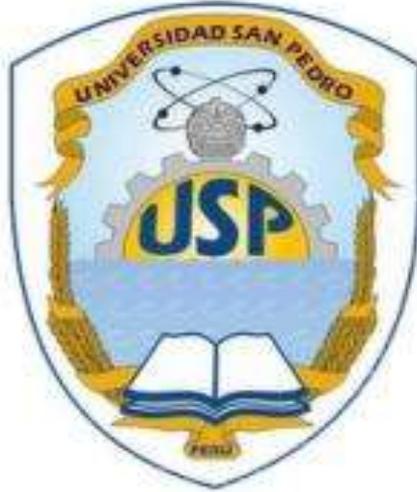


UNIVERSIDAD PRIVADA SAN PEDRO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional De Obstetricia



TESIS

Características epidemiológicas y clínicas de las gestantes con ruptura prematura de membranas. Hospital la Caleta - Chimbote. Enero setiembre, 2016.

AUTORA

Alvarado Pereda Jennifer Elizabeth

ASESORA

Mg. Rosa del Pilar Ugaz Velasquez

Chimbote – Perú

2018

Palabras clave: Ruptura prematura de membranas

Keywords: Premature rupture of membranes



ÍNDICE

Palabras claves	i
Índice	ii
Resumen	iii
Abstract	iv

I. INTRODUCCIÓN

1. Antecedentes y fundamentación científica	06
2. Justificación de la investigación	19
3. Problema	19
4. Conceptualización y operacionalización de variables	20
5. Hipótesis	21
6. Objetivos	21

II. MATERIAL Y MÉTODO

7. Tipo y diseño de investigación	22
8. Población	22
9. Método, técnica e instrumento de recolección de datos	22
10. Procedimiento de recolección de datos	23
11. Protección de los derechos humanos de los sujetos en estudio	23

III. RESULTADOS

1. Análisis	24
2. Discusión	32



IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Conclusión	36
2. Recomendaciones	37

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	38
---------------------------------------	----

ANEXOS	42
---------------------	----

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como propósito determinar las características epidemiológicas y clínicas de gestantes con ruptura prematura de membranas, en el Hospital La Caleta – Chimbote, enero – setiembre, 2016. Se realizó una investigación básica, descriptiva, retrospectiva de corte transversal, no experimental. La población estuvo constituida por gestantes que presentaron ruptura prematura de membranas en el período enero – setiembre, 2016, siendo 51 gestantes en estudio. En conclusión se puede afirmar que la procedencia rural de la gestante y la infección de vías urinarias determinan las características epidemiológicas y clínicas para la ruptura prematura de membranas.



ABSTRACT

The purpose of this study was to determine the epidemiological and clinical characteristics of pregnant women with premature rupture of membranes, at the Hospital La Caleta - Chimbote, January - September 2016. A basic, descriptive, retrospective, non-experimental, cross-sectional investigation was carried out. . The population was constituted by the pregnant women who presented premature rupture of membranes in the period January - September, 2016, being 51 pregnant women in study. In conclusion it can be affirmed that the rural origin of the pregnant woman and the urinary tract infection determine the epidemiological and clinical characteristics for the premature rupture of membranes.



I. INTRODUCCIÓN

1. Antecedentes y fundamentación científica

La ruptura prematura de membranas (RPM) forma parte de un problema de salud pública, ya que, la morbilidad materno-fetal se relaciona con prematurez, bajo peso al nacer, parto pretérmino e infecciones como la corioamnionitis que incrementa el riesgo fetal y compromiso materno. Con el objetivo de determinar resultados obstétricos y perinatales en embarazadas, se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo a gestantes con ruptura prematura de membranas, en el Hospital Provincial General de Latacunga, Ecuador. La población estuvo constituida por 84 mujeres con ruptura prematura de membranas, la información se obtuvo de las historias clínicas y fue registrada en un formulario. Los resultados en este estudio son: edad menor de 20 años el 52%, nivel de escolaridad primaria el 56%, unión libre con el 50%, nulíparas el 56%, infecciones previas de vías urinarias el 52%, control prenatal deficiente 54.7%, corioamnionitis es el principal resultado obstétrico con 2,3%, mientras que la prematurez 9,5% como resultado perinatal; los porcentajes son bajos probablemente por el uso de antibióticos y el adecuado manejo de los profesionales de esta área (Quishpe, 2013).

La ruptura prematura de membranas es una complicación usual en la práctica obstétrica, esta puede aumentar la incidencia en la morbilidad y mortalidad materno – fetal. Según los datos estadísticos del 2011 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, la ruptura prematura de membranas tiene una prevalencia del 10% de los embarazos, el 20% ocurre en el tercer trimestre de la gestación, es responsable de un tercio de los casos de parto pretérmino y del 10% de las muertes perinatales, se la asocia también a un aumento en la morbilidad materna infecciosa ocasionada por la corioamnionitis e infección puerperal. Esta investigación de tipo descriptivo, de diseño no experimental, tiene como objetivo determinar la prevalencia de la ruptura prematura de membranas en

mujeres embarazadas de 17 a 20 años, que ingresaron en el Hospital Maternidad Mariana de Jesús del 6 de septiembre 2012 a febrero del 2013. Los resultados de esta investigación permitieron determinar que la secreción vaginal en el 60%, la primiparidad al 60%, la unión libre con el 48%, la gestación sobre las 31 semanas con el 72% y los deficiente controles prenatales registrados en las historias clínicas, son factores que inciden en la morbilidad materno-fetal y del recién nacido de las ruptura prematura de membranas en las pacientes investigadas (Burgos, 2013).

En relación a la temática, Campos (2016) realizó en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, una investigación para determinar la prevalencia y los factores de riesgo materno asociados con ruptura prematura de membranas en gestantes pretérmino, siendo un estudio no experimental, descriptivo, retrospectivo, de una muestra de 113 gestantes pretérmino con el diagnóstico de ruptura prematura de membranas, mediante la revisión de las historias clínicas. Los resultados de la investigación, fueron que de los 443 casos de ruptura prematura de membranas, 113 fueron ruptura prematura de membranas en gestantes pretérmino, presentando que el factor de riesgo más frecuente asociado a ruptura prematura de membranas fue el síndrome de flujo vaginal (51.33%), seguido por bajo nivel socioeconómico, bajo nivel de educación, nuliparidad, ITU, ruptura prematura de membranas anterior, antecedente de más de un aborto y gestación múltiple.

Bajo esta problemática de salud, Araujo (2012) realizó un estudio de casos y controles con el objeto de conocer el grado de asociación entre factores de riesgo y ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Los casos fueron los embarazos que presentaron ruptura prematura de membranas y los controles los embarazos que no presentaron ruptura prematura de membranas. La información se obtuvo de las historias clínicas y de la base de datos del sistema de información perinatal, quedando conformado por 247 casos y 510 controles. Para el

análisis de los resultados se halló el Odds Ratio (OR) y se utilizó el intervalo de confianza al 95% y el p de significancia. Los resultados de este estudio son: incidencia de ruptura prematura de membranas es el 1,42% del total. Los factores de riesgo socio demográficos: edad materna no se asoció con el riesgo de ruptura prematura de membranas. Los factores obstétricos: período intergenésico menor de 2 años (O.R. = 1,72), Hemoglobina materna <7 gr/dl (O.R. =8,38), índice de masa corporal 35 a 39,9 (O.R. = 1,98), un producto con menos de 2500 gr (O.R. = 11,41), cesárea anterior (O.R. = 3,55), presentar gestación gemelar (O.R. = 10,18), infección vaginal (O.R. = 13), infección urinaria (O.R. = 2,11), metrorragia (O.R. =5,9), hipertensión inducida por el embarazo (O.R. = 3,12) se asociaron con la ruptura prematura de membranas ($p<0,05$).

