



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

**PREVALENCIA DE PARTOS PREMATUROS RELACIONADOS CON
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA, HOSPITAL MATERNIDAD
MARIANA DE JESUS, 2015 - 2016**

AUTOR (ES):

**MARIA JACQUELINE REGALADO SUAREZ
ERIKA LISSET RUIZ LINDAO**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
MÉDICO**

TUTOR:

DRA. ELIZABETH BENITES

Guayaquil, Ecuador

27 de abril del 2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **REGALADO SUAREZ MARIA JAQUELINE Y RUIZ LINDAO ERIKA LISSET**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTOR (A)

f. _____
Dra. Elizabeth Benites

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Dr. Aguirre Martínez Juan Luis

Guayaquil, a los 27 del mes de abril del año 2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **REGALADO SUAREZ MARIA JAQUELINE Y RUIZ LINDAO**
ERIKA LISSET

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **PREVALENCIA DE PARTOS PREMATUROS RELACIONADOS CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA, HOSPITAL MATERNIDAD MARIANA DE JESUS, 2015 – 2016**, previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 27 del mes de abril del año 2017

f. _____
REGALADO SUAREZ MARIA

f. _____
RUIZ LINDAO ERIKA LISSET



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **REGALADO SUAREZ MARIA JAQUELINE Y RUIZ LINDAO**
ERIKA LISSET

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **PREVALENCIA DE PARTOS PREMATUROS RELACIONADOS CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA, HOSPITAL MATERNIDAD MARIANA DE JESUS, 2015 – 2016**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 27 del mes de abril del año 2017

EL (LAS) AUTOR(AS):

f. _____
REGALADO SUAREZ MARIA

f. _____
RUIZ LINDAO ERIKA LISSET

AGRADECIMIENTO

AGRADECIMIENTO:

Agradecemos en primer lugar a Dios ya que sin él nada de esto fuera posible, a nuestros padres por ser pilares fundamentales durante todos estos años, por ser esas personas incondicionales que siempre estuvieron y que siempre estarán ahí para seguirnos apoyando en todo lo que nos propongamos, por ese amor incondicional y la paciencia que solo ellos pudieron brindarnos en este arduo camino, les quedaremos eternamente agradecidas, a nuestros hermanos y hermanas por ser aquellos amigos que supieron comprendernos y escucharnos, a nuestra amiga Doris Paredes que nos guió en la realización de esta tesis. Agradecemos a nuestros Hospitales donde realizamos nuestro año de internado, Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón y Hospital Universitario de Guayaquil por todo este año lleno de aprendizaje y experiencias inolvidables, a aquellos Galenos que nos compartieron sus conocimientos para ser mejores médicos. Al Hospital Maternidad Mariana de Jesús por la atención brindada a nuestra solicitud para la obtención de los datos estadísticos y el respectivo envío del mismo. A nuestra Tutora de tesis por su apoyo en que este trabajo tenga excelente resultados.

Atentamente.

María Jacqueline Regalado Suárez

Erika Lisset Ruiz Lindao



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DRA ELIZABETH BENITES ESTUPIÑAN

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

f. _____

DR. ANTONIO CHEDRAUI ODE

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

f. _____

DR. GUIDO MORENO CORDOVA

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

ÍNDICE

Resumen.....	VIII
Abstract.....	IX
Introducción.....	2
Marco teórico.....	4
1. Definición.....	3
1.1 Factores de riesgo.....	5
1.2 Fisiopatología.....	6
1.3 Diagnostico.....	7
1.4Evolución y pronóstico.....	7
2. Materiales y Métodos	9
Materiales y métodos.....	9
Diseño del estudio.....	9
Resultados.....	13
Discusión.....	14
Conclusión.....	15
Referencias.....	16

Resumen

Introducción: La ruptura prematura de membranas (RPM) se define como la solución de continuidad de las membranas corioamnióticas ocasionada a partir de las 20 semanas de gestación hasta antes del inicio del trabajo de parto. El objetivo del estudio es Correlacionar la prevalencia de partos prematuros relacionados con la ruptura prematura de membrana, para disminuir la morbi-mortalidad materno-infantil, con datos obtenidos del Hospital Maternidad Mariana de Jesús. **Metodología** Es un estudio retrospectivo, diseño observacional, descriptivo no experimental, de corte transversal, se realizó por métodos de CHI 2. Se calculó OR, RR, IC; además de la relación entre diversas variables y la analítica de los datos, los cuales fueron recolectados de la base de datos enviados por el departamento de Estadísticas del Hospital Maternidad Mariana de Jesús, Las ventajas en este estudio es que el hospital nos facilitó la base de datos donde se realizó el estudio, pero la desventaja es que no nos permitieron el acceso a las carpetas de las pacientes además existían variables incompletas por lo cual se eliminaron de la base de datos.

