrauterinos (DIU). Cuando esto ocurre, es necesario que la madre reciba tratamiento para evitar una posible infección en el recién nacido.

Se define como la salida de líquido amniótico a través de una solución de continuidad de las membranas ovulares después de las 20 semanas de gestación y al menos una hora antes del inicio del trabajo de parto. Su incidencia varía entre el 1.6 y 21% de todos los nacimientos y constituye una de las entidades obstétricas relacionadas con la morbilidad y mortalidad materno-perinatal.

Las complicaciones de la ruptura prematura de membranas dependen de dos factores básicos como es la edad gestacional y el tiempo de evolución de la ruptura. La mayoría de los investigadores ha comprobado la relación entre la

duración de la ruptura y la morbilidad materna y neonatal, así como perinatal. Las pruebas indican que mujeres con ruptura de membranas y disminución importante de cantidad de líquido amniótico tiene mayor prevalencia de infección intraamniótica y trabajo de parto pre término.

La ruptura prematura de membranas puede dividirse en ruptura a término o pre término. Aunque el límite de viabilidad del feto ha descendido en los últimos tiempos, se clasifica en pre viable (antes de la semana 23 de gestación), remota (entre la semana 24 y 32) o cerca del término (entre la semana 33 y 36). La ruptura a término ocurre en 8 a 10% en mujeres gestantes, mientras el pre término en 1-3%, esta último ocasiona alrededor de 30 a 40% de los nacimientos pre término.

La infección urinaria es muy frecuente encontrarla en las adolescentes embarazadas, durante la gestación se producen cambios fisiológicos y morfológicos en el tracto urinario, y cuando el embarazo se complica con bacteriuria debida a los bacilos Gram negativos, las endotoxinas constituyentes de estos microorganismos pueden teóricamente precipitar el trabajo de parto pre término.

HISTORIA

La pérdida súbita y abundante de líquidos por la vagina permite sospechar la ruptura de las membranas; cuando es escasa e intermitente, se requiere la ayuda de algunas pruebas para confirmar el diagnóstico. Durante el interrogatorio es necesario precisar la hora en que se inició la expulsión de líquido y las características macroscópicas de este. Es necesario determinar la presencia de algún factor asociado.

Cuando la ruptura prematura de las membranas (RPM) ocurre en cercanías del término del embarazo y que la maduración pulmonar es evidente, la

recomendación que surge es que el parto se suceda dentro de las primeras 24 horas, tratando de disminuir el tiempo de latencia.

Sobre la base que el tiempo de latencia incrementa las posibilidades de infección perinatal y la compresión del cordón umbilical intrauterino. Siendo la parálisis cerebral una posibilidad ante la infección intrauterina.

Existen algunas controversias, sobre el mejor manejo ante estos casos, entre 34 y 36.6 semanas que se encuentran en estudio. Si bien la infección es el principal riesgo en mantener una conducta expectante, este riesgo tiene que equilibrarse contra el riesgo de la prematuridad iatrogénica.

VISUALIZACIÓN DEL CUELLO

La colocación de un espejo con todas las normas de asepsia se emplea únicamente para visualizar el cuello y se puede observar abundante líquido en el fondo de saco vaginal y la salida del mismo a través del orificio cervical externo. Y así se toma una muestra para confirmar el diagnóstico y para examen directo y cultivo. Si todavía no se aprecia la salida de líquido y existe la duda, se le pide a la paciente que tosa, o se efectúa una presión suave sobre el fondo del útero para verificar que el líquido proviene de la cavidad uterina. Las evaluaciones cervicales posteriormente, se limitan en los casos donde se sospeche un prolapso del cordón.

En Europa se calcula que 5 al 9% de los nacimientos son pretérminos y en Estados Unidos de Norte América este porcentaje alcanza el 12-13% 1. Desconocemos porcentajes en América Latina, sin embargo estadísticas de algunos hospitales confirman que es cerca de 11 al 15% 2-4. Se estima que un 25 a 30% de esos pretérminos son producto de ruptura prematura de membranas. Los nacimientos pretérminos conllevan a grandes discapacidades como por ejemplo parálisis cerebral infantil, dificultades en el aprendizaje y

conducta 5. Por lo tanto evitar los nacimientos pretérminos es de prioridad en salud obstétrica.

La ruptura prematura de membranas es definida como espontánea cuando dicha ruptura ocurre antes del inicio de la labor de parto. Si dicha ruptura ocurre antes de las 37 semanas de gestación se denomina ruptura prematura pretérmino de membranas ovulares (RPPM) 6. Estas pacientes con RPPM se pueden subdividir según la edad gestacional en tres grupos: A- RPPM cerca del término, que son aquellas pacientes con ruptura de membranas entre las 34 y 37 semanas. B- RPPM lejos del término que son aquel grupo de embarazadas que presentan ruptura de membranas con edad gestacional entre las 24 y 34 semanas y C-RPPM pre-viable cuando la ruptura ocurre antes de las 24 semanas o antes del límite de viabilidad, que puede variar según la institución u hospital donde laboramos.

Latencia es el periodo de tiempo entre la ruptura y el nacimiento del feto. Manejo conservador o expectante se refiere cuando el tratamiento consiste en prolongar o continuar el embarazo.

Los nacimientos prematuros son un gran problema en el mundo y las ruptura prematuras de membranas contribuyen en cerca de un tercio a esa prematuridad. En Latino América aproximadamente uno de cada 7 nacimientos es prematuro y la ruptura de membranas y trastornos hipertensivos son la principal causa.

Una vez confirmada la ruptura de membranas, en especial las lejos del término, estamos ante una complicación obstétrica que amerita manejo muy específico y basado en pruebas (evidencia).

Son factores determinantes para los buenos resultados la edad gestacional, la facilidad de atención que tenga la institución donde acude la paciente (gran

problema en muchos centro de atención de primer y segundo nivel y algunos de tercer nivel en Latino América), el uso de las medidas probadas por la evidencia como lo son el uso de corticoides, los antibióticos y surfactante.

En embarazos de 34 semanas y más la mejor conducta es la interrupción, es de gran ayuda la atención de neonatología en todos estos casos. Entre las 24 y 34 semanas es necesario administrar corticoides y antibióticos, y entre más lejos esta de las 34 semanas mayor será el beneficio del manejo expectante (conservador).

Una de las complicaciones más comunes son la corioamnionitis y debe ser de vigilancia estricta en toda paciente con ruptura de membranas. La evidencia no muestra utilidad de los tocolíticos ni del cerclaje cervical para el manejo de las rupturas de membranas lejos del término. El uso de amniocentesis no es respaldado por la evidencia, pero son necesarias más investigaciones y el manejo ambulatorio no se justifica.

La vía del nacimiento varía según la edad gestacional, la presentación fetal, estado de bienestar fetal, siendo el porcentaje de cesáreas mayor a menor edad gestacional. (COL, 2013).

La ruptura prematura de membranas antes del parto ocurre en 8-10% de los embarazos a término. Muchos médicos prefieren la inducción inmediata del parto; los estudios demuestran el aumento del riesgo de morbilidad materna y neonatal adversa con el aumento del tiempo desde la ruptura hasta el nacimiento; otros médicos proponen manejo expectante basados en el aumento de las tasas de operación cesárea y en consideración de las preferencias de algunas pacientes para evitar la inducción del parto o el uso de algunos agentes farmacológicos.

El más significativo riesgo materno de la ruptura de membranas al término es la infección intrauterina, que aumenta con la duración de la ruptura de membranas 11. Los riesgos fetales asociados con ruptura de membranas a término incluyen compresión del cordón umbilical e infección ascendente.

Al término del embarazo, la ruptura de membranas generalmente es seguida de una aparición pronta del parto espontáneo. En grandes estudios aleatorizados, la mitad de las mujeres con ruptura de membranas que fueron manejadas expectantes tuvieron parto en las siguientes 5 horas, y 95% lo tuvieron después de las 28 horas de ruptura de membranas.

El aumento de la duración de la ruptura de membranas está asociado con el aumento de la morbilidad materna en 9-12 horas para corioamnionitis, 16 horas para endometritis y 8 horas hemorragia postparto.

En la gestación avanzada, se recomienda inducción sobre la base de que hay poco para ganar entre la madurez fetal y el riesgo de infección por el retraso, el cual aumenta la probabilidad de parálisis cerebral, por tanto, el manejo expectante en pacientes a término es de beneficio limitado.

La monitoria de la frecuencia cardíaca fetal debe ser usada para evaluar el estado fetal. La quimioprofilaxis intraparto debe ser iniciada en pacientes con estado desconocido de infección por Streptococo del grupo B o con una historia de cultivo positivo durante el actual embarazo (el tratamiento no se inicia si hay un cultivo ano-vaginal negativo en las anteriores dos semanas).

En gestaciones entre 34 y 37 semanas el recién nacido tiene un potencial riesgo de dificultad respiratoria, dificultad en la termorregulación y en la lactancia, pero estos riesgos deben estar contrarrestados por el aumento en la

incidencia de corioamnionitis asociados al manejo expectante en mujeres con ruptura prematura de membranas.

La evidencia histológica de corioamnionitis está presente en hasta un 50% de mujeres que tienen nacimiento prematuramente y a menudo no se asocia con síntomas o signos clínicos 16. Pero este es un factor de riesgo importante para el neonato en el desarrollo de parálisis cerebral.

Existen varios estudios aleatorizados (Spinnato 18, Mercer 19, Naef 20) que no encontraron diferencias clínicas significativas, con la actitud expectante. El tamaño de la muestra fue insuficiente para detectar cambios en sepsis neonatal o potenciales diferencias, clínicamente significativas, en el síndrome de dificultad respiratoria.

La Biblioteca Cochrane 21 incluye en este tema siete ensayos (690 mujeres) en el estudio. No se identificaron diferencias en los resultados primarios de sepsis neonatal o dificultad respiratoria. El parto prematuro aumentó la incidencia de cesárea. No hubo diferencias significativas en la mortalidad perinatal global, muerte intrauterina o muerte neonatal al comparar el manejo expectante versus la finalización del embarazo.

Tampoco hubo diferencias significativas en la morbilidad neonatal incluyendo hemorragia cerebro ventricular, enterocolitis necrotizante o la duración de la hospitalización neonatal. En la evolución de los resultados maternos se encontró que el parto prematuro aumentó la incidencia de endometritis pero que la finalización del embarazo con menor tiempo de latencia no tuvo efecto sobre la corioamnionitis.

Los revisores concluyen que no hay pruebas suficientes para tener una definición clínica. Hasta la fecha todos los estudios clínicos han tenido deficiencias metodológicas.

Considerando que se hacen necesarios más estudios es que se encuentra en evolución un ensayo patrocinada por el Real Colegio de Obstetras de Australia y Nueva Zelanda 22. En una encuesta en estos países el 49% de los obstetras tenían una conducta expectante y el 51%.

La decisión para la terminación del embarazo depende básicamente de tres factores: Edad gestacional, condición fetal y de la capacidad de atención que tiene el hospital donde ocurra el nacimiento. Con edades gestacionales entre 24 y 34 semanas parece haber mayor beneficio dando manejo conservador al embarazo, obviamente administrando corticoides y antibióticos como veremos adelante. Sin embargo hay que hacer una diferenciación según la edad gestacional.

Para embarazadas entre las 24 y 30 semanas y ausencia de signos de infección existe un mayor beneficio del manejo conservador y aun más que en muchos hospitales de América Latina la posibilidad de sobrevida está muy disminuida. Sin embargo se debe tener presente la mayor posibilidad de corioamnionitis con el manejo conservador.

