



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TESIS

**“INICIO DE TRABAJO DE PARTO ESPONTANEO EN RUPTURA PREMATURA
DE MEMBRANAS, HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO - 2015”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR:

BACH. ERIKA EDITH BULEJE PINO

ICA – PERU

2016

DEDICATORIA

A mis padres Consuelo y Celestino

Que con su paciencia, comprensión y sabiduría influyeron en mi madurez para lograr todos los objetivos en la vida, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien.

Para mis hermanos que me apoyaron para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba.

Es para ustedes esta tesis en agradecimiento por todo su amor.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por haberme dado la vida, salud y oportunidad para estudiar y culminar mi carrera profesional.

A mis padres y hermanos por el sacrificio y apoyo que han contribuido para que culminen mis estudios y sea una profesional de bien.

A la obstetra Virginia Cuba Calderón, por sus valiosas enseñanzas, consejos, y asesoría que han contribuido en la realización y culminación de esta tesis.

Al Hospital Santa María del Socorro, que me brindó la oportunidad de acceder a los registros, para obtener de ellos la información valiosa para el desarrollo de la investigación.

RESUMEN

Se realizó la investigación cuyo objetivo fue determinar el tiempo que transcurre entre el inicio de trabajo de parto espontáneo y la ruptura prematura de membranas en el Hospital Santa María del Socorro – 2015, teniendo un diseño de investigación no experimental, observacional, transversal y retrospectivo. La muestra estuvo conformada por las gestantes que presentaron ruptura prematura de membranas que iniciaron su trabajo de parto en forma espontánea haciendo un total de 89 gestantes.

Los resultados obtenidos fueron que el inicio de trabajo de parto en gestantes con el cuadro clínico de ruptura prematura de membranas se presenta durante las primeras 6 horas con un 59.6%, la incidencia fue del 5.9%; la edad entre 20 a 35 años tuvo un resultado del 71.9%, teniendo una relación significativa entre la edad y el inicio del trabajo de parto, en cuanto a la paridad se tuvo un 30,3% de pacientes multíparas teniendo relación directa con el inicio del trabajo de parto, la complicación que se presentó fue el oligohidramnios con un porcentaje del 6.7%.

PALABRA CLAVE: Ruptura prematura de membranas – inicio de trabajo de parto

ABSTRACT

The research was carried out whose objective was to determine the time between the onset of labor spontaneous and premature rupture of membranes at the Santa Maria Hospital Relief - 2015, having a design not experimental, observational, cross-sectional and retrospective research. The ur consisted of pregnant women with premature rupture of membranes who began their labor spontaneously making a total of 89 pregnant women.

The results were that the onset of labor to premature rupture of membranes occurs during the first 6 hours with 59.6 %, the incidence was 5.9 %; age was between 20 to 35 years with 71.9% having a significant relationship between age and the onset of labor , in terms of parity multiparous 30.3 % of patients taking direct relationship with the onset of labor were reported.

KEYWORD: Premature rupture of membranes - start of labor

ÍNDICE

Caratula.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Resumen.....	iv
Abstract.....	v
Indice	vi
Introducción.....	viii

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1. Descripción de la realidad problemática.....	10
1.2. Delimitación de la investigación.....	12
1.3. Formulación del problema	
1.3.1. Problema principal.....	12
1.3.2. Problemas secundario.....	12
1.4. Objetivos	
1.4.1. Objetivo General.....	13
1.4.2. Objetivos Específicos.....	13
1.5. Hipótesis de la investigación.....	14
1.5.1. Operacionalización de Variables.....	15
1.6. Diseño de investigación	
1.6.1. Tipo de investigación.....	16
1.6.2. Nivel de investigación.....	16
1.7. Población y Muestra de investigación	
1.7.1. Población.....	16
1.7.2. Muestra.....	17

1.8.	Técnicas e Instrumentos de recolección de datos...	
1.8.1.	Técnicas.....	18
1.8.2.	Instrumentos.....	18
1.9.	Justificación e Importancia de la investigación	
1.9.1	Justificación de la investigación.....	18
1.9.1	Importancia de la investigación.....	19

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.	Antecedentes de la investigación.....	20
2.2.	Bases teóricas.....	25
2.3.	Marco conceptual.....	38

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1.	Presentación y análisis de datos encontrados.....	39
3.2.	Discusión.....	44
3.3.	Conclusiones.....	45
3.4.	Recomendaciones.....	46
	Anexos.....	47
1.-	Fuentes de información.....	48
2.-	Matriz de consistencia.....	50
3.-	Ficha de recolección de datos.....	51

INTRODUCCION

La rotura prematura de membranas (RPM) se define como la rotura espontánea de membranas ovulares después de las 22 semanas de edad gestacional y hasta una hora antes del inicio del trabajo de parto. Esta complicación del embarazo tiene una prevalencia del 10% de los embarazos y 20% de los casos ocurre en gestaciones de pre término. Siendo el periodo de latencia el tiempo que transcurre entre la rotura de membranas y el inicio de trabajo de parto.

Según la OMS el nacimiento prematuro es definido como de menos de 37 semanas completas de gestación. Los bebés prematuros se definen en tres categorías:

- Prematuro tardío.- Aquellos nacidos entre las 32 y 37 semanas que representan el 84 por ciento del total de nacimientos prematuros o 12.5 millones. La mayoría sobrevive con atención de apoyo.
- Muy prematuros.- Aquellos nacidos entre las 28 y 32 semanas. Estos bebés requieren atención de apoyo adicional. La mayoría sobrevive.
- Extremadamente prematuros.- Aquellos nacidos antes de las 28 semanas. Estos recién nacidos requieren la atención más intensiva y costosa para sobrevivir. En los países desarrollados, estos bebés tienen un 90 por ciento de posibilidades de supervivencia, aunque pueden sufrir discapacidades física, neurológicas y de aprendizaje. En países de bajos ingresos, sólo el 10 por ciento sobrevive.

Los nacimientos prematuros pueden dividirse en dos categorías: aquellos que son espontáneas por inicio precoz del parto o ruptura prematura de las membranas y aquellos que son inducidos.

Los partos prematuros inducidos pueden ocurrir cuando la salud de la madre o del feto está en peligro. Los estudios de investigación sobre este tema deben identificar claramente los factores de riesgo y entender cómo sus interacciones pueden ocasionar nacimientos prematuros. En base a mayores investigaciones, se identificarán formas más definitivas de monitorear y tratar a las gestantes en riesgo con ruptura prematura para evitar problemas tanto en la madre como en el recién nacido.

Es prioridad y necesario conocer el tiempo en que se inicia el trabajo de parto luego de la ruptura prematura de membranas para que de esa manera se pueda dar la atención oportuna en esta patología de acuerdo a los protocolos y normas del Ministerio de Salud y así evitar mayores complicaciones como es la corioamnionitis que repercute en el bienestar de la madre y el feto.

Todos los profesionales de salud deben tomar las medidas posibles para lograr los Objetivos de desarrollo del Milenio (ODM) 4 y 5 para el 2015. El ODM 4 apunta a reducir las muertes de niños en el mundo de dos tercios antes del 2015.

