



UAP

**UNIVERSIDAD
ALAS PERUANAS**

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

TESIS

**MANEJO CLÍNICO DE LA RUPTURA PREMATURA DE
MEMBRANAS Y SU RELACIÓN CON LAS
COMPLICACIONES NEONATALES EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO
DÍAZ DE LA VEGA, ABANCAY, 2017.**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA
EN OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR LA BACHILLER:
MARIBEL GARIBAY HEREDIA**

**ASESOR:
DR. ESP. SOSIMO TELLO HUARANCCA**

ABANCAY, PERÚ - 2018

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación lo dedico especialmente a Dios, por darme la fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de mis deseos más ansiados.

A mis padres y mis hermanos por su amor, compañía, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes logre llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy.

A todas las personas que me apoyaron y colaboraron con su conocimiento para que mi trabajo de investigación se realice con éxito.

AGRADECIMIENTO

A mi familia por haberme dado la oportunidad de formarme en esta célebre Universidad y haber sido mi sustento durante toda mi carrera universitaria y a lo largo de vida.

A mi tutor de tesis, por haberme encaminado en la elaboración de mi trabajo de titulación y desarrollarme profesionalmente.

A la Universidad Alas Peruanas por haberme brindado todas las oportunidades y enriquecerme en conocimiento.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación del manejo clínico de la ruptura prematura de membranas con las complicaciones neonatales en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Abancay, 2017. **Método:** Básica observacional, retrospectiva, transversal, correlacional, no experimental.

Resultado: Se evaluó un total de 148 historias clínicas de gestantes con diagnóstico de ruptura prematura de membranas de los cuales 64 pacientes tuvieron un manejo activo y 84 pacientes con manejo expectante, las complicaciones neonatales de acuerdo al orden de frecuencia fueron: bajo peso al nacer (52.7%), sufrimiento fetal agudo (49.4%), sepsis neonatal (26.4%), síndrome de dificultad respiratoria (21.6%) y asfixia neonatal (20.9%). **Conclusiones:** El manejo clínico expectante de la ruptura prematura de membranas se dio en más de la mitad de las gestantes atendidas siendo el (56.8%); se encontró que las complicaciones neonatales que mostraron asociación con el tipo de manejo clínico expectante fueron la sepsis neonatal (26.4%) y el sufrimiento fetal agudo (49.4%).

Palabras claves: ruptura prematura de membranas, manejo activo, manejo expectante, complicaciones neonatales.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship of the clinical management of premature rupture of membranes with neonatal complications in pregnant women treated at the Guillermo Díaz de la Vega Regional Hospital - Abancay, 2017. **Método:** Básica observacional, retrospectiva, transversal, correlacional, no experimental. **Results:** A total of 148 clinical histories of pregnant women with diagnosis of premature rupture of membranes were evaluated, of which 64 patients had an active management and 84 patients with expectant management, the neonatal complications according to the order of frequency were: najo weight at birth (52.7%), acute fetal distress (49.4%), neonatal sepsis (26.4%), respiratory distress syndrome (21.6%) and neonatal asphyxia (20.9%). **Conclusions:** The expectant clinical management of premature rupture of membranes occurred in more than half of the pregnant women treated (56.8%); it was found that the neonatal complications that showed association with the type of expectant clinical management were neonatal sepsis (26.4%) and acute fetal distress (49.4%).

Keywords: premature rupture of membranes, active management, expectant management, neonatal complications.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
RESUMEN	iii
ABSTRACT	iv
ÍNDICE	v
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO I:	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.1 Descripción de la realidad problemática.	12
1.2 Delimitación de la investigación.....	15
1.2.1 Delimitación temporal.....	15
1.2.2 Delimitación geográfica.....	15
1.2.3 Delimitación social.....	15
1.3 Formulación del problema.....	15
1.3.1 Problema principal.....	15
1.3.2 Problemas secundarios.....	15
1.4 Objetivos de la investigación.....	16
1.4.1 Objetivo general.	16
1.4.2 Objetivos específicos.	16
1.5 Hipótesis de la investigación.....	17
1.5.1 Hipótesis general.....	17
1.5.2 Hipótesis específicas.....	17
1.6 Justificación de la investigación	17
CAPÍTULO II	19
MARCO TEÓRICO.....	19

2.1	Antecedentes de la Investigación	19
2.1.1	Internacionales:	19
2.1.2	Nacionales:.....	22
2.2	Bases teóricas.	25
2.2.1	Ruptura prematura de membranas.	25
2.2.1.1	Definición.	25
2.2.1.2	Incidencia.	26
2.2.1.3	Factores de riesgo.....	27
2.2.1.4	Etiología.	28
2.2.1.5	Diagnostico.	29
2.2.1.6	Pronostico.	30
2.2.2	Manejo clínico de la ruptura prematura de membranas.	30
2.2.3	Complicaciones fetales y neonatales.	36
2.2.3.1	Ruptura prematura de membranas y sepsis neonatal.....	36
2.2.3.2	Ruptura prematura de membranas y asfixia neonatal.....	38
2.2.3.3	Ruptura prematura de membranas y bajo peso al nacer.	38
2.2.3.4	Ruptura prematura de membranas y sufrimiento fetal agudo.	38
2.2.3.5	Ruptura prematura de membranas y síndrome de dificultad respiratoria.	39
2.3	Definición de términos.	40
CAPÍTULO III:		42
METODOLOGÍA.....		42
3.1	Tipo de la investigación.	42
3.2	Diseño de la investigación.	42
3.3	Población y muestra de la investigación.	43
3.3.1	Población.....	43
3.3.2	Muestra.	44
3.4	Variables, dimensiones e indicadores.....	45
3.5	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	45
3.5.1	Técnicas.....	45
3.5.2	Instrumentos.....	46

3.6	Procedimientos.....	46
CAPÍTULO IV:.....		48
RESULTADOS.....		48
4.1	Resultados.....	48
4.1.1	Análisis descriptivo.....	49
4.1.2	Análisis Inferencial.....	58
4.2	Discusión de resultados.....	61
CONCLUSIONES.....		63
RECOMENDACIONES.....		64
ANEXOS.....		73

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.-Operacionalización de variables.	45
Tabla 2.-Tipo de manejo clínico de la ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017.....	49
Tabla 3.-Complicaciones neonatales en gestantes con manejo clínico de la ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017.....	50
Tabla 4.-Recién nacidos con síndrome de dificultad respiratoria según tipo de manejo clínico de la ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017.....	52
Tabla 5.-Recién nacidos con sepsis neonatal según tipo de manejo clínico de la ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017.....	54
Tabla 6.-Recién nacidos con asfixia neonatal según tipo de manejo clínico de la ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017.....	55
Tabla 7.-Recién nacidos con bajo peso al nacer según tipo de manejo clínico de la ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017.	56
Tabla 8.-Recién nacidos con sufrimiento fetal agudo según tipo de manejo clínico de la ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017.....	57
Tabla 9.-Contrastación de hipótesis general.	58
Tabla 10.-Contrastación de hipótesis específica 2.....	60

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.-Porcentaje del tipo de manejo clínico de la ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017.....	49
Gráfico 2.-Porcentaje de complicaciones neonatales en gestantes con manejo clínico de la ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017.....	51
Gráfico 3.-Porcentaje de recién nacidos con síndrome de dificultad respiratoria según tipo de manejo clínico de la ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017.	53
Gráfico 4.-Porcentaje de recién nacidos con sepsis neonatal según tipo de manejo clínico de la ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017.....	54
Gráfico 5.-Porcentaje de recién nacidos con asfixia neonatal según tipo de manejo clínico de la ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017.....	55
Gráfico 6.-Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer según tipo de manejo clínico de la ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017.....	56
Gráfico 7.-Porcentaje de recién nacidos con sufrimiento fetal agudo según tipo de manejo clínico de la ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017.....	57

INTRODUCCIÓN

En el transcurso del embarazo, la eventualidad de presentar una ruptura prematura de membranas, es alta, entendiendo que esta patología es la pérdida de la continuidad de las membranas amnióticas que se manifiesta con salida de líquido amniótico transvaginal y que el momento de aparición es antes de que se inicie del trabajo de parto.

Para clarificar el problema planteado, es necesario indicar que existen diversos motivos por los que se puede presentar esta patología obstétrica, pero la más aceptada se debe a las modificaciones fisiológicas de las membranas y a la respuesta de estas membranas por la fuerza ejercida por parte de la contractibilidad uterina; además a esto se suma la presencia de factores asociados como las infecciones del tracto reproductivo, factores conductuales, algunas complicaciones obstétricas y cambios ambientales.

Por lo que el tipo manejo de la ruptura prematura de membranas, muchas veces resulta insuficiente para prevenir complicaciones neonatales, en vista que diversos estudios han llegado a la conclusión que esta patología se relaciona de forma directa con complicaciones maternas y neonatales.

Por lo que surge el interés de ampliar el conocimiento de esta línea de investigación, identificando cuales de las complicaciones neonatales que tienen relación estadística y clínica con el tipo de manejo clínico de la ruptura prematura de membranas.

Desde un enfoque de salud pública el interés académico se centra en contribuir a tener evidencia local sobre esta patología obstétrica y como afecta a la salud perinatal, teniendo en cuenta que nuestro país es parte integrante de los países que

firmaron los objetivos del desarrollo sostenible; siendo la salud materna neonatal uno de los problemas que hay que disminuir.

Como futura profesional obstetra, el interés se dio porque la ruptura prematura de membranas es una patología frecuente y sobre todo prevenible, la misma que se puede minimizar las complicaciones siempre y cuando se actué inmediatamente y en base a la evidencia disponible.

Para lo cual el presente informe de tesis se distribuye de la siguiente manera:

En el capítulo I, se realiza el planteamiento del problema, dentro del cual se desarrolla la descripción de la realidad problemática, la delimitación de la investigación, se formulan los problemas, los objetivos, las hipótesis y la justificación.

En el capítulo II, se desarrolla el marco teórico, con sus respectivas fases como los antecedentes, bases teóricas y la definición de términos.

El capítulo III, hace referencia a la metodología de la investigación que fue utilizada, en esta se describe el tipo y diseño de investigación, además se contempla la población y muestra, las variables de estudio; así como las técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Finalmente en el capítulo IV, se presentan los resultados descriptivos como el contraste de hipótesis, la discusión de los resultados, para llegar a las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática.

La ruptura prematura de membranas fetales se define como la ruptura de membranas que ocurre espontáneamente antes del inicio del trabajo de parto ¹.

La ruptura prematura de membranas es una patología obstétrica que afecta a más de 120,000 embarazos anualmente en los Estados Unidos y se asocia con riesgo materno, fetal y neonatal significativo ^{2, 3}.

Según estudios la ruptura prematura de membranas es una patología obstétrica de gran importancia clínica y epidemiológica debido a su alta frecuencia, cuya prevalencia en Latinoamérica oscila entre el 7 y 14% del total de partos ⁴.

En aproximadamente 8 a 10% del total de los embarazos a término las membranas fetales se rompen antes del inicio del trabajo de parto. Si el trabajo de parto no es inducido, 60 a 70% de estos comienzan trabajo de parto

espontáneamente en un periodo de 24 horas y cerca del 95% lo hará en un periodo no mayor a 72 horas ⁵.

El periodo de latencia, se define como el intervalo de tiempo comprendido entre la ruptura de las membranas y el parto, determina el tipo de complicaciones que se pueden presentar en esta patología, dependiendo de la edad gestacional en que ocurre la ruptura y del manejo instaurado en la gestante ⁶.

La ruptura prematura de membranas fetales es considerada como un problema obstétrico en la actualidad, ya que su elevada frecuencia es causa del 50 % de los partos pretérminos⁷.

Según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, del inglés American College of Obstetricians and Gynecologists), “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 dificultad respiratoria y la hemorragia intraventricular”⁸.

Aunque es una patología muy frecuente en los servicios obstétricos, el manejo médico aún se basa en un balance entre el riesgo de infección amniótica o fetal y las complicaciones asociadas a la prematurez. Por tanto, existen discusiones respecto a su diagnóstico y al abordaje terapéutico, lo cual genera a su vez discrepancias en los beneficios a los pacientes respecto al incremento en la tasa de corioamnionitis, sepsis neonatal e ingreso a la unidad de cuidados intensivos, entre otros ⁸.

Sin duda, uno de los principales problemas en el manejo de estas pacientes es decidir la conducta a seguir, pudiendo ser conservadora y esperar que el parto

se produzca en forma espontánea, o buscar que este se inicie mediante alguna técnica de inducción, para minimizar las complicaciones, especialmente infecciosas, en madre y feto. La toma de decisión va a influir en el resultado final de la vía de parto ^{9, 10}.

Por lo que se refiere al manejo óptimo de los embarazos complicados con ruptura prematura de membranas, a pesar de la existencia de revisiones sistemáticas y metanálisis previos, en la actualidad, este sigue siendo un asunto de gran controversia en la obstetricia¹¹ pues no existe un consenso que indique con certeza el modo exacto de proceder ante esta situación para generar el mejor desenlace para el binomio (madre, neonato). Entre las opciones que actualmente se emplean al inicio de la presentación del cuadro se encuentran el uso de tocolíticos, la administración de antibiótico de profilaxis y esquema de maduración pulmonar; además del manejo expectante versus la inducción del trabajo de parto ¹², siendo estos dos últimos los más debatibles en cuestión dado que se encuentran directamente ligados con la edad gestacional¹³ al momento del parto; y por lo tanto las complicaciones que esto acarrea.

Durante mis practicas del internado clínico en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de la ciudad de Abancay, me llamo la atención la frecuencia con que se presenta esta patología y aún más del manejo clínico que se realiza, por lo que al buscar datos sobre esta patología obstétrica no se halló datos actualizados que merezcan convertirse en parámetros para la institución prestadora de salud.

1.2 Delimitación de la investigación.

1.2.1 Delimitación temporal.

El ámbito temporal que tomo esta investigación fue todo el año 2017.

1.2.2 Delimitación geográfica.

El presente estudio se realizó en el servicio de Obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de la ciudad de Abancay.

1.2.3 Delimitación social.

Las unidades de estudio comprendidas en esta investigación fueron las mujeres gestantes que presentaron ruptura prematura de membranas.

1.3 Formulación del problema.

1.3.1 Problema principal.

¿Cuál es la relación del manejo clínico de la ruptura prematura de membranas con las complicaciones neonatales en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017?

1.3.2 Problemas secundarios.

- ¿Cómo es el manejo clínico de la ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017?
- ¿Cuál es la frecuencia de complicaciones neonatales que presentan las gestantes con manejo clínico de la ruptura prematura de

membranas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017?