Resultados Se demostró que la primera causa de RPM es la infección de vías urinarias seguidas por la infección genital. Se realizó el CHI2 obteniendo resultados favorables para la investigación, obteniendo un riesgo relativo de 1.05, OR 1.11 con un IC (-2.2:4.51)

Conclusiones: Se realizó el CHI2 obteniendo resultados favorables para la investigación, obteniendo un riesgo relativo de 1.05, OR 1.11 con un IC (-2.2:4.51). , obteniendo resultados basados en la realidad de una unidad hospitalaria en el periodo de un año, para de esta manera poder dar a

conocer lo importante que es informar a las gestantes acerca del debido cuidado y control durante su embarazo, de esta manera evitar la presencia de factores de riesgo que puedan ocasionar RPM, corioamnionitis y en el peor de los casos comprometer la vida de la madre y el neonato.

Palabras clave

Ruptura prematura de membrana, Parto pretérmino, Corioamnionitis, Infección, Periodo de latencia

Abstract

Summary

Introduction: Premature rupture of membranes (RPM) is defined as the solution of continuity of the chorioamniotic membranes occasioned from the 20 weeks of gestation until before the beginning of labor. The objective of the study is to correlate the prevalence of premature births related to premature rupture of the membrane, in order to reduce maternal-infant morbidity and mortality, with data obtained from Maternidad Mariana de Jesús Hospital. Methodology A retrospective, observational, descriptive, non-experimental, cross-sectional study was performed by methods of CHI 2. OR, RR, CI; In addition to the relationship between various variables and the data analysis, which were collected from the database sent by the Statistics Department of the Maternidad Mariana de Jesús Hospital. The advantages in this study are that the hospital provided the basis for Data where the study was performed, but the disadvantage is that we were not allowed access to the patients' folders, in addition there were incomplete variables and therefore they were eliminated from the database.

Results It was shown that the first cause of RPM is infection of the urinary tract followed by genital infection. The CHI2 was obtained obtaining favorable results for the investigation, obtaining a relative risk of 1.05, OR 1.11 with a CI (-2.2: 4.51)

Conclusions: CHI2 was obtained obtaining favorable results for the investigation, obtaining a relative risk of 1.05, OR 1.11 with a CI (-2.2: 4.51). , Obtaining results based on the reality of a hospital unit in the period of one year, so as to be able to reveal the importance of informing pregnant women about the proper care and control during their pregnancy, thus avoiding the presence Of risk factors that may cause RPM, chorioamnionitis and in the worst case, compromise the life of the mother and the neonate.

Keywords: Premature rupture of membrane, Preterm birth, Chorioamnionitis, Infection, Period of latency

Introducción:

La ruptura prematura de membranas (RPM) se define como la solución de continuidad de las membranas corioamnióticas ocasionada a partir de las 20 semanas de gestación hasta antes del inicio del trabajo de parto. La RPM en producto pretérmino corresponde a aquella que ocurre antes de las 37 semanas de gestación, donde hay al menos una hora entre la ruptura de las membranas y el inicio de las contracciones. La ruptura prematura de membranas (RPM) se evidencia en el 10% de los embarazos, y la ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP) se produce en el 3% y se ven vinculadas a un 30-40% de los casos de prematuridad.

En cuanto a la fisiopatología los estudios histológicos del sitio de ruptura de las membranas han demostrado zonas con morfología alterada, caracterizadas por engrosamiento del tejido conectivo, adelgazamiento del citotrofoblasto y la decidua, y disrupción de las conexiones entre el amnios y el corion. Estos cambios fisiológicos a término, acompañan a la dilatación cervical y resultan en el debilitamiento focal de las membranas a nivel del os interno y predisponen a la ruptura en ese sitio. A nivel bioquímico y celular se sabe que estos cambios son producidos por la liberación de eicosanoides, fosfolipasas, citocinas, metaloproteinasas, elastasas y otras proteasas en respuesta a algún estímulo fisiológico o patológico.

Esta agravante obstétrica puede perjudicar a todos los embarazos y dificultar los mismos con sumo riesgo de morbimortalidad materno perinatal, entre las complicaciones primordiales existen: corioamnionitis, infección posparto, desprendimiento prematuro de placenta, sepsis

materna, membrana hialina, sepsis neonatal, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante, mayor compromiso neurológico y mayor riesgo de compresión de cordón umbilical, entre otros.

Los riesgos de mayor importancia para el feto con RPM de manera prematura (RPMP) son las complicaciones de la prematuridad propiamente dicha. La complicación más grave en todas las edades gestacionales precedente al término del embarazo es el síndrome de dificultad respiratoria (SDR). La enterocolitis necrotizante (ENC), hemorragia intraventricular y sepsis no son tan frecuentes en la RPMP cerca de término. Lo más frecuente en la RPMP, en relación con los recién nacidos pretérmino, posterior al parto con membranas íntegras es la sepsis perinatal.

En los factores de riesgo para RPM se incluyen infecciones de transmisión sexual y urinarias, bajo índice de masa corporal, tabaquismo, antecedente de parto pretérmino, distensión uterina ocasionada por polihidramnios o embarazo múltiple, bajo nivel socioeconómico, conización cervical, cerclaje cervical, amniocentesis, déficit nutricional, y sangrado vaginal dentro del segundo o tercer trimestre del embarazo. El riesgo de reincidencia de la RPMP es del 16 al 32%. El riesgo de RPM en gestantes a las que se les ejecuta amniocentesis en el segundo trimestre es del 1.2% y 0.6% se le da al riesgo atribuible de pérdida del embarazo.

En un artículo publicado en la revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología en el año 2015 indica que la infección intrauterina ha resurgido como la mayor causa de parto pretérmino. Se considera que el 25% de

totalidad de los partos pretérmino ocurren a gestantes que han sido afectadas por una superpoblación microbiana en la cavidad amniótica, aun cuando estas infecciones son subclínicas mayoritariamente y se dan en algunos casos de manera natural, esto puede llegar a ser el causante de hasta 40% de los casos reportados de parto pretérmino, de tal manera es el único proceso patológico en el que se evidencia una fuerte relación firme de causalidad con prematuridad y en el que el mecanismo fisiopatológico es conocido. Se ha supuesto como teoría que la infección intrauterina es un proceso crónico y generalmente puede ser asintomático hasta que la labor de parto inicia o hasta que la RPMP se manifiesta, a este evento se lo conoce con corioamnionitis.

MARCO TEÓRICO

1. Ruptura Prematura de Membrana (RPM)

La ruptura prematura de membranas (RPM) se define como la ruptura de membranas que se produce de manera espontánea antes del comienzo del trabajo de parto. El término latencia indica el tiempo que se genera entre la ruptura y la finalización del embarazo. Así, el tiempo de latencia y la edad gestacional son indicativos para el pronóstico y de manera consecuente para el manejo de la patología de acuerdo a la posibilidad o no de culminación del embarazo. Cuando la RPM se produce antes de las 37 semanas es catalogada como ruptura prematura de membranas fetales pretérmino (RPMF). De esta manera es como muchos autores han clasificado la RPMF de distintas maneras. Cerca del 8 a 10% del total de los embarazos a

término las membranas fetales se rompen de manera anticipada al inicio del trabajo de parto. Si el trabajo de parto no se induce, 60-70% de estos inician el trabajo de parto manera espontánea en un periodo de tiempo de 24 horas y aproximadamente el 95% lo hará en un lapso de tiempo no mayor de las 72 horas. Es de gran importancia conocer que mientras mayor sea el tiempo de latencia, el riesgo de infección materna y fetal es directamente proporcional. De tal manera, el manejo para las gestantes es controversial, esto se debe a que por un lado existe la prematuridad fetal y por otro se encuentra el riesgo de infección tanto materna como fetal. (1,2)

1.1 Factores de riesgo

Las patologías del tejido conectivo se han visto vinculadas con membranas fetales débiles y un aumento en la incidencia de RPM. Dentro de estas enfermedades es probable encontrar el lupus eritematoso sistémico (LES) y el síndrome de Ehlers-Danlos, estas patologías están asociadas con una mayor presentación de RPMP. Un estudio realizado en mujeres con el síndrome de Ehlers-Danlos halló que los tipos con mayor frecuencia de este síndrome eran el I, III y IV. Además de esto, registró una tasa de parto pretérmino de 23,1% y de aborto espontáneo de 28,9%. (3)

Ciertos autores han asociado deficiencias nutricionales como un factor predisponente para presentar RPMP. Estaría en relación con la formación de las fibras de colágeno y elastina ya que existen mecanismos enzimáticos que son dependientes de cobre. También estudios realizados hallaron relación de RPM con disminución de ácido ascórbico. La deficiencia de hierro y la anemia la cual genera hipoxia pudieran inducir a estrés materno y

también fetal, esto estimula la síntesis de hormona liberadora de corticotropina (CRH), los niveles aumentados de CRH son un factor predisponente para presentar no solo RPM, sino a su vez otras complicaciones como hipertensión inducida por el embarazo, eclampsia, retardo del crecimiento intrauterino e infección. (3,4)

