

**UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZAN”
ESCUELA DE POST GRADO
FACULTAD DE OBSTETRICIA**



**“VALOR PREDICTIVO DEL MONITOREO ELECTRÓNICO
FETAL EN GESTANTES CON RUPTURA PREMATURA DE
MEMBRANAS, HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PISCO DE
ENERO – DICIEMBRE DEL 2015”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD EN MONITOREO FETAL Y DIAGNÓSTICO
POR IMÁGENES EN OBSTETRICIA**

**AUTORA: CLEOTILDE PALOMINO PAREDES
ASESORA: MAG. IBETH FIGEROA SANCHEZ.**

HUANUCO -PERU

2016

DEDICATORIA

“A mis padres y a mis hijos, por su paciencia, su apoyo incondicional son los que directamente han sufrido las consecuencias del trabajo realizado, por lo que estoy inmensamente agradecida y son mi palanca de superación”

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme salud y permitir que se culmine uno de mis objetivos trazados. A las autoridades de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco y CENCASALUD por haber hecho posible se instituya la Especialidad de Monitoreo Fetal y Diagnóstico por imágenes, al haber permitido a los profesionales de la región Ucayali la oportunidad de seguir actualizándonos. A la Asesora, un agradecimiento especial, por sus orientaciones, asesoría y valioso aporte profesional en la realización de la presente investigación. Al Lic. Josué Janampa Esteban por sus orientaciones en la parte estadística. A los docentes de la especialidad a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza.

INDICE GENERAL

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. Descripción del problema.....	1
1.2. Formulación del problema.....	4
1.2.1. Problema general.....	4
1.2.2. Problema específicos.....	4
1.3. Objetivo General y objetivos específicos.....	5
1.3.1. General.....	5
1.3.2. Específicos.....	5
1.4. Hipótesis general y específicas.....	6
1.5. Sistema de variables, dimensiones e indicadores.....	6
1.5.1. Variable de interés o de estudio.....	6
1.5.2. Variable Interviniente.....	6
1.5.3. Operacionalización de variables.....	7
1.6. Justificación e importancia.....	8
1.7. Viabilidad.....	8
1.8. Limitaciones.....	9
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	10
2.1. Antecedentes.....	10
2.1.1. Antecedentes Internacionales.....	10
2.1.2. Antecedentes nacionales.....	13
2.1.3. Antecedentes locales.....	15
2.2. Bases teóricas.....	16
2.2.1. Cardiotocografía.....	15
2.2.2. Ruptura Prematura de Membranas.....	21
2.2.3. Apgar.....	28
2.3. Definición de términos básicos.....	30
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO	31
3.1. Tipo de investigación.....	31
3.2. Diseño de investigación.....	31
3.3. Determinación de la población.....	32
Características de la población.....	32
3.4. Selección de muestra.....	33
3.5. Fuentes técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	34
3.5.1. Técnica.....	34
3.5.2. Instrumento.....	34
3.5.3. Definición operativa del instrumento de recolección de datos.....	34
3.6. Técnica de procesamiento, análisis de datos y presentación de datos.....	35
CAPÍTULO IV. Resultados	38
CAPÍTULO V. Discusión	49

CONCLUSIONES.....	52
RECOMENDACIONES.....	54
BIBLIOGRAFÍA.....	56

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables.....	7
Tabla 2. Estimación de la confiabilidad por el método KR de Richardson.....	35
Tabla 3. Edad materna.....	38
Tabla 4. Edad gestacional.....	39
Tabla 5. Paridad.....	40
Tabla 6. Numero de control prenatal.....	41
Tabla 7. Interpretación de la cardiotocografía fetal según Fisher.....	42
Tabla 8. tiempo de pérdida de líquido amniótico.....	43
Tabla 9. color de líquido amniótico.....	44
Tabla 10. vías de culminación del parto.....	45
Tabla 11. Apgar del recién nacido.....	46
Tabla 12. indicadores epidemiológicos clínicos.....	47

RESUMEN

La investigación realizada, tuvo el objetivo estimar el valor predictivo del Monitoreo Electrónico Fetal en gestantes con ruptura prematura de membranas. Hospital San Juan de Dios. Pisco – Ica. Año 2015.; utilizando un diseño: Descriptivo simple, de tipo observacional, retrospectivo, transversal; siendo los principales resultados: Test de Fisher: 97.4% son fisiológico. Las características del líquido amniótico 89.47% es de color claro, y el tiempo de pérdida es de un 94.7% está entre 1 a 6 horas, la vía de culminación es eutócico en un 68,4% El Apgar del recién nacido es de 94,7% fisiológico. Concluyendo que: el valor predictivo del Monitoreo Electrónico Fetal en gestantes con ruptura prematura de membranas. Hospital San Juan de Dios. Pisco – Ica. Año 2015; tiene una sensibilidad de 50% y una especificidad de 100%; lo cual nos indica que existe una probabilidad alta de detectar a los no enfermos; y el 100% a los verdaderos enfermos y a los verdaderos sanos por lo que se puede decir que el valor predictivo del monitoreo electrónico fetal es significativo en la predicción del bienestar del recién nacido.

Palabras Claves:

Ruptura prematura de membranas, Monitoreo electrónico fetal.

SUMMARY

The objective of the research was to estimate the predictive value of Fetal Electronic Monitoring in pregnant women with premature rupture of membranes. Hospital San Juan de Dios. Pisco - Ica. Year 2015; Using a simple descriptive, observational, retrospective, cross-sectional design; Being the main results: Fisher test: 97.4% are physiological. The characteristics of the amniotic fluid 89.47% are light-colored, and the loss time is 94.7% is between 1 to 6 hours, the completion path is 68.4% eutocic. The Apgar of the newborn is 94, 7% physiological. Concluding: the predictive value of Electronic Fetal Monitoring in pregnant women with premature rupture of membranes. Hospital San Juan de Dios. Pisco - Ica. Year 2015; Has a sensitivity of 50% and a specificity of 100%; Which indicates that there is a high probability of detecting the non-diseased; And 100% to the true sick and to the true healthy so it can be said that the predictive value of electronic fetal monitoring is significant in predicting the well-being of the newborn.

Keywords:

Premature rupture of membranes, Fetal electronic monitoring.

INTRODUCCIÓN

El Monitoreo Electrónico Fetal (MEF) es una prueba de valoración del bienestar fetal que estudia el comportamiento de la frecuencia cardíaca fetal, en relación a los movimientos fetales y a la dinámica uterina; gracias a esta prueba se puede detectar precozmente la hipoxemia, la hipoxia fetal, la asfixia y prevenir el daño neurológico o muerte fetal. Se entiende por rotura prematura de membranas la rotura de las membranas ovulares antes del inicio del parto, con la consiguiente salida de líquido amniótico y comunicación de la cavidad amniótica con el endocérvix y la vagina. La mayoría de las Rotura Prematuras de Membranas es a término y el parto se desencadenará, incluso en condiciones cervicales desfavorables, de forma espontánea en las siguientes 24 horas (60%-95%). Por lo cual nos lleva a plantearnos la siguiente interrogante ¿Cuál es el valor predictivo del Monitoreo Electrónico Fetal en gestantes con ruptura prematura de membranas. Hospital San Juan de Dios. Pisco – Ica. ¿Año 2015?; siendo el objetivo, estimar el valor predictivo del Monitoreo Electrónico Fetal en gestantes con ruptura prematura de membranas. Hospital San Juan de Dios. Pisco – Ica. Año 2015; Identificar las características obstétricas en gestantes con ruptura prematura de membranas que se han realizado el examen de monitoreo fetal; Identificar cuál es el resultado del monitoreo electrónico fetal en gestantes a término con ruptura prematura de membranas; identificar cuál es la característica del líquido amniótico en gestantes a término con ruptura prematura de membranas que se realizaron el monitoreo materno fetal; Identificar cual es la vía de culminación del parto en madres con ruptura prematura de membranas; Identificar los resultados del

bienestar fetal en razón del Apgar en recién nacidos de madres con ruptura prematura de membranas; Hallar el cálculo indicadores epidemiológico clínico en el valor predictivo del Monitoreo Electrónico Fetal en gestantes con ruptura prematura de membranas en resultados neonatales; con un diseño descriptivo simple, con una muestra de 38,utilizando como instrumento una ficha de recolección de datos, con una confiabilidad de indicadores epidemiológicos clínicos.

La tesis cuenta con un primer capítulo referido al problema de la investigación, donde se describe y formula el problema general y los específicos; así como también se describen los objetivos, la hipótesis de estudio, variables, justificación del estudio, viabilidad y limitaciones.

El segundo capítulo corresponde al Marco Teórico donde se presentó los antecedentes de estudio, las bases teóricas, definiciones conceptuales y bases epistémicas del estudio.

El Tercer se refiere al Marco Metodológico, donde se especificó el tipo y diseño de investigación, la población y la muestra de estudio, los instrumentos y técnicas de recolección y procesamiento de datos.

En el cuarto Capítulo se refiere a los Resultados con su respectivo Análisis e Interpretación,

En el quinto capítulo se realizó la discusión de los resultados; terminando con las Conclusiones con sus respectivas Recomendaciones y la bibliografía.

La presente tesis de investigación permitirá polarizar la información para futuras investigaciones.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

1.1 Fundamentación del Problema

El embarazo o gravidez proviene de grávido, y este del latín gravidus, es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto, en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto; el desarrollo del mismo no está exento de riesgos, siendo la ruptura de membranas una de las complicaciones más frecuentes y graves. ¹

Se entiende por rotura prematura de membranas la rotura de las membranas ovulares antes del inicio del parto, con la consiguiente salida de líquido amniótico y comunicación de la cavidad amniótica con el endocérvix y la vagina. La mayoría de las Rotura Prematuras de Membranas es a término y el parto se desencadenará, en forma espontánea en las siguientes 24 horas (60%-95%).²

En Europa se calcula que 5 al 9% de los nacimientos son pre términos y en Estados Unidos de Norte América este porcentaje alcanza el 12-13%; en América Latina, sin embargo, estadísticas de algunos hospitales confirman que es cerca de 11 al 15%, se estima que un 25 a 30% de partos pre términos son producto de ruptura prematura.³

El pronóstico perinatal y el manejo está relacionado con la edad gestacional al momento en que se produce la Rotura Prematura de

Membranas Según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, del inglés American College of Obstetricians and Gynecologists), la morbilidad materna principalmente se relaciona con la infección intraamniótica (13 %-60 %) y la endometritis posparto (2 %-13 %); en cambio, la morbilidad fetal en pretérminos se relaciona con la enterocolitis necrosante, la sepsis neonatal, el síndrome de dificultad respiratoria y la hemorragia intraventricular.⁴

Según datos estadísticos del Instituto Especializado Materno Perinatal del Perú tenemos que en el año 2004 la incidencia de ruptura prematura de membranas fue 10,70%, el año 2005 fue 9,22%, el año 2006 fue 7,84 y el año 2007 fue 8,37%.⁵

En el informe emitido en febrero del 2014 (casos desde 01/01/2013 al 31/12/2013) por el sistema de información perinatal SIP2000 v2.0 en el Hospital San Juan de Dios muestra un total de 59 casos de pacientes con ruptura prematura de membranas.⁶

De Los nacimientos pre términos conllevan a grandes discapacidades como por ejemplo parálisis cerebral infantil, dificultades en el aprendizaje y conducta. Por lo tanto, evitar los nacimientos pre términos es de prioridad en salud obstétrica.