- ¿Con que complicaciones neonatales se relacionan al manejo clínico expectante de la ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017?

1.4 Objetivos de la investigación.

1.4.1 Objetivo general.

Determinar la relación del manejo clínico de la ruptura prematura de membranas con las complicaciones neonatales en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017.

1.4.2 Objetivos específicos.

- Caracterizar el manejo clínico de la ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017.
- Describir la frecuencia de complicaciones neonatales que presentan las gestantes con manejo clínico de la ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017.
- Identificar las complicaciones neonatales que se relacionan con el manejo clínico expectante de la ruptura prematura de membranas en

gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega
- Abancay, 2017.

1.5 Hipótesis de la investigación.

1.5.1 Hipótesis general.

El manejo clínico de la ruptura prematura de membranas se relaciona significativamente con las complicaciones neonatales en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017.

1.5.2 Hipótesis específicas.

El síndrome de dificultad respiratoria, sepsis neonatal, asfixia neonatal, bajo peso al nacer y el sufrimiento fetal agudo son las complicaciones neonatales que se relacionan con el manejo clínico expectante de la ruptura prematura de membranas.

1.6 Justificación de la investigación

El interés de estudiar esta enfermedad reside en su alta asociación con otras patologías neonatales con la consecuente morbilidad neonatal y en el peor de los casos mortalidad fetal y neonatal.

Por lo que los resultados del presente estudio integran los conocimientos existentes sobre la relación de las posibles complicaciones neonatales producidas por los diferentes manejos clínicos que se practican en las instituciones prestadoras de salud.

La importancia social de este estudio radica por la preocupación mundial en disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, contemplada en los objetivos de desarrollo sostenible (ODS.3) firmado por nuestro país; en el cual indica “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” la meta 3.2. Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos. Además que la salud materna perinatal está contemplada en las prioridades de investigación de la región Apurímac.

Los beneficios que se obtiene con esta investigación están en tener datos actualizados propios de nuestra región sobre esta patología obstétrica.

Por lo que las beneficiadas con los resultados de este estudio serán en primer lugar las mujeres gestantes de la región Apurímac quienes al ser tratadas de manera adecuada mejoraran su calidad de vida, por otra parte se benefician las instituciones prestadoras de salud al tener evidencias actualizadas, puedan tomar decisiones en mejora de la salud materna y neonatal. Así mismo estos resultados pueden beneficiar a las universidades creadoras de profesionales en salud para que la línea de investigación continúe y se complemente con otros diseños de investigación mejorando la producción científica de las mismas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO.

2.1 Antecedentes de la Investigación

2.1.1 Internacionales:

Ortiz y col (2014), en su estudio: “Complicaciones neonatales asociadas a la ruptura prematura de membranas amnióticas en recién nacidos de pretérmino” tuvo como objetivo: Analizar las complicaciones postnatales en recién nacidos pretérmino (RNP) < 37 semanas de gestación (SEG) según el tiempo de nacimiento después de la ruptura de membranas. Material y métodos: Cohorte del nacimiento al egreso de una UCIN, agrupados según el tiempo de RPM, al nacimiento (sin-RPM), primeras 18 horas y después de 18 horas. Las complicaciones estudiadas fueron: síndrome de dificultad respiratoria (SDR), neumonía, sepsis, hipertensión pulmonar, enterocolitis necrotizante, hemorragia intraventricular, crisis convulsivas e hiperbilirrubinemia. Resultados: La RPM se asoció con mayor frecuencia de SDR en todos los RNP (69.2% 36/52 versus 52%, 151/290, $p = 0.02$). Conclusión: La RPM fue más

frecuente en RNP < 32 SEG, su presencia se asoció a más casos de SDR y hemorragia intraventricular para los más prematuros¹⁴.

Montaño (2016), en su estudio: “Ruptura prematura de membranas: factores de riesgo y complicaciones obstétricas” muestra que La ruptura prematura de membranas es una complicación obstétrica que se asocia con el aumento de la morbilidad materna y nacimientos prematuros. La investigación es de tipo descriptivo, no experimental tiene como objetivo determinar, Ruptura Prematura de Membranas: factores de riesgo y complicaciones obstétricas, en pacientes ingresadas en el Área de Cuidados Intermedios I del Hospital Gineco-Obstetrico Enrique C. Sotomayor durante el periodo 2015 – 2016. Se estudió un total de 149 historias clínicas de las cuales se descartaron 47 por no cumplir con los criterios de inclusión dejando un total 102 historias clínicas. Para la recolección de datos se utilizó una ficha de autoría propia en las cuales se incluyeron las variables: edad materna, procedencia, número de controles, edad gestacional, paridad, antecedente Gineco-obstétricos, cirugía ginecológica previa, tipo de parto, Apgar, parto prematuro, complicaciones maternas, complicaciones neonatales. Los resultados de este estudio son: edad materna de 20-29 años 90,2%, procedencia urbana 68,6%, controles prenatales >5 de 46%, edad gestacional de 31-36 semanas 38,24%, nulípara con 42,12%, infección genitourinaria 52%, cirugía ginecológica previa 50% Como principales factores de riesgo y corioamnionitis con el

2%, parto prematuro 25,5% como primordiales complicaciones obstétricas¹⁵.

Zeledón y Pérez (2014), en su estudio: “Complicaciones materno-perinatales de las embarazadas entre las 28 y 35 semanas de gestación con Ruptura prematura de Membranas que ingresan a la sala de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque en el período de enero a junio del año 2014”. Este es un estudio observacional, retrospectivo, tipo descriptivo, de corte transversal en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo comprendido de Enero a Mayo del año 2014. Se estudiaron a 88 pacientes con embarazos entre las 28 y 35 semanas de gestación que presentaron ruptura prematura de membranas y además que el expediente clínico cumpliera con la información necesaria para poder llevar a cabo dicho estudio para después poderla procesar en el programa SPSS, Las principales complicaciones materna que se encontró fue corioamnionitis con el 12.5 % y el 81.8 % no presentó ninguna complicación. En este estudio se encontró que con la ruptura prematura de membranas antes de los embarazos a término los más afectados son los bebés los cuales solo el 64.8% de estos no presentaron complicaciones el resto se complicó con Síndrome de Distress Respiratorio con el 12.5% y en segundo lugar Sepsis Neonatal con el 11.4%.¹⁶

2.1.2 Nacionales:

Bravo y Zambrano (2012), en su estudio: “Complicaciones materno-neonatales de manejo activo versus manejo expectante de la ruptura prematura de membranas en gestantes de 34 a 36 semanas de gestación en el Hospital Nacional María Auxiliadora”, cuyo Objetivo: determinar las complicaciones materno-neonatales en manejo activo versus manejo expectante de la ruptura prematura de membranas (RPM) en gestantes de 34 a 36 semanas de gestación en el Hospital Nacional María Auxiliadora, de enero a diciembre de 2010. Diseño: estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal. Resultados: el 82,8 % (82) de las pacientes tuvieron manejo activo y el 17,2 % (17) tuvieron manejo expectante. El 9,1 % (9) presentó sufrimiento fetal agudo, 9,8 % (8) fue de manejo activo y 5,9 % (1) de manejo expectante. El 42,4 % (42) tuvo bajo peso al nacer; 43,9 % (36) fue de manejo activo y 35,3 % de manejo expectante. El 11,1 % (11) tuvo síndrome de distrés respiratorio, 12,2 % (10) fue de manejo activo y 5,9 % (1) de manejo expectante. El 4 % (4) tuvo asfixia neonatal; el 4,9 % (4) fue del grupo de manejo activo. El 6,1 % (6) tuvo infección neonatal; el 7,3 % (6) fue del grupo de manejo activo. El 1 % (1) tuvo muerte neonatal; el 1,2 % (1) fue del grupo del manejo activo. Conclusiones: el manejo activo mostró mayores complicaciones que el manejo expectante¹⁷.

Capcha y Fernandez (2014), en su estudio titulado: “Complicaciones maternas y perinatales por ruptura prematura de membranas en

embarazo pretérmino en el Hospital Nacional María Auxiliadora. Julio 2011 a junio 2012”, teniendo como objetivo: determinar las complicaciones maternas y perinatales por ruptura prematura de membranas en embarazo pretérmino en el Hospital Nacional María Auxiliadora, entre julio de 2011 y junio de 2012. Metodología: estudio observacional analítico de casos y controles. Se indagó un total de 318 historias clínicas de gestantes de embarazo pretérmino con ruptura prematura de membranas, para identificar las complicaciones maternas y perinatales. La recopilación de datos se hizo por medio de un formato estructurado. Se efectuó el procesamiento y análisis de datos, y los resultados se presentaron en tablas simples, por medio del paquete estadístico SPSS versión 18. Resultados: La complicación perinatal más frecuente fue síndrome de distrés respiratorio (67,9 %), seguida por sepsis (58, 5 %). Conclusiones: la complicación materna más frecuente fue corioamnionitis, mientras que la complicación perinatal más frecuente fue síndrome de distrés respiratorio ¹⁸.

Lupa (2014), en su estudio titulado: “Resultados materno perinatales en gestantes con ruptura prematura de membranas en el Centro Materno Infantil César López Silva - Villa el Salvador 2013” cuyo objetivo fue: determinar los resultados Maternos Perinatales en gestantes con Ruptura Prematura de Membranas en el Centro Materno Infantil César López Silva- Villa el Salvador 2013. Material y Métodos: Descriptivo Transversal Retrospectivo Total de la población (N): 1080 parturientas. Tipo de muestra: Incidental (132 gestantes). Resultados: Del Apgar al

primer minuto 95.5 % en valores de 7 a 10, el Apgar al quinto minuto 98.5 % ubicados en valores de 7 a 10, 89.4% no presenta complicaciones de recién nacido. Conclusión: Los resultados perinatales, mostraron el Apgar del 1er minuto y el 5to minuto entre los valores de 7 a 10 y no presentaron ninguna complicación ¹⁹.

Quispe (2016), en su estudio titulado: “La ruptura prematura de membranas y complicaciones maternas - perinatales en gestantes atendidas en el Hospital Rezola – Cañete 2014”, teniendo como objetivo: Determinar la ruptura prematura de membranas y las complicaciones maternas - perinatales en gestantes atendidas en el Hospital Rezola-Cañete en el año 2014. Material y Método: Investigación cuantitativo, correlacional, transversal y retrospectivo. La población estuvo conformada por 160 gestantes con ruptura prematura de membranas. La muestra fue de acuerdo a los criterios de selección y fue 150. Resultados: En cuanto a las complicaciones perinatales de los perinatos de madres sin tratamiento, presentaron 14,6% sepsis neonatal, 3,3% fueron prematuros, 0,7% síndrome de dificultad respiratoria y sufrimiento fetal agudo, ,mientras que los perinatos de madres con tratamiento presentaron 9,3% prematuros, 3.3% síndrome de dificultad respiratoria, fueron, 4% sufrimiento fetal agudo mientras que el periodo de latencia de 1 a 6 horas fue 59.3 % y la edad materna fue 64,4% las adultas y 83.3% a término, primigesta 53,3%, mayor de 6 atenciones pre natales 82,7% y64.0% terminaron por vía vaginal. Conclusiones: No existe relación significativa entre las complicaciones

maternas perinatales y el periodo de latencia de la ruptura prematura de membranas según la prueba de χ^2 ²⁰.

2.2 Bases teóricas.

2.2.1 Ruptura prematura de membranas.

2.2.1.1 Definición.

La Guía de Práctica Clínica para la atención de Emergencias Obstétricas del Perú, define la ruptura prematura de membranas como la “ruptura de las membranas corioamnióticas después de las 22 semanas de gestación y antes del inicio del trabajo de parto” ²¹.

La rotura prematura de membranas es una urgencia obstétrica. Se considera tiempo de latencia al periodo que transcurre entre la rotura y el inicio del trabajo de parto. La rotura prematura de membranas prolongada es cuando el tiempo transcurrido sobrepasa las 24 h; cuando la edad gestacional es menor de 37 semanas se habla de rotura prematura de membranas pretérmino^{22, 23}.

Esta eventualidad puede detectarse con tres variantes: a) cuando ocurre a término, b) cuando ocurre pretérmino, < 37 semanas, y c) cuando es prolongada, lo que significa ruptura por 24 horas o más ²⁴.

La rotura prematura de membranas pretérmino, se define como la rotura de membranas antes del trabajo de parto y antes de las 37 semanas, puede deberse a una amplia variedad de

mecanismos patológicos, incluida la infección intraamniótica. Otros factores que intervienen son una condición socioeconómica baja, un índice de masa corporal bajo (menos de 19.8), deficiencias nutricionales y tabaquismo. Las mujeres con rotura de membranas a pretérmino previa tienen un riesgo más alto de recurrencia durante el embarazo siguiente (Bloom et al., 2001). Sin embargo, casi todos los casos de rotura a pretérmino se presentan sin factores de riesgo ²⁵.

2.2.1.2 Incidencia.

La incidencia reportada de rotura prematura de membranas es muy variable. Los informes recientes muestran cifras del 14 al 17% y las diferencias entre estos datos son producto de la diversidad en la población estudiada y de la contribución de los factores de riesgo maternos y fetales ^{26, 27}.

Aproximadamente el 80% de los casos de RPM ocurren a término y, en un 90% de veces, van seguidos del inicio del parto en un intervalo de tiempo inferior a 48 horas ²⁸.

La RPM pretérmino (RPMP) ocurre en un 3% de las gestaciones y está implicada en un tercio de los partos pretérmino. El 50-60% de las RPMP presentarán el parto en la primera semana ²⁸. Alrededor de 8% de los embarazos a término, experimentarán una ruptura espontánea de las membranas ovulares previo al inicio de la actividad uterina, 2% a 4% de los embarazos pretérmino con feto único se complicarán con una ruptura

prematura de membranas, y de un 7% a 20% en embarazos gemelares. La ruptura prematura de membranas es la principal causa identificable de prematuridad ²⁹.

Por su parte en el Perú, Pacheco y colaboradores ³⁰, reportan que esta complicación ocurre entre 4 a 14% del total de partos; así se tiene que en el Hospital Nacional Edgardo RebagliatiMartins de EsSalud su frecuencia es del 7%, mientras que, en el Hospital María Auxiliadora, en los últimos quince años la frecuencia es de 18,9%, es decir 1 caso por cada 5,3 partos, cifra que se justifica por la gran cantidad de complicaciones referidas desde los centros periféricos. Así mismo en esta misma serie se encontró 19,6% de RPM prolongada (mayor de 24 horas).

2.2.1.3 Factores de riesgo.

Según Mongrut³¹ existen factores pre disponentes como: “la multiparidad, presentaciones y situaciones anómalas del feto, polihidramnios, malformaciones fetales, insuficiencia cervical, incompatibilidad feto pélvica, edad avanzada, tensión intrauterina, hemorragia, clamidiasis, etc.”.

