

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS

**“RELACIÓN DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y
LA VIA DE CULMINACIÓN DEL PARTO HOSPITAL II -2
TARAPOTO, JULIO 2016 – JUNIO 2017”**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR:

BACHILLER: KEYLA DEYSI HUARCAYA LEON

ASESOR: Mg. IVONNE BOADA CAVERO

**ICA, PERÚ
JULIO, 2018**

Dedico a:

Mis padres por mostrarme el camino hacia la superación.

Mis hermanos por brindarme su tiempo y su apoyo incondicional.

Mi hija por permitirme aprender más de la vida a su lado.

Esto es posible gracias a ustedes.

Agradezco a: ti Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado, a los docentes por sus enseñanzas dada a lo largo de mi vida universitaria y también agradecer de manera especial y sincera a la Obstetra Ivonne Boada Cavero por aceptarme para realizar esta tesis bajo su dirección, por sus consejos, que ayudaron a formarme como persona e investigador.

RESUMEN

El presente estudio fue planteado con el objetivo de determinar la relación que existe entre la ruptura prematura de membranas y la vía de culminación del parto en el Hospital II – 2 Tarapoto de julio del 2016 a junio del 2017; el diseño de la investigación no experimental, el tipo de investigación transversal, analítico y retrospectivo teniendo un método deductivo.

La muestra estuvo conformada por 262 gestantes con ruptura prematura de membranas hospitalizadas en el Hospital II – 2 de Tarapoto que culminaron su embarazo por vía vaginal o abdominal durante julio 2016 a junio del 2017; habiendo tenido un muestreo aleatorio censal.

Los resultados que obtuvimos en la presente investigación son: la ruptura prematura de membranas se presenta en el 20.7% siendo la vía de culminación del embarazo la cesárea en el 12.1%, las nulíparas fueron las que presentaron la ruptura prematura de membranas en mayor número teniendo la vía de culminación de parto por cesárea en un 26.7%, el 34.7% tuvo un periodo de latencia de 7 - 12 hrs, la edad de 20 a 35 años terminaron su embarazo por cesárea en 39.3%, el 77.1% se presentó en las 37 – 40 semanas de edad gestacional siendo la vía de culminación del embarazo la cesárea.

Concluyendo que la ruptura prematura de membranas tiene relación estrecha con la vía de culminación del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio 2016 a junio 2017.

PALABRAS CLAVE: Ruptura prematura de membranas – culminación del parto.

SUMMARY

The present study was designed to determine the relationship between premature rupture of membranes and culmination of delivery in the Hospital II - 2 Tarapoto from July 2016 to June 2017; the design of non-experimental research, the type of transversal, analytical and retrospective research having a deductive method.

The sample consisted of 262 pregnant women with premature rupture of membranes hospitalized in the Hospital II - 2 of Tarapoto that culminated their pregnancy vaginally or abdominally during July 2016 to June 2017; having had a random census sampling.

The results obtained in the present investigation are: the premature rupture of membranes occurs in 20.7%, with the completion of pregnancy being the cesarean section in 12.1%, the nulliparous women were those that presented the premature rupture of membranes in greater number having the route of culmination of cesarean delivery by 26.7%, 34.7% had a latency period of 7 - 12 hours, the age of 20 to 35 years ended their pregnancy by cesarean section in 39.3%, 77.1% presented at 37 – 40 weeks of gestational age the cesarean section being the culmination route of pregnancy.

Concluding that the premature rupture of membranes is closely related to the route of pregnancy completion in pregnant women treated at the Hospital II - Tarapoto, July 2016 to June 2017.

KEY WORDS: Premature rupture of membranes - culmination of labor.

INTRODUCCION

La ruptura prematura de membranas (RPM) es la ruptura espontánea de las membranas corioamniótica producidas antes del inicio del trabajo de parto, en una gestación posterior a las 22 semanas de gestación. Se presenta con una frecuencia entre 4 % y 18 % de los partos y es causa de 50 % de los partos pretérminos. La RPM pretérmino (RPMPT) se define como la ruptura antes de las 37 semanas de gestación, representa 3% de los embarazos y es responsable de una tercera parte de los nacimientos pretérmino. El parto prematuro es la causa principal de morbilidad neonatal.¹

El pronóstico perinatal y el manejo están relacionado con la edad gestacional al momento en que se produce la RPM. Según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, del inglés American College of Obstetricians and Gynecologist), la morbilidad materna principalmente se relaciona con la infección intraamniótica (13 %-60 %) y la endometritis posparto (2 %-13 %); en cambio, la morbilidad fetal en pretérminos se relaciona con la enterocolitis necrosante, la sepsis neonatal, el síndrome de distres respiratorio y la hemorragia intraventricular.²

El manejo conservador de la ruptura prematura de membranas va a depender de la edad gestacional tiene mayor riesgo en los casos menores de 32 semanas de edad gestacional, ya que el nacimiento inmediato de recién nacidos con un peso menor de 1 500 g se asocia con elevadas complicaciones relacionadas con la prematuridad e infecciones. En las últimas décadas, el problema de prematuridad asociado a RPM se ha ido incrementando. Sin embargo, existe todavía controversia acerca del manejo de las gestantes entre 28 y 33 semanas con RPM.

Muchos consideran el manejo conservador y la intervención rápida a las 34 semanas, con la finalidad de prolongar el embarazo, para reducir la morbilidad secundaria a la prematuridad, con vigilancia estrecha de la presencia de infección, desprendimiento prematuro de placenta, trabajo de parto y compromiso fetal debido a compresión del cordón umbilical, entre otros.³

Este trabajo de investigación se realizó a fin de determinar cuál es la relación de la ruptura prematura de membranas y la vía de culminación del parto obteniendo los siguientes resultados: la ruptura prematura de membranas se presenta en el 20.7% siendo la vía de culminación del embarazo la cesárea en el 12.1%, las nulíparas fueron las que presentaron la ruptura prematura de membranas en mayor número teniendo la vía de culminación de parto por cesárea en un 26.7%, el 34.7% tuvo un periodo de latencia de 7 - 12 hrs, la edad de 20 a 35 años terminaron su embarazo por cesárea en un 39.3%, el 77.1% se presentó en las 37 – 40 semanas de edad gestacional siendo la vía de culminación del embarazo la cesárea.

INDICE

CARATULA	i
PAGINAS PRELIMINARES	ii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	vi
CAPITULO I : PLANEAMIENTO METODOLÓGICO	
1.1 Descripción de la Realidad Problemática	10
1.2 Delimitación de la investigación	11
1.3 Formulación del Problema	11
1.3.1 Problema principal	11
1.3.2 Problemas secundarios	12
1.4 Objetivos de la investigación	12
1.4.1 Objetivo general	12
1.4.2 Objetivos específicos	13
1.5 Hipótesis	13
1.5.1 Hipótesis general	13
1.5.2 Hipótesis secundaria	13
1.5.3 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores	14
1.5.4 Operacionalización de variables	15
1.6 Diseño de la Investigación	16
1.6.1 Tipo de investigación	16
1.6.2 Nivel de la investigación	16
1.6.3 Método	16
1.7 Población y muestra	16
1.7.1 Población	16
1.7.2 Muestra	16

1.8	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	17
1.8.1	Técnicas	17
1.8.2	Instrumentos	17
1.9	Justificación	18
CAPITULO II MARCO TEORICO		19
2.1	Fundamentos teóricos de la Investigación	19
2.1.1	Antecedentes	19
2.1.2	Bases teóricas	25
2.1.3	Definición de términos	34
CAPITULO III. PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS		35
3.1	Presentación de resultados	36
3.2	Interpretación, análisis y discusión de resultados	46
CAPITULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		48
4.1	Conclusiones	48
4.2	Recomendaciones	49
FUENTES DE INFORMACION		50
ANEXOS		53
Matriz de consistencia		54
Instrumentos de recolección de datos		56
Juicio de expertos		57
Autorización Institucional donde se ha realizado el estudio		62

CAPITULO I

PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La ruptura prematura de membranas se define como la ruptura espontánea de membranas ovulares después de las 22 semanas de edad gestacional y hasta una hora antes del inicio del trabajo de parto ⁴. Siendo el periodo de latencia el tiempo que transcurre entre la rotura de membranas y el inicio de trabajo de parto⁵. Cuando la RPM ocurre antes de la semana 37 es conocida como ruptura prematura de membranas fetales pretérmino⁴.

La ruptura prematura de las membranas ovulares (RPM) es la ruptura de la membrana corioamniótica antes del inicio del trabajo de parto y después de las 22 semanas de gestación. Esta complicación del embarazo tiene una prevalencia del 10% de los embarazos y 20% de los casos ocurre en gestaciones de pretérmino, también se asocia a un aumento en la morbilidad materna infecciosa dada por corioamnionitis e infección puerperal.⁶

Cuando se produce una RPM en gestantes con edad gestacional mayor a 34 semanas, el 80% de ellas van al parto espontáneo dentro de las 12 horas siguientes de haberse producido la ruptura. El 95% de ellas se produce dentro de las 24 horas posteriores. Cuando el periodo de latencia es más de 24 horas el riesgo de corioamnionitis puede ser del 24%; Se destaca el aumento en el número de tactos vaginales (por encima de 6) y la vía de finalización del embarazo (la incidencia de infección aumenta hasta 10 veces cuando se hace cesárea, respecto al parto natural)¹ en el Hospital Santa Rosa de Lima durante el año 2010 se reportó una incidencia de 4%⁷ En el informe emitido en febrero del 2012 (casos desde 01/01/2011 al 31/12/2011) por el sistema de información perinatal SIP2000 v2.0 en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna muestra

un total de 59 casos de pacientes con ruptura prematura de membranas equivalente al 1.7% de partos Hospital Hipólito Unanue de Tacna, en el Amazonas la incidencia de ruptura de membranas es del 14% ⁸

La vía de terminación del embarazo en una ruptura prematura de membranas depende de muchos factores, entre ellos, la edad gestacional, la vitalidad fetal, paridad, presentación y situación fetal; se optará por la vía abdominal si alguno de estos factores no son los adecuados como por ejemplo en edad gestacional menor a 37 semanas, la característica del líquido amniótico como la presencia de corioamnionitis también juegan un rol importante para la elección de la vía del parto.

