

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Obstetricia y Puericultura

Escuela Profesional de Obstetricia y Puericultura



FACTORES MATERNOS EN GESTANTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS SEGÚN EDAD GESTACIONAL, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, ENERO-DICIEMBRE 2017.

Tesis presentada por las Bachilleres

Arapa Quiroz Brigitte

Araujo Bravo Mary Shelsy

Para optar el Título Profesional de

Licenciada en Obstetricia

Asesor:

Dr. Vega Ortiz Dante Alfredo

Arequipa-Perú

2018

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

Arequipa, 29 agosto del 2018.....

INFORME DE DICTAMEN DEL BORRADOR DE TESIS DE PREGRADO

A: Mgter. Ricardo Flores Flores.....
Decana de la Facultad de Obstetricia y Puericultura

DE: Mgter. Lourdes Arencibia Heredia..
Mgter. Armida Fernandez Vasquez
Dr. Nelson Rosado Santander.....
Dictaminadores del Borrador de Tesis

TITULO DEL BORRADOR:

"Factores Maternos en gestantes con Ruptura.....
Prematura de membranas según edad gestacional.....
Atendidas en el Hospital Honorio Delgado Espinoza.....
Arequipa Enero - Diciembre 2017".....

PRESENTADO POR:

Brigitte Arapa Guíroz.....
Mary Shelsy Araujo Brava.....

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia.

Hechas las correcciones a las observaciones que se encontraron en el mencionado BORRADOR DE TESIS, se dá el DICTAMEN FAVORABLE.

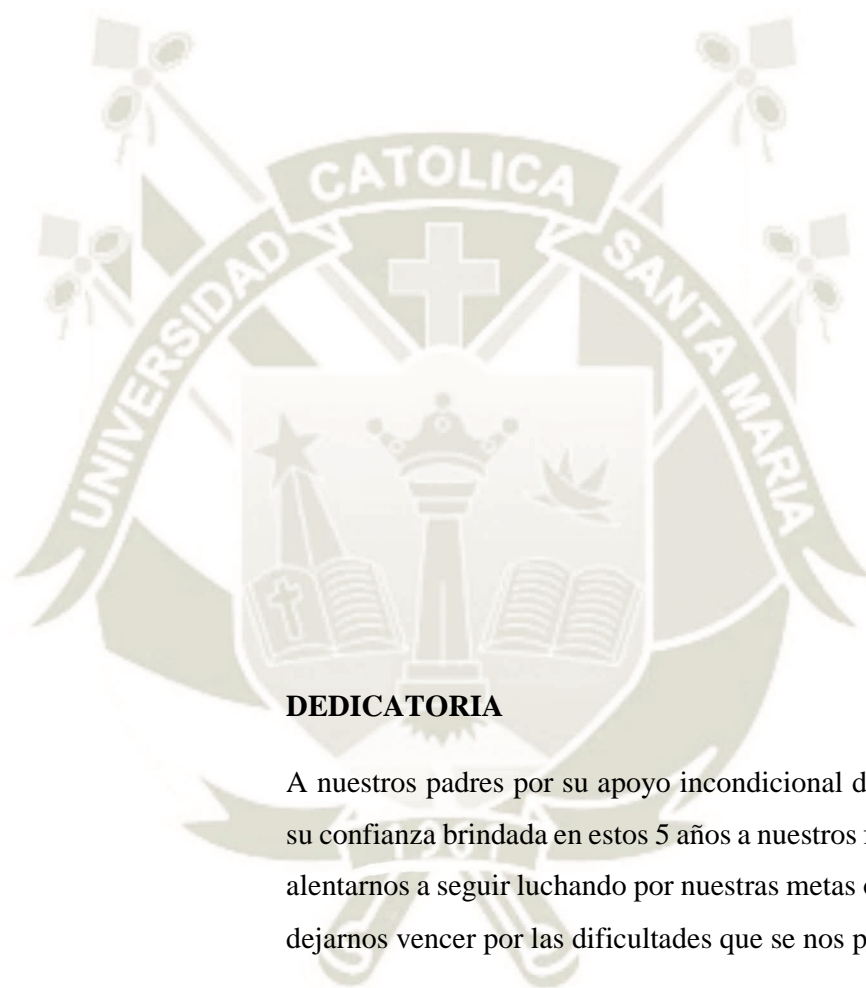
Atentamente.



AGRADECIMIENTO

A Dios por cada día y oportunidad que nos brinda, a nuestro asesor y dictaminadores por su dedicación, apoyo y tiempo brindado durante esta etapa de nuestra carrera.

A nuestra alma mater la UCSM, Facultad de obstetricia y puericultura por habernos acogido todos estos años.



DEDICATORIA

A nuestros padres por su apoyo incondicional día a día y por su confianza brindada en estos 5 años a nuestros familiares por alentarnos a seguir luchando por nuestras metas objetivas y no dejarnos vencer por las dificultades que se nos presenten.

BRIGITTE ARAPA QUIROZ

MARY SHELSY ARAUJO BRAVO



EPÍGRAFE

En el verdadero éxito la suerte no tiene nada que ver, la suerte es para los improvisados y aprovechados; y el éxito es el resultado obligado de la constancia, de la responsabilidad, del esfuerzo, de la organización y del equilibrio entre la razón y el corazón.

“ANÓNIMO”

INTRODUCCIÓN

La ruptura espontánea de las membranas corioamnióticas es aquella que se manifiesta luego de las 22 semanas de gestación hasta las 41.6 semanas; se caracteriza por la salida del líquido amniótico a través del conducto cérvico vaginal. (4)

Según el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), en el Perú, la Ruptura Prematura de Membranas se presenta en una frecuencia del 10% de todos los embarazos (5), alrededor de un 80% de los casos ocurre después de las 37 semanas (Ruptura Prematura de Membranas de término), y el 20% restante se presenta en embarazos de pretérmino. Este último grupo contribuye con un tercio de los casos de partos prematuros espontáneos con un importante impacto en la morbilidad perinatal, pues es responsable de alrededor de un 10% del total de las muertes perinatales. La Ruptura Prematura de Membranas también se asocia a un aumento de la morbilidad materna, debido a un significativo incremento en la incidencia de corioamnionitis clínica e infección puerperal. (5)

Entre los factores maternos de gestantes con ruptura prematura de membranas encontramos los factores socioculturales como la edad, el estado civil, la ocupación, el grado de instrucción y el lugar de procedencia, en cuanto a los factores infecciosos como antecedentes podemos considerar la infección de tracto urinario, flujo vaginal y con respecto a los factores maternos gineco-obstétricos encontramos la edad gestacional, anemia, número de controles prenatales, periodo intergenésico, antecedentes de ruptura prematura de membranas, antecedentes de parto prematuro de membranas y presentación fetal que probablemente tengan una relación con la ruptura prematura de membranas según la edad gestacional.

El presente estudio realizó un detallado trabajo de campo, recolectando información mediante fichas de recolección de datos y/o procesos estadísticos similares, luego de analizar la información y tener los resultados encontramos los principales factores maternos relacionados a ruptura prematura de membranas según edad gestacional, el espacio - tiempo estuvieron comprendidos entre los meses de Enero - Diciembre del año 2017 y el grupo estudiado fueron gestantes que presentaron Ruptura Prematura de Membranas, atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

RESUMEN

Introducción: La ruptura prematura de membranas (RPM) es uno de los problemas gineco-obstétricos más comunes que se presentan con frecuencia en hospitales de mayor demanda, es aquella que se manifiesta con pérdida de líquido amniótico luego de las 22 semanas de gestación hasta las 41.6 semanas. Se presenta con una frecuencia del 10% de todos los embarazos según el Instituto Materno Perinatal.

Objetivos: Determinar los factores maternos socioculturales, infecciosos y gineco-obstétricos en gestantes con la ruptura prematura de membranas según su edad gestacional y la relación de estos con el tiempo de aparición de la Ruptura Prematura de Membranas, atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, durante el periodo enero-diciembre 2017.

Metodología: Estudio con tipo de muestreo probabilístico-aleatorio simple, transversal, retrospectivo, con una población total de 346 casos, de los cuales se tomó un grupo de 128 historias clínicas de gestantes que presentaron el diagnóstico de ruptura prematura comprendidas de 22 a 41.6 semanas de gestación, durante el periodo de enero a diciembre del 2017. Para realizar este estudio se revisaron historias clínicas de gestantes con datos completos y letra legible, la información fue procesada y se realizó un análisis cuantitativo bivariado de los intervalos de confianza al 95%.

Resultados: De 128 casos de gestantes con ruptura prematura de membranas, los factores maternos socioculturales según su edad fueron: 64.8% de las gestantes con ruptura prematura de membranas tuvieron entre 18-29 años, se observa que 68.8% de las gestantes con ruptura prematura de membranas fueron convivientes, 68.8% de las gestantes con ruptura prematura de membranas fueron amas de casa, asimismo el 46.9% de las gestantes con ruptura prematura de membranas tuvieron instrucción secundaria, el 78.1% de las gestantes con ruptura prematura de membranas fueron de zonas rurales, con respecto a los factores infecciosos el 60.2% gestantes con ruptura prematura de membranas no tuvieron infecciones del tracto urinario ni antecedentes del mismo, el 96.9% no presentaron flujo vaginal, según los factores gineco-obstétricos de las gestantes con ruptura prematura de membranas con respecto a la anemia el 57.0% presentaron anemia leve, el 53.9% tuvieron 6 a más controles prenatales, el 34.4% presentaron un periodo intergenésico de 2-5 años, el

90.6% no presentaron antecedentes de ruptura prematura de membranas, el 97.7% no tuvieron antecedentes de parto prematuro, el 99.2% no presentaron embarazo múltiple, el 93.0% presentaron presentación cefálica.

Relación entre los factores maternos de gestantes con Ruptura Prematura de Membranas y el tiempo de aparición según la edad gestacional, entre ellos tenemos la edad 39.8% de las gestantes atendidas en el hospital Honorio Delgado Espinoza con ruptura prematura de membranas a término tienen entre 18- 29 años, el 49.2% de gestantes con ruptura prematura de membranas a término son amas de casa, el 33.6% de gestantes con ruptura prematura de membranas a término presentaron instrucción secundaria, el 59.4% de gestantes con ruptura prematura de membrana a término fueron de zonas rurales, el 35.9% de gestantes con ruptura prematura de membranas a término presentaron anemia leve, el 42.2% de gestantes con ruptura prematura de membranas a término tuvieron de 6 a más controles prenatales, el 26.6% de gestantes con ruptura de membranas a término tuvieron un periodo intergenésico de 2 a 5 años.

Conclusiones: Los factores de riesgo materno de gestantes con ruptura prematura de membranas según la edad gestacional son: factores socio culturales, factores infecciosos y los factores gineco-obstétricos como las gestantes de procedencia rural, gestantes que tuvieron grado de instrucción secundaria, gestantes que presentaron ocupación de amas de casa, gestantes con anemia leve, gestantes con más de 6 controles prenatales y gestantes con un periodo intergenésico de 2 – 5 años.

Palabras claves: Ruptura prematura de membranas pre término y a término, edad gestacional, factores socio económico, factores infecciosos, factores gineco--obstétricos.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Premature rupture of membranes (RPM) is one of the most common gynecological-obstetric problems that frequently occur in hospitals with the highest demand. It is manifested with loss of amniotic fluid after 22 weeks of gestation to the hospital. beginning of labor. It occurs with a frequency of 10% of all pregnancies according to the Maternal Perinatal Institute.

OBJECTIVES: To determine the maternal sociocultural, infectious and gynecological-obstetric factors in pregnant women with the premature rupture of membranes according to their gestational age and the relation of these with the time of appearance of the Premature Membrane Rupture, attended in the Regional Hospital Honorio Delgado Espinoza, during the period January-December 2017.

METHODOLOGY: Study with simple, transversal, retrospective probabilistic-random sampling type, with a total population of 346 cases, of which a group of 128 clinical histories of pregnant women who presented the diagnosis of premature rupture comprised of 22 and 41.6 weeks of gestation, during the period from January to December 2017. In order to carry out this study, pregnant women's clinical histories were reviewed with complete data and legible letters, the information was processed and a bivariate quantitative analysis of the 95% confidence intervals was performed.

RESULTS: Of 128 cases of pregnant women with premature rupture of membranes, the maternal sociocultural factors according to their age were: 64.8% of pregnant women with premature rupture of membranes were between 18-29 years, it is observed that 68.8% of pregnant women with premature rupture Of membranes were cohabiting, 68.8% of pregnant women with premature rupture of membranes were housewives, also 46.9% of pregnant women with premature rupture of membranes at term had secondary education, 78.1% of pregnant women with premature rupture of membranes were of rural areas, with respect to infectious factors, 60.2% pregnant women with premature rupture of membranes did not have urinary tract infections or history of the same, 96.9% did not present vaginal discharge, according to the gynecological-obstetric factors of pregnant women with premature rupture of membranes with respect to anemia 57.0% had mild anemia, 53.9% had 6 to more prenatal control, 34.4% presented the intergenetic period of 2-5 years, 90.6% had no history of

premature rupture of membranes, the 97.7% had no history of premature delivery, 99.2% did not have multiple pregnancy, 93.0% presented cephalic presentation.

Relationship between the maternal factors of pregnant women with premature rupture of membranes and the time of appearance according to gestational age, among them we have the age 39.8% of pregnant women treated in the Hospital Honorio Delgado Espinoza with premature rupture of membranes at term have between 18- 29 years, 49.2% of pregnant women with premature rupture of membranes at term are housewives, 33.6% of pregnant women with premature rupture of membranes at term had secondary education, 59.4% of pregnant women with premature rupture of membrane at term were from areas rural, 35.9% of pregnant women with premature rupture of membranes at term had mild anemia, 42.2% of pregnant women with premature rupture of membranes at term had 6 to more prenatal controls, 26.6% of pregnant women with rupture of membranes at term had an intergenetic period of 2 to 5 years.

CONCLUSIONS: The maternal risk factors of pregnant women with premature rupture of membranes according to gestational age are: socio - cultural factors, infectious factors and GYN factors such as pregnant women of rural origin, pregnant women who had secondary education, pregnant women who presented occupation of housewives, pregnant women with mild anemia, pregnant women with more than 6 prenatal and pregnant controls with an intergenetic period of 2 - 5 years.

KEY WORDS: Preterm rupture of preterm and term membranes, gestational age, socio-economic factors, infectious factors, gynecological-obstetric factors.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	VI
RESUMEN	VII
ABSTRACT	IX
CAPÍTULO PLANTEAMIENTO TEÓRICO	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.1. Enunciado	2
1.2. Descripción del problema	2
1.3. Justificación	4
2. OBJETIVOS	5
3. MARCO TEÓRICO	6
3.1. Marco conceptual	6
3.1.1. Membranas ovulares	6
3.1.2. Ruptura prematura de membranas	7
3.1.4. Mecanismos de la ruptura espontánea de las membranas.	8
3.1.5. Etiología	8
3.1.6. Clasificación	9
3.1.7. Otros tipos de clasificación de ruptura prematura de membranas.....	9
3.1.8. Diagnóstico de ruptura prematura de membranas, exámenes auxiliares.....	10
3.1.9. Tratamiento.....	11
3.1.10. Factores maternos en gestantes con ruptura prematura de membranas según su edad gestacional	12
3.2. Análisis de antecedentes investigativos.....	24
4. HIPÓTESIS	28
CAPÍTULO PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	29
1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	30
1.1. Técnica.....	30
1.2. Instrumento	30
1.3. Materiales	32

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	32
2.1. Ubicación espacial.....	32
2.2. Ubicación temporal.....	32
2.3. Unidades de estudio.....	32
3. ESTRATEGIA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	34
3.1. Organización.....	34
3.2. Recursos.....	34
4. ESTRATEGIA PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS.....	35
4.1. Descripción del procedimiento de revisión de Historias Clínicas.....	35
4.2. Plan de procesamiento.....	35
4.3. Plan de análisis de datos:.....	36
CAPÍTULO RESULTADOS.....	37
DISCUSIÓN.....	56
CONCLUSIONES.....	60
RECOMENDACIONES.....	61
BIBLIOGRAFÍA.....	62
ANEXOS.....	67



I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado

“FACTORES MATERNOS EN GESTANTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS SEGÚN EDAD GESTACIONAL, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, ENERO –DICIEMBRE 2017”

1.2. Descripción del problema

a. Área de Conocimiento

- **Área General** : Ciencias de la Salud
- **Área Específica** : Obstetricia
- **Línea** : Ruptura prematura de membranas

b. Análisis y Operacionalización de Variables.

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES *
Factores maternos en gestantes con ruptura prematura de membranas según edad gestacional, Atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza	FACTORES SOCIOCULTURALES	EDAD: • Adolescentes (de 11 a 17 años) • Joven (18 a 29 años) • Adulthood (30 a 59 años)
		ESTADO CIVIL: • Soltera • Casada • Conviviente • Divorciada • Viuda
		OCUPACIÓN • Ama de casa • Trabajadora Independiente • Trabajadora Dependiente
		GRADO DE INSTRUCCIÓN: • Primaria • Secundaria • Superior técnico • Superior universitaria
		LUGAR DE PROCEDENCIA: • Urbana • Rural

Factores maternos en gestantes con ruptura prematura de membranas según edad gestacional, atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza	FACTORES INFECCIOSOS	INFECCIÓN TRACTO URINARIO DURANTE LA GESTACIÓN: • Si • No
		FLUJO VAGINAL: • Si • No
		ANTECEDENTE DE INFECCIÓN DE TRACTO URINARIO: • Si • No
	FACTORES GINECO-OBSTÉTRICOS	GESTANTE CON ANEMIA • Anemia severa: hemoglobina menos de 7 gr/dl. • Anemia moderada: hemoglobina entre 7 y 9 gr/dl. • Anemia leve: hemoglobina entre 10 y 11 gr/dl. • No presentaron anemia
		CONTROLES PRENATALES: • Ninguno • 1 -5 CPN • 6 CPN
		PERIODO INTERGENÉSICO: • Ninguno • Menor de 2 años • De 2 - 5 años • De 6 - 10 años • Mayor igual a 11 años
		ANTECEDENTE: RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS • Si • No
		ANTECEDENTES DE PARTO PREMATURO • Si • No
		EMBARAZO MÚLTIPLE • Si • No
		PRESENTACIÓN FETAL • Cefálica /o () • Podálica/o ()
Tiempo de aparición de ruptura prematura de membranas en gestantes Atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza	SEGÚN EDAD GESTACIONAL	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS • Pretérmino () • A término ()

*Los datos se tomaron de la revisión de Historias Clínicas.

c. Interrogantes básicas

- ¿Cuáles son los factores maternos socioculturales en gestantes con Ruptura Prematura de membranas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero a diciembre 2017?
- ¿Cuáles son los factores maternos infecciosos en gestantes con Ruptura Prematura de Membranas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero a diciembre 2017?
- ¿Cuáles son los factores maternos gineco-- Obstétricos en gestantes con Ruptura Prematura de Membranas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero a diciembre 2017?
- ¿Cuáles son los factores maternos que condicionan la Ruptura Prematura de Membranas y el tiempo de aparición de ruptura prematura de membranas según la edad gestacional en gestantes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero a diciembre 2017?

d. Tipo de investigación

El presente estudio es documental.

e. Nivel de Investigación

El nivel es descriptivo correlacional.

1.3. Justificación

a. Interés personal: El presente estudio cobra importancia para nosotras porque nos brindará conocimientos actuales sobre los factores de riesgo de Ruptura Prematura de Membranas en nuestra localidad, ya que existen pocas investigaciones actualizadas y publicadas a nivel local que estudien el comportamiento de dichos factores de riesgo en hospitales de gran demanda como es el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

b. Relevancia social: Este proyecto beneficiará a la población de gestantes porque nos permitirá obtener un perfil de aquellas que tengan gran probabilidad de presentar esta complicación, que sean susceptibles de ser detectadas en un control

prenatal, dado que podremos determinar cuáles son los principales factores que pueden estar asociados a la ruptura prematura de membranas y tratar de evitarlos. También ayudará al personal de salud ya que se podrá beneficiar con los resultados encontrados acerca de los factores que predisponen a esta complicación en nuestra localidad, como parte del conocimiento constante de todo profesional, así como permitir desarrollar actividades preventivas y de orientación a las gestantes que acceden a los servicios de salud.

