UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

FACULTAD DE OBSTETRICIA

E.A.P DE OBSTETRICIA

TESIS

FACTORES MATERNOS EN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES PRETÉRMINO Y RESULTADOS NEONATALES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL JULIO CÉSAR DEMARINI CARO, LA MERCED – JUNÍN, 2016.

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

Tesistas:

- **PEREZ ACERO, Esmith Gicarlo**
- **COZ ACUÑA, Susan Meliza**

Asesora:

- **Dra. QUIÑONES FLORES, Mitsi Marleni**

HUÁNUCO - PERÚ
2018

DEDICATORIA

Al creador de todas las cosas, el que nos ha dado fortaleza para continuar; por ello, con toda la humildad que de nuestros corazones puede emanar, dedicamos primordialmente nuestro trabajo a Dios.

De igual forma dedicamos nuestra tesis a nuestros padres que han sabido formarnos con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual nos ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles de nuestras vidas.

A mi hijo, por su comprensión y apoyo incondicional para lograr mis objetivos trazados.

A nuestras familias en general por su amor y apoyo incondicional.

Esmith Gicarlo Pérez Acero
&
Susan Meliza Coz Acuña.

AGRADECIMIENTO

A Dios.

Por habernos permitido llegar hasta este punto y habernos dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A nuestros padres.

Por habernos apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que nos ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A nuestros docentes universitarios, Ginecólogos y Obstetras.

Por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios, practicas pre profesionales y para la elaboración de esta tesis; por su apoyo ofrecido en este trabajo.

A nuestra asesora de tesis; Dra. Mitsi Marleni Quiñones Flores.

Por su tiempo, paciencia, dedicación y ayuda para poder realizar y culminar la tesis.

A nuestros amigos.

Que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional y que hasta ahora seguimos siendo amigos.

RESUMEN

La investigación tiene como objetivo conocer los factores maternos en la ruptura prematura de membranas en gestantes pretermino y los resultados neonatales en el Hospital Docente De Medicina Tropical Julio César Demarini Caro, La Merced – Junín, 2016. El estudio es descriptivo, retrospectivo y transversal. La muestra 36 gestantes con ruptura prematura de membranas. Los resultados obtenidos son**:**

Los factores biológicos paridad p-valor (0,000) y los procesos infecciosos p-valor (0,005) se asocia como factor de riesgo a la ruptura prematura de membranas, mientras que los demás factores como edad p-valor (0,072), edad gestacional p-valor (0,085), antecedentes reproductivos p-valor (0,779) no se asocian como factor de riesgo para ruptura prematura de membranas.

En cuanto a los factores sociales lugar de residencia p-valor (0,064), violencia familiar p-valor (0,789), hábitos p-valor (0,760), estado civil p-valor (0,533), grado de instrucción p-valor (0,555), servicios básicos p-valor (0,087) no se relacionan como factor de riesgo en la ruptura prematura de membranas.

Referente a los resultados neonatales. El apgar p-valor (0,661), talla p-valor (0,779), peso del recién nacido p-valor (0,580) no se asocian de manera significativa con la ruptura prematura de membranas.

Al aplicar la prueba no paramétrica Rho de Spearman a las variables muestra que los factores biológicos maternos se asocian con los resultados neonatales, el valor p= 0,000.

Al aplicar la prueba no paramétrica Rho de Spearman a las variables muestra que los factores sociales maternos no se asocian con los resultados neonatales, el valor p= 0,378.

La conclusión que se arribo fue que los factores maternos de gestantes pretermino no están asociados en la ruptura prematura de membranas y los resultados neonatales de manera significativa.

Palabra clave: Ruptura Prematura de Membranas, parto pretérmino, recién nacido, resultados neonatales.

SUMMARY

The objective of the research is to know the maternal factors in the premature rupture of membranes in preterm pregnant women and the neonatal results in the Julio César Demarini Caro Tropical Medicine Teaching Hospital, La Merced - Junín, 2016. The study is descriptive, retrospective and transversal. The sample shows 36 pregnant women with premature rupture of membranes. The results obtained are:

The biological factors parity p-value (0.000) and infectious processes p-value (0.005) is associated as a risk factor to premature rupture of membranes, while the other factors such as p-value age (0.072), gestational age p -value (0.085), reproductive history p-value (0.779) are not associated as a risk factor for premature rupture of membranes.

Regarding social factors place of residence p-value (0.064), family violence p-value (0.789), habits p-value (0.760), marital status p-value (0.533), degree of instruction p-value (0.555), p-value basic services (0.087) are not related as a risk factor in the premature rupture of membranes.

Regarding neonatal outcomes. The apgar p-value (0.661), size p-value (0.779), weight of the newborn p-value (0.580) are not significantly associated with premature rupture of membranes.

By applying the nonparametric Rho test of Spearman to the variables shows that maternal biological factors are associated with neonatal outcomes, the p value = 0.000.

By applying Spearman's nonparametric Rho test to the variables shows that maternal social factors are not associated with neonatal outcomes, the value p = 0.378.

The conclusion that was reached was that the maternal factors of preterm pregnant women are not associated in the premature rupture of membranes and the neonatal results in a significant way.

Keyword: Premature rupture of membranes, preterm delivery, newborn, neonatal outcomes.

ÍNDICE

Pág.

Dedicatoria **i**

Agradecimiento **ii**

Resumen **iii**

Summary **iv**

Índice…….8

Introducción……10

I. CAPÍTULO…….**12**

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA…….**12**

1.1 Fundamentación del problema……12

1.2 Formulación del problema: General y Específicos……..14

1.3 Formulación de objetivo……14

1.4 Justificación e importancia……15,16

1.5 Limitaciones……17

II. CAPÍTULO……**18**

MARCO TEÓRICO……..**18**

2.1 Antecedentes……18

2.1.1 Internacionales……18

2.1.2 Nacionales……20

2.1.3 Locales……..25

2.2 Bases Teóricas……..25

2.2.1 Factores Maternos……25

2.2.2 Ruptura Prematura de Membranas……28

2.2.3 Recién Nacido……69

2.3 Definiciones de Términos Básicos…….....79

III. CAPÍTULO……..82

ASPECTOS OPERACIONALES……..82

3.1 Hipótesis: General y Específicas……82

3.2 Sistema de variables - Dimensiones e Indicadores……83

IV. CAPÍTULO…….86

MARCO METODOLÓGICO……..86

4.1 Ámbito de estudio…….86

4.2 Tipo de la Investigación……86

4.3 Diseño de Investigación……86

4.4 Población y Muestra……..87

4.5 Selección de la muestra……88

4.6 Fuentes, técnicas e instrumentos de recolección de datos…….88

4.7 Técnicas de procesamiento, análisis de datos y presentación de datos……...89

V. CAPÍTULO……90

RESULTADOS……..90

DISCUSIÓN……111

CONCLUSIÓN……...114

RECOMENDACIONES……116

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS……..117

ANEXOS……..121

INTRODUCCIÓN

La ruptura prematura de membranas (RPM) es un problema de salúd pública de importancia clínica y epidemiológica a nivel mundial debido al alto riesgo de complicaciones materno - perinatal. Se define como la ruptura espontanea del corioamnios (las membranas fetales) antes de que se inicie el trabajo de parto (hasta una hora) y después de las 22 Semanas de gestación, con un peso del producto igual o mayor a 500 gr. (1).

La ruptura prematura de membranas (RPM) es responsable del 30% de morbilidad y mortalidad neonatal en gestaciones prematuras. Dentro de las complicaciones fetales se describen principalmente Infección neonatal prematuras, síndrome de dificultad respiratoria y depresión neonatal, que se pueden explicar por aumento en la incidencia de asfixia perinatal por infección fetal, prolapso de cordón, desprendimiento de prematura de placenta, presentaciones distócicas y compresión funicular por oligoamnios. Entre las causas más frecuentes descritas en la literatura se encuentran las infecciones, ruptura prematura de membrana anterior, metrorragia, cirugía ginecológica previa, embarazo múltiple, etc, lo que trae consigo que el parto se produzca antes del término de la gestación. Cuando la rotura prematura de membrana ocurre antes de la semana 37 es conocida como ruptura prematura de membranas fetales pretérmino; RPM pretérmino pre viable (menos de 23 semanas), RPM pretérmino “lejos del término” (desde la viabilidad hasta aproximadamente 32

semanas de gestación), ruptura prematura de membrana pretérmino “cerca al término” (aproximadamente 32-36 semanas de gestación). Cuando la ruptura prematura de membranas se presenta antes de las 34 semanas de edad gestacional, es una etapa crucial, debido a que existe mucha controversia en el manejo pues la prematuridad podría traer consecuencias desastrosas en el neonato (1). La ruptura prematura de membranas se presenta en una frecuencia del 10% de todos los embarazos alcanza una frecuencia del 80% en embarazos a término y en un 20% de embarazos pre término, siendo responsable de un 30 – 40% de los partos prematuros (2).

Así mismo, hay que tener en consideración que la etapa del embarazo es un largo proceso cuya finalidad es la de desarrollar adecuadamente el organismo del futuro bebé para que pueda sobrevivir de manera autónoma después del parto, el conocer la salud fetal es un indicador para el profesional de obstetricia actúe de manera adecuada en la conducción de embarazo.

El estudio se ha desarrollado en cinco capítulos de la manera siguiente:

Capítulo I; Planteamiento del problema, capítulo II; Marco teórico, capítulo III; Aspectos operacionales, capítulo IV; Marco metodológico, capitulo V; Discusión, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, anexos.

I. CAPÍTULO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Fundamentación del problema

La gestación es el período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento. Durante este tiempo, el bebé crece y se desarrolla dentro del útero de la madre.

La mujer gestante sufre preocupaciones por conocer el estado de salúd del feto, vale decir respecto a su bienestar fetal. Puesto que en el embarazo la mujer gestante sufre cambios anatómicos, físicos y emocionales, que puede conllevar a la alteración del embarazo, afectando así a la madre y al feto, comprometiendo la vida de ambos.

Actualmente la ruptura prematura de membranas (RPM), es un problema de salúd pública con resultados desagradables que más afecta al recién nacido. Si la RPM ocurre antes de las 37 semanas de gestación, se denomina ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMPT). Es un suceso súbito, inesperado en el que ocurren muchos mecanismos bioquímicos y mecánicos hasta ahora mal conocidos y complicados que pueden desencadenar situaciones con un gran impacto en la morbilidad en el inicio del trabajo de parto. Se presenta con una frecuencia que varía entre el 4 - 18% de los partos y es causa del 50% del parto pretérmino y contribuye con el 20% de todas las muertes perinatales: embarazos a término el 16 – 21% y de embarazos pretérmino el 15 – 45%, 18 - 20% total RPM (1). Entre las causas más frecuentes se encuentran las infecciones, nivel socioeconómico, RPM anterior, cirugía ginecológica

previa, embarazo múltiple, parto pretermino anterior, la infección del tracto genitourinario, enfermedades de transmisión sexual, hemorragia vaginal, trastornos del tejido conectivo, hábito de fumar y sobre distensión del útero (2).

Según la Organización Mundial de Salúd (OMS) (3), informa sobre las muertes neonatales indica para las Américas en el año 2016, la tasa de muerte neonatal es de 8,2 por 1,000 nacidos vivos y para el Perú es de 11,0 por 1,000 nacidos vivos; entre las causas relacionadas el 6,4% por prematuridad. Así mismo, hay que tener en consideración que la etapa del embarazo es un largo proceso cuya finalidad es la de desarrollar adecuadamente el organismo del futuro bebé para que pueda sobrevivir de manera autónoma después del parto, por ello el conocer la salud fetal es un indicador para el profesional de obstetricia actúe de manera adecuada en la conducción de embarazo. Los reportes sobre los indicadores Básicos 2016, sobre el bajo peso al nacer (menos de 2.500 gr) indican que en las Américas es del 8,0 % y en Perú es de 7,5%; por otro lado, el neonato con bajo peso al nacer representa un problema por el riesgo que implica su nacimiento, por ello es necesario conocer sus factores predictivos y trazar estrategias de atención prenatal que vigilen parámetros incidentes en su nacimiento.

El 2016, en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical “Julio Cesar Demarini Caro” se evidencio complicaciones maternas, resaltando la RPM en gestantes con partos pretérminos considerándose un problema de la salúd materna perinatal.

1.2 Formulación del Problema

Problema General

¿Cuáles son los factores maternos en la ruptura prematura de membranas en gestantes pretérmino y los resultados neonatales en el Hospital Regional De Medicina Tropical Julio César Demarini Caro, La Merced – Junín, 2016?

Problemas específicos

- ¿Qué factores biológicos maternos están asociados a la Ruptura Prematura de Membranas?
- ¿Qué factores sociales maternos están asociados a la Ruptura Prematura de Membranas?
- ¿Cuáles son los resultados de los recién nacidos de gestantes pretérmino con Ruptura Prematura de Membranas?
- ¿Cuál es la asociación de los factores maternos con resultados neonatales?

1.3 Objetivos

Objetivo General

- Conocer los factores maternos en la ruptura prematura de membranas en gestantes pretermino y los resultados neonatales en el Hospital Regional De Medicina Tropical Julio César Demarini Caro, La Merced – Junín, 2016.

Objetivos específicos

- Determinar los factores biológicos maternos asociados a la Ruptura Prematura de Membranas.
- Establecer los factores sociales maternos asociados a la Ruptura Prematura de Membranas.
- Identificar los resultados de los recién nacidos de las gestantes pretermino asociados con Ruptura Prematura de Membranas.
- Comparar los factores biológicos y sociales maternos con los resultados neonatales.

1.4 Justificación e importancia

1.4.1 Justificación

El buen control prenatal reenfocado, nos permite un seguimiento del embarazo de manera exhaustiva y mayor importancia en el campo de la Obstetricia, y su prevención es fundamental, ya que su función es evitar que las mujeres en edad reproductiva sufran alteraciones en el transcurso de su embarazo ya sea en sus etapa inicial para ofrecer de manera oportuna el tratamiento adecuado con el fin de obtener madres con mejores resultados y reducir la tasa de morbimortalidad materna y neonatal.

La ruptura prematura de membranas (RPM) es la presentación de una solución de continuidad de las membranas ovulares, acompañada de la emisión transvaginal de líquido amniótico antes

del inicio del trabajo de parto en un embarazo mayor de 20 semanas de edad gestacional. Dado que la rotura puede ocurrir una vez desencadenado el trabajo de parto. (22).

La ruptura prematura de membranas se presenta en una frecuencia de 10% de las embarazadas corresponden el 80% es a término y 20% es pretérmino y siendo responsable de un 30% a 40% de partos prematuros. También de los cuales según su edad, tiene riesgo de morbimortalidad, aun si se trata de ruptura prematura pretérmino, siendo esta responsable del 30% de morbi-mortalidad en gestantes (24).

Por su aporte teórico, los resultados que obtendremos nos permitirán corroborar y afianzar las teorías sobre la fisiopatología de la ruptura prematura de membranas y los factores maternos asociados desde una perspectiva de su implicancia práctica, por la constante presencia de complicaciones maternas durante la etapa prenatal entre ellas la ruptura prematura de membranas que coloca en riesgo a la madre y su producto.

1.4.2 Importancia

Se dará a conocer los resultados que se generaran con este estudio, evaluándose a la par los principales hallazgos en este grupo de gestantes con dicha patología, permitiendo un mejor abordaje no solo al encontrar obstáculos neonatales, sino sugerirá

una mejor evaluación en la atención prenatal, brindando mejor información sobre salud materna.

Así mismo, será una herramienta científica de alcance para la comunidad científica y estudiantil, ya que de los resultados obtenidos se podrían generar otras investigaciones, lo cual aumentaría evidencia relacionada los factores asociados a la Ruptura Prematura de Membranas.

Por otra parte, La relevancia de este presente estudio, más que una experiencia real y práctica va a constituir una base de conocimientos importantes para adelantar no solo futuras investigaciones sobre el tema, sino también la elaboración y ejecución de proyectos sanitarios orientados a la perspectiva de la prevención de la ruptura prematura membranas para que de esta manera podamos disminuir la morbi – mortalidad materna y neonatal en gestantes que acuden al Hospital Regional de Medicina Tropical “Julio Cesar De Marini Caro” de La Merced.

1.5 Limitaciones

Entre las posibles limitaciones tenemos la demora en la aceptación para el acceso de la base de datos es decir a las historias clínicas y la falta de datos en el llenado de las mismas, que en ciertas ocasiones no son adecuadas.

II. CAPÍTULO

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de estudio

2.1.1 Internacionales

Martínez L C. Cuba 2012. "*Factores de riesgo para ruptura prematura de membranas en el Hospital Justo León Padilla"*, los resultados que obtuvieron fueron: con embarazos entre 34 semanas y RPM, señalaron una tasa de incidencia de 6 x 1000 nacidos y que fue la causa del 8.5% de los recién nacidos con bajo peso. Fueron multíparas el 48.5%, el grupo etario con mayor número de casos fue entre 20 y 34 años con 82%. Como principales factores de riesgo para RPM: la leucorrea, tactos vaginales y relaciones sexuales. Reporta que se presentó en las amas de casa con un riesgo 1.5 veces mayor que en las trabajadoras, después de 30 semanas con elevada frecuencia de partos por cesárea, siendo la mayoría nacimientos entre 1000 y 1499 gr. y las principales causas de morbilidad el distress respiratorio y la membrana hialina cuando el periodo de latencia fue mayor de 24 horas. Reportan una baja frecuencia de sepsis neonatal y mortalidad (5).

Rivera R, Fresia C, Smirnow M, Aguilera J, Larraín A. **Chile 2012.** "*Fisiopatología de la rotura prematura de las membranas ovulares en embarazos de pretérmino*. Concluyeron que la primiparidad, tabaquismo y la infección urinaria previa pueden actuar en forma separada o en conjunto, activar vías celulares comunes, desencadenando RPM con o sin

trabajo de parto prematuro. La revisión de la literatura se propone un esquema de los mecanismos involucrados en la rotura prematura de las membranas ovulares (6).

Vásquez JC, Vásquez J, Rodríguez P. Cuba 2012. ***"****Epidemiologia de la ruptura prematura de membranas en un hospital gineco-obstétrico"*, Cuyos resultados fueron: La frecuencia general de RPM fue de 17.2%, el 95.9% de su serie fueron mayores de 18 años, el 72% fueron madres solteras, el 23% fueron nulíparas y describieron como factores de riesgo el color blanco de la piel (47.8%), con asociación estadística la Sepsis Urinaria (14.7%) y el embarazo múltiple (2.01%). La RPM se asoció con operación cesárea (23%), parto inducido (7.3%), sufrimiento fetal (6.3%) y fiebre intraparto en UCIN el 6.9%. Su recomendación fue incrementar los esfuerzos para detectar y tratar la sepsis urinaria ya que la misma presento el mayor riesgo atribuible, así como los factores asociados con la ruptura prematura de membrana para reducir las inducciones, el nacimiento pretermino y el ingreso de los recién nacidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (7).

López O, Fernando A, Ordóñez S, Sergio A. Colombia 2006. *"Ruptura prematura de membranas fetales: de la fisiopatología hacia los marcadores tempranos de la enfermedad",* donde indicaron que la ruptura prematura de membranas fetales se define como aquella que ocurre antes de haberse iniciado el trabajo de parto; puede ser previa a la semana 37 de gestación en cuyo caso recibe el nombre de ruptura

prematura de membranas pretérmino, la cual aumenta la morbilidad y mortalidad tanto materna como perinatal. La evidencia actual sugiere que la RPM es un proceso multifactorial que puede ser afectado por factores bioquímicos, fisiológicos, patológicos y ambientales. Gracias a la identificación de las metaloproteinasas de la matriz, los inhibidores de tejido de metaloproteinasas y sus posibles mecanismos de acción se ha llegado a un mayor grado de comprensión de la fisiopatología de la enfermedad. Distintos factores han sido asociados con la ruptura prematura de membranas, siendo, hasta ahora, la infección intraamniótica la única causa reconocida de prematurez y de posible causa de ruptura prematura de membranas. Gracias a muchos estudios realizados en los últimos años, que han investigado distintos componentes fetales, maternos y de líquido amniótico que pudieran ser utilizados como marcadores tempranos, existe un futuro promisorio en la detección temprana de la misma y de sus complicaciones (8).

2.1.2 Nacionales

Díaz G, Víctor M. Lima 2017. "*Factores de riesgo asociados a ruptura prematura de membranas en gestantes pretérmino atendidas en el Hospital Vitarte durante el año 2015*", determinaron que los factores de riesgo asociados a Ruptura Prematura de Membranas pretérmino en gestantes, establecieron que los resultados que encontraron en las 2746 gestantes se encontró una incidencia de RPM pre termino de 5.03%. Con

respecto a la edad materna y su asociación con la RPM pretérmino, encontraron una asociación estadísticamente significativa con las edades de riesgo (es decir, menores de 20 años y mayores de 34 años). En lo que respecta al nivel educativo, según los datos de este estudio, es un factor de riesgo con un OR de 2,29. La edad gestacional al parto resultaron asociadas con RPM pre término. Con respecto al IMC, este no significó ser un factor de riesgo asociado a RPM pretérmino en este estudio la metrorragia también constituyo un factor de riesgo para RPM pretérmino con un OR de 3,95. Con respecto a los controles pre natales (CPN), las mujeres con 5 o menos CPN tenían 4,46 el riesgo de tener RPM pretérmino frente a las que tenían 6 o más CPN. En lo que respecta a las infecciones cérvicovaginales, en este estudio no representó un factor de riesgo. Concluyeron así que la prevalencia de la ruptura prematura de membrana pre término fue de 5,03% en gestantes atendidas en el Hospital Vitarte durante el año 2015 (9).

Guadalupe Huamán S M. Lima 2017. *"Factores de Riesgo asociado a parto Pretérmino en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del hospital María Auxiliadora durante el año 2015"* , cuyos resultados fueron; edad, el estado civil, el control prenatal inadecuado, el número de paridad, la preeclampsia, la infección del tracto urinario, y la rotura prematura de membrana tienen valor estadísticamente significativo ($p< 0.5$) además de ser factores de riesgo para parto pretérmino (OR:2.579), concluyeron de esta manera que los factores de riesgo de acuerdo a la intensidad que

representan para presentar parto pretérmino son la edad, la rotura prematura de membrana, el número de paridad, el control prenatal inadecuado, la preeclampsia, el estado civil y la infección del tracto urinario (10).

Campos M, Sandra V. Lima 2016. *"Factores de riesgo asociados con ruptura prematura de membranas en gestantes pretérmino en el Hospital Nacional Hipolito Unanue durante el año 2014",* los resultados que obtuvieron, se estableció que de los 443 casos de RPM 113 fueron RPM en gestantes pretérmino. El factor de riesgo más frecuente asociado a RPM fue el síndrome de flujo vaginal, 51.33%, seguido por bajo nivel socioeconómico, bajo nivel de educación, nuliparidad, ITU, RPM anterior, antecedente de más de un aborto y gestación múltiple. Concluyeron que la prevalencia de RPM en gestantes pretermino atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2014 fue 25.51 %. También de esta manera siendo el síndrome de flujo vaginal el factor de riesgo más frecuente en esta población junto con el bajo nivel socioeconómico. Estos factores deben ser considerados en la prevención, diagnóstico y manejo terapéutico (11).

Galván M M. Ica 2016. "*Ruptura prematura de membrana en embarazo pretérmino en el Hospital San José de Chincha - Ica marzo 2016",* el objetivo fue determinar los factores de riesgo, brindar el tratamiento respectivo y referir a otro nivel de complejidad para evitar posibles complicaciones materno y perinatales asociados a la RPM. Concluyeron

que la RPM está asociado a factores de riesgo en este estudio de caso clínico fue la Infección Urinaria, Anemia Moderada y sin Control Prenatal (CPN). Si no se toma las medidas preventivas y el tratamiento adecuado durante el CPN puede ocasionar complicaciones maternas perinatales, con la morbimortalidad en el binomio Materno-neonatal (12).

Sandoval P J, Mondragón H F, Ortiz G M. Lima 2014. ***"****Complicaciones materno perinatales del embarazo en primigestas adolescentes",* el objetivo fue determinar las complicaciones de la ruptura prematura de membranas. Obtuvieron los resultados: Estudio de casos controles en el Hospital Sergio E. Bernales de Comas (Lima) entre mayo – octubre del 2014, donde el grupo de estudio fueron 162 Primigestas adolescentes de 10 a 19 años y el grupo control estuvo conformado por 162 primigestas de 20 a 29 años. La causa de RPM más frecuente de la adolescente fue la ITU (13).