En cambio cuando la edad gestacional es entre las 31 y 34 semanas la evidencia y opinión de expertos es controversial. Para algunos la conducta debe ser la interrupción 30 y para otros se debe evaluar la posibilidad de dar un manejo conservador. La mejor decisión es probablemente dar manejo conservador a estas edades gestacionales hasta que inicia labor de parto. Definitivamente ante la sospecha de infección intra-amniótica, signos de compromiso fetal o evidencia de maduración pulmonar la mejor conducta es la interrupción.

LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es la etapa de transición la cual donde el niño se transforma en adulto. La OMS define a la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años de edad y se considera en 3 fases la adolescencia temprana de 10 a 13 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 específico 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.

Intelectualmente 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.

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 menarquia 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 menarquia 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 o 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.

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ANTES DE LAS 24 SEMANAS

La ruptura prematura de membranas previsible (antes de 24 semanas de gestación) confronta al médico y al paciente con un dilema difícil. Las pacientes deben ser aconsejadas acerca del impacto para la madre y el neonato del parto inmediato y los riesgos y beneficios del manejo expectante.

El consejo debe incluir una aproximación real de los resultados neonatales, incluyendo la disponibilidad de monitoria obstétrica y las facilidades de cuidado intensivo neonatal. La decisión del parto está basada en la edad gestacional y el estado fetal y el tiempo considerado óptimo, varía entre instituciones.

Los estudios muestran que la supervivencia aumenta con la edad gestacional de la ruptura de membranas y el peso al nacer. Esto podría indicar que la latencia es un factor importante en la supervivencia neonatal de estos pacientes. Sin embargo, aparecen varios factores que aumentan la morbilidad y la mortalidad fetal.

El debate se ha enfocado en las consideraciones reconocidas e hipotéticas alrededor del riesgo de la infección perinatal (corioamnionitis, infección materna, sepsis neonatal, leucomalasia periventricular y alteraciones del desarrollo), riesgos de oligohidramnios (compresión del cordón, hipoplasia pulmonar y broncodisplasia broncopulmonar), y mortinato (abruptio de placenta y accidentes de cordón). El reconocimiento de estas complicaciones ha permitido esfuerzos para evaluar los manejos y posibles intervenciones para disminuir la morbilidad y mortalidad de la madre y el feto.

En los estudios, el 24-71% requieren parto como resultado de amnionitis y más del 50% de las pacientes tiene el nacimiento en la primera semana de evaluación expectante. La mortalidad perinatal es alta (34-75%).

UTILIDAD DE LOS ANTIBIÓTICOS

El añadir antibióticos como terapia en pacientes con RPPM lejos del término ha sido ampliamente estudiada. El tratamiento va dirigido a prevenir la infección ascendente a la decidua, a prolongar el embarazo, a reducir las infecciones neonatales y a reducir las morbilidades dependientes de la edad gestacional.

Existe una significativa reducción de corioamnionitis 47, RR = 0.66(0.46-0.96), reducción de nacimientos en las primeras 48 horas, RR = 0.71(0.58-0.87), reducción de nacimientos en los primeros 7 días, RR = 0.79(0.71-0.89). Además menor infección neonatal 47, RR = 0.67(0.52-0.85), menor uso de surfactante, RR = 0.83(0.72-0.96), menor uso de terapia con oxígeno, RR = 0.88(0.81-0.96), también se ha encontrado menos alteraciones ecográficas cerebrales usando antibióticos 47 RR = 0.81 (0.68-0.98).

Basados en la evidencias disponibles, la terapia con antibióticos en pacientes con RPPM lejos del término debe darse por 7 días y debe ser con

dos antibióticos. Los 2 antibióticos pueden ser administrados por vía parenteral y /o oral y deben ser Ampicilina o Amoxicilina más Eritromicina.

Esquema por los primeros dos días: Ampicilina 2 g intravenoso cada 6 horas, más Eritromicina 250 mg intravenoso cada 6 horas.

Esquema por los últimos 5 días: Amoxicilina 250 mg por vía oral cada 8 horas más Eritromicina 333 mg vía oral cada 8 horas.

La combinación de Ampicilina con ácido clavulánico parece no generar beneficios y puede ser perjudicial (mayor incidencia de enterocolitis necrotizante neonatal, RR = 4.72 (1.57-14.23), por lo tanto no es recomendada.

Se debe tomar en consideración que la terapia con antibióticos en estas pacientes también lleva el objetivo de tratar la infección contra el Streptococo del grupo B.

INFECCION INTRAAMNIOTICA (CORIOAMNIONITIS)

La infección intra-amniótica o corioamnionitis es definida clínicamente como un cuadro que incluye temperatura mayor a 38 ° C y más dos de los siguientes hallazgos⁷²: taquicardia materna superior a 100 latidos por minutos, taquicardia fetal mayor a 160 latidos por minutos, sensibilidad uterina, descarga transcervical mal oliente, conteo de leucocitos mayor a 15 000/mm³ (sin uso de corticoides).

La corioamnionitis es frecuente en embarazos con ruptura prematura de membranas, sin embargo la frecuencia varía según la edad gestacional. Se considera que en embarazos mayores de 34 semanas la frecuencia oscila entre 5 y 10%, en cambio en embarazos menores de 30 semanas puede ser hasta un 60%. Recordar que la infección intra-amniótica no significa

necesariamente infección fetal, de hecho sólo se encuentra infección fetal en cerca del 20 de los neonatos donde se diagnosticó corioamnionitis. . La infección clínica del espacio intraamniótico es una indicación para la administración de antibióticos y la interrupción inmediata del embarazo.

La evidencia histológica de corioamnionitis está presente en hasta un 60% de mujeres que tienen nacimiento prematuramente y usualmente no encontramos síntomas o signos clínicos. Pero este es un factor de riesgo importante para el neonato en el desarrollo de parálisis cerebral. La infección intraamniótica aumenta con los exámenes vaginales.

El añadir antibióticos como terapia en pacientes con RPPM lejos del término ha sido ampliamente estudiada. El tratamiento va dirigido a prevenir la infección ascendente a la decidua, a prolongar el embarazo, a reducir las infecciones neonatales y a reducir las morbilidades dependientes de la edad gestacional. Usando antibióticos se demuestra una significativa reducción de corioamnionitis 47, RR = 0.66 (0.46-0.96).

Hay una significativa asociación clínica e histológica entre corioamnionitis y parálisis cerebral. Además de los criterios clínicos ya definidos de corioamnionitis, es recomendable hacer cultivos del líquido en pacientes con manejo conservador y análisis de la placenta luego del nacimiento. A pesar de todo esto se requiere mejorar en el diagnóstico de infección intra-amniótica, en especial cuando se decide dar manejo conservador, pues las estrategias para prevenir o reducir la corioamnionitis lleva a reducción de la parálisis cerebral.

MANEJO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN CASA

La hospitalización para reposo en cama y reposo pélvico está indicada después de ruptura prematura de membranas pretermino una vez la viabilidad

ha sido alcanzada. Dado que la latencia es generalmente breve, que la infección fetal e intrauterina puede ocurrir de manera súbita y que el feto está a riesgo de compresión del cordón umbilical, la vigilancia continua de la madre y su feto es recomendada una vez ha sido alcanzado el límite de la potencial viabilidad.

Las pacientes con ruptura prematura de membranas que tienen largo periodo de latencia resultan en hospitalizaciones largas. Aunque el reposo en cama es defendido, no hay evidencia del riesgo de morbilidad materna.

La reducción en los costos de los cuidados de salud con el cuidado en casa es atractiva, es importante valorar que tales manejos no estén asociados con el aumento del riesgo y costos relacionados a la morbilidad y mortalidad perinatal. Como resultado de, reposo en casa /manejo expectante un antibiótico de amplio espectro, esteroides antenatales y evaluaciones seriadas maternas y fetales son frecuentemente empleados. Estas terapias están diseñadas para prolongar el embarazo y reducir la morbilidad neonatal.

Para pacientes con ruptura prematura de membranas pretermino y un feto viable, la seguridad del manejo expectante en casa no ha sido establecida. Un estudio clínico de egreso después de ruptura prematura de membranas pretermino, sugiere que pocas pacientes serían elegibles para el egreso y cuidado en casa. Únicamente 67 de 349 mujeres (18%) fueron elegibles para cuidado en casa anteparto después de 72 horas de hospitalización (cultivo cervical negativo, no evidente parto ni infección intrauterina o compromiso fetal).

Las pacientes fueron monitorizadas con registros de temperatura, pulso cada 6 horas, control diario de actividad fetal, monitoria fetal anteparto y recuento de glóbulos blancos dos veces por semana; semanalmente ecografía y examen visual del cérvix. Los criterios adicionales para incluirse en el estudio

incluyeron: embarazos únicos, no evidencia clínica de infección, presentación cefálica; máximo bolsillo vertical de líquido amniótico de al menos 2 cm, cérvix dilatado menor de 4 cm y residencia dentro del área local.

Estos investigadores no encontraron diferencias estadísticas significativas entre los grupos con respecto a las características clínicas, latencia, edad gestacional al parto, infección y resultados perinatales 76. Estas estrategias están dirigidas a evitar la infección al igual que optimizar el resultado neonatal, incluye administrar de esteroides y antibióticos y evitar el examen digital.

El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología, recomienda “Si el manejo conservador de la ruptura prematura de membranas es el propuesto, la paciente debe ser admitida para facilitar el parto de emergencia por desprendimiento de placenta, mal presentación fetal en el parto y/o distress fetal debido a compresión del cordón o infección en el útero”.

No hay datos para guiar el manejo ambulatorio de las pacientes, pero en caso es escoger esta medida por parte del paciente y su médico, las visitas en casa una o dos veces por semana, el reposo en cama y la monitorización de la temperatura parece una estrategia razonable.

Embarazo Pretérmino

El embarazo pre término se define como aquel que se encuentra entre la semana 28 y 36 6/7 a partir de la fecha de última menstruación. Es en este periodo donde se da el parto hasta en un 10% de los casos (parto pretérmino). Todo parto que ocurra antes de las 37 semanas se considera pretérmino.

A su vez la Organización Mundial de la Salud ha clasificado a los niños prematuros de acuerdo a su edad gestacional.

- a. Prematuro general <37 semanas.
- b. Prematuro tardío: de la semana 34 a la semana 36 6/7 semanas.
- c. Muy prematuro: antes de las 32 semanas
- d. Extremadamente prematuro: menores de 28 semanas.

La etiología de la prematurez rara vez está asociada a una sola condición. Se considera multifactorial y varía de acuerdo a la edad gestacional. Dentro de las principales causas la infección tiene un rol importante, también están el estrés materno, la trombosis útero placentaria, las lesiones intrauterinas vasculares

Membranas Ovulares: Las membranas forman, junto con la placenta, el saco que contiene el líquido amniótico y el feto. Están formadas por diversas capas de orígenes y estructuras diferentes.

El feto se encuentra dentro del útero rodeado de un líquido claro y ligeramente amarillento que esta contenido dentro del saco amniótico el corion y amnios delimitan la cavidad amniótica, encontrándose en íntimo contacto a partir de las 15-16 semanas del desarrollo embrionario, obliterando la cavidad coriónica o celoma extraembrionario.

Durante el embarazo dicho líquido amniótico aumenta en volumen a medida que el feto crece. Este volumen alcanza su punto máximo aproximadamente en la semana 34 de gestación, cuando llega un promedio de 800 ml. asociadas con sufrimiento fetal o hemorragia decidual, la sobre distensión intrauterina y la insuficiencia placentaria.