La infección intrauterina emerge como una causa elevada de parto pretérmino. Aproximadamente el 25% de todos los partos pretérmino suceden a madres que han pasado por una invasión microbiana en la cavidad amniótica, aunque estas infecciones fueron en su mayoría subclínicas en naturaleza, inclusive otros estudios sugieren que podría llegar a tener una responsabilidad de hasta 40% de los casos de parto pretérmino, por lo que es el único proceso patológico en el que se encuentra una relación de causalidad con prematuridad y con un proceso fisiopatológico conocido. (5, 6,7)

1.2 Fisiopatología

La ruptura de las membranas fetales durante el trabajo de parto, ha sido atribuida a una debilidad generalizada de estas membranas, debido a la magnitud de las contracciones uterinas y al estiramiento repetitivo de las mismas. Se ha encontrado un área cercana al lugar de ruptura y se ha denominado “zona de morfología alterada”, la cual se halla presente antes de la ruptura de la membrana y debida al trabajo de parto. (8)

McLaren en su estudio publicado consideraron tomar muestras de las membranas fetales a diferentes regiones, encontrando diferencias entre las membranas cervicales las cuales pudieran representar una región de

debilidad estructural susceptible a la ruptura de membranas durante el trabajo de parto, y las relaciones paracrinas entre las membranas fetales y el miometrio las cuales pudieran estar afectadas cualitativamente entre diversas regiones del útero. (9, 10, 11)

1.3 Diagnóstico

La RPM puede diagnosticarse de la siguiente manera:

1. Visualización de manera directa de la salida del líquido amniótico trans-cervical o la acumulación del mismo en fondo de saco vaginal.
2. Ecografía donde se cuantifique el índice de líquido amniótico (ILA).
3. Realizar prueba de Nitrazina donde se visualiza cambio de coloración del papel de amarillo a azul esto se debe a la alcalinización por la presencia de líquido amniótico. (12)
4. Realizar prueba de arborización en helecho, consiste en realizar un Frotis + cristalización de líquido amniótico obtenido de fondo de saco vaginal. (13)
5. Se debe realizar investigación de la proteína Placenta alfa microglobulina-1 (PAMG-1), la cual es una proteína que realiza su síntesis en la decidua. La cantidad en la que se encuentra en el líquido amniótico es de 100-1000 veces superior a la que se presenta en la sangre materna. Esta proteína está ausente en muestras biológicas como el semen u orina. Tiene una sensibilidad cerca del 99% y una especificidad que va a variar del 87.5-100%.(14,15,16)

1.4 Evolución y pronóstico

Esta patología genera un aumento significativo a la morbi-mortalidad materno neonatal, el manejo de RPM va a depender de la edad gestacional. En aquellos embarazos que son menores a 24 semanas o de menor edad gestacional, el manejo expectante no tiene justificativo, una vez que se ha confirmado el diagnóstico utilizando todos los estudios que se encuentren disponibles en este caso la interrupción del embarazo es recomendada, esto se plantea a causa del pronóstico neonatal no favorable y el riesgo materno elevado que conlleva esto. (17,18)

En embarazos que se encuentran cursando entre 24 a 34 semanas 6 días, la recomendación que se efectúa es el manejo expectante con maduración pulmonar fetal y terapia antibiótica profiláctica para la mejoría del pronóstico neonatal y de esa manera disminuir la morbi-mortalidad materna. (18,19)

En embarazos de 35 semanas o más se sugiere continuar con el embarazo. Las gestantes cursando en trabajo de parto con evidencia de corioamnionitis, tienen existencia de compromiso fetal, muerte fetal, desprendimiento normoplacentario, y de 35 semanas de edad gestacional o más, requieren presura en su nacimiento. (20,21)

La RPM puede suscitarse en cualquier embarazada, siendo el manejo efectivo y oportuno la estrategia indicada para disminuir la morbi-mortalidad materno neonatal. (22)

2. MATERIALES Y MÉTODOS:

Es un estudio retrospectivo, diseño observacional, descriptivo no experimental, de corte transversal, se realizó por métodos de CHI 2. Se calculó OR, RR, IC; además de la relación entre diversas variables y la analítica de los datos, los cuales fueron recolectados de la base de datos enviados por el departamento de Estadísticas del Hospital Maternidad Mariana de Jesús.

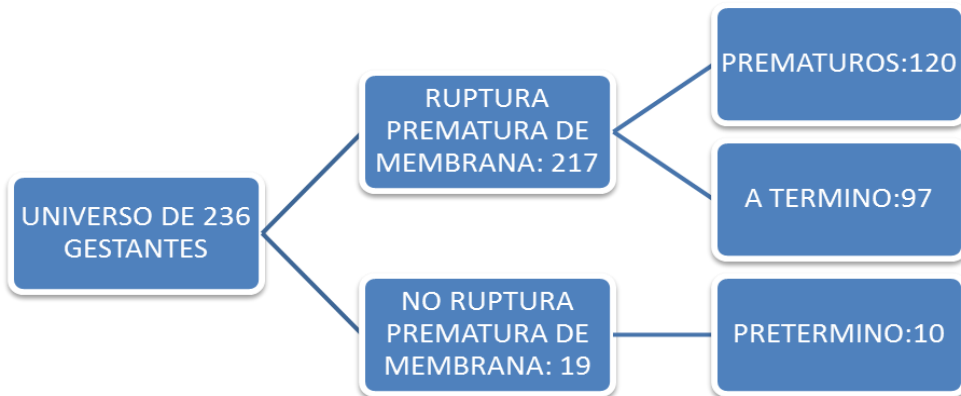
3. DISEÑO DEL ESTUDIO

Para el estudio de este proyecto se utilizó una población de 285 gestantes, teniendo en cuenta diversas variables entre esas están las siguientes:

TABLA 1: VARIABLES

VARIABLES		
EDAD		22
INFECCION		
	IVU	178
	NO	61
	VAGINOSIS	48
EDAD GESTACIONAL		
	PREMATURO	130
	TERMINO	106

En el siguiente flujograma se demuestra la relación entre partos prematuros y RPM.



Se realizó el CHI2 obteniendo resultados favorables para la investigación, obteniendo un riesgo relativo de 1.05, OR 1.11 con un IC (-2.2:4.51)

TABLA 2: CHI2, RIESGO RELATIVO, OR DE RPM Y PREMATURIDAD

	PREMATURO	TERMINO		RR	OR
RPM	120	97	217	1,05069124	1,11340206
NO RPM	10	9	19		
	130	106	236		

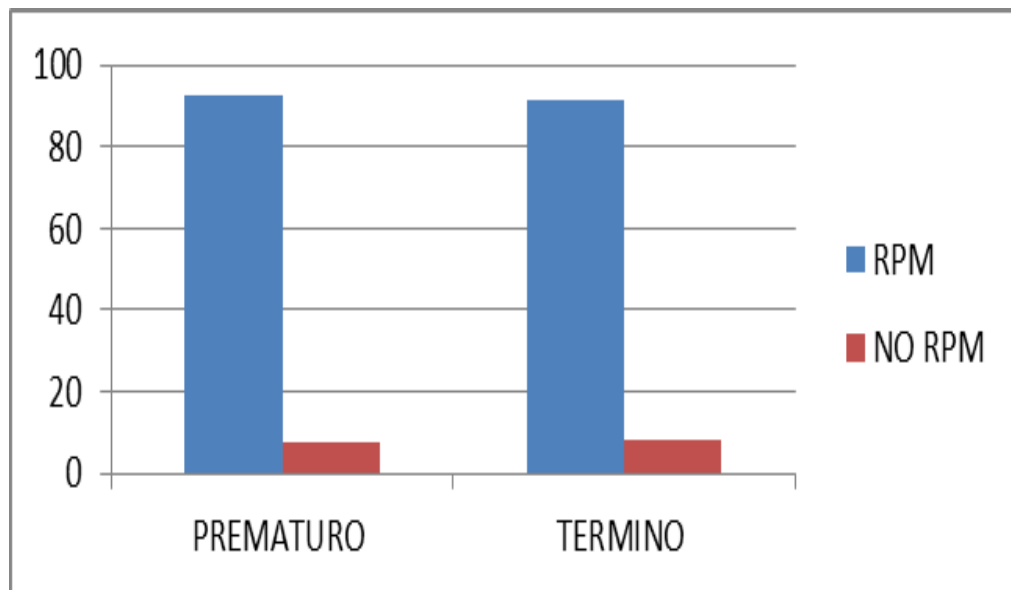
119,533898	97,46610169
119,533898	8,533898305

CHI 2	1,24529E-23
-------	-------------

IC	0,479326322	-2,2888008
	3,40220286	4,51560492

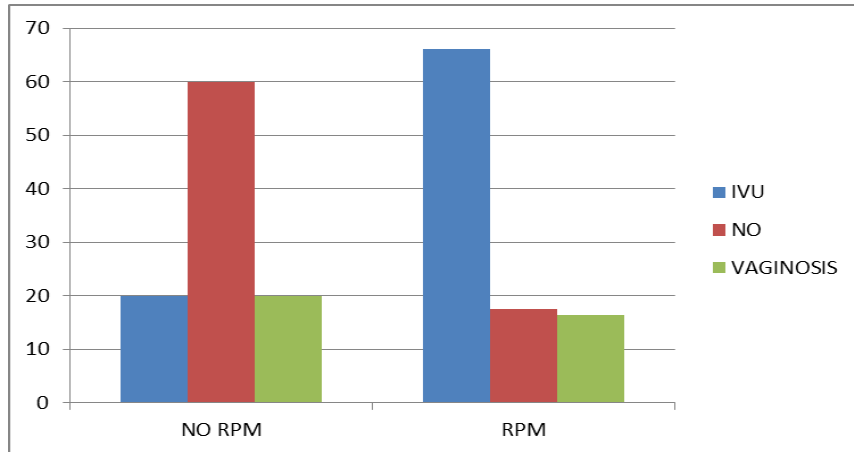
Según los porcentajes la RPM es la primera causa de parto pretérmino sin exclusión de partos a términos puesto que este se origina por una infección que puede presentarse en cualquier etapa del embarazo si esta se presenta antes de las 20 semanas existe el riesgo de aborto e inferior de 37 semanas de gestación podría darse amena de parto pretérmino, no debemos olvidar que a menor edad gestacional es mayor la inmadurez pulmonar por lo que hay que considerar el uso de corticoides durante el embarazo en caso de amenaza de parto pretérmino.

GRAFICO 1: PORCENTAJE DE RELACION ENTRE RPM Y PREMATURIDAD



Se demostró que la primera causa de RPM es la infección de vías urinarias seguidas por la infección genital.

GRAFICO 2: RELACION ENTRE INFECCIONES Y RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA



También se calculó el CHI2 de la relación de infección de vías urinarias con RPM obteniendo resultados significativos, teniendo RR 2.91, OR 7.2 con un IC (3.51:11.04)

GRAFICO 3: CHI2 ENTRE IU Y RPM

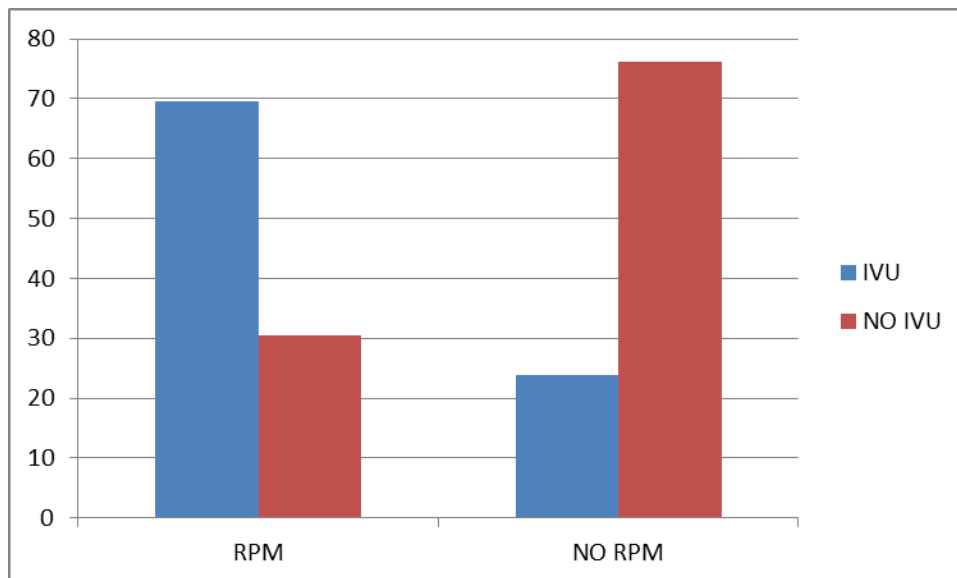
	IVU	NO IVU		RR	OR
RPM	173	76	249	2,91807229	7,28421053
NO RPM	5	16	21		
	178	92	270		

164,155556	84,8444444
164,155556	7,15555556

CHI 2	4,0127E-38
-------	------------

IC	0,53050753	3,51872935
	3,76548118	11,0496917

Grafico 3: RELACION ENTRE INFECCIONES Y RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA



RESULTADOS:

Se utilizó una población de 285 gestantes donde se obtuvo un CHI2 1,24529E-2, RR de 1.05, OR 1.11 con un IC (-2.2:4.51) de la relación entre RPM y prematuridad.

Es importante tener en cuenta que la primera causa de RPM son las infecciones, específicamente las causantes por E.coli (infecciones de vías urinarias) donde se demostró que el 69.47 % de los casos de RPM fueron por E. coli seguidos por vaginosis en los casos que no se reportaron infecciones de vías urinarias no presentaron RPM.

DISCUSIÓN:

Se utilizó una población de 285 gestantes donde se obtuvo un CHI2 1,24529E-2, RR de 1.05, OR 1.11 con un IC (-2.2:4.51) de la relación entre RPM y prematuridad.

Es importante tener en cuenta que la primera causa de RPM son las infecciones, específicamente las causantes por E.coli (infecciones de vías urinarias) donde se demostró que el 69.47 % de los casos de RPM fueron por E. coli seguidos por vaginosis en los casos que no se reportaron infecciones de vías urinarias no presentaron RPM.

Las ventajas en este estudio es que el Hospital Maternidad Mariana de Jesús nos facilitó la base de datos donde se realizó el estudio, pero la desventaja es que no nos permitieron el acceso a las carpetas de las pacientes además existían variables incompletas por lo cual se eliminaron de la base de datos.

CONCLUSIÓN:

La Ruptura prematura de membrana (RPM) es una de las agravantes más frecuentes y una de las preocupaciones médicos obstétricos de gran controversia al momento de su manejo; afecta de manera negativa al embarazo y se asocia a un incremento de morbi - mortalidad materna neonatal, debido a esto nos decidimos a realizar este trabajo, obteniendo resultados basados en la realidad de una unidad hospitalaria en el periodo de un año, para de esta manera poder dar a conocer lo importante que es informar a las gestantes acerca del debido cuidado y control durante su

embarazo, de esta manera evitar la presencia de factores de riesgo que puedan ocasionar RPM, corioamnionitis y en el peor de los casos comprometer la vida de la madre y el neonato.

REFERENCIAS

1. Adriana Doren V. Jorge Carvajal C.. (2012). Alternativas de manejo expectante de la rotura prematura de membranas antes de la viabilidad en embarazos únicos. REV CHIL OBSTET GINECOL, 77, 225-234.
2. Luchin F. Wong, MD1,2, Calla M. Holmgren1,2, Robert M. Silver1,2, Michael W. Varner, MD1,2, and Tracy A. Manuck. (2015). Outcomes of expectantly managed pregnancies with multiple gestations and preterm premature rupture of membranes prior to 26 weeks. NIH, 212, 1-15.
3. Sharp GC, Stock SJ, Norman JE. (2014). Fetal assessment methods for improving neonatal and maternal outcomes in preterm prelabour rupture of membranes fetal assessment methods for improving neonatal and maternal outcomes in preterm prelabour rupture of membranes. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group., 10, 1-47.
4. Kendall Vargas Arias Carla Vargas Román. (2014). RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS. REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA, 613, 719 – 723.
5. Kathleen F. Brookfield, MD, phd, MPH1, Yasser Y. El-Sayed, MD1, Lisa Chao, MD1, Victoria Berger, MD1, Mariam Naqvi, MD1, and Alexander J. Butwick, MBBS, FRCA. (2015). Antenatal Corticosteroids for Preterm Premature Rupture of Membranes: Single or Repeat Course. HHS, 32(6), 537–544.

6. Msc. Niobys Sánchez Ramírez, msc. Alfredo Nodarse Rodríguez, msc. Ana Mary Sanabria Arias, msc. Ada Octúzar Chirino, msc. Martha Patricia Couret Cabrera, msc. Dayamí Díaz Garrido. (2013). Neonatal morbidity and mortality in patients with premature rupture of membranes. *scielo*, 39, 343-353.
7. Dr. Juan Antonio Suárez González, MSc. Dr. Mario Gutiérrez Machado, Dr. Ahmad Rafi Noorani Rozan y Dra. Verónica Paola Gaibor Iza. (2016). La rotura prematura de membranas pretérmino y su relación con las consecuencias maternas y perinatales. *Revista Acta Médica del Centro*, 10, 40-47.
8. Fernando agosto lópez-osma*, sergio alexander ordóñez-sánchez. Ruptura prematura de membranas fetales: de la fisiopatología hacia los marcadores tempranos de la enfermedad. *Revista colombiana de obstetricia y ginecología* vol. 57 no. 4. 2012
9. Gisella Muñoz-Aznarán¹, José Antonio Lévano¹, José Raúl Paredes¹. Rotura prematura de membranas en gestantes a término: factores asociados al parto abdominal *rev per ginecol obstet*. 2013
 - A. Ochoa, J. Pérez Dettoma. Amenaza de parto prematuro. Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2011
10. Miguel Iugones Botelli; Marieta Ramírez Bermúdez. Rotura prematura de membranas, aspectos de interés para la atención primaria de salud. *Rev cubana med gen integr* 2015.

11. Rene rivera. Frasia caba, jorge aguilara. Fisiopatología de la rotura prematura de las membranas ovulares en embarazos de pretérmino. Rev chil obstet ginecol 2014
12. Dres. López d'amato f*, andina e*, latera c*, almada r*, frailuna a*, illia r* y susacasa s. Recomendaciones para el manejo de la rotura prematura de membranas. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón sardá 2015
13. Dare mr, middleton p, crowther ca, flenady vj, varatharaju b. Parto temprano programado versus conducta expectante (espera) para la rotura de membranas antes del trabajo de parto a término (emanas o más) (revisión cochrane traducida). La biblioteca cochrane plus, 2013
14. Sociedad española de ginecología y obstetricia. Rotura prematura de membranas. Protocolos asistenciales en obstetricia. Madrid: sego, 2012.
15. Kenyon s, bouvain m, neilson j. Antibiotics for preterm rupture of membranes. Cochrane database of systematic reviews 2014
16. Kenyon sl, taylor dj, tarnow-mordi w. Broad spectrum antibiotics for preterm, prelabor rupture of fetal membranes: the oracle i randomized trial. Oracle collaborative group [published erratum appears in lancet 2001; 358: 156]. Lancet 2015
17. Bryant-Greenwood GD, Millar LK. Human fetal membranes: their preterm premature rupture. BiolReprod 2013;63:1575-9.
18. Romero R, Chaiworapongsa T, Espinoza K, Gomez

19. R, Yoon BH, Edwin S, et al. Fetal plasma MMP-9 concentrations are elevated in preterm premature rupture of the membranes. *Am J Obstet Gynecol* 2012;187:1125-30.
20. Polzin WJ, Brady K. The etiology of premature rupture of membranes. *Clin Obstet Gynecol* 2014;41:810-6.
21. Ferguson SE, Smith GN, Salenieks ME, Windrim R, Walker MC. Preterm premature rupture of membranes. Nutritional and socioeconomic factors. *Obstet Gynecol* 2012;100:1250-6.
22. Williams MA, Mittendorf R, Stubblefield PG, Lieberman E, Schoenbaum SC, Monson RR. Cigarettes, coffee, and preterm premature rupture of the membranes. *Am J Epidemiol* 2012;135:895-903.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, María Jacqueline Regalado Suárez con C.C: #0929747459 y Erika Lisset Ruiz Lindao, con C.C: # 0930985296 autoras del trabajo de titulación: **PREVALENCIA DE PARTOS PREMATUROS RELACIONADOS CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA, HOSPITAL MATERNIDAD MARIANA DE JESUS, 2015 – 2016** previo a la obtención del título de **MEDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **27 de abril de 2017**

f. _____

REGALADO SUAREZ MARIA

C.C: 0929747459

f. _____

RUIZ LINDAO ERIKA LISSET

C.C. 0930985296

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	PREVALENCIA DE PARTOS PREMATUROS RELACIONADOS CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA, HOSPITAL MATERNIDAD MARIANA DE JESUS, 2015 - 2016		
AUTOR(ES)	MARIA JACQUELINE REGALADO SUAREZ ERIKA LISSET RUIZ LINDAO		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	DRA ELIZABETH BENITES		
INSTITUCIÓN:	UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL		
FACULTAD:	FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS		
CARRERA:	MEDICINA		
TITULO OBTENIDO:	MEDICO GENERAL		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	27 de ABRIL DEL 2017	No. DE PÁGINAS:	31
ÁREAS TEMÁTICAS:	PROBLEMAS EMERGENTES Y REEMERGENTES		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA, GESTANTES/EMBARAZADAS, PREMATURIDAD, INFECCIONES.		

RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):

Se utilizó una población de 285 gestantes donde se obtuvo un χ^2 1,24529E-2, RR de 1.05, OR 1.11 con un IC (-2.2:4.51) de la relación entre RPM y prematuridad.

Es importante tener en cuenta que la primera causa de RPM son las infecciones, específicamente las causantes por E.coli (infecciones de vías urinarias) donde se demostró que el 69.47 % de los casos de RPM fueron por E. coli seguidos por vaginosis en los casos que no se reportaron infecciones de vías urinarias no presentaron RPM.

Es un estudio retrospectivo, diseño observacional, descriptivo no experimental, de corte transversal, se realizó por métodos de χ^2 . Se calculó OR, RR, IC; además de la relación entre diversas variables y la analítica de los datos, los cuales fueron recolectados de la base de datos enviados por el departamento de Estadísticas del Hospital Maternidad Mariana de Jesús.

Las ventajas en este estudio es que el Hospital Maternidad Mariana de Jesús nos facilitó la base de datos donde se realizó el estudio, pero la desventaja es que no nos permitieron el acceso a las carpetas de las pacientes además existían variables incompletas por lo cual se eliminaron de la base de datos.



ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTORES:	<p>Teléfono: 0988951675</p> <p>MARIA REGALADO</p> <p>0982419127</p> <p>ERIKA RUIZ</p>	<p>E-mail: <u>majaresu17@gmail.com</u></p> <p>MARIA REGALADO</p> <p>erika_liss27@hotmail.com</p> <p>ERIKA RUIZ</p>
CONTACTO CON INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	LA	<p>Nombre: Elizabeth Benites</p> <p>Teléfono: ebenitese@yahoo.com</p> <p>E-mail: 0999615530</p>
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA		
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):		
Nº. DE CLASIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		