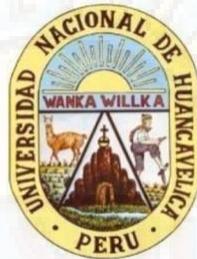


UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
(CREADA POR LEY N°25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



TESIS

**Manejo clínico de la ruptura prematura de
membranas pretérmino atendidos en el
Hospital Regional Docente Materno Infantil El
Carmen, Junín 2019.**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
SALUD MATERNO PERINATAL Y NEONATAL

PRESENTADO POR:
Obsta. Camayo Quispe, Kelly Suzan

PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:
EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO

HUANCAVELICA – PERÚ
2020

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huancavelica a los treinta días del mes de septiembre a las 12:00 horas del año 2020 se reunieron los miembros del jurado evaluador de la sustentación de tesis del (la) egresado(a):

CAMAYO QUISPE, KELLY SUZAN

Siendo los jurados evaluadores:

Presidente : Mg. Tula Susana GUERRA OLIVARES
Secretario : Dra. Jenny MENDOZA VILCAHUAMAN
Vocal : Dra. Rossibel Juana MUÑOZ DE LA TORRE

Para calificar la sustentación de la tesis titulada:

MANEJO CLÍNICO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PRETERMINO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN, JUNIN 2019.

Concluida la sustentación de forma síncrona, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 094-2020-D-FCS-R-UNH, concluyendo a las 12:40 horas. Acto seguido, el presidente del jurado evaluador informa al o los sustentantes que suspendan la conectividad para deliberar sobre los resultados de la sustentación llegando al calificativo de: APROBADO por UNANIMIDAD.

Observaciones:

.....

.....

.....

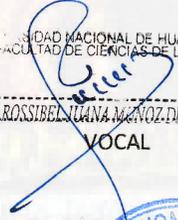
Ciudad de Huancavelica, 30 de septiembre del 2020

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
PRESIDENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman
SECRETARIO

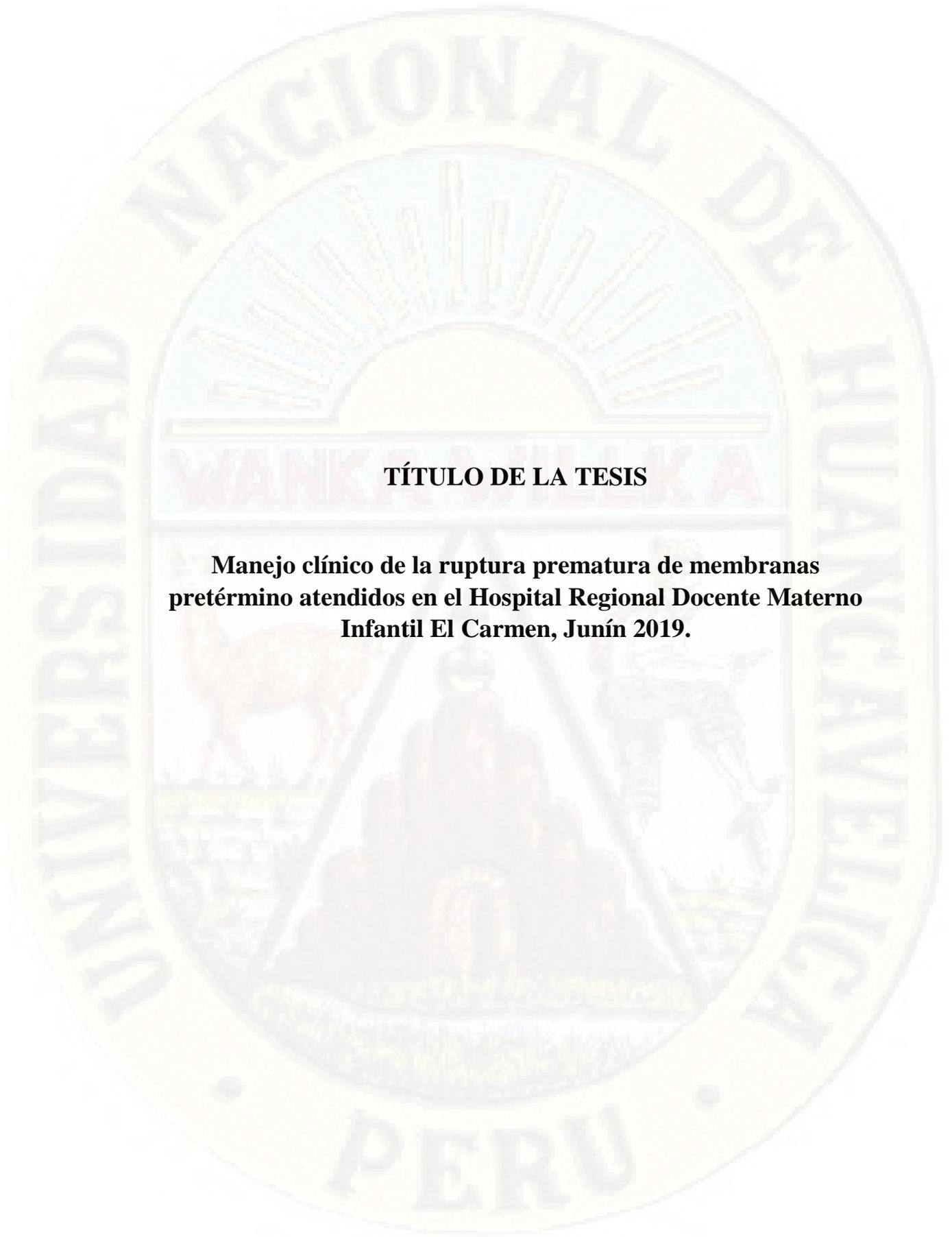
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Mg. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE
VOCAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO

Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
VºBº DECANATA
DECANA

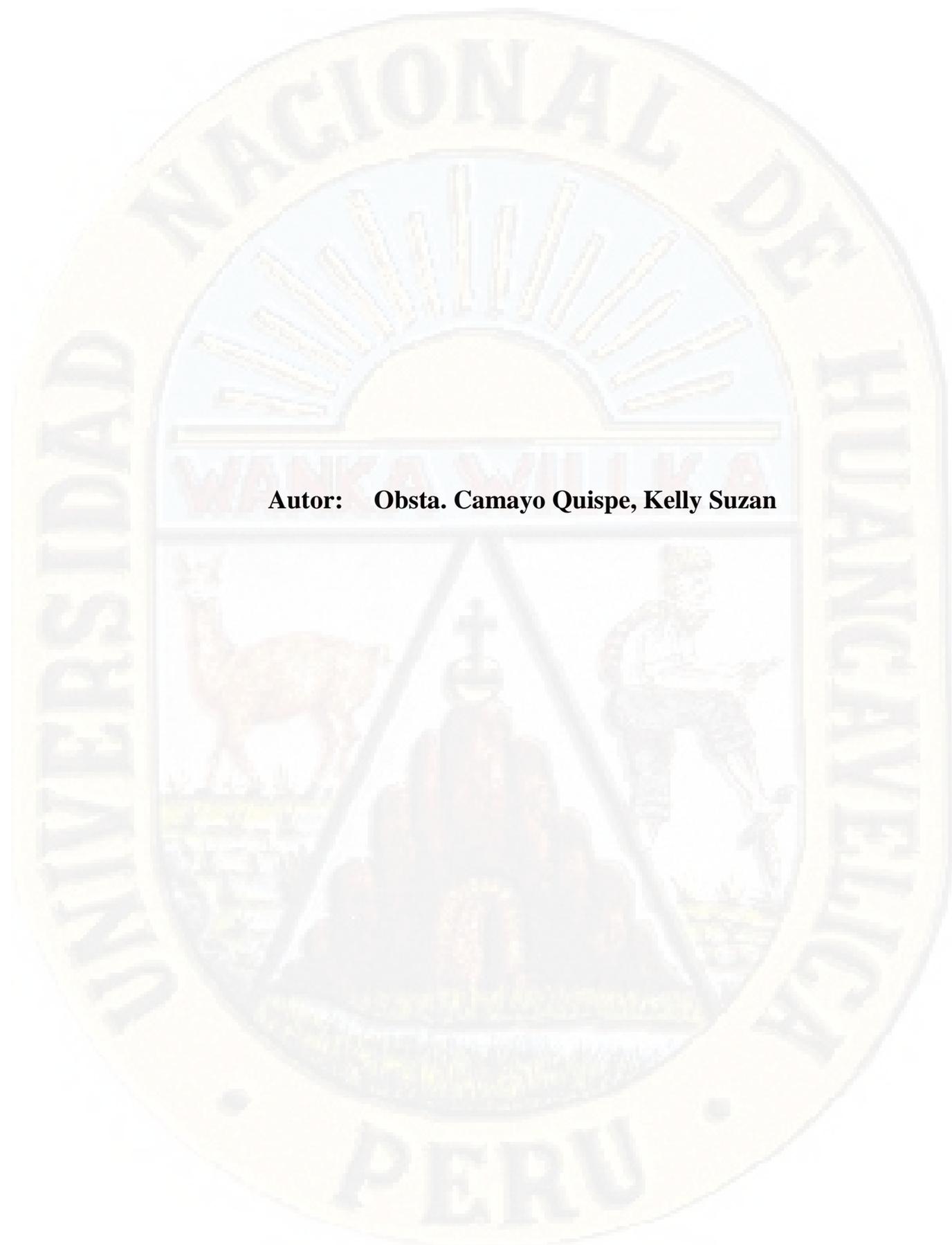
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARIA
DOCENTE

Kelly Y. Rivefos Laurente
OBSTETRA
VºBº SECRETARIA DOC.

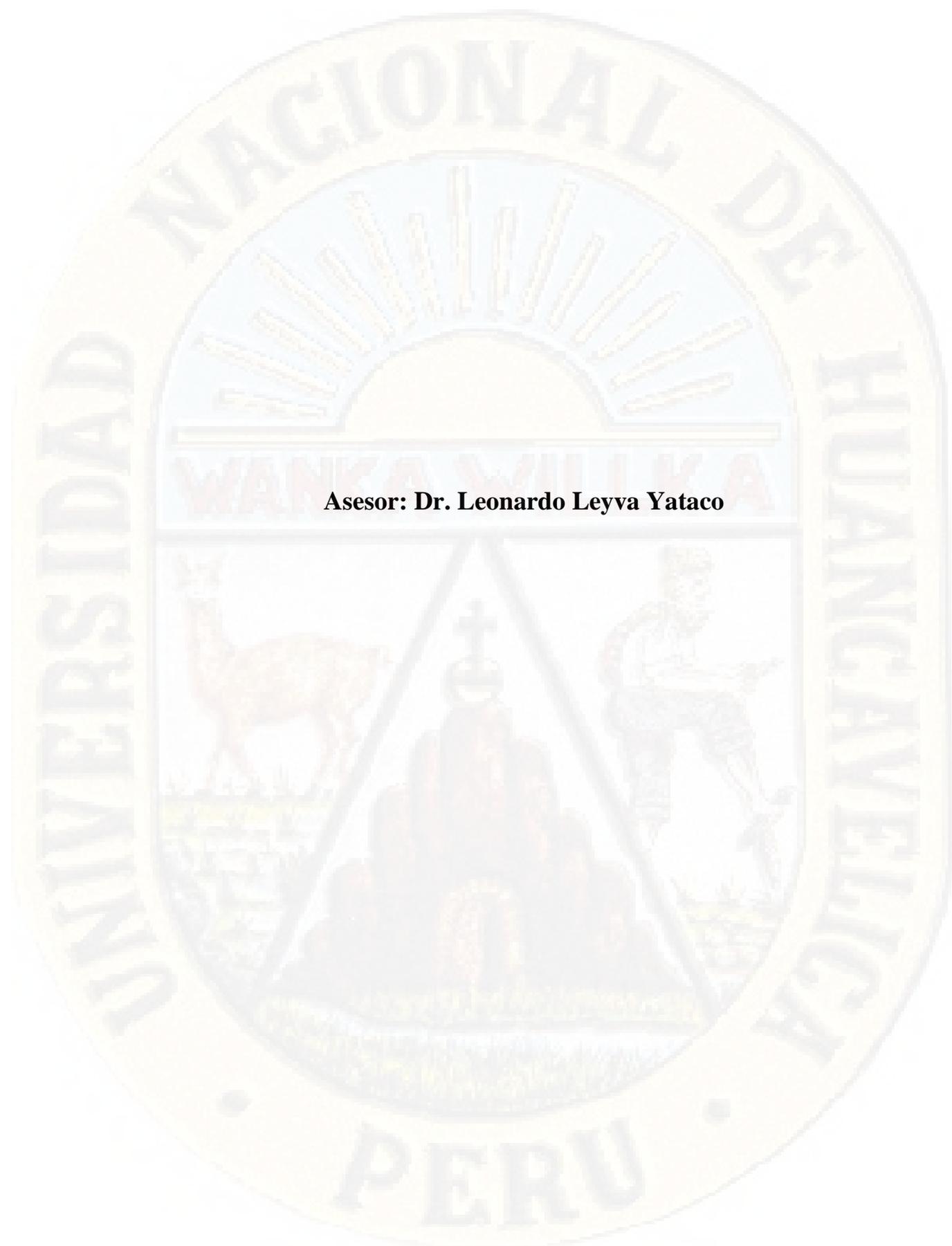


TÍTULO DE LA TESIS

**Manejo clínico de la ruptura prematura de membranas
pretérmino atendidos en el Hospital Regional Docente Materno
Infantil El Carmen, Junín 2019.**



Autor: Obsta. Camayo Quispe, Kelly Suzan



Asesor: Dr. Leonardo Leyva Yataco

Dedicatoria

A mis padres Isaac y Reyna por haberme forjado con buenos valores, por el apoyo emocional y económico, por cada consejo y palabras de aliento para superar los obstáculos, por ser los promotores en mis metas y objetivos cumplidos en mi vida profesional.

A mi esposo por el amor, apoyo y sacrificio para el logro de la culminación de mi carrera, por creer en mi capacidad brindándome su amor, cariño y comprensión.

A mi hijo André por ser mi motivación e inspiración para poder superarme día a día y así darle un mejor futuro.

Kelly Suzan Camayo Quispe

Agradecimiento

A los docentes por haber compartido sus conocimientos, experiencias y ser guía a lo largo de mi preparación como especialista, para así poder enfrentar cada situación ligada a mi profesión.

A mi asesor Dr. Leonardo Leyva Yataco por el apoyo incondicional, la guía, paciencia y rectitud que permitió el logro de este trabajo de investigación.

Al Hospital Docente Materno Infantil El Carmen por haberme permitido la realización de mi trabajo de investigación.