Fabián E. Lima 2014. ***"****Factores de riesgo materno asociados a ruptura prematura de membranas pretérmino en pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal*". Los resultados que obtuvieron fueron: los factores de riesgo asociados a RPM pt fueron: edad promedio 26.08±7.23 años, período intergenésico medio 28.64±37.69 meses, la talla materna media fue de 1,55 cm, el 3.4% tienen bajo peso materno, 29.6% Sobrepeso materno y 7.4% son obesas, mientras que el 59.6% son de peso normal, número de controles prenatales promedio 2.43±2.22 veces, edad gestacional media 30.01±3.22 meses, infección cérvico-

vaginal-urinaria 7.93%, riesgo social bajo 2.46%, riesgo social medio 55.17%, riesgo social alto 42.36%, metrorragia 7.39%, infertilidad 2.46%, embarazos múltiples 2.46%, RPM anterior en un 10.84%, cirugía gineco-obstétrica previa 35.47%, el 41.87% 1 Gesta, el 29.1% con G3 hasta G5 y mayores a 5 gestas 3.45%, la media del tiempo de RPM fue de 74.51±157.28 horas. Concluyendo que la incidencia de la RPM pretérmino entre las 22 y 34 semanas de edad gestacional y en periodo del 2008 es 11.67%; El grupo poblacional más afectado desde el punto de vista socioeconómico es el grupo de adolescentes con 68.9%, seguido por el de las añosas con 70.0%; con excepción del embarazo múltiple e infertilidad todos los demás factores de riesgo se relacionan con RPM (14).

Villegas C, Ángel M. Lima 2012. *Factores maternos asociados a parto prematuro en el Hospital de Chanca*y. Obtuvieron los resultados: se estudiaron 37 pacientes prematuros. El modelo multivariado final identificó una incidencia de 3.08%, siendo 28 prematuros leve. Para analizar la utilidad de los factores asociados se encontró significación estadística en antecedente de ruptura prematura de membranas de la madre, peso del recién nacido, mortalidad, embarazo múltiple, y enfermedades asociadas se encontró en embarazo múltiple, y sexo masculino. Concluyeron de esta manera que Los casos de prematuridad en el Hospital de Chancay, son más del tipo de prematuridad leve, prematuros de adecuado peso al nacer, y la mortalidad se asocia a ruptura prematura de membranas, embarazo múltiple, y peso del recién nacido (15).

2.1.3 Locales

No se encontraron estudios sobre el tema.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Factores Maternos

Son las variables independientes que destacan las características biológicas sociales y culturales de las madres que de una u otra manera pueden influenciar positiva o negativamente en el comportamiento materno.

La madre contribuye con su presencia y no sólo por la alimentación natural que de ella deriva la supervivencia del niño. Su presencia es fundamental para el desarrollo durante los primeros años de vida, constituyéndose como el eje central en la salud de sus hijos. La disminución de la mortalidad infantil en las últimas décadas puede ser atribuida a un mejor nivel educativo de la madre que favorece el cuidado y desarrollo del niño por parte de su madre. Además, el cuidado tiene un efecto importante sobre el bienestar psíquico y emocional del niño, siendo la madre fundamental para la socialización de sus hijos y su actitud, vital para el desarrollo intelectual. Dichos cuidados dependen de las prácticas higiénicas y éstas están muy relacionadas con la educación materna, con sus hábitos y costumbres. Se ha observado que este periodo es crítico para su crecimiento y salúd.

Indicadores

Suponen una información importante para comprender de forma global los determinantes del estado de salud de una población (población total, distribución por sexo y edad, PNB, empleo, natalidad). Son importantes porque reflejan la relación con el estado de desarrollo socio-económico de la población. Entre ellos destacan:

a) Indicadores del estado de nutrición: Peso medio al nacer, frecuencia de bajo peso al nacer, porcentaje de niños con bajo peso bajo para edad o baja talla para la edad (indicadores de crecimiento), edad media de la pubertad.

b) Indicadores del estado de salúd en general: Los más sensibles son aquellos que se centran en grupos de riesgo. Cabe destacar la tasa de mortalidad en los grupos de edad de 1 a 4 años, de 1 a 2 años, la mortalidad infantil (tasa de mortalidad durante el primer año de vida: número de niños que mueren antes de haber alcanzado la edad de un año por 1.000 niños nacidos vivos), porcentaje de muertes en niños menores de 5 años en relación con el número total de muertes a todas las edades, etc. Debemos aclarar, sin embargo, que la malnutrición no es tanto la causa primaria de la muerte sino que suele estar asociada a la causa que la produce.

c) Indicadores de morbilidad: Las estadísticas de morbi-mortalidad relacionadas con enfermedades infecciosas son buenos indicadores de malnutrición, aunque sean indirectos.

Otros indicadores.

- ✓ **Números de hijos,** es la decisión de tener hijos, compromete la calidad de vida de las madres y de los propios hijos, porque influye en la alimentación, vivienda, salúd, ingresos económicos.
- ✓ **Edad,** la edad cronológica es un índice temporal referido a la fecha de nacimiento de un individuo, es una variable objetiva que permite estudiar el cambio y también comparar grupos de edades seleccionado en función de la fecha de su nacimiento.
- ✓ **Menor edad:** Cuando al momento de la recolección de datos la madre refiere tener menor o igual de 20 años.
- ✓ **Mayor edad:** Cuando al momento de la recolección de datos la madre refiere tener de 21 años a más.
- ✓ **Grado de instrucción,** el nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.

  Menor nivel educativo: Cuando la madre al momento de la recolección de datos refiere que solo tiene educación inicial primaria.

Mayor nivel educativo: Cuando la madre al momento de la recolección de datos refiere que tiene educación secundaria y superior.

- ✓ **Ocupación,** son un conjunto de actividades humanas de carácter productivo y creativo que, mediante el uso de técnicas, instrumentos materias o información disponible permite obtener, prestar y producir ciertos bienes, productos o servicios.
- ✓ **Acceso a servicios básicos (agua potable, luz, desagüe),** se denomina servicios básicos a los productos que se usa para el consumo humano según los estándares de calidad determinados por las autoridades locales e internacionales.

2.2.2 Ruptura prematura de membranas

Definición

La Rotura Prematura de Membranas (RPM) es la pérdida de continuidad del saco amniótico antes del inicio del trabajo de parto, independientemente de la edad gestacional en que se encuentre el embarazo.

Las membranas pueden romperse en cualquier momento del embarazo. La mayoría de las RPM son a término y el parto se desencadenará, incluso en condiciones cervicales desfavorables, de forma espontánea en las siguientes 24 horas (60% - 95%). Más infrecuente es la RPM

pretérmino (3 - 4% de las gestaciones únicas). En estos casos, la infección intraamniótica aparece de forma subclínica hasta en un 45% de las mujeres (16).

Es un cuadro grave para el pronóstico perinatal y su importancia está en relación inversa con la edad gestacional en que se produce, o sea, que mientras más temprano aparece, peores serán los resultados. Podemos entonces asegurar que en el embarazo de más de 35 semanas (feto viable) el pronóstico es bueno, aunque no exento de complicaciones; por el contrario, cuando ocurre antes de las 34 semanas es desfavorable, y peor aún antes de las 32 semanas, pues la evolución está sujeta a una alta morbilidad y mortalidad fetal y neonatal (11).

El periodo de latencia es el tiempo transcurrido entre el momento de la rotura y el inicio del trabajo de parto. Se llama periodo de latencia prolongado cuando es mayor de 24 horas. Rotura precoz es la que se produce iniciando el trabajo de parto, antes de la dilatación completa.

Si se tiene en cuenta el hecho de que el 90% de las pacientes desencadenan el trabajo de parto en 24 horas, este lapso se considera como el límite máximo. Cuando el trabajo se inicia después de este tiempo se considera como una ruptura prolongada (12).

El periodo pretermino es tan extenso que, tanto a efectos de pronóstico como de tratamiento, es necesario además precisar las semanas de gestación en la que se ha producido, ya que la conducta será distinta dependiendo de la edad gestacional. Se puede producir RPM como

resultado de varios mecanismos fisiológicos y patológicos, que actúan separadamente o combinados.

ETIOLOGÍA

La etiología de la RPM pretérmino es multifactorial pero muchas mujeres pueden tener múltiples etiologías y factores asociados. Se observa Invasión microbiana de la cavidad amniótica en el 30% de los casos de RPM (12).

Los microorganismos también pueden activar los macrófagos de la decidua, los cuales son la primera línea de defensa del huésped contra la infección y también activar la liberación de citoquinas, tales como la interleuquina. Estas interleuquina estimulan, no sólo la actividad de la proteasa, sino también la producción de prostaglandinas que estimulan las contracciones uterinas que ocurre en el inicio del trabajo de parto (11).

EPIDEMIOLOGÍA

Los resultados de los estudios epidemiológicos, clínicos, histológicos, microbiológicos y de biología molecular sustentan que la infección focal y la Inflamación juegan un rol primario y secundario en la patogénesis de la RPM.

Tiene importantes repercusiones en los resultados peri natales, siendo la causa de más del 30% de los partos pretermino, la causa de un 10 % de mortalidad peri natal. Las decisiones que se tomen pueden representar

mayor o menor riesgo de infección pudiendo determinar diferentes tipos de intervenciones para terminar el embarazo (11).

PATOGENIA

Para que se produzca la patogenia se han identificado varias condiciones predisponentes:

Alteración de las propiedades físicas de las membranas

El colágeno y la elastina jugarían un rol importante en la mantención de la Integridad de la membrana corioamniótica, la que en condiciones normales exhibe un equilibrio entre actividad enzimática proteasa y antiproteasa.

La literatura es consistente en señalar que las membranas de los embarazos con Ruptura Prematura de Membranas son más delgadas y tienen menos elasticidad y resistencia que aquellas que permanecen íntegras hasta su rotura durante el trabajo de parto. Por otra parte, se ha comunicado que las proteasas locales elaboradas por fibroblastos, macrófagos y bacterias, juegan un rol en la remodelación molecular de la membrana corioamniótica. Se ha demostrado que la actividad proteasa está aumentada y que existen bajas concentraciones de alfa 1 anti tripsina (A1AT) en el líquido amniótico (LA) de embarazos con Ruptura Prematura de Membranas. Además, se ha aislado una proteína anti proteasa en orina y pulmón fetales, lo que apoya la idea de una participación fetal en la protección de la integridad de las membranas (17).

Estructura de las membranas ovulares

Las membranas ovulares (corion y amnios) delimitan la cavidad amniótica, encontrándose en íntimo contacto a partir de las 15 - 16 semanas del desarrollo embrionario, obliterando la cavidad coriónica o celoma extraembrionario. Las membranas se encuentran estructuradas por diversos tipos celulares y matriz extracelular, cumpliendo una diversidad de funciones entre las que destacan: síntesis y secreción de moléculas, recepción de señales hormonales materno y fetales, participando en el inicio del parto, homeostasis y metabolismo del líquido amniótico, protección frente a infecciones, permite el adecuado desarrollo pulmonar y de extremidades fetales, preservando su temperatura y de protección ante traumatismos abdominales maternos (17, 18).

La estructura de la membrana ovular comprende el amnios y el corion que se detalla a continuación:

1. El amnios se encuentra formado por cinco capas, la más interna, en contacto con el líquido amniótico, corresponde al epitelio, compuesto de células cúbicas no ciliadas, que descansa sobre una lámina basal, compuesta de colágeno tipo III, IV, V, laminina, nidógeno 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 le confiere su integridad mecánica. La capa fibroblástica, celular, formada además por macrófagos, presenta una matriz de tejido conectivo laxo. La capa intermedia (esponjosa) se

ubica entre el amnios y corion, formada por proteoglicanos y glicoproteínas, además de colágeno tipo III (17, 18).

2. 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, laminina y fibronectina, capa trofoblástica formada por células redondas y poligonales, las que, al acercarse a la decidua, amplían su distancia intercelular (18).

1.2 Causas

1.2.1. Infección materna

La infección constituye el factor etiológico primordial en la patogenia de la Ruptura Prematura de Membranas.

- Infección de vías urinarias.
- Infección del tracto genital bajo (cervicovaginitis) (18).

El muestreo directo de líquido amniótico ha demostrado la presencia de microorganismos en un porcentaje significativo de pacientes con Ruptura Prematura de Membranas y/o trabajo de parto pretérmino. Los microorganismos son (19):

• Neisseria gonorrea.

• Escherichia coli.

• Estreptococos del grupo B.

• Estafilococo dorado

• Bacteroides sp.

• Trichomona vaginalis.

• Chlamydia trachomatis. • Gardnerella vaginalis.

• Mycoplasma hominis.

• Ureaplasma urealyticum.

• Bacterias aerobias y anaerobias.

• Levaduras.

1.2.2. Infección de transmisión sexual.

Infección intrauterina (corioamnionitis) (19).

1.2.3. pH vaginal

La vaginosis bacteriana es frecuente en mujeres con ruptura de membranas, ya que el pH vaginal es mayor de 4.5 y se ha encontrado que esto aumenta al triple el riesgo de Ruptura Prematura de Membranas. Microorganismos como la N. gonorreae, el estreptococo y los anaerobios modifican el pH ácido normal de la vagina, asociándose a Ruptura Prematura de Membranas. Los anaerobios lo aumentan por la eliminación de los lactobacilos. Se ha informado que la colonización de la vagina por gérmenes atípicos produce trabajo de parto pretérmino por estimulación del metabolismo del ácido araquidónico en las células del amnios y esto genera aumento subsecuente de las prostaglandinas E2.

1.2.4. Incompetencia cervical

La presencia de dilatación cervical silente con una gran proporción de las membranas expuestas a bacterias vaginales aumentaría el riesgo de infección en la paciente y, por tanto, la probabilidad de Ruptura Prematura de Membranas.

Se ha encontrado aumento notorio de corioamnionitis en pacientes a quienes se les realizó cerclaje tardíamente. De ellas 52% tuvo ruptura prematura de membranas posteriormente. Tanto el material de sutura como la manipulación cervical aumentan el riesgo de Ruptura Prematura de Membranas secundaria a reacción de cuerpo extraño y a un incremento de prostaglandinas, respectivamente (17).

1.2.5. Procedimientos prenatales especiales

• Biopsia de vellosidades coriónicas.

• Amniocentesis.

Se ha encontrado Ruptura Prematura de Membranas en casi 1.2% de las amniocentesis realizadas en segundo trimestre (18).

1.2.6. Exploraciones cervicales

Aumentan el riesgo por estimular la síntesis de prostaglandinas o causar contaminación bacteriana de las membranas ovulares (12).

1.2.7. Déficit nutricional

Se ha encontrado que deficiencias maternas de algunos oligoelementos y vitaminas tienen relación con la Ruptura Prematura de Membranas. La vitamina C y el cobre son importantes para el metabolismo y la maduración normal del colágeno. Las concentraciones de ácido ascórbico son: baja 0.2 mg/dl; intermedia 0.2 a 0.59 mg/dl; y adecuada igual o mayor a 0.6 mg/dl. Se encontró Ruptura Prematura de Membranas en 15% de las pacientes con concentraciones menores de 0.2 mg/dl y 1.5 % en pacientes con concentraciones mayores de 0.6 mg/dl. Las concentraciones de zinc tienen un papel importante en la actividad antimicrobiana y antiviral del líquido amniótico. Sikoski y col. postularon la deficiencia de zinc como mecanismo de patogenia de Ruptura Prematura de Membranas por las siguientes razones (11):

• Producción deficiente de proteínas esenciales.

• Inducción de muerte celular.

• Ruptura prematura de membranas.

• Alteración de la reacción mediada por células.

• Patrones anormales de contracción.

• Alteración de la síntesis de prostaglandinas.

• Mayor susceptibilidad a infecciones vaginales.

El cobre es un componente esencial de muchos procesos enzimáticos; por tanto, concentraciones bajas pueden alterar la maduración del colágeno y disminuir la producción de elastina.

1.2.8. Tabaquismo

El tabaquismo afecta, en primer lugar, el estado nutricional global, en particular por disminuir el ácido ascórbico. Altera la inmunidad materna produciendo una menor respuesta del sistema inmunitario materno a las infecciones virales y bacterianas. En segundo lugar, el tabaquismo reduce la capacidad del sistema inmune para activar los inhibidores de las proteasas, lo que hace a las membranas más susceptibles a la infección. En las fumadoras se produce una reacción pulmonar que aumenta la actividad proteolítica y disminuye la de los inhibidores proteolíticos. Se produce quimiotaxis de leucocitos, liberación de elastasa, inactivación de inhibidores de proteasas (α1-antitripsina), generación de radicales libres y consumo de antioxidantes. Además, disminuye las concentraciones de ácido ascórbico, Zinc y Cobre lo que disminuye el colágeno tipo III y elastina, comprometiendo la integridad de las membranas ovulares.

En un estudio multicéntrico se encontró relación entre amenaza de parto pretérmino, el tabaquismo y la hemorragia genital durante el embarazo y la Ruptura Prematura de Membranas. Se observó que existía un riesgo de 2.1 veces más Ruptura Prematura de Membranas en mujeres que continuaron fumando durante el embarazo (11).

1.2.9 Metrorragia

La hemorragia produce irritabilidad y aumento de la presión interna del útero, lo que se asoció con contracciones prematuras y desprendimiento

placentario. Se propuso la nicotina como factor causal, pues genera constricción arteriolar, que posteriormente causa isquemia residual (11).

1.2.10. Coito

En el coito existen sustancias que pueden conducir al mismo efecto. Las enzimas collagen-like y las prostaglandinas (que estimulan la proteolisis). 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. Teóricamente, 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. Las relaciones sexuales pueden influir por muchos mecanismos:

- Las prostaglandinas del semen.
- Las bacterias del líquido seminal, unidas a los espermatozoides pueden llegar al orificio cervical interno, ponerse en contacto con las membranas y provocar una coriamnionitis.
- El orgasmo puede desencadenar contracciones uterinas.
- Efecto traumático directo provocado por el pene.

1.2.10. Concentraciones de prolactina

Se observó que pacientes con Ruptura Prematura de Membranas tenían una concentración mucho mayor de prolactina en las membranas coriónicas. La prolactina participa en la regulación del medio fetal, lo cual está asociado con la regulación de la osmolaridad, volumen y concentración de los electrolitos en el líquido amniótico. Por tanto, la

prolactina quizá participe en cambios de las propiedades elásticas de las membranas ovulares mediante su efecto sobre el contenido de agua y de electrolitos en las membranas (18, 19).

1.2.10. Otras

• Antecedente de Ruptura Prematura de Membranas o parto pretérmino.

• Antecedente de procedimientos quirúrgicos cervicouterinos.

• Trastornos patológicos de la placenta (placenta previa, desprendimiento o inserción marginal del cordón).

• *Síndrome de Ehlers-Danlos*: Grupo de enfermedades hereditarias del tejido conectivo, con manifestaciones que incluyen esfacelación facial, piel frágil e hiperextensible, laxitud articular y Ruptura Prematura de Membranas. Pueden heredarse diversos tipos del síndrome en forma recesiva ligada al cromosoma X, autonómica dominante o recesiva; con una incidencia del 83 %.

• Embarazos múltiples.

• Hiperdistensión uterina (polihidramnios).

Otras causas que no se han demostrado convincentemente como las anomalías fetales congénitas, presentaciones anormales y traumatismos maternos.

Se puede observar que varios mecanismos fisiopatológicos en forma individual y/o asociados conducen en última instancia a la pérdida de la resistencia de las membranas ovulares. Estos mecanismos pueden enumerarse y son consecuencia de todas las patologías mencionadas:

• Disminución del contenido de colágeno por déficit en su síntesis o por aumento de la actividad colagenolítica o proteolítica.

• Reducción de la fuerza tensil y de la elasticidad de las membranas.

• Delaminación y adelgazamiento de las membranas.

• Cambios inflamatorios y degenerativos.

Entonces todos estos factores, más que agentes etiológicos individuales, existen como factores asociados que al estar acompañados en un momento dado por alguna complicación obstétrica y/o factores comportamentales y ambientales generan una secuencia multifactorial que lleva a la Ruptura Prematura de Membranas. Estos factores afectan al binomio materno-fetal alterando la homeostasis que, por último, deteriora el estado de las membranas ovulares.

• **Los Microorganismos Acceden a la cavidad amniótica por:**

- Vía ascendente desde la vagina o el cérvix.
- Diseminación hematógena a través de la placenta.
- Vía retrógrada desde el peritoneo por las trompas.
- Introducción accidental por procedimientos quirúrgicos.

La vía ascendente es la más común y se comprueba porque: los gérmenes encontrados en el Líquido Amniótico son los mismos que se encuentran en el tracto vaginal. La corioamnionitis histológica es más frecuente en el sitio de ruptura que por lo general está vecino al cuello, en

el embarazo gemelar la corioamnionitis histológica se ve sólo en el primer feto (18).

Fisiopatología de la ruptura de las membranas

Malak y Cols a través del estudio microscópico de membranas ovulares lograron definir una zona de morfología alterada extrema, caracterizada por un engrosamiento de la capa compacta, fibroblástica, esponjosa y reticular, reflejando desorganización del colágeno, edema, depósito de material fibrinoide, con un adelgazamiento en la capa trofoblástica y decidua. Lei y Cols determinaron que en esta zona ocurrían fenómenos de apoptosis (muerte celular programada) en epitelio amniótico, degradación de la fracción ribosomal 28s y activación de metaloproteínasas. Es probable que diferentes agentes (infecciosos, hormonales, paracrinos, etc.) activen diversos mecanismos que causen esta alteración morfológica, favoreciendo la formación de un sitio de ruptura a nivel supracervical, antes del inicio del trabajo de parto.

La ruptura prematura de membranas es un fenómeno multifactorial. Los principales factores de riesgo descritos en la literatura dependen del juego recíproco de 3 factores:

- Presión intrauterina.
- Resistencia de las membranas.
- Cuadrado del diámetro del orificio cervical.

La idea clásica sobre este aspecto es que las membranas se rompen porque la presión intraamniótica durante el embarazo y el comienzo del

parto es mucho menor. También puede explicarse el proceso por una deficiente resistencia, sin embargo, estudios acerca de la resistencia de las membranas no confirman esta hipótesis. No solamente debe tenerse en cuenta la resistencia, sino también su elasticidad y distensibilidad o plasticidad. En los casos de ruptura prematura de membranas, *Dernath* y otros plantean que el amnios es más resistente y elástico, pero menos distensible. En este sentido se habla de fenómeno biológico, y para explicarlo hay que recurrir a leyes biológicas que señalaremos más adelante.

Los fenómenos que determinan el momento de la ruptura son los siguientes:

- Altura y velocidad de la elevación de la presión amniótica durante las contracciones.
- Abombamiento de la bolsa.
- Movilidad del polo inferior del embrión respecto a la pared uterina.

En la actualidad se han referido factores biomecánicos clásicos, como son: la mala formación de la bolsa de separación amnio-corion, la tensión excesiva y asimétrica del polo inferior ovular, y la deficiencia estructural de las membranas en el sentido de menor elasticidad y resistencia. Todos estos factores pueden ser el resultado de una conversión defectuosa del útero esférico en cilíndrico con maduración insuficiente del polo inferior ovular.

La maduración del segmento uterino y del cuello va unida a la transformación de las membranas y a la separación del amnios respecto

al corion. La no formación de la bolsa amniótica sería la causa de la ruptura de la membrana. Todo lo referido con anterioridad ha sido señalado como las bases o hipótesis fisiopatológicas causantes de este fenómeno, y que se expresan de la forma siguiente:

- Asimétrica del polo inferior ovular, y la deficiencia estructural de las membranas en el sentido de menor elasticidad y resistencia. Todos estos factores pueden ser el resultado de una conversión defectuosa del útero esférico en cilíndrico con maduración insuficiente del polo inferior ovular.
- La maduración del segmento uterino y del cuello va unida a la transformación de las membranas y a la separación del amnios respecto al corion. La no formación de la bolsa amniótica sería la causa de la ruptura de la membrana.

Todo lo referido con anterioridad ha sido señalado como las bases o hipótesis fisiopatológicas causantes de este fenómeno, y que se expresan de la forma siguiente:

HIPÓTESIS FISIOPATOLÓGICAS

Se hace referencia a 3 aspectos que resumen lo señalado con anterioridad:

a) ***Aumento de la presión intraamniótica*:** la relación entre la presión intraamniótica y la tensión de las membranas viene definida por la ley de Laplace que indica que dicha tensión es proporcional a la presión intrauterina y al cuadrado del radio de la esfera ($T=P\times r_2$) por lo que pequeños aumentos del radio conducen a grandes incrementos de la

tensión, que es probablemente el factor más importante para algunos autores en la RPM (11).

Esta tensión de la bolsa es habitualmente contenida y compensada por las paredes uterinas, excepto en el polo inferior del huevo a nivel de la dilatación del orificio cervical, por lo que es el radio de la dilatación el que fundamentalmente determinará los incrementos de tensión no compensados a nivel del orificio cervical, siendo este el punto habitual de ruptura. Solo en caso de presiones intrauterinas muy elevadas, sin dilatación cervical, podría darse una ruptura en puntos más altos (19).

b) Disminución de la resistencia de la bolsa amniótica: la bolsa de las aguas está constituida por 2 capas (el amnios y el corion), como ya se había señalado. Ambas capas están yuxtapuestas y presentan la capacidad de deslizamiento de una sobre otra. Esta estructura posee la capacidad de mantenerse íntegra hasta fases avanzadas del parto. La actividad de enzimas proteolíticas, colágenas y elastinas debilitaría su resistencia y precipitaría la ruptura de la misma. Esta actividad enzimática se vería condicionada por:

- ✓ ***Infección:*** La infección diagnosticada con cultivo de líquido amniótico positivo como factor causal de RPM se ha descrito en 36 a 50% de los casos, porcentaje que aumenta a 75% en pacientes que inician trabajo de parto. La vía más común es la ascendente, a través del paso de microorganismos patógenos desde la vagina o cérvix, hacia decidua, corion, amnios, cavidad amniótica y feto. Sin embargo, otras vías de infección han sido descritas (hematógena, desde cavidad peritoneal,

amniocentesis, biopsia de vellosidades coriales, traumatismos con ingreso a cavidad amniótica). La infección periodontal materna también ha sido vinculada con parto prematuro y posiblemente con RPM. Respecto de los gérmenes que con mayor frecuencia han sido aislados de cavidad amniótica a través de cultivo de líquido amniótico se encuentran: Ureaplasma urealyticum, Fusobacterium species, Mycoplasma ominis, Estreptococus grupo B, Estreptococus viridans, Gardnerella vaginalis, y otros (Bacteroides fragilis, Bacteroides sp, E. Coli, Estáfilococo aureus, Streptococo sp). En 30 a 50% de los pacientes el cultivo es polimicrobiano (11).

