

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

FACULTAD DE OBSTETRICIA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**“FACTORES ASOCIADOS A RUPTURA PREMATURA DE
MEMBRANA EN GESTANTES. HOSPITAL MATERNO INFANTIL
CARLOS SHOWING FERRARI - HUÁNUCO 2017”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
OBSTETRA**

TESISTAS

**Bach. Gladys SOTELO CALIXTO
Bach. Mary Elena ZEVALLOS SILVA**

ASESOR

Dr. León ROCANO ROJAS

HUÁNUCO – PERÚ

2019

DEDICATORIA

La presente investigación va dedicada a Dios todo poderoso quien nos ilumina y guía día a día en el camino para no desviarnos de su sendero y ser buenos profesionales.

A mis padres por su amor, su apoyo incondicional y ánimo constante, que siempre nos ofrecen para lograr uno de nuestros objetivos, que es ser profesional.

Mary Elena Zevallos Silva.

A Dios, por guardarme y darme la fortaleza para continuar y actuar sabiamente en todo paso que doy en mi vida.

A mis padres, quienes estuvieron pendiente por mi bienestar y educación, que me dio todo lo que pudo dentro de sus posibilidades, sin reproche y siendo mi apoyo en todo momento.

Gladys Sotelo Calixto.

AGRADECIMIENTO

A Dios todopoderoso por bendecirnos y guiarnos en todo el proceso de aprendizaje de nuestra vida y formación profesional.

A nuestro asesor de tesis Obstetra León Rocano Rojas, por su orientación, apoyo y corrección de nuestra labor científica para la realización de esta tesis.

A todos nuestros docentes que nos brindaron sus enseñanzas durante nuestra formación académica y humanística en la carrera profesional de Obstetricia.

A nuestras familias por apoyarnos en todo momento.

INDICE

DEDICATORIA.....	.iii
AGRADECIMIENTO.....	.iv
INDICE.....	.v
RESUMEN.....	.x
SUMMARY.....	.xii
INTRODUCCIÓN.....	.xiv

CAPITULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 Identificación y Planteamiento del problema.....	17
1.2 Formulación del problema.....	22
- Problema Principal.....	22
1.3 Formulación de objetivos.....	23
- Objetivo General.....	23
- Objetivos Específicos.....	23
1.4 Justificación e importancia de la investigación.....	24
1.5 Limitaciones de la investigación.....	25

CAPITULO II

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de estudios realizados.....	26
2.2 Bases teóricas y científicas.....	35
2.3 Definición de términos básicos.....	59
2.4 Formulación de Hipótesis.....	62

2.4.1.Hipótesis General.....	62
2.5 Identificación de Variables.....	63
- Variable Independiente.....	63
- Variable Dependiente.....	63
2.6 Definición Operacional de Variables Dimensiones e Indicadores.	64

CAPITULO III

3 MARCO METODOLÓGICO

3.1 Nivel y Tipo de investigación.....	68
3.2 Diseño y Método de la Investigación.....	69
3.3 Determinación de la Población y Muestra.....	69
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	71
3.5 Técnicas de procesamiento, análisis de datos.....	71

CAPITULO IV

4. RESULTADOS

4.1 Relato y descripción de la realidad observada.....	74
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	95
RECOMENDACIONES.....	97
CONCLUSIONES.....	98
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
ANEXOS.....	108

INDICE DE TABLAS

Tabla 01. Medidas de las edades de las gestantes con ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Carlos Showing Ferrari. Durante el año 2017.	74
Tabla 02. Grado de instrucción de las gestantes con ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Carlos Showing Ferrari. Durante el año 2017.	75
Tabla 03. Estado civil de las gestantes con ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Carlos Showing Ferrari. Durante el año 2017.	76
Tabla 04. Lugar de procedencia de las gestantes con ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Carlos Showing Ferrari. Durante el año 2017.	77
Tabla 05. Edad gestacional de las gestantes con ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Carlos Showing Ferrari. Durante el año 2017.	78
Tabla 06. Numero de gestación de las gestantes con ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Carlos Showing Ferrari. Durante el año 2017.	79
Tabla 07. Controles prenatales de las gestantes con ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Carlos Showing Ferrari. Durante el año 2017.	80
Tabla 08. Antecedentes de ruptura prematura de membranas de las gestantes con ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Carlos Showing Ferrari. Durante el año 2017.	81
Tabla 09. Infección del tracto urinario de las gestantes con ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Carlos Showing Ferrari. Durante el año 2017.	82
Tabla 10. Infección de transmisión sexual de las gestantes con ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Carlos Showing Ferrari. Durante el año 2017.	83
Tabla 11. Gestantes con ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Carlos Showing Ferrari. Durante el año 2017	84

INDICE DE FIGURAS

	Pag.
Figura 01. Edad	74
Figura 02. Grado de instrucción	75
Figura 03. Estado civil	76
Figura 04. Lugar de procedencia	77
Figura 05. Edad gestacional	78
Figura 06. Numero de gestación	79
Figura 07. Control prenatal	80
Figura 08. Antecedentes de ruptura prematura de membranas	81
Figura 09. Infección del tracto urinario	82
Figura 10. Infección de transmisión sexual	83
Figura 11. Ruptura prematura de membranas	84

ACRONIMOS

PRM	ruptura prematura de membranas
PRMP	ruptura prematura de membranas pretermino
CPN	control prenatal
H _i	hipótesis de investigación
H _o	hipótesis nula
MINSA	ministerio de salud
EG	edad gestacional
SDR	síndrome dificultad respiratoria
DPPNI normoinsertada	desprendimiento prematuro de placenta

RESUMEN

FACTORES ASOCIADOS A RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA EN GESTANTES. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI- HUÁNUCO, 2017”.

Objetivo: Determinar los factores asociados a la ruptura prematura de membrana en gestantes atendidos en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari – Huánuco 2017. **Material y método:** El Presente trabajo de investigación fue no experimental, descriptivo, analítico y relacional de corte transversal. La población corresponde a 1336 gestantes y se estudiaron 87 gestantes con diagnóstico de ruptura prematura de membrana. **Resultados:** Los factores asociados a la ruptura prematura de membrana que prevalecen son las características generales que presentaron las gestantes en el presente estudio fueron: edad joven (18- 29) 55.2%, grado de instrucción secundaria 52.2%, estado civil conviviente 59.2%, lugar de procedencia rural 59.8%.

Factores obstericos: edad gestacional a término 71.3%, numero de gestación multigesta 56.3%, control prenatal con más de 6 controle maternas, antecedentes de ruptura prematura de membranas 71.3% las que no tuvieron antecedentes.

Factores infecciosos: infección de tracto urinario (bacteriuria asintomática) 36.8%, infección de transmisión sexual (vaginosis bacteriana) 32.2%.

Conclusiones: Los factores asociados a la ruptura prematura de membrana que prevalecen son las características generales que presentaron las gestantes en el presente estudio fueron: edad joven (18- 29) 55.2%, grado de instrucción secundaria 52.2%, estado civil conviviente 59.2%, lugar de procedencia rural 59.8%.

Factores obstericos: edad gestacional a término 71.3%, numero de gestación multigesta 56.3%, control prenatal con más de 6 controle maternas, antecedentes de ruptura prematura de membranas 71.3% las que no tuvieron antecedentes.

Factores infecciosos: infección de tracto urinario (bacteriuria asintomática) 36.8%, infección de transmisión sexual (vaginosis bacteriana) 32.2%.

Palabras clave. Ruptura Prematura de Membranas.

SUMMARY

FACTORES ASOCIADOS A RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA EN GESTANTES. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI- HUÁNUCO, 2017”.

Objective: To determine the factors associated with premature membrane rupture in pregnant women seen at the Hospital Materno Infantil Carlos Ferrari - Huánuco 2017. Material and method: The present research work was non-experimental, descriptive, analytical and relational cross-sectional. The population corresponds to 1336 pregnant women and 87 pregnant women with diagnosis of premature membrane rupture were studied. Results: The factors associated with the premature rupture of the membrane that prevail are the general characteristics that the pregnant women presented in the present study were: young age (18-29) 55.2%, secondary education 52.2%, civil status 59.2%, place of rural origin 59.8%.

Obstetric factors: gestational age at term 71.3%, number of gestations multigesta 56.3%, prenatal control with more than 6 maternal controls, history of premature rupture of membranes 71.3% those who had no history.

Infectious factors: urinary tract infection (asymptomatic bacteriuria) 36.8%, sexually transmitted infection (bacterial vaginosis) 32.2%. Conclusions: The factors associated with the premature rupture of the membrane that prevail are the general characteristics that the pregnant women presented in the present study were: young age (18-29) 55.2%, secondary education 52.2%, civil status 59.2%, place of rural origin 59.8%.

Obstetric factors: gestational age at term 71.3%, number of gestations multigesta 56.3%, prenatal control with more than 6 maternal controls, history of premature rupture of membranes 71.3% those who had no history.

Infectious factors: urinary tract infection (asymptomatic bacteriuria) 36.8%, sexually transmitted infection (bacterial vaginosis) 32.2%.

Keywords. Premature rupture of membranes.

INTRODUCCIÓN

Con respecto a la salud materna, la mortalidad materna es uno de los indicadores sanitarios que más claramente evidencia la inequidad y la exclusión social, el bajo nivel de accesibilidad a los servicios de salud, la inequidad de género para la toma de decisiones, el poco respeto a los derechos humanos y el limitado acceso a los servicios sociales.¹

En países como el nuestro, a inicios de los años 90, la mortalidad materna era 100 veces más alta que en los países desarrollados, y esto afectaba principalmente a las mujeres pobres, y más vulnerables. Estos índices de mortalidad demostraban la poca capacidad de negociación y autodeterminación de las mujeres.²

Asimismo, ponían en evidencia las diferencias existentes entre las zonas rurales y urbanas, ya que la posibilidad de morir en zonas rurales era mucho mayor que en las zonas urbanas. A principio de los años 80, se comenzó a prestar atención a la situación de morbilidad y mortalidad materna en los países de menor desarrollo.

La importancia va a radicar en el aumento de la morbilidad y mortalidad materno fetal ya que un tercio de las madres desarrollaran infecciones graves y en los fetos van a llevar a patologías que son propias de la prematuridad como el aumento de las malformaciones (síndrome de Potter)³. Dentro de las causas que se han logrado describir en la literatura evidenciamos la presencia de infecciones, el nivel socioeconómico, presencia de RPM anterior,

metrorragia, cirugía ginecológica previa, embarazo múltiple, etc. Trayendo consigo que el parto se pueda presentar antes del término de la gestación⁴. Existen variadas complicaciones propias del feto que es importante recalcar en primer lugar la infección conocida como sepsis neonatal, la prematuridad, síndrome de dificultad respiratoria y depresión neonatal, que se ven aumentadas por la incidencia de asfixia perinatal, por la infección fetal, compresión funicular por oligoamnios, DPP, presentaciones distócicas, prolapso de cordón.⁴

La ruptura prematura de membranas es la salida de líquido amniótico por el canal endocervical y vagina antes del inicio del trabajo de parto, pero después de las 22 semanas de gestación.⁵

Se subdivide en: Ruptura Prematura de Membranas pre término lejos del término (22 a 34 semanas), Ruptura Prematura de Membranas pre término tardío (34 a 36 semanas).⁶

El inicio espontáneo del trabajo de parto posterior a la ruptura prematura de membranas a término ocurre en 24 horas: 79% de las gestantes inicia el trabajo de forma espontánea en 12 horas y 21% de las gestantes en 24 horas, independientemente del estado en que se encuentre el cuello uterino.⁷ La etiología es desconocida en la mayoría de los casos, sin embargo se han identificado varias condiciones predisponentes citamos:

Alteración de las propiedades físicas de las membranas; son más delgadas y tienen menos elasticidad y resistencia, existe un desequilibrio entre el

colágeno y la elastina por aumento de la actividad enzimático proteasa.
Infección cérvico vaginal intrauterina, siendo la vía de infección ascendente.⁸

CAPITULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Identificación y planteamiento del problema

La ruptura prematura de membranas (RPM) es la ruptura espontánea de las membranas corioamnióticas producidas antes del inicio del trabajo de parto, en una gestación posterior a las 22 semanas de gestación.⁹ La ruptura de membranas antes del parto y de las 37 semanas de gestación se conoce como ruptura prematura pretérmino de membranas.^{6,10} Su importancia radica en que está asociada a casos de parto pretérmino, conllevando a un alto riesgo de morbilidad y mortalidad materna y neonatal constituyendo así un problema de salud pública.¹¹

Haciendo una comparación entre las edades gestacionales en que se presenta esta complicación la ruptura prematura de membranas en un embarazo a término se produce en el 8% de las gestaciones, en estos casos por lo general, el parto suele comenzar de manera inmediata, de modo que en el 95% de pacientes terminan dando a luz en menos de 3 días; por el contrario, la ruptura prematura de membranas en embarazos pretérminos es mucho menos frecuente: ocurre en el 2-4% de las gestaciones y el tiempo de latencia es decir el intervalo de tiempo hasta el parto suele ser de una semana o más. Este tiempo tiende a ser mayor cuanto menor es la edad gestacional en el momento de la ruptura.¹¹

Según la Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal esta complicación obstétrica se presenta con una frecuencia del 4-18% de los partos y es causa del 50% del parto pretérmino y contribuye con el 20% de todas las muertes perinatales. En embarazos a término se suele presentar en un 16-21% y en un embarazo pretérmino entre un 15-45% lo cual representa entre el 18-20% del total de los RPM. ¹²

El factor asociado a la ruptura prematura de membranas se ha estudiado desde tiempo atrás, pero aún no se conoce con exactitud cuál es la causa de esta complicación obstétrica, se dice que es multifactorial y varía con la edad gestacional. A medida que la ruptura ocurre a menor edad gestacional se observa una mayor asociación con la infección del corion/decidua, aunque en algunos casos es difícil saber si la infección es la causa o es secundaria a la ruptura de las membranas.

En cambio las rupturas de membranas a mayor edad gestacional se asocian más con disminución del contenido de colágeno en las membranas. Además de estos factores ya señalados, otros factores asociados a ruptura prematura de membranas son: bajo nivel socioeconómico, tabaco, enfermedades adquiridas por transmisión sexual, partos pretérminos anteriores, labor de parto pretérmino en semanas anteriores en el actual embarazo, conización cervical por tratamientos al cuello del útero, polihidramnios, embarazos múltiples, amniocentesis, cerclaje del cuello del útero y sangrados vaginales durante el actual embarazo, enfermedades pulmonares durante el embarazo,

bajo índice de masa corporal y recientemente se ha demostrado que la deficiencia de la suplementación con Vitamina C y E, la anemia son factores de riesgo.^{6,12,13,14}

La ruptura prematura de membranas (RPM) se produce en el 10% de las gestaciones, y la ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP) ocurre en el 3% y se asocian a un 30-40% de los casos de prematuridad.^{22,23}

Esta patología obstétrica puede afectar a todos los embarazos y complicar los mismos con mayor riesgo de morbilidad materno perinatal, entre las principales complicaciones tenemos: corioamnionitis, infección posparto, desprendimiento prematuro de placenta, sepsis materna, membrana hialina, sepsis neonatal, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante, mayor compromiso neurológico y mayor riesgo de compresión de cordón umbilical, etc.²²

Es una causa importante de morbilidad materna y se le ha relacionado hasta con un 10% de la mortalidad perinatal. La frecuencia y severidad de las complicaciones neonatales después de la RPMP varían de acuerdo a la edad gestacional. Existe, además, riesgo de corioamnioitis, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI) (4-12%), y compresión del cordón umbilical debido al oligohidramnios.^{24,26,27}

El riesgo de infección se eleva con la disminución de la edad gestacional al momento de la RPM y con el tiempo de duración de la latencia. La corioamnioitis se presenta del 13 al 60% en pacientes con RPMP lejos de

término, y la endometritis posparto complica del 2 al 13% de estos embarazos. El riesgo de sepsis materna es del 0.8% y de muerte de 0.14%. El riesgo de muerte fetal es del 1-2% en la RPMP lejos de término y está relacionada con infección y compromiso del cordón umbilical.^{24,25,27}

En embarazos a término, la apoptosis, la activación de enzimas catabólicas como las colagenasas y fuerzas mecánicas resultan en la ruptura de membranas. La RPMP probablemente ocurre por la prematura activación de estas vías y también está relacionada a procesos patológicos vinculados con infección o inflamación.^{27,28}

Los riesgos más importantes para el feto con RPMP son las complicaciones de la prematurez. El síndrome de dificultad respiratoria (SDR) es la complicación más seria en todas las edades gestacionales antes del término. La enterocolitis necrotizante (ENC), hemorragia intraventricular y sepsis son poco comunes en la RPMP cerca de término. La sepsis perinatal es 2 veces más común en la RPMP, en comparación con los recién nacidos pretérmino, después del parto con membranas intactas.^{17,22,23}

La RPMP y la infección intrauterina han sido asociadas a daño neurológico fetal y con posibilidad de daño a la sustancia blanca cerebral. Se ha reportado mayor incidencia de hemorragia intraventricular, leucomalacia periventricular, displasia broncopulmonar, parálisis cerebral y muerte neonatal en fetos expuestos a infección intrauterina. Se considera que existe una relación entre la infección subclínica intraamniótica y estas complicaciones neonatales graves, ya que estudios realizados en humanos y animales sugieren una asociación entre las concentraciones elevadas de

citoquinas proinflamatorias en el líquido amniótico incluyendo la interleucina 1, 6 y estas complicaciones neonatales.^{18,20,24}

En Latino América aproximadamente uno de cada 7 nacimientos es prematuro por ruptura prematura de membranas y ésta desencadena situaciones con un gran impacto en la morbilidad y mortalidad maternoperinatal y mientras más temprano se presenta en el embarazo, más funesto es su efecto y si su periodo de latencia es mayor de 48 horas, las consecuencias son más severas.²⁵

En Cuba en el año 2013, un estudio realizado por Sánchez y colaboradores, halló que el 22% presentó síndrome de distrés respiratorio y enfermedad de membrana hialina; el 60% de los que continuaron con una conducta expectante por más de 8 días luego de culminado el tratamiento antimicrobiano tuvieron sepsis neonatal; el 50% presentó enfermedad de membrana hialina luego de 8 días de administrados los inductores de la madurez pulmonar fetal.²⁶

En el Perú (2014), un estudio realizado por Miranda, obtuvo resultados maternos en 34,5% (49 casos), donde la coriamnionitis fue más frecuente 23,9%(34 casos). Hubo resultados perinatales en 32,4% (46 casos), donde el síndrome de dificultad respiratoria fue el resultado perinatal más frecuentes.²⁷

1.2 Formulación del problema

Problema principal

- ¿Cuáles son los factores asociados a la ruptura prematura de membrana en gestantes atendidos en el Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari” - Huánuco, 2017?

Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características generales: edad materna, grado de instrucción, estado civil y lugar de procedencia de las gestantes atendidas en el hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari” - Huánuco, 2017?
- ¿Cuáles son los factores obstétricos: edad gestacional, número de gestación, antecedentes de ruptura prematura de membranas y control prenatal que condicionan la ruptura prematura de membranas en las gestantes atendidas en el hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari- Huánuco, 2017?
- ¿cuáles son los factores infecciosos: infección del tracto urinario, infección de transmisión sexual que condicionan la ruptura prematura de membranas en las gestantes atendidas en el hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari- Huánuco, 2017?

1.3 Formulación de objetivos

Objetivo General

- Determinar los factores asociados a la ruptura prematura de membrana de gestantes atendidos en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari – Huánuco, 2017.

Objetivos Específicos

- Identificar las características generales: edad materna, grado de instrucción, estado civil, lugar de procedencia de las gestantes atendidas en el hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari – Huánuco, 2017.
- Conocer los factores obstétricos: edad gestacional, número de gestación, antecedentes de ruptura prematura de membranas, control prenatal que condicionan la ruptura prematura de membranas de las gestantes atendidas en el hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari – Huánuco, 2017.
- Identificar el factor infeccioso: infección del tracto urinario, infección de transmisión sexual que condicionan la ruptura prematura de membranas de las gestantes atendidas en el hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari – Huánuco, 2017.

1.4 Justificación e importancia de la investigación

- **A nivel teórico**

El estudio se justifica a nivel teórico debido a que mediante su abordaje contribuirá a fortalecer con conocimientos a las teorías sobre cuidados culturales: Teoría de la diversidad y la universalidad.

Asimismo, se justifica también debido a la escasa existencia de trabajos específicos dirigidos a determinar mediante datos exactos cuales son los factores asociados a la ruptura prematura de membranas en nuestra realidad, por lo que se plantea esta tesis. Y, nuestros resultados servirán para revisar, desarrollar o apoyar conceptos en futuros estudios.

- **A nivel práctico**

Es importante este tema de investigación sobre todo, como ya se mencionó, a nivel local con el fin de orientar las intervenciones en salud (vigilancia epidemiológica) con base en evidencia local. El estudio corresponde a la línea de investigación de Cuidados desde el proceso de obstetricia: Cuidados humanizados.

- **A nivel metodológico**

La investigación ayudará a la elaboración de nuevos instrumentos de Recolección de datos sobre todo relacionada a las variables de factores obstétricos e infecciosos, que influyen en la ruptura prematura de membranas, como también se tuvo en cuenta la adaptación local de los instrumentos. De igual modo, se tendrá en

cuenta la forma adecuada de selección y recolección de los datos, evitando sesgos.

La oportuna identificación de los factores de riesgo a la Ruptura Prematura de Membrana y el conocimiento de su fisiopatología contribuyen a la disminución de muertes maternas y perinatales; el presente estudio es importante porque brindará conocimientos actuales sobre los factores asociados a la ruptura prematura de membrana en nuestra localidad, ya que existen muy pocas investigaciones actualizadas y publicadas a nivel local que estudien el comportamiento de dichos factores de riesgo, además la frecuencia elevada de este problema durante mi internado me motivó a la realización de esta investigación.²⁸

1.5 Limitaciones de la investigación

Estará limitado por:

1. La demora de los trámites para la obtención de los permisos por parte de la Dirección del hospital.
2. Falta de personal administrativo. Para la atención de los documentos.
3. Las historias clínicas incompletas e ilegibles.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de estudios realizados:

Antecedentes internacionales

- Padilla p, cristina p., rojas p. lizabeth t. (Ecuador – 2016); investigó sobre “prevalencia de la ruptura prematura de membranas y la vía de finalización del parto en el hospital Vicente corral Moscoso, período 2014.” La investigación tuvo como objetivo; Establecer la prevalencia de ruptura prematura de membranas y la vía de terminación del parto según la variante de ruptura. Se realizó un estudio con diseño transversal se recopiló información de 360 historias clínicas de maternas atendidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca, durante el 2014. Obteniendo como resultado; La prevalencia de RPM fue del 8.2% (7.4 – 9.05). La edad promedio fue de 24.0 ± 6.2 años entre un rango de 14 a 44. El 46% cursó la secundaria, el 69% se dedica a actividades domésticas y el 61% reside en zona urbana. La rotura de membranas a término ocurrió en el 66%, la rotura prolongada en el 20% y la rotura pre-término en el 12%. El 71% terminó su parto vía vaginal y el 28% mediante cesárea. El parto vaginal fue más frecuente en rotura de membranas a término ($P = 0.0005$) y la cesárea en rotura pre-término ($P = 0.002$). En rotura prolongada, la frecuencia fue similar. Conclusión: La prevalencia de rotura prematura de membranas y la vía de

terminación del parto, están dentro de las cifras reportadas por la literatura en estudios similares nacionales y extranjeros. Las variantes de RPM no parecen influenciar sobre la terminación del parto. ²⁹

- Rasti, Ali, Taghiri, Behrashi y Mousavie, (Irán - 2014), desarrollaron una investigación denominada “Vaginal Candidiasis Complications on Pregnant Women”, con la finalidad de determinar la prevalencia de *C. albicans* en mujeres embarazadas y también determinar las consecuencias de la infección en el embarazo. Este estudio de seguimiento se llevó a cabo en 150 mujeres embarazadas con edad gestacional de 16 a 36 semanas con parto prematuro o de término. Los resultados indicaron que la prevalencia de candidiasis vaginal en mujeres embarazadas fue de 49 (32,7%), el 35% de los pacientes con trabajo de parto prematuro y el 31,8% con trabajo a término fueron infectados con *C. albicans*. De las 12 mujeres embarazadas con RPM, cuatro mujeres mostraron resultados positivos de *C. albicans*, mientras que, en 138 de las madres sin RPM, *C. albicans* se encontró en 45 (32,6%). Entre las 29 madres que tuvieron recién nacidos con bajo peso, el 17,2% fueron positivas para la infección por *C. albicans*, mientras que de 121 madres con los recién nacidos de edad gestacional apropiados, 44 (36,4%) mostraron infecciones por *C. albicans* ($P = 0,08$). Finalmente no se encontraron relaciones significativas entre las infecciones por *C. albicans* y el trabajo de parto prematuro y ruptura prematura de membranas y bajo peso al nacer ($P = 1$, $P = 0,08$). Concluyeron que no se encontró relación

significativa entre la candidiasis y el parto prematuro y RPM y bajo peso al nacer.³⁰

- Zhou, Zhang, Xu, Liang, Ruan y Zhou, (China – 2014), desarrollaron una investigación llamada “Risk factors for preterm premature rupture of membranes in Chinese women from urban cities”, con el objetivo de investigar la prevalencia de ruptura prematura de membranas en zonas urbanas de China y examinar los factores de riesgo asociados. Realizaron un estudio poblacional prospectivo en 14 ciudades de China, donde participaron 112439 mujeres, los factores de riesgo se analizaron mediante un análisis de varianza unidireccional. Los resultados indicaron que 3077 (2,7%) tenían RPM, el análisis univariado mostró un aumento del riesgo de RPM antes de 28 semanas de embarazo en mujeres migrantes (OR=2,25), en aquellos con antecedentes de abortos recurrentes inducidos (OR=2,75), y en aquellos con antecedentes de parto prematuro (OR=3,90). Concluyeron entonces que la migración como resultado de la urbanización, las altas tasas de aborto inducido y el parto prematuro son factores potenciales de riesgo para la RPM en las mujeres chinas.³¹
- Hackenhaar A, et al. (Brasil – 2014); investigó sobre “Rotura prematura de las membranas fetales: asociación con factores sociodemográficos e infecciones genitourinarias de la madre”. La investigación tuvo como objetivo investigar la incidencia de la ruptura prematura de membranas fetales en embarazos de feto único pretérmino y su asociación con factores sociodemográficos e infecciones genitourinarias autoinformadas

por la madre. Utilizó un estudio transversal basado en la población, que incluyó a todas las madres de recién nacidos de partos únicos que se produjeron en 2010, con peso al nacer ≥ 500 gramos, que residían en la ciudad de Río Grande. Las mujeres fueron entrevistadas en las dos maternidades. Los casos fueron mujeres que habían perdido líquido amniótico antes de la hospitalización y cuya edad gestacional era inferior a 37 semanas. El análisis estadístico fue realizado por niveles para controlar los factores de confusión usando la regresión de Poisson. Los resultados hallados fueron; de las 2.244 mujeres elegibles para el estudio, 3.1% tuvieron ruptura prematura de membranas fetales, que fue más frecuente, después del ajuste, en mujeres de nivel socioeconómico más bajo (proporción de prevalencia [RP] = 1.94), con menor nivel de escolaridad (PR = 2.43), edad > 29 años (PR = 2.49) y fumadores (PR = 2.04). También se asoció con aborto espontáneo amenazado (RP = 1.68) y parto prematuro (PR = 3.40). No hubo asociación con la infección del tracto urinario materno o la presencia de secreción genital. Concluyendo que; en las mujeres puerperales con un nivel de escolaridad más bajo, un nivel socioeconómico más bajo, mayores y fumadores, así como también aquellas con antecedentes de aborto espontáneo y parto prematuro. Estos factores deben considerarse en el enfoque de prevención, diagnóstico y terapia.³²

Antecedentes nacionales

- Flores M, Jaquelin E. (Lima – 2016). Investigó sobre. “Factores de riesgo asociados a la ruptura prematura de membranas en embarazos

pretérminos atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo Enero-diciembre, 2015". Tuvo como objetivo: Determinar la asociación entre los factores de riesgo: infección cervicovaginal, infección del tracto urinario, antecedente de cesárea, anemia gestacional, antecedente de parto pretérmino; con la ruptura prematura de membranas en embarazos pretérminos comprendidos entre las 22 y 36 semanas de edad gestacional atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal, durante el periodo enero-diciembre 2015. Utilizo un estudio: casos y control, transversal, retrospectivo, basado en la revisión de 140 historias clínicas de gestantes que presentaron diagnóstico de ruptura prematura de membranas en embarazo pretérmino y 140 que no presentaron este diagnóstico, comprendido entre las 22 y 36 semanas de gestación, durante el periodo de enero a diciembre del 2015. Para realizar este estudio se revisaron historias clínicas de gestantes con datos completos, la información fue procesada y se realizó un análisis bivariado y multivariado en base al cálculo del Odds ratio y de los intervalos de confianza al 95%. Los resultados hallados fueron: De 140 casos (gestantes con RPM) y 140 controles (gestantes sin RPM), se encontró que la infección cervico- vaginal, $p=0.286$ con un $OR_c = 0.68$ e IC 95 % (0.334-1.38) y con $p= 0.202$ con un $OR_a = 0.618$ y un IC 95% (0.295-1.294), infección del tracto urinario $p=0.137$ con un $OR_c = 0.637$ e IC 95 % (0.352-1.153) y con $p= 0.073$ con un $OR_a = 0.564$ y un IC 95% (0.301-1.055) , antecedente de parto pretérmino $p=0.544$ con un $OR_c = 0.781$ e IC 95 % (0.351-1.735) y con $p= 0.926$ con un $OR_a = 1.041$ y un IC 95% (

0.440-2.465), no tuvieron significancia estadística en el análisis bivariado y multivariado respectivamente. La anemia gestacional con un (ORc: 2,153 IC95: 1,315 – 3,524) $p=0.002$ y con un (ORa =2.386 e IC95:1.433-3.973) $p=0.001$ si tuvo significancia estadística al igual que el antecedente de cesárea con un $p = 0.048$ (ORc: 0,562 IC95: 0,318 – 0,994 $p<0.05$). $p=0.030$ y con un (ORa =0.513 e IC95:0.280-0.938) tanto en el análisis bivariado como en el multivariado respectivamente. Concluyendo que: No se encontró asociación ni significancia estadística entre la infección cervico-vaginal, infección del tracto urinario, antecedente de parto pre término con el RPM en embarazo pretérmino. Si se encontró asociación y significancia estadística con la anemia gestacional constituyéndose como un factor de riesgo para esta complicación obstétrica. El antecedente de cesárea se consideró factor protector para la RPM en embarazos pretérminos. ³³

- Laguna J., el 2015 en Lima realizó una investigación denominada “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”, bajo la finalidad de determinar la prevalencia de los factores de riesgo maternos asociados a ruptura prematura de membranas. Fue un estudio no experimental, descriptivo-transversal, cualitativo, siendo 109 casos de gestantes con diagnóstico de RPM, donde un 62.4% tenía RPM en condición pretérmino y 37.6% con RPM a término. Los resultados reflejaron que los factores de riesgo más frecuentes fueron el control

prenatal insuficiente (57.8%), infección cervico-vaginal (42.2%), infección urinaria (31.2%) y en menor frecuencia se encontró la presentación fetal diferente 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%). En base a lo anterior concluyó que los factores de riesgo más frecuentes fueron el control prenatal insuficiente, infección cervico-vaginal y la infección urinaria. ³⁴

- Ignacio E. Katherine. (lima – 2015), Investigó sobre. “factores gineco – obstétricos e infecciosos que condicionan la ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el hospital ventanilla provincia constitucional del callao 2014”. Tuvo el objetivo: Determinar los factores gineco - obstétricos e infecciosos que condicionan la ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el hospital Ventanilla Provincia Constitucional del Callao 2014. Utilizo un estudio de tipo analítico: caso - control, retrospectivo y de corte transversal. Población: estuvo conformada por 2868 gestantes. Muestra: estuvo conformada por 132 gestantes con diagnóstico de RPM y 132 gestantes sin RPM. Para el análisis de los resultados de cálculo χ^2 con una prevalencia de 0.05, y Odds Ratio (OR), con intervalo de confianza 95% Los resultados hallados fueron: Los factores gineco – obstétricos e infecciosos que condicionan a la ruptura prematura de membranas en el presente estudio fueron: los factores gineco – obstétricos: multigesta 55.3%; multíparas 47.7%; los deficientes controles prenatal 34.8%; no control prenatal 36.4%, periodo intergenésico menor de 3 años 46.2%; y los factores infecciosos:

infecciones del tracto urinario 63.6% y las infecciones de transmisión sexual 22.7% teniendo las siguientes características generales: edad materna: las añosas 36.4%; grado de instrucción secundaria 43.9% estado marital: unión libre 84.8%; lugar de procedencia rural 49.2%; registrados en las historias clínicas del hospital. Concluyendo que; Los factores gineco – obstétricos e infecciosos que condicionan con mayor frecuencia a la ruptura prematura de membranas en el presente estudio fueron: factor gineco – obstétricos: periodo intergenésico menor de 3 años y factor infeccioso: las infecciones del tracto urinario. ³⁵

Antecedentes regionales

- ORNETA M, Glenny L. (Huanuco-2016), Investigó sobre “factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el servicio de obstetricia del hospital tingo maría”. La investigación tuvo como objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados al parto pretérmino en el servicio de obstetricia del Hospital Tingo María, del periodo de enero a diciembre del 2016. Metodología: Observacional, retrospectiva, longitudinal y analítico. Con diseño caso y control. Resultados: El 51.4% de los casos (parto pretérmino) proceden de zonas urbanas y un 48.5% proceden de zonas rurales. Mientras que el 65.7% de los controles (parto a término) proceden de zonas urbanas y un 34.2% de zonas rurales. Se evidencia que el mayor porcentaje fue representado por las gestantes convivientes en un 51.4% de los casos (parto pretérmino). Mientras que el 68.5% de los controles (parto a término) también fueron convivientes. El grupo de casos (parto pretérmino) el mayor porcentaje fue representado por las

gestantes con un grado de instrucción secundaria con un 48.5%. Mientras que en el grupo control (parto a término) también se evidenció que el grado de instrucción secundaria tuvo la mayor proporción con un 65.7%. Conclusiones: En relación a los Factores de riesgo Maternos se pudo evidenciar que el antecedente de un aborto previo, la Infección del tracto urinario, Pre eclampsia y la Anemia son factores de riesgo para el parto pretérmino. En relación a los Factores de riesgo Ovulares se evidencio que la ruptura prematura de membrana y la placenta previa son factores de riesgo para el parto pretérmino. Palabras claves: parto pretérmino, factores, maternos, ovulares, fetales. ³⁶

2.2 Bases teóricas y científicas

1. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

1.1 Definición:

Es la pérdida de continuidad de las membranas corio-amnióticas antes del inicio del parto, independientemente que se produzca antes del término, a término o después del término. ³⁷

1.2 Causas

Infección materna

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

Infección de vías urinarias.