Se realizó esta investigación para contribuir con la mejora de la atención de las gestantes de nuestra región sobre todo las gestantes que presentan ruptura prematura de membranas ya que con los resultados tenemos que el inicio del trabajo de parto en esta patología obstétrica debe ser monitorizado y atendido correctamente y así disminuir la mortalidad materno – fetal.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La rotura prematura de membranas se define como la rotura espontánea de membranas ovulares después de las 22 semanas de edad gestacional y hasta una hora antes del inicio del trabajo de parto¹. Siendo el periodo de latencia el tiempo que transcurre entre la rotura de membranas y el inicio de trabajo de parto². Cuando la RPM ocurre antes de la semana 37 es conocida como ruptura prematura de membranas fetales pretérmino¹

En España, un estudio realizado por López halló que el 8% de los partos presentaron ruptura prematura de membranas, en Cuba, alcanza una incidencia de 17%.

En Perú en el Hospital Santa Rosa de Lima durante el año 2010 reportó una incidencia de 4%^{3,4,5}. En el informe emitido en febrero del 2012 (casos desde 01/01/2011 al 31/12/2011) por el sistema de información perinatal SIP2000.

-
1. Mercer BM. Preterm premature rupture of the membranes. *Obstet Gynecol* 2008.
 2. Vigil de Gracia P, Savransky R, Pérez Wuff J, Delgado Gutiérrez J, Nunez Moráis E. Ruptura prematura de membranas. Guía clínica de la Federación Latino Americana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia; Guía № 01.2011.
 3. Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Reporte del sistema de informacion perinatal - Tacna.2011.

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.⁶

El reconocimiento del inicio de trabajo de parto espontáneo en ruptura prematura de membranas es importante para la reducción de la morbilidad materno-perinatal, es por ello la importancia de realizar este estudio.

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).

-
4. Vasquez N, Vasquez C: Epidemiología de la rotura prematura de membranas en un hospital gineco obstétrico. Rev. Cubana Obstet Ginecol 2007. obstétrico. Rev Cubana Obstet Ginecol 2007
 5. Reporte del servicio de medicina materno fetal del Hospital Santa Rosa – dirección de Salud V Lima – 2010.

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

- Delimitación Temporal.- la investigación se llevará a cabo durante el año 2015.
- Delimitación Espacial.- El trabajo se realizará en el servicio de Obstetricia del Hospital Santa María del Socorro de Ica.
- Delimitación Conceptual.- la investigación pretende explicar o definir el tiempo que transcurre desde que se produce la ruptura prematura de membranas y el inicio del trabajo de parto
- Delimitación Social.- se realizará en las gestantes hospitalizadas con diagnóstico de ruptura prematura de membranas.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es el tiempo que transcurre entre el inicio de trabajo de parto espontaneo y la ruptura prematura de membranas Hospital Santa María del Socorro – 2015?

1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS

- ¿Cuál es la incidencia de la ruptura prematura de membranas en el Hospital Santa María del Socorro – 2015?
- ¿En cuánto tiempo se inicia trabajo de parto espontaneo en ruptura prematura de membranas según edad en el Hospital Santa María del Socorro – 2015?

- ¿Cuál es el tiempo del inicio de trabajo de parto en la ruptura prematura de membranas según paridad en el Hospital Santa María del Socorro – 2015?

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el tiempo que transcurre entre el inicio de trabajo de parto espontaneo y la ruptura prematura de membranas en el Hospital Santa María del Socorro – 2015

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la incidencia de la ruptura prematura de membranas en el Hospital Santa María del Socorro – 2015
- Valorar el tiempo de inicio de trabajo de parto espontaneo en ruptura prematura de membranas según edad en el Hospital Santa María del Socorro – 2015
- Determinar el tiempo del inicio de trabajo de parto en la ruptura prematura de membranas según paridad en el Hospital Santa María del Socorro – 2015.

1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Por ser una investigación **descriptiva- observacional** no se plantea hipótesis alguna.

1.5.1. VARIABLES

Variable Independiente:

Ruptura prematura de membranas

Variable Dependiente:

Tiempo de inicio de trabajo de parto

Variables intervinientes:

- Edad cronológica
- Paridad.

1.5.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	NATURALEZA	ESCALA	UNIDADES DE MEDIDA	FUENTE
Ruptura prematura de membranas	Rotura espontánea de membranas ovulares lares 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.	Ficha de recolección de datos
Tiempo de inicio de Trabajo de parto	Tiempo en que la dilatación alcanza los dos cm., borramiento \geq 80% y contracciones uterinas regulares	Dependiente	Cuantitativa	Nominal	< de 12 hrs. 12 a 24 hrs >24 hrs.	
Paridad	Número de partos que tuvo una mujer.	Interviniente	Cuantitativa	Nominal	Nulípara, Primípara. Múltipara.	
Edad cronológica	Tiempo en años transcurrido desde el nacimiento.	Interviniente	Cuantitativa	Dicotómica	>15 años 20 – 35 años 15 – 19 años >35 años	

1.6. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

No experimental ya que el investigador no modificará las variables.

Observacional, porque el investigador examina la distribución o los determinantes de un evento, sin intentar modificar los resultados.

1.6.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

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

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

Es **analítica**, porque trata de explicar las variables de estudio para tener una explicación de los hechos.

Es **retrospectivo**, porque los datos se obtendrán de meses anteriores.

1.6.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptiva y analítica.

1.7. POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN

1.7.1. POBLACIÓN

Estuvo conformada por todas las gestantes hospitalizadas en el Hospital Santa María del Socorro durante el año 2015 que son un total de 1502.

1.7.2. MUESTRA

La muestra estuvo conformada por todas las gestantes con Ruptura prematura de membranas hospitalizadas que inician su trabajo de parto en forma espontánea en el Hospital Santa María del Socorro durante el año 2015, haciendo un total de 89, siendo esto el 100% de un muestreo aleatorio censal.

Criterios de Inclusión:

- Historias clínicas completas y legibles.
- Gestantes a término.
- Gestantes con Ruptura prematura de membranas.
- Gestantes que inicien trabajo de parto espontaneo.

Criterios de Exclusión:

- Historias clínicas incompletas y ilegibles
- Gestantes menores de 37 semanas.
- Gestantes que no tengan Ruptura prematura de membranas.
- Gestantes que inicien trabajo de parto por inducción

1.8. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1. TÉCNICA

Se eligió en forma aleatoria a la población establecida que es finita, previamente se solicitó autorización a la dirección del Hospital Santa María del Socorro para obtener el permiso correspondiente y contar con las facilidades en cada uno de los servicios involucrados.

1.8.2. INSTRUMENTOS

Para la recolección de los datos se utilizaron las historias clínicas del servicio de Obstetricia del Hospital Santa María del Socorro de Ica durante el año 2015, estos datos se consignaron en la ficha de recolección de datos previamente elaborada y validada.

1.9. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

1.9.1 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La Ruptura Prematura de Membrana es una patología frecuente en las pacientes gestantes, que se manifiesta por medio de una clínica evidente, La RPM constituye una solución de continuidad que permite el contacto entre el ambiente exterior y el fetal dando repercusiones tanto en el feto como en la madre, se puede presentar en cualquier momento de la gestación pero se asocia con mayor morbilidad cuando ocurre en el parto pre término, correspondiendo el 20% en estos casos.

La presente investigación se realiza para saber el tiempo promedio del inicio de trabajo de parto en las gestantes que presenten ruptura prematura de membranas, de esa manera contribuir con los protocolos de atención del servicio de Obstetricia del Hospital Santa María del Socorro evitando cesáreas innecesarias en este tipo de patología obstétrica.