En la bibliográfica, existen muchos factores de riesgo para su manifestación; sin embargo, la mayoría de autores concluyen que el mecanismo final de todos los casos es la debilidad de la membrana corioamnióticas, que puede ser relativa o absoluta o local o generalizada. Esto permite su rotura y se vincula con la

disminución del contenido de colágeno tipo III en la membrana amniótica, ya que se ha demostrado mayor actividad colagenolítica en las membranas amnióticas rotas de manera prematura, donde la tripsina, enzima proteolítica que se halla en el líquido amniótico, fragmenta el colágeno tipo III ^{32, 33}. Otras fuentes potenciales de agresión proteolítica a la membrana corioamnióticas son las proteasas del líquido seminal, las proteasas bacterianas secretadas por la flora cervicovaginal y las proteasas maternas secretadas en respuesta a la corioamnionitis. Los leucocitos que infiltran las membranas fetales como parte de la respuesta inflamatoria de la corioamnionitis, pueden secretar elastasa que al igual que la tripsina, fragmenta colágeno tipo III ^{34, 35}.

2.2.1.4 Etiología.

Estudios histológicos del sitio de ruptura de las membranas a término han demostrado zonas con morfología alterada, caracterizados por engrosamiento del tejido conectivo, adelgazamiento del citotrofoblasto y la decidua, y disrupción de las conexiones entre el amnios y el corion ²⁴.

Estos cambios fisiológicos a término, acompañan a la dilatación cervical y resultan en el debilitamiento focal de las membranas a nivel del orificio cervical interno y predisponen a la ruptura en ese sitio. A nivel bioquímico y celular se sabe que estos cambios son producidos por la liberación de eicosanoides, fosfolipasas,

citocinas, metaloproteinasas, elastasas y otras proteasas en respuesta a algún estímulo fisiológico o patológico^{36, 37}.

2.2.1.5 Diagnostico.

La exploración con espejo estéril es uno de los pasos más importantes para el diagnóstico de RPM, de esta forma se puede diferenciar de la hidrorrea gravídica, vaginitis, aumento en la secreción vaginal e incontinencia urinaria²⁴.

Los hallazgos confirmatorios que deben buscarse durante esta exploración son la acumulación de líquido amniótico en el fondo de saco posterior; se debe realizar la prueba de nitrazina, la cual se basa en el hecho de que el pH del líquido amniótico es un poco más alcalino (7.0 a 7.5) que las secreciones vaginales (4.5 a 5.5), lo cual tornará el papel con nitrazina en color azul al estar en contacto con el líquido amniótico.

Otra de las pruebas que pueden realizarse es la de la visualización de la arborización o formación de cristales en hehecho del líquido amniótico al secarse al aire. Se debe tener en consideración la posibilidad de obtener falsos positivos o falsos negativos en cada una de las pruebas mencionadas. Si no se encuentra líquido libre puede recurrirse a la maniobra de Valsalva durante la exploración con el espejo o complementar los estudios con ecografía y buscar la presencia de oligoamnios^{36, 37, 25}.

2.2.1.6 Pronostico.

En caso de no producirse el parto poco después de la ruptura de membranas, puede indicar un cuadro severo, sobre todo si se acompaña de otras complicaciones o es agravado por factores predisponentes cuyo tratamiento puede primar desde el principio. Los peligros son la infección, las distocias de contracción, el prolapso del cordón cuando se acompaña de otras anomalías que no permiten que el polo de presentación llene el canal del parto, prematuridad, sufrimiento fetal y también muerte fetal ³¹.

2.2.2 Manejo clínico de la ruptura prematura de membranas.

El manejo de la ruptura prematura de membranas es controvertido.

Las membranas fetales sirven como barrera ante la infección ascendente.

Existe abundante bibliografía al respecto del manejo que se le debe dar ante esta eventualidad, pero aún sigue siendo controversial, sin embargo muchas instituciones de salud en base a la evidencia han optado por considerarlas en sus guías de práctica clínica, así se tiene que:

Ante la sospecha o evidencia de RPM, el manejo consistirá en hospitalizar a la gestante, ponerla en reposo, evitar los exámenes vaginales, solicitar hemograma, cultivos y completar otros exámenes ³⁰.

Indicación aparte es lo importante que durante la estancia hospitalaria se vigile los latidos fetales y el pulso materno. Si existiera taquicardia,

hay sospecha de infección intrauterina; la temperatura puede elevarse posteriormente, así como haber irritabilidad uterina y sensibilidad a su palpación ³⁰.

Otra indicación muy importante es que al momento del examen con un especulo estéril, se debe aprovechar para observar las características del líquido amniótico como la cantidad, color, reología, olor y así obtener cultivo, tanto para microorganismos aerobios como anaerobios. Por otra parte durante este procedimiento se aprovechara para hacer la prueba con papel de nitrazina, tomar muestra para tinción de células, para observar el fenómeno del hehecho o cualquiera de las pruebas indicadas anteriormente ³⁰.

Cuando se obtiene los resultados de laboratorio, el hemograma orienta sobre la infección latente o actual; si hay duda en el resultado, se puede repetir diariamente o a las pocas horas. Así mismo, debe solicitarse urocultivo y antibiograma y una ecografía. Cuando se sospecha de corioamnionitis se puede hacer amniocentesis para estudio de coloración de Gram y cultivo en el líquido amniótico ³⁰.

a) Conducta.

La conducta obstétrica brindada se realizará según la edad gestacional y la madurez del feto:

Si es una gestación a término y no existen dudas acerca de la madurez del feto, se debe indicar inducción de trabajo de parto dentro de las 12 a 14 horas siguientes, restringiendo tactos al máximo. Si fracasa la inducción, cesárea.

Si la gestación es pre término o gestación entre 34 y 36 semanas, manejar igual que feto a término. Si la gestación esta entre 31 y 33 semanas, administración de corticoides, y antibiótico terapia por 48 horas; y extracción fetal mediante cesárea o inducción de trabajo de parto según condiciones obstétricas. Caso particular cuando la gestación es menor de 31 semanas, aquí prima la conducta expectante y manejo multidisciplinario ²¹.

b) Manejo expectante.

El principio de este tipo de manejo se basa en una conducta conservadora y esperar que el parto se produzca en forma espontánea ³⁸.

El punto de vista conservador sostiene que el trabajo de parto espontáneo ocurre en 90% de los casos, en las 24 h posteriores, pero el periodo entre la rotura de las membranas y el parto se ha asociado con incremento del riesgo de sepsis y morbilidad perinatal ³⁹.

Una vez que se ha dado la ruptura, es recomendado el parto cuando el riesgo de infección sobrepasa el riesgo de prematuridad. Cuando la ruptura ocurre a término, el inicio de la labor se da espontáneamente o se induce dentro de las 12 a 24 horas posteriores. Los estudios iniciales sugerían que el manejo expectante de las mujeres con RPM a término, en ausencia de complicaciones obstétricas se asociaba con una menor tasa de cesáreas en comparación con el manejo activo ²⁴.

Este manejo está basado en los siguientes parámetros:

Cuando no existe corioamnionitis, es preferible la observación intensiva sin terminar el embarazo, esperando que el feto pretérmino madure o que el feto maduro no sea expuesto a la probabilidad de traumatismo por inducción. Algunos autores han utilizado tocolíticos, lo cual es controversial y no se obtiene los resultados esperados. Mientras más largo es el periodo de latencia, mayores son las posibilidades de infección. Si la infección intraamniótica es positiva a *Ureaplasma urealyticum*, se debe administrar eritromicina, manteniendo control ecográfico del feto²⁴.

Recientes evidencias obtenidas de revisiones sistemáticas y de estudios clínicos aleatorizados concluyen que en la RPM con embarazo a término es mejor inducir el parto, por cuanto la frecuencia de corioamnionitis y endometritis es menor, el periodo de latencia es menor, la tasa de cesárea no sufre modificaciones y la tasa de infecciones neonatales se mantiene prácticamente igual que en casos sin RPM. De otro lado se ha encontrado que en la RPM (antes de las 35 semanas) en donde no existe infección clínica, el tratamiento expectante puede ser mejor siempre y cuando se agregue el manejo de uso de antibióticos. En estos casos el peso al nacer, la hemorragia intraventricular, la enterocolitis necrotizante, la sepsis, el síndrome de distrés respiratorio y la muerte en el recién nacido es similar que en los casos de RPM³⁰.

c) Manejo intervencionista.

Por su parte el principio de este manejo consiste en iniciar el parto mediante alguna técnica de inducción, para minimizar las complicaciones, especialmente infecciosas, en madre y feto. La toma de decisión va a influir en el resultado final de la vía de parto^{40, 10}.

El problema se presenta cuando la rotura de membrana ocurre en pacientes con embarazo a término, pero con un cuello no favorable para la inducción. En este caso, la inducción puede resultar en un parto difícil, con incremento de los riesgos de corioamnionitis y de parto por cesárea.

Desde que comenzó a estudiarse la rotura prematura de membranas la información existente menciona mayor incidencia de corioamnionitis y mayor mortalidad perinatal, por lo que la norma en general es un sistema de atención intensiva con inducción del trabajo de parto cuando el embarazo es igual o mayor a 34 semanas³⁹.

En este tipo de manejo se tiene como premisa el riesgo beneficio tanto de la madre como de su producto, así se señala que los casos de RPM con fetos mayores de 33 semanas de gestación deben ser inducidos en las siguientes 8 a 12 horas por la probabilidad de infección. Así mismo los resultados de la expectación en embarazos menores de 25 semanas no son buenos, por la alta mortalidad perinatal, la probabilidad de deformaciones y la hipoplasia pulmonar³⁹.

Recientes evidencias señalan que la inducción del parto (con oxitocina o mejor aún con prostaglandinas) en embarazos mayores de 34 semanas dan como resultado menores tasas de infecciones, así como no cambia la frecuencia de cesárea.

Un manejo activo propuesto es el siguiente:

En gestaciones mayores de 35 semanas, indicar la inducción del parto. El uso de prostaglandinas da buenos resultados.

En la gestación avanzada, se recomienda inducción sobre la base de que hay poco para ganar entre la madurez fetal y el riesgo de infección por el retraso, el cual aumenta la probabilidad de parálisis cerebral, por tanto, el manejo expectante en pacientes a término es de beneficio limitado ⁴¹.

En gestaciones entre 22 y 35 semanas. La inducción y la terminación del embarazo dependerán de las condiciones de la madre y del feto. La ecografía es un buen método para evaluar el bienestar y la madurez pulmonar fetal.

En gestaciones menores de 32 semanas y condiciones maternas fetales aceptables, se mantendrá a la gestante hospitalizada hasta conseguir la madurez fetal. Si apareciera signos de infección corioamnióticas, se hará tratamiento antibiótico y se terminara el embarazo⁴¹.

Revisiones sistemáticas recientes consultadas no le encuentran sustento al uso de tocolíticos en la RPMP; en cambio, se ha observado que el uso de la amnioinfusión preserva de la sepsis puerperal y neonatal, pero, sin resultados contundentes. De otro

lado, se señala también la aplicación de amnioparches en la RPMP³⁰.

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), en una revisión realizada el 2007, recomienda el manejo activo de las gestantes a término con RPM, evidenciándose una disminución de la morbimortalidad materna y neonatal. Se describe el manejo activo con oxitocina al 1% en infusión y el uso de misoprostol, con resultados similares en ambos manejos y no influyendo en el número de cesáreas¹².

2.2.3 Complicaciones fetales y neonatales.

2.2.3.1 Ruptura prematura de membranas y sepsis neonatal.

Se considera que la rotura prematura de las membranas antes del término es una de las causas fundamentales de prematuridad, lo que representa un dilema por el peligro de membrana hialina, displasia broncopulmonar, hemorragia intraventricular, retinopatías, parálisis cerebral, así como el riesgo de corioamnionitis y septicemia fetal y neonatal^{42, 43}.

Hay otros datos de que los recién nacidos muy pequeños tienen un riesgo más alto de septicemia. Yoon et al. (2000) observaron que la infección intraamniótica en los recién nacidos prematuros se relacionaba con tasas más altas de parálisis cerebral a los tres años. Petrova et al. (2001) estudiaron a más de 11 millones de nacidos vivos de embarazos de un solo producto de 1995 a 1997 que estaban en la base de datos del National Center

forHealthStatistics. Durante el parto, 1.6% de todas las mujeres tuvo fiebre y ésta fue un factor predictivo importante de muerte debida a infección tanto en los recién nacidos a término como en los prematuros. Bullard et al. (2002) publicaron resultados similares ²⁵.

La rotura prematura de membranas de pretérmino (RPMPT), se presenta en un tercio de los partos prematuros y antes de las 32 semanas de gestación se asocia con alta morbimortalidad perinatal ^{44, 45}. Estos riesgos han sido relacionados con invasión microbiana de la cavidad amniótica (IMCA) ^{46, 47} especialmente por *Streptococcusagalactiae* y en menor grado con infección cérvicovaginal. Las consecuencias de la infección intrauterina (corioamnionitis clínica, corioamnionitis histológica, funisitis y aumento de citoquinas intraamnióticas) en el niño se asocian con sepsis, bronconeumonía, enterocolitis necrotizante ^{46, 47}, con daños neurológicos (leucomalacia periventricular, hemorragia intraventricular, parálisis cerebral) y enfermedad crónica pulmonar ⁴⁸.

Existe una relación significativa entre la corioamnionitis aguda y el desarrollo de sepsis neonatal temprana; se denomina sepsis neonatal al síndrome clínico caracterizado por signos y síntomas de respuesta inflamatoria sistémica, en que se corrobora la infección mediante un hemocultivo positivo ⁴⁹.

2.2.3.2 Ruptura prematura de membranas y asfixia neonatal.

Existe un acuerdo universal en finalizar el embarazo en caso de sufrimiento fetal o corioamnionitis clínica. El uso habitual de antibióticos para las mujeres en el momento de la RPM puede disminuir este riesgo al igual que el uso de esteroides, prenatales en la reducción y la incidencia del síndrome de Distrés Respiratorio (SDR) y de otras complicaciones propias del prematuro que pueden conllevar a la muerte o dejar secuelas ⁵⁰.

2.2.3.3 Ruptura prematura de membranas y bajo peso al nacer.

Diversas investigaciones indican la relación directa del bajo peso al nacer con la rotura prematura de membranas pretérmino. Tal como lo indica Suarez y col. "Ganfont y Andino y, en su estudio sobre algunos factores de riesgo asociados al recién nacido con bajo peso, hallaron la rotura prematura de membranas pretérmino como el factor que se relacionó directamente con el aporte de un recién nacido con bajo peso al nacer" ⁵¹.