Chávez y col (2007) realizó una investigación de tipo descriptivo, retrospectivo de corte transversal, en los servicios de Gineco-obstetricia y Neonatología del Hospital la Caleta, Chimbote, que tuvo por objetivo identificar los factores asociados a ruptura prematura de membranas que influyen en la presentación de sepsis neonatal. El universo muestral estuvo constituido por todas las gestantes con diagnóstico de ruptura prematura de membranas y que su recién nacido presentó sepsis neonatal, teniendo las características de los criterios de inclusión asignado por los investigadores. El análisis de los resultados obtenidos, nos permite llegar a las siguientes conclusiones: Los factores más frecuentes asociados a ruptura prematura de membranas que influyen en la presentación de sepsis neonatal en el Hospital la Caleta de Chimbote de enero a diciembre del 2007 fueron el período de latencia en más del 50 % fue mayor de 24 horas; la edad gestacional en un 80% de 37 a 41 semanas; la vía de término de la gestación por vía abdominal en un 60 %. Sólo el 13.3 % presentó corioamnionitis; el 53.3 % estuvieron en edades de 20-25 años. Las primigestas representaron el 53.3 %.

En relación a la ruptura prematura de membranas, se define como la ruptura espontánea de las membranas corioamnióticas producida antes del inicio del trabajo de parto, en una gestación posterior a las 22 semanas (INMP, 2014). Si dicha ruptura ocurre antes de las 37 semanas de gestación se denomina ruptura prematura pretérmino de membranas ovulares. La ruptura prematura pretérmino de membranas se pueden subdividir según la edad gestacional, en tres grupos: Ruptura prematura pretérmino de membranas cerca del término; que son aquellas pacientes con ruptura de membranas entre las 34 y 37 semanas. Ruptura prematura pretérmino de membranas lejos del término; son aquel grupo de embarazadas que presentan ruptura de membranas con edad gestacional entre las 24 y 34 semanas. Ruptura prematura pretérmino de membranas previable; cuando la ruptura ocurre antes de las 24 semanas o antes del límite de viabilidad (FLASOG, 2011). Cuando ocurre la ruptura después de las 37 semanas de gestación. Se denomina ruptura de membranas a término (IMSS, 2009). De acuerdo al período de latencia, es el tiempo transcurrido entre el momento en que se produce la ruptura de membranas y el parto (Schwarcz y col, 2005).

Según su epidemiología en nuestra población se presenta con una frecuencia que varía entre el 4-18% de los partos y es causa del 50% del parto pretérmino. Además, contribuye con el 20% de todas las muertes perinatales. En embarazos a término oscila entre 16 – 21%. Embarazos pretérmino oscila entre 15 – 45% y 18-20% total son de ruptura prematura de membranas (INMP, 2014).

Las membranas ovulares (corion y amnios) se encuentran estructuradas por diversos tipos celulares y matriz extracelular. Las membranas fetales se desarrollan a partir del cigoto, y el papel funcional que les corresponde está en relación con la nutrición y protección del huevo en desarrollo. A medida que el embrión va evolucionando queda cubierto por 2 sacos: uno interno, que es el amnios; y otro externo, que es el corion o

envoltura serosa. Ambos cumplen una diversidad de funciones entre las que destacan: síntesis y secreción de moléculas, recepción de señales hormonales maternas y fetales, participando en el inicio del parto, homeostasis y metabolismo del líquido amniótico, protección frente a infecciones, permite el adecuado desarrollo pulmonar y de extremidades fetales, preservando su temperatura y de protección ante traumatismos abdominales maternos. El amnios se encuentra formado por cinco capas, la más interna, en contacto con el líquido amniótico, corresponde al epitelio, compuesto de células cúbicas no ciliadas, que descansa sobre una lámina basal, compuesta de colágeno tipo III, IV, V, laminina, nidógeno y fibronectina. La capa compacta, adyacente a la lámina basal forma la principal estructura fibrosa, gracias a su contenido de colágeno tipo I, III, V y VI lo que le confiere su integridad mecánica. La capa fibroblástica, celular, formada además por macrófagos, presenta una matriz de tejido conectivo laxo. La capa intermedia (esponjosa) se ubica entre el amnios y corion, formada por proteoglicanos y glicoproteínas, además de colágeno tipo III. El corion se encuentra formado por tres capas: capa reticular, limitante con la capa esponjosa del amnios, formada por células fusiformes (estrelladas), colágeno tipos I, III, IV, V, VI y proteoglicanos; membrana basal, compuesta de colágeno tipo IV, laminina y fibronectina, capa trofoblástica formada por células redondas y poligonales, las que al acercarse a la decidua, amplían su distancia intercelular (Lugones y col, 2010).

De acuerdo a la fisiología, a través del estudio microscópico de membranas ovulares se logró 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. Asimismo, indicó que en esta zona ocurrían fenómenos de apoptosis (muerte celular programada) en epitelio amniótico, degradación de la fracción ribosoma y activación de metaloproteinasas. Es probable que diferentes agentes (infecciosos, hormonales, paracrinos, 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 (Rivera y col, 2004).

En relación a la etiopatogenia la causa de la ruptura prematura de membranas es incierta pero tiene una etiología multifactorial. La edad gestacional en la que sucede, puede orientar sobre la causa. 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 con la fuerza de cizallamiento producida por las fuerzas de las contracciones y con la disminución del contenido de colágeno en las membranas. El cual también puede ser secundario debido a algunos microorganismos que producen colagenasas, mucinasas y proteasas (SEGO, 2012).

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, las proteasas locales elaboradas por fibroblastos, macrófagos y bacterias, juegan un rol en la remodelación molecular de la membrana corioamniótica. Además, se ha demostrado que la actividad proteasa está aumentada y que existen bajas concentraciones de alfa 1 antitripsina (A1AT) en el líquido amniótico de embarazos con ruptura prematura de membranas. Además, se ha aislado una proteína antiproteasa en orina y pulmón fetales, lo que apoya la idea de una participación fetal en la protección de la integridad de las membranas (Oyarzún, 2012).

Debido a lo descrito, la etiología de la ruptura prematura de membranas existen diversos factores que influyen en la integridad o no de las membranas, por lo que, para muchos autores, la etiología no está claramente determinada es decir, es desconocida pero se ha identificado varias condiciones predisponentes: Infección materna; es actualmente la causa más analizada porque se la responsabiliza de la mayor parte de los nacimientos pretérmino con y sin rotura de membranas. El mecanismo sería el mismo en la infección de vías urinarias, enfermedades de transmisión sexual, infección del tracto genital bajo (cervicovaginitis) (Lugones y col, 2010). 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) (Cobo y col, 2016).

De acuerdo a la guía de manejo de ruptura prematura de membranas, los microorganismos son: neisseria gonorrhoeae, escherichia coli, estreptococos del grupo B, estafilococo dorado, bacterias aerobias y anaerobias, trichomona vaginalis, chlamydia trachomatis, gardnerella vaginalis, mycoplasma hominis, ureaplasma urealyticum. En cuanto al 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 el triple de riesgo en 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. 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 (ASBOG, 2013).