Las dos pruebas más comúnmente usadas son la monitoreo fetal anteparto o prueba de no stres y el perfil biofísico.

El Monitoreo Electrónico Fetal (MEF) es una prueba de valoración del bienestar fetal que estudia el comportamiento de la frecuencia cardiaca fetal, en relación a los movimientos fetales y a la dinámica uterina; gracias a esta prueba se puede detectar precozmente la hipoxia fetal y prevenir el daño neurológico o muerte fetal⁷; determinar la reserva respiratoria feto placentaria (capacidad placentaria para transporte de oxígeno y la capacidad de resistencia fetal a la hipoxia; vigilar continuamente las contracciones uterinas relacionadas con la frecuencia cardiaca fetal; ayudando al diagnóstico de la culminación del parto eutócico o distócico.⁸

En la adecuada interpretación de este método se requiere conocer diversos criterios que permitan describir y estudiar la frecuencia cardiaca fetal. Existen diferentes fuentes utilizadas en la actualidad como son la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO 1987), el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG 2005), el National Institute of Child Health and Human Development (NICHD 2006) e incluso parámetros evaluados según el Instituto Nacional Materno Perinatal, en la identificación de estos estándares existen cuatro criterios principales que evalúan el bienestar fetal como son: test de Fischer modificado.⁹

Por lo manifestado nos planteamos la siguiente interrogante:

1.2 Formulación del problema

1.2.1 General

¿Cuál es el valor predictivo del Monitoreo Electrónico Fetal en gestantes con ruptura prematura de membranas. Hospital San Juan de Dios. Pisco – Ica. Año 2015?

1.2.2 Problemas Específicos

1. ¿Caracterizar las características obstétricas en gestantes con ruptura prematura de membranas que se han realizado el examen de monitoreo fetal. Hospital San Juan de Dios. Pisco – Ica. Año 2015?
2. ¿Cuál es el resultado del monitoreo electrónico fetal en gestantes a término con ruptura prematura de membranas. Hospital San Juan de Dios. Pisco – Ica. Año 2015?
3. ¿Cuál es la característica del líquido amniótico en gestantes a término con ruptura prematura de membranas que se realizaron el monitoreo materno fetal. Hospital San Juan de Dios. Pisco – Ica. Año 2015?
4. ¿Cuáles es la vía de culminación del parto en madres con ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital San Juan de Dios. Pisco – Ica. Año 2015?
5. ¿Cuáles es del Apgar en recién nacido de madres con ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital San Juan de Dios. Pisco – Ica. Año 2015?
6. ¿Cuáles son los indicadores epidemiológicos clínicos?

Objetivos

1.3.1 General

Estimar el valor predictivo del Monitoreo Electrónico Fetal en gestantes con ruptura prematura de membranas. Hospital San Juan de Dios. Pisco – Ica. Año 2015.

1.3.2. Específicos

1. Identificar las características obstétricas en gestantes con ruptura prematura de membranas que se han realizado el examen de monitoreo fetal. Hospital San Juan de Dios. Pisco – Ica. Año 2015.
2. Identificar cuál es el resultado del monitoreo electrónico fetal en gestantes a término con ruptura prematura de membranas. Hospital San Juan de Dios. Pisco – Ica. Año .
3. Identificar cuál es la característica del líquido amniótico en gestantes a termino con ruptura prematura de membranas que se realizaron el monitoreo materno fetal. Hospital San Juan de Dios. Pisco – Ica. Año 2015
4. Identificar cual es la vía de culminación del parto en madres con ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital San Juan de Dios. Pisco – Ica. Año 2015.
5. Identificar los resultados del bienestar fetal en razón del Apgar en recién nacidos de madres con ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital San Juan de Dios. Pisco – Ica. Año 2015?
6. Hallar los resultados epidemiológicos clínicos.

Hipótesis general y específicas

Por ser un estudio analítico donde se hallaron indicadores epidemiológicos, no tiene hipótesis, información según la autora Graciela Pardo de Vélez.

1.4. Sistema de variables, dimensiones e indicadores

1.4.1. Variable de interés o de estudio.

Monitoreo Fetal Electrónico

Ruptura prematura de membranas

Apgar

1.4.2 variable Interviniente

1. Edad gestacional
2. Falta de control prenatal
3. edad materna
4. paridad
5. terminación de parto.

1.4.3 Operacionalización de variables

Variable	Dimensiones	Indicadores	Tipo / Escala	Valor final
Valor predictivo de la cardiocografía	Eficacia real de la cardiocografía del bienestar fetal en gestantes a termino con ruptura prematura de membranas	Sensibilidad	Intervalo	$\% = \frac{VP}{(VP+FN)}$
		Especificidad	Intervalo	$\% = \frac{VN}{(VN+FP)}$
		Valor predictivo positivo	Intervalo	$\% = \frac{VP}{(VP + FP)}$
		Valor predictivo negativo	Intervalo	$\% = \frac{VN}{(FN+VN)}$
Variable de interés o estudio	Parámetros	Línea de base Variabilidad Aceleración Desaceleración Actividad fetal.	Cualitativa Nominal	Si No
	Rpm	precoz	Cuantitativa Ordinal	Si No
	Rpm	tardía	Cuantitativa Ordinal	Si No
	Apgar	Asfixia moderada Asfixia severa	Cuantitativa Ordinal	4 a 7 puntos < 4 puntos
Variable interviniente	Edad gestacional	Pre termino A termino	Cuantitativa	< de 37 > de 37
	Control prenatal	Con control prenatal Sin control prenatal	cuantitativa	6 a mas 0 < de 6
	Edad materna	Años cronológicos	cualitativo	10 a 19 20 a 29 30 a 39 40 a 49
	Paridad	Número de hijos	Cualitativo	1 a 3 hijos 3 a mas
	Terminación de parto	Eutócico Distócico	cualitativo	Si no

fuelle: Elaboración propia.

1.5. Justificación e Importancia

La presente investigación nos permitió identificar la frecuencia en que se producen las rupturas de membranas en gestantes que acuden atenderse en el hospital san Juan de Dios de la provincia de Pisco de la Región Ica, y mediante monitoreo materno fetal electrónico pudimos reconocer los parámetros que nos permitieron identificar que el feto no se encuentre en riesgo por la pérdida de líquido amniótico, lo cual nos permita continuar en la espera que el parto sea de manera normal sin poner riesgo la salud del no nacido.

Pero si observamos que los parámetros cambian por la pérdida de líquido amniótico y con lleva a poner en riesgo la salud de feto entonces podremos actuar de una manera premonitoria y comunicar al ginecólogo de turno, los cambios mostrando en los nuevos resultados del monitoreo materno fetal, ayudando a tomar una decisión que la culminación de la gestación la cual podrá terminar en cesárea, permitiendo obtener un recién nacido con buen estado de salud y una puntuación de Apgar adecuado.

1.6. Viabilidad.

Este estudio resulta viable, porque se dispone de los recursos necesarios para llevarlo a cabo. Se cuenta con la autorización del Hospital San Juan de Dios de Pisco a; así como también se contará con la participación de los profesionales obstetras y/o otros profesionales para la recolección de la información

1.7. Limitaciones

No hubo limitaciones en la presente investigación porque se contó con el apoyo estadístico y el área de monitoreo materno fetal del hospital San Juan de Dios de Pisco.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Internacionales

1. Riveros Julio,¹⁰ en el país de Paraguay, en el año 2011, realizó la investigación titulada: “Resultados perinatales en la rotura prematura de membranas”, con el objetivo de hallar la prevalencia de RPM en el Hospital regional de Caacupé durante el periodo los años 2007 al 2009, utilizando el diseño descriptivo. En la cual se obtuvo el total de nacimientos registrados fue de 486, de los cuales 112 fueron diagnosticados con Rotura Prematura de Membranas: prevalencia 23%. El tiempo menor a 6 horas entre la Ruptura Prematura de Membranas y la consulta fue el más frecuente: 64 pacientes (67%). La edad gestacional se distribuyó de la siguiente manera: 28 semanas: 16 (14%); 29 – 31 semanas: 8 (7,1%); 32 - 34 semanas: 88 (78%). La vía de terminación más frecuente fue parto vaginal fue 60 (54%) Las indicaciones de cesárea fueron: presentación pelviana 24, alteración del bienestar fetal 16, situación transversa 4, cesárea iterativa 4, sospecha de corioamnionitis 8, desprendimiento normoplacentario: 4. Los recién nacidos pesaban con mayor frecuencia entre 1500 y 2000 gr. Llegando a la conclusión que la ruptura de membranas se presenta gestantes entre semanas 32 -34, que la vía de terminación del parto mayormente por vía vaginal.

2. Santos Sinchiguano, Elena¹¹ del país de Ecuador, en el año 2013, presento el tema de investigación titulada: “Complicaciones de la rotura prematura de membranas en primigestas juveniles de 14 – 17 años, Hospital Sotomayor de septiembre del 2012 a febrero del 2013.”, cuyo objetivo, fue establecer las complicaciones maternas y perinatales en pacientes primigestas de 14 a 17 años que cursan con rotura prematura de membranas con el fin de disminuir la morbimortalidad materno fetal, el cual se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. Obteniendo como resultados que el mayor número de controles prenatales en las primigestas juveniles de 14-17 años con rotura prematura de membranas, fue de 1-3 controles con un 46%, El mayor porcentaje de rotura prematura de membranas se observa en el 56% entre las 37-41 Semanas de gestación,; seguido entre las 27-36 Semanas de gestación con un 41%, La pérdida de líquido amniótico en estas pacientes se dio en mayor porcentaje con un 88% en un tiempo de menos de 24 horas; La terminación del embarazo en estas pacientes fue por cesárea con un 97%; seguido de alta médica con un 3%; y no hubo parto eutócico. Concluyendo que las gestantes juveniles con ruptura prematura de membranas tienen de 1 a 3 controles prenatales, la terminación del parto es por vía cesárea y están entre las 37 a 41 semanas de gestación.

3. Cuenca Condoy Elsa,¹² del país de Ecuador, en el año 2012, presento la tesis que lleva por título: “prevalencia y factores asociados a rupturas prematuras de membranas en gestantes del Hospital Vicente Corral Moscoso”, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia y factores asociados a ruptura prematura de membranas en gestantes, utilizando el diseño descriptivo, obteniéndose como resultado que las pacientes con ruptura prematura de membranas cursaron con bacteriuria antes de las 20 semanas en el 18,4% en comparación con las pacientes sin ruptura prematura de membranas que llego al 7,4%, en cuanto los controles prenatales observamos que las pacientes con ruptura de membranas el 26,2% tuvieron un inadecuado control prenatal mientras que las pacientes sin ruptura prematura de membranas alcanza el 22%, que las pacientes con antecedentes de infección del tracto urinario es más frecuente en pacientes con ruptura prematura de membranas con un porcentaje del 27,2% y en pacientes sin ruptura prematura de membranas con un porcentaje de 4,9%, con lo cual concluimos que es importancia de asistir al control prenatal, de realizar de manera oportuna los exámenes auxiliares que ayudaran a disminuir las infecciones urinarias las cuales son causantes de las ruptura prematuras de membranas.