2.2.3.4 Ruptura prematura de membranas y sufrimiento fetal

agudo.

Otra de las complicaciones neonatales es el sufrimiento fetal, el mismo que puede ser identificado por valores subóptimos en la frecuencia cardíaca fetal, oxigenación de la sangre fetal y otros

parámetros. De acuerdo a lo reportado por Vásquez y col.⁵². La ruptura prematura de membrana se relaciona con fiebre intraparto, parto inducido, sufrimiento fetal y operación cesárea.

2.2.3.5 Ruptura prematura de membranas y síndrome de dificultad respiratoria.

Los nacimientos antes del término producto de la complicación materna por ruptura prematura de membranas, causan aumento de la morbilidad neonatal y la patología más frecuentemente asociada es el Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR). La dificultad respiratoria genera aumento del ingreso en UCIN o UTIN, y su estancia del neonato separado de la madre y posibles complicaciones por procedimientos invasivos entre ellos la asistencia respiratoria mecánica ⁵³.

Según Ganfong y col. ⁵⁴; “La RPM puede repercutir negativamente en el neonato. Dicha repercusión no sólo es debido a la sepsis potencial o real que puede aparecer luego de la rotura de las membranas, sino porque la misma conlleva a un gran número de nacimientos antes del tiempo establecido y dicha anticipación puede llegar a ser muy perjudicial para el nuevo ser”. En su estudio encontraron que la sepsis de recién nacido y luego el Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR) fueran significativos con la ruptura prematura de membranas.

2.3 Definición de términos.

- a) Asfixia neonatal:** Falta de oxígeno (hipoxia) o de perfusión (isquemia) en diversos órganos, la asfixia neonatal se acompaña de acidosis láctica (aumento de la producción de ácido láctico, el cual se forma cuando el cuerpo descompone carbohidratos para utilizarlos como energía cuando existen bajos niveles de oxígeno) en los tejidos, y si se asocia a hipoventilación (respiración demasiado lenta o superficial), presenta concentración alta de dióxido de carbono en sangre (hipercapnia).
- b) Bajo peso al nacer (BPN):** Se dice que un bebe nace con bajo peso si al momento del parto pesa menos de 2.500 kg.
- c) Complicaciones neonatales:** Son aquellas patologías que se presentan por alteración del desarrollo fisiológico, enfermedad o tratamiento. Siendo en la RPM la complicación más frecuente en el neonato la infección.
- d) Manejo activo:** El manejo consiste en iniciar el trabajo parto mediante alguna técnica de inducción, o bien realizar una cesárea, para minimizar las complicaciones, especialmente infecciosas, en madre y el feto..
- e) Manejo clínico:** Prácticas clínicas que se realizan en las instituciones de salud ante el diagnostico de una ruptura prematura de membranas.

- f) Manejo expectante:** Esperar el inicio espontaneo del trabajo de parto con su respectiva antibioticoterapia o hasta la aparición de algún signo de infección materno o neonatal.
- g) Sepsis neonatal:** Es la infección generalizada que ocurre durante las primeras 96 horas de vida con presencia de signos clínicos manifiestos y acompañados de aislamiento de un germen de hemocultivo.
- h) Síndrome de Distres respiratorio (SDR):** Definida por la presencia de los siguientes factores: Taquipnea con quejido respiratorio, retracciones respiratorias, cianosis, hipoxia y hallazgos típicos en la radiografía.
- i) Sufrimiento fetal agudo (SFA):** Es una alteración del intercambio metabólico entre la madre y el feto que trae como consecuencia la hipoxemia, acidosis e hipercapnea al igual que otros estudios homeostáticos fetales.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.

3.1 Tipo de la investigación.

El presente estudio es de tipo observacional, retrospectivo, transversal y analítico ⁵⁵.

Es observacional en vista que no se manipularon las variables en estudio.

Retrospectivo, en vista de que los datos proceden de fuentes secundarias, los mismos que han sido registrados por otras personas ajenas a la investigación.

Es transversal porque la relación entre ambas variables se midió por una sola vez en un momento dado.

Es de tipo analítico, en vista que en el análisis se encuentra involucradas dos variables de estudio.

3.2 Diseño de la investigación.

El diseño al que corresponde el presente estudio es no experimental transeccional correlacional, este diseño describen relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado. A veces,

únicamente en términos correlacionales⁵⁶, como es el caso del presente estudio.

Se esquematiza de la siguiente manera:

Se recolectan datos y se describe relación

(X1 — Y1)

El nivel al que corresponde el presente estudio es el correlacional, la investigación correlacional tiene como propósito mostrar o examinar la relación entre variables o resultados de variables. Uno de los puntos importantes respecto de la investigación correlacional es examinar relaciones entre variables o sus resultados pero en ningún momento explica que una sea la causa de la otra ⁵⁷. En otras palabras, la correlación examina asociaciones pero no relaciones causales, donde un cambio en un factor influye directamente en un cambio en otro.

3.3 Población y muestra de la investigación.

3.3.1 Población.

La población sujeta de estudio estuvo constituida por el total de gestantes que presentaron ruptura prematura de membranas, que según datos del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay para el año 2017 fue de 148 casos.

3.3.2 Muestra.

El presente estudio tomó como muestra al total de la población sujeto de estudio, en vista que es un estudio retrospectivo y los datos fueron registrados en la historia clínica.

Por ser un estudio retrospectivo en el cual se tomó a toda la población para completar el total de unidades de estudio se utilizó como técnica de muestreo el no probabilístico Intencional, este se usa cuando se analiza casos "típicos" en una determinada problemática, como es el caso del presente estudio.

a) Criterios de inclusión:

Gestante que hayan sido atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega en el año 2017 cuyo diagnóstico definitivo sea ruptura prematura de membranas.

Gestantes que hayan culminado el parto sea por vía vaginal o abdominal.

b) Criterios de exclusión:

Gestante que hayan sido atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega en el año 2017, cuyo diagnóstico definitivo sea ruptura prematura de membranas, pero la historia clínica o historia clínica materna perinatal esté con datos incompletos.

Gestante que hayan sido atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega en el año 2017, cuyo diagnóstico de ruptura prematura de membranas sea presuntivo.

3.4 Variables, dimensiones e indicadores.

Tabla 1.-Operacionalización de variables.

Variables	Dimensiones	Indicadores
Variable independiente: Manejo clínico de la Ruptura Prematura de Membranas.	Manejo activo.	- Inducción - Cesárea
	Manejo expectante.	- Evolución Espontanea
Variable dependiente: Complicaciones neonatales.	Neonatales.	Síndrome de Distres respiratoria.
		Sepsis neonatal.
		Asfixia neonatal.
		Bajo peso al nacer.
		Sufrimiento fetal agudo.

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

3.5.1 Técnicas.

La técnica de recolección de datos está basada en la revisión documental, La torre, Rincón y Arnal ⁵⁸, definen la revisión documental como el proceso dinámico que consiste esencialmente en la recogida, clasificación, recuperación y distribución de la información a partir de fuentes secundarias. Tal como se hizo en el presente estudio, en vista que los datos son secundarios y han sido registrados en las historias clínicas de las pacientes.

3.5.2 Instrumentos.

El presente estudio utilizó como instrumento una ficha de registro de datos, la misma que en su diseño se consideró que estén contempladas las variables en estudio. Así mismo este instrumento en vista que no mide variables subjetivas solo pasó la validez de contenido a través de juicio de expertos, los mismos que evaluaron de manera independiente: la relevancia, coherencia, suficiencia y claridad; con la que están redactadas los ítems o reactivos a ser recogidos ⁵⁹.

3.6 Procedimientos.

Previo a la recolección de datos se solicitó permiso al Director del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de la ciudad de Abancay. Una vez obtenida la autorización del director, se hizo la coordinación con el jefe de admisión para que brinde las historias clínicas de las pacientes en estudio, el mismo que fueron ubicadas y se trasladó los datos estudiados a la ficha de recolección, hasta completar el tamaño de la muestra solicitada.

Para comprobar la relación entre las variables estudiadas los datos recogidos fueron introducidos en una matriz de datos en el programa estadístico SPSS versión 24, posteriormente el análisis de datos se realizó a través de la estadística descriptiva en la que se construyó tablas de contingencia o de tabulación cruzada, en ella se calculó la distribución de frecuencias de una variable para cada una de las categorías o clases en las que se divide la otra variable con la cual se cruza. Los porcentajes para el presente estudio en la tabla cruzada, que expresan frecuencias relativas, se calcularon sobre el total de elementos de la muestra.

La descripción de los datos bivariantes se hizo mediante el gráfico de barras apiladas.

Para el contraste de hipótesis se utilizó la prueba de independencia Chi-cuadrado, esta nos permitió determinar si existe una relación entre dos variables categóricas. Es necesario resaltar que esta prueba nos indica si existe o no una relación entre las variables, pero no indica el grado o el tipo de relación; es decir, no indica el porcentaje de influencia de una variable sobre la otra o la variable que causa la influencia ⁶⁰.

**CAPÍTULO IV:
RESULTADOS.**

4.1 Resultados.

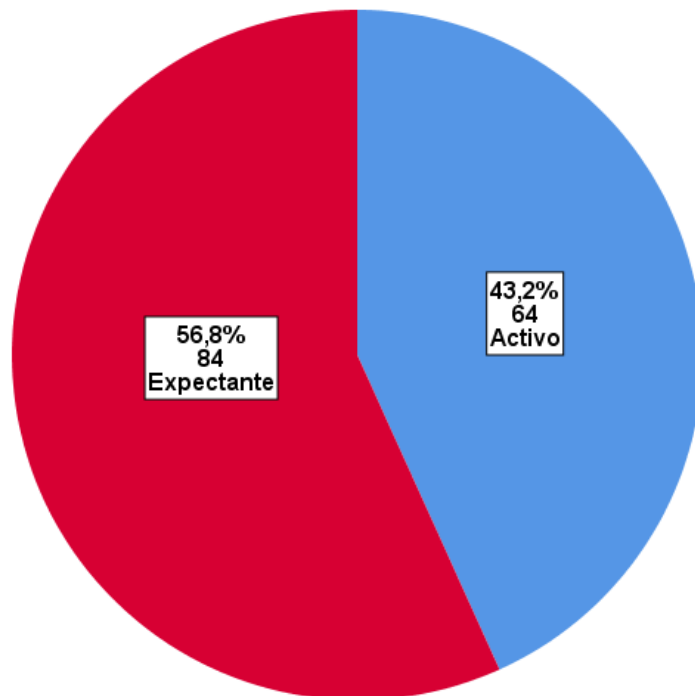
4.1.1 Análisis descriptivo.

Tabla 2.-Tipo de manejo clínico de la ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017.

Manejo clínico	Frecuencia	Porcentaje
Activo	64	43,2
Expectante	84	56,8
Total	148	100,0

Fuente: Historias clínicas de pacientes del HRGDV, Abancay.

Gráfico 1.-Porcentaje del tipo de manejo clínico de la ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017.



Fuente: Historias clínicas de pacientes del HRGDV, Abancay.

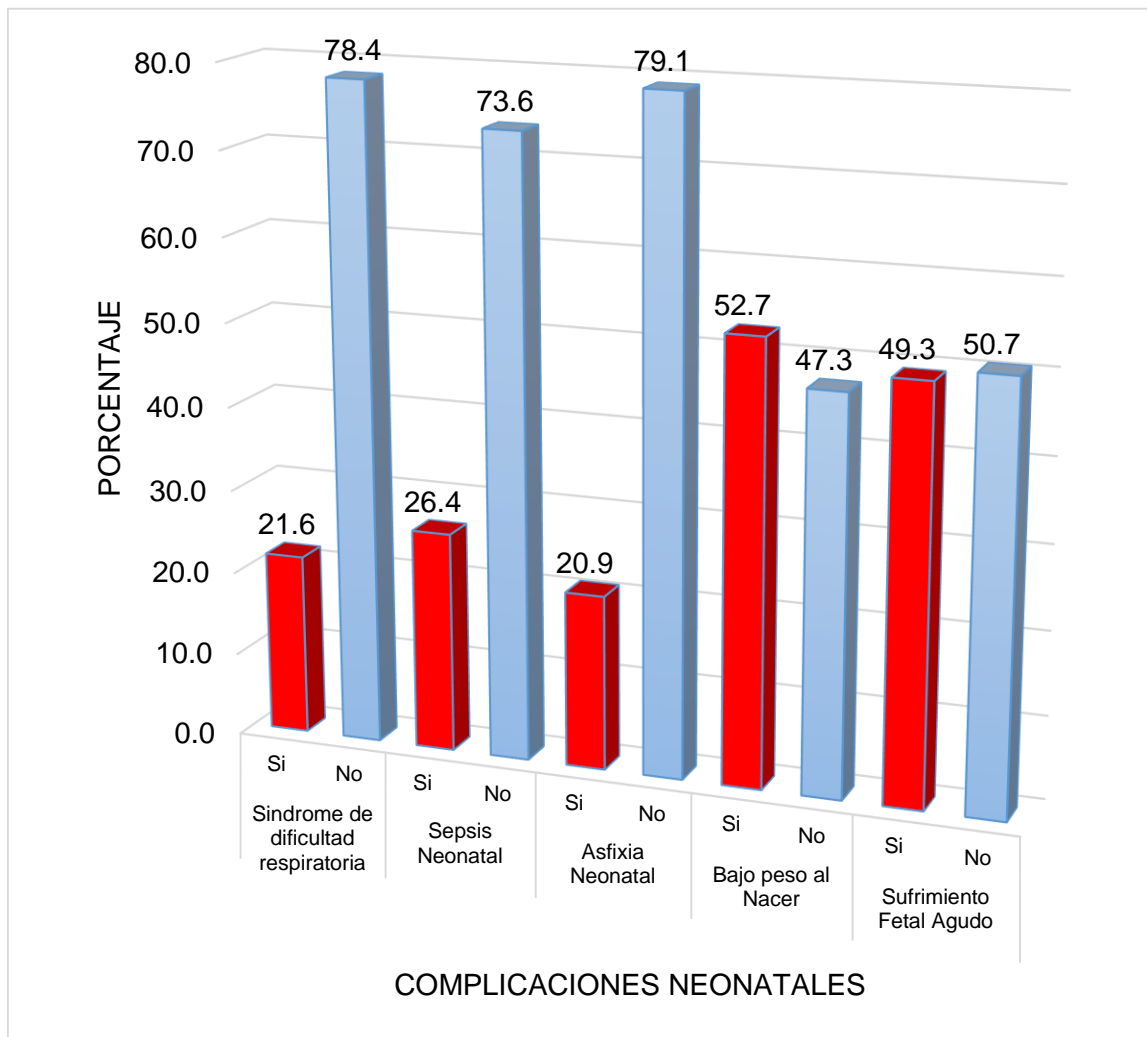
En La tabla 2 y grafico 1, observamos que de un total de 148 mujeres gestantes estudiadas, el mayor porcentaje (56,8 %) tuvieron manejo expectante, mientras que el 43,2% tuvieron manejo activo de la ruptura prematura de membranas.