Clasificación de la ruptura prematura de membranas

Se pueden subdividir según la edad gestacional en dos grupos:

1. Ruptura prematura de membranas (RPM): si la ruptura de membranas se da en un embarazo de término.
2. Ruptura prematura de membranas en embarazos pretérmino (RPMP): es aquella rotura de las membranas que ocurre antes de las 37 semanas.
3. Ruptura prematura de membranas fetales pre término “pre viable”: cuando la rotura se produce antes de las 23 semanas en países desarrollados.
4. Ruptura prematura de membranas fetales pre término “lejos del término”: desde la viabilidad hasta aproximadamente 32 semanas de gestación.
- 2.3. Ruptura prematura de membranas fetales pre término “cerca al término”: aproximadamente entre las 32 y 36 semanas gestacionales

Otra clasificación de la ruptura prematura de membrana según edad gestacional:

- a. Prematura: Si se produce antes de que se inicie el trabajo de parto.
- b. Precoz: Si acontece durante el periodo de dilatación del parto, en un parto espontáneo menos del 40% llegan al expulsivo con bolsa íntegra. Esta es la forma más frecuente de rotura de membranas (65%).
- c. Tempestiva u oportuna: es la que acontece cuando el cuello se encuentra totalmente dilatado, 25-30% de casos sin manipulaciones.
- d. Rotura alta: Cuando se efectúa por encima del área cervical, existe una pérdida de líquido y la persistencia táctil de la bolsa.
- e. Rotura falsa o doble saco ovular: Consiste en la rotura del corion con integridad del amnios, el derrame de líquido es escaso.
- f. Rotura espontánea: Es la que se produce después del inicio del trabajo de parto.

g. Rotura prolongada de la membrana: Cuando el periodo de latencia es mayor de 24 horas. El periodo de latencia se refiere al tiempo que transcurre entre la ruptura y la terminación del embarazo.

h. Rotura artificial: Cuando se desgarran con una pinza u otro instrumento.

MÉTODOS PARACLÍNICOS

Debido a que con el interrogatorio y el examen cervical no se puede establecer con exactitud el diagnóstico de RPM, se han utilizado una serie de pruebas paraclínicas con el fin de confirmar el diagnóstico, entre las que se encuentran las siguientes.

CRISTALIZACIÓN

El ILA es rico en cloruro de sodio y cuando se coloca una gota en una lámina portaobjetos, se deja secar al aire y se mira al microscopio, se observa que cristaliza en forma de helecho.

PRUEBA DE LA NITRAZINA

Otra forma de realizar el diagnóstico es determinar el pH del líquido vaginal. Para esto se usa una tira de papel de nitrazina, la cual cambia de amarillo a azul cuando es expuesta a cualquier fluido alcalino.

ECOSONOGRAFÍA

Mediante esta técnica, se puede observar una disminución en el volumen del líquido amniótico. Sin embargo, es necesario descartar otras causas de oligoamnios, como son la restricción del crecimiento intrauterino y las anomalías del tracto urinario. Es importante recordar que una cantidad normal

de líquido amniótico no descarta una RPM. También se ha utilizado la vía transvaginal y transperineal, con el fin de visualizar la salida de líquido amniótico a través del canal cervical.

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).

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.

INCIDENCIA

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 de parto no es inducido, 60 – 70% de estos comienzan trabajo de parto espontáneamente en un periodo de 24 horas y cerca del 95% lo hará en periodo no mayor a 72 horas (ML, 2015).

La ruptura prematura de membranas ocurre en aproximadamente 1-3% del total de mujeres embarazadas, además se encuentra asociada con aproximadamente el 30-40% de partos pre término, por esta razón podría considerarse como el problema obstétrico de la actualidad debido a que esta

reportado que el 85% de la morbi-mortalidad fetal es resultado de la prematurez.

Rol de la infección en la rotura prematura de membranas.

La rotura de membranas puede resultar de una infección cérvico vaginal o intrauterina. La infección bacteriana, directa o indirectamente (vía mediadores de la respuesta inflamatoria), puede inducir la liberación de proteasas, colagenasas y elastinas, que rompen las membranas ovulares.

Los gérmenes pueden alcanzar el líquido amniótico estando las membranas ovulares rotas o íntegras, pero el oligoamnios favorece la colonización del LA al deprimirse su actividad bacteriostática. La vía de infección puede ser ascendente (a través del canal cervical), hematógena (transplacentaria), canalicular (tubaria) y por medio de procedimientos invasivos (amniocentesis, cordocentesis, transfusiones intrauterinas).

Diferentes autores han señalado que el LA tiene actividad bacteriostática, la que se encuentra disminuida en pacientes con RPM e infección intramniótica, pudiendo constituir éste un factor primario predisponente a la colonización bacteriana.

Condiciones clínicas asociadas: La mayoría de las "condiciones asociadas a la RPM" determinan una tensión excesiva de las membranas ovulares. Ellas son:

Polihidramnios

Embarazo gemelar.

Malformaciones uterinas.

Tumores uterinos.

En el caso de incompetencia cervical, la exposición de las membranas a la flora vaginal y la reacción de tipo cuerpo extraño generada por el material de sutura utilizado en su tratamiento, pueden favorecer la rotura ovular. Mecanismos similares explicarían el accidente en casos de embarazos con dispositivo intrauterino. El tabaquismo materno aumentaría el riesgo de rotura ovular a través de favorecer la quimio taxis de neutrófilos que secretan elastasa. Inactivaría además la A1AT, fenómeno cuya intensidad se relaciona directamente con la cantidad de cigarrillos fumados.

ETIOPATOGENIA

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 en donde 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.

FISIOPATOLOGIA

Mecanismos de la Enfermedad

La ruptura de las membranas durante el trabajo de parto, se ha atribuido a una debilidad generalizada debido a las contracciones uterinas y estiramiento repetido. Se ha encontrado disminución de la fuerza tensil de las membranas luego del trabajo de parto, comparado con aquellas que se terminan el embarazo por cesárea. Ha sido más difícil establecer debilidad en las membranas fetales, al compararlas con membranas que fueron 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 y debida al trabajo de parto. Es posible que esta zona represente el sitio de donde se inicie el proceso de ruptura.

Consideró tomar muestras de membranas fetales a diferentes regiones, encontrando diferencias (McLaren, 2006):

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

ETIOLOGIA

La causa de la ruptura prematura de membrana es incierta, muchos autores señalan como primera causa la infección, se conocen otras situaciones como: edad, paridad, procedencia, escolaridad, estado civil, control prenatal, ruptura prematura previa al embarazo actual, parto pre término por dos ocasiones previas, infección de las vías urinarias, infecciones vaginales.

Factores de Riesgo asociado a Rotura Prematura de 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.
- Embarazo con dispositivos intrauterinos (DIU).

ETIOPATOGENIA Y FACTORES PREDISPONENTES

La mayor incidencia de Infecciones Urinarias en la mujer, con relación al hombre, en general se explican por las diferencias anatómicas existentes. La uretra femenina es más corta, mide aprox. 4 a 6 cm (vs. 14 y 16 cm en el hombre), lo que determina su más fácil exposición a gérmenes provenientes de la flora vaginal y rectal. Por otra parte, en el embarazo suceden una serie de cambios morfológicos y funcionales, que favorecen la infección de las vías urinarias.

La entrada de gérmenes al aparato urinario es principalmente por vía ascendente, en que gérmenes de la zona anal y vaginal migran a través de la uretra y colonizan la vejiga. También se ha descrito la vía hemática y linfática con gérmenes provenientes del intestino u otro foco infeccioso.

Se ha observado una relación entre IVU y el coito que actúa como factor contaminante. La presencia de vaginosis bacteriana también está relacionada con una mayor incidencia de IVU. En la vejiga de la embarazada, por efectos de la progesterona, disminuye el tono en forma progresiva, por lo cual aumenta su capacidad pudiendo alcanzar cerca de un litro al término del embarazo. Esto determina que el vaciamiento vesical sea incompleto.

El trigono, posiblemente como resultado de la estimulación por estrógenos experimenta una hiperplasia e hipertrofia muscular. A esto se agregan los cambios en la morfología que se producen al final del embarazo, en que por el crecimiento uterino y la hiperemia de los órganos pélvicos, la vejiga es

desplazada hacia arriba y adelante determinando que el trígono cambie su forma cóncava en convexa. En la mucosa vesical se producen congestión y aumento de tamaño y flexuosidad de los vasos sanguíneos, tomándose más edematosa con lo cual se hace más susceptible a las infecciones.

La vejiga se vuelve cada vez más flácida y disminuye el tono. Todos los cambios anteriores causan insuficiencia de la válvula vesico-ureteral lo cual ocasiona un reflujo vesico-ureteral.

Con todos los cambios que se producen en la vejiga, principalmente en el tercer trimestre del embarazo, hay un estiramiento del trígono, con desplazamiento lateral de la porción intravesical de los uréteres, lo cual acorta la porción terminal de este y hace que disminuya la presión en su interior. Cuando la presión intravesical aumenta durante la micción, hay regurgitación de orina de la vejiga hacia los uréteres.

Los cambios morfológicos más tempranos y definidos de las vías urinarias durante el embarazo son las dilataciones de la pelvis renal y uréteres. El llamado hidroureter fisiológico del embarazo se caracteriza por un notable incremento de su diámetro interior, que se acompaña de hipotonía e hipomotilidad de su musculatura lisa. Su volumen en el embarazo puede aumentar hasta 25 veces más y retener hasta 300cc de orina.

Un signo característico de hidroureter es la preferencia de este fenómeno por el lado derecho, por arriba del estrecho pélvico superior. Esto probablemente se deba al cruce de vasos sanguíneos, que producirían un acosamiento del uréter derecho. También la dextrorrotación del útero por el colon sigmoide, produciría una compresión del uréter derecho. Estos cambios son progresivos a medida que avanza el crecimiento del útero.

Factores Predisponentes a la Ruptura Prematura de Membranas

EDAD

La edad de la madre es un factor que se asocia fuertemente con la morbi-mortalidad neonatal. Madres con menos de 20 o más de 34 años, se observa un ligero aumento en los resultados perinatales adversos. Estos estudios nos permite demostrar que madres adolescentes y mayores a 35 años tienen más probabilidades de presentar comportamientos desfavorables durante su embarazo, mucho más si se acompaña de ruptura prematura de membranas.

ESCOLARIDAD

Factor predisponente a la ruptura prematura de membrana está directamente relacionada, en razón que las membranas con mejor nivel educacional posponen la maternidad o la edad de matrimonio y además optan por cuidados médicos para control de embarazo y parto, por tanto esta variable está relacionada con actitudes y prácticas de la mujer con respecto al cuidado de salud y percepción de riesgo.

PARIDAD

Factor que mide riesgo obstétrico y eventuales resultados adversos en recién nacido. Según el estudio Repercusión del parto pre término realizado en Cuba 2006 demostró que el primer embarazo tuviera una alta correlación con ruptura de membranas y mortalidad neonatal; esta se potencia cuando interactúa el embarazo en adolescencia o mujeres mayores de 30 años.

INFECCION DE LAS VIAS URINARIAS

Son complicaciones más frecuentes del embarazo, se presentan en algún momento de la gestación, ocasionando con ello un incremento de morbilidad

materna y perinatal (parto pre término, peso bajo al nacer y ruptura prematura de membranas) es importante el manejo precoz y oportuno desde la aparición de una bacteriuria asintomática en mujeres gestantes.

ANTECEDENTES DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Esta complicación del embarazo tiene una prevalencia del 10% en embarazos y 20% en casos que ocurren gestaciones de pre término. La ruptura prematura de membranas en embarazos de pre término es responsable de un tercio de casos de partos prematuros y 10% de muertes perinatales; también se asocia un aumento en morbilidad materna infecciosa dada por corioamnionitis e infección puerperal.

CONTROL PRENATAL

La vigilancia prenatal adecuada tiene un gran impacto en la disminución de resultados puerperales adversos, ya que si acudiera la paciente a consulta prenatal se podrían identificar factores de riesgo para desarrollar pre eclampsia, diabetes y amenaza de parto pre término, ruptura prematura de membranas.