Kelly Suzan Camayo Quispe

Tabla de Contenido

Portada.....	i
Acta de Sustentación	ii
Título.....	iii
Autor.....	iv
Asesor	v
Dedicatoria	vi
Agradecimiento	vii
Índice.....	viii
Índice de tablas.....	x
Resumen.....	xi
Abstract.....	xii
Introducción	xiii
CAPÍTULO I	
EL PROBLEMA	
1.1. Planteamiento del problema.....	14
1.2. Formulación del problema	15
1.3. Objetivos de la investigación.....	16
1.4. Justificación.....	16
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación	18
2.2. Bases teóricas.....	23
2.3. Definición de términos	36
2.4. Identificación de variables	37
2.5. Operacionalización de variables	39
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Tipo de investigación.....	40
3.2. Nivel de investigación	40
3.3. Métodos de investigación	40
3.4. Diseño de investigación	41
3.5. Población, muestra y muestreo	41
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	42
3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	42

CAPÍTULO IV

PRESENTACION DE RESULTADOS

4.1. Presentación e interpretación de datos.....	43
4.2. Discusión de resultados.....	51
Conclusiones.....	55
Recomendaciones.....	56
Referencias bibliográficas.....	57
Anexos:.....	61
Anexo 1: Matriz de consistencia.....	62
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos.....	65
Anexo 3: Juicio de expertos.....	68
Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar.....	71

Tabla de Contenido de Cuadros

Tabla 1.	Edad, valor de hemoglobina, edad gestacional y atención prenatal de las pacientes con ruptura prematura de membranas pretérmino atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2019.	43
Tabla 2.	Paridad, estado civil y nivel educativo de las pacientes con ruptura prematura de membranas pretérmino atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2019.	45
Tabla 3.	Diagnósticos en la ruptura prematura de membranas pretérmino en pacientes atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2019.	46
Tabla 4.	Exámenes y pruebas diagnósticas en las pacientes con ruptura prematura de membranas pretérmino atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2019..	47
Tabla 5.	Tratamiento con antibióticos y otros medicamentos en las pacientes con ruptura prematura de membranas pretérmino atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2019.	48
Tabla 6.	Manejo clínico e indicaciones en las pacientes con ruptura prematura de membranas pretérmino atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2019.	49
Tabla 7.	Días de hospitalización de las pacientes con ruptura prematura de membranas pretérmino atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2019.	50

Resumen

Objetivo. Determinar el manejo clínico de la ruptura prematura de membranas pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2019. **Método.** Investigación observacional, retrospectiva, transversal de nivel descriptivo. Método fue inductivo, diseño descriptivo simple. La población fueron todas las gestantes con RPMP atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín de enero a junio del 2019; según registros fueron 113 gestantes. La muestra fue censal. La técnica fue el análisis documental, el instrumento la ficha de recolección de datos. **Resultados.** La edad promedio fue de 27.8 años, La hemoglobina promedio fue de 13.3 g/dl, La edad gestacional promedio fue de 34.9 semanas, El número promedio de atenciones prenatales fue de 5.5, El 64.6% (73) fueron nulíparas, el 27.4% (31) primíparas y el 8% (9) multíparas; el 63.7% (72) convivientes, el 28.3% (32) casadas y el 8% (9) solteras. El 0.9% (1) tuvieron primaria completa, el 6.2% (7) secundaria incompleta, el 58.4% (66) secundaria completa, el 19.5% (22) superior incompleto y el 15% (17) superior completa. Al 48.7% (55) le diagnosticaron solamente RPMP < 24 horas. El 28.3% (32) RPMP < 24 horas y amenaza de parto pretérmino. El 8.8% (10) RPMP < 24 horas y pielonefritis aguda. El 0.9% (1) RPMP < 24 horas, amenaza de parto pretérmino y pielonefritis aguda. El 8% (9) RPMP > 24 horas y D/C Corioamnionitis. El 3.5% (4) RPMP > 24 horas, D/C Corioamnionitis y amenaza de parto pretérmino. El 1.8% (2) RPMP > 24, D/C Corioamnionitis y pielonefritis aguda. El 61.9% (70) tuvieron examen vaginal y ecografía. El 24.8% (28) examen vaginal, ecografía y Test de Fern. El 8% (9) examen vaginal, ecografía y urocultivo. El 4.4% (5) examen vaginal, ecografía, urocultivo y Test de Fern. El 0.9% (1) examen vaginal y Test de Fern. El 77.9% (88) recibieron Cefazolina. El 22.1% (25) Ceftriaxona, Gentamicina y Metamizol. Al 69.9% (79) le administraron Cloruro de sodio al 9%. Al 20.4% (23) Betametasona, Nifedipino sublingual y Cloruro de sodio al 9%. Al 9.7% (11) Betametasona y Cloruro de sodio al 9%. El 61.9% (70) tuvieron inducción del parto, el 23.9% (27) operación cesárea, El 12.4% (14) tratamiento conservador, reposo absoluto, no tacto vaginal y dieta completa. El promedio de hospitalización fue 5.25 días. **Conclusiones.** La mayoría de las pacientes tuvieron examen vaginal y ecografía; recibieron como antibióticos Cefazolina, Ceftriaxona y Gentamicina. A la mayoría le administraron Cloruro de sodio al 9%. Tres de cada diez recibieron Betametasona y dos de cada diez Nifedipino sublingual. Seis de cada diez tuvieron inducción del parto y cuatro de cada diez operación cesárea o tratamiento conservador.

Palabras clave: Ruptura prematura de membranas, Características de la gestante, pretérmino, manejo clínico.

Abstract

Objective. To determine the clinical management of premature rupture of preterm membranes in pregnant women treated at the Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2019. **Method.** Observational, retrospective, cross-sectional research of a descriptive level. Method was inductive, simple descriptive design. The population was all pregnant women with RPMP attended at the El Carmen, Junín Maternal and Child Regional Teaching Hospital from January to June 2019; According to records, there were 113 pregnant women. The sample was census. The technique was documentary analysis, the instrument the data collection form. **Results.** The average age was 27.8 years, the average hemoglobin was 13.3 g/dl, the average gestational age was 34.9 weeks, the average number of prenatal care was 5.5, 64.6% (73) were nulliparous, 27.4% (31) primiparous and 8% (9) multiparous; 63.7% (72) cohabitants, 28.3% (32) married and 8% (9) single. 0.9% (1) had complete primary, 6.2% (7) incomplete secondary, 58.4% (66) complete secondary, 19.5% (22) incomplete superior and 15% (17) complete superior. 48.7% (55) were diagnosed with only RPMP <24 hours. 28.3% (32) RPMP <24 hours and threat of preterm delivery. 8.8% (10) RPMP <24 hours and acute pyelonephritis. 0.9% (1) RPMP <24 hours, threat of preterm delivery and acute pyelonephritis. 8% (9) RPMP> 24 hours and D/C Chorioamnionitis. 3.5% (4) RPMP> 24 hours, D/C Chorioamnionitis and threat of preterm delivery. 1.8% (2) RPMP> 24, D/C Chorioamnionitis and acute pyelonephritis. 61.9% (70) had a vaginal exam and ultrasound. 24.8% (28) vaginal exam, ultrasound and Fern's Test. 8% (9) vaginal examination, ultrasound and urine culture. 4.4% (5) vaginal exam, ultrasound, urine culture and Fern's test. 0.9% (1) vaginal exam and Fern's Test. 77.9% (88) received Cefazolin. 22.1% (25) Ceftriaxone, Gentamicin and Metamizole. 69.9% (79) administered Sodium Chloride at 9‰. At 20.4% (23) Betamethasone, sublingual Nifedipine and Sodium Chloride at 9‰. At 9.7% (11) Betamethasone and Sodium Chloride at 9‰. 61.9% (70) had induction of labor, 23.9% (27) caesarean section, 12.4% (14) conservative treatment, absolute rest, no vaginal touch and complete diet. The average hospital stay was 5.25 days. **Conclusions.** Most of the patients had a vaginal exam and ultrasound; Cefazolin, Ceftriaxone and Gentamicin were given as antibiotics. Most were given Sodium Chloride at 9‰. Three out of ten received Betamethasone and two out of ten sublingual Nifedipine. Six out of ten had induction of labor and four out of ten had cesarean section or conservative treatment.

Keywords: Premature rupture of membranes, Characteristics of the pregnant woman, preterm, clinical management.

Introducción

En la actualidad se acepta que aproximadamente el 10% de todos los embarazos están complicados con la ruptura prematura de membranas y el 25% de ellas ocurren en embarazos pretérmino, los cuales son responsables del 30% de los nacimientos prematuros (5). Puede llevar a serias complicaciones para la madre, el feto y el neonato (por ejemplo, infecciones, sea la causa o el resultado de la rotura); también, existe un alto riesgo de parto pretérmino, prolapso del cordón, nacimiento por cesárea y desprendimiento prematuro de placenta (5, 6).

La rotura prematura de membranas que ocurre sobre todo en gestantes que no han llegado al término, constituye una emergencia obstétrica, una emergencia perinatal, ya que se pierde la protección que tiene el feto con el medio externo; es decir, se pierde la barrera natural establecida por la membrana amniótica, se pierde el líquido amniótico que es producido por el feto, y se expone a la gestante y al feto pretérmino a la contaminación con los gérmenes que existen en el cuello uterino y en la vagina, con el grave riesgo de que se produzca una infección materna-fetal (10).

Existen algunas formas de realizar el manejo clínico de la ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP). En la región Junín, específicamente en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, donde se atienden diversas complicaciones obstétricas; se tiene escasa información sobre el manejo clínico de las RPMP que se atienden; por lo cual es pertinente conocer a más profundidad a fin de estandarizarla en función a los casos que se presentan y sirva para implementar diversas acciones en cuanto a un manejo protocolizado de atención, con calidad y acordes al contexto socio cultural.

El informe de investigación se describe en cuatro capítulos; el Capítulo I describe el planteamiento del problema, el Capítulo II detalla el marco teórico, el Capítulo III describe la metodología de la investigación; y el IV Capítulo describe el análisis e interpretación de resultados.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP) se define como la pérdida de líquido amniótico antes el comienzo del parto, en embarazos con menos 37 semanas (1). Esta patología ocurre en aproximadamente 2 al 4% de los embarazos (2). Cuanto más tiempo transcurra esta ruptura, mayor es la posibilidad de infección, tanto materna como fetal (3). Esta patología representa un aumento en la morbilidad materno fetal, ya que se puede asociar a complicaciones como corioamnionitis, con un riesgo proporcional al tiempo de latencia del mismo (4).

En la actualidad se acepta que aproximadamente el 10% de todos los embarazos están complicados con la ruptura prematura de membranas y el 25% de ellas ocurren en embarazos pretérmino, los cuales son responsables del 30% de los nacimientos prematuros (5). Puede llevar a serias complicaciones para la madre, el feto y el neonato (por ejemplo, infecciones, sea la causa o el resultado de la rotura); también, existe un alto riesgo de parto pretérmino, prolapso del cordón, nacimiento por cesárea y desprendimiento prematuro de placenta (5, 6).

La RPMP trae importantes complicaciones asociadas al recién nacido como prematuridad, síndrome de dificultad respiratoria, sepsis, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrosante y muerte (4). Por este motivo, es imprescindible el diagnóstico oportuno de esta patología, en especial en gestaciones pretérmino; la rotura de membranas se asocia a un estado de inflamación aguda secundario a una actividad aumentada de enzimas proteolíticas y activación de citocinas (un 26-50% de las placentas después de

RPMP muestran datos de corioamnionitis en el estudio histopatológico) que degradan el colágeno dentro de la matriz extracelular (7-9).

Existen algunas formas de realizar el manejo clínico de la ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP). En la región Junín, específicamente en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, donde se atienden diversas complicaciones obstétricas; se tiene escasa información sobre el manejo clínico de las RPMP que se atienden; por lo cual es pertinente conocer a más profundidad a fin de estandarizarla en función a los casos que se presentan y sirva para implementar diversas acciones en cuanto a un manejo protocolizado de atención, con calidad y acordes al contexto socio cultural; los resultados permitirán tomar decisiones, implementar estrategias integrales para el manejo clínico por el personal de salud y capacitar al personal para atender este tipo de complicación.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es el manejo clínico de la ruptura prematura de membranas pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2019?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuáles son las características de las gestantes con ruptura prematura de membranas pretérmino atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2019?

¿Cómo es la atención de la ruptura prematura de membranas pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2019?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar el manejo clínico de la ruptura prematura de membranas pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2019.

1.3.2. Objetivos específicos

Identificar las características de las gestantes con ruptura prematura de membranas pretérmino atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2019.

Determinar cómo es la atención de la ruptura prematura de membranas pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2019.

1.4. Justificación

La ruptura prematura de membranas pretérmino trae importantes complicaciones asociadas al recién nacido como prematurez, síndrome de dificultad respiratoria, sepsis, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrosante y muerte (4). Por este motivo, es imprescindible el diagnóstico oportuno de esta patología, en especial en gestaciones pretérmino; la rotura de membranas se asocia a un estado de inflamación aguda secundario a una actividad aumentada de enzimas proteolíticas y activación de citocinas (un 26-50% de las placentas después de RPMP muestran datos de corioamnionitis en el estudio histopatológico) que degradan el colágeno dentro de la matriz extracelular (7-9).

La rotura prematura de membranas que ocurre sobre todo en gestantes que no han llegado al término, constituye una emergencia obstétrica, una emergencia perinatal, ya que se pierde la protección que tiene el feto con el medio externo; es decir, se pierde la barrera natural establecida por la membrana amniótica, se pierde el líquido amniótico que es producido por el feto, y se expone a la gestante y al feto pretérmino a la contaminación con los gérmenes que existen

en el cuello uterino y en la vagina, con el grave riesgo de que se produzca una infección materna-fetal (10).

En los servicios de gineco obstetricia el personal de salud gineco-obstetra y obstetra deben atender y realizar el manejo adecuado de la paciente con complicaciones obstétricas o médicas que se presentan en la práctica diaria; una de ellas es la ruptura prematura de membranas pretérmino. Comúnmente la atención que se brinda está encaminada a mejorar y preservar la salud materna perinatal, pero en algunas ocasiones, según la decisión medica el manejo clínico o la atención que recibe la gestante puede afectar la salud fetal en aras de preservar la salud materna; esto puede ocurrir cuando se presenta una infección en la RPMP; que hace inviable mantener el curso normal de la gestación.

Por lo cual es importante conocer el manejo clínico de la atención que se brinda a la gestante en la RPMP; esto aunado a la evidencia científica; permitirá mejorar los procedimientos de atención, tratamiento y cuidados de la gestante con esta patología.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Hernández (11); investigo sobre el uso de antibióticos como profilaxia en la ruptura prematura de membranas ovulares; con el objetivo de determinar los resultados perinatales en gestaciones complicadas con Ruptura Prematura de Membranas en el Hospital Roosevelt ocurridos en el área de Maternidad; Metodología: Estudio descriptivo prospectivo, unidad de análisis los expedientes de las gestantes entre las semanas 28 a 36 por última regla o ultrasonido que presentaron RPMO y tuvieron tratamiento antibiótico; Resultados: se encontró en las pacientes un rango de edades maternas con mayor frecuencia de 20-24 años (34%), nulíparas, (45%), de edad gestacional al momento del parto con 36 semanas (24%) y vía de resolución por cesárea mayormente (51%); sobre los recién nacidos dos con puntuaciones APGAR fuera del rango normal, sin tendencia entre sexos, con edad gestacional a término, sin alteraciones significativas en los signos vitales y dos ingresos al servicio de neonatos por riesgo de sepsis; solo 12% de cultivos fueron positivos y con mayor frecuencia la bacteria STAPHILOCOCCUS HOMINIS (29%); Conclusiones: Se determinó que 12% de microorganismos en los cultivos de oído de los recién nacidos producto de gestaciones con ruptura prematura de membranas, debiéndose a colonización, ningún caso de corioamnionitis en las gestantes, y la profilaxis con Ampicilina tuvo como resultado bajo ingreso de niños a los servicios de neonatología (2%) en este estudio.

Veloz et al (12); investigaron el manejo activo de la rotura prematura de membranas en embarazos de 34 a 37 semanas; con el objetivo: determinar si el tratamiento activo de la rotura prematura de membranas en embarazos de 34 a 37 semanas disminuye la incidencia de cesáreas y de morbilidad materno-fetal,

Pacientes y métodos: se compararon dos grupos de pacientes con embarazo de 34 a 37 semanas y rotura prematura de membranas, Al grupo I se le dio tratamiento activo y lo conformaron 42 mujeres que iniciaron inducto conducción a su ingreso al hospital, El grupo II lo constituyeron 26 pacientes que recibieron tratamiento conservador; se utilizaron inductores de madurez pulmonar fetal y se esperó la evolución espontánea del trabajo de parto, El análisis de estadística descriptiva se realizó con el programa SPSS-10, Resultados: la edad promedio de las pacientes incluidas fue de $27,2 \pm 5,8$ años, La terminación del embarazo en las primeras 12 h fue del 23,8% en el grupo I y del 11,5% en el grupo II, En el grupo I la vía de interrupción del embarazo por operación cesárea fue del 28,5% y en el grupo II del 65,3% ($p < 0,05$), La indicación más frecuente de cesárea en el grupo I fue el trabajo de parto estacionario (16,5%) y en el grupo II las condiciones cervicales desfavorables para inducto conducción (26,9%), Los días de estancia hospitalaria materna y del recién nacido fueron mayores en el grupo II ($p < 0,01$), La complicación materna más frecuente en ambos grupos fue la deciduitis, con 4,7 y 15,3%, respectivamente, La morbilidad general materna y neonatal fue mayor en el grupo II, Conclusiones: el tratamiento conservador de la rotura prematura de membranas, cuando el embarazo es igual o mayor a 34 semanas, no ofrece ventajas al neonato e incrementa la incidencia de cesáreas, los días de estancia de la madre y su hijo y el costo de la atención médica.