- c. **Originalidad:** Este trabajo es original porque no se encontró investigaciones realizadas con nuestras variables en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza ni en el periodo de tiempo determinado de nuestra investigación ya que observamos diversos casos de dicha problemática durante nuestro internado.

2. OBJETIVOS

- Determinar los factores maternos socioculturales en gestantes con Ruptura Prematura de Membranas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero a diciembre 2017.
- Determinar los factores maternos infecciosos en gestantes con Ruptura Prematura de Membranas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero a diciembre 2017.
- Identificar los factores maternos gineco--obstétricos en gestantes con Ruptura Prematura de Membranas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero a diciembre 2017.
- Identificar los factores socioculturales, infecciosos y gineco-obstétricos que condicionan la Ruptura Prematura de Membranas y el tiempo de aparición según la edad gestacional en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, enero a diciembre 2017.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Marco conceptual

3.1.1. Membranas ovulares

EL AMNIOS

Según Quintana Bruno Edward J. El amnios es una fina capa que protege y envuelve al embrión y está lleno de fluido salino llamado líquido amniótico. El amnios se encuentra formado por cinco capas, la más interna en contacto con el líquido amniótico, corresponde al epitelio, compuesto de células cubicas no ciliadas que descansa sobre la lámina basal, compuesta de colágeno tipo III,IV,V, lamina nitrógeno y fibronectina. La capa compacta, adyacente a la lámina basal forma la principal estructura fibrosa, gracias a su contenido de colágeno tipo I, III, V y VI lo que interfiere su integridad mecánica. (1)

Moore KL. Persaud TVN. 2008. La formación del amnios se inicia en la segunda semana (7 a 8 días) cuando se forma la cavidad amniótica primitiva por un proceso de cavitación entre el embrioblasto y el trofoblasto. Del embrioblasto se forman dos capas celulares, el epiblasto y el hipoblasto, que juntas hacen el disco bilaminar. del epiblasto se desprenden unas células llamadas amnioblastos, que proliferan y van tapizando el interior de las células del trofoblasto hasta formar una especie de cúpula sobre la cavidad amniótica que da lugar a una membrana conocida como amnios o membrana amniótica; en este momento, la cavidad amniótica y el amnios quedan situados sobre la superficie dorsal del disco embrionario. (2)

EL CORION

Según Quintana Bruno Edward J. El corion es la membrana fetal que está en contacto directo con el endometrio uterino, que recubre al saco coriónico, entendiéndose como tal a la cavidad que queda dentro del citotrofoblasto y que contiene en su interior al disco, la cavidad amniótica y el amnios, el saco vitelino, el celoma, el mesodermo extraembrionario, y el pedículo de fijación. (1)

El corion se encuentra formado por tres capas: capa reticular, limitante con la capa esponjosa del amnios, formada por células fusiformes (estrelladas), colágeno tipos I, III, IV, V, VI y proteoglicanos; membrana basal, compuesta de colágeno tipo IV, lamina y fibronectina,

capa trofoblástica formada por células redondas y poligonales, las que al acercarse a la decidua, amplían su distancia intercelular. (1)

El corion está formado por el sincitiotrofoblasto, el citotrofoblasto y el mesodermo extraembrionario. En la superficie del corion se forma las vellosidades coriónicas para el intercambio entre la sangre materna y la del embrión/feto. (3)

El corion se forma durante la segunda semana del desarrollo, de forma simultánea en la que ocurre la implantación del blastocisto en el endometrio uterino. Previo a la implantación, el blastocisto tiene la forma de una esfera hueca, en donde la cubierta de células que constituyen su pared recibe el nombre de trofoblasto, y en el interior se encuentra el disco embrionario bilaminar (epiblasto e hipoblasto) entre dos cavidades: la cavidad amniótica y la cavidad exocelómica. (3)

3.1.2. Ruptura prematura de membranas

CONCEPTO

Es la ruptura espontánea de las membranas corioamnióticas producido luego de las 22 semanas de gestación hasta la gestación a término (41.6 semanas). La Ruptura Prematura de Membranas se manifiesta por la salida del líquido amniótico a través del conducto cérvico vaginal. (4)

Se denomina Ruptura Prematura de Membranas prolongada, cuando tiene una duración mayor de 24 horas. El periodo de latencia se refiere al tiempo que transcurre entre la ruptura de las membranas y el inicio del trabajo de parto. Por lo tanto el periodo de latencia y la edad gestacional determinan el pronóstico y el manejo de acuerdo a la posibilidad o no de terminación del embarazo. (4)

El pronóstico perinatal y el manejo están relacionados con la edad gestacional al momento en que se produce la Ruptura Prematura de Membranas. Según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, la morbilidad materna principalmente se relaciona con la Infección intraamniótica (13 %-60 %) y la endometritis posparto (2 %-13 %). (5)

3.1.4. Mecanismos de la ruptura espontánea de las membranas.

Según Schwarcz, Ricardo Leopoldo; Ricardo Fescina y Carlos Duverges dicen:

- Por alteraciones de la estructura de las membranas cervicales. La ruptura ocurre espontáneamente y antes de que se produzcan cambios importantes en la madurez, posición y dilatación del cuello uterino.
- Por deformación y estiramiento a nivel del orificio cervical. la ruptura ocurre espontáneamente después de cambios funcionales del segmento cérvix (borramiento y comienzo de la dilatación) acompañados por las contracciones uterinas.

Antes de la mínima dilatación del cérvix, las membranas comienzan a deformarse en este punto por estar desprovistas de soporte que les ofrece la pared uterina. Según su resistencia terminan rompiéndose en algún momento del parto o del trabajo de parto.

- El líquido acumulado por presión hidrostática va disecando el espacio amniocorial para finalmente depositarse en el fondo interior entre el corion y el amnios. La ruptura del corion determina la salida de líquido al exterior, y al conservarse el amnios íntegro, se forma una segunda bolsa. (6)

3.1.5. Etiología

La causa de la ruptura de membranas con exactitud, aun es desconocida pero se considera que puede ser multifactorial y varía con la edad de gestación. (7)

- Así que consideraremos los factores predisponentes y estos pueden ser:
- Multiparidad y edad avanzada.
- Antecedentes de Ruptura Prematura de Membranas y parto prematuro.
- Ovulares: alteraciones anátomo-fisiológicas del amnios y del corion: grosor, elasticidad, resistencia al desprendimiento, adherencias, infecciones (corioamnionitis), traumatismos, e implantación atípica de la placenta, que condicionan debilidad de las membranas. (8)
- Hemorragia durante el embarazo (DPPNI, Placenta Previa, Inserción marginal del cordón).
- Aumento de la presión intrauterina: hipertonía, polihidramios, malformaciones fetales, embarazo gemelar.
- Tabaquismo.

- Insuficiencia ístmica cervical (Longitud cervical menor de 25 mm).
- Amenaza de parto prematuro.
- Infección Cérvico vaginal, vaginosis bacteriana: urinaria o intraamniótica.
- Malformaciones óseas de la pelvis o desproporción cefalopélvica que impiden la correcta adaptación de la presentación fetal.
- Presentaciones distócicas: (situación transversa, presentación de frente, cara o pelvis), que predisponen a una inadecuada adaptación del feto al estrecho superior de la pelvis. (7)
- Traumatismos: amnioscopia, amniocentesis, cerclaje.
- Anemia.
- Malformaciones uterinas.
- Nivel socioeconómico bajo. (9)

3.1.6. Clasificación

Se clasifica según la edad gestacional y estas pueden ser:

- Ruptura Prematura de Membranas pre término menor de 37 semanas: en caso de un Ruptura Prematura de Membranas en estas semanas de gestación se tiene que tener en cuenta la maduración pulmonar y de esta manera poder utilizar el mejor manejo ya que 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. (10)
- Ruptura Prematura de Membranas a término desde las 37 semanas o más: ocurre en 8-10% de los embarazos a término, el más significativo riesgo es la infección intrauterina, que aumenta con la duración de ruptura de membranas y los riesgos fetales asociados son compresión del cordón umbilical e infección ascendente. (11)

3.1.7. Otros tipos de clasificación de ruptura prematura de membranas.

Dado que la rotura puede ocurrir una vez desencadenado el trabajo de parto, es importante distinguir la ruptura prematura respecto de otras variantes; a saber:

- Ruptura Precoz. La que se presenta durante el primer periodo del trabajo de parto, antes de los 4 cm de dilatación.
- Ruptura Oportuna. La que sucede al término del primer periodo del trabajo de parto e inicio del segundo o cuando la dilatación cervical está completa.

- Ruptura Artificial. Procedimiento realizado bajo indicación precisa de manera instrumental y durante el primer periodo del trabajo de parto. Se le conoce como amniorrexis.
- Ruptura Retardada. Algunos autores la señalan como la que no se presenta después de 30 min de alcanzada la dilatación completa. En la atención obstétrica actual son muy aislados los casos.
- Ruptura Prolongada. Cuando el periodo de latencia es mayor a 24 horas. (12)

3.1.8. Diagnóstico de ruptura prematura de membranas, exámenes auxiliares

ECOGRAFÍA:

Permite observar la reducción en la cantidad del líquido amniótico. (13)

PH VAGINAL:

El pH vaginal es 5 y el líquido oscila entre 7.1- 7.2, por lo que su salida alcaliniza el medio vaginal, lo que puede ponerse de manifiesto mediante un papel llamado tornasol, que cambiara de amarillo – anaranjado a azul oscuro en el medio alcalino (este test llamado test de nitrazina). Puede tener falsos negativos si la ruptura se produjo demasiado tiempo antes y la vagina volvió a retornar su acidez. Puede tener falsos positivos por la presencia de sangre en la vagina, infecciones vaginales o colonización inadecuada del papel de tornasol. (13)

CRISTALIZACIÓN DEL FLUJO VAGINAL:

Si dejamos secar sobre un porta objetos durante 5 minutos una muestra del líquido obtenido del fondo del saco y lo observamos al microscopio, observamos la cristalización en” hojas de helecho” en caso de que se trate de líquido amniótico. (13)

DETERMINACIÓN DE ELEMENTOS FETALES:

Al tacto: Palpar partes fetales como pies, mano o prolapso de cordón. (13)

INYECCIÓN DE AZUL DE NILO EN LÍQUIDO AMNIÓTICO:

Tinción con sulfato de azul de Nilo: Las células de la epidermis fetal anucleadas y queratinizadas se observan de color anaranjado, la grasa superficial del feto maduro, no así

en fetos inmaduros de 30 Semanas, se aprecia con gotas rosadas o anaranjadas con Sudan III las gotas de grasa aparecen negruzcas. (13)

INYECCIÓN DE AZUL EVANS EN LÍQUIDO AMNIÓTICO.

Si persisten las dudas o en casos de incontinencia se puede recurrir a inyectar azul de Evans en la cavidad amniótica por amniocentesis y se observa la posible salida del colorante por la vagina. También se puede instalar en la vejiga a ver si mancha la compresa en caso de incontinencia. (13)

3.1.9. Tratamiento

La actitud inmediata será:

- Ingreso en centro hospitalario.
- Cultivo cérvico vaginal.
- Estudio de la madurez fetal.
- Evaluación del borramiento y dilataciones cervicales. Descartar prolapso de cordón o de partes fetales. Evitar al máximo los tactos vaginales. (13)

En función de ello la actitud dependerá de los riesgos potenciales para:

- Feto: Inmadurez.
- Riesgo de sepsis por corioamnionitis.
- Riesgo de prolapso de cordón.
- Madre: Riesgo de corioamnionitis.

Edad gestacional <24 semanas:

El pronóstico es sombrío y las complicaciones frecuentes. Puede adoptarse una actitud expectante a la espera de dichas complicaciones, si bien hay autores que recomiendan la finalización directa de la gestación. (13)

Edad gestacional <34 semanas:

Cabe adoptar conducta expectante, instaurando la correspondiente vigilancia materna y fetal, a la espera de la mayor madurez fetal: instauración de pautas de reposo en decúbito lateral, pues la propia acción de la gravedad puede favorecer el inicio del parto.

Control bacteriológico:

- Estudio de la flora saprofita del medio vaginal.
- Estudio bacteriológico y recuento leucocitario en líquido amniótico obtenido por amniocentesis.

Profilaxis antibiótica: Se discute actualmente su utilización y efectividad, empleándose sobre todo ampicilina o amoxicilina (Eritromicina o Fosfomicina en casos de alergia a penicilinas).

Si se sospecha que el parto puede producirse en un corto período de tiempo y la edad fetal se sitúa entre 26 y 32 semanas, cabe favorecer la maduración pulmonar del feto con la administración de corticoides a la madre.

Eventual administración de -miméticos que inhiban la dinámica uterina el tiempo mínimo necesario para la maduración pulmonar del feto (24-48 horas tras la administración de corticoides). Ante signos de infección no queda más remedio que inducir el parto. La inducción se hará en la semana 34. (13)

Edad gestacional >34 semanas:

Se puede inducir al parto y acabar la gestación. Pues ante esta edad gestacional no hay serios problemas de viabilidad fetal.

Se esperan 24 horas a que se inicie el parto espontáneamente, instaurando una correcta vigilancia materna y fetal. Si pasado este tiempo no se produce el inicio del parto, se induce, con protección antibiótica en caso de cultivos vaginales positivos o Ruptura Prematura de Membranas de evolución prolongada. (13)

3.1.10. Factores maternos en gestantes con ruptura prematura de membranas según su edad gestacional

3.1.10.1. Factores socio culturales

EDAD MATERNA:

Las gestantes de mayor edad suelen presentar mayor patología asociada al embarazo como: diabetes gestacional, metrorragia del primer trimestre, Ruptura Prematura de Membranas y amenaza de parto prematuro. (14)

En muchos estudios se ha demostrado que gestantes añosas y gestantes adolescentes tienen mayor frecuencia de que ocurra una Ruptura Prematura de Membranas la cual tenemos que hacer un seguimiento más severo en cada control prenatal con las gestantes que presenten estas edades.

CICLO DE VIDA DE UNA MUJER

- **Adolescencia:** La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 11 a 17 años en todo el mundo. (15)
- **Juventud.** Es la llamada segunda edad de la vida del ser humano incluye el final de la adolescencia por lo que no pueden verse aisladas una de otra, es el periodo comprendido de 18 a 29 años. (16)
- **Adulthood:** En esta etapa su personalidad y su carácter se presentan firmes y seguros y el individuo maduro se distingue por el control que logra de sus sentimientos y su vida emocional. Esto le permite afrontar la vida con mayor seguridad y serenidad que en las etapas anteriores es el periodo comprendido entre los 30 y los 59 años de edad. (16)
- **Adulto mayor:** Según la OMS Las personas de >60 años son consideradas de edad avanzada. (16)

ESTADO CIVIL:

El estado civil esta descrito como factor de riesgo en diversas literaturas, incluso ser madre soltera al parecer es considerado como un riesgo para infección del neonato en las gestaciones con Ruptura Prematura de Membranas pretérmino. La condición de madre soltera como riesgo se puede explicar en las madres abandonadas y en malas condiciones, pero no necesariamente, pues puede estar influenciado por otros factores como el nivel educativo y el número de controles prenatales. (17)

Mere y col describieron un 21,4% de solteras de 284 gestantes con Ruptura Prematura de Membranas, identificando una asociación significativa con la Ruptura Prematura de Membranas cuyos neonatos nacieron infectados. (18)

Pacora, en su estudio caso-control realizado en Lima señala que las madres solteras presentaron mayor riesgo de rotura prematura de membranas fetales (OR 1,28, IC95% 1,00-1,63) comparadas con las madres con unión de pareja estable. (19)

El estado civil puede ser el de casado, si la persona celebró matrimonio ante las autoridades legalmente establecidas al efecto por cada Estado, con otro individuo de distinto sexo, o puede tenerse el estado de soltero si aún no se contrajo matrimonio; o el de viudo, si su cónyuge falleció. En este caso si el viudo o viuda contrae nuevo matrimonio, su estado civil será el de casado en segundas nupcias.

El estado civil de divorciado se adquiere cuando se ha disuelto el vínculo matrimonial por sentencia judicial, ya sea que el divorcio se haya producido de común acuerdo o por culpa de uno de los cónyuges.

El estado civil de concubino, tiene diferentes efectos legales de acuerdo al país de que se trate, y su legislación al respecto. Así, en algunos, se permite registrar esa condición, y tiene efectos similares al matrimonio. (20)

OCUPACIÓN:

En este factor sociodemográfico encontramos múltiples ocupaciones que desarrollan las gestantes una de ellas es ama casa la cual se considera como uno de los mayores factores para la Ruptura Prematura de Membranas, previo a que ellas hacen mayor esfuerzo físico como cargar objetos pesados y hacer múltiples tareas del hogar.

La ocupación como variable de riesgo para la Ruptura Prematura de Membranas no sería posible sin la intervención de otras variables como el estatus socioeconómico, la edad, la nutrición, procedencia rural etc.

GRADO DE INSTRUCCIÓN

Se observó que las gestantes que acuden hospital Honorio Delgado Espinoza no han culminado sus estudios superiores, algunas tampoco culminaron su secundaria y la mayoría cuentan con primaria completa, a este factor se asocia los controles prenatales ya que algunas acuden con una edad gestacional ya avanzada y cuentan con menos de 6 CPN , las cuales manifestaron no saber que tenían que acudir al centro de salud más cercano para planificar su embarazo, por lo tanto no tienen la debida información ni el conocimiento de la importancia de los signos de alarma que pueden presentar las gestantes la cual se van explicando mediante sus controles prenatales, donde una de ellas es la Ruptura Prematura de Membranas. Es primordial que en los colegios y en las visitas domiciliarias informemos

sobre la importancia de acudir a al centro de salud no solo cuando nos encontremos enfermos sino también cuando estemos bien sobre todo las mujeres en edad fértil que ya hayan iniciado sus relaciones sexuales y deseen planificar su embarazo.

El nivel de instrucción parece ser un factor predisponente indirectamente relacionado con la Ruptura Prematura de Membranas, esto al parecer se relaciona con otras variables sociodemográficas como la edad en relación a las gestantes con un nivel educacional posponen su maternidad o la opción al matrimonio, además con mayor nivel de educación planifican sus embarazos y optan por mayores cuidados médicos y obstétricos para el control del embarazo y el parto y a la percepción del riesgo. (21)

LUGAR DE PROCEDENCIA

Esta variable casi siempre está ligada a nivel socioeconómico para muchas patologías obstétricas. No existen estudios de grandes poblaciones que señalen a la procedencia rural o urbana como factor de riesgo a Ruptura Prematura de Membranas. (22)

Según Pasapera N, Purizaca M, Cardoza K, Matorel M. las gestantes con diagnóstico de Ruptura Prematura de Membranas el mayor porcentaje fueron 50.8% que procedían de áreas urbanas. (23)

3.1.10.2. Factores infecciosos

Las madres que presentan colonización del tracto genital por tricomonas, microorganismos del grupo de los estreptococos del grupo B, Neiseria Gonorrhoeae y Clamidia Trachomatis mostraron una mayor incidencia de la Ruptura Prematura de Membranas que aquellas con cultivo negativo. De este hecho se deduciría que la infección local debilita las membranas cervicales. (26)

Se encontró, asimismo, una asociación entre la vaginosis bacteriana producida por las bacterias anaerobias Garderella Vaginalis, Mobilumcus y Mycoplasma hominis y la ruptura de membranas.

INFECCIÓN DEL TACTO URINARIO DURANTE LA GESTACIÓN

La infección del tracto urinario es más frecuente en mujeres que en hombres, el motivo principal es probablemente anatómico, pues su uretra tiene solo 3 a 4 cm. de longitud y está

en estrecha proximidad con la vagina, el ano y el recto, todas las zonas colonizadas por flora intestinal (entero bacterias). El riñón incrementa su longitud durante el embarazo en aproximadamente 1 cm. (24), este cambio es atribuido al aumento del volumen intersticial. La vejiga por si misma también aparece congestionada y es desplazada en forma anterosuperior de su posición anatómica normal. Fisiológicamente los efectos hormonales de niveles elevados de progesterona durante la gestación pueden contribuir a la dilatación de los uréteres que comúnmente se observa durante la gestación.