El estudio clínico multicéntrico controlado llevado a cabo por la OMS Villar J y col. 2001 define como ideal un mínimo eficiente de 5 controles prenatales iniciados antes de la semana 20 de gestación asociándose a mejores resultados del embarazo, sobre todo reduciendo aquellos problemas que conllevan a nacimientos de bajo peso. La actualidad debido a que está asociado al 85% de la morbimortalidad fetal.

COMPLICACIONES FETALES ASOCIADAS A RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

La prematuridad y la infección son las dos complicaciones fundamentales de la Ruptura Prematura de Membrana en el feto y/o recién nacido (Calderon GJ, 2005).

Infección fetal:

- Infección neonatal: Ocurre entre el 1 y 25% de casos de Ruptura Prematura de Membrana. Se ha demostrado que existe una relación directa entre período de latencia e infección ovular.
- Síndrome de dificultad respiratoria: Trastorno entre recién nacidos prematuros, cuyos pulmones no están completamente maduros y desarrollados para funcionar correctamente de tal forma que cuanto más baja es la edad gestacional más probabilidades tienen de padecer la enfermedad.
- Asfixia perinatal: La compresión del cordón secundaria al oligoamnios, 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.
- Hemorragia Intraventricular: Tipo más común de hemorragia intracraneal del Recién Nacido y es característica del prematuro. La gravedad del cuadro clínico y las complicaciones y secuelas que produce, ante todo la muerte del Recién Nacido todo lo cual ha motivado que se le preste mayor atención para disminuir la mortalidad y lo que es más importante la morbilidad en el neonato.
- Sepsis fetal: Se entiende por sepsis neonatal aquella situación clínica derivada de invasión y proliferación de bacterias, hongos o virus en el torrente sanguíneo del recién nacido y que se manifiesta dentro de primeros 28 días de vida, si bien actualmente se tiende a incluir las sepsis diagnosticadas después de esta edad, en recién nacidos de muy bajo peso.

- Óbito.
- Muerte.

COMPLICACIONES MATERNAS

- ✓ **Corioamnionitis:** Se define infección intra amniótica o invasión microbiana de la cavidad amniótica como presencia de gérmenes en el Líquido Amniótico, normalmente estéril. Los criterios que permiten su diagnóstico fueron establecidos por Gibbs y col:
 - Fiebre >38 grados axilar.
 - Taquicardia materna.
 - Leucocitosis >15.000/mm³.
 - Taquicardia fetal.
 - Sensibilidad uterina.
- ✓ **Infección 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.

RIESGO EN LA EMBARAZADA FRENTE A IVU

El mayor riesgo a que se enfrenta una embarazada en presencia de IVU es la posibilidad de realizar una Pielonefritis Aguda. Especial atención merece la Bacteriuria Asintomática, cuya evolución natural sin tratamiento predispone a la pielonefritis en un 13 a 16 % de los casos.

Las contracciones uterinas son inducidas por citocinas y prostaglandinas que son liberadas por los microorganismos. La Bacteriuria Asintomática,

cervicitis por gonococo y vaginosis bacterianas están estrechamente relacionada con parto prematuro.

El rol de la clamidia trachomatis, tricomonas vaginalis y el ureoplasma arealiticum est menos clara. Con un adecuado diagnóstico y tratamiento racional, los médicos de familia pueden disminuir considerablemente el riesgo de presentar parto pretérmino en estas pacientes.

COMPLICACIONES NEONATALES

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 él 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.

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 del primero cuatro semanas de vida y es demostrada por hemocultivo positivo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Leucorrea: Frecuente (Flujo genital blanco amarillento, infeccioso, asociado a prurito).

Incontinencia urinaria: Frecuente (Frecuente en segunda mitad del embarazo, especialmente en multíparas (por relajación perineal y rectocistocele). Descartar ITU).

Eliminación tapón mucoso: Frecuente (Fluido mucoso, a veces algo sanguinolento).

Rotura de quiste vaginal: Infrecuente (Pérdida brusca de líquido cristalino por vagina. Al examen se observa cavidad pequeña en paredes vaginales).

Hidrorreadecidual: Infrecuente (Primera mitad del embarazo. Líquido claro con tinte amarillo, a veces sanguinolento. Desde espacio entre decidua parietal y refleja, que se fusiona entre las 16 y 18 semanas).

Rotura de bolsa amniocorial: Infrecuente (es el espacio virtual entre corion y amnios; se produce por de laminación de este último).

2.1.1 Marco Conceptual

- **Ruptura Prematura de Membranas (RPM):** se define como la rotura espontánea de membranas ovulares (corioamnióticas) después de las 22 semanas de edad gestacional y hasta una hora antes del inicio del trabajo de parto. (publica, 2015)
- **RPM Pre término:** Solución de continuidad de la membrana corioamniótica antes de las 37 semanas de gestación. (publica, 2015)
- **Edad materna:** Tiempo transcurrido a partir del nacimiento materno hasta la fecha registrada en la historia Clínica.
- **Metrorragia:** Cualquier hemorragia vaginal, procedente del útero, no asociada al ciclo menstrual por su ritmo o por la cantidad de flujo.
- **Periodo intergenésico:** Es el tiempo que transcurre en meses entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente.
- **Nivel socioeconómico:** Es el lugar de posición en la que se encuentra una persona en la escala social económica en promedio a las demás tomando en cuenta el tipo de trabajo, educación, vivienda y comodidad.
- **Índice de masa corporal:** Medida de asociación entre el peso de una persona en relación con su altura, es el método más práctico para evaluar el grado de riesgo asociado con la obesidad.
- **Control prenatal:** Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal.
- **Infecciones Cervico-vaginales:** Alteración de la ecología microbiológica vaginal que habitualmente cursa con leucorrea, mal olor, dolor, prurito y ardor.

- **Edad gestacional:** Tiempo medido en semanas desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha en que se efectúa la medición.
- **Cirugía ginecológica:** Cualquier procedimiento quirúrgico que se realiza a nivel uterino o Cervico vaginal.
- **Infertilidad:** Es la no concepción después de un año de mantener relaciones sexuales sin ningún medio de planificación.
- **Paridad:** Es el número de orden de sucesión del nacimiento vivo que está siendo registrado, en relación con todos los embarazos anteriores de la madre, prescindiendo de si los partos fueron de nacidos vivos o de fetos muertos.
- **Embarazo múltiple:** Desarrollo de dos o más fetos en la cavidad uterina, producto de la fecundación de varios o un solo ovocito con su consecuente división.

2.1.2 Antecedentes Investigativos

Realizaron un estudio y menciona “factores de riesgo para RPM pre término el parto prematuro previo, metrorragias, tabaco, vaginosis bacteriana, hipertensión, diabetes, anemia, consumo de café, poli hidramnios, incompetencia cervical, Dispositivos Intrauterinos (DIU), embarazo múltiple, malformaciones y tumores uterinos”. (Perez SA, 2014)

“Factores de Riesgo Materno Asociados al Parto Pre término”; “La actividad sexual como factor de riesgo en la amenaza de parto pre término”; “Infección Cervicovaginal como factor de riesgo para parto pre término”, señalan que hay una fuerte asociación entre RPM pre término y edad materna, IMC, edad gestacional, anemia, infecciones vaginales, preeclamsia, actividad Sexual, entre otras. (COL, 2013)

“Fisiopatología de la rotura prematura de las membranas ovulares en embarazos pre término”; “Morbimortalidad perinatal de la rotura prematura de membrana en el embarazo pre término”, señalan como factores de riesgo para ruptura prematura de membranas un bajo nivel socioeconómico, bajo peso materno, parto prematuro previo, metrorragia, poli hidramnios, embarazo gemelar, entre otras. (Col, Rivera R, & Col, 2015)

“Incidencia y factores de riesgo en ruptura prematura de membranas (RPM)”, señala como principales factores de riesgo una edad menor de 21 y mayor de 30 años, clase socioeconómica baja y cervicovaginitis bacteriana. (Guerrero Miranda, 2011)

“Epidemiología de la Rotura Prematura de Membranas en un Hospital Gineco-obstétrico”, realizaron un estudio de cohorte retrospectivo de los factores de riesgo de la rotura prematura de membranas: paridad, edad, color de la piel, tabaco, sepsis urinaria, embarazo múltiple, presentación fetal y poli

hidramnios. Concluyendo que hay asociación con el color de la piel no blanca, sepsis urinaria y el embarazo gemelar. (Col J. C., 2010)

“Prematuridad y Bajo Peso de Nacimiento” mencionan como factores de riesgo para ruptura prematura de membranas a una clase social baja, edad materna, falta de controles prenatales, entre otros. (Junca, 2012)

Indican que “No se hallan bien determinadas. Se han sugerido varias causas de rotura prematura de membranas: Infección: vagina o conducto cervical, Presión intrauterina aumentada y Deficiencia de ácido ascórbico.” (2013, 2013)

Las pacientes en manejo conservador con Ruptura Prematura de Membranas remota del término, con adecuado 35 tratamientos, el 50 a 60% nacerá en la primera semana después de la ruptura de membranas. El 70 a 75% tendrá su parto en 2 semanas, y el 80 a 85% en los 28 días siguientes a la RPM. (McLaren, 2006)

Determinan “También se han descrito una mayor tasa de desprendimiento placentario, de prolapso de cordón y de sufrimiento y muerte fetales. El pronóstico asociado a la RPMPT es peor cuando acontece a menor edad gestacional y/o con el desarrollo de corioamnionitis.” (Pellice A, 2013)

El diagnóstico de la Ruptura Prematura de Membranas se realizará mediante la anamnesis y la exploración física al comprobar el flujo de líquido amniótico en una exploración vaginal. En muchos casos se observa con claridad la salida de líquido amniótico a través del cérvix o incluso a través de la vagina sin necesidad de realizar la exploración con espéculo. Prueba de nitracina: el diagnóstico es indirecto porque lo que detecta son cambios en el pH vaginal, al ser alcalino el líquido amniótico, por lo que existe un alto porcentaje de falsos positivos (20 %) en casos de infecciones vaginales, presencia de semen o sangre, y negativos si la pérdida de líquido es escasa. (Pellice A. Hidalgo, 2013)

2.2 HIPÓTESIS

2.2.1 Hipótesis General

Si se logra determinar la relación entre los factores de riesgos, disminuirá la incidencia de la ruptura prematura de membranas en gestantes que asisten al Hospital Básico Dr. Juan Montalván. Ricaurte, Los Ríos. Octubre 2018 - abril 2019

2.3 VARIABLES

2.3.1 Variables Independientes

Factores de Riesgo

2.3.2 Variable Dependiente

- Ruptura prematura de membranas.

2.3.3 Operacionalización de las variables.

Variable dependiente

Variable	Concepto	Dimensiones	Indicador	Índice
Ruptura Prematura de Membranas	Se define como la solución de continuidad espontánea de las membranas corioamnióticas antes del inicio de trabajo de parto.	Edad	*Menor de 20 años *De 20 a 34 años *Mayor de 35 años	Encuesta
		Procedencia	*Urbana *Rural	
		Movilización	*Moto *Carro *Caminando	

Variable Independiente

Variable	Concepto	Dimensiones	Indicador	Índice
Factores	Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que	Antecedentes gineco-obstetricos	Paridad *Natural *Cesaria	
		Infecciones	a) Si b) No	

de riesgo	aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	Controles Prenatales	*2 controles *4 controles *6 controles	Encuesta
		Sustancias Nocivas	*Si *No	

CAPITULO III.

3. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1 Método de investigación

Método inductivo.