Infección del tracto genital bajo (cervicovaginitis)

El muestreo directo de líquido amniótico ha demostrado la presencia de microorganismos en un porcentaje significativo de pacientes con Ruptura Prematura de Membranas y/o trabajo de parto pretérmino. ³⁸

Infección de transmisión sexual.

Infección intrauterina (corioamnionitis).

PH vaginal

La vaginosis bacteriana es frecuente en mujeres con ruptura de membranas, ya que el pH vaginal es mayor de 4.5 y se ha encontrado que esto aumenta al triple el riesgo de Ruptura Prematura de Membranas.

Microorganismos como la *N. gonorrhoeae*, el estreptococo y los anaerobios modifican el pH ácido normal de la vagina, asociándose a Ruptura Prematura de Membranas. Los anaerobios lo aumentan por la eliminación de los lactobacilos.

Se ha informado que la colonización de la vagina por gérmenes atípicos produce trabajo de parto pretérmino por estimulación del metabolismo del ácido araquidónico en las células del amnios y esto genera aumento subsecuente de las prostaglandinas E2.³⁹

Incompetencia cervical

La presencia de dilatación cervical silente con una gran proporción de las membranas expuestas a bacterias vaginales aumentaría el riesgo de infección en la paciente y, por tanto la probabilidad de Ruptura Prematura de Membranas. Se ha encontrado aumento notorio de corioamnionitis en pacientes a quienes se les realizó cerclaje tardíamente. De ellas 52% tuvo Ruptura Prematura de Membranas posteriormente. Tanto el material de sutura como la manipulación cervical aumentan el riesgo de Ruptura Prematura de Membranas secundaria a reacción de cuerpo extraño y a un incremento de prostaglandinas, respectivamente.

Procedimientos prenatales especiales

- Biopsia de vellosidades coriónicas.
- Amniocentesis.

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

Exploraciones cervicales

Aumentan el riesgo por estimular la síntesis de prostaglandinas o causar contaminación bacteriana de las membranas ovulares.⁴⁰

Déficit nutricional

Se ha encontrado que deficiencias maternas de algunos oligoelementos y vitaminas tienen relación con la Ruptura Prematura de Membranas. La vitamina C y el cobre son importantes para el metabolismo y la maduración normal del colágeno.

Las concentraciones de ácido ascórbico son: baja 0.2 mg/dl; intermedia 0.2 a 0.59 mg/dl; y adecuada igual o mayor a 0.6 mg/dl. Se encontró Ruptura Prematura de Membranas en 15% de las pacientes con concentraciones menores de 0.2 mg/dl y 1.5 % en pacientes con concentraciones mayores de 0.6 mg/dl.

Las concentraciones de zinc tienen un papel importante en la actividad antimicrobiana y antiviral del líquido amniótico. Sikoski y col. postularon la deficiencia de zinc como mecanismo de patogenia de Ruptura Prematura de Membranas por las siguientes razones:

- Producción deficiente de proteínas esenciales.
- Inducción de muerte celular.
- Ruptura prematura de membranas
- Alteración de la reacción mediada por células.
- Patrones anormales de contracción.
- Alteración de la síntesis de prostaglandinas.
- Mayor susceptibilidad a infecciones vaginales.

El cobre es un componente esencial de muchos procesos enzimáticos; por tanto, concentraciones bajas pueden alterar la maduración del colágeno y disminuir la producción de elastina. ⁴¹

Tabaquismo

El tabaquismo afecta, en primer lugar, el estado nutricional global, en particular por disminuir el ácido ascórbico. Altera la inmunidad materna produciendo una menor respuesta del sistema inmunitario materno a las infecciones virales y bacterianas. En segundo lugar, el tabaquismo reduce la capacidad del sistema inmune para activar los inhibidores de las proteasas, lo que hace a las membranas más susceptibles a la infección.

En un estudio multicéntrico se encontró relación entre amenaza de parto pretérmino, el tabaquismo y la hemorragia genital durante el embarazo y la Ruptura Prematura de Membranas. Se observó que existía un riesgo de 2.1

veces más Ruptura Prematura de Membranas en mujeres que continuaron fumando durante el embarazo.

La hemorragia produce irritabilidad y aumento de la presión interna del útero, lo que se asoció con contracciones prematuras y desprendimiento placentario. Se propuso la nicotina como factor causal, pues genera constricción arteriolar, que posteriormente causa isquemia residual.⁴²

Coito

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

Concentraciones de prolactina

Se observó que pacientes con Ruptura Prematura de Membranas tenían una concentración mucho mayor de prolactina en las membranas coriónicas. La prolactina participa en la regulación del medio fetal, lo cual está asociado con la regulación de la osmolaridad, volumen y concentración de los electrolitos en el líquido amniótico. Por tanto, la prolactina quizá participe en cambios de las propiedades elásticas de las membranas ovulares mediante su efecto sobre el contenido de agua y de electrolitos en las membranas.⁴³

Otras

- Antecedente de Ruptura Prematura de Membranas o parto pretérmino.

- Antecedente de procedimientos quirúrgicos cervicouterinos.
- Trastornos patológicos de la placenta (placenta previa, desprendimiento o inserción marginal del cordón).
- Síndrome de Ehlers-Danlos: Grupo de enfermedades hereditarias del tejido conectivo, con manifestaciones que incluyen esfacelación facial, piel frágil e hiperextensible, laxitud articular y Ruptura Prematura de Membranas. Pueden heredarse diversos tipos del síndrome en forma recesiva ligada al cromosoma X, autonómica dominante o recesiva; con una incidencia del 83 %. ⁴⁴
- Embarazos múltiples.
- Hiperdistensión uterina (polihidramnios).

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

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

- Disminución del contenido de colágeno por déficit en su síntesis o por aumento de la actividad colagenolítica o proteolítica.
- Reducción de la fuerza tensil y de la elasticidad de las membranas.

- Delaminación y adelgazamiento de las membranas.
- Cambios inflamatorios y degenerativos.

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

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

Vía ascendente desde la vagina o el cérvix o disminución hematógena a través de la placenta.

Vía retrograda desde el peritoneo por las trompas o introducción accidental por procedimientos quirúrgicos.

La vía ascendente es la más común y se comprueba porque: los gérmenes encontrados en el líquido amniótico son los mismos que se encuentran en el tracto vaginal.

La corioamnionitis histológica es más frecuente en el sitio de rotura que por lo general este vecino al cuello, en el embarazo gemelar la corioamnionitis histológica se ve solo en el primer feto. ⁴⁵

1.3. Epidemiología

Según Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica, la ruptura prematura de membranas (RPM) en promedio se presenta en el 10.7% de los embarazos; donde además el 94% de los fetos se encuentran maduros y un 20% de estos son casos de RPM prolongada. Se sabe también que aquellos fetos con peso entre 1000 y 2500 g., conforman casi el 5% del total y que aproximadamente el 50% de estos, son casos de RPM prolongada, mientras que los fetos inmaduros (menores a 1000g) conforman el 0.5% y cerca de 75% de los casos son prolongados. ⁴⁶

La Guía de Práctica Clínica de Ecuador refiere que en Europa del 5 al 9% de los nacimientos, son pretérmino y en Estados Unidos se encuentra de 12 a 13%, para América Latina, datos estadísticos de algunos hospitales de la región señalan que los partos pretérmino son de 11% al 15%; de los cuales un 25 al 30% de estos son producto de RPM. ⁴⁷

Tiene importantes repercusiones en los resultados peri natales, siendo la causa de más del 30% de los partos pretérmino, la causa de un 10 % de mortalidad peri natal. Las decisiones que se tomen pueden representar mayor o menor riesgo de infección pudiendo determinar diferentes tipos de intervenciones para terminar el embarazo.

Existen controversias en cuanto a la conducta de manejo, sobre todo si hay que inducir el parto o tomar una actitud expectante, si hay que utilizar antibióticos o no, y sobre la utilización o no de útero inhibidores, corticoides y antibióticos.

1.4. Etiopatogenia

La etiología de la Ruptura Prematura de Membranas es desconocida en la mayoría de los casos. ⁴⁸ Sin embargo, se han identificado varias condiciones predisponentes:

Alteración de las propiedades físicas de las membranas.

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

La literatura es consistente en señalar que las membranas de los embarazos con Ruptura Prematura de Membranas son más delgadas y tienen menos elasticidad y resistencia que aquellas que permanecen íntegras hasta su rotura durante el trabajo de parto. Por otra parte, se ha comunicado que las proteasas locales elaboradas por fibroblastos, macrófagos y bacterias, juegan un rol en la remodelación molecular de la membrana corioamniótica.

Se ha demostrado que la actividad proteasa está aumentada y que existen bajas concentraciones de alfa 1 anti tripsina (A1AT) en el líquido amniótico (LA) de embarazos con Ruptura Prematura de Membranas. Además, se ha aislado una proteína anti proteasa en orina y pulmón fetales, lo que apoya la idea de una participación fetal en la protección de la integridad de las membranas.

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 líquido amniótico estando las membranas ovulares rotas o íntegras, pero el oligoamnios favorece la colonización del líquido amniótico 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, cordocentesis, transfusiones intrauterinas).

Diferentes autores han señalado que el líquido amniótico tiene actividad bacteriostática, la que se encuentra disminuida en pacientes con Ruptura Prematura de Membranas e infección intramniótica, pudiendo constituir éste un factor primario predisponente a la colonización bacteriana.

Evidencias estadísticas demuestran una relación entre Ruptura Prematura de Membrana y coito previo (hasta las 4 semanas precedentes). Lavery y Miller plantearon que el líquido seminal disminuye la resistencia de las membranas por acción prostaglandínica, colagenolítica y por adhesión de

bacterias al espermio que transportaría a los gérmenes a través del canal endocervical.

Condiciones clínicas asociadas

La mayoría de las "condiciones asociadas a la Ruptura Prematura de Membranas" determinan una tensión excesiva de las membranas ovulares.

Elas son:

- Polihidroamnios
- Embarazo gemelar
- Malformaciones uterinas
- Tumores uterinos

En el caso de 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.

El tabaquismo materno aumentaría el riesgo de rotura ovular a través de favorecer la quimiotaxis de neutrófilos que secretan elastasa. Inactivaría además la alfa 1 anti tripsina, fenómeno cuya intensidad se relaciona directamente con la cantidad de cigarrillos fumados. En un estudio

colaborativo prospectivo, Naeye observó 10.460 pacientes en las cuales Ruptura Prematura de Membranas se produjo con una frecuencia tres veces mayor en fumadoras respecto de no fumadoras.⁴⁹

FISIOPATOLOGÍA DE LA ROTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS

Malak y colaboradores a través del estudio microscópico de membranas ovulares lograron definir una zona de morfología alterada extrema, caracterizada por un engrosamiento de la capa compacta, fibroblástica, esponjosa y reticular, reflejando desorganización del colágeno, edema, depósito de material fibrinoide, con un adelgazamiento en la capa trofoblástica y decidua.⁴⁵ Lei y cols determinaron que en esta zona ocurrían fenómenos de apoptosis (muerte celular programada) en epitelio amniótico, degradación de la fracción ribosomal 28s y activación de metaloproteínasas.

Es probable que diferentes agentes (infecciosos, hormonales, paracrinós, etc.) activen diversos mecanismos que causen esta alteración morfológica, favoreciendo la formación de un sitio de rotura a nivel supracervical, antes del inicio del trabajo de parto. La rotura prematura de membranas es un fenómeno multifactorial.

Estadios de la infección:

Son las diferentes instancias anatómicas que los gérmenes van invadiendo.⁴⁵

Estadio I: 17 excesivo crecimiento de gérmenes facultativos o presencia de gérmenes patológicos en cuello o vagina (vaginítis).

Estadio II: los gérmenes ganan la cavidad uterina y se ubican en la decidua (deciduitis).

Estadio III: los gérmenes ganan la cavidad (amnionitis), los vasos fetales (coriovasculitis) y/o el corion y el amnios (corioamnionitis).

Estadio IV: los gérmenes llegan al feto (neumonitis, bacteriemia, sepsis).

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 líquido amniótico por la vagina. En ocasiones es necesario recurrir a procedimientos complementarios.

El primero de ellos es la especuloscopia, que permite apreciar salida de líquido amniótico 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 se mencionan a continuación:

- **Cristalización en hojas de helecho:** la presencia de líquido amniótico 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 líquido amniótico.

- PH del fornix vaginal posterior: el pH vaginal fluctúa normalmente entre 4,5 y 5,5, mientras que el del líquido amniótico 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 líquido amniótico, 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 medio no utilizamos este método.⁵⁰
- Evaluación ultrasonográfica: la evaluación ecográfica permite estimar la cantidad de líquido amniótico en la cavidad uterina. En pacientes con historia sugerente, pero sin evidencias de Ruptura Prematura de Membrana en la valoración complementaria, la presencia de oligoamnios debe asumirse como consistente con el diagnóstico. Por el contrario, una cantidad normal de líquido amniótico 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

- **Flujo vaginal:** No es líquido, no cristaliza y no produce oligoamnios.
- **Expulsión del tapón mucoso:** Es de consistencia mucosa, no cristaliza ni da oligoamnios.
- **Pérdida de orina:** Es líquida pero no cristaliza ni da oligoamnios.
- **Pérdida de líquido proveniente del espacio corioamniótico:** Es de escasa cantidad, no se repite ni produce oligoamnios.
- **La especuloscopia, la microscopia y la ecografía tendrán la última palabra.** ⁵¹

MANEJO Y TRATAMIENTO

Manejo

- Ingreso
- Valorar hemograma y realización de cultivos (ver apartados por edad gestacional).
- Control de signos vitales cada 4 horas.
- Datar con exactitud la gestación.
- Descartar corioamnionitis (ver protocolo específico).
- Descartar la presencia de factores de riesgo mediante la anamnesis.
- Monitorización fetal para valorar bienestar fetal y descartar la presencia de dinámica uterina.
- Exploración física (Un sólo tacto vaginal, por la parte externa del cérvix).
- Especuloscopía ante duda diagnóstica
- Cristalización
- PH vaginal
- Ecografía
- Valorar antibioticoterapia, tocolisis, corticoides y amniocentesis según la edad gestacional:

Confirmada la EG y descartadas las complicaciones, se decide la conducta según el embarazo sea mayor o menor a las 34 semanas.

Conductas

Conducta expectante

La conducta expectante se aplica especialmente en edades gestacionales tempranas o en lugares con baja infraestructura neonatológica.⁵²

Conducta intervencionista

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

Conducta agresiva

La conducta agresiva se toma ante peligro de muerte materna o fetal y en casos de infecciones graves que puedan comprometer la salud de la madre.

Tratamiento

Menor o igual a 33,6 semanas

Descartada la corioamnionitis u otra contraindicación de conducta expectante, se indicará:

Inducción de la maduración pulmonar.

Betametasona 12 mg IM cada 24 hs, dos dosis.

Antibioticoterapia.

- Penicilina 5 millones vía EV seguidos de 2,5 millones cada 4 hs (o ampicilina 2 g y luego 1 g cada 4 hs), por un total de 48 hrs (excepto que sea alérgica a la penicilina).

- Azitromicina 250 mg vía oral cada 12 hrs durante tres días.

De no haber contracciones, luego de iniciado el tratamiento corticoide y antibiótico, pasa a la sala de internación para completar el mismo. De esta manera el total del tratamiento antibiótico dura 3 días.

Se repite:

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

Entre 34 y 36,6 semanas

Se comienza con penicilina 5 millones i.v. seguidos de 2,5 millones cada 4 horas o ampicilina 2 g y luego 1 g cada 4 horas (excepto que sea alérgica a la penicilina) hasta la finalización del embarazo y se comienza inducción con oxitócica (de no haber contraindicaciones), dentro de las 12 hrs de producida la rotura de membranas, con un margen de 6 a 24 horas

según las condiciones obstétricas e intentando que el nacimiento no se produzca antes de 4 horas de finalizada la carga de antibióticos.

Igual o mayor a 37 semanas

Se comienza directamente con la inducción al trabajo de parto mediante oxitocina (de no haber contraindicaciones). Considerar indicaciones de antibioticoterapia para prevención de Sepsis neonatal por estreptococo.

COMPLICACIONES DE LA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Complicaciones maternas

1. Oligoamnios

Con gran trascendencia por la desprotección del cordón umbilical y, en gestaciones precoces, por la importancia de la deglución de líquido amniótico en el desarrollo pulmonar del feto (conduce a la hipoplasia pulmonar) y por las deformidades fetales (faciales o de extremidades) que pueda producir la compresión.⁵³

2. Corioamnionitis

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

de manifestaciones clínicas maternas asociadas a infección intramniótica.

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

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

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

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

La corioamnionitis se asocia al 20% de las pacientes con Ruptura Prematura de Membrana (5 a 40%). Los gérmenes implicados son las bacterias que forman parte de la flora genital normal de la mujer (Mycoplasma y Ureaplasma, Fusobacterium, Escherichia coli, Enterococo, Bacteroides, hongos y otros). En ocasiones pueden aislarse gérmenes patógenos exógenos (Listeria, Gonococo, Estreptococos A y C).⁵⁴

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

- recuento de leucocitos en sangre materna (>15.000).
- proteína C reactiva en sangre materna
- perfil biofísico fetal
- estudio de líquido amniótico. Se realiza cuando existe sospecha de infección. Para su interpretación se requiere de la obtención de líquido amniótico por amniocentesis, procedimiento que en la Ruptura Prematura de Membranas tiene éxito en alrededor del 70% de los casos.