Los altos niveles de progesterona podrían ejercer un efecto relajante de la musculatura de la vejiga y uréteres, resultando en una disminución del peristaltismo y disminución del flujo urinario.

La gestación continúa y pasado el primer trimestre la obstrucción mecánica del uréter por el crecimiento uterino contribuye a la hidronefrosis el cual es más marcado en el lado derecho. El efecto combinado resulta en estasis y volúmenes uretrales mayores es 200 ml. Y ambiente apropiado para el crecimiento bacteriano. (25)

Clasificación de infección del tracto urinario

La ITU baja es la infección de la vejiga y la uretra; también se conoce como cistitis aguda se caracteriza por la presencia de disuria (ardor al orinar), polaquiuria (orina frecuente y escasa) así como sensación de tenesmo vesical.

La ITU alta es la infección del parénquima renal, se conoce como Pielonefritis Aguda, se caracteriza por la aparición de dolor lumbar y manifestaciones generales como fiebre vómitos; puede ocurrir o no con molestias de cistitis.

La ITU complicada es aquella que aparece en personas con anomalías anatómicas o funcionales de las vías urinarias, inmunodeprimidos o diabetes mellitus.

La aparición de más de dos episodios de infección urinaria en un año se considera ITU recurrente. (26)

Diagnóstico:

El diagnóstico de una ITU descansa fundamentalmente en dos pilares; la anamnesis (examen clínico) y el diagnóstico de laboratorio (basado en el examen microscópico de una muestra

de orina o del sedimento obtenido por centrifugación de ésta y en la demostración de infección por Urocultivo). (27)

Bacteriuria aintomatica: mediante un uropatógeno que muestre la presencia 100.000 UFC/ml de un solo germen uropatógeno en una paciente sin clínica urinaria

Cistitis: principalmente por las manifestaciones clínicas y se debe incluir un urocultivo con por lo menos 100,000 UFC/ml de un uropatógeno.

Bacteriológica serán clasificados como síndrome uretral agudo 3.6. Pielonefritis aguda: el diagnostico se basa en las manifestaciones clínicas y se confirma con *urocultivo* con por lo menos 10,000 UFC/mL de un único uropatógeno de una muestra de chorro medio. (28)

Exámenes auxiliares

Urocultivo: es el medio estándar para el diagnóstico de infección del tracto urinario los valores son entre 10.000 y 100,000 UFC/ml o cultivos poli microbianos debe repetirse la prueba. La presencia así como el aislamiento de bacterias que generalmente no son uropatógenas indica contaminación.(28)

El urocultivo debe enviarse al laboratorio cuando antes tenga la muestra máximo 24 horas. (29)

La actividad de esterasa leucositaria y la prueba de nitritos utilizando tiras reactivas tiene un rango de sensibilidad de 50% a 92% y valor predictivo positivo y valor predictivo negativo de 69% y 92% representativamente su unidad es limitada ya que necesitan altas concentraciones de bacterias para que resulten positivo. (30)

INFECCIONES VAGINALES

En el curso de un embarazo normal, la flora microbiana vaginal juega un rol en la protección contra las infecciones por una serie de mecanismos, pero está demostrado que durante esta etapa debido a los cambios hormonales caracterizados por un aumento de la producción de estrógenos que produce a su vez mayor concentración de glicógeno vaginal. (31)

La infección vaginal se caracteriza habitualmente por la existencia de exudado vaginal purito e irritación, se puede detectar olor vaginal. Las tres causas más frecuentes de infección

vulvovaginal son la vaginitis por tricomonas Vaginalis, la vulvovaginitis candidiasica y la vaginosis bacteriana. (31)

Se ha visto que la frecuencia de la Ruptura Prematura de Membranas es significativamente mayor en las mujeres con ciertas infecciones del tracto genital inferior en particular la vaginosis bacteriana, que en mujeres no infectadas. Algunos de estos gérmenes son considerados constituyentes de la flora normal, sin embargo, producen diversas proteasas, colágenasas y elastasas que distribuyen la longitud de las membranas corioamnióticas facilitando su ruptura. (33)

Varios factores pueden aumentar el riesgo de infecciones maternas en el periparto, Incluyendo problemas de salud preexistentes (como desnutrición, diabetes, obesidad, anemia grave, vaginosis bacteriana e infecciones por estreptococo del grupo B) y condiciones espontáneas o intervenciones de profesionales sanitarios durante el trabajo de parto y el parto (como la rotura prolongada de membranas, tactos vaginales repetidos, extracción manual de la placenta y cesárea). Las estrategias para reducir las infecciones maternas en el periparto y sus complicaciones a corto y largo plazo se orientan principalmente a medidas preventivas en presencia de estos factores de riesgo.

La Rotura Prematura de Membranas siempre aumenta el riesgo de infección en la mujer (corioamnionitis) o el neonato (sepsis), al igual que el riesgo de presentaciones fetales anormales y de desprendimiento de placenta. Los estreptococos del grupo B y la Escherichia Coli son causas comunes de infección. Otros microorganismos en la vagina también pueden causar infecciones. (34)

Chlamydia trachomatis:

La Chlamydia es una bacteria Gram negativa, no móvil, de vida parasitaria intracelular obligada porque carece de habilidad para sintetizar ATP, son parásitos energéticos, no tienen vida libre y colonizan el citoplasma de las células susceptibles. (32)

La infección por Chlamydia Trachomatis con respuesta inmune humoral (IgM positivo) es un factor de riesgo para Ruptura Prematura de Membranas.(36)

En mujeres embarazadas con complicaciones obstétricas: Ruptura Prematura de Membranas, amenaza de parto pretérmino (APP), y trabajo de parto pretérmino (TPP), así como, su relación con las características clínico-epidemiológicas de dichas pacientes. (32)

Vaginosis bacteriana: La asociación entre vaginosis bacteriana y la Ruptura Prematura de Membranas no es clara; mientras algunos estudios sugieren que la infección por Gardnerella vaginalis entre las semanas 8 y 17 aumenta 7 veces el riesgo de Ruptura Prematura de Membranas y que el tratamiento para vaginosis bacteriana en pacientes con antecedente de parto pretérmino puede reducir el riesgo de Ruptura Prematura de Membranas hasta un 84%, otros no han encontrado asociación. (34)

Streptococcus del grupo b (sgb): La colonización con SGB no es un riesgo para Ruptura Prematura de Membranas pretérmino pero sí para un resultado adverso en el neonato. (35)

El estreptococo del grupo b (EGB) es un tipo de infección bacteriana que puede encontrarse en la vagina o en el recto de una mujer embarazada. Esta bacteria es normalmente encontrada en aproximadamente 25% de todas las mujeres adultas, sanas las mujeres con un resultado positivo de EGB se dice que son colonizadas. Una madre puede pasar EGB a su bebe durante el parto. (36)

Según el CDC, si han sido positivas y no son alto riesgo, las posibilidades de dar a luz a un bebé con EGB son:

- 1 en 200 si no se administran antibióticos
- 1 en 4000 si se administran antibióticos. (37)

3.1.10.3. Factores gineco – obstétricos asociados a la ruptura prematura de membranas.

ANEMIA GESTACIONAL

Se han estudiado diversos factores en la nutrición de la gestante que pueden estar asociados a una mayor frecuencia de Ruptura Prematura de Membranas. En un estudio de casos y 63 controles (19), en el que se comparaban mujeres con Ruptura Prematura de Membranas pretérmino frente a un grupo control de gestantes sanas, se observaron valores de hemoglobina significativamente inferiores ($p < 0,01$) en el grupo de gestantes con Ruptura Prematura de Membranas pretérmino. La deficiencia de hierro y la anemia pudieran inducir

a estrés materno y fetal, lo cual estimula la síntesis de hormona liberadora de corticotropina. Las concentraciones elevadas de Corticotropina son un factor de riesgo para presentar Ruptura Prematura de Membranas. Un mecanismo alternativo sugiere que la marcada disminución del hierro puede llevar a daño oxidativo de los eritrocitos y por consiguiente de la unidad feto-placentaria. (38)

En general, los estudios demuestran que existe asociación entre bajo nivel socioeconómico y nutrición inadecuada con Ruptura Prematura de Membranas. Un estudio realizado en Canadá evidenció que las mujeres de estrato socioeconómico bajo y niveles de hemoglobina menor de 11,1 mg/L, tienen tres veces más riesgo de Ruptura Prematura de Membranas (RRI 3,1 IC 95% 1,6-6). (39) La anemia es una condición en la cual la sangre carece de suficientes glóbulos rojos, o la concentración de hemoglobina es menor que los valores de referencia según edad, sexo y actitud. Se clasifica en gestantes:

- Anemia severa: hemoglobina menos de 7 gr/dl.
- Anemia moderada: hemoglobina entre 7 y 9 gr/dl.
- Anemia leve: hemoglobina entre 10 y 11 gr/dl²
- Sin anemia mayor de 12 gr/dl

Déficit de Vitamina C: Se ha encontrado que la tasa de Ruptura Prematura de Membranas es mayor entre pacientes con niveles plasmáticos bajos de vitamina C (14,6% en niveles < 0,20 mg/dL vs. 1,4% en niveles > 0,60mg/dl) y que el suplemento de vitamina C desde la semana 20 se asocia con disminución en la tasa de Ruptura Prematura de Membranas (RR 0,26 IC 95% 0,078-0,037)(42). en el 2003 señalaron que las mujeres con niveles de vitamina C bajos antes de la concepción, presentaban el doble de riesgo para parto pretérmino debido a Ruptura Prematura de Membranas y que este disminuía con la ingesta de vitamina C en el segundo trimestre. (36)

NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES:

Se entiende como controles prenatales (asistencia prenatal, vigilancia prenatal, cuidado prenatal, acompañamiento prenatal, consulta prenatal), a la serie de contactos entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del niño. (40)

El estudio hospitalario de padilla reporta una asociación entre control prenatal inadecuado y la presencia de Ruptura Prematura de Membranas. En cambio, un estudio en Ica, no encontró relación significativa entre el número de controles prenatales y la rotura prematura membranas ovulares ($p > 0,05$). (39)

Se considera:

- Ningún control prenatal
- De 1-5 controles prenatales gestante no controlada.
- De 6 a más controles prenatales gestante controlada.

PERIODO INTERGÉNÉSICO:

También un período intergenésico corto puede incrementar el riesgo de que se produzca una Ruptura Prematura de Membranas, muy probablemente ligado a los factores de riesgo comentados anteriormente, como la anemia y el bajo nivel socioeconómico.

Existen otros factores implicados durante la gestación, la multiparidad, y los tactos vaginales repetidos. Un estudio peruano en Tacna encontró asociado al periodo intergenésico menor de 2 años ($OR = 1,72$) con la Ruptura Prematura de Membranas. (39)

- Periodo intergenésico menor de 2 años, gestante con riesgo en el embarazo.
- Periodo intergenésico mayor o igual de 2 – 5 años adecuado para un embarazo.
- Periodo intergenésico mayor de 6- 10 años, gestante con riesgo en el embarazo.
- Periodo intergenésico mayor igual a 11 años, gestante con alto riesgo en el embarazo.

Historia obstétrica previa o antecedente de ruptura prematura de membranas anterior: Es el factor de riesgo que más influye en la aparición de una Ruptura Prematura de Membranas. En una población de gestantes con feto único se ha calculado que el antecedente de haber presentado una Ruptura Prematura de Membranas pre término en una gestación previa incrementa 20 veces el riesgo de padecer una Ruptura Prematura de Membranas en una siguiente gestación y 4 veces el riesgo de presentar un parto pretérmino. En otro estudio la recurrencia de Ruptura Prematura de Membranas pretérmino es del 4% si el embarazo anterior llegó a término sin Ruptura Prematura de Membranas, mientras que en pacientes con antecedente de Ruptura Prematura de Membranas pretérmino el riesgo de recurrencia es entre 6 y 13 veces mayor. (41)

Antecedente de parto prematuro

Se denomina parto prematuro o parto pretérmino al que se produce antes de las 37 semanas de gestación, cuando el embarazo tiene entre las 22 semanas hasta las 36 semanas contadas desde el primer día de la última menstruación. Esta variable según las evidencias demostraría que se apoya de otras variables para la aparición de Ruptura Prematura de Membranas. En un estudio de predicción con 2929 mujeres de 23 a 24 semanas de gestación de 10 centros hospitalarios con análisis univariante se reveló que un parto prematuro previo causado por la Ruptura Prematura de Membranas (en mujeres multíparas) se asoció significativamente con el parto prematuro causado por la Ruptura Prematura de Membranas en la gestación actual. Incluso determinaron que la combinación de longitud corta de cuello de útero, parto prematuro previo causado por la Ruptura Prematura de Membranas, y fibronectina fetal positivos fue muy asociada con el parto prematuro causado por la Ruptura Prematura de Membranas en la gestación actual. Un estudio caso-control en Trujillo – Perú encontró que la variable parto pretérmino anterior fue estadísticamente significativo ($p < 0.043$, $OR=3.16$) para la Ruptura Prematura de Membranas. (39)

EMBARAZOS MÚLTIPLES

La OMS define como embarazo múltiple la presencia de dos o más sacos gestacionales con latido fetal positivo visibles por ecografía.

La forma más habitual de embarazo múltiple es el doble o gemelar. Un 80% de los embarazos gemelares son dicigóticos y su incidencia depende de factores genéticos y socio-ambientales (edad, paridad, alimentación, etc.)

Las complicaciones son más frecuentes durante el embarazo múltiple que en la gestación única, con incremento en las tasas de anemia, preeclampsia, amenaza de parto pretérmino, Ruptura Prematura de Membranas, polihidramnios sangrado y malformaciones, entre otras. (42)

PRESENTACIÓN FETAL:

La mala presentación fetal (una presentación a cefálica) también aumenta con la Ruptura Prematura de Membranas pretérmino. El estudio hospitalario de Padilla reporta una

asociación entre la presentación podálica y la presencia de Ruptura Prematura de Membranas (or=4.38). (39)

GESTANTE CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PRETÉRMINO:

Menor o igual a 34 semanas descartada la corioamnionitis u otra contraindicación de conducta expectante, se indicara:

- Inducción de la maduración pulmonar.
- Betametasona 12 MG IM cada 24 horas, dos dosis.
- Antibioticoterapia. Penicilina 5 millones vía EV seguidos de 2,5 millones cada 4 horas (o ampicilina 2 g y luego 1 g cada 4 horas), por un total de 48 horas (excepto que sea alérgica a la penicilina).Azitromicina 250 mg vía oral cada 12 horas durante tres días. De no haber contracciones, luego de iniciado el tratamiento corticoide y antibiótico, pasa a la sala de internación para completar el mismo. (33)

De esta manera el total del tratamiento antibiótico dura 3 días. Se repite:

- Ecografía cada 14 días para control de crecimiento y semanal para evaluación de volumen de LA.
- NST cada 72 hs, partir de las 32 semanas si el Phelan es igual o mayor a 5 y a partir de las 28 semanas (para descartar desaceleraciones graves) si el Phelan es menor a 5.
- Recuento y fórmula de glóbulos blancos en forma semanal.
- A los 7 días de finalizado el tratamiento antibiótico, se realizara cultivo.
- Cervical, de fondo de saco y rectal, repitiéndolos luego cada 10 días si resulta negativo. Ante cultivos positivos se debe realizar tratamiento según antibiograma. (44)

GESTANTE CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS A TÉRMINO:

Se comienza directamente con la inducción al trabajo de parto mediante oxitocina (de no haber contraindicaciones).Considerar indicaciones de antibioticoterapia para prevención de sepsis neonatal por estreptococo. Puerperio Finalizado el embarazo se suspenden los antibióticos (si el tratamiento inicial de tres días fue completo.

Ante dudas de foco infeccioso (fiebre puerperal) se deben tomar cultivos correspondientes, iniciar Antibioticoterapia empíricamente y luego adecuar la medicación en base a antibiogramas. Se indicará control de temperatura cada 4 horas durante 48 horas y luego por turno de enfermería. (44)

3.2. Análisis de antecedentes investigativos

3.2.1. A nivel regional

Rev. Fecha de publicación: Arequipa –Perú 2013, Universidad Católica de Santa María

TÍTULO: Factores de Riesgo Materno asociados a Ruptura Prematuras de Membrana

AUTORA: Obstetra Onelia Yomeli Zeballos Miranda. (45)

RESUMEN: La Ruptura Prematura de Membranas es responsable de un 30 - 40 % de los partos prematuros, su incidencia varía entre 1.6 y el 21% de todos los nacimientos y constituye una de las entidades obstétricas más relacionadas con la morbilidad y con la mortalidad materno –perinatal.

OBJETIVO: El problema de investigación planteado en este estudio fue determinar los factores de riesgo materno para la Ruptura Prematura de Membrana y el comportamiento de cada uno de sus parámetros de evaluación. Se realizó en el Hospital Regional Honorio Delgado Escalante de Arequipa en el año 2013. Las gestantes de 21 a 25 años presentaron un 16 %, las gestantes con grado de instrucción de secundaria presentaron un 26%, el control prenatal de 1 a 5 veces en gestantes con Ruptura Prematura de Membranas es en un 28% por otro lado, las gestantes con Ruptura Prematura de Membranas tienen sobrepeso en un 18% según estos resultados. Predominan la infección del tracto vaginal con el 21% y un 15% en gestantes con diagnóstico de Hipertensión Arterial durante el embarazo. Finalmente de 8% de ellas sufrió de Infección del tracto urinario las cuales son directamente los factores de riesgo para la gestante con diagnóstico con Ruptura Prematura de Membranas (p=0,05)

CONCLUSIONES: Los factores de riesgo materno para la Ruptura Prematura de Membranas son: el índice de masa corporal si se encuentra en sobrepeso, el número mínimo de control prenatal, infección del tracto vaginal e hipertensión arterial del embarazo.

3.2.2. A nivel nacional

Rev. Fecha de publicación: Lima –Perú 2015 provincia constitucional del callao.

TITULO: Factores gíneco-- obstétricos e infecciosos que condicionan la Ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Ventanilla provincia constitucional de callao 2014.

AUTOR: Ignacio Espinoza Katherine. (46)

OBJETIVO: determinar los factores gíneco - obstétricos e infecciosos que condicionan la ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el hospital Ventanilla Provincia Constitucional del Callao 2014.

MATERIAL Y METODO: Es un estudio de tipo analítico: caso - control, retrospectivo y de corte transversal. Población: estuvo conformada por 2868 gestantes. Muestra: estuvo conformada por 132 gestantes con diagnóstico de RPM y 132 gestantes sin RPM. Para el análisis de los resultados de cálculo χ^2 con una prevalencia de 0.05, y Odds Ratio (OR), con intervalo de confianza 95%.

RESULTADOS: Los factores Gíneco – obstétricos e infecciosos que condicionan a la ruptura prematura de membranas en el presente estudio fueron: los factores Gíneco – obstétricos: Multigesta 55.3%; multíparas 47.7%; los deficientes controles prenatal 34.8%; no control prenatal 36.4%, periodo intergenesico menor de 3 años 46.2%; y los factores infecciosos: infecciones del tracto urinario 63.6% y las infecciones de trasmisión sexual 22.7% teniendo las siguientes características generales: edad materna: las añosas 36.4%; grado de instrucción secundaria 43.9% estado marital: unión libre 84.8%; lugar de procedencia rural 49.2%; registrados en las historias clínicas del hospital.

CONCLUSIONES: Los factores gineco – obstétricos e infecciosos que condicionan con mayor frecuencia a la ruptura prematura de membranas en el

presente estudio fueron: factor gineco – obstétricos: periodo intergenésico menor de 3 años y factor infeccioso: las infecciones del tracto urinario.

3.2.3. A nivel internacional

Rev. Fecha de Publicación: Ambato Mayo del 2013 (Ecuador), Universidad Técnica de Ambato facultad de Ciencias de la Salud Carrera de Medicina,

TÍTULO: Determinación de los principales factores de riesgo maternos en relación a la Ruptura Prematura de Membranas en pacientes atendidas en el Hospital Provincial Docente Ambato periodo enero 2011-enero 2012.

AUTOR: Gabriel Flores, Lenin Carlos. (47)

RESUMEN EJECUTIVO: La Ruptura Prematura de es un problema de salud pública ya que se relaciona con morbi-mortalidad materna y neonatal, ya que se relaciona con infecciones principalmente como la corioamnionitis, por lo que constituye un riesgo para la madre y el neonato.