1.9.2. IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Es prioridad y necesario conocer el tiempo en que se inicia el trabajo de parto luego de la ruptura prematura de membranas para que de esa manera se pueda dar la atención en esta patología de acuerdo a los protocolos y normas del Ministerio de Salud, y así evitar mayores complicaciones como la corioamnioitis que puede provocar sepsis neonatal o endometritis puerperal que pueden repercutir en el bienestar de la madre y el feto, por lo cual debemos detectar oportunamente el riesgo de la RPM y actuar oportunamente para disminuir la morbimortalidad materno-fetal.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

1.10. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

1.10.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

1. Quishpe, M., Alarcón, E.: “Ruptura prematura de membranas y resultados obstétricos y perinatales en las embarazadas que fueron atendidas en el servicio de obstetricia del hospital provincial general de Latacunga, durante el período comprendido de enero a junio 2012”-Ecuador.

Los resultados en este estudio son: edad menor de 20 años el 52%, nivel de escolaridad primaria el 56%, unión libre con el 50%, nulíparas el 56%, infecciones previas de vías urinarias el 52%, control prenatal deficiente 54.7%, corioamnionitis es el principal resultado obstétrico con 2,3%, mientras que la prematurez 9,5% como resultado perinatal; los porcentajes son bajos probablemente por el uso de antibióticos y el adecuado manejo de los profesionales de esta área⁷

20

6. Quishpe, M., Alarcón, E.: “Ruptura prematura de membranas y resultados obstétricos y perinatales en las embarazadas que fueron atendidas en el servicio de obstetricia del hospital provincial general de Latacunga, enero a junio 2012”-Ecuador.

2. Morales D.: "Ruptura prematura de membranas ovulares: incidencia y manejo en el Hospital Dr. Patrocinio Peñuela Ruíz IVSS 2001-2004" realizado el 2006 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%.⁸

3. Burgos,W. "Prevalencia de la Ruptura Prematura de Membranas en edades de 17 a 20 años de edad en el Hospital Maternidad Marianas de Jesús, del 6 de setiembre del 2012 a febrero del 2013"

Los resultados de esta investigación me permitieron determinar que la secreción vaginal en el 60%, la primiparidad al 60%, la unión libre con el 48%, la gestación sobre las 31 semanas con el 72% y los deficiente controles prenatales registrados en las historias clínicas son factores que inciden en la morbilidad materno-fetal y del recién nacido de las Ruptura Prematura de Membrana en las pacientes investigadas.⁹

1.10.2 ANTECEDENTES NACIONALES:

1. Castro Rondan, E." Resultados materno-perinatales de la rotura prematura de membranas pretérmino en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao - Perú en el periodo 2006-2008"

7. Morales D.: "Ruptura prematura de membranas ovulares: incidencia y manejo en el Hospital Dr. Patrocinio Peñuela Ruíz IVSS 2001-2004" 2006 - Venezuela.
8. Burgos,W. : "Prevalencia de la Ruptura Prematura de Membranas en edades de 17 a 20 años de edad en el Hospital Maternidad Marianas de Jesús, del 6 de setiembre del 2012 a febrero del 2013"

El mayor porcentaje de mujeres que presentaron RPM se encuentran 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, seguidos de las primigestas. El 87.3 % de gestantes con RPM tuvieron de 1-4 CPN. Se observa que el mayor porcentaje de recién nacidos evaluados por examen físico, está entre las 31-34 semanas¹⁰.

- 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.¹¹

- Araujo, c. estimación del grado de asociación de los factores de riesgo en pacientes con ruptura prematura de membranas, atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2006-2010"

La incidencia de RPM es el 1,42% del total. Los factores de riesgo socio demográficos: edad materna no se asoció con el riesgo de RPM.

10. Castro Rondan, 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"

11. 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.

Los factores obstétricos: periodo intergenésico menor de 2 años (O.R. = 1,72), Hemoglobina materna <7 gr/dl (O.R. =8,38), índice de masa corporal 35 a 39,9 (O.R. = 1,98), un producto con menos de 2500 gr (O.R. = 11,41), haber presentado cesárea anterior (O.R. = 3,55), presentar gestación gemelar (O.R. = 10,18), infección vaginal (O.R. = 13), infección urinaria (O.R. = 2,11), metrorragia (O.R. =5,9), hipertensión inducida por el embarazo (O.R. = 3,12) se asociaron con la RPM ($p<0,05$).

Fabián,E. “ Factores de riesgo materno asociados a Ruptura prematura de membranas pretérmino en pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo enero-diciembre 2008” –Lima.

Los factores de riesgo asociados a RPMpt fueron: edad promedio 26.08 ± 7.23 años, período intergenésico medio 28.64 ± 37.69 meses, la talla materna media fue de 1,55 cm, el 3.4% tienen bajo peso materno, 29.6% Sobrepeso materno y 7.4% son obesas, mientras que el 59.6% son de peso normal, número de controles prenatales promedio 2.43 ± 2.22 veces, edad gestacional media 30.01 ± 3.22 meses, infección cérvico-vaginal-urinaria 37.93%, riesgo social bajo 2.46%, riesgo social medio 55.17%, riesgo social alto 42.36%, metrorragia 7.39%, infertilidad 2.46%, embarazos múltiples 2.46%, RPM anterior en un 10.84%, cirugía gineco-obstétrica previa 35.47%, el 41.87% 1 Gesta, el 29.1% con G3 hasta G5 y mayores a 5 gestas 3.45%, la media del tiempo de RPM fue de 74.51 ± 157.28 horas.

Conclusión: La incidencia de la RPM pre término entre las 22 y 34 semanas de edad gestacional y en periodo del 2008 es 11.67%; El grupo poblacional más afectado desde el punto de vista socioeconómico es el grupo de adolescentes con 68.9%, seguido por el de las añosas con 70.0%; con excepción del embarazo múltiple e infertilidad todos los demás factores de riesgo se relacionan con RPMpt.¹²

1.10.2 ANTECEDENTES LOCALES:

No se encontraron estudios.

12. Araujo, c. estimación del grado de asociación de los factores de riesgo en pacientes con ruptura prematura de membranas, atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2006-2010”

1.11. BASES TEÓRICAS

A. DEFINICION DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

La rotura prematura de membranas se define como la rotura espontánea de membranas ovulares después de las 22 semanas de edad gestacional y hasta una hora antes del inicio del trabajo de parto¹.

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.⁴

Según la localización la RPM se clasifica en:

- Rotura alta (persiste bolsa amniótica por delante de la presentación).
- Rotura 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. DEFINICION DE LÍQUIDO AMNIOTICO:

El líquido amniótico hace posible, a lo largo de la gestación, el desarrollo normal del tracto respiratorio, gastrointestinal, urinario y musculo esquelético. Numerosos factores contribuyen a su formación y renovación, siendo el volumen de líquido amniótico el resultado entre su producción y su reabsorción. Durante las primeras semanas del embarazo, antes de la queratinización de la piel (semanas 24 – 26), el líquido amniótico proviene del volumen plasmático del embrión, de forma que la composición del líquido amniótico es similar a la del líquido extracelular del feto.

Durante la segunda mitad del embarazo, la estratificación y cornificación de la piel fetal disminuye la difusión del líquido extracelular, sin embargo, la piel fetal continúa participando en la regulación del líquido amniótico durante todo el embarazo. La orina fetal es la principal fuente de líquido amniótico una vez que el riñón comienza su función a partir de las 10-12 semanas. Su aportación es progresiva, siendo, en la gestación a término, entre 600-1.200 ml/día.¹³

La secreción del árbol respiratorio participa en una pequeña proporción que se estima entre 60-100 ml/día/Kg peso fetal. Durante los movimientos respiratorios se produce: intercambio de los fosfolípidos que componen el surfactante pulmonar y reabsorción del líquido amniótico. El tracto gastrointestinal también contribuye, a la regulación del volumen.