3. Infección puerperal

Esta complicación se presenta con una incidencia que varía entre 0 y 29%, siendo la endometritis su manifestación más frecuente. La sepsis materna es una complicación rara que es más frecuente cuando se ha optado por manejos contemporizadores. ⁵⁵

CLÍNICA: La clínica realiza el diagnóstico en sus formas típica y grave:

- Dolor en hipogastrio variable
- Sangrado vaginal en el tercer trimestre del embarazo: oscuro, continuo, de cantidad variable, en ocasiones con coágulos. 78%

- Hipertonía uterina 17%
- Hipersensibilidad uterina 66%
- Sufrimiento fetal 68%

4. Parto pretérmino

Entendemos por parto pretérmino, según la Sociedad Europea de Medicina Perinatal, el que tiene lugar entre las semanas 20 (antes de las cuales se considera aborto) y 37 de gestación (entre 140 y 259 días), independientemente del peso y madurez fetales

(aunque un 40% de los fetos pesarán ≤ 2.500 g).⁵⁶

5. Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta

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

Complicaciones fetales

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

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

1. Prolapso de cordón umbilical

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

2. Síndrome de dificultad respiratoria

Es la causa más frecuente de mortalidad perinatal, en relación a Ruptura Prematura de Membrana, en gestaciones por debajo de las 34 semanas. En nuestro medio se señala una incidencia de 18%.⁵⁷

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

3. Infección neonatal

La infección neonatal ocurre entre el 1 y 25% de los casos de Ruptura Prematura de Membrana. Se ha demostrado que existe una relación directa

entre el período de latencia y la infección ovular (corioamnionitis clínica se correlaciona con infección neonatal) por arriba de las 34 semanas. En gestaciones >34 semanas, la primera causa de mortalidad perinatal (en el contexto de Ruptura Prematura de Membrana) es la infección. Por debajo de las 34 semanas no existe la asociación descrita entre período de latencia e infección ovular, a menos que se practique un tacto vaginal al ingreso.

La infección neonatal se manifiesta a través de neumonía, bronconeumonía, meningitis y/o sepsis. Los gérmenes aislados más frecuentemente en recién nacidos infectados son *Escherichia coli*, *Klebsiella* y *Streptococo grupo B* (*Streptococcus Agalactiae*).

4. Asfixia perinatal

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

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

5. Hipoplasia pulmonar

Esta complicación es propia de aquellos embarazos en que la Ruptura Prematura de Membrana se produce antes de las 25 semanas de gestación y que cursan con oligoamnios severo de larga evolución (mayor de 3 semanas).

Es una complicación grave que se asocia a mortalidad perinatal de hasta 80%. El trastorno se caracteriza porque el pulmón fetal es incapaz de retener e intercambiar líquido amniótico. El examen ultrasonográfico muestra en los casos característicos una relación circunferencia torácica/circunferencia abdominal < 2 SD bajo el promedio (0,90 0,05).

6. Deformidades ortopédicas

Elas 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").⁵⁴

2.3 Definición de términos básicos

Clasificación de RPM

Atendiendo a las semanas de gestación, es posible establecer una división según cuándo tenga lugar la rotura:

RPM pretérmino (antes de las 37 semanas de gestación).

- RPM pretérmino previable, antes de la semana 27 de gestación,

- RPM pretérmino remota o “lejos del término” entre la semana 28 y 33 de gestación o considerado también desde la viabilidad hasta 36. Aproximadamente 33 semanas de gestación o RPM pretérmino cerca del término, entre la semana 34 y 36 de gestación.

RPM a término (a partir de la semana 37 de gestación).

Se realiza la distinción entre estas semanas de gestación por las diferencias que existen en cuanto a la actitud obstétrica y los resultados perinatales en el grupo de gestantes a término y en el de pretérmino.

OTROS TIPOS DE RUPTURAS

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

Ruptura Precoz. La que se presenta durante el primer periodo del trabajo de parto, antes de los 4 cm de dilatación.

Ruptura Oportuna. La que sucede al término del primer periodo del trabajo de parto e inicio del segundo o cuando la dilatación cervical está completa.

Ruptura Artificial. Procedimiento realizado bajo indicación precisa de manera instrumental y durante el primer periodo del trabajo de parto. Se le conoce como amniorrexis.

Ruptura Retardada. Algunos autores la señalan como la que no se presenta después de 30 min de alcanzada la dilatación completa. En la atención obstétrica actual son muy aislados los casos

Rotura Prolongada. Cuando el periodo de latencia es mayor a 24 horas.

IMC: El índice de masa corporal es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla y se utiliza para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).

Control prenatal: abarca una serie de intervenciones destinadas a identificar y modificar los riesgos médicos, de comportamiento y psicosociales con el objetivo de cuidar la salud de la mujer y obtener un resultado perinatal saludable, a través de la prevención y el manejo de enfermedades.

Oligohidramnios: líquido amniótico menor de 500 ml, o un índice de líquido amniótico por ecografía menor de 8 cm^2 .

Polihidramnios: líquido amniótico mayor a 2000 ml, o un índice de líquido amniótico por ecografía mayor a 18 cm^2 .

Ruptura prematura de membranas: solución de continuidad o pérdida de la integridad de las membranas corioamnióticas que se producen desde las 20 semanas de gestación hasta antes del inicio del trabajo de parto.

Aborto: consiste en la terminación espontánea o provocada de la gestación antes de la vigésima semana, contando desde el primer día de la última menstruación normal, o expulsión del producto de la gestación con peso menor a 500 gramos.

Gestación múltiple: presencia de dos o más fetos dentro del útero; de acuerdo con el número de cigotos puede ser monocigótico, dicigótico.

Infección del tracto urinario: comprende una variedad de condiciones clínicas que varían desde la bacteriuria asintomática hasta la pielonefritis aguda.

Infección cérvico-vaginal: la inflamación de la mucosa vaginal, cuya causa generalmente se debe a infecciones por hongos (cándida), bacterias (vaginosis) y protozooario por tricomonas vaginalis.

Corioamnionitis: 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.

Factores: Es un elemento que actúa como condicionante para la obtención de un resultado

Riesgo: Es una medida de la magnitud de los daños frente a una situación peligrosa. El riesgo se mide asumiendo una determinada vulnerabilidad frente a cada tipo de peligro. Si bien no siempre se hace, debe distinguirse adecuadamente entre peligrosidad (probabilidad de ocurrencia de un peligro).

2.4 Formulación de hipótesis

2.4.1. Hipótesis general

Hi Los factores obstétricos e infecciosos están asociados a la ruptura prematura de membrana en gestantes. Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _ Huánuco, 2017.

H° Los factores obstétricos e infecciosos no están asociados a la ruptura prematura de membrana en gestantes. Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _ Huánuco, 2017.

2.5 identificación de Variables:

- **Variable Independiente**

Factores obstétricos e infecciosos

- **Variable Dependiente**

Ruptura prematura de membranas

- **Variable interviniente**

Edad, grado de instrucción, estado civil, lugar de procedencia.

2.6 Definición y operación de variables, dimensión e indicadores:

VARIABLE		INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO
	FACTORES OBSTETRICOS	NUMERO DE GESTACION . primigestas . multigestas	Ordinal	Ficha de datos Historia clinica
		EDAD GESTACIONAL <ul style="list-style-type: none"> • Menor de 37ss • 37 a 40 ss Mayor de 40ss	nominal	Ficha de datos Historia clinica
		ANTECEDENTE DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA .SI .NO	nominal	Ficha de datos Historia clinica

VARIABLE INDEPENDIENTE		CONTROLES PRENATALES .SI Deficiente(1-5 CPN) Eficiente(de 6 a mas CPN) • .NO	nominal	Ficha de datos Historia clinica
	FACTORES INFECCIOSOS	INFECCION DE TRACTO URINARIO .SI Bacteriuria asintomática Cistitis pielonefritis .NO	nominal	Ficha de datos Historia clinica
		ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL .SI Vaginosis bacteriana Candidiasis	nominal	Ficha de datos Historia clinica

		Condilomatosis Tricomoniasis vagina .NO		
VARIABLE DEPENDIENTE		RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	nominal	Ficha de datos Historia clinica
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS		.SI . NO		
VARIABLE INTERVINIENTE CARACTERISTICAS GENERALES		EDAD . menores de 20 años . 21 a 34 años . mayores de 35 años	intervalo	Ficha de datos Historia clinica
		GRADO DE INSTRUCCIÓN • SI Pimaria Secundaria • NO	nominal	Ficha de datos Historia clinica
		ESTADO CIVIL • Soltera	nominal	Ficha de datos Historia clinica

	<ul style="list-style-type: none">• Conviviente• casada		
	LUGAR DE PROCEDENCIA <ul style="list-style-type: none">• Rural• urbano	nominal	Ficha de datos Historia clinica

CAPITULO III

3. MARCO METODOLOGICO

3.1 Nivel y tipo de investigación:

3.1 Ámbito de estudio

El presente estudio de investigación se llevó a cabo en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, perteneciente al Ministerio de Salud, que se encuentra ubicado en jr. Micaela Bastidas s/n el distrito de Amarilis, Región Huánuco.

Tipo de investigación

Descriptivo observacional, porque no se llevó a cabo la manipulación de variables.

Analítico, el análisis estadístico por lo menos es bivariado; porque plantea y pone a prueba la hipótesis, su nivel más básico establece la asociación entre factores.

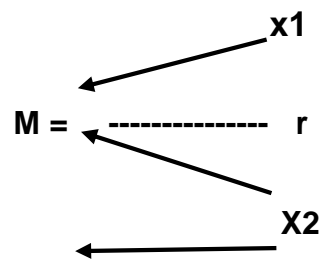
Retrospectivo, Porque el presente estudio recolectó y analizó la información de un evento (ruptura prematura de membranas) que se produjo antes de iniciar el estudio. Asimismo, porque los datos de la muestra fueron recolectados de las historias clínicas y no directamente de las pacientes.

Transversal, todas las variables son medidas en una sola ocasión; por ello debe realizarse comparaciones, se trata de muestras independientes.

3.2 Diseño y Método de la Investigación

El diseño fue de tipo no experimental, analítico relacional.

Diagrama:



Dónde:

M = Muestra en estudio.

X_1 = Variable Independiente

X_2 = Variable Dependiente

r = Relación de ambas variables.

3.3 Determinación de Población y Muestra

Población

Estuvo compuesta por todas las gestantes atendidas con Ruptura Prematura de Membrana que fueron atendidas en el Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari"; de enero a diciembre del año 2017. siendo en total de 1336 gestantes.

Muestra

La muestra estuvo conformada por 45 gestantes con diagnóstico de ruptura prematura de membranas y 42 gestantes sin diagnóstico de ruptura prematura de membranas atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari 2017.

Tipo de muestreo: es no probabilístico intencional por conveniencia tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Gestantes con diagnóstico de ruptura prematura de membranas y gestantes sin ruptura prematura de membrana durante el año 2017.
- Gestante con edad gestacional después de las 20 semanas.
- Gestantes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari".
- Gestantes cuya atención obstetrica se haya realizado durante el año 2017.
- Gestantes cuyo parto fue llevado a cabo en el Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari" 2017.
- Gestantes cuyo producto fuera recién nacido vivo o natimuerto.
- Gestantes cuyo registro de historias clínicas y fichas perinatales se encuentren existentes y con datos completos en las variables sociodemográficas, obstétricas y/o perinatales necesarios para el estudio.

Criterios de exclusión

- Gestante con VIH/sífilis.
- Gestantes con otras complicaciones excepto ruptura prematura de membrana.
- Gestante con o sin diagnóstico de rpm seleccionada, que no se encuentre registrada en el libro de registros de partos y cesáreas.
- Gestante con o sin diagnóstico de rpm seleccionada, que no terminaron en parto en el Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari” en el año 2017.

3.5 Unidad de análisis

Gestantes con diagnóstico de ruptura prematura de membrana.

3.4 Técnica e instrumento de procesamiento de datos

Técnica: En el presente estudio se tuvo como técnica el análisis documental en donde se revisaron historias clínicas de gestantes con diagnóstico de ruptura prematura de membrana.

Instrumento: Se elaboró una ficha de recolección de datos, que consistió en un formulario diseñado por el investigador el cual fue validado por juicio de 5 expertos.

3.5 Técnicas de procesamiento, análisis de datos

3.6 prueba de hipótesis no paramétrica del Chi cuadrado.

$$\chi^2 = \sum \frac{(fo - ft)^2}{ft}$$

Dónde:

χ^2 = chi cuadrado

Σ = sumatoria

F_o = frecuencias observadas

F_t = frecuencias esperadas

Validez del instrumento

El estudio se inició con la construcción de instrumentos de recolección de información para lo cual se convocó a un equipo formado por cinco expertos en investigación y en obstetricia, para aplicar la técnica Delphi en la valoración del contenido y constructo del instrumento.

El contenido del instrumento ha sido validado por el juicio de 5 expertos.

Expertos	Calificación cuantitativa	Calificación cualitativa
Obst. Lizet Quiñonez Gayoso	20	Bueno
Obst. Luz M. Bustamante Zevallos	20	Bueno
Obst. Lola Vásquez Hinostraza	20	Bueno
Obst. Rosalvina Cotrina Soto	20	Bueno
Obst. Mary Maque Ponce	20	Bueno
total	20	Bueno

El contenido y el constructo fueron validados a partir de juicio de 5 expertos y para la validez de la consistencia interna se utilizó el Coeficiente Alfa de Cronbach el mismo que mostró la confiabilidad moderada del instrumento con un valor de 0,899.

Escala de Fiabilidad

Alfa de Cronbach	N° de Elementos
0,899	11

Criterio de Confiabilidad	Valores
No es confiable	16
Baja confiabilidad	-1 a 0
Moderada confiabilidad	0,01 a 0,49
Fuerte confiabilidad	0,5 a 0,75
Alta confiabilidad	0,76 a 0,89
Alta confiabilidad	0,9 a 1

CAPÍTULO IV

4 RESULTADOS

4.1 Relato y descripción de la realidad observada

Los resultados están en relación a las variables dependiente, independiente e interviniente.

Edad	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Joven (18 -29 años)	48	55,2
Adulta (30 – 59 años)	39	44,8
Total	87	100,0

Tabla 01. Edad de gestantes que fueron atendidas en el Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”; de enero a diciembre del año 2017.

Fuente: Encuesta de investigación

Elaboración propia

Interpretación: En la presente tabla se observa que el 55,2% fueron jóvenes mientras que el 44,8% de edad adulta.

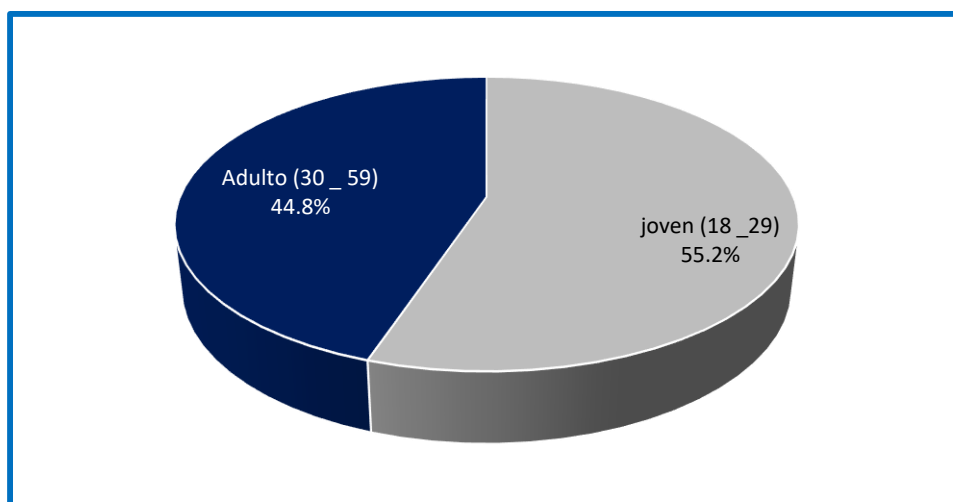


Figura 01. Edad

Tabla 02. Grado de instrucción de gestantes que fueron atendidas en el Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”; de enero a diciembre del año 2017.

Grado de instrucción	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Primaria	12	13,8
Secundaria	48	52,2
Superior	27	31,0
Total	87	100,0

Fuente: ficha recolección de datos

Elaboración propia

Interpretación: En la presente tabla se observa que el grado de instrucción, 12 son de nivel primaria (14%), 48 son de nivel secundario (55%) y 27 son de nivel superior (31%).

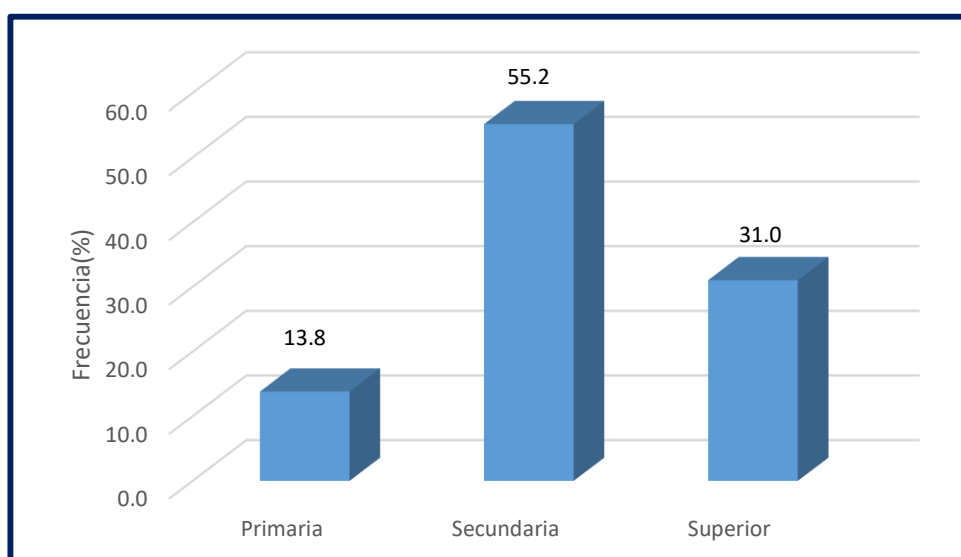


Figura 02. Grado de instrucción

Tabla 03. Estado civil de gestantes que fueron atendidas en el Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”; de enero a diciembre del año 2017.