Va de lo particular a lo general. Las causas del problema inducen a sacar conclusiones de los índices de los factores de riesgo en gestantes que acuden al área de emergencia gineco-obstetrico del hospital básico Dr. Juan Montalván Cornejo. El método inductivo es un proceso analítico, sintético, mediante el cual se parte del estudio de causas, hechos o fenómenos particulares para llegar al descubrimiento de un principio o ley general

Método deductivo

Es el que va de lo general a lo particular, de lo abstracto a lo concreto. El método deductivo sigue un proceso reflexivo, sintético, analítico, contrario al método inductivo, es decir, parte del problema o ley y establece las posibles causas, etc.

3.2 Modalidad de investigación

Mi investigación es de modalidad mixta (cuali-cuantitativa) porque es un estudio descriptivo el cual contamos con información mediante documentos bibliográficos y estadístico porque recolectamos datos para su tabulación, la cual ayuda analizar y comprender a los mismos logrando de esta manera conseguir datos de carácter singulares y sumamente importantes para el desarrollo del proyecto de investigación.

3.3 Tipo de investigación

El tipo de investigación que se utilizó fue aplicada de campo.

Es aplicada porque estuvo focalizada en encontrar estrategias que permitieron la comprobación de la hipótesis, mediante la obtención de datos e información por medio de diferentes técnicas e instrumentos ejecutada en gestantes que acudieron al área de emergencia obstétrica del hospital básico Dr. Juan Montalván Cornejo motivo por el cual es de campo.

Según el nivel de estudio en mi investigación fue descriptiva con una dimensión temporal transversal ya que los datos o resultados se obtuvieron dentro de un tiempo determinado mediante un sistema donde se utiliza el instrumento que es la encuesta.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de la información

3.4.1 Técnicas

La técnica que se utilizó en mi investigación para la recolección de información fue la encuesta que ayudó a obtener los datos e información respectiva para el desarrollo del proyecto, de manera simultánea se realizó la búsqueda de información relacionada con el tema planteado para tener una idea mucho más clara sobre la problemática en estudio, la misma que está basada en artículos validados de acuerdo a la metodología científica esto permite continuar con una elaboración del proyecto de investigación y la comprobación de la hipótesis.

3.4.2 Instrumento

Se aplicó un cuestionario previamente elaborado dirigido a las gestantes que acudían con mucha frecuencia al área de emergencia gineco-obstetrica con 10 preguntas abiertas y cerradas basándose en los indicadores de las variables.

3.5 Población y Muestra de Investigación

3.5.1 Población

La población en estudio estuvo conformada por 100 gestantes que asisten a la emergencia obstétrica del hospital básico Dr. Juan Montalván Cornejo de la ciudad de Ricaurte del cantón Urdaneta, de esta localidad se extrae una muestra representativa a través de una fórmula que definió las unidades de estudio.

3.5.2 Muestra

El tipo de muestreo que se utilizó fue el probabilístico aleatorio simple, donde conté con una muestra constituida por 67 gestantes que acudieron a la emergencia gineco-obstetrica del Hospital Básico Dr. Juan Montalván Cornejo de la ciudad de Ricaurte del cantón Urdaneta en el periodo Octubre 2018 – Abril 2019.

3.7 RECURSOS

3.7.1 Recursos Humanos

- ✓ Estudiante de enfermería.
- ✓ Tutora.
- ✓ Gestantes

3.7.2 Recursos económicos

Recursos	Inversión
Seminario de tesis	50,00
Internet	20,00
Primer material escrito en borrador	16,00
Copias a color	15,00
Fotocopia final	15,00
Materiales de escritorio	20,00
Alimentación	60,00
Movilización y transporte	60,00
TOTAL	256,00

ELABORACION: Juleisse Orozco Iñiguez

3.8 Plan de tabulación y análisis

La información recolectada mediante la aplicación del instrumento y los resultados de las encuestas se procesaron mediante el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), donde cada uno de los indicadores fueron descritos en una tabla estadística sencilla, lo cual permitió plasmar datos obtenidos, previa elaboración de la tabla de códigos, además se utilizó el programa Microsoft Excel 2013 para las representaciones graficas de los resultados.

3.8.1 Base de datos

Para la elaboración de la base de datos utilizaremos una relación de variables simple en este proyecto de investigación para representar en gráficos y porcentajes del programa Word seleccionando la herramienta para mostrar las estadísticas de las variables que influyen en la ruptura prematura de membranas en gestantes, sin alterar los resultados seleccionamos un cuadro estadístico de Excel para representar los resultados en pasteles y así ser más claros con la información que se fue adquirida.

3.8.2 Procesamiento y análisis de datos

Para el desarrollo de este proyecto se ha utilizado los siguientes programas informáticos:

- ✚ Se hizo uso del programa de Microsoft Word, que sirvió para el desarrollo de todo el proyecto de investigativo.
- ✚ Se utilizó el programa de Microsoft Excel, que sirvió para la creación de los cuadros estadísticos los cuales nos permiten observar la magnitud de las problemáticas, mediante los resultados de las encuestas aplicadas a las gestantes.

CAPITULO IV

4 RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

4.1 Resultados obtenidos de la investigación

Se representan los resultados obtenidos por medio de gráficos en forma de pasteles con preguntas de respuestas opcionales con el fin de que se les facilite la comprensión de los problemas esperados.

Datos proporcionados por el personal de la estadística y las gestantes que acuden al hospital básico Dr. Juan Montalván Cornejo.

4.2. Análisis e Interpretación de datos.

FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES QUE ASISTEN AL HOSPITAL BÁSICO DR. JUAN MONTALVÁN. RICAURTE, LOS RÍOS. OCTUBRE 2018 - ABRIL 2019

1.-) A qué edad usted obtuvo su primer embarazo?

a) Menor de 20 años

b) De 20 a 34 años

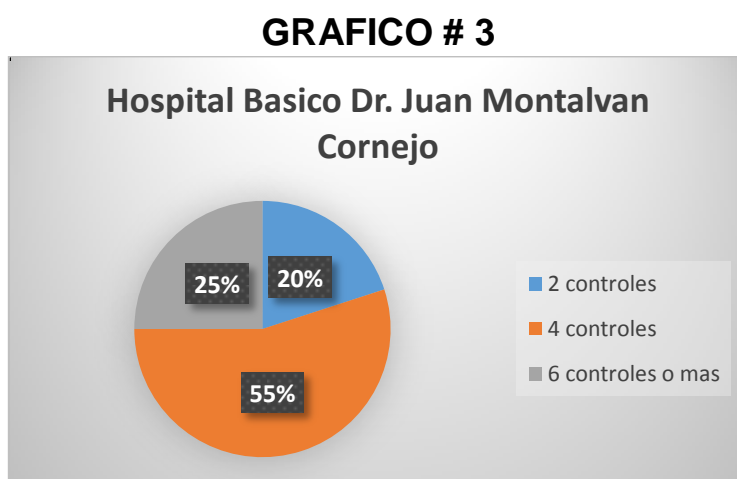
c) Mayor de 35 años

ANALISIS:

En el segundo grafico se pudo observar que el mayor porcentaje es de cuatro gestas con un total de 51% de las usuarias encuestadas en el área de emergencia gineco-obstetrica del Hospital Básico Dr. Juan Montalván Cornejo de Ricaurte, por tal motivo decidí orientar a las pacientes para que asistan a sus controles pos parto para que realicen una planificación familiar adecuada.

3.-) ¿A cuántos controles usted asistió durante su embarazo?

- a) 2 controles
- b) 4 controles
- c) 6 controles y mas



Elaborado: Juleisse Orozco Iñiguez

Fuente: Hospital Básico Juan Montalván Cornejo

ANALISIS:

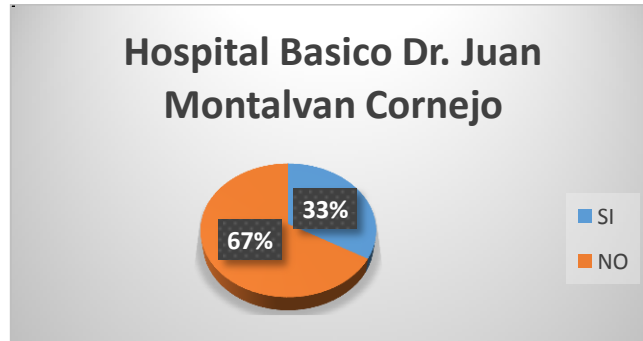
En el tercer grafico se obtuvo un mayor resultado en 4 controles con un porcentaje del 55%, mientras que con un 20% fueron de 2 controles asistidos por gestantes que acuden a la emergencia gineco-obstetrica del Hospital Básico Dr. Juan Montalván Cornejo, es decir que por tal motivo realice un conversatorio con las pacientitas para que sean más responsables y asistan a sus controles como es debido.

4.-) ¿Consumen usted algún tipo de sustancias nocivas durante su gestación?

a) Si

b) No

GRAFICO # 4



Elaborado: Juleisse Orozco Iñiguez
Fuente: Hospital Básico Juan Montalván Cornejo

ANALISIS:

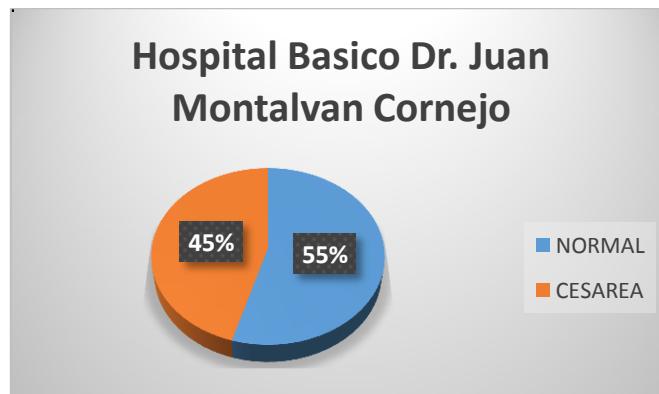
En el gráfico # 4 se pudo visualizar que las gestantes encuestadas en el Hospital Básico Dr. Juan Montalván Cornejo si consumen estas sustancias con un porcentaje del 33%, mientras que con un 67% no consumen, esto quiere decir que aún hay pacientes irresponsables con su embarazo y que deberían cuidarse mucho más en no caer en los vicios del alcohol, tabaco y droga,

5.-) Su última gestación fue parto:

a) Natural

b) Cesárea

GRAFICO # 5



Elaborado: Juleisse Orozco Iñiguez
Fuente: Hospital Básico Juan Montalván Cornejo

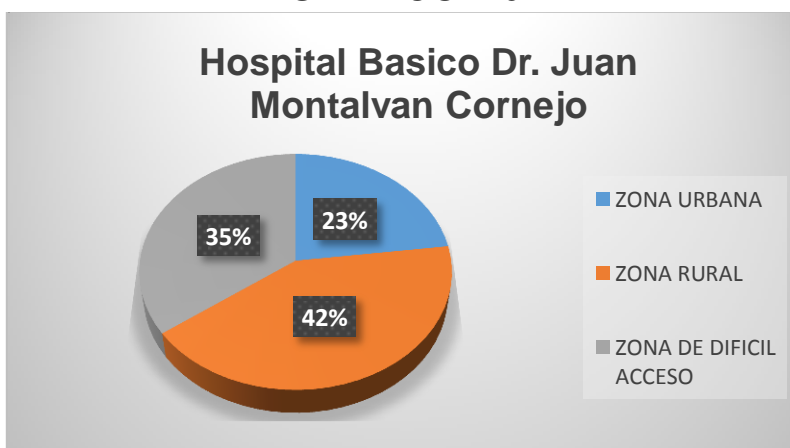
ANALISIS:

Se logró observar en el grafico # 5 que de las embarazadas encuestadas en la emergencia gineco-obstetrica del hospital básico Dr. Juan Montalván Cornejo un 55% obtuvieron a su hijo por medio del parto natural, mientras que con un porcentaje del 45% le realizaron la cirugía (cesárea), es decir que hubieron más pacientes que acudían por el parto natural.