Además, otro factor que condiciona esta patología son los procedimientos prenatales especiales. Dentro de este factor están: amniocentesis y biopsia de vellosidades coriónica. En cuanto al déficit nutricional, las 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 (Zanini y col, 2015). Asimismo, la incompetencia cervical; es 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 (Pérez, 2011).

El tabaquismo materno aumentaría el riesgo de rotura ovular a través de favorecer la quimiotaxis de neutrófilos, que secretan elastasas. Inactivaría además la A1AT (alfa 1 antitripsina), fenómeno cuya intensidad se relaciona directamente con la cantidad de cigarrillos fumados (Oyarzún, 2012). 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 (FLASOG, 2011).

El coito; por ejemplo, la facilidad del paso de bacterias mediante el líquido seminal, independientemente que los espermatozoides podrían servir de vehículo de transporte de

los microorganismos. Por otra parte, tanto el orgasmo como el líquido seminal, pueden contribuir a que aparezcan contracciones, y a su vez, las membranas infectadas liberan prostaglandinas F2 alfa, e iniciar así la actividad uterina. Otros factores que predisponen son: antecedente de ruptura prematura de membranas o parto pretérmino, embarazos múltiples, hiperdistensión uterina (polihidramnios), malformaciones o tumores uterinos y desconocida (Lugones y col, 2010).

En relación al diagnóstico de la ruptura prematura de membranas están: la anamnesis; la paciente refiere pérdida de líquido por genitales externos, debiendo interrogarse sobre la fecha, hora, forma de inicio, color (opalescente, verdoso claro, verdoso oscuro, etc.), olor (hipoclorito de sodio), y cantidad del mismo. La especuloscopia se realizará con previo lavado perineal, con líquido aséptico, utilizando espéculo estéril. Se visualizará el cérvix, tratando de constatar si fluye líquido amniótico en forma espontánea. En caso de que esto fuera negativo, se realizará la maniobra de Valsalva Tarnier o compresión de fondo uterino (IMSS, 2009).

La ecografía; cuando no se visualiza salida de líquido amniótico transcervical y hay historia de salida de líquido. En estos casos la sospecha de ruptura de membranas aumenta ante la presencia de oligoamnios, sin embargo, no se puede con solo observar el líquido amniótico disminuido para confirmar la ruptura de membranas. En algunos casos puede observarse por ecografía una cantidad normal de líquido amniótico y existir la ruptura de membranas ovulares. Probablemente sea más útil hacer ecografía en aquellas pacientes que sospechamos de la presencia de líquido amniótico en el fondo de saco vaginal y no vemos salida transcervical, en estos casos la disminución del líquido amniótico por ecografía aumenta las posibilidades diagnósticas (Cobo y col, 2016).

Test de nitrazina; Consiste en usar un papel amarillo preparado para tal fin, donde lo que se cuantifica es el cambio del pH normal de la vagina (4.5-6.0) y al colocarle el líquido que se ha recolectado, se torna de color azul/púrpura (ph 7.1-7.3), confirmando la

presencia de líquido amniótico. Prueba de arborización en helechito; Se coloca el líquido existente en el fondo de saco vaginal o de las paredes lateral de la vagina en un portaobjetos de vidrio y se deja secar por unos minutos. Después se examina al microscopio y si cristaliza en forma de helechos, es que sí es líquido amniótico. Puede ser un falso positivo si se incluye moco cervical (Ochoa y col, 2009). La amniocentesis; con la inyección intraamniótica de colorantes (azul de Evans o índigo carmín), se observa un líquido de color azul pasando por la vagina, cuya detección confirmaría el diagnóstico. No debe usarse azul de metileno (SEGO, 2012). La fibronectina fetal (fFN) es una glicoproteína que se emplea para predecir el riesgo de parto prematuro a corto plazo. Esta proteína se produce en el límite entre el saco amniótico (que envuelve al feto) y la membrana interna del útero materno (la decidua) en una área que se conoce como unión útero-placentar (o coriodesidual). La fibronectina fetal está básicamente confinada en esta unión y se cree que es la encargada de mantener la integridad de la misma. La fibronectina fetal suele ser detectable en fluido cervicovaginal al inicio del embarazo, y en una gestación normal, deja de detectarse una vez transcurridas 24 semanas; posteriormente reaparece y puede detectarse nuevamente a partir de la semana 36 (SOGIBA, 2017).

Existen diagnósticos diferenciales de la ruptura prematura de membranas entre ellos están: Leucorrea; flujo genital blanco amarillento, infeccioso, asociado a prurito que se presenta con frecuencia. Incontinencia urinaria; es frecuente en segunda mitad del embarazo, especialmente en multíparas (por relajación perineal y rectocistocele), recomendable descartar infección del tracto urinario (ITU). Eliminación tapón mucoso; fluido mucoso, a veces algo sanguinolento se presenta con frecuencia. Rotura de quiste vaginal; pérdida brusca de líquido cristalino por vagina. Al examen se observa cavidad pequeña en paredes vaginales (raro) se presenta con rara frecuencia (Oyarzún, 2012).

En cuanto al manejo de la ruptura prematura de membranas existen casos en que el diagnóstico es dudoso y ante ello se indica hospitalización, reposo relativo, apósito

genital estéril, recuento de leucocitos maternos, ecografía, reevaluación en 24-48 horas para decidir alta o manejo como ruptura prematura de membranas (Pérez, 2012).

Antes de iniciar cualquier esquema de manejo deben tenerse en cuenta las indicaciones absolutas para desembarazar a una paciente con ruptura prematura de membranas, independientemente de la edad gestacional en que curse el embarazo: madurez pulmonar, trabajo de parto establecido, infección materna y/o fetal, malformaciones fetales, sufrimiento fetal, sangrados de la segunda mitad del embarazo que comprometan seriamente la vida de la madre y/o del feto (ASBOG, 2013).

Manejo de ruptura prematura de membranas en embarazo pre termino tardío, 34 a 37 semanas según MINSAL (2014), indica que establecer el diagnóstico de ruptura prematura de membranas en forma inequívoca; en caso de dudas, hospitalizar por 24-48 horas. Realizar la mejor aproximación de la edad gestacional, valorizar la condición fetal, determinar si existe trabajo de parto, descartar la presencia de corioamnionitis clínica y de metrorragia. El tratamiento ante una ruptura prematura de membranas de 34

a 37 semanas es la hospitalización e interrupción del embarazo; debe indicarse reposo absoluto, control de signos vitales maternos cada 6 horas, monitorización de la unidad fetoplacentaria y exámenes de laboratorio (hematocrito y recuento de leucocitos o hemograma). Las pacientes con ruptura prematura de membranas estará en trabajo de parto espontáneo dentro de las 24 horas de haber roto las membranas, o dentro de las 72 horas. En pacientes sin trabajo de parto que tengan indicación de interrupción del embarazo se realizará inducción inmediata del parto. La recomendación de inducir el parto al ingreso de las pacientes se basa en un meta-análisis reciente y un gran estudio randomizado, los cuales muestran que la utilización de esta modalidad se asocia con una menor incidencia de corioamnionitis clínica sin que aumente la tasa de cesáreas. La cesárea queda reservada para los casos con indicaciones obstétricas habituales.