Fuente: ficha recolección de datos

Elaboración propia

Estado civil	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Soltera	21	24,1
casada	20	23,0
conviviente	46	59,2
Total	87	100,0

Interpretación: En la presente tabla se observa, según el estado civil, 21 son solteras (24%), 20 son casadas (23%) y 46 son convivientes (53%).

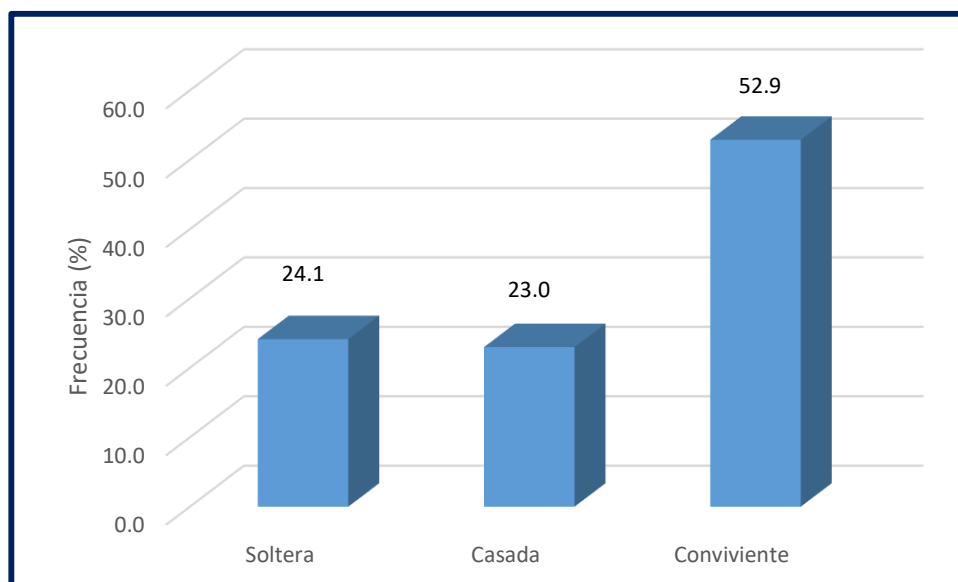


Figura 03. Estado civil

Tabla 04. Procedencia de gestantes que fueron atendidas en el Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”; de enero a diciembre del año 2017.

Fuente: Encuesta de investigación

Elaboración propia

Procedencia	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Rural	52	59,8
Urbano	35	40,2
Total	87	100,0

Interpretación: en la presente tabla nos muestra según el lugar de procedencia, 52 de zona urbana (59,8%), 35 son de zona rural (40,2%).

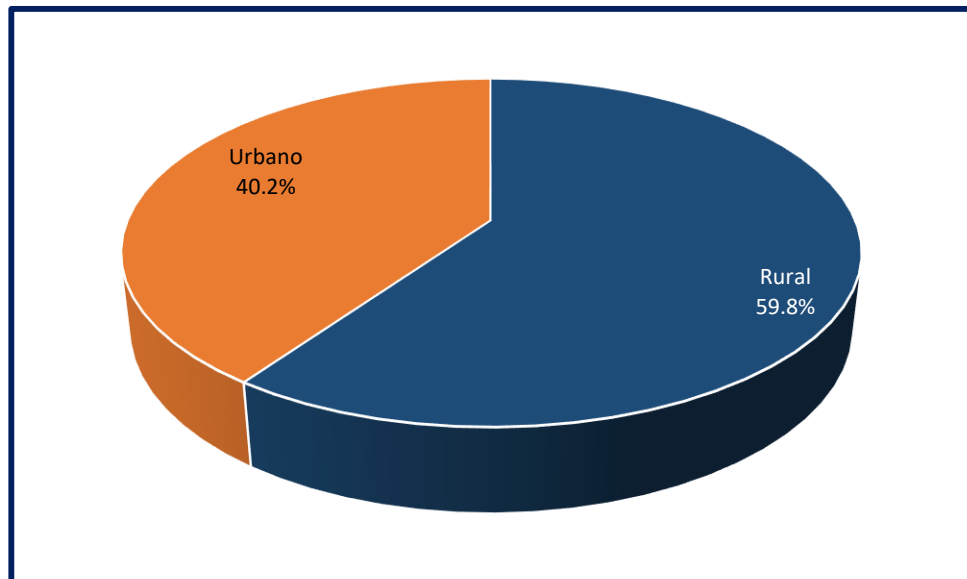


Figura 04. Procedencia

Tabla 05. Edad gestacional de gestantes que fueron atendidas en el Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”; de enero a diciembre del año 2017.

Fuente: ficha de recolección de datos

Elaboración

Edad gestacional	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Pre término	08	9,2
Término	62	71,3
Post término	17	19,5
Total	87	100,0

propia

Interpretación: En la presente tabla se observa según la edad gestacional, 62 a término (71%), 17 post término (20%), 8 pre término (9%).

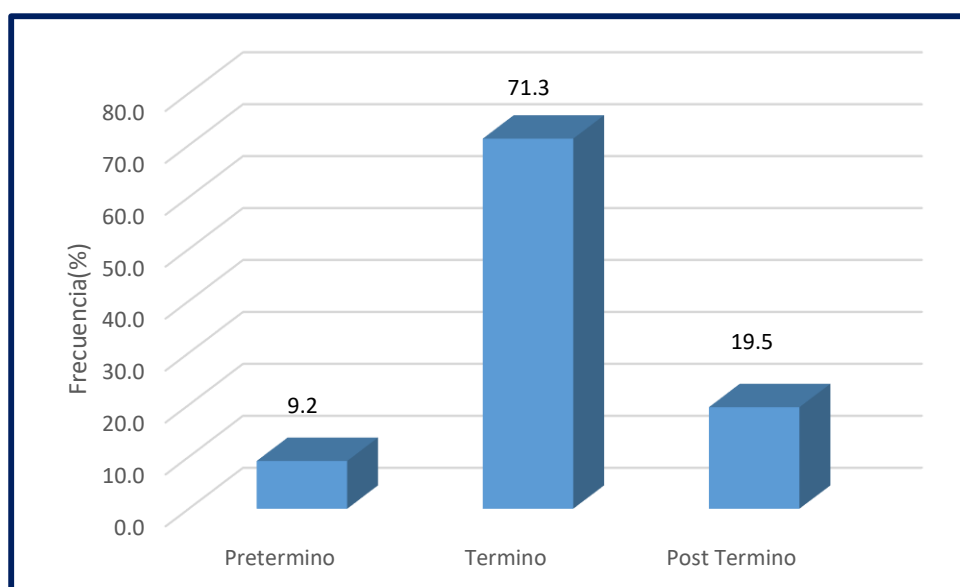


Figura 05. Edad gestacional

Tabla 06. Número de gestaciones de gestantes que fueron atendidas en el Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”; de enero a diciembre del año 2017.

Gesta	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Primigesta	38	43,7
Multigesta	49	56,3
Total	87	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

Elaboración propia

Interpretación: En la presente tabla se observa una de las características obstétricas número de partos, 38 son primípara (43,7%), 49 son multípara (56,3%).

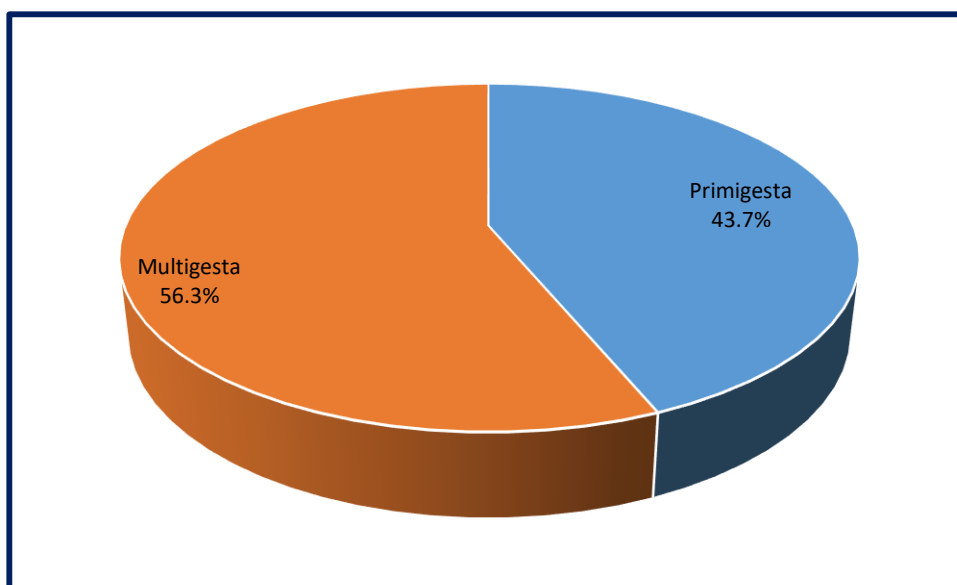


Figura 06. Numero de gestaciones.

Tabla 07. Controles prenatales de gestantes que fueron atendidas en el Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”; de enero a diciembre del año 2017.

Control prenatal	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Más de 6 controles prenatales	62	71,3
1 – 5 controles prenatales	20	23,0
Sin control prenatal	05	5,7
Total	87	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

Elaboración propia

Interpretación: En la presente tabla según el número de controles prenatales se observa, 62 gestantes tienen mayor a 6 controles prenatales (71,3%), 20 gestantes tienen de 1 a 5 controles prenatales (23%) y 5 gestantes sin control prenatal.

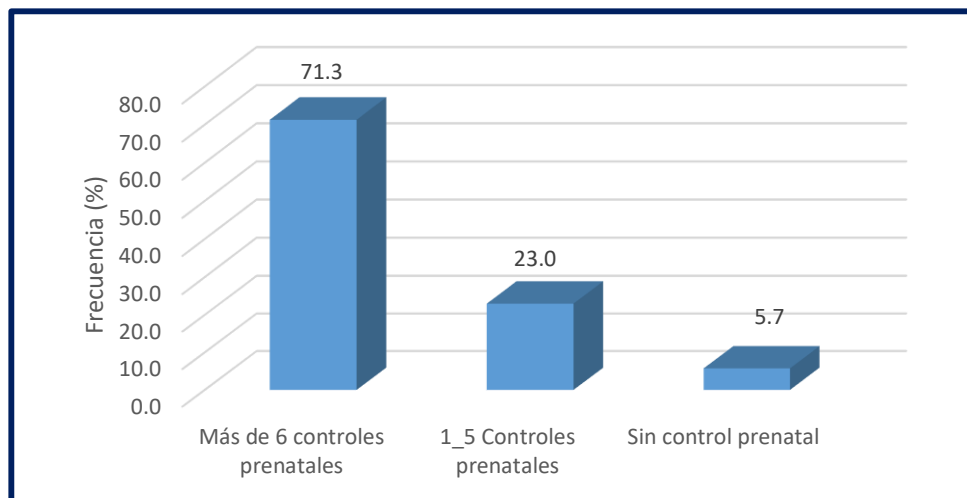


Figura 07. Control prenatal

Tabla 08. Antecedentes de ruptura prematura de membranas de gestantes que fueron atendidas en el Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”; de enero a diciembre del año 2017.

Antecedentes de ruptura prematura de membranas	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Si	25	28,7
No	62	71,3
Total	87	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

Elaboración propia

Interpretación: En la presente tabla se observa la presencia o no antecedentes de ruptura prematura de membranas donde 25 gestantes (29%) tienen antecedentes de ruptura prematura de membrana y 62 gestantes (71%) no presentan antecedentes de ruptura prematura de membrana..

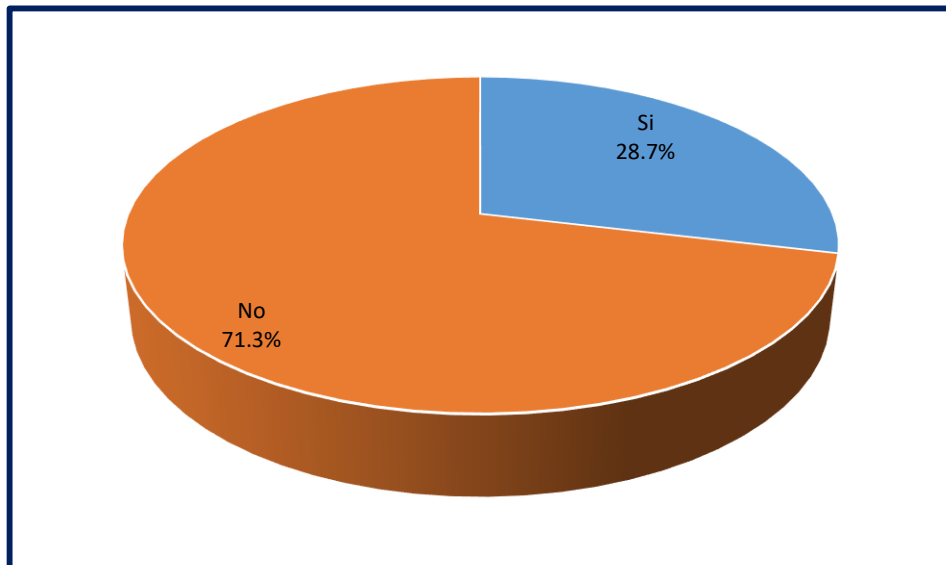


Figura 08. Antecedentes de ruptura prematura de membranas

Tabla 09. Infección del tracto urinario de gestantes que fueron atendidas en el Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”; de enero a diciembre del año 2017.

Infección de tracto urinario	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Cistitis	30	34,5
Pielonefritis	02	2,3
Bacteriuria asintomática	32	36,8
Ninguno	23	26,4
Total	87	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

Elaboración propia

Interpretación: según infección de tracto urinario se observa; 30 gestantes (35%) presento cistitis, 02 gestante (2%) presento pielonefritis; 32 gestantes (37%) presento bacteriuria asintomática; 23 gestantes (26%) no presentaron ninguno de las infecciones del tracto urinario.

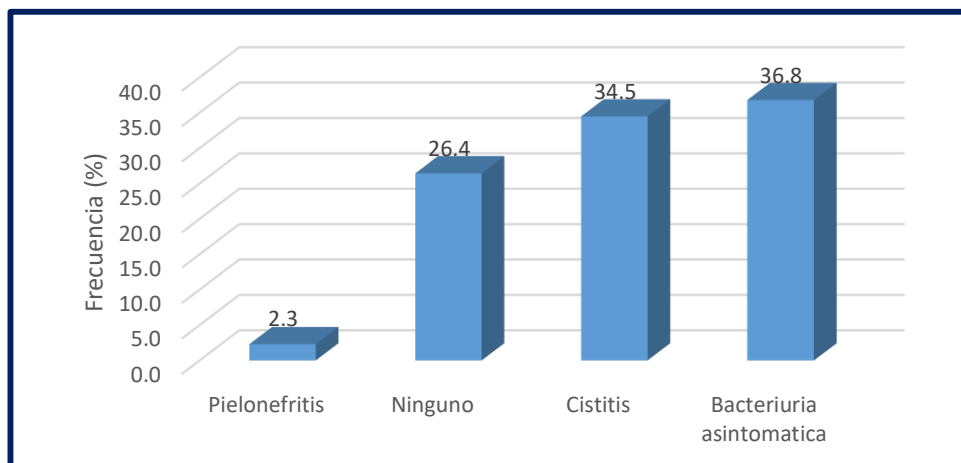


Figura 09. Infección del tracto urinario

Tabla 10. Infección de transmisión sexual de gestantes que fueron atendidas en el Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”; de enero a diciembre del año 2017.

Infecciones de transmisión sexual	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Vaginosis bacteriana	28	32,2
Candidiasis	12	13,8
Tricomoniiasis	15	17,2
Condilomatosis	05	5,7
Ninguno	27	31,0
Total	87	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

Elaboración propia

Interpretación: En la presente tabla se observa la presencia o no de infección de transmisión sexual donde; 28 gestantes (32%) presento baginosis bacteriana,12 gestante (14%) presento candidiasis; 15 gestantes (17%) presento tricomoniasis, 5 gestantes (6%) presento condilomatosis,27 gestantes (31%) no presentaron ninguno de las infecciones de transmisión sexual

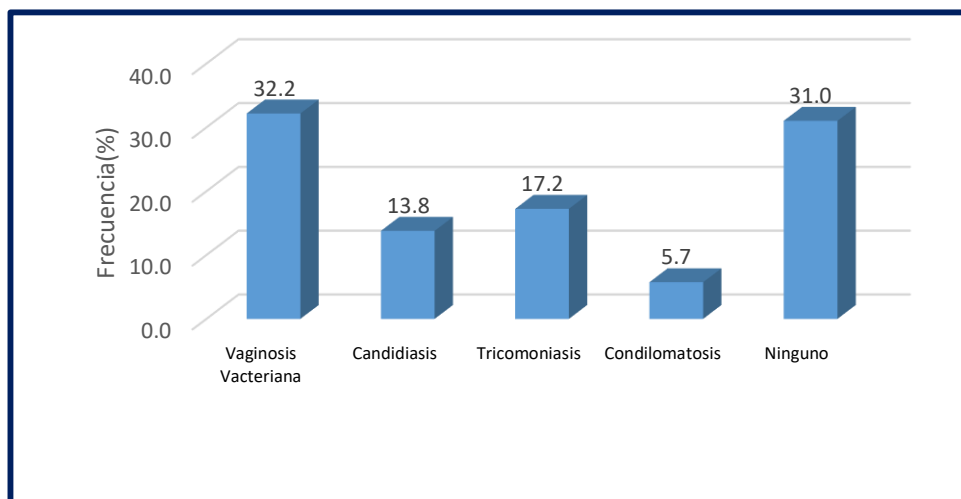


Figura 10. Infección de transmisión sexual

Tabla 11. Ruptura prematura de membranas de gestantes que fueron atendidas en el Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”; de enero a diciembre del año 2017.