La deglución fetal oscila en unos límites muy amplios, comenzando en la semana 20 y aumentando según la edad gestacional. Las membranas fetales y el cordón umbilical son fuentes adicionales en el intercambio de líquido amniótico.

El volumen del líquido amniótico depende de la edad gestacional y ha sido estimado por diversos investigadores mediante técnicas de isótopos o de dilución de colorantes.

Durante la primera mitad del segundo trimestre volumen de líquido amniótico aumenta casi 10 ml al día y alcanza un promedio de 500 ml a las 20 semanas y los 1000 ml entre las semanas 36-37. A partir de las 38-39 semanas de gestación, el volumen de líquido amniótico disminuye de forma fisiológica.

Otros autores han encontrado gestaciones en las que el volumen de líquido continúa aumentando hasta la semana 40. La variación del volumen de líquido amniótico para una edad gestacional dada es muy grande. Por ejemplo, 12 estudios diferentes en los que se usó una técnica de dilución de colorante y la medición real del líquido amniótico en el momento de la histerotomía comunicaron un volumen de líquido amniótico promedio a las 30 semanas de gestación de 817 ml, con variación de 318 a 2100 ml.¹³

VOLUMEN DE LÍQUIDO AMNIÓTICO SEGÚN EDAD GESTACIONAL	
EG (Sem)	Volúmen LA
16	208 ± 79
18	300 ± 80
20	300 ± 88
22	310 ± 90
24	380 ± 108
26	516 ± 186
28	900 ± 192
30	912 ± 206
32	940 ± 234
34	1.000 ± 360
36	900 ± 206
38	860 ± 200
40	856 ± 198
42	590 ± 190 ¹³

Diagnóstico

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 cervical¹⁴

Pruebas complementarias

- **PH.-** 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.
- **Test de Fern.-** 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.

- **PROM test.-** Permite la detección de IGFBP-1 (insulin-like growth factor binding protein-1). Esta sustancia está presente en líquido amniótico, no en vagina. Durante el examen vaginal con espéculo se toma la muestra con un hisopo del fondo de saco vaginal posterior durante 10-15 segundos. Puede existir un falso negativo si ha cesado la salida de líquido amniótico 12 horas antes de tomar la muestra. La presencia de sangre puede dar un falso positivo. No ocurre así con orina o semen.
- **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).

Estimación ecográfica del líquido amniótico:

- **Valoración subjetiva.-** Estima la cantidad de áreas eco negativas en relación con el volumen intrauterino total.

Requiere un observador muy entrenado para lograr resultados reproducibles, y la falta de un resultado numérico constituye una desventaja significativa.

- **Valoración Semi cuantitativa.-** Existen principalmente, dos métodos para estimar de forma más objetiva, mediante ecografía, la cantidad de líquido amniótico: me diante la suma de las medidas verticales de las bolsas más profundas de líquido amniótico en los cuatro cuadrantes del útero (índice de líquido amniótico: ILA, o índice de Phelan) o mediante la medida vertical de la bolsa de líquido amniótico de mayor profundidad. Ambos métodos se deben realizar en áreas de líquido libre de partes fetales y placenta y realizando la menor presión posible sobre el abdomen.
- **Columna vertical máxima.-** Esta técnica fue introducida por Mannig et al. En 1981 definiendo oligoamnios como la presencia de sólo un cúmulo menor de 1 cm de líquido dentro de la cavidad amniótica. Aunque el valor predictivo positivo de la “regla de 1 cm” es alto, su sensibilidad no lo es tanto. Chamberlain et al. Modifican este criterio, dando como valores normales de líquido amniótico la columna de entre 2 y 8 cm.
- **Índice de líquido amniótico (ILA o AFI).-** Propuesto por Phelan en 1987 Las pacientes con un ILA menor de 5 cm, tuvieron un riesgo mayor de anomalías en las pruebas de frecuencia cardiaca fetal, expulsión de meconio y cesárea. Los investigadores recomendaron que se considerara la inducción del trabajo de parto en pacientes con oligohidramnios (ILA <5 cm.) para disminuir el riesgo aumentado de muerte y morbilidad fetal. Se ha correlacionado la precisión de la medición ecográfica con la verdadera medición mediante dilución de colorantes.

Dildy et realiza dicha técnica en 50 mujeres sometidas a amniocentesis en tercer trimestre y concluye que el ILA es un buen predictor del volumen real con un coeficiente de correlación de 0,84 y con un error promedio de 7%, además, señala que tiende a ser sobreestimado cuando se encuentra oligoamnios hasta en un 89% y en presencia de polihidramnios hasta en el 54%. En resumen, este estudio concuerda con otros en que el ILA es un método reproducible y proporcionado al volumen de líquido real, aunque su precisión oscile en $\pm 25\%$.

- **Ecografía en 3D.**- Los estudios que se realiza con ecografía en 3D se proponen desarrollar una técnica de mayor precisión que las bidimensionales. Al no estar generalizada es necesario conocer la valoración semi cuantitativa, mediante ecografía bidimensional.¹³

VALORES DE LOS ÍNDICES ECOGRÁFICOS MÁS UTILIZADOS.

INDICE LIQUIDO AMNIOTICO (ILA)	
– Oligoamnios:	≤ 5 cm.
– LA disminuido:	5,1 – 8 cm.
– Normal:	8,1 – 18 cm.
– LA aumentado:	18,1 – 23,9 cm
– Hidramnios	≥ 24 cm.
COLUMNA MAXIMA	
– Anhidramnios:	<1 cm.
– Oligoamnios severo (diferencias según autores)	2 - 3 cm.
– Normal	3 – 8 cm
– Hidramnios leve:	$> 8 < 12$ cm.
– Hidramnios moderado:	12 –15cm.
– Hidramnios severo:	> 16 cm

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 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.
 - Se pueden realizar también cultivos para chlamydias y gonococo del exudado endocervical.
 - Valorar amniocentesis si existen dudas sobre la madurez pulmonar o infección amniótica.
- Si se evidencia corioamnionitis clínica, abruptio placentae o compromiso fetal se debe finalizar la gestación de manera inmediata.¹⁴

CAUSAS DEL INICIO DEL PARTO

Son innumerables las teorías propuestas para intentar explicar las causas que inician el parto. No parece probable que éste se deba a un sólo factor, sino más bien, a la acción conjunta y coordinada de varios sistemas.

Se piensa que en el inicio del parto están implicados factores procedentes de diversas estructuras: placenta, feto, útero, sin que por el momento se conozcan con exactitud ni su mecanismo de acción, ni la manera en que se coordinan entre sí. Parece que algunos factores actuarían preparando las condiciones necesarias para el inicio del parto (uterotropinas), mientras que otros desencadenarían directamente la contracción miometrial (uterotoninas).

Se ha propuesto dos teorías generales:

1.- La supresión del mantenimiento del embarazo:

Antiguamente se aceptaba que el éxito del embarazo en todas las especies dependía de la acción de la progesterona, hormona responsable de mantener útero en reposo hasta cerca del término del embarazo. Esta teoría estaba sustentada porque en la mayoría de los mamíferos, el parto es precedido por una declinación de la progesterona.