6.-) Su zona de procedencia es:

- a) Urbana
- b) Rural
- c) Zona de difícil acceso

GRAFICO # 6



Elaborado: Juleisse Orozco Iñiguez

Fuente: Hospital Básico Juan Montalván Cornejo

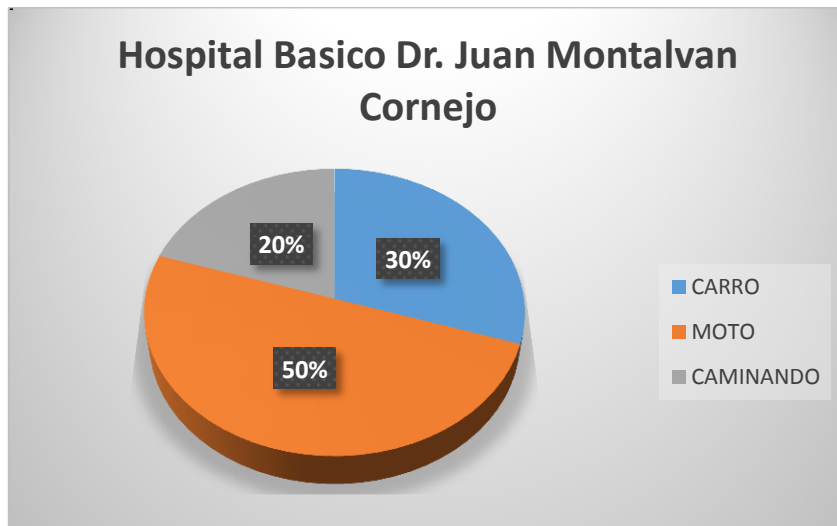
ANALISIS:

En el grafico # 6 se observó que la zona más complicada para las gestantes encuestadas que acudieron a la emergencia gineco-obstetrica del hospital básico Dr. Juan Montalván Cornejo es la zona rural con un porcentaje del 42% seguida de la zona de difícil acceso con un 34% y por último la zona urbana con un 23%, por tal motivo es que existen embarazadas con factores de riesgo ya que tienen algo de dificultad para asistir al centro de salud mas cercano.

7.-) En caso de alguna emergencia como se movilizaría:

- a) Moto
- b) Carro
- c) Caminando

GRAFICO # 7



Elaborado: Juleisse Orozco Iñiguez

Fuente: Hospital Básico Juan Montalván Cornejo

ANALISIS:

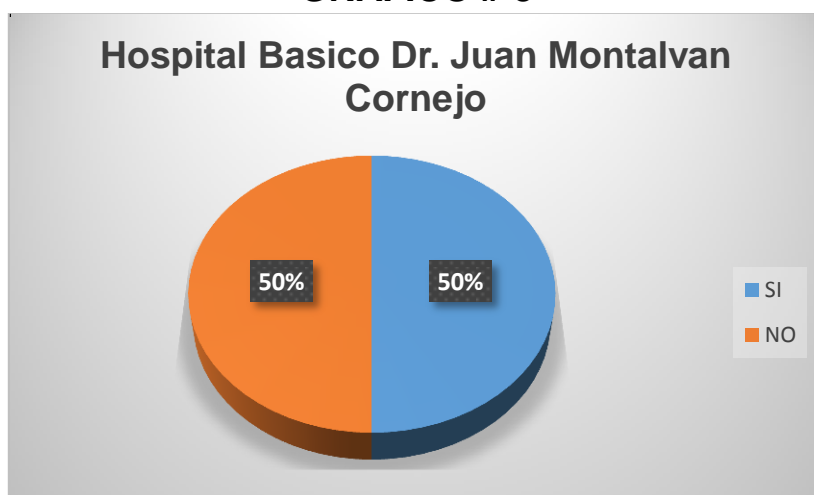
En los resultados del grafico # 7 se observó que las encuestadas acudidas al área de emergencia gineco-obtetrica del hospital básico Dr. Juan Montalván en caso de presentarse algún tipo de emergencia en su embarazo prefieren acudir en moto con un porcentaje del 50%, el 30% de ellas en carro y el 20% restante caminando. Es decir que no hay un control adecuado al momento de una emergencia, por lo tanto es ahí cuando ocurren los problemas gestacionales por no saber los riesgos que ocasionan a las pacientes el acudir en motos.

8.-) Durante su embarazo usted presento algún tipo de infección?

a) Si

b) No

GRAFICO # 8



Elaborado: Juleisse Orozco Iñiguez

Fuente: Hospital Básico Juan Montalván Cornejo

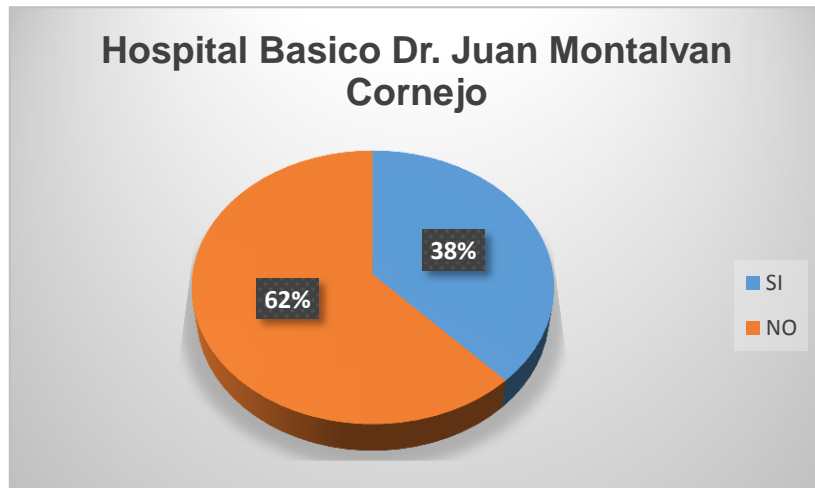
ANALISIS:

Gráfico # 8 relativamente parcial en el cual se evidenció que ambos ítems obtuvieron el mismo porcentaje, es decir, que las gestantes encuestadas que asistieron al hospital básico Dr. Juan Montalván por el área de la emergencia gineco.obstetrica con un valor del 50% si presentaron infección en su embarazo mientras que el otro 50% no. Por lo tanto pude conversar con ciertas embarazadas para conocer si ellas mantenían algún esfuerzo o trabajo dentro de su hogar en lo cual me supieron decir que si y que anterior al embarazo también presentaban estas molestias.

9.-) Ha recibido en algún momento conversatorios sobre los factores de riesgo en embarazos?

- a) Si
- b) No

GRAFICO # 9



Elaborado: Juleisse Orozco Iñiguez

Fuente: Hospital Básico Juan Montalván Cornejo

ANALISIS:

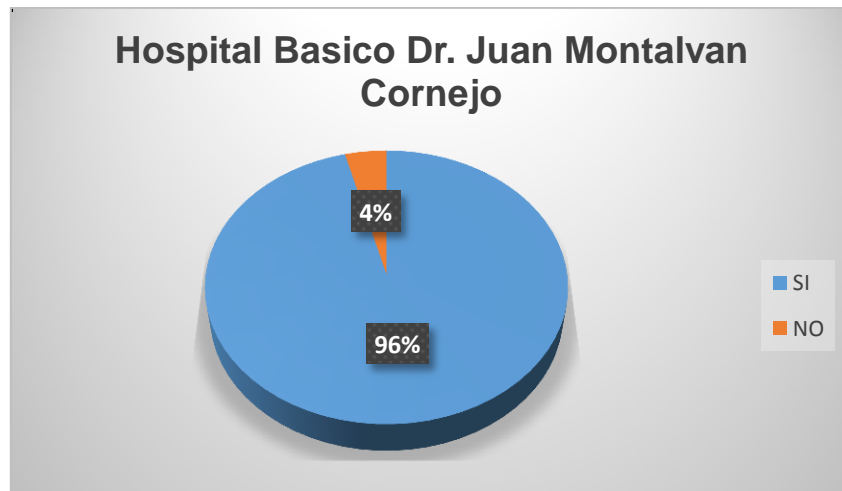
Grafico # 9 se evidenció que las encuestadas que asistieron al área de la emergencia gineco-obtetrica del hospital básico Dr. Juan Montalván no recibieron conversatorios o charlas preventivas sobre los factores de riesgo en embarazos. Con un porcentaje del 62% mencionan que no recibieron y un 38% dice que sí. En cuanto a estos resultados obtenidos tuve que invitar a ciertas pacientitas a un conversatorio para explicarles y mencionarles sobre los factores de riesgo en su gestación por lo cual tiene que cuidarse mucho durante su embarazo.

10.-) Durante su estancia hospitalaria el profesional de enfermería le brindo un buen trato o atención?

a) Si

b) No

GRAFICO # 10



Elaborado: Juleisse Orozco Iñiguez

Fuente: Hospital Básico Juan Montalván Cornejo

ANALISIS:

En el grafico # 10 se observó con un valor muy alto del 96% que si son bien tratadas las gestantes que asistieron al área de la emergencia gineco-obstetricas del hospital básico Dr. Juan Montalván y con un valor muy bajo es el 4% de las no atendidas como se debería. Esto quiere decir que el personal de enfermería si está muy capacitado para atender las necesidades de las pacientes y ayudarlas en lo que necesiten siempre y cuando aplicando la prioridad.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.3 Conclusiones

En la investigación de ruptura prematura de membranas realizada en el hospital básico Dr. Juan Montalván Cornejo del canto Urdaneta de Octubre 2018 – Abril 2019 se concluyó lo siguiente:

- Se debería de capacitar tanto personal de salud que labora en la institución como a usuarios que hacen uso del mismo para tener una mejor idea de cuáles son los factores de riesgo que están más presentes en las gestantes.
- Se debería de captar a mujeres en primeras semanas de gestación para que acudan con regularidad a sus controles prenatales y no presenten dificultad alguna durante su embarazo.
- La infección de vías urinarias o vaginales están presentes en las gestantes por lo cual se predispone para una posible ruptura prematura de membranas y puede traer consecuencia en madre e hijo.

4.4 Recomendaciones

- Que aumente la captación temprana de las gestantes con el fin de detectar e intervenir oportunamente sobre los factores predisponente modificables que acompañas a la ruptura prematura de membranas.
- Que se realicen controles prenatales con calidez y calidad, de manera especial en las embarazadas con factores de riesgo que permitan minimizar los resultados obstétricos y perinatales adversos en las embarazadas con ruptura prematura de membranas.
- Para la unidad hospitalaria que se monitoree permanentemente el llenado correcto y completo la historia clínica como una herramienta válida para el diagnóstico oportuno que garantice el tratamiento adecuado.
- Que el presente trabajo de investigación se convierta en la línea de base para otros estudios sobre todo de intervención de enfermería para mejorar nuestras actividades y poder brindar un excelente cuidado a nuestros pacientes.

CAPITULO V

5. PROPUESTA TEORICA DE LA APLICACIÓN

5.1 Titulo de la propuesta de la aplicación

Mediante la creación de programas como charlas educativas o integración familiar reduciremos el ausentismo del control prenatal, además se implementara grupos de apoyo para realizar las debida visitas domiciliarias la cual nos permitirá la supervisión del cumplimiento del tratamiento con antibiótico terapia posterior al egreso de la unidad hospitalaria.

De este modo disminuiremos las complicaciones maternas peri-neonatal concientizando la importancia del control prenatal oportuno, óptimo y eficaz para evitar la ruptura prematura de membranas.