Ruptura prematura de membranas lejos del término, 24 a 34 semanas, indica que independiente del manejo dado, la mayoría de las pacientes con ruptura prematura pretérmino de membranas lejos del término (24 a 34 semanas) terminan la gestación dentro de la primera semana luego de la ruptura. La ruptura prematura pretérmino de membranas lejos del término conlleva riesgos maternos y riesgos fetales. La decisión para la terminación del embarazo depende básicamente de tres factores: Edad gestacional, condición fetal y de la capacidad de atención que tiene el hospital donde ocurra el nacimiento. Con edades gestacionales entre 24 y 34 semanas parece haber mayor beneficio dando manejo conservador al embarazo, obviamente administrando corticoides y antibióticos. Sin embargo, hay que hacer una diferenciación según la edad gestacional (Zanini y col, 2015). Sin embargo, se debe tener presente la mayor posibilidad de corioamnionitis con el manejo conservador. En cambio cuando la edad gestacional es entre las 31 - 34 semanas la evidencia y opinión de expertos es controversial. Para algunos la conducta debe ser la interrupción y para otros se debe evaluar la posibilidad de dar un manejo conservador. La mejor decisión es probablemente dar manejo conservador a estas edades gestacionales hasta que inicia labor de parto. Definitivamente ante la sospecha de infección intraamniótica, signos de compromiso fetal o evidencia de maduración pulmonar la mejor conducta es la interrupción (FLASOG, 2011).

Ruptura prematura de membranas antes de las 24 semanas; es una complicación obstétrica infrecuente (1-7/1000 gestaciones) pero de manejo complejo que se asocia a una importante morbilidad materna y morbimortalidad fetal. Asimismo, sobre el ingreso hospitalario; siempre que no exista sospecha de corioamnionitis clínica (ni analítica), ni pérdida del bienestar fetal, ni sospecha de desprendimiento de placenta (ejemp. metrorragia), en las gestaciones < 24 semanas se realizará manejo ambulatorio y se remitirá a la gestante por consultorios externos en un plazo máximo de 7-10 días para seguimiento con control analítico. En cuanto, a las pruebas complementarias; se realiza el mismo manejo que en ruptura prematura de membranas 24 - 34 semanas. Si existe sospecha clínica de infección, en caso de cultivo positivo del líquido amniótico antes de

la semana 24, nuestra recomendación es la finalización activa de la gestación, dado el mal pronóstico materno-fetal por el riesgo infeccioso y la prematuridad extrema. De acuerdo a la antibioterapia; en caso de ruptura prematura de membranas < 24 semanas tributarias de manejo ambulatorio se administrará como tratamiento antibiótico profiláctico amoxicilina-clavulánico 875 mg/ 8 h vía oral durante 5 días. En el caso de ingreso hospitalario se propondrá el mismo tratamiento antibiótico de amplio espectro endovenoso propuesto para el resto de ruptura prematura de membranas pretérmino (ampicilina 1g/6h ev + gentamicina 80mg/8h ev + azitromicina 1g vo dosis única) durante 5 días o hasta resultados de cultivos si los hubiera. Sin embargo, el manejo hospitalario; si la paciente se mantiene estable desde el punto de vista analítico y clínico será susceptible de manejo ambulatorio por consultorios externos. En el caso que la paciente con ruptura prematura de membranas previsible se evalúa las características clínicas (ejemp. dinámica uterina, sangrado, aumento hidrorrea, entre otros) se valorará el ingreso hospitalario. La corticoterapia en esta etapa; si existe estabilidad clínica y no existen signos que predigan una evolución espontánea del parto o indicación de finalización inminente (< 7 días), no se administrarán corticoides de forma sistemática. Ante signos de corioamnionitis clínica, dinámica uterina, sangrado, acortamiento cervical, necesidad de ingreso hospitalario, se realizará maduración pulmonar con corticoides. La finalización de la gestación dependerá de acuerdo al compromiso materno y fetal (Cobo y col, 2016).

En relación a la corioamnionitis; se define infección intraamniótica o invasión microbiana de la cavidad amniótica como la presencia de gérmenes en el líquido amniótico, normalmente estéril. Corioamnionitis o infección ovular es la presencia de manifestaciones clínicas maternas asociadas a infección intraamniótica. Los criterios que permiten su diagnóstico fueron establecidos por Gibbs: 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 (ASBOG, 2013). Una vez

planteado el diagnóstico de corioamnionitis, de acuerdo a los criterios señalados, el manejo que ofrece el mejor pronóstico materno y perinatal es: Vía endovenosa segura CINa 9‰, antibiótico: Ampicilina 2 gr EV gentamicina 80 mg EV, antipirético. Evaluar la edad gestacional para terminar la gestación por la vía más adecuada (MINSA, 2014).

2. Justificación de la investigación

La ruptura prematura de membranas es un problema de salud pública de importancia clínica y sociodemográfica a nivel mundial, debido al alto riesgo de complicaciones materno – perinatales. Estas complicaciones se presentan en la mayoría de las gestantes por varios factores que intervienen en la salud de las mismas, que son: número de control prenatal, número de parejas sexuales, período intergenésico, paridad, gravidez, infecciones, polihidramnios, embarazo gemelar, etc. Estos factores tienen características que hacen posible la presente patología estudiada.

Bajo esta problemática, este estudio es una contribución y aporte a las características epidemiológicos y clínicos de la ruptura prematura de membranas en mujeres atendidas del ámbito jurisdiccional del Hospital La Caleta - Chimbote.

Este trabajo permitirá identificar que característica clínica tiene mayor frecuencia, para brindar estrategias sanitarias y buscar soluciones de mejora en los programas de atención existentes y generar programas de capacitación para profesionales de salud y población beneficiaria, contribuyendo en el cuidado de las gestantes.

3. Problema

Los nacimientos pretérminos son un gran problema de la ruptura prematura de membranas, en el mundo y contribuyen en cerca de un tercio a esa prematuridad. En Latino América aproximadamente uno de cada 7 nacimientos es pretérmino y la ruptura de membranas y trastornos hipertensivos son la principal causa. En Europa se calcula que 5% al 9% de los nacimientos son pretérminos y en Estados Unidos de Norte América este porcentaje alcanza el 12% - 13%. Desconocemos porcentajes en América Latina, sin embargo, estadísticas de algunos hospitales confirman que es cerca de 11% al 15%. Se estima que un 25% a 30% de esos pretérminos son producto de ruptura prematura de membranas (ASBOG, 2013).

Según datos estadísticos del Instituto Nacional Materno Perinatal (2014) el número de casos de embarazos complicados con ruptura prematura de membranas pretérmino es muy significativo. En los últimos 5 años alcanza un promedio de 10.5% del total de partos pretérmino y constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad perinatal.

Los factores determinantes de salud de las gestantes determinarán la gravedad de la ruptura prematura de membranas, que son: corioamnionitis (infección grave de los tejidos de la placenta), infección puerperal, óbitos (muerte del bebé dentro del útero), hipoplasia pulmonar (falta de desarrollo de los pulmones del bebé), Sepsis neonatal, prematurez, etc.

Teniendo en cuenta la situación problemática descrita anteriormente se presenta el siguiente problema de investigación:

¿Cuáles son las características epidemiológicas y clínicas de gestantes con ruptura prematura de membranas, en el Hospital La Caleta - Chimbote. Enero – setiembre, 2016?

4. Conceptualización y operacionalización de variables

Características epidemiológicas de la ruptura prematura de membranas.

- **Conceptualización**

Constituyen los aspectos social-demográficos de las gestantes que presentan ruptura prematura de membranas.