Faneite et al (13); investigaron la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino en un centro hospitalario en Puerto Cabello, Venezuela; con el objetivo: Determinar la incidencia de la Ruptura de Membranas en embarazos pretérmino, características maternas y repercusión perinatal; Ambiente: Hospital “Dr Adolfo Prince Lara”, Puerto Cabello, Estado Carabobo, Venezuela; Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo analítico en 7749 embarazos sucedidos durante 2005-2007, de los cuales 185 tuvieron RPM en embarazo pretérmino, hubo uno cada 40 embarazos; La incidencia fue 2,02% (185/7749); Predominaron pacientes residentes urbanos (64,86%), solteras (59,46%), de 24 años y menos (38,38%), antecedentes de cesárea previa

(6,94%) y fumadora (6,48%); Con gestaciones entre II-V (52,97%), edad de embarazo: 34-36 semanas (57,3%), tipo de parto: cesárea al ingreso (45,95%), diagnóstico al ingreso: RPM (71,28%), tipo de parto: cesárea inicial (45,95%); El método diagnóstico: espéculo (55,68%), tratadas con antibiótico, corticosteroides y cesárea (40%), antibióticos y cesárea (21,08%); Estado neonatal, recién nacidos masculinos (53,51%), peso 2000- 2499 g (49,73%), talla 50-54 cm (58,92%) e Índice Apgar ≤ 6 (35,68%); Morbilidad neonatal 14,59% (27/159), mortalidad neonatal 7,56% (14/159), y morbilidad materna 21,08% (38/185); Conclusión: La RPM en embarazos pretérmino presentó una incidencia promedio, alta resolución por cesáreas, con repercusiones perinatales neonatales medianas, y morbilidad alta a la madre.

Huamán y Loza (14); investigaron sobre factores de riesgo asociados a ruptura prematura de membranas, con el objetivo de determinar la relación entre los factores de riesgo y la ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Centro de Salud Chilca en el periodo 2017; la metodología del estudio fue de tipo relacional, retrospectivo, con diseño correlacional, realizado durante los meses de enero a diciembre del año 2017; la población de estudio corresponde a 1008 historias clínicas de madres gestantes, la técnica de recolección de datos fue el análisis de contenido y el instrumento de recolección de datos fue la ficha de registro, las hipótesis fueron contrastadas mediante el análisis de relaciones por comparación proporcional χ^2 , mediante el software SPSS Versión 23, teniendo como resultados que, la prevalencia de RPM fue de 5,1%, asimismo el 34,2% presentaron flujo vaginal, el 51% presentaron ITU, el 44,7% presentaron antecedentes de RPM, el 30,3% presentaron anemia gestacional y el 37,5% que tuvieron menos de 6 atenciones prenatales, 62,5% de 6 a más atenciones prenatales (reenfocadas); la evaluación de la correlación tuvo como resultado que la RPM está asociada significativamente a la presencia flujo vaginal en un 23,1%, la Infección del Tracto Urinario en un 22,6%, los antecedentes de RPM en un 20,2%, la anemia gestacional en un 17,3% y por último el número de controles prenatales en un 22,6% de las gestantes que presentaron Ruptura Prematura de Membranas, teniendo como Conclusiones

que la presencia de RPM se encuentra asociada de manera significativa a los factores de presencia de flujo vaginal, infección al tracto urinario, antecedentes de RPM, anemia gestacional y atenciones prenatales ($P \leq 0,01$).

Mamani y Pampamallco (15); investigaron los Factores de riesgo que influyen en la ruptura prematura de membranas; cuya finalidad fue conocer en qué medida los factores de riesgo influyen en la ruptura prematura de membranas en gestantes; la investigación fue de tipo explicativo enfoque cuantitativo de nivel básica por que se desea incrementar el conocimiento científico, se contó para el estudio una muestra de 52 gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrana, durante los meses septiembre a diciembre del 2015; conclusiones: el factor materno era influyente, por los siguientes hallazgos; un 46,2% de las gestantes atendidas su edad comprendía entre 19 a 35 años, seguido de un alto porcentaje 82,7% eran convivientes; Así como el factor Obstétrico por los porcentajes altos en ITS y ITU ya que sobrepasaban el 60%; Por otro lado se conoció en la investigación que el Factor materno fue influyente a la RPM, de la siguiente manera; del 100% de gestantes atendidas un 46,2% presentaban edades comprendías entre 19 a 35 años, el estado civil también se considera, por encontrarse un 82,7% ya que son convivientes concomitantemente presentaban violencia física y psicológica 49,9% Finalmente en la investigación se logró identificar que el Factor Obstétrico como el anterior, es influyente a la RPM, al determinar que el número de paridad en las gestantes sujetas a estudio se encontró un 57,7% son multíparas, la morbilidad en vías genitourinarias en las mismas influyen, al observan 82,8% presentaron infecciones del tracto urinario en vías bajas, seguidas de un 61,5% presentaron infecciones de transmisión sexual de origen micótico,

Miranda (16); investigo el nivel de proteína C-reactiva en comparación con el recuento leucocitario materno en la predicción de corioamnionitis histológica en gestantes con rotura prematura de membranas pretérmino; con el objetivo: Demostrar la utilidad del nivel de proteína C-reactiva en comparación con el recuento leucocitario materno en la predicción de corioamnionitis histológica

en gestantes con rotura prematura de membranas pretérmino; Diseño: Estudio no experimental, tipo validación de prueba diagnóstica; Institución: Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima, Perú; Participantes: Gestantes con rotura prematura de membranas pretérmino, entre enero y junio del 2013; Intervenciones: Se incluyó gestantes pretérmino con edad gestacional ≥ 22 semanas y < 37 semanas, con rotura prematura de membranas, fetos únicos e historia clínica disponible con información requerida completa; Para el análisis estadístico se usó el programa SPSS 19; Principales medidas de resultados: Índices diagnósticos del nivel de proteína C-reactiva y recuento leucocitario; Resultados: La incidencia de corioamnionitis histológica fue 76,3% (71/93); La edad promedio de las gestantes fue 29,0 \pm 6,6 años; La rotura ocurrió con más frecuencia con edad materna de 25 a 30 años (31,2%) y en nulíparas; la edad gestacional promedio fue 29,2 \pm 3,4 semanas, más frecuente entre las 27 y 31 semanas (51,6%) y en nulíparas de riesgo social mediano; El periodo de latencia promedio fue 12,6 \pm 10,9 días y el parto ocurrió dentro de los 15 días de la rotura (74%); El nivel de PCR promedio fue 29,6 \pm 26,9 mg/L, con diferencia altamente significativa ($p=0,00$) para la corioamnionitis histológica; Su sensibilidad fue 98,6%, especificidad 45,5%, valor predictivo positivo 85,4% y valor predictivo negativo 90,9%; La curva ROC predijo corioamnionitis histológica con un área bajo la curva de 0,861 (IC95%: 0,77 a 0,95) ($p = 0,000$); estableciendo en 12,45 mg/L el punto de corte por encima del cual se puede predecir el riesgo de corioamnionitis histológica; El recuento leucocitario fue 15 519,5 \pm 4 410,5 cel/mL, sin diferencia significativa ($p=0,790$); Su sensibilidad fue 52,1%, especificidad 63,6%, valor predictivo positivo 82,2% y valor predictivo negativo 29,2%; El área bajo la curva ROC 0,714 (IC 95% 0,587 a 0,84) demostró significancia estadística ($p= 0,002$), teniendo como punto de corte 13 490 cel/mL; Conclusiones: El nivel de proteína C-reactiva fue más confiable que el recuento leucocitario materno en la predicción de corioamnionitis histológica en gestantes con rotura prematura de membranas pretérmino.

Miranda (17); investigo los resultados maternos y perinatales del manejo conservador de la rotura prematura de membranas en gestantes de 24 a 33 semanas; con el objetivo de determinar los resultados maternos y perinatales del manejo conservador de la ruptura prematura de membranas pretérmino en gestantes de 24 a 33 semanas, en el período 2010-2011, en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP); Material y método: Estudio no experimental, observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo desarrollado en el INMP; La población estuvo compuesta por gestantes pretérmino con ruptura prematura de membranas; se recolectó datos registrados en las historias clínicas; Resultados: Fueron 142 casos los que culminaron el parto por cesárea (71,8 %), con edad de $26,36 \pm 7,418$ años; Las nulíparas fueron más frecuentes (45,8 %); La edad gestacional promedio fue $29,06 \pm 2,590$ semanas; el control prenatal promedio, $2,35 \pm 2,101$; el período de latencia promedio, $10,68 \pm 12,305$ días; Hubo resultados maternos en 34,5 % (49 casos), donde la coriamnionitis fue el más frecuente (23,9 %); Hubo resultados perinatales en 32,4 % (46 casos), donde el síndrome de dificultad respiratoria fue el más frecuente (21,8 %); El peso promedio al nacer fue de $1653,14 \text{ g} \pm 460,219 \text{ g}$; La mayoría de los recién nacidos pretérminos al nacer tuvieron buen Apgar; El promedio de días de internamiento de la madre fue de $15,30 \text{ días} \pm 12,912$; Conclusiones: La coriamnionitis y el síndrome de dificultad respiratoria fueron los resultados maternos y perinatales más frecuentes.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Embarazo

El embarazo (gestación) es el proceso fisiológico en el que un feto se desarrolla dentro del cuerpo de la madre; se utilizan varios términos para definir la etapa de desarrollo de la concepción humana y la duración del embarazo; para los fines de la obstetricia, **la edad gestacional** o edad menstrual es el tiempo que ha transcurrido desde el primer día del último periodo normal (LNMP), que de hecho antecede al tiempo de la fertilización del ovocito (18).

La edad gestacional se expresa en semanas terminadas; el inicio de la gestación (que se basa en el LNMP) ocurre, en general, dos semanas antes de la ovulación, suponiendo un ciclo menstrual regular de 28 días; La edad fetal o del desarrollo es la edad de la concepción, que se calcula a partir del momento de la implantación, la cual ocurre 4 a 6 días después de terminar la ovulación; la edad gestacional del embarazo se calcula en 280 días o 40 semanas completas; la fecha probable de parto (EDD) se puede calcular sumando siete días al primer día del último periodo menstrual y restando tres meses más un año (regla de Naegele) (18).

2.2.2. Ruptura prematura de membranas pretérmino

Ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP) se define como la pérdida de líquido amniótico antes el comienzo del parto, en embarazos con menos 37 semanas (1). Esta patología ocurre en aproximadamente 2 al 4% de los embarazos (2). Cuanto más tiempo transcurra esta ruptura, mayor es la posibilidad de infección, tanto materna como fetal (3). Esta patología representa un aumento en la morbimortalidad materno fetal, ya que se puede asociar a complicaciones como corioamnionitis, con un riesgo proporcional al tiempo de latencia del mismo (4).

La RPMP es responsable de la tercera parte de todos los partos prematuros y, a través de éstos, del 10% de la mortalidad perinatal (19).

La etiología es multifactorial, similar a la de la amenaza de parto pretérmino, destacando el antecedente de RPMP, las infecciones en el tracto genital y el consumo de tóxicos; su importancia radica en el aumento de la morbimortalidad materno-fetal, ya que un tercio de las madres desarrollarán infecciones graves y en los fetos existe un aumento de patologías propias de la prematuridad, así como un aumento de malformaciones (síndrome de Potter); también se han descrito una mayor tasa de desprendimiento placentario, de prolapso de cordón y de

sufrimiento y muerte fetales; el pronóstico asociado a la RPMP es peor cuando acontece a menor edad gestacional y/o con el desarrollo de corioamnionitis (20).

La ruptura prematura de membranas pretérmino: previo a la semana 37 de gestación; esta se divide en tres categorías (21):

1. RPMP previsible: corresponde a la ruptura prematura de membranas pretérmino en gestaciones menores a 24 0/7 semanas (21).
2. RPM lejos del término: corresponde a la ruptura prematura de membranas pretérmino en gestaciones entre 24 0/7 y 32 6/7 semanas (21).
3. RPM cerca del término: corresponde a la ruptura prematura de membranas pretérmino en gestaciones de 33 0/7 a 36 6/7 semanas (21).

2.2.2.1. Etiología y factores de riesgo.

A. En la gran mayoría de los casos, la etiología es multifactorial y en gran parte de los casos la causa es idiopática; entre las causas conocidas, la infección intraamniótica subclínica, presente en el 30-60% de los casos, es la más frecuente; ésta debe objetivarse mediante el patrón estándar actual, que es el cultivo de líquido amniótico (19).

Otras causas conocidas son:

1. Debilidad de las membranas, tanto congénita como adquirida (déficit de vitamina C, hábito tabáquico) (19).
2. Infección ascendente del tracto urogenital (tricomonas, SGB, vaginosis bacteriana) (19).
3. Técnicas invasivas que puedan comprometer las membranas ovulares (amniocentesis, biopsia corial, cerclaje de emergencia) (19).

B. Se consideran factores de riesgo para la RPM:

1. Antecedentes de RPM o PP en gestación previa.
2. Antecedentes de cirugía cervical.
3. Metrorragias de segundo trimestre en la actual gestación.
4. Patología placentaria o de cordón (placenta previa, DPPNI, inserción marginal del cordón) en la actual gestación (19).
5. Síndrome de Ehlers-Danlos.
6. Antecedente de técnica invasiva durante el embarazo.

2.2.2.2. Diagnóstico clínico de ruptura prematura de membranas pretérmino.

Se recomienda que el diagnóstico clínico de RPM sea realizado por medio de la historia clínica completa y el examen con espéculo estéril, en el cual se evidencie la salida de líquido a través del canal cervical o la presencia de lagos en el fondo de saco posterior (21).

Anamnesis y exploración con espéculo. Si la pérdida ha sido abundante, la fiabilidad llega a ser del 90%; el incremento de las secreciones genitales durante la gestación puede conducir a falsos positivos; debe visualizarse la salida de líquido amniótico (LA) a través del cérvix; esta salida de líquido amniótico puede ser espontánea o provocada por la presión del fondo uterino, una maniobra de Valsalva o un discreto desplazamiento de la presentación fetal (19).

En caso de no objetivarse hidrorrea franca, pueden utilizarse:

1. **Prueba del pH vaginal.** El pH de la vagina durante la gestación se mueve entre 4,5 y 5,5; Por el contrario, el pH del líquido amniótico oscila entre 7 y 7,5; la técnica consiste en poner en contacto una tira reactiva (papel de nitracina) con el fondo de saco vaginal posterior; si el pH es alcalino y, consecuentemente, vira el color de la tira, es evidente que se ha producido una amniorrexis; la

sensibilidad de la prueba es del 95%; tiene una tasa elevada de falsos positivos como consecuencia de la contaminación con moco cervical, sangre, orina, semen, grasa o soluciones antisépticas; los escasos falsos negativos se deben generalmente a que la cantidad de LA pérdida es muy escasa (19).

2. **Ecografía.** Mediante la ecografía puede valorarse el índice de líquido amniótico (ILA), de manera que, ante la presencia de oligoamnios no presente en controles previos y sospecha de amniorrexis, el diagnóstico es casi de seguridad (19).

Si a pesar de utilizar estas pruebas existen dudas sobre el diagnóstico, debe realizarse:

3. **Determinación de la forma no fosforilada de la insulín-like growth factor binding protein-1 (IGFBP-1) o PROM test.** La sensibilidad oscila entre el 90 y el 100%, y no existen falsos positivos ante la presencia de semen, orina o sangre; en casos excepcionales, el diagnóstico puede realizarse mediante la instilación de fluoresceína en la cavidad amniótica mediante amniocentesis; la detección de fluoresceína en el fluido vaginal a los 30-60 min confirma el diagnóstico (19).

2.2.2.3. Pronóstico.

El pronóstico vendrá condicionado por:

A. Infección.

1. Es el factor determinante del pronóstico. En su presencia debe indicarse la finalización de la gestación (19).
2. Se define como corioamnionitis a la infección de las membranas ovulares, incluyendo la placenta. El diagnóstico puede ser clínico y analítico. Puede

confirmarse mediante el estudio microbiológico por cultivo de LA o anatomopatológico (infiltración por polimorfonucleares de las membranas ovulares) (19).

3. La infección puede ser la consecuencia, pero también la causa, de la RPM, sin poder establecer en la mayoría de los casos cuál ha sido el proceso inicial (19).
4. Es la principal complicación de la RPM, con consecuencias maternas y fetales (19):
 - a. Maternas: endometritis, metritis, parametritis, sepsis y shock séptico.
 - b. Fetales: riesgo de pérdida del bienestar fetal, sepsis neonatal y mortalidad perinatal.
5. La posibilidad de infección aumenta si hay oligoamnios.

B. Prematuridad.

La RPM representa más de la tercera parte de los PP, ya sean partos espontáneos o inducidos médicamente por indicación materna o fetal (19).

C. Pérdida del bienestar fetal.

Secundaria a la infección o los accidentes agudos por compresión del cordón umbilical ante la presencia importante de oligoamnios (19).

D. Hipoplasia pulmonar.

Presente en la práctica totalidad de RPM de menos de 22 semanas con oligoamnios severo o anhidramnios; puede ir o no acompañada de deformidades de las extremidades (19).

2.2.2.4. Conducta ante la sospecha de RPM pretérmino

A. Controles al ingreso.

Ante la posibilidad de una RPM pretérmino, deben tomarse las siguientes medidas inmediatas:

1. Exploración obstétrica con espéculo en condiciones de asepsia (19).
2. Recoger, si es posible, LA con una jeringa de fondo de saco vaginal posterior, para tinción de Gram y cultivo y, eventualmente, evaluar la madurez pulmonar fetal (19).
3. Tomar cultivos cervicovaginales, incluyendo aerobios, anaerobios, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealiticum* y *Chlamydia trachomatis* (19).
4. Tomar cultivo vaginal y rectal para *Streptococcus agalactiae*.
5. Confirmación diagnóstica de la amniorrexis.
6. Realizar medición de la longitud cervical mediante ecografía.
7. En condiciones de asepsia, tras desinfectar la vulva y la vagina, se realizará un único tacto vaginal con guante estéril para valorar el índice de Bishop, evitando introducir los dedos en el canal cervical (19).
8. Confirmar la edad gestacional.
9. Toma de constantes vitales y control de temperatura.
10. Hemograma con fórmula leucocitaria y PCR, así como pruebas de coagulación.
11. Sedimento y urocultivo.
12. CTG, a partir de 24 semanas, prestando atención a los patrones sugestivos de corioamnionitis, como son la taquicardia fetal, la disminución de la variabilidad (poco valorable a edades gestacionales tempranas) y la presencia de deceleraciones (19).

13. Exploración ecográfica que incluya, además de la presentación fetal, la valoración del volumen de líquido amniótico (ILA), la situación placentaria y el estudio biométrico y anatómico fetal (19).

B. Controles durante la hospitalización.

1. Maternos.

- a. Toma de temperatura cada 12 h.
- b. Analítica que incluya hemograma con fórmula leucocitaria y proteína C reactiva cada 24 h los primeros 3 días. Si los primeros 3 días son normales y no existe ningún signo clínico que haga sospechar infección, el control analítico se espaciará cada 2-3 días. La segunda semana, dos controles, y a partir de la tercera semana se realizarán semanalmente excepto cambios en el curso clínico (19).

2. Fetales.

- a. CTG, a partir de las 24 semanas, durante 30 min 1-2 veces al día y siempre que la paciente refiera aumento de la pérdida de líquido o aparición de DU (19).
- b. Perfil biofísico semanal, para valorar el bienestar fetal, hasta las 30 semanas.

En casos muy seleccionados y de forma individualizada, se puede valorar con la paciente el alta; en estos casos se realizarán controles ambulatorios semanales en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico con hemograma + PCR + estudio de bienestar fetal (NST, PBF) (19).

2.2.2.5. Manejo de la rotura prematura de membranas

pretérmino

Tras la confirmación clínica y/o analítica de la RPMP, se realizará el ingreso hospitalario de la paciente; previamente al ingreso debe realizarse una toma de batería de cultivos (cervicales, vaginales y perianales), un tacto vaginal para valorar la presentación fetal y las condiciones cervicales (posteriormente se limitarán los tactos vaginales), una ecografía (tanto vaginal para valorar la longitud cervical, como obstétrica para datar la edad gestacional y evaluar la presentación fetal y el índice de líquido amniótico), una analítica completa con proteína C-reactiva (PCR) y un registro cardiotocográficos (para la comprobación del bienestar fetal y de la dinámica uterina); dependiendo de la edad gestacional, la actuación será distinta. Si la edad gestacional es menor de 23 semanas, se solicitará una ecografía por un ecografista de nivel III-IV y posteriormente se informará a los padres del pronóstico fetal; las opciones serán interrumpir voluntariamente el embarazo o continuar con la gestación, en cuyo caso se seguirá el control y el tratamiento realizados en gestaciones mayores de 23 semanas (20).

Si la paciente se encuentra entre las semanas 23 y 35 de gestación se recomienda reposo, administración de corticoides (dos dosis separadas 24 horas), terapia tocolítica (sólo 24 horas para permitir el efecto de los corticoides, ya que posteriormente podrían enmascarar estadios iniciales de una corioamnionitis) y antibioterapia (20). Entre las múltiples opciones de pauta antibiótica se puede optar por ampicilina 2 g cada 6 horas endovenosa más eritromicina 250 mg cada 6 horas endovenosa durante 48 horas; el tratamiento

se continuará los siguientes 5 días con amoxicilina 250 mg cada 8 horas vía oral más eritomicina 250 mg cada 8 horas vía oral (20).

Es importante mantener controles estrictos durante el ingreso para detectar de forma precoz las complicaciones; así, se determinarán las constantes maternas cada 12 horas, se realizará una monitorización diaria, se solicitarán hemogramas con PCR dos veces por semana, se practicarán cultivos semanales para detectar infecciones asintomáticas y se realizarán ecografías obstétricas también semanalmente; cuando se alcancen las 35 semanas se finalizará la gestación (20). Si el embarazo supera las 35 semanas se finalizará la gestación asociando cobertura antibiótica (ampicilina 2 g endovenosa, seguidos de 1 g cada 4 horas hasta el parto), puesto que los riesgos de mantener la gestación intraútero son mayores; siempre se finalizará el embarazo ante un desprendimiento de placenta, una sospecha de corioamnionitis, un riesgo de sufrimiento fetal, si la paciente se encuentra en período activo de parto o si se produce la muerte fetal (20).

2.2.3. Atención prenatal

La asistencia perinatal es la atención médica y psicosocial que se presta a la mujer, a su hijo y a su familia, y que comienza antes del embarazo, se extiende durante la gestación y finaliza un año después del nacimiento (22).

Los tres componentes básicos de la atención prenatal son 1) valoración temprana y continua del riesgo; 2) promoción de la salud, y 3) intervenciones y seguimiento médico y psicológico. La valoración del riesgo incluye un interrogatorio completo; exploración física; pruebas

de laboratorio, y valoración del crecimiento y bienestar fetal. La promoción de la salud consiste en brindar información sobre la atención propuesta, mejorar el conocimiento general sobre el embarazo y la maternidad (y paternidad), además de promover y apoyar los comportamientos saludables. Las intervenciones incluyen tratamiento de cualquier enfermedad existente; provisión de recursos sociales y financieros, y referencia o consulta con otros médicos especialistas (23).

La atención prenatal comprende todas las acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria que se llevan a cabo antes de la gestación, durante ésta y en el puerperio. Sus principales objetivos son (20):

- Aumentar el nivel de salud de las gestantes y púerperas. Identificar los factores de riesgo
- Determinar la edad gestacional
- Diagnosticar la condición fetal
- Diagnosticar la condición materna
- Disminuir la morbilidad materna y perinatal.
- Garantizar la atención sanitaria durante la gestación y el puerperio. Ofertar el diagnóstico prenatal.
- Detectar y tratar precozmente trastornos originados o agudizados durante la gestación.
- Identificar los embarazos de riesgo para realizar un control más exhaustivo.
- Educación materna.
- Información y apoyo en la lactancia materna.

2.2.4. Paridad

Nulípara: una mujer que nunca ha rebasado las 20 semanas de gestación. Puede o no haber estado embarazada, pudo haber

experimentado un aborto espontáneo o electivo, o un embarazo ectópico (24).

Primípara: una mujer que ha dado a luz sólo una vez a uno o varios fetos vivos o muertos, con una duración calculada de la gestación de 20 semanas o más; antes se usaba un umbral de 500 g de peso al nacer para definir el número de partos; en Estados Unidos todavía usan este peso para distinguir entre un mortinato y un aborto; sin embargo, ya no es infrecuente que sobrevivan recién nacidos con peso <500 g al nacer (24).

Múltipara: una mujer que ha completado dos o más embarazos hasta las 20 semanas o más; el número de partos se determina por el número de embarazos que llegó a las 20 semanas; el número no se incrementa si un embarazo determinado es múltiple; además, el mortinato no reduce esta cifra; en algunas instituciones, los antecedentes obstétricos se resumen con una serie de dígitos conectados con guiones; estos se refieren al número de lactantes de término, de lactantes prematuros, abortos menores de 20 semanas e hijos vivos; Por ejemplo, una mujer para 2-1-0-3 tuvo dos partos de término, uno prematuro, ningún aborto y tiene tres hijos vivos; como esta forma de registro no es convencional, es conveniente especificar el resultado de cualquier embarazo que no terminó de manera normal (24).

2.2.5. Características sociales

Un factor social es una vía de explicación multilateral de la complejidad de una realidad concreta o sistema social, gracias al análisis de las múltiples conexiones que como parte de ese sistema y de otros se establecen a través suyo, permitiendo obtener una visión parcial de la totalidad de la misma (25).

Los factores sociales en cualquier realidad concreta están constituidos por las interacciones que se dan entre las personas en las distintas áreas de manifestación de lo social, como son: las estructuras sociales, las instituciones sociales como la familia, la escuela, el Estado, la religión,

la cultura, etcétera, las cuales al mismo tiempo que son constituidas gracias a su mediación por los actores sociales colectivos e individuales a través de la realidad concreta, inciden en la realidad concreta como un todo, en la misma medida que ella influye también en ellos (25).

2.2.5.1. Edad materna

Tiempo de vida de una persona a partir de su nacimiento; La edad también representa cada una de las etapas del desarrollo físico y los periodos en que se divide la vida humana, como la infancia, adolescencia, juventud, madurez y vejez (25).

La edad es un antecedente biodemográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas; en el caso de la mujer adquiere especial importancia el período llamado edad fértil; El embarazo, si bien es una situación fisiológica, expone a la mujer, al feto y recién nacido, a la probabilidad de enfermar o morir (25).

2.2.5.2. Educación materna

La educación materna ha mostrado una relación inversamente proporcional con la morbilidad materna perinatal; Según algunos investigadores esto se explicaría porque las madres de un mejor nivel educacional posponen la maternidad o la edad de matrimonio y además optan por cuidados médicos para el control del embarazo y parto, por lo cual esta variable está íntimamente relacionada con actitudes y prácticas de las madres; Mosley menciona que en países subdesarrollados la educación paterna puede ser tan importante como la materna, ya que un padre mejor educado es quien decide en última instancia por una adecuada atención médica o cuidados de sus hijos (26).

2.2.5.3. Estado civil

Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto; Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas (27).

Estado civil es esencialmente un atributo de la persona, una cualidad que lleva consigo que le permite diferenciarse y distinguirse legalmente de los demás; Se distinguen 06 tipos (soltero, casado, viudo, divorciado, conviviente). Para aspectos de estudio consideraremos (28):

Soltero: Es la persona que no tiene unión legal con otra persona.

Casado: Persona que legalmente está unida a otra persona atribuyéndoseles derechos y obligaciones de la otra (28).

Conviviente: es la persona que legalmente no está unida, pero que desarrolla una vida de convivencia con otra atribuyéndosele algunas obligaciones y responsabilidades (28).

Divorciado: Es la persona que legalmente por trámite judicial culmina el matrimonio, pudiendo desarrollar de forma libre acciones personales y/o familiares (29).

2.3. Definición de términos

Ruptura prematura de membranas pretérmino. Se define como la pérdida de líquido amniótico antes el comienzo del parto, en embarazos con menos 37 semanas.

Manejo clínico. Es la atención, procedimientos médicos y tratamiento de la enfermedad o daño y sus complicaciones.

Características. Cualidad o circunstancia que es propia o particular de una persona o grupo de personas.

Embarazo. El embarazo (gestación) es el proceso fisiológico en el que un feto se desarrolla dentro del cuerpo de la madre.

Gestante. Mujer embarazada que está gestando vida en su vientre.

Características de las gestantes. Son rasgos o singularidades de naturaleza social o de otro tipo que identifica a una gestante o a un grupo de gestantes.

Diagnostico. Es el procedimiento que identifica la existencia o no, de una enfermedad, fundamentada en los síntomas y signos clínicos, con ayuda en caso necesario, de estudios auxiliares de diagnóstico y tratamiento (30).

Tratamiento. Se refiere al conjunto de procedimientos higiénicos, farmacológicos y de rehabilitación que se ponen en práctica, para la curación o alivio de las enfermedades en los pacientes (30).

Hospitalización. Corresponde a la permanencia de un paciente en un establecimiento de salud por indicación médica, con la utilización de al menos de un día cama.

2.4. Identificación de variables

Variable: Manejo clínico de la ruptura prematura de membranas pretérmino.

Dimensión: Características de la gestante

- Edad de la gestante en años
- Paridad de la gestante antes del embarazo actual
- Estado civil de la gestante
- Nivel de instrucción de la gestante
- Numero de atención prenatal de la gestante al momento que presento la RPMP
- Valor de la hemoglobina de la gestante

- Edad gestacional al momento que presento la ruptura prematura de membranas pretérmino

Dimensión: Atención de la ruptura prematura de membranas pretérmino

- Tipo de Diagnóstico de la ruptura prematura de membranas pretérmino
- Pruebas diagnósticas o exámenes auxiliares
- Tratamiento antibiótico administrado a la paciente
- Antiinflamatorios, analgésicos y/o antipiréticos administrados a la paciente
- Otros medicamentos administrados a la paciente
- Soluciones endovenosas administradas a la paciente
- Hospitalización de la gestante
- Días de hospitalización de la gestante
- Tratamiento no farmacológico
- Cuidados o recomendaciones médicas
- Referencia a otro nivel de atención

2.5. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador (es)	Ítem	Valor	
Manejo clínico de la ruptura prematura de membranas pretérmino	Es la atención, procedimientos médicos y tratamiento de la enfermedad o daño y sus complicaciones	Análisis documental de las historias clínicas de las gestantes con ruptura prematura de membranas pretérmino y registro en la ficha de recolección de datos	Características de la gestante	Edad de la gestante en años	Edad de la gestante en años registrada en la historia clínica.	Numérico	
				Paridad de la gestante antes del embarazo actual	Paridad de la gestante antes del embarazo actual registrada en la historia clínica.	Nulipara (1) Primípara (2) Múltipara (3)	
				Estado civil de la gestante	Estado civil de la gestante registrada en la historia clínica.	Soltera (1)	
						Conviviente (2)	
						Casada (3)	
						Viuda (4)	
						Divorciada (5)	
				Nivel de Instrucción de la gestante	Nivel de Instrucción de la gestante registrada en la historia clínica.	Sin instrucción (1)	
						Inicial (2)	
			Primaria incompleta (3)				
			Primaria completa (4)				
			Atención de la ruptura prematura de membranas pretérmino Enfermedad Bucodental	Numero de atención prenatal de la gestante al momento que presento la RPMP	Numero de atención prenatal de la gestante al momento que presento la RPMP registrada en la historia clínica.	Numérico	
					Valor de la hemoglobina de la gestante	Valor de la hemoglobina de la gestante, registrada en la historia clínica.	Numérico
					Edad gestacional al momento que presento la RPMP	Edad gestacional al momento que presento la RPMP, registrada en la historia clínica.	Numérico
					Tipo de Diagnóstico de la RPMP	Tipo de Diagnóstico de la RPMP registrada en la historia clínica.	Nominal
					Pruebas diagnósticas o exámenes auxiliares	Pruebas diagnósticas o exámenes auxiliares, registrada en la historia clínica.	Nominal
					Tratamiento antibiótico administrado a la paciente	Tratamiento antibiótico administrado a la paciente, registrada en la historia clínica.	Nominal
					Antiinflamatorios, analgésicos y/o antipiréticos administrados a la paciente	Antiinflamatorios, analgésicos y/o antipiréticos administrados a la paciente, registrada en la historia clínica.	Nominal
Otros medicamentos administrados a la paciente	Otros medicamentos administrados a la paciente, registrada en la historia clínica.	Nominal					
Soluciones endovenosas administradas a la paciente	Soluciones endovenosas administradas a la paciente, registrada en la historia clínica.	Nominal					
Días de hospitalización de la gestante	Días de hospitalización de la gestante, registrada en la historia clínica.	Nominal					
Tratamiento no farmacológico	Tratamiento no farmacológico, registrada en la historia clínica.	Nominal					
Cuidados o recomendaciones médicas	Cuidados o recomendaciones médicas, registrada en la historia clínica.	Nominal					
Referencia a otro nivel de atención	Referencia a otro nivel de atención, registrada en la historia clínica.	Nominal					

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

La investigación fue observacional, retrospectiva, descriptiva, transversal; observacional porque no hubo intervención del investigador, retrospectivo porque los datos recogidos fueron de fuentes registradas con anterioridad, transversal porque todas las mediciones se hicieron en una sola ocasión, descriptivo porque sus datos fueron utilizados con la finalidad de describir la variable y analizarla en un momento dado (31-33).