En las mujeres embarazadas, el nivel plasmático de progesterona aumenta durante el embarazo y sólo disminuye después de la expulsión de la placenta (tejido responsable de su síntesis). Tras muchas investigaciones no se han hallado evidencias sustanciales de alteración del metabolismo

de la progesterona, secuestro de la misma o alteraciones de las proteínas fijadoras o de la cantidad de sus receptores.

A pesar de la ausencia de la caída de progesterona antes del parto, la inactividad uterina impuesta durante el 95% inicial del embarazo es suspendida antes de que comience el trabajo de parto. No obstante, no se ha identificado el mecanismo por el cuál ocurre la supresión del mantenimiento del embarazo en la gestación humana.

Debe considerarse la posibilidad de que la incapacidad de respuesta contráctil impuesta al útero durante la mayor parte del embarazo esté asegurada por múltiples procesos que actúan de forma independiente y cooperativa para establecer la inactividad uterina. Es probable que la progesterona sea sólo uno de los diversos factores que contribuyen al sistema.

2.- Inducción del parto por uterotoninas:

En realidad, la mayoría de las teorías que intentan explicar el proceso del parto implican a una o más uterotoninas, ya sea como un fenómeno primario o como un mecanismo secundario, en los procesos finales del embarazo que conducen al nacimiento. Diversas combinaciones de estas dos teorías están incorporadas en la mayoría de las investigaciones. A pesar de los avances obtenidos, sigue siendo una incógnita el proceso por el cuál cede la etapa de reposo uterino y se desencadena el abanico de acontecimientos que culminan con el nacimiento del feto.

D. FACTORES IMPLICADOS EN EL INICIO DEL PARTO:

1. Factores uterinos:

1.1. Factores miométriales.

- 1.2. Factores cervicales.
2. Factores uterotróficos.
 - 2.1. Estrógenos/progesterona.
3. Factores ovulares.
4. Factores uterotónicos.
 - 4.1. Oxitocina.
 - 4.2. PG's.
 - 4.3. Endotelina-1.
 - 4.4. Factor activador plaquetario.
 - 4.5. Otros factores.
5. Factores fetales.
 - 5.1. Eje hipofisario-suprarrenal.
 - 5.2. Oxitocina.
 - 5.3. PTH-rp.¹⁴

En los últimos años, las prostaglandinas han adquirido un gran protagonismo en el proceso del parto. El hecho de que la administración de prostaglandinas a mujeres embarazadas cause el aborto o parto en cualquier etapa de la gestación ha dado lugar al desarrollo de numerosos estudios tanto en animales, como en humanos, para intentar probar su acción como posible factor iniciador del parto. Se han demostrado niveles elevados de prostaglandinas (PGE₂ y PGF₂α) en líquido amniótico, sangre y orina maternas al final del embarazo.

Las prostaglandinas tienen efecto tanto a nivel miométrico como cervical. Así, la PGE₂ y la PGF₂ α originan una rápida aparición de uniones gap y facilitan el aumento de calcio intracelular, además de inducir los cambios bioquímicos que conlleva la maduración cervical. Por otra parte las prostaciclina facilitan el reposo uterino. Según estos datos se postula una atractiva teoría en la que las prostaglandinas podrían ser la clave del complejo mecanismo del inicio del parto. Las prostaglandinas se sintetizan a partir del ácido araquidónico. Este se encuentra almacenado en la célula en forma de glicerofosfolípidos y se moviliza gracias a la acción del enzima fosfolipasa A₂. El lugar de síntesis de las prostaglandinas no está tan claro, parece que el amnios y el corion producirían sólo PGE₂, mientras que la decidua podría sintetizar ambos (PGE₂ y GF₂ α). Se ha postulado que la rotura de los lisosomas deciduales liberaría la fosfolipasa A₂; según esto, los factores capaces de provocar dicha rotura como la infección amniótica, la hemorragia, la sobredistensión uterina, o la rotura de membranas, aumentarían la formación de prostaglandinas, y por tanto, desencadenarían el parto. Por otra parte, la progesterona actuaría estabilizando los lisosomas durante el embarazo y, junto con los estrógenos, influiría en los enzimas que regulan la biosíntesis de prostaglandinas. A pesar de lo atractivo de esta hipótesis, las evidencias actuales no van a favor de este posible papel central de las prostaglandinas del líquido amniótico como factor desencadenante del parto, aunque no se duda de la importancia de su función.^{13, 14}

MARCO CONCEPTUAL

- **Corioamnionitis.-** Infección de las membranas ovulares
- **Edad gestacional.-** Tiempo de transcurrido el embarazo, se traduce en semanas
- **Incidencia.-** Epidemiológicamente se conoce a la presencia de los casos nuevos en un determinado tiempo y localidad.
- **Inicio de trabajo de parto.-** Se denomina así cuando la gestante presenta contracciones uterinas regulares, dilatación de 2 cm.
- **Paridad.-** Número de partos que tiene una mujer en su etapa reproductiva.
- **Parto a término.-** Parto que se produce entre la semana 37 a 42 independientemente de la vía de ésta.
- **Parto Espontaneo.-** Aquel parto que se desencadena en forma espontánea sin la intervención del personal de salud.
- **Parto Inmaduro.-** Parto producido entre la semana 23 a la semana 27.
- **Parto Pre-termino.-** Parto que se produce entre las semanas 28 a 36.
- **Ruptura Prematura de membranas.-** Rotura de las membranas ovulares antes del inicio del trabajo de parto y después de las 22 semanas.
- **Sepsis.-** Infección generalizada sea esta por vía ascendente, linfática o la vía sanguínea que es la más común
- **Trabajo de parto.-** Tiempo del parto donde se inicia las modificaciones del cérvix con contracciones uterinas.

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

INICIO DE TRABAJO DE PARTO ESPONTANEO EN RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS,
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO – ICA 2015