- ✓ **Tal frecuencia también se menciona en la literatura:** Ovalle y Cols reportan un caso de infección ovular con cultivo de líquido amniótico positivo para Gonococo. Aparentemente el líquido amniótico con sus mecanismos defensivos evitaría la proliferación bacteriana de este patógeno, produciendo degeneración vacuolar del citoplasma bacteriano y daño de pared celular (11).

En la infección ovular, productos bacterianos (fosfolipasa A2, fosfolipasa C, lipopolisacáridos) pueden estimular la síntesis de prostaglandinas (PG) E y F2α por el amnios, corion y decidua. La participación de colagenasas bacterianas, así como la producción de citoquinas, incluyendo nterleucinas (IL) 1, 2, 6, 8, 16, factor de necrosis tumoral (FNT), proteína quimiotáctica de monocito-1 (MCP1) por parte de monocitos, macrófagos y granulocitos activados pueden finalmente

estimular vías celulares que producen parto prematuro y ruptura de membranas. Recientemente, Keelan y Cols han demostrado que la proteína derivada de las membranas fetales activante de neutrófilos (ENA-78) aumenta en el líquido amniótico durante la infección ovular y sería un potente agente activador y quimiotáctico para leucocitos.

- ✓ ***El aumento de Prostaglandinas*:** principalmente PGE2 junto con producir cambios cervicales e inicio de dinámica uterina, conduce a la activación de metaloproteinasas de matriz (MMP) principalmente tipo 9, en corion y amnios. Estas MMP corresponden a una familia de proteasas dependientes de metales (principalmente Zn) para su acción catalítica participando en la degradación del colágeno de la Membrana corioamniótica. Existen también inhibidores tisulares de las metaloproteinasas (TIMP), los cuales regulan la acción de las proteasas. Las principales MMP relacionada a RPM son MMP-1, MMP-2, MMP-7 y MMP-9.

- ✓ ***El aumento de interleucinas:***

  1) Activa la síntesis de PG, a través de la unión a su receptor tirosina kinasa (kinasa Janus), favoreciendo la vía de las metaloproteinasas.

  2) Favorece quimiotaxis y activación de leucocitos (linfocitos, granulocitos, monocitos) al sitio de infección, liberando colagenasas, radicales libres (O2-, OH-, H2O, HOCL, NO) produciendo peroxidación de lípidos, aumento del calcio celular, daño del ADN, activación de MMP-9, liberación de elastasa, produciendo daño de membranas.

3) IL-1β, IL-6 y FNT, activan, además, apoptosis en las membranas ovulares.

Con relación al mecanismo de apoptosis, en la ruptura de membranas, FNT, IL-1β, IL-6 activan genes vinculados a la muerte celular programada (apoptosis) en el corion y amnios a través de la activación de proteasas (caspasas), las cuales pertenecen a una familia de proteínas (más de 14 tipos identificados en mamíferos) con homología estructural, formando tetrámeros, sintetizadas como precursores inactivos. Su sitio de acción enzimático contiene serina, clivando sustratos en sitios de ácido aspártico.

En este complejo proceso de apoptosis, FNT, IL-1β, IL-6 se unen a receptores específicos (FNT-R, Fas) activando a caspasa-8.P-53 se activa simultáneamente estimulando la proteína Bax produciendo daño de membrana mitocondrial. La Caspasa-8 bloquea la proteína Bcl-2 (antiapoptosis) y estimula la proteína Bid, la cual también produce daño de membrana mitocondrial. Ambas vías liberan citocromo C mitocondrial, el cual activa a APAF-1 (factor activador de proteasas de apoptosis) formando con ATP un complejo (citocromo C + APAF-1 + ATP) el que estimula a caspasa 9 y 10. Se produce entonces una secuencia de activaciones de caspasas 2, 3, 6 y 7 las que finalmente producen apoptosis a través de la proteolisis de diferentes moléculas:

- Enzimas responsables de la reparación del DNA (DNA polimerasa).
- Proteínas estructurales del citoesqueleto o matriz nuclear (Actina,

Laminina).

- Proteínas que regulan el ciclo celular (Ciclinas).
- Activación de IL-1β, IL-16 e IL-18.

Respecto de FNT se ha observado que existirían al menos 2 isoformas (FNT-55 y FNT-75), que activarían vías celulares diferenciales (FNT-55 produciría apoptosis, FNT-75 desencadenaría respuesta inflamatoria inhibiendo apoptosis), lo que según Fortunato y Cols explicaría en parte por qué pacientes presentan RPM sin trabajo de parto pretémino y otras, trabajo de parto pretérmino sin RPM. Existen además receptores que al unirse con FNT inhiben la vía de apoptosis (receptores TRAIL R3-R4, receptor osteoprotegerina) los cuales actuarían como mecanismo regulatorio de la señal de muerte celular.

Existe una vía mediada por relaxina, que es producida en la decidua y placenta que, en ausencia de infección, activaría MMP-1, 3 y 9 a través de la estimulación del activador tisular del plasminógeno y plasmina.

- ✓ ***Distensión de las membranas:*** La distensión de las membranas fetales produciría elevación de IL-8 y de la citocina llamada factor amplificador de células pre-B (PBEF), las cuales activarían las MMP, facilitando la ruptura de membranas.

- ✓ ***Isquemia:*** Lesiones vasculares placentarias que producen isquemia así como hemorragia decidual, sobre distensión de la membrana corioamniótica, también se las vincula como agentes causales de parto

prematuro y RPM. Existe evidencia que la isquemia placentaria materna favorecería la liberación de PG así como de IL-6, IL-8 tanto en la microcirculación vellositaria como en las membranas fetales desencadenando parto prematuro y RPM (18).

- ✓ ***Metrorragia:*** La relación de metrorragia y desprendimiento prematuro de placenta normoinserta con RPM estaría dada por varios mecanismos:

  1) Aumento de trombina activa MMP-1 a nivel de corion, amnios y decidua. O'Sullivan y Cols han demostrado que trombina, a través de receptores activados por proteasas (PAR), los cuales estarían acoplados a proteína G, desencadenan contracciones uterinas ()

  2) Incremento de hierro a nivel coriodecidual (por degradación de glóbulos rojos) catalizando la conversión de H2O a OH produciendo peroxidación y daño celular.

  3) Favoreciendo el desarrollo bacteriano e infección subclínica (19).

c) Acciones traumáticas sobre las membranas ovulares: son difíciles de demostrar:

- ➢ Adherencias entre el corioamnios y decidua, lo que produciría un estiramiento corioamniótico al desplegarse el segmento uterino inferior, el crecimiento uterino y las contracciones. Esto incrementaría la tensión de la bolsa y facilitaría su ruptura.

- ➢ Traumatismos externos (3 %): por ejemplo, biopsia de vellosidades

coriónicas, amniocentesis, de esta última se ha encontrado Ruptura Prematura de Membranas en casi 1.2% de las amniocentesis realizadas en segundo trimestre. Las exploraciones cervicales aumentan el riesgo por estimular la síntesis de prostaglandinas o causar contaminación bacteriana de las membranas ovulares.

- Traumatismos internos: movilidad del feto sobre el polo inferior ovular.

Como pudo observarse en las bases fisiopatológicas, existen diversos factores que influyen en la integridad o no de las membranas, por lo que, para muchos autores, la etiología no está claramente determinada.

Si bien es cierto que los factores mecánicos desempeñan su papel etiológico en determinadas RPM, la mayoría de los autores se inclinan a admitir en la actualidad que el principal factor etiológico es la infección. La infección amniótica se desarrolla por vía ascendente, a través del orificio cervical, y aunque se había admitido que el peligro de infección intrauterina se descartaba o se eliminaba si las membranas permanecían íntegras, en la actualidad ya no es aceptable atribuir la corioamnionitis exclusivamente a la ruptura de las membranas.

Diversos estudios plantean la posibilidad de infección del líquido amniótico en presencia de membranas íntegras. La infección comenzaría en las membranas adyacentes al orificio externo, determinando una

pérdida de la resistencia de la elasticidad de estas, y esa circunstancia es capaz de facilitar su ruptura.

Del total de causas enunciadas, para la mayoría de los investigadores, tienen más interés todos los estados infecciosos crónicos, o crónicos agudizados del cuello y vagina, que son fuentes de gérmenes, y que casi siempre alcanzan por la vía ascendente las membranas ovulares, y provocan inflamación que las torna friables y susceptibles de sufrir una ruptura prematura.

Berhman y otros plantean la posibilidad de incompatibilidad sanguínea materno fetal del sistema ABO, que puede causar una debilidad estructural congénita de las membranas que las haga más susceptibles a romperse. También se han mencionado otros factores como la pre eclampsia, las malformaciones fetales y la sepsis urinaria (11, 18).

Para algunos, finalmente, la causa ha estado asociada a deficiencias de vitaminas severas, principalmente al ácido ascórbico. Otros les dan prioridad a factores socioeconómicos como escolaridad, ocupación, etcétera.

CLASIFICACION

De acuerdo al momento en que se produce:

- RPM cerca de término a las 37 semanas o más: feto y pulmón maduro.
- RPM a las 32 - 34 - 36 semanas: corroborar feto y pulmón maduro.

- RPM remota del término a las 25 – 32 - 33 semanas: Maduración pulmonar:

  Con feto y pulmón maduro

  Con feto y pulmón inmaduro

- RPM pre viable: hasta las 24 semanas

De acuerdo a su evolución:

- RPM sin infección intraamniótica o Corioamnionitis
- RPM con infección intraamniótica o Corioamnionitis

CLÍNICA MANEJO

a. Manejo de pacientes con ruptura de membranas cerca del término (34- 37 semanas)

El riesgo de morbilidad severa aguda y mortalidad perinatal es bajo, por lo cual se puede terminar el embarazo, dado que el manejo conservador se asocia con aumento en el riesgo de amnionitis, de hospitalización materna prolongada, sin beneficiar al feto con reducción en las complicaciones perinatales relacionadas con prematurez y sí poniendo en riesgo al feto de sufrir complicaciones tales como la compresión del cordón. En caso de que la ruptura ocurra a las 34 semanas y se documente madurez pulmonar fetal, mediante la relación lecitina/Esfingomielina o determinación de fosfatidilglicerol en líquido amniótico, se recomienda terminar la gestación (la proporción de neonatos que desarrollan membrana hialina es menor del 5% cuando la relación L/E es > a 2 y menor del 1% si hay presencia de fosfatidilglicerol en líquido amniótico) Si

no se evidencia madurez pulmonar se puede optar por manejo conservador, con monitoreo materno fetal estricta, uso de corticoides para lograr maduración pulmonar e inicio de antibioticoterapia y considerar inducción del parto 48 horas después de la primera dosis de corticoides o a las 34 semanas de gestación, en consenso con el neonatólogo.

b. Manejo de pacientes con ruptura de membranas lejos del término (24- 34 semanas)

En este grupo de pacientes la RPM se asocia con alto riesgo de complicaciones neonatales, incluyendo morbilidad severa aguda y muerte. Si la paciente se encuentra estable debe recibir manejo conservador, en un esfuerzo por prolongar el embarazo y reducir el riesgo de morbilidad en el recién nacido. Se debe hacer con la paciente hospitalizada; sin embargo, en pacientes seleccionadas puede ofrecerse hospitalización domiciliaria, pues algunos autores no han encontrado diferencias en el periodo de latencia, edad gestacional al momento del parto, infección o resultado perinatal adverso.

c. Manejo de ruptura de membranas en gestaciones pre viable (menos de 24 semanas)

En este grupo, además de todas las complicaciones secundarias a la inmadurez extrema, se asocia una mayor morbilidad y mortalidad fetal por infección perinatal e hipoplasia pulmonar. Además, el Oligohidramnios se relaciona con hipoplasia pulmonar y deformidades fetales similares al

síndrome de Potter, tales como deformidad en los miembros, orejas de inserción baja, pliegue epicántico y extremidades hipotróficas. Aunque nuestro manejo sugerido es la terminación del embarazo, es importante informar amplia y honestamente sobre el pronóstico, riesgos, beneficios y alternativas terapéuticas existentes para que se decida, en conjunto con la pareja, si se realiza o no manejo expectante. Los datos publicados reportan que en este grupo de pacientes más del 50% tienen el parto en 1 semana (promedio 13 días), del 24% a 71% requieren terminar la gestación por amnionitis, la mortalidad perinatal es alta (37 - 75%), la tasa de sobrevida es de de 47% después de una estancia hospitalaria promedio de 71 días, y el 37% de los sobrevivientes quedan con secuelas serias, pulmonares y neurológicas (2).

Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutiva

1. Medidas generales y terapéutica

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Primarias FONP (Categorías I-1, I-2, I-3)

- Detectar factores de riesgo asociados.
- Instalar vía EV segura.
- Iniciar antibiótico terapia si cuenta con personal de salud capacitado.

Establecimientos con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas FONB (Categoría I-4)

- Hospitalización.
- Reposo absoluto.

- Iniciar antibiótico terapia.
- Solicitar exámenes auxiliares.
- Examen obstétrico absteniéndose de realizar tacto vaginal.
- Especuloscopia para precisar condiciones cervicales y recoger muestra de fondo de saco vaginal para pruebas de confirmación.
- Ecografía para evaluar edad gestacional, presentación fetal, cantidad de líquido amniótico, situación placentaria.
- Sospecha de Corioamnionitis, referir inmediatamente a establecimiento con FONE con antibiótico terapia combinada.

FONE (Categorías II-1, II-2)

- Hospitalización.
- Reposo absoluto.
- Continuar con antibiótico terapia de establecimiento con FONP/FONB.
- Solicitar exámenes auxiliares.
- Examen obstétrico absteniéndose de realizar tactos vaginales repetidos.
- Especuloscopia, Test de Fern.
- Realizar pruebas de bienestar fetal.
- Realizar pruebas de maduración pulmonar.
- Si presenta signos de Corioamnionitis: Iniciar terapia antibiótica
- La conducta obstétrica variará según la edad gestacional y la madurez del feto:

Gestación a término y no existen dudas acerca de la madurez del feto: Inducción de trabajo de parto dentro de las 12 a 14 horas siguientes, restringiendo tactos al máximo. Si fracasa la inducción, cesárea (1).

Gestación pre término:

- Gestación entre 34 y 36 semanas: Manejar igual que feto a término.
- Gestación entre 31 y 33 semanas: Administración de corticoides, y antibiótico terapia por 48 horas; y extracción fetal mediante cesárea o inducción de trabajo de parto condiciones obstétricas.
- Gestación menor de 31 semanas: Conducta expectante y manejo multidisciplinario.

TRATAMIENTO

Conductas Expectante = espera con tratamiento médico correspondiente.

Intervencionista = extracción fetal con madurez pulmonar comprobada.

Agresiva = terminación del embarazo.

Conducta expectante

La conducta expectante se aplica especialmente en edades gestacionales tempranas o en lugares con baja infraestructura neonatológica.

Conducta intervencionista

La conducta intervencionista es usada en patologías agregadas al embarazo y en lugares con neonatología de alto nivel.

Conducta agresiva

La conducta agresiva se toma ante peligro de muerte materna o fetal y en casos de infecciones graves que puedan comprometer la salud de la madre. Para el tratamiento es preciso tener en cuenta los siguientes factores o condiciones:

- Presencia o ausencia de infección.
- Periodo de latencia.
- Edad gestacional.
- Peso calculado del feto.
- Actividad uterina y cambios en el cuello.
- Presentación Fetal.
- Antecedentes quirúrgicos en el útero.
- Patologías maternas y fetal asociada.
- Recurso humano y técnico.

Rotura prematura de membranas en gestación mayor o igual a 34 semanas, con o sin Corioamnionitis: (34 sem o 2800 gr) 13 (32 sem o 2000 gr). (2, 8).

Hospitalización y reposo en decúbito lateral. Hidratación.

Iniciar antibióticos profilácticos después de 6 horas de RPM 4,5 reduce la morbilidad infecciosa materna pero no es significativa en los RN. Se

sugiere como profiláctico: Ampicilina o Cefalosporina 1°G (1-2 gr EV c/6 hs); y en caso de Corioamnionitis: Cefalosporina 3°G (2gr EV c/24 hs) con Aminoglucócido (Amikacina 1gr EV c/24 hs).

Terminar la gestación dentro de las 24 horas siguientes:

Si el test de Bishop es mayor o igual a 7: Inducción del trabajo de parto y atención de parto vaginal monitorizado.

- Si el test de Bishop es menor de 7: Maduración Cervical con 2 mU de oxitocina por 10 horas y luego Inducción del parto.
- Si la inducción no responde luego de 6 horas, considerar como inducción fallida y proceder a cesárea.

Rotura prematura de membranas en gestación 33 a 24 semanas sin Corioamnionitis:

Hospitalización y reposo en cama en decúbito lateral.

Restringir tactos vaginales, usar apócito vaginal.

Control de signos vitales maternos cada 6-8 horas, especialmente pulso y temperatura.

Control obstétrico cada 6-8 horas (18).

Hidratación: abrir vía endovenosa con aguja Nº 18 y administrar ClNa a 9%o Iniciar antibióticos profilácticos después de 6 horas de RPM Ampicilina o Cefalosporina 1°G (1-2 gr EV c/6 hs) o Eritromicina (250-500 mg EV c/6 hs) por 24 – 48 horas, luego pasar a la vía oral con Amoxicilina o Cefalosporina 1°G (500 mg VO c/6 hs) o Eritromicina (250 mg VO c/6 hs) hasta completar 7 días (13)

Administrar antibióticos reduce la morbilidad infecciosa y retarda el T de P. Preferir Eritromicina, evitar Amoxilina + Ac.Clavulánico.

Otros esquemas utilizados empíricamente son los siguientes.

- Clindamicina + Gentamicina
- Clindamicina + Cefalosporinas
- Penicilina + Cloranfenicol + Gentamicina

Determinar madurez pulmonar mediante amniocentesis y estudio de líquido amniótico. Si se demuestra madurez fetal terminar gestación: Si el test de Bishop es mayor o igual a 7: Inducción del trabajo de parto y atención de parto vaginal. Si la inducción no responde luego de 6 horas de inducción, considerar como inducción fallida y proceder a cesárea segmentaria transversal.

Si el test de Bishop es menor de 7: Proceder a cesárea segmentaria transversal.

Si no hay madurez pulmonar: Manejo expectante mediante control estricto de funciones vitales y hemograma y Proteína C reactiva seriada.

Proceder a maduración pulmonar mediante administración de corticoides, betametasona 12 mg intramuscular c/24 horas por 2 dosis; o Dexametasona 6 mg intramuscular c/12 horas por 4 dosis (7, 10, 14). No usar corticoides en infección o RPM mayor de 48 horas. Terminar gestación cuando se demuestre maduración pulmonar.

Tocolíticos: controversial su uso. Dar por lo menos 48 horas para favorecer el efecto del corticoide.

Rotura prematura de membranas en gestación menor de 24 semanas (feto preciable) sin Corioamnionitis: (25-26 semanas o 700 gr)

- Hospitalización
- Interrumpir gestación vs conducta expectante

En caso de Corioamnionitis: extraer el producto sin importar edad gestacional. Interrumpir gestación por causa fetal (distress, infección) o materna (infección):

- Taquicardia fetal persistente.
- Taquicardia materna persistente.
- Hipertermia 38ºC o más.
- Dolor uterino fuera de la contracción.
- Liquido Amniótico purulento o fétido.
- Proteína C reactiva mayor de 2 mg/dl 5 mg.
- Leucocitos mayores de 12,000 por campo o Abastonados mayor al 6%.
- Ecografía con oligoamnios severo: ILA < 2. (11).

Control ambulatorio

Si durante la hospitalización no se presentó el parto, se dio inicio a la maduración pulmonar y no hay signos ni síntomas de infección, se puede permitir la salida con instrucciones muy precisas, tales como: seguir un reposo relativo, evitar los lavados vaginales, los coitos y la colocación de tapones, aun cuando se debe controlar el aspecto del líquido amniótico. El control prenatal se realizará en un consultorio de alto riesgo para vigilar el

crecimiento fetal y la maduración pulmonar y descartar cualquier signo de infección.

REPERCUSIONES MATERNO - FETALES:

Las dos complicaciones más frecuentes que se derivan directamente de la ruptura prematura de membranas ovulares son la infección y el parto prematuro. El prolapso del cordón también puede presentarse en un número menor de casos.

La morbimortalidad perinatal puede alcanzar cifras que llegan al 21% de todas las muertes. La morbimortalidad materna puede presentarse en el 15 al 18% de todas las pacientes con ruptura prematura de membranas se puede prevenir con amplia cobertura de antibiótico.

COMPLICACIONES MATERNAS

1. Oligoamnios

Con gran trascendencia por la desprotección del cordón umbilical y, en gestaciones precoces, por la importancia de la deglución de líquido amniótico en el desarrollo pulmonar del feto (conduce a la hipoplasia pulmonar) y por las deformidades fetales (faciales o de extremidades) que pueda producir la compresión (2, 9).

2. Corioamnionitis

Se define infección intraamniótica o invasión microbiana de la cavidad amniótica como la presencia de gérmenes en el líquido amniótico, normalmente estéril.

Corioamnionitis o infección ovular define la presencia de manifestaciones clínicas maternas asociadas a infección intraamniótica. Los criterios que permiten su diagnóstico fueron establecidos por Gibbs y Col:

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

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

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

La Corioamnionitis se asocia al 20% de las pacientes con Ruptura Prematura de Membrana (5 a 40%). Los gérmenes implicados son las bacterias que forman parte de la flora genital normal de la mujer (Mycoplasma y Ureaplasma, Fusobacterium, Escherichia coli, Enterococo, Bacteroides, hongos y otros). En ocasiones pueden aislarse gérmenes patógenos exógenos (Listeria, Gonococo, Estreptococos A y C) (20).

Existen elementos de laboratorio que permiten diagnosticar la presencia de Invasión microbiana de la cavidad amniótica antes de que la Corioamnionitis sea evidente. Ellos son:

- recuento de leucocitos en sangre materna (> 15.000).
- proteína C reactiva en sangre materna.
- perfil biofísico fetal.

Estudio de líquido amniótico. Se realiza cuando existe sospecha de infección. Para su interpretación se requiere de la obtención de líquido amniótico por amniocentesis, procedimiento que en la Ruptura Prematura de Membranas tiene éxito en alrededor del 70% de los casos.

Interrupción de embarazo: idealmente parto vaginal, cesáreo si existe alguna indicación obstétrica.

Tomar cultivos de la placenta, cordón umbilical y de cavidad uterina. Realizar estudio anátomo patológico.

En un estudio descriptivo retrospectivo de los casos de RPM en Pre-término del Hospital Nacional Cayetano Heredia de 9081 partos, el 12% presentaron RPM y de estos el 1.5% tuvieron Corioamnionitis (20).

3. Infección puerperal

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

4. Parto pretérmino

Entendemos por parto pretérmino, según la Sociedad Europea de Medicina Perinatal, el que tiene lugar entre las semanas 20 (antes de las cuales se considera aborto) y 37 de gestación (entre 140 y 259 días), independientemente del peso y madurez fetales (aunque un 40% de los fetos pesarán ≤ 2.500 gr). Un 5% de las pacientes con RPM de Pretérmino sufre DPPNI. El mecanismo etiopatogénico de esta asociación. Está asociado a muerte fetal y coagulopatía materna, por lo que, el embarazo debe interrumpirse por la vía más expedita.

5. Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta

El desprendimiento puede ser total o parcial de una placenta normal inserta, ocurre con una frecuencia de 1 en 50 o en 270 partos. El desprendimiento completo es raro (1 en 500 partos). Generalmente se manifiesta cuando la rotura prematura de membranas es prolongada (19).

COMPLICACIONES FETALES

La prematurez y la infección son las dos complicaciones fundamentales de la Ruptura Prematura de Membrana en el feto y/o recién nacido. Ellas son responsables de casi el 100% de la mortalidad atribuible a Ruptura Prematura de Membrana Problemas adicionales son la asfixia, la hipoplasia pulmonar y las deformidades ortopédicas.