3.2. Nivel de investigación

El nivel de investigación fue descriptivo (DANKHE 1986); Su propósito fue describir el comportamiento de la variable en forma independiente y caracterizarlo en un grupo de individuos (31, 34-36).

3.3. Métodos de investigación

3.3.1. Método general.

Se utilizó el método inductivo. Según Pimienta es aquel que obtiene conclusiones generales a partir de premisas particulares; se trata del método científico más usual, en el que pueden distinguirse cuatro pasos esenciales: la observación de los hechos y su registro; la clasificación y el estudio de estos hechos; la derivación inductiva que parte de los hechos y permite llegar a una generalización y la contrastación; es un método científico que elabora conclusiones generales a partir de enunciados observacionales particulares y parte de lo particular a lo general (37).

3.3.2. Método Básico

Se utilizó el método descriptivo porque se describió las características de la población de estudio en su forma natural, basada en la observación (37).

3.4. Diseño de investigación

Según Hernández el diseño es el plan o estrategia para obtener la información que se desea; El estudio correspondió a un diseño descriptivo simple; porque se trabajó sobre realidades del hecho y su característica fundamental fue la de realizar una interpretación correcta del fenómeno (33, 35, 36).

Donde:

M O

M: Gestantes con ruptura prematura de membranas pretérmino atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín de enero a junio del 2019.

O: Características de la gestante, manejo clínico de la ruptura prematura de membranas pretérmino.

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

Fueron todas las gestantes con ruptura prematura de membranas pretérmino atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín de enero a junio del 2019; que según registros estadísticos fueron un total de 113 gestantes.

Según Hernández una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones, es la totalidad del fenómeno a estudiar, donde las entidades de la población poseen una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación (33, 35, 38, 39).

3.5.2. Muestra:

El estudio fue censal (33, 35, 38, 39).

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica utilizada fue el **análisis documental**; Esta técnica permitió la revisión documental de las Historias Clínicas y registros (34); de las gestantes con ruptura prematura de membranas pretérmino atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín de enero a junio del 2019.

Fuentes Secundarias

- Historia Clínica, Libros de registros.

El instrumento fue la **ficha de recolección de datos** conteniendo la variable y subvariables a estudiar; la cual fue elaborada en base al tema de estudio, propósito, objetivos, variable entre otros (34).

3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Se elaboró una base de datos en Microsoft Excel 2013; luego se realizó la verificación de la calidad de información recolectada, seguidamente se realizó el ordenamiento y clasificación según la codificación empleada.

Se ingresó la información recolectada a la base de datos en Excel; esto por el fácil uso y familiaridad con el aplicativo informático.

Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 17 para Windows, se transportó los datos del Excel al SPSS; con la finalidad de realizar el análisis estadístico descriptivo como la tabulación, frecuencias absolutas, relativas y medidas de tendencia central; así como de localización.

El ingreso de datos lo realizó una persona con experiencia en el manejo de aplicativos informáticos, procesamiento de información y análisis estadístico.

CAPÍTULO IV

PRESENTACION DE RESULTADOS

4.1. Presentación e interpretación de datos

En el presente estudio, se investigó el manejo clínico de la ruptura prematura de membranas pretérmino atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2019.

Tabla 1. Edad, valor de hemoglobina, edad gestacional y atención prenatal de las pacientes con ruptura prematura de membranas pretérmino atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2019.

Estadísticos	Edad de la gestante en años	Valor de la hemoglobina de la gestante (g/dl)	Edad gestacional al momento que presento la RPMP (semanas)	Número de atenciones prenatales al momento de presentar RPMP
Cantidad de gestantes	113	113	113	113
Media	27.8	13.3	34.9	5.5
Mediana	28.0	13.2	35.0	6.0
Moda	27 ^a	12,8 ^a	36	6
Mínimo	13	9.9	28	3
Máximo	44	16.0	36	7
Percentiles 5	18.0	11.5	33.0	4.0
Percentiles 15	21.0	12.0	34.0	4.0
Percentiles 50	28.0	13.2	35.0	6.0
Percentiles 90	35.6	14.9	36.0	7.0

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre manejo clínico de la ruptura prematura de membranas pretérmino atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2019.

Tabla 1. Del total de gestantes con ruptura prematura de membranas pretérmino atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín de enero a junio del 2019. La edad promedio de la gestante con ruptura prematura de membranas pretérmino fue de 27.8 años, el 50% tuvieron menos de 28 años, la edad mínima fue de 13 años y la edad máxima de 44 años. El 5% tuvieron menos de 18 años, el 10% tuvieron más de 35 años. El valor promedio de hemoglobina en las gestantes con ruptura prematura de membranas pretérmino fue de 13.3 g/dl, el 95% de las gestantes tuvieron una hemoglobina mayor a 11.5 g/dl. La edad gestacional promedio al momento de presentar la ruptura prematura de membranas pretérmino fue de 34.9 semanas, el 95% de las gestantes tuvieron una edad gestacional mayor a 33 semanas. El número de atenciones prenatales promedio al momento de presentar la ruptura prematura de membranas pretérmino fue de 5.5, el 95% de las gestantes tuvieron más de 4 atenciones prenatales.

Tabla 2. Paridad, estado civil y nivel educativo de las pacientes con ruptura prematura de membranas pretérmino atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2019.

Características de la gestante	Frecuencia (n=113)	Porcentaje (h%=100%)	Porcentaje acumulado
Paridad de la gestante antes del embarazo actual			
Nulípara	73	64.6	64.6
Primípara	31	27.4	92.0
Múltipara	9	8.0	100.0
Estado civil de la gestante			
Conviviente	72	63.7	63.7
Casada	32	28.3	92.0
Soltera	9	8.0	100.0
Nivel educativo de la gestante			
Primaria completa	1	0.9	0.9
Secundaria incompleta	7	6.2	7.1
Secundaria completa	66	58.4	65.5
Superior incompleta	22	19.5	85.0
Superior completa	17	15.0	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre manejo clínico de la ruptura prematura de membranas pretérmino atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2019.

Tabla 2. Del total de gestantes con ruptura prematura de membranas pretérmino atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín de enero a junio del 2019. El 64.6% (73) fueron nulíparas, el 27.4% (31) fueron primíparas y el 8% (9) fueron múltiparas. El 63.7% (72) fueron convivientes, el 28.3% (32) fueron casadas y el 8% (9) fueron solteras. El 0.9% (1) tuvieron primaria completa, el 6.2% (7) tuvieron secundaria incompleta, el 58.4% (66) tuvieron secundaria completa, el 19.5% (22) tuvieron superior incompleto y el 15% (17) tuvieron superior completa. El 7.1% de las gestantes no llegaron a tener secundaria completa.

Tabla 3. Diagnósticos en la ruptura prematura de membranas pretérmino en pacientes atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2019.

Diagnóstico de la ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP)	Frecuencia	Porcentaje
Ruptura prematura de membranas pretérmino < 24 horas		
RPMP < 24 horas	55	48.7%
RPMP < 24 horas, Amenaza de parto pretérmino	32	28.3%
RPMP < 24 horas y pielonefritis aguda	10	8.8%
RPMP < 24 horas, Amenaza de parto pretérmino y pielonefritis aguda	1	0.9%
Ruptura prematura de membranas pretérmino > 24 horas		
RPMP > 24 horas y D/C Corioamnionitis	9	8.0%
RPMP > 24 horas, D/C Corioamnionitis y Amenaza de parto pretérmino.	4	3.5%
RPMP > 24 horas, D/C Corioamnionitis y pielonefritis aguda.	2	1.8%
Total	113	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre manejo clínico de la ruptura prematura de membranas pretérmino atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2019.

Tabla 3. Del total de gestantes con ruptura prematura de membranas pretérmino atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín de enero a junio del 2019. El 48.7% (55) tuvieron como diagnóstico solamente RPMP menor a 24 horas. El 28.3% (32) tuvieron como diagnóstico RPMP menor a 24 horas y amenaza de parto pretérmino. El 8.8% (10) tuvieron como diagnóstico RPMP menor a 24 horas y pielonefritis aguda. El 0.9% (1) tuvieron como diagnóstico RPMP menor a 24 horas, amenaza de parto pretérmino y pielonefritis aguda. El 8% (9) tuvieron como diagnóstico RPMP mayor a 24 horas y D/C Corioamnionitis. El 3.5% (4) tuvieron como diagnóstico RPMP mayor a 24 horas, D/C Corioamnionitis y amenaza de parto pretérmino. El 1.8% (2) tuvieron como diagnóstico RPMP mayor a 24, D/C Corioamnionitis y pielonefritis aguda.

Tabla 4. Exámenes y pruebas diagnósticas en las pacientes con ruptura prematura de membranas pretérmino atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2019.

Exámenes y pruebas diagnósticas	Frecuencia	Porcentaje
Examen vaginal con especulo estéril y ecografía	70	61.9%
Examen vaginal con especulo estéril, ecografía y Test de Fern (prueba del hehecho)	28	24.8%
Examen vaginal con especulo estéril, ecografía y urocultivo	9	8.0%
Examen vaginal con especulo estéril, ecografía, urocultivo y Test de Fern (prueba del hehecho)	5	4.4%
Examen vaginal con especulo estéril y Test de Fern (prueba del hehecho)	1	0.9%
Total	113	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre manejo clínico de la ruptura prematura de membranas pretérmino atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2019.

Tabla 4. Del total de gestantes con ruptura prematura de membranas pretérmino atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín de enero a junio del 2019. Al 61.9% (70) de las gestantes le realizaron examen vaginal con especulo estéril y ecografía. Al 24.8% (28) de las gestantes le realizaron examen vaginal con especulo estéril, ecografía y Test de Fern (prueba del hehecho). Al 8% (9) de las gestantes le realizaron examen vaginal con especulo estéril, ecografía y urocultivo. Al 4.4% (5) de las gestantes le realizaron examen vaginal con especulo estéril, ecografía, urocultivo y Test de Fern (prueba del hehecho). Al 0.9% (1) de las gestantes le realizaron examen vaginal con especulo estéril y Test de Fern (prueba del hehecho).

Tabla 5. Tratamiento con antibióticos y otros medicamentos en las pacientes con ruptura prematura de membranas pretérmino atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2019.

Tratamiento con antibióticos y otros medicamentos	Frecuencia (n=113)	Porcentaje (h%=100%)
Tratamiento antibiótico y antipirético		
Cefazolina 1 gr C/6 horas	88	77.9%
Ceftriaxona 1 gr C/12h EV, Gentamicina 160 mg C/8h EV y Metamizol 1gr IM condicional a T° >38° C	25	22.1%
Otros medicamentos y soluciones administrados		
Cloruro de sodio al 9 %	79	69.9%
Betametasona 12 mg IM, repetir a las 24 horas, Nifedipino 10 mg sublingual C/10 minutos x 3 dosis y Cloruro de sodio al 9 %	23	20.4%
Betametasona 12 mg IM, repetir a las 24 horas y Cloruro de sodio al 9 %	11	9.7%

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre manejo clínico de la ruptura prematura de membranas pretérmino atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2019.

Tabla 5. Del total de gestantes con ruptura prematura de membranas pretérmino atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín de enero a junio del 2019. El 77.9% (88) de las gestantes con RPMP recibieron como tratamiento antibiótico Cefazolina 1 gr C/6 horas. El 22.1% (25) de las gestantes con RPMP recibieron Ceftriaxona 1 gr C/12h EV, Gentamicina 160 mg C/8h EV y Metamizol 1gr IM condicional a Temperatura >38°C.

Al 69.9% (79) de las gestantes con RPMP le administraron Cloruro de sodio al 9 ‰. Al 20.4% (23) de las gestantes con RPMP le administraron Betametasona 12 mg IM en 2 dosis, Nifedipino 10 mg sublingual C/10 minutos x 3 dosis y Cloruro de sodio al 9 ‰. Al 9.7% (11) de las gestantes con RPMP le administraron Betametasona 12 mg IM en 2 dosis y Cloruro de sodio al 9 ‰.

Tabla 6. Manejo clínico e indicaciones en las pacientes con ruptura prematura de membranas pretérmino atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2019.

Manejo clínico e indicaciones medicas	Frecuencia	Porcentaje
Inducción de trabajo de parto, reposo absoluto y dieta blanda	70	61.9%
Operación cesárea, reposo absoluto y nada por vía oral	27	23.9%
Tratamiento conservador, reposo absoluto, no tacto vaginal y dieta completa	14	12.4%
Tratamiento conservador, reposo absoluto, no tacto vaginal y dieta blanda	1	0.9%
Inducción de trabajo de parto, reposo absoluto y nada por vía oral	1	0.9%
Total	113	100.0%

atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2019.

Tabla 6. Del total de gestantes con ruptura prematura de membranas pretérmino atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín de enero a junio del 2019. El 61.9% (70) de las gestantes con RPMP tuvieron inducción de trabajo de parto, reposo absoluto y dieta blanda. El 23.9% (27) de las gestantes con RPMP tuvieron operación cesárea, reposo absoluto y nada por vía oral. El 12.4% (14) de las gestantes con RPMP tuvieron tratamiento conservador, reposo absoluto, no tacto vaginal y dieta completa. El 0.9% (1) de las gestantes con RPMP tuvieron un tratamiento conservador, reposo absoluto, no tacto vaginal y dieta blanda. El 0.9% (1) de las gestantes con RPMP tuvieron inducción de trabajo de parto, reposo absoluto y nada por vía oral.

Tabla 7. Días de hospitalización de las pacientes con ruptura prematura de membranas pretérmino atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2019.

Estadísticos	Días de Hospitalización
Cantidad de gestantes	113
Media	5.25
Mediana	5.00
Moda	4
Mínimo	3
Máximo	15
Percentiles 20	4.00
Percentiles 50	5.00
Percentiles 80	6.00
Percentiles 90	9.00

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre manejo clínico de la ruptura prematura de membranas pretérmino atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2019.

Tabla 7. Del total de gestantes con ruptura prematura de membranas pretérmino atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín de enero a junio del 2019. Los días de hospitalización promedio de la gestante con ruptura prematura de membranas pretérmino fue de 5.25 días, el 50% tuvieron más de 5 días de hospitalización, los días mínimos de hospitalización fueron 3 días y el máximo de 15 días. El 80% de la gestante con ruptura prematura de membranas pretérmino tuvieron más de 4 días de hospitalización. El 20% de la gestante con ruptura prematura de membranas pretérmino tuvieron más de 6 días de hospitalización.

4.2. Discusión de resultados

Del total de gestantes con ruptura prematura de membranas pretérmino atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2019.

La edad promedio de la gestante con ruptura prematura de membranas pretérmino fue de 27.8 años, el 5% tuvieron menos de 18 años, el 10% tuvieron más de 35 años. El valor promedio de hemoglobina en las gestantes con ruptura prematura de membranas pretérmino fue de 13.3 g/dl, el 95% de las gestantes tuvieron una hemoglobina mayor a 11.5 g/dl. La edad gestacional promedio al momento de presentar la ruptura prematura de membranas pretérmino fue de 34.9 semanas, el 95% de las gestantes tuvieron una edad gestacional mayor a 33 semanas. El número de atenciones prenatales promedio al momento de presentar la ruptura prematura de membranas pretérmino fue de 5.5, el 95% de las gestantes tuvieron más de 4 atenciones prenatales. La mayor proporción de gestantes con RPMP fueron gestantes jóvenes y no se encuentran en las edades extremas de riesgo; resultado que concuerda con lo hallado por Hernández (11), Veloz et al (12), Faneite et al (13), Mamani y Pampamallco (15); Miranda (16) y Miranda (17).

No se encontraron otros estudios para contrastar los otros resultados. Pero se puede mencionar que la gran mayoría de las gestantes con RPMP no tuvieron anemia por deficiencia de hierro, tuvieron una edad gestacional mayor 33 semanas y tuvieron más de 4 atenciones prenatales.

El 64.6% (73) fueron nulíparas, el 27.4% (31) fueron primíparas y el 8% (9) fueron multíparas. El 63.7% (72) fueron convivientes, el 28.3% (32) fueron casadas y el 8% (9) fueron solteras. El 0.9% (1) tuvieron primaria completa, el 6.2% (7) tuvieron secundaria incompleta, el 58.4% (66) tuvieron secundaria completa, el 19.5% (22) tuvieron superior incompleto y el 15% (17) tuvieron superior completa. El 92.9% de las gestantes tuvieron secundaria completa o educación superior. La mayor proporción de nulíparas y mayor nivel de instrucción en este grupo de estudio fue similar a lo hallado por Hernández

(11), La alta proporción de gestantes convivientes con RPMP coincide con lo hallado por Mamani y Pampamallco (15); La elevada proporción de gestantes nulíparas con RPMP fue algo similar a lo hallado por Miranda (16), Miranda (17). Lo hallado indicaría que las nulíparas podrían tener una deficiente información sobre los cuidados y los riesgos en el embarazo en especial en la RPMP a pesar de su nivel educativo. El contar con gestantes con un aceptable nivel de instrucción permitiría realizar intervenciones sanitarias en promoción de la salud y prevención de los factores de riesgo; para una adecuada salud materna y perinatal; así mismo promover la atención preconcepcional. La elevada proporción de gestantes convivientes coincide con otros estudios realizados en contextos socio culturales similares; esta elevada proporción también puede deberse a que la mayoría son parejas jóvenes o en constitución.

El 48.7% (55) tuvieron como diagnóstico solamente RPMP menor a 24 horas. El 28.3% (32) tuvieron como diagnóstico RPMP menor a 24 horas y amenaza de parto pretérmino. El 8.8% (10) tuvieron como diagnóstico RPMP menor a 24 horas y pielonefritis aguda. El 0.9% (1) tuvieron como diagnóstico RPMP menor a 24 horas, amenaza de parto pretérmino y pielonefritis aguda. El 8% (9) tuvieron como diagnóstico RPMP mayor a 24 horas y D/C Corioamnionitis. El 3.5% (4) tuvieron como diagnóstico RPMP mayor a 24 horas, D/C Corioamnionitis y amenaza de parto pretérmino. El 1.8% (2) tuvieron como diagnóstico RPMP mayor a 24, D/C Corioamnionitis y pielonefritis aguda. Los resultados sobre infecciones como pielonefritis en la gestante con RPMP parecen tener cierta relación con infección de tracto urinario hallada por Huamán y Loza (14); Mamani y Pampamallco (15); no se encontraron más estudios para seguir contrastando los resultados.

Se puede mencionar que la gran mayoría de las gestantes con RPMP tuvieron como diagnósticos RPMP menor a 24 horas y amenaza de parto pretérmino; en mínima proporción se encontraron diagnósticos como pielonefritis aguda, RPMP mayor a 24 y descartar corioamnionitis.

Al 61.9% (70) de las gestantes le realizaron examen vaginal con especulo estéril y ecografía. Al 24.8% (28) de las gestantes le realizaron examen vaginal con especulo estéril, ecografía y Test de Fern (prueba del hehecho). Al 8% (9) de las gestantes le realizaron examen vaginal con especulo estéril, ecografía y urocultivo. Al 4.4% (5) de las gestantes le realizaron examen vaginal con especulo estéril, ecografía, urocultivo y Test de Fern (prueba del hehecho). Al 0.9% (1) de las gestantes le realizaron examen vaginal con especulo estéril y Test de Fern (prueba del hehecho). El examen vaginal con especulo estéril, es uno de los exámenes más utilizados para el diagnóstico de la RPMP, resultado similar hallado también por Faneite et al (13).

Se puede mencionar que la gran mayoría de las gestantes con RPMP fueron diagnosticadas con examen vaginal con especulo estéril y ecografía; así mismo en una de cada cuatro gestantes se les practico el Test de Fern (prueba del hehecho).

El 77.9% (88) de las gestantes con RPMP recibieron como tratamiento antibiótico Cefazolina 1 gr C/6 horas. El 22.1% (25) de las gestantes con RPMP recibieron Ceftriaxona 1 gr C/12h EV, Gentamicina 160 mg C/8h EV y Metamizol 1gr IM condicional a Temperatura $>38^{\circ}\text{C}$. Al 69.9% (79) de las gestantes con RPMP le administraron Cloruro de sodio al 9 %. Al 20.4% (23) de las gestantes con RPMP le administraron Betametasona 12 mg IM en 2 dosis, Nifedipino 10 mg sublingual C/10 minutos x 3 dosis y Cloruro de sodio al 9 %. Al 9.7% (11) de las gestantes con RPMP le administraron Betametasona 12 mg IM en 2 dosis y Cloruro de sodio al 9 %. No se encontró resultados similares en otros estudios para contrastar a detalle el tratamiento con medicamentos. Por otra parte, el manejo con antibióticos y corticoides es usado en este tipo de pacientes como lo refiere Faneite et al (13).

Los antibióticos más usados en este grupo de estudio fueron la Cefazolina, Ceftriaxona y Gentamicina; así mismo a tres de cada diez gestantes le administraron Betametasona para inducir maduración pulmonar fetal a fin de disminuir el riesgo en el recién nacido de distrés respiratorio, hemorragia intraventricular y muerte neonatal. A una de cada cinco gestantes con RPMP

recibieron como tocolítico el Nifedipino sublingual; para reducir las contracciones uterinas.

El 61.9% (70) de las gestantes con RPMP tuvieron inducción de trabajo de parto, reposo absoluto y dieta blanda. El 23.9% (27) de las gestantes con RPMP tuvieron operación cesárea, reposo absoluto y nada por vía oral. El 12.4% (14) de las gestantes con RPMP tuvieron tratamiento conservador, reposo absoluto, no tacto vaginal y dieta completa. El 0.9% (1) de las gestantes con RPMP tuvieron un tratamiento conservador, reposo absoluto, no tacto vaginal y dieta blanda. El 0.9% (1) de las gestantes con RPMP tuvieron inducción de trabajo de parto, reposo absoluto y nada por vía oral. Las indicaciones de inducción de trabajo de parto y operación cesárea fueron similares a las halladas por Veloz et al (12), la proporción de operación cesárea fue menor a lo hallado por Faneite et al (13).

Se puede concluir que en el manejo de la RPMP la terminación del embarazo fue por inducción del trabajo de parto y operación cesárea.

Los días de hospitalización promedio de la gestante con ruptura prematura de membranas pretérmino fue de 5.25 días, el 50% tuvieron más de 5 días de hospitalización, los días mínimos de hospitalización fueron 3 días y el máximo de 15 días. El 80% de la gestante con ruptura prematura de membranas pretérmino tuvieron más de 4 días de hospitalización. El 20% de la gestante con ruptura prematura de membranas pretérmino tuvieron más de 6 días de hospitalización.

Conclusiones

- 1 La edad promedio de las gestantes con ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP) fue de 27.8 años y la mayor proporción de gestantes con RPMP fueron gestantes jóvenes que no se encontraban en las edades extremas de riesgo.
- 2 El 95% de las gestantes tuvieron una edad gestacional mayor a 33 semanas, tuvieron más de 4 atenciones prenatales y no tuvieron anemia por deficiencia de hierro.
- 3 La mayoría de las gestantes con RPMP fueron nulíparas, convivientes, con secundaria completa o educación superior.
- 4 La gran mayoría de las gestantes con RPMP tuvieron como diagnósticos RPMP menor a 24 horas y amenaza de parto pretérmino; en mínima proporción se encontraron diagnósticos como pielonefritis aguda, RPMP mayor a 24 y descartar corioamnionitis.
- 5 La gran mayoría de las gestantes con RPMP fueron diagnosticadas con examen vaginal con especulo estéril y ecografía; así mismo en una de cada cuatro gestantes se les practico el Test de Fern (prueba del hehecho).
- 6 Los antibióticos más usados en este grupo de estudio fueron la Cefazolina, Ceftriaxona y Gentamicina; así mismo a tres de cada diez gestantes le administraron Betametasona para inducir maduración pulmonar fetal a fin de disminuir el riesgo en el recién nacido de distrés respiratorio, hemorragia intraventricular y muerte neonatal. A una de cada cinco gestantes con RPMP recibieron como tocolítico el Nifedipino sublingual; para reducir las contracciones uterinas.
- 7 En el manejo de la RPMP la terminación del embarazo fue por inducción del trabajo de parto y operación cesárea; así mismo ocho de cada diez tuvieron más de 4 días de hospitalización.

Recomendaciones

Al gobierno regional de Junín, implementar políticas que permitan el fortalecimiento de los servicios de salud materno infantil, así como las actividades de promoción de la salud y prevención de las complicaciones obstétricas.

Al sector salud, es pertinente contar profesionales gineco obstetras y obstetras especialistas en emergencias y alto riesgo obstétrico; que permitan brindar una atención adecuada a las pacientes con patologías o problemas obstétrico como la ruptura prematura de membranas pretérmino.

El conocimiento de las características de las gestantes y el manejo clínico de la paciente con ruptura prematura de membranas pretérmino; permitirá que los servicios de salud puedan actualizar las guías de atención en la ruptura prematura de membranas, según las características clínicas de cada caso.

El profesional de salud que labora en los servicios de gineco obstetricia debe estar capacitado para manejar los casos de ruptura prematura de membranas pretérmino, así como su prevención y cuidados.

El haber encontrado en el estudio en su gran mayoría gestantes jóvenes, con educación secundaria o superior; es una oportunidad para realizar intervenciones sanitarias en promoción de la salud y prevención de los factores de riesgo; para una adecuada salud materna y perinatal; así mismo promover la atención preconcepcional.

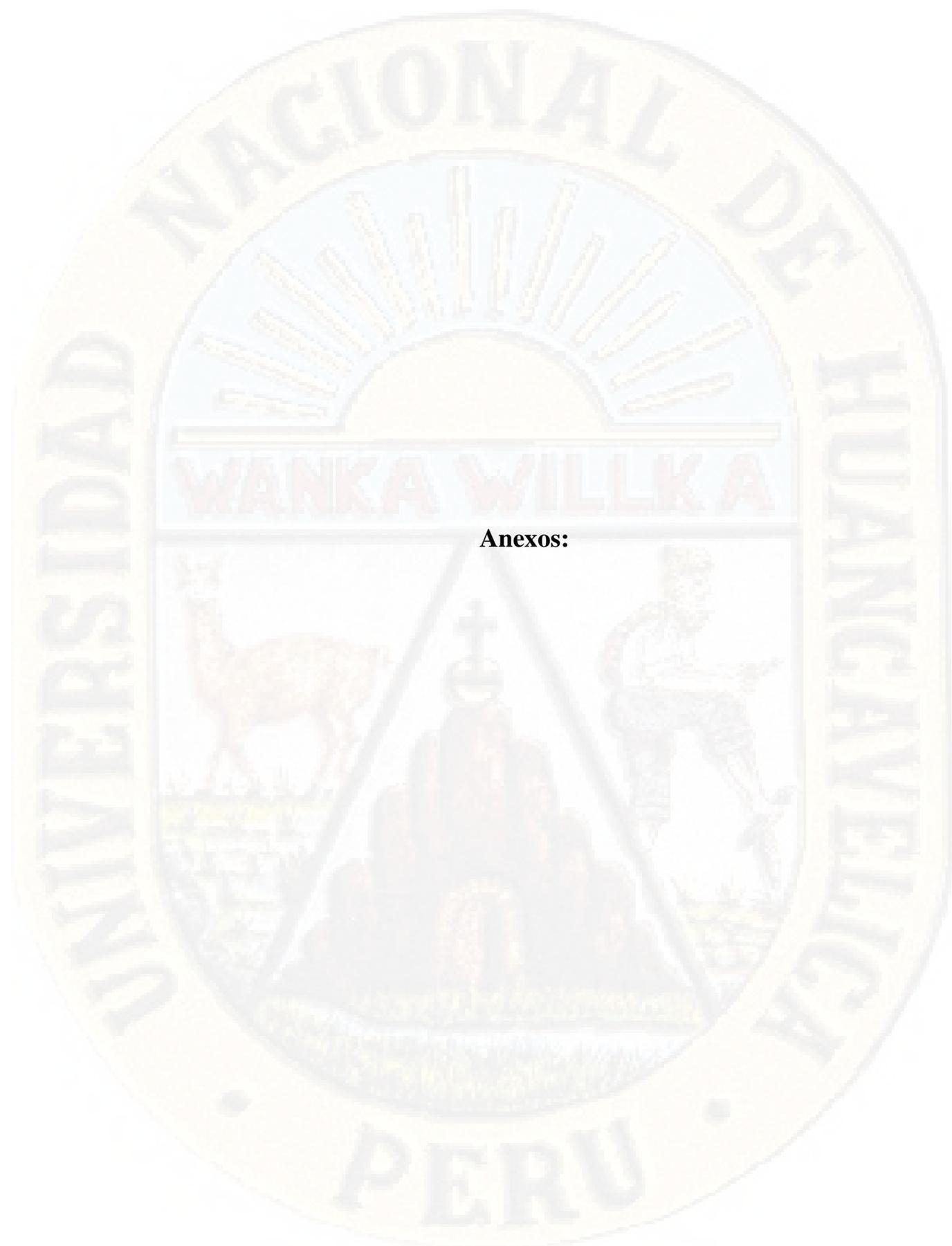
Referencias bibliográficas

1. Modena AB, Kaihura C, Fieni S. Prelabour rupture of the membranes: recent evidence. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*. 2004;75:5-10.
2. Waters TP, Mercer B. Preterm PROM: prediction, prevention, principles. *Clinical obstetrics and gynecology*. 2011;54(2):307-12.
3. Roveran V, Tedesco JJdA, Forte WdCN, Yamano LM, Rodrigues LP, Vazquez ML, et al. Valores séricos de inmunoglobulinas e dos componentes do complemento em gestantes com ruptura prematura de membranas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2007;29(4):175-80.
4. Kuba K, Bernstein PS. ACOG practice bulletin no. 188: prelabor rupture of membranes. *Obstetrics & Gynecology*. 2018;131(6):1163-4.
5. Marcellin L, Goffinet F. Are biological markers relevant for the diagnosis and the prognosis of preterm premature rupture of membranes (PPROM)? *Clinical chemistry and laboratory medicine*. 2012;50(6):1015-9.
6. Mercer BM. Preterm premature rupture of the membranes: diagnosis and management. *Clinics in perinatology*. 2004;31(4):765-82.
7. Kumar D, Moore RM, Mercer BM, Mansour JM, Redline RW, Moore JJ. The physiology of fetal membrane weakening and rupture: Insights gained from the determination of physical properties revisited. *Placenta*. 2016;42:59-73.
8. Kumar D, Springel E, Moore RM, Mercer BM, Philipson E, Mansour JM, et al. Progesterone inhibits in vitro fetal membrane weakening. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2015;213(4):520. e1-. e9.
9. Mogami H, Kishore AH, Word RA. Collagen type 1 accelerates healing of ruptured fetal membranes. *Scientific reports*. 2018;8(1):1-9.
10. Gutiérrez Ramos M. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetrícia*. 2018;64(3):405-14.
11. Hernández Portillo CL. Uso de antibioticos como profilaxia en la ruptura prematura de membranas ovulares: Resultados neonatales. [Tesis de Maestría]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2014.

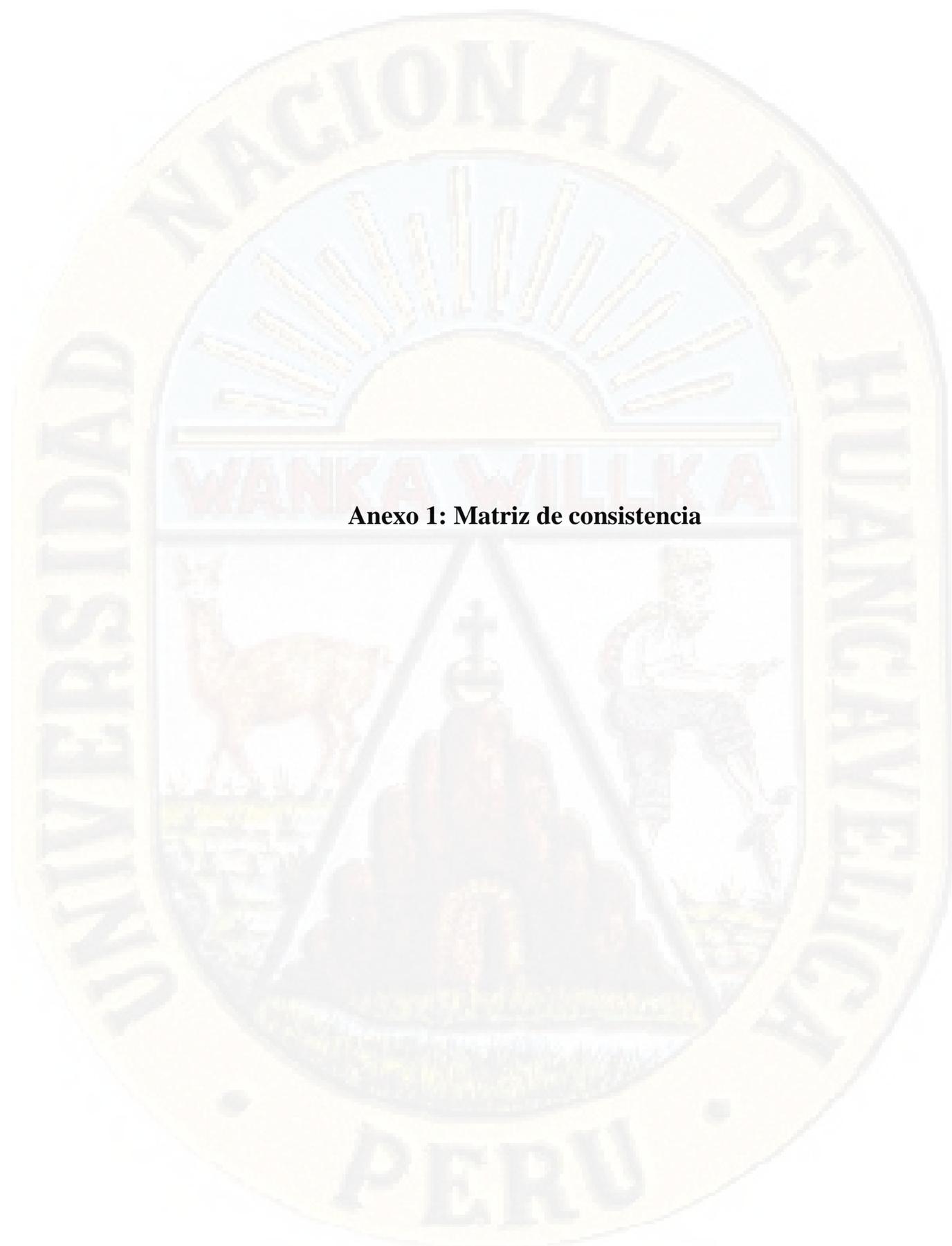
12. Veloz Martínez MG, Bolaños Baños J, Guzmán Ibarra MdlÁ, Martínez Rodríguez OA, Páez Angulo JA, Hernández Valencia M. Manejo activo de la rotura prematura de membranas en embarazos de 34 a 37 semanas. *Ginecología y Obstetricia de México*. 2006;74(05):252-9.
13. Faneite P, Rivera C, Amato R, Faneite J, Rodríguez F. Rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino en un centro hospitalario en Puerto Cabello, Venezuela. *Revista Colombiana Salud Libre*. 2015;4(1).
14. Huaman Zanabria NL, Loza Sosa RC. Factores de riesgo asociados a ruptura prematura de membranas en gestantes que acuden al Centro de Salud Chilca, 2017. [Tesis de Titulación]. Huancayo-Perú: Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt, Facultad de Ciencias de la Salud; 2019.
15. Mamani Cuentas E, Pampamallco Apaza RI. Factores de riesgo que influyen en la ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca setiembre diciembre 2015. [Tesis de Titulación]. Juliaca-Perú: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, Facultad de Ciencias de la Salud; 2016.
16. Miranda Flores AF. Nivel de proteína C-reactiva en comparación con el recuento leucocitario materno en la predicción de corioamnionitis histológica en gestantes con rotura prematura de membranas pretérmino. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2016;62(4):381-8.
17. Miranda-Flores AF. Resultados maternos y perinatales del manejo conservador de la rotura prematura de membranas en gestantes de 24 a 33 semanas. *Acta Médica Peruana*. 2014;31:84-9.
18. Bernstein HB, VanBuren G. Embarazo normal y cuidados prenatales. In: DeCherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS, editors. *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos*. 11 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores; 2014. p. 141-2.
19. Serra B, Mallafré J, Aguilar E, Álvarez M, Ara C, Barri Soldevila PN, et al. *Protocolos de obstetricia y medicina perinatal del Instituto Universitario Quirón Dexeus*. 5ta ed. España: Elsevier Health Sciences; 2014.
20. Pellicer Martínez A, Hidalgo Mora JJ, Perales Marín A, Díaz García C. *Obstetricia y ginecología: guía de actuación*. Madrid: Médica Panamericana; 2014. 759 p.

21. Amaya-Guío J, Rubio-Romero JA, Arévalo-Mora L, Osorio-Castaño JH, Edna-Estrada F, Ospino-Guzmán MP, et al. Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio: sección 3. Infecciones en el embarazo: ruptura prematura de membranas (RPM). *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2015;66(4):263-86.
22. González Merlo J, Laílla Vicens JM, Fabre González E, González Bosquet E. *Obstetricia*. 6 ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2013. 752 p.
23. Hacker NF, Gambone J, Hobel CJ. *Ginecología y obstetricia de Hacker y Moore*. 5 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2011.
24. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. *Williams Obstetricia*. 24 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores, SA; 2015. 1356 p.
25. Guzmán-Miranda CO, Caballero-Rodríguez CT. La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. *Santiago*. 2015(128):336-50.
26. Mejía H. Factores de riesgo para muerte neonatal. Revisión sistemática de la literatura. *Rev Soc Bol Ped*. 2000;39(3):1-22.
27. Rasch V. Cigarette, alcohol, and caffeine consumption: risk factors for spontaneous abortion. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*. 2003;82(2):182-8.
28. Inga Castillo G. Factores asociados a aborto en mujeres jóvenes de 19 a 29 años de edad del hospital Militar Central en el año 2016. [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Huamana; 2017.
29. Sánchez Vidal KJ. Nivel de participación de las personas en la decisión del aborto provocado-Hospital Nacional Sergio Bernales, 2004. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2005.
30. Hernández-Torres F, Fajardo-Dolci GE, Aguilar-Romero MT, Meljem Moctezuma J. Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud. Secretaría de Salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. México: Talleres de Impresora y Encuadernadora Progreso; 2012. 188 p.

31. Artiles Visbal L, Otero Iglesias J, Barrios Osuna I. Metodología de la investigación para las ciencias de la salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. 65-78 p.
32. Londoño Fernández JL. Metodología de la investigación epidemiológica. 5 ed. México: Editorial Manual Moderno; 2014. 368 p.
33. Martínez Montaña MdL, Briones Rojas R, Cortes Riveroll R. Metodología de la investigación para el área de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 47-62 p.
34. Arias Odón FG. El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. 6 ed. Caracas: Editorial Episteme C.A.; 2012. 146 p.
35. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MdP. Metodología de la investigación. 6 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 600 p.
36. Hernández Sampieri R, Zapata Salazar NE, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación para bachillerato. Enfoque por competencias. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 202 p.
37. Pimienta Prieto JH, De la Orden Hoz A. Metodología de la investigación. 3 ed. México: Pearson Educación; 2017. 216 p.
38. Celis de la Rosa AdJ, Labrada Martagón V. Bioestadística. 3 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2014. 338 p.
39. García García JA, López Alvarenga JC, Jiménez Ponce F, Ramírez Tapia Y, Lino Pérez L, Reding Bernal A. Metodología de la investigación bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 447 p.



Anexos:



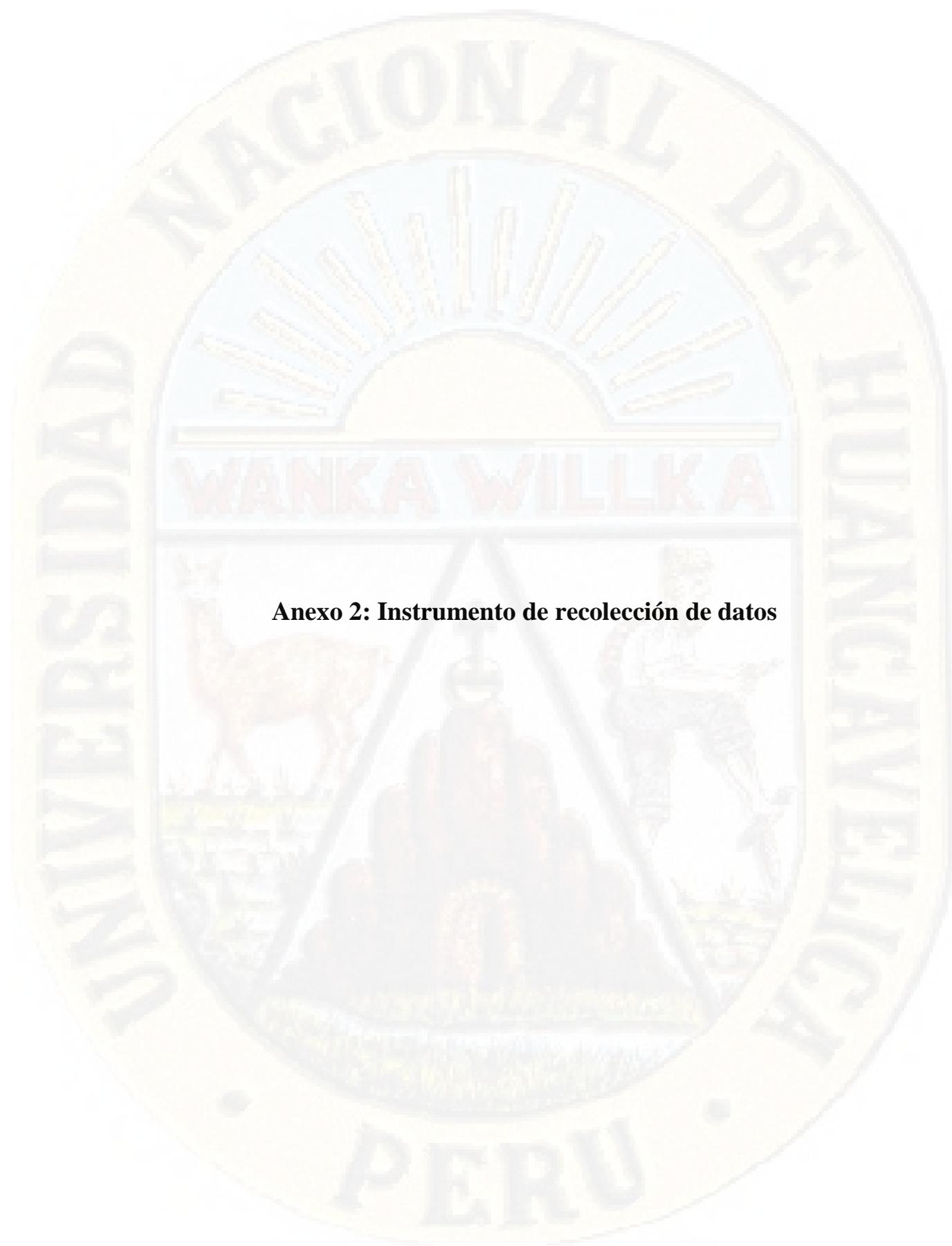
Anexo 1: Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA

INVESTIGACIÓN: Manejo clínico de la ruptura prematura de membranas pretérmino atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2019.

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es el manejo clínico de la ruptura prematura de membranas pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2019?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>¿Cuáles son las características de las gestantes con ruptura prematura de membranas pretérmino atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2019?</p> <p>¿Cómo es la atención de la ruptura prematura de membranas pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2019?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar el manejo clínico de la ruptura prematura de membranas pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2019.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Identificar las características de las gestantes con ruptura prematura de membranas pretérmino atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2019.</p> <p>Determinar cómo es la atención de la ruptura prematura de membranas pretérmino en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2019.</p>	<p>La ruptura prematura de membranas pretérmino trae importantes complicaciones asociadas al recién nacido como prematuridad, síndrome de dificultad respiratoria, sepsis, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrosante y muerte (4). Por este motivo, es imprescindible el diagnóstico oportuno de esta patología, en especial en gestaciones pretérmino; la rotura de membranas se asocia a un estado de inflamación aguda secundario a una actividad aumentada de enzimas proteolíticas y activación de citocinas (un 26-50% de las placentas después de RPMP muestran datos de corioamnionitis en el estudio histopatológico) que degradan el colágeno dentro de la matriz extracelular (7-9).</p> <p>La rotura prematura de membranas que ocurre sobre todo en gestantes que no han llegado al término, constituye una emergencia obstétrica, una emergencia perinatal, ya que se pierde la protección que tiene el feto con el medio externo; es decir, se pierde la barrera natural establecida por la membrana amniótica, se pierde el líquido amniótico que es producido por el feto, y se expone a la gestante y al feto pretérmino a la contaminación con los gérmenes que existen en el cuello uterino y en la vagina, con el grave riesgo de que se produzca una infección materna-fetal (10).</p> <p>En los servicios de gineco obstetricia el personal de salud gineco-obstetra y obstetra deben atender y realizar el manejo adecuado de la paciente con complicaciones obstétricas o</p>	<p>Manejo clínico de la ruptura prematura de membranas pretérmino</p>	<p>Características de la gestante</p> <p>Atención de la ruptura prematura de membranas pretérmino</p>	<p>Edad de la gestante en años</p> <p>Paridad de la gestante antes del embarazo actual</p> <p>Estado civil de la gestante</p> <p>Nivel de Instrucción de la gestante</p> <p>Numero de atención prenatal de la gestante al momento que presentó la RPMP</p> <p>Valor de la hemoglobina de la gestante</p> <p>Edad gestacional al momento que presentó la RPMP</p> <p>Tipo de Diagnóstico de la RPMP</p> <p>Pruebas diagnósticas o exámenes auxiliares</p> <p>Tratamiento antibiótico administrado a la paciente</p> <p>Antiinflamatorios, analgésicos y/o antipiréticos administrados a la paciente</p> <p>Otros medicamentos administrados a la paciente</p> <p>Soluciones endovenosas administradas a la paciente</p> <p>Días de hospitalización de la gestante</p>	<p>Edad de la gestante en años registrada en la historia clínica.</p> <p>Paridad de la gestante antes del embarazo actual registrada en la historia clínica.</p> <p>Estado civil de la gestante registrada en la historia clínica.</p> <p>Nivel de Instrucción de la gestante registrada en la historia clínica.</p> <p>Numero de atención prenatal de la gestante al momento que presentó la RPMP registrada en la historia clínica.</p> <p>Valor de la hemoglobina de la gestante registrada en la historia clínica.</p> <p>Edad gestacional al momento que presentó la RPMP, registrada en la historia clínica.</p> <p>Tipo de Diagnóstico de la RPMP registrada en la historia clínica.</p> <p>Pruebas diagnósticas o exámenes auxiliares, registrada en la historia clínica.</p> <p>Tratamiento antibiótico administrado a la paciente, registrada en la historia clínica.</p> <p>Antiinflamatorios, analgésicos y/o antipiréticos administrados a la paciente, registrada en la historia clínica.</p> <p>Otros medicamentos administrados a la paciente, registrada en la historia clínica.</p> <p>Soluciones endovenosas administradas a la paciente, registrada en la historia clínica.</p> <p>Días de hospitalización de la gestante, registrada en la historia clínica.</p>	<p>Numérico</p> <p>Nulípara (1) Primípara (2) Multípara (3) Soltera (1) Conviviente (2) Casada (3) Viuda (4) Divorciada (5) Sin instrucción (1) Inicial (2) Primaria incompleta (3) Primaria completa (4) Secundaria incompleta (5) Secundaria completa (6) Superior incompleta (7) Superior completa (8)</p> <p>Numérico</p> <p>Numérico</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p> <p>Nominal</p>	<p>Nivel de investigación El nivel de investigación es descriptivo (DANKHE 1986).</p> <p>Tipo de investigación investigación observacional, retrospectiva, descriptiva, de corte transversal.</p> <p>Diseño de Investigación El estudio correspondió a un diseño descriptivo simple; porque se trabajó sobre realidades del hecho y su característica fundamental fue la de realizar una interpretación correcta del fenómeno (31, 33, 34). Esquema:</p> <p style="text-align: center;">M O</p> <p>M: Gestantes con ruptura prematura de membranas pretérmino atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín de enero a junio del 2019.</p> <p>O: Características de la gestante, manejo clínico de la ruptura prematura de membranas pretérmino.</p> <p>Población, muestra, muestreo La población La población fueron todas las gestantes con RPMP atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín de enero a junio del 2019; según registros fueron 113 gestantes</p> <p>Muestra: El estudio fue censal.</p>

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
		médicas que se presentan en la práctica diaria; una de ellas es la ruptura prematura de membranas pretérmino. Comúnmente la atención que se brinda está encaminada a mejorar y preservar la salud materna perinatal, pero en algunas ocasiones, según la decisión médica el manejo clínico o la atención que recibe la gestante puede afectar la salud fetal en aras de preservar la salud materna; esto puede ocurrir cuando se presenta una infección en la RPMP; que hace inviable mantener el curso normal de la gestación.			Tratamiento no farmacológico Cuidados o recomendaciones médicas Referencia a otro nivel de atención	Tratamiento no farmacológico, registrada en la historia clínica. Cuidados o recomendaciones médicas, registrada en la historia clínica. Referencia a otro nivel de atención, registrada en la historia clínica.	Nominal Nominal Nominal	



Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESPECIALIDAD
EN EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO**

FORMATO N° 01

Ficha de recolección de datos sobre manejo clínico de la ruptura prematura de membranas pretérmino.

Investigación: Manejo clínico de la ruptura prematura de membranas pretérmino atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2019.
(Enero-Junio)

INSTRUCCIONES: Ubicar las historias clínicas que serán utilizadas en el estudio de casos y controles. Aplicar la ficha de recolección de datos y recabar la información pertinente para el estudio que se encuentran en las historias clínicas, e informe. El llenado debe ser correcto tal como se encuentra en ella, sin adulteración, la ficha no debe contener borrones, ni errores de llenado. Cada ficha tiene un número de orden y un Ítem para las observaciones donde deberá anotar las limitaciones que encuentre como: falta un dato(s) será considerado como mal llenado; no existe físicamente la historia clínica; existe la historia clínica, pero está incompleta; historia clínica judicializada u otra circunstancia.

I. Datos generales: (Llenar la información según corresponda)

1. Ficha N° _____
2. N° de historia clínica: _____
3. Responsable del llenado: _____
4. Fecha del llenado: ____/____/2019. Hora del llenado: ____:____ horas
5. Provincia de procedencia: _____
7. Distrito de procedencia: _____

II. Características de la gestante: (Marcar con una "X" o llenar la información según corresponda)

- 2.1. Edad de la gestante: _____ años.
- 2.2. Paridad de la gestante antes del embarazo actual:
a) Nulípara (1) b) Primípara (2) c) Multípara (3)
- 2.3. Estado civil de la gestante:
a) Soltera (1) b) Conviviente (2)
c) Casada (3) d) Viuda (4) e) Divorciada (5)
- 2.4. Nivel de instrucción de la gestante:
a) Sin Instrucción (1) b) Inicial (2)
c) Primaria incompleta (3) d) Primaria completa (4)
e) Secundaria incompleta (5) f) Secundaria completa (6)
g) Superior incompleta (7) h) Superior completa (8)
- 2.5. Numero de atención prenatal de la gestante al momento que presento la ruptura prematura de membranas pretérmino: _____
- 2.6. Valor de la hemoglobina de la gestante: _____ gr/dl.
- 2.7. Edad gestacional al momento que presento la ruptura prematura de membranas pretérmino: _____ semanas.

III. Atención de la ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP)
(Registre la información según corresponda en cada Ítem o marcar con una "X")

3.1. Tipo de Diagnóstico de la ruptura prematura de membranas pretérmino:

1. _____
2. _____
3. _____

3.2. Pruebas diagnósticas o exámenes auxiliares que confirmaron la RPMP:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

5. No se le realizó ningún examen diagnóstico (5)

3.3. Tratamiento farmacológico aplicado a la paciente (Solo llenar el tratamiento indicado según el ítem correspondiente, si no se indicó dejar en blanco):

Antibióticos (indicar si es oral, endovenoso o intramuscular; dosis y días de tratamiento)

1. _____
2. _____
3. _____

Antiinflamatorios, analgésicos y antipiréticos (indicar si es oral, endovenoso o intramuscular; dosis y días de tratamiento)

1. _____
2. _____

Otros medicamentos (indicar si es oral, endovenoso o intramuscular; dosis y días de tratamiento)

1. _____
2. _____

Soluciones endovenosas (no antibiótico)

1. _____
2. _____

3.4. Hospitalización de la gestante con RPMP:

Si (1) No (2) En caso de ser "Si" colocar días de Hospitalización: _____ días.

3.5. Tratamiento no farmacológico a la gestante con RPMP:

1. _____
2. _____
3. _____

3.6. Cuidados o recomendaciones médicas indicadas a la gestante:

1. _____
2. _____

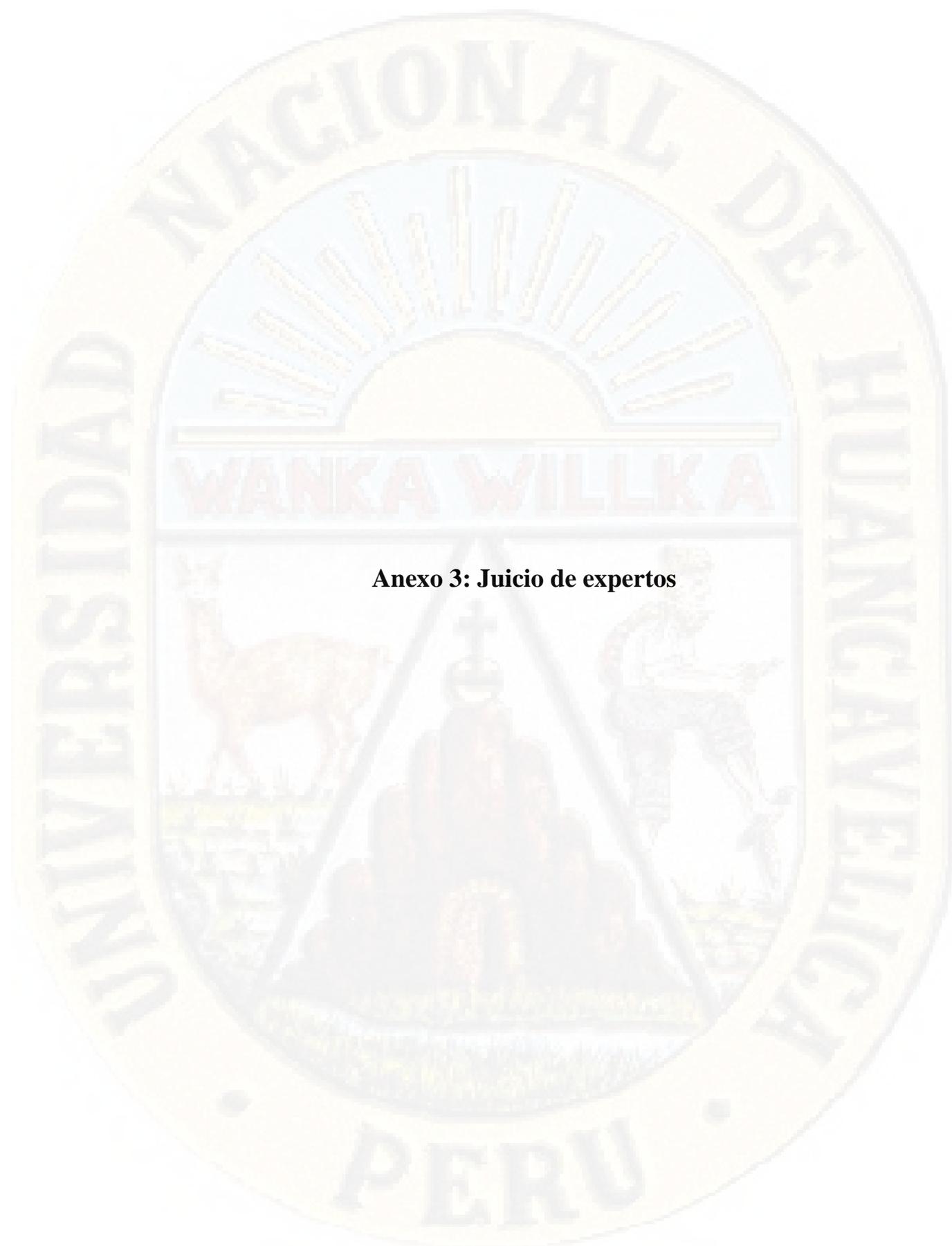
4. No se le indicó ningún cuidado o recomendación (4)

5. En la Hist. Clínica no figura cuidados o recomendaciones médicas (5)

3.7. Referencia a otro nivel de atención:

Si (1) No (2)

Observaciones:



Anexo 3: Juicio de expertos

Juicio de Experto

Investigación: Manejo clínico de la ruptura prematura de membranas pretérmino atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2019.

Investigador: *Obsta. Camayo Quispe Kelly Suzan*

Indicación: Señor especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems de la “**Ficha de recolección de datos sobre manejo clínico de la ruptura prematura de membranas pretérmino**” que le mostramos, marque con un aspa el casillero que cree conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, denotando si cuenta o no cuenta con los requisitos mínimos de formulación para su posterior aplicación.

NOTA: Para cada ítem se considera la escala de 1 a 5 donde:

1.-Muy deficiente	2.- Deficiente	3.- Regular	4.- Buena	5.- Muy buena
-------------------	----------------	-------------	-----------	---------------

INFORMACION PROPIA DEL ESTUDIO

Variables de Estudio / ITEMS	1	2	3	4	5
Variable propia del estudio					
Manejo clínico de la ruptura prematura de membranas pretérmino					
Dimensión: Características de la gestante					
1 Edad de la gestante en años					
2 Paridad de la gestante antes del embarazo actual					
3 Estado civil de la gestante					
4 Nivel de instrucción de la gestante					
5 Numero de atención prenatal de la gestante al momento que presento la RPMP					
6 Valor de la hemoglobina de la gestante					
7 Edad gestacional al momento que presento la ruptura prematura de membranas pretérmino					
Dimensión: Atención de la ruptura prematura de membranas pretérmino					
8 Tipo de Diagnóstico de la ruptura prematura de membranas pretérmino					
9 Pruebas diagnósticas o exámenes auxiliares					
10 Tratamiento antibiótico administrado a la paciente					
11 Antiinflamatorios, paciente analgésicos y/o antipiréticos administrados a la					
12 Otros medicamentos administrados a la paciente					
13 Soluciones endovenosas administradas a la paciente					
14 Hospitalización de la gestante					
15 Días de hospitalización de la gestante					
16 Tratamiento no farmacológico					
17 Cuidados o recomendaciones médicas					
18 Referencia a otro nivel de atención					

Recomendaciones:

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

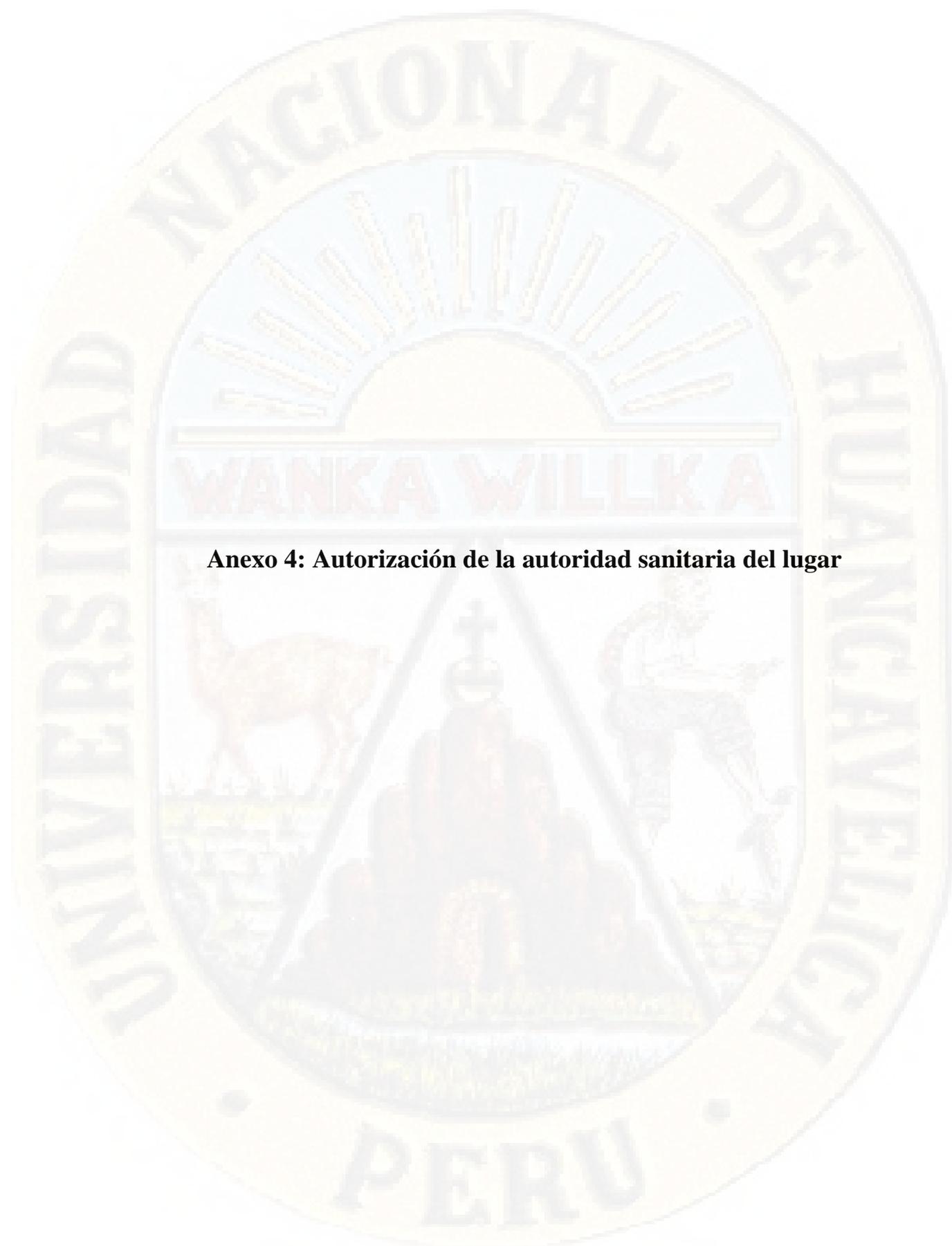
OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

- a) Muy deficiente b) Deficiente c) Regular d) Buena, para mejorar e) Muy buena, para aplicar

Nombres y Apellidos:		DNI N°	
Dirección:		Teléfono/Celular:	
Título Profesional:			
Grado Académico:			
Mención:			

Firma

Lugar y Fecha



Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(Creado por Ley N° 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

SOLICITO: Autorización para poder realizar estudio de Investigación.

SEÑOR

.....

Director

Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen

Yo, Camayo Quispe, Kelly Suzan, obstetra de profesión identificada con DNI N°; egresadas de la especialidad en Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Huancavelica, ante usted con el debido respeto me presento y expongo.

Que, deseando realizar una investigación sobre el “Manejo clínico de la ruptura prematura de membranas pretérmino atendidos en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, Junín 2019”.

Solicito me brinde la autorización pertinente para poder tener acceso a la información de fuentes secundarias; por otra parte, es importante mencionar que la información recabada será confidencial y solo será analizada de manera conjunta o grupal; por lo mencionado solicito se me expida la autorización y se me brinde las facilidades, para realizar la investigación.

Por lo expuesto, pido a Ud., acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Huancayo, 21 de febrero del 2020.

Firma del Interesado