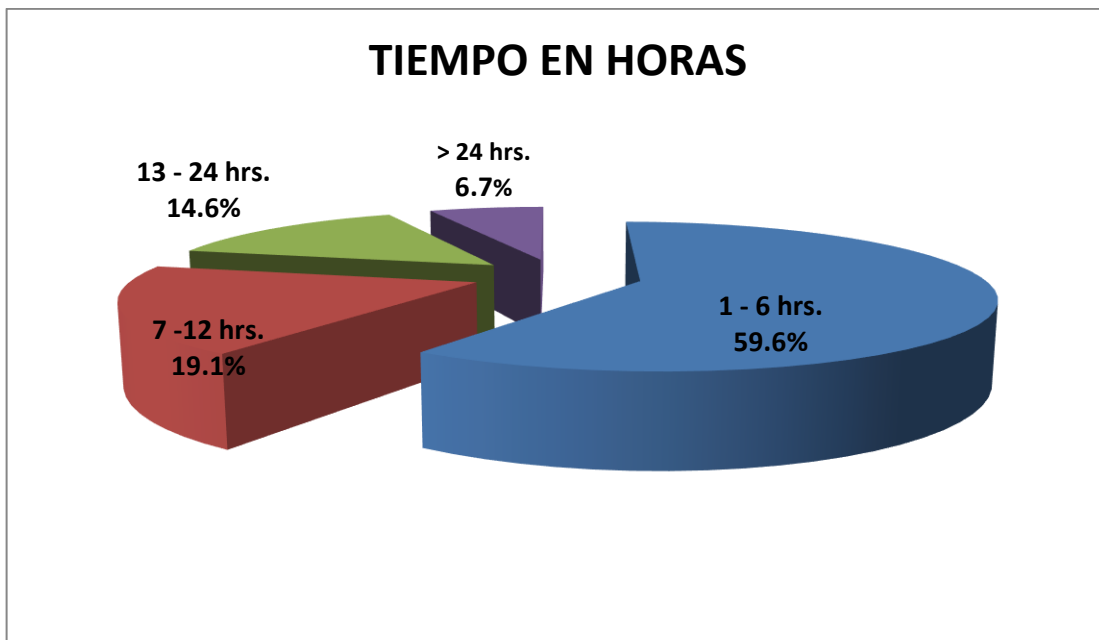
TABLA N° 01

SEGÚN TIEMPO DE INICIO DE TRABAJO DE PARTO

TIEMPO EN HORAS	N°	%
1 – 6	53	59.6
7 -12	17	19.1
13 – 24	13	14.6
➤ 24	06	6.7
TOTAL	89	100%

Fuente: ficha de recolección de datos

El tiempo transcurrido entre la ruptura prematura de membranas y el inicio de trabajo de parto encontramos que el 59.6% fue de 1 a 6 horas, seguida del 19.1% de 7 a 12 horas, el 14.6% corresponde de 13 a 24 y el 6.7% a un tiempo mayor a 24 horas.



INICIO DE TRABAJO DE PARTO ESPONTANEO EN RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS, HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO – ICA 2015

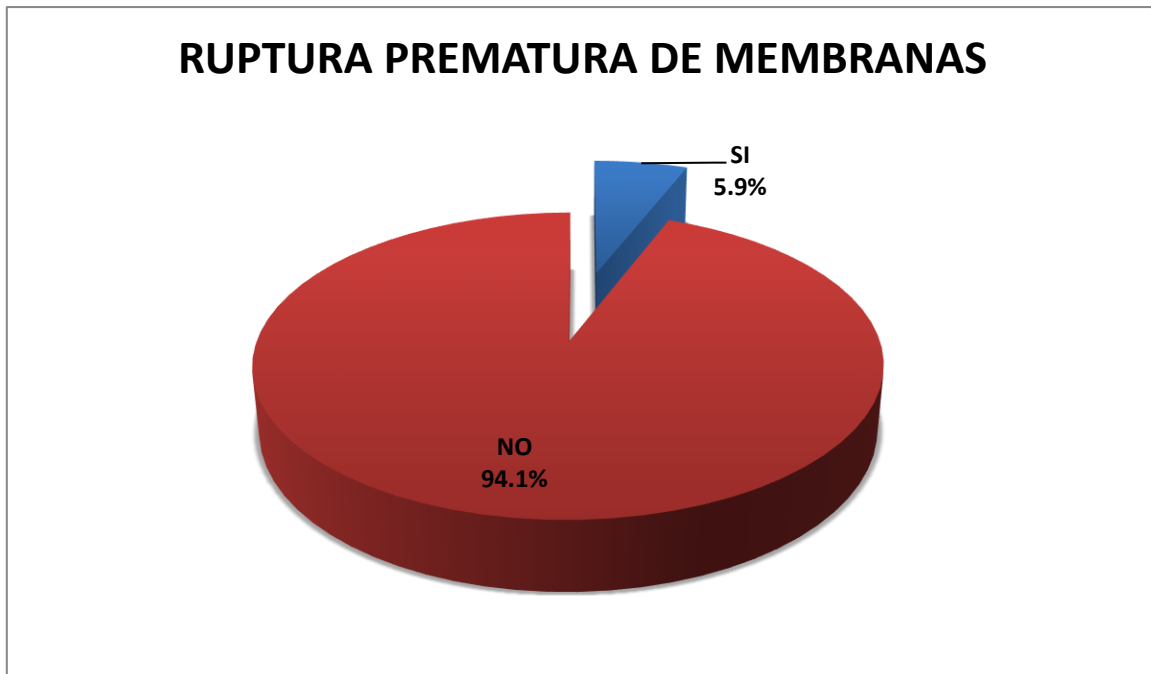
TABLA N° 02

INCIDENCIA DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	N°	%
SI	89	5.9
NO	1413	94.1
TOTAL	1502	100%

Fuente: ficha de recolección de datos.

La incidencia de ruptura prematura de membranas en el Hospital Santa María del Socorro durante el año 2015 fue de 5.9%.



INICIO DE TRABAJO DE PARTO ESPONTANEO EN RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS,
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO – ICA 2015

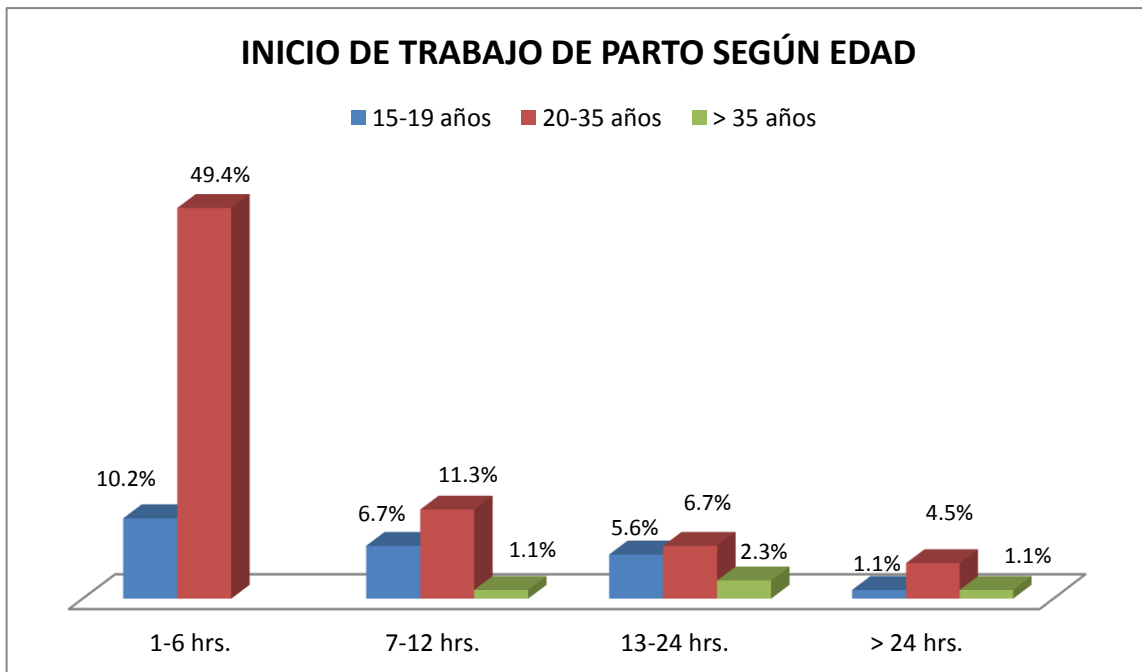
TABLA N° 03

INICIO DE TRABAJO DE PARTO SEGÚN EDAD

INICIO DE TRABAJO DE PARTO	EDAD						TOTAL	
	15 -19 años		20-35 años		>35 años		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
1-6 hrs.	9	10.2	44	49.4	-	-	53	59.6
7-12 hrs.	6	6.7	10	11.3	1	1.1	17	19.1
13-24 hrs.	5	5.6	6	6.7	2	2.3	13	14.6
> 24 hrs.	1	1.1	4	4.5	1	1.1	06	6.7
TOTAL	21	23.6	64	71.9	4	4.5	89	100%

Fuente: ficha de recolección de datos.

Se observa que el 49.4% de pacientes comprendidas entre las edades de 20 a 35 años tuvo el inicio de trabajo de parto entre a primera y las 6 horas, el 11.3% de 7 a 12, el 6.7% entre 13 a 24 horas en el mismo grupo etáreo; en pacientes entre 15 a 19 años, el 10.2% tuvo su inicio de trabajo de parto entre 1 a 6 horas seguido del 6.7 con 7 a 12 horas.



INICIO DE TRABAJO DE PARTO ESPONTANEO EN RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS,
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO – ICA 2015

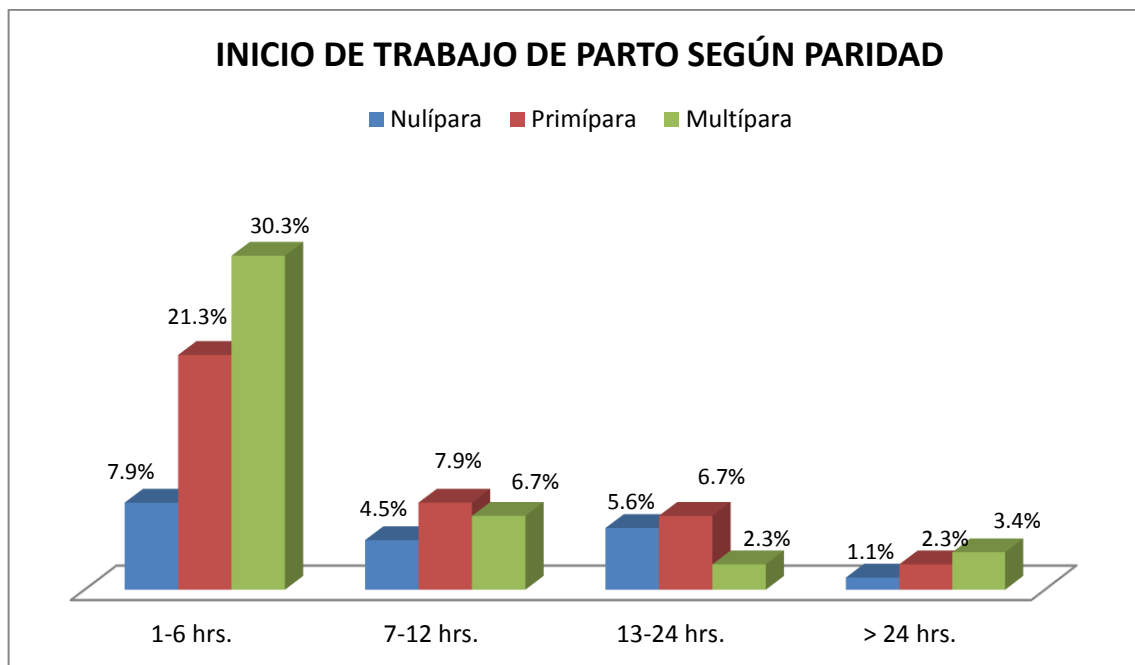
TABLA N° 04

INICIO DE TRABAJO DE PARTO SEGÚN PARIDAD

INICIO DE TRABAJO DE PARTO	PARIDAD						TOTAL	
	Nulípara		Primípara		Multípara		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
1-6 hrs.	7	7.9%	19	21.3	27	30.3	53	59.6
7-12 hrs.	4	4.5	7	7.9	6	6.7	17	19.1
13-24 hrs.	5	5.6	6	6.7	2	2.3	13	14.6
> 24 hrs	1	1.1	2	2.3	3	3.4	6	6.7
TOTAL	17	19.1	34	38.2	38	42.7	89	100%

Fuente: ficha de recolección de datos.

El 30.3% de las multíparas, 21.3% de primíparas y 7.9% de nulíparas iniciaron su trabajo de parto entre 1 a 6 horas de la ruptura prematura de membranas, seguido del 7.9% de primíparas, el 6,7% de multíparas iniciaron su parto entre 7 a 12 horas; el inicio de parto entre 13 a 24 horas se tuvo que el 6.7% fueron de primíparas y el 5,6% de nulíparas.



INICIO DE TRABAJO DE PARTO ESPONTANEO EN RUPTURA PREMATURA
DE MEMBRANAS, HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO – ICA 2015

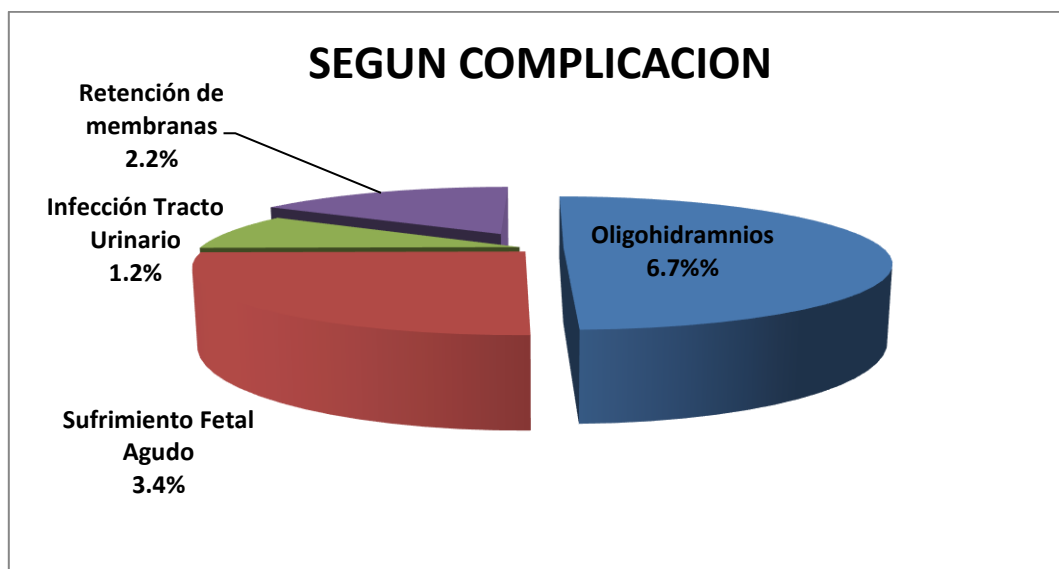
TABLA N° 05

COMPLICACIONES

COMPLICACION	N°	%
Oligohidramnios	06	6.7
Sufrimiento Fetal Agudo	03	3.4
Infección Tracto Urinario	01	1.2
Retención de membranas	02	2.2
Sin Complicación	77	86.5
TOTAL	89	100%

Fuente: ficha de recolección de datos.

Observamos que dentro de las complicaciones el 6.7% presentó Oligohidramnios, 3.4% sufrimiento fetal agudo, 2.2% retención de membranas ovulares y sólo el 1.2% infección del tracto urinario, teniendo el 86.5% sin complicaciones.



DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En cuanto a la incidencia de la ruptura prematura de membranas llegué a la conclusión de que la incidencia fue del 5.9%, no coincidiendo con el estudio de Araujo en Tacna que tuvieron una incidencia de 1.42% siendo menor, por lo que rechazo la investigación mencionada.

La presente investigación tuvo como resultado que el inicio de trabajo de parto en ruptura prematura de membranas fue menor de 6 horas lo que no concuerda con el estudio de Morales en Venezuela que presentó menos de 24 horas, por lo que se rechaza este estudio.

En cuanto a la paridad se tuvo un 30,3% de pacientes multíparas teniendo relación directa con el inicio del trabajo de parto.