1.2 DELIMITACION DE LA INVESTIGACIÓN

- **Delimitación espacial.**- la investigación se realizó en el servicio de obstetricia del Hospital II – 2 de Tarapoto

- **Delimitación temporal.**- el trabajo se desarrolló durante los meses de julio del 2016 a junio del 2017.

- **Delimitación conceptual.**- con esta investigación se trató de observar el tipo de culminación del embarazo en gestantes que presenten ruptura prematura de membranas.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.3.1 Problema Principal

¿Cuál es la relación que existe entre la ruptura prematura de membranas y la vía de culminación del parto en el Hospital II – 2 Tarapoto de julio del 2016 a junio del 2017?

1.3.2 Problemas Secundarios

- ¿Qué relación tiene la vía de culminación del embarazo en ruptura prematura de membranas y la paridad de las pacientes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto de julio del 2016 a junio del 2017?

- ¿Qué relación tiene la vía de culminación del embarazo y el tiempo de la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto de julio del 2016 a junio del 2017?

- ¿Qué relación tiene la vía de culminación del embarazo en ruptura prematura de membranas y la edad de las pacientes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto de julio del 2016 a junio del 2017?

- ¿Qué relación tiene la vía de culminación del embarazo en ruptura prematura de membranas y la edad gestacional de las pacientes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto de julio del 2016 a junio del 2017?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo General

Determinar la relación que existe entre la ruptura prematura de membranas y la vía de culminación del parto en el Hospital II – 2 Tarapoto de julio del 2016 a junio del 2017

1.4.2 Objetivos Específicos

- Relacionar la vía de culminación del embarazo en ruptura prematura de membranas y la paridad de las pacientes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto de julio del 2016 a junio del 2017
- Determinar la relación de la vía de culminación del embarazo y el tiempo de la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto de julio del 2016 a junio del 2017.
- Conocer la relación que tiene la vía de culminación del embarazo en ruptura prematura de membranas y la edad de las pacientes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto de julio del 2016 a junio del 2017.
- Determinar la relación que tiene la vía de culminación del embarazo en ruptura prematura de membranas y la edad gestacional de las pacientes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto de julio del 2016 a junio del 2017.

1.5 HIÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

1.5.1 Hipótesis General

- La ruptura prematura de membranas tiene relación estrecha con la vía de culminación del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto de julio del 2016 a junio del 2017.

1.5.2 Hipótesis Secundarias

- La vía de culminación del embarazo en ruptura prematura de membranas se relaciona íntimamente con la paridad de las pacientes atendidas en el Hospital II -2 Tarapoto, julio 2016 a junio del 2017.

- La vía de culminación del embarazo tiene relación significativa con el tiempo de latencia de la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el Hospital II -2 Tarapoto, julio 2016 a junio del 2017.

- La vía de culminación del embarazo en ruptura prematura de membranas se relaciona íntimamente con la edad de las pacientes atendidas en el Hospital II -2 Tarapoto, julio 2016 a junio del 2017.

- La vía de culminación del embarazo en ruptura prematura de membranas se relaciona íntimamente con la edad gestacional de las pacientes atendidas en el Hospital II -2 Tarapoto, julio 2016 a junio del 2017.

1.5.3 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores

- **Variable independiente:**

Ruptura prematura de membranas

- **Variable dependiente:**

Vía de culminación del embarazo

- **Variable Interviniente:**

Paridad.

Tiempo de latencia de la ruptura de membranas.

Edad cronológica

Edad gestacional

1.5.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

variable	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	NATURALEZA	ESCALA	UNIDADES DE MEDIDA	PRUEBA DE SIGNIFICACION	FUENTE
ruptura prematura de membranas	Ruptura espontánea de membranas ovulares después de las 22 semanas de gestación y una hora antes del inicio del trabajo de parto.	Independiente	Cualitativa	Nominal	Perdida de Líquido amniótico por genitales.	Distribución porcentual. Chi cuadrado,	Ficha de recolección de datos
Vía del Parto	Lugar o estructura por donde se produce el parto.	Dependiente	Cualitativa	Nominal	Parto vaginal Cesárea		
Paridad	Número de partos que tuvo una mujer.	Interviniente	Cuantitativa	Nominal	Nulípara, Primípara. Múltipara.		
Edad	Tiempo cronológico transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad	Interviniente	Cuantitativa	Dicotómica	≤ 15 años 15 a 19 años 20 a 35 años > 35 años		
Tiempo de latencia de ruptura prematura de membranas	Tiempo que transcurre desde la ruptura de las membranas ovulares y el parto	Interviniente	Cuantitativa	Dicotómica	1-6 hrs. 7-12 hrs. 13- 24 hrs. > 24 hrs.		
Edad gestacional	Se define como el tiempo transcurrido entre la FUR y un momento dado del embarazo.	Interviniente	Cuantitativa	Dicotómica	22 – 25 sem. 26 – 36 sem. 37 a 40 sem.		

1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 Tipo de Investigación

La presente investigación está clasificada como: **transversal, correlacional, y retrospectivo.**

Es **Transversal**, porque las variables se miden en una sola ocasión, y no se hizo seguimiento para estudiar la evaluación de las unidades de análisis en el tiempo.

Es **correlacional** porque trata de explicar la relación que existen entre las dos variables de estudio para tener una explicación de los hechos.

Es **retrospectivo** por que los datos se obtendrán de meses anteriores.

1.6.2 Nivel de Investigación

La investigación según el nivel es Descriptiva y analítica.

1.6.3 Método

Deductivo

1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 Población

La población estuvo conformada por las gestantes hospitalizadas con ruptura prematura de membranas durante julio 2016 a junio del 2017 (población: 262).

1.7.2 Muestra

La muestra estuvo conformada por las gestantes con Ruptura prematura de membranas hospitalizadas en el Hospital II – 2 Tarapoto que culminaron su embarazo por vía vaginal o cesárea durante julio 2016 a junio del 2017, teniendo un total de 262; siendo ésta un muestreo aleatorio censal que es el 100% de la población. No se aplica fórmula.

Criterios de inclusión

- Historias clínicas con datos completos y legibles.
- Gestantes con Ruptura prematura de membranas que inicien trabajo de parto.
- Gestantes con RPM entre 22 semanas a 40 semanas.

Criterios de exclusión

- Historias clínicas con datos incompletos y no legibles.
- Gestantes que no tengan Ruptura prematura de membranas.

1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1 Técnica

La técnica utilizada fue la documental ya que se revisaron las historias clínicas.

Se eligió en forma aleatoria por conveniencia a la muestra establecida, previamente se solicitó autorización a la dirección del Hospital II – 2 Tarapoto para obtener el permiso correspondiente y contar con las facilidades en cada uno de los servicios involucrados.

Se revisaron las historias clínicas de las gestantes con ruptura prematura de membranas.

1.8.2 Instrumentos

Para la recolección de los datos se utilizó las historias clínicas del servicio de Obstetricia del Hospital II – 2 Tarapoto de julio del 2016 a junio del 2017, estos datos se consignaron en la ficha de recolección de datos previamente elaborada y validada.

1.9 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Esta complicación del embarazo tiene una prevalencia del 10% de los embarazos y 20% de estos embarazos son gestaciones pretérmino, siendo responsable de un tercio de los casos de partos prematuros y del 10% de las muertes perinatales.

Se justifica la investigación porque no hay protocolo de atención por ende la culminación del parto en una ruptura prematura de membranas depende bastante del periodo de latencia que se tenga así como la edad gestacional para ver la terminación del parto, puede ser por vía vaginal o por cesárea teniendo en cuenta que a mayor tiempo de latencia es mayor la posibilidad de infección.⁷

IMPORTANCIA

La presente investigación es importante ya que será de complemento para las investigaciones que se tiene sobre este tema y mejorar así mismo los protocolos de atención de las gestantes con ruptura prematura de membranas en aras de mejorar la calidad de atención de las mismas.

Se realiza esta investigación ya que en el hospital II - 2 de Tarapoto se viene observando que la gran mayoría de gestantes con ruptura prematura de membranas son programadas para un parto por vía abdominal (cesárea).

Esta investigación busca contribuir a desarrollar mejor las intervenciones oportunas en el equipo de salud, para saber el tipo de parto y protocolizar la atención del parto en cuanto a su culminación cuando se presente esta complicación obstétrica.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACION

2.1.1 ANTECEDENTES

Internacionales:

Ganfong, A.- Nieves, A.- Simonó, N.-Bell Gonzales, J.: Influencia de la Rotura Prematura de Membranas en algunos resultados perinatales. Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto”. Cuba. Enero de 2013 a diciembre de 2014.

Se seleccionaron de forma aleatoria 952 gestantes con RPM y 952 gestantes sin RPM, se determinaron variables como: peso al nacer, Apgar al 5to minuto, vía del parto, morbilidad materna y neonatal, mortalidad fetal y neonatal.

Se constató que las gestantes con RPM tuvieron un 18 % de bajo peso contra un 12,7 % en las pacientes sin RPM, *Odds Ratio* (OR) = 1,50 (95 % IC = 1,16-1,95); el Apgar bajo se presentó en el 84 % entre las primeras en relación con el total de deprimidos contra sólo el 16,2 % entre las segundas, OR = 5,32 (95 % IC = 1,93 – 15,83); la endometritis fue la complicación materna más frecuente con un 36,2% del total de complicaciones entre las pacientes con RPM y 9,5 % entre las pacientes sin RPM, OR = 8,64 (95 %, IC 1,92-54,22); la sepsis neonatal, el síndrome de dificultad respiratoria y la hipoxia perinatal, fueron las complicaciones neonatales más frecuentes, OR = 1,66 (95 % 1,17-2,36), 8,88 (95 % 2,56-36,92) y 5,06 (95 % 1,38-22,05) respectivamente; las muertes fetales presentaron un OR = 1,71 (95 % 0,82-3,61) y las muertes neonatales OR= 2,00 (95 % 0,14-55,8) comparando los dos grupos de estudio. Resultados: Las edades de las gestantes seleccionadas tanto entre las que presentaban RPM y las que no las presentaban, oscilaban entre 14 y 40 años, con un pico de incidencia en los grupos entre 15 y 29 años. En relación

con la paridad, eran nulíparas en el momento de su ingreso aproximadamente el 48 % para ambos grupos.

El primer aspecto analizado fue el peso de los neonatos superior a 2500 g en ambos grupos de estudio, pero en el grupo estudio la frecuencia de peso inferior a 2500 g fue mayor (18 %) que en el grupo control (12,7 %). Se obtuvo una diferencia significativa para el bajo peso entre ambos grupos, con un OR de 1,50 (95 % IC = 1,16-1,95). Seguidamente se analizó el Apgar al 5to. min de los neonatos de ambos grupos, relacionados además con la vía del parto. En la tabla 2 se relacionan solamente los recién nacidos que tuvieron Apgar bajo, por cualquier vía de parto, al 5to. min. Entre las gestantes con RPM tuvimos 26 para el 83,9 % del total de Apgar bajo mientras que entre las gestantes sin RPM, sólo tuvimos 5 para el 16,1 % de los deprimidos. Entre los severamente deprimidos (Apgar \leq 3) encontramos 15 entre las primeras y sólo 3 entre las segundas, para el 48,4 % y 9,7 % respectivamente, con lo que obtuvimos un OR de 5,32 (95 % IC = 1,93-15,83) para Apgar bajo en general y para los severamente deprimidos con un OR de 5,06 (95 % IC = 1,38-22,05). Esta situación se mantuvo aún cuando los niños nacieron por cesárea.

Entre las gestantes con RPM se presentaron 47 complicaciones casi todas relacionadas con la cesárea para el 4,9 % de total de casos y entre las gestantes sin RPM sólo se presentaron 21 complicaciones para el 2,2 % (tabla 3). Fue la endomiometritis la complicación más encontrada con 17 para el 36,2 % y sólo 2 para el 9,5 % entre las que no habían tenido RPM, con lo cual se obtuvo OR de 8,64 (95 % IC = 1,92-54,22). Detectamos un total de 217 complicaciones neonatales entre las pacientes con RPM y únicamente 137 entre las pacientes sin este antecedente. Entre las primeras tuvimos 26 casos de sepsis neonatal para 11,3 % y entre las segundas 3 para el 2,1 %. El síndrome de dificultad respiratoria (SDR) fue encontrado en 94 casos de RPM para el 40,9 % y solamente apareció en 59 para el 41,3 % entre las pacientes sin RPM. Por último la hipoxia estuvo representada en 15 casos para el 11,3 % y 3 casos para el 2,1 % respectivamente (tabla 4). En el caso de la sepsis se obtuvo un OR de 8,88 (95 % 2,56-36,92), para el SDR se obtuvo un OR de

1,66 (95 % 1,17-2,36) y para la hipoxia se obtuvo un OR de 5,06 (95 % 1,38-22,05). Para el resto de las complicaciones no se obtuvo diferencia estadísticamente significativa.

Por último, en relación con la mortalidad perinatal ocurrieron en ese período de 2 años 136 muertes fetales y 41 neonatales. Entre las pacientes con RPM ocurrieron 22 muertes fetales y 2 neonatales para un 16,7 % y 4,9 % respectivamente, entre las pacientes sin RPM sólo ocurrieron 13 muertes fetales para el 9,6 % y 1 muerte neonatal para 2,4 % respectivamente. Si bien los números absolutos son superiores entre las pacientes con RPM, no encontramos diferencias significativas entre ambos grupos en relación con la mortalidad fetal o neonatal.⁹

Morales D.: “Ruptura prematura de membranas ovulares: incidencia y manejo en el Hospital Dr. Patrocinio Peñuela Ruíz IVSS 2007-2011” realizado el 2013 en Venezuela.

Se obtuvo los siguientes resultados: el grupo predominante fue 25- 29 años (36,30%), la edad gestacional 37-41 semanas (72,72%), se presentó principalmente en nulíparas (53,03%), el inicio de trabajo de parto fue predominantemente menos de 24 horas (68,18%), el Apgar del RN al 1° y 5° minuto fue 7-10 pts (89,35%), siendo las madres que no presentaron enfermedad asociada, ni complicaciones postparto el 53%.¹⁰

Alvarez, L.: Incidencia de Ruptura Prematura de Membranas en pacientes primigestas Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo septiembre 2012 a febrero 2013 - Ecuador

De un total de 1589 embarazadas, se evaluaron 41 mujeres con el diagnóstico de RPM, teniendo como criterios de inclusión que no se encuentren en trabajo de parto. La información de cada una de ellas fue registrada en un formulario en que se incluyeron las variables: edad (20 años y mayores de 35 años), escolaridad, estado civil, procedencia, control prenatal y el número de controles, antecedentes personales obstétricos, los resultados obstétricos (corioamnionitis,) eventos perinatales (parto pretérmino, Apgar, prematuridad,

peso al nacer, condición al salir). Los resultados del estudio revelan que la RPM en el Hospital Verdi Cevallos Balda tuvo una prevalencia del 2,5%. Para los factores predisponentes a la RPM encontramos que los más importantes fueron: la edad menor de 20 años con el 54%. El nivel de escolaridad primaria con el 51%. La unión libre con el 75%, Las nulíparas presentó el 54%. Las infecciones previas de vías urinarias el 49%. Para los antecedentes obstétricos encontramos que al control prenatal deficiente le correspondió el 88%. Los resultados obstétricos y perinatales adversos si bien estuvieron presentes en el estudio no fueron significativos, ya que la corioamnionitis es el principal resultado obstétrico desfavorable le correspondió el 2%, mientras que la prematurez, el Apgar, la asfixia perinatal como resultados perinatales desfavorables no presentaron valores estadísticos de mayor trascendencia.¹¹

Nacionales:

Castro, E. “Resultados materno perinatales de la Rotura prematura de membranas pretérmino en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao. Lima en el periodo 2006 – 2010”

El mayor porcentaje de mujeres que presentaron RPM se encuentra entre las edades de 21 a 25 años con un 39.30%, seguidos con un 38% en mujeres mayores de 17 a 20 años, las mujeres segundigestas son más frecuentes, seguido de las primigestas. El 87.3% de gestantes con RPM tuvieron 1 a 4 CPN. Se observa que el mayor porcentaje de recién nacidos evaluados por examen físico, está entre las 31-34 semanas.¹²

Campos, S.: Factores de Riesgo asociados con Ruptura Prematura de Membranas en Gestantes Pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2014 Lima- Perú

Resultados: Del estudio, análisis y discusión de los resultados conseguidos, se ha establecido que de los 443 casos de RPM ,113 fueron RPM en gestantes pretérmino. El factor de riesgo más frecuente asociado a RPM fue el síndrome de flujo vaginal, 51.33%, seguido por bajo nivel socioeconómico, bajo nivel de educación, nuliparidad, ITU , RPM anterior, antecedente de más de un aborto y

gestación múltiple. Conclusión: La prevalencia de RPM en gestantes pretérmino atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2014 fue 25.51 %. Siendo el síndrome de flujo vaginal el factor de riesgo más frecuente en esta población junto con el bajo nivel socioeconómico. Estos factores deben ser considerados en la prevención, diagnóstico y manejo terapéutico.¹³

Muñoz- Aznarán, G.:"Rotura prematura de membranas en gestantes a término: Factores asociados al parto abdominal", Hospital nacional Cayetano Heredia, Lima, marzo 2005 a marzo 2010.

Un análisis univariado determinó factores asociados al parto abdominal, al estado del cérvix (puntaje Bishop) al inicio de la inducción y la preeclampsia. Se estimó un modelo predictivo final en el análisis multivariado, hallándose como factores de riesgo la edad materna, el Bishop de ingreso menor de 4 y presencia de preeclampsia, y como factor de protección la multiparidad de la paciente.¹⁴

Carmen Torres A.: Factores de riesgo que influyen en la Ruptura Prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital de Yarinacocha - Pucallpa.

Resultados: La vaginitis es un factor que influye en la rotura prematura de membranas con una diferencia significativa $p=0.01$ y chi cuadrado de 6.58 con 42% de casos de ruptura prematura de membranas cuando la vaginitis está presente y 23.9% de no ruptura prematura de membranas en presencia de vaginitis. La multiparidad es un factor que influye en la ruptura prematura de membranas con diferencias significativas $p= 0.000$ y chi cuadrado de 16.57 con 65.9% de casos de ruptura prematura de membranas cuando la multiparidad está presente y 35.2% de no ruptura prematura de membranas en presencia de multiparidad. La anemia es un factor que influye en la ruptura prematura de membranas con diferencias significativas $p=0.000$ y chi cuadrado de 21.9, con 64.8% de casos de ruptura prematura de membranas cuando la gestante es anémica y 29.5% de no ruptura prematura de membranas en presencia de

anemia de la gestante. La macrosomia es un factor que influye en la ruptura prematura de membranas con diferencias significativas $p=0.029$ y chi cuadrado de 4.779, con 15.9% de casos de ruptura prematura de membranas cuando la macrosomia fetal está presente y 5.7% de no ruptura prematura de membranas en presencia de macrosomia fetal.¹⁵

Locales:

No se encontraron antecedentes.

2.1.2 BASES TEÓRICAS

2.1.2.1 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

A. DEFINICION:

La ruptura prematura de membranas se define como la ruptura espontánea de membranas ovulares después de las 22 semanas de edad gestacional y hasta una hora antes del inicio del trabajo de parto.⁴

El término latencia se refiere al tiempo que transcurre entre la ruptura y la terminación del embarazo. Así, el periodo de latencia y la edad gestacional determinan el pronóstico y consecuentemente el manejo de la enfermedad de acuerdo a la posibilidad de terminación del embarazo.¹⁶

Según la localización la RPM se clasifica en:

- Ruptura alta (persiste bolsa amniótica por delante de la presentación)
- Ruptura baja (no hay bolsa amniótica por delante de la presentación)

En ambas ocasiones se actúa de la misma manera, no hay diferencias de cara al tratamiento porque no se ha demostrado menor riesgo de infección en la rotura alta.

Según la edad gestacional se clasifica en:-

≤24 semanas

24-34 semanas y

-≥35 semanas (esta clasificación es orientativa y depende de cada centro y de los resultados perinatales)

B. ESTRUCTURA DE LAS MEMBRANAS OVULARES

Las membranas ovulares (corion y amnios) delimitan la cavidad amniótica, encontrándose en íntimo contacto a partir de las 15-16 semanas del desarrollo embrionario, obliterando la cavidad coriónica o celoma extraembrionario Moore KL. Desarrollo de tejidos, órganos y forma del cuerpo. En:¹⁷ Las membranas se encuentran estructuradas por diversos tipos celulares y matriz extracelular, cumpliendo una diversidad de funciones entre las que destacan: síntesis y secreción de moléculas,

recepción de señales hormonales materno y fetales, participando en el inicio del parto, homeostasis y metabolismo del líquido amniótico, protección frente a infecciones, permite el adecuado desarrollo pulmonar y de extremidades fetales, preservando su temperatura y de protección ante traumatismos abdominales maternos.¹⁸

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

1. El amnios se encuentra formado por cinco capas, la más interna, en contacto con el líquido amniótico, corresponde al epitelio, compuesto de células cúbicas no ciliadas, que descansa sobre una lámina basal, compuesta de colágeno tipo III, IV, V, laminina, nidógeno y fibronectina. La capa compacta, adyacente a la lámina basal forma la principal estructura fibrosa, gracias a su contenido de colágeno tipo I, III, V y VI lo que le confiere su integridad mecánica. La capa fibroblástica, celular, formada además por macrófagos, presenta una matriz de tejido conectivo laxo. La capa intermedia (esponjosa) se ubica entre el amnios y corion, formada por proteoglicanos y glicoproteínas, además de colágeno tipo III.
2. El corion se encuentra formado por tres capas: capa reticular, limitante con la capa esponjosa del amnios, formada por células fusiformes (estrelladas), colágeno tipos I, III, IV, V, VI y proteoglicanos; membrana basal, compuesta de colágeno tipo IV, laminina y fibronectina, capa trofoblástica formada por células redondas y poligonales, las que al acercarse a la decidua, amplían su distancia intercelular.¹⁹

Estructura y composición de las membranas ovulares y actividad de metaloproteinasas de matriz (MMP) e inhibidores tisulares de las metaloproteinasas (TIMP)*

<i>Capa</i>	<i>Composición de la matriz extracelular</i>	<i>MMP o TIMP</i>
<i>Amnios</i>		
Epitelio		MMP-1, MMP-2, MMP-9
Membrana basal	Colágeno tipo III, IV, V; laminina, fibronectina, nidógeno	
Capa compacta	Colágeno tipo I, III, V, VI; fibronectina	
Capa fibroblástica	Colágeno tipo I, III, VI; laminina, fibronectina, nidógeno	MMP-1, MMP-9, TIMP-1
Capa esponjosa	Colágeno tipo I, III, IV; proteoglicanos	
<i>Corion</i>		
Capa reticular	Colágeno tipo I, III, IV, V, VI; proteoglicanos	
Membrana basal	Colágeno tipo IV; fibronectina, laminina	
Trofoblasto		TMMP-9

C. FISIOPATOLOGÍA DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Las teorías implicadas en el mecanismo de la ruptura de las membranas más aceptadas son: sobre distensión mecánica en RPM a término e infección en RPM pretérmino, por activación de las metaloproteinasas que producen pérdida de contacto de las células de la matriz e inducen un mecanismo autocrino - paracrino a través de citoquinas inflamatorias.²¹ Se ha evidenciado también que aquellas entidades que conllevan a la disminución del contenido de colágeno, alteración en su estructura o aumento en su actividad colagenolítica, se asocian con RPM, entre ellas:

1. Disminución del contenido de colágeno: Como ejemplo se encuentran aquellos embarazos que cursan con fetos afectados por el síndrome de Ehler-Danlos. Esta entidad hace parte de un grupo de enfermedades hereditarias que alteran la estructura y función del colágeno y se asocian en forma importante con RPM.
2. Alteración de la estructura del colágeno: La disminución en los niveles de cobre y ácido ascórbico, en pacientes fumadoras o con déficit nutricionales, pueden contribuir a la alteración de la estructura del colágeno.¹⁹ Actividad colagenolítica aumentada: La degradación del colágeno y la fibronectina es mediada por las metaloproteinasas de la matriz celular (MMP), producidas por la membrana basal, los fibroblastos del amnios y los trofoblasto del corion, y cuya acción es bloqueada principalmente por los inhibidores específicos de tejido (TIMP)²⁰

La integridad de las membranas fetales se mantiene a lo largo de la gestación debido a una combinación de la baja actividad de MMP y mayor concentración de TIMP. En el momento del parto (en embarazos a término) o en casos de infección (en embarazos pretérmino) el equilibrio entre MMP y TIMP se altera y se produce degradación proteolítica de la matriz extracelular de las membranas fetales. La infección induce una respuesta inflamatoria materno-fetal que aumenta la producción y liberación de citoquinas inflamatorias (interleuquina [IL]-1, IL-6, IL- 8) y factor de necrosis tumoral, las cuales inducen producción

de prostaglandinas que llevan a maduración cervical y aumento de la contractibilidad miometrial. La elevación de estos mensajeros biológicos (citoquinas y prostaglandinas) son considerados marcadores de parto pretérmino y RPM.²¹ La rotura prematura de membranas es un fenómeno multifactorial. Los principales factores de riesgo descritos en la literatura se presentan en la siguiente tabla:

Factores de riesgo asociado a rotura prematura de las membranas ovulares

-
- Bajo nivel socio económico
 - Bajo peso materno
 - Parto prematuro previo
 - Consumo de cigarrillo
 - Metrorragia del segundo y tercer trimestre
 - Infecciones cérvico-vaginales y vaginosis
 - Polihidramnios
 - Embarazo gemelar
 - Malformaciones y tumores uterinos
 - Conización previa
 - Embarazo con DIU
 - Desconocida²²
-

D. DIAGNOSTICO

Anamnesis

Es importante descartar otros diagnósticos como son la incontinencia de orina o el aumento de flujo vaginal, los cuales presentan una clínica similar y pueden condicionar actitudes erróneas.

Exploración física

- Genitales externos: puede observarse salida de líquido amniótico a través de vagina, espontáneamente o con maniobra de Valsalva.
- Espéculo: para visualizar la salida de líquido amniótico a través del orificio cervical externo u objetivarlo en fondo de saco vaginal posterior. Las maniobras de Valsalva también pueden ser útiles en este caso. Otra opción es dejar un tiempo a la paciente semisentada con una compresa seca y revalorarla posteriormente. Se deben evitar los tactos vaginales. Sólo se harán si es necesario valorar el índice de Bishop, sin introducir los dedos en el canal cervical.²³

Pruebas complementarias

- Determinación del pH del fondo de saco vaginal posterior. El pH vaginal en condiciones normales es ácido (4,5-5). El líquido amniótico tiene un pH básico (7-7,5). La presencia de líquido amniótico en vagina aumentará el pH, pudiendo alcanzar un valor > de 6,4. En este caso el papel de nitracina vira a azul. Los falsos positivos pueden darse con la presencia de semen, sangre, vaginosis bacteriana, moco cervical o antisépticos.
- Cristalización en hojas de helecho del líquido amniótico. Al observar con microscopio óptico el líquido amniótico seco en un portaobjetos se ven formaciones en hojas de helecho. Darán falsos positivos la presencia de semen, sangre, moco cervical o antisépticos.
- Test de fluoresceína. Consiste en la instilación intraamniótica de fluoresceína mediante amniocentesis. Se coloca una compresa en genitales externos y se observa la presencia de colorante en la misma con luz de Wood tras 30 minutos. Este hecho indicaría una RPM. Esta

prueba debe realizarse cuando se dude del diagnóstico y éste tenga implicaciones en la actitud obstétrica.

- Ecografía. Permite valorar el índice de líquido amniótico. La existencia de un Oligoamnios no diagnosticado previamente podrá orientar hacia una RPM. Presenta falsos positivos (causas de Oligoamnios diferentes a la RPM) y falsos negativos (RPM con cantidad de líquido amniótico normal).

Evaluación clínica inicial

Confirmar la RPM con las pautas mencionadas anteriormente: anamnesis, exploración física y pruebas complementarias.

- Valoración del riesgo de inmadurez fetal. Es importante establecer con exactitud la edad gestacional.
- Las pacientes con feto viable y RPM deben hospitalizarse hasta el parto.
- Al ingreso es necesario hacer:
 - Control de temperatura y pulso cada 6 horas y de tensión arterial cada 8 horas.
 - Comprobar bienestar fetal y existencia de actividad uterina mediante cardiotocografía.
 - Valorar el riesgo de infección mediante una analítica de sangre con hemograma con recuento de serie blanca y roja y determinación de proteína C reactiva. Se realizarán tomas para cultivo vagino-rectal para EGB y urocultivo.
- Si se evidencia corioamnionitis clínica, abrupción placentaria o compromiso fetal se debe finalizar la gestación de manera inmediata.

2.1.2.2. CORIOAMNIONITIS

A. CONCEPTO:

Infección bacteriana aguda de las membranas ovulares, corion y amnios. Se denomina infección intraamniótica al diagnóstico clínico de la entidad y corioamnionitis al diagnóstico histológico el cual hace referencia a la infiltración de las membranas por polimorfonucleares con distintos grados de exudado coriónico y subcoriónico¹.

B. CLASIFICACION

1. Corioamnionitis Clínica.- se presenta en 1 a 2% en partos a término y de 5 a 10% en partos pretérmino. Presenta fiebre materna asociada a uno de los síntomas como; expulsión de líquido amniótico fétido o purulento y sensibilidad uterina anormal; leucocitosis maternas mayor a 15,000 cel/ mm³ con desviación a la izquierda, elevación de proteína C reactiva; taquicardia materna, mayor a 100 lat/ min. y/ fetal.
2. Corioamnionitis Histológica.- en la mayoría de los casos no presentan síntomas ni signos, el diagnóstico se puede realizar en el 20% de partos a término y 50% en partos pretérmino.
3. Corioamnionitis Bioquímica o inflamación intraamniótica.- el aumento de citocinas inflamatorias en el líquido amniótico es mejor predictor de resultados adversos neonatales que cultivos positivos de líquido amniótico y corioamnionitis clínica¹.

C. ETIOLOGIA

Clásicamente la etiología de la infección intraamniótica es polimicrobiana.

Los gérmenes más frecuentemente identificados son de la familia de micoplasmas y anaerobios.

1. Micoplasmas genitales: Ureaplasma urealyticum, Mycoplasma hominis. Se han relacionado con el parto pretérmino pero no son causa de morbilidad materna ni fetal.

2. Aerobios Gram positivos: Streptococcus agalactiae, Enterococcus faecalis, Gardnerella vaginalis, Streptococcus viridans, Listeria monocytogenes.

3. Aerobios Gram negativos: Escherichia coli, Proteus mirabilis.

4. Anaerobios: Bacteroides fragilis, Fusobacterium, Peptoestreptococcus Propionobacterium. A pesar de aislarse con frecuencia, raramente se asocian a infecciones fetales y en cuanto se vacía el útero tampoco suelen asociarse a infecciones maternas salvo en los casos de cesárea.

Independientemente de cual sea el papel de los distintos gérmenes en la etiología del parto pretérmino, los gérmenes que se aíslan con mayor frecuencia en los cultivos maternos y neonatales son el Streptococcus agalactiae y los gérmenes Gram negativos, especialmente Escherichia coli. Aunque el cribado sistemático del Streptococcus agalactiae haya disminuido la morbilidad de la infección en gestaciones a término no sucede lo mismo en el caso de gestaciones pretérmino.²⁴

D. VIAS DE ENTRADA

Se describen cuatro vías principales de entrada de los microorganismos en la infección intraamniótica:

1. Vía ascendente procedente de la vagina y el cérvix (es la vía más frecuente);

2. Vía hematógena diseminando a través de la placenta (ej. listeriosis);

3. Vía retrógrada desde la cavidad peritoneal a través de las trompas de Falopio;

4. Vía iatrogénica secundaria a procedimientos invasivos.²⁴

2.1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Ruptura prematura de membranas.-** La rotura prematura de membranas (RPM) se define como la rotura espontánea de membranas antes del comienzo del parto, vale decir después de las 20 semanas de gestación.
- **Corioamnionitis.-** inflamación aguda de las membranas placentarias (amnios y corion), en general de origen infeccioso, y que se acompaña de infección del contenido amniótico, esto es, feto, cordón y líquido amniótico, por lo que en la práctica clínica se utiliza de forma indistinta los términos corioamnionitis o infección intraamniótica.
- **Parto.-** expulsión del producto de la concepción y sus anexos después de las 20 semanas de gestación.
- **Parto Vaginal.-** Es la expulsión del producto de la concepción por el canal del parto constituido por la pelvis y vagina.
- **Cesárea.-** parto por vía abdominal cuando existe alguna complicación materna o fetal.
- **Trabajo de parto.-** fenómenos activos y pasivos que se producen con el fin de expulsar el producto de la concepción
- **Vía de culminación.-** es la decisión del tipo de parto que tendrá la gestante dependiendo del riesgo en que se encuentre.
- **Paridad.-** número de partos que tiene una mujer
- **Tiempo de latencia.-** se refiere al tiempo entre la RPM y el parto.
- **Edad.-** tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad.
- **Gestante.-** mujer que alberga en su vientre el producto de la concepción.

CAPITULO III

PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

CONTRASTACION DE HIPOTESIS

HIPOTESIS GENERAL

Ha= La ruptura prematura de membranas tiene relación estrecha con la vía de culminación del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio 2016 a junio 2017.

Ho= La ruptura prematura de membranas no tiene relación estrecha con la vía de culminación del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio 2016 a junio 2017.

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

Pruebas de chi-cuadrado **RPM** y la vía de culminación de parto -

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,841 ^a	1	0.006
Razón de verosimilitud	3.848	1	0.096
Asociación lineal por lineal	1.551	2	0.213
N de casos válidos	262		

El valor del estadístico es igual a 3.841, con una probabilidad asociada de ocurrencia de 0.006 (es decir, 0.6%). Como esta probabilidad es inferior a 0,05 (es decir, 5%) se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna de independencia entre ambas variables, por tanto se concluye que:

La ruptura prematura de membranas tiene relación estrecha con la vía de culminación del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto, julio 2016 a junio 2017.

Hipótesis Secundaria N°01

Ha= La vía de culminación del embarazo en ruptura prematura de membranas se relaciona íntimamente con la paridad de las pacientes atendidas en el Hospital II -2 Tarapoto, julio 2016 a junio del 2017.

Ho= La vía de culminación del embarazo en ruptura prematura de membranas no se relaciona íntimamente con la paridad de las pacientes atendidas en el Hospital II -2 Tarapoto, julio 2016 a junio del 2017

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

Pruebas de chi-cuadrado la vía de culminación de parto y paridad

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,690 ^a	2	0.096
Razón de verosimilitud	4.697	2	0.096
Asociación lineal por lineal	1.551	1	0.213
N de casos válidos	262		

El valor del estadístico es igual a 4.690, con una probabilidad asociada de ocurrencia de 0.096 (es decir, 9.6%). Como esta probabilidad es muy superior a 0,05 (es decir, 5%) se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna de independencia entre ambas variables, por tanto se concluye que:

La vía de culminación del embarazo en ruptura prematura de membranas no se relaciona íntimamente con la paridad de las pacientes atendidas en el Hospital II -2 Tarapoto, julio 2016 a junio del 2017.

Hipótesis Secundaria N°02

Ha= La vía de culminación del embarazo tiene relación significativa con el tiempo de latencia de la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el Hospital II -2 Tarapoto, julio 2016 a junio del 2017.

Ho= La vía de culminación del embarazo no tiene relación significativa con el tiempo de latencia de la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el Hospital II -2 Tarapoto, julio 2016 a junio del 2017.

Pruebas de chi-cuadrado de la vía de culminación de parto y tiempo de ruptura

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	35,444 ^a	3	0.000
Razón de verosimilitud	38.202	3	0.000
Asociación lineal por lineal	35.187	1	0.000
N de casos válidos	262		

El valor del estadístico es igual a 35.444, con una probabilidad asociada de ocurrencia de 0.000 (es decir, 0%). Como esta probabilidad es inferior a 0,05 (es decir, 5%) se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna de independencia y se relaciona ambas variables, por tanto se concluye que:

La vía de culminación del embarazo tiene relación significativa con el tiempo de latencia de la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el Hospital II -2 Tarapoto, julio 2016 a junio del 2017.

Hipótesis Secundaria N°03

Ha= La vía de culminación del embarazo en ruptura prematura de membranas se relaciona íntimamente con la edad de las pacientes atendidas en el Hospital II -2 Tarapoto, julio 2016 a junio del 2017.

Ho= La vía de culminación del embarazo en ruptura prematura de membranas no se relaciona íntimamente con la edad de las pacientes atendidas en el Hospital II -2 Tarapoto, julio 2016 a junio del 2017.

Pruebas de chi-cuadrado del tipo de parto y edad			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,561 ^a	3	0.002
Razón de verosimilitud	16.961	3	0.001
Asociación lineal por lineal	7.123	1	0.008
N de casos válidos	262		

El valor del estadístico es igual a 14.561, con una probabilidad asociada de ocurrencia de 0.002 (es decir, 0.2%). Como esta probabilidad es inferior a 0,05 (es decir, 5%) se rechaza la hipótesis nula entre ambas variables y se acepta la hipótesis alterna, por tanto se concluye que:

La vía de culminación del embarazo en ruptura prematura de membranas se relaciona íntimamente con la edad de las pacientes atendidas en el Hospital II -2 Tarapoto, julio 2016 a junio del 2017.

Hipótesis Secundaria N°04

Ha=La vía de culminación del embarazo en ruptura prematura de membranas se relaciona íntimamente con la edad gestacional de las pacientes atendidas en el Hospital II -2 de Tarapoto, julio 2016 a junio del 2017.

Ho= La vía de culminación del embarazo en ruptura prematura de membranas no se relaciona íntimamente con la edad gestacional de las pacientes atendidas en el Hospital II - 2 de Tarapoto, julio 2016 a junio del 2017.

Pruebas de chi-cuadrado de vía de culminación del parto y edad gestacional

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,580 ^a	3	0.664
Razón de verosimilitud	2,306	3	0.511
Asociación lineal por lineal	0,088	1	0.767
N de casos válidos	262		

El valor del estadístico es igual a 1.580 con una probabilidad asociada de ocurrencia de 0.664 (es decir 6.6%). Como esta probabilidad es superior a 0,05 (es decir, 5%) se acepta la hipótesis nula entre ambas variables y se rechaza la hipótesis alterna, por tanto se concluye que:

La vía de culminación del embarazo en ruptura prematura de membranas no se relaciona íntimamente con la edad gestacional de las pacientes atendidas en el Hospital II -2 de Tarapoto, julio 2016 a junio del 2017.

“Relación de la Ruptura Prematura de Membranas y la Vía de culminación del parto Hospital II -2 Tarapoto, julio 2016 – junio 2017”

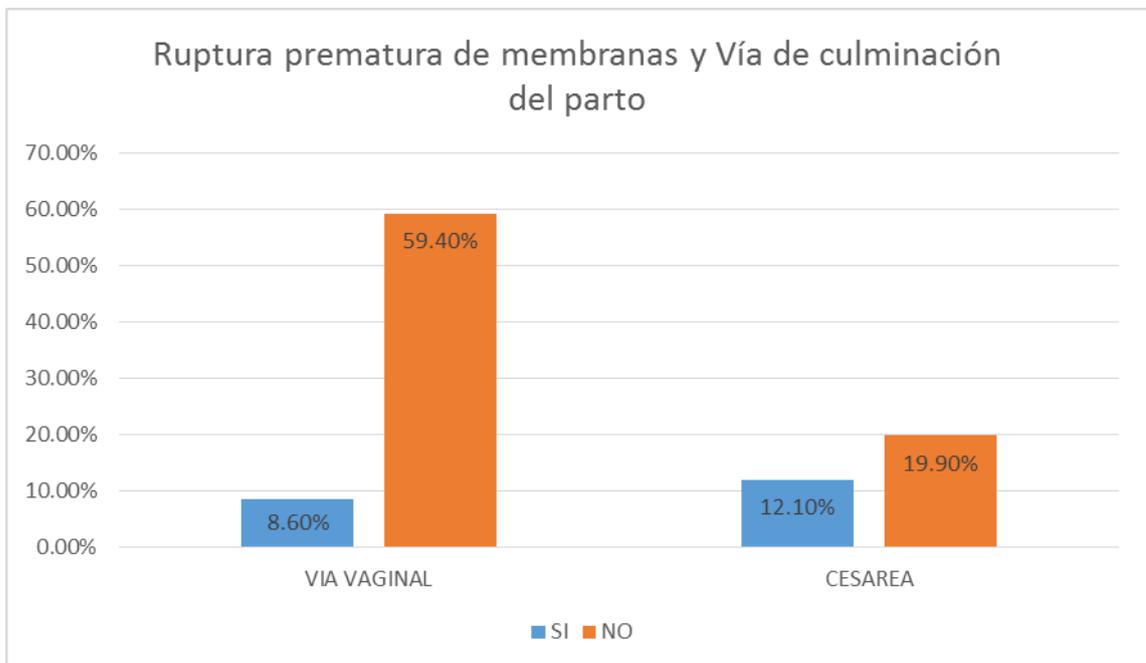
TABLA GENERAL

Ruptura Prematura de Membranas y Vía de culminación del embarazo

Tipo de parto		Ruptura Prematura de Membranas		Total
		Sí	No	
Vaginal	Recuento	109	753	862
	% del total	8.6%	59.4%	68%
Cesárea	Recuento	153	253	406
	% del total	12.1%	19.9%	32%
Total	Recuento	262	1006	1268
	% del total	20.7%	79.3%	100.0%

Fuente: ficha de recolección de datos- elaboración propia.

En el cuadro se observa que en el 20.7% de todas las gestantes presentaron ruptura prematura de membranas, de los cuales, el 12.1% de los embarazos terminó en cesárea y el 8.6% por vía vaginal.



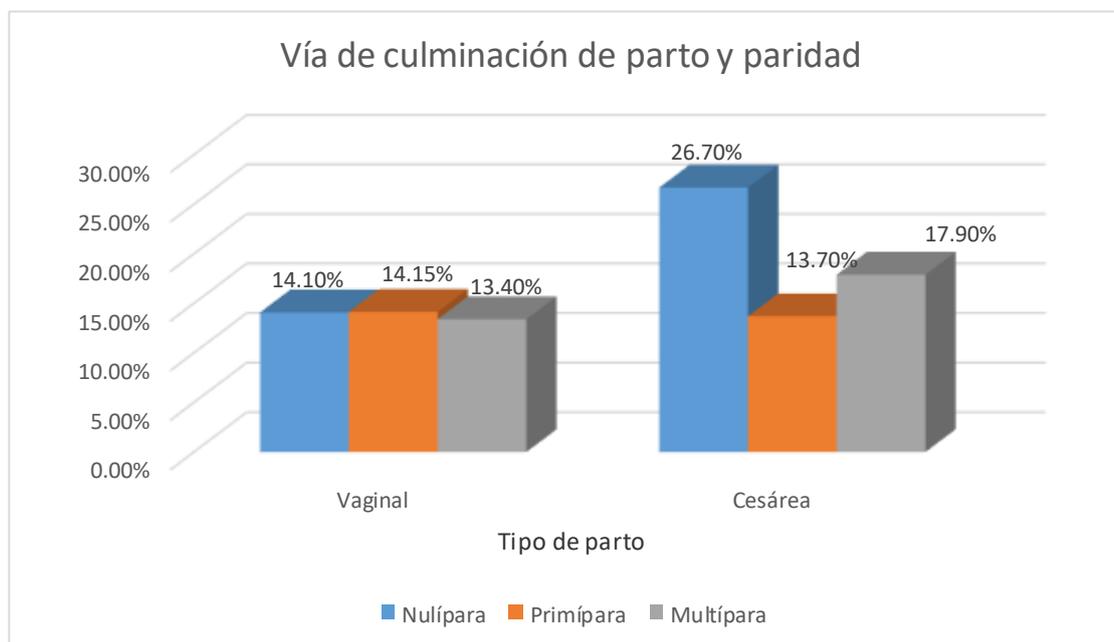
“Relación de la Ruptura Prematura de Membranas y la Vía de culminación del parto Hospital II -2 Tarapoto, julio 2016 – junio 2017”

TABLA N° 01
Según Paridad

Tipo de parto	Paridad	Total	Paridad		
			Nulípara	Primípara	Múltipara
Vaginal	Recuento	109	37	37	35
	% del total	41.6%	14.1%	14.1%	13.4%
Cesárea	Recuento	153	70	36	47
	% del total	58.4%	26.7%	13.7%	17.9%
Total	Recuento	262	107	73	82
	% del total	100.0%	40.8%	27.9%	31.3%

Fuente: ficha de recolección de datos- elaboración propia.

En este cuadro se observa que el 40.8% de las gestantes que presentaron ruptura prematura de membranas fueron nulíparas siendo la vía de culminación la cesárea con un 26.7%, seguido de las múltiparas con un 31.3%.



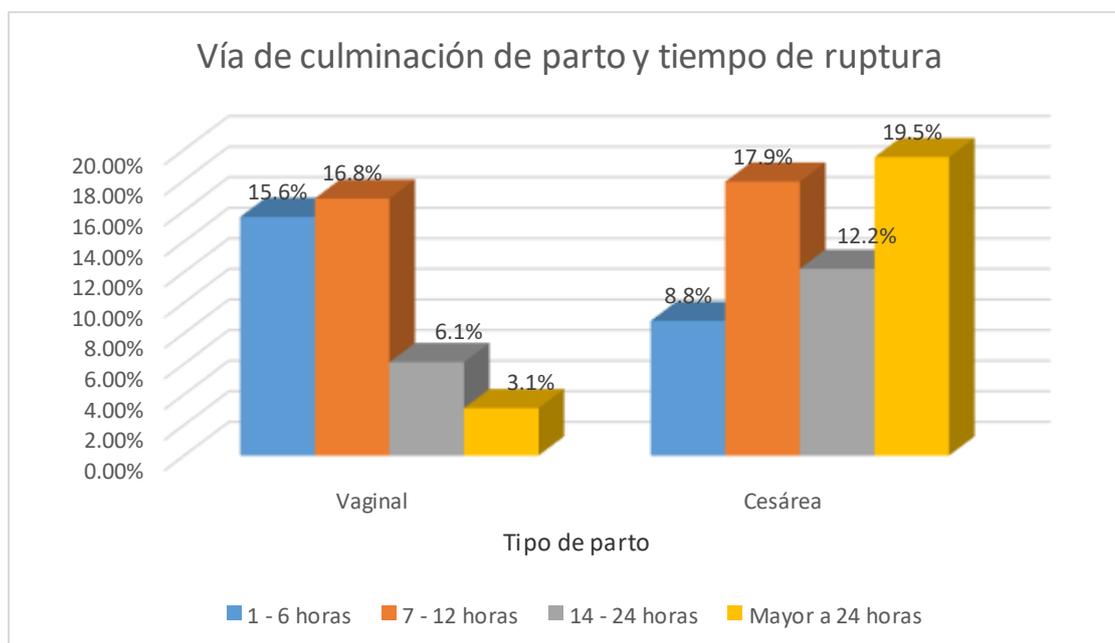
“Relación de la Ruptura Prematura de Membranas y la Vía de culminación del parto Hospital II -2 Tarapoto, julio 2016 – junio 2017”

TABLA N° 02
Según tiempo de ruptura de membranas

			Tiempo de ruptura				Total
			1 - 6 horas	7 - 12 horas	13 - 24 horas	Mayor a 24 horas	
Tipo de parto	Vaginal	Recuento	41	44	16	8	109
		% del total	15.6%	16.8%	6.1%	3.1%	41.6%
Cesárea	Recuento	23	47	32	51	153	
	% del total	8.8%	17.9%	12.2%	19.5%	58.4%	
Total	Recuento	64	91	48	59	262	
	% del total	24.4%	34.7%	18.3%	22.5%	100.0%	

Fuente: ficha de recolección de datos- elaboración propia

En este cuadro el tiempo de latencia de la RPM fue mayor entre las 7 – 12 hrs. con el 34.7% terminando en cesárea el 17.9%, seguido entre 1 a 6 hrs. con el 24.4% terminando en parto vaginal.



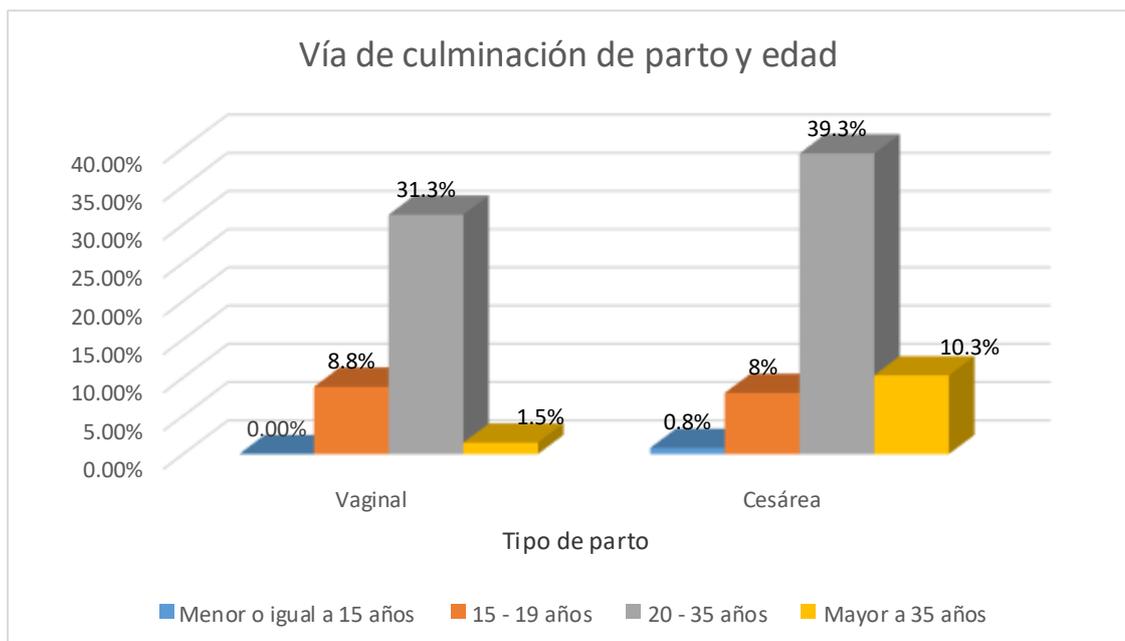
“Relación de la Ruptura Prematura de Membranas y la Vía de culminación del parto Hospital II -2 Tarapoto, julio 2016 – junio 2017”

TABLA N° 03
Según Edad

Tipo de parto		Edad				Total
		Menor o igual a 15 años	15 - 19 años	20 - 35 años	Mayor l a 35 años	
Vaginal	Recuento	0	23	82	4	109
	% del total	0.0%	8.8%	31.3%	1.5%	41.6%
Cesárea	Recuento	2	21	103	27	153
	% del total	0.8%	8.0%	39.3%	10.3%	58.4%
Total	Recuento	2	44	185	31	262
	% del total	0.8%	16.8%	70.6%	11.8%	100.0%

Fuente: ficha de recolección de datos- elaboración propia

Según la edad este cuadro nos indica que el 70.6% de gestantes que presentaron RPM se dio entre 20 a 35 años terminando por vía cesárea con un 39.3%.



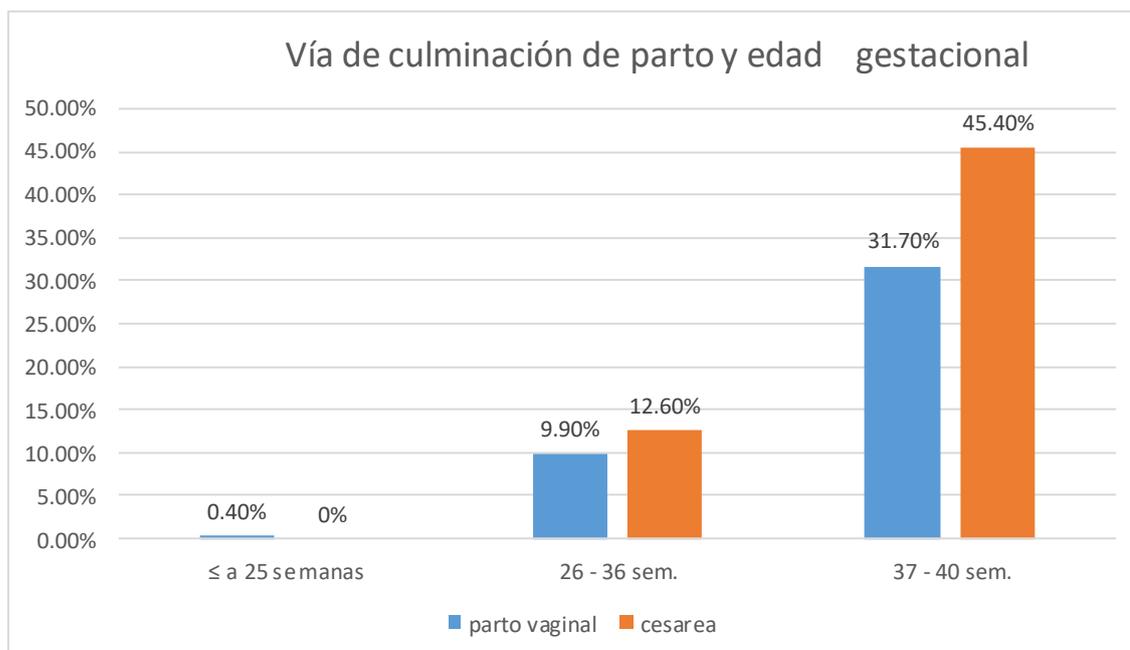
“Relación de la Ruptura Prematura de Membranas y la Vía de culminación del parto Hospital II -2 Tarapoto, julio 2016 – junio 2017”

TABLA N° 04
Según Edad Gestacional

			Edad gestacional			Total
			22 – 25 semanas	26 – 36 semanas	37 – 40 semanas	
Tipo de parto	Vaginal	Recuento	1	26	83	110
		% del total	0.4%	9,9%	31.7%	42%
	Cesárea	Recuento	0	33	119	152
		% del total	0.0%	12,6%	45.4%	58%
Total		Recuento	1	59	202	262
		% del total	0.4%	22.5%	77.1%	100.0%

Fuente; ficha de recolección de datos- elaboración propia

En este cuadro se observa que las pacientes de 37 a 40 semanas hace un total de 77.1%, de las cuales, el 45.4% el parto terminó por cesárea, seguido del 31.7% que fue por vía vaginal; entre 26 a 36 semanas fue del 22.5%.



3.2 INTERPRETACION, ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

La ruptura prematura de membranas es una patología que se va incrementando en nuestro país por los diferentes factores de riesgo que tienen las gestantes y que muchas veces no son detectadas oportunamente, la vía de terminación del parto depende en gran medida del estado general de la madre y del feto.

En nuestro estudio en el Hospital II – 2 Tarapoto, la ruptura prematura de membranas se presenta en el 20.7%, similar porcentaje fue encontrado por Campos, S. en Lima; la vía de culminación del embarazo es la cesárea en el 12.1% contrariamente al estudio de Masami en Chile quien encontró un mayor porcentaje en parto vaginal que en cesárea estando de acuerdo con los estudios mencionados.

1. En cuanto a la paridad, las nulíparas fueron las que presentaron la ruptura prematura de membranas en mayor número teniendo la vía de culminación de parto por cesárea en un 26.7%, similar resultados nos presenta Ganfong. A y colaboradores en Cuba, al igual la investigación de Morales, D. en Venezuela y Alvarez, L. en Ecuador donde encontraron mayor porcentaje en nulíparas por lo que aceptamos estos estudios; Castro, E. en Lima encontró que son las segundigestas quienes tienen mayor porcentaje de RPM rechazando este estudio.
2. Tenemos que el periodo de latencia fue entre 7 - 12 hrs con un porcentaje de 34.7%, el estudio de Morales, D. en Venezuela encontró que el inicio de trabajo de parto fue predominantemente menos de 24 horas en un 68,18% por tal motivo estamos de acuerdo con este estudio.
3. Las gestantes entre 20 a 35 años presentaron ruptura prematura de membranas quienes terminaron su embarazo por cesárea en 39.3% porcentaje similar encontró Morales, D. en Venezuela entre las edades

de 25 a 29 años, Castro, E. en Lima encontró porcentaje mayor entre las edades de 21 a 25 años que se encuentran dentro del rango de edad estudiados estando de acuerdo con estos estudios.

4. En cuanto a la edad gestacional, el mayor porcentaje se presentó entre las 37 – 40 semanas teniendo la vía de culminación del parto por vía cesárea con un porcentaje de 45.40%, similar resultado nos presenta el estudio de Morales D. en Venezuela que encontró un mayor porcentaje (72,72%) entre la edad gestacional de 37 – 41 semanas por lo que aceptamos su estudio.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES

1. La ruptura prematura de membranas tiene relación estrecha con la vía de culminación del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital II - 2 Tarapoto de julio 2016 a junio 2017; siendo la RPM un 20.7% la vía de culminación del embarazo con mayor porcentaje la cesárea.
2. La vía de culminación del embarazo en ruptura prematura de membranas no se relaciona íntimamente con la paridad de las pacientes atendidas en el Hospital II - 2 Tarapoto, julio 2016 a junio del 2017; teniendo a las nulíparas con RPM y vía de culminación de parto por cesárea.
3. La vía de culminación del embarazo tiene relación significativa con el tiempo de latencia de la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el Hospital II - 2 Tarapoto, julio 2016 a junio del 2017; mostrando un periodo de latencia entre 7 - 12 hrs. que terminaron en cesárea.
4. La vía de culminación del embarazo en ruptura prematura de membranas se relaciona íntimamente con la edad de las pacientes atendidas en el Hospital II - 2 Tarapoto, julio 2016 a junio del 2017; siendo las gestantes entre 20 a 35 años con RPM quienes terminaron su embarazo por vía cesárea.
5. La vía de culminación del embarazo en ruptura prematura de membranas no se relaciona íntimamente con la edad gestacional de las pacientes atendidas en el Hospital II -2 de Tarapoto, julio 2016 a junio del 2017; mostrando una edad gestacional entre las 37 – 40 sem. Que terminaron por vía cesárea.

RECOMENDACIONES

1. El personal que atienden a las gestantes deberán evaluar los factores predisponentes para la ruptura prematura de membranas para disminuir el porcentaje de esta complicación, evaluando la mejor vía de culminación del embarazo.
2. Realizar consejería acerca de la importancia del CPN, cuidados de este, importancia de los exámenes de laboratorio para detectar a tiempo posibles patologías que pongan en riesgo la gestación en cuanto a RPM.
3. El personal responsable del servicio de gestantes deberán elaborar protocolos de atención de RPM con la finalidad de dar tratamiento oportuno y estandarizado acerca de esta patología para tratar que el tiempo de latencia de la ruptura prematura de membranas sea menor a 24 horas.
4. Realizar investigaciones sobre los factores de riesgo de la ruptura prematura de membranas en las gestantes de 20 a 35 años para dar un tratamiento y referencia oportuna basada en protocolos para evitar complicaciones con sepsis maternas y perinatales.
5. Elaborar protocolos de atención en casos de pacientes con RPM en gestaciones atérminos.

FUENTES DE INFORMACION

1. Cifuentes R. Ginecología y Obstetricia basadas en las nuevas evidencias. 2.a edición. Bogotá: Distribuidora Editorial Médica; 2009.
2. ACOG Practice Bulletin No 80: Premature rupture of membranes. Obstet Gynecol. 2007
3. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Lima: INMP; 2010.
4. Mercer BM. Preterm premature rupture of the membranes. Obstet Gynecol 2013.
5. Vigil de Gracia P, Savransky R, Pérez Wuff J, Delgado Gutiérrez J, Núñez Moráis E. Ruptura prematura de membranas. Guía clínica de la Federación Latino Americana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia; Guía № 01.2011
6. Gómez R: Ruptura de Membranas Boletín Perinatal I Ministerio de salud de Chile 2011
7. Reporte del servicio de medicina materno fetal del Hospital Santa Rosa – dirección de Salud V Lima – 2010.
8. Reporte del sistema de información perinatal del año 2011 .Tacna.2011.
9. Ganfong, A.- Nieves, A.- Simonó, N.-Bell Gonzales, J.: Influencia de la Rotura Prematura de Membranas en algunos resultados perinatales. Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto” - enero de 2013 a diciembre de 2014.
10. Morales D.: “Ruptura prematura de membranas ovulares: incidencia y manejo en el Hospital Dr. Patrocinio Peñuela Ruíz IVSS 2007-2011” realizado el 2012 en Venezuela.
11. Álvarez, L.: Incidencia de Ruptura Prematura de Membranas en pacientes primigestas Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo septiembre 2012 a febrero 2013 - Ecuador

12. Castro, E.: "Resultados Materno Perinatales de la Rotura Prematura de Membranas pretérmino en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao en el periodo 2006- 2008"
13. Campos, S. : Factores de Riesgo asociados con Ruptura Prematura de Membranas en Gestantes Pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2014 Lima- Perú
14. Muñoz- Azarán, G.:"Rotura prematura de membranas en gestantes a término: Factores asociados al parto abdominal", Hospital nacional Cayetano Heredia, Lima, marzo2005 a marzo 2010.
15. Carmen Torres A.: Factores de riesgo que influyen en la Ruptura Prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital de Yarinacocha - Pucallpa.
16. Vásquez N, Vásquez C: Epidemiología de la rotura prematura de membranas en un hospital gineco obstétrico.Rev. Cubana Obstet Ginecol 2007. obstétrico. Rev. Cubana Obstet Ginecol 2007
17. Moore KL. Embriología clínica, 5ª ed. Cap 5. Edit Interamericana, Mc Graw-Hill 2009.
18. Cunningham FG, Gant NF. La placenta y las membranas fetales. En: Williams. Obstetricia. 21ª ed. Cap 5. Editorial Panamericana 2007
19. Parry S, Strawss JF. Premature rupture of the fetal membranes. N Engl J Med 2011
20. De Franco E, Atkins K, Heyl PS. Premature Rupture of Membranes and Cervical Insufficiency. En: Evans AT. Manual of Obstetrics. 7ª ed. Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia; 2007.
21. Asrat T. Intra-amniotic Infection in patients with preterm prelabor ruptura of membranes: Pathophysiology, Detection, and Management. Clin in Perinat 2008.
22. . Lee T, Silver A. Etiology and epidemiology of preterm premature rupture of the membrane. En: Garite TJ. Clinics in Perinatology. WB Sanders & Co 2011.

23. Martín M, Cabrillo E , Carreras E . Amenaza de parto prematuro y rotura prematura de membranas. En: Urgencias en Ginecología y Obstetricia: Aproximación a la Medicina basada en la evidencia. Cañete ML, Cabero L. Ed FISCAM, 2007
24. Bajo, JM “Fundamentos de Obstetricia” (SEGO) -2007, editorial Gráficas marte-Madrid-España.

ANEXOS

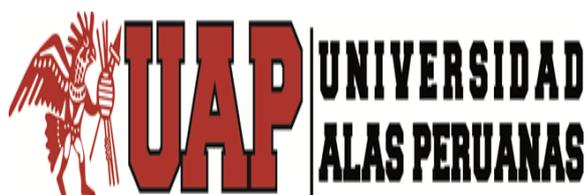
MATRIZ DE CONSISTENCIA

“Relación de la Ruptura Prematura de Membranas y la vía de culminación del parto Hospital II – 2 Tarapoto, julio 2016 – junio 2017”

Autor: Keyla Deysi Huarcaya León

Problema	Objetivos:	Hipótesis:	Variables	Indicadores:	Fuentes de Información
<p>Principal: ¿Cuál es la relación que existe entre la ruptura prematura de membranas y la vía de culminación del parto en el Hospital II – 2 Tarapoto de julio del 2016 a junio del 2017?</p> <p>Específicos: ¿Qué relación tiene la vía de culminación del embarazo en ruptura prematura de membranas con la paridad de las pacientes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto de julio del 2016 a junio del 2017?</p> <p>¿Qué relación tiene la vía de culminación del embarazo con el tiempo de la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto de julio del 2016 a junio del 2017?</p> <p>¿Qué relación tiene la vía de culminación del embarazo en ruptura prematura de membranas con la edad de las pacientes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto de</p>	<p>General: Determinar la relación que existe entre la ruptura prematura de membranas y la vía de culminación del parto en el Hospital II – 2 Tarapoto de julio del 2016 a junio del 2017.</p> <p>Específicos: -Relacionar la vía de culminación del embarazo en ruptura prematura de membranas y la paridad de las pacientes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto de julio del 2016 a junio del 2017. -Determinar la relación de la vía de culminación del embarazo y el tiempo de la ruptura prematura de membranas en pacientes en el Hospital II – 2 Tarapoto de julio del 2016 a junio del 2017.</p>	<p>Hipótesis General: • La ruptura prematura de membranas tiene relación estrecha con la vía de culminación del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto de julio 2016 a junio 2017.</p> <p>Hipótesis Específicas: -La vía de culminación del embarazo en ruptura prematura de membranas se relaciona íntimamente con la paridad de las pacientes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto de julio del 2016 a junio del 2017. -La vía de culminación del embarazo tiene relación significativa con el tiempo de latencia de la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto de julio del 2016 a junio del 2017. -La vía de culminación del embarazo en ruptura prematura de membranas se relaciona íntimamente con la edad de las pacientes atendidas en el Hospital II -2 Tarapoto, julio</p>	<p>Dependiente: Ruptura prematura de membranas</p> <p>Independientes: Vía de culminación del embarazo</p> <p>Intervinientes: Paridad.</p> <p>Tiempo de latencia de la ruptura de membranas.</p> <p>Edad</p>	<p>Si No</p> <p>Vía vaginal Vía abdominal</p> <p>Nulípara Multípara Gran multípara</p> <p>1-6 hrs 7-12 hrs 13-24 horas > 24 hrs.</p> <p>15 - 19 años 20 - 35 años > 35 años</p>	<p>Historias Clínicas</p>

<p>julio del 2016 a junio del 2017? ¿Qué relación tiene la vía de culminación del embarazo en ruptura prematura de membranas y la edad gestacional de las pacientes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto de julio del 2016 a junio del 2017?</p>	<p>-Conocer la relación que tiene la vía de culminación del embarazo en ruptura prematura de membranas y la edad de las pacientes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto de julio del 2016 a junio del 2017. -Determinar la relación que tiene la vía de culminación del embarazo en ruptura prematura de membranas y la edad gestacional de las pacientes atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto de julio del 2016 a junio del 2017.</p>	<p>2016 a junio del 2017. -La vía de culminación del embarazo en ruptura prematura de membranas se relaciona íntimamente con la edad gestacional de las pacientes atendidas en el Hospital II -2 Tarapoto, julio 2016 a junio del 2017.</p>	<p>Edad gestacional</p>	<p>22 – 25 sem. 26 – 36 sem. 37 a 40 sem.</p>	
--	---	---	-------------------------	---	--



Instrumento de recolección de datos

“Relación de la Ruptura Prematura de Membranas y la vía de culminación del parto Hospital Parto Hospital II - 2 Tarapoto, Julio 2016 – Junio 2017”

N° de ficha:

N° de HC:

1. Edad: \leq 15 años _____ 15 a 19 años _____
20 35 años _____ > 35 años _____

2. Paridad: Nulípara _____ primípara _____
Multípara _____

3. Tiempo de ruptura: 1 – 6 hrs. _____ 7 – 12 hrs. _____
13 – 24 hrs. _____ > 24 hrs. _____

4. Tratamiento antibiótico: Si _____ No _____

5. Edad gestacional: 22 – 25 sem. _____ 26 – 36 _____
37 – 40 _____

6. Tipo de parto: Vaginal _____ Cesárea _____

