

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”

FACULTAD DE OBSTETRICIA



TESIS

**FACTORES MAS FRECUENTES QUE PROVOCAN LA
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y EFECTOS
EN EL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL II – 1 TOCACHE.
SETIEMBRE 2017- AGOSTO 2018**

PARA OPTAR EL TITULO DE OBSTETRA

TESISTA

Bach. Tucto Palomino, Neyll

ASESORA

Dra. Digna A. Manrique De Lara Suárez

HUÁNUCO – PERÚ

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”

FACULTAD DE OBSTETRICIA



TESIS

**FACTORES MAS FRECUENTES QUE PROVOCAN LA
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y EFECTOS
EN EL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL II – 1 TOCACHE.
SETIEMBRE 2017- AGOSTO 2018.**

PARA OPTAR EL TITULO DE OBSTETRA

TESISTA

Bach. Tucto Palomino, Neyll

ASESORA

Dra. Digna A. Manrique De Lara Suárez

HUÁNUCO – PERÚ

2019

DEDICATORIA

A Dios:

Por haberme permitido llegar hasta este punto de mi carrera y de la vida, por darme vida y salud cada día para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis Padres:

Por su amor tan grande así a mí. Por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, sobre todo en mi educación, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me impulso en los momentos más difíciles de mi carrera, permitiéndome ser una persona de bien.

A los docentes de la Facultad de Obstetricia.

Por haber contribuido en mi formación profesional, brindándome su apoyo incondicional con profesionalismo ético en la adquisición de conocimientos y destrezas en mi formación.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por su inmenso amor, por haberme dado la fuerza y fe necesaria para continuar aún en momentos difíciles, por haberme abierto las puertas en cada lugar que busqué aprender, y por haber puesto en mi camino a grandes personas que llegaron a ser muy especiales en mi vida.

A mis padres, por sus consejos, por confiar y creer en mí, por ser el motor de mi vida y no rendirme ante cualquier adversidad en mi vida, y saber sobresalir de todos los obstáculos que se me presenten en el camino.

A los profesionales de la universidad, por abrirme las puertas en este proceso de aprendizaje durante el tiempo que fue necesario y por ser nuestras maestras y a la vez nuestras madres, por haberme brindado su apoyo y su tiempo para así poder cumplir mis objetivos.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar los factores más frecuentes que provocan la ruptura prematura de membranas y sus efectos en el recién nacido en el hospital II – 1 Tocache. Setiembre 2017- agosto 2018. El estudio fue de tipo descriptivo, transversal, retrospectivo. La muestra fueron 16 gestantes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Los resultados demostraron una frecuencia de rotura prematura de membranas del 5%. Los factores más frecuentes fueron: en sociodemográficos, la edad menor de 20 años, estado civil conviviente, procedencia rural y ocupación ama de casa. En los biológicos, el índice de masa corporal de sobrepeso y obesidad; la presencia de infección urinaria e infecciones vaginales. En los obstétricos, la primiparidad y presencia de anemia. No se evidenció que el inicio de controles prenatales a tiempo y el cumplimiento de los controles prenatales sean un factor protector. Sobre los efectos durante el parto la vía de culminación frecuente fue la vaginal 68.8%; la duración del trabajo de parto fue normal 68% y prolongado 31,3%; la presencia de líquido amniótico de color verde fluido 81,3%. Se determinó que los efectos en el recién nacido después del parto fueron el 93,9% de gestaciones a término, y 6,3% pretermino; el apgar fue normal 81,3%; depresión moderada 12,5% y depresión severa 6,3%. El peso fue adecuado para la edad gestacional. Concluyendo que si existen factores maternos frecuentes que se presentan en la ruptura prematura de membranas.

Palabras claves: Factores, efectos, ruptura prematura de membranas

SUMMARY

The objective of the study was to determine the most frequent factors that cause the premature rupture of membranes and their effects on the newborn in the hospital II - 1 Tocache. September 2017- August 2018. The study was descriptive, transversal, retrospective. The sample consisted of 16 pregnant women who met the inclusion and exclusion criteria. The results will demonstrate a frequency of premature rupture of membranes of 5%. The most frequent factors were: sociodemographic, age under 20, cohabiting civil status, rural procedure and the occupation of the house. In biological, the body mass index on overweight and obesity; The presence of urinary infection and vaginal infections. In obstetricians, primiparity and the presence of anemia. There is no evidence that early prenatal check-ups and compliance with prenatal check-ups are a protective factor. On the effects during childbirth, the route of frequent culmination was vaginal 68.8%; The duration of labor was 68% normal and prolonged 31.3%; The presence of fluid green amniotic fluid 81.3%. It was determined that the effects on the newborn after delivery were 93.9% of gestations at term and 6.3% preterm; the apgar was normal 81.3%; Moderate depression 12.5% and severe depression 6.3%. The weight was adequate for gestational age. Concluding that there are frequent maternal factors that occur in the premature rupture of membranes.

Keywords: Factors, effects, premature rupture of membranes.

INDICE

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTOS.....	II
RESUMEN.....	III
SUMMARY.....	IV
INDICE.....	V
INTRODUCCION	VI
CAPITULO I	
1.1 MARCO TEORICO (antecedentes).....	1
1.2 Bases teóricas.....	15
1.3 Terminología básica.....	32
1.4 Hipótesis	34
1.5 Variable	34
1.6 Objetivos.....	35
1.7 Población.....	35
1.8 Muestra.....	36
CAPITULO II (Marco metodológico)	
2.1 Tipo de estudio.....	37
2.2 Diseño de investigación	37
2.3 Técnica.....	38
2.4 Validez y confiabilidad del instrumento	38
2.5 procedimientos	39
2.6 Plan de Tabulación y análisis de datos.....	39
CAPITULO III	
3.1 Resultados.....	40
3.2 Discusión.....	53
3.3 Conclusiones	58
3.4 Sugerencias	59
CAPITULO IV	
4.1 Bibliografía	60
Anexos.....	69

INTRODUCCION

La ruptura prematura de membranas (RPM), actualmente es considerado un problema de salud pública de importancia clínica y epidemiológica a nivel mundial debido al alto riesgo de complicaciones materno – perinatal¹. 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.²

Es así, que la RPM afecta la salud no solo de la madre también del producto, por tal razón es considerado un problema de salud pública. La RPM, ocurre en aproximadamente 1-3% del total de mujeres embarazadas, además se encuentra asociada con aproximadamente el 30-40% de partos pretérmino, por esta razón podría considerarse como el problema obstétrico de la actualidad debido a que está reportado que el 85% de la morbilidad fetal es resultado de la prematuridad³

Los estudios disponibles en América Latina sobre ruptura prematura de membranas en diversos países son casos control, y no consideran factores como nivel de instrucción y edad materna ⁴

Son diversas las causas que originan la RPM, entre las más comunes figuran las infecciones del tracto urinario durante la etapa gestacional, embarazo múltiple, enfermedades de transmisión sexual y antecedentes previos de RPM o parto pretérmino.

Estudios epidemiológicos y clínicos han identificado una serie de factores que incrementan el riesgo de RPM. Estos incluyen: infecciones del tracto reproductivo materno (vaginitis bacteriana, por Trichomona, gonorrea,

chlamydia y corioamnionitis oculta); conductuales (tabaquismo, abuso de sustancias, estado nutricional y relaciones sexuales); complicaciones obstétricas (embarazo múltiple, polihidramnios, incompetencia cervical, hemorragias durante el embarazo. El problema puede solucionarse si detectamos a tiempo los factores predisponentes que provocan la ruptura prematura de membranas y proponer oportunamente actividades de promoción y prevención en salud.^{5 6}

El efecto más negativo y grave sobre el feto o recién nacido que ocasiona la RPM es la mortalidad neonatal. Arcaya León, Jeanneth en su estudio sobre la morbi-mortalidad neonatal en madres con ruptura prematura de membranas en el Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores en el 2014 evidenció que el 2,1% de la población de neonatos del estudio fallecieron y el 34,2% presentaron prematuridad; de los cuales el 19,7% culminaron con cuadros patológicos ⁷.

Esta circunstancia anterior descrita, refleja que la ruptura prematura de membrana en gestantes es un problema que atenta la vida de madre y de su producto, provocando una serie de complicaciones perinatales y neonatales, incluyendo el 1 a 2% de muerte fetal.

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), en el informe 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 prematuridad⁸. En el Perú, la tasa de parto prematuro se encuentra alrededor de 7%, y el año 2016 se registraron 30 294 partos prematuros; lo que coloca a esta entidad como

uno de los principales problemas de salud pública⁹.

La prematuridad, es un evento no poco frecuente en la práctica obstétrica y conlleva muchos riesgos para el neonato, se ve complicada mucho más cuando es el resultado de una rotura prematura de membranas. Le añade un factor de riesgo mayor al parto pretérmino, sobre todo cuando este es muy temprano.

La rotura prematura de membranas que ocurre sobre todo en gestantes que no han llegado al término, constituye una emergencia obstétrica y perinatal, ya que al perderse la protección que tiene el feto con el medio externo, éste queda vulnerable ya que, se pierde la barrera natural establecida por la membrana amniótica, se pierde el líquido amniótico que es producido por el feto, y se expone a la gestante y al feto pretérmino a la contaminación con los gérmenes que existen en el cuello uterino y en la vagina, con el grave riesgo de que se produzca una infección materna-fetal.

Los mecanismos para la rotura de membranas son múltiples y por eso muchas veces no se consigue su prevención. Dentro de la etiología de la rotura prematura de membranas, se consideran defectos estructurales de la formación de la membrana amniótica; sobredistensión de las membranas, como ocurre en los casos de polihidramnios o embarazo gemelar; causas infecciosas que pueden ascender desde la vagina y cuello, como es el caso de la vaginosis bacteriana. Sin embargo, muchas veces la causa es desconocida¹⁰.

Muchas veces el desconocimiento de la población agrava la situación materno perinatal, al no saber identificar los signos y síntomas de riesgo durante el

embarazo; es así que muchas mujeres tienen la creencia de que cuando se presenta la pérdida de líquido amniótico antes de las contracciones tendrán el llamado parto seco y esperan en casa hasta que inicien contracciones uterinas. Esta espera expone a la madre y al producto de la concepción a posibles infecciones que aumentan el riesgo de mortalidad fetal.

Es indispensable que la información adecuada llegue oportunamente para este grupo poblacional; la cual debe ser proporcionada en forma clara y oportuna, sin embargo, debido a que muchas gestantes no cuentan con una economía estable (para la movilización al centro de salud más cercano, para la compra de los medicamentos que no hay en el centro de salud, falta de acceso de carreteras y para una buena alimentación) no acuden a los centros de salud. Otras veces, por el descuido, el poco interés, la falta de planificación familiar evitan que puedan llevar a cabo una maternidad saludable y segura.

En el hospital II- 1 Tocache del departamento de San Martín, se observó que muchas gestantes ingresan al servicio de emergencia presentando ruptura prematura de membranas, ingresando con complicaciones graves y asociados a otros diagnósticos; siendo referidas de distintos puestos y centros de salud de la jurisdicción; ante tal situación y con la finalidad de prevenir complicaciones materno perinatales la investigación tuvo como propósito responder a la pregunta ¿Cuáles son los factores más frecuentes que provocan la ruptura prematura de membranas y los efectos en el recién nacido en gestantes que acudieron al servicio de emergencia en el Hospital II – 1 Tocache Setiembre 2017- agosto 2018? ; para lo cual se analizaron los factores biológicos, sociales y obstétricos relacionados a la investigación.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.1 Antecedentes

1.1.1 Antecedentes Internacionales

Aguilar López, Amy Masiel y Vargas León, Isaac Martin¹¹ (Nicaragua, 2015). Realizo la investigación Factores de riesgo materno-fetales asociados a ruptura prematura de membranas en mujeres con embarazo pre término atendidas en el Hospital Victoria Motta de Jinotega de enero diciembre de 2013; con el objetivo fundamental conocer los factores de riesgo tanto maternos como fetales y la relación que guardan con el desarrollo de Ruptura Prematura de Membranas en mujeres con embarazo pretérmino . Para ello se realizó un estudio observacional analítico de casos y controles de pacientes ingresadas con embarazos entre las 28 y las 36 6/7 semanas de gestación, en la sala de Alto Riesgo Obstétrico (ARO). Entre los resultados destacan que en los factores de riesgo maternos: las mujeres menores de 20 años, procedentes del área rural, con baja escolaridad, sin pareja. Además de la presencia de antecedentes patológicos como las infecciones de vías urinarias (76.9% de los casos), las infecciones vaginales presentes en el 69.2% de los casos. Un 85% de los casos tenían un número de controles prenatales menor de 4 lo que incrementa el riesgo de presentar RPM. Además, la presencia de polihidramnios. Se concluyó que los principales factores de riesgo estadísticamente significativos asociados al problema en

estudio entre las mujeres fueron: la edad, el bajo nivel educativo, la presencia de infecciones del tracto genitourinario, tener menos de 4 controles prenatales y como factor de riesgo fetal, la presencia de polihidramnios.

Burgos Asencio Wilmer Alejandro¹². (Ecuador, 2013). Realizó la investigación denominada Prevalencia de la Ruptura Prematura de Membranas en edades de 17 a 20 años de edad en el Hospital Maternidad Mariana de Jesús. Del 6 de septiembre del 2012, a febrero del 2013, con el objetivo de determinar la prevalencia de la ruptura prematura de membranas en mujeres embarazadas de 17 a 20 años; mediante una investigación de tipo descriptivo, de diseño no experimental. Los resultados de esta investigación permitieron determinar que la secreción vaginal en el 60%, la primiparidad al 60%, la unión libre con el 48%, la gestación sobre las 31 semanas con el 72% y los deficientes controles prenatales registrados en las historias clínicas son factores que inciden en la morbilidad materno-fetal y del recién nacido de las Rupturas Prematuras de Membrana en las pacientes investigadas

Venegas Toala, María Elizabeth¹³. (Ecuador, 2013). Realizó la investigación de Ruptura prematura de membranas en pacientes Primigestas Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo septiembre 2012 a febrero 2013. El objetivo fue determinar los resultados obstétricos y perinatales en embarazadas con Ruptura Prematura de Membranas, se realizó un estudio descriptivo, prospectivo donde plasma que la Ruptura Prematura de Membranas constituye un

problema de Salud Pública por la asociación con morbilidad fetal ya que se relaciona con prematuridad, bajo peso al nacer e infecciones como la corioamnionitis que incrementa el riesgo fetal. De un total de 1589 embarazadas, se evaluaron 41 mujeres con el diagnóstico de RPM, teniendo como criterios de inclusión que no se encuentren en trabajo de parto. La información de cada una de ellas fue registrada en un formulario en que se incluyeron las variables: edad (20 años y mayores de 35 años), escolaridad, estado civil, procedencia, control prenatal y el número de controles, antecedentes personales obstétricos, los resultados obstétricos (corioamnionitis,) eventos perinatales (parto pretérmino, apgar, prematuridad, peso al nacer, condición al salir). Los resultados del estudio revelan que la RPM en el Hospital Verdi Cevallos Balda tuvo una prevalencia del 2,5%. Para los factores predisponentes a la RPM encontramos que los más importantes fueron: la edad menor de 20 años con el 54%. El nivel de escolaridad primaria con el 51%. La unión libre con el 75%, Las nulíparas presentó el 54%. Las infecciones previas de vías urinarias el 49%. Para los antecedentes obstétricos encontramos que al control prenatal deficiente le correspondió el 88%. Los resultados obstétricos y perinatales adversos si bien estuvieron presentes en el estudio no fueron significativos, ya que la corioamnionitis es el principal resultado obstétrico desfavorable le correspondió el 2%, mientras que la prematuridad, el apgar, la asfixia perinatal como resultados perinatales desfavorables no presentaron valores estadísticos de mayor trascendencia.