Ruptura prematura de membranas	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Si	45	51,7
No	42	48,3
Total	87	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos

Elaboración propia

Interpretación: En la presente tabla se observa la presencia o no de ruptura prematura de membranas donde el 51,7% sufrió de ruptura prematura de membranas mientras que 48,3% no.

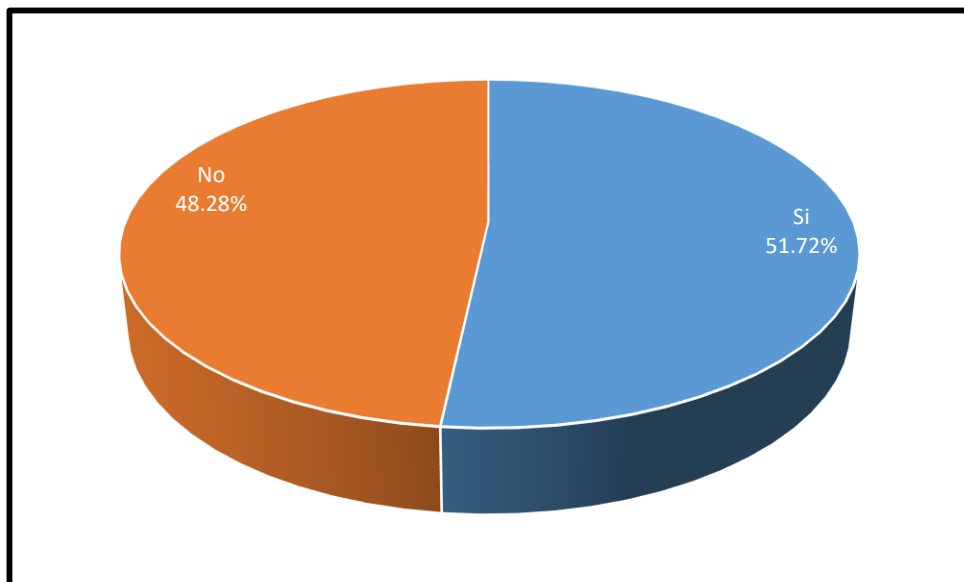


Figura 11. Ruptura prematura de membranas

Número de gestación	Ruptura prematura de membranas				Total	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
Primigesta	22	25,3	16	18,4	38	43,7
Multigesta	23	26,4	26	29,9	49	56,3
Total	45	51,7	42	48,3	87	100,0

4.2. Comprobación de hipótesis.

Factores obstétricos

Tabla 12. Tabla de contingencia para observar la asociación del número de gestaciones a la ruptura prematura de membrana en gestantes. Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _ Huánuco, 2017.

$$\chi^2 = 1,029 \quad (p = 0,310)$$

Planteamiento de Hipótesis

H₀: El factor obstétrico gesta no están asociados a la ruptura prematura de membrana en gestantes. Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _ Huánuco, 2017.

H₁: el factor obstétrico gesta están asociados a la ruptura prematura de membrana en gestantes. Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _ Huánuco, 2017.

Edad gestacional	Ruptura prematura de membranas				Total	
	Si		No			
	N°	%	N°	%	N°	%
Pre término	04	4,6	04	4,6	08	9,2
Término	41	47,1	38	43,7	79	90,8
Total	45	51,7	42	48,3	87	100,0

Nivel de Significancia (Alfa)

5%=0,05

Prueba Estadística

Chi - Cuadrado

Valor de $p = 0,310$

Conclusión:

Con una probabilidad de error del 31% no existe asociación entre las el número de gestaciones y la ruptura prematura de membranas.

Interpretación:

Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _ Huánuco, el factor obstétrico número de gestaciones no está asociado a la ruptura prematura de membranas. Negando la hipótesis de investigación.

Tabla 12. Tabla de contingencia para observar la asociación de la edad gestacional a la ruptura prematura de membrana en gestantes. Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _ Huánuco, 2017.

$$\chi^2 = 5,029 \text{ (} p = 0,035 \text{)}$$

Planteamiento de Hipótesis

H₀: El factor obstétrico edad gestacional no están asociados a la ruptura prematura de membrana en gestantes. Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _ Huánuco, 2017.

H₁: El factor obstétrico edad gestacional están asociados a la ruptura prematura de membrana en gestantes. Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _ Huánuco, 2017.

Nivel de Significancia (Alfa) 5%=0,05

Prueba Estadística Chi - Cuadrado

Valor de $p = 0,035$

Conclusión:

Con una probabilidad de error del 3,5% existe asociación entre las el la edad gestacional y la ruptura prematura de membranas.

Interpretación:

Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _ Huánuco, el factor obstétrico edad gestacional está asociado a la ruptura prematura de

Antecedentes de ruptura prematura de membranas	Ruptura prematura de membranas				Total	
	Si		No			
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	14	16,1	11	12,6	25	28,7
No	31	35,6	31	35,6	62	71,3
Total	45	51,7	42	48,3	87	100,0

membranas. Aprobando la hipótesis de investigación.

Tabla 12. Tabla de contingencia para observar la asociación de los antecedentes de ruptura prematura de membranas para la ruptura prematura de membrana en gestantes. Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _ Huánuco, 2017.

$$\chi^2 = 6,257 (p = 0,012)$$

Planteamiento de Hipótesis

H₀: El factor obstétrico antecedentes de ruptura prematura de membranas no están asociados a la ruptura prematura de membrana en gestantes. Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _ Huánuco, 2017.

H₁: el factor obstétrico antecedentes de ruptura prematura de membranas están asociados a la ruptura prematura de membrana en gestantes. Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _ Huánuco, 2017.

Nivel de Significancia (Alfa) 5%=0,05

Prueba Estadística Chi - Cuadrado

Valor de $p = 0,012$

Conclusión:

Con una probabilidad de error del 1,2% existe asociación entre los antecedentes de ruptura prematura de membranas y la ruptura prematura de membranas.

Interpretación:

Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _ Huánuco, el factor obstétrico antecedentes de ruptura prematura de membranas está asociado a la ruptura prematura de membranas. Aprobando la hipótesis de investigación.

Tabla 12. Tabla de contingencia para observar la asociación entre atención prenatal y la ruptura prematura de membrana en gestantes. Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _ Huánuco, 2017.

$$X^2 = 5,684 (p = 0,017)$$

Planteamiento de Hipótesis

Atención prenatal	Ruptura prematura de membranas				Total	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
No	00	0,0	05	5,7	05	5,7
Si	45	51,7	37	42,5	82	94,3
Total	45	51,7	42	48,3	87	100,0

H₀: El factor obstétrico atención prenatal no están asociados a la ruptura prematura de membrana en gestantes. Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _ Huánuco, 2017.

H₁: el factor obstétrico atención prenatal está asociados a la ruptura prematura de membrana en gestantes. Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _ Huánuco, 2017.

Nivel de Significancia (Alfa)

5%=0,05

Prueba Estadística

Chi - Cuadrado

Valor de $p = 0,17$

Conclusión:

Con una probabilidad de error del 1,7% existe asociación entre la no realización de atención prenatal y la ruptura prematura de membranas.

Interpretación:

Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _ Huánuco, el factor obstétrico atención prenatal está asociado a la ruptura prematura de membranas. Aprobando la hipótesis de investigación.

Infección del tracto urinario	Ruptura prematura de membranas				Total	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
Si	36	41,4	28	32,2	64	73,6
No	09	10,3	14	16,1	23	26,4
Total	45	51,7	42	48,3	87	100,0

Factores infecciosos

Tabla 12. Tabla de contingencia para observar la asociación entre infección urinaria y la ruptura prematura de membrana en gestantes. Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _ Huánuco, 2017.

$$\chi^2 = 4,029 (p = 0,049)$$

Planteamiento de Hipótesis

H₀: El factor infeccioso infección del tracto urinario no están asociados a la ruptura prematura de membrana en gestantes. Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _ Huánuco, 2017.

H₁: El factor infeccioso infección del tracto urinario está asociado a la ruptura prematura de membrana en gestantes. Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _ Huánuco, 2017.

Nivel de Significancia (Alfa)

5%=0,05

Prueba Estadística

Chi - Cuadrado

Valor de $p = 0,049$

Conclusión:

Con una probabilidad de error del 4,9% existe asociación entre infección del tracto urinario y la ruptura prematura de membranas.

Interpretación:

Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _ Huánuco, el factor infeccioso infección del tracto urinario está asociado a la ruptura prematura de membranas. Aprobando la hipótesis de investigación.

Tabla 12. Tabla de contingencia para observar la asociación entre infecciones de transmisión sexual y la ruptura prematura de membrana en gestantes. Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _ Huánuco, 2017.

$$\chi^2 = 6,891 \quad (p = 0,020)$$

Planteamiento de Hipótesis

Infecciones de transmisión sexual	Ruptura prematura de membranas				Total	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
Si	34	39,1	26	29,9	60	69,0
No	11	12,6	16	18,4	27	31,0
Total	45	51,7	42	48,3	87	100,0

H₀: El factor infeccioso infecciones de transmisión sexual no están asociados a la ruptura prematura de membrana en gestantes. Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _ Huánuco, 2017.

H₁: El factor infeccioso infecciones de transmisión sexual está asociado a la ruptura prematura de membrana en gestantes. Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _ Huánuco, 2017.

Nivel de Significancia (Alfa)

5%=0,05

Prueba Estadística

Chi - Cuadrado

Valor de $p = 0,020$

Conclusión:

Con una probabilidad de error del 2% existe asociación entre infecciones de transmisión sexual y la ruptura prematura de membranas.

Interpretación:

Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari _ Huánuco, el factor infeccioso infecciones de transmisión sexual está asociado a la ruptura prematura de membranas. Aprobando la hipótesis de investigación.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente estudio de investigación se estudiaron los factores de riesgo asociados a la ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari, 2017. Posterior a ello se procede a comparar los resultados con los antecedentes investigativos encontrados en la búsqueda bibliográfica.

- En nuestro estudio la tabla 01 de edades nos muestra que el 55% tiene entre 18 – 29 años mientras que para Padilla un estudio similar “prevalencia de la ruptura prematura de membranas y la vía de finalización del parto en el hospital Vicente corral Moscoso, período 2014.” El mayor porcentaje fue 8.2% de 24 a 26 años.
- Tabla 02. Nos muestra sobre grado de instrucción nivel secundario con un porcentaje de 52.2%. comparando con hacknaar en un estudio sobre “Rotura prematura de las membranas fetales: asociación con factores sociodemográficos e infecciones genitourinarias de la madre”. Concluyendo que en las mujeres puerperales con un nivel de escolaridad más bajo. Mientras que para Ignacio E. Katherine. 2015. En un estudio sobre. “factores gíneco – obstétricos e infecciosos que condicionan la ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el hospital ventanilla provincia constitucional del callao 2014”. grado de instrucción secundaria 43.9%.

En la tabla 03. Nos muestra un análisis estadístico de estado civil siendo el mayor porcentaje de 59.2% vonviente lo mismo comparado con Ignacio E. Katherine. 2015. En un estudio “factores gíneco – obstétricos e infecciosos

que condicionan la ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el hospital Ventanilla provincia constitucional del Callao 2014". Estado marital: unión libre 84.8%; registrados en las historias clínicas del hospital.

Tabla 07. Nos muestra un análisis estadístico sobre control prenatal 71.3% gestantes con más de 6 controles, lo mismo que Ignacio E. Katherine. 2015. En un estudio sobre "factores gineco – obstétricos e infecciosos que condicionan la ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el hospital Ventanilla provincia constitucional del Callao 2014". Tuvo como resultado deficientes controles prenatal 34.8%; no control prenatal 36.4%, difiriendo en nuestro resultado.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda que los próximos trabajos de investigación abarquen una mayor población de estudio incluyendo hospitales Essalud y FFAA.
- Incluir una mayor cantidad de variables de estudio que presenten posibles relaciones con la RPM en el parto pretérmino, incluyendo los factores sociodemográficos y estilos de vida de las gestantes.
- Llenar correctamente la historia clínica materna así como la hoja de control prenatal, ya que son las fuentes más importantes de información de la paciente gestante para poder identificar los factores de riesgo a las que está expuesta.
- Educar a la gestante en la relevancia del control prenatal adecuado para la prevención de cualquier interurrencia durante la gestación o su oportuno tratamiento. Así disminuir la morbimortalidad del binomio madre feto.
- La gestante controlada debería contar por lo menos con análisis de laboratorio completos que en el caso de la RPM son el urocultivo y cultivo se la secreción cérvicovaginal, entre otros cuidados esenciales para el embarazo. Establecer los factores de riesgo a los que está expuesta desde los primeros controles prenatales para disminuir la aparición de estos o la eliminación temprana y seguimiento de estos factores de riesgo.

CONCLUSIONES

Se comprueba la hipótesis planteada:

Los factores asociados a la ruptura prematura de membrana que prevalecen son las características generales que presentaron las gestantes en el presente estudio fueron: edad joven (18- 29) 55.2%, grado de instrucción secundaria 52.2%, estado civil conviviente 59.2%, lugar de procedencia rural 59.8%.

Factores obstericos: edad gestacional a término 71.3%, numero de gestación multigesta 56.3%, control prenatal con más de 6 controle maternas, antecedentes de ruptura prematura de membranas 71.3% las que no tuvieron antecedentes.

Factores infecciosos: infección de tracto urinario (bacteriuria asintomática) 36.8%, infección de transmisión sexual (vaginosis bacteriana) 32.2%.

REFERENCIA BIBLIOGRAFÍA

1. World Population, 1992. United Nations, Department Of Economics And Social Development, Population Division, New York, 1992.
2. Abouzahr C, And Royston E. Maternal Mortality: A Global Fact Book, World Health Organization, Geneva, 1991.
3. López Of, Ordóñez Ss; Ruptura Prematura De Membranas Fetales: De La Fisiopatología Hacia Los Marcadores Tempranos De La Enfermedad. Revista Colombiana De Obstetricia Y Ginecología 2006; 57: 279-290.
4. Manrique Am, Olarte Fp; Resultados Maternos Y Perinatales De Embarazos Complicados Con Ruptura Prematura De Membranas Pretérmino Entre Las Semanas 24 Y 34 De Gestación En El Periodo Enero-Diciembre 2004; (Tesis De Grado) Lima: Unmsm; 2006.
5. Williams Obstetricia, Obstetricia Y Medicina Materno-Fetal. 23 Edic, Pág. 811-820 -2010. Cavero Roura. Editorial Panamericana, 1ra Edic. Madrid, 2007.
6. Vigil P, Savransky R, Pérez J, Delgado J. Guía Clínica De La Federación Latino Americana De Sociedades De Ginecología Y Obstetricia. Panamá, 2011.
7. Suwannachat B. Nacimiento Temprano Programado Versus Conducta Expectante Para Mujeres Con Ruptura Prematura De

- Membranas, Biblioteca De Salud Reproductiva De La Oms. Tailandia, 2010.
8. Albarran A, Complicaciones Maternas Por Ruptura Prematura De Membranas En Embarazos A Término, Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Perú, 2012.
 9. Miranda A. Resultados Maternos Y Perinatales Del Manejo Conservador De La Rotura Prematura De De Membranas En Gestantes De 24 A 33 Semanas. Acta Médica Peruana 2014; 31(2):84-89.
 10. Acog Practice Bulletin N.O 139: Premature Rupture Of Membranes. Obstet Gynecol. 2013; 122 (4):918-930.
 11. Protocolos Asistenciales En Obstetricia. Rotura Prematura De Membranas. Prosego; 2012. Disponible En: [Http://Www.Elsevier.Es](http://www.Elsevier.Es).
 12. Guías De Práctica Clínica Y De Procedimientos En Obstetricia Y Perinatología. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal. Inmp; 2014.
 13. Iglesias J, Tamez L, Reyes I. Anemia Y Embarazo, Su Relación Con Complicaciones Maternas Y Perinatales. Medicina Universitaria 2009; 11(43):95-98.