1. Prolapso de cordón umbilical.

El cordón puede situarse por delante de la presentación en un 1.5-1.7% de los Casos, siendo comprimidos sus vasos por la misma, favorecido este hecho por el consecuente oligoamnios secundario. Conduce al desarrollo de hipoxia y acidosis fetales, que pueden llevar a la muerte del feto.

2. Síndrome de dificultad respiratoria

Es la causa más frecuente de mortalidad perinatal, en relación a Ruptura Prematura de Membrana, en gestaciones por debajo de las 34 semanas. En nuestro medio se señala una incidencia de 18%.

La madurez del pulmón fetal puede evaluarse a través de la detección en el Líquido amniótico de una relación lecitina/Esfingomielina >2, un test de Clements (+) y/o la presencia de fosfatidilglicerol. Esta última puede establecerse no sólo a través de Liquido Amniotico obtenido por amniocentesis, sino utilizando líquido recolectado en vagina (rendimiento sobre 90% (21).

3. Infección neonatal.

La infección neonatal ocurre entre el 1 y 25% de los casos de Ruptura Prematura de Membrana. Se ha demostrado que existe una relación directa entre el período de latencia y la infección ovular (Corioamnionitis clínica se correlaciona con infección neonatal) por arriba de las 34 semanas. En gestaciones > 34 semanas, la primera causa de mortalidad perinatal (en el contexto de Ruptura Prematura de Membrana) es la

infección. Por debajo de las 34 semanas no existe la asociación descrita entre período de latencia e infección ovular, a menos que se practique un tacto vaginal al ingreso. La infección neonatal se manifiesta a través de neumonía, bronconeumonía, meningitis y/o sepsis. Los gérmenes aislados más frecuentemente en recién nacidos infectados son Escherichia coli, Klebsiella y Estreptococo (21).

4. Asfixia perinatal.

La compresión del cordón secundaria al oligoamnios, el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, las distocias de presentación y la propia infección materna y/o fetal, son elementos que contribuyen a elevar la incidencia de asfixia perinatal (10 a 50%) en las pacientes con Ruptura Prematura de Membrana.

La monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal y el perfil biofísico están frecuentemente alterados en estos casos.

5. Hipoplasia pulmonar.

Esta complicación es propia de aquellos embarazos en que la Ruptura Prematura de Membrana se produce antes de las 25 semanas de gestación y que cursan con oligoamnios severo de larga evolución (mayor de 3 semanas). Es una complicación grave que se asocia a mortalidad perinatal de hasta 80%.

El trastorno se caracteriza porque el pulmón fetal es incapaz de retener e intercambiar líquido amniótico. El examen ultrasonográfico muestra en los

casos característicos una relación circunferencia torácica/circunferencia abdominal < 2 SD bajo el promedio (0,90 0,05) (21).

6. El distress respiratorio.

El distress respiratorio constituye la principal causa de morbilidad neonatal (36% de los recién nacidos) y un 40% de la mortalidad neonatal. La sepsis neonatal tiene incidencia variable, en los pretermino se puede confirmar hasta un 8%, elevándose en un 20% en pacientes con Corioamnionitis, es producido por aspiración de meconio es una complicación frecuente y a veces grave de la asfixia perinatal.

7. **El bajo peso al nacer.**

Se presenta en el 20 a 23% de todos los casos de RPM, la mortalidad neonatal en relación al bajo peso, puede alcanzar al 21% de todas las muertes. Más del 60% de los neonatos con bajo peso son prematuros. Hay dos categorías: los prematuros; cuánto pesa menos y mayor es el riesgo de que tenga problemas de salúd. Y los RN pequeños para su edad (o con retraso de crecimiento); son los que pesan menos de lo normal para su edad gestacional. Esta condición es el resultado, al menos en parte, de una desaceleración o interrupción temporal del crecimiento (21).

8. **Enfermedad de la membrana hialina.**

La dificultad respiratoria en recién nacidos prematuros se relaciona con la inmadurez pulmonar y es la primera causa de morbilidad y mortalidad. Su surfactante pulmonar, lo que lleva al colapso alveolar, atelectasia

progresiva, con un corto circuito circulatorio intrapulmonar que lleva a una hipoxia creciente.

9. El sufrimiento fetal agudo (SFA)

Es casi siempre por comprensión funicular, siendo su frecuencia de un 8.5% en partos pre-términos con RPM frente al 1.5% en partos pretérmino con membranas integras.

10. La hemorragia Interventricular

Suele presentarse desde las 24 horas (50 % de los casos) en adelante con incidencia máxima entre el 2º y 4º día de vida; el 90% de las hemorragias ocurre en las primeras 72 horas de vida. La presentación clínica suele variar desde un síndrome catastrófico a un cuadro más benigno y gradual, lo que depende de la magnitud de la hemorragia. El primer deterioro se produce en minutos a horas y se caracteriza por estupor o coma, apneas, convulsiones, postura de descerebración y cuadriparesia flácida. Junto a esto hay disminución del Hto., aumento de la tensión de la fontanela anterior, hipotensión, bradicardia, acidosis metabólica y anomalías del metabolismo de la glucosa (21).

11. Enterocolitis necrotizante

Síndrome de etiología multifactorial, caracterizado por edema, ulceración y necrosis de la mucosa intestinal, especialmente íleo y colon e infección bacteriana de la pared ulcerada, clínicamente presenta distensión abdominal, residuos biliosos, deposiciones con sangre y compromiso del estado general.

12. El ducto arterioso persistente

Que normalmente se cierra entre las 24 y 48 horas de vida y a las 72 horas está en todos funcionalmente cerrado; está relacionada con la prematurez, aumentando en proporción inversa a la edad gestacional, enfermedades respiratorias agudas, especialmente la enfermedad de membrana.

13. Deformidades ortopédicas.

Ellas constituyen parte de las anomalías propias de la "secuencia de oligoamnios" o “secuencia de Potter". Estas anomalías incluyen hipoplasia pulmonar, facies típica y posiciones aberrantes de manos y pies, así como piernas curvadas, luxación de cadera y pie equino varo ("club-foot") (21).

2.2.3 Recién nacido

Definición

Se considera un recién nacido (RN) al producto vivo de la concepción que tiene 37 a 42 semanas de gestación y que está en condiciones óptimas para adaptarse al nuevo ambiente extrauterino.

Epidemiología

El periodo neonatal comprende los primeros 28 días de vida extrauterina, y divide en periodo neonatal temprano los primeros siete días y periodo neonatal tardío de los días 8 al 28 posnatales.

La importancia de esta etapa radica en su alto índice de morbiletalidad, más de las dos terceras partes de las muertes ocurren en esta etapa y estas cifras no se vuelven a alcanzar hasta los 70 - 80 años de edad (27).

Clasificación

De acuerdo con la edad de gestación**,** el recién nacido se clasifica en:

- **Recién nacido pretérmino:** Producto de la concepción de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.
- **Recién nacido inmaduro:** Producto de la concepción de 21 semanas a 27 semanas de gestación o de 500 gramos a menos de 1,000 gramos.
- **Recién nacido prematuro:** Producto de la concepción de 28 semanas a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1,000 gramos a menos de 2,500 gramos.
- **Recién nacido a término:** Producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2,500 gramos o más.
- **Recién nacido postérmino:** Producto de la concepción de 42 semanas o más de gestación.
- **Recién nacido con bajo peso:** Producto de la concepción con peso corporal al nacimiento menor de 2,500 gramos, independientemente de su edad de gestación.

De acuerdo con el peso corporal al nacer y la edad de gestación los recién nacidos se clasifican:

- **Adecuado para la edad gestacional (AEG),** cuando el peso del nacimiento se encuentra entre los percentiles 10 y 90 de las curvas de crecimiento intrauterino.

- **Pequeño para la edad gestacional** (PEG), RN que se encuentra por debajo de las curvas de crecimiento intrauterino.

- **Grande para la edad gestacional** (GEG), RN que se encuentra por encima del percentil 90 de las curvas de crecimiento intrauterino (28).

Conceptos generales

La obtención de la historia clínica del RN incluye tres áreas clave:

1. Historia médica de los padres, incluyendo algún antecedente genético importante.

2. Historia obstétrica materna.

3. Historia del embarazo actual.

El RN normal posee capacidades de percepción motrices y de relación con el ambiente social. El RN es altamente vulnerable y necesita de cuidados especiales para sobrevivir. Tiene una relativa inmadurez y un asombroso desarrollo del sistema de percepciones. Se encuentra completando muchos de los ajustes fisiológicos necesarios para su vida extrauterina. Las altas tasas de morbiletalidad neonatal demuestran su labilidad y explica la razón por la cual tres cuartas partes de todas las muertes que se producen en el primer año afectan a los RN. Los decesos

del primer año marcan una cifra muy significativa que no vuelve a alcanzarse hasta el séptimo decenio de la vida. El periodo neonatal comprende los primeros 28 días de vida, se divide en periodo neonatal temprano (periodo hebdomanario) la primera semana y de los días 8 al 28, el periodo neonatal tardío, cada etapa se caracteriza por patologías particulares.

Características anatómicas

- ✓ **Somatometría.** El peso del RN en nuestro medio es de 3 kg ± 300 g, la talla 50 cm± 1.5 cm. El perímetro cefálico es 35-37 cm, y éste representa un valor igual a la mitad de la talla + 10. La relación de segmentos resulta de la división del segmento superior (vértex/pubis) entre segmento inferior (pubis/talón); debe ser 1.7, es de utilidad en el estudio de algunas condrodistrofias y endocrinopatías. La longitud del pie tiene poca importancia clínica.

- ✓ **Piel.** Es un órgano muy importante, tiene un lugar trascendente en la regulación de la temperatura, considerando que en relación con el peso tiene una gran superficie corporal, se pueden perder cantidades significativas de líquidos y electrólitos, Con alguna frecuencia se ve la discromía de arlequín, que consiste en ver coloración pálida y rojiza exactamente en los hemicuerpos, casi siempre es transitoria.

- ✓ **Cabeza.** Generalmente representa la cuarta parte de la talla, el cráneo comprende dos tercios del volumen cefálico, en la línea media existen las fontanelas anterior o bregmática en forma de rombo, desaparece entre los nueve y 15 meses, la posterior o lambdoidea en forma triangular, desaparece al tercero o cuarto mes, en los lados se encuentran dos fontanelas pterión y asterión sin trascendencia clínica; debe revisarse por la presencia de cefalohematoma o *caput succedaneum* y fractura hundimiento, la craneosinostosis (ausencia de fontanelas y fusión temprana de suturas) es una urgencia. La transiluminaciòn del cráneo permite sospechar hidrocefalia.

- ✓ **Cara.** Corresponde a la tercera parte de la cabeza y se identifican por facies características algunos síndromes específicos, como síndrome de Down, de Edwards, de Treacher Collins, etc. Los párpados pueden estar abiertos o abrirse con el reflejo laberíntico (mover hacia atrás y adelante la cabeza erguida), es frecuente observar hemorragias subconjuntivales, que se resuelven de manera espontánea en la primera semana, estrabismo convergente transitorio es normal hasta el octavo mes; en el primer mes deben buscarse manchas como las de Brushfield (trisomía 21) o Colobomas, así como examinar el reflejo rojo de la retina.

- ✓ **Tórax.** Observe la forma, simetría, posición y desarrollo. La disposición de los pezones y el tamaño de la areola, pezones supernumerarios o

muy separados con un tórax en escudo como en el síndrome de Turner. No es poco frecuente que haya salida de leche por mamas (estimulación estrogénica), en ambos géneros se llama “leche de bruja”. En cuanto a la forma, reconocer el pecho en quilla y el pectus excavatum. Asimismo, debe verificarse la presencia de integridad de clavículas. En la cara posterior, es preciso que el médico revise las apófisis espinosas, tumoraciones por disrafias, mechón de pelos que orienten a espina bífida oculta y los senos dérmicos en el cóccix.

- ✓ **Abdomen.** Por lo general es globoso y puede tener red venosa como variante normal. El hígado se encuentra palpable a 2 cm por debajo del reborde costal. El bazo se puede palpar con menos frecuencia a la inspiración profunda, en tanto que siguiendo los lineamientos propedéuticos en el RN es factible palpar el riñón izquierdo. Es frecuente encontrar diastasis de los rectos, un abdomen excavado sugiere hernia diafragmática, verificar la integridad del cordón umbilical, dos arterias y una vena, atentos siempre por tumoraciones intraabdominales de las más frecuentes es la hidronefrosis y de los defectos de la pared como el onfalocele.

- ✓ **Genitales.** En el varón, el escroto es péndulo con arrugas y desde la semana número 34 los testículos se encuentran descendidos; el falo mide como promedio 25 mm. El prepucio está adherido al glande y puede ser redundante. De manera excepcional tiene un anillo fibroso

que impide su retracción, cuando al presentar micción se forma un globo se integra el diagnóstico de fimosis que más bien es rara.

En las niñas los labios mayores cubren por completo los labios menores y el clítoris, frecuentemente hay una lengüeta que procede del himen y hace procidencia al través de la horquilla. Resulta también frecuente la salida de secreción blanquecina y de sangre, esta última por privación estrogénica, en ocasiones hay sinequia de labios menores, es recomendable separarlos manualmente y con anestesia local.

- ✓ **Ano y recto.** Siempre es necesario verificar su permeabilidad, por lo general la primera evacuación meconial se presenta al primer día de vida.
- ✓ **Extremidades.** De nuevo es importante constatar simetría e integridad, así como comprobar los efectos de la postura fetal. Revisar las manos y pies en busca de polidactilias, sindactilias o patrones anormales dermatológicos como el pliegue simiano. En las caderas el médico debe descartar displasia del desarrollo, en la rodilla genu recorvatum por artrogriposis, en los pies buscar equinovarus, valgus como lo más frecuente.

Características fisiológicas

Durante el primer mes el bebé duerme de 16 a 20 horas diariamente.

- ✓ **Percepción visual.** Se calcula que el neonato tiene una agudeza visual 20/150 aproximadamente. La distancia óptima para enfocar los objetos es alrededor de 20 cm, sigue un objeto con los ojos hasta 180 grados y si percibe los colores, puede reconocer el rostro de su madre unos minutos después del nacimiento. Desde el punto de vista práctico el bebé distingue bultos a las cuatro semanas y a los dos meses diferencia colores fuertes, a los dos y medio meses, se ven las manos.

- ✓ **Percepción auditiva.** Prefiere la voz en tono alto, nace con capacidad para oír frecuencias entre 500-900 ciclos por segundo.

- ✓ **Olfato.** Es capaz de diferenciar entre diferentes olores a los siete días de nacido. Al quinto día puede distinguir el olor de la leche materna. El estornudo es una variante normal.

- ✓ **Gusto.** Distingue lo dulce de lo agrio y prefiere el sabor dulce, la leche materna es relativamente más dulce que las fórmulas de inicio, con frecuencia hay hipo.

- ✓ **Tacto.** Es un medio esencial de comunicación con el RN, se tranquiliza cuando es tocado en la cara o la cabeza. Prefiere el contacto directo con la piel de su madre o su padre.

- ✓ **Capacidades motrices.** El neonato tiene múltiples movimientos voluntarios y también respuestas reflejas, estos movimientos varían de un niño a otro, algunos realizan movimientos bruscos y temblorosos o estremecimientos.

Signos vitales

- ✓ **Temperatura.** Después del parto los neonatos deben ser secados y abrigados con una toalla calentada previamente para prevenir las pérdidas de calor por la amplia superficie cutánea, es muy saludable mantener una temperatura axilar de 36.5ºC. Se recomienda cubrir la cabeza con un gorro, recuerde que la cabeza es la cuarta parte de la superficie corporal. Los RN a término poseen fuente de termogénesis en la grasa parda, Cuando se enfrentan al frío aumentan los niveles de noradrenalina que actúa en dicho tejido estimulando la lipólisis. Existen cuatro mecanismos principales de pérdidas de calor:

  1. Radiación. El calor se disipa desde la piel hacia el objeto más frío del entorno sin contacto directo.

  2. Convección. El calor se pierde desde la piel del neonato hacia el aire en movimiento.

  3. Evaporación. Enfriamiento secundario a pérdida de agua a través de la piel.

  4. Conducción. Transferencia del calor hacia un objeto más frío en contacto.

En niños muy pequeñitos se recomienda protegerlos en su cuna o bacineta con una cubierta de polietileno, es preciso evitar la hipotermia, pues origina hipoglucemia, acidosis metabólica y paro respiratorio, casi siempre irreversible. Cuando la hipotermia revierte, el proceso es extraordinariamente lento (de 2 a 3 horas) para conseguir eutermia.

- ✓ **Frecuencia respiratoria.** La frecuencia respiratoria varía entre 40-65 por minuto a la hora de vida. Se caracteriza por ser arrítmica, siempre debe evaluarse en un minuto completo. En el RN pretérmino es normal que haya pausas no mayores de 15 segundos, que se conoce como respiración periódica.

- ✓ **Frecuencia cardiaca (FC).** La frecuencia cardiaca es normalmente 120-160× y hasta 180 por minuto en el periodo neonatal inmediato, misma que se modifica con los cambios del RN: aumenta con el llanto, la actividad y la respiración rápida y disminuye cuando está dormido o tranquilo, no es infrecuente escuchar un tercer ruido (embriocárdico) y en ocasiones un soplo funcional, correspondiente casi siempre a conducto arterioso. En algunas ocasiones un RN de término o posmaduro puede presentar FC menor a 100 por minuto en reposo que aumenta si se estimula y esto es normal.

- ✓ **Presión arterial (PA).** Es de utilidad en el diagnóstico de niños enfermos. Hay varios métodos para determinarla:

1) el método auscultatorio utiliza una pequeña cápsula de estetoscopio.
2) el método Doppler con un transductor en el manguito, transmite y recibe ondas de ultrasonido.
3) el método oscilométrico es el procedimiento incruento más fácil y exacto disponible.
4) con el método de palpación se sabe que la presión arterial sistólica se encuentra en el punto en que el pulso distal al manguito se hace palpable al desinflarlo.
5) el método del enrojecimiento.

Desde el punto de vista clínico es preferible el auscultatorio, verifique realizarla siempre en miembros superiores y miembros inferiores. El manguito debe cubrir dos tercios del bazo o del muslo. La PA del RN es de alrededor de 80/46 al nacimiento, 85/40 a las 24 horas, 90/50 a los 20 días (27).

2.3 Definiciones de términos básicos (4,7,8,27)

Recién nacido:

Producto vivo de la concepción que tiene 37 a 42 semanas de gestación y que está en condiciones óptimas para adaptarse al nuevo ambiente extrauterino.

Factores maternos:

Son factores que intervienen en una causa, puede ser; endógenos o exógenos; las cuales son las características propias del individuo.

Periodo neonatal:

Comienza en el nacimiento y termina 28 días completos después del nacimiento.

Apgar:

Índice que mide el grado de depresión respiratoria neonatal en base a cinco parámetros, es útil para el pronóstico del recién nacido. Se clasifica: Depresión Leve: Índice Apgar entre 7 y 9. Depresión Moderada: Índice Ápgar entre 4 y 6. Depresión Severa: Índice Ápgar entre 1 y 3. Tienen un mal pronóstico.

Control prenatal:

Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal.

Gestante:

Se refiere a la edad cronológica que tiene la gestante desde su embarazo con relación a su edad en vida. Tiene un periodo de nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer

Paridad

Estado de una mujer con respecto al descendiente viable que le han nacido, clasificándose en: nulípara, primípara, multípara, gran multípara.

Líquido amniótico:

Líquido producido por el amnios en el periodo más temprano de la gestación y después por los pulmones y los riñones, es el fluido en el cual evoluciona el embrión y después el feto durante el embarazo.

Edad Gestacional:

Es la duración de la gestación que se mide a partir del primer día del último período menstrual normal. Se clasifica: **A término**: Fluctúa entre la semana 37 a 41, con un promedio de 40 semanas que constituye el tiempo normal de gestación. **Pretérmino**: Se considera a los menores de 37 semanas. **Post-termino**: Se considera a los mayores o igual a 42 semanas.

Ruptura Prematura de Membranas:

Es la ruptura espontánea del corión y del amnios, una o más horas antes de que se inicie el trabajo de parto.

RPM Pretérmino:

Solución de continuidad de la membrana corioamniótica antes de las 37 semanas de gestación.

Edad materna:

Tiempo transcurrido a partir del nacimiento materno hasta la fecha registrada en la historia Clínica.

Nivel socioeconómico:

Es el lugar de posición en la que se encuentra una persona en la escala social económica en promedio a las demás tomando en cuenta el tipo de trabajo, educación, vivienda y comodidad.

III. CAPÍTULO

ASPECTOS OPERACIONALES

3.1 Hipótesis

HIPÓTESIS GENERAL

Hi: Los factores biológicos y sociales maternos de gestantes pretérminos si están asociados a la Ruptura Prematura de Membranas y los resultados neonatales de manera significativa.

Ho: Los factores biológicos y sociales maternos de gestantes pretérminos no están asociados en la Ruptura Prematura de Membranas y los resultados neonatales de manera significativa.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

Hi: Los factores biológicos maternos están asociados a la Ruptura Prematura de Membranas y los resultados neonatales.

Ho: Los factores biológicos maternos no están asociados a la Ruptura Prematura de Membranas y los resultados neonatales.

Hi: Los factores sociales maternos están asociados a la Ruptura Prematuras de Membranas y los resultados neonatales.

Ho: Los factores sociales maternos no están asociados a la Ruptura Prematuras de Membranas y los resultados neonatales.

3.2. Variables

Variable independiente.

- Factores maternos de gestante pretérmino.

  Indicadores:

  - Factores biológicos.
  - Factores sociales.

Variable dependiente.

- Ruptura prematura de membranas.
- Resultados neonatales.

3.3. Sistema de variables - Dimensiones e Indicadores.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENCIÓN	INDICADORES	MEDICIÓN DE VARIABLE
VARIABLE INDEPENDIENTE Factores maternos de gestantes pretérminos.	Son factores que intervienen en una causa, puede ser; endógenos o exógenos; las cuales son las características propias del individuo como: edad de la madre, talla, sexo del recién nacido, paridad de la madre, etc, y a la vez incluye características o factores pertenecientes a diversos sistemas relacionados con la salud individual o colectiva (sistemas de salúd, educación, económicos, etc.), respectivamente.	**Factores Biológicos** Edad	- 12 a 17 años. – 18 a 29 años. - 30 a 49 años.	Intervalo
		Paridad	- 0 – 1 hijo. - 2 – 3 hijos - 4 – 5 hijos. - > de 6 hijos.	Intervalo
		Edad Gestacional	- 22 a 26 ss. - 27 a 31 ss. - 32 a 36 ss.	Intervalo
		Procesos infecciosos	- Cervicitis - ITS. - Vaginitis - ITU - Corioamnionitis - N.A. - Mala higiene	Nominal
		Antecedentes Reproductivos	- Abortos espontáneos - RPM anterior. - Parto pretérmino anterior. – Embarazo múltiple. - Número de parejas sexuales. – cesárea anterior. - Numero de relaciones sexuales. - N.A.	Nominal
		Factores sociales		
		Lugar de Residencia	- Chanchamayo. - Pichanaki. - Perené. - San Ramón. - Jauja. - Otros.	Nominal.
		Violencia familiar	- Esposo. - Padres. - Hijos. - N.A.	Nominal.
		Hábitos	- Tabaco. - Alcohol. - Drogas. - N.A.	Nominal
		Estado Civil	- Soltera. - Conviviente. - Casada.	Nominal

			Grado de Instrucción Ocupación Servicios Básicos	- Sin estudios. - Primaria. - Secundaria. - Superior. - Ama de casa. - Comerciante. - Estudiante. - Otros. - Luz. - Agua. - Desagüe.	Nominal Nominal Nominal
VARIABLE DEPENDIENTE	Ruptura Prematura de Membranas	Perdida de continuidad del saco amniótico antes de las 37 semanas de gestación.	Tipo de RPM Tiempo de RPM Color del líquido amniótico.	- Espontaneo. - Traumática. - Artificial. - 1 a 5 horas. - 6 a 10 horas. - > de 10 horas - Claro. - Meconial.	Nominal Intervalo Nominal
	Resultados Neonatales	Son aquellos parámetros que se miden después del parto.	Tipo de parto Sexo Apgar. Talla Peso	- Vaginal. - Cesárea. - Masculino. - Femenino. - 0 – 3. - 4 – 6. - 7 – 10. - 30 a 35 cm. - 36 a 40 cm. - 41 a 45 cm. - >de 46 cm. - 1000 a 1500 gr. - 1501 a 2000 gr. - 2001 a 2500 gr. - > de 2501 gr.	Nominal Nominal Intervalo Intervalo Intervalo

IV. CAPÍTULO

MARCO METODOLÓGICO

4.1 Ámbito de Estudio.

El estudio se realizo en el Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, categorizada como establecimiento de Salud II -1, ubicado en el sector Pampa del Carmen, con dirección en la Av. Daniel Alcidez Carrión s/n, departamento de Junín, provincia de Chanchamayo, distrito La Merced.

4.2 Tipo de la Investigación.

Según el tiempo de ocurrencia es **Retrospectivo**: porque los datos ya están registrados en las historias clínicas como hechos pasados.