RESULTADO: El 68% de las pacientes con Ruptura Prematura de Membranas vive en el área rural, lo que posiblemente dificulta el acceso de estas pacientes a los Servicios de Salud, y esto junto al bajo nivel educación y el alto porcentaje de controles inadecuados del embarazo observados en este grupo son indicativos de que es una población de alto riesgo, en la cual se debe intervenir oportunamente para evitar el desarrollo de complicaciones tales como la corioamnionitis entre las principales. Se obtuvo los siguientes resultados: OR= 2,49 (IC 1,22 - 5,14) NC = 95 %. Por tanto, se estableció que existe 2,49 veces mayor probabilidad de que las ix pacientes procedentes del área rural desarrollen Ruptura Prematura de Membranas a término. Estos hallazgos pueden prevenir muchos factores de riesgo.

CONCLUSIONES: realizó un estudio descriptivo, transversal, documental y de campo, para investigar los factores de riesgo asociados a Ruptura Prematura de Membranas en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Provincial Docente Ambato durante el periodo enero 2011-enero 2012, en donde fueron estudiadas 195 pacientes, a partir de las Historias Clínicas.

3.2.4. A nivel internacional

Rev. Fecha de publicación: GUAYAQUIL – ECUADOR 2013 Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias médicas escuela de obstetricia

TITULO: Ruptura Prematura de Membranas Causadas por infecciones de Vías Urinarias en embarazo a término. Hospital Materno-Infantil DRA. Matilde Hidalgo de Procel. De setiembre del 2012 a febrero del 2013.

AUTOR: Ferrer Olivo Betty Lisbeth. (48)

RESUMEN: La ruptura prematura de membranas es una patología frecuente en las pacientes gestantes, el presente trabajo se realizó en la ciudad de Guayaquil, en el Hospital Materno-Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel, ubicado al sur de la ciudad, sector del Guasmo, con el propósito de conocer la asociación que existe entre la ruptura prematura de membranas y la infección de vías urinarias en gestantes con embarazo a término. **RESULTADOS:** Los resultados obtenidos del Hospital Materno – Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel tuvo una prevalencia de 7.9% en pacientes que presentaron RPM en embarazo a término. Para los factores predisponentes a la RPM encontramos que lo más importante fueron: La edad de menor de 20 años de edad con el 42.62%. La procedencia de zona urbana con el 70.49%. El instrucción secundaria completa fue con el 45.90%. La condición de unión estable con el 64.75%. Como antecedente obstétrico la nuliparidad se presentó en el 61.47%. La infección de vías urinarias estuvo presente en el 72.95% de las embarazadas. Además las pacientes que recibieron tratamiento fue del 94.38% y de aquellas pacientes que no se curaron recibió el 57.14%. La cesárea fue el principal método por el que las mujeres que presentaron RPM terminaron su embarazo con un 70.49%.

CONCLUSIÓN: Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, analítico y transversal. De un total de 1532 partos, se evaluaron 122 con el diagnostico de RPM. La información de cada una de ellas fue registrada en un formulario

en que se incluyeron las variables: edad, escolaridad, estado civil, procedencia entre otros.

4. HIPÓTESIS

Dado que, la Ruptura Prematura de Membranas es una de las principales causas de morbi-mortalidad materna y perinatal:

Es probable que, existan factores maternos socioculturales, infecciosos y gineco-obstétricos en gestantes con Ruptura Prematura de Membranas según su relación entre la edad gestacional y el momento del evento, en gestantes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, durante el periodo de Enero - Diciembre del año 2017.





CAPÍTULO
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica

Observación Documental, Se buscaron datos relevantes asociados al tema, de Ruptura Prematura de Membranas en Historias clínicas de gestantes con Ruptura Prematura de Membranas en el Hospital Honorio Delgado Espinoza.

1.2. Instrumento

El instrumento es Documental, se realizó una ficha de recolección de datos de las Historias clínicas del servicio de Gineco--Obstetricia, la cual fue validada por Miranda Zeballos O. en su trabajo “Factores de riesgo asociados a la ruptura prematura de membranas “

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES *
Factores maternos en gestantes con ruptura prematura de membranas según edad gestacional, atendidas en el hospital regional Honorio Delgado Espinoza	FACTORES SOCIOCULTURALES	EDAD: • Adolescentes (de 11a 17 años) • Joven (18 a 29 años) • Adulthood (30a 59años) ESTADO CIVIL: • Soltera • Casada • Conviviente • Divorciada • Viuda OCUPACIÓN • Ama de casa • Trabajadora Independiente • Trabajadora Dependiente GRADO DE INSTRUCCIÓN: • Primaria • Secundaria • Superior técnico • Superior universitaria LUGAR DE PROCEDENCIA: • Urbana • Rural
	FACTORES INFECCIOSOS	INFECCIÓN TRACTO URINARIO DURANTE LA GESTACIÓN: • Si • No FLUJO VAGINAL : • Si • No ANTECEDENTE DE INFECCIÓN DE TRACTO URINARIO: • Si • No

<p>Factores maternos en gestantes con ruptura prematura de membranas según edad gestacional, atendidas en el hospital regional Honorio Delgado Espinoza</p>	<p>FACTORES GINECO-OBSTÉTRICOS</p>	<p>GESTANTE CON ANEMIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anemia severa: hemoglobina menos de 7 gr/dl. • Anemia moderada: hemoglobina entre 7 y 9 gr/dl. • Anemia leve: hemoglobina entre 10 y 11 gr/dl. • No presentaron anemia <p>CONTROLES PRENATALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ninguno • 1 -5 CPN • 6 CPN <p>PERIODO INTERGENÉSICO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • Menor de 2 años • De 2 - 5 años • De 6 - 10 años • Mayor igual a 11 años <p>ANTECEDENTE: RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No <p>ANTECEDENTES DE PARTO PREMATURO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No <p>EMBARAZO MÚLTIPLE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No <p>PRESENTACIÓN FETAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cefálica /o () • Podálica/o ()
<p>Tiempo de aparición de ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el hospital regional Honorio Delgado Espinoza</p>	<p>SEGÚN EDAD GESTACIONAL</p>	<p>RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pretérmino () • A término ()

*Los datos se tomaron de la revisión de Historias Clínicas.

1.3. Materiales

- Computadora
- Impresora
- Hojas bond
- Internet
- Páginas de internet
- Copias

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

La investigación se realizó en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en la Provincia de Arequipa.

- País: Perú
- Departamento: Arequipa
- Dirección: Av. Daniel A. Carrión 565
- Distrito: Cercado
- Delimitación: anexo 2

2.2. Ubicación temporal

- **Cronología:** El estudio se realizó durante el periodo de mayo a julio del 2018.
- **Visión temporal:** El estudio es retrospectivo.
- **Corte Temporal:** El corte es transversal.

2.3. Unidades de estudio

a. Universo

Cualitativo

Todas las pacientes con diagnóstico de Ruptura Prematura de Membranas pretérmino y a término que fueron atendidas en el hospital Honorio Delgado Espinoza, durante el periodo de estudio con una edad gestacional > 22 semanas a 41.6 semanas de gestación que presentaron Ruptura Prematura de Membranas.

Cuantitativo

El universo de esta investigación es 346 gestantes que fueron atendidas en el Hospital Honorio Delgado Espinoza y que cumplan con los siguientes criterios:

b. Criterio de inclusión

- Gestante con una edad gestacional > 22 semanas hasta las 41.6 semanas
- Gestante atendida en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital con diagnóstico de Ruptura Prematura de Membranas de Enero a Diciembre del 2017.

c. Criterio de exclusión

- Historias clínicas incompletas.
- Historias clínicas con letra no legible
- Gestantes con ruptura de membrana artificial

d. Muestra

Criterios estadístico

En este trabajo de investigación se utilizó una muestra con una confiabilidad de un 95 %, un margen de error de 3% y una probabilidad 93%

Tamaño de muestra

Tamaño de la muestra por fórmula:

Con un margen de confianza del 95% y con un margen de error 3%

El universo de error es de 346 unidades de estudio, entonces el tamaño de la muestra seria:

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2})^2 * N * p * q}{(N - 1)E^2 + (Z_{\alpha/2})^2 * p * q}$$

$$n = \frac{(1.95)^2 * 346 * 0.05 * 0.93}{(346 - 1) * 0.03^2 + (1.95)^2 * 0.05 * 0.93} = 128$$

Dónde:

N = Total de la población = 346

n = Tamaño de la muestra = 128

Z = Nivel de confianza o seguridad = 1.95

2= Varianza = 0.93

E = Error de estimación = 0.03

Tipo de muestreo

Muestreo probabilístico- aleatorio simple.

3. ESTRATEGIA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- Autorización: Por el Director y Jefe del Departamento de Gineco –Obstetricia del Hospital Honorio Delgado Espinoza.

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos Humanos:

Autoras: Arapa Quiroz Brigitte, Araujo Bravo Mary Shelsy

Asesor: Dr. Dante Alfredo Vega Ortiz

3.2.2. Recursos Físico:

Se utilizarán:

- Ficha de recolección de datos
- Historias clínicas del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Honorio Delgado Espinoza.

- Consentimiento por parte del servicio de estadística y al departamento de Gineco-Obstetricia

3.2.3. Recursos Financieros:

Este trabajo de investigación fue autofinanciado plenamente por las investigadoras.

3.2.4. Recursos Institucionales:

Se utilizó instalaciones del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, en el área de estadística en relación al Departamento de Gineco- obstetricia.

4. ESTRATEGIA PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS

4.1. Descripción del procedimiento de revisión de Historias Clínicas

Se solicitó el permiso respectivo al Director y Jefe del Departamento de Gineco – Obstetricia del Hospital Honorio Delgado Espinoza, para el acceso a la información de las Historias Clínicas, se solicitó al servicio de Estadística los códigos respectivos de las Historia correspondientes a las pacientes que prestaron Ruptura Prematura de Membranas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, Enero a Diciembre 2017.

4.2. Plan de procesamiento

a. Tipo de procesamiento

- Manual
- Electrónico

b. Operaciones de la sistematización

- Plan de clasificación: Documental o de registro y control
- Plan de recuento: Mixto (Computarizado y manual)
- Plan de tabulación: De doble entrada
- Plan de graficación: Grafico de barras simples.

4.3. Plan de análisis de datos:

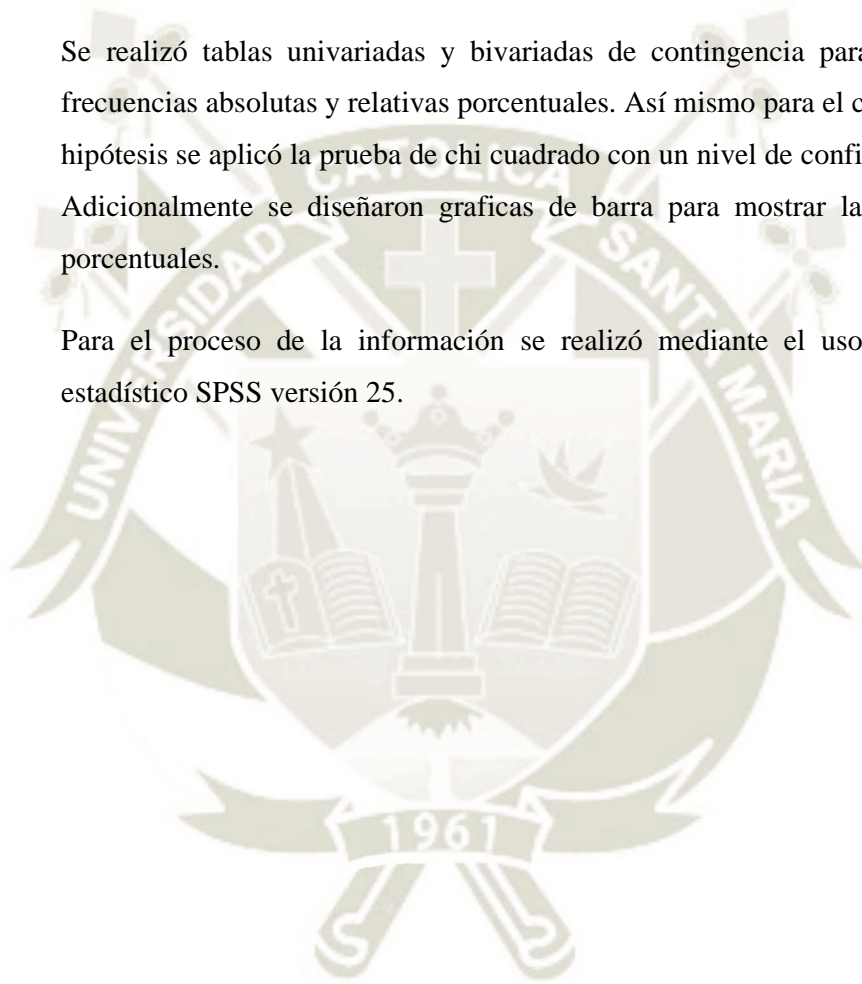
a. Tipo de análisis requerido

- Por el número de variables: bivariado.
- Por su naturaleza: análisis cuantitativo.

b. Técnicas estadísticas

Se realizó tablas univariadas y bivariadas de contingencia para mostrar las frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Así mismo para el contraste de la hipótesis se aplicó la prueba de chi cuadrado con un nivel de confianza del 5 %. Adicionalmente se diseñaron graficas de barra para mostrar las frecuencias porcentuales.

Para el proceso de la información se realizó mediante el uso de software estadístico SPSS versión 25.





CAPÍTULO RESULTADOS

TABLA N°. 1
FACTORES SOCIOCULTURALES DE LAS GESTANTES CON RUPTURA
PREMATURA DE MEMBRANAS, HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, ENERO –DICIEMBRE 2017

Socioculturales	N°.	%
Edad		
Adolescentes	4	3,1
Joven	83	64,8
Adultez	41	32,0
TOTAL	128	100
Estado Civil		
Soltera	25	19,5
Casada	15	11,7
Conviviente	88	68,8
TOTAL	128	100
Ocupación		
Ama de casa	88	68,8
Trabajo dependiente	33	25,8
Trabajo independiente	7	5,5
TOTAL	128	100
Grado de Instrucción		
Primaria	1	0,8
Secundaria	60	46,9
Superior no universitario	38	29,7
Superior universitario	29	22,7
TOTAL	128	100
Procedencia		
Urbano	28	21,9
Rural	100	78,1
TOTAL	128	100

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

La Tabla N°. 1 muestra que el 64.8% de gestantes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza con ruptura prematura de membranas tuvieron entre 18-29 años, el 68.8% fueron convivientes, el 68.8% fueron amas de casa, el 46.9% tuvieron instrucción secundaria y el 78.1% provinieron de zonas rurales.

TABLA N°. 2

**FACTORES INFECCIOSOS DE LAS GESTANTES CON RUPTURA
PREMATURA DE MEMBRANAS HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, ENERO –DICIEMBRE 2017**

F. infecciosos	N°.	%
Infecciones tracto urinario		
Si	51	39,8
No	77	60,2
TOTAL	128	100
Antecedentes ITU		
Si	51	39,8
No	77	60,2
TOTAL	128	100
Flujo vaginal		
Si	4	3,1
No	124	96,9
TOTAL	128	100

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

La Tabla N°. 2 muestra que el 60.2% de gestantes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado con ruptura prematura de membranas Espinoza no presentaron infección de tracto urinario, el 60.2% no tenían antecedentes de infección de tracto urinario, mientras que el 96.9% no tuvieron infecciones de flujo vaginal.

TABLA N° 3

**FACTORES GÍNECO OBSTÉTRICOS DE LAS GESTANTES CON RUPTURA
PREMATURA DE MEMBRANAS, HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, ENERO –DICIEMBRE 2017**

F. Gineco-obstétricos	N°.	%
Anemia		
Leve	73	57,0
Moderada	8	6,3
Severa	16	12,5
No tiene anemia	31	24,2
TOTAL	128	100
Controles Prenatales		
Ninguno	12	9,4
1- 5 CPN	47	36,7
>=6 CPN	69	53,9
TOTAL	128	100
Periodo intergenésico		
Ninguno	41	32,0
<2 años	11	8,6
2-5 años	44	34,4
6-10 años	26	20,3
>=11 años	6	4,7
TOTAL	128	100
Antecedentes RPM		
Si	12	9,4
No	116	90,6
TOTAL	128	100
Antecedentes parto prematuro		
Si	3	2,3
No	125	97,7
TOTAL	128	100
Embarazo múltiple		
Si	1	0,8
No	127	99,2
TOTAL	128	100
Presentación fetal		
Cefálico	119	93,0
Podálico	9	7,0
RPM		
TOTAL	128	100

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

La Tabla N° 3 Muestra que el 57.0% de gestantes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza presentaron con ruptura prematura de membranas anemia leve, el 53.9% tuvieron 6 o más controles prenatales, el 34.4% tuvieron un periodo intergenésico de 2-5 años, el 90.6% no tenían antecedentes de ruptura prematura de membranas, el 97.7% no han tenido parto prematuro, el 93.0% tenían presentación fetal cefálica y el 68.8% presentaron ruptura prematura de membranas a término.

TABLA N°. 4

**RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y TIEMPO DE APARICIÓN DE RUPTURA
PREMATURA DE MEMBRANAS SEGÚN EDAD GESTACIONAL EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, ENERO –DICIEMBRE 2017**

Edad	Ruptura Prematura de Membranas				TOTAL	
	Pretérmino		A término		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
Adolescentes	3	2,3	1	0,8	4	3,1
Joven	32	25,0	51	39,8	83	64,8
Aduldez	5	3,9	36	28,1	41	32,0
TOTAL	40	31,3	88	68,8	128	100

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

$X^2=12.55$

$P<0.05$

$P=0.00$

La Tabla N°. 4 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=12.55$) muestra que la edad y la ruptura prematura de membranas presentan relación estadística significativa ($P<0.05$). Lo que significa que la edad es un factor condicional para la ruptura prematura de membranas.

Asimismo, se observa que la ruptura prematura de membranas pretérmino se presenta con mayor frecuencia en la etapa joven con un 25.0% mientras que la ruptura prematura de membranas a término se presenta con mayor frecuencia en la etapa joven en un 39.8% y en la etapa adulta en un 28.1%.

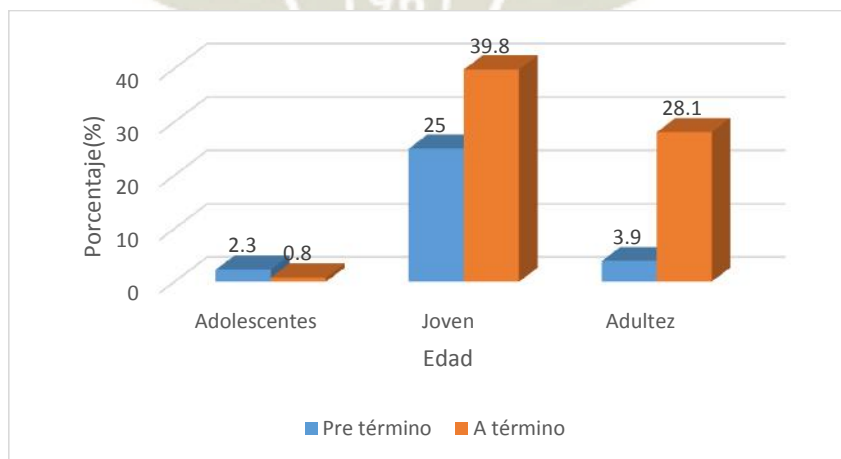


TABLA N°. 5

**RELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y TIEMPO DE APARICION DE
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS SEGÚN EDAD GESTACIONAL EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, ENERO –DICIEMBRE 2017**

Estado Civil	Ruptura Prematura de Membranas				TOTAL	
	Pretérmino		A término		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
Soltera	7	5,5	18	14,1	25	19,5
Casada	1	0,8	14	10,9	15	11,7
Conviviente	32	25,0	56	43,8	88	68,8
TOTAL	40	31,3	88	68,8	128	100

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

$X^2=5.41$ $P>0.05$ $P=0.08$

La Tabla N°. 5 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=5.41$) muestra que el estado civil y la ruptura prematura de membranas no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$), lo que significa el estado civil no es un factor condicional para la ruptura prematura de membranas.

Asimismo, se observa que la ruptura prematura de membranas pretérmino no se presenta en gestantes convivientes 25.0% mientras que la ruptura prematura de membranas a término no se presenta en gestantes convivientes en un 43.8% y en solteras con 14.1%.

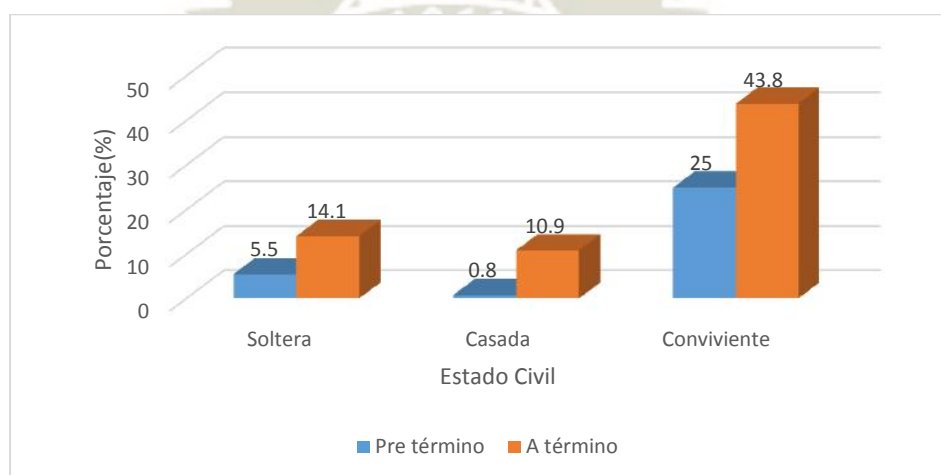


TABLA N°. 6
RELACIÓN ENTRE LA OCUPACIÓN Y TIEMPO DE APARICIÓN DE
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS SEGÚN EDAD GESTACIONAL EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, ENERO –DICIEMBRE 2017

Ocupación	Ruptura Prematura de Membranas				TOTAL	
	Pretérmino		A término		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
Ama de casa	25	19,5	63	49,2	88	68,8
Trabajo dependiente	10	7,8	23	18,0	33	25,8
Trabajo independiente	5	3,9	2	1,6	7	5,5
TOTAL	40	31,3	88	68,8	128	100

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

$$X^2=5.60$$

$$P<0.05$$

$$P=0.05$$

La Tabla N°. 6 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=5.60$) muestra que la ocupación y la ruptura prematura de membranas presentaron relación estadística significativa ($P<0.05$), lo que significa que la ocupación es un factor condicional para la ruptura prematura de membranas.

Asimismo, se observa que la ruptura prematura de membranas pretérmino se presenta con mayor frecuencia en amas de casa en un 19.5% mientras que la ruptura prematura de membranas a término se presenta con mayor frecuencia en amas de casa 49.2 % y en trabajo dependiente en un 18.0%.

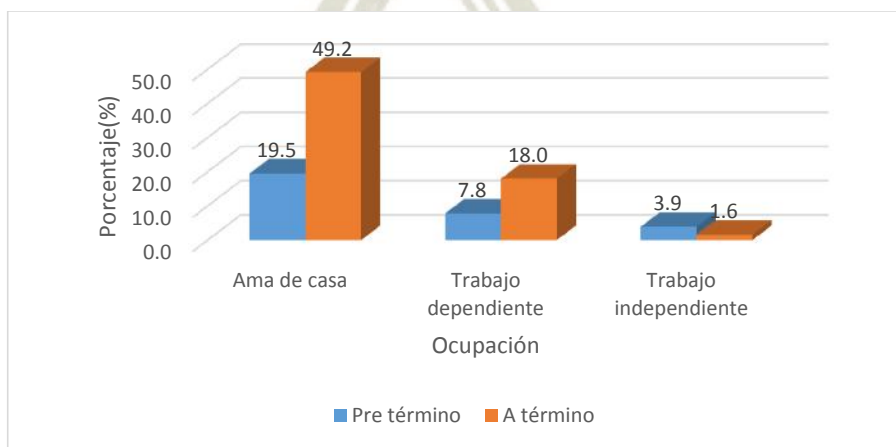


TABLA N° 7

RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y TIEMPO DE APARICIÓN DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS SEGÚN EDAD GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, ENERO –DICIEMBRE 2017

Instrucción	Ruptura Prematura de Membranas				TOTAL	
	Pretérmino		A término		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
Primaria	1	0,8	0	0,0	1	0,8
Secundaria	17	13,3	43	33,6	60	46,9
Superior no universitario	20	15,6	18	14,1	38	29,7
Superior universitario	2	1,6	27	21,1	29	22,7
TOTAL	40	31,3	88	68,8	128	100

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

$X^2=18.53$ $P<0.05$ $P=0.00$

La Tabla N° 7 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=18.53$) muestra que el grado de instrucción y la ruptura prematura de membranas presentan relación estadística significativa ($P<0.05$), quiere decir que el grado de instrucción es un factor condicional para la ruptura prematura de membranas.

Asimismo, se observa que la ruptura prematura de membranas pretérmino se presenta con mayor frecuencia en grado de instrucción superior no universitario en un 15.6% mientras que la ruptura prematura de membranas a término se presenta con mayor frecuencia en secundaria en un 33.6% y en superior no universitario en un 14.1%.

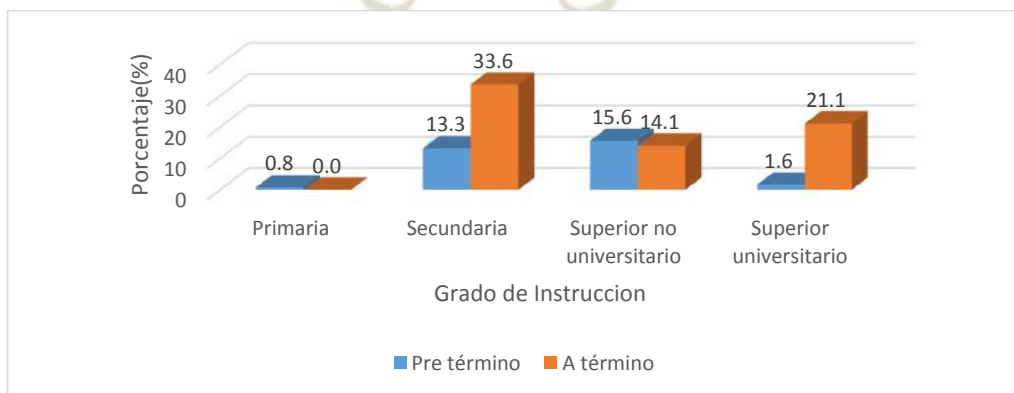


TABLA N° 8
RELACIÓN ENTRE EL LUGAR DE PROCEDENCIA Y TIEMPO DE APARICIÓN DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS SEGÚN EDAD GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, ENERO –DICIEMBRE 2017

Procedencia	Ruptura Prematura de Membranas				TOTAL	
	Pretérmino		A término		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
Rural	24	18,8	76	59,4	100	78,1
Urbano	16	12,5	12	9,4	28	21,9
TOTAL	40	31,3	88	68,8	128	100

$X^2=11.18$

$P<0.05$

$P=0.00$

La Tabla N° 8 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=11.18$) muestra que el lugar de procedencia y la ruptura prematura de membranas presentan relación estadística significativa ($P<0.05$), lo que significa que el lugar de procedencia es un factor condicional para la ruptura prematura de membranas.

Asimismo se observa que la ruptura prematura de membranas pretérmino se presenta con mayor frecuencia de procedencia rural con un 18.8 % mientras que la ruptura prematura de membranas a término se presenta con mayor frecuencia de procedencia rural 59.4%.

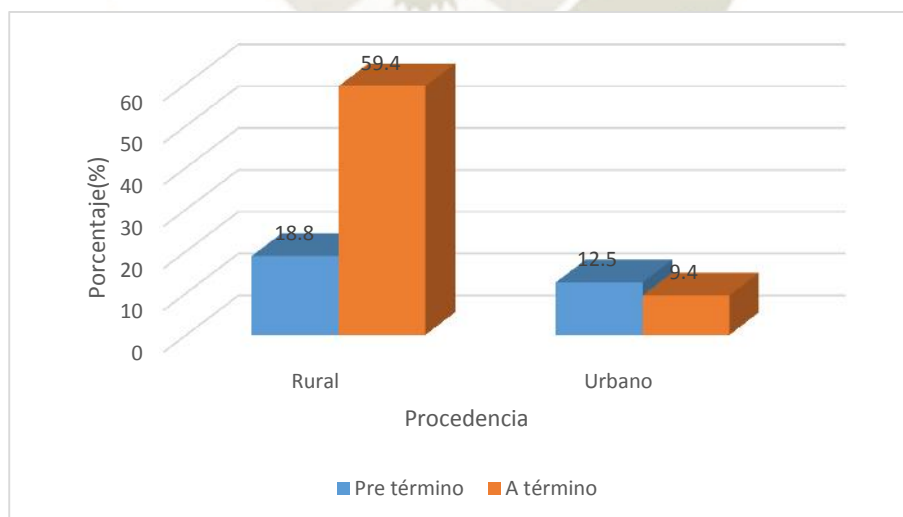


TABLA N°. 9

RELACIÓN ENTRE INFECCIÓN DE TRACTO URINARIO Y TIEMPO DE APARICIÓN DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS SEGÚN EDAD GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, ENERO –DICIEMBRE 2017

Infección tracto urinario	Ruptura Prematura de Membranas				TOTAL	
	Pretérmino		A término		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
Si	14	10,9	37	28,9	51	39,8
No	26	20,3	51	39,8	77	60,2
TOTAL	40	31,3	88	68,8	128	100

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

$$X^2=0.57$$

$$P>0.05$$

$$P=0.45$$

La Tabla N°. 9 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.57$) muestra que la infección de tracto urinario y la ruptura prematura de membranas no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$), lo que significa que la infección del tracto urinario no es un factor condicional para la ruptura prematura de membranas.

Asimismo se observa que la ruptura prematura de membranas pretérmino no se presenta en gestantes que no tuvieron infección de tracto urinario con un 20.3% mientras que la ruptura prematura de membranas a término no se presenta en gestantes que no tuvieron infección de tracto urinario en un 39.8%.

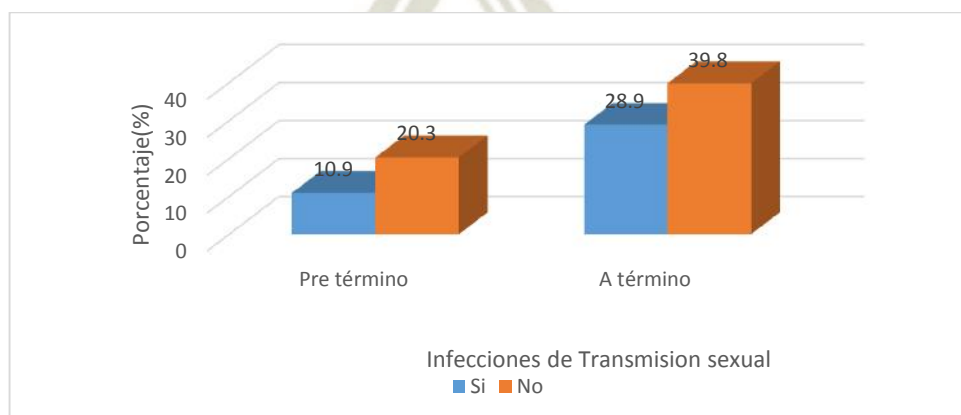


TABLA N°. 10

RELACIÓN ENTRE ANTECEDENTES DE INFECCIÓN DE TRACTO URINARIO Y TIEMPO DE APARICIÓN DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS SEGÚN EDAD GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, ENERO –DICIEMBRE 2017

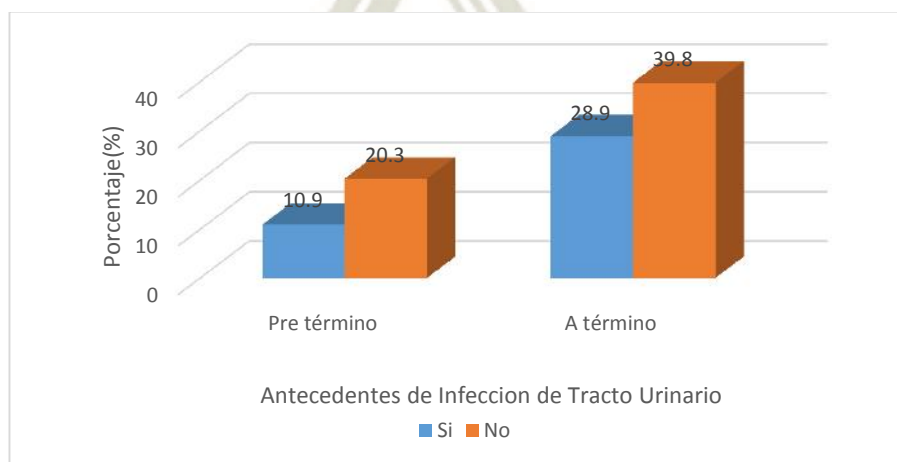
Antecedentes Infección tracto urinario	Ruptura Prematura de Membranas				TOTAL	
	Pretérmino		A término		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
Si	14	10,9	37	28,9	51	39,8
No	26	20,3	51	39,8	77	60,2
TOTAL	40	31,3	88	68,8	128	100

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

$X^2=0.57$ $P>0.05$ $P=0.45$

La Tabla N°. 10 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.57$) muestra que los antecedentes de infección de tracto urinario y la ruptura prematura de membranas no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$), lo que significa es que los antecedentes infección del tracto urinario no es un factor condicional para la ruptura prematura de membranas.

Asimismo se observa que la ruptura prematura de membranas pretérmino no se presenta en gestantes que no tuvieron antecedente de infección de tracto urinario con un 20.3% mientras que la ruptura prematura de membranas a término no se presenta en gestantes que no tuvieron antecedente de infección de tracto urinario en un 39.8



.TABLA N°. 11

RELACIÓN ENTRE FLUJO VAGINAL Y TIEMPO DE APARICIÓN DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS SEGÚN EDAD GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, ENERO –DICIEMBRE 2017

Flujo vaginal	Ruptura Prematura de Membranas				TOTAL	
	Pretérmino		A término		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
Si	1	10,9	3	28,9	4	39,8
No	39	20,3	85	39,8	124	60,2
TOTAL	40	31,3	88	68,8	128	100

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

$X^2=0.02$ $P>0.05$ $P=0.78$

La Tabla N°. 11 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.02$) muestra que el flujo vaginal y la ruptura prematura de membranas no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$), lo que significa que el flujo vaginal no es un factor condicional para la ruptura prematura de membranas.

Asimismo se observa que la ruptura prematura de membranas pretérmino no se presenta en gestantes que no tuvieron flujo vaginal con un 20.3% mientras que la ruptura prematura de membranas a término no se presenta en gestantes que no tuvieron flujo vaginal en un 39.8%.

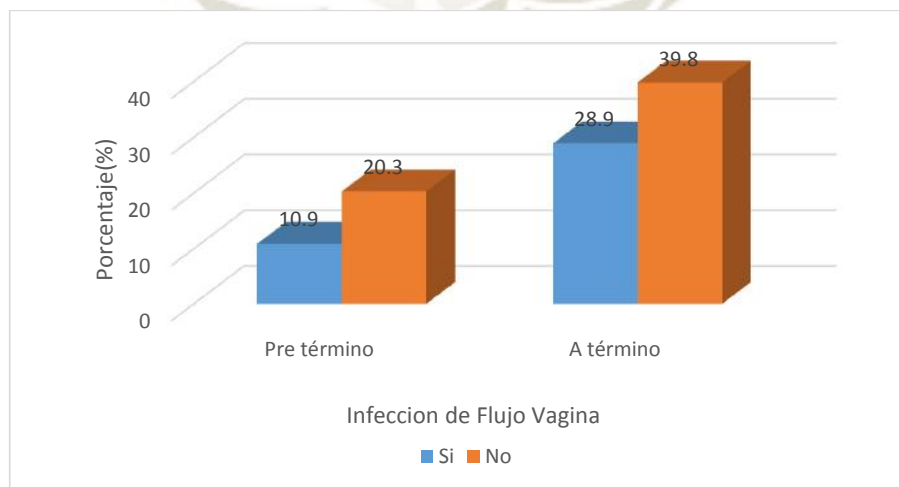


TABLA N°. 12
RELACIÓN ENTRE LA ANEMIA Y TIEMPO DE APARICIÓN DE RUPTURA
PREMATURA DE MEMBRANAS SEGÚN EDAD GESTACIONAL EN
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, ENERO –DICIEMBRE 2017

Anemia	Ruptura Prematura de Membranas				TOTAL	
	Pretérmino		A término		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
Leve	27	21,1	46	35,9	73	57,0
Moderada	0	0,0	8	6,3	8	6,3
Severa	2	1,6	14	10,9	16	12,5
No tiene anemia	11	8,6	20	15,6	31	24,2
TOTAL	40	31,3	88	68,8	128	100

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

$$X^2=7.63$$

$$P<0.05$$

$$P=0.05$$

La Tabla N°. 12 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=7.63$) muestra que la anemia y la ruptura prematura de membranas presentan relación estadística significativa ($P<0.05$), lo que significa que la anemia es un factor condicional para la ruptura prematura de membranas.

Asimismo se observa que la ruptura prematura de membranas pretérmino se presenta con mayor frecuencia en anemia leve en un 21.1% mientras que la ruptura prematura de membranas a término se presenta en anemia leve con un 35.9% y anemia severa con 10.9%.

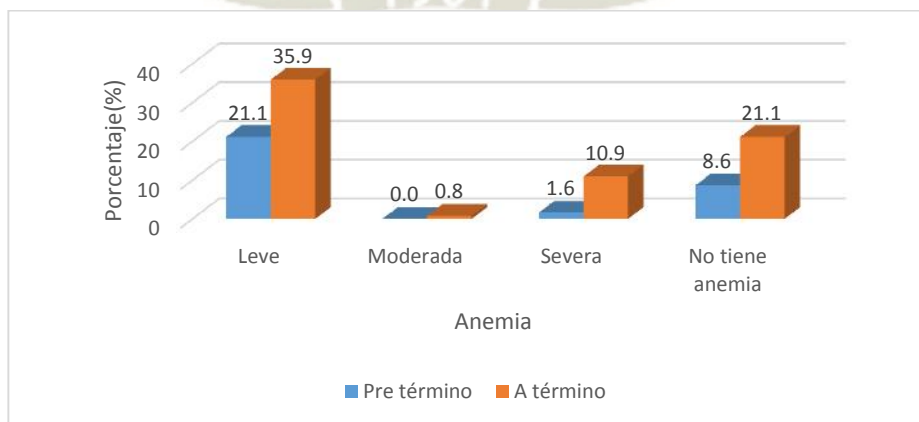


TABLA N°. 13
RELACIÓN ENTRE LOS CONTROLES PRENATALES Y TIEMPO DE APARICIÓN DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS SEGÚN EDAD GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, ENERO –DICIEMBRE 2017

Controles Prenatales	Ruptura Prematura de Membranas				TOTAL	
	Pretérmino		A término		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
Ninguno	3	2,3	9	7,0	12	9,4
1-5 CPN	22	17,2	25	19,5	47	36,7
>=6 CPN	15	11,7	54	42,2	69	53,9
TOTAL	40	31,3	88	68,8	128	100

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

$X^2=8.42$ $P<0.05$ $P=0.02$

La Tabla N°. 13 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=8.42$) muestra que los controles prenatales y la ruptura prematura de membranas presentan relación estadística significativa ($P<0.05$), lo que significa que los controles prenatales es un factor condicional para la ruptura prematura de membranas.

Asimismo se observa que la ruptura prematura de membranas pretérmino se presenta con mayor frecuencia en gestantes de 1-5 CPN con un 17.2% mientras que la ruptura prematura de membranas a término se presenta con mayor frecuencia en gestantes >=6CPN con un 42.2% y 1-5 CPN con 19.5%.