Tabla 3.-Complicaciones neonatales en gestantes con manejo clínico Activo, expectante de la ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017.

Complicaciones neonatales			Frecuencia	Porcentaje
Síndrome de dificultad respiratoria	Si		32	21,6
	No		116	78,4
Total			148	100,0
Sepsis Neonatal	Si		39	26,4
	No		109	73,6
Total			148	100,0
Asfixia Neonatal	Si		31	20,9
	No		117	79,1
Total			148	100,0
Bajo peso al Nacer	Si		78	52,7
	No		70	47,3
Total			148	100,0
Sufrimiento Fetal Agudo	Si		73	49,3
	No		75	50,7
Total			148	100,0

Fuente: Historias clínicas de pacientes del HRGDV, Abancay.

Gráfico 2.-Porcentaje de complicaciones neonatales en gestantes con manejo clínico de la ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017.



Fuente: Historias clínicas de pacientes del HRGDV, Abancay.

En la tabla 3 y gráfico 2, se observa las complicaciones neonatales que presentaron los recién nacidos de las gestantes que tuvieron ruptura prematura de membranas, así 32 (21.6%) presentaron síndrome de dificultad respiratoria, 39 (26.4%) sepsis neonatal, 31 (20,9%) asfixia neonatal, 78 (52,7%) bajo peso al nacer y 73 (49.3%) sufrimiento fetal agudo.

Tabla 4.-Recién nacidos con síndrome de dificultad respiratoria según tipo de manejo clínico de la ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017.

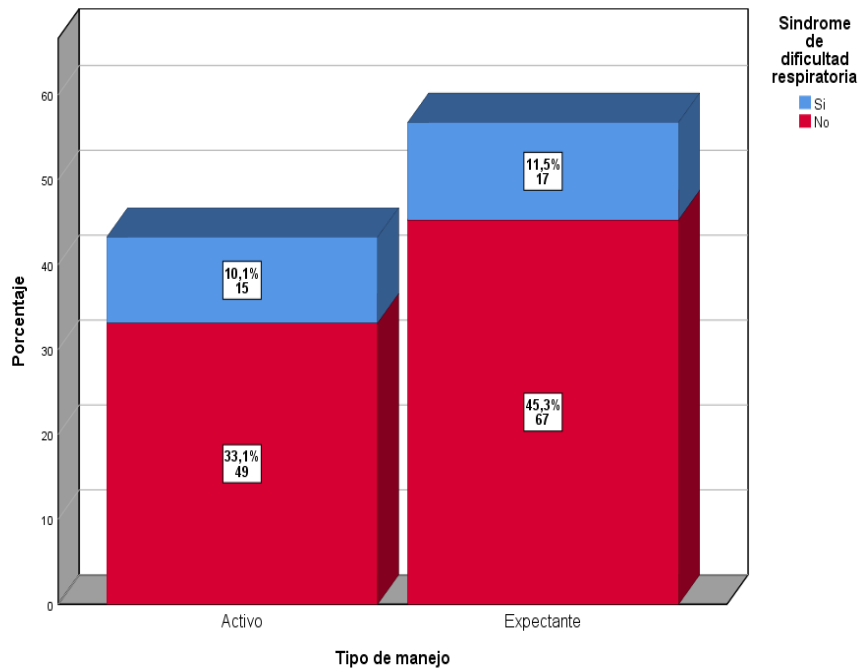
		Síndrome de dificultad respiratoria			
		Si	No	Total	
Tipo de manejo	Activo	Recuento	15	49	64
		% del total	10,1%	33,1%	43,2%
	Expectante	Recuento	17	67	84
		% del total	11,5%	45,3%	56,8%
Total		Recuento	32	116	148
		% del total	21,6%	78,4%	100,0%

Fuente: Historias clínicas de pacientes del HRGDV, Abancay.

En la tabla y grafico referida al manejo clínico de la ruptura prematura de membranas y su relación con el síndrome de dificultad respiratoria, se observa que de 148 gestantes estudiadas, 15 (10.1%) tuvieron manejo clínico activo y sus recién nacidos presentaron síndrome de dificultad respiratoria; mientras que 67 (45.3%) el tipo de manejo clínico fue expectante y sus recién nacidos no presentaron síndrome de dificultad respiratoria.

El análisis de los residuos corregidos estandarizados nos indica que no existe asociación entre las categorías del tipo de manejo clínico con presentar síndrome de dificultad respiratoria.

Gráfico 3.-Porcentaje de recién nacidos con síndrome de dificultad respiratoria según tipo de manejo clínico de la ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017.



Fuente: Historias clínicas de pacientes del HRGDV, Abancay.

En la tabla 4 y gráfico 3 referida al manejo clínico de la ruptura prematura de membranas y su relación con el síndrome de dificultad respiratoria, se observa que de 148 gestantes estudiadas, 15 (10.1%) tuvieron manejo clínico activo y sus recién nacidos presentaron síndrome de dificultad respiratoria; mientras que 67 (45.3%) el tipo de manejo clínico fue expectante y sus recién nacidos no presentaron síndrome de dificultad respiratoria.

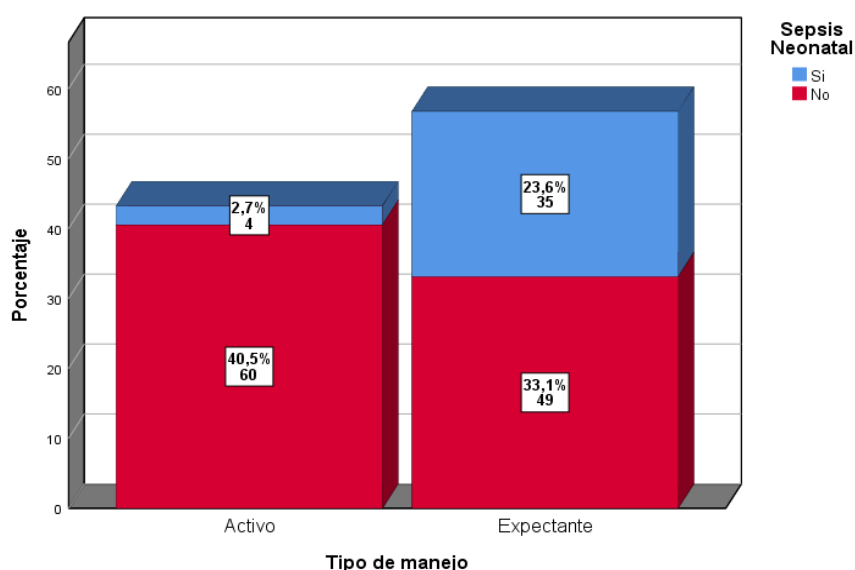
El análisis de los residuos corregidos estandarizados nos indica que no existe asociación entre las categorías del tipo de manejo clínico con presentar síndrome de dificultad respiratoria.

Tabla 5.-Recién nacidos con sepsis neonatal según tipo de manejo clínico de la ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017.

		Sepsis Neonatal			
		Si	No	Total	
Tipo de manejo	Activo	Recuento	4	60	64
		% del total	2,7%	40,5%	43,2%
	Expectante	Recuento	35	49	84
		% del total	23,6%	33,1%	56,8%
Total		Recuento	39	109	148
		% del total	26,4%	73,6%	100,0%

Fuente: Historias clínicas de pacientes del HRGDV, Abancay.

Gráfico 4.-Porcentaje de recién nacidos con sepsis neonatal según tipo de manejo clínico de la ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017.



Fuente: Historias clínicas de pacientes del HRGDV, Abancay.

En la tabla 5 y gráfico 4 referida al manejo clínico de la ruptura prematura de membranas y su relación con la sepsis neonatal, se observa que de 148 pacientes estudiadas, 35 (23.6%) tuvieron manejo clínico expectante y sus recién nacidos presentaron sepsis neonatal; mientras que 60 (40.5%) el tipo de manejo clínico fue activo y sus recién nacidos no presentaron sepsis neonatal.

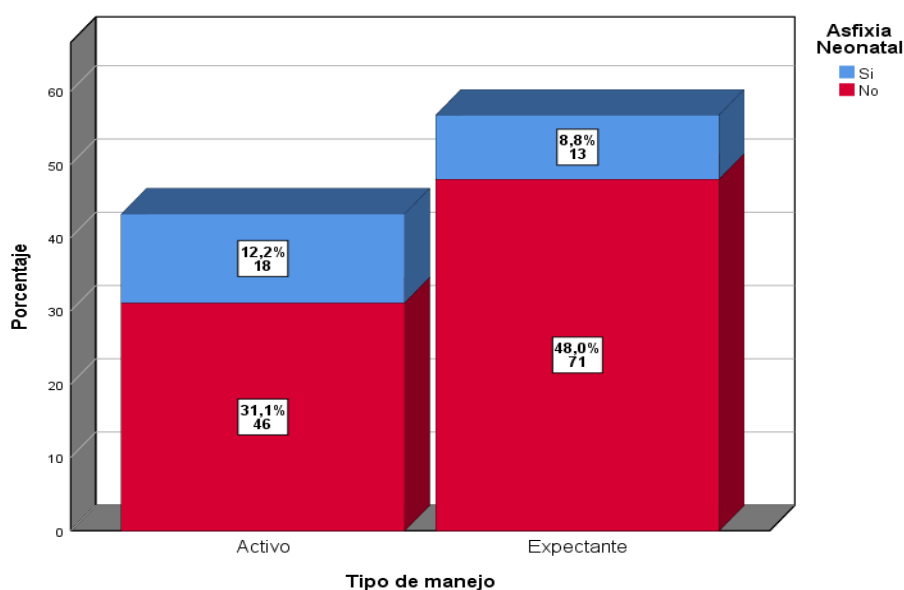
El análisis de los residuos corregidos estandarizados nos indica que existe asociación entre el tipo de manejo clínico expectante con presentar sepsis neonatal.

Tabla 6.-Recién nacidos con asfixia neonatal según tipo de manejo clínico de la ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017.

		Asfixia Neonatal			
		Si	No	Total	
Tipo de manejo	Activo	Recuento	18	46	64
		% del total	12,2%	31,1%	43,2%
	Expectante	Recuento	13	71	84
		% del total	8,8%	48,0%	56,8%
Total		Recuento	31	117	148
		% del total	20,9%	79,1%	100,0%

Fuente: Historias clínicas de pacientes del HRGDV, Abancay.

Gráfico 5.-Porcentaje de recién nacidos con asfixia neonatal según tipo de manejo clínico de la ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017.



Fuente: Historias clínicas de pacientes del HRGDV, Abancay.

En la tabla 6 y gráfico 5 referida al manejo clínico de la ruptura prematura de membranas y su relación con la asfixia neonatal, se observa que de 148 pacientes estudiadas, 18 (12.2%) tuvieron manejo clínico activo y sus recién nacidos presentaron asfixia neonatal; mientras que 71 (48.0%) el tipo de manejo clínico fue expectante y sus recién nacidos no presentaron asfixia neonatal.

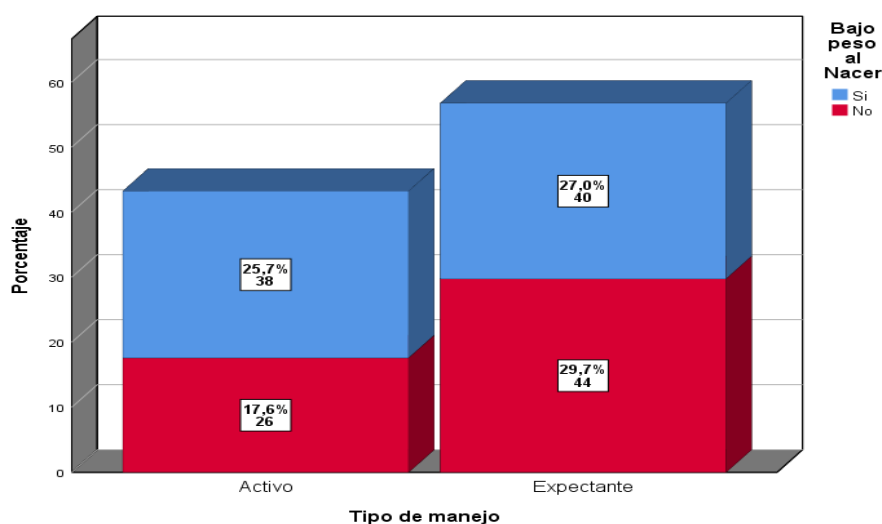
El análisis de los residuos corregidos estandarizados nos indica que no existe asociación entre las categorías del tipo de manejo clínico con presentar asfixia neonatal.

Tabla 7.-Recién nacidos con bajo peso al nacer según tipo de manejo clínico de la ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017.

			Bajo peso al Nacer		Total
			Si	No	
Tipo de manejo	Activo	Recuento	38	26	64
		% del total	25,7%	17,6%	43,2%
	Expectante	Recuento	40	44	84
		% del total	27,0%	29,7%	56,8%
Total		Recuento	78	70	148
		% del total	52,7%	47,3%	100,0%

Fuente: Historias clínicas de pacientes del HRGDV, Abancay.

Gráfico 6.-Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer según tipo de manejo clínico de la ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017.



Fuente: Historias clínicas de pacientes del HRGDV, Abancay.

En la tabla 7 y gráfico 6 referida al manejo clínico de la ruptura prematura de membranas y su relación con el bajo peso al nacer, se observa que de 148 pacientes estudiadas, 38 (25.7%) tuvieron manejo clínico activo y sus recién nacidos presentaron bajo peso al nacer; mientras que 44 (29.7%) el tipo de manejo clínico fue expectante y sus recién nacidos no presentaron bajo peso al nacer.

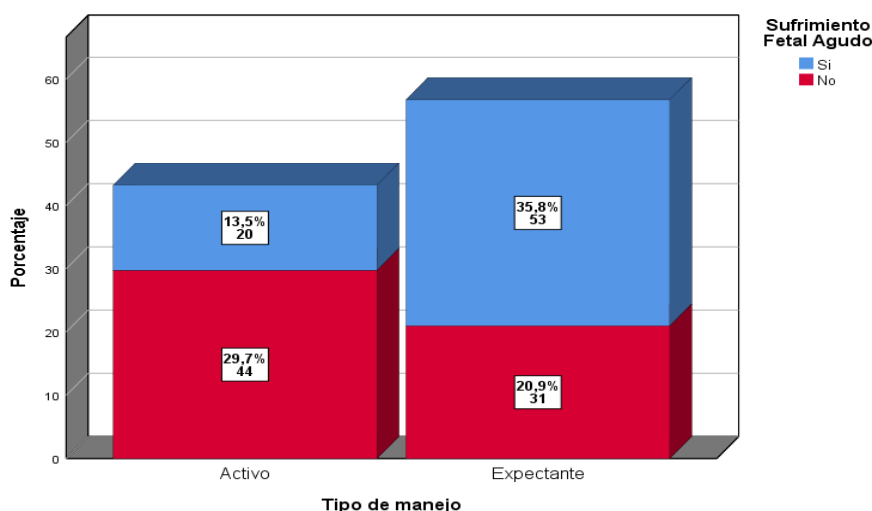
El análisis de los residuos corregidos estandarizados nos indica que no existe asociación entre las categorías del tipo de manejo clínico con presentar recién nacidos con bajo peso.

Tabla 8.-Recién nacidos con sufrimiento fetal agudo según tipo de manejo clínico de la ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017.

		Sufrimiento Fetal Agudo			
		Si	No	Total	
Tipo de manejo	Activo	Recuento	20	44	64
		% del total	13,5%	29,7%	43,2%
	Expectante	Recuento	53	31	84
		% del total	35,8%	20,9%	56,8%
Total		Recuento	73	75	148
		% del total	49,3%	50,7%	100,0%

Fuente: Historias clínicas de pacientes del HRGDV, Abancay.

Gráfico 7.-Porcentaje de recién nacidos con sufrimiento fetal agudo según tipo de manejo clínico de la ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017.



Fuente: Historias clínicas de pacientes del HRGDV, Abancay.

En la tabla 8 y gráfico 7 referida al manejo clínico de la ruptura prematura de membranas y su relación con el sufrimiento fetal agudo, se observa que de 148 gestantes estudiadas, 53 (35.8%) tuvieron manejo clínico expectante y sus recién nacidos presentaron sufrimiento fetal agudo; mientras que 44 (29.7%) el tipo de manejo clínico fue activo y sus recién nacidos no presentaron sufrimiento fetal agudo.

El análisis de los residuos corregidos estandarizados nos indica que existe asociación entre el tipo de manejo clínico expectante con presentar sufrimiento fetal agudo.

4.1.2 Análisis Inferencial.

Hipótesis general.

Formulación de hipótesis.

H₀= El manejo clínico de la ruptura prematura de membranas no se relaciona significativamente con las complicaciones neonatales en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017.

H₁= El manejo clínico de la ruptura prematura de membranas se relaciona significativamente con las complicaciones neonatales en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017.

Nivel de significancia.

Nivel de Significancia (alfa) $\alpha = 0,05$.

Selección del estadístico de prueba.

Chi cuadrado de independencia

Valor de la significancia.

Tabla 9.-Contrastación de hipótesis general.

Complicaciones	Manejo clínico de la ruptura prematura de membranas			
	Valor X ²	Gl	Sig.	
Neonatales	Síndrome de dificultad respiratoria	,219	1	0,639
	Sepsis Neonatal	23,477	1	0,000
	Asfixia Neonatal	3,510	1	0,061
	Bajo peso al Nacer	2,014	1	0,156
	Sufrimiento Fetal Agudo	14,738	1	0,000
Estadísticos globales	32,604	5	0,000	

El valor global del estadístico del contraste es 32,604. El p-valor relacionado a este valor es 0,00. Por lo tanto como el p-valor es menor al nivel de significación planteado (0,05) concluimos que debemos rechazar la hipótesis nula de independencia, y por lo tanto asumir que el manejo clínico de la ruptura prematura de membranas se relaciona significativamente con las complicaciones neonatales en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017.

Hipótesis específica 1

Formulación de hipótesis

H₀= El síndrome de dificultad respiratoria, sepsis neonatal, asfixia neonatal, bajo peso al nacer y el sufrimiento fetal agudo no son las complicaciones neonatales que se relacionan con el manejo clínico expectante de la ruptura prematura de membranas. .

H₁= El síndrome de dificultad respiratoria, sepsis neonatal, asfixia neonatal, bajo peso al nacer y el sufrimiento fetal agudo son las complicaciones neonatales que se relacionan con el manejo clínico expectante de la ruptura prematura de membranas.

Nivel de significancia.

Nivel de Significancia (alfa) $\alpha = 0,05$.

Selección del estadístico de prueba.

Chi cuadrado de independencia

Valor de la significancia.

Tabla 10.-Contrastación de hipótesis específica 2.

Complicaciones		Manejo clínico expectante de la ruptura prematura de membranas		
		Valor X ²	GI	Sig.
Neonatales	Síndrome de dificultad respiratoria	,219	1	0,639
	Sepsis Neonatal	23,477	1	0,000
	Asfixia Neonatal	3,510	1	0,061
	Bajo peso al Nacer	2,014	1	0,156
	Sufrimiento Fetal Agudo	14,738	1	0,000
Estadísticos globales		32,604	5	0,000

Lectura del p-valor

El valor global del estadístico del contraste es 32,604. El p-valor relacionado a este valor es 0,00. Por lo tanto como el p-valor es menor al nivel de significación planteado (0,05) concluimos que debemos rechazar la hipótesis nula de independencia, y por lo tanto asumir que la sepsis neonatal ($p=0,000$) y el sufrimiento fetal agudo ($p=0,000$); son las complicaciones neonatales que se relacionan significativamente con el manejo clínico expectante de la ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017.

4.2 Discusión de resultados.

Los estudios referidos a la ruptura prematura de membranas indican que existen complicaciones neonatales, especialmente las infecciosas que conlleva a un mayor riesgo de mortalidad perinatal, por lo que ante la presencia de esta patología los profesionales encargados de brindar la atención tienen que decidir entre el manejo activo o el conservador, esto depende mucho de las condiciones y características de las pacientes, el tiempo de gestación y el tiempo de ocurrencia del cuadro.

Por lo que nuestro estudio se planteó como hipótesis si el manejo clínico de la ruptura prematura de membranas se relaciona significativamente con las complicaciones neonatales en gestantes atendidas en un hospital público del Ministerio de Salud.

Los resultados de nuestro estudio referente a la relación del manejo clínico de la ruptura prematura de membranas con las complicaciones neonatales, encontró relación significativa ($p= 0,000$), siendo la sepsis neonatal ($p= 0,000$) y el sufrimiento fetal agudo ($p= 0,000$) las que mostraron asociación estadística significativa. Estos resultados son consistentes a lo encontrado por diversos autores ^{16, 18, 19, 20}; quienes concluyen que dichas complicaciones tienen relación directa con la ruptura prematura de membranas. En nuestro estudio las complicaciones neonatales que no mostraron relación estadística significativa con el tipo de manejo clínico fueron el síndrome de dificultad respiratoria ($p= 0,639$), asfixia neonatal ($p= 0,061$) y el bajo peso al nacer ($p= 0,156$)

Así mismo nuestro estudio encontró que las complicaciones neonatales que mostraron asociación con el tipo de manejo clínico expectante fueron la sepsis neonatal y el sufrimiento fetal agudo.

Estos resultados son diferentes a lo reportado por Bravo y Zambrano ¹⁹, quien encuentra que estas complicaciones tienen asociación con el manejo activo.

Considerando que la ruptura prematura de membranas es una urgencia obstétrica, nuestros resultados aportan evidencia local, la misma que puede ser tomada en cuenta por los profesionales de la salud a fin de decidir el manejo clínico más apropiado y evitar las complicaciones en la madre y su producto.

Nuestro estudio presenta algunas limitaciones como el registro inadecuado de datos en la historia clínica, la cual fue superada buscando otras fuentes de información como los registros de ingreso y egreso de la institución hospitalaria.

Finalmente podemos preguntarnos ¿si el manejo clínico expectante de la ruptura prematura de membranas es un factor de riesgo para presentar complicaciones neonatales?

CONCLUSIONES.

De acuerdo al análisis de los resultados de la muestra estudiada se concluye:

1. El manejo clínico expectante de la ruptura prematura de membranas se dio en más de la mitad (56.8%) de mujeres gestantes atendidas.
2. Las complicaciones neonatales presentadas en las mujeres que tuvieron manejo clínico de la ruptura prematura de membranas en orden de frecuencia fueron: bajo peso al nacer, sufrimiento fetal agudo, sepsis neonatal, síndrome de dificultad respiratoria y asfixia neonatal.
3. El manejo clínico de la ruptura prematura de membranas en las mujeres gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay, mostro relación significativa con las complicaciones neonatales.
4. La sepsis neonatal ($p=0,000$) y el sufrimiento fetal agudo ($p=0,000$); fueron las complicaciones neonatales que se relacionaron significativamente con el manejo clínico expectante de la ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay.

RECOMENDACIONES.

1. Se recomienda, al profesional en obstetricia del HRGDV, que valore el riesgo-beneficio de ambos tipos de manejos para la ruptura prematura de membranas, teniendo en cuenta las condiciones maternas y fetales, para disminuir la morbimortalidad materno-neonatal.
2. Registrar datos completos en la historia clínica ya que es la única herramienta de recolección de la información para investigaciones posteriores.
3. Se recomienda realizar otro tipo de investigaciones a los futuros investigadores, dado en mayor tiempo y profundizar el estudio.
4. Se recomienda seleccionar las edades gestacionales para estudios similares a fin de identificar patologías propias de su edad.
5. Concientizar a las gestantes, que asistan a los controles prenatales, periódicamente, puntualmente y con mucha responsabilidad, para que diferencien bien una ruptura de membranas y puedan actuar con rapidez, frente a este signo de alarma accediendo al nosocomio, lo más rápido posible.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. López F, Ordóñez S. Ruptura prematura de membranas fetales: de la fisiopatología hacia los marcadores tempranos de la enfermedad. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2006; 57(4): 279-290. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v57n4/v57n4a07.pdf>
2. Creasy M. Maternal fetal medicine. Premature rupture of membranes. Philadelphia: Saunders: 723-739.
3. Gibbs R, Blanco J. Premature rupture of the membranes. ObstetGynecol. 1982; (60) 6: 671-679. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6755326>
4. Koch M, Seltzer P, Pezzini A, Sciangula M. Rotura prematura de membranas. Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina. 2008; (182): 13-5. Disponible en:
5. Steer P, Flint C. ABC of labour care: preterm labour and premature rupture of membranes. BMJ. 1999; 318(7190): 1059-1062. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1115456/>
6. Mercer B. Preterm premature rupture of the membranes: current approaches to evaluation and management. ObstetGynecolClin North Am. 2005; 32(3): 411-28. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16125041>
7. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología Lima: INMP; 2010.
8. ACOG Practice Bulletin N° 80. Premature rupture of membranes. ObstetGynecol. 2007; 109(4): 1007-1019. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17400872>

9. Naylor SGKHC. Premature rupture of the membranes: an evidence-based approach to clinical. Care. Am J Perinatol. 2001; 18(7): 397-413. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11731894>
10. Rangel E, Andolcetti R. Manejo de rotura prematura de membranas en embarazo a término con cérvix desfavorable. Bol Méd Postgrado. 1998; 14(2): 40-7.
11. Simhan H, Canavan T. Preterm premature rupture of membranes: diagnosis, evaluation and management strategies. BJOG. 2005; 112(1): 32-37. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15715592>
12. Schutte MTP, Kloosterman G, Soepatmi S. Management of premature rupture of membranes: the risk of vaginal examination to the infant. Am J Obstet Gynecol. 1983; 146(4): 395-400. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6859160>
13. Eroiz J, Trejo M, Alvarez M. Conservative management of premature rupture in pregnancy of 28-34 weeks. Aleatory clinical trial. Ginecol Obstet Mex. 1997; (65): 43-47. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9102371>
14. Ortiz F, Rendón M, Bernárdez I, Iglesias J, Arteaga M. Complicaciones neonatales asociadas a la ruptura prematura de membranas amnióticas en recién nacidos de pretérmino. Rev Mex Pediatr. 2014; 81(5): 169-173. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2014/sp145c.pdf>
15. Montaña K. Ruptura prematura de membranas: factores de riesgo y complicaciones obstétricas. [Tesis de pregrado]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas; 2016.
16. Zeledón C, Pérez O. Complicaciones materno perinatales de las embarazadas de las embarazadas Membranas que ingresan a la sala de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Bertha Calderón Roque en el período de enero

a junio del año 2014. [Tesis doctoral]. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Facultad de Ciencias Médicas; 2014.

17. Bravo Y, Zambrano J. Complicaciones materno neonatales de manejo activo versus manejo expectante de la ruptura prematura de membranas en gestantes de 34 a 36 semanas de gestación en el Hospital Nacional María Auxiliadora, de enero a diciembre de 2010. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Wiener, Facultad de Ciencias de la Salud; 2012.
18. Capcha N, Fernández C. Complicaciones maternas y perinatales por ruptura prematura de membranas en embarazo pretérmino en el Hospital Nacional María Auxiliadora, julio de 2011 a junio de 2012. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Wiener, Facultad de Ciencias de la Salud; 2014.
19. Lupa L. Resultados materno perinatales en gestantes con ruptura prematura de membranas en el Centro Materno Infantil César López Silva - Villa el Salvador 2013. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad San Martín de Porres, Facultad de obstetricia y enfermería; 2014.
20. Quispe C. La ruptura prematura de membranas y complicaciones maternas - perinatales en gestantes atendidas en el Hospital Rezola – Cañete 2014. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad San Martín de Porres, Facultad de obstetricia y enfermería; 2016.
21. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive: Guía técnica. Primera ed. Lima: MINSA; 2007.
22. Nava F, Enríquez M, Hernández-Valencia M. Condiciones atribuibles y costos de la morbilidad materno-fetal en pacientes atribuibles y costos de la morbilidad materno-fetal en pacientes semanas de gestación. GinecolObstetMex. 2003; 731: 343-9.

23. Beltrán M, Ávila V, Vadillo O, Hernández G. Infección cervico-vaginal como un factor de riesgo para trabajo pretérmino. *GinecolObstetMex.* 2002; 70: 203-9.
24. Vargas K, Vargas C. Ruptura Prematura de Membranas. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica.* 2014; LXXI (613): 719-723. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/613/art08.pdf>
25. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. *Williams OBSTETRICIA.* Veintitres ed. México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.; 2011.
26. Romero R, Quintero R, Ayarzun E. Intra-amniotic infection and the onset of labor in preterm premature rupture of the membranes. *Am J ObstetGynecol.* 1988; 159 (3): 661-1. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3421266>
27. Medina T, Hill D. Preterm premature rupture of membranes: Preterm premature rupture of membranes. *Am Fam Physician.* 2006; 73 (4): 659-664. Disponible en: <https://www.aafp.org/afp/2006/0215/p659.html>
28. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. *Fundamentos de obstetricia.* Primera ed. Bajo J, Melchor J, Mercé L, editors. Madrid: Grupo ENE Publicidad, S.A.; 2007.
29. Coughy A, Robinson J, Norwitz E. Contemporary Diagnosis and Management of PretermPrematureRupture of Membranes. *Reviews in Ostetrics&Gynecology.* 2008; 1(1): 11-22. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2492588/>
30. Pacheco J. *Ginecología, Obstetricia y Reproducción.* Segunda ed. Lima: Revistas Especializadas Peruanas SAC (REP SAC); 2014.

31. Mongrut A. Tratado de Obstetricia (Normal y Patológica). Quinta ed. Lima; 2011.
32. Vadillo O, Gonzalez A, Karchmer S. Collagen metabolism in premature rupture of amniotic membranes. *ObstetGynecol.* 1990; 75(84-88). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2296428>
33. O'Brien W, Knuppel R, Morales W. Amniotic fluid alpha-antitrypsin concentration in premature rupture of the membranes. *Am J ObstetGynecol.* 1990; 162(3): 756-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2316584>
34. Harger J, Hsing A, Tuomala R. Risk factors for preterm premature rupture of fetal membranes: a multicenter case-control study. *Am J ObstetGynecol.* 1990; 163: 130-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2197863>
35. Locksmith G, Duff P. Infection, antibiotics, and preterm delivery. *Semin Perinatol.* 2001; 25(5): 295-309. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11707017>
36. ACOG. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 80: premature rupture of membranes. Clinical management guidelines for obstetricians-gynecologists. 2007. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17400872>
37. Caughey A, RJ, Norwitz E. Contemporary Diagnosis and Management of Preterm Premature Rupture of Membranes. *Rev in Obstetrics & Gynecology.* 2008; 1(1):11-22. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18701929>
38. Muñoz G, Lévano J, Paredes J. Rotura prematura de membranas en gestantes a término: factores asociados al parto abdominal. *Rev Per*

Gineco&Obstet. 2010; 56: 226-231. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56_n3/pdf/a10v56n3.pdf

39. Veloz M, Bolaños J, Guzmán M, Martínez O, Páez J, Hernández M. Manejo activo de la rotura prematura de membranas en embarazos de 34 a 37 semanas. *GinecolObstetMex.*2006; 74: 252-9.
40. Naylor S, Gregory K, Hobel C. Premature rupture of the membranes: an evidence-based approach to clinical care. *Am J Perinatol.* 2001; 18(7): 397-413. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11731894>
41. Dare M, Middleton P, Crowther C, Flenady V. Planned early birth versus expectant management (waiting) for pre labour rupture of the membranes at term (37 weeks or more). *Cochrane Data base of Systematic Reviews.* 2006. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16437525>
42. Goldstein I. Conducta fetal en la rotura prematura de membranas antes del término. *ClinPerin.*1998; 16: 118-197.
43. Bourgeois F, Harbert G, Andersen WSJ, Hendrickx K. Early versus late tocolytic treatments for preterm membrane rupture. *Am J ObstetGynecol.*1988; 159: 742-8.
44. Meis P, Ernest J, Moore M. Causes of low birthweight births in public and private patients. *Am J ObstetGynecol.*1987; 156(5): 1165-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3578431>
45. Gibbs RBJ. Premature rupture of the membranes. *ObstetGynecol.*1982; 60(6): 671-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6755326>
46. Romero RGAMMBE. Microbial invasion of the amniotic cavity in premature rupture of membranes. *ClinObstetGynecol.* 1991; 4: 769-78.

47. Gómez R, Ghezzi R, Romero R, Muñoz H, Tolosa J, Gómez R, et al. Premature labor and intra-amniotic infection. *Clin Perinatol*. 1995; 22(2): 281-342. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7671540>
48. Gómez R, Romero R, Ghezzi F, Yoon B, Mazor M, Berry S. The fetal inflammatory response syndrome. *Am J Obstet Gynecol*. 1998; 179(1): 194-202. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9704787>
49. Coto G, Ibáñez F. Protocolo diagnóstico-terapéutico de la sepsis neonatal. *Bol Pediatr*. 2006; 46: 125-34.
50. Lee M, Davies J, Guinn D, Sullivan L, Atkinson W, McGregor S. Dosis única versus repetida de corticoides antenatales en rotura Prematura de Membranas de Pretérmino. *Obstet Gynecol*. 2004; 103(2): 274-81. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000200013
51. Suárez J, Gutiérrez M, Noorani A, Gaibor V. La rotura prematura de membranas pretérmino y su relación con las consecuencias maternas y perinatales. *Acta Médica del Centro* [Internet]. 2016; 10(3). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=66543>
52. Vázquez J, Vázquez J, Rodríguez P. Epidemiología de la rotura prematura de membranas en un hospital Gineco-Obstétrico. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2003; 29; 2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2003000200003
53. López F, Meritano J, Da-Representação C, Licudis M, Romano A, Valenti EE. Síndrome de dificultad respiratoria neonatal: comparación entre cesárea programada y parto vaginal en un recién nacido de término. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá* [Internet]. 2006; 25(3). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/912/91225303.pdf>

54. Ganfong A, Nieves A, Simonó N, González J, Ferreiro L, Díaz M. Influencia de la rotura prematura de membranas en algunos resultados perinatales: Hospital General Docente Dr. Agostinho Neto. RevCubanaObstetGinecol [Internet]. 2007; 33(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000200003
55. Argimon J, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Cuarta ed. Barcelona: ElsevierEspaña, S.L.; 2013.
56. Hernández R; Fernández C; Baptista M. Metodología de la investigación. Sexta ed. Rocha M, editor. Mexico D.F.: McGRAW-HILL/Interamericana editores. S.A. de C.V.; 2014.
57. Salkind N. Métodos de investigación México: Prentice-Hall; 1998.
58. Latorre A, Rincón D, Arnal J. Bases metodológicas de la investigación educativa. Barcelona: Ediciones Experiencia; 2003.
59. Supo J. Seminarios de Investigación Científica: Metodología de la Investigación para las Ciencias de la Salud. Primera ed. Lima: Bioestadístico EIRL; 2012.
60. Monge J, Ángel J. Estadística no paramétrica: Prueba chi-cuadrado; s/f.

ANEXOS

Matriz de consistencia.

TITULO: MANEJO CLÍNICO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MENBRANAS Y SU RELACION CON LAS COMPLICACIONES NEONATALES EN GESTANTES ATENDIDAS EN HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA-ABANCAY, 2017.

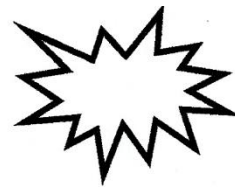
PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS GENERAL	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICE	METODO
¿Cuál es la relación del manejo clínico de la ruptura prematura de membranas con las complicaciones neonatales en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017?	Determinar la relación del manejo clínico de la ruptura prematura de membranas con las complicaciones neonatales en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017.	El manejo clínico de la ruptura prematura de membranas se relaciona significativamente con las complicaciones neonatales en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017.	VARIABLE INDEPENDIENTE Manejo clínico de la ruptura prematura de membranas.	Manejo Clínico	1. Manejo Activo 2. Manejo Expectante	↑ Inducción ↑ Cesárea ↓ Evolución espontánea.	Tipo: Básica, observacional, retrospectiva, transversal, analítica. Nivel: correlacional Diseño: No experimental transeccional correlacional Método: cuantitativo deductivo Población: 148 casos de RPM Muestra: Total de la población. Tipo de muestreo: No probabilístico. Técnicas: Revisión documental Instrumento: Ficha de recolección de datos Estadística: Estadística descriptiva a través de cuadros de distribución de frecuencias, cuadros de contingencia gráficos de barras simples y apiladas, contraste de hipótesis con técnica estadística no paramétrica a través del Chi cuadrado de independencia con un nivel de significancia de 0.05
PROBLEMA ESPECIFICO	OBJETIVO ESPECIFICO	HIPOTESIS ESPECIFICA	VARIABLE DEPENDIENTE				
1) ¿Cómo es el manejo clínico de la ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017? 2) ¿Cuál es la frecuencia de complicaciones neonatales que presentan las gestantes con manejo clínico de la ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017? 3) ¿Con que complicaciones neonatales se relacionan el manejo clínico expectante de la ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017?	1) Caracterizar el manejo clínico de la ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017. 2) Describir la frecuencia de complicaciones neonatales que presentan las gestantes con manejo clínico de la ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017 3) Identificar las complicaciones neonatales que se relacionan con el manejo clínico expectante de la ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay, 2017.	El síndrome de dificultad respiratoria, sepsis neonatal, asfixia neonatal, bajo peso al nacer y el sufrimiento fetal agudo son las complicaciones neonatales que se relacionan con el manejo clínico expectante de la ruptura prematura de membranas.	VARIABLE DEPENDIENTE Complicaciones - Neonatal	Neonatales	> Síndrome de dificultad Respiratoria > Sepsis neonatal > Asfixia neonatal > Bajo peso al nacer > Sufrimiento fetal agudo.	SI NO SI NO SI NO SI NO SI NO	

MINISTERIO DE SALUD
 HUGO SANTOS VARGAS
 OBSTRA COP 4225

Dr. Wilson J. Mollocondo Flores
 INGENIERO ESTADÍSTICO
 CIP - 64611

UNIVERSIDAD ALBERTO HURTADO
 ESP. SOCIO PSIC. HUACANCA
 COORDINADOR DE LA EPIDEMIOLOGIA

FICHA N°



MANEJO CLÍNICO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y SU RELACIÓN CON LAS COMPLICACIONES NEONATALES EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA, 2017.



Instrucciones: El llenado de las fichas de recolección de datos será en base a los registros que se encuentran en la historia clínica de cada paciente, el llenado debe ser correctamente tal como se encuentra en ella, no se permite borrar los datos.

Fecha de obtención de datos:.....

I: CARACTERISTICAS GENERALES

✚ Edad Materna

II: TIPO DE MANEJO:

M. ACTIVO	
1.- Inducción	<input type="checkbox"/>
2.- Cesárea	<input type="checkbox"/>



M, EXPECTANTE	
3.- Evolución espontanea	<input type="checkbox"/>

III: PERSONAL ENCARGADO DEL MANEJO:

1.- Gineco - Obstetra	<input type="checkbox"/>
2.- Obstetra	<input type="checkbox"/>
3.- Med. Residente	<input type="checkbox"/>

IV: COMPLICACIONES NEONATALES:

- 1. SDR
- 2. Sepsis Neonatal
- 3. Asfixia Neonatal
- 4. Bajo peso al Nacer
- 5. Sufrimiento Fetal Agudo.

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA - HUANCA
Marta Copo Mamani
OBSTETRA
C.O.P. N° 13133

Ysela M. Cárdenas Raymond
OBSTETRA
C.O.P. N° 13133

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAY
Dr. Est. Saavedra Tello Huancanca
ORIGINADOR DE LA EA EP ESTOMATOLOGIA



VALIDEZ DE CONTENIDO: JUICIO DE EXPERTOS

Señor(a) Obstetra..... Dr. Sosimo Tello Huarancca

Sírvase validar la presente ficha de recolección de datos del proyecto de tesis titulado "MANEJO CLÍNICO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y SU RELACION CON LAS COMPLICACIONES NEONATALES EN GESTANTES ATENDIDAS EN HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA-ABANCAY, 2017."

CRITERIOS	ESCALA DE VALORACION	
	Favorable (1 punto)	Desfavorable (0 puntos)
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	1	
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	1	
3. La estructura del instrumento es adecuada	1	
4. Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formuladas. (claras y entendibles)	1	
5. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la operacionalización de la variable	1	
6. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	1	
7. Las categorías de cada pregunta (variables) son suficientes	1	
8. El número de ítems (preguntas) es adecuado para su aplicación	1	


 UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
 HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA-ABANCAY
 Dr. Esp. Sosimo Tello Huarancca
 COORDINADOR DE LA CLÍNICA GINECOESTOMATOLOGÍA



VALIDEZ DE CONTENIDO: JUICIO DE EXPERTOS

Señor(a) Obstetra..... Ysela M. Cárdenas Raymondi.....

Sírvase validar la presente ficha de recolección de datos del proyecto de tesis titulado "MANEJO CLÍNICO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y SU RELACION CON LAS COMPLICACIONES NEONATALES EN GESTANTES ATENDIDAS EN HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA- ABANCAY, 2017."

CRITERIOS	ESCALA DE VALORACION	
	Favorable (1 punto)	Desfavorable (0 puntos)
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	1	
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	1	
3. La estructura del instrumento es adecuada	1	
4. Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formuladas. (claras y entendibles)	1	
5. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la operacionalización de la variable	1	
6. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	1	
7. Las categorías de cada pregunta (variables) son suficientes	1	
8. El número de ítems (preguntas) es adecuado para su aplicación	1	



 Ysela M. Cárdenas Raymondi
 OBSTETRA
 C.O.P. N° 13133

VALIDEZ DE CONTENIDO: JUICIO DE EXPERTOS

Señor(a) Obstetra..... María Ccapa Mamani.....

Sírvase validar la presente ficha de recolección de datos del proyecto de tesis titulado "MANEJO CLÍNICO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y SU RELACION CON LAS COMPLICACIONES NEONATALES EN GESTANTES ATENDIDAS EN HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA-ABANCAY, 2017."

CRITERIOS	ESCALA DE VALORACION	
	Favorable (1 punto)	Desfavorable (0 puntos)
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	1	
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	1	
3. La estructura del instrumento es adecuada	1	
4. Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formuladas. (claras y entendibles)	1	
5. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la operacionalización de la variable	1	
6. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	1	
7. Las categorías de cada pregunta (variables) son suficientes	1	
8. El número de ítems (preguntas) es adecuado para su aplicación	1	


 HOSPITAL REGIONAL "GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA" - ABANCAY
 María Ccapa Mamani
 OBSTETRA
 C.O.P. 6963

OFICIO NRO. 29 - 2018UAP-EAP ESTO/SEC

Abancay 26 de Mayo del 2018

Señor : Dr. JORGE PONCE JUAREZ
DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA
ABANCAY.
CARGO A : Jefa de capacitación Lic. Dina Peña
Asunto : Solicita Autorización para desarrollo de trabajo de campo.

Me dirijo a Ud. para saludarlo cordialmente y a la vez **SOLICITARLE** autorización para que la Bachiller de Obstetricia MARIBEL GARIBAY HEREDIA, REALICE SU TRABAJO DE TESIS "MANEJO CLINICO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y SU RELACION CON LAS COMPLICACIONES NEONATALES EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA, 2017 ", agradeciéndole de antemano la predisposición para la realización de trabajos de investigación.

Hago propicio para expresarles mis saludos y alta estima personal, agradeciéndole por anticipado y esperando la respuesta de lo solicitado.

Atte.


UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FILIA ABANCAY
Lic. Dina Peña
COORDINADORA DE LA EAP DE GINECOLOGIA

HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA

CONSTANCIA DE RECOPIACION DE DATOS


El que suscribe, Jefe de la Unidad de Estadística e Informática del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, Distrito de Abancay; Provincia Abancay. Departamento Apurímac.

HACE CONSTAR:

Que, la Sra. MARIBEL GARIBAY HEREDIA, ha realizado la recopilación de datos para el trabajo de tesis de acuerdo al documento de referencia OFICIO NRO. 29-2018UAP-EAP ESTO/SEC, que a la fecha dicha actividad se da por concluida.

Se le expide la presente constancia a solicitud de la parte interesada para los fines y usos que crea por conveniente.

Abancay, 31 de Julio del 2018.


Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega
ABANCAY
Ing. Elvis C. Gamero Rosada
Jefe de Estadística e Informática



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

“Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional”

INFORME ANTIPLAGIO Nro.01-2018-ST-GT-D-FMHvCS-UAP

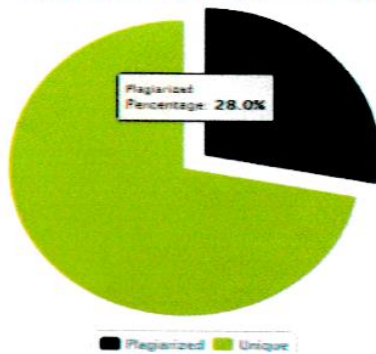
A : DR. ESP. SOSIMO TELLO HUARANCCA
COORDINADOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE
ESTOMATOLOGIA
DE : ING. EIDER LEÓN CONDORCUYA
ASUNTO : INFORME ANTI PLAGIO BACHILLER GARIBAY HEREDIA MARIBEL
FECHA : 18 DE SETIEMBRE 2018

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. Con la finalidad de saludarlo cordialmente y así mismo remitir el informe de aprobación del antiplagio con level 5 dando como resultado 25% de plagio, tema **MANEJO CLÍNICO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y SU RELACIÓN CON LAS COMPLICACIONES NEONATALES EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA, ABANCAY, 2017**, presentado por la bachiller en Obstetricia **GARIBAY HEREDIA MARIBEL** la cual tiene el calificativo **APTO** para su sustentación y se eleve el presente informe para que siga el trámite correspondiente.

Sin otro particular, me despido.

Atentamente:

PlagiarismCheckerX Summary Report



Plagiarism Checker X Originality Report



Plagiarism Quantity: 28% Duplicate

Date	indef: septiembre 18, 2018
Words	3976 Plagiarized Words / Total 13951 Words
Sources	Show that 100 Sources Identified
Remarks	Medium Plagiarism Detected - Your Document needs selective improvement



Eider Leon Condorcuya
Eider Leon Condorcuya
ING. SISTEMAS E INFORMÁTICA
C.I.P. 195541



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

“Año del Diálogo y Reconciliación Nacional”

INFORME METODOLÓGICO Nro.56-2018-ST-GT-D-FMHyCS-UAP

A : DR. ESP. SOSIMO TELLO HUARANCCA
COORDINADOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE
ESTOMATOLOGÍA

DE : DR. ESP. SOSIMO TELLO HUARANCCA
DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS ASESOR
METODOLÓGICO DEL CURSO TALLER DE TESIS

ASUNTO : INFORME DE TESIS DEL GARIBAY HEREDIA MARIBEL

FECHA : 28 DE SETIEMBRE DEL 2018

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. Con la finalidad de saludarlo cordialmente y así mismo remitir el informe de aprobación de tesis, como asesor del área temática con el tema de **“MANEJO CLÍNICO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y SU RELACIÓN CON LAS COMPLICACIONES NEONATALES EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAS DE LA VEGA, ABANCAY, 2017”**, presentado por la bachiller en Obstetricia, **GARIBAY HEREDIA MARIBEL**, la cual tiene el calificativo **APTO** para su sustentación y se eleve el presente informe para que siga el trámite correspondiente.

Sin otro particular, me despido.

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
Dr. Esp. Sosimo Tello Huarancca
COORDINADOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

DR. ESP. SOSIMO TELLO HUARANCCA



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

“Año del Diálogo y Reconciliación Nacional”

INFORME TEMÁTICO Nro.57-2018-ST-GT-D-FMHyCS-UAP

A : DR. ESP. SOSIMO TELLO HUARANCCA
COORDINADOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE
ESTOMATOLOGIA

DE : MAG. HUGO GUILLERMO SANTOS VARGAS
DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS ASESOR
TEMATICO DEL CURSO TALLER DE TESIS

ASUNTO : INFORME DE TESIS DEL BACHILLER GARIBAY HEREDIA
MARIBEL

FECHA : 29 DE SETIEMBRE 2017

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. Con la finalidad de saludarlo cordialmente y así mismo remitir el informe de aprobación de tesis, como asesor del área metodológica con el tema de **“MANEJO CLÍNICO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y SU RELACIÓN CON LAS COMPLICACIONES NEONATALES EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA, ABANCAY, 2017”**, presentado por el bachiller en Obstetricia, **GARIBAY HEREDIA MARIBEL**, la cual tiene el calificativo **APTO** para su sustentación y se eleve el presente informe para que siga el trámite correspondiente.

Sin otro particular, me despido.

MINISTERIO DE SALUD
Vargas
HUGO SANTOS VARGAS
OBSTETRA COP 4225

MAG. HUGO GUILLERMO SANTOS VARGAS



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

“Año del Diálogo y Reconciliación Nacional”

INFORME ESTADISTICO Nro.55-2018-ST-GT-D-FMHyCS-UAP

A : DR. ESP. SOSIMO TELLO HUARANCCA
COORDINADOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE
ESTOMATOLOGIA

DE : ING. WILSON J. MOLLOCONDO FLORES
DOCENTE DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS ASESOR
ESTADÍSTICO

ASUNTO : INFORME DE TESIS DEL BACHILLER MARIBEL GARIBAY HEREDIA

FECHA : 27 DE SETIEMBRE DEL 2018

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. Con la finalidad de saludarlo cordialmente y así mismo remitir el informe de aprobación de tesis, como asesor del área estadística con el tema: **“MANEJO CLÍNICO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y SU RELACIÓN CON LAS COMPLICACIONES NEONATALES EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA, ABANCAY,2017”**, presentado por la bachiller en Obstetricia, **MARIBEL GARIBAY HEREDIA** la cual tiene el calificativo **APTO** para su sustentación y se eleve el presente informe para que siga el trámite correspondiente.

Sin otro particular, me despido.

Atentamente

UNIVERSIDAD NACIONAL
MICAELA BASTIDAS DE APURIMAC

Dr. Wilson J. Mollocondo Flores
DOCENTE

ING. WILSON J. MOLLOCONDO FLORES

Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista

Cortar Copiar Copiar formato Portapapeles

Cambria 14 Fuente

Ajustar texto Combinar y centrar

General Número

Formato condicional Estilos Dar formato como tabla Estilos de celda

Insertar Eliminar Formato Celdas

Autosuma Rellenar Borrar Ordenar y filtrar Buscar y seleccionar Modificar

D1		V2: Complicaciones Neonatales																			
V1: Manejo clínico RPM			V2: Complicaciones Neonatales																		
N° Ficha	Tipo de mane	Personal encarg	SDR	Sepsis Neonat	Asfixia Neonat	Bajo peso al Na	Sufrimiento Fetal	Agudo													
1	3	2	2	1	2	2	1	1													
2	3	2	1	2	2	1	2	1													
3	3	2	2	2	2	1	1	1													
4	2	1	1	2	2	2	1	1													
5	3	2	2	2	2	2	2	1													
6	4	1	1	2	2	1	2	1													
7	5	2	2	2	2	2	2	1													
8	6	1	2	2	2	1	2	1													
9	7	3	2	1	1	2	1	2													
10	8	3	2	2	1	2	2	1													
11	9	3	2	1	2	2	1	2													
12	10	1	2	2	2	1	2	1													
13	11	3	2	2	1	2	1	1													
14	12	3	2	1	1	2	1	1													
15	13	2	1	1	2	2	1	1													
16	14	3	2	2	2	1	2	2													
17	15	2	1	2	2	1	2	1													
18	16	2	1	2	2	2	1	2													
19	17	3	2	2	2	2	2	1													
20	18	3	2	2	1	2	1	1													
21	19	3	2	2	2	2	2	1													
22	20	2	1	2	2	2	1	2													
23	21	3	3	1	2	1	1	2													
24	22	3	2	2	2	2	1	1													
25	23	1	2	2	2	2	1	2													
26	24	1	2	2	2	2	2	1													
27	25	2	1	2	2	1	1	2													
28	26	3	2	1	1	2	1	1													
29	27	1	2	2	2	2	1	2													
30	28	1	2	2	2	1	2	1													
31	29	3	2	2	1	2	1	1													
32	30	1	2	2	2	2	2	2													
33	31	2	1	1	1	2	1	2													
34	32	1	2	2	2	2	2	1													
35	33	3	2	2	1	2	2	1													
36	34	3	2	2	1	2	1	2													
37	35	3	2	2	1	2	2	1													
38	36	3	2	2	1	2	2	1													
39	37	3	2	2	2	1	2	1													
40	38	3	2	1	2	2	1	1													
41	39	2	1	2	2	1	2	1													
42	40	1	2	2	2	2	1	2													

Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista

Cortar Copiar Pegar Copiar formato Portapapeles

Cambria 14 Fuente

Ajustar texto Alineación Combinar y centrar

General Número

Formato condicional Dar formato como tabla Estilos de celda Estilos

Insertar Eliminar Formato Celdas

Autosuma Rellenar Borrar Ordenar y filtrar Buscar y seleccionar Modificar

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U
43	41	1	2	2	2	1	2	2													
44	42	2	1	1	2	2	1	2													
45	43	2	1	2	2	2	1	2													
46	44	2	1	1	2	1	1	2													
47	45	2	1	2	2	2	1	1													
48	46	3	2	2	1	2	2	1													
49	47	3	2	2	2	1	1	2													
50	48	3	2	2	2	2	2	1													
51	49	1	2	2	2	2	1	1													
52	50	3	2	2	1	2	1	1													
53	51	3	2	2	1	2	1	2													
54	52	1	2	2	2	2	1	2													
55	53	3	2	2	2	2	1	2													
56	54	3	2	2	2	2	1	2													
57	55	2	1	1	2	2	1	2													
58	56	3	1	2	1	2	1	1													
59	57	3	2	2	1	2	2	1													
60	58	3	2	1	2	2	1	2													
61	59	3	2	1	2	2	1	2													
62	60	3	2	1	1	2	1	1													
63	61	3	2	2	2	2	2	1													
64	62	3	2	1	2	2	1	2													
65	63	3	2	2	2	2	2	2													
66	64	2	1	2	2	1	1	2													
67	65	3	2	2	2	2	1	2													
68	66	3	2	2	2	1	2	1													
69	67	1	2	2	2	2	2	2													
70	68	3	2	2	1	2	2	1													
71	69	2	1	1	2	2	1	2													
72	70	3	1	1	1	2	1	2													
73	71	2	1	1	2	2	1	2													
74	72	3	2	1	1	2	1	2													
75	73	3	2	2	2	1	2	1													
76	74	2	1	2	1	2	1	1													
77	75	2	1	2	2	1	2	2													
78	76	3	2	2	2	1	2	1													
79	77	3	2	2	1	2	2	2													
80	78	3	2	2	2	2	2	1													
81	79	3	2	2	1	2	2	1													
82	80	1	2	2	2	1	2	2													
83	81	3	2	2	2	2	1	1													
84	82	3	2	2	2	2	2	2													
85	83	2	2	2	2	2	1	1													

Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista

Cortar Copiar Pegar Copiar formato

Portapapeles

Cambria 14 Fuente

Ajustar texto Combinar y centrar Alineación

General Número

Formato condicional Dar formato como tabla Estilos de celda Estilos

Insertar Eliminar Formato Celdas

Autosuma Rellenar Borrar Ordenar y filtrar Buscar y seleccionar Modificar

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U
109	107	1	2	2	2	1	2	2													
110	108	2	1	1	2	2	1	2													
111	109	3	2	2	1	2	1	1													
112	110	2	1	1	2	2	1	1													
113	111	3	2	2	1	2	2	2													
114	112	3	2	2	2	2	2	1													
115	113	3	2	2	2	2	2	1													
116	114	1	2	2	2	2	1	2													
117	115	3	2	2	2	1	2	2													
118	116	3	2	2	2	2	1	2													
119	117	2	1	2	2	2	1	2													
120	118	3	2	2	2	2	2	1													
121	119	3	2	2	1	2	2	1													
122	120	3	2	2	2	1	2	2													
123	121	2	1	1	2	2	1	2													
124	122	2	1	2	2	2	2	1													
125	123	3	2	2	1	2	1	1													
126	124	1	2	2	2	2	1	2													
127	125	3	2	2	2	2	2	1													
128	126	3	2	2	2	1	2	1													
129	127	1	2	2	2	2	2	1													
130	128	3	2	2	1	2	2	2													
131	129	3	2	1	2	2	1	2													
132	130	2	1	1	2	2	1	2													
133	131	2	1	2	2	2	1	2													
134	132	2	1	2	2	1	1	2													
135	133	1	2	2	2	2	1	2													
136	134	2	1	2	2	2	2	1													
137	135	3	2	2	1	2	1	1													
138	136	1	2	2	2	2	1	2													
139	137	1	2	2	2	2	2	2													
140	138	1	2	2	2	2	2	1													
141	139	3	3	2	1	2	2	1													
142	140	3	2	2	2	1	2	1													
143	141	2	1	1	2	1	1	2													
144	142	2	1	1	2	2	1	2													
145	143	1	2	2	2	2	1	2													
146	144	1	2	2	2	2	2	1													
147	145	2	1	2	2	2	1	2													
148	146	3	2	2	2	2	1	1													
149	147	1	2	2	2	1	2	2													
150	148	3	2	2	2	2	1	2													

GALERIA DE FOTOS