Según el periodo y secuencia de estudio es **transversal**: Porque se midió las variables en una sola ocasión, el instrumento fue aplicado a cada caso.

Según análisis y alcance de los resultados es **Descriptivo:** porque determina los hechos como se dan en la población en estudio.

4.3 Diseño de investigación

La investigación tiene como diseño no experimental, siendo descriptivo, correlacional y que se grafica:

Dónde**:**

M = gestantes de parto pretérmino.

X = Factores maternos.

Y = Ruptura Prematura de Membranas.

r = relación de variables de factores maternos vs ruptura prematura de membranas y resultados neonatales.

← = Retrospectivo.

4.4 Población y Muestra

Población: Todas las gestantes que acudieron al Hospital Docente de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro, siendo en total de 1108 gestantes atendías durante el periodo 2016.

4.5 Muestra

Tamaño Muestral: estuvo constituida por la población, las cuales fueron en total 36 gestantes pretérmino atendidas en el Hospital Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, durante el periodo de estudio.

Tipo de Muestreo: Se utilizará un muestreo no probabilístico en su modalidad intencional, es decir dicha muestra estuvo representada al 100% de la población estimada dando énfasis como población muestral.

De los cuales, la muestra fue seleccionada mediante los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Historia clínica de gestantes con Ruptura Prematura de Membranas.
- Historias clínicas de gestantes con gestación menor de 37 semanas.
- Historias clínicas de gestantes con recién nacido vivo.

Criterios de exclusión

- Historia clínica de gestantes con embarazo múltiple.
- Historias clínicas de gestantes con óbitos fetales.
- Historias clínicas de gestantes con otras complicaciones y anomalías obstétricas.

4.6 técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica

La técnica a utilizar será análisis documental, ya que los datos se obtendrán del archivo central de estadísticas en las historias clínicas los cuales serán registrados en la ficha de recolección de datos.

Instrumento

El instrumento fue la ficha de recolección de datos, la cual está dividida en factores biológicos, factores sociales, características de la ruptura prematura de membranas y resultados perinatales.

4.7 Técnicas de procesamiento, análisis de datos y presentación de datos

Para obtener los datos se utilizó la ficha de recolección de datos, luego se procedió con la tabulación y vaciado en cuadros estadísticos para su análisis y la discusión de resultados. Se utilizó la prueba estadística chi - cuadrado de Pearson para la prueba de hipótesis.

El procesamiento de los datos fue a través del uso de paquetes estadísticos SPSS versión 23, previa revisión y codificación de los instrumentos.

V. CAPÍTULO

RESULTADOS

La investigación se realizó en el Hospital Reional de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro, La Merced - Junín 2016. En el paquete estadístico SPSS versión 23 en el cual se estimó frecuencias, porcentajes y otras medidas descriptivas y luego se desarrollaron las pruebas de inferencias estadísticas en este caso chicuadrado con una significancia del 5%.

TABLA 1

Distribución de las gestantes pretérmino según grupo etareo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
12 a 17 años	5	13,9	13,9
18 a 29 año	20	55,6	55,6
30 a 49 años	11	30,6	30,6
Total	36	100,0	100,0

Fuente: Hospital docente de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro Junín 2016

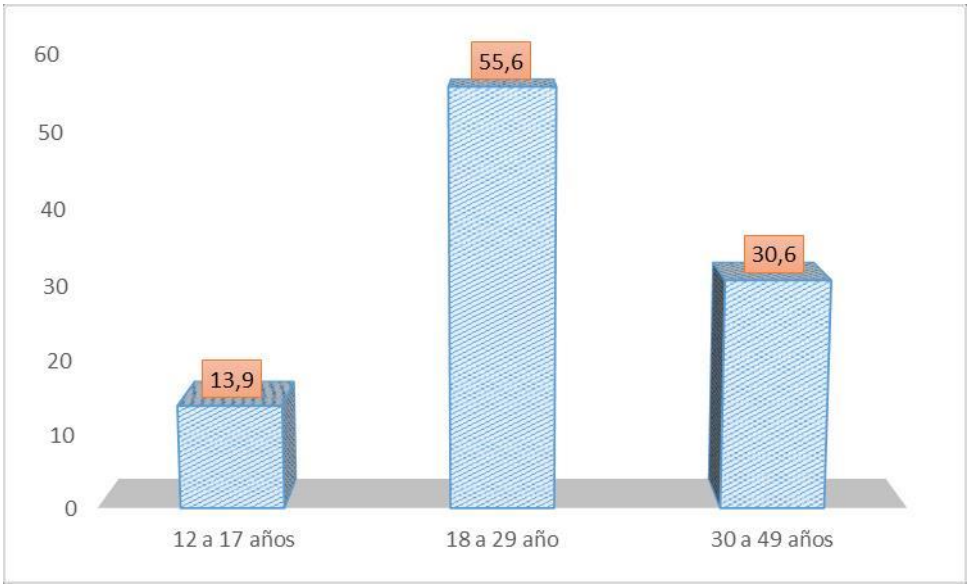


GRÁFICO 1
Distribución de las gestantes pretérmino según grupo etareo

INTERPRETACIÓN:
En la presente tabla y gráfico, se presenta la distribución de las gestantes según sus edades (grupo etareo), observándose lo siguiente: Del total de datos observados, la mayor frecuencia se encontró en gestantes de 18 a 29 años (55,6%), seguido en frecuencia por gestantes de 30 a 49 años 30,6% y finalmente, las gestantes de 12 a 17 años 13,9%.

TABLA 2

Distribución de las gestantes pretérmino según paridad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
0 a 1 hijos	29	80,6	80,6
2 a 3 hijos	4	11,1	11,1
4 a 5 hijos	2	5,6	5,6
> 6 hijos	1	2,8	2,8
Total	36	100,0	100,0

Fuente: Hospital docente de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro Junín 2016

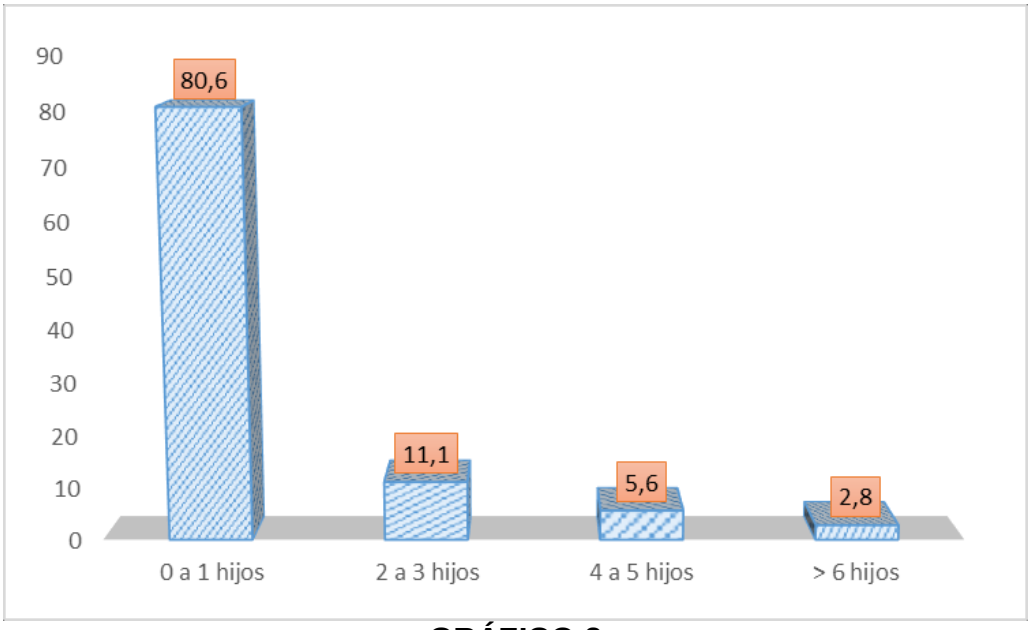


GRÁFICO 2
Distribución de las gestantes pretérmino según paridad

INTERPRETACIÓN:
En la presente tabla y gráfico, se presenta la distribución de las gestantes según paridad, observándose lo siguiente: Del total de datos, la mayor frecuencia se encontró en las gestantes que tuvieron de 0 a 1 hijo con un 80,6%, seguido de 2 a 3 hijos 11,1% y finalmente las gestantes que tenían más de 6 hijos fue en menor porcentaje 2,8%.

TABLA 3
Distribución de las gestantes pretérmino según edad gestacional

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
22 a 26 sem.	0	0	0
27 a 31 sem	0	0	0
32 a 36 sem.	36	100,0	100,0
Total	36	100,0	100,0

Fuente: Hospital docente de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro Junín 2016

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla muestra la distribución de las gestantes pretérmino según edad gestacional, el 100% (36) de la muestra estudiada terminaron su embarazo dentro de las 32 a 36 semanas.

TABLA 4

Distribución de las gestantes pretérmino según procesos infecciosos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
ITU	13	36,1	36,1
Cervicitis	3	8,3	8,3
Vaginitis	1	2,8	2,8
Mala higiene	6	16,7	16,7
N.A.	13	36,1	36,1
Total	36	100,0	100,0

Fuente: Hospital docente de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro Junín 2016

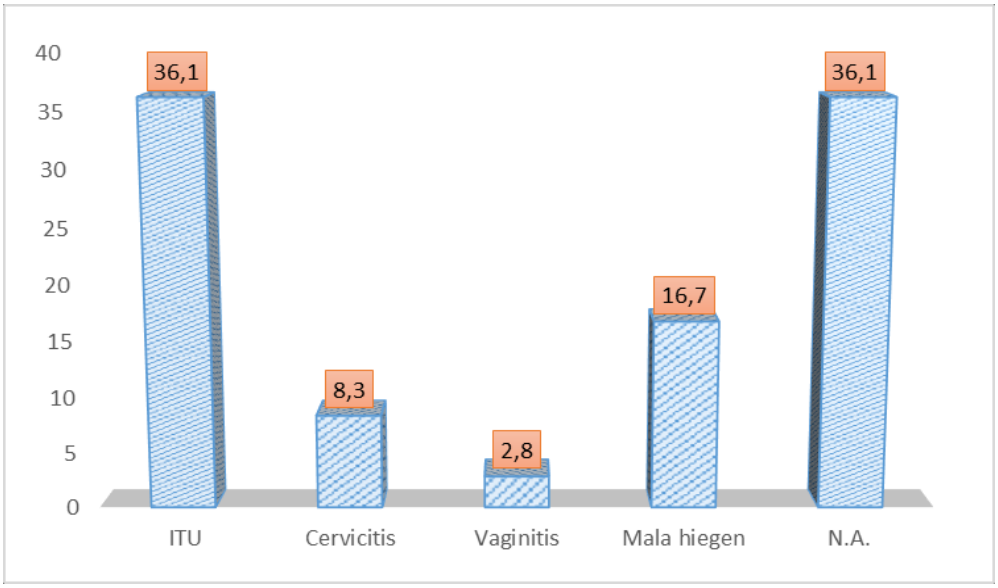


GRÁFICO 3
Distribución de las gestantes pretérmino según procesos infecciosos

INTERPRETACIÓN:

Con referente a la distribución de las gestantes pretérmino según procesos infecciosos, se reportó en mayor porcentaje Infecciones del Tracto Urinario (ITU) con un 36,1%, seguido de mala higiene 16,7%, cervicitis 8,3% y finalmente vaginitis 2,8%.

TABLA 5

Distribución de las gestantes pretérmino según antecedentes reproductivo

	Frecuencia	Porcentaje
Número de parejas Sexuales	3	8,3
Número de relaciones sexuales	2	5,6
Cesárea anterior	4	11,1
NA	27	75,0
Total	36	100,0

Fuente: Hospital docente de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro Junín 2016

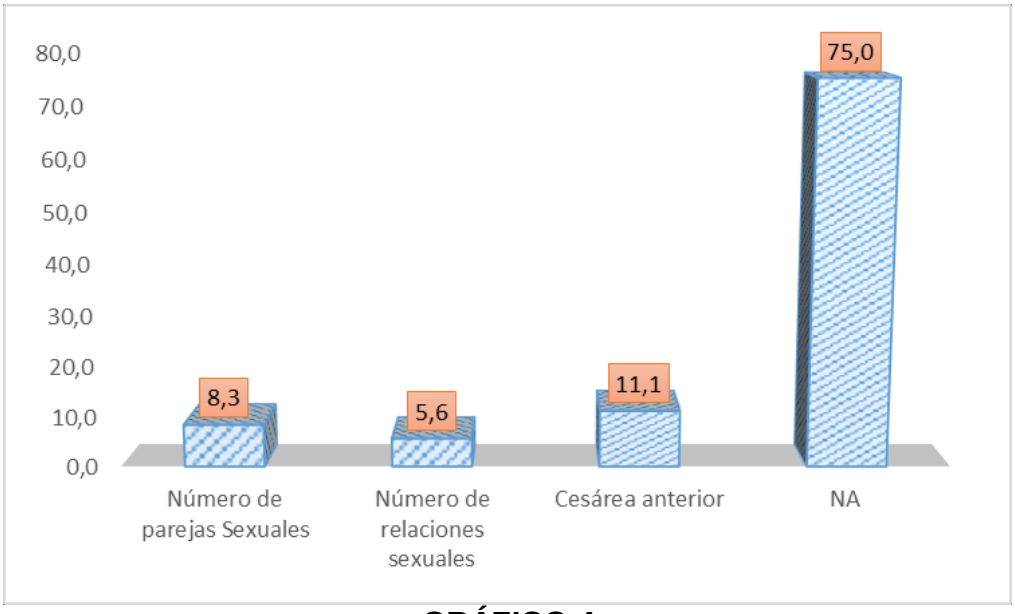


GRÁFICO 4
Distribución de las gestantes pretérmino según antecedentes reproductivo

INTERPRETACIÓN:

Con referente a la distribución de las gestantes pretérmino según antecedentes reproductivos en mayor porcentaje fue cesárea anterior con 11,1% como factor de riesgo obstétrico, seguido número de parejas sexuales 8,3% y finalmente número de relaciones sexuales 5,6%.

TABLA 6

Distribución de las gestantes pretérmino según lugar de residencia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Chanchamayo	12	33,3	33,3
Pichanaki	2	5,6	5,6
Perené	8	22,2	22,2
San Ramón	10	27,8	27,8
Jauja	2	5,6	5,6
Otros	2	5,6	5,6
Total	36	100,0	100,0

Fuente: Hospital docente de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro Junín 2016

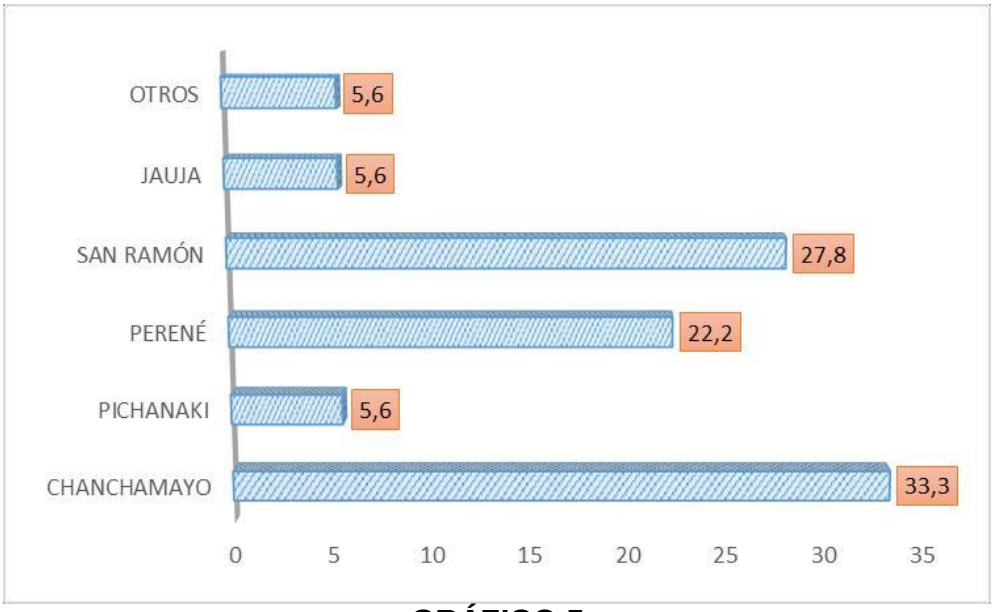


GRÁFICO 5
Distribución de las gestantes pretérmino según lugar de residencia

INTERPRETACIÓN:

En cuanto a la distribución de las gestantes pretérmino según lugar de residencia, el mayor porcentaje de las gestantes se emplazaron de Chanchamayo 33,3%; seguido de San Ramón 27,8%, Perené 22,2% y finalmente Pichanaki y Jauja con un 5,6%.

TABLA 7

Distribución de las gestantes pretérmino según violencia familiar

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Esposo	3	8,3	8,3
Padre	1	2,8	2,8
Hijos	5	13,9	13,9
N.A.	27	75,0	75,0
Total	36	100,0	100,0

Fuente: Hospital docente de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro Junín 2016

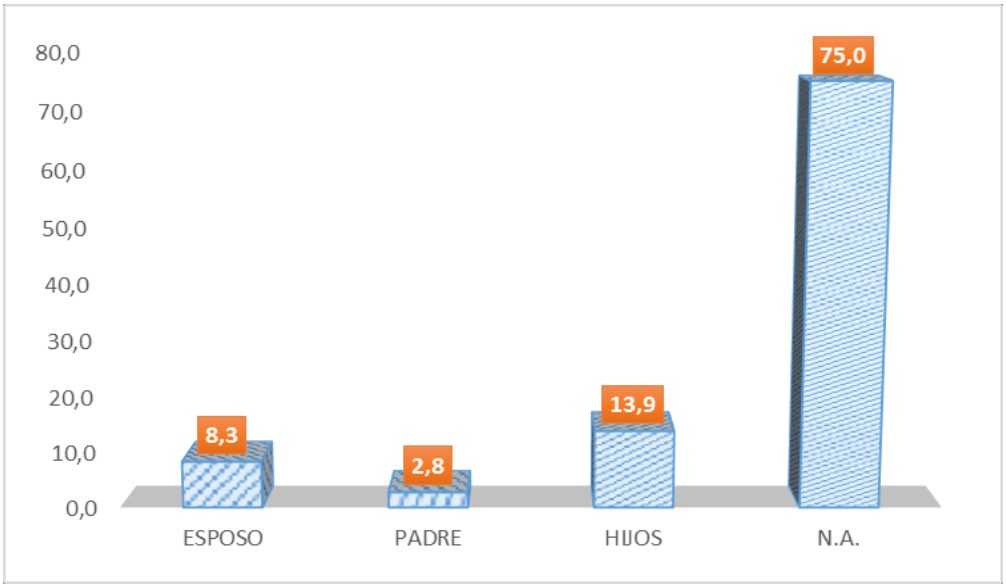


GRÁFICO 6
Distribución de las gestantes pretérmino según violencia familiar

INTERPRETACIÓN:

En la tabla 7 y gráfico 6, muestra que 13,9% padeció violencia familiar de sus hijos, seguido por 8,3% fue violentada por su esposo y finalmente el 2,8% por su padre.

TABLA 8

Distribución de las gestantes pretérmino según hábitos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
ALCOHOL	1	2,8	2,8
N.A.	35	97,2	97,2
Total	36	100,0	100,0

Fuente: Hospital docente de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro Junín 2016

GRÁFICO 7
Distribución de las gestantes pretérmino según hábito

INTERPRETACIÓN:

En cuanto a la distribución de las gestantes pretérmino según hábito, el mayor porcentaje de las gestantes no presentaron hábitos dañinos, solo el 2,8% presentó hábito de alcoholismo.

TABLA 9

Distribución de las gestantes pretérmino según estado civil

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Soltera	7	19,4	19,4
Conviviente	26	72,2	72,2
Casada	3	8,3	8,3
Total	36	100,0	100,0

Fuente: Hospital docente de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro Junín 2016

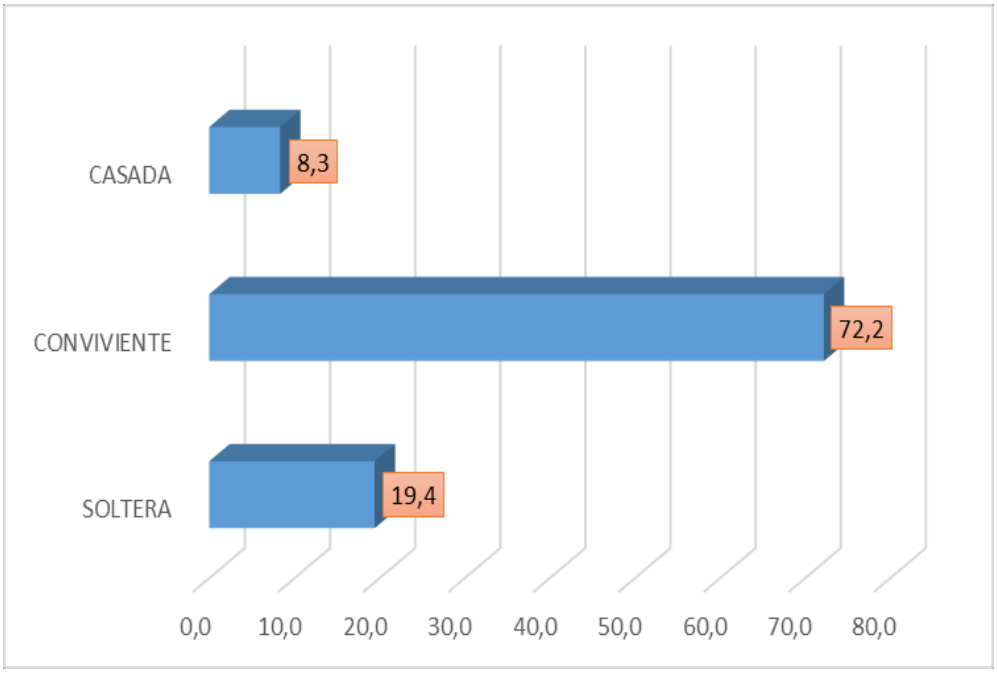


GRÁFICO 8
Distribución de las gestantes pretérmino según estado civil

INTERPRETACIÓN:

En el gráfico 8 muestra, la distribución de las gestantes pretérmino según estado civil, predominó el estado civil conviviente con 72,2%, seguido de gestantes solteras 19,4% y por último casada 8,3%.

TABLA 10

Distribución de las gestantes pretérmino según grado de instrucción

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Sin Nivel	1	2,8	2,8
Primaria	3	8,3	8,3
Secundaria	22	61,1	61,1
Superior	10	27,8	27,8
Total	36	100,0	100,0

Fuente: Hospital docente de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro Junín 2016

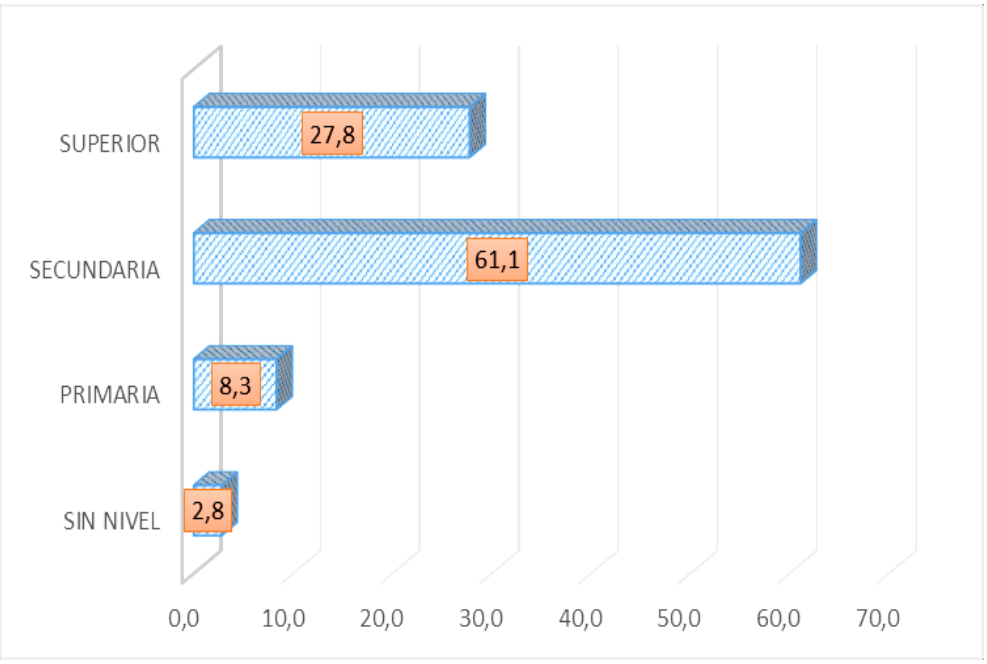


GRÁFICO 9
Distribución de las gestantes pretérmino según grado de instrucción

INTERPRETACIÓN:

En el presente gráfico muestra, el grado de instrucción que predominó fue secundaria 61,1%, seguido por superior 27,8%, con primaria el 8,3% y con un mínimo porcentaje sin nivel 2,8%.

TABLA 11

Distribución de las gestantes pretérmino según ocupación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Ama De Casa	25	69,4	69,4
Comerciante	1	2,8	2,8
Estudiante	7	19,4	19,4
Otros	3	8,3	8,3
Total	36	100,0	100,0

Fuente: Hospital docente de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro Junín 2016

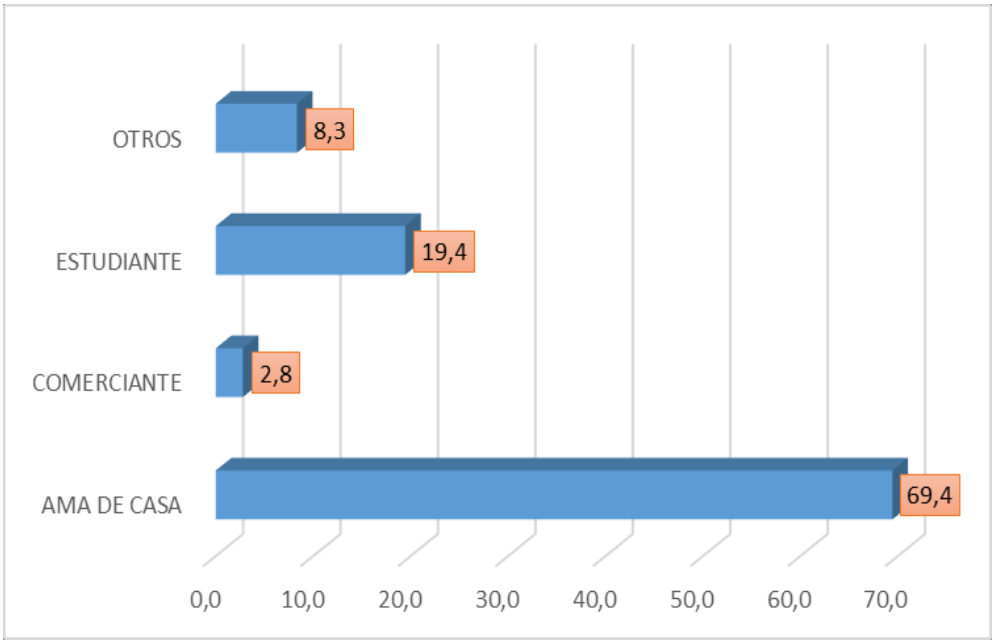


GRÁFICO 10
Distribución de las gestantes pretérmino según ocupación

INTERPRETACIÓN:

En el presente gráfico muestra, la ocupación de las gestantes predominó su casa 69,4%, seguido estudiante 19,4% y con un mínimo porcentaje comerciante 2,8%.

TABLA 12

Distribución de las gestantes pretérmino según servicios básicos

Servicios básicos	Si		No		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Agua	29	80,6	7	19,4	36	100,0
Luz	36	100,0	0,0	0,0	36	100,0
Desagüe	17	47,2	19,0	52,8	36	100,0
Total	82	227,8	26,0	72,2	108	100

Fuente: Hospital docente de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro Junín 2016

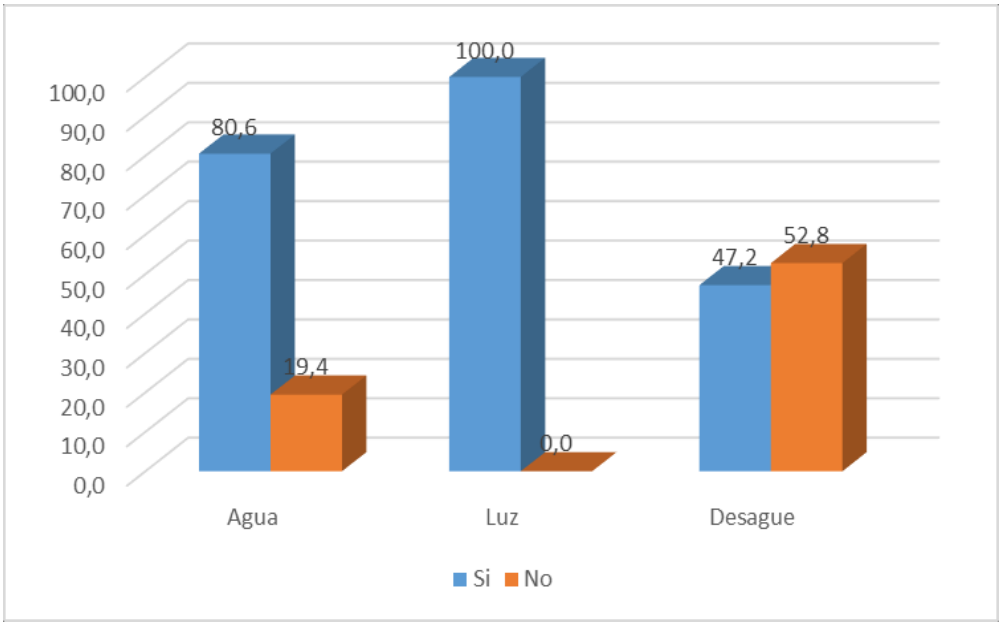


GRÁFICO 11
Distribución de las gestantes pretérmino según servicios básicos

INTERPRETACIÓN:

En el presente gráfico muestra, distribución de las gestantes según servicios básicos, contaron con luz el 100%, con agua el 80,6% y servicios de desagüe contaron 47,2% de las gestantes estudiadas.

TABLA 13

Tipo de Rotura Prematura de Membranas en las gestantes pretérmino

	Frecuencia	Porcentaje
Espontáneo	33	91,7
Traumática	3	8,3
Total	36	100,0

Fuente: Hospital docente de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro Junín 2016

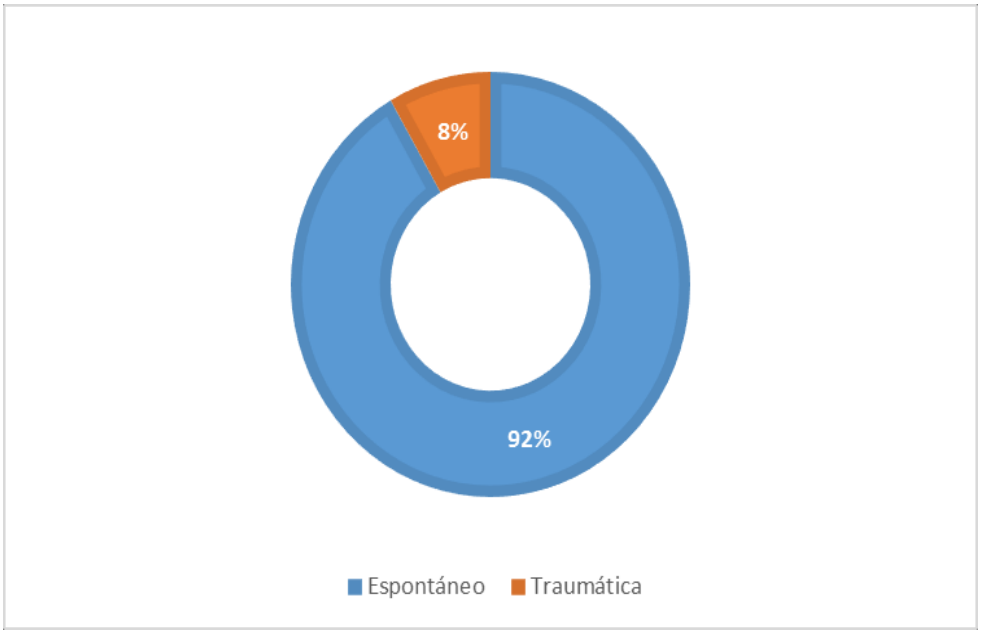


GRÁFICO 12
Tipo de Rotura Prematura de Membranas en las gestantes pretérmino

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla y gráfico, se presenta los tipos de rotura prematura de membranas, observándose lo siguiente: Del total de datos observados, la mayor frecuencia se encontró rotura espontanea 92% y con menor porcentaje rotura traumática 8%.

TABLA 14

Tiempo de Rotura Prematura de Membranas en las gestantes pretérmino

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
1 a 5 horas	11	30,6	30,6
6 a 10 horas	8	22,2	22,2
> de 10 horas	17	47,2	47,2
Total	36	100,0	100,0

Fuente: Hospital docente de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro Junín 2016

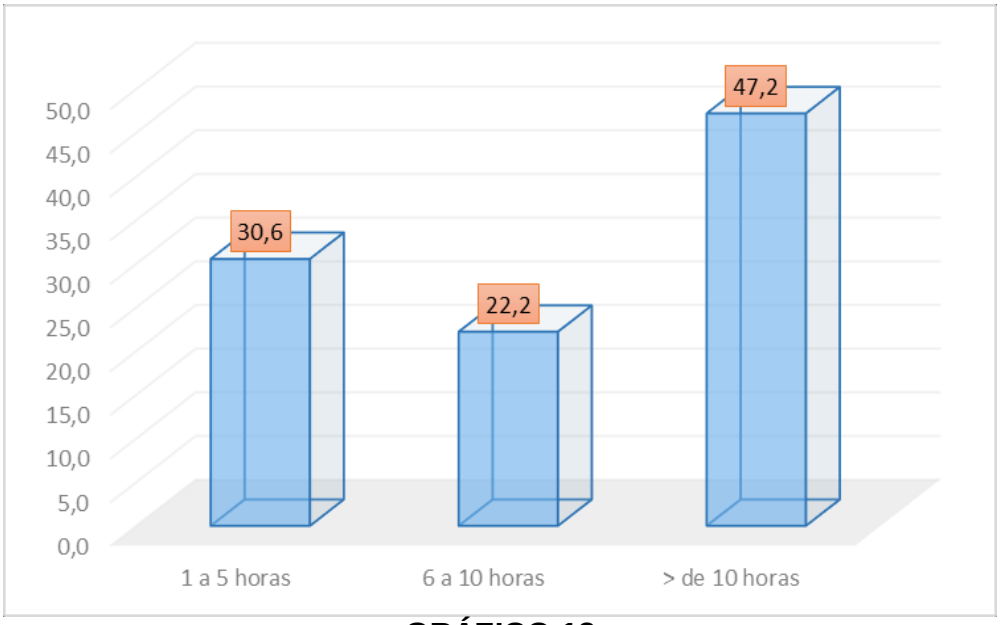


GRÁFICO 13
Tiempo de Rotura Prematura de Membranas en las gestantes pretérmino

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla y gráfico, se presenta el tiempo de rotura prematura de membranas, observándose lo siguiente: Del total de datos observados, la mayor frecuencia se encontró > 10 horas 47,2%, seguido por 1 a 5 horas 30,6% y con menor porcentaje en un tiempo de 6 a 10 horas 22,2%.

TABLA 15

Color del líquido amniótico de la Rotura Prematura de Membranas en las gestantes pretérmino

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Claro	36	100,0	100,0
Meconial	0	0,0	0,0

Fuente: Hospital docente de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro Junín 2016

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla y gráfico, se presenta color de líquido amniótico por la rotura prematura de membranas, observándose lo siguiente: Del total de datos observados, 100% (36) casos el color del líquido fue claro.

TABLA 16

Tipo de parto en las gestantes pretérmino

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Vaginal	15	41,7	41,7
Cesárea	21	58,3	58,3
Total	36	100,0	100,0

Fuente: Hospital docente de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro Junín 2016

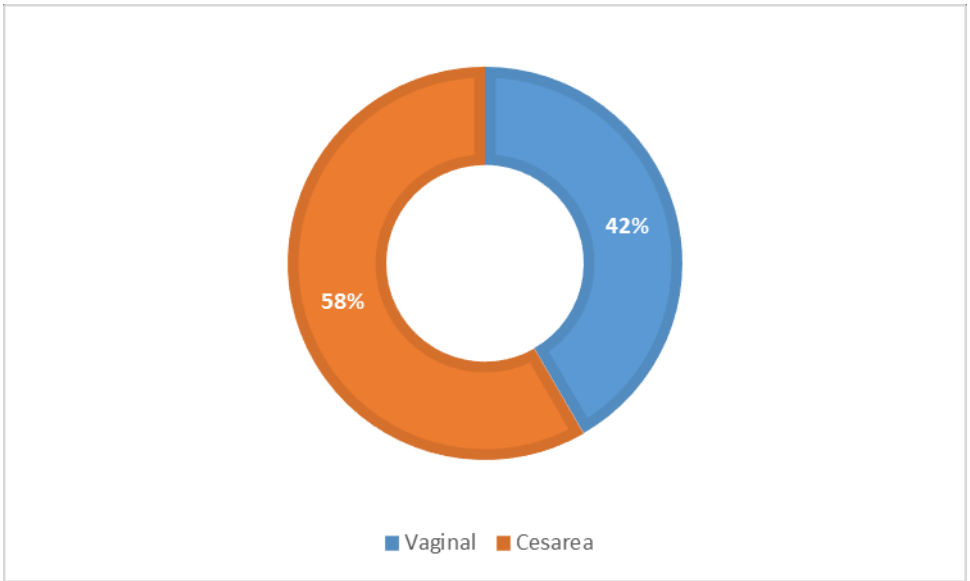


GRÁFICO 14
Tipo de parto en las gestantes pretérmino

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla y gráfico, se presenta el tipo de parto en las gestantes pretérmino, predominó el parto por cesárea con 58,3% y parto vaginal 41,7%.

TABLA 17
Sexo del Recién Nacido de las parturientas pretérmino

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Masculino	17	47,2	47,2
Femenino	19	52,8	52,8
Total	36	100,0	100,0

Fuente: Hospital docente de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro Junín 2016

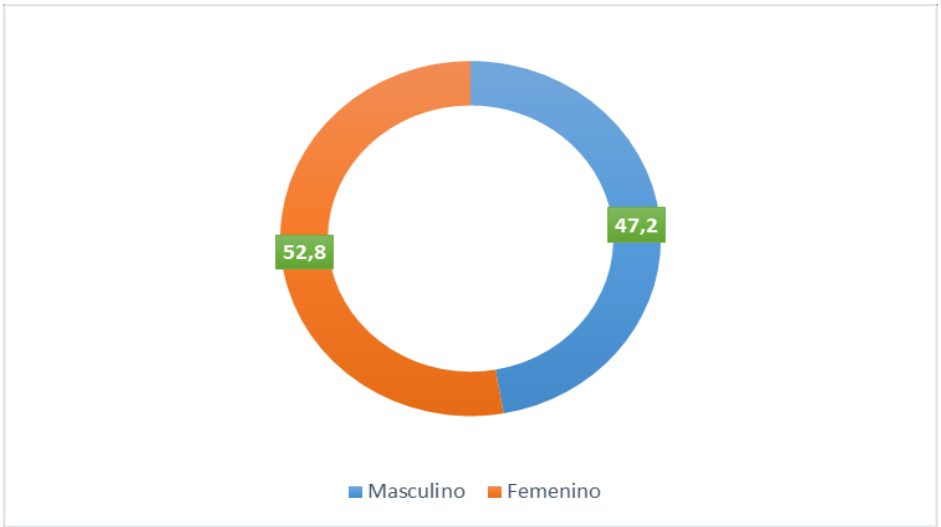


GRÁFICO 15
Sexo del Recién Nacido de las parturientas pretérmino

INTERPRETACIÓN:
Con referente al sexo del recién nacido de las parturientas pretérmino predominó sexo femenino 52,8%, y un menor porcentaje 47,2% sexo masculino.

TABLA 18
Apgar del Recién Nacido de las parturientas pretérmino

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
4 a 6 minutos	2	5,6	5,6
7 a 10 minutos	34	94,4	94,4
Total	36	100,0	100,0

Fuente: Hospital docente de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro Junín 2016

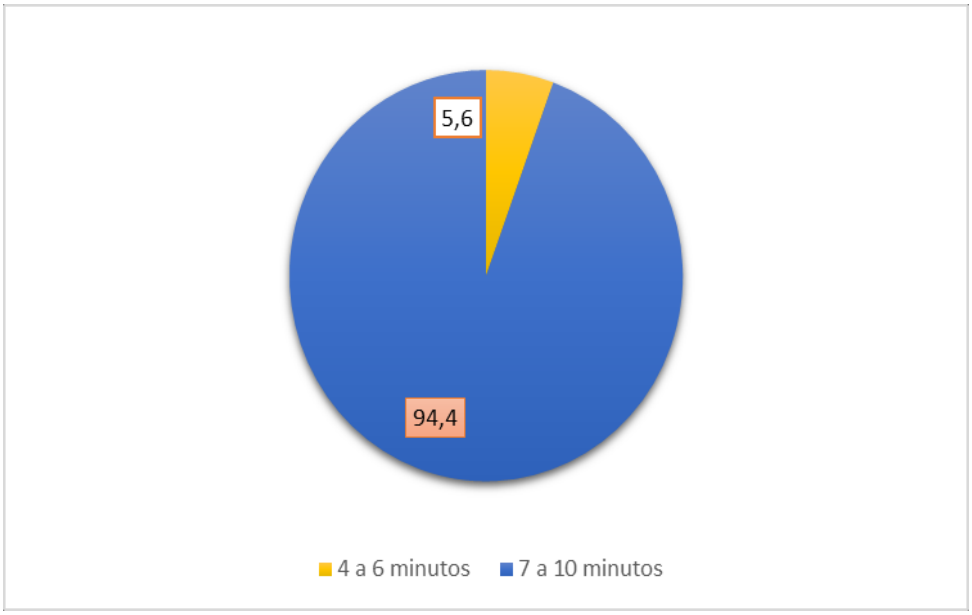


GRÁFICO 16
Apgar del Recién Nacido de las parturientas pretérmino

INTERPRETACIÓN:

En el gráfico 16 muestra el Apgar del Recién nacido, del total de parturientas estudiadas el 94,4% obtuvo un Apgar de 7 a 10 al minuto y el 5,6% de los recién nacido obtuvieron un Apgar de 4 a 6 al minuto.

TABLA 19

Talla del Recién Nacido de las parturientas pretérmino

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
36 a 40 cm	1	2,8	2,8
41 a 45 cm	8	22,2	22,2
=> 46 cm	27	75,0	75,0
Total	36	100,0	100,0

Fuente: Hospital docente de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro Junín 2016

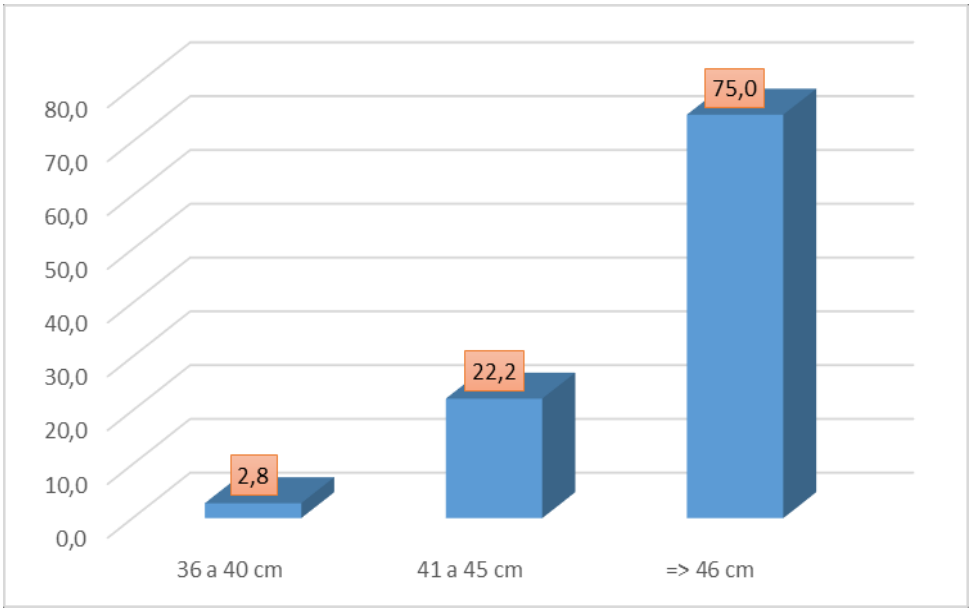


GRÁFICO 17
Talla del Recién Nacido de las parturientas pretérmino

INTERPRETACIÓN:

En el presente gráfico y tabla muestra la talla del Recién nacido de las parturientas pretérmino, donde el mayor porcentaje nación con una talla = o > de 46 cm con 75%, seguido de la talla 41 a 45 cm con un 22,2%, y con un menor porcentaje un talla de 36 a 40 cm. (2,8%).

TABLA 20

Peso del Recién Nacido de las parturientas pretérmino

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
1000 a 1500 gr.	1	2,8	2,8
1501 a 2000 gr.	2	5,6	5,6
2001 a 2500 gr.	6	16,7	16,7
> 2501 gr.	27	75,0	75,0
Total	36	100,0	100,0

Fuente: Hospital docente de Medicina Tropical Julio César Demarini Caro Junín 2016

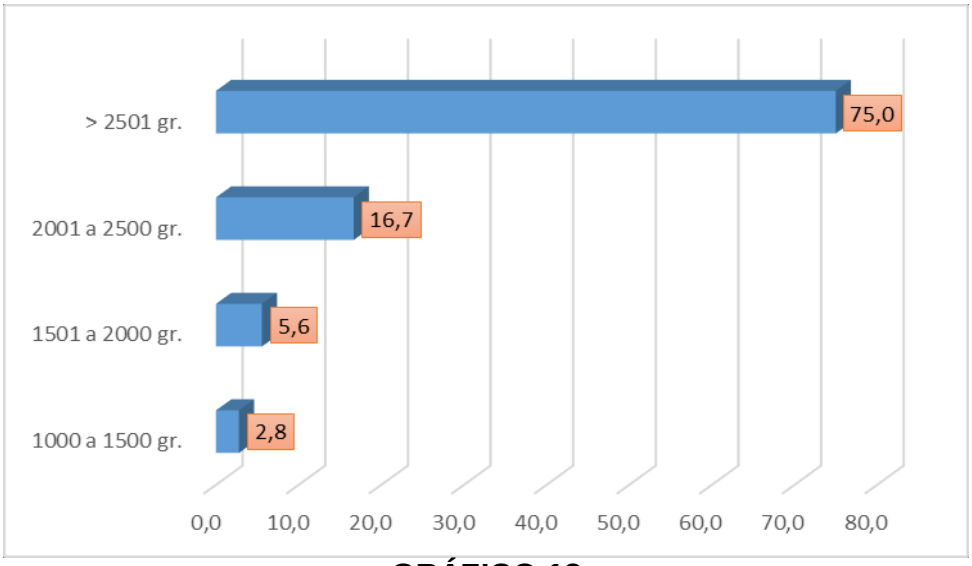


GRÁFICO 18
Peso del Recién Nacido de las parturientas pretérmino

INTERPRETACIÓN:

En el presente gráfico y tabla muestra el peso de los Recién nacidos, el que predominó fue > 2501 gr (75%), seguido del peso 2001 a 2500 gr. (16,7%), 1501 a 2000 gr. (5,6%) y finalmente con menor porcentaje el peso de 1000 a 1500 gr. (2,8%).

TABLA 21
Prueba de Chi-cuadrado de Pearson

FACTORES BIOLÓGICOS	Chi cuadrado (Valor p)
Edad	0,072
Paridad	0,000
Edad gestacional	0,085
Procesos infecciosos	0,005
Antecedentes reproductivos	0,779
FACTORES SOCIALES	
Lugar de residencia	0,064
Violencia familiar	0,789
Hábito	0,760
Estado civil	0,533
Grado de instrucción	0,555
Servicios básicos	0,087
RESULTADOS NEONATALES	
APGAR	0,661
Talla del Recién nacido	0,779
Peso del Recién nacido	0,580

TABLA 22

Prueba no paramétrica Rho de Spearman: Factores biológicos y resultados neonatales

			RESULTADOS NEONATALES	FACTORES BIOLÓGICOS
Rho de Spearman	RESULTADOS NEONATALES	Corr	1,000	,670**
		p	.	0,000
	FACTORES BIOLÓGICOS		,670**	1,000
			0,000	.

TABLA 23

Prueba no paramétrica Rho de Spearman: Factores sociales y resultados neonatales

			RESULTADOS NEONATALES	HABITOS
Rho de Spearman	RESULTADOS NEONATALES	Correlación	1,000	,378*
		p	.	,023
	FACTORES SOCIALES	Correlación	,378*	1,000
		p	,023	.

INTERPRETACION

En la tabla 21 nos muestra la prueba de Chi-cuadrado P valor 0.05, los factores biológicos paridad p-valor (0,000) y los procesos infecciosos p-valor (0,005) se asocia como factor de riesgo a la ruptura prematura de membranas, mientras que los demás factores como edad p-valor (0,000), edad gestacional p-valor (0,085), antecedentes reproductivos p-valor

(0,779) no se asocian como factor de riesgo para ruptura prematura de membranas.

En cuanto a los factores sociales lugar de residencia p-valor (0,064), violencia familiar p-valor (0,789), hábitos p-valor (0,760), estado civil p- valor (0,533), grado de instrucción p-valor (0,555), servicios básicos p- valor (0,087) no se relacionan como factor de riesgo en la ruptura prematura de membranas.

Referente a los resultados neonatales. El apgar p-valor (0,661), talla p- valor (0,779), peso del recién nacido p-valor (0,580) no se asocian de manera significativa con la ruptura prematura de membranas.

En la tabla 22 nos muestra que al aplicar la prueba no paramétrica Rho de Spearman a las variables muestra que los factores biológicos maternos se asocian con los resultados neonatales, el valor p= 0,000.

En la tabla 23 al aplicar la prueba no paramétrica Rho de Spearman a las variables muestra que los factores sociales maternos no se asocian con los resultados neonatales, el valor p= 0,378.

La cual nos lleva a comprobar la hipótesis nula: Los factores biológicos y sociales maternos de gestantes pretérminos no están asociados en la Ruptura Prematura de Membranas y los resultados neonatales de manera significativa.

DISCUSIÓN

La Organización Mundial de Salúd, indica que la ruptura prematura de membranas se debe a múltiples causas que afecta al feto conllevándoles entre otras consecuencias y riesgos de partos prematuros. En el estudio realizado sobre factores maternos en la ruptura prematura de membranas en gestantes pretérmino y resultados neonatales en el Hospital Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, La Merced – Junín, 2016, de acuerdo a los resultados obtenidos se llegaron a las siguientes conclusiones: respecto a los factores biológicos se observa que las edades de las gestantes con mayor riesgo de ruptura prematura de membranas están entre las edades de 18 a 29 años con 55,6% (p-valor 0,072) coincidiendo con lo encontrado en su estudio Martínez 82% y Díaz OR: 2.29 (5,9), no coincidiendo con Vásquez, Sandoval y Fabián (7,13, 14). Respecto a la paridad nuestro estudio nos muestra una incidencia de 0 a 1 hijo con un 80% (p-valor 0,000) en tanto que Martínez concluye que su factor de riesgo son las multíparas 48,5% y Guadalupe tuvo un valor de $p<0.5$ a la paridad como factor de riesgo no coincidiendo con los objetivos de estudio (5, 10). Referente a la edad gestacional nuestro estudio nos muestra que el 100% de gestantes terminaron su embarazo dentro de las 32 a 36 semanas de gestación (p-valor 0,085), de la misma manera nos dice Martínez en su trabajo de investigación (8.5%) mas no concluyendo de igual manera con los demás autores en estudio. De la misma manera observamos que mayor porcentaje tuvo procesos infecciosos la cual fue las infecciones del tracto urinario (ITU) 36.1% (p-

valor 0,005) comparado con Vásquez (14,7%), Guadalupe (OR 2.579), Campos 25,5% y Sandoval que concluyeron que el factor de riesgo fue la ITU asociado a la ruptura prematura de membranas (7, 8, 11, 13). Se concluye que como factor de riesgo obstétrico referente a los antecedentes reproductivos que la cesárea anterior 11,1% (p-valor 0,779) las cuales estima los mismos factores con Vásquez (23%), que guarda relación con los resultados encontrados en nuestro estudio (7), mas no con los demás resultados encontrados con los demás autores.

De la misma manera los factores sociales; tenemos como factor de riesgo a la violencia familiar que el mayor porcentaje fue por sus hijos de la gestante en estudio 13,9% (p-valor 0,789), no encontrando factores a fines que nos presenten factores de riesgo con los autores en estudio. Al respecto de hábitos nocivos nuestro estudio establece que el consumo de alcohol por parte de la gestante en estudio es un factor mínimo 2,8 % (p-valor 0,760) la cual no tenemos similitud con los autores en estudio mostrando a las hábitos nocivos que no es un factor de riesgo para la RPM. En relación al estado civil de la gestante con RPM en nuestro estudio tenemos como resultado que las convivientes 72,2% (p-valor 0,533) tienen factor de riesgo para una RPM al igual que Guadalupe que da como resultado p< 05 se encontró el factor asociado con significancia estadística para RPM (10). De igual manera nuestro estudio nos muestra mayor intervalo los que tienen su grado de instrucción de secundaria 61,1% (p-valor 0,555), concordando con Díaz que según sus datos son factor de riesgo OR: 2,29 y Guadalupe que tiene un valor

estadísticamente significativo para riesgo de parto pretermino OR: 2.579. (9, 10). Referente a la ocupación nos muestra los resultados a las que se dedican a su casa tuvieron mayor factor de riesgo para una RPM (69,4%). Siendo a su vez que los servicios básicos solo el 47,2% cuentan con desagüe, siendo el de menor proporción, contando con los demás servicios básicos, no siendo factor de riesgo.

Al respecto de las características de la Ruptura Prematura de Membranas, nuestro estudio muestra que el tipo de RPM en mayor porcentaje fue de tipo espontaneo (92%), con respecto al tiempo de RPM nos da una frecuencia de mayor de 10 horas (47,2%) la cual coincidimos con los autores en estudio que no es un factor de riesgo para RPM.

Del mismo modo tenemos en los resultados neonatales los siguientes parámetros: según tipo de parto la cual predomino con mayor frecuencia la de cesárea 58,3%, sexo del recién nacido de mayor frecuencia fue las femeninas 52,8%, el apgar del recién nacido la de mayor intervalo fue de 7 – 10’ 94,4% (p-valor 0,661), talla del recién nacido alcanzo un parámetro alto con talla de 46 cm., siendo el 75% (p-valor 0,779) y el peso del recién nacido la de mayor frecuencia fueron las que tuvieron >1501 gr., 75% (p-valor 0,580), concluyendo que no son factores de riesgo para una RPM, de las cuales Fabián en su estudio encontró que la media tiempo de RPM fue de 74.51 +- 157.28 horas (14), Villegas encontró significativa estadística en peso adecuado al nacer y sexo del recién nacido concluyendo que son factores asociados a Ruptura Prematura de Membranas.

CONCLUSIONES

Según los objetivos planteados en la investigación se llegaron a las conclusiones siguientes:

- Los factores biológicos paridad p-valor (0,000) y los procesos infecciosos p-valor (0,005) se asocia como factor de riesgo a la ruptura prematura de membranas, mientras que los demás factores como edad p-valor (0,072), edad gestacional p-valor (0,085), antecedentes reproductivos p-valor (0,779) no se asocian como factor de riesgo para ruptura prematura de membranas.
- En cuanto a los factores sociales lugar de residencia p-valor (0,064), violencia familiar p-valor (0,789), hábitos p-valor (0,760), estado civil p-valor (0,533), grado de instrucción p-valor (0,555), servicios básicos p-valor (0,087) no se relacionan como factor de riesgo en la ruptura prematura de membranas.
- Referente a los resultados neonatales. El apgar p-valor (0,661), talla p-valor (0,779), peso del recién nacido p-valor (0,580) no se asocian de manera significativa con la ruptura prematura de membranas.
- Al aplicar la prueba no paramétrica Rho de Spearman a las variables muestra que los factores biológicos maternos se asocian con los resultados neonatales, el valor p= 0,000.

- Al aplicar la prueba no paramétrica Rho de Spearman a las variables muestra que los factores sociales maternos no se asocian con los resultados neonatales, el valor p= 0,378.

- La cual nos lleva a comprobar la hipótesis nula: Los factores biológicos y sociales maternos de gestantes pretérminos no están asociados en la Ruptura Prematura de Membranas y los resultados neonatales de manera significativa.

RECOMENDACIONES

- Es importante que los profesionales de obstetricia tomen en cuenta los factores maternos que están asociados a esta patología tan importante para poder tomar decisiones, actuar de manera correcta e idónea cuando se trata de educar a la paciente gestante y se requiera la información adecuada sobre las patológicas que pueda conllevar su embarazo actual.
- Si bien es cierto que los factores maternos biológicos son un indicador de riesgo de que una gestante presente ruptura prematura de membranas, por lo que se debe tener más cuidado, responsabilidad en las mujeres en la etapa reproductiva en educarlas para que cuando presenten un embarazo se les den una mayor atención integra con calidad.
- Considerar en que se debe ampliar esta investigación en el ámbito local ya que no existe información alguna de nuestra población, siendo el Hospital Regional Hermilio Valdizan de Huánuco y otros establecimientos de salud las que consideramos grupos de población para que de esta manera nos indique que factores maternos son prevalentes en nuestra localidad, siendo de esta manera una información valiosa que nos de comparaciones a nivel nacional, regional y local.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. León González HL, Nitela M. Guía de Manejo Ruptura Prematura de Membranas. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, D.C. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog).
2. Serrano M, Gómez R y Romero R. Rotura prematura de membranas y Corioamnionitis. En Obstetricia, Pérez y Donoso eds. 2011. Ed. Mediterráneo, pp. 659-686 URL: http://www.hgm.salud.gob.mx/ensenanza/temario/pdf/ruptura prematura mem.pdf.
3. Organización Mundial de Salud. Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2016. Washington, D.C. Estados Unidos de América, 2016.Pág. 6,10
4. Ávila Vargas- Machuca, Jeanette. La mortalidad fetal y neonatal en el Perú. Dirección General de Epidemiologia Ministerio de SALUD 2015 [Internet] 2015 octubre. Disponible en: https://cdn2.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/32/2015/12/Jeannette-Avila-Vargas-Machuca.pdf
5. Martínez, Luis y cols. Factores de riesgo para ruptura prematura de membranas en el Hospital Justo León Padilla; 2012 Ene [cited 2017 nov. 06]; 100 (6) [about 5 p].
6. Rivera R, Fresia C, Smirnow M, Aguilera J, Larraín A. Fisiopatología de la rotura prematura de las membranas ovulares en embarazos de pre término. Revista chilena obstetricia ginecología 2012 Jun. [cited 2017 nov 27]; 69(3): 249-255: [about 3p].

7. Vásquez, JC; Vásquez, J; Rodríguez, P. Epidemiologia de la ruptura prematura de membranas en un hospital gineco-obstétrico. Rev. Cubana Obstet Ginecol 2012; 29(2). http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol29 2 03/gin03203.htm
8. López Osma, Fernando Augusto y Ordóñez Sánchez, Sergio Alexander. 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)
9. Díaz Gayosa, Víctor Manuel. Factores de riesgo asociados a ruptura prematura de membranas en gestantes pre término atendidas en el Hospital Vitarte durante el año 2015. Repositorio de la Universidad Ricardo Palma Lima Perú 2016
10. Guadalupe Huamán Shessira Miluzka. Factores de Riesgo asociado a parto Pre término en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del hospital María Auxiliadora durante el año 2015, Repositorio de la Universidad Ricardo Palma 2016
11. Campos Martínez, Sandra Vanessa. Factores de riesgo asociados con ruptura prematura de membranas en gestantes pretérmino en el Hospital Nacional Hipolito Unanue durante el año 2014. Repositorio de la Universidad Ricardo Palma 2016
12. Galván Canta, María Magdalena. Ruptura prematura de membrana en embarazo pretermino en el Hospital San José de Chincha-Ica marzo 2016. Repositorio de la Universidad Ricardo Palma 2016

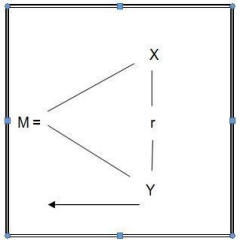
13. Sandoval P. J, Mondragón H. F, Ortiz G. M. Complicaciones materno perinatales del embarazo en Primigestas adolescentes. Rev. Per Ginecol Obstet. 2014; 53(1):28-34). Disponible en: <http://www.spog.org.pe/novedadesmedicas.php?novedad=8>.
14. Fabián E. Factores de riesgo materno asociados a ruptura prematura de membranas pre término en pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo enero-diciembre, 2013
15. Villegas Calvo, Angel Mguel. Factores maternos asociados a parto prematuro en el Hospital de Chancay (2011). Repositorio de la escuela de Post Grado UNMSM.
16. León González, Herson Luis y Nitola, Manuel Guía de manejo Ruptura prematura de membranas. Disponible http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%209.%20%20MANEJO%20DE%20RUPTURA%20PREMATURA%20DE%20MEMBRANAS.pdf
17. Las Heras J, Dabancens A, Serón Ferré M. Placenta y anexos embrionarios. En: Pérez-Sánchez A, Donoso Siña E, (eds). Obstetricia 3ª ed. Cap 6. Editorial Mediterráneo, 1998; 118-36.
18. Cunningham, J. Leveno, L. Bloom, & Spong. Williams Obstetrics 23° ed. Cap 17. Mc GrawHill 2011
19. Pacheco Romero J. Rotura prematura de membranas. En Manual de Obstetricia. Editorial de la Biblioteca Nacional del Perú, Lima, 2011, 119-120.

20. Guía de práctica clínica basada en evidencias: Essalud, Prevención de la prematuridad 2012. Pág. 5-1
21. Salvatierra M**.** Ruptura Prematura de Membranas.2012. Disponible en: URL: http://www.hgm.salud.gob.mx/ensenanza/temario/pdf/ruptura prematura mem.pdf
22. Obstetricia Clínica Julio Fernández Alba - 2ª edición, pag. 317.
23. Francis A. Ruptura Prematura de Membranas Pretérmino en Gestantes de 24 a 33 semanas, en el período 2010 - 2011, en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP). Médico ginecólogo obstetra, Lima, Perú.
24. Chara Surco Margot, Yucra Condori Reyna Isabel. Factores de Riesgo Asociados a la Ruptura Prematura de Membranas den Gestantes del Hospital Carlos Mongue Medrano – Juliaca, 2015.
25. Roberto Martínez Sampieri, Metologia de la investigación – 5ª edición. Pág. 66.
26. Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia, 2013. Guía de practica clínica del recién nacido sano. Disponible. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Prof_Sal_RNSano.pdf
27. Rogelio Rodríguez Bonito. Manual de neonatología – 2ª edición, cap. 2.
28. Revista Mexicana de pediatría Manuel Gómez Gómez, Cecilia Danglot Banck, Manuel Aceves Gómez. vol 79 – Num.1. 2012.

ANEXOS

ANEXO N° 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

FACTORES MATERNOS EN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES PRETÉRMINO Y LOS RESULTADOS NEONATALES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL JULIO CESAR DEMARINI CARO, LA MERCED – JUNÍN. 2016.						
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	**OBJETIVOS**	**HIPÓTESIS**	**VARIABLES E INDICADORES**	**POBLACIÓN Y MUESTRA**	**DISEÑO METODOLÓGICO**	**INSTRUMENTOS**
¿Cuáles son los factores maternos en la ruptura prematura de membranas en gestantes pretérmino y los resultados neonatales en el Hospital Regional De Medicina Tropical Julio César Demarini Caro, La Merced – Junín, 2016? **Problemas específicos** • ¿Qué factores biológicos maternos están asociados a la Ruptura Prematura de Membranas? • ¿Qué factores sociales maternos	**Objetivo General** • Conocer los factores maternos en la ruptura prematura de membranas en gestantes pretérmino y los resultados neonatales en el Hospital Regional De Medicina Tropical Julio César Demarini Caro, La Merced – Junín, 2016. **Objetivos específicos** • Determinar los factores biológicos maternos asociados a la Ruptura Prematura de Membranas. • Establecer los	**HIPOTESIS GENERAL** **Hi:** Los factores biológicos y sociales maternos de gestantes pretérminos si están asociados a la Ruptura Prematura de Membranas y los resultados neonatales de manera significativa. **Ho:** Los factores biológicos y sociales maternos de gestantes pretérminos no están asociados en la Ruptura Prematura de Membranas y los resultados neonatales de manera significativa.	**1.-Variable Independiente** Factores maternos de gestantes Pretérmino **Indicadores:** - Factores biológicos. - Factores Sociales. **2.-Variables dependientes** - Ruptura prematura de membranas. - Resultados neonatales. **3.-Variables Intervinientes** Gestantes pretermino	**Población** Estará conformada por el total de gestantes con RPM que acudieron al Hospital Regional Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro en trabajo de parto pretérmino durante el año 2016. Siendo en total de **1108** gestantes atendidas en el periodo de estudio. **Muestra** 36 gestantes con ruptura prematura de membranas que acudieron al hospital en trabajo de parto en el periodo de estudio. **Tipo de muestreo** No probabilístico en su modalidad intencional. **Criterios de inclusión:** • Historia clínica de	No experimental, Descriptivo - Correlacional. Esquema  M = tamaño muestral. X: Factores sociales y biológicos maternos Y: - Ruptura prematura de membranas. - Resultados Neonatales.	**Técnica:** Análisis Documental **Instrumento** -Ficha de recolección de datos -Historia clínica obstétrica - historia clínica perinatal

están asociados a la Ruptura Prematura de Membranas? • ¿Cuáles son los resultados de los recién nacidos de gestantes pretérmino con Ruptura Prematura de Membranas? • ¿Cuál es la asociación de los factores maternos con resultados neonatales?	factores sociales maternos asociados a la Ruptura Prematura de Membranas. • Identificar los resultados de los recién nacidos de las gestantes pretermino asociados con Ruptura Prematura de Membranas. • Comparar los factores biológicos y sociales con los resultados neonatales.	**HIPÓTESIS ESPECIFICOS** **Hi:** Los factores biológicos maternos están asociados a la Ruptura Prematura de Membranas y los resultados neonatales. **Ho:** Los factores biológicos maternos no están asociados a la Ruptura Prematura de Membranas y los resultados neonatales. **Hi:** Los factores sociales maternos están asociados a la Ruptura Prematuras de Membranas y los resultados neonatales. **Ho:** Los factores sociales maternos no están asociados a la Ruptura Prematuras de Membranas y los resultados neonatales.		gestantes con Ruptura Prematura de Membranas. • Historias clínicas de gestantes con gestación menor de 37 semanas. • Historias clínicas de gestantes con recién nacido vivo. .**Criterios de exclusión:** • Historia clínica de gestantes con embarazo múltiple. • Historias clínicas de gestantes con óbitos fetales. • Historias clínicas de gestantes con otras complicaciones y anomalías obstétricas.	r: relación de variables de factores maternos vs ruptura prematura de membranas y resultados neonatales. ← = Retrospectivo.	

ANEXO N° 2

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
FACULTAD DE OBSTETRICIA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

"FACTORES MATERNOS EN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES PRETÉRMINO Y LOS RESULTADOS NEONATALES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL JULIO CESAR DEMARINI CARO – JUNÍN, LA MERCED. 2016."

N° Ficha: _____ N° HC: _____

I. FACTORES BIOLÓGICOS:

1. **Edad: _____**

2. **Paridad:**

   0 a 1 hijo ( ) 2 a 3 hijos ( ) 4 a 5 hijos ( ) > de 6 hijos ( )

3. **Edad gestacional:**
   22 a 26 ss. ( ) 27 a 31 ss. ( ) 32 a 36 ss. ( )

4. **Procesos Infecciosos:**
   ITU ( ) Cervicitis ( ) Vaginitis ( ) Corioamnionitis ( )

   ITS ( ) Mala Higiene ( ) N.A ( )

5. **Antecedentes Reproductivos:**
   Abortos espontáneos ( ) Parto Pretérmino anterior ( )
   Número de Parejas sexuales ( ) Numero de relaciones sexuales ( )
   RPM anterior ( ) Embarazo múltiple ( )
   Cesárea anterior ( ) N.A ( )

II. FACTORES SOCIALES:

6. **Lugar de Residencia:**
   Chanchamayo ( ) Pichanaki ( ) Perené ( )
   San Ramón ( ) Jauja ( ) Otros ( )

7. Violencia familiar:
   Esposo ( ) Padre ( ) Hijos ( ) N.A ( )

8. Hábitos:
   Tabaco ( ) Alcohol ( ) Drogas ( ) N.A ( )

9. Estado Civil:
   Soltera ( ) Conviviente ( ) Casada ( )

10. Grado de Instrucción:
    Sin estudios ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior ( )

11. Ocupación:
    Ama de casa ( ) Comerciante ( ) Otros ( )
    Estudiante ( )

12. Servicios Básicos:

    Luz SI ( ) NO ( )
    Agua SI ( ) NO ( )
    Desagüe SI ( ) NO ( )

III. CARACTERISTICAS DE LA RPM:

13. Tipo de RPM:
    Espontaneo ( ) Artificial ( ) Traumática ( )

14. Tiempo de RPM:
    1 a 5 horas ( ) 6 a 10 horas ( ) > de 10 horas ( )

15. Color del Liquido Amniótico
    Claro ( ) Meconial ( )

IV. RESULTADOS NEONATALES:

16. Tipo de Parto:
    Vaginal ( ) Cesárea ( )

17. Sexo:
    Masculino ( ) Femenino ( )

18. Apgar:

    0 - 3 ( ) 4 – 6 ( ) 7 – 10 ( )

19. Talla:

    30 a 35 cm. ( ) 36 a 40 cm. ( ) 41 a 45 cm. ( )

    >de 46 cm. ( )

20. Peso:

    1000 – 1500 gr. ( ) 1501 – 2000 gr. ( ) 2001 – 2500 gr. ( )

    >de 2500 gr. ( )

RESOLUCIÓN N° 268-2017-UNHEVAL/FOBST-D.

Huánuco, 01 de setiembre de 2017.

VISTO:

El Informe N° 005-DOC-R-EX-T-DI-FO-2017, de fecha 22.AGO.2017, presentada por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia;

CONSIDERANDO:

Que, con Resolución N° 115-2017-UNHEVAL/FOBST-D., de fecha 27.ABR.2017, se resolvió, aprobar como exclusividad el título de Proyecto de Investigación: "VALORACIÓN DE FACTORES CONDICIONANTES A VAGINOSIS BACTERIANA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CONSULTORIO DE PCTIS, CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI. JUNIO – AGOSTO 2016", de las alumnas COZ ACUÑA, Susan Meliza y ROMERO MALPARTIDA, Carmen Del Rosario, y se nombró al Mg. León Rocano Rojas, como Asesor de las alumnas mencionadas;

Que, mediante Solicitud la alumna COZ ACUÑA, Susan Meliza; de la Facultad de Obstetricia, solicita renuncia a la exclusividad del título de Investigación y asesor, aprobado con Resolución N° 115-2017-UNHEVAL/FOBST-D., de fecha 27.ABR.2017;

Que, con carta de renuncia de asesoramiento de tesis, de fecha 21.AGO.2017, el Mg. León Rocano Rojas, Docente-Asesor, hace constar que acepta la renuncia al asesoramiento del proyecto de investigación presentada por la estudiante COZ ACUÑA, Susan Meliza, con la finalidad de que la alumna realice otro proyecto de investigación bajo asesoramiento de otro docente;

Que, los alumnos de la Facultad de Obstetricia COZ ACUÑA, Susan Meliza y PEREZ ACERO, Esmith Gicarlo, solicitan nombramiento del Asesor y la exclusividad de tema para el Proyecto de Investigación titulado: "FACTORES MATERNOS EN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES PRETÉRMINO Y RESULTADOS NEONATALES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MECINA TROPITAL "JULIO CÉSAR DEMARINI CARO" LA MERCED – JUNIN 2016";

Que, el Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL, establece que la elaboración de su Proyecto de Investigación para acceder al Título Profesional requiere del patrocinio de un asesor, de tal modo que garantice la calidad del trabajo, desde la elaboración del proyecto hasta la redacción del documento final;

Que, la Mg. Mitsi Marleni Quiñones Flores ha presentado la constancia de aceptación para el asesoramiento del Proyecto de Investigación presentado por los alumnos COZ ACUÑA, Susan Meliza y PEREZ ACERO, Esmith Gicarlo;

Que, con Informe N° 005-DOC-R-EX-T-DI-FO-2017, de fecha 22.AGO.2017, la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia, indica que la comisión de la unidad de investigación de la Facultad, ha revisado el caso particular de los alumnos mencionados y sugiere aceptar el trámite, y;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución Nº 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26 de agosto de 2016;

SE RESUELVE:

1º **ACEPTAR** la renuncia a la exclusividad de título de Investigación: "VALORACIÓN DE FACTORES CONDICIONANTES A VAGINOSIS BACTERIANA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CONSULTORIO DE PCTIS, CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI. JUNIO – AGOSTO 2016", de la alumna COZ ACUÑA, Susan Meliza; por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución.

...///RESOLUCIÓN Nº 268-2017-UNHEVAL/FOBST·D.

ACEPTAR la renuncia del Mg. León Rocano Rojas, como asesor de la alumna COZ ACUÑA, Susan Meliza; por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución.

APROBAR como exclusividad el título de Proyecto de Investigación: "FACTORES MATERNOS EN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES PRETÉRMINO Y RESULTADOS NEONATALES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MECINA TROPITAL "JULIO CÉSAR DEMARINI CARO" LA MERCED - JUNIN 2016", de los alumnos COZ ACUÑA, Susan Meliza y PEREZ ACERO, Esmith Gicarlo; y queda registrado en el cuaderno de Actas de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia.

NOMBRAR a la Mg. Mitsi Marleni Quiñones Flores, Asesora de los alumnos COZ ACUÑA, Susan Meliza y PEREZ ACERO, Esmith Gicarlo; para la elaboración de su Proyecto de Investigación, así como la orientación de su desarrollo.

DAR A CONOCER la presente Resolución a los órganos correspondientes y a los interesados.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
FACULTAD DE OBSTETRICIA

Dra. Mary L. Maque Ponce
DECANA

Pistribudón;
OUIFO
Asesora
Interesados
Archivo

RESOLUCIÓN Nº 406-2017-UNHEVAI./FOBST-D.