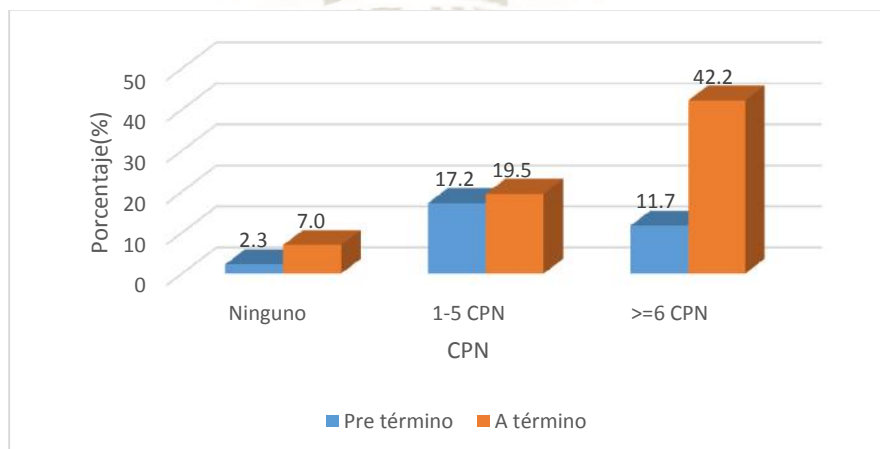


TABLA N°. 14
RELACIÓN ENTRE EL PERIODO INTERGENÉSICO Y TIEMPO DE APARICIÓN DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS SEGÚN EDAD GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, ENERO –DICIEMBRE 2017

Periodo Intergenésico	Ruptura Prematura de Membranas				TOTAL	
	PreTérmino		A término		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
Ninguno	17	13,3	24	18,8	41	32,0
<2 años	2	1,6	9	7,0	11	8,6
2-5 años	10	7,8	34	26,6	44	34,4
6-10 años	10	7,8	16	12,5	26	20,3
>=11 años	1	0,8	5	3,9	6	4,7
TOTAL	40	31,3	88	68,8	128	100

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

$$X^2=5.58$$

$$P>0.05$$

$$P=0.23$$

La Tabla N°. 14 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=5.58$) muestra que el periodo intergenésico y la ruptura prematura de membranas no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$), lo que significa el periodo intergenésico no es un factor condicional para la ruptura prematura de membranas.

Asimismo se observa que la ruptura prematura de membranas pretérmino no se presentó en gestantes con ningún tiempo de periodo intergenésico en un 13.3% mientras que la ruptura prematura de membranas a término no se presentó en gestantes con un periodo intergenésico de 2-5 años con un 26.6% y con ningún tiempo de periodo intergenésico con un 18.8%

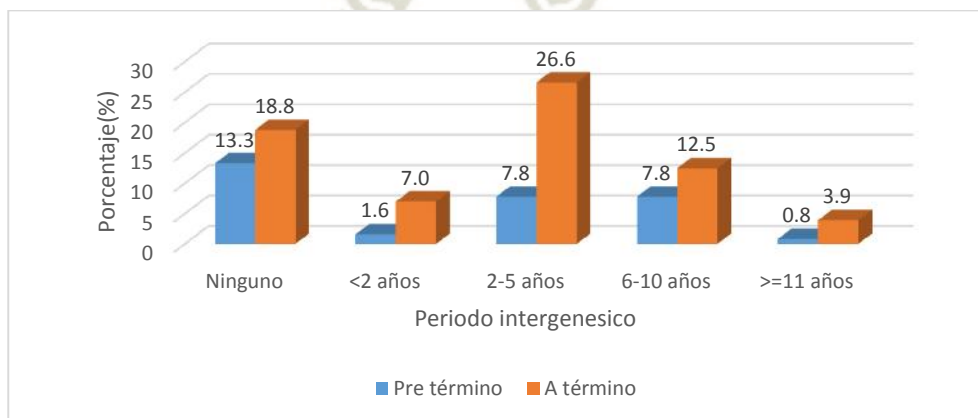


TABLA N°. 15
RELACIÓN ENTRE ANTECEDENTES DE RUPTURA PREMATURA DE
MEMBRANAS Y TIEMPO DE APARICIÓN DE RUPTURA PREMATURA DE
MEMBRANAS SEGÚN EDAD GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA,
ENERO –DICIEMBRE 2017

Antecedentes RPM	Ruptura Prematura de Membranas				TOTAL	
	Pretérmino		A término		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
Si	2	1,6	10	7,8	12	9,4
No	38	29,7	78	60,9	116	90,6
TOTAL	40	31,3	88	68,8	128	100

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

$X^2=1.31$ $P>0.05$ $P=0.25$

La Tabla N°. 15 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=1.31$) muestra que los antecedentes de Ruptura prematura de membranas y la ruptura prematura de membranas no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$), lo que significa que los antecedentes de ruptura prematura de membranas no es un factor condicional para la ruptura prematura de membranas.

Asimismo, se observa que la ruptura prematura de membranas pretérmino no se presenta en gestantes que no tuvieron antecedentes de ruptura prematura de membranas en un 29.7% mientras que la ruptura prematura de membranas a término no se presenta en gestantes que no tuvieron antecedentes de ruptura prematura de membranas con un 60.6%

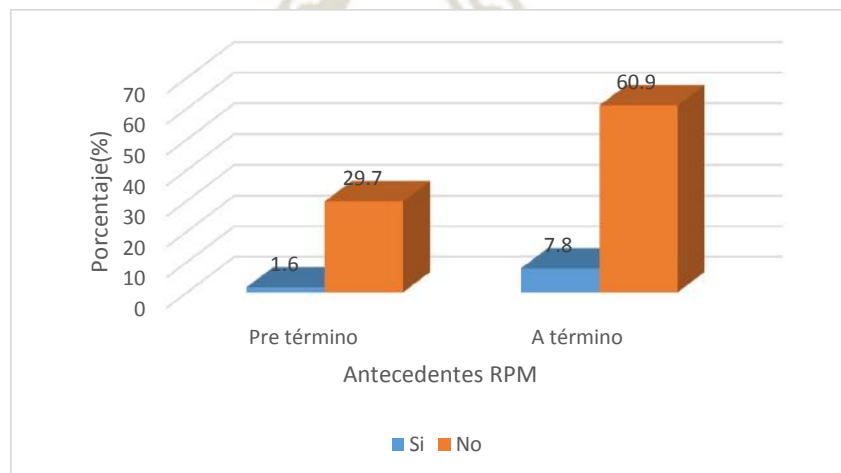


TABLA N°. 16

RELACIÓN ENTRE ANTECEDENTES DE PARTO PREMATURO Y TIEMPO DE APARICIÓN DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS SEGÚN EDAD GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, ENERO –DICIEMBRE 2017

Antecedentes Parto	Ruptura Prematura de Membranas				TOTAL	
	Pretermino		A termino		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
Prematuro						
Si	0	0,0	3	2,3	3	2,3
No	40	31,3	85	66,4	125	97,7
TOTAL	40	31,3	88	68,8	128	100

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

$X^2=1.40$ $P>0.05$ $P=0.24$

La Tabla N°. 16 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=1.40$) muestra que los antecedentes de parto prematuro y la ruptura prematura de membranas no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$), lo que significa antecedentes de parto prematuro no es un factor condicional para la ruptura prematura de membranas.

Asimismo, se observa que la ruptura prematura de membranas pretérmino no se presenta en gestantes que no tuvieron antecedentes de parto prematuro en un 31.3% mientras que la ruptura prematura de membranas a término no se presenta en gestantes que no tuvieron antecedentes parto prematuro con un 66.4%.

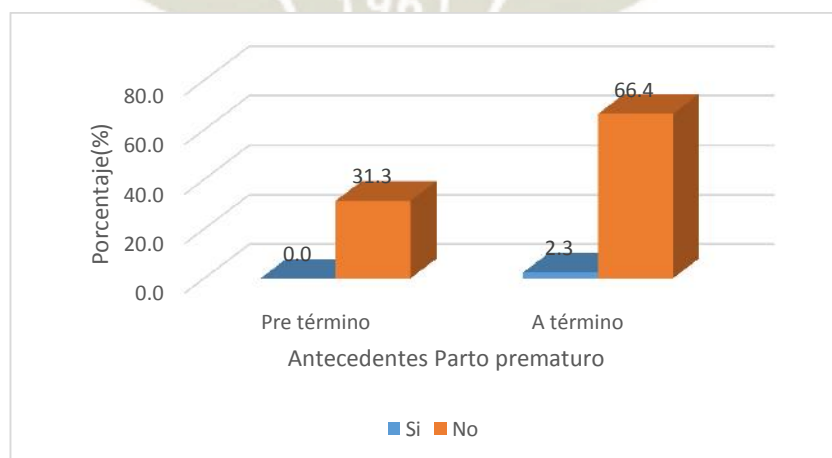


TABLA N°. 17

RELACIÓN ENTRE EMBARAZO MÚLTIPLE Y TIEMPO DE APARICIÓN DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS SEGÚN EDAD GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, ENERO –DICIEMBRE 2017

Embarazo Múltiple	Ruptura Prematura de Membranas				TOTAL	
	Pretérmino		A término		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
Si	0	0,0	1	0,8	1	0,8
No	40	31,3	87	68,0	127	99,2
TOTAL	40	31,3	88	68,8	128	100

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

$X^2=0.46$

$P>0.05$

$P=0.50$

La Tabla N°. 17 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.46$) muestra que el embarazo múltiple y la ruptura prematura de membranas no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$), lo que significa que los embarazos múltiples no es un factor condicional para la ruptura prematura de membranas.

Asimismo, se observa que la ruptura prematura de membranas pretérmino no se presenta en gestantes que no tuvieron embarazo múltiple con un 31.3% mientras que la ruptura prematura de membranas a término no se presenta en gestantes que no tuvieron embarazo múltiple en un 68.0%.

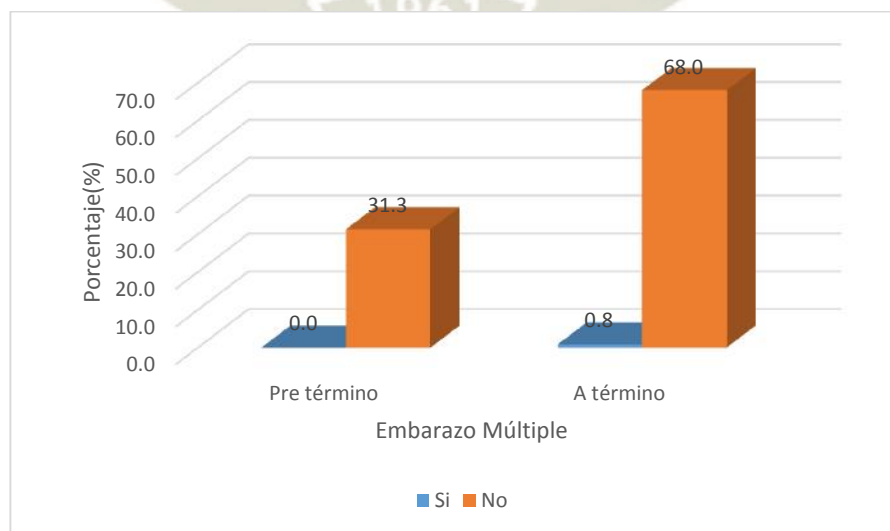


TABLA N°. 18

RELACIÓN ENTRE LA PRESENTACIÓN FETAL Y TIEMPO DE APARICIÓN DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS SEGÚN EDAD GESTACIONAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, ENERO –DICIEMBRE 2017

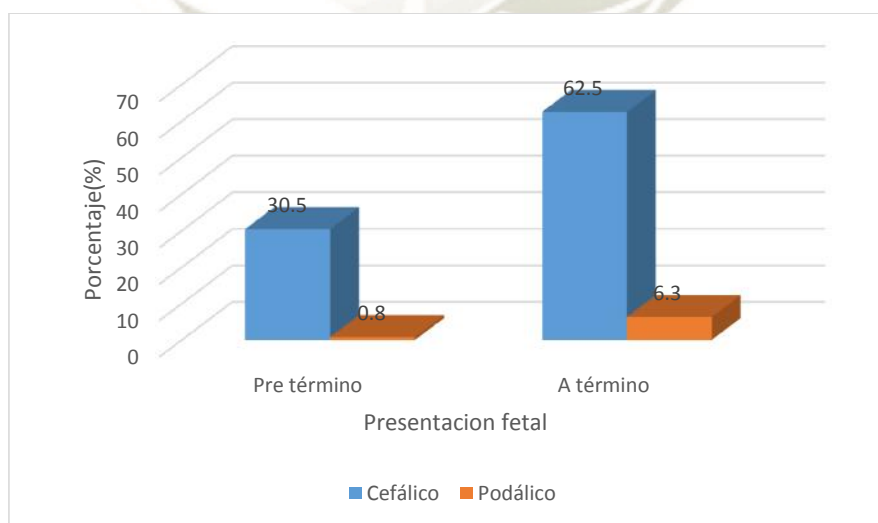
Presentación fetal	Ruptura Prematura de Membranas				TOTAL	
	Pretérmino		A término		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
Cefálico	39	30,5	80	62,5	119	93,0
Podálico	1	0,8	8	6,3	9	7,0
TOTAL	40	31,3	88	68,8	128	100

Fuente: Matriz de sistematización de datos.

$X^2=1.83$ $P>0.05$ $P=0.18$

La Tabla N°. 18 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=1.83$) muestra que la presentación fetal y la ruptura prematura de membranas no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$), lo que significa que la presentación fetal no es un factor condicional para la ruptura prematura de membranas.

Asimismo se observa que la ruptura prematura de membranas pretérmino no se presenta en presentación fetal cefálica en un 30.5% mientras que la ruptura prematura de membranas a término no se presenta en presentación fetal cefálica en un 62.5%.



DISCUSIÓN

En este estudio al realizar el análisis univariado y bivariado determinamos cuáles fueron los principales factores maternos en gestantes con ruptura prematura de membranas según edad gestacional, donde obtuvimos como resultados; en los factores socioculturales según la edad 64.8% de gestantes se encontraron entre los 18 - 29 años de edad, seguidas de 30 - 59 años con 30.0%; Ignacio K. en el 2015 encontró, quienes presentaron ruptura prematura de membranas se encontraron en el grupo etario de añosas de 35 a más con 36.4%. (46) Con respecto al estado civil encontramos que 68.8% de gestantes con ruptura prematura de membranas son convivientes, seguidas por madres solteras con 19.5%; Ignacio k. menciona que el estado marital de unión libre con un 84.8% predomina más en la ruptura prematura de membranas, y con menor porcentaje las madres solteras 6.8%. (46) Por otro lado con respecto a la ocupación de las gestantes que presentaron ruptura prematura de membranas se halló que el 68.8% fueron amas de casa, mientras que el 25.8% presentaron trabajo dependiente; Gabriel L. encontró que en la ocupación de sus pacientes el más representativo fue el de labor doméstico con un 42.4% seguido por las agricultoras con 19.21%. (47) Refiriéndonos al grado de instrucción se observó que la mayoría de las gestantes con ruptura prematura de membranas presentaron instrucción secundaria con un 46.9%, mientras las que presentaron grado de instrucción superior no universitario fueron 29.7%, al igual que Ignacio K. menciona que la mayoría de gestantes con Ruptura Prematura de Membranas 68.4% presentaron instrucción secundaria. (46) En el lugar de procedencia se entró que las gestantes con ruptura prematura de membranas provienen de zonas rurales con un 78,1%; al igual que Ignacio K. encontró que las gestantes con ruptura prematura de membranas provienen de procedencia rural con un 49.2%. (46)

En la tabla 2. Con respecto a las infecciones del tracto urinario encontramos que 60.2% de gestantes atendidas en el Hospital Honorio Delgado Espinoza con ruptura prematura de membranas no presentaron infección urinaria, al igual que los antecedentes de infección urinaria la cual no representan ningún riesgo; Zeballos O. encontró que el 8 % de las gestantes con ruptura prematura de membranas tuvieron infección del tracto urinario. (45) Con respecto al flujo vaginal 96.9% de gestantes con RPM no presentaron Flujo Vaginal; Ferrer Olivo B. se observa que la infección vaginal como factor predisponente en la RPM, si se presentó en las gestantes con un 50.81%. (48)

En la tabla 3 encontramos los factores maternos gineco-obstétricos, donde encontramos gestantes con anemia leve 57.0% presentaron ruptura prematura de membranas, por lo contrario; Zeballos O. evidencio que las gestantes con ruptura prematura de membranas 46% no tenían anemia y el 4% si presentaron anemia. (45) Siguiendo con los controles prenatales encontramos que un 53.9% de gestantes con ruptura prematura de membranas llevaron de 6 a más controles prenatales la cual condicionan a la ruptura prematura de membranas; Ignacio k. encontró que los controles prenatales condicionan a la ruptura prematura de membranas obteniendo que el 36.4% no llevan controles prenatales. (46) En antecedentes de ruptura prematura de membranas se encontró que el 90.6% no tienen antecedentes de ruptura prematura de membranas la cual no condiciona a dicha patología y solo 9.4% presentaron antecedentes de ruptura prematura de membranas. Al igual que; Ignacio k. encontró que los antecedentes de ruptura prematura de membranas no condicionan a dicha patología obteniendo con mayor porcentaje 92,4%.⁴⁶ Por otro lado encontramos que el embarazo múltiple no condiciona a la Ruptura Prematura de Membranas con un 99.2%. En cuanto a la presentación fetal encontramos que la mayoría de gestantes con ruptura prematura de membranas presentaron presentación cefálica con un 93.0%.