2.1.2 Nacionales

1. Laguna Ballarta, Jenisse Magaly.¹³ En la ciudad de Lima – Perú, en el año 2015 presento la tesis titulada: “Prevalencia de los factores de riesgo asociados a la ruptura prematura de membranas en gestantes del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el periodo enero-diciembre 2014”, teniendo como objetivo determinar la prevalencia de los factores de riesgo maternos asociados a ruptura prematura de membranas, para el cual se utilizó el diseño descriptivo, obteniéndose como resultados: De los 109 casos de Ruptura Prematura de Membranas estudiados. El 37.6% de las gestantes tiene alto riesgo por edad. Los factores de riesgo encontrados son: control prenatal insuficiente 57.8%, infección cervico-vaginal 42.2%, infección urinaria 31.2%, presentación fetal distinta a la cefálica 17.2%, antecedente de hemorragia ante parto 11%, Ruptura Prematura de Membranas anterior y antecedente de más de un aborto 7.3%, gestación múltiple 3.7%, peso bajo 0.9%. Se encontró un solo caso de poli hidramnios e incompetencia cervical. No hubo ningún caso registrado de gestante que fuma cigarrillos, con antecedentes de procedimiento gineco-obstétrico. Luego de estos datos se obtuvo la siguiente conclusión: que los factores de riesgo con mayor frecuencia fueron el control prenatal insuficiente, infección cervico-vaginal e infección urinaria.

2. Araujo Ancó, Carlos Alberto en la ciudad de Tacna en el año 2012, presento la tesis titulada: "Estimación del grado de asociación de los factores de riesgo en pacientes con ruptura prematura de membranas, atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2006-2010", cuyo objetivo fue conocer el grado de asociación entre factores de riesgo y ruptura prematura de membranas, utilizando un diseño analítico, obteniéndose como resultado que la incidencia de RPM es el 1,42% del total. Los factores de riesgo socio demográficos: edad materna no se asoció con el riesgo de Ruptura Prematura de Membranas. Los factores obstétricos: periodo intergenésico menor de 2 años (O.R. = 1,72), Hemoglobina materna <7 gr/dl (O.R. =8,38), índice de masa corporal 35 a 39,9 (O.R. = 1,98), un producto con menos de 2500 gr (O.R. = 11,41), haber presentado cesárea anterior (O.R. = 3,55), presentar gestación gemelar (O.R. = 10,18), infección vaginal (O.R. = 13), infección urinaria (O.R. = 2,11), metrorragia (O.R. =5,9), hipertensión inducida por el embarazo (O.R. = 3,12) se asociaron con la RPM ($p < 0,05$). Llegando a la conclusión que la ruptura prematura de membranas se da en mayor frecuencia en gestantes con infección vaginal y los recién nacidos tienen un peso aproximado de 2500 gramos.¹⁴

3. Muñoz Aznarán Guislla, y Paredes, José Raúl,¹⁵ en la ciudad de Lima, Perú en el año 2010, presento la tesis que lleva por nombre: “Rotura prematura de membranas en gestantes a término: factores asociados al parto abdominal”, cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a la vía del parto en pacientes gestantes a término con rotura prematura de membranas, utilizando un diseño descriptivo; en el cual se obtuvo como resultado de la revisión de 140 historias clínicas de gestantes a término que ingresaron con el diagnóstico de Ruptura Prematura de Membranas, de las cuales 35% fue diagnosticada con la prueba del hehecho y 65% por examen clínico. Las gestantes fueron sometidas a inducción del parto durante su hospitalización con oxitócica 1%, en el grupo de casos 47 pacientes (67,1%) y en el grupo de controles 60 (85,7%), calculándose un $p = 0,01$, RR 0,34; IC 0,1 a 0,8. En cuanto a las indicaciones de cesárea en el grupo de casos, se encontró que las más frecuentes fueron desproporción céfalo pélvica (25,7%), DIP II (22,9%), fase activa estacionaria (18,6%) e inducción fallida (15,7%) por lo tanto concluiremos examen más efectivo para determinar la ruptura de membrana de una gestante es a través del examen clínico; que de estos casos con ruptura prematura de membranas el mayor porcentaje el parto fue inducido con oxitocina.¹⁶

2.1.3. Antecedentes Locales.

No se encontró ningún estudio relacionado al tema.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Monitoreo Electrónico Fetal

El monitoreo electrónico fetal usa un equipo especial para el diagnóstico que estudia el comportamiento de la Frecuencia Cardíaca Fetal en relación a los movimientos fetales y la dinámica uterina. Este método proporciona un registro continuo que puede ser leído por personal especializado. Si ha tenido ciertas complicaciones durante el embarazo o surgen problemas durante el trabajo de parto.¹⁷

Existe dos formas de monitoreo electrónico Fetal los cuales son¹⁸:

- Test no estresante.

Es una prueba que se basa en la respuesta fisiológica aceleratoria de la Frecuencia Cardíaca Fetal que se desencadena con la actividad motora del feto.

Esta prueba valora la reactividad fetal y la presencia de contracciones maternas a través de dos cintas colocadas sobre el abdomen materno durante un periodo de 20 minutos; Para realizar esta prueba, la paciente no debe estar en ayunas ni haber fumado porque se puede alterar el resultado, asimismo deberá estar en posición semisentada o decúbito lateral para registrar la FCF con un transductor de ultrasonido Doppler aplicado sobre el abdomen materno en el sitio en donde mejor se perciba el foco fetal.¹⁹

- Test estresante o prueba de tolerancia a las contracciones.

Es un método de evaluación del estado de salud fetal durante el embarazo, basado en el estudio de las características de la frecuencia cardíaca fetal en relación con las contracciones uterinas y concretamente en la presencia de Dips o deceleraciones tipo II o tardías.²⁰

El objetivo fundamental de esta prueba es la evaluación del estado de salud fetal durante el embarazo, observando si las contracciones uterinas de características similares a las de un parto normal producen o no Dips o deceleraciones de la Frecuencia Cardíaca Fetal de tipo II (Desaceleración tardía).

Se realiza con la paciente en posición semisentada o algo lateralizada a la izquierda. Se registra la Frecuencia Cardíaca Fetal con un transductor de ultrasonido Doppler y las contracciones uterinas con un tocodinámómetro externo, ambos aplicados al abdomen materno. Se obtiene un trazado basal de aproximadamente 20 minutos donde se observe claramente ambas partes del trazado, o sea, la Frecuencia Cardíaca Fetal y la actividad uterina. Las técnicas actuales más comunes para la inducción temporal de contracciones uterinas son la estimulación del pezón y la administración endovenosa de oxitocina.²¹

- **Test de Fischer Modificado.**²²:

La línea de base de la Frecuencia Cardíaca Fetal se determina por la media de la Frecuencia Cardíaca Fetal cuando esta es estable, durante una ventana de 10 minutos, excluyendo las aceleraciones y deceleraciones y los períodos de variabilidad marcada (>25 latidos por minuto (lpm)). Debe haber segmentos de línea de base identificable de, al menos, 2 minutos (no necesariamente contiguos) en una ventana de 10 minutos; en caso contrario la línea de base para dicho período es indeterminada. En tales casos puede ser necesario valorar los 10 minutos previos del trazado para determinar la línea de base. Según la NICHD, la línea de base normal se halla entre 110-160 lpm, bradicardia cuando la línea de base de la FCF es <110 lpm y taquicardia cuando la línea de base de la FCF es >160 lpm.

- **La variabilidad** de la Frecuencia Cardíaca Fetal de la línea de base se define como las fluctuaciones en la Frecuencia Cardíaca Fetal de la línea de base que son irregulares en amplitud y frecuencia. Hoy no se establece distinción entre variabilidad a corto plazo (variabilidad latido a latido) y variabilidad a largo plazo. La variabilidad se cuantifica visualmente como la

amplitud desde el pico al fondo en latidos por minuto.

La variabilidad se clasifica de la siguiente manera.²³

- Ausente: amplitud indetectable.
- Mínima: amplitud ≤ 5 lpm.
- Moderada: amplitud entre 6 lpm y 25 lpm.
- Marcada: amplitud > 25 lpm.

- **La aceleración;** es un aumento brusco de la Frecuencia Cardiaca Fetal o una elevación de la Frecuencia Cardiaca Fetal que ocurre en <30 segundos desde el comienzo de la aceleración al pico de la misma. Para considerarse aceleración el pico debe estar a ≥ 15 lpm y la aceleración debe durar ≥ 15 segundos desde el comienzo al retorno. Se llama aceleración prolongada cuando dura ≥ 2 minutos, pero $<$ de 10 minutos. Una aceleración que dura ≥ 10 minutos es un cambio de la línea de base. Antes de las 32 semanas de gestación los criterios exigidos para la aceleración son: que el pico este a ≥ 10 lpm y una duración de ≥ 10 segundos.
- **Las desaceleraciones** son descensos de la Frecuencia Cardiaca Fetal de más de 15 lpm que duran más de 15 segundos, pero menos de 2 minutos y se clasifican en: tardías, precoces, variables o prolongadas.

- **los movimientos fetales**, solo el Fisher Modificado toma en cuenta este patrón en la cardiotocografía, el cual fue considerado partir de los trabajos de Sadovsky como un parámetro eficaz en el estudio del bienestar fetal. Su asociación con las aceleraciones transitorias de la Frecuencia Cardiaca Fetal es el punto clave del test basal, pues parece que existe un patrón de cinética fetal a lo largo del embarazo e incluso a lo largo de cada día de la vida fetal, aunque los resultados son muy variables.²⁴

2.2.2 Rotura Prematura de Membranas

Definición: La rotura prematura de membranas, consiste en la rotura espontanea de las membranas después de las 22 semanas, con liberación del líquido amniótico antes del comienzo del parto. Se produce entre el 2 y el 18% de todos los embarazos y es la causa más común del parto pre terminó.²⁵

La ruptura de membranas se clasifica en dos categorías generales:

- a. Ruptura prematura de membranas a término: después de 37 semanas de gestación.
- b. Ruptura prematura de membranas pre término: antes de las 37 semanas de gestación, la cual a su vez se divide en: ²⁶

1. RPM pre viable: ruptura prematura de membranas en gestaciones menores de 24 semanas.
2. RPM lejos del término: ruptura prematura de membranas en gestaciones de 24 a 34 semanas.
3. RPM cerca de término: ruptura prematura de membranas en gestaciones de 34 a 37 semanas

Fisiopatología

La expresión membranas fetales se aplica a la estructura anatómica que incluye el corion y el amnios. El amnios se deriva del citotrofoblasto y está compuesto por cinco capas: el epitelio amniótico (en contacto con líquido amniótico), que descansa sobre la membrana basal; luego se halla la capa compacta, que forma el esqueleto fibroso y le da la resistencia al amnios; la siguiente es la capa de fibroblastos, que es la más delgada y está compuesta de 16 células mesenquimales y macrófagos dentro de una matriz extracelular; le sigue la capa intermedia o esponjosa, la cual separa el amnios del corion y se caracteriza por tener abundante cantidad de proteoglicanos y glicoproteínas hidratadas que le dan la apariencia “esponjosa” y a su vez le permite al amnios deslizarse sobre el corion, que se encuentra firmemente adherido a la decidua materna. Al corion, en contacto con la decidua materna, lo componen tres capas (reticular, membrana basal y trofoblastos) y, a pesar de ser más delgado que el amnios, tiene mayor resistencia. Los componentes estructurales principales de estas capas son

células y matriz extracelular. La matriz extracelular está compuesta por una variedad de componentes de colágeno y no colágeno como micro fibrillas, elastina, laminina y fibronectina, que le dan la fuerza tensil a las membranas, especialmente a través de las fibras del colágeno tipos I y III de la capa compacta y tipo IV de las membranas basales.²⁷

Las teorías implicadas en el mecanismo de la ruptura de las membranas más aceptadas son: sobre distensión mecánica en RPM a término e infección en RPM pre término, por activación de las metaloproteinasas que producen pérdida de contacto de las células de la matriz e inducen un mecanismo autocrino-paracrino a través de citoquinas inflamatorias.²⁸

Etiología

Varios factores han sido asociados clásicamente con RPM, pudiéndose dividir en²⁹:

Factores Socio demográficos:

- a. Tabaquismo: El hábito de fumar durante el embarazo aumenta el riesgo de parto antes de la semana 32, así como el riesgo de RPM.

Se estima 10 cigarrillos al día para ser considerado un factor de Riesgo.

- b. Estrato socioeconómico bajo relacionado con nutrición inadecuada: En general, los estudios demuestran que existe asociación entre bajo nivel socioeconómico y nutrición inadecuada, con RPM.
- c. Edad materna: Las gestantes de mayor edad presentaron más patología asociada al embarazo como diabetes gestacional, metrorragia del primer trimestre, ruptura prematura de membranas y amenaza de parto prematuro³⁰

Factores Obstétricos:

- a. Periodo Intergenésico: Existen varios reportes que indican un periodo intergenésico corto o muy largo posterior a un embarazo a término, aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas (sangrados del tercer trimestre, rotura prematura de membranas, endometritis puerperal, pre eclampsia-eclampsia y anemia).³¹
- b. Paridad: García J en su estudio “Ruptura prematura de membranas: incidencia, diagnóstico y manejo en un hospital maternidad” encuentran la multiparidad como factor de riesgo para presentar Ruptura Prematura Membranas.³²
- c. Causas Infecciosas: Los microorganismos aislados en el líquido amniótico son similares a aquellos que normalmente se encuentran en el aparato genital externo y que, en orden de frecuencia, son:

Urea plasma urealyticum, Mycoplasma hominis, Streptococcus beta-hemolítico, Fusobacterium y Gardnerella vaginales. Aunque las infecciones poli microbianas se han encontrado en el 32% de los casos.³³

- Vaginitis bacteriana: la asociación entre vaginitis bacteriana y RPM no es clara; mientras algunos estudios sugieren que la infección por Gardnerella vaginales entre las semanas 8 y 17 aumenta 7 veces el riesgo de RPM y que el tratamiento para vaginitis bacteriana en pacientes con antecedente de parto pre término puede reducir el riesgo de RPM hasta un 84%.³⁴

- Streptococcus del grupo B (SGB): la colonización con SGB no es un riesgo para Ruptura Prematura de Membranas pre término, pero sí para un resultado adverso en el neonato.

e. Coito: Se ha observado que la Ruptura Prematura de Membranas es 11 veces más frecuente en casos de coito reciente y se ha asociado con corioamnionitis. Se sugiere puede poner en riesgo a las membranas ovulares al someterlas a enzimas proteolíticas seminales y permitir el transporte intrauterino de bacterias a través de los espermatozoides.³⁵

f. Amenaza de parto pre término: La amenaza de parto pre término se considera factor de riesgo pues comparte algunos eventos fisiopatológicos relacionados con procesos infecciosos que

incrementan la síntesis de prostaglandinas similares a los descritos en la ruptura prematura de membranas; además las contracciones uterinas aumentan la tensión sobre las membranas ovulares.

g. Gestación Múltiple: Las complicaciones son más frecuentes durante el embarazo múltiple que en la gestación única, con incremento en las tasas de anemia, pre eclampsia, amenaza de parto pre término, ruptura prematura de membranas, poli hidramnios sangrado malformaciones, entre otras³⁶

h. Antecedente de Ruptura Prematura de Membranas: La recurrencia de RPM pre término es del 4% si el embarazo anterior llegó a término sin RPM, mientras que en pacientes con antecedente de RPM pre término el riesgo de recurrencia es entre 6 y 13 veces mayor.³⁷

Complicaciones de la ruptura prematura de membranas.

Las principales consecuencias de la ruptura prematura de membranas son: parto pre termino, infección, desprendimiento prematuro de placenta, muerte fetal, secuelas por oligohidramnios y muerte materna.

a. Parto Pre término: Si se tiene en cuenta que los estudios demuestran que el 42% de las pacientes que presentan ruptura tienen gestaciones menores de 28 semanas y la historia natural de la RPM muestra que el 52% de las mujeres que sufren de ruptura de membranas entre las semanas 20 a 36, presentan parto dentro de las 48 horas siguientes y sólo el 12,9% desencadenan el parto

luego de una semana, podemos entender la estrecha relación que existe entre ruptura de membranas y parto pre término, con tasas de mortalidad perinatal del 8,4%.

- b. Corioamionitis: La prevalencia de cultivo positivo en líquido amniótico en mujeres con RPM es de 32,4%. La infección maternal ocurre en 21,7% de las pacientes a quienes se les inicia manejo expectante. Es importante tener en cuenta, además, que la mortalidad perinatal es mayor en neonatos de madres infectadas con gestaciones menores de 28 semanas, que en gestaciones mayores³⁸

- d. Hipoplasia pulmonar: La frecuencia de hipoplasia pulmonar en pacientes con Ruptura Prematura de Membranas está entre 16 y 28% y depende de la edad gestacional a la cual ocurre la ruptura, más que del periodo de latencia. El papel de la amnioinfusión para prevenir la hipoplasia pulmonar permanece en etapa experimental.

- e. Muerte neonatal: La mortalidad fetal es aproximadamente del 1% si la Ruptura Prematura de Membranas se da en gestaciones mayores a 24 semanas, y del 15% si se presentan en menores edades gestacionales. La muerte fetal se presenta como consecuencia de infección neonatal, Retardo de Crecimiento Intra Uterino y prolapso de cordón.

APGAR

Es un examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé. El puntaje en el minuto 1 determina qué tan bien toleró el bebé el proceso de nacimiento, mientras que el puntaje al minuto 5 le indica al médico qué tan bien está evolucionando el bebé por fuera del vientre materno. El Apgar consta de cinco parámetros el cual evalúa lo siguiente³⁹:

- Esfuerzo respiratorio:
 - o Si el bebé no está respirando, el puntaje es 0.
 - o Si las respiraciones son lentas o irregulares, el puntaje del bebé es 1 en esfuerzo respiratorio.
 - o Si el bebé llora bien, el puntaje respiratorio es 2.
- La frecuencia cardíaca se evalúa con el estetoscopio. Esta es la evaluación más importante.
 - o Si no hay latidos cardíacos, el puntaje del bebé es 0 en frecuencia cardíaca.
 - o Si la frecuencia cardíaca es menor de 100 latidos por minuto, el puntaje del bebé es 1 en frecuencia cardíaca.
 - o Si la frecuencia cardíaca es superior a 100 latidos por minuto, el puntaje del bebé es 2 en frecuencia cardíaca.
- Tono muscular:
 - o Si los músculos están flojos y flácidos, el puntaje del bebé es 0 en tono muscular.
 - o Si hay algo de tono muscular, el puntaje del bebé es 1.
 - o Si hay movimiento activo, el puntaje del bebé es 2 en tono

muscular.

- Respuesta a las gesticulaciones (muecas) o reflejo de irritabilidad es un término que describe la respuesta a la estimulación, como un leve pinchazo.
 - o Si no hay reacción, el puntaje del bebé es 0 en reflejo de irritabilidad.
 - o Si hay gesticulaciones o muecas, el puntaje del bebé es 1 en reflejo de irritabilidad.
 - o Si hay gesticulaciones y una tos, estornudo o llanto vigoroso, el puntaje del bebé es 2 en reflejo de irritabilidad.
- o Color de la piel:
 - o Si el color de la piel es azul pálido, el puntaje del bebé es 0 en color.
 - o Si el cuerpo del bebé es rosado y las extremidades son azules, el puntaje es 1 en color.
 - o Si todo el cuerpo del bebé es rosado, el puntaje es 2 en color.

El índice de APGAR se basa en un puntaje total de 1 a 10. Cuanto más alto sea el puntaje, mejor será la evolución del bebé después de nacer. Un puntaje de 7, 8 o 9 es normal y es una señal de que el recién nacido está bien de salud. Un puntaje de 10 es muy inusual, ya que casi todos los recién nacidos pierden un punto por pies y manos azulados, lo cual es normal después del nacimiento. Cualquier puntaje inferior a 7 es una señal de que el bebé necesita atención médica. ⁴⁰

2.2 Definición de términos básicos.

- 1. Monitoreo Fetal Electrónico.** - Registro simultáneo de los latidos cardíacos fetales y de las contracciones del útero durante el parto; permite detectar signos de sufrimiento fetal.⁴¹

- 2. Test de Fischer.** - Determinar Estado Fetal Satisfactorio Mayor Puntuación 10.⁴²

- 3. Rotura Prematura de Membranas.** - Ruptura espontánea de las membranas que rodean al feto, en cualquier momento anterior al inicio del trabajo de parto. PRM pre término es la ruptura de la membrana antes de las 37 semanas de embarazo.⁴³

- 4. Apgar.**- Índice o esquema de puntos para el diagnóstico del estado del recién nacido.⁴⁴

CAPITULO III

Marco metodológico

3.1 Tipo de investigación³⁰

- Según la intervención del Investigador

Observacional. No existió intervención del investigador; los datos reflejan la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador.

- Según la planificación de la toma de datos

Retrospectivo. Los datos se recogieron de registros donde el investigador no tuvo participación, hechos pasados.

- Según el número de ocasiones en que mide la variable de estudio

Transversal. Todas las variables fueron medidas en una sola ocasión.

3.2. Diseño de investigación

Fue Analítico, manifestado como estudios epidemiológicos por la autora Graciela Pardo de Vélez,³² en la modalidad de Valoración de Pruebas de Diagnóstico, según el autor José Antonio García³³, estos estudios permiten utilizar las probabilidades para la toma de decisiones que se relaciona con la información proporcionada por los procedimientos diagnósticos.

Diagrama:



M= Muestra

O= Observación

P= Procedimiento

E= Estándar de oro

1.1. Determinación de la población

Estuvo constituido por todas las gestantes a término con ruptura prematura de membranas que acudieron al servicio de monitoreo fetal electrónico en el Hospital san Juan de Dios de Pisco, para el año 2015, siendo una totalidad de 62.

Características de la población

- Criterios de inclusión
 - Registros del monitoreo electrónico fetal en buen estado.
 - Trazados del monitoreo electrónico fetal legibles.
 - Trazados del monitoreo electrónico fetal con sello y firma del personal de salud que interpreto dicho trazado.
 - Registros en la historia clínica con datos completos del parto.
 - Gestantes con ruptura prematura de membranas.
- Muestreo. Probabilístico bajo la modalidad de aleatoria simple.
- Unidad de análisis. Cada gestante a término.

- Unidad de muestreo. Cada gestante a termino con ruptura prematura de membranas.
- Marco muestral. Relación de gestantes a termino con ruptura prematura de membranas.

- o **Selección de muestra**

Se utilizó el cálculo muestral con la fórmula Alpha, utilizado para estudios transversales.

Formula:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{i^2 (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde:

n: tamaño muestral = ?

N: tamaño de la población = 62

z: valor de distribución de gauss: $z_{\alpha} = 0,05 = 1,96$

p: prevalencia esperada del parámetro a evaluar: 10% = 0,1

q: 1 – p (si p = 50 %, q = 50 %) = 1

i: error que se prevé cometer si es del 10 %: i = 0,01

$$n = \frac{60,5052}{1,5804}$$

n = 38 gestantes

1.2. Fuentes técnicas e instrumentos de recolección de datos

1.2.1. Técnica.

Análisis documental de:

- Informes de monitoreo electrónico fetal.
- Historias clínicas perinatal materna
- Historias clínicas perinatal del recién nacido

1.2.2. Instrumento.

Ficha de recolección de datos y registros con formato establecido por el Ministerio de salud Perú y el Centro Latino Americano de Perinatología

1.2.3. Definición operativa del instrumento de recolección de datos

Todos los instrumentos de recolección de datos, no fueron sometidos a una validez cualitativa de contenido, por ser formatos establecidos para registrar el Mujeres en edad Fertil validados por el Ministerio de Salud del Perú, y la hoja perinatal materno y de recién nacido validados por el Centro Latino Americano de Perinatología Latinoamericano; la confiabilidad de instrumentos de recolección de datos, elaborada por la autora, tuvo la validez por consistencia interna o confiabilidad, se tuvo en cuenta la naturaleza de las respuesta del instrumento de recolección de datos, se aplicó el KR de Richardson, por tener opciones de respuestas dicotómicas

parámetros del Monitoreo electrónico fetal (Si, No), teniendo confiabilidad aceptable.

Tabla 2.
Estimación de la confiabilidad por el método KR de Richardson

Instrumento inferenciable	(np =10) / KR
Gestantes con síndrome hipertensivo del embarazo	0,92

Fuente: Elaboración propia

1.3. Técnica de procesamiento, análisis de datos y presentación de datos

- Autorización. Se gestionó los permisos respectivos a las autoridades respectivas para la aplicación del instrumento; también se realizó las respectivas coordinaciones con el encargado de la unidad de monitoreo fetal electrónico.
- Identificación. Se identificó a los pacientes mediante el registro correspondiente.
- Selección de participantes. Luego de aplicar los criterios de inclusión se procedió a seleccionar a cada gestante.
- Aplicación del instrumento. Se procedió a recolectar los datos y anotarlos en la ficha.
- Digitación. Una vez obtenida la información fue digitada en una base de datos en Microsoft Excel, la cual era ingresada diariamente.
- Archivo. Toda la documentación se encuentra en la base de la investigadora en calidad de custodia hasta dos años.

- Consideraciones éticas.³⁴ La presente investigación se realizó respetando las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, tomando del manual de procedimientos de la oficina de protección de seres humanos sujetos a investigación (OPHSI) y del comité institucional de ética para humanos (CIE). Categoría de investigación de “Ningún Riesgo” (exoneración de revisión).
- Elaboración de los datos. En primer lugar, se realizó la revisión de los datos, donde se examinó en forma crítica, cada uno de los datos que se utilizó; asimismo, se hizo el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias. Seguido a ello, se efectuó la codificación de los datos, de acuerdo a los datos esperados en el instrumento respectivo, según las variables del estudio. Después de ello, se llevó a cabo la clasificación de los datos de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal. Finalmente, se presentaron los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio.
- Análisis e interpretación de datos.
 - Análisis descriptivo. Se analizó de acuerdo a las características de cada una de las variables según el grupo de estudio, de acuerdo al tipo de variable con que se trabajó; Se emplearon figuras, para facilitar la comprensión, con el estímulo visual simple, resaltante y fácilmente comprensible.
 - Análisis inferencial. Se consideró los indicadores epidemiológicos clínicos, de tendencias a proporciones, donde

consideramos: Valor Predictivo Positivo, Valor Predictivo Negativo, Sensibilidad y Especificidad.

CAPITULO V

RESULTADOS

VALOR PREDICTIVO DEL MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL EN GESTANTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. PISCO – ICA. AÑO 2015.

Tabla 3

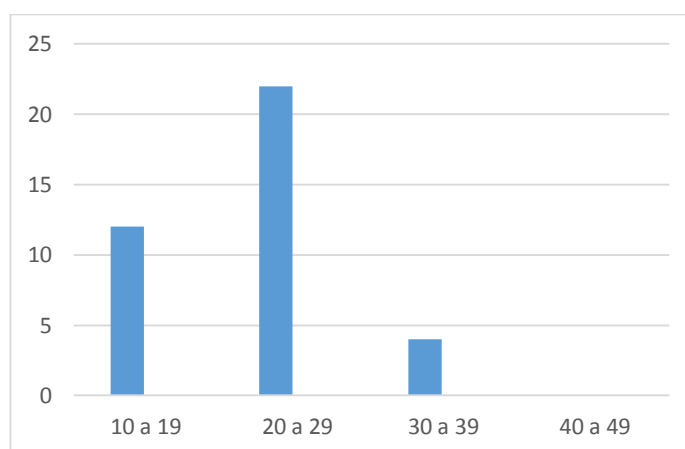
Edad Materna		
Edad	Frecuencia	%
10 a 19	12	31.6
20 a 29	22	57.8
30 a 39	4	10.6
40 a mas	0	0
n=38		100%

Fuente: Elaboración propia

Interprecion:En la tabla 3 observamos que las gestantes con ruptura prematura de membranas; que se han realizado el estudio de monitoreo electronico fetal el 31.6% estan entre las edades de 10 a 19, 57.8% se encuentran entre las edades 20 a 29, 10.6% estan entre las edades de 30 a 39 y de 40 a mas no se encontro ningun caso.

Figura 3

Frecuencia por rango de edad



Fuente: Elboracion Propia

**Tabla 4.
Edad gestacional**

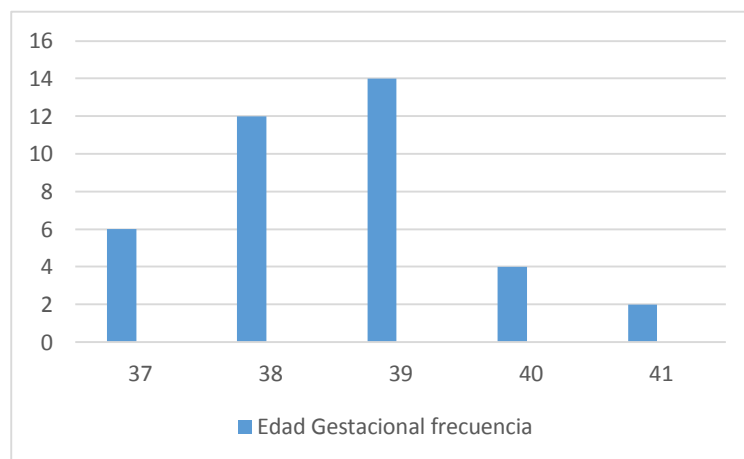
Semanas	Frecuencia	%
37	6	15.7
38	12	31.6
39	14	36.8
40	4	10.6
41	2	5.3
	N=38	100%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: En la tabla 4 Las gestantes con Ruptura Prematura de Membranas que se realizaron el examen de monitoreo electrónico fetal, estudiadas se encuentran 36.8% están entre las 39 semanas, el 31.6% están entre las 38 semanas, 10.6% están entre las 40 semanas de gestación, y el 5.3% de 41 semanas.

FIGURA 4

Frecuencia por semanas de gestación



Fuente: Elaboración propia

Tabla 5.
Paridad

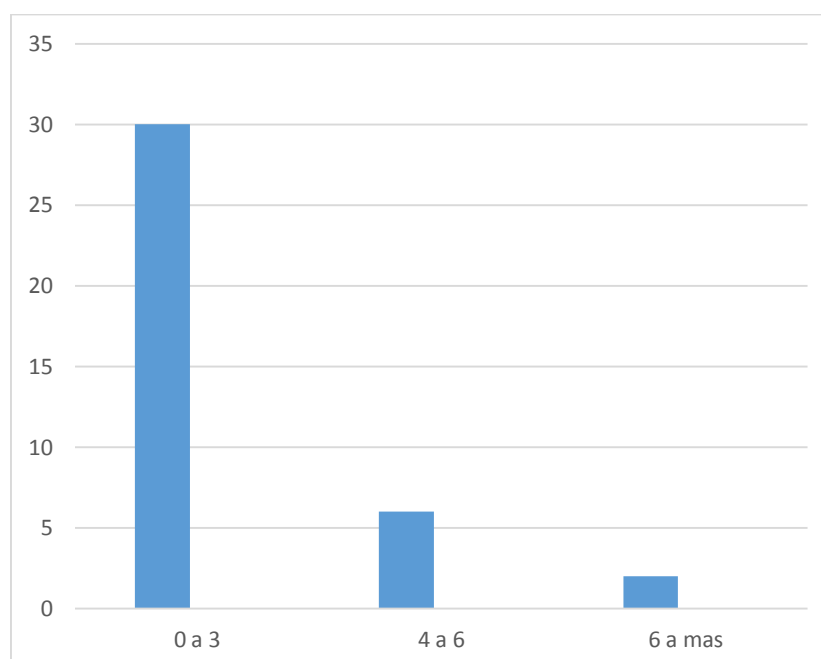
Número de hijos	Frecuencia	%
0 a 3	30	78.9
4 a 6	6	15.7
6 a mas		5.4
	N=38	100

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: En la tabla 5 observamos que las gestantes con ruptura prematura de membranas que se realizaron el examen de monitoreo electrónico fetal; el 78.9% tienen de 0 a 3 hijos, el 15.7% de 4 a 6 hijos, y el 5.4% tienen entre 6 a más hijos.

Figura 5.

Frecuencia por número de hijos (porcentaje)



Fuente: Elaboración Propia

Tabla 6
Número de control prenatal

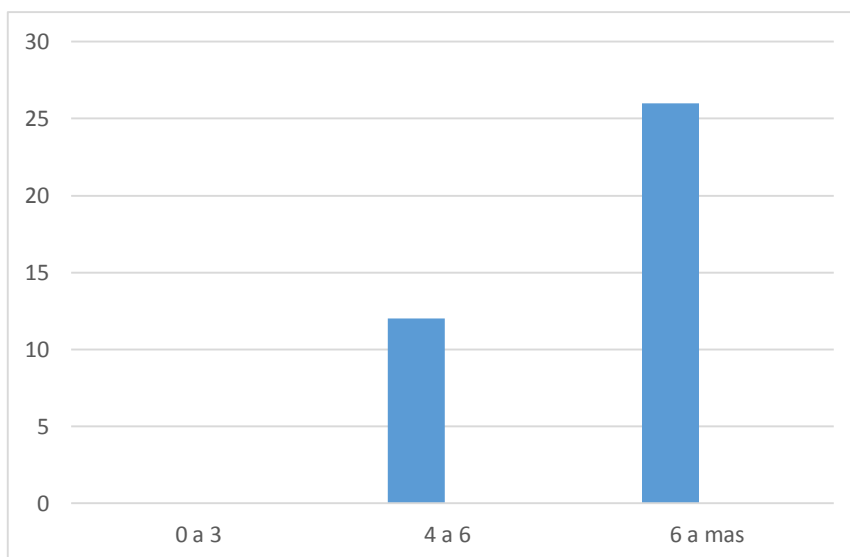
Numero de control	Frecuencia	%
0 a 3	0	0
4 a 6	12	31.6
7 a mas	16	68.4
N=38		100%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: En la Tabla 6 observamos que las gestantes con ruptura prematura de membranas que se realizaron el examen monitoreo electrónico fetal; el 68.4% tienen más de 7 controles, el 31,6% tienen entre 4 a 6 controles, lo cual nos indica que las pacientes estudiadas son en mayor parte gestantes controladas.

Figura 6.

Número de control prenatal (porcentaje)



Fuente: Elaboración Propia

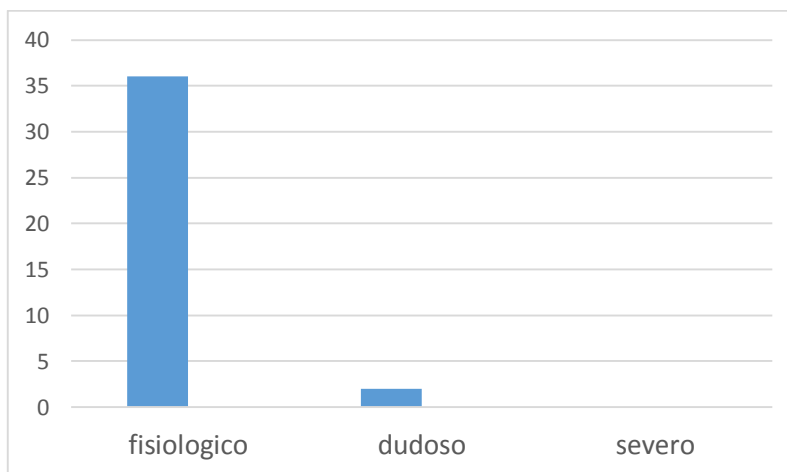
Tabla 7.
Interpretación de la cardiotocografía fetal según Fisher

Estado fetal	Frecuencia	%
Fisiológico	38	100
Dudoso	0	0
Severo	0	0
	N=38	100%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: En la tabla 7 que las gestantes con ruptura prematura de membranas que se realizaron el examen de monitoreo electrónico fetal, 100% son fisiológicos.

Figura 7.
Interpretación de cardiotocografía fetal según frecuencia de termino con ruptura prematura de membranas.



Fuente: Elaboración Propia

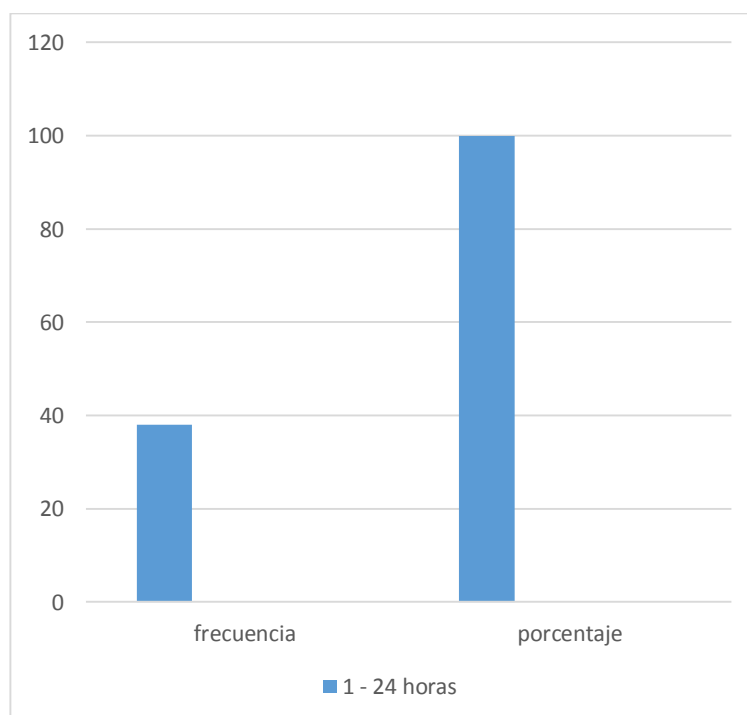
Tabla 8

Tiempo De Perdida De Líquido Amniótico

Tiempo De Perdida De Líquido Amniótico	Frecuencia (<i>f</i>)	Porcentaje (%)
1 - 24 Horas	38	100
Días	0	0
Semanas	0	0
Desconoce	0	0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación: En la tabla 8 observamos que las gestantes con ruptura prematura de membranas que se realizaron el examen monitoreo electrónico fetal tienen el 100% entre 1 a 24 horas de pérdida de líquido amniótico.



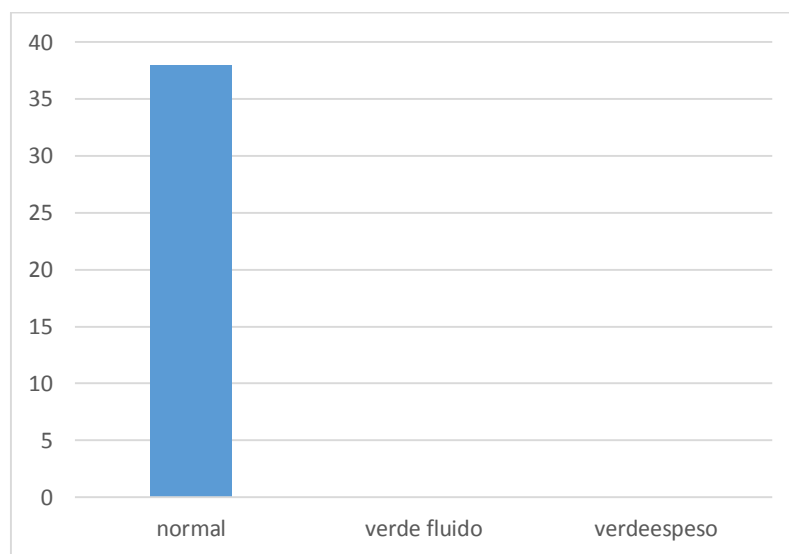
Fuente: Elaboración propia

Tabla 9
Color de Líquido Amniótico.

Color De Líquido Amniótico	Frecuencia (<i>f</i>)	Porcentaje (%)
claro	38	100
Verde Fluido	0	0
Verde espeso	0	0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación: en la tabla 9 observamos que las gestantes con ruptura prematura de membranas que se realizaron el examen monitoreo electrónico fetal el 100% del color del líquido amniótico perdido es claro



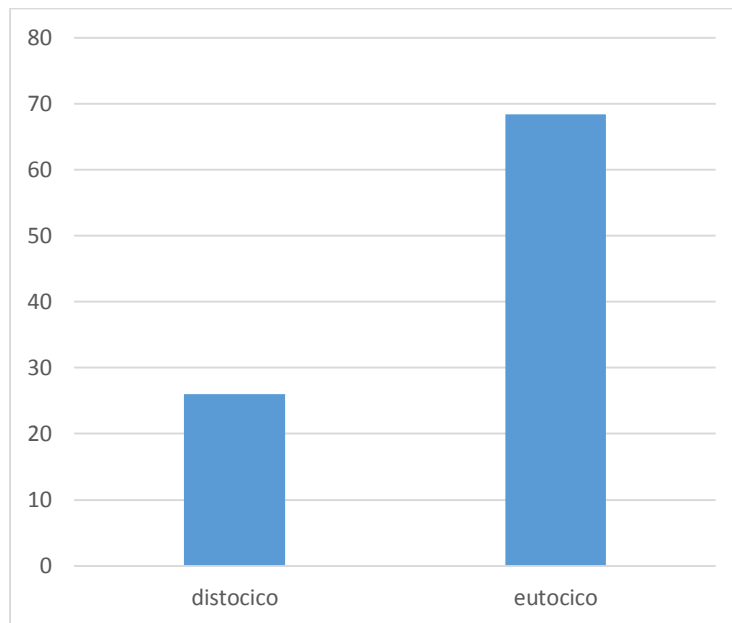
Fuente: Elaboración Propia

Tabla 10
Vías de Culminación del Parto

Culminación de parto	Frecuencia	Porcentaje
Eutócico	26	68,4
Distócico	12	31,6

Fuente: ficha de recolección de datos.

Interpretación: En la tabla 10 observamos que las gestantes con ruptura prematura de membranas que se realizaron el examen monitoreo electrónico fetal el 68,4% terminaron en parto eutócico y un 31,6% terminaron en parto distócico.



Fuente: Elaboración Propia.

Tabla 11.
Apgar del recién nacido

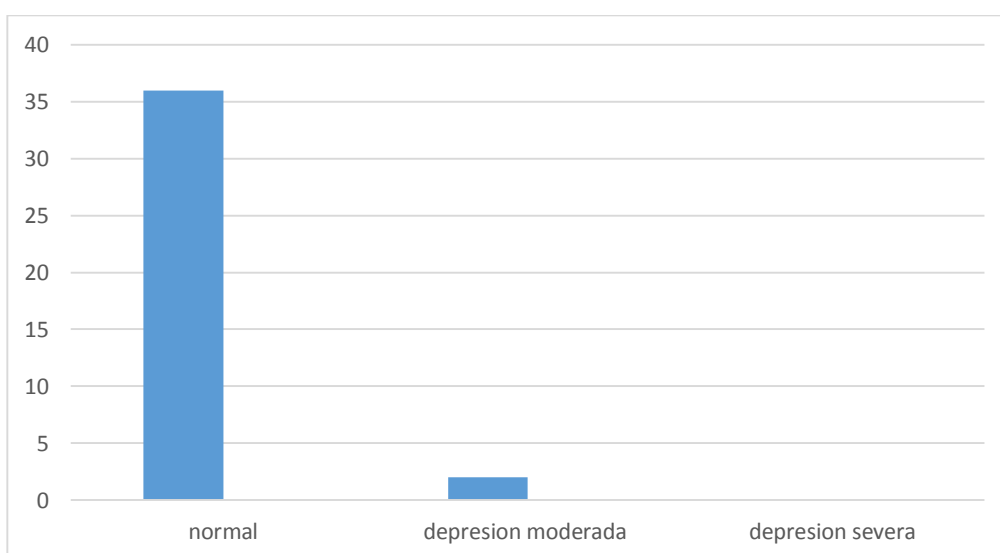
Valoración	Frecuencia	%
Normal 8 -10	36	94,7
Depresión Moderada 5 -7	2	5,3
Depresión Severa < 4	0	0
	N=38	100%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: En la tabla 11 observamos que las gestantes con ruptura prematura de membranas que se realizaron el examen monitoreo electrónico fetal el 94.7% son fisiológicos, el 5.3% son dudoso y ninguno tienen un resultado severo.

Figura 11

Apgar de recién nacido por frecuencia de gestante con ruptura prematura de membranas



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 12.
Indicadores Epidemiológicos Clínicos

Prueba de estudio: Monitoreo	Prueba de oro: Apgar		Total
	Enfermo	Sano	
Positivo	0	0	0
Negativo	0	38	38
Total	0	38	38

Fuente: Elaboración propia

$$\text{Sensibilidad} = \frac{VP}{VP + FN}$$

$$\text{Sensibilidad} = \frac{0}{(0+0)} = 0\%$$

$$\text{Especificidad} = \frac{VN}{VN + FP}$$

$$\text{Especificidad} = \frac{38}{(38+0)} = 100\%$$

$$\text{Valor predictivo positivo} = \frac{VP}{VP + FP}$$

$$\text{Valor predictivo positivo} = \frac{0}{(0+0)} = 0\%$$

$$\text{Valor predictivo negativo} = \frac{VN}{FN + VN}$$

$$\text{Valor predictivo negativo} = \frac{38}{(38+0)} = 100\%$$

Interpretación: Encontramos una sensibilidad de 0% y una especificidad de 100%; lo cual nos indica que existe una probabilidad alta de detectar a los no enfermos.

El monitoreo electrónico fetal en gestantes a término con ruptura prematura de membranas no ha reconocido a ningún enfermo según el valor predictivo positivo que es 0% y ha reconocido que no se encuentra presente la enfermedad o que son los verdaderamente sanos, según el valor predictivo negativo en un 100%.

DISCUSION

El líquido amniótico es un elemento vital para el desarrollo del bebé dentro del útero materno. Entre otras cosas, le protege de lesiones y de la pérdida de calor, por tanto, es primordial que se mantenga la cantidad adecuada de líquido, siendo una de las mayores preocupaciones en el embarazo las pérdidas de líquido amniótico. En este estudio se encontraron los siguientes resultados:

- En las características demográficas las pacientes gestantes con ruptura prematura de membranas que se realizaron el monitoreo electrónico fetal se encuentran entre las edades entre 20 a 29 años (78%), en el estudio de Cuenca se encontró que las gestantes se encuentran en mayor porcentaje entre 15 a 24 años (58%) en nuestro estudio es mayor el porcentaje el rango de edades; en el estudio de Araujo Ancón encontró que las mayoría de las madres presentan edades entre los 19 a 34 años (78.54%) en comparación con nuestro trabajo el rango de edades es mayor pero en similar porcentaje, como se puede apreciar las edad de estudio del presente trabajo tiene la misma similitud que las de los antecedes lo que nos permite reconocer que el ruptura prematura de membranas se dan en mayor porcentaje en pacientes adultas jóvenes.

- En el caso de la variable edad gestacional se encontró que están entre las 39 semanas de gestación (36.8%), en el estudio de Santos Elena se observa que el promedio esta entre las 37 – 41 semanas de gestación (56%), en el estudio de Cuenca María se encuentra entre las 37 – 41 semanas de gestación , en el estudio de Gisella Muñoz, José Lévano, y Raúl Paredes se observa que la edad gestacional promedio es de 38 semanas; los cuales todos los estudios anteriores se encuentran en el tercer trimestre como nuestro estudio realizado.
- Así mismo el número de hijos en el presente estudio las gestantes estudiadas tienen de 0 a 3 hijos anteriores, en el estudio Miranda Francis observo que las gestantes estudiadas son en mayor porcentaje nulíparas que no se diferencia del presente trabajo, en el estudio de Cuenca María se observa que las pacientes estudiadas son mayor porcentaje primíparas que difiere a los resultados obtenidos en el trabajo, en el estudio de Laguna Jenisse se observa que las gestantes estudiadas se encuentran en mayor porcentaje son nulípara (60%) lo cual es diferente a los resultados. En el estudio de Ancón Araujo se observa que sus resultados que la paridad promedio son multíparas de 1 a4 hijos similar a nuestros resultados,

en el estudio de Muños Gissella observa los resultados son 82.9% nulíparas este estudio tiene resultado muy diferente al presente tesis.

- Los controles en nuestro caso las gestantes evaluadas tienen más 7 controles (68.4%) lo que nos indican que las gestantes estudiadas son controladas en mayor parte, en el estudio de Miranda Francis encontró los resultados de 2 controles en mayor porcentaje el cual es menor que el de nuestro estudio, en el estudio de Santos Elena ha tenido el mayor porcentaje de 4 a 6 controles similares a nuestro estudio, en el estudio de Ancón Araujo se encontró que el mayor porcentaje de las pacientes estudiadas tienen menor controles que las pacientes estudiadas en nuestro trabajo.
- En el caso del tiempo de pérdida de líquido en nuestro estudio el 100% perdió líquido amniótico entre 1 a 24 horas y fue de color claro, en el estudio de Santos Elena se encontró tiempo de pérdida es 1 a 24 horas en 88% y de color lechoso en un 58% los cuales tienen resultados similar al nuestro.
- En el Apgar del recién nacido el 94.7% nacieron con apgar normal, en el estudio de Miranda Francis se observó que el recién nacido con Apgar entre 7 -10 (90.1%) similar a lo encontrado en nuestro trabajo.

CONCLUSIONES

Al finalizar la presente investigación concluimos lo siguiente:

1. Identificamos las características obstétricas en gestantes con ruptura prematura de membranas que se han realizado el examen de monitoreo fetal. Hospital San Juan de Dios. Pisco – Ica. Año 2015; en el cual tenemos que el rango de edad mayoritariamente fue de 20 – 29 años en un 57,8%. En el intervalo de la edad gestacional esta entre las 39 semanas en un 36,8%. Paridad se encuentra entre 0 a 3 hijos en un 78,9%. En la frecuencia de número de controles ha sido de 7 a más en un 68,4%.
2. Identificamos que los parámetros de monitoreo electrónico fetal según Fisher es del 100% los cuales son fisiológico.
3. Identificamos que las características del líquido amniótico en gestantes a termino con ruptura prematura de membranas que se realizaron el monitoreo materno fetal en el Hospital San Juan de Dios. Pisco – Ica. Año 2015; fue de color claro en el 100% y el tiempo de perdida de líquido amniótico está comprendida de 1 a 24 horas en un 100%.

4. Identificamos que la vía de culminación es eutócico en un 68,4% de las madres con ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital San Juan de Dios. Pisco – Ica. Año 2015.
5. Identificamos los resultados del bienestar fetal en razón del Apgar en recién nacidos es de 94,7 fisiológico de las madres con ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital San Juan de Dios. Pisco – Ica. Año 2015; tienen un 94,7% de resultados fisiológicos.

Concluyendo que: El valor predictivo del monitoreo electrónico fetal en gestantes con rotura prematura de membranas tuvo una sensibilidad de 0%, una especificidad de 100%, el valor predictivo negativo de un 100% y un valor predictivo positivo 0%.

RECOMENDACIONES

1. Recomendamos a la coordinada del consultorio prenatal que se encuentren en el rango de edad de 20 – 29 años con ruptura prematura de membranas, deben actualizar la batería análisis, el monitoreo electrónico y realizar consejería en el uso terapéutico del medicamento indicado. Recomendamos obstetras realizar consejería, a las gestantes de la edad gestacional de 39 semanas de la gran importancia de la pérdida de líquido y que debe acudir precozmente al centro de salud más cercano de su localidad, para salvaguardar el bienestar del binomio madre niño. Al personal salud del hospital San Juan de Dios, realizar consejerías a las gestantes multíparas (0 a 3 hijos), para espaciar el periodo intergenesico de las gestaciones. Al personal de salud adecuado, que las gestantes que tengan ruptura prematura de membranas y más de 7 controles, que han recibido su tratamiento de infección Urinaria, deben cumplir con el tratamiento indicado y regresar a la cita de control de la Infección Urinaria.
2. Recomendamos a la unidad de monitoreo electrónico fetal que debe contar con un protocolo realizar test de monitoreo electrónico fetal en gestantes a termino con ruptura prematura de membranas, para obtener resultados fidedignos.
3. Recomendamos al profesional de salud realizar una adecuada consejería a las gestantes a termino con ruptura prematura de membranas acerca de la cantidad, características del líquido amniótico, reconocer con mayor facilidad y que las gestantes puedan acudir al servicio de emergencia para su atención oportuna.

4. Recomendamos al personal de Salud obstetra realizar test estresante a las gestantes con ruptura prematura de membranas a término, para amenorar el tiempo de inicio del parto.
5. Recomendamos al personal de salud obstetra brindar atención inmediata a las gestantes a término con ruptura prematura de membranas para disminuir la mortalidad perinatal y obtener recién nacidos con Apgar óptimos.
6. Recomendamos una reunión con la unidad de monitoreo electrónico fetal del hospital San Juan de Dios de Pisco y la tesista, para dar a conocer los resultados del estudio realizado y mejorar así la realización del test de monitoreo electrónico fetal, así mismo a la Jefa del servicio del área de monitoreo electrónico fetal capacitar al personal del área para mejorar la calidad de resultados de monitoreo.

Referencias Bibliográfica

- ¹ José Salvador Sapién López e Diana Isela Córdoba Basulto. Sexo y embarazo: ideas de profesionales de la salud. México. 2011. 3pp.
- ² Cobo S y Ferrero M. Protocolos de Medicina Fetal I Perinatal Hospital San Joan De Deu. Brasil. 2015; 1 p.
- ³ Lasso M. Informe estadístico anual. Departamento de Neonatología CH “Dr AAM” Caja de Seguro Social. Panamá. 2010; 7 p.
- ⁴ Ruptura prematura de Membranas. [en línea] Cuba. 2008. [Consultado 1 junio 2015] Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/RPM.html>
- ⁵ Ministerio de Salud del Perú. Instituto Materno Perinatal. Consolidado estadístico 2004-2008. Peru, Lima. 2009; pp.12 – 212.
- ⁶ Ministerio de Salud del Perú. Hospital San Juan de Dios de Pisco. Reporte del sistema de información perinatal del año 2014. Perú, Ica. 2014; 1 p.
- ⁷ Olivares D. Características de los resultados cardiotocográficos en fetos menores o iguales a 32 semanas. [Tesis] Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos de San Marcos. Escuela Académico Profesional de Obstetricia. Perú. 2008;
- ⁸ Lizzeth Andrea blanco fuentes. Lectura de un monitoreo electrónico fetal. Venezuela. 2010. 32pp.
- ⁹ Huertas Tacchino, Erasmo – Monitoreo Fetal Ante parto. [en línea] Los Ángeles. 2010. [Citado el 3 de junio del 2015] Disponible en: http://issuu.com/olinad_2005/docs/clase-5-monitoreo-fetal-anteparto_

-
- ¹⁰ Riveros, Julio. Monitoreo Materno fetal del Hospital Regional de Caacupé, Paraguay. Rev. Scielo Gineco-obstetra 2011; pp 1- 13.
- ¹¹ Santo Sinchiguano Elena. Complicaciones de la rotura prematura de membranas en primigestas juveniles de 14 – 17 Años Hospital Sotomayor. Ecuador. 2013; pp. 5 – 40.
- ¹² Cuenca Condoy Elsa. Prevalencia y factores asociados a rupturas prematuras de membranas en gestantes del hospital Vicente Corral Moscoso Cuenca. Ecuador. 2013; pp. 1- 48.
- ¹³ Laguna Ballarta, Jenisse Magaly. Prevalencia de los factores de riesgo asociados a la ruptura prematura de membranas en gestantes de hospital nacional docente madre-niño San Bartolomé – Lima. Perú. 2015; pp. 1 – 8.
- ¹⁴ Araujo Anco, Carlos Alberto. Estimación del grado de asociación de los factores de riesgo en pacientes con ruptura prematura de membranas, atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2006-2010. Perú, Tacna.2012.pp 5 - 78.
- ¹⁵ Muños Aznaran, Guisella y Levano, José Antonio. Rotura prematura de membranas en gestantes a término: Factores asociados al parto abdominal. Perú, Lima. 2010; pp. 1 – 5.
- ¹⁶ Gisella Muñoz-Aznarán¹, José Antonio Lévano¹, José Raúl Paredes Rotura prematura de membranas en gestantes a término: factores asociados al parto abdominal. Rev Per Ginecol Obstet. 2010;56:226-231
- ¹⁷ Colegio americano de Obstetras y Ginecólogos. Monitorización de la frecuencia cardiaca fetal durante el trabajo de parto. USA, Washington. 2011; pp. 1- 4.

-
- ¹⁸ Gallo M, Martínez M, Santiago C. Control del bienestar fetal ante parto: Métodos biofísicos y bioquímicos. Uruguay 2013. pp. 1 - 13.
- ¹⁹ Borberg C, Navarrete M. Vigilancia fetal ante parto. [Internet]. 2015 [citado 7 jul 2015]. Disponible en: http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/obstetricia_moderna/om_04.pdf
- ²⁰ Sociedad Española de ginecología y Obstetricia. Control del bienestar fetal ante parto. Junio 2002. Pp 1-12. Disponible en: http://www.hvil.sld.cu/bvs/archivos/548_105%20control%20del%20bien%20estar%20fetal%20anteparto.pdf.
- ²¹ Astudillo J. Evaluación de la Unidad Feto-placentaria (UFP). [internet] 2015 [citado 15 de julio 2015] 1pp Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/UFP.html>
- ²² Robinson B, Nelson L. Una revisión de los procedimientos de la NICHD Taller 2008 sobre nomenclatura estandarizada para Cardiotocografía. Venezuela 2010. 1(4): 186-192.
- ²³ ACOG PRACTICE BULLETIN Monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal intraparto . Directrices de gestión clínica para el gineco-obstetras . Número 70. Obstet. Gynecol 2005; 106(6): 1453-1461.
- ²⁴ . Claudino Claudio, Valladares Carlos. Valor predictivo del monitoreo electrónico fetal preparto en el embarazo cronológicamente prolongado en el Hospital Materno Infantil, Honduras. Revista Médica Post UNAH. España 2001, 6 (1): 66-73.[citado el 15 de set. 2014] Disponible en internet: <http://www.bvs.hn/RMP/pdf/2001/pdf/Vol6-1-2001-15.pdf>

-
- ²⁵ Monitoreo Fetal. [en línea] Cuba. 2008 [Consultado 10 julio 2015].
Disponible en:
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/RPM.html>
- ²⁶ Vigil de Gracia P, Savransky R, Pérez Wuff J, Delgado Gutiérrez J, Núñez Moráis E. Ruptura prematura de membranas. Guía clínica de la Federación Latino Americana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia; Guía № 01.2011.
- ²⁷ López Osma, Fernando, Ordoñez Sánchez Sergio. Mecanismo de la enfermedad : La ruptura prematura de las membranas fetales: De La Fisiopatología Hacia Los Marcadores Tempranos De La Enfermedad. Sep.2005. pp 1- 12
- ²⁸ Fortunato SJ, Menon R. Eventos moleculares sugieren distintas vías terminación de parto prematuro y la rotura prematura de membranas Oxford.2001; 184: 1399-1406
- ²⁹ Santolaya-Forgas J, Romero R, Espinoza J, Erez O, Friel LA, Bahado-Singh R and Nien J K. Rotura temprana de membranas. En Obstetricia clínicos en el feto y la madre . Tercera edición Massachusetts: 2008.pp.234-240.
- ³⁰ 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 pp 11
- ³¹ Consorcio CATALYST. El espaciamiento optimo entre nacimientos: Nuevos hallazgos de América Latina sobre la asociación entre intervalos entre nacimientos y la salud perinatal, materna y

-
- adolescente: Monitoreo Fetal. [en línea] Los Ángeles. 2008 [Consultado 11 julio 2015]. Disponible en: <http://www.rhcatalyst.org/site/DocServer/OBSISpaConde.pdf?docID>
- ³² García MJ, Balbuena A, Pellerano C. Ruptura prematura de membranas: incidencia, diagnóstico y manejo en un hospital maternidad. Rev Med Dom 2004 Jun. DR-ISSN-0254-4504 Vol 55 1pp.
- ³³ Romero R, Salafia CM, Athanassiadis AP, Honeokas S, Mazor M, Sepulveda W, Bracken MB. La relación entre 86 lesiones inflamatorias agudas de la placenta y el líquido amniótico prematuro microbiología. Nov. 2002; 166 (5): 1382-8
- ³⁴ Mercer B, Goldenberg RM, Moawad A, Shellhaas C, Das A, Menard M, Caritis S et al. La Predicción prematuro Estudio : Predicción de pretérmino ruptura prematura de membranas a través clínica conclusiones y pruebas auxiliares. Jun 2000; pp738-745.
- ³⁵ León González H, Nitola M. Guía de manejo de Ruptura prematura de membranas. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología. [en línea]Colombia. Bogota. 2010 [Consultado 15 de julio 2015]. Disponible en:<http://www.saludcapital.gov.co/Publicaciones/Desarrollorupturapre>
- ³⁶ García Ruiz R, Rodríguez Martínez J. Embarazo múltiple: Incidencia, morbilidad y manejo en el Centro Médico ABC. Rev Mex 2010 set. Vol. 55, . 3 pp.
- ³⁷ Vigil de Gracia, Paulino. Ruptura prematura de membranas. [en línea] Panamá. 2011 [Consultado 1 febrero 2015]. Disponible en:

<http://www.flasog.org/wp-content/uploads/2013/12/Ruptura-Prematura-de-Membranas-Guia-FLASOG-2011.pdf>.

39 Apgar V. Una propuesta de un nuevo método de evaluación del recién nacido . Curr Res Anesth Analg 1953; 32 : 260-267

⁴⁰ Finster M , la puntuación de Apgar. Estados Unidos. 2005 ; 102 (4) : 855-7 .

⁴¹ Monitoreo Fetal. [en línea] Estados Unidos. 2012 [Consultado 20 de agosto 2015]. Disponible en:

<http://salud.doctissimo.es/diccionariomedico/monitoreofetalelectronico.html>

42 prueba de monitoreo fetal [en línea] Lima- Perú. 2014 [Consultado 20 agosto 2015]. Disponible en:

http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RD/RD2014/rd_129_2014.pdf

⁴³ Ruptura prematura de membranas. [en línea]Estados Unidos. 2012 [Consultado 20 agosto 2015]. Disponible en: <http://lookfordiagnosis.com/dictionary.php?term=rotura+prematura+de+membranas+fetales&lang=2>

⁴⁴ Apgar . [en línea] Estados Unidos. 2012 [Consultado 21 agosto 2015]. Disponible en http://www.ginecologomx.com/terminos_de_ginecologia/

ANEXO N° 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: " VALOR PREDICTIVO DEL MONITOREO ELECTRÓNICO FETAL EN GESTANTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS, HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – PISCO – ICA AÑO 2015

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	POBLACIÓN Y MUESTRA	DISEÑO METODOLÓGICO	INSTRUMENTOS	ESTADÍSTICA
<p>Problema General</p> <p>¿Cuál es el valor predictivo del Monitoreo Electrónico Fetal en gestantes con ruptura prematura de membranas, Hospital San Juan de Dios de Pisco de enero – diciembre 2015?</p> <p>Problema Secundario.</p> <p>1.- ¿Cuántas gestantes han terminado con ruptura</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar el valor predictivo del Monitoreo Electrónico Fetal en gestantes con ruptura prematura de membranas, Hospital San Juan de Dios de Pisco de enero – diciembre 2015.</p> <p>Objetivos Especifico</p> <p>1. Identificar las características obstétricas en gestantes con ruptura prematura de membranas que se han realizado el examen de monitoreo fetal. Hospital San Juan de Dios. Pisco – Ica. Año 2015.</p> <p>2. Identificar cuál es el resultado del monitoreo electrónico</p>	<p>H1. El valor predictivo del monitoreo materno electrónico fetal en gestantes a termino con rpm es significativo para identificar el bienestar del recién nacido en el Hospital San Juan de Dios de Pisco de Enero – Diciembre 2015.</p> <p>H2. El monitoreo electrónico en gestantes a término con rpm no indicará la vía por la cual terminara el parto en pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco de</p>	<p>1.-Variable Independiente</p> <p>El valor predictivo del monitoreo electrónico fetal</p> <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia cardiaca fetal basal • Amplitud de la variabilidad • Desaceleraciones tardías • Desaceleraciones recurrentes <p>2.-Variable Dependiente</p> <p>Bienestar Fetal en Riesgo</p> <p>Indicadores</p>	<p>Población estará considerada por todas las gestantes a termino con rpm atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco de enero – diciembre 2015, siendo de una totalidad de 62 participantes.</p> <p>Criterios de Inclusión:</p> <p>1.- Mujeres nulíparas o multíparas con feto único.</p> <p>2.- Edad gestacional mayor o igual a 37 a 42 semanas</p> <p>3.-Trabajo de Parto con ruptura prematura de membranas.</p> <p>Criterios de Exclusión</p> <p>1.- Gestantes en no trabajo de parto</p>	<p>Descriptivo Transversal</p> <p>Retropectivo</p> <p>Diseño descriptivo relacional</p>	<p>Técnica: Encuesta/ observación</p> <p>Instrumento: Validado MINSAs: Gráfico de Monitoreo electrónico fetal. -Ficha de recolección de datos. -Historia clínica</p>	<p>Formula de sensibilidad</p> <p>$S=VP/(VP+FN)$</p>

<p>prematura de membrana que se realizaron el monitoreo electrónico fetal terminaron en parto eutócico y distócico en el Hospital San Juan de Dios de Pisco de Enero – Diciembre 2015?</p> <p>2.- ¿Cual es el valor predictivo del Monitoreo Electrónico Fetal en gestantes con ruptura prematura de membranas en relación a la comprensión de cordón umbilical del recién nacido a término, en el Hospital San Juan de Dios de Pisco de Enero – Diciembre 2015?</p>	<p>fetal en gestantes a término con ruptura prematura de membranas. Hospital San Juan de Dios. Pisco – Ica. Año 2015.</p> <p>3. Identificar cuál es la característica del líquido amniótico en gestantes a termino con ruptura prematura de membranas que se realizaron el monitoreo materno fetal. Hospital San Juan de Dios. Pisco – Ica. Año 2015</p> <p>4. Identificar cual es la vía de culminación del parto en madres con ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital San Juan de Dios. Pisco – Ica. Año 2015.</p> <p>5. Identificar los resultados del bienestar fetal en razón del Apgar en recién nacidos de madres con ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital San Juan de Dios. Pisco – Ica. Año 2015?</p> <p>6. Hallar los resultados epidemiológicos clínicos</p>	<p>Enero - Diciembre 2015.</p> <p>. El valor predictivo del monitoreo materno electrónico fetal en gestantes a termino con ruptura prematura de membrana es significativo para identificar la comprensión de cordon umbilical del recién nacido en el Hospital San Juan de Dios de Pisco de Enero - Diciembre 2015.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia cardiaca (ritmo del lor corazón) del feto. • Movimientos respiratorios del feto. • Tono muscular del feto. • Cantidad del líquido amniótico. <p>3.- Variables Intervinientes</p> <p>Factores maternos fetales que alteran el resultado del trazado cardiocografico</p> <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posición materna • Glicemia • Sueño fetal • Edad gestacional 	<p>2.-Gestantes con edades gestacionales menores a 36 semanas</p> <p>Muestra</p> <p>Estará determinada por conveniencia. 38 casos de la población total.</p> <p>TIPO DE MUESTREO</p> <p>NO probabilístico por criterio del investigador.</p>			
--	---	---	---	--	--	--	--