1.1.2 Antecedentes nacionales.

Paredes Diaz, Licha Marisol¹⁴ (Lima, 2017). En su investigación titulada Factores de riesgo sociodemográficos y obstétricos relacionados a la presencia de ruptura prematura de membranas en gestantes. Hospital Tomás Lafora de Guadalupe. 2015; fue desarrollada con el objetivo de identificar los factores sociodemográficos y obstétricos que son de riesgo para la presencia de ruptura prematura de membranas. Se llevó a cabo mediante un estudio de tipo casos y controles, transversal, retrospectivo, con una población de 2273 historias clínicas de gestantes. El análisis fue bivariado y multivariado en base al cálculo del Odds ratio y de los intervalos de confianza al 95%. Los resultados demostraron que la frecuencia de la presencia de RPM en gestantes atendidas en el Hospital Tomás Lafora en el año 2015 fue de 3.61%; los factores sociodemográficos como edad materna, estado civil, grado de instrucción y ocupación no están asociados a la presencia de ruptura prematura de membranas ($p > 0.05$); sin embargo el grado de instrucción y la ocupación demostraron ser de riesgo (OR 2.025 y OR 3.158, respectivamente; y que solo el factor obstétrico control prenatal se encuentra asociado a la presencia de ruptura prematura de membranas ($p = 0.001 < 0.05$) y es de riesgo (OR 2.828); los factores paridad, periodo intergenésico, parto pretérmino, embarazo múltiple y edad gestacional no se asocian a esta patología; sin embargo, el parto pretérmino y el embarazo múltiple demostraron ser de bajo riesgo (OR 2.171 y OR 2.051), respectivamente.

Guadalupe Huamán, Shessira y Oshiro Canashiro, Susana¹⁵. (Lima, 2017). En la tesis sobre Factores de Riesgo asociado a parto Pre término en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del hospital María Auxiliadora durante el año 2015, donde determinar los factores de riesgo asociados a parto pretérmino en gestantes, cuyos resultados son 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), llegando a su conclusión 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.

Diaz Gayosa, Jorge Enrique¹⁶ (Lima, 2017). Realizo el estudio de Factores de riesgo asociados a ruptura prematura de membranas en gestantes pre término atendidas en el Hospital Vitarte durante el año 2015; con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados a Ruptura Prematura de Membranas Pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital Vitarte durante el año 2015. El Estudio fue de tipo observacional, descriptivo y analítico. Se incluyeron a todos los partos ingresados al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Vitarte en el año 2015, teniendo como unidad de análisis la revisión de historias clínicas. El resultado del estudio estableció que de 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 pre término, se encontró 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 también resultó asociada con RPM pre término. Con respecto al IMC, este no significó ser un factor de riesgo asociado a RPM pre término en este estudio la metrorragia también constituye un factor de riesgo para RPM pre término con un OR de 3,95. Con respecto a los CPN, las mujeres con 5 o menos CPN tenían 4,46 el riesgo de tener RPM pre término 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. Concluyendo 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.

Campos Martínez, Sandra Vanessa¹⁷ (Lima, 2016). En la tesis sobre “Factores de riesgo asociados con ruptura prematura de membranas en gestantes pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2014”, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia y los factores de riesgo materno asociados con ruptura prematura de membranas en gestantes pretérmino atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2014. Los resultados demostraron 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. Concluyendo: La prevalencia de RPM en gestantes pretérmino atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2014 fue 25.51 %. 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.

Galván Canta, María Magdalena¹⁸ (Ica, 2016). En su estudio sobre “Ruptura prematura de membrana en embarazo pretérmino en el Hospital San José de Chincha-Ica marzo 2016”, con el objetivo de 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. Concluyó en que la RPM se asocia a factores de riesgo como la Infección Urinaria, Anemia Moderada y la falta de Control Prenatal. 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.

Cabrera Ramos, Santiago Guillermo¹⁹ (Lima, 2015). En su estudio de “Prevalencia de los Factores de Riesgo Asociados a la Ruptura Prematura de Membranas en Gestantes del Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé en el Periodo enero-diciembre 2014” con el objetivo de Determinar la prevalencia de los factores de riesgo maternos asociados a ruptura prematura de membranas. Se realizó un estudio no experimental, descriptivo-transversal, cualitativo en

pacientes con diagnóstico de RPM que fueron atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé durante el periodo enero-diciembre 2014, con un total de 109 pacientes de quienes se revisaron sus historias clínicas para identificar los factores de riesgo. Resultados. De los 109 casos de RPM estudiados, el 62.4% corresponden a gestantes con RPM pretérmino y 37.6% con RPM a término. El 37.6% de las gestantes tiene alto riesgo por edad. Los factores de riesgo encontrados son: control prenatal insuficiente 57.8%, infección cervico-vaginal 42.2%, infección urinaria 31.2%, presentación fetal distinta a la cefálica 17.2%, antecedente de hemorragia anteparto 11%, RPM anterior y antecedente de más de un aborto 7.3%, gestación múltiple 3.7%, peso bajo 0.9%. Se encontró un solo caso de polihidramnios e incompetencia cervical. No hubo ningún caso registrado de gestante que fuma cigarrillos, ni ninguna con antecedentes de procedimiento gineco-obstétrico. Donde se llegó a la Conclusión de que Los factores de riesgo con mayor frecuencia fueron el control prenatal insuficiente, infección cervico-vaginal e infección urinaria. El bajo peso se encontró con menor frecuencia a lo referido en la literatura.

Aguirre Quispe, Luz Mery²⁰ (Lima - 2015). En su estudio de Características de las gestantes con ruptura prematura de membranas pretérmino atendidas en el hospital nacional Sergio Bernales – Comas - 2014. Con el objetivo de Determinar las características de las gestantes con ruptura prematura de membranas pretérmino atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Comas 2014. Donde Se encontraron las siguientes características: Edad promedio 27 ± 6.7

años, nivel educativo secundario 75.5%, conviviente 67.9%, amas de casa 92.5%, edad gestacional media 33.88 ± 3.260 semanas, multiparidad 43.4%, controles pre natales inadecuados en promedio 4.377 ± 1.913 veces, con antecedentes de parto pretérmino 7.5%, embarazo múltiple 1.9%, asimismo presentaron en gestación activa infección del tracto urinario 75.5%, infecciones vaginales 28.3% y anemia 60.4%.y llego a la Conclusión que Las características de las gestantes con ruptura prematura de membranas fueron variadas, siendo las más representantes adultas jóvenes con secundaria, amas de casa, convivientes, multíparas, con control prenatal insuficiente, la anemia, infección tracto urinario e infecciones vaginales.

Quintana Bruno Edward Johan²¹ (Loreto - 2015) en su estudio de Factores de riesgo maternos asociados a ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto del año 2014. Las variables encontradas en el modelo bivariado como factores de riesgo a RPM fueron: procedencia rural (OR: 1,752; IC95%: 1,003 - 3,059), primigestas (OR:2,42; IC95%:1,720 - 3,404), nuliparidad (OR: 2,453; IC95%: 1,748 - 3,442), sin periodo intergenésico (OR:1,960; IC95%:1,387 - 2,768), historia de un aborto (OR: 1,599; IC95%:1,038 - 2,465), infección urinaria (OR:2,641; IC95%: 1,868 - 3,734), infección vaginal (OR: 3,283; IC95%: 1,061 - 10,155), tener menos de 6 controles prenatales (OR: 2,677; IC95%:1,912 - 3,748). El modelo multivariado indica que la ITU (OR ajustado: 2,03; IC95%: 1,394 - 2,956), tener menos de 6 controles prenatales (OR ajustado: 2,31; IC95%: 1,614 3,308) y la anemia gestacional (OR ajustado: 1,69;

IC95%: 1,181 - 2,426) son factores de riesgo significativo sin intervención de variables confusoras. Llegando a la conclusión que presentar infección urinaria durante la gestación o tener menos de 6 controles prenatales, eleva a más del doble la probabilidad de RPM en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto el año 2014, mientras que presentar anemia durante el embarazo lo hace en 1,6 veces, de manera significativa, estimación ajustada por otras variables de confusión.

Torres Pita, Magaly Del Pilar²² (Lima - 2015). En su estudio de Rotura Prematura de Membranas en el hospital nacional arzobispo Loayza junio – 2015 donde llego a la conclusión que La demora en reconocer la emergencia por parte de la gestante y sus familiares, es la principal causa que contribuye a la morbilidad y/o mortalidad materna y/ fetal; por ello es importantísimo un buen control prenatal que abarque todos los ítems competentes, para que la gestante sepa reconocer los signos de alarma, y le pueda dar la importancia debida a su CPN Son factores determinantes para los buenos resultados la edad gestacional, la capacidad resolutive que tenga la institución donde acude la paciente (gran problema en muchos establecimientos de primer y segundo nivel y algunos de tercer nivel en Latino América).

Coral Linares Karin Mercedes²³ (Lima-2014). Realizo la investigación de Factores de riesgo asociados a sepsis neonatal precoz en el hospital vitarte durante el periodo 2011 – 2013; con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados a la sepsis neonatal precoz en pacientes atendidos en el Hospital Vitarte, durante el periodo 01 enero

2011 – 31 Diciembre 2013. con tipo de estudio observacional, analítico de diseño caso-control, retrospectivo de corte transversal. Los resultados demostraron un promedio de edad de las madres de recién nacidos con sepsis neonatal fue $26,2 \pm 7,3$ años, se observó mayor frecuencia en el rango de edad de 19 a 35 años (72,3%), el nivel de instrucción fue secundaria (83%) y el distrito de procedencia fue Ate con mayor frecuencia; las características generales maternas fueron similares al grupo de madres de recién nacidos sanos. En las características obstétricas de las madres de recién nacidos con sepsis neonatal precoz, el promedio de número de gestaciones fue 2,3; el número de embarazos a término y números de hijos vivos fue 1; también el promedio de controles prenatales fueron 7. Al comparar los datos obstétricos con las madres de neonatos sanos no se encontraron diferencias significativas. El dato del recién nacido con sepsis fue 38,8 semanas al nacimiento, con peso promedio de 3399,5 gramos, Apgar al minuto 7,7 y Apgar a los 5' de 8,7 al comparar con los datos de los neonatos sanos se observó diferencias significativas ($p < 0,001$) con el Apgar al minuto y a los 5'. En el análisis de los factores maternos propuestos se observó asociación entre la rotura prematura de membrana ($p = 0,001$), la fiebre materna periparto ($p = 0,01$) e infección de las vías urinarias en el III trimestre ($< 0,001$) y al evaluar su riesgo la RPM presentó $OR = 4.1$, $IC = 1.7-9.9$; la fiebre materna en el periparto presentó $OR = 5.9$, $IC = 1.3-27.7$. No se pudo evaluar el riesgo del factor "infección urinaria de III trimestre" debido a la falta de pacientes en el grupo control, pues ninguna paciente con neonato sano presentó

infección en el III trimestre. Al analizar los factores del nacimiento (tipo de parto, duración del periodo expulsivo o duración de la cesárea) no se encontró asociación estadísticamente significativa con la sepsis neonatal precoz. Finalmente, al relacionar y evaluar el riesgo de los factores del recién nacido se constató que la prematuridad <37 semanas, presenta relación significativa y es factor de riesgo (OR=12.1, IC=1.5-95.3), así como el bajo peso al nacer <2500 gr (OR=4.8, IC=1.1-22.8), sexo masculino (OR=2.2, IC=1.3-3.8) y la reanimación neonatal (OR=4.4, IC=1.2-15.9).

Lupa Apfata, Liliana Olimpia²⁴. (Lima, 2014). Resultados materno perinatales en gestantes con ruptura prematura de membranas en el Centro Materno Infantil César López Silva – Villa El Salvador 2013. El Objetivo fue determinar los resultados Maternos Perinatales en gestantes con Ruptura Prematura de Membranas para lo que se aplicó un estudio de tipo descriptivo transversal retrospectivo. Los resultados demostraron que del 100%, la edad materna 62.9% están entre 20 a 34 años, 62.1%; la paridad de mayor porcentaje fueron las multíparas, el 56.8 % presentó periodo de latencia solo hasta 6 horas y no presentan complicaciones maternas 92.4 %. Del apgar al primer minuto fue del 95.5 % en valores de 7 a 10, el apgar al quinto minuto fue del 98.5 % ubicados en valores de 7 a 10; y el 89.4% de los recién nacido no presentaron complicaciones. Concluyendo que los resultados maternos, respecto a las edades fueron en su mayoría entre 20 a 34 años, multíparas, presentaron un periodo de latencia solo hasta 6 horas y no presentaron ninguna complicación materna. Y en los resultados

perinatales, el resultado del apgar fue normal (valores de 7 a 10) al 1er y 5to minuto del nacimiento y no presentaron ninguna complicación.

Ybaseta-Medina J, Barranca-Pillman M, Fernández-Enciso L, VasquezLavarello F.²⁵ (Ica,2012). Realizaron la investigación: Factores de riesgo asociados a la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2012, con el objetivo de conocer el grado de asociación entre factores de riesgo y ruptura prematura de membranas; mediante un estudio de casos y controles no pareado. Para el análisis de los datos se calcularon los Odds Ratio (O.R.), se usó un intervalo de confianza al 95% de confiabilidad y nivel de significancia $p < 0,05$. Los resultados demostraron que los factores de riesgo relacionados al RPM según el grado de asociación son: Infección vaginal con $OR=13$; Obesidad con $OR=3$; infección del tracto urinario con $OR =2,56$; Gran múltipara $OR=2,10$; Hb 9,9-7,1 grs/dl con $OR= 2$ y presentado una asociación más débil con el RPM el grupo de las nulíparas con un $OR =1,9$. Concluyendo que existen factores de riesgo asociados al RPM que pueden ser modificables mediante un control prenatal estandarizado.

1.1.3. Antecedentes Locales

Tucto Sánchez, Yesica²⁶ (Huánuco - 2016). En el estudio sobre Factores de riesgo maternos que influyen al parto pretérmino en gestantes adolescentes en el hospital Hermilio Valdizan Medrano-Huánuco octubre 2015- marzo del 2016. El total de 60 historias clínicas cumplían los criterios de inclusión, en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano, fue de 60 pacientes, las cuales se llegó a determinar

los principales factores de riesgo materno que influyen al parto pretérmino. Del análisis de los resultados las conclusiones son las siguientes: El grupo de edad donde los factores de riesgo que influyen al Parto Pretérmino el más frecuente es de 16 a 19 años de edad con un 68% de los casos. El 43 % de las encuestadas presentaban 4 a 5 controles prenatales durante su embarazo. El 93% de las adolescentes embarazadas prevenían de zonas urbanas. El 77% de las pacientes estudiaban sección secundaria al momento de su embarazo. Durante el estudio, encontramos que por ser un universo de adolescentes. El 30% (18) de las pacientes cursaban entre las semanas 35-36 en el momento del estudio. El 53% de las encuestadas mencionó que había iniciado sus relaciones sexuales entre la edad de 16-18 años. La Infección de tracto urinario (ITU) 82%, RPMP 13% y 3% vaginitis fueron las patologías más frecuentemente presentadas por estas pacientes²⁷

Santaya Morón, Paúl Alberto²⁸ (Huánuco, 2015). en su estudio de Factores de riesgo maternos que influyen en la prematuridad de los recién nacidos del hospital regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2015. El objetivo fue determinar los factores de riesgo maternos que influyen en la prematuridad de los recién nacidos atendidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano. Mostro resultado que el 60,0% (72 recién nacidos) presentaron prematuridad. Por otro lado, los factores que influyen en la prematuridad son la edad menor de 18 y mayor de 35 años ($X^2=4,75$; $P\leq 0,029$) , la talla materna menor de 157cm ($X^2=1,070$; $P\leq 0,010$), la paridad múltipara y gran múltipara ($X^2=7,034$; $P\leq 0,004$), intervalo intergenésico menor de 2 años

($X^2=8,62$; $P\leq 0,003$), la infección de tracto urinario en anterior gestación ($X^2=6,79$; $P\leq 0,009$), ruptura prematura de membranas en la última procreación ($X^2=8,75$; $P\leq 0,003$), placenta previa ($X^2=8,79$; $P\leq 0,003$) e infección de tracto urinario en la final concepción ($X^2=19,33$; $P\leq 0,000$). concluyendo que los factores maternos biológicos, obstétricos y médicos maternos influyen en la prematuridad de recién nacidos del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano Huánuco.

1.2 Bases teóricas

1.2.1 Ruptura prematura de membranas^(29 30 31 32 33 34)

La ruptura prematura de membranas ovulares (RPM) se define como la solución de continuidad espontánea de la membrana corioamniótica antes del inicio del trabajo de parto.

La RPM puede ocurrir en cualquier momento de la gestación, pero se asocia a mayor morbilidad cuando ocurre en el embarazo de pretérmino. Ella representa la condición asociada a aproximadamente un tercio de los partos prematuros.

Frecuencia

La RPM se da entre el 5-10% de los partos, de las cuales un 90% se dan tras la semana 37. En los partos pretérmino, en que, junto e interrelacionada con la infección, se constituye como una de las principales etiologías, su frecuencia alcanza hasta un 33%. En estos casos la posibilidad de recurrencia en la siguiente gestación se cifra en un 30%, ocurriendo entonces alrededor de dos semanas después.

Etiopatogenia

La etiología de la RPM es desconocida en la mayoría de los casos. Se barajan distintas circunstancias epidemiológicas, relacionadas con:

a. Patología genital:

- Cirugía genital previa como amniocentesis, cerclaje.
- Desgarros cervicales.
- Incompetencia cervical. la exposición de las membranas a la flora vaginal y la reacción de tipo cuerpo extraño generada por el material de sutura utilizado en su tratamiento, pueden favorecer la rotura ovular. Mecanismos similares explicarían el accidente en casos de embarazos con dispositivo intrauterino.
- Malformaciones uterinas.
- Procesos infecciosos: Cervicitis, vaginitis, etc..

b. Patología gestacional:

- Gestación múltiple.
- Polihidramnios.
- Desproporción pelvi-fetal.
- Malposición fetal.
- RPM pretérmino previa.
- Hemorragia anteparto.
- Abruption placentario.

c. Hábitos:

- Tabaco. aumentaría el riesgo de rotura ovular a través de favorecer la quimiotaxis de neutrófilos que secretan elastasa.

Inactivaría además la A1AT, fenómeno cuya intensidad se relaciona directamente con la cantidad de cigarrillos fumados.

- Actividad sexual.
- Drogadicción.

Asimismo, se han identificado varias condiciones predisponentes:

a. 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 consistente en señalar que las membranas de los embarazos con RPM 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 antitripsina (A1AT) en el líquido amniótico (LA) de embarazos con RPM. Además, se ha aislado una proteína antiproteasa en orina y pulmón fetales, lo que apoya la idea de una participación fetal en la protección de la integridad de las membranas.

b. Rol de la infección en la rotura prematura de membranas.

La rotura de membranas puede resultar de una infección cérvicovaginal o intrauterina. La infección bacteriana, directa o indirectamente (vía mediadores de la respuesta inflamatoria), puede inducir la liberación de proteasas, colagenasas y elastasas, que rompen las membranas ovulares. Los gérmenes pueden alcanzar el LA estando las membranas ovulares rotas o íntegras, pero el oligoamnios favorece la colonización del LA al deprimirse su actividad bacteriostática. La vía de infección puede ser ascendente (a través del canal cervical), hematógena (transplacentaria), canalicular (tubaria) y por medio de procedimientos invasivos (amniocentesis [AMCT], cordocentesis, transfusiones intrauterinas). Diferentes autores han señalado que el LA tiene actividad bacteriostática, la que se encuentra disminuida en pacientes con RPM e infección intraamniótica, pudiendo constituir éste un factor primario predisponente a la colonización bacteriana.

Diagnóstico

El diagnóstico es realizado la mayoría de las veces por la propia madre y certificado por el médico al observar el escurrimiento de una cantidad variable de LA por la vagina. En ocasiones es necesario recurrir a procedimientos complementarios.

El primero de ellos es la especuloscopia, que permite apreciar salida de LA a través del orificio externo del cuello uterino en forma espontánea o a través de la compresión manual del abdomen materno que moviliza el

polo fetal pelviano de modo de facilitar la salida de líquido. Cuando el diagnóstico es evidente, la altura uterina es menor que en los controles previos y las partes fetales se palpan con facilidad.

En un número menor de casos deben agregarse a los procedimientos mencionados (anamnesis, examen físico y especuloscopia), otros que a continuación se enumeran:

- **Cristalización en hojas de helecho:** la presencia de LA en el contenido del fondo de saco vaginal permite identificar, en un extendido examinado al microscopio de luz, la cristalización característica en forma de plumas, que resulta de la deshidratación de las sales contenidas en el LA.
- **pH del fornix vaginal posterior:** el pH vaginal fluctúa normalmente entre 4,5 y 5,5, mientras que el del LA es generalmente de 7. Las membranas ovulares están probablemente rotas si el papel nitrazina señala un pH mayor o igual a 7 (viraje al color azul).
- **Detección de células de descamación:** la piel fetal descama células superficiales que pueden ser detectadas con azul de Nilo al 1%. Dada la evolución de la concentración de células naranjas en el LA, el valor diagnóstico de esta prueba aumenta junto con la edad gestacional, variando desde una sensibilidad de alrededor de 20% a las 32 semanas hasta un 90% en embarazos de término. En nuestro centro no utilizamos este método.

- Evaluación ultrasonográfica: la evaluación ecográfica permite estimar la cantidad de LA en la cavidad uterina. En pacientes con historia sugerente, pero sin evidencias de RPM en la valoración complementaria, la presencia de oligoamnios debe asumirse como consistente con el diagnóstico. Por el contrario, una cantidad normal de LA en presencia de similares condiciones hace improbable el diagnóstico. El ultrasonido constituye no sólo un elemento de apoyo diagnóstico; permite, además, valorar el bienestar fetal, aproximar o certificar una edad gestacional, descartar la presencia de malformaciones fetales y predecir o apoyar el diagnóstico de una Corioamnionitis.
- Otros: se han descrito otros métodos diagnósticos: Inyección intraamniótica de colorantes (azul de Evans o índigo carmin), cuya detección en la vagina confirma el diagnóstico. No debe usarse azul de metileno.

Diagnóstico diferencial

- Leucorrea frecuente, Flujo genital blanco amarillento, infeccioso, asociado a prurito.
- Eliminación tapón mucoso frecuente, fluido mucoso, a veces algo sanguinolento.
- Rotura de quiste vaginal Infrecuente Pérdida brusca de líquido cristalino por vagina. Al examen se observa cavidad pequeña en paredes vaginales (raro).

- Hidrorrea decidual Infrecuente Primera mitad del embarazo.
Líquido claro con tinte amarillo, a veces sanguinolento. Desde espacio entre decidua parietal y refleja, que se fusiona entre las 16 y 18 semanas.
- Rotura de bolsa amniocorial, Infrecuente raro; de espacio virtual entre corion y amnios; se produce por delaminación de este último.

Complicaciones

a. Desencadenamiento del parto

- Embarazo a término: Antes de las 24 horas se desencadena el parto de forma espontánea en un 68% de los casos.

No es pues un problema grave, es más, casi puede considerarse una ventaja, ya que se reduce el riesgo de contaminación microbiana al desaparecer la barrera física que constituye la bolsa.

- Embarazo pretérmino: En una semana vienen a desencadenarse un 90% de los partos. El período de latencia suele ser mayor cuanto menor sea la edad gestacional.

Se obtienen fetos inmaduros con los problemas asociados a dicha eventualidad; siendo muy difíciles de tratar y mantener su viabilidad por debajo de la semana 28.

b. Coriamnionitis

Se define infección intraamniótica (IIA) o invasión microbiana de la cavidad amniótica como la presencia de gérmenes en el LA, normalmente estéril.

Es una de las complicaciones más graves y frecuentes tras la rotura de la protección física de la bolsa, independientemente de la edad gestacional. Esta infección puede ser consecuencia, pero además causa, de la rotura de membranas. La situación es nociva para:

- **Feto:** Conduce por deglución del líquido infectado, otitis, conjuntivitis, onfalitis, infección urinaria, faringitis, neumonía y a una sepsis generalizada con su muerte o secuelas.
- **Madre:** La infección placentaria puede ser el origen de trombos sépticos.

La colonización ascendente por gérmenes es evidente en el 100% de los casos a las 24 horas, pero no siempre indica infección. Ésta se da según el tipo y agresividad del germen en un 5% de los casos a las 6 horas, ascendiendo rápidamente el porcentaje a partir de las 36 horas.

Los tactos vaginales repetidos pueden favorecerla.

Se requiere pues un diagnóstico rápido, para terminar el embarazo a poco que se manifiesten los primeros síntomas de alarma:

Síntomas Maternos:

- Fiebre o simple febrícula: Se requiere un control constante de la temperatura ante toda rotura de membranas.
- Aumento de la dinámica uterina por irritabilidad.
- Aumento de la leucocitosis: Puede ser previo a la aparición de fiebre.
- Positividad de la proteína C reactiva (>2 mg/dl): Muy inespecífica, pues también puede darse ante la inminencia del inicio del parto.

Síntomas Fetales:

- Taquicardia fetal.
- Presencia de movimientos respiratorios, con deglución de líquido amniótico infectado.

Síntomas en el Líquido amniótico:

- Fetidez.
- Realización en el mismo de recuento leucocitario y cultivos bacteriológicos.

Los criterios que permiten su diagnóstico fueron establecidos por Gibbs y cols³⁵:

- 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 LA, 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 RPM (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).

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 L.A. Se realiza cuando existe sospecha de infección.

c. 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.

d. 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.

e. 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.

1.2.2 Complicaciones en el recién nacido

La prematurez y la infección son las dos complicaciones fundamentales de la RPM en el feto y/o recién nacido. Ellas son responsables de casi el 100% de la mortalidad atribuible a RPM.

Problemas adicionales son la asfixia, la hipoplasia pulmonar y las deformidades ortopédicas.

Síndrome de dificultad respiratoria

Es la causa más frecuente de mortalidad perinatal, en relación a RPM, 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 LA de una relación lecitina/esfingomielina >2, un test de Clements (+) y/o la presencia de fosfatidilglicerol. Esta última puede establecerse no sólo a través de LA obtenido por AMCT, sino utilizando líquido recolectado en vagina (rendimiento sobre 90%).

Asfixia perinatal

La compresión del cordón secundaria al oligoamnios, el desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, las distocias de presentación y la

propia infección materna y/o fetal, son elementos que contribuyen a elevar la incidencia de asfixia perinatal (10 a 50%) en las pacientes con RPM. La monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal y el perfil biofísico están frecuentemente alterados en estos casos.

Hipoplasia pulmonar.

Esta complicación es propia de aquellos embarazos en que la RPM 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 LA. El examen ultrasonográfico muestra en los casos característicos una relación circunferencia torácica/circunferencia abdominal < 2 SD bajo el promedio (0,90 0,05).

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").

Infección neonatal

La infección neonatal ocurre entre el 1 y 25% de los casos de RPM. 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 RPM) 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 *Streptococo grupo B (Streptococcus Agalactiae)*.

Sepsis neonatal

Se ha definido como un síndrome clínico caracterizado por signos sistémicos de infección acompañado de bacteriemia en el primer mes de vida con o sin hemocultivo positivo.

Las definiciones de sepsis y los procesos relacionados con ésta se introdujeron inicialmente en los adultos. En 1992 se reúne el consenso de la American College of Critical Care Medicine y Society of Critical Care Medicine (por sus siglas en inglés: ACCM-SCCM) y se menciona por primera vez términos como: síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), sepsis severa, shock séptico y síndrome de disfunción multiorgánica. En 2001, durante la segunda conferencia internacional se propone que la definición de sepsis se haga con base en marcadores biológicos, pero no se obtiene el impacto esperado.³⁶

En 2004 se reúne el Foro Internacional de Sepsis, el cual crea un consenso para definir parámetros de sepsis en pacientes pediátricos y neonatales.

La sepsis es la principal causa de muerte de los pacientes críticamente enfermos en los países en vías de desarrollo. La epidemiología es pobre en las naciones del tercer mundo por lo que se cita con frecuencia datos de países industrializados. La incidencia en Países subdesarrollados es de 2.2 a 8.6 por cada mil nacidos vivos; 48% sucede en los menores de un año y 27% en el periodo neonatal. Cinco millones de pacientes fallecen en el periodo neonatal anualmente (98% en naciones tercermundistas), la mayoría de ellos por infecciones, prematuridad y asfixia; las infecciones neonatales provocan alrededor de 1.6 millones de muertes neonatales, en su mayoría debido a sepsis y meningitis.

Clasificación

En la clasificación de la sepsis neonatal se han encontrado controversias según diferentes autores; se considera temprana o precoz cuando se presenta desde el nacimiento hasta los 3, 5 o 7 días y tardía cuando se presenta posterior a los 3, 5, o 7 días de vida siendo el tiempo de presentación factor para sospecha de gérmenes etiológicos. La sepsis neonatal se puede clasificar en dos grandes categorías dependiendo del comienzo de los síntomas.

Sepsis Neonatal Temprana o Precoz: Se presenta a las 72 horas de vida, y según el momento de aparición generalmente es de origen

connatal, la infección generalmente ocurre “in útero” en casos severos el neonato puede hacer síntomas al nacer.

Sepsis Neonatal Tardía: Se presenta por lo general después de las 72 horas de vida hasta los 28 días de vida, para la mayoría de autores se consideran como fundamentalmente intrahospitalarias. La sepsis afecta a todos los grupos de edad, pero su incidencia es especialmente elevada en niños menores de 2 años. Sin embargo, la información sobre sepsis en la población pediátrica es limitada y las estimaciones publicadas se realizan a partir de las codificaciones de los diagnósticos de alta. Asimismo, la información que existe sobre la incidencia de sepsis en pacientes que no requieren ingreso en unidades de cuidados intensivos.

Etiología

Desde la década de 1970 *Streptococcusagalactiae* (grupo B) es el patógeno más relevante en infecciones connatales, asociándose a una mortalidad entre 5 y 20% y a secuelas en 30% de los sobrevivientes. La población de mayor riesgo para presentar sepsis por *S. agalactiae* es la de RN de pretérmino, hijos de madres con antecedentes de sepsis neonatal en embarazos anteriores, con infección urinaria por *S. agalactiae* en el embarazo actual, rotura prematura de membranas de más de 18 horas o con fiebre intraparto. Sin embargo, hasta 50% de las sepsis connatales por *S. agalactiae* se presentan en RN de término hijos de madres colonizadas, pero sin dichos factores de riesgo. Los principales patógenos responsables de la sepsis neonatal son: Estreptococo beta hemolítico del grupo B, *Escherichiacoli* y *Listeria*

monocytogenes. En los últimos años, la epidemiología está cambiando notablemente, especialmente después de la implementación de medidas preventivas como la administración de antibióticos a la madre antes del nacimiento del niño. De esta forma, además de los tres gérmenes ya mencionados, se ha encontrado la siguiente flora microbiana: Estreptococos beta hemolíticos del grupo A y D, *Streptococcus viridans*, *Staphylococcus aureus* y *epidermidis*, *Streptococcus pneumoniae*, especies de *Haemophilus*, *Pseudomonas aeruginosa*, especies de *Klebsiella* y *Enterobacter*, y, otros como los gérmenes atípicos y los que son causales de las infecciones por TORCHS.

La bacteriología de las infecciones en RN ha variado en forma considerable en las últimas décadas, tanto en infecciones connatales (en el contexto de estrategias de prevención implementadas), como en infecciones nosocomiales, en relación a la bacteriología de cada unidad neonatal, resistencia antimicrobiana, procedimientos invasores, entre otros. La prevalencia reportada de colonización asintomática por *S. agalactiae* en el tercer trimestre del embarazo varía entre 2 y 34%. En Chile, la portación de *S. agalactiae* se acerca a 20%. Uno a 2% de los RN de madres colonizadas desarrollará sepsis. Los agentes etiológicos más frecuentes en sepsis temprana están relacionados con los gérmenes colonizantes o contaminantes del tacto genital de la madre y sobre todo Gram negativos del tipo enterobacterias (*Escherichia coli*, *Enterococcus* sp) y algunos Gram positivos (*Streptococcus* del grupo B).

Infecciones connatales³⁷

Las infecciones connatales son aquellas transmitidas desde la madre al feto o al recién nacido. Los mecanismos de transmisión de estas infecciones son tres: intrauterina, intraparto y posparto. La infección intrauterina se puede producir por vía transplacentaria (por vía sanguínea los gérmenes atraviesan la placenta) o por vía ascendente desde la vagina (especialmente si existe una rotura prematura de la membrana amniótica). La infección intraparto se produce durante el nacimiento por agentes presentes en el canal del parto, mientras que la infección posparto se produce en el período inmediatamente posterior al parto, por contacto del recién nacido con su madre o a través de su leche.

Fisiopatología

El recién nacido puede ser infectado por vía transplacentaria, por contaminación de líquido amniótico o por aspiración o ingestión de secreciones vaginales. La rotura de barreras cutáneas y mucosas o métodos de control del bienestar fetal, catéteres vasculares, incisión del cordón umbilical, la cirugía y la enterocolitis necrosante, crean nuevas puertas de entrada para los microorganismos.

La sepsis neonatal temprana se estima que ocurre por transmisión vertical, durante el contacto del neonato con gérmenes presentes en el canal vaginal, tiene un curso clínico grave, fulminante y multisistémico, siendo su complicación más frecuente la neumonía. Los agentes etiológicos más frecuentes en sepsis temprana están relacionados con los gérmenes colonizantes o contaminantes del tracto genital de la

madre y sobre todo Gram negativos del tipo enterobacterias (Escherichiacoli, Enterococcussp) y algunos Gram positivos (Streptococcus del grupo B).

En la transmisión vertical los gérmenes inicialmente se encuentran localizados en el canal genital, y por tanto debe considerarse la posibilidad de sepsis siempre que se obtenga un cultivo positivo por bacterias patógenas en exudado de canal vaginal en el transcurso de las 2 semanas anteriores al parto. En madres con pocas defensas frente a las infecciones por S. agalactiae (menos anticuerpos específicos) es más fácil que tengan bacteriurias sintomáticas o no por este germen y también que hayan tenido un hijo diagnosticado de infección invasiva por S.agalactiae; por este motivo, la historia materna es también importante para considerar la posibilidad de sepsis de transmisión vertical. Las bacterias patógenas a través de diversos mecanismos pueden ser causa de parto prematuro espontáneo, rotura de membranas amnióticas de más de 18 horas antes del parto y de corioamnionitis (fiebre materna, dolor abdominal, taquicardia fetal y líquido amniótico maloliente) y por este motivo su constatación.

1.3 Terminología básica

- **Atención prenatal:** es el conjunto de actividades sanitarias que reciben las embarazadas durante todo el proceso de gestación.
- **Corioamnionitis:** es la infección grave que afectan las membranas que rodean al feto, presencia de gérmenes en el líquido amniótico.

- **Edad materna:** tiempo transcurrido a partir del nacimiento materno hasta la fecha registrada en la historia clínica.
- **Estrato 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 etc.
- **Gestante:** mujer embarazada, durante el periodo de 280 días, es decir 10 meses lunares.
- **Infección vaginal:** alteración de la vagina que habitualmente causa con leucorrea, mal olor, dolor, prurito y ardor
- **Parto prematuro:** es el parto que comienza antes de las 37 semanas de gestación.
- **Periodo intergenésico:** es el intervalo de tiempo que se debe dejar pasar entre un embarazo y otro.
- **Rotura prematura de membranas:** es la rotura espontánea de las membranas fetales antes del inicio del parto independientemente de la edad gestacional.
- **Tabaquismo:** en pacientes gestantes fumar más de 10 cigarrillos es considerado como un factor de riesgo.
- **Gestante:** mujer embarazada, durante el periodo de 280 días, es decir 10 meses lunares.

1.4 HIPOTESIS

1.4.1 Hipótesis general

HI: Existen factores frecuentes que provocan la ruptura prematura de membranas y efectos en el recién nacido de las gestantes atendidas en el hospital II – 1 Tocache. Setiembre 2017- agosto 2018

HO: No existen factores frecuentes que provocan la ruptura prematura de membranas y efectos en el recién nacido de las gestantes atendidas en el hospital II – 1 Tocache. Setiembre 2017- agosto 2018.

1.5 VARIABLE

- **Variable de estudio:** factores de la ruptura de membranas y efectos en los recién nacidos.

Indicadores

- Factores Biológicos
- Factores Sociodemográficos
- Factores obstétricos
- Efectos en el recién nacido en el parto
- Efectos en el recién nacido después del parto
- **Variables intervinientes:**
 - Edad.
 - Edad gestacional.
 - Periodo intergenésico.
 - Antecedentes personales patológicos
 - Infecciones
 - Otros

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo General

Determinar los factores más frecuentes que provocan la ruptura prematura de membranas y sus efectos en el recién nacido en gestantes atendidas en el hospital II – 1 Tocache. Setiembre 2017- agosto 2018

1.6.2 Objetivos Específicos

- Identificar los factores biológicos más frecuentes de las gestantes que provocan la ruptura prematura de membrana en la muestra en estudio
- Identificar los factores sociales más frecuentes de las gestantes que provocan la ruptura prematura de membrana en la muestra en estudio.
- Identificar los Factores obstétricos más frecuentes de las gestantes que provocan la ruptura prematura de membrana que acuden al servicio de emergencia en el Hospital II-1 Tocache.
- Identificar los efectos de la ruptura prematura de membranas más frecuentes en el recién nacido durante el parto.
- Identificar los efectos de la ruptura prematura de membranas más frecuentes en el recién nacido después del parto.
- Determinar la frecuencia hospitalaria de ruptura prematura de membranas en Hospital II-1 Tocache, durante el periodo de recolección de datos.

1.7 Población.

La población estuvo conformada por el total de gestantes que acudieron al servicio de emergencia del Hospital II – 1 Tocache durante el periodo de Setiembre 2017 a agosto 2018, siendo un total de 320 gestantes.

Criterios de inclusión

- Gestantes que se le diagnosticó en el servicio de emergencia con ruptura prematura de membranas consignados en las historias clínicas.

Criterio de exclusión

- Pacientes con leucorreas, eliminación de tapón mucosa cervical e incontinencia urinaria u observación por sospecha de ruptura prematura de membranas consignados en las historias clínicas.

1.8 Muestra

Se trabajó con el total de la población que cumplieron con los criterios de inclusión, siendo un total de 16 gestantes.

- **Tipo de muestreo:** No probabilístico Intencional, porque se trabajó con el total de gestantes con diagnóstico definitivo de ruptura prematura de membranas.

CAPITULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1 Tipo de estudio

El estudio fue:

- Según la intervención del investigador fue observacional porque no existe la intervención del investigador
- Según la planificación de toma de datos fue retrospectivo porque se recogió la información existente en el Hospital II – I Tocache. No se puede dar fe de la exactitud de las mediciones.
- Según el número de ocasiones en que mide la variable de estudio, fue transversal porque todas las variables fueron medidas en una sola ocasión; por ello al realizar las comparaciones, se trató de muestras independientes.
- Según el número de variables analíticas fue descriptivo porque solo describe o estima parámetros en la población de estudio a partir de la muestra.

El nivel de investigación es descriptivo, porque describió las características sociales y clínicas de la población en estudio, estimando parámetros en una circunstancia temporal y geográfica delimitada.

2.2 **Diseño de investigación:** fue observacional, no experimental y descriptivo.

M ----- O

Donde:

M: Muestra de estudio

O: Observación

2.3 Técnicas e instrumentación de recolección de datos Técnica:

Técnica: se utilizó la técnica de análisis documental; para lo que se revisaron el libro de registro de emergencia, historias clínicas y perinatales.

Instrumento: se elaboró una **ficha de recolección de datos**; que consistió en un formulario diseñado por el investigador el cual fue validado mediante el juicio de tres expertos y la consistencia interna mediante el alpha de Cronbach .

2.4 Validez y confiabilidad del instrumento

El registro de los datos fue validado por los protocolos internacionales de Registro de pacientes (a través de las diversas fichas).

La ficha de recolección de datos estructurada fue sometida a validez externa mediante el juicio de 3 expertos; siendo los siguientes:

Evaluador	Puntaje	Valor
Mg. Ibeth Figueroa Sánchez	18	18
Mg. María del Pilar Melgarejo Figueroa	18	18
Mg. Antonia Esmila Jeri Guerra	18	18

2.5 Procedimiento

- Se gestionaron los permisos a las autoridades respectivas para la recopilación de los datos y la aplicación del instrumento; así como las respectivas coordinaciones con el personal para la revisión del libro de hospitalización del Hospital II-1 Tocache
- Se verificaron los números de historias clínicas y el cumplimiento de los criterios de inclusión para la selección de la muestra de las gestantes diagnosticadas con ruptura prematura de membranas.
- Se recolectó y digitó la información en una base de datos de SPSS.

2.6 Plan de Tabulación y análisis de datos

- Los resultados se presentaron en tablas y gráficos estadísticos.
- El análisis descriptivo se analizó de acuerdo a las características de cada una de las variables según el grupo de estudio, al tipo de variable con que se trabajó; se emplearon figuras, para facilitar la comprensión, con el estímulo visual simple, resaltante y fácilmente comprensible.

CAPITULO III

3.1 RESULTADOS

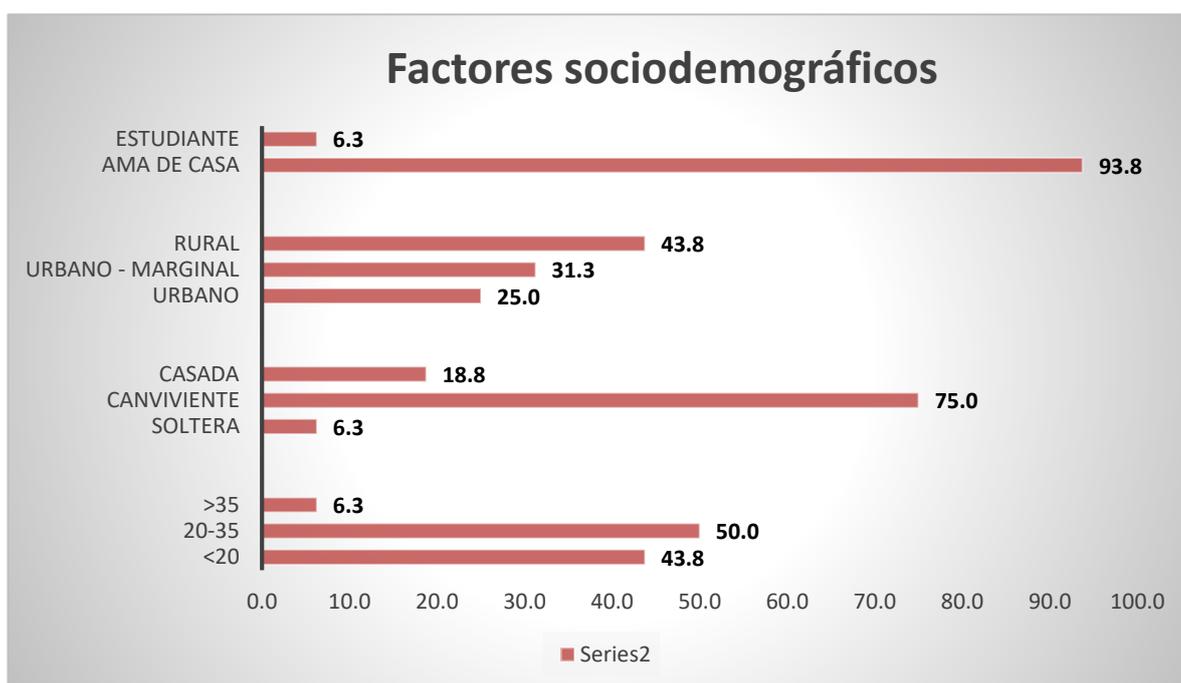
Los resultados respondieron a los objetivos planteados, los cuales se presentaron en tablas y gráficos para una mejor comprensión; determinando los siguientes:

1. Dentro de los factores sociodemográficos más frecuentes de las gestantes con ruptura prematura de membrana que acuden al servicio de emergencia en el hospital II-1 Tocache; se determinaron la edad materna, estado civil, procedencia y ocupación materna.

Tabla 1. Factores sociodemográficos de la población en estudio

	Frecuencia	Porcentaje
Años		
<20	7	43.8
20-35	8	50.0
>35	1	6.3
Total	16	100.0
Estado civil		
Soltera	1	6.3
Conviviente	12	75.0
Casada	3	18.8
Total	16	100.0
Procedencia		
Urbano	4	25.0
Urbano - marginal	5	31.3
Rural	7	43.8
Total	16	100.0
Ocupación		
Ama de casa	15	93.8
Estudiante	1	6.3
Total	16	100.0

Figura 1



Interpretación.

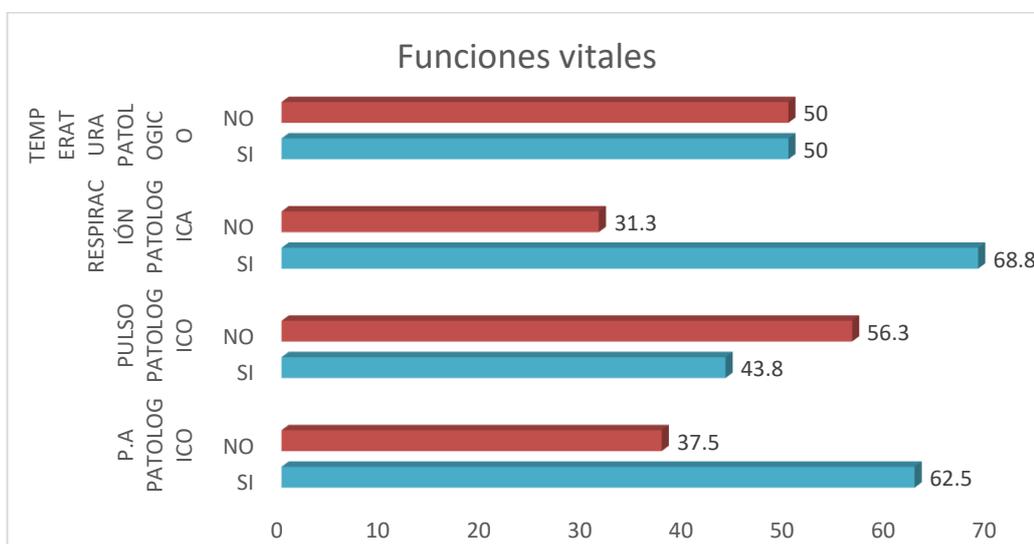
En la tabla y figura 1 se observaron los factores sociodemográficos más frecuentes hallados en la población en estudio, determinando que las **edades maternas** con mayor porcentaje fueron en menores de 20 años el 43,8% y entre 20 y 35 años el 50%, siendo en menor porcentaje las edades mayores de 35 años 6,3%; **el estado civil** de mayor porcentaje, 75%, estuvo en las mujeres convivientes; **la procedencia** de mayor porcentaje fue de la zona rural 43,8%; en menor porcentaje las zonas urbano-marginal 31,3% y urbana 25%. Finalmente, la ocupación materna presentó un mayor porcentaje en las que se dedican a las labores de casa 93,8% y un porcentaje menor en estudiantes 6,3%.

2. Los factores biológicos analizados en las gestantes del estudio fueron las funciones vitales, evaluación nutricional, patologías maternas y resultados bioquímicos (hemograma y PCR)

Tabla 2. Resultados cualitativos de las funciones vitales en la muestra en estudio.

Funciones vitales		Frecuencia	Porcentaje
Presión arterial	Patológico	10	62.5
	No patológico	6	37.5
	Total	16	100
Pulso materno	Patológico	7	43.8
	No patológico	9	56.3
	Total	16	100
Respiración materna	Patológico	11	68.8
	No patológico	5	31.3
	Total	16	100
Temperatura	Patológico	8	50
	No patológico	8	50
	Total	16	100

Figura 2: Resultados cualitativos de las funciones vitales en la muestra en estudio



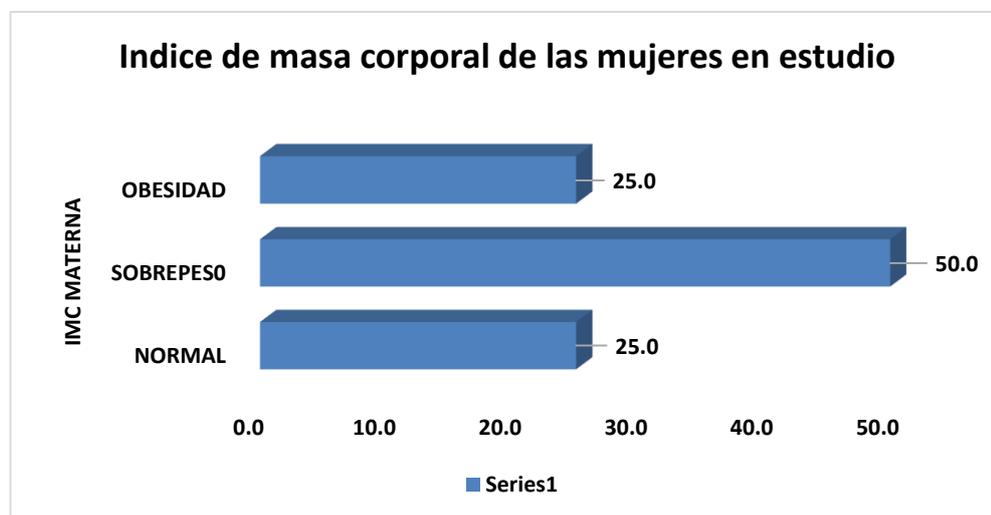
Interpretación.

En la tabla y figura 2 se determinaron las funciones vitales en forma cualitativa, catalogándolo si fueron patológicas o no al momento de ser evaluados; observando que los resultados patológicos se presentaron: presión arterial el 62,5%; pulso materno el 43,8%; la respiración en el 68,8% y la temperatura corporal en el 50% de los casos.

Tabla 3. Resultados del índice de masa corporal de las mujeres en estudio

		Frecuencia	Porcentaje
IMC materna	Normal	4	25.0
	Sobrepeso	8	50.0
	Obesidad	4	25.0
	Total	16	100.0

Figura 3.



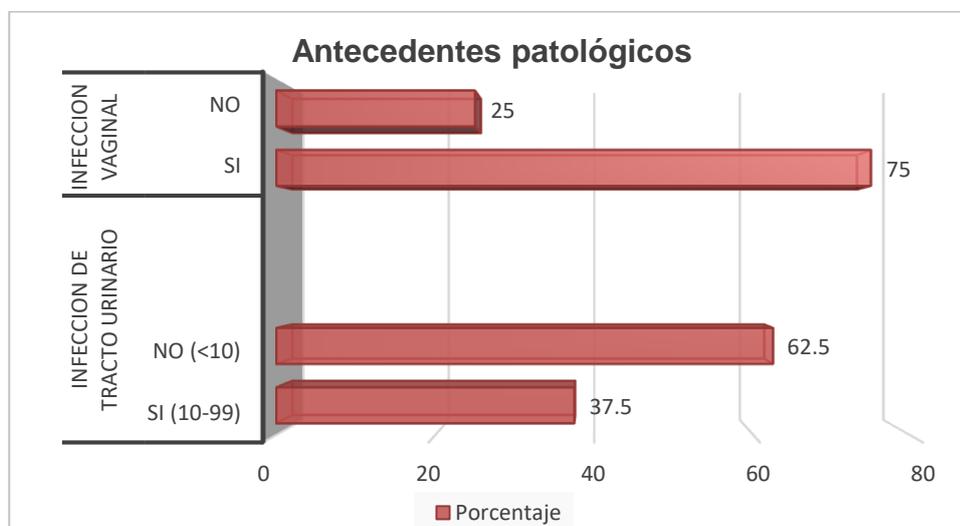
Interpretación.

En la tabla y figura 3 se observó los resultados del estado nutricional de las gestantes en estudio evaluadas mediante el índice de masa corporal determinando que el 25% presentó un IMC normal, el 50% sobrepeso y el 25% obesidad.

Tabla 4. Resultados de antecedentes patológicos hallados en las mujeres en estudio

Antecedentes patológicos		Frecuencia	Porcentaje
INFECCION DE TRACTO URINARIO	SI (10-99)	6	37.5
	NO (<10)	10	62.5
Total		16	100.0
INFECCION VAGINAL	SI	12	75.0
	NO	4	25.0
	Total	16	100.0

Figura 4. Antecedentes patológicos en la población en estudio



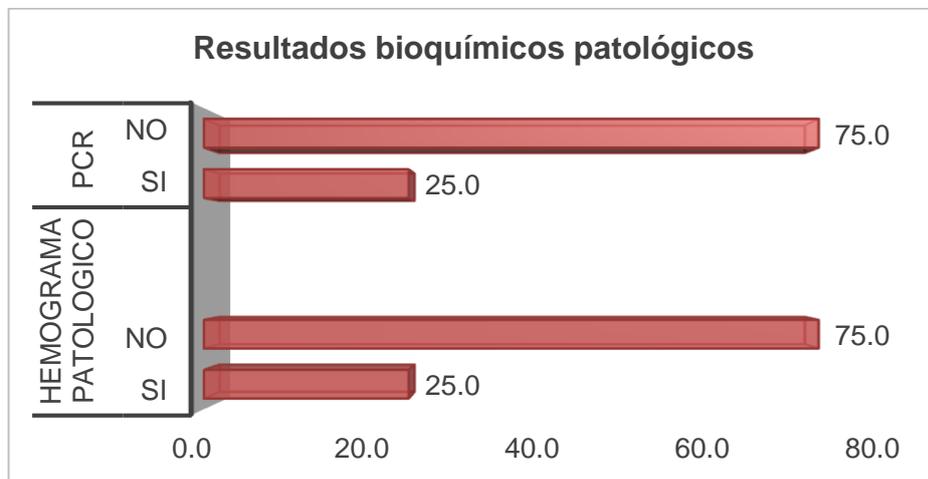
Interpretación

En la tabla y gráfico 4 se observaron los resultados de los antecedentes patológicos de la población en estudio donde se hallaron con mayor frecuencia las infecciones del tracto urinario en un 37, 5% y las infecciones vaginales en un 75%.

Tabla 5. Resultados bioquímicos en la población en estudio

		Frecuencia	Porcentaje
HEMOGRAMA PATOLOGICO	Si	4	25.0
	No	12	75.0
	Total	16	100.0
PCR	Reactivo	4	25.0
	No reactivo	12	75.0
	Total	16	100.0

Figura 5. Resultados bioquímicos patológicos en la población en estudio



Interpretación

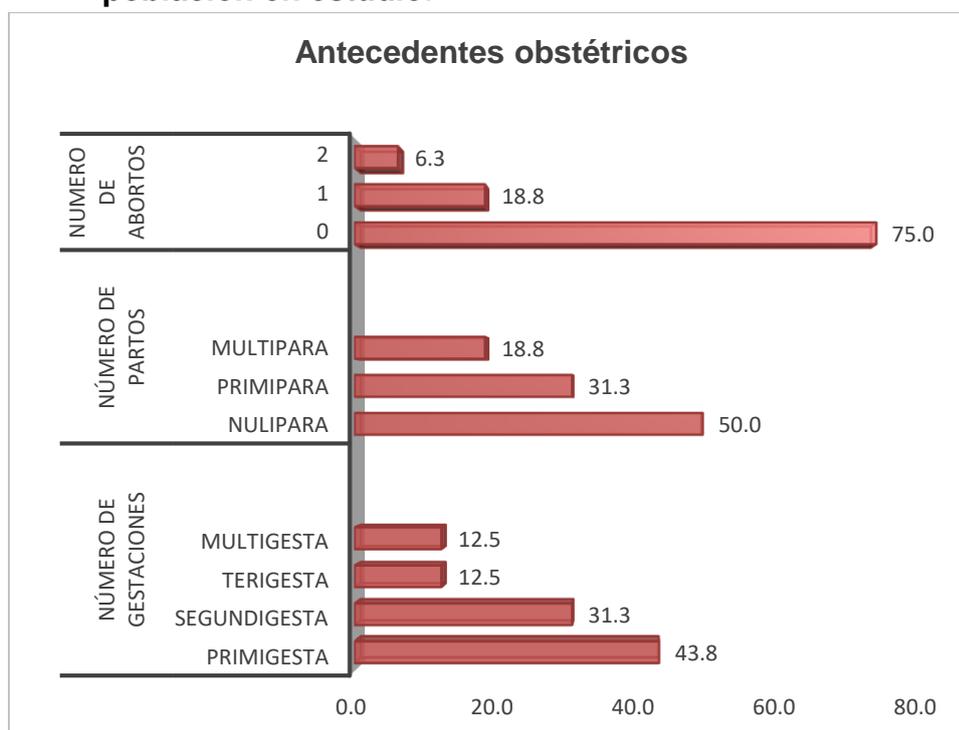
En la tabla y gráfico 5 se evidenciaron los resultados bioquímicos de las mujeres que presentaron ruptura prematura de membranas; observando que presentaron resultados de hemograma patológicos, así como de PCR reactivo sólo en el 25% en ambos casos.

- Los factores obstétricos más frecuentes de las gestantes con ruptura prematura de membranas analizados fueron dentro de los antecedentes obstétricos y los que se presentaron durante el embarazo actual; siendo los siguientes:

Tabla 6 Factores de antecedentes obstétricos más frecuentes de la población en estudio.

		Frecuencia	Porcentaje
Número de gestaciones	Primigesta	7	43.8
	Segundigesta	5	31.3
	Tercigesta	2	12.5
	Multigesta	2	12.5
	Total	16	100.0
Número de partos	Nulipara	8	50.0
	Primipara	5	31.3
	Multipara	3	18.8
	Total	16	100.0
Número de abortos	0	12	75.0
	1	3	18.8
	2	1	6.3
	Total	16	100.0

Figura 6. Factores de antecedentes obstétricos más frecuentes de la población en estudio.



Interpretación.

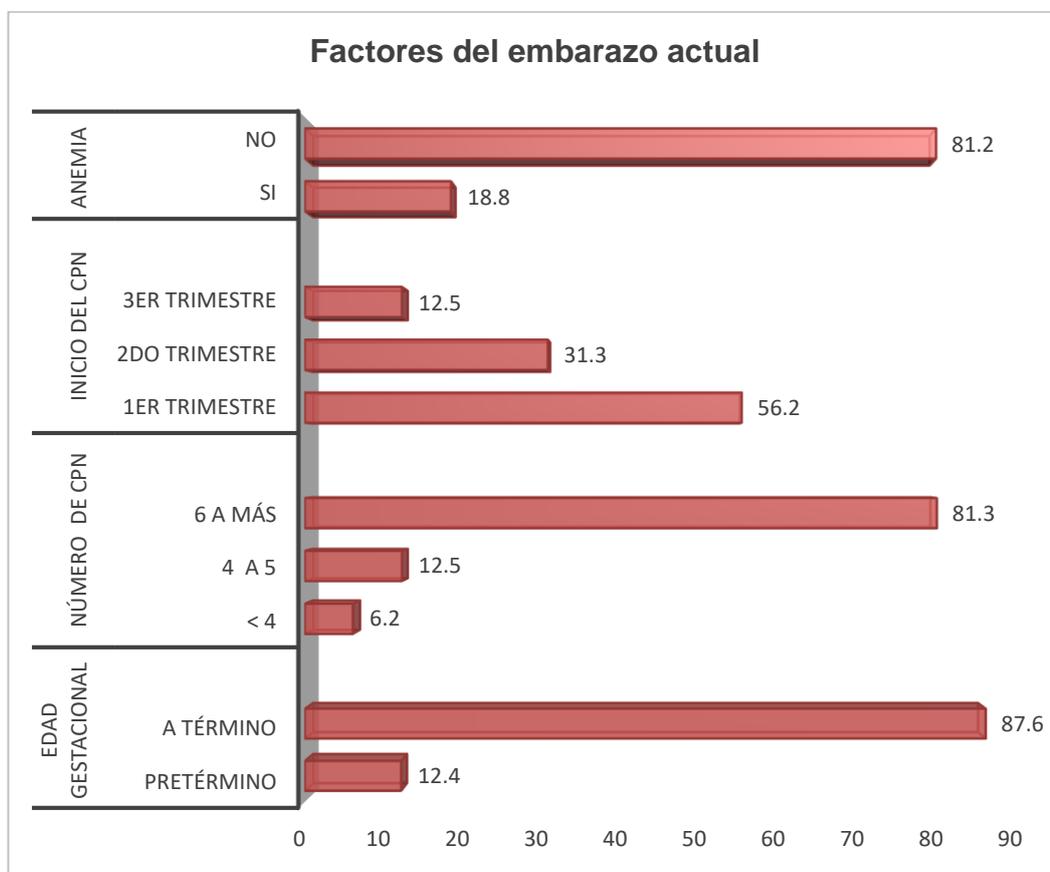
En la tabla y figura 6, se observaron los factores de antecedentes obstétricos más frecuentes encontrados en mujeres con ruptura prematura de

membranas, determinando que se presentó en mayor porcentaje en primigestas 43.8% y segundigestas 31,3%; coincidiendo en la paridad que fue mayor en mujeres nulíparas 50% y en primíparas 31,3%. En cuanto a los abortos previos se encontró que el 75% no tuvo abortos, el 10,8% tuvo un aborto y el 6,3% tuvo 2 abortos previos.

Tabla 7. Factores obstétricos del embarazo actual más frecuentes de la población en estudio.

		Frecuencia	Porcentaje
Edad gestacional durante el parto	32	1	6.2
	36	1	6.2
	37	3	18.8
	38	4	25
	39	5	31.3
	40	2	12.5
	Total	16	100
Número de controles prenatales	3	1	6.2
	5	2	12.5
	6	3	18.8
	8	3	18.8
	9	7	43.7
	Total	16	100
Inicio de control	1er trimestre	9	56.2
	2do trimestre	5	31.3
	3er trimestre	2	12.5
	Total	16	100.0
Anemia en gestación	Si	3	18.8
	No	13	81.2
	Total	16	100

Figura 7. Factores obstétricos del embarazo actual más frecuentes de la población en estudio.



Interpretación.

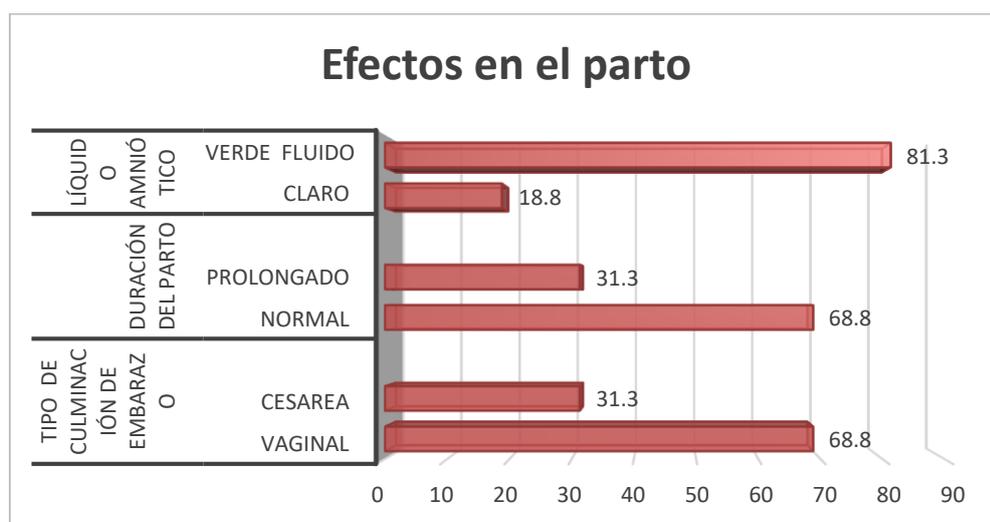
En la tabla y figura 7 se observaron los factores del embarazo actual más frecuentes en las mujeres con ruptura prematura de membranas del estudio, determinando que la edad gestacional de presentación fue con mayor frecuencia en embarazos a término siendo el 87,6% y en embarazos a pretérmino el 12,4%; sobre el número de controles pre natales tuvieron menos de 4 controles el 6,2%, de 4 a 5 controles el 12,5% y de 6 a más controles el 81,3%; sobre el inicio del control prenatal el 65,2% iniciaron en el primer trimestre, el 31,3% en el segundo trimestre y el 12,5% durante el tercer trimestre. Asimismo, se encontró un porcentaje mínimo de mujeres que presentaron anemia siendo el 18,8%.

4. Efectos evidenciados en el recién nacido, durante el parto y después del parto

Tabla 8. Efectos durante el parto en la población en estudio

		Frecuencia	Porcentaje
Tipo de culminación de embarazo	Vaginal	11	68.8
	Cesárea	5	31.3
	Total	16	100.0
Duración del parto	Normal	11	68.8
	Prolongado	5	31.3
	Total	16	100.0
Líquido amniótico	Claro	3	18.8
	Verde fluido	13	81.3
	Total	16	100.0

Figura 8. Efectos durante el parto en la población en estudio



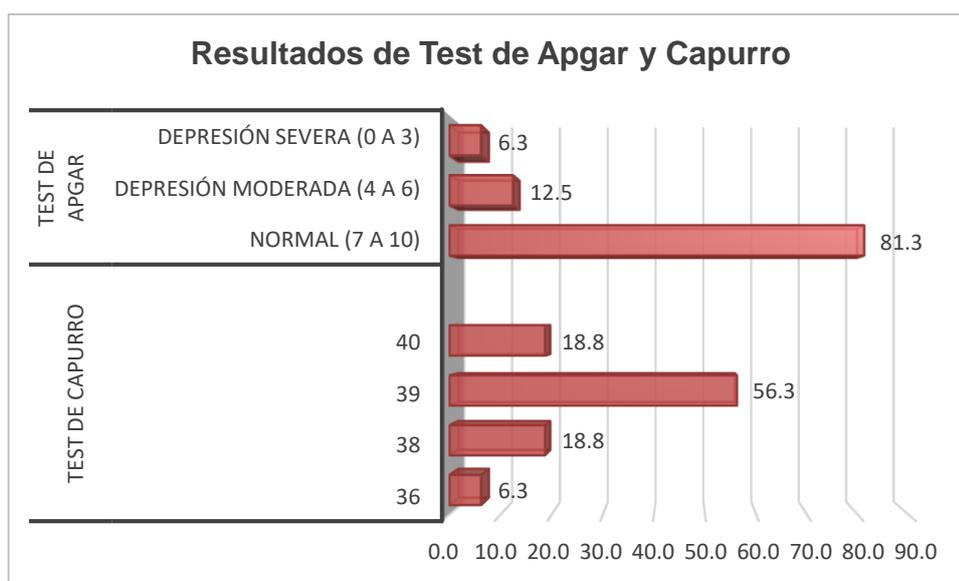
Interpretación

En la tabla y figura 8 se observaron los efectos durante el parto durante la culminación del embarazo de la población en estudio, se determinó que las culminaciones del embarazo en mayor porcentaje se dieron en parto vaginal 68,8% y en menor porcentaje se dieron en cesárea en un 31,3%, al respecto de la duración del parto en mayor porcentaje fueron normales 68,8% y en menor porcentaje fueron prolongados en un 31,3%.

Tabla 9. Efectos evidenciados en el recién nacido después del parto evaluados por el Test de Apgar y el Test de Capurro

Tipo de Test		Frecuencia	Porcentaje
Capurro	36 semanas	1	6.3
	38 semanas	3	18.8
	39 semanas	9	56.3
	40 semanas	3	18.8
	Total	16	100.0
Apgar	Norma I (7 a 10)	13	81.3
	Depresión moderada (4 a 6)	2	12.5
	Depresión severa (0 a 3)	1	6.3
	Total	16	100

Figura 9. Efectos evidenciados en el recién nacido después del parto evaluados por el Test de Apgar y el Test de Capurro



Interpretación

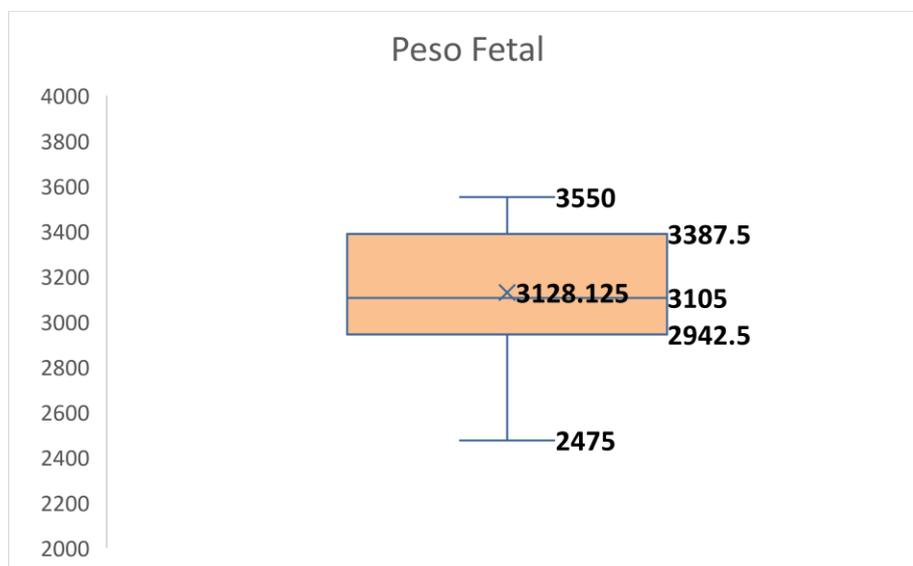
En la tabla y figura 9 se observaron los efectos después del parto de la población en estudio, evaluándose la edad gestacional mediante el test de Capurro y la adaptación del recién nacido al medio mediante el Test de Apgar al nacer. A la evaluación del Test de Capurro, se determinó que el 6,3% (un recién nacido) fue pretérmino, y el 93,7% a término dentro de las 38 a 40

semanas. Asimismo, al Test de Apgar al minuto, se determinó que el 81,3% tuvo un Apgar normal (puntaje entre 7 a 10), el 12,5% presento depresión moderada (puntaje entre 4 a 6) y el 6,3% presentó depresión severa (puntaje entre 0 a 3).

Tabla 10. Efectos evidenciados en el peso del recién nacido de la población en estudio.

Estadístico descriptivos	
n=16	
Mínimo	2475
Máximo	3550
Media	3128.125
DE	292.05

Figura 10. Efectos evidenciados en el peso del recién nacido de la población en estudio.



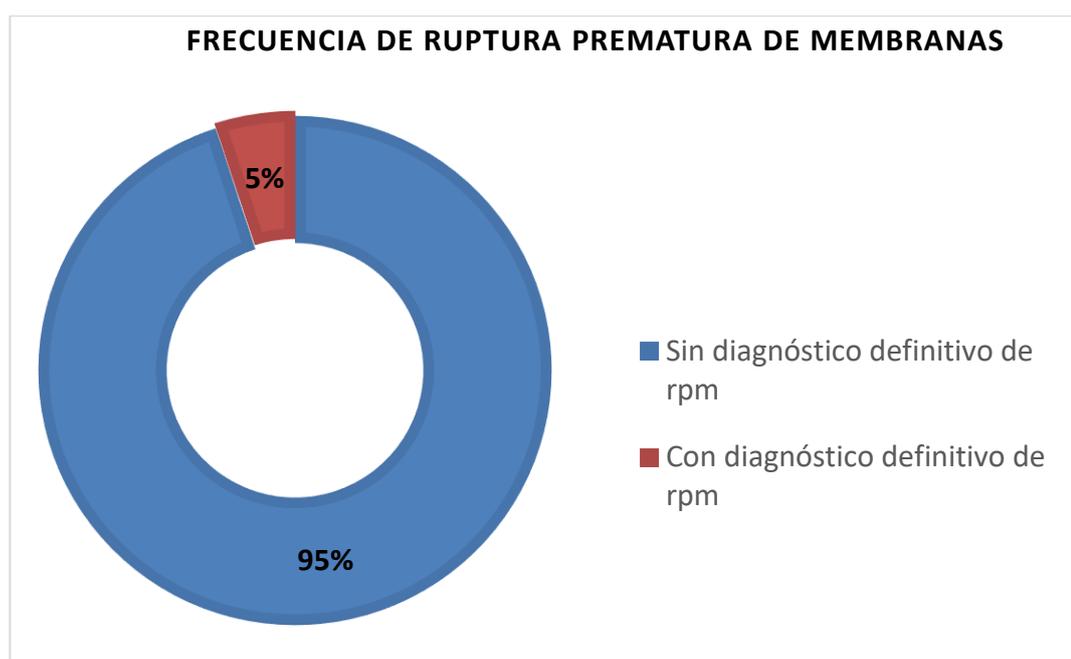
Interpretación.

En la tabla y figura 10 se determinó el peso del feto en la población en estudio, siendo el peso mínimo de 2475gr, el máximo 3550gr, con una media de 3128gr y con una desviación estándar de 292,50gr.

Tabla 11. Frecuencia hospitalaria de ruptura prematura de membranas en Hospital II-1 Tocache, durante el periodo de enero a abril del 2018.

Gestantes ingresadas	Frecuencia	Porcentaje
Sin diagnóstico definitivo de rpm	304	95%
Con diagnóstico definitivo de rpm	16	5%
Total de gestantes atendidas	320	100%

Figura 11 Frecuencia de ruptura prematura de membranas en el periodo de enero a abril del 2018 en el Hospital II-1 Tocache



Interpretación

En la tabla y figura 11, se puede apreciar que del total de 320 gestantes evaluadas en el servicio de emergencia del Hospital II-1 Tocache que son el 100 % de atendidas; 16 gestantes que representa el 5% presentaron un diagnóstico definitivo de ruptura prematura de membranas.

3.2 DISCUSIÓN

Las membranas amnióticas pueden romperse en cualquier instante de la gestación y antes del trabajo de parto, denominándose a este evento “Ruptura prematura de membranas”; patología que pone en riesgo de morbimortalidad a la madre y producto de la concepción, siendo cada vez más inminente cuanto más alejado del término del embarazo se encuentre.

Se determinó la frecuencia del 5% de la presencia de ruptura prematura de membranas en el Hospital II-1 Tocache; frecuencia que coincide con la hallada por Ybaseta J. et al. en el año 2012 quienes encontraron una frecuencia del 5%; sin embargo, otros datos difieren a nuestro estudio como el de Paredes Díaz, quien halló una frecuencia de 3.61%; y el de Quintana Bruno el año 2014 cuyo resultado fue de 7.8%. En cambio, porcentajes menores fueron descritos en el estudio de Gutiérrez y col³⁸ en el Hospital Regional de Ayacucho describiendo una frecuencia del 2,0%; en el estudio de Padilla³⁹ reporta una frecuencia de 2.1%.

En las características sociodemográficas, se contrastaron los resultados con los datos registrados por Quintana Bruno, Edward: En cuanto a la edad materna halló en gestantes menores de 21 años el 38%, de 21 a 34 años el 49,3% y de 35 años a más el 12,7% de los casos. Lupa Apfata, difiere en algunos datos de nuestro estudio, encontrando una edad materna donde el mayor porcentaje es entre 20 a 34 años 62,9%, en menores de 19 años el 21,2% y de 35 años a más el 15,9%.

Asimismo, en los resultados del estado civil Quintana encontró un mayor porcentaje del 71% en convivientes, mientras que en nuestro estudio fue de

75%; difiriendo en el estado civil de casada donde encontró el 8,1% y en nuestro estudio fue del 18,8%. Campos Martínez, coincide en algunos datos donde el 37,17% fueron solteras, el 7,08% casadas y el 55,75% convivientes. Sobre la zona de procedencia, Quintana, demuestra valores inversos a nuestro estudio; donde el mayor porcentaje fueron de la zona urbana siendo el 51.1% y en menor porcentaje de la zona rural 11,3%; mientras que en el estudio encontramos que el mayor porcentaje de casos de ruptura prematura de membranas fueron de la zona rural 43.8% y en menor porcentaje de la zona urbana 25.0%; no difiriendo mucho en las procedentes de la zona urbano – marginal. En la ocupación materna coincidimos con Quintana en que el mayor porcentaje encontrado fueron amas de casa, seguido de estudiantes.

Al analizar los resultados sobre los factores biológicos podemos demostrar en el trabajo que las funciones vitales se encuentran alteradas, correspondiendo a algunos casos febriles por infección; asimismo se identificó un porcentaje relativamente alto de infecciones del tracto urinario 37.5% y un porcentaje mayor de infecciones vaginales 75.0%. Sobre los resultados bioquímicos presenta un 25% de resultados patológicos tanto en los resultados de hemograma y de PCR; los que indican resultados de un proceso inflamatorio que es la manera en que el cuerpo protege a los tejidos cuando ocurre una lesión o una infección. Quintana, también encontró en su investigación un porcentaje mayor de infecciones del tracto urinario durante su gestación actual en 56,1%; mientras que difiere con nuestra investigación en el porcentaje de infecciones vaginales; siendo muy bajo, registrando un 3,6%. Campos Martínez, indico que en su estudio el 51.33% presentó síndrome de flujo

vaginal y el 20.35% infección urinaria, donde el 37.9% presentaron infecciones cervico – vaginal – urinaria,

En la evaluación nutricional de las gestantes en estudio, se encontró un mayor porcentaje entre sobrepeso 25% y obesidad 50% que en su totalidad hacen el grueso de la muestra en estudio; los datos se acercan a los resultados hallados por Quintana, donde encontró en su estudio que las gestantes con sobrepeso durante la gestación representaron el 31,2% y las de sobrepeso el 35,7%. Campos Martínez, por el contrario, encontró un porcentaje mayor con un índice de masa corporal normal 51,33%, con sobrepeso a obesidad el 45,13% y con un porcentaje menor de infrapeso el 3,54%

Entre los factores obstétricos más frecuentes encontrados en la investigación fueron en los antecedentes obstétricos el ser primigesta 43,8%, por lo tanto, también se reflejó en el momento del parto en las nulíparas 50,0%. Asimismo, en los factores durante el embarazo se encontró que fue más frecuente en el embarazo a término, en gestantes controladas y que iniciaron el control prenatal en mayor porcentaje durante el primer trimestre. Quintana en su estudio encontró que la edad gestacional al momento del parto presento una media de 37.1 semanas y en cuanto al número de controles prenatales se evidenció en un mayor porcentaje un control prenatal inadecuado (< 6 controles) 50,2%; siendo el 49,8% restante las que tuvieron de 6 a más controles prenatales. Campos Martínez, en su investigación encontró un porcentaje de 38,94% de primigestas, el 59,29% de multigestas y el 1,77% en gran multigestas; en cuanto a la paridad coincide en presentar el mayor porcentaje en nulíparas 61,06%.

La patología evidenciada en nuestra población fue la anemia con un 18,8%; siendo un porcentaje menor a lo encontrado por Quintana donde el 56,6% de las gestantes con ruptura prematura de membranas presentaron anemia durante la gestación.

Sobre los efectos evidenciados en el recién nacido se describieron durante el parto, siendo los siguientes:

La decisión de la vía de culminación del parto, donde hubo un porcentaje mayor de partos vaginales, terminando un 31,3% en cesáreas; datos que difieren relativamente con los hallados por Quintana, quien encontró que el 73,8% culminaron su gestación en parto vaginal espontáneo, siendo solo el 0,5% vaginal instrumentado; el 23,1% en cambio terminó en cesárea de emergencia y un 2,7% como cesárea electiva.

En cuanto a la duración del parto se consideraron las que terminaron en parto vaginal, que fue en mayor porcentaje; coincidiendo con el estudio de Quintana, donde la duración del parto fue normal en el 67,9%; sin embargo, presenta un porcentaje mínimo de duración precipitada 1,4% y de duración prolongada el 30,7%. El color del líquido amniótico fue en el mayor porcentaje de los casos de color verde fluido, difiriendo con el trabajo de Quintana, quien halló el 80,5% de casos con líquido amniótico color claro, el 10,4% verde claro y el 9,1% verde oscuro

Los efectos evidenciados en el recién nacido después del parto fueron evaluados por el Test de Apgar y el Test de Capurro; donde se tuvo que el 93,9% fueron recién nacidos a término y solo el 6,3% pretermino y en el Apgar se tuvo recién nacidos con depresión moderada el 12,5% y con depresión

severa el 6,3%; coincidiendo a los datos encontrado por Quintana quien dentro del grupo de las gestantes con ruptura prematura de membranas obtuvo puntajes de Apgar al minuto de depresión severa (0 a 3 puntos) en el 5,9% de los casos, depresión moderada (de 4 a 6 puntos) el 8,1% y puntaje normal (de 7 a 10 puntos) el 86%.

3.3 CONCLUSIONES.

1. Las frecuencias de casos de rotura prematura de membranas representaron el 5% de los casos atendidos en el Hospital II – 1 TOCACHE el año 2018.
2. Los factores sociodemográficos más frecuentes encontrados fueron la edad en menores de 20 años, el estado civil fue conviviente, la procedencia rural y la ocupación de ama de casa.
3. Los factores biológicos más frecuentes encontrados fueron el índice de masa corporal de sobrepeso y obesidad; y sobre los antecedentes patológicos se encontraron porcentajes altos de infección urinaria e infecciones vaginales
4. Los factores obstétricos más frecuentes encontrados fue la primiparidad y la presencia de anemia. No se evidencio que el inicio de controles prenatales a tiempo y el cumplimiento de los controles prenatales sean un factor que proteja para la ruptura prematura de membranas.
5. Los efectos evidenciados durante el parto fueron: que el tipo de culminación de elección es la vía vaginal 68.8%, siendo la cesárea una opción 31.3%; la duración del trabajo de parto fue normal en el 68% de los casos y prolongado en el 31,3% y la presencia de líquido amniótico de color verde fluido en el 81,3% de los casos.
6. Se determinó que los efectos en el recién nacido después del parto fueron que se presenta en el 93,9% de gestaciones a término, siendo un 6,3% pretermino; el Apgar fue normal en el 81,3%; presentaron depresión moderada el 12,5% y depresión severa el 6,3%. El peso fue adecuado para la edad gestacional.

3.4 SUGERENCIAS

1. A las autoridades de salud, que mejoren la infraestructura de los establecimientos de salud y proporcionen el equipo adecuado para el manejo de las emergencias obstétricas y las patologías que puedan presentarse.
2. Al personal de salud, que continúen enfatizando el trabajo preventivo, en la identificación temprana de las gestantes, la educación sanitaria continua a las gestantes para que puedan identificar los signos de alarma y acuden de inmediato al establecimiento de salud, y el control prenatal continuo y periódico según las normas vigentes; identificando tempranamente las patologías como la anemia, infecciones vaginales y del tracto urinario.
3. Al personal de salud, que estén en constante capacitación para mejorar la atención de las gestantes y puedan identificar los riesgos para las referencias oportunas.
4. A los investigadores, que amplíen la muestra en las siguientes investigaciones y lo realicen en forma comparativa según las regiones.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Arcaya León, Jeannetth morbilidad neonatal en madres que presentaron ruptura prematura de membranas hospital maría auxiliadora san juan de Miraflores - Perú 2014.
- 2 Romero J, Álvarez G, Ramos J. manejo de ruptura prematura de membranas pretérmino. rev colegio mexicano de especialistas en ginecología y obstetricia. 2010. 175 – 193.
- 3 Ministerio de salud. Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos 2011 – 2012. Primera edición. ASKHA E.I.R.L. Perú; 2013. p. 190. Disponible en: <https://www.unicef.org/peru/spanish/Mortalidad-Neonatal-en-el-Peru-y-sus-departamentos-2011-2012.pdf>
- 4 Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades Méd. César Augusto Bueno Cuadra Epid. MpH. Dra. SP María Victoria Lizarbe Castro Epid. Mag. Jeannette Ávila Vargas-Machuca Lic. Estad. Angelita Rita Cruz Martínez – Jesús María – Perú. 2016
- 5 Ávila Vargas- Machuca, Jeanette. La mortalidad fetal y neonatal en el Perú. Dirección General de Epidemiología Ministerio de SALUD 2015 [Internet] 2015 octubre. Disponible en: <https://cdn2.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/32/2015/12/Jeanette-Avila-Vargas-Machuca.pdf>
- 6 Serrano M, Gómez R y Romero R. Ruptura 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](http://www.hgm.salud.gob.mx/ensenanza/temario/pdf/ruptura%20prematura%20mem.pdf).

- 7 Arcaya León, Jeannette. Morbi-mortalidad neonatal en madres que presentaron ruptura prematura de membranas: Hospital María Auxiliadora. San Juan de Miraflores – 2014. Tesis. Universidad de San Martín de Porres. Perú. 2014
- 8 Coral Linares, Karin Mercedes. Factores de riesgo asociados a sepsis neonatal precoz en el Hospital Vitarte durante el periodo 2011 – 2013. Tesis. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. 2014. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-758218>
- 9 Boletín Estadístico de Nacimientos Perú: 2016 del Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea.
- 10 Garite TJ, Freeman RK. Chorioamnionitis in the preterm gestation. *Obstet Gynecol.* 1982;59:539–45. (Level II-3)
- 11 Aguilar López, Amy Masiel y Vargas León, Isaac Martín. Factores de riesgo materno-fetales asociados a ruptura prematura de membranas en mujeres con embarazo pre término atendidas en el Hospital Victoria Motta de Jinotega de enero diciembre de 2013. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN Managua. Nicaragua. 2015. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/1598/1/90417.pdf>
- 12 Burgos Asencio Wilmer Alejandro. Prevalencia de la Ruptura Prematura de Membranas en edades de 17 a 20 años de edad en el Hospital Maternidad Mariana de Jesús. Del 6 de septiembre del 2012, a febrero del 2013. Tesis. Universidad de Guayaquil. Ecuador. 2013. Disponible en: <https://studylib.es/doc/3652342/tesis-rpm.pdf>

-
- 13 Venegas Toala, María Elizabeth. Incidencia de ruptura prematura de membranas en pacientes primigestas Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo septiembre 2012 a febrero 2013. Tesis. Universidad de Guayaquil. Ecuador. 2013. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/1815>
- 14 Paredes Díaz, Licha Marisol. Factores de riesgo sociodemográficos y obstétricos relacionados a la presencia de ruptura prematura de membranas en gestantes. Hospital Tomás Lafora de Guadalupe. 2015. Tesis. Universidad Cesar Vallejo. Perú. 2017. Disponible en: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/18786/Vera_RLM.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 15 Guadalupe Huamán, Shessira y Oshiro Canashiro, Susana. Factores de Riesgo asociado a parto Pre término en gestantes del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2015. Tesis. Universidad Ricardo Palma. Perú. 2017. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/1072>.
- 16 Díaz Gayosa, Jorge Enrique. Factores de riesgo asociados a ruptura prematura de membranas en gestantes pre término atendidas en el Hospital Vitarte durante el año 2015. Tesis. Universidad Ricardo Palma. Perú. 2017. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/989/1/D%C3%ADaz%20Gayosa%20V%C3%ADctor%20Manuel_2017.pdf
- 17 Campos Martínez, Sandra Vanessa. Factores de riesgo asociados con ruptura prematura de membranas en gestantes pretérmino en el Hospital

-
- Nacional Hipólito Unanue durante el año 2014. Tesis. Universidad Ricardo Palma. Perú. 2016. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/477/1/Campos_s.pdf
- 18 Galván Canta, María Magdalena. Ruptura prematura de membrana en embarazo pretérmino en el Hospital San José de Chincha-Ica marzo 2016. Tesis. Universidad Privada de Ica. Perú. 2016. Disponible en: <http://repositorio.upica.edu.pe/bitstream/123456789/87/3/MARIA%20GALVAN%20-%20RUPTURA%20PREM%20DE%20MEMBRANA%20EN%20EMBARAZO%20PRETERMINO.pdf>
- 19 Cabrera Ramos, Santiago Guillermo. Prevalencia de los Factores de Riesgo Asociados a la Ruptura Prematura de Membranas en Gestantes del Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé en el Periodo enero-diciembre 2014. Tesis. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. 2015. Disponible en : http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4101/Laguena_bj.pdf?sequence=1
- 20 Aguirre Quispe, Luz Mery. Características de las gestantes con ruptura prematura de membranas pretérmino atendidas en el hospital nacional Sergio Bernales – Comas - 2014. Tesis. Universidad San martin de Porres. Perú. 2015. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1580/3/aguirre_l.pdf
- 21 Quintana Bruno Edward Johan. Factores de riesgo maternos asociados a ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto del año 2014. Tesis. Universidad Nacional

-
- de la Amazonia Peruana. Perú, 2016. Disponible en: http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4428/Edward_Tesis_Titulo_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 22 Torres Pita, Magaly Del Pilar. Rotura Prematura de Membranas en el hospital nacional arzobispo Loayza junio – 2015. Tesis. Universidad Privada de Ica. Perú. 2015. Disponible en: <http://repositorio.upica.edu.pe/bitstream/123456789/41/3/MAGALLY%20ODEL%20PILAR%20TORRES%20-%20ROTURA%20PREMATURA%20ODE%20MEMBRANAS.pdf>
- 23 Coral Linares Karin Mercedes. Factores de riesgo asociados a sepsis neonatal precoz en el hospital vitarte durante el periodo 2011 – 2013. Tesis. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. 2014. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-758218>
- 24 Lupa Apfata, Liliana Olimpia. Resultados materno perinatales en gestantes con ruptura prematura de membranas en el Centro Materno Infantil César López Silva – Villa El Salvador 2013. Tesis. Universidad San Martín de Porres. Perú. 2014. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2415/3/lupa_a.pdf
- 25 Ybaseta-Medina J, Barranca-Pillman M, Fernández-Enciso L, VasquezLavarello F. Factores de riesgo asociados a la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2012. Rev méd panacea. 2014 Ene-Abr; 4(1): 13-16.

-
- 26 Tucto Sánchez, Yesica. Factores de riesgo maternos que influyen al parto pretérmino en gestantes adolescentes en el hospital Hermilio Valdizan Medrano- Huánuco octubre 2015- marzo del 2016. Tesis. Universidad de Huánuco. Perú. 2016. Disponible en: <http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/124/Yesica%20Tucto%20S%C3%A1nchez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 27 Tucto Sánchez, Yesica. Factores de riesgo maternos que influyen al parto pretermino en gestantes adolescentes en el hospital Hermilio Valdizán Medrano- Huánuco octubre 2015- marzo del 2016. Tesis. Universidad de Huánuco. Perú, 2016
- 28 Santaya Morón, Paúl Alberto. Factores de riesgo maternos que influyen en la prematuridad de los recién nacidos del hospital regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco, 2015. Tesis. Universidad de Huánuco. Perú. 2015. Disponible en: http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/116/T_047_7_2540451_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 29 Yucra Condori Reyna Isabel; Chara Surco Margot, factores de riesgo asociados a la ruptura prematura de membranas en gestantes del hospital Carlos Monge Medrano 2015, Juliaca – Perú 2015.
- 30 Savranskyb, Juan Andrés Pérez Wuffc, Julian Delgado Gutierrezd, Edson Nunez de Moraise Ranas Paulino Vigilde Gracia A, Ricardo. Guía clínica rotura prematura de membrana de la Federación Latino Americana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. flasog: 2011, guía N° 1(<http://www.sogiba.org.ar/documentos/GC1RPM.pdf>)

-
- 31 Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog) Guía de manejo Ruptura prematura de membranas Herson Luis León González, MD, hospital El Tunal, ESE Manuel Nitola, MD, hospital El Tunal, ESE (<http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%209.%20%20MANEJO%20DE%20RUPTURA%20PREMATURA%20DE%20MEMBRANAS.pdf>)
- 32 Ruptura prematura de membranas pretérmino Guía de Práctica Clínica (GPC) 2015 (<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-RPMP-FINAL-08-10-15.pdf>)
- 33 Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona. ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS A TÉRMINO Y PRETÉRMINO Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona (<https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/rotura-prematura-membranas.html>)
- 34 Schwarcz-Sala-Duverges. Obstetricia. 6ta ed., 5ta reimpression. - Buenos aires: el Ateneo, 2008.
- 35 Gibbs R, Romero R, Hiller SL, Eschenbach DA, Sweet RL. A review of premature birth and subclinical infection. Am J Obstet Gynecol 1992; 166; 1515-28
- 36 Organización Mundial de Salud. Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2016. Washington, D.C. Estados Unidos de América, 2016. Pág. 6,10

-
- 37 Ministerio de Salud. Guía Nacional de Neonatología. Gobierno de Chile. Chile. 2005. p. 467. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/2005_Guia%20Nacional%20de%20neonatologia.pdf
- 38 Gutierrez ME, Martínez PA, Apaza JH. Frecuencia de los factores de riesgo obstétricos en la ruptura prematura de membrana pretérmino, Hospital Regional de Ayacucho, Perú. Rev méd panacea. 2014; 4(3): 70-73. <http://rev.med.panacea.unica.edu.pe>
- 39 Padilla E. Factores de riesgo asociados a rotura prematura de membranas en el Hospital Regional de Loreto de enero a diciembre del 2006 (tesis), Punchana – Maynas – Perú: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2007, 75 p.

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES	METODOLOGÍA
¿Cuáles son los factores más frecuentes que provocan la ruptura prematura de membranas y efectos en el recién nacido en gestantes atendidas en el hospital II – 1 Tocache Setiembre 2017- agosto 2018?	<p>Objetivo General Determinar los factores más frecuentes que provocan la ruptura prematura de membranas y sus efectos en el recién nacido en gestantes atendidas en el hospital II – 1 Tocache. Setiembre 2017- agosto 2018.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar los factores biológicos más frecuentes de las gestantes que provocan la ruptura prematura de membrana en la muestra en estudio Identificar los factores sociales más frecuentes de las gestantes que provocan la ruptura prematura de membrana en la muestra en estudio. Identificar los Factores obstétricos más frecuentes de las gestantes que provocan la ruptura prematura de membrana que acuden al servicio de emergencia en el Hospital II-1 Tocache. Identificar los efectos de la ruptura prematura de membranas más frecuentes en el recién nacido durante el parto. Identificar los efectos de la ruptura prematura de membranas más frecuentes en el recién nacido después del parto. Determinar la frecuencia hospitalaria de ruptura prematura de membranas en Hospital II-1 Tocache, durante el periodo de recolección de datos. 	<p>HI: Existen factores frecuentes que provocan la ruptura prematura de membranas y efectos en el recién nacido de las gestantes atendidas en el hospital II – 1 Tocache. Setiembre 2017- agosto 2018</p> <p>HO: No existen factores frecuentes que provocan la ruptura prematura de membranas y efectos en el recién nacido de las gestantes atendidas en el hospital II – 1 Tocache. Setiembre 2017- agosto 2018</p> <p>Hipótesis secundarias</p> <p>Los factores sociales que provocan la ruptura prematura de membranas tienen efectos en el recién nacido de las gestantes atendidas en el hospital II – 1 Tocache. Setiembre 2017- agosto 2018</p> <p>Los factores biológicos que provocan la ruptura prematura de membranas tienen efectos en el recién nacido de las gestantes atendidas en el hospital II – 1 Tocache. Setiembre 2017- agosto 2018</p> <p>Los factores obstétricos que provocan la ruptura prematura de membranas tienen efectos en el recién nacido de las gestantes atendidas en el hospital II – 1 Tocache. Setiembre 2017- agosto 2018</p> <p>Identificar los efectos de la ruptura prematura de membranas más frecuentes en el recién nacido después del parto.</p> <p>Determinar la frecuencia hospitalaria de ruptura prematura de membranas en Hospital II-1 Tocache durante el periodo de recolección de datos.</p>	<ol style="list-style-type: none"> Ruptura Prematura de Membranas Factores frecuentes: Infecciones urinarias Infecciones cervico vaginal Sociales efectos en el RN 	<p>EDAD GESTACIONAL DEL RPM</p> <p>RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS</p>	<p>RPM A TERMINO CON EG>37ss</p> <p>RPM PRETERMINO CON EG<37ss</p> <p>EFECTOS EN EL RN.</p>	<p>Tipo de investigación: DESCRIPTIVO SIMPLE</p> <p>Nivel de investigación: Descriptivo</p> <p>Método general: Inducto</p> <p>Método Básico: Descriptivo</p> <p>Diseño de investigación Fue observacional, no experimental y descriptivo.</p> <p>M -----O</p> <p>M: Se trabajó con el total de la población que cumplieron con los criterios de inclusión, siendo un total de 16 gestantes.</p> <p>Población</p> <p>La población estuvo conformada por el total de gestantes que acudieron al servicio de emergencia del Hospital II – 1 Tocache durante el periodo de setiembre 2017 a agosto 2018, siendo un total de 320 gestantes.</p> <p>Instrumento: ficha de recolección de datos</p> <p>Instrumento: ficha de recolección de datos (alpha de cronbach)</p>

ANEXO 2

Operacionalización de variables

TIPO DE VARIABLE	VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	TIPO	ESCALA DE MEDICION	VALOR O CATEGORÍA
Independiente	Factores más frecuentes de RPM	Son los factores que aumentan la probabilidad de producir la ruptura prematura de membranas	Sociodemográficos		Edad materna	Nominal	1. Adolescente: < de 20 años 2. Edad reproductiva: De 20 a 34 años 3. Añosa > de 35 años
					Estado civil	Nominal	1. Soltera 2. Conviviente 3. Casada 4. Divorciada 5. Viuda
					Grado de instrucción	Nominal	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Técnica
					Zona de procedencia	Nominal	1. Urbano 2. Urbano-marginal) 3. Rural
					Ocupación obstétrica	Nominal	1.Ama de casa 2.Estudiante 3.Comerciante 4.Profesional 5.Obrera
			Biológicos		Funciones Vitales	Nominal	1.Temperatura 2.Presión arterial 3.Frecuencia cardiaca 4.Respiración
				Evaluación nutricional	Índice de masa corporal	ordinal	1. IMC bajo (< 19,8) 2. IMC normal (19,8 a 26,0) 3. Sobrepeso (26.1 a 29.0) 4. Obesidad (> 29.0)

Independiente			Patologías materna	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes • Anemia • ITU • Infecciones vaginales 	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
			Resultados de laboratorio bioquímicos	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma • PCR 	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patológico 2. No patológico
		Obstétricos	Antecedentes obstétricos	Número de gestaciones	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primigesta 2. Segundigesta 3. Tercigesta 4. Multigesta 5. Granmultigesta
				Paridad	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nulípara 2. Primípara 3. Secundípara 4. Multípara 5. Gran Multípara
				Abortos	Ordinal	Cuantificado
			Embarazo actual	Edad gestacional		Media de la edad gestacional
				Controles prenatales		Media de número de controles prenatales
				Inicio del control prenatal		Edad gestacional
Dependiente	Efectos en el recién nacido		Efectos en el parto	Vía de culminación		Cesárea Vaginal
				Duración del parto		Normal Patológico
				Características del líquido amniótico		Claro Verde fluido meconial
			Efectos después del parto	Apgar		
				Peso		
				Capurro		

ANEXO 3

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO FACULTAD DE OBSTETRICIA FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Factores más frecuentes que provoca la ruptura prematura de membranas en pacientes que acuden por emergencia al hospital II – 1 TOCACHE setiembre 2017 – agosto 2018

(N° de historia clínica):

Sociales:

1. Edad materna (en años):
() < de 20 años () b. De 20 a 34 años () c. > de 35 años
2. Estado civil:
a. Soltera b. Conviviente c. Casada d. Divorciada e. Viuda
3. Grado de instrucción:
a. Analfabeta b. Primaria c. Secundaria d. Técnica e. Universitaria
4. Zona de procedencia:
a. Urbano b. Urbano-marginal c. Rural
5. Ocupación:
a. Ama de casa b. Estudiante c. Otros: Especificar.....
6. Tabaquismo
a. Si () b. No ()

Obstetricos:

7. Número de gestaciones:
a. Primigestas b. Segundigesta c. Tercigesta d. Multigesta
8. Paridad:
a. Nulípara b. Primípara c. Secundípara d. Multípara e. Gran Multípara
9. Número de abortos...
10. Partos pretérmino previos:
a. Si b. No
11. Edad gestacional durante parto:ss
a. Menos de 37 ss b. De 37 – 41 ss c. De 42 a más ss
12. N° de controles prenatales: Edad gestacional
De 1° Control: Edad gestacional
De 2° Control: Edad gestacional
De 3° Control: Edad gestacional
De 4° Control: Edad gestacional
De 5° Control: Edad gestacional
De 6° Control: Edad gestacional
De 7° Control: Edad gestacional
De 8° Control: Edad gestacional
De 9° Control: Edad gestacional
13. Periodo intergenésico:
14. Antecedente de rpm anterior.
a. Si () b. No ()

15. Embarazo múltiple actual:
 a. Si () b. No ()
16. Polihidramnios:
 a. Si () b. No ()
17. Presentación fetal:
 a. Cefálica () b. Podálica ()
18. Tipo de culminación de embarazo:
 a. Vaginal () b. Cesárea ()
19. Duración del parto:
20. Líquido amniótico meconial:
- a. Si () b. No ()
21. Apgar al nacer:
- a. Al 1° minuto:
- b. Al 5° minuto:
22. Sexo del neonato:
 a. Masculino () b. Femenino ()
23. Peso del neonato:
24. Talla del neonato:
25. Capurro del neonato.

Biológicos:

26. IMC en gestación:
1. IMC bajo () 2. IMC normal ()
3. Sobrepeso () 4. Obesidad ()
27. Infección del tracto urinario en gestación
 a. Si () b. No () c. leu/c.....
28. Infección vaginal en gestación.
29. a. Si () b. No ()
30. Hemograma patológico.
 a. Si () b. No ()
31. PCR reactivo.
 a. Si () b. No ()
32. Anemia gestacional: Hb:g/dl
 a. Si () b. No ()
33. Diabetes mellitus:
 a. Si () b. No ()
 Tipo:



RESOLUCIÓN N° 008-2018-UNHEVAL/FOBST-D.

Huánuco, 10 de enero de 2018.

VISTO:

El FÚT N° 0369832, de fecha 26.DIC.2017, presentado por el alumno TUCTO PALOMINO, Neyll; mediante el cual solicita aprobación de exclusividad de tema y nombramiento del asesor;

CONSIDERANDO:

Que, el alumno de la Facultad de Obstetricia TUCTO PALOMINO, Neyll, solicita nombramiento del Asesor y la exclusividad de tema para el Proyecto de Investigación titulado: "FACTORES MÁS FRECUENTES QUE PROVOCAN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y EFECTOS EN EL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL II – 1 TOCACHE. PERIODO ENERO – ABRIL 2018";

Que, con Proveído N° 001-DUI/FOBST-UNHEVAL-2018, de fecha 03.ENE.2018, la Directora Encargada de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia, opina FAVORABLE la exclusividad de tema;

Que, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL, Capítulo IV de la Modalidad de Tesis, Art. 14° señala: "El alumno que va a obtener el título profesional por la modalidad de tesis debe presentar (...), solicitando al Decano de la Facultad el nombramiento de un Asesor de Tesis (...);

Que, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL, Capítulo V del Asesor de Tesis, Art. 29° señala: "El asesor deberá trabajar conjuntamente con el alumno para planificar el proceso de asesoría, esto es, clarificar los propósitos de la asesoría y elaborar la estrategia de trabajo, la lista de actividades a realizar, el cronograma para cumplir dichas actividades y el sistema de verificación de logros. Además definirá un compromiso de trabajo que deberá cumplirse de acuerdo a lo pautado. En resumen, es el responsable del contenido y calidad de la tesis", y;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26 de agosto de 2016;

SE RESUELVE:

- 1° **APROBAR** como exclusividad el título de Proyecto de Investigación: "FACTORES MÁS FRECUENTES QUE PROVOCAN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y EFECTOS EN EL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL II – 1 TOCACHE. PERIODO ENERO – ABRIL 2018", del alumno **TUCTO PALOMINO, Neyll**; el mismo que deberá ser registrado en la Dirección de la Unidad de Investigación luego de la aprobación del Proyecto de Tesis.
- 2° **NOMBRAR** a la **Mg. Digna A. Manrique De Lara Suárez, Asesora** del alumno **TUCTO PALOMINO, Neyll**, para la elaboración de su Proyecto de Investigación, así como la orientación de su desarrollo.
- 3° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y al interesado.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
FACULTAD DE OBSTETRICIA

Dra. Mary L. Maque Ponce
DECANA

Distribución: DUIFO, Asesora, Interesado y Archivo.



RESOLUCIÓN N° 076-2019-UNHEVAL/FOBST-D.

Huánuco, 28 de marzo del 2019

VISTO:

La Solicitud N° 0450352 de fecha 27.DIC.2018 presentado por el ex alumno de la Facultad de Obstetricia Neyll TUETO PALOMINO;

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. 18° 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, el ex alumno de la Facultad de Obstetricia Neyll TUETO PALOMINO solicita designación del tercer jurado para la revisión del Informe final del Proyecto de Investigación titulado: "FACTORES MAS FRECUENTES QUE PROVOCAN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y EFECTOS EN EL RECIÓN NACIDO. HOSPITAL II-1 TOCACHE. SETIEMBRE 2017 – AGOSTO 2018", bajo el asesoramiento de la Mg. Digna MANRIQUE DE LARA SUÁREZ, quien informa la culminación del Informe final del Proyecto de Investigación 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;

Que, siendo el proceso misional 01.3 del Sistema de Gestión de Calidad – UNHEVAL y siendo el indicador F1-PM-01.3.2 un indicador de calidad que requiere el Registro del número de participación como jurado de tesis por docente, corresponde el registro a la Comisión de Grados y Títulos, y;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26 de agosto de 2016;

SE RESUELVE:

1° **DESIGNAR** dictaminadores de Jurado de la Tesis titulada: "**FACTORES MAS FRECUENTES QUE PROVOCAN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y EFECTOS EN EL RECIÓN NACIDO. HOSPITAL II-1 TOCACHE. SETIEMBRE 2017 – AGOSTO 2018**", presentado por el ex alumno de la Facultad de Obstetricia **Neyll TUETO PALOMIN**, debiendo el jurado estar integrado de la siguiente manera, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución.

PRESIDENTE	:	Dra. Nancy CASTAÑEDA EUGENIO
SECRETARIA	:	Dra. Clara FERNANDEZ PICÓN
VOCAL	:	Mg. Rosario DE LA MATA HUAPAYA
ACCESITARIA	:	Dra. Mitzi QUIÑONEZ FLORES

2° **DISPONER**, que los docentes designados informen al Decano acerca de la suficiencia del Proyecto de Tesis en un plazo que no exceda los quince días hábiles.

3° **DISPONER** que la Comisión de Grados y Títulos, registre el número de participación como jurados de tesis por docente.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
FACULTAD DE OBSTETRICIA

Dra. Nancy L. Magno Rojas

Regístrese, comuníquese y archívese.

Distribución: Jurados, Asesora, Interesado, Com. GyT y Archivo.

**SOLICITA: AUTORIZACIÓN PARA
EJECUCIÓN DE PROYECTO
DE INVESTIGACION PARA
OPTAR TITULO PROFECIONAL
DE OBSTETRICIA.**

TOCACHE 23 – 07 - 2018

Señor Dr. WILDER VASQUEZ ALVA

Director ejecutivo de la red de servicios de salud 403 Tocache - San Martín

YO. TUCTO PALOMINO NEYLL, identificado con DNI N°48120860, domiciliado en El departamento de Huánuco, provincia Huánuco, distrito de Huánuco, actualmente *cursando* el INTERNADO de la carrera de Obstetricia en el hospital II – 1 Tocache – San Martín del Pregrado de la Universidad Nacional HERMILIO VALDIZAN .

Que siendo interno de obstetricia del HOSPITAL II – 1 TOCACHE Solicito a usted que disponga la autorización para ejecución del proyecto de investigación “FACTORES MAS FRECUENTES QUE PROVOCAN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y EFECTOS EN EL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL II – 1 TOCACHE. SETIEMBRE 2017- AGOSTO 2018” y Proyecto de Tesis para optar el Título profesional de OBSTETRICIA.” en la cual pido que me brinde toda las facilidades para realizar dicha investigación.

El cual ha sido autorizado por la Universidad, y cuenta con Opinión Favorable para su ejecución.

Por tanto, ruego a usted acceda a mi petición por ser autoridad de justicia.

Atentamente,

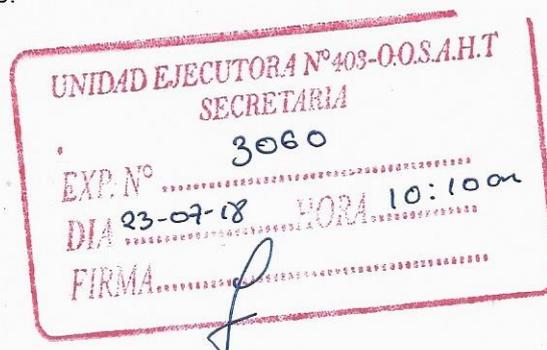
NEYLL TUCTO PALOMINO

DNI: 48120860

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN

Adjunto a la presente:

1. Resolución de aprobación de tesis.
2. Título de proyecto



“AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL”

CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN
PARA EJECUTAR PROYECTO
DE
INVESTIGACIÓN

Por medio de la presente hago constar que el Alumno **NEYLL TUCTO PALOMINO** identificado con DNI: 48120869 egresado de la Facultad de Obstetricia de la **UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO – HUANUCO** ha sido aceptado para realizar la Ejecución de Proyecto de Investigación y Tesis con el Título de **FACTORES MAS FRECUENTES QUE PROVOCA LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y EFECTOS EN EL RECIEN NACIDO. HOSPITAL II – 1 TOCACHE - periodo de enero a abril del 2018 – San Martin – Perú.**

30, de agosto del 2018



GOBIERNO REGIONAL SAN MARTÍN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
Dirección Sub Regional de Salud Alto Huallaga

[Handwritten Signature]
Obst. Melby Alda Mosquera Portella
DIRECTORA (e)
HOSPITAL II - 1 TOCACHE



ESCALA DICOTÓMICA PARA VALORAR
INSTRUMENTOS
OPINIÓN DE JUECES REVISORES



Título de la investigación: " FACTORES MAS FRECUENTES QUE PROVOCAN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y EFECTOS EN EL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL II – 1 TOCACHE. SETIEMBRE 2017- AGOSTO 2018."

JUEZ REVISOR: Mg. María del Pilar Melgarejo.

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

OBSERVACIONES:.....

.....

.....

.....

Mg. María del Pilar Melgarejo.

DNI:.....22503110.

TELEF.....962663204



ESCALA DICOTÓMICA PARA VALORAR
INSTRUMENTOS
OPINIÓN DE JUECES REVISORES



Título de la investigación: " FACTORES MAS FRECUENTES QUE PROVOCAN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y EFECTOS EN EL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL II – 1 TOCACHE. SETIEMBRE 2017- AGOSTO 2018."

JUEZ REVISOR: Mg. Ibeth Sánchez Figueroa

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. El instrumento tiene estructura lógica	(✓)	()
3. La secuencia de presentación es óptima	()	(✓)
4. El grado de complejidad de los ítems es aceptable.	(✓)	()
5. Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.	(✓)	()
6. Los reactivos (operacionalización de variables) reflejan las fases de la elaboración del proyecto de investigación.	(✓)	()
7. El instrumento establece la totalidad de los ítems de la operacionalización de variables del proyecto de investigación.	(✓)	()
8. Las preguntas permiten el logro de los objetivos.	(✓)	()
9. Las preguntas permiten recoger la información para alcanzar los objetivos de la investigación.	(✓)	()
10. Las preguntas están agrupadas de acuerdo a las dimensiones del estudio.	(✓)	()
TOTAL	<i>18</i>	

Observaciones:

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

Ibeth Sánchez Figueroa
Mg. Ibeth Sánchez Figueroa
DNI: 22499099
TELEF. 950458416



ESCALA DICOTÓMICA PARA VALORAR
INSTRUMENTOS
OPINIÓN DE JUECES REVISORES



Título de la investigación: " FACTORES MAS FRECUENTES QUE PROVOCAN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y EFECTOS EN EL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL II – 1 TOCACHE. SETIEMBRE 2017- AGOSTO 2018."

JUEZ REVISOR: Mg. Antonia Jerí Guerra

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

OBSERVACIONES:.....

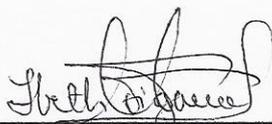
.....


.....
Mg. Antonia Jerí Guerra
DNI: 22424381
TELEF: 918 512 832

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Quién suscribe Mg: Ibeth Sanchez Figueroa mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos de la tesis titulado "FACTORES MAS FRECUENTES QUE PROVOCAN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y EFECTOS EN EL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL II – 1 TOCACHE. SETIEMBRE 2017- AGOSTO 2018, elaborado por el tesista de la Facultad de Obstetricia: Neyll Tucto Palomino, reúnen los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y por tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

Huánuco, 03 de febrero de 2018



Mg: Ibeth Sanchez Figueroa

DNI.....22499099.....

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Quién suscribe Mg: Maria del Pilar Melgarejo, mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos de la tesis titulado " FACTORES MAS FRECUENTES QUE PROVOCAN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y EFECTOS EN EL RECIÉN NACIDO. HOSPITAL II – 1 TOCACHE. SETIEMBRE 2017- AGOSTO 2018, elaborado por el tesista de la Facultad de Obstetricia: Neyll Tucto Palomino, reúnen los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y por tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.

Huánuco, 03 de febrero de 2018



Mg: Maria del Pilar Melgarejo

DNI.....22503110.....