Según la tabla 4. Se observó que la edad es un factor predisponente para la ruptura prematura de membranas, las cuales fueron comprendidas entre 18 a 29 años; en base a este estudio podemos deducir que las madres jóvenes tienen más posibilidad de presentar Ruptura Prematura de Membranas; Ferrer Olivo B. observó que la edad es un factor predisponente a la Ruptura Prematura de Membranas, en pacientes menores de 20 años correspondientes al 42.62%. (48) tabla 5 en relación al estado civil de nuestra población según la prueba de chi cuadrado ($\chi^2 = 5.41$) se encontró que este no es un factor predisponente para la ruptura prematura de membranas ($P > 0.05$); Así mismo se observó que el 43.8% de gestantes que presentaron Ruptura Prematura de Membranas a término fueron convivientes en base a este estudio encontramos que las gestantes convivientes predisponen a presentar ruptura prematura de membranas; Ferrer Olivo B. observó que el estado civil como factor predisponente en la RPM, se presentó en mayor porcentaje en el grupo de unión libre con 64.75%. (48) El estado civil también influye y puede convertirse en un factor de riesgo para que las mujeres gestantes que presenten RPM. (48) Tabla 6 Con relación a la ocupación y la ruptura prematura de membranas según la prueba de chi cuadrado observamos que si es un factor predisponente ($P > 0.05$), Asimismo se observa que el 49.2% de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza con Ruptura Prematura Membranas a

término fueron amas de casa, en base a este estudio encontramos que las gestantes amas casa tienen mayor probabilidad de presentar ruptura prematura de membranas debido al esfuerzo físico que realizan en casa y en muchas ocasiones aquellas que residen de zonas rurales; al igual que Gabriel L observó que la ocupación de labor domestico si es un factor de riesgo para la RPM con un 42.2%. (47) Tabla 7 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=18.53$) señalo que el grado de instrucción es un factor predisponente para la ruptura prematura de membranas ($P<0.05$), el 33.6% con RPM a término presentaron instrucción secundaria. Lo que se podía iniciar es la participación de las gestantes en diferentes charlas educativas por que la mujer no conoce los principios básicos del embarazo y no detectaría las complicaciones a tiempo; Ferrer Olivo B. observo que la instrucción académica como factor predisponente en la RPM, se presenta con mayor porcentaje en el grupo con instrucción secundaria incompleta con un 45.90%. (48) Tabla 8 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=11.18$) el lugar de procedencia es un factor predisponente para la ruptura prematura de membranas ($P<0.05$), con un mayor porcentaje 59.4% de gestantes con RPM a término fueron de procedencia rural este dato podría tener como factor causal el nivel socio económico bajo, posiblemente la dificultad de acudir al establecimiento de salud; por lo contrario, Ferrer Olivo B. observó que la procedencia es un factor predisponente para la RPM a término, se presentó con mayor porcentaje el grupo de procedencia urbana con un 70.49%. (48) En la tabla 9 y 10 según la prueba de chi cuadrado determino que la infección del tracto urinario no es un factor predisponente para la ruptura prematura de membranas ($P=0.05$), el 39.8% con RPM a término presentaron ITU, al igual que los antecedentes de infección del tracto urinario, Asimismo se observa que el 39.8% de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza con Ruptura Prematura de Membranas a término no tuvieron antecedentes de infección de tracto urinario; Ferrer Olivo B. observó que la infección del tracto urinario es un factor predisponente en la RPM a término, se presentó en la gestantes con un 72.95%. (48) Tabla 11 según la prueba de chi cuadrado ($x^2=0.02$) encontramos que el Flujo Vaginal no es un factor predisponente la RPM así mismo se observó que un 39.8% con RPM a término no presentaron flujo vaginal por lo contrario Ferrer Olivo B. observó que la infección vaginal es un factor predisponente en la RPM, la cual si se presentó en las gestantes con un 50.81%. (48) Tabla 12 Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=7.63$) encontramos que la anemia si es un factor predisponente para la ruptura prematura de membranas en gestantes con RPM a término con un 35.9% la cual presentaron anemia leve, en este estudio se asocia el nivel socio económico bajo y la procedencia rural, este resultado no pudo ser contrastado con otras investigaciones; la tabla 13 según la prueba de chi

cuadrado ($X^2=8.42$) hallamos que los controles prenatales es un factor predisponente para la ruptura prematura de membranas ($P<0.05$) el 42.2% presentaron de 6 a más controles con RPM a término. El presente estudio no coincide ya que las madres sin control o con control insuficiente tienen mayores complicaciones maternas como la RPM ya que existe un mayor porcentaje en aquellas pacientes que han tenido un control prenatal bueno, pudiéndose atribuir que la causa de RPM fue otra condición;⁴⁸ Ferrer Olivo B. apreció que el número de controles prenatales como factor predisponente en la RPM. Aquellas pacientes q se realizaron de 5 a 8 controles obtuvieron un 68.03%. (48) Tabla 14 se muestra que el periodo intergenésico es un factor predisponente a la ruptura prematura de membranas según chi cuadrado ($x^2=5.58$), así mismo encontramos que un 26.6% con RPM a término tuvieron un periodo intergenésico de 2 a 5 años. Este estudio probablemente esté ligado a los factores de riesgo comentados anteriormente, como la anemia y el nivel socioeconómico bajo. Zeballos O. encontró que el 34% de gestantes tuvieron un periodo intergenésico de 1 a 3 años.⁴⁵ En las tablas 15 y 16 mostramos que los antecedentes de RPM no es un factor predisponente para la ruptura prematura de membranas el 60.9% con RPM a término no tuvieron antecedentes de RPM; al igual que los antecedentes de parto prematuro no es un factor predisponente para la ruptura prematura de membranas, así mismo el 66.4% con ruptura prematura de membranas a término no presentaron antecedentes de parto prematuro; por lo contrario Ferrer Olivo B. demostró que los antecedentes obstétricos como factor predisponente en la RPM, se aprecia que el mayor porcentaje es para aquellas pacientes que no tuvieron ningún antecedente patológico obstétrico con un 93.44%, seguido de aquellas que presentaron parto pretérmino anteriores con un 4.09%, y por último las pacientes que presentaron RPM anteriores con un 2.45%. (48)

No se encontraron estudios parecidos a nuestro trabajo, es por ello que se realizó la comparación con antecedentes investigativos de caso control en gestantes que presentaron ruptura prematura de membranas en general tanto pretérmino como a término.(45,46,47,48)

CONCLUSIONES

- Los factores socioculturales presentados por la población de estudio encontramos que los más frecuentes con el diagnóstico de RPM son las pacientes en etapa joven con un 64,8% (83 pacientes), con estado civil de conviviente y ocupación de ama de casa en un 68,8% (88 pacientes), con grado de instrucción secundaria 46,9% (60 pacientes) y de procedencia rural 78,1% (100 pacientes).
- En la población de estudio encontramos que los factores infecciosos son: la infección de tracto urinario como antecedente y de infección del tracto urinario en el momento de la ruptura de membranas en un 39,8% (51 pacientes).
- Los factores gineco-obstétricos con mayor frecuencia a la ruptura prematura de membranas en el presente estudio fueron: Anemia leve con un 57 % (73 pacientes), gestantes con de 6 controles prenatales con un 53,9% (69 pacientes) y con un periodo intergenésico de 2-5 años con un 34,4 % (44 pacientes).
- Los factores maternos que condicionan la ruptura prematura de membranas según edad gestacional son: En ruptura prematura pretérmino encontramos gestantes en etapa joven en un 25.0% (32 pacientes), ocupación de ama de casa en un 19,5% (25 pacientes), grado de instrucción secundaria 13.3% (17 pacientes), procedencia rural 18.8% (24 pacientes), anemia leve 21.1% (27 pacientes), con controles prenatales 1-5 CPN en un 17,2% (22 pacientes).

En ruptura prematura de membranas a término encontramos gestantes en etapa joven en un 39.8% (51 pacientes) y en etapa adulto en un 28.1% (36 pacientes), ocupación de ama de casa en un 49.2% (63 pacientes) y trabajo dependiente en un 18.0%(23 pacientes), grado de instrucción secundaria 33.6% (43 pacientes) y superior no universitario en un 14.1% (18 pacientes), procedencia rural 59.4% (76 pacientes), anemia leve 35.9% (46 pacientes) y anemia severa en un 10.9% (14 pacientes), con controles prenatales 6CPN en un 42.2% (54 pacientes).

RECOMENDACIONES

- En base a los resultados encontrados a la investigación sería recomendable brindar una buena orientación y concientizar a las gestantes en el tema de ruptura prematura de membranas en cada control prenatal en especial a las de etapa joven y con grado de instrucción secundaria.
- En vista que las gestantes de zona rural y amas de casa son las que tienen mayor incidencia de ruptura prematura de membranas se le recomendaría un descanso relativo a su edad gestacional después de sus actividades diarias.
- Al encontrar una relación entre la anemia gestacional y la ruptura prematura de membranas, a pesar de ser una condición frecuente en nuestras gestantes, se recomienda enfatizar acciones en la prevención y en el tratamiento, agregándole seguimiento en aquellas pacientes ya diagnosticadas de anemia captadas durante los controles prenatales.
- Mejorar la calidad y el tiempo de cada control prenatal para realizar la búsqueda activa de probable ruptura prematura de membranas.
- Se sugiere seguir investigando la ruptura prematura de membranas ya que es una patología muy frecuente en nuestra sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

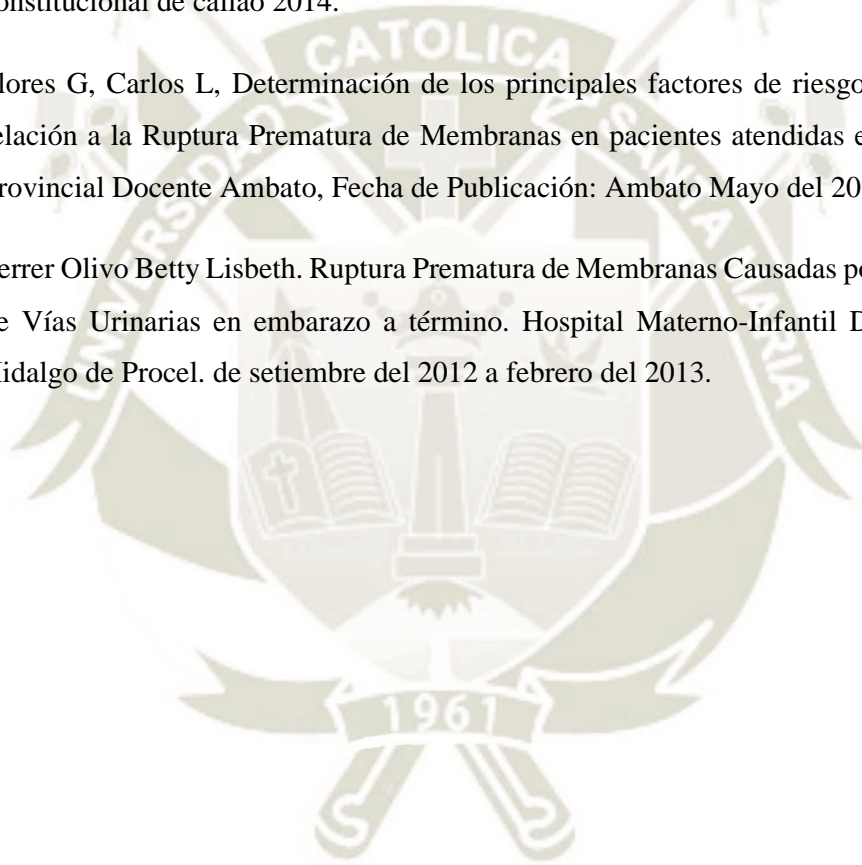
1. Quintana Bruno Edward J. Factores de riesgo maternos asociados a ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto del año 2014; Iquitos Perú 2016.
2. Arteaga M. García M. Embriología Humana y Biología del desarrollo. México. Editorial Panamericana, 2013. Capítulo 12: Anexos embrionarios. Ecología Fetal. p. 159 – 183.
3. Moore KL. Persaud TVN. Embriología clínica, 8ª edición. Editorial Elsevier Saunders. 2008; Capitulo 7: Placenta y membranas fetales.p.114 – 145.
4. Velásquez F. Gustavo E., Factores maternos asociados a la Ruptura Prematura de Membranas atendidas en el instituto nacional Materno Perinaal, Enero -Diciembre del 2008, Lima Perú 2009.
5. Alan Francis, Miranda flores, Resultados maternos y perinatales del manejo conservados de la rotura prematura de membranas en gestantes se 24 a33 semanas. Acta Med Per.2014:31(2)84-89.
6. Schwarcz, Ricardo Leopoldo; Ricardo Fescina y Carlos Duverges. Rotura prematura de membranas. En: Williams. Obstetricia. 21ª ed. Capítulo 5. Editorial Buenos Aires Argentina 2008; 240-248.
7. Oliva JA. Alteraciones del líquido amniótico. En: Temas de Obst y Ginecología. pág. 298 -302. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld:cu>
8. Ortiz U Rebolledo M. Alvaro R correlación entre corioamnio-nitis histologicxa y clínica en pacientes con RPM mayores de 12 horas revista ginecología (on line) 30-03-2008
9. Dr.Sanchez Gongora A., Portella MendoszaJ. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal. INMP; Lima, 2014,02 (3). Pag.46-153.
10. De Gracia P, Savransky R, Pérez Wuff JA, Delgado Gutiérrez J, Nunez de Morais E. Ruptura Prematura de Membranas. FLASOG, GC;2011:1

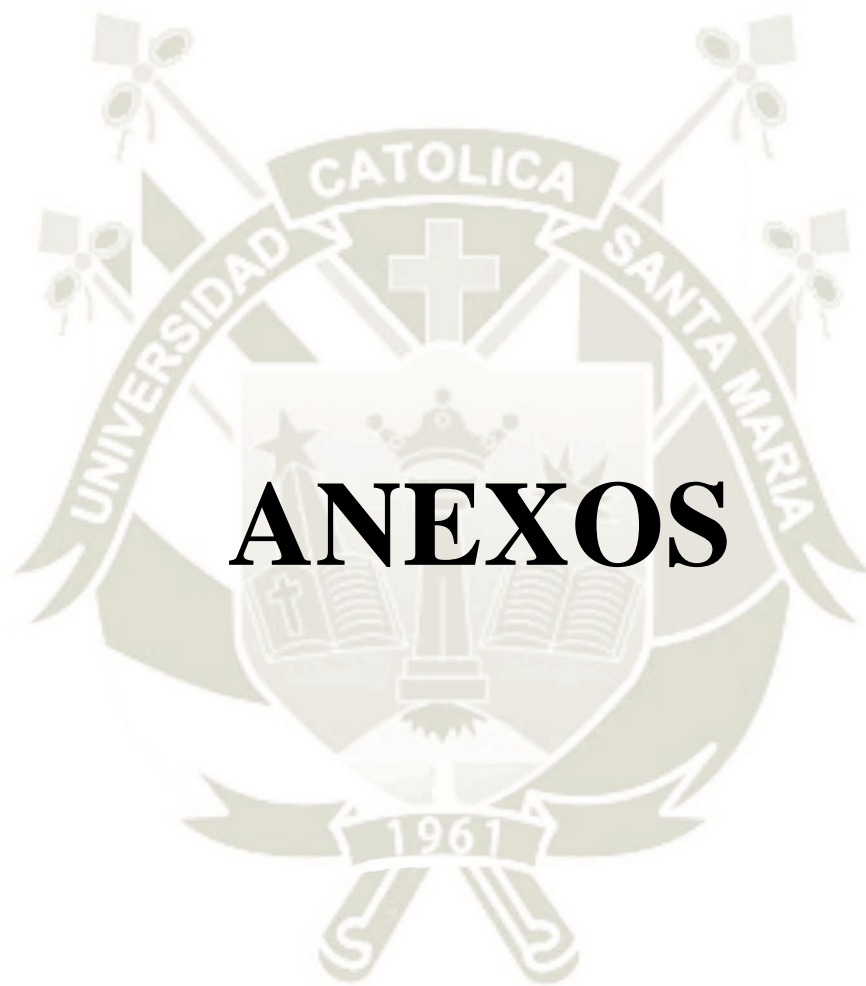
11. Tran SH, Cheng YW, Kaimal AJ, y col. Longitud de la ruptura de membranas a término y morbilidad materna infecciosa. Am J Obstet Gynecol 2008; 198: 700.e1 - 700. edición
12. Fernández J. *loc. cit*
13. Ramírez J .V. Tratamiento de Ruptura Prematura de Membranas; publicado en el 206; 25(5),25/6 .
14. Heras Pérez B, Gobernado Tejedor J. la edad materna como factor de riesgo obstétrico: resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. Prog Obstet Ginecol (España) 2011; 54:575- 80. Vol. 54 núm. 11.
15. Desarrollo en la adolescencia según la OMS.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
16. Nuñez Redonet L. Tema: atención de enfermería al pre-escolar, escolar adolescente, joven, adulto sano y al trabajador
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdvedado/prescolar.pdf>
17. Quintana Bruno E. Factores de riesgo maternos asociados a ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto del año 2014 Iquitos-Perú 2016.
18. Mere J, Bao V, Escudero F, Rojas J, Contreras H, Gutiérrez I.Repercusiones perinatales de la Ruptura Prematura de Membranas. Ginecol Obstet (Perú) 200. 46 (4); 333-340p.
19. Pacora P et al: “La Privación Social y Afectiva de la Madre se Asocia a Alteraciones Anatómicas y Funcionales en el Feto y Recién Nacido”. And. Fac. Med Lima 2005; 66(4). Págs. 282-289
20. Conceptos de estado civil. <https://deconceptos.com/ciencias-juridicas/estado-civil>
21. MEJIA Héctor; Factores de riesgo para muerte neonatal, revisión sistemática de la literatura, Paz-Bolivia, 2000, 39 (3): 3.
22. Giordana de Cassia Pinheiro de Motta, Isabel Cristina Echer, Amalia de Fatima Lucena, factores asociados asociados; Rev. Latino-Am.Enfermagem jul- agosto2010 18(4):08.

23. Pasapera N, Purizaca M, Cardoza K, Matorel M. Características clínico epidemiológicas de la Ruptura Prematura de Membranas en gestantes jóvenes del Hospital EsSalud III José Cayetano Heredia-Piura. Rev. cuerpo méd. Humana 8(3) 2015.
24. Canaval H, Cifuentes R, Prieto C, Quintero C. Obstetricia de alto riesgo. Séptima Edición. Colombia: Ed. Distribuidora; 2013.
25. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal. INMP; 2014.
26. Juan Echevarría-Zarate^{1,2}, Elsa Sarmiento Aguilar⁴ , Fernando Osoreo-Plenge^{1,3}; Infección del tracto urinario y manejo antibiótico Acta Med Per. 23(1) 2006
27. Ministerio de Salud Pública. Infección de vías urinarias en el embarazo, guía de práctica clínica. Quito, 2013.
28. Warren JW, Abrutyn E, Hebel JR, et al. guidelines for antimicrobial treatment of uncomplicated acute bacterial cystitis and acute pyelonephritis in women. Infectious Diseases Society of America (IOSA). Clin Infect Dis 1999;29:745-58 .
29. Infección urinaria y embarazo. En: Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2005;29:33-38.
30. Gilstrap 111LC, Ramin SM. Infecciones de las vías urinarias durante el embarazo. Clinicas de Ginecología y Obstetricia 2001;3:53140.
31. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal. INMP; 2014.
32. Santolaya-Forgas J, Romero R, Espinoza J, Erez O, Friel LA, Bahado-Singh R and Nien J K. Prelabor Rupture of the Membranes. In Clinical Obstetrics in The Fetus & Mother. Third Edition. Massachusetts: Blackwell Publishing Inc.2008.p.234-240.
33. Recomendación de la OMS para la prevención y tratamiento y el tratamiento de las infecciones Maternas en el Periparto.

34. Mercer B, Goldenberg RM, Moawad A, Shellhaas C, Das A, Menard M, Caritis S et al. The Preterm Prediction Study: Prediction of preterm premature rupture of membranes through clinical findings and ancillary testing. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183: 738-745
35. Kenyon S, Pike K, Jones R, Brocklehurst P, Marlow N, Salt A, Taylor J. Childhood outcomes after prescription of antibiotics to pregnant women with preterm rupture of the membranes: 7-year follow-up of the Oracle I trial. *Lancet* 2008; 372: 1310-1318.
36. Arias F, Alejandro V, Cho K, Kraus F. Placental histology and clinical characteristics of patients with preterm premature rupture of membranes. *Obstet Gynecol* 1997; 89: 265-271.
37. Infección urinaria y embarazo. En: Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2005; 29:33-38 https://www.msssi.gob.es/biblioPublic/.../docs/vol29_2InfecUrinariaEmbarazo.pdf
38. Pérez A, Anemia en el embarazo parámetros, universidad Nacional Experimental de los llanos centrales Rómulo gallegos, San Juan de los morros setiembre del 2013.
39. Edward Q, Factores de riesgo maternos asociados a ruptura prematura de membranas, Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, Loreto año 2014.
40. Schwarcz R., Fesina R., Duverges C ,Guía práctica del cuidado preconcepcional del control prenatal, Ministerio de salud de la nación 2001.
41. Cedeño M, García P. Factores determinantes para ruptura prematura pretérmino de membranas en pacientes que ingresan al Hospital Verdi Cevallos Balda, ciudad Portoviejo, noviembre 2011 a abril 2012 (Tesis de grado). Portoviejo – Manabi - Ecuador: Universidad Técnica de Manabí Facultad de Ciencias de la Salud. 2012, 93 p
42. Rosalía G, José R, Maris E, Embarazo múltiple :incidencia, morbilidad y manejo en el centro Médico ABV, vol55 Núm. 3 julio-setiembre 2010 <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2010/bc103c.pdf>
43. Andina E ,Lattera C, Almada R, recomendaciones para el manejo de la rotura prematura de membranas. Red revistas científicas de America Latina y Caribe <http://www.redalyc.org/html/912/91225405/>

44. López Osma Fernando, Ordoñez Sánchez Sergio A. “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 • 2006 • (279-290)
45. Onelia Yomeli Zeballos Miranda, Factores de Riesgo Materno asociados a Ruptura Prematuras de Membrana, Fecha de publicación: Arequipa –Perú 2013.
46. Espinoza K. Factores Gineco- obstétricos e infecciosos que condicionan la Ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Ventanilla provincia constitucional de callao 2014.
47. Flores G, Carlos L, Determinación de los principales factores de riesgo maternos en relación a la Ruptura Prematura de Membranas en pacientes atendidas en el Hospital Provincial Docente Ambato, Fecha de Publicación: Ambato Mayo del 2013 (Ecuador)
48. Ferrer Olivo Betty Lisbeth. Ruptura Prematura de Membranas Causadas por infecciones de Vías Urinarias en embarazo a término. Hospital Materno-Infantil DRA. Matilde Hidalgo de Procel. de setiembre del 2012 a febrero del 2013.