Huánuco, 28 de diciembre de 2017.

VISTO:

El Informe Nº 051-2017-UNHEVAL-FOBST-D/JE, de fecha 26.DIC.2017, presentada por la Mg. Digna A. Manrique De Lara Suarez y el Informe Nº 025-DOC-JIPJ-F-OBST-UNHEVAL2017, de fecha 27.DIC.2017, presentada por la Dra. Justina Isabel Prado Juscamaita, mediante el cual informan de la suficiencia del Proyecto de Tesis de los estudiantes COZ ACUÑA, Susan Meliza y PEREZ ACERO, Esmith Gicarlo;

tQNSIDERANDO;

Que los estudiantes de la Facultad de Obstetricia COZ ACUÑA, Susan Meliza y PEREZ ACERO, Esmith Gicarlo, presentaron dos (02) ejemplares del Proyecto de Tesis titulado: "FACTORES MATERNOS EN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES PRETÉRMINO Y RESULTADOS NEONATALES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MECINA TROPITAL "JULIO CÉSAR DEMARINI CARO" LA MERCED - JUNIN 2016", para su aprobación respectiva¡

Que, con Informe Nº 051-2017-UNHEVAL-FOBST-D/JE, de fecha 26.DIC.2017, la Mg. Digna A. Manrique De Lara Suarez y con Informe Nº 025-DOC-JIPJ-F-OBST-UNHEVAL2017, de fecha 27.DIC.2017, la Dra. Justina Isabel Prado Juscamaita, Comisión Revisora Ad Hoc del Proyecto de Tesis titulado: "FACTORES MATERNOS EN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES PRETÉRMINO Y RESULTADOS NEONATALES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MECINA TROPITAL "JULIO CÉSAR DEMARINI CARO" LA MERCED - JUNIN 2016", de los estudiantes COZ 'ACUÑA, Susan Meliza y PEREZ ACERO, Esmith Gicarlo, de la Facultad de Obstetricia, indican que se encuentran APTOS para su aprobación y ejecución;

Que, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL, en su Capítulo IV de la modalidad de la tesis, Art. 16º dice: Emitida la Resolución de Decanato, el alumno(a) procederá a desarrollar su Proyecto de Tesis en un tiempo mínimo de sesenta (60) días hábiles. Si no lo desarrollara en un plazo de un año, debe presentar un nuevo Proyecto de Tesis, y;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución Nº 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26 de agosto de 2016;

SE RESUELVE;

1º APROBAR el proyecto de tesis titulado: "FACTORES MATERNOS EN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES PRETÉRMINO V RESULTADOS NEONATALES EN El HOSPITAL REGIONAL DE MECINA TROPITAL "JULIO CÉSAR DEMARINI CARO" LA MERCED - JUNIN 2016", a partir del 27.DIC.2017, presentado por los estudiantes COZ ACUÑA, Susan Meliza y PEREZ ACERO, Esmith Gicarlo, de la Facultad de Obstetricia, asesorados por la Dra. Mitsi Marleni Quiñones Flores.

2° DAR A CONOCER la presente Resolución a los órganos correspondientes y a los interesados.

Regístrese comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
FACULTAD DE OBSTETRICIA

Dra. Mary L. Maque Ponce
DECANA

DISTRIBUCIÓH:
DUIFO
Asesora
Interesados
Archivo

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Quien suscribe (Dr. (a)) (Mg.) (Obst.)....Ruth L. Córdova Ruiz....., mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del proyecto de tesis titulado: **FACTORES MATERNOS EN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES PRETERMINO Y RESULTADOS NEONATALES EN EL HOSPITAL DOCENTE DE MEDICINA TROPICAL JULIO CÉSAR DEMARINI CARO, LA MERCED - JUNIN, 2016,** elaborado por los alumnos: PEREZ ACERO Esmith Gicarlo y COZ ACUÑA Susan Meliza; de la facultad de Obstetricia en el desarrollo social reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y por tanto aptos para ser aplicadas en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

Mg....Ruth L. Córdova Ruiz

DNI....22520276...

ESCALA DICOTÓMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS PARA VALORAR EL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO

TITULO: FACTORES MATERNOS EN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES PRETERMINO Y RESULTADOS NEONATALES EN EL HOSPITAL DOCENTE DE MEDICINA TROPICAL JULIO CÉSAR DEMARINI CARO, LA MERCED - JUNIN, 2016.

EXPERTO: OBST. MG. CORDOVA RUIZ, RUTH

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO 2 puntos	INCORRECTO 0 puntos
1. El instrumento **da cuenta del título/tema** y lo expresa con claridad y pertinencia.	(2)	( )
2. El instrumento tiene **estructura lógica**		
3. La secuencia de presentación **es óptima**	(2)	( )
4. El grado de complejidad de los **ítems es aceptable**	(2)	( )
5. Los términos utilizados en las preguntas son **claros y comprensibles**	(2)	( )
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan **las fases de la elaboración del proyecto** de investigación.	(2)	( )
7. El instrumento establece **la totalidad de los ítems** de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	(2)	( )
8. Las preguntas permiten el **logro de los objetivos**	(2)	( )
9. Las preguntas permiten **recoger la información para alcanzar los objetivos** de la investigación.	(2)	( )
10. Las preguntas están **agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio.**	(2)	( )
TOTAL	20	

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

Ruth Cordova

FIRMA DEL EXPERTO

DNI: 22520246

TELEF. 962074722

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Quien suscribe, Mg. Obst. Jessye M. Ramos García, mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del proyecto de tesis titulado: **FACTORES MATERNOS EN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES PRETERMINO Y RESULTADOS NEONATALES EN EL HOSPITAL DOCENTE DE MEDICINA TROPICAL JULIO CÉSAR DEMARINI CARO, LA MERCED - JUNIN, 2016,** elaborado por los alumnos: PEREZ ACERO Esmith Gicarlo y COZ ACUÑA Susan Meliza; de la facultad de Obstetricia en el desarrollo social reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y por tanto aptos para ser aplicadas en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

Mg. Jessye M. Ramos García

DNI 22488669

ESCALA DICOTÓMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS PARA VALORAR EL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO

TITULO:FACTORES MATERNOS EN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES PRETERMINO Y RESULTADOS NEONATALES EN EL HOSPITAL DOCENTE DE MEDICINA TROPICAL JULIO CÉSAR DEMARINI CARO, LA MERCED - JUNIN, 2016.

EXPERTO: OBST. MG. RAMOS GARCIA, JESSYE

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO 2 puntos	INCORRECTO 0 puntos
21. El instrumento **da cuenta del título/tema** y lo expresa con claridad y pertinencia.	(X)	( )
22. El instrumento tiene **estructura lógica**	(X)	
23. La secuencia de presentación **es óptima**	( )	(X)
24. El grado de complejidad de los **ítems es aceptable**	(X)	( )
25. Los términos utilizados en las preguntas son **claros y comprensibles**	(X)	( )
26. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan **las fases de la elaboración del proyecto** de investigación.	(X)	( )
27. El instrumento establece **la totalidad de los ítems** de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	(X)	( )
28. Las preguntas permiten el **logro de los objetivos**	(X)	( )
29. Las preguntas permiten **recoger la información para alcanzar los objetivos** de la investigación.	(X)	( )
30. Las preguntas están **agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio.**	(X)	( )
TOTAL	18	-

OBSERVACIONES:

.....
.....
.....

.....
FIRMA DEL EXPERTO
DNI: 22488665
TELEF. 950852121

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Quien suscribe (Dr. (a)) (Mg.) (Obst.)....Ana Soto Rueda....., mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del proyecto de tesis titulado: **FACTORES MATERNOS EN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES PRETERMINO Y RESULTADOS NEONATALES EN EL HOSPITAL DOCENTE DE MEDICINA TROPICAL JULIO CÉSAR DEMARINI CARO, LA MERCED - JUNIN, 2016,** elaborado por los alumnos: PEREZ ACERO Esmith Gicarlo y COZ ACUÑA Susan Meliza; de la facultad de Obstetricia en el desarrollo social reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y por tanto aptos para ser aplicadas en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

Ana M. Soto Rueda
OBSTETRA
COP. 10905

Mg....Ana Soto Rueda.

DNI....16764303.....

ESCALA DICOTÓMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS PARA VALORAR EL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO

TITULO: FACTORES MATERNOS EN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES PRETERMINO Y RESULTADOS NEONATALES EN EL HOSPITAL DOCENTE DE MEDICINA TROPICAL JULIO CÉSAR DEMARINI CARO, LA MERCED - JUNIN, 2016.

EXPERTO: OBST. MG. SOTO RUEDA, ANA

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO 2 puntos	INCORRECTO 0 puntos
11. El instrumento **da cuenta del título/tema** y lo expresa con claridad y pertinencia.	(X)	( )
12. El instrumento tiene **estructura lógica**	X	
13. La secuencia de presentación **es óptima**	(X)	( )
14. El grado de complejidad de los **ítems es aceptable**	(X)	( )
15. Los términos utilizados en las preguntas son **claros y comprensibles**	(X)	( )
16. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan **las fases de la elaboración del proyecto** de investigación.	(X)	( )
17. El instrumento establece **la totalidad de los ítems** de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	(X)	( )
18. Las preguntas permiten el **logro de los objetivos**	(X)	( )
19. Las preguntas permiten **recoger la información para alcanzar los objetivos** de la investigación.	(X)	( )
20. Las preguntas están **agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio.**	(X)	( )
TOTAL	20	

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

Ana M. Soto Rueda
OBSTETRA
COP. 10905

.....

FIRMA DEL EXPERTO

DNI: ....16164303....

TELEF...95606139 6

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Quien suscribe (Dr. (a)) (Mg.) (Obst.) Delsi F. Luyo Marcellini, mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del proyecto de tesis titulado: **FACTORES MATERNOS EN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES PRETERMINO Y RESULTADOS NEONATALES EN EL HOSPITAL DOCENTE DE MEDICINA TROPICAL JULIO CÉSAR DEMARINI CARO, LA MERCED - JUNIN, 2016,** elaborado por los alumnos: PEREZ ACERO Esmith Gicarlo y COZ ACUÑA Susan Meliza; de la facultad de Obstetricia en el desarrollo social reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y por tanto aptos para ser aplicadas en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

Mg. Obsta. Delsi F. Luyo Marcellini
ESPECIALISTA EN ALTO RIESGO OBTETRICO
COP. 16865 - RNE: 2421- E.01

Mg. Delsi Fiorella Luyo Marcellini

DNI 40406901

ESCALA DICOTÓMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS PARA VALORAR EL CONTENIDO DEL INSTRUMENTO

TITULO: FACTORES MATERNOS EN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES PRETERMINO Y RESULTADOS NEONATALES EN EL HOSPITAL DOCENTE DE MEDICINA TROPICAL JULIO CÉSAR DEMARINI CARO, LA MERCED - JUNIN, 2016.

EXPERTO: OBST. MG. LUYO MARCELINI, FIORELLA.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	CORRECTO 2 puntos	INCORRECTO 0 puntos
1. El instrumento **da cuenta del título/tema** y lo expresa con claridad y pertinencia.	(X)	( )
2. El instrumento tiene **estructura lógica**	(X)	
3. La secuencia de presentación **es óptima**	(X)	( )
4. El grado de complejidad de los **ítems es aceptable**	(X)	( )
5. Los términos utilizados en las preguntas son **claros y comprensibles**	(X)	( )
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan **las fases de la elaboración del proyecto** de investigación.	(X)	( )
7. El instrumento establece **la totalidad de los ítems** de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	(X)	( )
8. Las preguntas permiten el **logro de los objetivos**	(X)	( )
9. Las preguntas permiten **recoger la información para alcanzar los objetivos** de la investigación.	(X)	( )
10. Las preguntas están **agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio.**	(X)	( )
TOTAL	20	

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

Mg. Obsta. Delci F. Luyo Marcellini
ESPECIALISTA EN ALTO RIESGO OBSTETRICO
COP. 16665 - RNE: 2421- E.01

FIRMA DEL EXPERTO
DNI: 70408901
TELEF. 967027718

"Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional"

SOLICITA: AUTORIZACION PARA EJECUCION DE PROYECTO DE INVESTIGACION EN OBSTETRICIA

Señor:

DR. MICHEL VALERIO LAUREANO

Director del Hospital Docente de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro.

Yo, Esmith Gicarlo Pérez Acero, identificado con DNI N° 41469551; Ex interno de Obstetricia con domicilio en el Jr. 14 de Agosto N° 246, Las Moras - Distrito de Huánuco del Departamento de Huánuco, ante usted me presento y expongo:

Que, habiendo cursado y culminado mis practicas pre profesionales en Obstetricia en este nosocomio que tan dignamente dirige y teniendo culminado y aprobado el Proyecto de Investigación titulado **"FACTORES MATERNOS EN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES PRETERMINO Y RESULTADOS NEONATALES EN EL HOSPITAL DOCENTE DE MEDICINA TROPICAL JULIO CÉSAR DEMARINI CARO, LA MERCED - JUNIN, 2016"**, por lo que respetuosamente solicito se autorice su ejecución, toda vez que los resultados encontrados servirán para adoptar acciones en mejora de la salud materna perinatal de la región.

Para tal efecto adjunto al presente la copia de la Resolución N°406-2017-UNHEVAL/FOBST-D. de aprobación de título, borrador del proyecto de tesis.

Seguro de contar con la atención que brinde, quedo de Ud.

Huánuco, 08 de Enero del 2018

folios = 73

Bach. Obsta. Esmith Pérez Acero
DNI N°41469551
Tesista

GOBIERNO REGIONAL JUNIN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNIN
RED DE SALUD CHANCHAMAYO
Hospital Regional de Medicina Tropical "JCDC"
TRÁMITE DOCUMENTARIO
08 ENE 2018
CONTROLADO Y REGISTRADO
Reg.N° Exp. N°
Hora: 9:19 Por:

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
RED DE SALUD CHANCHAMAYO
HRMT DR JCDC

MEMORANDO Nº 005-2018-GRJ/DRSJ/RSCH/HRMTJCDC/UADI

A : Obst. Yoko Yip Avellaneda — Jefe Servicio de Obstetricia
Sr. Neil del Castillo Yupanqui — Jefe de Unidad de Estadística

ASUNTO : **Autorización para Ejecución de Proyecto de Investigación**

Lugar y Fecha : La Merced, 09 de Enero del 2017

Mediante el presente se le comunica a usted, que se autoriza al Bach. ESMITH PEREZ ACERO, Egresado de la Facultad de Obstetricia de la Universidad Nacional Hermilio Valdizan de Huánuco para realizar el Proyecto de Investigación en :

"FACTORES MATERNOS EN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES PRETERMINO Y RESULTADOS NEONATALES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL DR JULIO CESAR DEMARINI CARO – JUNIN 2016""

Por ello deberán brindar las facilidades del caso respecto a las Historias Clínicas e información solicitada. Debiendo presentar el informe final del Proyecto de Investigación a la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación. Bajo responsabilidad.

Atentamente,

MVL/EVS/
C.c.Interesado
C.c.Archivo

N° Reg. Doc 02475512
N° Reg. Exp **01688220**

GOBIERNO REGIONAL JUNIN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
RED DE SALUD CHANCHAMAYO
Dr. MICHEL VALERIO LAUREANO
C.M.P. 57938
DIRECTOR HOSPITAL REGIONAL MEDICINA TROPICAL
"Dr. Julio César Demarini Caro"

GOBIERNO REGIONAL JUNIN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
DIRECCIÓN HRMT "JCDC"

"Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional"

UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"- HUÁNUCO

FACULTADDEOBSTETRICIA

RESOLUCIÓN Nº 254-2018-UNHEVAL/ FOBST-D.

Huánuco, OS de julio de 2018.

VISTO:

La Solicitud Nº 0398651, de fecha 02.JUL.2018, presentada por los Bachilleres en Obstetricia COZ ACUÑA, Susan Meliza y PEREZ ACERO, Esmith Gicarlo, de la Facultad de Obstetricia;

CONSIDERANDO:

Que, en el Art. 17° del Reglamento General de Grados y Títulos de la UNHEVAL señala: "Una vez que el tesista ha elaborado el Borrador de Tesis, con el visto bueno de su Asesor, y obtenido el grado de bachiller, solicitará al Decano, en el Formato Único de Trámite, se designe al Jurado de Tesis, adjuntando a su solicitud, la copia de la resolución que aprueba el Proyecto de Tesis y cuatro (04) ejemplares del Borrador de Tesis, un ejemplar para cada miembro del Jurado". Art. 18º señala: "El Jurado de Tesis es designado por el Decano, integrado por cuatro (04) profesores ordinarios: tres (03) serán titulares y un (01) accesitario. El Jurado se compone de: Presidente, Secretario y Vocal. De los cuales dos son especialistas del tema de la Tesis y un especialista en metodología de la investigación. El de mayor categoría y precedencia preside dicho Jurado";

Que, los Bachilleres en Obstetricia COZ ACUÑA, Susan Meliza y PEREZ ACERO, Esmith Gicarlo; comunican que han culminado con la elaboración del Borrador de la Tesis titulada: *"FACTORES MATERNOS EN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES PRETÉRMINO Y RESULTADOS NEONATALES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MECINA TROPITAL "JUUO CÉSAR DEMARINI CARO" LA MERCED-JUNIN 2016'*, bajo el asesoramiento de la Dra. Mitsi Marleni Quiñones Flores, quien mediante Informe Nº 10-2018DAS/N de fecha 02.JUL.2018, comunica la culminación de elaboración del Borrador de Tesis y que cumple con los estándares exigidos del Reglamento de Grados y Títulos y se encuentra en condiciones de ser revisado por el Jurado de Tesis, y;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución Nº 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26 de agosto de 2016;

SE RESUELVE:

1º DESIGNAR, dictaminadores de Jurado de la Tesis titulada: *"FACTORES MATERNOS EN LA RUPTURA PREMATURA OE MEMBRANAS EN GESTANTES PRETÉRMINO Y RESULTADOS NEONATALES EN El HOSPITAL REGIONAL OE MECINA TROPITAL "JULIO CÉSAR OEMARINI CARO" LA MERCED - JUNIN 201fí'*, presentada por los Bachilleres COZ ACUÑA, Susan Meliza y PEREZ ACERO, Esmith Gicarlo, recayendo la presidencia en la Dra. Justina Isabel Prado Juscamaita por precedencia; debiendo el jurado estar integrado de la siguiente manera; por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución.

PRESIDENTE	Dra. Justina Isabel Prado Juscamaita
SECRETARIA	Mg. Digna Amabilia Manrique De L..ara Suarez
VOCAL	Mg. carios Antonio carrillo y Espinoza
ACCESITARIA	Dra. Clara Fernandez Pican

2º DISPONER,. que los docentes designados informen al Decano acerca de la suficiencia del Borrador de Tesis en un plazo que no exceda ''' quince ■ íhábiles.

Regís ese, comuníquese y archívese.

Dist¡;ibución: Jurados, Asesora, Interesados y Archivo.

RESOLUCIÓN Nº 284-2018-UNHEVAL/FOBST-D.

Huánuco, 25 de julio de 2018.

VISTO:

Las solicitudes de fecha 23.JUL.2018, presentada por los Bachilleres en Obstetricia COZ ACUÑA, Susan Meliza y PEREZ ACERO, Esmith Gicarlo a;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución N° 254-2018-UNHEVAL/FOBST-D de fecha 05.JUL.2018, se designó al jurado examinador del informe de tesis *"FACTORES MATERNOS EN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES PRETÉRMINO Y RESULTADOS NEONATALES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MECINA TROPITAL "JULIO CÉSAR DEMARINI CARO" LA MERCED – JUNIN 2016";* de los Bachilleres COZ ACUÑA, Susan Meliza y PEREZ ACERO, Esmith Gicarlo

Que, los miembros de Jurado de Tesis después de haber realizado la revisión de dicha tesis informan que se encuentra APTA para ser sustentada, dado que se ajusta a lo estipulado en el Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL;

Que, los Bachilleres COZ ACUÑA, Susan Meliza y PEREZ ACERO, Esmith Gicarlo; solicitan se les declare expeditas y se les fije fecha y hora de sustentación de tesis;

Que, el Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL, en el Capítulo IV, de la Modalidad de Tesis, en su art. 25º dice: "Una vez que los miembros del Jurado hubieran informado al Decano acerca de la suficiencia del trabajo de tesis, el Decano emitirá la resolución fijando día, hora y lugar para la sustentación...", y;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución Nº 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26 de agosto de 2016;

SE RESUELVE:

1º **DECLARAR** expeditos a los Bachilleres **COZ ACUÑA, Susan Meliza y PEREZ ACERO, Esmith Gicarlo**, para la sustentación de tesis.

2° **FIJAR fecha, hora** y **lugar** de sustentación de la tesis Titulada: ***"FACTORES MATERNOS EN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES PRETÉRMINO Y RESULTADOS NEONATALES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MECINA TROPITAL "JULIO CÉSAR DEMARINI CARO" LA MERCED – JUNIN 2016"***, de los Bachilleres **COZ ACUÑA, Susan Meliza y PEREZ ACERO, Esmith Gicarlo**; por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución.

DÍA : LUNES 30 de julio de 2018
HORA : 05:00 p.m.
LUGAR : Sala de Conferencia de la Facultad de Obstetricia.

3º **COMUNICAR** a los Miembros del Jurado Calificador integrado por los siguientes docentes y a la Asesora Dra. Mitsi Quiñones Flores:

PRESIDENTE	:	Dra. Justina Isabel Prado Juscamaita
SECRETARIA	:	Mg. Digna Amabilia Manrique De Lara Suarez
VOCAL	:	Mg. Carlos Antonio Carrillo y Espinoza
ACCESITARIA	:	Dra. Clara Fernandez Picon

4° **DISPONER** que los docentes designados deberán ceñirse a lo estipulado en el Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL.

Regístrese, comuníquese y archívese.

DISTRIBUCIÓN: Jurados, Asesora, Interesados, Publicación y archivo.

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

En la ciudad de Huánuco, a los Treinta.... días del mes de ....Julio..... de 2018, siendo las 17.00pm.... Horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en la Sala de Conferencia de la Facultad de Obstetricia, los miembros integrantes del Jurado examinador de la Sustentación de Tesis Titulada: ***"FACTORES MATERNOS EN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES PRETÉRMINO Y RESULTADOS NEONATALES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MECINA TROPITAL "JULIO CÉSAR DEMARINI CARO" LA MERCED – JUNIN 2016"***, presentada por la Bachiller en Obstetricia Bachilleres **PEREZ ACERO, Esmith Gicarlo**, para obtener el **TÍTULO DE OBSTETRA**, estando integrado por los siguientes docentes:

PRESIDENTE	:	Dra. Justina Isabel Prado Juscamaita
SECRETARIA	:	Mg. Digna Amabilia Manrique De Lara Suarez
VOCAL	:	Dra. Clara Fernandez Picon

Finalizado el acto de Sustentación los Miembros del Jurado procedieron a calificar, efectuándose la votación con el siguiente resultado:

.....TRES..... Papeleta (S) APROBADOS

..... Papeleta (S) DESAPROBADOS

.....

Con nota cuantitativa de: .....Diecisiete..... y cualitativa de: .....MUY BUENO.....

Con lo que se dio por concluido el acto de graduación.

En fe, de lo cual firmamos.

Dra. Justina Isabel Prado Juscamaita
PRESIDENTA

Mg. Digna Amabilia Manrique De Lara Suarez
SECRETARIA

Dra. Clara Fernandez Picon
VOCAL

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

En la ciudad de Huánuco, a los Treinta... días del mes de ...Julio..... de 2018, siendo las 17.00pm..... Horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en la Sala de Conferencia de la Facultad de Obstetricia, los miembros integrantes del Jurado examinador de la Sustentación de Tesis Titulada: ***"FACTORES MATERNOS EN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES PRETÉRMINO Y RESULTADOS NEONATALES EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MECINA TROPITAL "JULIO CÉSAR DEMARINI CARO" LA MERCED – JUNIN 2016"***, presentada por la Bachiller en Obstetricia Bachilleres **COZ ACUÑA, Susan Meliza**, para obtener el **TÍTULO DE OBSTETRA**, estando integrado por los siguientes docentes:

PRESIDENTE	:	Dra. Justina Isabel Prado Juscamaita
SECRETARIA	:	Mg. Digna Amabilia Manrique De Lara Suarez
VOCAL	:	Dra. Clara Fernandez Picon

Finalizado el acto de Sustentación los Miembros del Jurado procedieron a calificar, efectuándose la votación con el siguiente resultado:

.....TRES..... Papeleta (S) APROBADOS

..... Papeleta (S) DESAPROBADOS

.....

Con nota cuantitativa de: Diecisiete..... y cualitativa de: .....MUY BUENO.....

Con lo que se dio por concluido el acto de graduación.

En fe, de lo cual firmamos.

Dra. Justina Isabel Prado Juscamaita
PRESIDENTA

Mg. Digna Amabilia Manrique De Lara Suarez
SECRETARIA

Dra. Clara Fernandez Picon
VOCAL