5.2 Antecedentes

Con el análisis de resultados se refleja la necesidad de elaborar una propuesta factible que ayude al enriquecimiento de conocimientos sobre los factores de riesgo y sus medidas de precaución en las rupturas prematura de membranas, para de esta manera evitar que su índice sea cada vez mas elevado.

Cabe recalcar que el área de la emergencia gineco-obstetrica del hospital básico Dr. Juan Montalván Cornejo no se realizan campañas de capacitación dirigida a las gestantes que asisten al establecimiento, relacionadas con los factores de riesgo y las causa que puede provocar, como consecuencia de ello se reflejan malas prácticas sobre las medidas preventivas en cuanto al manejo de esta patología.

5.3 Justificación

La presente propuesta ofrece estrategias de promoción en medidas de prevención dirigidas a las gestantes que acuden al área de la emergencia gineco.-obstetrica del hospital básico Dr. Juan Montalván Cornejo, enmarcando aspectos que sirvan de guía para mejorar la calidad de vida, tomando en cuenta los lineamientos para que sirvan de guía y motivación para la práctica correcta del manejo de las rupturas prematuras de membranas.

Al enfocar la problemática se debe considerar la importancia de la misma por la importancia en las consecuencias que pueden causar estos factores de riesgo que se consideran susceptibles en las gestantes, por lo cual surge la necesidad de diseñar y desarrollar guías que promuevan y ofrezcan información que genere conductas y cuidados en los factores de riesgo, a través de capacitaciones que abarquen este tipo de información de manera precisa y técnica, además utilizar materiales didácticos así como también talleres que brinden la interacción del personal de enfermería y los usuarios que asisten al área de salud.

5.4 OBJETIVOS

5.4.1 Objetivo General

Disminuir la incidencia de los factores de riesgo en gestantes que acuden al área de la emergencia gineco-obstetrica del hospital básico Dr. Juan Montalván Cornejo de la ciudad de Ricaurte.

5.4.2 Objetivos Específicos

Brindar información adecuada para la prevención de ruptura prematura de membranas en gestantes que acuden al área de la emergencia gineco-obstetrica del hospital básico Dr. Juan Montalván Cornejo de la ciudad de Ricaurte.

Fomentar motivación al personal de enfermería y a los usuarios para que se cumpla las prácticas preventivas en la disminución del índice de ruptura prematura de membranas en gestantes al área de la emergencia gineco-obstetrica del hospital básico Dr. Juan Montalván Cornejo de la ciudad de Ricaurte.

Estimular a las gestantes a que acudan a sus controles prenatales con el fin de disminuir el índice de ruptura prematura de membranas en gestantes que acuden al área de la emergencia gineco-obstetrica del hospital básico Dr. Juan Montalván Cornejo de la ciudad de Ricaurte.

5.5 Aspectos básicos de la Propuesta de Aplicación

5.5.1 Estructura general de la propuesta

La propuesta incluye temas de promoción de la salud, cumpliendo de esta manera con las características de una atención adecuada para el nivel de salud, a fin de fortalecer los conocimientos de las gestantes y evitar el incremento del índice de las rupturas prematuras de membranas.

Objetivo general: Disminuir la incidencia de los factores de riesgo en gestantes que acuden al área de la emergencia gineco-obstetrica del hospital básico Dr. Juan Montalván Cornejo de la ciudad de Ricaurte.

5.5.2 Componentes

Contexto	Actores	Forma de evaluar	responsable
La presente propuesta se llevó a cabo en el área de emergencia gineco-obstetrica del hospital básico Dr. Juan Montalván Cornejo de la ciudad de Ricaurte.	Universidad Técnica de Babahoyo. Hospital básico Juan Montalván Cornejo. Gestantes	Preguntas post intervención, a las gestantes, una vez expuestos los temas	Docente tutor y estudiante de la Universidad Técnica de Babahoyo.

Elaborado: Juleisse Orozco Iñiguez

5.6 Resultados esperados de la Propuesta de Aplicación

5.6.1 Alcance de la alternativa

Por medio de esta propuesta pretendemos lograr un grado adecuado de conocimientos que permita disminuir el índice de ruptura prematura de membranas en gestantes que acuden al área de la emergencia gineco-obstetrica del hospital básico Dr. Juan Montalván Cornejo de la ciudad de Ricaurte.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Bibliografía

- 2013, L. &. (2013). *causas de ruptura prematura de membranas*.
- Calderon GJ, V. M. (2005). *FACTORES DE RIESGOS Y COMPLICACIONES METERNO FETALES ASOCIADAS AL PARTO PRETERMINO EN RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS*.
- COL, C. G. (2013). *FACTORES DE RIESGO MATERNO ASOCIADOS AL ARTO PRE TERMINO*.
- Col, J. C. (2010). *Epidemiología de la ruptura prematura de membranas* .
- Col, M. O., Rivera R, F. y., & Col, S. D. (2015). *Fisiopatología y morbimortalidad perinatal en ruptura prematura de membranas*.
- F, M. (2008). *RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS*.
- GINECOLOGOS, C. A. (2013). *RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS*.
- Guerrero Miranda, L. (2011). *Incidencia y factores de riesgo en ruptura prematura de membranas*.
- Junca, P. V. (2012). *Prematuridad y bajo peso de nacimiento*.
- McLaren. (2006). *mecanismos de la ruptura prematura de membranas*.
- ML, G. (2015). *Incidencia y factores de riesgo en ruptura prematura de membranas* .
- Pellice A, H. P. (2013). *ruptura prematura de membranas*.
- Pellice A. Hidalgo, P. &. (2013). *embarazos pre terminos en ruptura prematura de membranas*.
- Perez SA, D. S. (2014). *RUPTURA PREMATURA DE EMMBRANAS Y CORIOAMNIONITIS*.
- publica, m. d. (2015). *ruptura prematura de membranas*.

ANEXOS

MATRIZ DE CONTINGENCIA

TEMA:

FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES QUE ASISTEN AL HOSPITAL BASICO Dr. JUAN MONTALVAN. RICAURTE, LOS RIOS. OCTUBRE 2018 - ABRIL 2019

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS GENERAL
<p>¿De qué manera influyen los factores de riesgos en la ruptura prematura de membranas en gestantes que asisten al Hospital Básico Dr. Juan Montalván. Ricaurte, Los Ríos. Octubre 2018 - Abril 2019?</p>	<p>Determinar la influencia que existe entre los factores de riesgo sobre la ruptura prematura de membranas en gestantes que asisten al Hospital Básico Dr. Juan Montalván. Ricaurte, Los Ríos. Octubre 2018 - Abril 2019</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar a qué edad gestacional se presenta con mayor frecuencia la ruptura prematura de membrana0555s. • Establecer los posibles factores de riesgo existentes en ruptura prematura de membranas. 	<p>Si se logra determinar la relación entre los factores de riesgos, disminuirá la incidencia de la ruptura prematura de membranas en gestantes que asisten al Hospital Básico Dr. Juan Montalván. Ricaurte, Los Ríos. Octubre 2018 - abril 2019</p>



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERIA

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

TEMA: Factores de riesgo que influyen en la ruptura prematura de membranas en gestantes que asisten al Hospital Básico Dr. Juan Montalván. Ricaurte, Los Ríos. Octubre 2018 - abril 2019

1.-) A qué edad obtuvo su primer embarazo

- a) menor de 20 años
- b) de 20 a 34 años
- c) mayor de 35 años

2.-) Cuantas gestas ha tenido hasta ahora

- e) 2
- f) 3
- g) 4
- h) 5 o mas

3.-) A cuantos controles ha asistido durante du embarazo

- d) 2 controles
- e) 4 controles
- f) 6 controles

5.-) Su último parto fue:

- c) Natural
- d) Cesaria

6.-) Su zona de procedencia es:

- d) Urbana
- e) Rural

7.-) En caso de alguna emergencia como se movilizaría:

- d) Moto**
- e) Carro**
- f) Caminando**

8.-) Durante su embarazo tubo infección vaginal

- c) Si**
- d) No**

9.-) Ha recibido en algún momento conversatorios sobre los factores de riesgo en embarazos

- a) Si**
- b) No**

10.-) Durante su estancia en el centro hospitalario el profesional de enfermería le dio buen trato

- a) Si**
- b) No**

Unidad Hospitalaria



CONVERSATORIO EN SALA GINECOLOGICA







**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
UNIDAD DE TITULACIÓN**



Babahoyo, 12 de Diciembre del 2018

Dra. Alina Izquierdo Cirer, MSc.
**COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO**
Presente.-

De mi consideración:

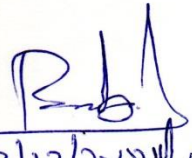
Por medio de la presente, Yo, **JULEISSE ZULAY OROZCO ÑIGUEZ**, con cédula de ciudadanía **1207752930**, egresado(a) de la Carrera de **ENFERMERIA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega de tema o perfil del proyecto: **FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES QUE ASISTEN AL HOSPITAL BASICO Dr. JUAN MONTALVAN. RICAURTE, LOS RIOS. OCTUBRE 2018 - ABRIL 2019**, el mismo que fue aprobado por el Docente Tutor: **LCDA. ALICIA ESCOBAR TORRES**.

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecida.

Atentamente



**JULEISSE OROZCO ÑIGUEZ
C.I 1207752930**


12/12/2018 14:38



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
UNIDAD DE TITULACIÓN



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, **LCDA. ALICIA ESCOBAR TORRES** en calidad de Tutor del Perfil o Tema del Proyecto de investigación (Primera Etapa): **"FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES QUE ASISTEN AL HOSPITAL BASICO Dr. JUAN MONTALVAN. RICAURTE, LOS RIOS. OCTUBRE 2018 - ABRIL 2019"**, elaborado por la estudiante: **JULEISSE OROZCO IÑIGUEZ** de la Carrera de Enfermería de la Escuela de Salud y Bienestar en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 12 días del mes de Diciembre del año 2018

Firma del Docente -Tutor
Lcda. ALICIA ESCOBAR TORRES
CI: 1202862502



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE TITULACIÓN
PERÍODO OCTUBRE 2018 - ABRIL 2019
CARRERA DE ENFERMERIA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 12/12/2018

REGISTRO DE TUTORIAS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN (PRIMERA ETAPA)

NOMBRE DEL DOCENTE: Lcda. ALICIA ESCOBAR TORRES FIRMA: *[Firma]*

TEMA DEL PROYECTO: FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES QUE ASISTEN AL HOSPITAL BASICO DR. JUAN MONTALVAN. RICAURTE, LOS RIOS, OCTUBRE 2018 - ABRIL 2019

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: JULIEISSE OROZCO INIGUEZ

CARRERA: ENFERMERIA

Horas de Tutorias	Fecha de Tutorias	Tema tratado	Tipo de tutoria		Porcentaje de Avance	FIRMAN		Pag. Nº.
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiante	
1 hora	19/11/2018	Elaboracion del tema	✓		10%	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>	
1 hora	20/11/2018	Desarrollo del problema	✓		15%	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>	
15 minutos	23/11/2018	Elaboracion del objetivo general		✓	35%	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>	
30 minutos	28/11/2018	Elaboracion de hipotesis	✓		40%	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>	
1 hora	4/12/2018	Desarrollo del marco teórico preliminar	✓		50%	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>	
1 hora	7/12/2018	Desarrollo de la metodología	✓		80%	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>	
1 hora	10/12/2018	Revisión del perfil y corrección	✓		85%	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>	
30 minutos	12/12/2018	Entrega del perfil	✓		100%	<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>	



RUBRICA PARA EVALUAR PERFILES DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

TEMA DE INVESTIGACIÓN:

FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES QUE ASISTEN AL HOSPITAL BÁSICO DR. JUAN MONTALVÁN, ZICALTE LOS RÍOS, OCTUBRE 2018 - ABRIL 2019

NOMBRE DE LOS PROPONENTES: JULESSE OROZCO FIGUEROA

No.	Criterios de evaluación	NIVEL DE DOMINIO			Puntos	
		Competente 4	Satisfactorio 3	Básico 2		Insuficiente 1
1	Idea o tema de Investigación	El tema de investigación es relevante y pertinente a perfil de la carrera. En su formulación refleja la ejecución de un proceso de investigación y establece la relación de al menos dos variables.	El tema de investigación es relevante y pertinente al perfil de la carrera. Pero en su formulación no refleja la ejecución de un proceso de investigación y establece la relación de al menos dos variables.	El tema de investigación no es relevante pero si es pertinente al perfil de la carrera.	El tema de investigación no es relevante y no responde al perfil de la carrera.	4
2	Planteamiento del problema (Descripción breve del hecho problemático)	Planteamiento del problema contiene una descripción breve y clara del hecho problemático y cuenta con la delimitación del tema, así como del problema de forma clara, pero no precisa.	El proyecto cuenta con la delimitación del tema, así como el planteamiento del problema de forma clara, pero no precisa.	El proyecto solo cuenta con la delimitación del tema o el planteamiento del problema de forma clara y precisa.	El proyecto no cuenta con delimitación del tema ni planteamiento del problema.	4
3	Problema (General)	Desarrolla interrogantes que se deriven de la justificación y planteamiento del problema que darán solución a la investigación y que estén estrechamente relacionados con su hipótesis.	Desarrolla interrogantes que no se deriven de la justificación y planteamiento del problema pero que darán solución a la investigación y que estén estrechamente relacionados con su hipótesis.	Desarrolla interrogantes que se deriven de la justificación y planteamiento del problema que darán solución a la investigación pero no están relacionados con su hipótesis.	Las interrogantes propuestas no se relacionan con la investigación.	4
4	Objetivo (General)	Los objetivos son claros y precisos, permiten saber hacia dónde se dirige y lo que se espera de la investigación. Son posibles de cumplir, medir y evaluar.	Se definen los objetivos y permiten de alguna manera saber hacia dónde se dirige la investigación, aunque son difíciles de medir y evaluar.	Se establecen objetivos para la investigación, pero no permiten determinar si los resultados son medibles y si responden a las necesidades planteadas.	Se establecen de alguna manera los objetivos, pero no son claros, no es posible medirlos o evaluarlos.	4
5	Justificación	Se explica las razones por las que se hará la investigación y el contenido a desarrollar.	Se explica las razones por las que se hará la investigación, sin el contenido a desarrollar.	Se explica las razones por las que se hará la investigación limitada, sin el contenido a desarrollar.	Se omite la explicación de las razones por las que se hará la investigación y el contenido a desarrollar.	4



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO (CIDE)



6	Marco teorico preliminar (Esquema de contenidos).	Determina con claridad todas las dimensiones y categorías de las variables del problema de investigación, de manera ordenada.	Determina con claridad todas las dimensiones y categorías de las variables del problema de investigación, sin ningún orden.	Las categorías determinadas están relacionadas con el problema de investigación pero son insuficientes.	Las categorías determinadas no son pertinentes al problema de estudio.	4
7	Hipótesis (General).	La hipótesis tiene relación con el problema y con el objetivos	La hipótesis se relaciona con los problemas pero no con el objetivos	La hipótesis se relaciona con el problema pero no da respuesta al mismo.	La hipótesis no tiene relación ni con el problema ni con el objetivo.	4
8	Tipo de investigación.	Tiene relación con el propósito de la investigación y se justifica su aplicación.	Tiene relación con el propósito de la investigación, pero no se justifica su aplicación.	Explica las razones de su aplicación pero no es pertinente al propósito de la investigación.	No corresponde al propósito de la investigación.	4
9	Metodología.	Define la población, muestra (si corresponde), métodos, técnicas e instrumentos de investigación; y, además describe en que consistió cada uno de sus pasos de manera breve para constituir este proyecto.	Solo define la población, muestra (si corresponde), métodos, técnicas e instrumentos de investigación.	Describe en que consistieron algunos de los pasos empleados de manera breve para constituir este proyecto.	Carece de metodología.	4
10	Referencias Bibliográficas.	Presente una lista de referencias bibliográficas completa, considerando las normas propuestas (APA, Vancouver)	Presente una lista de referencias bibliográficas incompleta, considerando las normas propuestas (APA, Vancouver)	Presente una lista de referencias bibliográficas completa, sin observar ninguna norma	La lista de referencias bibliográficas, no corresponde, y no se observa ninguna norma.	4
TOTAL						40
PROMEDIO PONDERADO					40 = 10 / 28 = 7	Mínimo

OBSERVACIONES:

	12/12/2018	
Nombre y Firma del Docente Evaluador	Fecha de Revisión	Fecha y Firma de Recepción
		<i>JPAI</i>



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERIA
UNIDAD DE TITULACIÓN



Babahoyo, 16 de Enero del 2019

Dra. Alina Izquierdo Cirer, MSc.
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
Presente.-

De mi consideración:


Por medio de la presente, Yo, **JULEISSE ZULAY OROZCO IÑIGUEZ**, con cédula de ciudadanía **1207752930**, egresado(a) de la Carrera de **ENFERMERIA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, me dirijo a usted de la manera más comedida para hacerle la entrega de tema o perfil del proyecto: **FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES QUE ASISTEN AL HOSPITAL BASICO Dr. JUAN MONTALVAN. RICAURTE, LOS RIOS. OCTUBRE 2018 - ABRIL 2019**, el mismo que fue aprobado por el Docente Tutor: **LCDA. ALICIA ESCOBAR TORRES**.

Esperando que mi petición tenga una acogida favorable, quedo de usted muy agradecida.

Atentamente



JULEISSE OROZCO IÑIGUEZ
C.I 1207752930


14/01/2019 15:43



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
UNIDAD DE TITULACIÓN



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, **LCDA. ALICIA ESCOBAR TORRES** en calidad de Tutor del Perfil o Tema del Proyecto de investigación (Segunda Etapa): **"FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES QUE ASISTEN AL HOSPITAL BASICO Dr. JUAN MONTALVAN. RICAURTE, LOS RIOS. OCTUBRE 2018 - ABRIL 2019"**, elaborado por la estudiante: **JULEISSE OROZCO IÑIGUEZ** de la Carrera de Enfermería de la Escuela de Salud y Bienestar en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 16 días del mes de Enero del año 2019

Firma del Docente -Tutor
Lcda. ALICIA ESCOBAR TORRES
CI: 1202862502



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE BABAHOYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIDAD DE TITULACIÓN
 PERÍODO OCTUBRE 2018 - ABRIL 2019
 CARRERA DE ENFERMERIA



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO: 16/04/2019

REGISTRO DE TUTORIAS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN (SEGUNDA ETAPA)

NOMBRE DEL DOCENTE: Lcda. ALICIA ESCOBAR TORRES FIRMA: *[Firma]*

TEMA DEL PROYECTO: FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES QUE ASISTEN AL HOSPITAL BASICO Dr. JUAN MONTALVAN. RICAURTE, LOS RIOS. OCTUBRE 2018 - ABRIL 2019

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: JULEISSE OROZCO INIGUEZ

CARRERA: ENFERMERIA

Horas de Tutorias	Fecha de Tutorias	Tema tratado	Tipo de tutoria		Porcentaje de Avance	FIRMAN		Pag. No.
			Presencial	Virtual		Docent	Estudiante	
1 hora	15/12/2018	Introducción - Marco teórico		✓	15%		<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
15 min	18/12/2018	Intercambio de opiniones de investigación	✓		30%		<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
30 min	21/12/2018	Objetivos específicos, justificación.		✓	30%		<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
1 hora	4/01/2019	Marco conceptual, antecedentes investigativos	✓		40%		<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
2 horas	9/01/2019	Revisión del documento por tutor		✓	50%		<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
1 hora	11/02/2019	Variables, Operacionalización de variables	✓		65%		<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
1 hora	12/02/2019	Cronograma Fechas Bibliografía		✓	80%		<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
1 hora	14/02/2019	Revisión del documento por tutor		✓	90%		<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>
2 horas	16/03/2019	Presentación de lo segundo etapa	✓		100%		<i>[Firma]</i>	<i>[Firma]</i>



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
UNIDAD DE TITULACION



Babahoyo, 10 de Abril del 2019

A. COORDINADOR(A) DE TITULACIÓN DE LA CARRERA DE ENFERMERIA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO

De mi consideración:

Por medio de la presente, yo, **JULEISSE OROZCO IÑIGUEZ**, con cédula de ciudadanía **1207752930**, egresado (a) de la Escuela Salud y Bienestar de la carrera de Enfermería, de la Facultad de Ciencias de la Salud de Universidad Técnica de Babahoyo, me dirijo a usted de la manera más comedida posible para realizar la entrega de los tres anillados requeridos del Informe Final del Proyecto de Investigación (tercera etapa), tema: **"FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES QUE ASISTEN AL HOSPITAL BASICO Dr. JUAN MONTALVAN. RICAURTE, LOS RIOS. OCTUBRE 2018 – ABRIL 2019"** para que pueda ser evaluado por el Jurado asignado por el Consejo Directivo.

Saludos cordiales, quedo de usted muy agradecida.


Firma



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
UNIDAD DE TITULACION



APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo Lcda. **ALICIA ESCOBAR TORRES**, en calidad de tutor(a) del Informe Final del Proyecto de Investigación (Tercera etapa) con el tema: **"FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES QUE ASISTEN AL HOSPITAL BASICO Dr. JUAN MONTALVAN. RICAURTE, LOS RIOS. OCTUBRE 2018 – ABRIL 2019"**, elaborado por la estudiante **JULEISSE OROZCO IÑIGUEZ** de la Carrera de enfermería de la Escuela de Salud y Bienestar, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los 10 días del mes de Abril del año 2019

FIRMA

Lcda. ALICIA ESCOBAR TORRES
CI. 1202862502



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 UNIDAD DE TITULACIÓN
 PERÍODO OCTUBRE-ABRIL 2019



FECHA DE ENTREGA DEL DOCUMENTO:

REGISTRO DE TUTORIAS DEL INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN (TERCERA ETAPA)

NOMBRE DEL DOCENTE TUTOR: Leda Alicia Escobar Torres FIRMA:

TEMA DEL PROYECTO: Factores de riesgo que favorecen en la repto reproductores de enfermedades en gestantes que asisten al Hospital Básico Dr. Juan Ventolavan. E. caure, las Esas. Octubre 2018 - Abril 2019

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Julesse Dizeo Grigora

CARRERA: Superior

Horas de Tutorías	Fecha de Tutorías	Tema tratado	Tipo de tutoría		Porcentaje de Avance	FIRMAN		Pag. N°.
			Presencial	Virtual		Docente	Estudiante	
2	25/04/19	Capítulo IV Resultado de la Investigación	✓		10%			
1	30/01/19	Resultados Obtenidos de la Investigación	✓		10%			
1	1/02/19	Análisis e interpretación de datos	✓		5%			
3	6/02/19	Conclusiones -- Recomendaciones		✓	5%			
3	11/02/19	Capítulo V Propuesta Técnica		✓	10%			
4	15/02/19	Título de la Propuesta	✓		10%			
2	18/02/19	Justificación	✓		5%			
1	22/02/19	Objetivo General y Específico	✓		5%			
3	14/03/19	Aspectos Básicos y Estructura General de propuesta		✓	10%			
2	24/03/19	Diversos temas a tratar -- Componentes	✓		10%			
2	24/03/19	Resultados Esperados -- Anexos de lo anterior	✓		10%			
1	03/04/19	Anexos		✓	10%			