ANEXOS

ANEXO N° 1

INSTRUMENTO FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

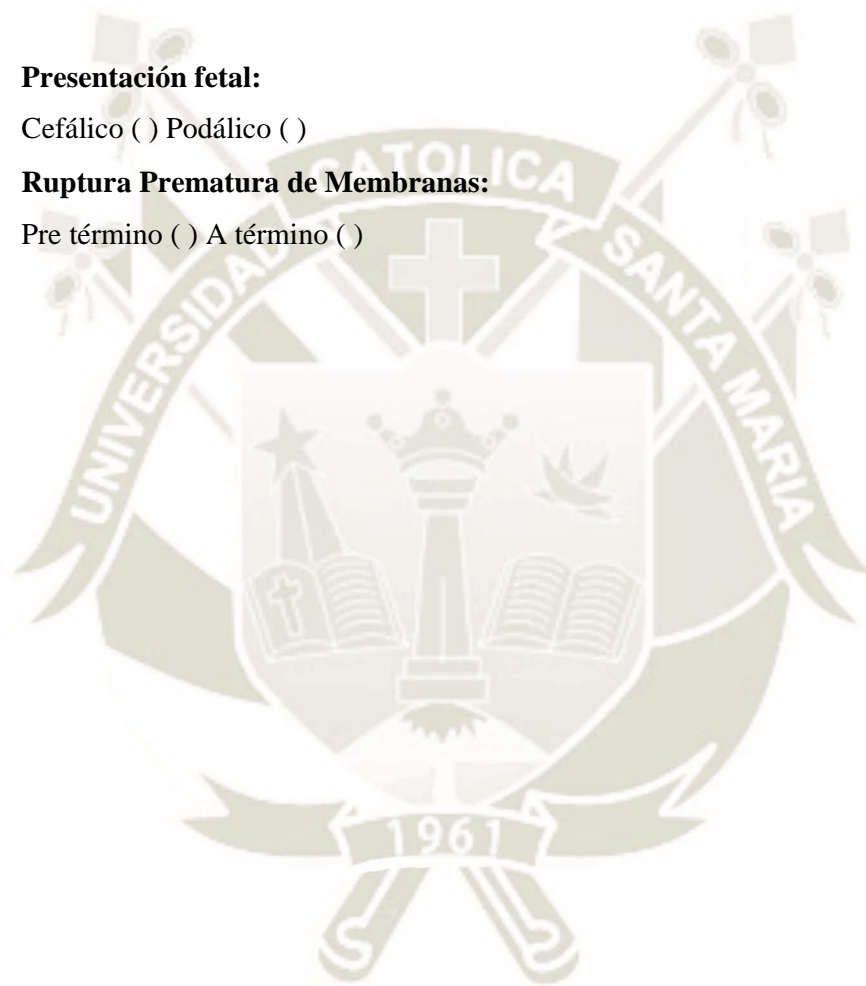
- **Historia Clínica:**
- **Fecha de Ingreso: Fecho de Egreso:**
- **Edad:**
Adolescentes de 11a 17 años () Joven 18 a 29 años ()
Adultez 30a 59años ()
- **Ocupación:**
Ama de casa () trabajo dependiente () trabajo independiente ()
- **Grado de instrucción:**
Primaria () superior no universitario ()
Secundaria () superior universitario ()
- **Lugar de procedencia:**
Urbano () Rural ()
- **Estado civil:**
Soltera () Casada () conviviente ()
Divorciada () Viuda ()
- **Edad gestacional según FUM:**
- **Número de controles prenatales:**
Ninguno () 1-5 CPN () 6 CPN ()
- **Infección del tracto urinario durante la gestación:**
Si () No ()
- **Anemia :**
Anemia severa HB: 7 gr/dl: ()
Anemia moderada HB: 7-9 gr/dl: ()
Anemia leve HB: 10 y 11 gr/dl: ()
- **Periodo intergésico:**
Ninguno () < 2 años () 2 a 5 años () 6-10 años () 11años ()
- **Antecedentes de Parto Prematuro en todas sus gestaciones:**
Si () No ()

- **Embarazo múltiple:** SI () NO ()
- **Antecedentes patológicos de factores infecciones para la Ruptura Prematura de Membranas:**

SI NO Antecedente Infección de tracto urinario: () ()

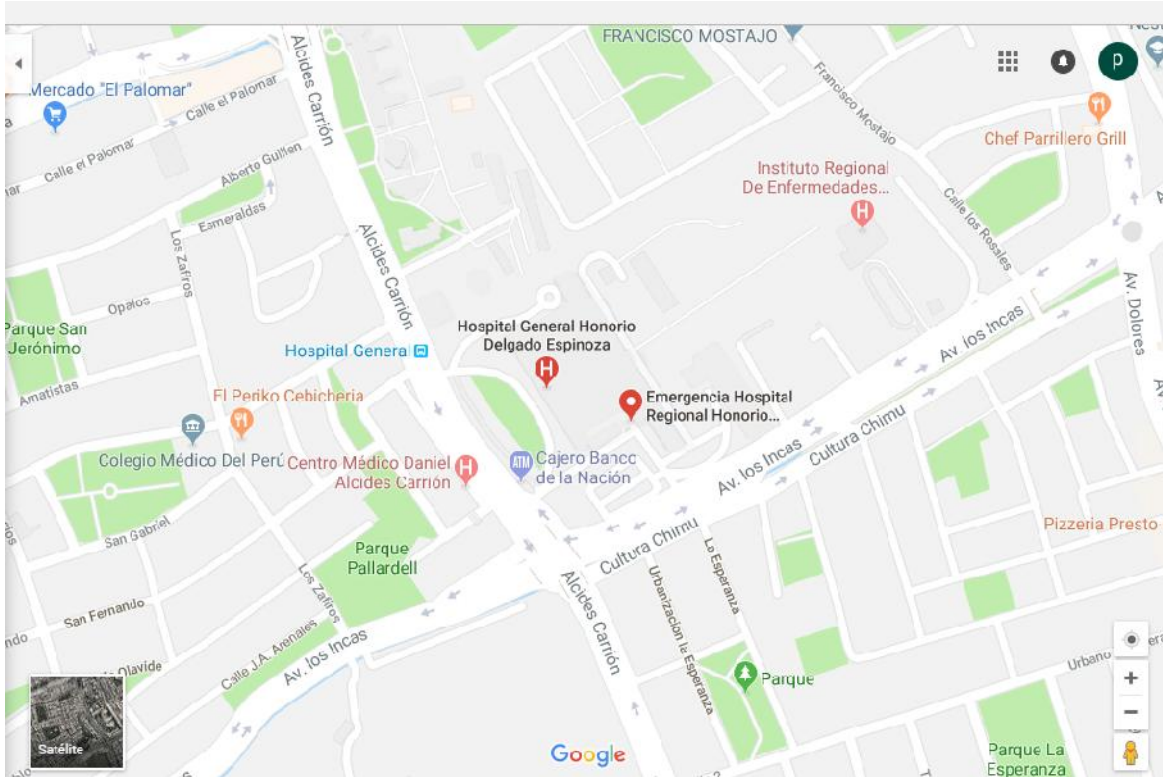
Antecedente de flujo vaginal: () ()

- **Presentación fetal:**
Cefálico () Podálico ()
- **Ruptura Prematura de Membranas:**
Pre término () A término ()



ANEXO 2

DELIMITACIÓN DEMOGRÁFICA



ANEXO 3

MATRIZ DE DATOS

Flujo vaginal	Anemia	CPN	Periodo Inter-genésico	Ante. RPM	Ante P. prematuro	Emb. Múltiple	Presen. Fetal	RPM
No	Leve	≥6 CPN	Ninguno	No	No	No	Podálico	Pre término
No	Leve	≥6 CPN	Ninguno	No	No	No	Cefálico	Pre término
No	Leve	1-5 CPN	2-5 años	No	No	No	Cefálico	Pre término
No	Leve	≥6 CPN	Ninguno	No	No	No	Cefálico	A término
No	Severa	1-5 CPN	Ninguno	No	No	No	Cefálico	A término
No	Leve	≥6 CPN	Ninguno	No	No	No	Cefálico	Pre término
No	Leve	≥6 CPN	6-10 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	Leve	1-5 CPN	Ninguno	No	No	No	Cefálico	A término
No	Leve	≥6 CPN	<2 años	No	No	No	Cefálico	Pre término
No	Leve	≥6 CPN	≥11 años	No	No	No	Cefálico	Pre término
No	Moderada	≥6 CPN	≥11 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	Leve	1-5 CPN	6-10 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	Leve	≥6 CPN	6-10 años	Si	No	No	Cefálico	Pre término
No	Leve	≥6 CPN	≥11 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	Leve	1-5 CPN	2-5 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	Leve	≥6 CPN	<2 años	Si	No	No	Cefálico	Pre término
No	No tiene anemia	1-5 CPN	Ninguno	No	No	No	Cefálico	Pre término
No	No tiene anemia	Ninguno	2-5 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	No tiene anemia	1-5CPN	Ninguno	No	No	No	Cefálico	A término
No	No tiene anemia	1-5CPN	Ninguno	No	No	No	Cefálico	Pre término
No	No tiene anemia	Ninguno	2-5 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	No tiene anemia	1-5CPN	Ninguno	No	No	No	Cefálico	A término
No	No tiene Anemia	Ninguno	2-5 años	No	No	No	Cefálico	Pre término
No	No tiene anemia	1-5CPN	Ninguno	No	No	No	Cefálico	A término
No	No tiene anemia	≥6 CPN	Ninguno	No	No	No	Cefálico	A término
No	No tiene anemia	1-5CPN	6-10 años	No	No	No	Cefálico	Pre término
No	Leve	≥6 CPN	2-5 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	No tiene anemia	≥6 CPN	2-5 años	No	No	No	Cefálico	Pre término
No	No tiene anemia	≥6 CPN	Ninguno	No	No	No	Cefálico	A término
No	No tiene anemia	1-6 CPN	6-10 años	No	No	No	Cefálico	Pre término
No	Leve	≥6 CPN	2-5 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	No tiene anemia	1-5 CPN	2-5 años	No	No	No	Cefálico	Pre término
No	Leve	≥6 CPN	Ninguno	No	No	No	Cefálico	Pre término
No	No tiene anemia	≥6 CPN	2-5 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	No tiene anemia	≥6 CPN	≥11 años	Si	Si	No	Cefálico	A término
No	Leve	≥6 CPN	Ninguno	No	No	No	Cefálico	A término
No	No tiene anemia	1-5 CPN	6-10 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	No tiene anemia	≥6 CPN	2-5 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	No tiene anemia	1-5 CPN	Ninguno	No	No	No	Cefálico	A término

Flujo vaginal	Anemia	CPN	Periodo Interagenésico	Ante. RPM	Ante P. prematuro	Emb. Múltiple	Presen. Fetal	RPM
No	Leve	1-5CPN	2-5 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	No tiene anemia	≥6 CPN	2-5 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	Leve	≥6 CPN	6-10 años	Si	Si	No	Cefálico	A término
No	No tiene anemia	≥6 CPN	≥11 años	Si	Si	No	Cefálico	A término
No	Leve	≥6 CPN	Ninguno	No	No	No	Cefálico	A término
No	No tiene anemia	1-5 CPN	6-10 años	No	No	No	Cefálico	A termino
No	No tiene anemia	≥6 CPN	2-5 años	No	No	No	Cefálico	A termino
No	No tiene anemia	<6 CPN	Ninguno	No	No	No	Podálico	A termino
No	Leve	1-5 CPN	2-5 años	No	No	No	Cefálico	A termino
No	No tiene anemia	≥6 CPN	2-5 años	No	No	No	Cefálico	A termino
No	Leve	≥6 CPN	6-10 años	Si	No	Si	Cefálico	A termino
No	No tiene anemia	1-5 CPN	Ninguno	No	No	No	Cefálico	Pre término
No	No tiene anemia	1-5CPN	Ninguno	No	No	No	Cefálico	Pre término
No	Leve	≥6 CPN	6-10 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	Leve	≥6 CPN	Ninguno	No	No	No	Cefálico	A término
No	No tiene anemia	1-5CPN	Ninguno	No	No	No	Cefálico	Pre término
No	No tiene anemia	1-5CPN	Ninguno	No	No	No	Cefálico	Pre término
No	Leve	≥6 CPN	6-10 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	Leve	≥6 CPN	Ninguno	No	No	No	Cefálico	A término
No	Leve	1-5CPN	Ninguno	No	No	No	Cefálico	Pre término
No	Leve	Ninguno	2-5 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	Leve	1-5 CPN	Ninguno	No	No	No	Cefálico	A término
No	Leve	1-5CPN	Ninguno	No	No	No	Cefálico	Pre término
No	Leve	Ninguno	2-5 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	Leve	1-5 CPN	Ninguno	No	No	No	Cefálico	A término
No	Leve	Ninguno	2-5 años	No	No	No	Cefálico	Pre término
No	Leve	1-5CPN	Ninguno	No	No	No	Cefálico	A término
No	Leve	≥6 CPN	Ninguno	No	No	No	Cefálico	A término
No	Leve	1-5CPN	6-10 años	No	No	No	Cefálico	Pre término
No	Leve	≥6 CPN	2-5 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	Leve	≥6 CPN	2-5 años	No	No	No	Cefálico	Pre término
No	Leve	1-5CPN	6-10 años	No	No	No	Cefálico	Pre término
No	Leve	≥6 CPN	2-5 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	Leve	≥6 CPN	6-10 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	Leve	1-5CPN	2-5 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	Leve	1-5CPN	Ninguno	No	No	No	Cefálico	Pre término
No	No tiene anemia	≥6 CPN	≥11 años	Si	No	No	Cefálico	A término
No	Leve	≥6 CPN	Ninguno	No	No	No	Cefálico	A término
No	No tiene anemia	1-5CPN	6-10 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	No tiene anemia	≥6 CPN	2-5 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	No tiene anemia	1-5CPN	Ninguno	No	No	No	Podálico	A término
No	Leve	1-5CPN	2-5 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	No tiene anemia	≥6 CPN	2-5 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	Leve	≥6 CPN	6-10 años	Si	No	No	Cefálico	A término
No	Leve	1-5CPN	6-10 años	No	No	No	Cefálico	Pre término

Flujo vaginal	Anemia	CPN	Periodo Interagenésico	Ante. RPM	Ante P. prematuro	Emb. Múltiple	Presen. Fetal	RPM
No	Leve	≥6 CPN	2-5 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	Leve	≥6 CPN	2-5 años	No	No	No	Cefálico	Pre término
No	Leve	≥6 CPN	Ninguno	No	No	No	Cefálico	A término
No	Leve	1-5CPN	6-10 años	No	No	No	Cefálico	Pre término
No	Leve	≥6 CPN	2-5 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	Leve	≥6 CPN	6-10 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	Leve	1-5CPN	2-5 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	Leve	1-5CPN	Ninguno	No	No	No	Cefálico	Pre término
No	Leve	1-5CPN	Ninguno	No	No	No	Cefálico	Pre término
No	Leve	≥6 CPN	6-10 años	No	No	No	Cefálico	Pre término
No	Leve	≥6 CPN	2-5 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	Leve	1-5CPN	Ninguno	No	No	No	Cefálico	Pre término
No	Leve	≥6 CPN	6-10 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	Leve	1-5CPN	2-5 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	No tiene anemia	1-5CPN	6-10 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	No tiene anemia	≥6 CPN	2-5 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	No tiene Anemia	1-5CPN	Ninguno	No	No	No	Podálico	A Término
No	Leve	1-5CPN	2-5 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	No tiene anemia	≥6 CPN	2-5 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	Leve	≥6 CPN	6-10 años	Si	No	No	Cefálico	A término
No	Leve	1-5CPN	6-10 años	No	No	No	Cefálico	Pre término
No	Leve	≥6 CPN	2-5 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	Leve	≥6 CPN	2-5 años	No	No	No	Cefálico	Pre término
No	Leve	≥6 CPN	Ninguno	No	No	No	Cefálico	A término
No	Leve	1-5CPN	6-10 años	No	No	No	Cefálico	Pre término
No	Leve	≥6 CPN	2-5 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	Leve	≥6 CPN	6-10 años	No	No	No	Cefálico	A término
Si	Severa	Ninguno	<2 años	Si	No	No	Cefálico	A término
Si	Severa	Ninguno	<2 años	Si	No	No	Cefálico	A término
Si	Severa	Ninguno	<2 años	Si	No	No	Cefálico	A término
Si	Severa	≥6 CPN	2-5 años	No	No	No	Cefálico	Pre término
No	Severa	≥6 CPN	2-5 años	No	No	No	Podálico	A término
No	Severa	≥6 CPN	2-5 años	No	No	No	Podálico	A término
No	Severa	≥6 CPN	<2 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	Severa	Ninguno	2-5 años	No	No	No	Cefálico	Pre término
No	Severa	≥6 CPN	2-5 años	No	No	No	Podálico	A término
No	Severa	≥6 CPN	2-5 años	No	No	No	Podálico	A término
No	Severa	≥6 CPN	<2 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	Severa	Ninguno	<2 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	Severa	≥6 CPN	<2 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	Severa	Ninguno	<2 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	Severa	≥6 CPN	<2 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	Severa	Ninguno	<2 años	No	No	No	Cefálico	A término
No	Severa	≥6 CPN	<2 años	No	No	No	Cefálico	A término

ANEXO 4

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE LA U.C.S.M.

"IN SCIENTIA ET FIDE ESTI FORTITUDO NOSTRA"
(En la Ciencia y en la Fe está nuestra Fortaleza)

Arequipa, 30 de mayo del 2018

OFICIO N° 239-FOyP-2018

Señor Doctor
DIRECTOR DEL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA
Presente.-

De mi especial consideración:

Tengo a bien dirigirme a usted para hacerle llegar un cordial saludo y a la vez, solicitarle tenga usted a bien conceder su autorización para que las señoritas Bachilleres en Obstetricia y Puericultura: BRIGITTE ARAPA QUIROZ y MARY SHELSY ARAUJO BRAVO, puedan desarrollar la investigación Titulada: "FACTORES MATERNOS ASOCIADOS A LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA ENERO.DICIEMBRE 2017".

En tal sentido le solicitamos se sirva otorgar las facilidades que se requiera para el desarrollo de la investigación cuyo proyecto ha sido aprobado por el Decanato de la Facultad de Obstetricia y Puericultura.

Con la seguridad que el presente merecerá su fina atención, hacemos propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi especial estima personal.

Atentamente,

Mgter. RICARDINA FLORES FLORES
Decana de la Facultad de Obstetricia
y Puericultura de la UCSM

RFF/DFOyP
lv.

TRAMITE DOCUMENTARIO H.R.H.D
RUC. DOC. 12 916 786
RUC. EXP. 8 69322
FOLIOS... 01

HOSPITAL REGIONAL TROMBOSIS
TRAMITE DOCUMENTARIO
30 MAYO 2018
RECIBIDO
Hora: 1:05 Folios: 01 + 01
Tumbler

ANEXO 5

SOLICITUD DE INFORME DEL ASESOR DEL BORRADOR DE TESIS

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

Arequipa,

INFORME DE ASESOR DEL BORRADOR DE TESIS DE PREGRADO

A Mgter. Ricardina Flores Flores.....
Decana de la Facultad de Obstetricia y Puericultura

DE : Dr. Dante Vega Ortiz.....

TITULO DEL BORRADOR DE TESIS.....

“ Factores Maternos Asociados a la Ruptura Prematura de
Membranas en gestantes atendidas en el Hospital Honorio
Delgado Espinoza, Arequipa, Enero - Diciembre 2017”
.....”

Presentado por:
Bach. Brigitte Arapa Quiraz.....
Bach. Mary Shelsy Araujo Bravo.....

Para optar el Título Profesional.



Firma del solicitante


Firma del solicitante

Hechas las observaciones que se encontraron en el mencionado BORRADOR DE TESIS, se da el pase para que se le asigne los dictaminadores para la Revisión y Aprobación.

Debiendo elaborar la Tesis según el formato oficial del Reglamento de Investigación.

Atentamente,


.....
ASESOR
CCD 2874