14. Dars S, Malik S, Samreen I, Kazi Ra. Maternal Morbidity And Perinatal Outcome In Preterm Premature Rupture Of Membranes Before 37 Weeks Gestation. Pak J Med Sci 2014;30(3):626-629.
15. 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.
16. García J, Villagómez C, Adame C, Y Cols. Diagnóstico Y Tratamiento De La Ruptura Prematura De Membranas Pretérmino. México. Secretaría De Salud. 2010. 7 – 32.
17. Mercer B. Preterm Premature Rupture Of The Membranes. Obstet Gynecol 2003; 101: 178-93.
18. Acog Practice Bulletin Number 80. Clinical Management Guidelines For Obstetriciangynecologists. Premature Rupture Of Membranes. April, 2007.
19. Scott Taylor C, Kimberly G, Calvin H. Premature Rupture Of The Membranes: An Evidence-Based Approach To Clinical Care. Am J Perinatol 2001; 18: 397-413
20. Mercer B. Preterm Premature Rupture Of The Membranes: Current Approaches To Evaluation And Management. Obstet Gynecol Clin N Am 2005; 32: 411-28
21. Allahyar J, Galan H. Premature Rupture Of Membranes. Emedicine. August, 2006.
22. Bottoms Sf, Paul Rh, Mercer Bm, Macpherson Ca, Caritis Sn, Moawad Ah, Et Al. Obstetric Determinants Of Neonatal Survival: Antenatal

- Predictors Of Neonatal Survival And Morbidity In Extremely Low Birth Weight Infants. Am J Obstet Gynecol 1999; 180: 665-9.
23. Seo K, Mc Gregor Ja, French Ji. Preterm Birth Is Associated With Increased Risk Of Maternal And Neonatal Infection. Obstet Gynecol 1992,180: 665-9.
24. Lamont Rf. Recent Evidence Associated With The Condition Of Preterm Prelabour Rupture Of The Membranes. Curr Opin Obstet Gynecol 2003; 15: 91-9.
25. Paredes G. Factores De Riesgo Asociados A Ruptura Prematura De Membranas Pretérmino-Lejos Del Termino (23 A 31 Semanas) Y Relación Al Tiempo De Latencia Con El Resultado Perinatal Hospital Víctor Lazarte – Es Salud, Trujillo 2010-2012. [Tesis De Especialidad]. Universidad Nacional De Trujillo; 2013.
26. Sánchez N. Morbilidad Y Mortalidad Neonatal En Pacientes Con Rotura Prematura De Membranas Pretérminos En El Hospital Ramón González Coro". La Habana, Cuba 2013. [Revista Cubana De Obstetricia Y Ginecología].2013 3 Julio-Septiembre; 39(4) 343-353. Disponible En : [Http://Scielo.Sld.Cu](http://Scielo.Sld.Cu)
27. Miranda F. Resultados Maternos Y Perinatales Del Manejo Conservador De La Rotura Prematura De Membranas En Gestantes De 24 A 33 Semanas Resultados Maternos Y Perinatales Del Manejo Conservador De La Rotura Prematura De Membranas En Gestantes

De 24 A 33semanas.Inmp, Lima-Perú, 2014.[A, Revista Acta Medica Peruana] 2014;31(2)84-89.

28.Perú - Ministerio De Salud. Sala De Prensa. Mortalidad Materna Se Redujo 10% Entre 2010 Y 2014. Disponible En:
[Http://Www.Minsa.Gob.Pe/?Op=51&Nota=16498.](http://www.minsa.gob.pe/?Op=51&Nota=16498)

29.Padilla P, Cristina P., Rojas P. Lizbeth T. “Prevalencia De La Ruptura Prematura De Membranas Y La Vía De Finalización Del Parto En El Hospital Vicente Corral Moscoso, Período 2014”. Tesis Previa A La Obtención El Título De Médica. Cuenca – Ecuador : Universidad De Cuenca. 2016. 3 P.

Citado El 04 De Mayo Del 2018) Disponible En:

[Http://Dspace.Ucuenca.Edu.Ec/Bitstream/123456789/25347/1/
 Tesis.Pdf](http://Dspace.Ucuenca.Edu.Ec/Bitstream/123456789/25347/1/Tesis.Pdf)

30.Rasti S., Ali M., Taghiri A., Behrashi M. Y Mousavie G. Vaginal Candidiasis Complications On Pregnant Women. Jundishapur J Microbiol. 2014;7(2):1-2.

31.Zhou Q., Zhang W., Xu H., Liang H., Ruan Y. Y Zhou S. Risk Factors For Preterm Premature Rupture Of Membranes In Chinese Women From Urban Cities. 2014; International Journal Of Gynecology And Obstetrics. 2014; 1-6.

32. Hackenhaar Aa, Albernaz Ep, Da Fonseca Tm. "Rotura Prematura De Las Membranas Fetales: Asociación Con Factores Sociodemográficos E Infecciones Genitourinarias De La Madre. 2014; 90(2): 197 – 202. Citado El 04 De Mayo Del 2018) Disponible En:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24184300>
33. Flores M, Jaquelin E. "Factores De Riesgo Asociados A La Ruptura Prematura De Membranas En Embarazos Pretérminos Atendidos En El Instituto Nacional Materno Perinatal Durante El Periodo Enero-Diciembre, 2015". Tesis Para Optar El Título Profesional De Licenciada En Obstetricia Lima – Perú: Universidad Mayor De San Marcos, (2016). 5-6pp.
34. Laguna J. 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 De Grado] Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor De San Marcos. 2015
35. Ignacio E. Katherine. "Factores Gíneco – Obstétricos E Infecciosos Que Condicionan La Ruptura Prematura De Membranas En Gestantes Atendidas En El Hospital Ventanilla Provincia Constitucional Del Callao 2014". Tesis Para La Optar El Título Profesional De Licenciada En Obstetricia. Lima- Perú: Universidad De San Martin De Porres. 2015. 13p.

36. Ornetá M. Glenny L. "Factores De Riesgo Asociados Al Parto Pretérmino En El Servicio De Obstetricia Del Hospital Tingo María, Enero A Diciembre Del 2016". Tesis Para Optar El Título Profesional De Obstetra. Huanuco-Peru: Universidad De Huanuco. 2017. 73p.
37. A Corrales, D Hernández, Ro Rigol - 2006 - Hvil. Sld. Cu Página 165
38. Membranes Obstetrics & Gynecology 2000;96:60-64
39. Value Of Placental Microbial Evaluation In. Diagnosing Intra-Amniotic Infection Obstetrics & Gynecology 2007;109:739-749
40. Schwarz, Ricardo Leopoldo Obstetricia 6ta Edición, Edit. Buenos Aires 2005
41. High Compared With Standard Gentamicin Dosing For Chorioamnionitis: A Comparison Of Maternal And Fetal Serum Drug Levels Obstetrics & Gynecology 2005;105:473-479
42. Cabero R., Carrera M Y Cols. Riesgo Elevado Obstétrico. Rotura Prematura De Membranas. Barcelona: Masson 2001; Cap. 2: Pp: 33-42.
43. Revista Colombia Obstetricia Ginecología 2006; 57(4): 279-290
44. American Academy Of Pediatrics 2005
45. Alfredo Ovalle S. Y Cols Rev Chil Obstet Ginecol 2007; 72(3).

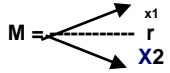
46. Vallejo J. Fisiopatología De La Ruptura Prematura De Membranas Y Marcadores. Revista Médica De Costa Rica Y Centroamérica. 2013; 70(607): 543-549.
47. Ministerio De Salud Pública Del Ecuador. Ruptura Prematura De Membranas Pretérmino. Guía De Práctica Clínica (Gpc). Ecuador. 2015.
48. Saavedra D, Valdés S, Bardales J, Essien J, Torre Y. Morbimortalidad Perinatal De La Rotura Prematura De Membrana En El Embarazo Pretérmino. Clínica E Investigación En Ginecología Y Obstetricia 2006;33(3):102106.
49. Cabero Roura LI. Controversias En Perinatología, Edic .Drug. Cáp. 20-21 2009.
50. Guerrero, D.2007- Guía Clínico Terapéutico En Obstetricia Y Ginecología. Santiago-Chile .Editorial Manual Moderno Pag.79-85.
51. García José M, Protocolos De Obstetricia 4ta Edición, Edit. Masson, Barcelona (España) 2006
52. Carrera José, Protocolos De Obstetricia, 4ta Edición Edit Masson, Barcelona Madrid 200
53. Frederickson Helen, Secreto De Ginecología Obstétrica, 2da Edición, Edit. Macgraw-Hill Interamericana, Mexico 2001
54. Revista Archivo Médico, Camagüey-Cuba. 2006 10(1):102-110

55. Smith Roger-2009-Obstetricia Y Ginecología. Barcelona –España- Editorial Masson, Pág.455-458
56. Botero Uribe, Jaime; Alfonso Júbiz Hazbún Y Guillermo Henao (2004). «Capítulo 38: Parto Pretérmino.Obstetricia Y Ginecología (7ma Edición).
57. Neonatal Consequences Of Preterm Premature Rupture Of Membrane (Pprom) At 24-34 Wg; 118 Singleton Pregnancies; J Gynecol Obstet Biol Reprod ; 2002, 31:747-5

ANEXOS

ANEXO 02**MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL PROYECTO**

TITULO: “FACTORES ASOCIADOS A RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA EN GESTANTES. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI. HCO, 2017”.

FORMULACIÓN DEL	OBJETIVOS	SISTEMA DE HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuáles son los factores asociados a la ruptura prematura de membrana en gestantes atendidos en el Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari” 2017?.</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar los factores asociados a la ruptura prematura de membrana en gestantes atendidos en el Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari” 2017. <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar las características generales: edad materna, grado de instrucción, estado civil, lugar de procedencia de las gestantes atendidas en el hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari” 2017. - Conocer los factores obstétricos: edad gestacional, número de gestación, antecedentes de ruptura prematura de membranas, control prenatal que condicionan la ruptura prematura de membranas. - Identificar el factor infeccioso: infección del tracto urinario, infección de transmisión sexual que condicionan la ruptura prematura de membranas en las gestantes. .atendidas en el hospital Materno Infantil CSF 2017. 	<p>HIPÓTESIS</p> <p>Hi: Los factores obstétricos e infecciosos están asociados a la ruptura prematura de membrana en gestantes. Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”_ Huánuco, 2017.</p> <p>Ho: Los factores obstétricos e infecciosos no están asociados a la ruptura prematura de membrana en gestantes. Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”_ Huánuco, 2017.</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Factores obstetricos ✓ Factores infecciosos <p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ruptura prematura de membranas. <p>VARIABLE INTERVINIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Edad materna ✓ Grado de instruccion ✓ Estado civil ✓ Lugar de procedencia 	<p>TIPO DE INVESTIGACION</p> <p>No experimental Retrospectivo transversal</p> <p>DISEÑO</p> <p>Descriptivo – analítico y correlacional</p> <p>ESQUEMA</p>  <p>Dónde: M = Muestra en estudio X₁ = Variable Independiente X₂ = Variable Dependiente r = Relación de ambas variables.</p> <p>POBLACION: Estuvo compuesta por todas las gestantes atendidas con Ruptura Prematura de Membrana que fueron atendidas en el Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari”; de enero a diciembre del año 2017.siendo en total de 1336 gestantes.</p> <p>MUESTRA: La muestra estuvo conformada por 87 gestantes con el diagnóstico de ruptura prematura de membranas y complicaciones obstericas e infecciosos atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari.</p> <p>TIPOS DE MUESTREO: Es no probabilístico, intencional y se tomará en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.</p> <p>TECNICAS: análisis documental.</p> <p>INSTRUMENTOS: Ficha de recolección de datos</p>

ANEXO 01

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE		INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO
VARIABLE INDEPENDIENTE	FACTORES OBSTETRICOS	NUMERO DE GESTACION . primigestas . multigestas	Ordinal	Ficha de datos Historia clinica
		EDAD GESTACIONAL • Menor de 37ss • 37 a 40 ss • Mayor de 40ss	nominal	Ficha de datos Historia clinica
		ANTECEDENTE DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS . SI . NO	nominal	Ficha de datos Historia clinica

		CONTROLES PRENATALES .SI Deficiente(1-5 CPN) Eficiente(de 6 a mas CPN) .NO	nominal	Ficha de datos Historia clinica
	FACTORES INFECCIOSOS	INFECCION DE TRACTO URINARIO .SI Bacteriuria asintomática Cistitis pielonefritis .NO	nominal	Ficha de datos Historia clinica
		ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL .SI Vaginosis bacteriana Candidiasis Condilomatosis Tricomoniasis vagina .NO	nominal	Ficha de datos Historia clinica
VARIABLE DEPENDIENTE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS		RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS .SI . NO	nominal	Ficha de datos Historia clinica
VARIABLE INTERVINIENTE CARACTERISTICAS GENERALES		EDAD . menores de 20 años . 21 a 34 años . mayores de 35 años	intervalo	Ficha de datos Historia clinica
		GRADO DE INSTRUCCIÓN • SI Pimaria	nominal	

	Secundaria <ul style="list-style-type: none"> • NO 		Ficha de datos Historia clinica
	ESTADO CIVIL <ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Conviviente • casada 	nominal	Ficha de datos Historia clinica
	LUGAR DE PROCEDENCIA <ul style="list-style-type: none"> • Rural • urbano 	nominal	Ficha de datos Historia clinica



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN



FACULTAD DE OBSTETRICIA

ANEXO N° 03

**CUESTIONARIO SOBRE “FACTORES ASOCIADOS A RUPTURA
PREMATURA DE MEMBRANA EN GESTANTES. HOSPITAL MATERNO
INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI. HUÁNUCO, 2017”.**

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

N.- Historia: -----

RPM: SI NO

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES:

a) Edad materna:

✓ Joven

✓ Adulto

b) Grado de Instrucción

✓ Primaria

✓ Secundaria

✓ Superior

c) Estado marital:

- ✓ conviviente
- ✓ Casada
- ✓ Soltera

d) Lugar de Procedencia:

- ✓ Urbana
- ✓ Rural

DATOS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

2. FACTORES OBSTETRICAS:

a) Edad Gestacional: _____ semanas

b) Número de Gestación:

- ✓ Pimigesta
- ✓ Multigesta

c) Antecedentes de ruptura prematura de membranas:

- ✓ Si
- ✓ No

d) Control prenatal:

. Si

. NO

- ✓ Deficiente (1 - 5 CPN)
- ✓ Eficiente (6 – a más CPN)

DATOS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

3. FACTORES INFECCIOSO:

a) Infecciones del tracto urinario:

. Si

. NO

✓ Bacteriuria Asintomática

✓ Cistitis

✓ Pielonefritis

c.2) Infecciones de transmisión sexual:

a) Si, ¿cuáles?: _____

b) No

**ESCALA DICOTOMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS PARA VALORAR EL
CONTENIDO DEL INSTRUMENTO.**


EXPERTO..... Lizet Quinonez Gayoso

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

OBSERVACIONES.....

.....

.....


 Lizet Quinonez Gayoso
 OBSTETRA
 COP. 11804

FIRMA DEL EXPERTO

DNI..... 22507228

TELF..... 970984983

**ESCALA DICOTOMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS PARA VALORAR EL
CONTENIDO DEL INSTRUMENTO.**

EXPERTO..... Luz M. Bustamante Zevallos

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

OBSERVACIONES.....

.....

.....


 MINISTERIO DE EDUCACIÓN
 Luz M. Bustamante Zevallos
 OBTENIDA

FIRMA DEL EXPERTO

DNI..... 22500145

TELF.....

**ESCALA DICOTOMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS PARA VALORAR EL
CONTENIDO DEL INSTRUMENTO.**

EXPERTO..... *Lola H. Vasquez Hinostroza*

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

OBSERVACIONES.....

.....

.....



Lola H. Vasquez Hinostroza
 OBSTETRA
 C.O.P. 14814

FIRMA DEL EXPERTO

DNI..... *22675073*

TELF..... *952876559*

**ESCALA DICOTOMICA PARA JUICIO DE EXPERTOS PARA VALORAR EL
CONTENIDO DEL INSTRUMENTO.**

EXPERTO Rosalvina y. Cotrima Soto.....

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

OBSERVACIONES.....

.....




FIRMA DEL EXPERTO

DNI 22446468.....

TELF 976 345303.....



“Año de la Lucha Contra la Corrupción e Impunidad”

PROVEIDO N° 004-19-CCHMICSF

Visto la solicitud presentada por las Bachilleres en Obstetricia **MARY ELENA ZEVALLOS SILVA Y GLADYS SOTELO CALIXTO** para recolección de datos y la ejecución del Proyecto de Tesis titulado “**FACTORES ASOCIADOS A RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA EN GESTANTES. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI – HUANUCO, 2017**” y en atención al convenio vigente entre la Universidad Hermilio Valdizán de Huánuco – Facultad de Obstetricia y esta institución, este Comité, opina **ACEPTAR**, lo solicitado, así mismo autorizar el acceso a la Unidad de Admisión para la recolección de datos de las historias clínicas por el lapso de 02 meses a partir de la fecha.

Se comunica a la interesada su trámite correspondiente.

Amarilis, 08 de abril del 2019

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUANUCO
HOSPITAL MATERNO INFANTIL
CARLOS SHOWING FERRARI

Betty Rivera B.

Lic. Betty Rivera B. Bambarén
PRESIDENTE COMITÉ CAPACITACION

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO REGIONAL HUANUCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUANUCO
HOSPITAL MATERNO INFANTIL
CARLOS SHOWING FERRARI

Alvaro Fernández Portugal

CMP 042158
DIRECTOR EJECUTIVO

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUANUCO
HOSPITAL MATERNO INFANTIL
CARLOS SHOWING FERRARI

Everly G. Vaidz Alvarado

JEFE (e) Estadística e Informática



RESOLUCIÓN N° 127-2018-UNHEVAL/FOBST-D.

Huánuco, 13 de abril de 2018.

VISTO:

La solicitud N° 0401990, con registro N° 869 de fecha 19.ENE.2018;

CONSIDERANDO:

Que, las ex alumnas de la Facultad de Obstetricia ZEVALLOS SILVA Mary Elena y SOTELO CALIXTO, Gladys, solicita nombramiento del Asesor de Tesis;

Que, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL, Capítulo IV de la Modalidad de Tesis, Art. 27° señala: "El profesor Asesor deberá ser profesor ordinario y tener experiencia en el tema de investigación.....";

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° NOMBRAR al Dr. León ROCANO ROJAS, Asesor de Tesis** de las ex alumnas de la Facultad de Obstetricia ZEVALLOS SILVA Mary Elena y SOTELO CALIXTO, Gladys, para la orientación y asesoramiento en el desarrollo del Trabajo de investigación.
- 2° DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a las interesadas.