- **Operacionalización**

Las características epidemiológicas consideradas son:

- Edad
- Estado civil
- Ocupación
- Procedencia: rural, urbano-marginal, urbano.

Características clínicas de la ruptura prematura de membranas

- **Conceptualización**

Constituyen los aspectos biológicos-clínicos de las gestantes que presentan ruptura prematura de membranas.

- Operacionalización

Operacionalmente se medirá:

- Número de controles prenatales
- Periodo intergenésico
- Gestación: Primigesta, multigesta.
- Enfermedades intercurrentes del embarazo: ITU, polihidramnio, anemia, vaginitis, feto macrosómico, ITS, desconocido, otros.
- Antecedentes de ruptura prematura de membranas. - Edad gestacional

5. Hipótesis

La causa de la ruptura prematura de membranas es multifactorial y varía con la edad gestacional. A pesar de las múltiples posibilidades o factores de riesgo, también existe una parte de las pacientes que no tienen factores de riesgo asociado a una ruptura prematura de membranas y en ellas es realmente desconocida la causa. Sin embargo, el aspecto social y demográfico se considera un factor de riesgo materno que puede conllevar una ruptura de membranas. Ante lo descrito se presenta lo siguiente:

Por ser un estudio descriptivo el presente estudio no requiere de hipótesis.

6. Objetivos

General

Determinar las características epidemiológicas y clínicas de gestantes con ruptura prematura de membranas, en el Hospital La Caleta - Chimbote. Enero – setiembre, 2016.

Específicos

1. Identificar las características epidemiológicas de las gestantes con ruptura prematura de membranas, según: edad, grado de instrucción, procedencia y estado civil.
2. Determinar las características clínicas de mayor frecuencia de la ruptura prematura de membranas.

II. MATERIAL Y MÉTODO

7. Tipo y diseño de investigación

Investigación básica, de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, no experimental.

8. Población

La población estuvo constituida por gestantes que presentaron ruptura prematura de membranas en el período enero – setiembre, 2016, siendo 51 gestantes con la presente patología.

9. Método, técnica e instrumento de recolección de datos

Los datos fueron recolectados de las historias clínicas comprendidas en el período enero– setiembre de 2016. Para la recopilación de datos se utilizó una ficha elaborada por la propia autora, de acuerdo a las variables en estudio. El instrumento constó de dos partes; el primero referente a datos generales y la segunda sobre las características clínicas-obstétricas, que respondieron a los objetivos establecidos en el proyecto de investigación. Ficha de datos que se sometió a criterio de expertos; 2 obstetras y 1 ginecólogo.

Criterio de inclusión

- Gestantes con ruptura prematura de membranas, controladas y atendidas en el Hospital La Caleta.
- Historias clínicas completa.
- Historia clínica que se encuentre dentro del período enero - setiembre, 2016.

Criterio de exclusión

- Historias clínicas incompletas.
- Historias clínicas que no tenga letra legible.
- Gestantes con ruptura prematura de membranas que no se atendieron en el hospital.
- Gestantes que se atendieron en el Hospital La Caleta, pero no presentaron ruptura prematura de membranas.
- Historia clínica fuera del tiempo establecido.

10. Procedimiento de recolección de datos

Los datos fueron recolectados por la propia autora, solicitando la autorización al Hospital La Caleta para la revisión de las historias clínicas, medio del que se obtuvo la información requerida.

11. Protección de los derechos humanos de los sujetos en estudio

El presente estudio de investigación utilizó las historias clínicas de las gestantes que presentaron ruptura prematura de membrana, atendidas en el Hospital La Caleta, no se hizo uso de consentimiento informado, por lo tanto, no hubo ningún daño físico ni psicológico.

Comprometiéndome en guardar la confidencialidad y privacidad de los datos, solo serán utilizados para el presente estudio de investigación.

III. RESULTADOS

Tabla N°1 Características epidemiológicas (edad y grado de instrucción) de las gestantes con RPM. Hospital La Caleta. Enero – setiembre. 2016.

Características	Nº	%
Edad		
Total	51	100
12 – 17	10	19,6
18 – 29	31	60,8
30 – 49	10	19,6
Grado de instrucción		
Total	51	100
Sin instrucción	4	7,8
Primaria	6	11,8
Secundaria	33	64,7
Superior	8	15,7

Fuente: Historias clínicas del Hospital La Caleta.

Respecto a la edad se observa que el mayor porcentaje (60,8%) son del grupo etario de 18 – 29 años. En cuanto al grado de instrucción de las gestantes con ruptura prematura de membranas, la mayoría son de nivel secundaria (64,7%) pudiendo resaltar que existe un 15,7% con nivel superior.

Tabla N°2 Características epidemiológicas (estado civil y lugar de procedencia) de las gestantes con RPM. Hospital La Caleta. Enero – setiembre. 2016.

Características	N°	%
Estado civil		
Total	51	100
Soltera	11	21,5
Conviviente	34	66,7
Casada	6	11,8
Divorciada	0	0

Lugar de procedencia

Total	51	100
Rural	26	51,0
Urbano-marginal	15	29,4
Urbano	10	19,6

Fuente: Historias clínicas del Hospital La Caleta.

En relación a la presente tabla, referente al estado civil casi las tres cuartas partes (66,7%) son conviviente. Además, se observa que la mayoría de la población estudiada según su procedencia, el mayor porcentaje es rural (51,0%) pero cabe destacar que más de la cuarta parte de las gestantes con ruptura prematura de membranas son de procedencia urbano-marginal.

Tabla N°3 Gestantes con RPM según período intergenésico. Hospital La Caleta. Enero – setiembre. 2016.

Característica clínicas	N°	%
-------------------------	----	---

Período intergenésico

Total		
< 2 años	51,6	
2 – 4 años	18,5	
5 años a más	22	100
No presenta		11,8
		35,3 9,8
		43,1

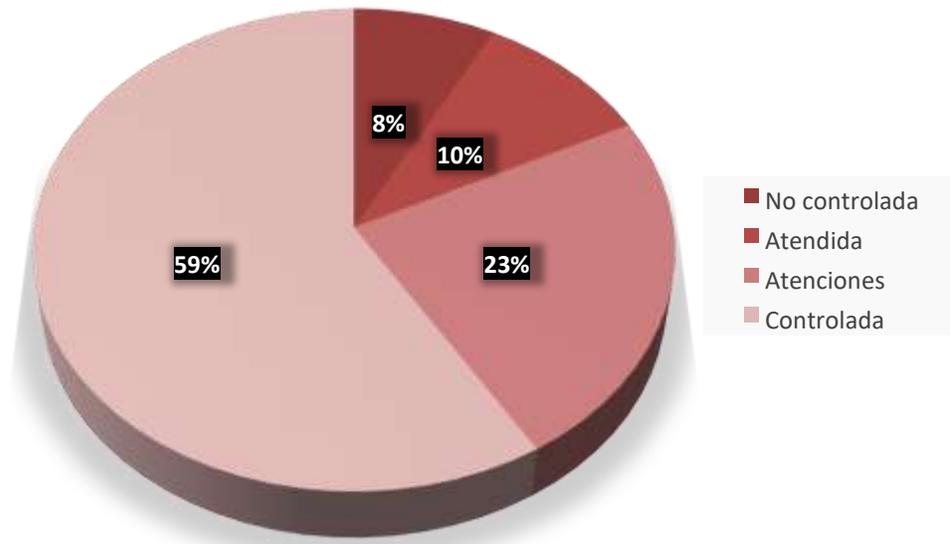
Fuente: Historias clínicas del Hospital La Caleta.

En esta tabla, el mayor porcentaje (43,1%) corresponde a las gestantes que no tienen ningún período intergenésico, seguido de las madres con un período intergenésico de 2 – 4 años (35,3%).

La presente figura, referida al número de controles de las gestantes con ruptura prematura de membranas indica que la mayoría de ellas son controladas (59%).

Finalmente se aprecia un mínimo porcentaje en gestantes no controladas (8%).

Número de controles prenatales

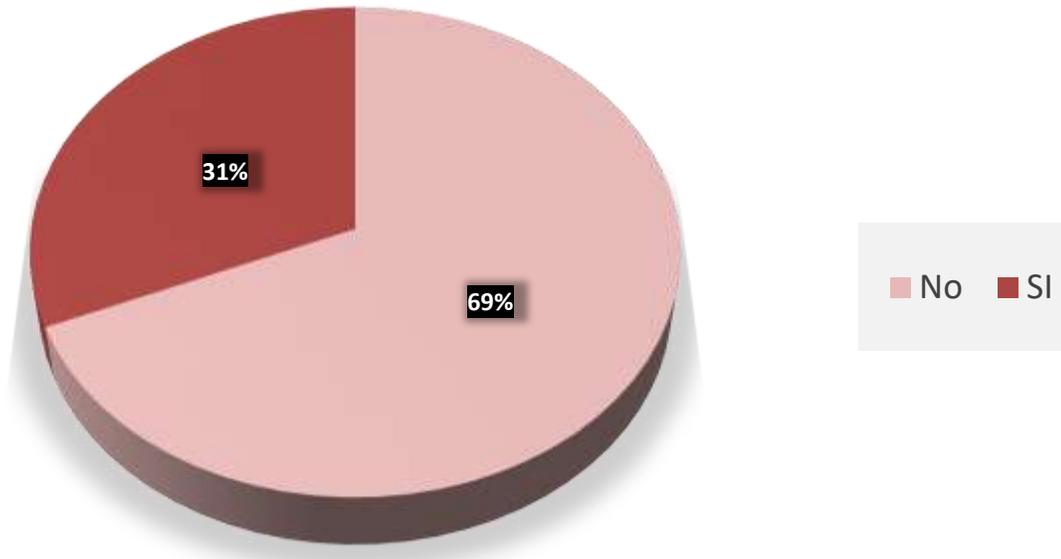


Fuente: Historias clínicas del Hospital La Caleta.

Figura N°1 Gestantes con RPM según número de controles prenatales. Hospital La Caleta. Enero – setiembre. 2016.

En relación a los antecedentes de ruptura prematura de membranas, la mayoría (69%) de las gestantes con dicha patología no presentaron el antecedente, pero más de la cuarta parte (31%) si tuvieron dicho antecedente.

Antecedentes de Ruptura prematura de mebranas



Fuente: Historia clínicas del Hospital La Caleta.

Figura N°2 Gestantes con RPM según antecedentes de RPM. Hospital La Caleta. Enero – setiembre. 2016.

Tabla N°4 Gestantes con RPM según enfermedades intercurrentes de la gestación. Hospital La Caleta. Enero – setiembre. 2016.

Característica clínicas	Nº	%
Enfermedades intercurrentes de la gestación		
Total	51	100
ITU	18	35,3
Polihidramnio	7	13,7
Anemia	13	25,5
Feto macrosómico	6	11,8
Desconocido	5	9,8
	2	3,9
		0
ITS		
Otros	0	

Fuente: Historias clínicas del Hospital La Caleta.

De acuerdo, a las enfermedades intercurrentes de la gestación se puede apreciar que la cuarta parte las gestantes presenta anemia, con un porcentaje de 25,5 %. Sin embargo el mayor porcentaje (35,3%) corresponde a aquellas gestantes con ITU. Finalmente se aprecia un mínimo porcentaje (3,9%) con ITS.

Tabla N°5 Gestantes con RPM según edad gestacional. Hospital La Caleta. Enero – setiembre. 2016.

Característica clínicas	Nº	%
Edad gestacional		
Total		
Antes de las 24 semanas	51	100
24 – 34 semanas	1	2,0
34 – 37 semanas	5	9,8
37 a más semanas	11	21,6
	34	66,6

Fuente: Historias clínicas del Hospital La Caleta.

En esta tabla referida a la edad gestacional, el mayor porcentaje (66,6%) corresponde a las mujeres que tuvieron ruptura prematura de membranas en las 37 semanas a más. Sin embargo, hay un mínimo porcentaje (2,0%) en gestantes con edad gestacional menor de las 24 semanas, considerándose una ruptura prematura de membranas pretérmino previsible.

Tabla N°6 Gestantes con RPM según gestación. Hospital La Caleta. Enero – setiembre. 2016.

Característica clínicas	N°	%
Gesta		
Total	51	100
Primigesta	22	43,1
Multigesta	29	56,9

Fuente: Historias clínicas del Hospital La Caleta.

En relación a las gestaciones, el mayor porcentaje (56,9%) corresponde a las gestantes multigestas, pero casi la mitad son primigestas (43,1%).

1. Discusión

Actualmente se considera de gran importancia que el embarazo llegue a término, para beneficio del neonato, por esta razón la ruptura prematura de membranas constituye una entidad gnoseológica que es necesario prevenir, puesto que es una complicación que afecta el futuro del niño por nacer. Los nacimientos pretérminos son un gran problema en el mundo y las ruptura prematuras de membranas contribuyen en cerca de un tercio a esa prematuridad.

Teniendo en cuenta la situación problemática, se discutirá los resultados hallados.

Las características epidemiológicas de las gestantes, referente a la edad, se encontró que de 51 gestantes que presentaron ruptura prematura de membranas en el Hospital La Caleta, de acuerdo a los datos tomados de las historias clínicas, la edad predominante está entre 18 – 29 años (60,8%). Resultado que concuerda con lo reportado por Chávez y col (2007), quien obtuvo el mayor porcentaje (53,3%) en el intervalo 20 – 25 años, datos que se encuentran dentro del intervalo del presente estudio, y realizado en la misma jurisdicción. Sin embargo, en la literatura de Schwarcz la edad de menor de 20 años y mayor de 34 años; estas edades forman parte de los factores que entrañan riesgo de morbimortalidad materno perinatal, sumados a la ruptura prematura de membranas que condicionan un factor de riesgo.

Además, en los hallazgos también se encontró que, las gestantes en estudio el 64,7% tienen un grado de instrucción secundaria, mientras que el menor porcentaje (7,8 %) representa a las gestantes sin instrucción. En cuanto al estado civil la mayoría de las gestantes (66,7%) son convivientes. Ante lo referido, Quishpe (2013) indicó que el 56% eran de nivel primaria; resultado diferente a lo encontrado en el presente estudio; esto se debe por lo mismo que se realizó en jurisdicciones distintas. Además, un estudio realizado

en Ecuador por Burgos (2013) señala que el 48 % corresponde a la unión libre; dato que concuerda con el estudio.

De acuerdo a la procedencia de las gestantes en estudio, la mayoría de la población (51,0%) es de procedencia rural. Esta variable casi siempre está ligada al nivel socioeconómico para muchas patologías obstétricas. Sin embargo, no existen estudios de grandes poblaciones que señalen a la procedencia rural o urbana sea como factor de riesgo a la ruptura prematura de membranas, pero, muchos estudios han detectado que las mujeres con un nivel socioeconómico bajo tienen un riesgo incrementado de presentar una ruptura prematura de membranas pretérmino (MINSA, 2014). Ante lo descrito Campos (2016) realizó un estudio donde obtuvo como parte del resultado que el nivel socioeconómico bajo es un factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas.

En relación al período intergenésico de las mujeres que presentaron ruptura prematura de membranas, el mayor porcentaje (43,1%) corresponde a las gestantes que no tienen ningún periodo intergenésico, por ser primigesta. Estos hallazgos no guarda relación con el estudio de Araujo (2012) quien señala que periodo intergenésico predominante (O.R. = 1,72) es menor de 2 años. Sin embargo, los periodos intergenésico cortos se han relacionado con resultados desfavorables en el embarazo. Este intervalo es muy importante porque el organismo de la mujer necesita recuperarse y prepararse para un nuevo embarazo; durante este proceso la madre disminuye sus propios recursos biológicos y nutritivos a causa del crecimiento del feto (SOGIBA, 2017).

De acuerdo, al número de control prenatal, la mayoría de gestantes (59%) que presentaron ruptura prematura de membranas fueron controladas (6 a más CPN). Resultados que no guardan relación con el estudio de Quishpe (2013) que señala un mayor porcentaje en control prenatal deficiente (54,7%); estudio que concuerda con el Instituto

Nacional Materno Perinatal (2014) quien indica que la deficiencia de control prenatal es un factor de riesgo que puede conllevar la morbilidad y mortalidad maternofetal.

Respecto a los antecedentes de ruptura prematura de membranas, la mayoría (69%) de las gestantes estudiadas no presentaron antecedente. Resultado muy diferente a lo encontrado por Campos (2016) quien indicó que la mayoría de gestantes tuvieron ruptura prematura de membranas anterior; asimismo indica SEGO (2012) que unos de los primeros factores que predisponen la ruptura prematura de membranas son antecedente de ruptura prematura de membranas y parto pretérmino.

En relación a las enfermedades intercurrentes del embarazo el mayor porcentaje (35,3%) representa a las gestantes que presentaron ITU. Estudio que concuerda con lo realizado por Araujo (2012) con un O.R. =2,11 de gestantes con infección urinaria. A pesar de una etiología no determinada, existen los factores de riesgo que se asocian a la ruptura prematura de membranas, entre las primeras está la infección materna (vías urinarias, infección de transmisión sexual, entre otros) (Vargas y col, 2014).

Según la edad gestacional en la que se presentó la ruptura prematura de membranas. El presente estudio tiene como hallazgo que la mayoría de las gestantes (66.6%) están en el intervalo de 37 semanas a más. Asimismo, en el hospital La Caleta Chávez y col (2007) realizaron un estudio obteniendo como parte del resultado que el mayor porcentaje (80%) son gestantes con una edad gestacional de 37 a 41 semanas. Además, al término del embarazo, la ruptura de membranas generalmente es seguida de una aparición pronta del parto espontáneo. Sin embargo, el más significativo riesgo

materno de la ruptura de membranas al término es la infección intrauterina, que aumenta con la duración de la ruptura de membranas. Los riesgos fetales asociados con ruptura de membranas a término incluyen compresión del cordón umbilical e infección ascendente (SOGIBA, 2017).

Finalmente, en relación al número de gestaciones, se observa que más de la mitad (56,9%) corresponde a las multigesta. Hallazgo que no concuerda con lo referido por Burgos (2013) quien señala que el 60,0 % corresponde a las primigestas. Así mismo, la evidencia científica no es clara con respecto al comportamiento de la paridad y el número de gestaciones como factor de riesgo a ruptura prematura de membranas (Lugones y col, 2010).

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

En base al análisis de los resultados obtenidos se llegó a las siguientes conclusiones:

1. De acuerdo a las características epidemiológicas la mayoría de las gestantes (60,8%) oscilan entre 18 – 29 años de edad, con un grado de instrucción secundaria (64,7%), siendo la mayoría de ellas conviviente (66,7%) y con una procedencia rural (51,0%).
2. En cuanto a las características clínicas se concluye que las gestantes con ruptura prematura de membranas no presentaron período intergenésico (43,1%) por ser primigesta, fueron gestantes controladas (59%), no presentaron antecedente ruptura prematura de membranas (69%), tuvieron ITU (35,3 %) , sin embargo un porcentaje aproximado (25,5%) presentaron anemia. De acuerdo a la edad gestacional en que se presentó la ruptura prematura de membranas oscila entre las 37 semanas a más (66,6%) y la mayoría (56,9 %) fueron multigesta.
3. La característica epidemiológica y clínica con mayor frecuencia fueron gestantes con ruptura prematura de membranas con procedencia rural e infección del tracto urinario (ITU).

Recomendaciones

1. Seguir incentivando a las gestantes que continúen con el cumplimiento de sus controles prenatales
2. Prevenir, detectar y tratar oportunamente los factores de riesgo: ITU, anemia, polihidramnios, entre otros.
3. Incentivar a las gestantes que cumplan con el tratamiento para las infecciones urinarias u otro factor predisponente a una ruptura prematura de membranas.
4. Consejería integral de nutrición en el embarazo, higiene y señales de peligro

Referencia bibliográfica

Araujo, C. (2012) *Estimación del grado de asociación de los factores de riesgo en pacientes con ruptura prematura de membranas, atendidas en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2006-2010.*

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4979/Flores_mj.pdf;jsessionid=5FAA332D921DCED41A79EC6C781C8FC9?sequence=3

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología – ASBOG (2013) *Guía de manejo. Ruptura prematura de membranas.*

<http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%209.%20%20MANEJO%20DE%20RUPTURA%20PREMATURA%20DE%20MEMBRANAS.pdf>

Burgos, W. (2013) *Prevalencia de la Ruptura Prematura de Membranas en edades de 17 a 20 años de edad en el Hospital Maternidad Mariana de Jesús. Del 6 de septiembre del 2012, a Febrero del 2013.*
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1773/1/TESIS%20RPM.pdf>

Chávez, S. y Morán, O. (2007) *Factores asociados a ruptura prematura de membranas que influyen en la presentación de sepsis neonatal en el Hospital la Caleta de Chimbote: enero a diciembre del 2007.*

<https://es.scribd.com/doc/105641048/factores-asociados-a-la-ruptura-prematurade-m>

Campos, S. (2016) *Factores de riesgo asociados con ruptura prematura de membranas en gestantes pretérmino en el Hospital Nacional Hipolito Unanue durante el año 2014.* http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/477/1/Campos_s.pdf

Cobo, T. Ferrero, S. Migliorelli, F. Rodríguez, A. Lorente, N. Baños, N. y Palacio, M. (2016) *Rotura prematura de membranas a término y pretérmino. Centro de Medicina Feta y Neonatal de Barcelona.*

<https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-maternaobstetrica/rotura%20prematura%20de%20membranas%20hcp-hsjd.pdf>

Federación Latino Americana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia -

FLASOG (2011) *Guía clínica Nº 1 Ruptura prematura de membranas.*

<http://www.sogiba.org.ar/documentos/GC1RPM.pdf>

Instituto Mexicano del Seguro Social - IMSS (2009) Guía de Referencia Rápida PreVENCIÓN, DiagnÓstico y Tratamiento de la Ruptura Prematura de Membranas. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/321GRR.pdf>