La edad promedio donde se presentó la ruptura prematura de membranas fue de 20 a 35 años en un 49.4%, no coincidiendo con los estudios de Quishpe en Ecuador rechazando este estudio. Contrariamente aceptamos los estudios de Castro en el Callao Perú y morales en Venezuela ya que en estos estudios se presentaron entre las edades de 21 a 25 años y 25 a 29 años respectivamente.

CONCLUSIONES

1. El Tiempo que transcurre entre la ruptura prematura de membranas y el inicio del trabajo de parto fue de 1 a 6 horas.
2. La incidencia de la ruptura prematura de membranas en el Hospital Santa María del Socorro de Ica fue menor siendo del 5.9%
3. Existió una relación significativa entre la edad cronológica y el inicio de trabajo de parto en ruptura prematura de membranas; la edad entre 20 a 35 años tuvo un 71.9%
4. Existió una relación significativa entre la paridad y el inicio precoz del trabajo de parto en ruptura prematura de membranas, siendo las multíparas con un 42.7%.
5. La complicación que se presentó fue el Oligohidramnios con un 6.7%

RECOMENDACIONES

1. Los profesionales de salud del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Santa María del Socorro involucrados en la atención materna deberán ceñirse al Protocolo de Ruptura Prematura de Membranas en relación al inicio del trabajo de parto.
2. Los profesionales de salud del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Santa María del Socorro deberán realizar actividades preventivo-promocionales para identificar los factores de riesgo a través de las captaciones tempranas en el control prenatal reenforcado y vigilancia activa de los signos de alarma con el fin de disminuir la incidencia de la ruptura prematura de membranas.
3. Los profesionales de salud deben realizar trabajos de investigación sobre los factores de riesgo relacionados con la edad, multiparidad, presencia de infecciones y la ruptura prematura de membranas para que se amplíen y se difundan los datos estadísticos encontrados.
4. Vigilancia activa de los factores de riesgo, para evitar mayores complicaciones como la detección de algunas infecciones que provocan esta patología como la vaginosis por clamidia y de la corioamnioitis que repercute en el bienestar de la madre y el feto.
5. Referencia oportuna, garantizando la equidad en el acceso y una atención de calidad, segura y eficiente a las gestantes con este tipo de patología evitando así futuras complicaciones.

ANEXOS

1.- FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Mercer BM. Preterm premature rupture of the membranes. Obstet Gynecol 2008.
2. Vigil de Gracia P, Savransky R, Pérez Wuff J, Delgado Gutiérrez J, Nunez Moráis E. Ruptura prematura de membranas. Guía clínica de la Federación Latino Americana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia; Guía Nº 01.2011.
3. Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Reporte del sistema de informacion perinatal del año 2011 .Tacna.2011
4. Vasquez N,Vasquez C: Epidemiología de la rotura prematura de membranas en un hospital gineco obstétrico.Rev. Cubana Obstet Giencol 2007. obstétrico. Rev Cubana Obstet Ginecol 2007
5. Reporte del servicio de medicina materno fetal del Hospital Santa Rosa – dirección de Salud V Lima – 2010.
6. Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Reporte del sistema de información perinatal del año 2011 .Tacna.2011
7. Quishpe, M., Alarcón, E.: “Ruptura prematura de membranas y resultados obstétricos y perinatales en las embarazadas que fueron atendidas en el servicio de obstetricia del hospital provincial general de Latacunga, enero a junio 2012”-Ecuador.

8. Morales D.: "Ruptura prematura de membranas ovulares: incidencia y manejo en el Hospital Dr. Patrocinio Peñuela Ruíz IVSS 2001-2004" 2006 - Venezuela.
9. Burgos,W. : "Prevalencia de la Ruptura Prematura de Membranas en edades de 17 a 20 años de edad en el Hospital Maternidad Marianas de Jesús, del 6 de setiembre del 2012 a febrero del 2013"
10. Castro Rondan,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"
11. Muñoz-Aznarán, G.:"Rotura prematura de membranas en gestantes a término: Factores asociados al parto abdominal", Hospital nacional Cayetano Heredia, Lima,marzo2005 a marzo 2010.
12. Araujo, c. estimación del grado de asociación de los factores de riesgo en pacientes con ruptura prematura de membranas, atendidas en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo 2006-2010"
13. Bajo, JM "Fundamentos de Obstetricia" (SEGO) -2007, editotrial Gráficas marte-Madrid-España
14. Martin 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, 2000
15. Cifuentes, R.: obstetricia de Alto Riesgo – Colombia - 2013

2.- MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: “Inicio de trabajo de parto espontaneo en Ruptura prematura de membranas, Hospital Santa María del Socorro - 2015”

Problema Principal	Objetivo General:	Variables	Indicadores:	Instrumento	Fuentes de Información
<p>¿Cuál es el tiempo que transcurre entre el inicio de trabajo de parto espontaneo y la ruptura prematura de membranas Hospital Santa María del Socorro – 2015?</p> <p>Problema Secundario</p> <p>- ¿Cuál es la incidencia de la ruptura prematura de membranas en el Hospital Santa María del Socorro – 2015?</p> <p>- ¿En cuánto tiempo se inicia trabajo de parto espontaneo en ruptura prematura de membranas según edad en el Hospital Santa María del Socorro – 2015?</p> <p>- ¿Cuál es el tiempo del inicio de trabajo de parto en la ruptura prematura de membranas según paridad en el Hospital Santa María del Socorro – 2015?</p>	<p>Determinar el tiempo que transcurre entre el inicio de trabajo de parto espontaneo y la ruptura prematura de membranas en el Hospital Santa María del Socorro – 2015</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>- Conocer la incidencia de la ruptura prematura de membranas en el Hospital Santa María del Socorro – 2015</p> <p>- Valorar el tiempo de inicio de trabajo de parto espontaneo en ruptura prematura de membranas según edad en el Hospital Santa María del Socorro – 2015</p> <p>- Determinar el tiempo del inicio de trabajo de parto en la ruptura prematura de membranas según paridad en el Hospital Santa María del Socorro – 2015</p>	<p>Variable Independiente:</p> <p>- Ruptura prematura de membranas.</p> <p>Variable Dependiente:</p> <p>- Tiempo de inicio de trabajo de parto.</p> <p>Variables Intervinientes:</p> <p>- Paridad.</p> <p>- Edad cronológica.</p>	<p>Si</p> <p>No</p> <p>< de 12 hrs.</p> <p>12 a 24 hrs.</p> <p>>24 hrs.</p> <p>Nulípara,</p> <p>Primípara.</p> <p>Múltipara.</p> <p>≤ 15 años</p> <p>20 – 35 años</p> <p>15 – 19 años</p> <p>≥ 35 años</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p>	<p>Historia clínica</p>

3.- FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

“Inicio de trabajo de parto espontaneo en Ruptura prematura de membranas, Hospital Santa María del Socorro - 2015”

N° de ficha:

N° de HC:

Edad: ≤ 15 años _____

15 a 19 años _____

20 a 35 años _____

≥35 años _____

Paridad: nulípara _____

primípara _____

Múltipara _____

Ocupación: _____

Ruptura prematura de membranas:

Fecha _____

Hora _____

Tratamiento antibiótico: Si _____ No _____

Inicio de trabajo de parto:

Fecha _____

Hora _____

Término del parto:

Fecha _____

Hora _____

Complicaciones Maternas: Si _____ No _____

Tipo de complicación:
