



**UAP**

**UNIVERSIDAD  
ALAS PERUANAS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**TESIS**

**"FACTORES GINECO-OBSTETRICOS E INFECCIOSOS  
ASOCIADOS CON ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS  
EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL  
GUILLERMO DÍAZ DE LA VEGA DURANTE EN EL PERIODO  
DE ENERO A AGOSTO 2016"**

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

**PRESENTADO POR LA BACHILLER:  
NADIA LAVINIA CALLALLI MERINO**

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

**Abancay, Perú - 2017**

## **DEDICATORIA**

A Dios por darme la fortaleza y guía en cada momento de mi vida, porque me permite llegar a cada meta trazada.

A mis amados padres (SUSANA Y CAYO EFERIN), quienes no sólo me brindaron amor sino también su apoyo, comprensión, sacrificio y confianza incondicional en todos estos años de estudio, porque me enseñaron el camino correcto, todo lo que soy es gracias a ellos.

A mis queridos hijos (Frank George, Aylet Amira) por ser mis mayores motivos y motor para alcanzar mis metas

A todos espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

## **AGRADECIMIENTO**

Mi agradecimiento sincero a Dios por permitirme finalizar esta etapa de mi vida de la mejor manera posible, dotándome de sabiduría y fortaleza para poder superar las adversidades presentadas en el camino, que fueron solucionadas con éxito.

A la Universidad Alas Peruanas, y en especial a los docentes de la carrera profesional de Obstetricia, quienes aportaron con conocimientos y moldearon mi perfil profesional.

A mi compañero de vida José palomino por ser mi apoyo incondicional, por estar hay siempre alimentándome para seguir con mis objetivos.

A mis padres y familiares en general, por el apoyo brindado, disciplina y amor, que han demostraron en cada momento estando orgullosos de mí persona y esto fue un incentivo para lograr los objetivos propuestos.

Finalmente agradecemos a todas las personas que de una u otra manera colaboraron con la culminación de esta tesis.

## RESUMEN

La rotura prematura de membranas (RPM) es la solución de continuidad de las membranas ovulares que permite la salida de líquido amniótico desde las 22 semanas de gestación y antes del inicio del trabajo de parto. Existen diversos factores de riesgo tanto maternos como fetales asociados a esta patología

**Objetivo:** el presente trabajo fue Determinar los factores gineco-obstetricos e infecciosos de riesgo asociados con rotura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de enero a agosto 2016.

**Materiales y métodos:** Estudio no experimental, descriptivo correlacional, retrospectivo transversal con una población que está conformado por 120 gestantes con el diagnóstico y sin el diagnóstico de rotura prematura de membranas, mediante la revisión de las historias clínicas, el traslado de datos fue a una ficha de recolección e ingreso de estos al programa de SPSS versión 23.0

**Resultados:** Del estudio, análisis y discusión de los resultados establecido

Las variables gineco- obstétricas asociados a la rotura prematura de membranas, fueron: fundamentalmente las relacionadas con el antecedente de rotura prematura de membrana el 87.5%; edad gestacional 68.8 % son a términos, número de gestas el 54.7 % son primigestas; y los factores infecciosos: infección del tracto urinario el 34.4 % son cistitis y pielonifritis; infección e cervico-vaginal el 54.7% manifiesta candidiasis, y el 31.3 % es tricomoniasis; registrados en las historias clínicas

**Conclusión:** Existe una relación significativa entre la rotura prematura de membranas y los factores gineco- obstétricos e infecciosos en gestantes atendidas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega de enero a agosto del 2016.

**Palabras Clave:** rotura prematura de membranas y factores de riesgo

## **ABSTRACT**

The premature rupture of membranes (RPM) is the solution of continuity of the ovular membranes that allows the exit of amniotic fluid from the 22 weeks of gestation and before the beginning of labor. There are several maternal and fetal risk factors associated with this pathology

Objective: the present work was to determine the gynecological-obstetric and infectious risk factors associated with premature rupture of membranes in pregnant women treated at the Guillermo Díaz de la Vega Regional Hospital from January to August 2016.

Materials and methods: Non-experimental, descriptive, correlational, retrospective cross-sectional study with a population consisting of 120 pregnant women with the diagnosis and without the diagnosis of premature rupture of membranes, by reviewing the medical records, the transfer of data was to a collection and entry form of these to the SPSS program version 23.0

Results: From the study, analysis and discussion of the results established

The gynecological and obstetric variables associated to the premature rupture of membranes were: fundamentally those related to the antecedent of premature membrane rupture, 87.5%; gestational age 68.8% are to terms, number of deeds 54.7% are primitive; and the infectious factors: urinary tract infection 34.4% are cystitis and pyelonephritis; Cervico-vaginal infection 54.7% manifests candidiasis, and 31.3% is trichomoniasis; registered in the clinical history collected.

Conclusion: There is a significant relationship between premature rupture of membranes and gynecological-obstetric and infectious factors in pregnant women treated at the Guillermo Díaz de la Vega regional hospital from January to August 2016.

Palabras Clave: premature rupture of membranes and risk factors

## ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
RESUMEN .....	iv
ABSTRACT .....	v
ÍNDICE .....	vi
ÍNDICE DE TABLAS .....	ix
ÍNDICE DE GRAFICOS .....	xi
INTRODUCCIÓN .....	xiii
CAPITULO I .....	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	16
1.1 Descripción de la realidad problemática .....	16
1.2 Delimitación de la investigación .....	17
1.2.1 Delimitación Temporal:.....	17
1.2.2 Delimitación Geográfica: .....	18
1.2.3 Delimitación Social: .....	18
1.3 Formulación del problema.....	18
1.3.1 Problema principal.....	18
1.3.2 Problemas secundarios.....	18
1.4 Objetivos de la investigación.....	18
1.4.1 Objetivo principal.....	18
1.4.2 Objetivo secundario.....	19
1.5 Hipótesis de la investigación.....	19
1.5.1 Hipótesis general.....	19
1.5.2 Hipótesis específicas.....	19
1.6 Justificación e importancia de la investigación.....	20
CAPITULO II: .....	21
MARCO TEORICO.....	21

2.1	Antecedentes de la investigación.....	21
2.1.1	Internacionales.....	21
2.1.2	Nacionales.....	24
2.2	Bases teóricas.....	26
2.2.1	Definición.....	26
2.2.2	Incidencia.....	27
2.2.3	Etiopatogenia.....	27
2.2.4	Diagnostico.....	29
2.2.5	Diagnostico Diferencial.....	31
2.2.6	Complicaciones neonatales.....	32
2.2.6.1	Síndrome de dificultad respiratorio.....	32
2.2.6.2	Infección neonatal.....	32
2.2.6.3	Asfixia perinatal.....	33
2.2.6.4	Hipoplasia pulmonar.....	33
2.2.6.5	Deformidades ortopédicas.....	34
2.2.7	Complicaciones maternas.....	34
2.2.7.1	Corioamnionitis.....	34
2.2.7.2	Infección puerperal.....	36
2.2.8	Manejo y tratamiento.....	36
2.2.8.1	Conductas.....	36
2.2.9	Tratamiento.....	37
2.2.9.1	Menor o igual a 33,6 semanas de gestación.....	37
2.2.9.2	Entre 34 y 36,6 semanas de gestación.....	38
2.2.9.3	Igual o mayor a 37 semanas de gestación.....	38
2.3	Definición de términos básicos.....	39
CAPITULO III.....		42
METODOLOGIA.....		42
3.1	Tipo de investigación.....	42
3.2	Diseño de la investigación.....	43
3.3	Población y muestra de la investigación.....	43
3.3.1	Población.....	43
3.3.2	Muestra.....	43

3.4	Variables, dimensiones e indicadores.....	46
3.4.1	Variable 1: .....	46
3.4.2	Variable 2: .....	46
3.5	Técnicas e instrumentos de la recolección de datos.....	47
3.5.1	Técnicas .....	47
3.5.2	Instrumentos.....	47
3.5.3	Procedimientos.....	47
CAPITULO IV .....		49
RESULTADOS.....		49
4.1	Resultados descriptivos .....	50
4.1.1	Presentación, análisis e interpretación de resultados .....	50
4.1.2	Contraste de Hipótesis .....	68
4.1.3	Discusión de los resultados.....	72
CONCLUSIONES.....		73
RECOMENDACIONES.....		74
BIBLIOGRAFÍA .....		75
ANEXOS .....		78



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Gestantes Según Edad atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la vega de enero a agosto del 2016 .....	50
Tabla 2: Gestantes según Grado De Instrucción Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Enero a Julio del 2016. ....	51
Tabla 3: Gestantes según Estado Civil Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Enero a agosto del 2016. ....	52
Tabla 4: Gestantes según Lugar De Procedencia Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Enero a agosto del 2016. ....	53
Tabla 5: Gestantes según si Tuvo Rotura Prematura De Membranas Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Enero a Julio del 2016 .....	54
Tabla 6: Gestantes según Edad Gestacional Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Enero a Julio del 2016.....	55
Tabla 7: Gestantes según Números De Gestas Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Enero a Julio del 2016 .....	56
Tabla 8: Gestantes según Antecedentes De Rotura Prematura De Membranas Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Enero a Julio del 2016. ....	57
Tabla 9: Gestantes según Antecedentes De Parto Pre terminó Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Enero a Julio del 2016. ....	58
Tabla 10: Gestantes según Presentaciones Anómalos Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Enero a Julio del 2016. ....	59
Tabla 11: Gestantes según edad gestacional por rotura prematura de membranas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto 2016.....	60
Tabla 12: Gestantes según número de gestas por rotura prematura de membranas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto del 2016 .....	61
Tabla 13: Gestantes según antecedentes de rotura prematura de membranas por rotura prematura de membranas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto 2016. ....	62

Tabla 14: Gestantes según antecedentes de parto pre término por rotura prematura de membranas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto 2016. ....	63
Tabla 15: Gestantes según presentación anómalas por rotura prematura de membranas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto 2016. ....	64
Tabla 16: Gestantes según infección del tracto urinario por rotura prematura de membranas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto 2016. ....	65
Tabla 17: Gestantes según infección cervico-vaginal por rotura prematura de membranas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto 2016. ....	66
Tabla 18: Gestantes según rotura prematura de membranas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto 2016. ....	67
Tabla 19: Test de Moses para los factores: gineco- obstétricos e infecciosos en relación a la rotura prematura de membranas. ....	69
Tabla 20: Test de Moses para los factores: gineco- obstétricos en relación a la rotura prematura de membranas. ....	70
Tabla 21: Test de Moses para los factores infecciones en relación a la rotura prematura de membranas. ....	71

## ÍNDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1.-Porcentaje de Gestantes Según Edad atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega De Enero A Julio Del 2016.....	50
Gráfico 2.-Porcentaje de gestantes según Grado De Instrucción Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Enero a Julio del 2016 .....	51
Gráfico 3.-Gestantes según Estado Civil Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Enero a agosto del 2016 .....	52
Gráfico 4.-Porcentaje de gestantes según Lugar De Procedencia Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Enero a Julio del 2016 .....	53
Gráfico 5.-Porcentaje de gestantes según Tuvo Rotura Prematura De Membranas Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Enero a Julio del 2016. ....	54
Gráfico 6.-Porcentaje de gestantes según Edad Gestacional Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Enero a Julio del 2016 .....	55
Gráfico 7.-Porcentaje de gestantes según Números De Gestas Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Enero a Julio del 2016 .....	56
Gráfico 8.-Porcentaje de gestantes según Antecedentes De Rotura Prematura De Membranas Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Enero a Julio del 2016. ....	57
Gráfico 9.-Porcentaje de Gestantes según Antecedentes De Parto Pre terminó Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Enero a Julio del 2016 .....	58
Gráfico 10.-Porcentaje de Gestantes según Presentaciones Anómalos Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Enero a Julio del 2016. ....	59
Gráfico 11.-Porcentaje de gestantes según edad gestacional por rotura prematura de membranas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto 2016 .....	60
Gráfico 12.-Gestantes según número de gestas por rotura prematura de membranas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto 2016. ....	61
Gráfico 13.-Gestantes según antecedentes de rotura prematura de membranas por rotura prematura de membranas en el hospital	

regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto 2016.....	62
Gráfico 14.-Gestantes según antecedentes de rotura prematura de membranas por rotura prematura de membranas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto 2016.....	63
Gráfico 15.-Gestantes según presentación anómalas por rotura prematura de membranas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto 2016.....	64
Gráfico 16.-Gestantes según infección del tracto urinario por rotura prematura de membranas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto 2016. ....	65
Gráfico 17.-Gestantes según infección cérvico-vaginal por rotura prematura de membranas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto 2016.....	66
Gráfico 18.-Gestantes según rotura prematura de membranas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto 2016.....	67

## INTRODUCCIÓN

La rotura prematura de membranas (RPM) es un accidente obstétrico en el que se presenta una solución de continuidad de las membranas corioamnióticas y pérdida de líquido amniótico antes del inicio del trabajo del parto, su frecuencia es de aproximadamente de un 10% de todos los embarazos, alcanzado el 80 % en embarazos a términos y un 20 % de embarazos pretermino, siendo responsable de un 30 a 40 % de los partos prematuras. (1)

Cuándo la rotura prematura de membrana ocurre antes de las 37 semanas de gestación, es conocida como rotura prematura de membranas pre término (RPMpt): rotura prematura de membranas pre término “pre viable” (menos de 23 semanas de gestación), rotura prematura de membranas “lejos de término” (desde la viabilidad hasta las 32 semanas de gestación); rpm “cerca al término” (desde las 33 a 36 semanas de gestación). (2)

Se puede producir la rotura prematura de membranas pre término como resultado de varios mecanismos fisiológicos y patológicos, que actúan separados o combinados. (2) (3)

La rotura prematura de membranas al presentarse antes de las 34 semanas de edad gestacional, constituye una etapa crucial, debido a que existe mucha controversia en su manejo, pues la prematuridad podría traer consecuencias destrozadas en el neonato (4)

La rotura prematura de membranas es causada por muchos factores son: infección de bacteriana, infección de las vías urinarias. Embarazos múltiples, antecedentes de parto pre término, conización cervical por tratamiento del cuello del útero poli hidramnios, amniocentesis traumatismos, tabaquismo, por un defecto en la estructura del saco amniótico, etc. en algunos casos, la rotura prematura de membranas se

puede controlar con reposo absoluto, pero en la mayoría de los casos de rotura prematura de membranas el trabajo de parto se puede iniciar en las primeras 48 horas. (4)

A pesar de las múltiples posibilidades de factores de riesgo y de que en algunas pacientes se encuentran varios de estos riesgos, también es cierto que en otras pacientes no encontramos estos factores y en ellas es realmente desconocida la causa de la ruptura prematura de las membranas (5)

Luego de 24 horas de producida la rotura prematura de membranas un porcentaje de las gestantes pueden presentar signos de Infección intraamniótica, lo cual se ha relacionado hasta en un 54% de muerte neonatal temprana, asociándose la rotura prematura de membranas a sepsis neonatal temprana con tasas de mortalidad neonatal hasta de un 33% cuando concurren con fiebre materna y bajo peso del recién nacido (6)

La rotura prematura de membranas es responsable del 30% de morbilidad y mortalidad neonatal en gestaciones prematuras. Dentro de las complicaciones fetales se describen principalmente infección neonatal, prematuridad, síndrome de dificultad respiratoria y depresión neonatal, que se pueden explicar por aumento en la incidencia de asfixia perinatal por infección fetal, prolapso de cordón, desprendimiento prematuro de placenta (DPP), presentaciones distócicas y compresión funicular por oligoamnios (7)

El estudio propuesto en esta investigación es de tipo descriptivo, su diseño es observacional, retrospectivo, basados en el estudio de las historias clínicas para Determinar los factores gineco-obstetricos e infecciosos que condicionan rotura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo

Díaz de la Vega durante en el periodo de enero a agosto 2016, buscar los factores de riesgo predominantes en esta población. Este estudio es factible, viable y relevante; que cobra importancia para una evaluación actualizada de dicho nosocomio

## **CAPITULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1 Descripción de la realidad problemática**

En el departamento de Apurímac, a pesar de los esfuerzos realizados por el personal de salud del primer nivel de atención en beneficio del binomio madre-hijo, persisten en gran magnitud las complicaciones en el embarazo. La rotura prematura de membranas se define como la rotura de las membranas ovulares, después de las 22 semanas de edad gestacional y hasta una hora antes del inicio del trabajo de parto, generalmente se acompaña de salida de líquido amniótico (LA) por los genitales. (2)

Según la normativa del Ministerio de Salud (MS) la define como la rotura de las membranas corioamnióticas después de las 22 semanas de gestación y antes de inicio de trabajo de parto. (8)

Cuando la rotura prematura de membranas ocurre antes de la semana 37 es conocida como ruptura prematura de membranas fetales pre término (RPMF). La rotura prematura de membranas se denomina prolongada cuando tiene una duración de 24 horas a una semana hasta el momento del nacimiento y se llama



muy prolongada cuando supera una semana. El periodo latencia se refiere al tiempo que transcurre entre la ruptura y la terminación del embarazo. Así, el periodo de latencia y la edad gestacional determinan el pronóstico y consecuentemente el manejo de la enfermedad de acuerdo a la posibilidad o no de terminación del embarazo. Clínicamente la embarazada refiere el escurrimiento o salida de líquido por los genitales antes de que ocurra la labor de parto, es decir antes de las 37 semanas (pre término) o después de las 37 semanas (término). La causa de la ruptura prematura de membranas es incierta, muchos autores señalan como primera causa a la infección, se recogen otras situaciones predisponentes como: edad, paridad, procedencia, escolaridad, estado civil, control prenatal, ruptura prematura previa al embarazo actual, parto pre término por dos ocasiones previas, infecciones de las vías urinarias, infecciones vaginales. El presente estudio de investigación se realizó en el Hospital regional Guillermo Díaz de la Vega, en el servicio de gineco-obstétrico, en la que la rotura prematura de membranas incrementa los ingresos en las gestantes atendidas en dicho nosocomio y los costos hospitalarios. La disminución de la incidencia en las complicaciones y la morbi-mortalidad asociada a la rotura prematura de membranas mejoraría la calidad del resultado obstétrico y perinatal si se detectaran oportunamente los factores de riesgo mediante el control prenatal adecuado.

## **1.2 Delimitación de la investigación**

### **1.2.1 Delimitación Temporal:**

El tiempo de estudio fue de enero a agosto del 2016.

### **1.2.2 Delimitación Geográfica:**

El presente estudio tomo como ámbito espacial el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega del distrito de Abancay, provincia de Abancay, región Apurímac.

### **1.2.3 Delimitación Social:**

Las personas sujetas al estudio fueron las gestantes con diagnóstico de rotura prematura de membranas.

## **1.3 Formulación del problema**

### **1.3.1 Problema principal**

¿Cuáles son los factores gineco – obstétricos e infecciosos asociados con la rotura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante en el periodo de enero a agosto 2016?

### **1.3.2 Problemas secundarios.**

**PE.1** ¿Cuál es la relación de rotura prematura de membranas y los factores gineco-obstétricos en gestantes atendidas en el hospital regional de Abancay durante el periodo de enero a agosto del 2016?

**PE.2** ¿Cuál es la relación de la rotura prematura de membranas y los factores infecciosos en gestantes atendidas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto del 2016?

## **1.4 Objetivos de la investigación**

### **1.4.1 Objetivo principal**

¿Determinar cuáles son los factores gineco – obstétricos e infecciosos asociados a rotura prematura de membranas en gestante atendidas en el

hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto del 2016?

#### **1.4.2 Objetivo secundario**

**OE.1** Identificar la relación de rotura prematura de membranas y los factores gineco-obstétricos en gestantes atendidas en el hospital regional de Abancay durante el periodo de enero a agosto del 2016?

**OE.2** Identificar la relación de la rotura prematura de membranas y los factores infecciosos en gestantes atendidas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto del 2016

### **1.5 Hipótesis de la investigación**

#### **1.5.1 Hipótesis general**

Existe una relación significativa entre la rotura prematura de membranas y los factores gineco- obstétrico e infeccioso en gestantes atendidas en el hospital regional Guillermo Díaz de la Vega durante el periodo de enero a agosto del 2016

#### **1.5.2 Hipótesis específicas**

**H<sub>1</sub>:** Existe una relación significativa entre la rotura prematura de membranas y los factores gineco-obstétricos en gestantes atendidas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto del 2016

**H<sub>2</sub>:** Existe una relación significativa entre la rotura prematura de membranas y los factores infecciosos en gestantes atendidas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto del 2016

## **1.6 Justificación e importancia de la investigación**

El Control de embarazo cada día es de mayor importancia en el Campo de la Obstetricia. La medicina preventiva es fundamental, ya que su función primordial es evitar que las mujeres en edad reproductiva sufran alteraciones en el transcurso de su embarazo ya sea en sus fases iniciales para ofrecer de manera oportuna el tratamiento adecuado con el fin de obtener madres con mejores resultados y reducir la tasa de morbilidad materna y perinatal.

La rotura prematura de membranas, como sabemos es un problema que se produce en el embarazo y la información adecuada para este grupo poblacional debería llegar de forma clara y oportuna, pero debido a que muchas gestantes no cuentan con una economía estable. Otras veces, por el descuido, el poco interés, la falta de planificación familiar evitan que puedan llevar a cabo una maternidad saludable y segura. Los estudios disponibles en América Latina sobre rotura prematura de membranas en diversos países son casos control, y no consideran factores como nivel de instrucción y edad materna. En un estudio realizado en Brasil realizado en 2010 estudian factores sociodemográficos, encontrando mayor porcentaje de gestantes que presentaron rotura prematura de membranas en edades de 20 a 29 años con condición económica baja y con bajo nivel de educación.

De ahí la importancia de conocer las características sociodemográficas de esta población y los factores de riesgo que presentan con mayor frecuencia

## **CAPITULO II: MARCO TEORICO**

### **2.1 Antecedentes de la investigación**

#### **2.1.1 Internacionales.**

Morgan F. et al. (México, 2008) realizaron una investigación titulada Factores sociodemográficos y obstétricos asociados con rotura prematura de membranas. Tuvieron como objetivo analizar los factores sociodemográficos y gineco-obstétricos implicados en la rotura prematura de membranas fetales. Fue un estudio de casos y controles con una población de 2778 mujeres, en el que concluyeron lo siguiente: la causa de la ruptura prematura de membranas es multifactorial, pues comprende complicaciones previas o enfermedades concomitantes. Diversos estudios señalan que el antecedente de parto pretérmino, tabaquismo y sangrado durante el embarazo aumenta el riesgo de rotura prematura de membranas. La insuficiencia cervical, vaginosis bacteriana y el útero sobre distendido por embarazo múltiple o polihidramnios.

son factores de riesgo independientes para la rotura prematura de membranas. (9)

WILMER ALEJANDRO BRUGOS A.(Ecuador, 2013) realizo una investigación titulada “prevalencia de la rotura prematura de membranas en pacientes de 17 a 20 de edad en el hospital maternidad mariana de Jesús de ecuador “un estudio de tipo retrospectivo , descriptivo obteniendo la conclusión que la vaginosis,el 60 %, casos el estado civil, la semana de gestación sobre las 31 semanas 72%, la paridad se obtuvo en primigestas el 60 %, los deficientes controles prenatales el 40 %, la falta de comunicación e información, tanto a nivel, personal, familiar hospitalaria fueron los factores que indujeron a la Ruptura Prematura de Membranas (10)

Chávez G. y Vargas K. (Ecuador, 2011) realizaron una investigación titulada Resultados obstétricos y perinatales en la ruptura prematura de membranas en embarazadas que fueron atendidas en el Hospital Verdi Cevallos Barda de Portoviejo. Tuvieron como objetivo establecer los resultados obstétricos y perinatales en embarazos con rotura prematura de membranas. Fue un estudio retrospectivo, descriptivo y analítico, con una población de 41 pacientes, en la que concluyeron que la infección de vías urinarias es uno de los principales factores predisponentes a la ruptura prematura de membranas (11)

Brimary C. et al. (República Dominicana, 2009) realizaron un estudio titulado Determinación de factores de riesgo de ruptura prematura de membranas ovulares en embarazadas que asisten al servicio de Obstetricia del Hospital Maternidad Nuestra Señora de Altagracia”. Fue

un estudio prospectivo, descriptivo y de diagnóstico de corte transversal con una población de 59 pacientes. Se concluyó que existe una asociación entre la ruptura prematura de membranas ovulares y diversos factores, tales como inicio a temprana edad de las relaciones sexuales, embarazo a temprana edad y número de gestaciones, destacándose una mayor aparición de casos en las primigestas. (12)

Koch M. et al. (Buenos Aires, 2008) realizaron una investigación titulada Ruptura prematura de membranas. Tuvieron como objetivo revisar y analizar distintas publicaciones referentes a la RPM, teniendo en cuenta sus características en epidemiología, etiopatogenia, clínica, diagnóstico y tratamiento. Concluyeron lo siguiente: la ruptura prematura de membranas es una complicación usual en la práctica médica. Esta puede aumentar la incidencia en la morbimortalidad materna y fetal. Su diagnóstico todavía es fundamentalmente clínico, aunque se han incorporado nuevas investigaciones (13)

Saavedra D. et al. (Cuba, 2006) realizaron un estudio titulado Morbimortalidad perinatal de la rotura prematura de membranas en el embarazo pretérmino. Tuvieron como objetivo demostrar la morbimortalidad perinatal de la rotura prematura de membranas en embarazos pre término. Fue un estudio descriptivo y retrospectivo con una población de 52 gestantes, en el que concluyeron que hay una alta incidencia de morbimortalidad perinatal asociada con la rotura prematura de membranas en el embarazo pretérmino, principalmente de índole infecciosa, siendo este más probable mientras mayor sea el período de latencia. (14)

Doren A et al. (Chile, 2012) realizaron una investigación titulada Alternativas de manejo expectante de la rotura prematura de membranas antes de la viabilidad en embarazos únicos. Tuvieron como objetivo evaluar los distintos manejos definidos como expectantes en la RPM antes de la viabilidad, y asociar dichos manejos con los resultados maternos y fetales. Fue un estudio descriptivo en el que concluyeron lo siguiente: teniendo en cuenta los hallazgos descritos, proponemos un algoritmo de manejo de RPM pre viabilidad. La paciente debe ser informada acerca de la posibilidad de un pronóstico desfavorable de la RPM antes de la viabilidad y debe recibir apoyo emocional de la familia y del equipo médico. Sin embargo, debe ser alentada a un manejo expectante, considerando que es posible lograr la sobrevivencia, pese al costo emocional y económico del manejo expectante. (15)

### **2.1.2 Nacionales.**

Fabián E. (Lima, 2008) realizó una investigación titulada Factores de riesgo materno asociados a ruptura prematura de membranas pretérmino. Tuvo como objetivo conocer la prevalencia y el comportamiento de los factores de riesgo materno asociado a ruptura prematura de membranas pretérmino entre las 22 y las 34 semanas de edad gestacional. Fue un estudio retrospectivo, transversal, de tipo descriptivo con una población de 203 pacientes

Se concluyó que los factores de riesgo que más se relacionan son insuficiente número de CPN, alto riesgo social y las pacientes que presentaron alguna infección cérvico-vaginal y urinaria. (16)



Manrique M. y Olarte P. (Lima, 2006) realizaron una investigación titulada Resultados maternos y perinatales de embarazos complicados con ruptura prematura de membranas pretérmino entre las semanas 24 y 34 de gestación. Tuvieron como objetivo determinar los resultados maternos y perinatales en gestantes complicadas con ruptura prematura de membranas pretérmino entre las 24 y las 34 semanas de gestación en el Instituto Especializado Materno Perinatal. Fue un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y de corte transversal, con una población de 220 pacientes, en el que.

concluyeron que la administración de corticosteroides prenatales a fetos con riesgo de tener un parto pretérmino ha demostrado claramente reducir la morbilidad y la mortalidad perinatal.

Según datos estadísticos del instituto especializado materno perinatal, el número de casos de embarazos complicados con rotura prematura de membranas es muy significativo así para el año 2000 se reportan 173 casos con rotura prematura de membranas correspondiendo al 10.7% del total de partos pretérmino; para el año 2003, se reportan 155 casos con Rotura prematura de membranas correspondiendo al 9.7% del total de partos. En el hospital Nacional Arzobispo se registró estadísticamente en el 2015 242 casos de rotura prematura de membranas, de los cuales 40 fueron pre término el 2015. (17)

Campos S. (Lima,2016) “factores de riesgo asociados con ruptura prematura de membranas en gestantes pre término en el hospital nacional Hipólito unanue durante el año 2014 estudio descriptivo, retrospectivo En este estudio se encontró la prevalencia de 25.51 %de

RPM edad media materna fue de 24.08 años, donde el 58.51% se encontraba en el rango de 20 a 35 años, El grado de instrucción que se presentó con mayor porcentaje fue el de secundaria con 75.22% 61.04% son nulíparas, 23.89% son primíparas, el 15.04% son multíparas, el 20.35% ITU. El 37.9% presentaron infecciones cervico – vaginal – urinaria Conclusión del estudio presentaron en 4.42%, coincidentemente para ambos factores de riesgo; mientras que el síndrome de flujo vaginal, la nuliparidad y ser multigesta. (18)

Padilla M Jorge.(lima,2010) en su estudio titulado “Resultados perinatales y complicaciones maternas en gestaciones pretérmino con rotura prematura de membranas asociadas a la vía del parto en el Hospital Nacional Dos de Mayo 2001-2009” Fue un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y de corte transversal, se determinó que la presencia de la anemia es el factor de riesgo que más está asociada a la rotura prematura de membranas presentándose en un 34% de la presencia de todos los casos, sin embargo la presencia de infección urinaria y el bajo nivel educativo de las madres fueron factores que se asociaron a rotura prematura de membranas ( $p < 0,05$ )<sup>10</sup> (19)

## **2.2 Bases teóricas.**

### **2.2.1 Definición**

La rotura prematura de membranas (RPM) se define como la rotura espontánea de membranas ovulares después de las 22 semanas de edad gestacional y antes del inicio del trabajo de parto. la pérdida de del saco amniótico antes del inicio del trabajo de parto. (20)

### **2.2.2 Incidencia**

Fluctúa entre el 2,7 y 17% (promedio, 10%) de los embarazos, correspondiendo el 20% de los casos a gestaciones de pretérmino. El período de latencia (tiempo que media entre la rotura de membranas y el inicio del trabajo de parto) se relaciona con la edad gestacional, siendo mayor en los embarazos de pretérmino (más de 48 h en el 50% de los casos) que en los embarazos de término (menos de 24 h en el 90% de los casos). (21)

### **2.2.3 Etiopatogenia**

La etiología de la rotura prematura de membranas es desconocida en la mayoría de los casos. Sin embargo, se han identificado varias condiciones predisponentes:

1.- Alteración de las propiedades físicas de las membranas. El colágeno y la elastina jugarían un rol importante en la mantención de la integridad de la membrana corioamniótica, la que en condiciones normales exhibe un equilibrio entre actividad enzimática proteasa y antiproteasa.

La literatura es consistente en señalar que las membranas de los embarazos con rotura prematura de membranas son más delgadas y tienen menos elasticidad y resistencia que aquellas que permanecen íntegras hasta su rotura durante el trabajo de parto. Por otra parte, se ha comunicado que las proteasas locales elaboradas por fibroblastos, macrófagos y bacterias, juegan un rol en la remodelación molecular de la membrana corioamniótica.

Se ha demostrado que la actividad proteasa está aumentada y que existen bajas concentraciones de alfa 1 antitripsina (A1AT) en el líquido amniótico (LA) de embarazos con rotura prematura de membranas. Además, se ha aislado una proteína antiproteasa en orina y pulmón fetales, lo que apoya la idea de una participación fetal en la protección de la integridad de las membranas.

## 2.- Rol de la infección en la rotura prematura de membranas.

La rotura de membranas puede resultar de una infección cérvico-vaginal o intrauterina. La infección bacteriana, directa o indirectamente (vía mediadores de la respuesta inflamatoria), puede inducir la liberación de proteasas, colágenasas y elastasas, que rompen las membranas ovulares. Los gérmenes pueden alcanzar el líquido amniótico estando las membranas ovulares rotas o íntegras, pero el oligoamnios favorece la colonización del líquido amniótico al deprimirse su actividad bacteriostática. La vía de infección puede ser ascendente (a través del canal cervical), hematológica (transplacentaria), canalicular (tubaria) y por medio de procedimientos invasivos (amniocentesis, cordocentesis, transfusiones intrauterinas).

Diferentes autores han señalado que el líquido amniótico tiene actividad bacteriostática, la que se encuentra disminuida en pacientes con rotura prematura de membranas e infección intramniótica, pudiendo constituir éste un factor primario predisponente a la colonización bacteriana.

Evidencias estadísticas demuestran una relación entre rotura prematura de membranas y coito previo (hasta las 4 semanas precedentes). Lavery y Miller plantearon que el líquido seminal disminuye la resistencia de las

membranas por acción prostaglandina, colagenolítica y por adhesión de bacterias al espermio que transportaría a los gérmenes a través del canal endocervical.

### 3.- Condiciones clínicas asociadas

La mayoría de las "condiciones asociadas a la rotura prematura de membranas "determinan una tensión excesiva de las membranas ovulares son:

- Polihidroamnios
- Embarazo gemelar
- Malformaciones uterinas
- Tumores uterinos

En el caso de incompetencia cervical, la exposición de las membranas a la flora vaginal y la reacción de tipo cuerpo extraño generada por el material de sutura utilizado en su tratamiento, pueden favorecer la rotura ovular. Mecanismos similares explicarían el accidente en casos de embarazos con dispositivo intrauterino. (21)

#### **2.2.4 Diagnostico.**

El diagnóstico es realizado la mayoría de las veces por la propia madre y certificado por el médico al observar el escurrimiento de una cantidad variable de líquido amniótico por la vagina. En ocasiones es necesario recurrir a procedimientos complementarios. (22)

El primero de ellos es la especuloscopia, que permite apreciar salida de Líquido Amniótico a través del orificio externo del cuello uterino en forma espontánea o a través de la compresión manual del abdomen materno que moviliza el polo fetal pelviano de modo de facilitar la salida de líquido.

Cuando el diagnóstico es evidente, la altura uterina es menor que en los controles previos y las partes fetales se palpan con facilidad.

En un número menor de casos deben agregarse a los procedimientos mencionados (anamnesis, examen físico y especuloscopia).

1.- Cristalización en hojas de helecho: la presencia de líquido amniótico en el contenido del fondo de saco vaginal permite identificar, en un extendido examinado al microscopio de luz, la cristalización característica en forma de plumas, que resulta de la deshidratación de las sales contenidas en el LA.

2.- pH del fornix vaginal posterior: el pH vaginal fluctúa normalmente entre 4,5 y 5,5, mientras que el del líquido amniótico es generalmente de 7. Las membranas ovulares están probablemente rotas si el papel nitrazina señala un pH mayor o igual a 7 (viraje al color azul). (6.8)

3.- Detección de células de descamación: la piel fetal descama células superficiales que pueden ser detectadas con azul de Nilo al 1%. Dada la evolución de la concentración de células naranjas en el líquido amniótico, el valor diagnóstico de esta prueba aumenta junto con la edad gestacional, variando desde una sensibilidad de alrededor de 20% a las 32 semanas hasta un 90% en embarazos de término. En nuestro centro no utilizamos este método. (22)

4.- Evaluación ultrasonografía: la evaluación ecográfica permite estimar la cantidad de líquido amniótico en la cavidad uterina. En pacientes con historia sugerente, pero sin evidencias de RPM en la valoración complementaria, la presencia de oligoamnios debe asumirse como consistente con el diagnóstico. Por el contrario, una cantidad normal de

líquido amniótico en presencia de similares condiciones hace improbable el diagnóstico.

El ultrasonido constituye no sólo un elemento de apoyo diagnóstico; permite, además, valorar el bienestar fetal, aproximar o certificar una edad gestacional, descartar la presencia de malformaciones fetales y predecir o apoyar el diagnóstico de una corioamnionitis.

5.- Otros: se han descrito otros métodos diagnósticos:

Inyección intraamniótica de colorantes (azul de Evans o índigo carmín), cuya detección en la vagina confirma el diagnóstico. No debe usarse azul de metileno. (21)

### 2.2.5 Diagnostico Diferencial

<b>DIAGNOSTICO DEFERENCIAL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>
Leucorrea	Frecuente	Flujo genital blanco amarillento, infeccioso, asociado a prurito.
Incontinencia urinaria	Frecuente	Frecuente en segunda mitad del embarazo, especialmente en multíparas (por relajación perineal y rectocistocele). Descartar ITU.
Eliminación tapón mucoso	Infrecuente	Fluido mucoso, a veces algo sanguinolento.
Rotura de quiste vaginal	Infrecuente	Pérdida brusca de líquido cristalino por vagina. Al examen se observa cavidad pequeña en paredes vaginales (raro).
		Primera mitad del embarazo. Líquido claro con tinte amarillo, a veces

Hidrorrea decidua	Infrecuente	sanguinolento. Desde espacio entre decidua parietal y refleja, que se fusiona entre las 16 y 18 semanas.
Rotura de bolsa amniocorial	Infrecuente	Raro; de espacio virtual entre corion y amnios; se produce por delimitación de este último.

## 2.2.6 Complicaciones neonatales

La prematuridad y la infección son las dos complicaciones fundamentales de la rotura prematura de membranas en el feto y/o recién nacido. Ellas son responsables de casi el 100% de la mortalidad atribuible a rotura prematura de membranas. Problemas adicionales son la asfixia, la hipoplasia pulmonar y las deformidades ortopédicas. (8)

### 2.2.6.1 Síndrome de dificultad respiratorio

Es la causa más frecuente de mortalidad perinatal, en relación a rotura prematura de membranas, en gestaciones por debajo de las 34 semanas. En nuestro medio se señala una incidencia de 18%. La madurez del pulmón fetal puede evaluarse a través de la detección en el líquido amniótico de una relación lecitina/ esfingomielina  $>2$ , un test de Clements (+) y/o la presencia de fosfatidilglicerol. Esta última puede establecerse no sólo a través de líquido amniótico obtenido por AMCT, sino utilizando líquido recolectado en vagina (rendimiento sobre 90%).

### 2.2.6.2 Infección neonatal

La infección neonatal ocurre entre el 1 y 25% de los casos de rotura prematura de membranas. Se ha demostrado que existe una relación



directa entre el período de latencia y la infección ovular (corioamnionitis clínica se correlaciona con infección neonatal) por arriba de las 34 semanas. En gestaciones >34 semanas, la primera causa de mortalidad perinatal (en el contexto de rotura prematura de membranas) es la infección. Por debajo de las 34 semanas no existe la asociación descrita entre período de latencia e infección ovular, a menos que se practique un tacto vaginal al ingreso. La infección neonatal se manifiesta a través de neumonía, bronconeumonía, meningitis y/o sepsis. Los gérmenes aislados más frecuentemente en recién nacidos infectados son Escherichia coli, Klebsiella y Estreptococo grupo B (Estreptococos Agalactia). (8)

#### **2.2.6.3 Asfixia perinatal**

La compresión del cordón secundaria al oligoamnios, el desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, las distocias de presentación y la propia infección materna y/o fetal, son elementos que contribuyen a elevar la incidencia de asfixia perinatal (10 a 50%) en las pacientes con rotura prematura de membranas. La monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal y el perfil biofísico están frecuentemente alterados en estos casos. (13)

#### **2.2.6.4 Hipoplasia pulmonar.**

Esta complicación es propia de aquellos embarazos en que la rotura prematura de membranas se produce antes de las 25 semanas de gestación y que cursan con oligoamnios severo de larga evolución (mayor de 3 semanas).

Es una complicación grave que se asocia a mortalidad perinatal de hasta 80%. El trastorno se caracteriza porque el pulmón fetal es incapaz de retener e intercambiar líquido amniótico. El examen ultrasonográfico muestra en los casos característicos una relación circunferencia torácica/circunferencia abdominal  $<2$  SD bajo el promedio (0,90 0,05). (21)

#### **2.2.6.5 Deformidades ortopédicas.**

Ellas constituyen parte de las anomalías propias de la "secuencia de oligoamnios o "secuencia de Potter", facies típica y posiciones aberrantes de manos y pies, así como piernas curvadas, luxación de cadera y pie equino varo. (21)

### **2.2.7 Complicaciones maternas**

#### **2.2.7.1 Corioamnionitis.**

Se define infección intraamniótica (IIA) o invasión microbiana de la cavidad amniótica como la presencia de gérmenes en el líquido amniótico, normalmente estéril. Corioamnionitis o infección ovular define la presencia de manifestaciones clínicas maternas asociadas a corioamnionitis.

- Fiebre  $>38$  grados axilar
- Taquicardia materna
- Leucocitosis  $>15.000/mm^3$
- Taquicardia fetal
- Sensibilidad uterina
- líquido amniótico purulento o de mal olor

El diagnóstico de corioamnionitis se realiza cuando existen dos o más de los criterios mencionados.

El diagnóstico de infección intramniótica se efectúa, además, cuando el Gram revela gérmenes o piocitos en el líquido amniótico, el cultivo es (+), existe corioamnionitis histológica o hay evidencia de sepsis neonatal, independientemente de las manifestaciones clínicas. (22)

La corioamnionitis se asocia al 20% de las pacientes con rotura prematura de membrana (5 a 40%). Los gérmenes implicados son las bacterias que forman parte de la flora genital normal de la mujer (Mycoplasma y Ureaplasma, Fusobacterium, Escherichia coli, Enterococo, Bacteroides, hongos y otros). En ocasiones pueden aislarse gérmenes patógenos exógenos (Listeria, Gonococo, Streptococos A y C).

Existen elementos de laboratorio que permiten diagnosticar la presencia de invasión microbiana de la cavidad amniótica antes de que la corioamnionitis sea evidente, ellos son:

- Recuento de leucocitos en sangre materna (>15.000).
- Proteína C reactiva en sangre materna
- Perfil biofísico fetal
- Estudio de líquido amniótico.

Se realiza cuando existe sospecha de infección. Para su interpretación se requiere de la obtención de líquido amniótico por AMCT, procedimiento que en la RPM tiene éxito en alrededor del 70% de los

casos. Los criterios diagnósticos se analizan en capítulo "Parto Prematuro". (21)

### **2.2.7.2 Infección puerperal**

Esta complicación se presenta con una incidencia que varía entre 0 y 29%, siendo la endometritis su manifestación más frecuente. La sepsis materna es una complicación rara que es más frecuente cuando se ha optado por manejos temporizadores. (20)

### **2.2.8 Manejo y tratamiento.**

Hay normas que se deben de cumplir cualquiera que sea la edad gestacional:

La paciente con rotura prematura de membranas debe ser hospitalizada y realizar reposo necesario absoluto en cama de esta manera se logrará evitar la prociencia del cordón, además la higiene de la paciente debe realizarse con antisépticos cada seis horas. (8) (20)

Se tendrá un control estricto de las funciones vitales sobretodo del pulso y temperatura materna.

En cuanto al examen fetal se auscultar los latidos cardiacos fetales además de pruebas de bienestar fetal a diario y a partir de las 32 semanas cardiotocografía cada 72 horas. Luego de una rotura prematura de membranas la administración de antibióticos extiende el tiempo de latencia hasta el momento del parto además de una disminución en los principales marcadores de morbilidad neonatal.

#### **2.2.8.1 Conductas**

Expectante = espera con tratamiento médico correspondiente

Intervencionista = extracción fetal con madurez pulmonar comprobada

Agresiva = terminación del embarazo

#### 1.-Conducta expectante

La conducta expectante se aplica especialmente en edades gestacionales tempranas o en lugares con baja infraestructura neonatológica.

#### 2.-Conducta intervencionista

La conducta intervencionista es usada en patologías agregadas al embarazo y en lugares con neonatología de alto nivel.

#### 3.-Conducta agresiva

La conducta agresiva se toma ante peligro de muerte materna o fetal y en casos de infecciones graves que puedan comprometer la salud de la madre. (23)

### **2.2.9 Tratamiento**

#### **2.2.9.1 Menor o igual a 33,6 semanas de gestación.**

Descartada la corioamnionitis u otra contraindicación de conducta expectante, se indicará.

1. inducción de la maduración pulmonar con Betametasona 12 mg IM cada 24 horas, dos dosis.

2.- Antibioticoterapia.

- Penicilina 5 millones vía EV seguidos de 2,5 millones cada 4 horas (o ampicilina 2 g y luego 1 g cada 4 horas), por un total de 48 horas (excepto que sea alérgica a la penicilina).
- Azitromicina 250 mg vía oral cada 12 horas durante tres días.

De no haber contracciones, luego de iniciado el tratamiento corticoide y antibiótico, pasa a la sala de internación para completar el mismo.

De esta manera el total del tratamiento antibiótico dura 3 días.

- Ecografía cada 14 días para control de crecimiento y semanal para evaluación de volumen de líquido amniótico.
- Recuento y fórmula de glóbulos blancos en forma semanal.
- A los 7 días de finalizado el tratamiento antibiótico, se realizará cultivo endocervical, de fondo de saco y rectal, repitiéndolos luego cada 10 días si resulta negativo. Ante cultivos positivos se debe realizar tratamiento según antibiograma. (3) (22)

#### **2.2.9.2 Entre 34 y 36,6 semanas de gestación.**

Se comienza con penicilina 5 millones endovenoso seguidos de 2,5 millones cada 4 horas o ampicilina 2 g y luego 1 g cada 4 horas (excepto que sea alérgica a la penicilina) hasta la finalización del embarazo y se comienza inducción con oxitócica (de no haber contraindicaciones), dentro de las 12 horas de producida la rotura de membranas, con un margen de 6 a 24 horas según las condiciones obstétricas e intentando que el nacimiento no se produzca antes de 4 horas de finalizada la carga de antibióticos. (21)

#### **2.2.9.3 Igual o mayor a 37 semanas de gestación.**

Se comienza directamente con la inducción al trabajo de parto mediante oxitocina (de no haber contraindicaciones). Considerar indicaciones de antibioticoterapia para prevención de Sepsis neonatal por streptococo. (3) (4)

### 2.3 Definición de términos básicos

**Ruptura Prematura de Membranas (RPM):** se define como la rotura espontánea de membranas ovulares (cori amnióticas) después de las 22 semanas de edad gestacional y hasta una hora antes del inicio del trabajo de parto

**Edad materna:** Tiempo transcurrido a partir del nacimiento materno hasta la fecha registrada en la historia Clínica.

**Edad gestacional:** La edad gestacional es el tiempo medido en semanas desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha en que se efectúa la medición.

**Infecciones Cervico-vaginales:** alteración de la ecología microbiológica vaginal que habitualmente cursa con leucorrea, mal olor, dolor, prurito y ardor.

**Número de Gestaciones:** Es el número de embarazos que tuvo una mujer.

**Primigesta:** Mujer que por primera vez está embarazada

**Multigesta:** Mujer que ya tuvo 2 a 5 embarazos.

**Gran Multigesta:** Mujer que tuvo de 6 a más embarazos.

**Bacteriuria asintomática:** Presencia de 100,000 o más UFC de bacterias por ml. de orina obtenida por chorro medio.

**Uretritis-cistitis:** Infección sintomática del tracto urinario bajo sin síntomas generales.

**Pielonifritis:** Infección sintomática del tracto urinario alto con manifestaciones generales.

**Parto pretermino:** se denomina parto pretermino (ppt) o prematuro al que ocurre desde las 28 semanas hasta antes de las 37 semanas de gestación (menos de 259 días)

**Presentación podálica** o pelviana, ocurre cuando el feto, en situación longitudinal, pone su polo caudal en relación con el estrecho superior de la pelvis materna.

**Situación transversa:** es aquella en la cual el eje mayor de feto es perpendicular al eje longitudinal de la madre.

**Candidiasis vaginal:** es una infección vaginal causada por hongos localizados en el aire o como huéspedes frecuentes de la vagina, el recto y la boca.

**Vaginosis bacteriana:** la vaginosis bacteriana no está causada por un solo patógeno, sino que es una entidad clínica polimicrobiana, que se caracteriza por la alteración de la flora vaginal con proliferación de anaerobios.

**Tricomonirosis:** es una infección por el protozoo flagelado anaerobio trichomonas vaginalis, que en la mayoría de casos se adquiere por contacto sexual el periodo de incubación de la infección port. vaginales es de entre 4 y 28 días.

**Factor de riesgo:** es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

**Infecciones Cervico-vaginales:** alteración de la ecología microbiológica vaginal que habitualmente cursa con leucorrea, mal olor, dolor, prurito y ardor.

**Membranas ovulares:** Están compuestas por el amnios y el corion. Protegen al feto y al líquido amniótico de la invasión microbiana ascendente del tracto reproductivo; junto con el líquido, las membranas protegen al feto contra traumatismos, compresiones del cordón umbilical y otros.

**Líquido amniótico:** Es un fluido que rodea y amortigua al embrión y luego al feto en desarrollo en el interior del saco amniótico y le permite al feto moverse sin dificultad.



Ruptura prematura de membrana (RPM) de embarazo a término: ocurre luego de las 37 semanas de gestación.

Ruptura prematura de membrana (RPM) de embarazo pretérmino: ocurre antes de las 37 semanas de gestación.

Ruptura precoz de membrana: ocurre durante el trabajo de parto, antes de los 4 cm de dilatación.

Ruptura prematura de membrana (RPM) prolongada: cuando tiene una duración de 24 horas a una semana hasta el momento de nacimiento.

Ruptura **prematura de membrana (RPM) muy prolongada**: supera una semana.

Período de latencia: tiempo que transcurre entre la ruptura de las membranas y el inicio del trabajo de parto.

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de investigación**

El siguiente estudio se tipifica de la siguiente manera:

Según la intervención del investigador fue observacional; porque no existe intervención del investigador, los datos que se consignan reflejan la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador.

Según la planificación de la toma de datos el presente estudio fue de tipo retrospectivo los datos han sido recogidos de registros, el investigador no tuvo participación.

Según el número de ocasiones en que se midió la variable de este estudio fue transversal, la variable del estudio se mide en una sola ocasión.

Según el número de variables de interés será descriptivo, ya que el análisis estadístico va ser invariado; porque plantea y pone a prueba hipótesis, su nivel más básico.

Es una investigación de tipo básica, destinada a aportar un cuerpo organizado de conocimientos científicos y no produce, necesariamente, resultados de utilidad práctica inmediata.

### **3.2 Diseño de la investigación**

Es un diseño descriptivo correlacional, se va a determinar la relación de las variables y las diferentes dimensiones de las variables.

Es descriptivo - correlacional, porque se busca describir la relación o incidencia entre las dos variables de estudio en un momento determinado, en la misma unidad de investigación o sujetos de estudio.

Su esquema correspondiente es el siguiente;

$M \rightarrow O$

Donde:

**M** = Muestra.

**O** = observa la variable

### **3.3 Población y muestra de la investigación**

#### **3.3.1 Población**

La población de estudio estuvo representada por las gestantes, con diagnóstico de rotura prematuras de membranas y sin diagnóstico que fueron atendidos en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay. (Durante el periodo de enero - agosto del 2016), en el distrito de Abancay – Provincia de Abancay- departamento de Apurímac.

#### **3.3.2 Muestra**

Para el cálculo del tamaño de la muestra, se aplicó la siguiente fórmula, donde se consideró un nivel de confianza de 95% y un error de 5%.

$$n = \frac{Z^2 [P(1-P)]}{E^2}$$

n = tamaño de la muestra

Z = Nivel de confianza ==> 1.96

E = Margen de error permisible =(6% de error)= 0.06

P = Probabilidad de ocurrencia = 0.871

Q = Probabilidad de no ocurrencia = 1-P

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.871(1-0.871))}{0.06^2}$$

$$n = 119.89 \approx 120 \text{ gestantes}$$

La muestra estuvo compuesta por 120 gestantes con diagnóstico de rotura prematura de membranas atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de la ciudad de Abancay que cumplirán con los criterios de inclusión y exclusión.

Para seleccionar los elementos que conformaron la muestra se utilizó la técnica de muestra probabilístico aleatorio simple, el mismo que nos asegurará la representatividad y por tanto la posibilidad de realizar la inferencia estadística.

El muestreo aleatorio simple, denominado también muestreo que probabilístico, es la técnica de muestreo en la que todos los elementos que forman el universo y que, por lo tanto, están descritos en el marco muestral, tienen idéntica probabilidad de ser seleccionados para la muestra.

El procedimiento empleado fue el siguiente:

1.- Se asignó un número a cada gestante que conforma la población

2.- A través de números aleatorios generados con un ordenador, se eligió tantos sujetos como sea necesario para completar el tamaño de muestra requerido.

### **Criterios de inclusión**

- Gestantes hospitalizadas con diagnóstico de rotura prematura de membranas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega entre enero a agosto del 2016
- Gestantes referidas al hospital regional Guillermo Díaz de la Vega con el diagnóstico de rotura prematura de membranas.
- Mujeres gestantes que tuvieron su parto sea por vía abdominal o vaginal en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega.
- Gestantes con historias registradas en la base de datos del SIP.
- Gestante hospitalizados en el servicio de alto riesgo obstétrico (ARO).

### **Criterios de exclusión**

- Gestantes que no haya sido atendido en el periodo de estudio.
- Gestantes con diagnóstico de rotura prematura de membranas con historias clínicas incompletas.
- Gestantes que ingresa por emergencia obstétrica en trabajo de parto fase activa.
- gestantes que no haya hospitalizada en el servicio de alto riesgo obstétrico (ARO).
- historias clínicas de gestantes sin complicaciones relacionadas con rotura prematura de membranas.

### 3.4 Variables, dimensiones e indicadores

#### 3.4.1 Variable 1:

Factores Gineco-Obstétricos e Infecciosos

#### 3.4.2 Variable 2:

Rotura prematura de membranas

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICES
FACTORES GINECO-OBSTÉTRICOS E INFECCIOSOS	Factores gineco_obstetricos	1.edad gestacional	1.1.de 28-36 prematuros 1.2 de 37-41 a términos 1.3.> a 42 posttermino
		2.número de gestación	2.1. primigesta 2.2. multigesta 2.3. gran multigesta
		3.antecedentes de rotura prematura de membranas	3.1.si 3.2.no
		4.presentaciones	4.1. podálico 4.2. transversa 4.3. otros
	Factores infecciosos	5.antecedentes de parto pre término	5.1.si 5.2.no
		6.infección del tracto urinario	6.1.bacteriuria asintomática 6.2. cistitis 6.3. pielonefritis
		7.infección cervico – vaginales	7.1 tricomoniasis 7.2. candidiasis 7.3. vaginosis bacteriana
ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	Rotura prematura de membranas	8.Tuvo rotura prematura de membranas	8.1 si 8.2 no

## **3.5 Técnicas e instrumentos de la recolección de datos**

### **3.5.1 Técnicas**

Se utilizó como técnica la documentación, ya que la información contenida está registrada en las historias clínicas maternas perinatales, fue recolectada con fines distintos al estudio en curso.

### **3.5.2 Instrumentos**

El presente trabajo de investigación tuvo como instrumento una ficha de recolección de datos ya que los datos serán recopilados de las historias clínicas perinatales.

La ficha de recolección de datos se diseñó de acuerdo a los objetivos propuestos en la presente investigación.

### **3.5.3 Procedimientos**

Se presentó una solicitud al director del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay, para que autorizara el ingreso a este nosocomio. Para iniciar con la recolección de datos, se coordinó con el jefe del departamento de Gineco- Obstetricia y el jefe de estadística para que se puedan programar las fechas y horas en las que se puedan recolectar los datos de las Historias Clínicas seleccionadas.

Para el recojo de la información se elaboró una ficha de registro de datos requeridos de cada gestante en una ficha de recolección de datos (ver anexo 2)

Se diseñó un cuadro con los datos requeridos para el procesamiento y análisis de los datos con el programa Excel, donde se registró lo siguiente:

- Número de ficha
- Número de historia clínica
- Edad
- Grado de instrucción
- Estado civil
- Lugar de procedencia
- Edad gestacional
- Numero de gestas
- Antecedentes de rotura prematura de membranas
- Antecedentes de parto prematuro
- Infecciones del tracto urinario
- Infección cervico- vaginales

Se tuvo especial cuidado en seleccionar a las gestantes de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión definidas para la investigación.

Para el procesamiento de los datos de las variables de estudio fueron sometidos a control de calidad para ser ingresados a una matriz de datos en el software estadístico SPSS, versión 23 para obtener resultados que son presentados utilizando cuadros de distribución de frecuencias, así como los gráficos por sectores; para el contraste de hipótesis se utilizó la prueba no paramétrica “La prueba de reacciones extremas de Moses”. Esta prueba sirve para estudiar si existe diferencia en el grado de dispersión o variabilidad de dos distribuciones y presupone que la variable experimental afectará a algunos sujetos en una dirección y a otros en dirección opuesta; además se tomará un nivel de significancia de 5%.



## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS**

La investigación está referida a los factores gineco – obstétrico e infeccioso asociados con rotura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante en el periodo de enero a agosto 2016.

Esta investigación tuvo como propósito determinar la prevalencia y los factores de riesgo materno asociados con ruptura prematura de membranas.

La información correspondiente se recogió a través de las fichas de observación documentada; en estos instrumentos se consideraron ítems relacionadas a las variables y dimensiones del estudio.

Se debe indicar que los resultados estadísticos se utilizaron para redactar la discusión de la investigación, contrastando los contenidos del marco teórico y los estudios realizados por otros investigadores.

A continuación, se presentan en detalle los resultados estadísticos obtenidos

## 4.1 Resultados descriptivos

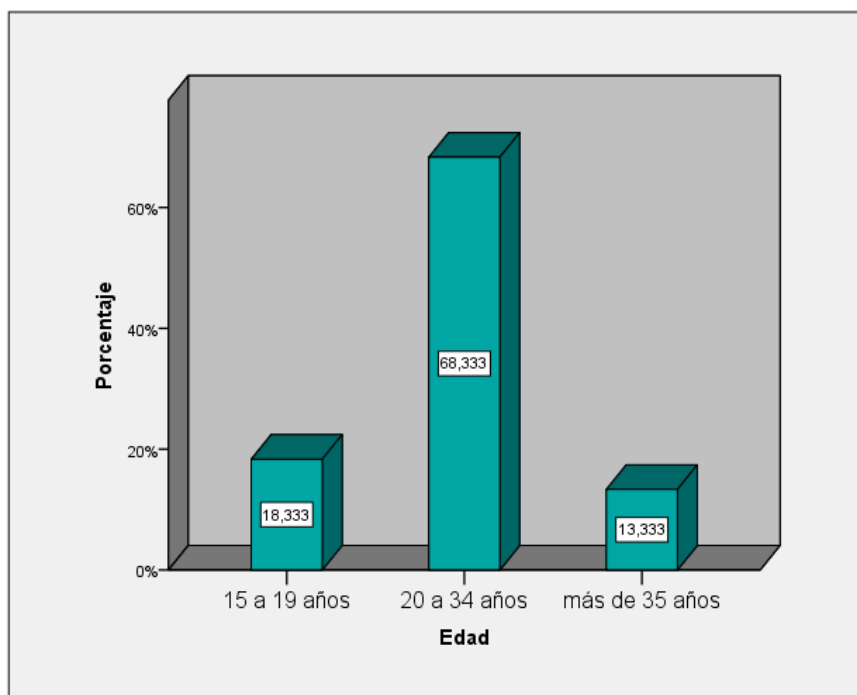
### 4.1.1 Presentación, análisis e interpretación de resultados

**Tabla 1: Gestantes Según Edad atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la vega de enero a agosto del 2016**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 15 a 19 años	22	18,3	18,3	18,3
20 a 34 años	82	68,3	68,3	86,7
más de 35 años	16	13,3	13,3	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos

**Gráfico 1.-Porcentaje de Gestantes Según Edad atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz De La Vega De Enero A Julio Del 2016**



Fuente: Base de datos

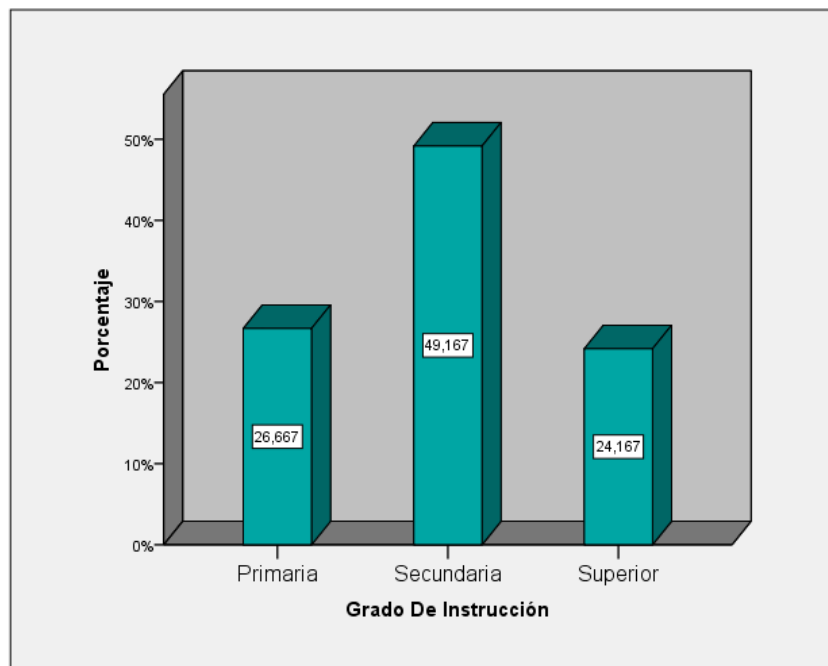
De la tabla se observa que el 18.3% de gestantes tienen una edad de 15 a 19 años, seguido por el 68.3% de gestantes con edades entre los 20 a 34 años y el 13.3% de gestantes con edades mayores a 35 años

**Tabla 2: Gestantes según Grado De Instrucción Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Enero a Julio del 2016.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Primaria	32	26,7	26,7	26,7
	Secundaria	59	49,2	49,2	75,8
	Superior	29	24,2	24,2	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos

**Gráfico 2.-Porcentaje de gestantes según Grado De Instrucción Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Enero a Julio del 2016**



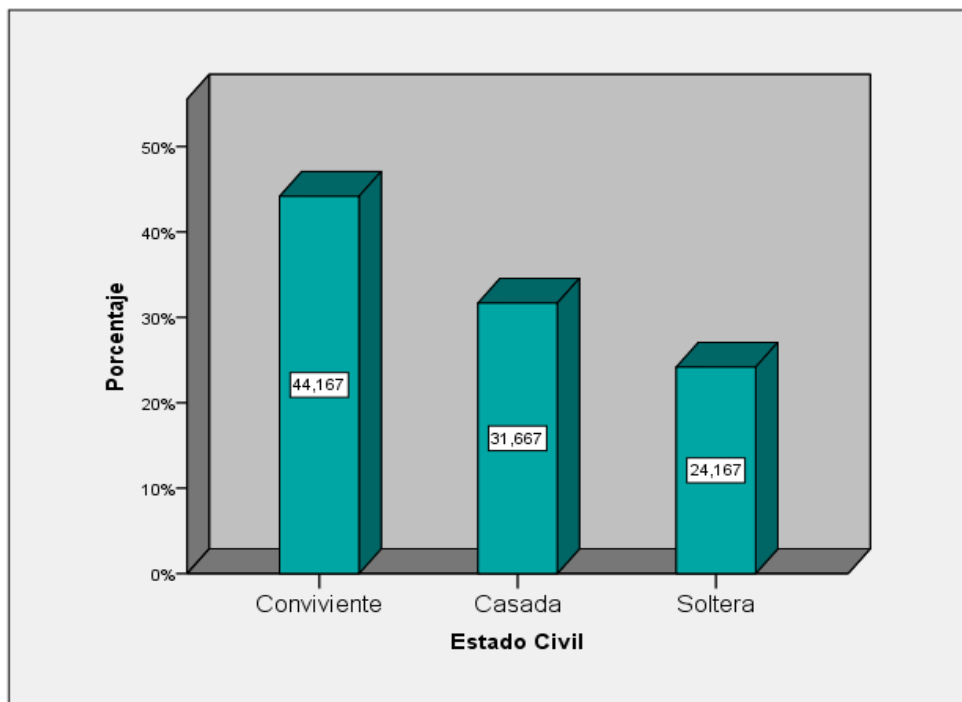
En la tabla se observa que el 49,2% de gestantes manifiesta que su grado instrucción es Secundaria seguido por el 26,7% de gestantes opina que su grado instrucción está en un nivel Primaria y sólo el 24,2% de gestantes indica que su grado instrucción es Superior

**Tabla 3: Gestantes según Estado Civil Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Enero a agosto del 2016.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Conviviente	53	44,2	44,2	44,2
	Casada	38	31,7	31,7	75,8
	Soltera	29	24,2	24,2	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos

**Gráfico 3.-Gestantes según Estado Civil Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Enero a agosto del 2016**



Fuente: Base de datos

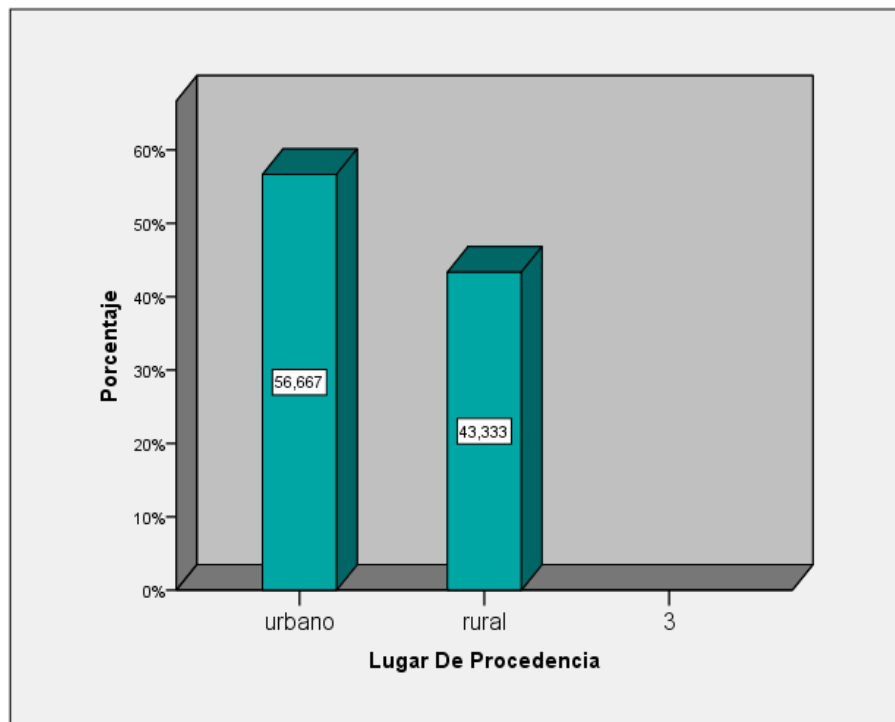
En la tabla se observa que el 31,7% de gestantes manifiesta que su estado civil es Casada seguido por el 44,2% de gestantes que su estado civil es Conviviente y sólo el 24,2% de gestantes indica que su estado civil es Soltera

**Tabla 4: Gestantes según Lugar De Procedencia Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Enero a agosto del 2016.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos urbano	68	56,7	56,7	56,7
rural	52	43,3	43,3	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos

**Gráfico 4.-Porcentaje de gestantes según Lugar De Procedencia Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Enero a Julio del 2016**



Fuente: Base de datos

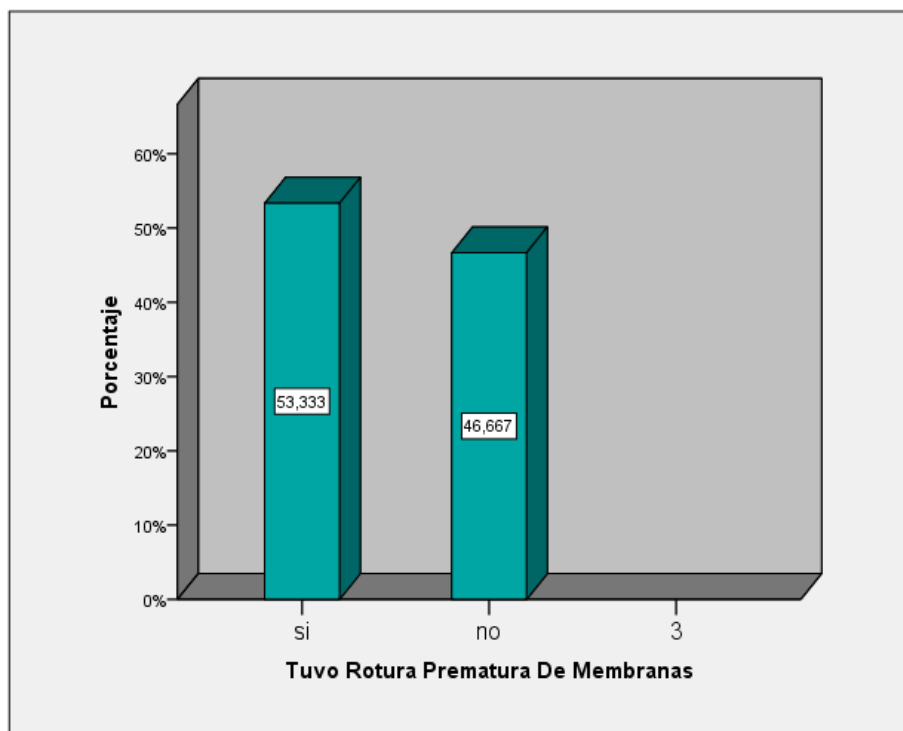
En la tabla se observa que el 43,3% de gestantes manifiesta que su lugar procedencia es rural seguido por el 56,7% de gestantes opina que su lugar procedencia está en un nivel urbano.

**Tabla 5: Gestantes según si Tuvo Rotura Prematura De Membranas Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Enero a Julio del 2016**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	64	53,3	53,3	53,3
	no	56	46,7	46,7	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos

**Gráfico 5.-Porcentaje de gestantes según Tuvo Rotura Prematura De Membranas Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Enero a Julio del 2016.**



Fuente: Base de datos

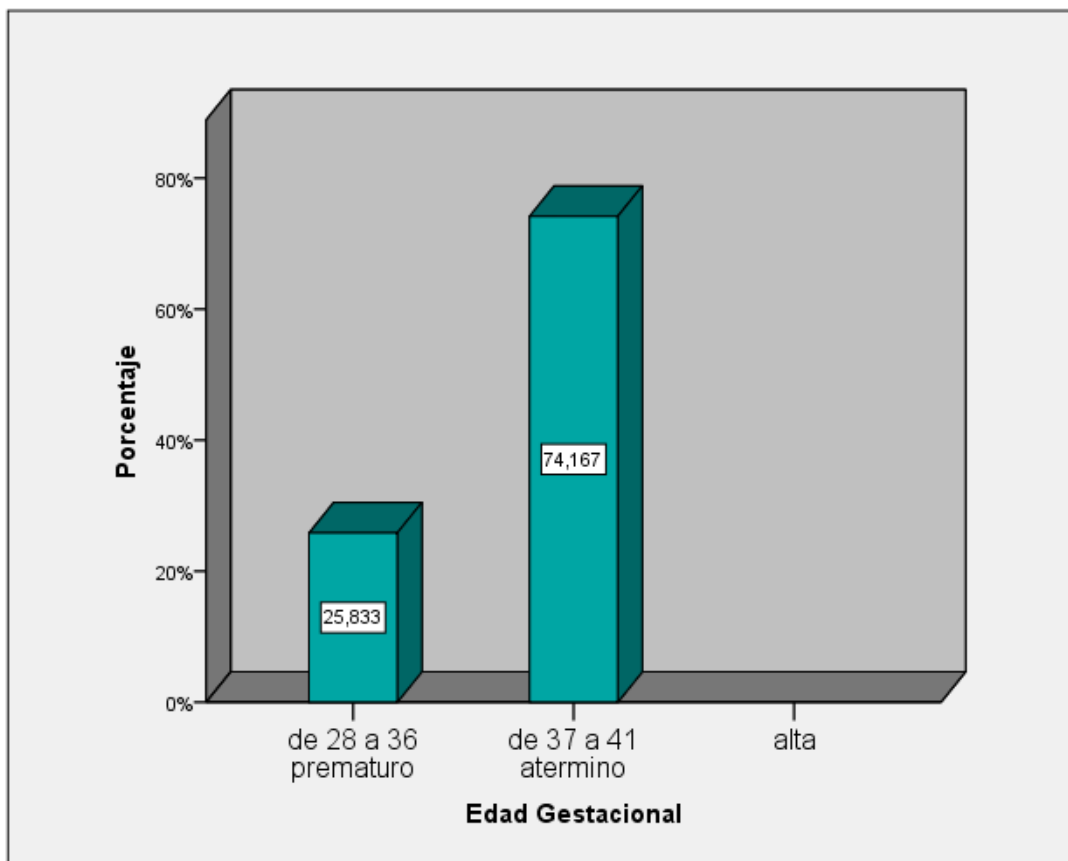
En la tabla se aprecia que el 46,7% de gestantes indica que no Tuvo Rotura Prematura De Membranas; mientras que el 53,3% de gestantes respondió que sí Tuvo Rotura Prematura De Membranas.

**Tabla 6: Gestantes según Edad Gestacional Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Enero a Julio del 2016.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	de 28 a 36 prematuro	31	25,8	25,8	25,8
	de 37 a 41 a termino	89	74,2	74,2	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos

**Gráfico 6.-Porcentaje de gestantes según Edad Gestacional Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Enero a Julio del 2016**



Fuente: Base de datos

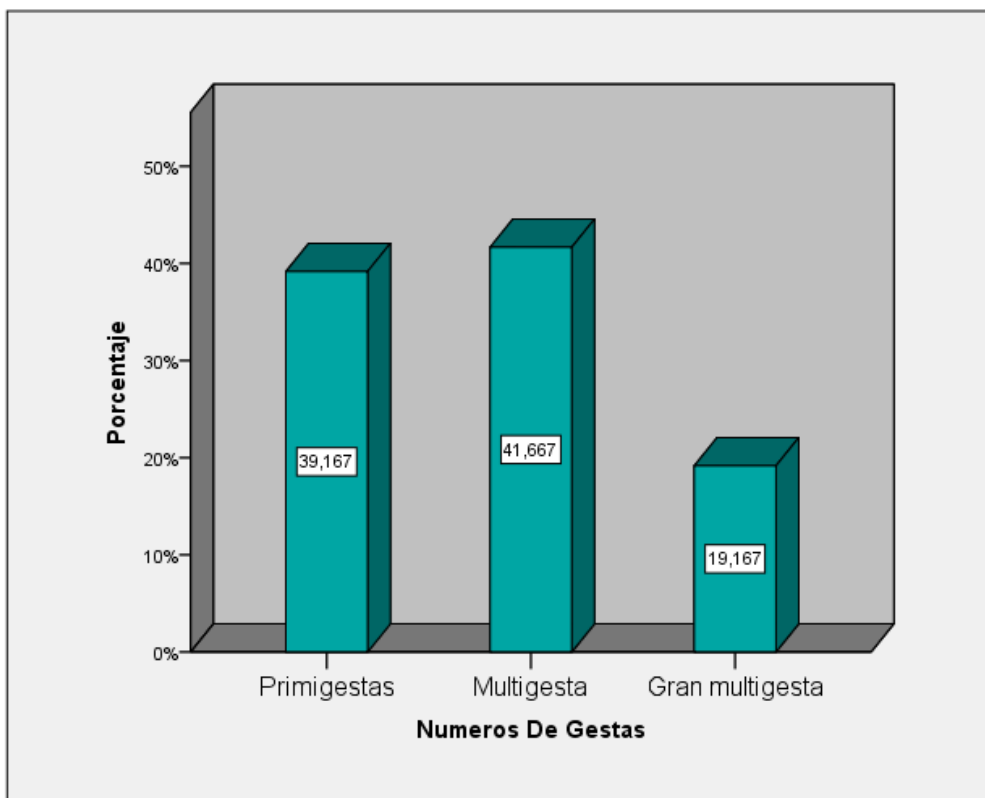
En la tabla se observa que el 74,2% de gestantes manifiesta que su Edad Gestacional es de 37 a 41 a término seguido por el 25,8% de gestantes que su Edad Gestacional es de 28 a 36 prematuro.

**Tabla 7: Gestantes según Números De Gestas Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Enero a Julio del 2016**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Primigestas	47	39,2	39,2	39,2
	Multigesta	50	41,7	41,7	80,8
	Gran multigesta	23	19,2	19,2	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos

**Gráfico 7.-Porcentaje de gestantes según Números De Gestas Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Enero a Julio del 2016**



Fuente: Base de datos

En la tabla se aprecia que el 41,7% de gestantes indica que su Números De Gestas es de tipo Multigesta mientras que el 39,2% de gestantes respondió que el Números De Gestas es de tipo Primigestas y sólo el 19,2% de gestantes indica que la Números De Gestas está en un nivel Gran multigesta.

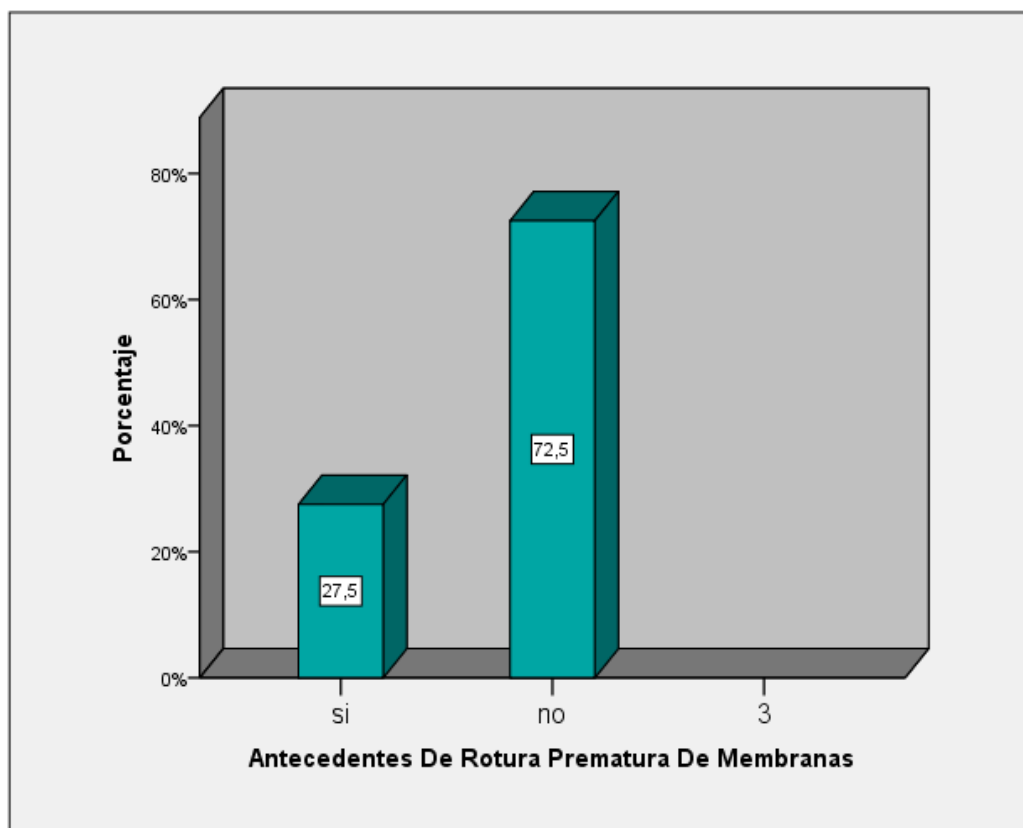


**Tabla 8: Gestantes según Antecedentes De Rotura Prematura De Membranas Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Enero a Julio del 2016.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	33	27,5	27,5	27,5
	no	87	72,5	72,5	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos

**Gráfico 8.-Porcentaje de gestantes según Antecedentes De Rotura Prematura De Membranas Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Enero a Julio del 2016.**



Fuente: Base de datos

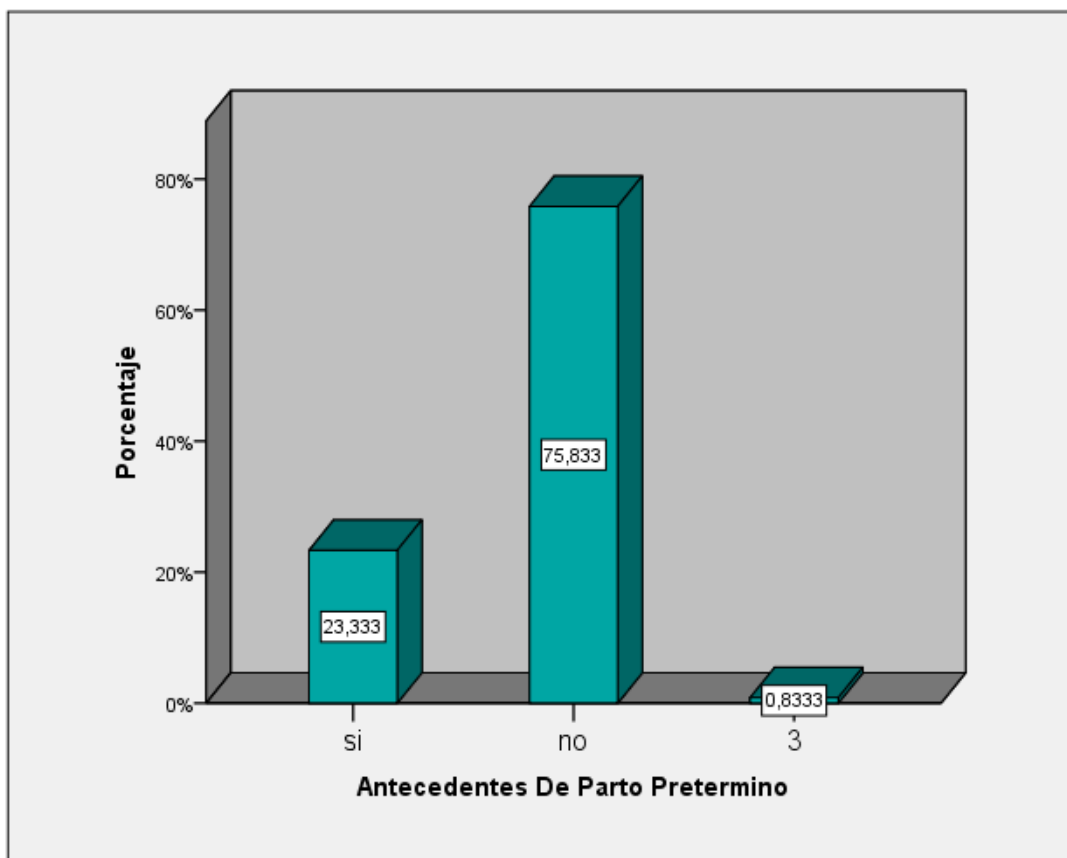
En la tabla se observa que el 72,5% de gestantes manifiesta que no tiene Antecedentes De Rotura Prematura De Membranas seguido por el 27,5% de gestantes opina que si tuvo Antecedentes De Rotura Prematura De Membranas.

**Tabla 9: Gestantes según Antecedentes De Parto Pre terminó Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Enero a Julio del 2016.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	28	23,3	23,3	23,3
	no	91	75,8	75,8	99,2
	3,00	1	,8	,8	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos

**Gráfico 9.-Porcentaje de Gestantes según Antecedentes De Parto Pre terminó Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Enero a Julio del 2016**



Fuente: Base de datos

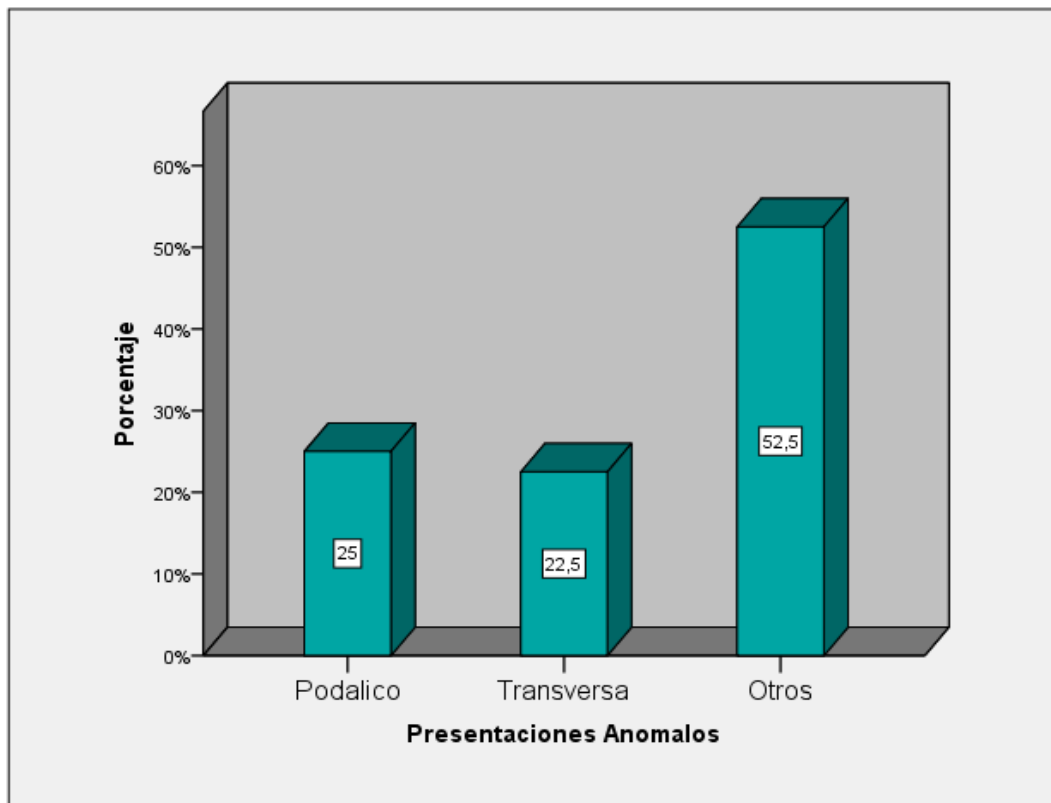
En la tabla se aprecia que el 75,8% de gestantes indica que no tiene Antecedentes De Parto Pretermino mientras que el 23,3% de gestantes respondió que si tuvo Antecedentes De Parto Pre término.

**Tabla 10: Gestantes según Presentaciones Anómalos Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Enero a Julio del 2016.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Podalico	30	25,0	25,0	25,0
	Transversa	27	22,5	22,5	47,5
	Otros	63	52,5	52,5	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos

**Gráfico 10.-Porcentaje de Gestantes según Presentaciones Anómalos Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Enero a Julio del 2016.**



Fuente: Base de datos

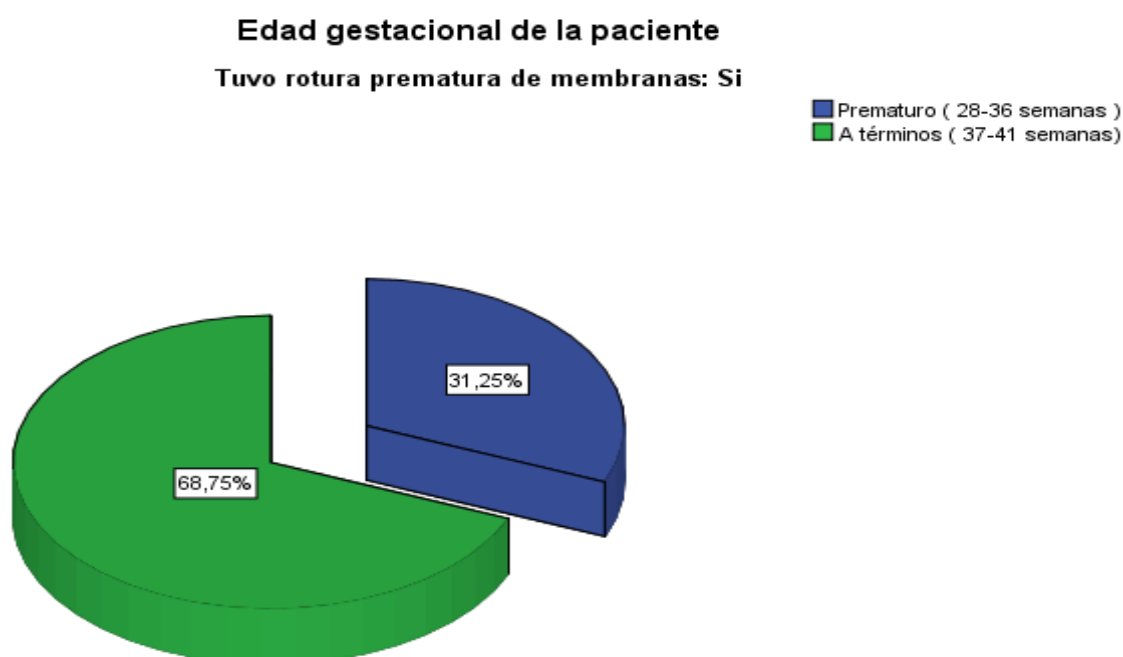
En la tabla se aprecia que el 22,5% de gestantes indica que tuvo Presentaciones Anómalos del tipo Transversa mientras que el 25,0% de gestantes respondió que las Presentaciones Anómalos fue del tipo Podálico y sólo el 52,5% de gestantes indica que las presentaciones anómalas fueron de otro tipo.

**Tabla 11: Gestantes según edad gestacional por rotura prematura de membranas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo**

<b>Edad gestacional de la paciente</b>			
<b>Tuvo rotura prematura de membranas</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Si</b>	Prematuro ( 28-36 semanas )	20	31,3
	A términos ( 37-41 semanas)	44	68,8
	<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>
<b>No</b>	Prematuro ( 28-36 semanas )	11	19,6
	A términos ( 37-41 semanas)	45	80,4
	<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Base de datos

**Grafico 11.-Porcentaje de gestantes según edad gestacional por rotura prematura de membranas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto 2016**



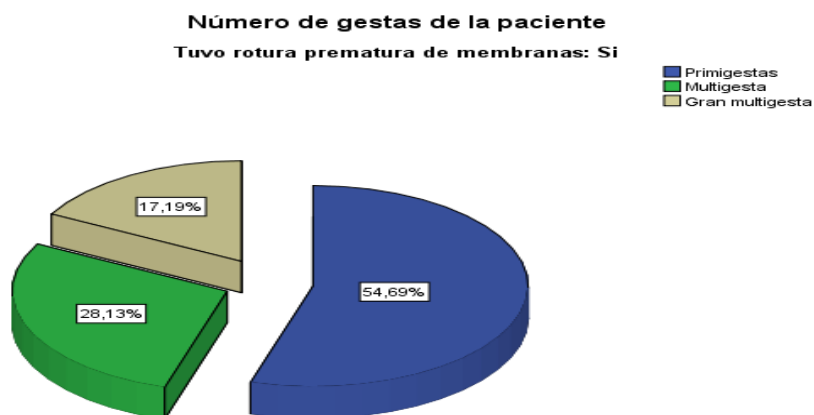
Fuente: Base de datos

De la tabla y el gráfico se desprende que del total de las gestantes que tuvieron rotura prematura de membranas, que representan el 68.8%, manifiestan que su edad gestacional es a término y el 31.3% indican que su edad gestacional es prematura.

**Tabla 12: Gestantes según número de gestas por rotura prematura de membranas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto del 2016**

<b>Número de gestas de la paciente</b>			
<b>Tuvo rotura prematura de membranas</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Si</b>	Primigestas	35	54,7
	Multigesta	18	28,1
	Gran multigesta	11	17,2
	<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>
<b>No</b>	Primigestas	12	21,4
	Multigesta	32	57,1
	Gran multigesta	12	21,4
	<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

**Gráfico 12.-Gestantes según número de gestas por rotura prematura de membranas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto 2016.**



Fuente: base de datos

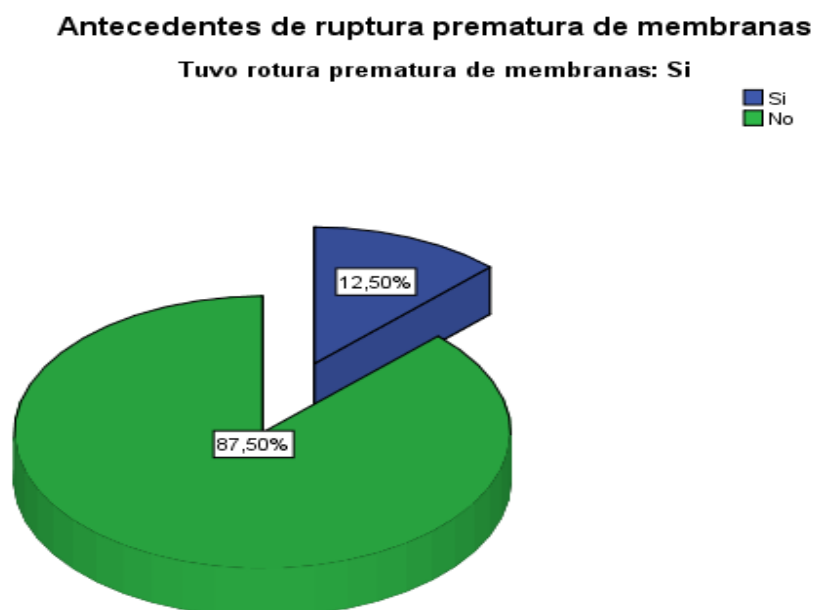
De la tabla y el gráfico se desprende que del total de las gestantes que tuvieron rotura prematura de membranas, que representan el 54.7%, son primigestas, el 28.1% son multigesta y el 17.2% son granmultigesta.

**Tabla 13: Gestantes según antecedentes de rotura prematura de membranas por rotura prematura de membranas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto 2016.**

<b>Antecedentes de ruptura prematura de membranas</b>			
<b>Tuvo rotura prematura de membranas</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Si</b>	Si	8	12,5
	No	56	87,5
	<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>
<b>No</b>	Si	25	44,6
	No	31	55,4
	<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

Fuente: base de datos

**Gráfico 13.-Gestantes según antecedentes de rotura prematura de membranas por rotura prematura de membranas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto 2016.**



Fuente: base de datos

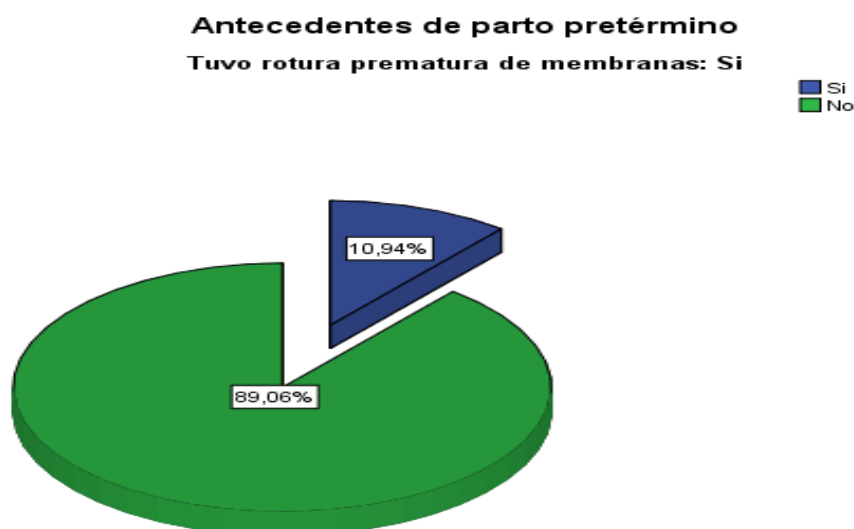
De la tabla y el gráfico se desprende que del total de las gestantes que tuvieron rotura prematura de membranas, que representan el 87.5%, manifestaron no tener antecedentes de ruptura prematura de membranas y el 12.5%, manifestaron tener antecedentes de ruptura prematura de membranas.

Tabla 14: Gestantes según antecedentes de parto pre término por rotura prematura de membranas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto 2016.

<b>Antecedentes de parto pretérmino</b>			
<b>Tuvo rotura prematura de membranas</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	Si	7	10,9
	No	57	89,1
	<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>
No	Si	21	37,5
	No	34	60,7
	3	1	1,8
	<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

Fuente: base de datos

Gráfico 14.-Gestantes según antecedentes de rotura prematura de membranas por rotura prematura de membranas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto 2016.



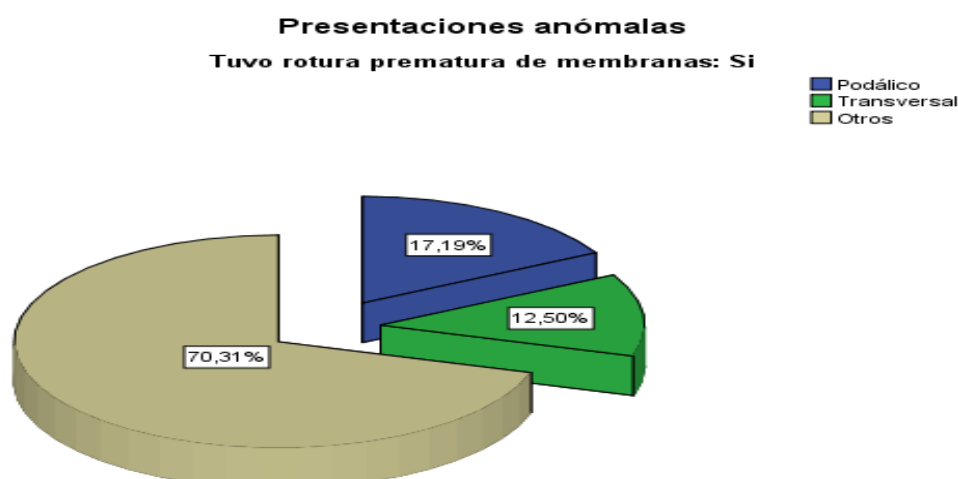
De la tabla y el gráfico se desprende que del total de las gestantes que tuvieron rotura prematura de membranas, que representan el 89.1%, manifestaron no tener antecedentes de parto pretérmino y el 10.9%, manifestaron tener antecedentes de parto pretérmino.

**Tabla 15: Gestantes según presentación anómalas por rotura prematura de membranas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto 2016.**

<b>Presentaciones anómalas</b>			
<b>Tuvo rotura prematura de membranas</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Si</b>	Podálico	11	17,2
	Transversal	8	12,5
	Otros	45	70,3
	<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>
<b>No</b>	Podálico	19	33,9
	Transversal	19	33,9
	Otros	18	32,1
	<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

Fuente: base de datos

**Gráfico 15.-Gestantes según presentación anómalas por rotura prematura de membranas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo**



Fuente: base de datos

De la tabla y el gráfico se desprende que del total de las gestantes que tuvieron rotura prematura de membranas, representan el 70.3%, indica que tuvo diferentes presentaciones anómalas, el 17.2% manifiestan que tuvieron presentaciones anómalas del tipo podálico y el 12.5% señalaron que tuvieron presentaciones anómalas del tipo transversal.

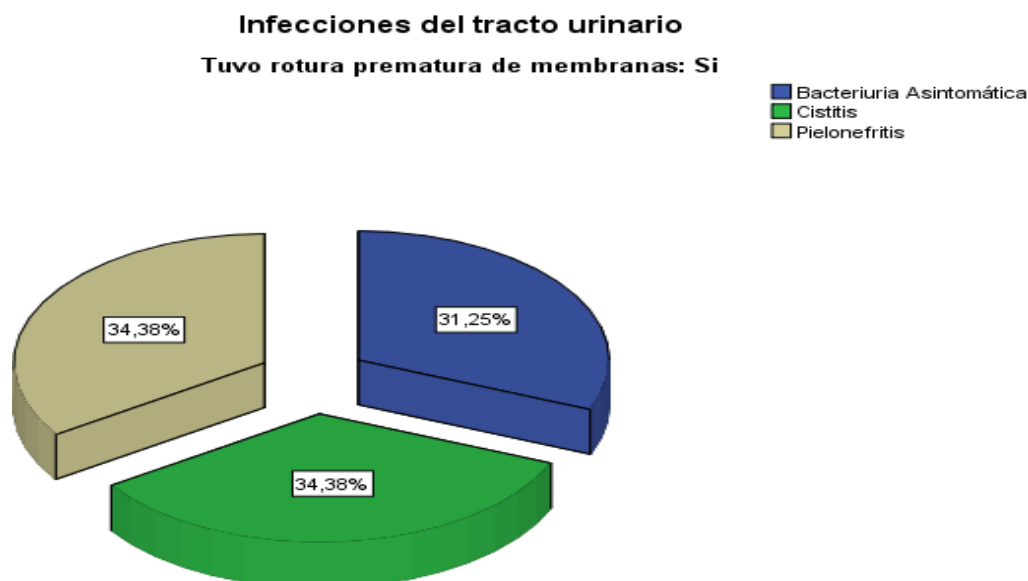


**Tabla 16: Gestantes según infección del tracto urinario por rotura prematura de membranas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto 2016.**

<b>Infecciones del tracto urinario</b>			
<b>Tuvo rotura prematura de membranas</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Si</b>	Bacteriuria Asintomática	20	31,3
	Cistitis	22	34,4
	Pielonefritis	22	34,4
	<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>
<b>No</b>	Bacteriuria Asintomática	23	41,1
	Cistitis	12	21,4
	Pielonefritis	21	37,5
	<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

Fuente: base de datos

**Grafico 16.-Gestantes según infección del tracto urinario por rotura prematura de membranas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto 2016.**



Fuente: base de datos

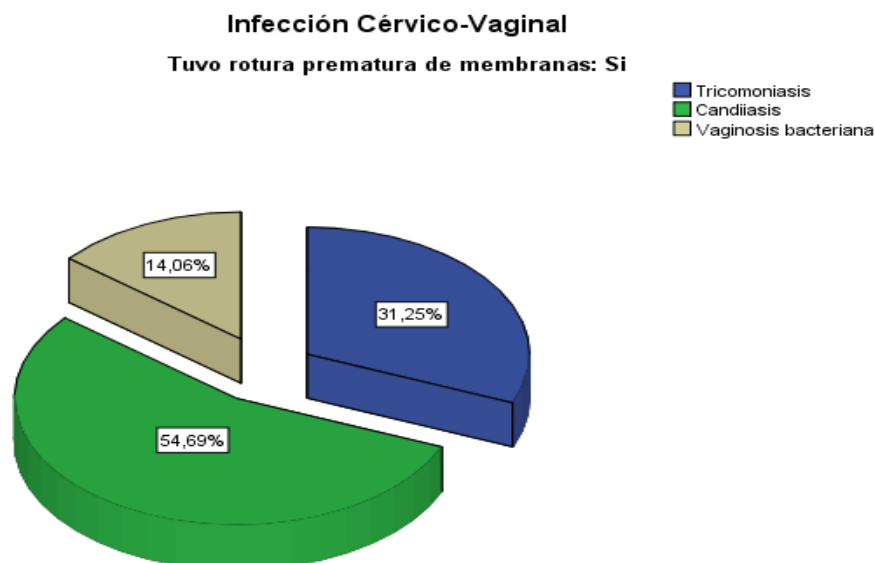
De la tabla y el gráfico se desprende que del total de las gestantes que tuvieron rotura prematura de membranas, que representan el 34.4%, manifiestan haber tenido cistitis y pielonefritis y el 31.3% señalaron que tuvieron infección del tracto urinario bacteriuria asintomática.

**Tabla 17: Gestantes según infección cervico-vaginal por rotura prematura de membranas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto 2016.**

Infección Cérvico-Vaginal			
Tuvo rotura prematura de membranas		Frecuencia	Porcentaje
Si	Tricomoniasis	20	31,3
	Candiasis	35	54,7
	Vaginosis bacteriana	9	14,1
	<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>
No	Tricomoniasis	18	32,1
	Candiasis	31	55,4
	Vaginosis bacteriana	7	12,5
	<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

Fuente: base de datos

**Gráfico 17.-Gestantes según infección cérvico-vaginal por rotura prematura de membranas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto 2016**



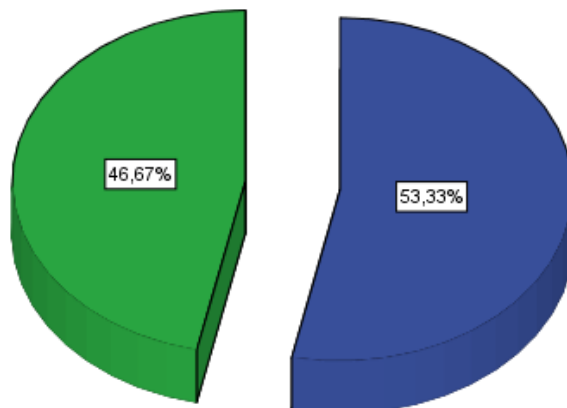
De la tabla y el gráfico se desprende que del total de las gestantes que tuvieron rotura prematura de membranas, que representan el 54.7%, manifiestan haber tenido candidiasis, el 31.3% señalaron que tuvieron tricomoniasis y el 14.1% indicaron haber tenido vaginosis bacteriana.

**Tabla 18: Gestantes según rotura prematura de membranas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto 2016.**

		<b>Tuvo rotura prematura de membranas</b>	
		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Válidos	Si	64	53,3
	No	56	46,7
	<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>

Fuente: base de datos

**Gráfico 18.-Gestantes según rotura prematura de membranas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto 2016.**



### **Análisis e interpretación**

De la tabla y el gráfico se desprende que, del total de las gestantes, que representan el 53.3%, manifiestan haber tenido rotura prematura de membranas y el 46.7% señalaron no haber tenido rotura prematura de membranas.

#### 4.1.2 Contraste de Hipótesis

Para el contraste de hipótesis se utilizará la prueba no paramétrica “**La prueba de reacciones extremas de Moses**”. Esta prueba sirve para estudiar si existe diferencia en el grado de dispersión o variabilidad de dos distribuciones y presupone que la variable experimental afectará a algunos sujetos en una dirección y a otros en dirección opuesta.

##### **Hipótesis General**

H<sub>0</sub>: No existe una relación significativa entre la rotura prematura de membranas y los factores gineco- obstétricos e infecciosos en gestantes atendidas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto del 2016

H<sub>1</sub>: Existe una relación significativa entre la rotura prematura de membranas y los factores gineco- obstétricos e infecciosos en gestantes atendidas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto del 2016

Nivel de confianza: 95%

Nivel de significancia:

$\alpha = 0,05 \cong 5\%$

Regla de decisión:

$\rho \geq \alpha \rightarrow$  se acepta H<sub>0</sub>;  $\rho < \alpha \rightarrow$  se acepta H<sub>a</sub>

Prueba estadística: Test de Moses

**Tabla 19: Test de Moses para los factores: gineco- obstétricos e infecciosos en relación a la rotura prematura de membranas.**

Estadísticos de contraste<sup>a,b</sup>

	Edad gestacional de la gestante	Número de gestas de la gestante	Antecedentes de ruptura prematura de membranas	Antecedentes de parto pretérmino	Presentaciones anómalas	Infecciones del tracto urinario	Infección Cérvico-Vaginal
Amplitud observada del grupo control	61	86	61	107	75	78	94
Sig. (unilateral)	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,000
Amplitud recortada del grupo control	61	86	61	61	75	78	94
Sig. (unilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001
Valores atípicos recortados de cada extremo	2	2	2	2	2	2	2

a. Prueba de Moses

b. Variable de agrupación: Tuvo rotura prematura de membranas

Fuente: Elaboración propia

### Decisión estadística:

El valor obtenido resulta menor al valor 0,05 de la significancia; por tanto, se rechaza la hipótesis nula y se tiene evidencia estadística para afirmar que “Existe una relación significativa entre la rotura prematura de membranas y los factores gineco- obstétricos e infecciosos en gestantes atendidas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto del 2016”.

Hipótesis específicas

Hipótesis específica N°1

H<sub>0</sub>: No existe una relación significativa entre la rotura prematura de membranas y los factores gineco-obstétricos en gestantes atendidas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto del 2016

H<sub>1</sub>: Existe una relación significativa entre la rotura prematura de membranas y los factores gineco-obstétricos en gestantes atendidas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto del 2016

Nivel de confianza: 95%

Nivel de significancia:

$\alpha = 0,05 \cong 5\%$

Regla de decisión:

$\rho \geq \alpha \rightarrow$  se acepta H<sub>0</sub>;  $\rho < \alpha \rightarrow$  se acepta H<sub>a</sub> Prueba estadística: Test de Moses

**Tabla 20: Test de Moses para los factores: gineco- obstétricos en relación a la rotura prematura de membranas.**

Estadísticos de contraste<sup>a,b</sup>

	Edad gestacional de la gestante	Número de gestas de la gestante	Antecedentes de ruptura prematura de membranas	Antecedentes de parto pretérmino	Presentaciones anómalas
Amplitud observada del grupo control	61	86	61	107	75
<b>Sig. (unilateral)</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,001</b>	<b>,000</b>
Amplitud recortada del grupo control	61	86	61	61	75
Sig. (unilateral)	,000	,000	,000	,000	,000
Valores atípicos recortados de cada extremo	2	2	2	2	2

a. Prueba de Moses

b. Variable de agrupación: Tuvo rotura prematura de membranas

Fuente: base de datos

### Decisión estadística:

El valor obtenido resulta menor al valor 0,05 de la significancia; por tanto, se rechaza la hipótesis nula y se tiene evidencia estadística para afirmar que “Existe una relación significativa entre la rotura prematura de membranas y los factores gineco- obstétricos en gestantes atendidas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto del 2016”.

### Hipótesis específica N°2

H<sub>0</sub>: No existe una relación significativa entre la rotura prematura de membranas y los factores infecciosos en gestantes atendidas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto del 2016

H<sub>1</sub>: Existe una relación significativa entre la rotura prematura de membranas y los factores infecciosos en gestantes atendidas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto del 2016

Nivel de confianza: 95%

Nivel de significancia:

$\alpha = 0,05 \cong 5\%$

Regla de decisión:

$\rho \geq \alpha \rightarrow$  se acepta H<sub>0</sub>;  $\rho < \alpha \rightarrow$  se acepta H<sub>a</sub>

Prueba estadística: Test de Moses

**Tabla 21: Test de Moses para los factores infecciones en relación a la rotura prematura de membranas.**

<b>Estadísticos de contraste<sup>a,b</sup></b>		
	Infecciones del tracto urinario	Infección Cérvico- Vaginal
Amplitud observada del grupo control	78	94
<b>Sig. (unilateral)</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>
Amplitud recortada del grupo control	78	94
Sig. (unilateral)	,000	,001
Valores atípicos recortados de cada extremo	2	2

a. Prueba de Moses

b. Variable de agrupación: Tuvo rotura prematura de membranas

**Decisión estadística:**

El valor obtenido resulta menor al valor 0,05 de la significancia; por tanto, se rechaza la hipótesis nula y se tiene evidencia estadística para afirmar que “Existe una relación significativa entre la rotura prematura de membranas y los factores infecciosos en gestantes atendidas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto del 2016”.

#### **4.1.3 Discusión de los resultados.**

En estudio realizado existe una relación significativa entre de factores gineco – obstétricos e infecciosos asociados a rotura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega durante en el periodo de enero a agosto 2016

La edad de la madre fue una característica evaluada en nuestro estudio, mostrando que el mayor porcentaje de mujeres que presentan esta patología se encuentra entre los 20 y 34 años, hallazgo similar se encontrado en estudio por Morgan, Fabián, Saavedra, y Manrique M, Olarte P

Las variables gineo- obstétricas asociados a la rotura prematura de membranas, fueron: fundamentalmente las relacionadas con el antecedente de rotura prematura de membrana el 87.5%; edad gestacional 68.8 % son a términos , número de gestas el 54.7 % son primigestas; y los factores infecciosos: infección del tracto urinario el 34.4 % son cistitis y pielonifritis; infección e cervico-vaginal el 54.7% manifiesta candidiasis ,y el 31.3 % es tricomoniasis; estas características descritas en nuestro estudio son similares a los encontrados en los estudios de Morgan y Manrique M, Olarte P. y Fabián.

Según Pérez A., Donoso Siña E. y Romero R. encontraron 25% con presentación anómala que constituye las complicaciones en el embarazo gemelar el 10 %.



## CONCLUSIONES

- Existe una relación significativa entre la rotura prematura de membranas y los factores gineco- obstétrico e infeccioso en gestantes atendidas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto del 2016.  
( $p=0.000<0.05$ ;) )
- Existe una relación significativa entre la rotura prematura de membranas y los factores gineco- obstétricos en gestantes atendidas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto del 2016.  
( $p=0.000<0.05$ )
- Existe una relación significativa entre la rotura prematura de membranas y los factores infecciosos en gestantes atendidas en el hospital regional Guillermo Díaz de la vega durante el periodo de enero a agosto del 2016.  
( $p=0.000<0.05$ )
- En relación de la variable los factores gineco-obstétricos los que destacan, son edad gestacional se representa el 68.7%son a término seguido de número de gestas representan el 54.7 %, son primigestas.
- En cuanto a la variable infección del tracto urinario: Del 100% de los casos, el 34.4% se presentaron con cistitis y pielonifritis, el 31.3% con bacteriuria asintomática.
- En cuanto a la variable infección de cérvico -vaginal el que destaca el 54.7%, manifiestan candidiasis, el 31.3% tricomoniasis y el 14.1% vaginosis bacteriana.

## RECOMENDACIONES.

- Vigilar el correcto llenado de la historia clínica materna, ya que es el único de instrumento de recolección de información de la paciente embarazada para poder identificar los factores de riesgo.
- Es necesario ampliar los programas de educación en salud materna, porque solo así se puede obtener resultados positivos en la asistencia al control prenatal y disminuir la morbilidad materno-infantil.
- Incentivar a las gestantes que cumplan con el tratamiento para las infecciones urinarias y /o infecciones de transmisión sexual.
- Realizar seguimiento a las gestantes con antecedentes de infección urinario.
- Brindar información a las gestantes sobre los signos de alarma en los controles prenatales.
- Mejorar la empatía del personal de salud con las pacientes en especial con las gestantes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Mongrut a. tratado de obstetricia normal y patologico. santiago: mediterraneo; 2005. p. pag 595-596.
2. MONGRUT. TRATADO DE OBSTETRICIA NORMAL Y PATOLOGICO. EDICION 3, editor LIMA: MEDITERRANEO; 2005. p. PAG.595-596.
3. williams o. ed 5, editor. obstetricia y medicina materno-fetal. lima: panamericana; 2010. p. pag 811-820.
4. SCHWARCS , LEOPOLDO RS. ANOMALIA DE LAS MEMBRANA OVULARES. OBSTETRICIA. BUENOS AIRES: EL ATENO; 2006. p. 206-213.
5. williams o. obstetricia y medicina materno-fetal. madrid: panamericana; 2010. p. 811-820.
6. Morgan F. "Factores sociodemográficos y obstétricos asociados con rotura prematura de membranas". Ginecología Obstétrica. 473rd ed. México; 2008.
7. RICARDO S. anomalias de las membranas ovulares. In edicion 46, editor.. buenos aires: el ateno; 2007. p. 206-213.
8. guia para medicos y obstetras manejo de las complicaciones en el embarazo y parto. ginebra: oms; 2010. p. pag 120- 143.
9. morgan f, morgan. factores sociodemograficos y obstetricos asociados con rotura prematura de membranas. mexico; 2008. p. pag 76-78.
10. brugos wa. prevalencia se la rotura prematura de membranas. tesis. 2013;(12).
11. chavez y vargas k. resultados obstetricos y perinatales en la rotura prematura de membranas. ecuador; 2011. p. 20-21.

12. primary c. determinacion de factores de riesgo de rotura prematura de membranas ovulares en el embarazo. republica dominicana: revista medica; 2009. p. 70.
13. koch m. rotura prematura de membranas. buenos aires: buenos aires; 2008. p. 23.
14. saavedra dea. morbimortalidad perinatal de la rotura prematura de membranas en el embarazo pretermino. cuba; 2006. p. 33.
15. doren a y a . alternativas de manejo expectante de la rotura prematura de membranas antes de la viabilidad en embarazos unicos. chile; 2012. p. 19-20.
16. fabian e. factores de riesgo maternos asociados a rotura prematura de membranas lima; 2008.
17. manrique m .resultados maternos y perinatales de embarazos complicados con rotura prematura de membranas pretermino lima; 2006.
18. campos s. factores de riesgo asociados con ruptura prematura de membranas en gestantes pretermino; 2016.
19. padilla m j. resultados perinatales y complicaciones maternas en gestantes pretermino con rotura prematura de membranas asociada a la via del parto; 2010.
20. pacheco rj. rotura prematura de membranas y manual de obstetricia. ed. 119-120 , editor. lima: biblioteca nacional del peru; 2011.
21. sociedad española de ginecologia y obstetricia. fundamentos de obstetricia madrid-españa; 2006.
22. manejo de las complicaciones en el embarazo. guia para obstetras y medicos ginebra oms; 2010.

23. williams o. obstetricia y medicina materno-fetal madrid: manamericana ,1 ediccion,pag 811-820; 2007.
24. schwarcs r. anomalias de las membranas ovulares. In. buenos aires: el ateno; 2006. p. 206-213.

## **ANEXOS**

## Anexo 01: Ficha de recolección de datos



“FACTORES GINECO-OBSTETRICOS E INFECCIOSOS ASOCIADOS A ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA DE ENERO A AGOSTO DEL 2016”

### FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

N.- Historia\_\_\_\_\_

#### I. DATOS GENERALES.



##### 1) Edad materna:

a) 15-19 años b) 20-34 años c) >35

##### 2) Grado de instrucción

a) Primaria b) Secundaria c) Superior

##### 3) Estado civil:

a) Conviviente b) Casada c) Soltera

##### 4) Lugar de procedencia:

a) Urbana b) Rural

#### II. TUVO ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

a) Si b) No

#### III. FACTORES GINECO-OBSTETRICO.

##### 5) Edad gestacional:

a) De 28-36 prematuro|

b) De 37-40 a términos

##### 6) Número de gestas:

a) Primigesta b) Multigesta

c) gran multigesta

##### 7) Antecedentes de ruptura prematura de membranas.

a) Si b) No

##### 8) Antecedentes de parto pretermino.

a) Si b) No

##### 9) presentaciones anómalas

a) Podálico b) transversa

c) otros

#### IV. FACTORES INFECCIOSOS

##### 10) Infecciones del tracto urinario:

a) Bacteriuria Asintomática

b) Cistitis c) Pielonefritis

##### 11) Infecciones cervivo-vaginales

a) tricomoniasis b) candidiasis

c) vaginosis bacteriana

**ANEXO 02: MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**FACTORES GINECO -OBSTETRICOS E INFECCIOSOS QUE CONDICIONAN LA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO DIAZ DE LA VEGA DE ENERO A AGOSTO DEL 2016”.**

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS GENERAL	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICES	METODOLOGIA
¿Cuáles son los factores gineco – obstétricos e infecciosos que condicionan la rotura prematura de membranas en gestante atendidas en el hospital regional Guillermo Díaz de la Vega durante el periodo de enero a agosto del 2016?	Determinar cuáles son los factores gineco – obstétricos e infecciosos que condicionan la rotura prematura de membranas en gestante atendidas en el hospital regional Guillermo Díaz de la Vega durante el periodo de enero a agosto del 2016	Existe una relación significativa entre la rotura prematura de membranas y los factores gineco-obstétricos e infecciosos en gestantes atendidas en el hospital regional Guillermo Díaz de la Vega durante el periodo de enero a agosto del 2016	Variable 1.  Factores: gineco-obstétricos e infecciosos	1.Factores gineco – obstétricos	1.edad gestacional 2.número de gestación 3.antecedentes de rotura prematura de membranas 4.presentaciones de parto pretermino	1.1.de 28-36 prematuros 1.2 de 37-41 a términos 1.3.> a 42 posttermino 2.1. primigesta 2.2. multigesta 2.3. gran multigesta 3.1.si 3.2.no 4.1. podálico 4.2. transversa 4.3. otros 5.1.si 5.2.no	Tipo de investigación:  Básica, observacional, retrospectivo, transversal.  Diseño:  Descriptivo - correlacional
<b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>HIPÓTESIS ESPECIFICAS</b>		2.Factores infecciosos	6.infeccion del tracto urinario 7.infeccion cervico – vaginales	6.1. bacteriuria asintomática 6.2. cistitis 6.3. pielonefritis  7.1 tricomoniasis 7.2. candidiasis 7.3. vaginosis bacteriana	Muestra:120 gestantes
¿Cuál es la relación de rotura prematura de membranas y los factores gineco-obstetricos en gestantes atendidas en el hospital regional de Abancay durante el periodo de enero a agosto del 2016?	¿Identificar la relación de rotura prematura de membranas y los factores gineco-obstetricos en gestantes atendidas en el hospital regional de Abancay durante el periodo de enero a agosto del 2016?	Existe una relación significativa entre la rotura prematura de membranas y los factores gineco-obstétricos en gestantes atendidas en el hospital regional Guillermo Díaz de la Vega durante el periodo de enero a agosto del 2016	Variable 2.	Rotura prematura de membranas	8.tuvo rotura de membranas		
¿Cuál es la relación de la rotura prematura de membranas y los factores infecciosos en gestantes atendidas en el hospital regional Guillermo Díaz de la Vega durante el periodo de enero a agosto del 2016?	¿Identificar la relación de la rotura prematura de membranas y los factores infecciosos en gestantes atendidas en el hospital regional Guillermo Díaz de la Vega durante el periodo de enero a agosto del 2016?	Existe una relación significativa entre la rotura prematura de membranas y los factores infecciosos en gestantes atendidas en el hospital regional Guillermo Díaz de la Vega durante el periodo de enero a agosto del 2016		3.Rotura prematura de membranas		8.1 si 8.2 no	



Base de datos de Excel.

Nº	HCL	EDAD			GRADO DE INSTRUCCIÓN			ESTADO CIVIL			LUGAR DE PROCEDENCIA		PREMATURA		EDAD GESTACIONAL			NÚMERO DE GESTIONES			TIPO DE PARTO			PRESENTACIONES ANOMALAS			INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO			INFECCIÓN CERVICOVAGINAL			TOTAL	
		Adolescencia			Primaria			Conviviente			URBANA	RURAL	SI	NO	DE 28-34 SEMANAS	DE 35-41 SEMANAS	A/B	PRIMIPARAS	MULTÍPARAS	GRAN MULTÍPARAS	SI	NO	SI	NO	RODILICO	TRANSVERSA	OTROS	BACTERIANA ASINTOMÁTICA	GOTIFERAS	PIELONEFRITIS	TRICHOMONAS	GARDNERELLE		GARDNERELLE
		1	2	3	1	2	3	1	2	3																								
81	2417312	2			2			1			1		1		2		2		2		2		2		3		1		2					
82	72332	2			2			1			2		2		1		2		1		2		2		3		1		2					
83	227308	2			2			1			1		1		2		2		2		2		2		3		1		2					
84	234377	2			2			1			1		1		2		2		2		2		2		3		3		2					
85	184864	3			1			2			1		2		2		2		1		2		3		1		1		1					
86	164253	3			2			1			1		1		2		2		2		1		1		1		1		1					
87	266057	2			1			2			2		2		2		3		1		2		1		2		2		2					
88	266459	2			2			1			1		2		1		2		2		1		3		3		3		2					
89	180922	1			2			1			1		1		2		1		2		2		3		3		3		2					
90	262332	1			2			3			1		1		1		1		2		2		3		3		3		2					
92	212887	3			1			2			2		2		2		3		2		1		1		1		1		2					
93	182231	2			1			1			2		2		2		2		1		1		3		1		1		2					
94	217315	2			3			1			1		1		2		2		2		2		1		1		1		2					
95	266732	1			1			3			1		2		1		1		2		2		2		3		3		1					
96	12100	2			3			1			1		1		2		2		2		2		3		2		2		1					
97	23008	1			2			3			1		1		2		1		2		2		2		1		2		2					
98	265213	2			2			1			1		2		2		2		1		2		2		2		1		3					
99	266887	2			2			1			1		1		2		1		2		2		3		1		1		2					
20	166111	2			2			1			1		1		1		2		2		1		1		1		2		1					
21	37333	3			2			2			1		2		2		3		1		1		1		1		1		1					
22	185376	2			2			1			1		1		2		1		2		2		3		1		1		2					
23	267224	2			2			1			1		1		2		1		2		2		3		1		1		2					
24	267635	2			2			1			2		2		2		2		1		2		3		3		3		3					
25	138261	2			3			1			1		2		2		1		2		2		3		3		3		2					
26	262326	2			2			1			1		1		2		1		2		2		3		1		1		2					
27	267321	2			3			2			1		1		2		1		2		2		3		1		1		1					
28	207481	2			2			1			1		2		2		2		2		1		1		1		1		2					



## Fotos