Instituto Nacional Materno Perinatal - INMP (2014) *Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología*. www.inmp.gob.pe/descargar_repositorio?archivo=650t.pdf&nombre=650t.pdf

Lugones, M. y Ramírez, M. (2010) *Rotura prematura de membranas, aspectos de interés para la atención primaria de salud. Especialidad de II grado en ginecología y obstetricia. La Habana – Cuba*. http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol_26_4_10/mgi11410.htm

Ministerio de Salud – MINSA (2014) *Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Rotura prematura de membranas*. http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf

Ministerio de Salud de Chile - MINSAL (2010) *Guía clínica de prevención de parto prematuro. Manejo de rotura prematura de membranas*. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/721fc45c972f9016e04001011f0113bf.pdf>

Ochoa, A. y Pérez, J. (2009) *Amenaza de parto prematuro, rotura prematura de membranas y corioamnionitis. Servicio de Ginecología y Obstetricia – Pamplona*. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200011

Oyarzún, E. (2012) *Departamento de alto riesgo obstétrico – Universidad Católica de Chile. Rotura prematura de membranas*.

<http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/RPM.html>

Pérez, A. (2012) Rotura prematura de membranas.

<http://skorpiomenlamedicina.blogspot.pe/2012/12/rotura-prematura-demembranas.html>

Pérez, S. (2011) *Rotura prematura de membranas, corioamnionitis y respuesta inflamatoria fetal. Obstetricia 4° edición. Editorial Mediterráneo.*

Quishpe, M. (2013) *Ruptura prematura de membranas y resultados obstétricos y perinatales en las embarazadas que fueron atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Provincial General de Latacunga, durante el período comprendido de enero a junio 2012.* <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/5875>

Rivera, R., Caba, F., Smirnow, M., Aguilera, J. y Larraín, A. (2004) *Revista chilena de Obstetricia y Ginecología. Fisiopatología de la rotura prematura de las membranas ovulares en embarazos de pretérmino.*

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000300013&lng=es&nrm=iso

Schwarcz, R., Duverges, C. y Fescina, R. (2005) *Síndrome de ruptura prematura de membranas ovulares. Obstetricia 6° edición. Editorial El Ateneo.*

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia - SEGO (2012) *Protocolos Asistenciales en Obstetricia. Rotura prematura de membranas.* www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-pdf-S0304501312002920-S300

Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Bs. As. – SOGIBA (2017) *Rotura prematura de membranas en el embarazo de pretérmino. Consenso SOGIBA.*

http://www.sogiba.org.ar/images/RPMP_Consenso_SOGIBA_2017.pdf?fbclid=IwAR2JF4nCxQVYGYyVfv2Zqid6Q_95GbhsiqRy1ksMf6IfAoXXiFHVXOfvNI
o

Vargas, K. y Vargas, C. (2014) *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXXI (613) 719 – 723. Ruptura prematura de membranas.*
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc145h.pdf>

Zanini, J. y Goya, M. (2015) *Rotura prematura de membranas pretérmino – Alto riesgo obstétrico.*

<http://dinamicgyn.co.nf/PDFs/protocols/RPMPPretermino2015.pdf>

ANEXOS

Anexo N°1 FICHA DE DATOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE GESTANTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS. HOSPITAL LA CALETA - CHIMBOTE. ENERO – SETIEMBRE, 2016.

d. Superior

I. DATOS GENERALES

N° H.C

1. Edad

- a. 12 – 17 años (adolescentes)
- b. 18 – 29 años (joven)
- c. 30 – 49 años (adulto)

2. Grado de instrucción

- a. Sin instrucción
- b. Primaria
- c. Secundaria

II. DATOS CLINICOS - OBSTÉTRICOS

5. Periodo intergenésico

- a. 2 años
- b. 2 años - 4años
- c. 5 años a más
- d. No presenta

3. Estado civil

- a. Soltera
- b. Conviviente
- c. Casada
- d. Divorciada
- e. Viuda

4. Lugar de procedencia

- a. Rural
- b. Urbano-Marginal
- c. Urbano

6. Número de controles prenatales

- a. No controlada
- b. Atendida
- c. Atenciones
- d. Controlada

7. Antecedente de RPM

- a. Si
- b. No 10. **Gesta**

- a. Primigesta
- b. Multigesta

8. Enfermedades intercurrentes

- a. ITU
- b. Polihidramnios
- c. Anemia
- d. Feto macrosómico
- e. ITS
- f. Desconocido
- g. Otros

9. Edad gestacional

- a. Antes de las 24 semanas
- b. 24 – 34 semanas
- c. 34 – 37 semanas
- d. 37 a más semanas

MATRIZ DE COHERENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>¿Cuáles son las características epidemiológicas y clínicas de gestantes con ruptura prematura de membranas, en el Hospital La Caleta – Chimbote. Enero – setiembre, 2016?</p>	<p>General</p> <p>Determinar las características epidemiológicas y clínicas de gestantes con ruptura prematura de membranas, en el Hospital La Caleta - Chimbote. Enero – setiembre, 2016.</p> <p>Específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar las características epidemiológicas de las gestantes con ruptura prematura de membranas, según: edad, grado de instrucción, procedencia y estado civil. 2. Determinar las características clínicas de mayor frecuencia de la ruptura prematura de membranas. 	<p>Por ser un estudio descriptivo, el presente estudio no requiere de hipótesis.</p>	<p>Características epidemiológicas y clínicas de las gestantes con ruptura prematura de membranas.</p>	<p>Investigación básica de tipo descriptivo, retrospectivo de corte transversal, no experimental.</p>

Anexo N°2

MATRIZ DE CONSISTENCIA

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEM
Características epidemiológicas	Constituyen aspectos de social-ruptura los aspectos gráficos y membranas. nan la prei de	Grado de instrucción	Sin instrucción	ITEM N° 02
			- Primaria	
			- Secundaria	
			- Superior	
Características clínicas	los aspectos clínicos de ue condici prematura	Estado civil	Soltera	ITEM N° 03
			Conviviente	
			Casada	
			Divorciada	
Características clínicas	los aspectos clínicos de ue condici prematura	Lugar de procedencia	Rural	ITEM N° 04
			Urbano-marginal	
			Urbano	
Características clínicas	los aspectos clínicos de ue condici prematura	Edad	12 - 17 años	ITEM N° 01
			18 - 29 años	
			30 - 49 años	

	1 as Constituyen biológicos– ruptura membranas. de			
--	--	--	--	--

		-	Periodo intergenésico	-	<input type="checkbox"/> 2 años - 2 – 4 años - 5 años a más - No presenta	ITEM N°05
		-	Gesta	-	Primigesta Multigesta	ITEM N°10
		-	Número de controles prenatales	-	No controlada Atendida Atenciones Controlada	ITEM N°06
		-		-		
		-	Antecedente de RPM	-	Si No	
		-	Edad gestacional	-	Antes de las 24 semanas (Previales) 24 – 34 semanas (lejos del término) 34 – 37 semanas (cerca al término) 37 semanas a más (al término)	
					ITU Polihidramnios Anemia	

		Enfermedades intercurrentes de la gestación	Feto macrosómico	ITEM N°07 ITEM N°09
--	--	---	------------------	----------------------------

		-	<ul style="list-style-type: none">- ITS- Desconocido- Otros	ITEM N°08
--	--	---	---	-----------