Regístrese, comuníquese y archívese.

[Firma]
17/04/18

[Firma]
17/04/18

[Firma]

[Firma]
17/04/18

Distribución:

DUIFO
Asesor
Interesado
Archivo.
MMP/mgr



"Año de la Lucha contra la corrupción y la impunidad"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN" - HUÁNUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA



RESOLUCIÓN N° 255-2019-UNHEVAL/FOBST-D.

Huánuco, 17 de Junio del 2019

VISTO:

La solicitud N° 0480562 de fecha 24.MAY.2019 presentado por las alumnas Mary Elena ZEVALLOS SILVA y Gladys SOTELO CALIXTO, quienes solicitan la emisión de Resolución de exclusividad de tema en vías de regularización, en tres (03) folios;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución N° 127-2018-UNHEVAL/FOBST-D de fecha 13.ABR.2018 se nombra al Dr. León ROCANO ROJAS, como Asesor de las alumnas Mary Elena ZEVALLOS SILVA y Gladys SOTELO CALIXTO para la orientación y asesoramiento en el desarrollo del trabajo de Investigación;

Que, las alumnas Mary Elena ZEVALLOS SILVA y Gladys SOTELO CALIXTO, solicitan regularizar exclusividad de tema para el Proyecto de Investigación titulado: "FACTORES ASOCIADOS A RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA EN GESTANTES. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI- HUANUCO, 2017", elaborado durante el curso de Seminario de Tesis;

Que, con Proveído N° 649-2019-UNHEVAL-FOBST-D de fecha 31.MAY.2019 se remite a la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia, para que informe sobre la exclusividad de tema de las mencionadas estudiantes;

Que, con OFICIO N°040-DUI/FOBST-UNHEVAL-2019, de fecha 12.JUN.2019 la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia, opina PROCEDENTE la exclusividad de tema;

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

Que, siendo el proceso misional 01.3 del Sistema de Gestión de Calidad – UNHEVAL y siendo el indicador FI-PM-01.3.3 un indicador de calidad que requiere el Registro del número de participación como Asesores de tesis por docente, corresponde el registro a la Comisión de Grados y Títulos, y;

Que, estando a las atribuciones conferidas a la Decana Interina de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 0002-2016-UNHEVAL-RI., de fecha 07 marzo de 2016;

SE RESUELVE:

- 1° **APROBAR** en vías de regularización la exclusividad del título de Proyecto de Investigación: "**FACTORES ASOCIADOS A RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA EN GESTANTES. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI- HUANUCO, 2017**" de las alumnas **Mary Elena ZEVALLOS SILVA y Gladys SOTELO CALIXTO** y queda registrado en el cuaderno de Actas del Instituto de Investigación de la Facultad de Obstetricia, asesoradas por el Dr. León ROCANO ROJAS.
- 2° **DISPONER** que la Comisión de Grados y Títulos, registre el número de participación como Asesor del Proyecto de Tesis por docente.
- 3° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a las interesadas.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
 FACULTAD OBSTETRICIA

 Dra. Mary L. Maque Ponce
 DECANA

Regístrese, comuníquese y archívese.

Distribución:

Asesor, Interesadas, Com GyT, DIU., Archivo



RESOLUCIÓN N° 327-2018-UNHEVAL/FOBST-D.

Huánuco, 13 de setiembre de 2018.

VISTO:

La Solicitud N° 0426586, de fecha 27.AGO.2018, presentada por las alumnas ZEVALLOS SILVA Mary Elena y SOTELO CALIXTO Gladys, de la Facultad de Obstetricia;

CONSIDERANDO:

Que, en el Art. 14° del Reglamento General de Grados y Títulos de la UNHEVAL señala: " Con el informe del asesor de Tesis será remitido a una comisión Revisora Adhoc, integrado por dos docentes...";

Que, mediante Resolución N° 127-2018-UNHEVAL/FOBST-D de fecha 13.ABR.2018, se nombró al Dr. León Rocano Rojas, Asesor de Tesis de las alumnas ZEVALLOS SILVA Mary Elena y SOTELO CALIXTO Gladys; para la elaboración de su Proyecto de Investigación, así como la orientación de su desarrollo.

Que, las alumnas ZEVALLOS SILVA Mary Elena y SOTELO CALIXTO Gladys solicitan la revisión y aprobación de su proyecto de tesis, adjuntando el informe del Asesor de Tesis; asimismo adjunta 02 ejemplares del proyecto: "**FACTORES ASOCIADOS A RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA PRECOZ EN GESTANTES A TÉRMINO. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI-HUÁNUCO, 2017**";

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**, la Comisión Adhoc para revisión del proyecto de tesis: "**FACTORES ASOCIADOS A RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA PRECOZ EN GESTANTES A TÉRMINO. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI-HUÁNUCO, 2017**", presentado por ex alumnas **ZEVALLOS SILVA Mary Elena y SOTELO CALIXTO Gladys**; integrado por los siguientes docentes:

Mg. Jessye Mirtha Ramos Garcia	Especialista del Aspetto Metodológico
Obst. Gloria Haydee Huaman De la Cruz	Especialista del Aspetto Temático

- 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.

Regístrese, comuníquese y archívese.

Distribución:
 Comisión
 Asesor
 Interesadas
 Archivo.
 MMP/mgr

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
 FACULTAD DE OBSTETRICIA

Dra. Mary L. Machue Ponce
 DECANA



RESOLUCIÓN N° 430-2018-UNHEVAL/FOBST-D.

Huánuco, 10 de diciembre de 2018

VISTO:

El Oficio N° 12-JMRG-JD-FOBST/UNHEVAL-2018 de fecha 26.SET.2018 y Informe N° 020-GHHD/DOC-UNHEVAL-2018 de fecha 10.OCT.2018, presentado por la Comisión Adhoc de revisión del proyecto de tesis;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución N° 360-2018-UNHEVAL/FOBST-D de fecha 11.OCT.2018, se aprobó el proyecto de tesis titulado: "**FACTORES ASOCIADOS A RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA PRECOZ EN GESTANTES A TÉRMINO. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI-HUÁNUCO,2017**", de las alumnas ZEVALLOS SILVA Mary Elena y SOTELO CALIXTO Gladys, de la Facultad de Obstetricia, asesorado por el Dr. León Rocano Rojas;

Que, no habiendo sido considerado en la resolución expedida la sugerencia del miembro de la comisión revisora del aspecto temático en lo que refiere a retirar del título del proyecto de tesis el término "precoz" por no guardar relación con el proyecto de tesis;

Que, mediante Informe N° 018-Irr-a-f/obst-unheval-2018 de fecha 05.NOV.2018, el Dr. León Rocano Rojas en su condición de asesor de tesis de las alumnas indicadas, solicita la modificación del título por sugerencia de la Obst. Gloria Huaman De la Cruz en el extremo que se retire el término PRECOZ, por lo que en coordinación con las tersistas sugiere además que se retire el término A TÉRMINO del título de proyecto de referencia;

Que, estando a las sugerencias de miembro de la comisión revisora en el aspecto temático y del Asesor de tesis, se autoriza la la modificación del título del proyecto de 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:

- 1º **MODIFICAR** la Resolución N° 360-2018-UNHEVAL/FOBST-D de fecha 11.OCT.2018, que aprobó el proyecto de tesis titulado: "**FACTORES ASOCIADOS A RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA PRECOZ EN GESTANTES A TÉRMINO. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI-HUÁNUCO,2017**", de las alumnas ZEVALLOS SILVA Mary Elena y SOTELO CALIXTO Gladys, de la Facultad de Obstetricia, para reitrar lo términos: PRECOS y A TÉRMINO.
- 2º **APROBAR** el el proyecto de tesis titulado: "**FACTORES ASOCIADOS A RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA EN GESTANTES. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI-HUÁNUCO,2017**", de las alumnas ZEVALLOS SILVA Mary Elena y SOTELO CALIXTO Gladys, de la Facultad de Obstetricia.
- 3º **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a las interesadas.

Regístrese, comuníquese y archívese.

DISTRIBUCIÓN:
 DUIFO
 Asesor
 linteresado
 Archivo.
 MMP/mgr

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
 FACULTAD DE OBSTETRICIA

Dra. Mary L. Márquez Ponce
 DECANO



"Año de la Lucha contra la corrupción y la impunidad"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN" - HUÁNUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA



RESOLUCIÓN N° 203-2019-UNHEVAL/FOBST-D.

Huánuco, 20 de mayo del 2019

VISTO:

La solicitud N° 0478883 de fecha 10.MAY.19 presentado por las ex alumnas Mary Elena ZEVALLOS SILVA y Gladys SOTELO CALIXTO;

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, las ex alumnas de la Facultad de Obstetricia Mary Elena ZEVALLOS SILVA y Gladys SOTELO CALIXTO; solicitan designación del tercer jurado para la revisión del Informe final del Proyecto de Investigación titulado: : "FACTORES ASOCIADOS A RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA EN GESTANTES. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI.HCO,2017, bajo el asesoramiento del Dr. León ROCANO ROJAS, 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 ASOCIADOS A RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA EN GESTANTES. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI.HCO,2017", de las ex alumnas de la Facultad de Obstetricia Mary Elena ZEVALLOS SILVA y Gladys SOTELO CALIXTO, debiendo el jurado estar integrado de la siguiente manera, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución.

PRESIDENTE	:	Dra. Jessye Mirtha RAMOS GARCIA
SECRETARIA	:	Obst. Gloria Haydee HUAMAN DE LA CRUZ
VOCAL	:	Dra. María del Pilar MELGAREJO FIGUEROA
ACCESITARIA	:	Mg. Rosario DE LA MATA HUAPAYA

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.

Regístrese, comuníquese y archívese.

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

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
 FACULTAD OBSTETRICIA

.....
Dra. Mary L. Maque Ponce
 DECANA



"Año de la Lucha contra la corrupción y la impunidad"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN" - HUÁNUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA



RESOLUCIÓN N° 295-2019-UNHEVAL/FOBST-D.

Huánuco, 09 de Julio del 2019

VISTO:

La solicitud N° 0485058 de fecha 04.JUL.2019 presentado por las ex alumnas Gladys SOTELO CALIXTO y Mary Elena ZEVALLOS SILVA;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución N°203-2019-UNHEVAL/FOBST-D de fecha 20.MAY.2019 se designó al jurado examinador de la Tesis titulada: "FACTORES ASOCIADOS A RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA EN GESTANTES. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI. HCO, 2017", de las bachilleres Gladys SOTELO CALIXTO y Mary Elena ZEVALLOS SILVA;

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

Que, las bachilleres Gladys SOTELO CALIXTO y Mary Elena ZEVALLOS SILVA, solicitan se le declare expeditas y se le fije fecha y hora de sustentación de tesis;

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

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

SE RESUELVE:

1° **DECLARAR** expedito las bachilleres de la Facultad de Obstetricia **Gladys SOTELO CALIXTO y Mary Elena ZEVALLOS SILVA** para la sustentación de tesis.

2° **FIJAR fecha, hora y lugar** de sustentación de la tesis Titulada: "**FACTORES ASOCIADOS A RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA EN GESTANTES. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI. HCO, 2017**" de los bachilleres **Gladys SOTELO CALIXTO y Mary Elena ZEVALLOS SILVA**, por lo expuesto en los considerandos de la presente Resolución.

DÍA : Jueves 18 de Julio del 2019

HORA : 11:00 am.

LUGAR : Sala de Conferencia de la Facultad de Obstetricia.

3° **COMUNICAR** a los Miembros del Jurado Calificador integrados por los siguientes docentes y al Asesor Dr. León ROCANO ROJAS.

PRESIDENTE	:	Dra. Jessye Mirtha RAMOS GARCIA
SECRETARIA	:	MG. Gloria Haydee HUAMAN DE LA CRUZ
VOCAL	:	Dra. María del Pilar MELGAREJO FIGUEROA
ACCESITARIA	:	Mg. Rosario DE LA MATA HUAPAYA

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

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
FACULTAD OBSTETRICIA

.....
Dra. Mary L. Maque Ponce
DECANA

DISTRIBUCIÓN:

Jurados, Asesora, Interesada, Publicación y archivo.

Sec/CPH



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

En la ciudad de Huánuco, a los18..... días del mes deJulio..... de 2019, siendo las11:00..... Horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en la Sala de Conferencia de la Facultad de Obstetricia, los miembros integrantes del Jurado examinador de la Sustentación de Tesis Titulada: "**FACTORES ASOCIADOS A RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA EN GESTANTES. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI- HUÁNUCO 2017**", presentado por la bachiller **GLADYS SOTELO CALIXTO**, para obtener el **TÍTULO DE OBSTETRA**, estando integrado por los siguientes docentes:

PRESIDENTE	:	Dra. Jessye Mirtha RAMOS GARCIA
SECRETARIA	:	Mg. Gloria Haydee HUAMAN DE LA CRUZ
VOCAL	:	Dra. María del Pilar MELGAREJO FIGUEROA
ACCESITARIA	:	Mg. Rosario DE LA MATA HUAPAYA

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

.....03 (TRES)..... Papeleta (S) APROBADOS
 Papeleta (S) DESAPROBADOS

Con nota cuantitativa de:16..... y cualitativa de:BUENO.....

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

En fe, de lo cual firmamos.



 Dra. Jessye Mirtha RAMOS GARCIA
PRESIDENTE



 Mg. Gloria Haydee HUAMAN DE LA CRUZ
SECRETARIA



 Dra. María del Pilar MELGAREJO FIGUEROA
VOCAL

 Mg. Rosario DE LA MATA HUAPAYA
ACCESITARIO

Asesor: Dr. León ROCANO ROJAS



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

En la ciudad de Huánuco, a los¹⁸ días del mes de^{julio} de 2019, siendo las^{11:00} Horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en la Sala de Conferencia de la Facultad de Obstetricia, los miembros integrantes del Jurado examinador de la Sustentación de Tesis Titulada: "**FACTORES ASOCIADOS A RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA EN GESTANTES. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS SHOWING FERRARI- HUÁNUCO 2017**", presentado por la bachiller **Mary Elena ZEVALLOS SILVA**, para obtener el **TÍTULO DE OBSTETRA**, estando integrado por los siguientes docentes:

PRESIDENTE	:	Dra. Jessye Mirtha RAMOS GARCIA
SECRETARIA	:	Mg. Gloria Haydee HUAMAN DE LA CRUZ
VOCAL	:	Dra. María del Pilar MELGAREJO FIGUEROA
ACCESITARIA	:	Mg. Rosario DE LA MATA HUAPAYA


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


.....^{03 (TRES)} Papeleta (S) APROBADOS
⁻ Papeleta (S) DESAPROBADOS

Con nota cuantitativa de:¹⁶ y cualitativa de:^{BUENO}

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

En fe, de lo cual firmamos.


 Dra. Jessye Mirtha RAMOS GARCIA
PRESIDENTE


 Mg. Gloria Haydee HUAMAN DE LA CRUZ
SECRETARIA


 Dra. María del Pilar MELGAREJO FIGUEROA
VOCAL

.....
 Mg. Rosario DE LA MATA HUAPAYA
ACCESITARIO

Asesor: Dr. León ROCANO ROJAS

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN		REGLAMENTO DE REGISTRO DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR GRADOS ACÁDEMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES			
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN		RESPONSABLE DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UNHEVAL	VERSION	FECHA	PAGINA
		OFICINA DE BIBLIOTECA CENTRAL	0.0	06/01/2017	1 de 2

ANEXO 2

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICAS DE PREGRADO

1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL (especificar los datos de los autores de la tesis)

Apellidos y Nombres: Sotelo Calixto, Glodys

DNI: 47649589 Correo electrónico: Glodys.Vergo.09@hotmail.com

Teléfonos: Casa _____ Celular 916949190 Oficina _____

Apellidos y Nombres: Zevallos Silva, Mary Elena

DNI: 46927557 Correo electrónico: _____

Teléfonos: Casa _____ Celular 941756092 Oficina _____

Apellidos y Nombres: _____

DNI: _____ Correo electrónico: _____

Teléfonos: Casa _____ Celular _____ Oficina _____

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Pregrado	
Facultad de:	<u>Obstetricia</u>
E. P. :	<u>Obstetricia</u>

Título Profesional obtenido:

Título de la tesis:

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN		REGLAMENTO DE REGISTRO DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR GRADOS ACÁDEMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES			
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN		RESPONSABLE DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UNHEVAL	VERSION	FECHA	PAGINA
		OFICINA DE BIBLIOTECA CENTRAL	0.0	06/01/2017	2 de 2

"Factores Asociados a la Ruptura prematura de Membrana en gestantes. Hospital Materno infantil Carlos Shouring Ferrari. Huánuco, 2017"

Tipo de acceso que autoriza(n) el (los) autor(es):

Marcar "X"	Categoría de Acceso	Descripción del Acceso
X	PÚBLICO	Es público y accesible al documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulta el repositorio.
	RESTRINGIDO	Solo permite el acceso al registro del metadato con información básica, más no al texto completo

Al elegir la opción "Público", a través de la presente autorizo o autorizamos de manera gratuita al Repositorio Institucional – UNHEVAL, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el Portal Web repositorio.unheval.edu.pe, por un plazo indefinido, consintiendo que con dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita, pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla, siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.

En caso haya(n) marcado la opción "Restringido", por favor detallar las razones por las que se eligió este tipo de acceso:

Asimismo, pedimos indicar el período de tiempo en que la tesis tendría el tipo de acceso restringido:

- () 1 año
 () 2 años
 (X) 3 años
 () 4 años

Luego del período señalado por usted(es), automáticamente la tesis pasará a ser de acceso público.

Fecha de firma: 19/07/19

Firma del autor y/o autores:

