

“AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL”



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

TESIS:

**CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES CON
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL AMAZÓNICO DEL AÑO 2016 AL 2017.**

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

PRESENTADO POR: Erika María Castro Tananta.

ASESORA: Dra. Leila Rosa Marino Panduro de Ibazeta.

PUCALLPA, PERÚ

NOVIEMBRE 2018

ÍNDICE

CARATULA	I
PAGINAS PRELIMINARES	II
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO	VI
RESUMEN	VII
ABSTRACT	IX
INTRODUCCIÓN	XI

I. PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 Descripción de la Realidad Problemática	13
1.2 Delimitación de la investigación	17
1.2.1 Formulación del Problema	18
1.2.2 Problema principal	18
1.2.3 Problemas secundarios	18
1.3 Objetivos de la investigación	19
1.3.1 Objetivo general	19
1.3.2 Objetivos específicos	19
1.4 Hipótesis de Investigación	20
1.4.1 Hipótesis	20
1.4.2 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores	21
1.5 Diseño de la Investigación	22

1.5.1	Tipo de investigación	22
1.5.2	Nivel de la investigación	22
1.5.3	Método	22
1.7	Población y muestra	22
1.6.1	Población	22
1.6.2	Muestra	22
1.8	Técnicas e instrumentos	23
1.8.1	Técnicas	23
1.8.2	Instrumentos	23
1.9	Justificación e importancia de la investigación	24
II.	MARCO TEÓRICO	
2.1	Fundamentos teóricos de la Investigación	25
2.1.1	Antecedentes	25
2.1.2	Bases teóricas	32
2.1.3	Definición de términos	53
III.	PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	58
3.1	Presentación de resultados	59
3.2	Interpretación, análisis y discusión de resultados	59

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones 72

4.2 Recomendaciones 74

FUENTES DE INFORMACIÓN 76

ANEXOS 83

Matriz de consistencia

Instrumentos de recolección de datos

Autorización Institucional donde se ha realizado el estudio

Dedico a:

Mi Madre Mariluz Tananta Torres por ser mi mayor apoyo, el pilar fundamental para poder culminar este sueño; a mi esposo Junior Silva Santander por su amor, su paciencia, su comprensión; a mi hija Luna Kahol Silva Castro por ser la mayor motivación que tengo para continuar luchando a todos ellos mi gratitud eterna.

Agradezco a:

Dios quien me guio por el buen camino, durante toda esta vida académica con su bendición y sabiduría.

A la Dra. Leila Rosa Marino Panduro De Ibazeta, con afecto y especial consideración por su dedicación, valiosa ayuda profesional y el asesoramiento del trabajo de investigación.

A mi alma mater a la Universidad Alas Peruanas y a la Escuela Académica Profesional de Obstetricia por haberme acogido durante todos estos años y donde obtuve tantos conocimientos y viví experiencias inolvidables.

Al Hospital Amazónico quien me ayudo en el proceso de las prácticas hospitalarias a todos ellos mi agradecimiento sincero.

RESUMEN

El presente estudio fue planteado con el **objetivo** de: Determinar las características de las gestantes adolescentes con ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Amazónico del año 2016 al 2017. **Material y métodos:** corresponde a un diseño no experimental de tipo descriptivo – retrospectivo de corte transversal. **Resultado:** Considerando las características generales de las gestantes adolescentes con ruptura prematura de membranas predominó el rango de edad entre las 14 – 16 años, las mismas que tuvieron en 1 – 2 gestaciones previas representando el 20%, asimismo el 46% tuvieron atenciones prenatales incompletas aunando más su condición de riesgo, las complicaciones más resaltante se ubican dentro de los procesos infecciosos como la ruptura prolongada de membranas, corioamnionitis haciendo un 90% respectivamente, una característica a destacar es que el 55% de ellos terminaron en parto abdominal lo que resulta en un potencial riesgo para su futuro obstétrico. Respecto a las características socio demográfica el 50% de las gestantes adolescentes en estudio se encontraron en el rango de edades de 14 – 16 años, el 70% con nivel de educación secundaria, el 65% procedieron del distrito de Yarina Cocha, el 60% fueron conviviente. Considerando los antecedentes obstétricos encontramos que el 20% de las adolescentes tuvieron de 1 a 2 gestaciones previas, el 11% antecedentes de parto pre término, 25% complicaciones durante el embarazo anterior fue la ruptura prematura de membranas, infección del tracto urinario, amenaza de parto pre término, óbito fetal respectivamente. Considerando las características obstétricas encontramos que el 54% tuvieron de 6 a más atenciones prenatales, en el 55% la ruptura prematura de membranas se presentó entre las 32 - 36 semanas de gestación y el 45% entre las semanas 37 - 40, en el 60% el parto se dio entre las 32 - 36 semanas. En cuanto a las complicaciones obstétricas durante la gestación encontramos que el 45%

de las gestantes adolescentes cursaron con ruptura prematura de membranas, el 25% con amenaza de parto pre término, en el 57% se presentó ruptura prolongada de membrana como causa que desencadena el parto, el 55% de las gestantes adolescentes terminó en parto abdominal.

Conclusiones: las gestantes adolescentes son más susceptibles a parto pre términos más aún si se acompaña de infecciones urinarias y ruptura prematura de membranas entre las semanas 32 – 36.

Palabras clave: gestantes adolescentes, ruptura prematura de membranas.

ABSTRACT

The present study was proposed with the **objective** of: To Determine the characteristics of adolescent pregnant women with premature rupture of membranes treated at the Amazonic Hospital from 2016 to 2017. **Material and methods:** corresponds to a non-experimental design of descriptive type - retrospective of cut cross. **Result:** Considering the general characteristics of adolescent pregnant women with premature rupture of membranes, the age range between 14 and 16 years predominates, the same ones that they had in 1 - 2 previous pregnancies representing 20%, also 46% had incomplete prenatal care even though its risk status is higher, the most important complications are located within the infectious processes such as prolonged rupture of membranes, chorioamnionitis making 90% respectively, a feature to be highlighted is that 55% of them ended up in abdominal delivery, which It results in a potential risk to your obstetric future. Regarding socio-demographic characteristics, 50% of pregnant adolescents under study were in the age range of 14 - 16 years, 70% with secondary education, 65% came from the district of Yarina Cocha, 60% were cohabiting. Considering the obstetric history we found that 20% of the adolescents had 1 to 2 previous pregnancies, 11% had a history of preterm labor, and 25% complications during the previous pregnancy was premature rupture of membranes, urinary tract infection, threat of preterm delivery, fetal death respectively. Considering the obstetric characteristics we found that 54% had 6 to more prenatal care, in 55% the premature rupture of membranes occurred between 32 - 36 weeks of gestation and 45% between weeks 37 - 40, in 60 % delivery occurred between 32 - 36 weeks. With regard to obstetric complications during pregnancy, we found that 45% of pregnant women attended with premature rupture of membranes, 25% threatened with preterm delivery, in 57% there was prolonged rupture of the membrane as a cause that triggered the Labor, 55% of pregnant women ended up in abdominal delivery. **Conclusions:** adolescent pregnant women

are more susceptible to pre-term delivery even more if it is accompanied by urinary infections and premature rupture of membranes between weeks 32-36.

Key words: Pregnant adolescents, premature rupture of membranes.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes, es un problema de salud pública mundial, ha sido consistentemente asociado con mayores riesgos para la salud de la madre y con un peor pronóstico para el niño, a corto y a largo plazo. (25). Según ENDES 2011 el inicio de relaciones sexuales en mujeres de la zona rural es de 17.7 años, a nivel Urbana de 19.1 años; en la Selva 16.8 años a diferencia de la Sierra 18.6 años y en resto de la costa de 19.0 años; adolescentes sin educación a los 17.2 años; Loreto 16.6 años de edad, Ucayali 16.9 años, San Martín 16.8 años, Madre de Dios 17.2 y Amazonas 17.3 años de edad. (26)

El Perú tiene a nivel de Sudamérica una de las mayores tasas de embarazo adolescente, desde hace 20 años el alto porcentaje de embarazos en adolescentes en el Perú no ha variado, pues el 13% de las adolescentes entre 15 y 19 años ya es madre (11%) o está gestando por primera vez. (27). La incidencia de embarazos en adolescentes varía dependiendo de la región y del grado de desarrollo del país estudiado, los departamentos con mayor porcentaje de adolescentes embarazadas son: Loreto (34,4%), Ucayali (27%), Amazonas (26,5%), Huancavelica (24,9%), Madre de Dios (23,6%), Ayacucho (21,3%), Apurímac (20,4%) y Moquegua (7,1%). (28). La ruptura prematura de membranas se presenta en una frecuencia del 10% de todos los embarazos alcanza una frecuencia del 80% en embarazos a término y en un 20% de embarazos pre término, siendo responsable de un 30 – 40% de los partos prematuros. (29)

A nivel mundial registros de la Ruptura Prematura de Membrana nos dan una incidencia del 5% y se presentan en un 30% en los nacimientos prematuros, registrando el 3% en las 32 semanas, el 28% entre las 28 y 31 semanas y el 31% antes de la semana 28. (30). En países desarrollados se encuentran incidencias de 4% a 8% y a nivel nacional la frecuencia de

ruptura prematura de membranas se presenta, entre 4-18% de los partos y es causa del 50% de partos pre términos. (31)

En este trabajo se pretende identificar las características que presenta las gestantes adolescentes con ruptura prematura de membrana y la repercusión que esta tiene en el embarazo, con el propósito de llegar a validos resultados que podrán ser utilizados en posteriores investigaciones de mayor envergadura.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Según lo reportado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se definió a la adolescencia como el período existente entre los 10-19 años de edad. También divide a la adolescencia en tres etapas: temprana (10 a 13 años), media (14 a 16 años), y tardía (17 a 19 años) El embarazo adolescente constituye la gestación en este rango de edad adolescente. (1)

El embarazo en las adolescentes es un problema de salud pública con complicaciones para la salud de la madre y de su hijo. (2) Esta situación produce un serio problema biológico y médico, por sus altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, se adiciona también el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo personal, educacional, familiar y social. (3)

En todo el mundo hay más de mil millones de adolescentes, el 85% se encuentran en los países en desarrollo. Más de la mitad de ellos ha tenido relaciones sexuales antes de cumplir los 16 años. El 10% de los alumbramientos es en adolescentes. La mortalidad materna es 2 a 5 veces más alta en las mujeres menores de 18 años que en aquellas de 20 a 29 años. (4)

Con respecto a los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ha logrado identificar una gran variedad que es posible agrupar en 3 categorías: a) Individuales: Con menarquía precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar. b) Familiares: Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres y c) Sociales: Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes. (4)

El Perú tiene a nivel de Sudamérica una de las mayores tasas de embarazo adolescente, desde hace 20 años el alto porcentaje de embarazos en adolescentes en el Perú no ha variado. Para muchas, el embarazo no planeado es una experiencia negativa para nuestra salud y nuestra vida emocional y social, que nos marca para siempre, pues el 13,9% de las adolescentes está embarazada o ya tuvo al menos una hija o hijo. Los mayores porcentajes se presentan en las residentes del área rural (20%), en las que viven en los departamentos de la Selva (24%), en las mujeres con educación primaria (36%) y entre las que se encuentran en el quintil inferior de riqueza (24%). Los mayores

porcentajes de adolescentes alguna vez embarazadas se encuentran en el área rural (20,3%) y en las residentes de la Selva (23,7%); y, los menores porcentajes en el área urbana (11,9%) y en Lima Metropolitana (10,6%). (5)

La maternidad adolescente se diferencia notablemente, según departamento. Mientras que el 30,5% En Amazonas ya tenían un hijo o estaban embarazadas; en Junín y Arequipa (solo el 7,7% cada uno) estaban en la misma situación. Otros departamentos que presentan altos porcentajes de adolescentes que eran madres o estaban embarazadas, además de Amazonas fueron Ucayali (27,3%), Loreto (25,3%), Madre de Dios (23,1%), Ayacucho (22,2%) y San Martín (21,7%). Por el contrario, los departamentos con menor porcentaje de adolescentes madres o embarazadas con el primer hijo/a, además de Junín y Arequipa, fue Puno (7,8%) y Ancash (9,5%). El departamento de San Martín muestra una alta tasa de embarazo en adolescentes después de Amazonas, Ucayali, Loreto, Madre de Dios y Ayacucho; por lo que es una prioridad en salud aplicar estrategias para una reducción en su incidencia, y reducción de la morbimortalidad de las adolescentes por estar embarazadas. (5)

Los mayores porcentajes de embarazo en adolescentes se presentaron en hospitales ubicados en la selva como en Iquitos (30,8 %), Yarina cocha (29,4 %), Pucallpa (27,4 %) y Puerto Maldonado (27,7 %), semejantes hallazgos se encontraron en ENDES Continua 2009 (27,2 %). La incidencia de embarazo en adolescentes en la selva es más alta porque en esta región los niveles socioeconómicos y educativos son bajos. (16)

La ruptura prematura de membranas (RPM) es la ruptura espontánea de las membranas corioamnióticas producidas antes del

inicio del trabajo de parto, en una gestación posterior a las 22 semanas de gestación. La ruptura de membranas antes del parto y de las 37 semanas de gestación se conoce como ruptura prematura pretérmino de membranas. Su importancia radica en que está asociada a casos de parto pretérmino, conllevando a un alto riesgo de morbilidad y mortalidad materna y neonatal constituyendo así un problema de salud pública. (6)

Según la Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal esta complicación obstétrica se presenta con una frecuencia del 4-18% de los partos y es causa del 50% del parto pretérmino y contribuye con el 20% de todas las muertes perinatales. En embarazos a término se suele presentar en un 16-21% y en un embarazo pretérmino entre un 15-45% lo cual representa entre el 18-20% del total de los RPM. (6)

Según la Federación Latino Americana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología en Europa se calcula que del 5 al 9% de los nacimientos son pre términos y en Estados Unidos de Norte América este porcentaje alcanza el 12-13%. Se desconoce porcentajes en América Latina, sin embargo estadísticas de algunos hospitales confirman que es cerca de 11 al 15%. Según la Organización Mundial de la Salud aproximadamente el 40 % de los partos prematuros están precedidos de ruptura prematura de membranas. (6)

Según datos estadísticos del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) del Perú tenemos que en el año 2007 la incidencia de rotura prematura de membranas y Corioamnionitis fue de 8.37%, en el año 2009 fue 28.18 %, en el 2010 fue de 6.65 %, en el 2011 fue de 8.05 %, y en el 2012 fue de 7.70 %. (6)

Los riesgos más importantes para el feto con ruptura prematura de membranas en embarazo pretérmino son las complicaciones de la prematuridad, que según los datos del Análisis de la Situación de los Servicios Hospitalarios del INMP en el 2014 fue del 33.6 %. Según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, la morbilidad materna principalmente se relaciona con la infección intraamniótica (13 %-60 %) y la endometritis posparto (2 %-13 %) y que según los datos del INMP en el 2014 fue del 40 % en el postparto vaginal y 66 % en la post cesárea; en cambio, la morbilidad fetal en pre términos se relaciona con la enterocolitis necrosante que fue del 0.1%, la sepsis neonatal que fue del 6.3 %, el síndrome de dificultad respiratoria que fue del 22 % y la hemorragia intraventricular que fue del 0.7 % en esta Institución. (6)

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Espacial.

La investigación se realizara en el Hospital Amazónico de nivel II.2, ubicado en el Jr. Aguaytía. N° 605 Distrito de Yarina cocha de la Provincia de Coronel Portillo en la Región Ucayali.

Temporal.

La investigación se realizara los años 2016 - 2017

Social:

La población sujeto de estudio serán las gestantes adolescentes que presentaron ruptura prematura de membranas.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuáles son las características de las gestantes adolescentes con ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Amazónico del año 2016 al 2017?

1.3.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes adolescentes con ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Amazónico del año 2016 al 2017?
- ¿Cuáles son los antecedentes obstétricos de las gestantes adolescentes con ruptura prematura de membrana atendidas en el Hospital Amazónico del año 2016 al 2017?
- ¿Cuáles son las características obstétricas del embarazo actual de las gestantes adolescentes con ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Amazónico del año 2016 al 2017?
- ¿Cuáles son las complicaciones obstétricas de las gestantes adolescentes con ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Amazónico del año 2016 al 2017?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las características de las gestantes adolescentes con ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Amazónico del año 2016 al 2017

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Precisar las características sociodemográficas de las gestantes adolescentes con ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Amazónico del año 2016 al 2017
- Conocer los antecedentes obstétricos de las gestantes adolescentes con ruptura prematura de membrana atendidas en el Hospital Amazónico del año 2016 al 2017
- Identificar las características obstétricas del embarazo actual de las gestantes adolescentes con ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Amazónico del año 2016 al 2017
- Identificar las complicaciones obstétricas de las gestantes adolescentes con ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Amazónico del año 2016 al 2017

1.5 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

1.5.1 HIPÓTESIS

En el presente estudio no se plantea hipótesis de investigación por tratarse de un estudio descriptivo donde no habrá manipulación de las variables.

1.5.2 VARIABLES

En el presente estudio no identificaremos variables de causa efecto puesto que está diseñado como un estudio univariado, la que describiremos a continuación.

Variable: Características de las gestantes adolescentes con ruptura prematura de membrana.

1.5.3 IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES

VARIABLE	ASPECTOS O DIMENSIÓN	INDICADORES
UNIVARIADO: Características de las gestantes adolescentes con ruptura prematura de membrana.	Características Sociodemográficas	1. Edad: 2. Grado de Instrucción: 3. Procedencia: 4. Estado Civil:
	Antecedentes Obstétricos	1. Números gestaciones previas. 2. Antecedentes de partos Pre Términos. 3. Complicaciones el embarazo anterior.
	Características Obstétricas	1. Atenciones Prenatales 2. Edad Gestacional al momento de la Ruptura Prematura de Membranas. 3. Edad Gestacional al momento del parto.
	Complicaciones Obstétricas	1. Complicaciones Obstétricas durante la gestación. 2. Complicaciones obstétricas por la que se desencadena el parto. 3. Terminación del parto.

1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 Tipos de investigación

El presente estudio de investigación corresponde a un diseño no experimental de tipo descriptivo – retrospectivo de corte transversal.

1.6.2 Nivel de investigación

Es una investigación descriptiva de nivel básico

1.6.3 Método

El método de investigación está diseñado con el enfoque cualitativo, por que estudia la realidad en su contexto natural tal como sucedieron los hechos, procediendo luego a la interpretación y análisis de lo mismo.

1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 Población

La población estará constituida por 134 gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Amazónico con diagnóstico de ruptura prematura de membrana

1.7.2 Muestra

Para la selección de la muestra se utilizó el cálculo de la muestra para la población finita o conocida:

Formula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2(N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{(1,96)^2 (0,5) (0,5) (134)}{(0,01)^2(134-1) + (1,96)^2(0,5) (0,5)}$$

$$n = 99.53 = 100$$

Criterios de inclusión

- Historias clínicas de Gestantes adolescentes ≤ 19 años.
- Historias clínicas de Gestantes ≥ 32 semanas con diagnóstico de Ruptura prematura de membrana que terminaron en parto.
- Historias clínicas completas.

Criterios de exclusión

- Historia clínica con información incompleta.
- Historia clínica de gestantes adolescentes con RPM <32 semanas.

1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1 TÉCNICAS

Revisión de historia clínica de las pacientes en estudio con apoyo del SIP 2000 para identificar a las adolescentes que tuvieron RPM.

1.8.2 INSTRUMENTOS

El instrumento que se utilizó fue la ficha de recolección de datos

1.9 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Los mayores porcentajes de embarazo en adolescentes se presentaron en hospitales ubicados en la selva como en Iquitos (30,8 %), Yarina cocha (29,4 %), Pucallpa (27,4 %) y Puerto Maldonado (27,7 %), semejantes hallazgos se encontraron en ENDES Continua 2009 (27,2 %). La incidencia de embarazo en adolescentes en la selva es más alta porque en esta región los niveles socioeconómicos y educativos son bajos. (16)

Este estudio cobra importancia ya que existen investigaciones que estudien el comportamiento de las complicaciones obstétricas asociados a ruptura prematura de membrana. Según el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) el número de casos de embarazos complicados con Ruptura Prematura de Membrana 13 es muy significativo y en los últimos 5 años alcanza un promedio de 10.5%. (7)

El gran avance en la ciencia y la tecnología la frecuencia de embarazos en adolescentes y sus complicaciones obstétricas en nuestro país continúa siendo extremadamente elevado; la reducción de las complicaciones obstétricas dependerán de poder mejorar los servicios de salud de las madres. (7)

Por tanto esta investigación se justifica por que pretende identificar las características más relevante de la gestantes adolescentes con ruptura prematura de membrana que acuden al Hospital Amazónico, con la finalidad adoptar medidas en el campo de la prevención para disminuir considerable mente las complicaciones que se generan de esta patología, que complica a la madre y al recién nacido.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 ANTECEDENTES

NACIONALES

Pinzas E. H. (Lima 2015). **Objetivo:** Determinar las principales complicaciones obstétricas en Gestantes adolescentes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia de Hospital Vitarte en el periodo de enero a octubre del año 2015 **Materiales y Métodos:** Se solicitó mediante oficio al Director del servicio de Ginecología y

Obstetricia del Hospital vitarte, para dar a conocer sobre nuestro trabajo de investigación y obtener la respectiva autorización para el uso de las historias clínicas del departamento de estadística, la cual fue aceptada satisfactoriamente. La muestra fue tomada de estas historias clínicas, y se excluyeron a aquellas que no presentaron complicaciones. Para la recolección de los datos de las historias clínicas, se utilizó un formulario que fue llenado por el Investigador; luego la información recolectada fue ingresada en el programa Excel y analizada en el programa SPSS. **Resultados:** el 87.80% de adolescentes embarazadas tuvo entre 17 a 19 años de edad (adolescencia tardía). El 81.20% perteneció a la zona rural. El 69.60% ha estudiado la secundaria completa. El 76% son convivientes. El 91.20% son ama de casa. Dentro de las complicaciones obstétricas, la cesárea se presentó en 129 casos (51.60%) en el parto vaginal 121 casos (48.4%). El 34.80% presento Desproporción feto Pélvica. El 30% presento Distocia Funicular, el 18% presento Sufrimiento fetal Agudo. **Conclusiones:** El embarazo en adolescentes es muy frecuente en nuestro medio, sobre todo en la población de las zonas rurales, convivientes y con una instrucción de secundaria completa. La complicación que más se presenta es la Desproporción feto pélvica y el procedimiento más utilizado es la cesárea. (8)

Fabián, E. (Lima 2008). **Objetivo:** Conocer la prevalencia y comportamiento de los factores de riesgo materno asociado a ruptura prematura de membranas pre término entre las 22 y 34 semanas de edad gestacional. **Material y métodos:** se realizó un estudio retrospectivo, transversal, de tipo descriptivo en pacientes con diagnóstico de RPMpt que fueron atendidas en el INMP durante el periodo enero-diciembre 2008 y una edad gestacional entre 22 y 34 semanas, con un total de 203 pacientes de quienes se revisaron sus historias clínicas para identificar qué factores de riesgo materno

presentaron para la RPMpt. El análisis estadístico se hizo mediante el programa SPSS versión 15.1 **Resultados:** los factores de riesgo asociados a RPMpt fueron: edad promedio 26.08 ± 7.23 años, período intergenésico medio 28.64 ± 37.69 meses, la talla materna media fue de 1,55 cm, el 3.4% tienen bajo peso materno, 29.6% Sobrepeso materno y 7.4% son obesas, mientras que el 59.6% son de peso normal, número de controles prenatales promedio 2.43 ± 2.22 veces, edad gestacional media 30.01 ± 3.22 meses, infección cervico-vaginal-urinaria 37.93%, riesgo social bajo 2.46%, riesgo social medio 55.17%, riesgo social alto 42.36%, metrorragia 7.39%, infertilidad 2.46%, embarazos múltiples 2.46%, RPM anterior en un 10.84%, cirugía Gineco-obstétrica previa 35.47%, el 41.87% 1 Gesta, el 29.1% con G3 hasta G5 y mayores a 5 gestas 3.45%, la media del tiempo de RPM fue de 74.51 ± 157.28 horas. **Conclusión:** La incidencia de la RPM pre término entre las 22 y 34 semanas de edad gestacional y en periodo del 2008 es 11.67%; El grupo poblacional más afectado desde el punto de vista socioeconómico es el grupo de adolescentes con 68.9%, seguido por el de las añosas con 70.0%; con excepción del embarazo múltiple e infertilidad todos los demás factores de riesgo se relacionan con RPMpt. (9)

Yucra, R., Chara, M. (Juliaca 2015). **Objetivos:** La presente investigación se realizó con la finalidad de Determinar los factores de riesgo asociados a la ruptura prematura de membranas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca-2015. **Material y métodos:** Se realizó una investigación de tipo no experimental. Población: Está representada por todas las gestantes con diagnóstico de ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, durante los meses de estudio. Cifra aproximada de 66 casos y la muestra por 56 gestantes. **Resultados:** En cuanto al

tipo de ruptura prematura de membranas más frecuente en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca-2015, el 36% corresponde a ruptura prematura de membranas de tipo pre término y el 64% de tipo a término. En relación a los factores del embarazo actual: la frecuencia del coito diario 7%, el 58% no cuenta con control prenatal, el 39% tiene antecedentes de ruptura prematura de membranas, el 92% presentaron infección urinaria, el 77% enfermedades de transmisión sexual, en el 50% de casos tienen factores que aumentan la presión intrauterina las cuales influyen con el tipo de ruptura prematura de membranas. **Conclusión:** En la presente investigación hemos encontrado diversos factores de riesgo asociados a la ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2015. (10)

INTERNACIONALES

Santo. E. (Ecuador 2013). Las complicaciones de la rotura prematura de membranas en primigestas juveniles se han convertido en un problema de salud pública de gran importancia debido a esto se presentan múltiples complicaciones tanto maternas como perinatales que aumentan la morbimortalidad materno fetal. Este estudio se realizó con el **Objetivo** de prevenir las complicaciones maternas y perinatales en pacientes de 14-17 años que cursa con rotura prematura de membranas con el fin de disminuir la morbimortalidad materno fetal. **Método:** estudio descriptivo, retrospectivo la muestra está conformada por 73 pacientes primigestas juveniles de 14-17 años con rotura prematura de membranas atendidas en el Hospital ENRIQUE C. SOTOMAYOR de Septiembre 2012 Febrero 2013. Recolección de datos: fue en un formulario de respuestas fueron recogidas en una hoja de cálculo de

Excel y tabuladas en tablas estadísticas con demostración en cuadros y gráficos a los resultados de la investigación. **Conclusión:** que la principal complicación que se presentó en primigestas juveniles 14-17 años atendidas en Hospital ENRIQUE C. SOTOMAYOR fue sufrimiento fetal, debido a la pérdida de líquido amniótico (55%) los resultados nos permitieron recomendar protocolos de atención a pacientes con riesgos obstétricos que puedan desencadenar rotura prematura de membranas. Las pacientes adolescentes entre 14 y 17 años son un grupo con riesgo en el manejo del embarazo tanto por sus complicaciones físicas como por su conducta emocional y social, de tal forma que entre más se realice prevenciones del embarazo de adolescentes se disminuirá la incidencia de muerte por rotura prematura de membranas. (11)

Cuz Chen. A. (Guatemala 2009). El embarazo en adolescentes se ha considerado un fenómeno de interés mundial debido a la alta incidencia y complicaciones médicas, psicológicas y socioeconómicas que conlleva. Estudio realizado en el Hospital Roosevelt las complicaciones obstétricas fueron, aborto 63%, amenaza de parto pre término 16%, ruptura prematura de membranas ovulares 8%, hipertensión inducida del embarazo 5%. **Objetivos:** Describir las complicaciones prenatales en las adolescentes embarazadas ingresados en el servicio de complicaciones prenatales del Hospital de Cobán A.V. **Diseño:** Descriptivo-retrospectivo. Lugar: Hospital de Cobán, A.V. Departamento de Ginecología-obstetricia. **Material y métodos:** Unidad de análisis expedientes clínicos de adolescentes embarazadas de 10 a 19 años, ingresados al servicio de Complicaciones Prenatales en el Hospital de Cobán A.V. años 2009 a 2013. Se trabajó la población conformada por 1040 adolescentes gestantes que presentaron alguna complicación. Usando formato

recolección de información para su posterior ingreso en una base de datos Epi info7 para su análisis. **Resultados:** Las principales complicaciones prenatales presentadas en las adolescentes gestantes fueron, aborto 51.06%, amenaza de aborto 6.83%, amenaza de trabajo de parto pre término 4.62%, trabajo de parto pre término 0.96%, infección del tracto urinario 30.96%, trastorno hipertensivo 2.79%, ruptura prematura de membrana ovulares 0.58%, anemia 0.38%, óbito fetal 1.44%. Limitaciones: Expediente clínico incompleta, extraviados, letra ilegible. **Conclusiones:** Las complicaciones prenatales en las adolescentes embarazadas encontrados en la adolescencia, las que predominaron fueron, aborto con el 51.06% e infección del tracto urinario con el 30.96%, amenaza de aborto con el 6.83%. (12)

BERNAL. E. (México 2012). Antecedentes. El presente trabajo de investigación tiene como **objetivo** la identificación de las complicaciones del embarazo adolescente y los factores de riesgo que pudieran determinar mayor susceptibilidad de la población, por lo cual se realiza un estudio descriptivo transversal y retrospectivo de la atención prenatal en un centro de salud de primer nivel de atención. **Material y método.** Se realizó la revisión de expedientes de pacientes adolescentes embarazadas atendidas en este centro, estudiando diversas variables inherentes a la embarazada, su previo estado de salud, la atención tanto en el primer nivel como en el segundo y tercero según correspondió, el desarrollo de síntomas que alarmaran la aparición de alguna desviación de la normalidad, las complicaciones más frecuentes así como la resolución del embarazo. **Resultados.** El embarazo adolescente representa un porcentaje alto de los embarazos de la población total, sobrepasando la estadística nacional, pocos factores de riesgo asociados previos al embarazo que

determinen mayor afectación al binomio y que más de la mitad de las adolescentes en estado de gravidez desarrollará alguna complicación durante el embarazo, parto y puerperio inmediato, razón por la cual el abordaje en el primer contacto debe estar normado y encaminado a detectar oportunamente a las pacientes que requieran una vigilancia y seguimiento más estrecho o en su caso, canalización temprana al siguiente nivel para el manejo multidisciplinario. **Conclusión.** Existe alta frecuencia de embarazo adolescente y similar aparición de complicaciones que van desde leves a urgentes. (13)

REGIONAL

Quiroz H. Huamán C. (Ucayali 2015). **Objetivo:** Determinar asociación entre los factores de riesgo materno y ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarina Cocha durante el periodo julio 2014 - junio 2015. **Materiales y métodos:** se realizó un estudio de casos y controles, la muestra fue de 757 entre los casos y controles, se usó la técnica estadística de odds ratio (O.R) con un nivel de significancia del 5%. **Resultados:** En mujeres s de 18 años, el periodo intergenésico de 2 años, tener O partos, la hemoglobina < 7 gr/ dl, el número de control ≤ 3 , la infección tracto urinario e infección vaginal fueron significativos (p: <0.05), representaron factores de riesgo. **Conclusiones:** todas las variables asociadas en los casos y controles salieron significativas, es decir presentan un factor de riesgo, en algunos variables y factores de protección en otros, durante la asociación de la ruptura prematura de membrana. (14)

2.1.2 BASES TEÓRICAS

ADOLESCENCIA

OMS define la adolescencia como “el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importante en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios.” La adolescencia es el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la madurez reproductiva, transitan los patrones biológicos y psicológicos de la niñez a la adultez, establecimiento de las posibilidades de independencia socioeconómica. (15)

La adolescencia se la puede dividir en tres etapas con características diferentes a su vez con formas distintas de enfrentar un embarazo:

- Adolescencia temprana (10 a 13 años): Ligada a su madre, negación del embarazo, la maternidad provoca depresión y aislamiento, no hay lugar para el padre. El varón está ausente en sus planes.
- Adolescencia media (14 a 16 años): Dramatización de la experiencia corporal y emocional, se siente posesiva en relación al feto, que a su vez es experimentado como un instrumento de la afirmación de independencia de los padres. Su actitud es ambivalente: de culpa y orgullo. El padre tiene un lugar: El varón es considerado importante como una esperanza en el futuro.
- Adolescencia tardía (17 a 19 años): Adaptación al impacto de la realidad, sentimientos maternos. Búsqueda de afecto y compromiso de parte del varón y establecimiento como un futuro compañero.

El Ministerio de Salud mediante la Resolución Ministerial N° 538-2009/MINSA del 14 de agosto del 2009, ha modificado dicho rango de edades que ahora fluctúa entre los 12 a 17 años, 11 meses y 29 días.

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Se lo define como: "el que ocurre dentro de los dos primeros años ginecológicos de la mujer (edad ginecológica cero = edad de la menarquia) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental". Según la OMS, es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva y transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica. (16)

El embarazo en las adolescentes trae consigo un elevado riesgo de complicaciones para la salud de la madre y de su hijo; dichas complicaciones deben ser conocidas por los profesionales de la salud, con el fin de detectar tempranamente riesgos y brindar cuidado oportuno y de calidad a las mujeres adolescentes embarazadas.

La probabilidad de morir debido a eventos relacionados con la reproducción es 2 veces mayor cuando la adolescente está entre los 15 y los 19 años, pero es 6 veces mayor cuando la joven es menor de 15 años. Con respecto a la edad de las adolescentes embarazadas existen estudios que evidencian diferencias significativas en la evolución del embarazo entre las pacientes. (17)

INCIDENCIA DEL EMBARAZO EN EL PERÚ

En el Perú, la maternidad en la adolescencia es una realidad que va en aumento, se estima que al menos 13 de cada 100 adolescentes (de 15 a 19 años), ya son madres o están embarazadas por primera vez. El embarazo adolescente es más frecuente entre las mujeres pobres y sin educación, y en muchos casos son “embarazos

no planeados” que las colocan en una situación de alta vulnerabilidad. (6)

El departamento de San Martín muestra una alta tasa de embarazo en adolescentes después de Amazonas, Ucayali, Loreto, Madre de Dios y Ayacucho; por lo que es una prioridad en salud aplicar estrategias para una reducción en su incidencia, y reducción de la morbimortalidad de las adolescentes por estar embarazadas. (6)

Embarazo en adolescentes de 12 a 17 años:

- Entre el año 2012 y el I Semestre del año 2013 se observa un mayor número de casos de embarazo adolescente en regiones como Loreto, Cajamarca, La Libertad y San Martín.
- En el año 2012 se observa una alta proporción de gestantes adolescentes que son atendidas en los establecimientos de salud en regiones como Loreto y Amazonas.

En cuanto a la prevalencia del embarazo adolescente por regiones se observa que en el 2014, las cinco regiones que tienen los mayores porcentajes son Loreto (30,4 %), Amazonas (28,1 %), Madre de Dios (24,4 %), San Martín (24,1 %) y Ucayali (21,2 %). Sin embargo, hay que destacar que Loreto en el año 1996 tenía una prevalencia de 29,4 %. (6)

Morbimortalidad en los embarazos en adolescentes

El embarazo en la adolescente ha sido un fenómeno ampliamente estudiado desde la perspectiva de sus complicaciones médicas. Sin embargo, existen estudios que no han observado un incremento en la frecuencia de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Las condiciones al nacimiento del hijo de madre adolescente han sido reportadas como satisfactorias en relación a madres de 20 a 34 años.

Aunque no se encontraron en las adolescentes, mayores riesgos de salud materna y perinatal, no se eliminan las complicaciones sociales y psicológicas de tener un hijo en la adolescencia, ni la de otros riesgos a la salud como: la mayor mortalidad en el primer año de vida y el riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual. Las causas de las muertes maternas registradas en cuatro países dan el perfil de las causas por las cuales muere una mujer adolescente. En las adolescentes de menos de 15 años, la causa más importante se relaciona con el síndrome metabólico a consecuencias de un trastorno hipertensivo.

La segunda causa se ubica en el grupo de muertes maternas registradas tardíamente, que son consecuencia de complicaciones del embarazo o parto. Ambas causales son indicadores de un déficit de la detección precoz de una patología mal tratada, o simplemente no tratada en el período prenatal y cuya complicación origina el deceso de la adolescente al momento del embarazo, o por sus secuelas tiempo después del parto o del término del embarazo. Lo mismo ocurre en las adolescentes de 15 a 19 años.

La tercera causa que explica la muerte materna en adolescentes está constituida por las complicaciones de un embarazo que termina en aborto.

La cuarta y quinta causa de muerte en las niñas madres son las complicaciones en el período del trabajo de parto y sepsis en el posparto inmediato o puerperio mediato.

Las principales causas de morbilidad durante el embarazo en la adolescencia son las infecciosas, incrementándose el nacimiento pre término y la ruptura de membranas, así como es más frecuente de la pre eclampsia y anemia.

Para el año 2012 se observa que tres departamentos concentran el mayor porcentaje de muertes maternas en adolescentes en relación al total de muertes maternas reportadas en la región: San Martín (22 %), Loreto (22 %) y Ancash (21 %). Al cierre del año 2012, de las 19 regiones encuestadas, 12 reportaron muertes maternas en adolescentes. Al primer semestre 2013, seis regiones ya han reportados muertes maternas en adolescentes: Puno (3), La Libertad (2), Ancash (1), Ayacucho (1), Pasco (1), y Cajamarca (1). (6)

Se ha reportado el incremento en el riesgo de presentar un parto pre término o muerte perinatal en embarazos menores de 17 años. La mortalidad relacionada con el embarazo y el parto es de dos a cinco veces más alta entre las mujeres adolescentes.

En las adolescentes de nuestro país las razones de mortalidad maternas (RMM) son desproporcionadamente más altas que las registradas para las mujeres en edad reproductiva, sobre todo en la sierra y selva, llegando en esta última a valores de 453 muertes maternas por cien mil nacidos vivos en el periodo 2007-2011, según lo muestra un reciente estudio de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud del Perú y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) La rotura prematura de membrana constituye una de las enfermedades obstétricas más relacionadas con la Morbimortalidad materno – perinatal.

Factores asociados al embarazo adolescente

Diversos estudios han determinado que la baja escolaridad es un factor de riesgo importante para el embarazo en la adolescencia. Los factores que inciden en la ocurrencia de embarazos adolescentes muy tempranos son diversos y complejos. Entre ellos cabe destacar el inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales, la liberación sexual a la que están permanentemente expuestos/as los(as) jóvenes a través de los medios de comunicación y los entornos

sociales, la insuficiente educación sexual. Además, cabe señalar el particular peso que tienen las relaciones no consentidas, el abuso sexual y las agresiones sexuales como factor causal del embarazo en menores de 15 años.

Estudios realizados a nivel mundial asocian el embarazo adolescente con estas causas:

Factores estructurales:

Historia de abuso sexual por un adulto .Este factor se asocia también a tener más de un compañero sexual simultáneamente. Con respecto a los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ha logrado identificar una gran variedad que es posible agrupar en 3 categorías:

- **Factores de riesgo individuales:** Menarquia precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.
- **Factores de riesgo familiares:** Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.
- **Factores de riesgo sociales:** Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes.

CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN EL ADOLESCENTE

El problema del embarazo en la adolescencia tiene implicaciones importantes en la salud pública, siendo una preocupación por tanto desde el punto de vista médico como psicosocial, ocurriendo con mayor frecuencia en adolescentes de medios socioeconómicos bajos, en familias desintegradas, numerosas o monoparentales. En las adolescentes, el embarazo es una situación sumamente particular que plantea múltiples problemas de índole médica, como el aumento de abortos, parto pre término y mortalidad perinatal elevada; así como problemas de índole social: rechazo de la familia, interrupción de la escolaridad, consumo de drogas y abandono del recién nacido. El impacto del embarazo en la adolescencia es psicosocial y se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación de pareja e ingresos inferiores de por vida. (16)

Características biopsicosociales en los embarazos adolescentes

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.

Con relación al estado civil, la embarazada soltera tiene un factor de riesgo psicológico al no recibir apoyo moral y probablemente económico para el sustento de la gestación, siendo esto un factor estresante que puede afectar su salud física y mental. La maternidad temprana marca el inicio de una responsabilidad económica difícil de afrontar por estas jóvenes madres, que cuentan con pocos recursos y limitadas oportunidades laborales. El abandono de la educación

formal reduce las posibilidades de lograr un adecuado posicionamiento social y laboral a lo largo de sus vidas.

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA (RPM) (0.42)

Según la Guía de Práctica Clínica para la atención de Emergencias Obstétricas del Perú, define la Ruptura Prematura de Membranas como la ruptura de las membranas corioamnióticas después de las 22 semanas de gestación y antes del inicio del trabajo de parto. (18)

La Ruptura Prematura de Membranas se denomina prolongada cuando tiene una duración de 24 horas a una semana hasta el momento de nacimiento y se llama muy prolongada cuando supera una semana. (18)

El periodo de 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. (18)

La ruptura de membranas se clasifica en dos categorías generales:

- a) Ruptura prematura de membranas a término:** después de 37 semanas de gestación.
- b) Ruptura prematura de membranas pre término:** antes de las 37 semanas de gestación, la cual a su vez se divide en:

- **Ruptura Prematura de Membranas previsible:** ruptura prematura de membranas en gestaciones menores de 24 semanas.
- **Ruptura Prematura de Membranas lejos del término:** ruptura prematura de membranas en gestaciones de 24 a 34 semanas.
- **Ruptura Prematura de Membranas cerca de término:** ruptura prematura de membranas en gestaciones de 34 a 37 semanas.

INCIDENCIA

A nivel mundial la incidencia de Ruptura Prematura de Membranas es del 8-10% de los embarazos a término; ocurre del 1-3% del total de mujeres embarazadas y además se encuentra asociada con aproximadamente el 30-40% de partos pre término a nivel mundial. En aproximadamente 8 a 10% del total de los embarazos a término las membranas fetales se rompen antes del inicio del trabajo de parto. (19)

FISIOPATOLOGÍA

La expresión de membranas fetales se aplica a la estructura anatómica que incluye el corion y el amnios. Desde una perspectiva estructural, el corioamnios está compuesto por ocho capas, de las cuales cinco hacen parte del amnios y tres del corion.

El amnios se deriva del citotrofoblasto y está compuesto por cinco capas: el epitelio amniótico (en contacto con líquido amniótico), que descansa sobre la membrana basal; luego se halla la capa compacta, que forma el esqueleto fibroso y le da la resistencia al amnios; la siguiente es la capa de fibroblastos, que es la más delgada y está compuesta de células mesenquimales y macrófagos dentro de una matriz extracelular; le sigue la capa intermedia o esponjosa, la cual separa el amnios del corion y se caracteriza por tener abundante cantidad de proteoglicanos y glicoproteínas hidratadas que le dan la

aparición "esponjosa" y a su vez le permite al amnios deslizarse sobre el corion, que se encuentra firmemente adherido a la decidua materna. Al corion, en contacto con la decidua materna, lo componen tres capas (reticular, membrana basal y trofoblastos) y, a pesar de ser más delgado que el amnios, tiene mayor resistencia. Los componentes estructurales principales de estas capas son células y matriz extracelular. La matriz extracelular está compuesta por una variedad de componentes de colágeno y no colágeno como microfibrillas, elastina, laminina y fibronectina, que le dan la fuerza tensil a las membranas, especialmente a través de las fibras de colágeno es degradado por una variedad de enzimas tipo metaloproteinasas tales como colagenasas y gelatinasas. (19)

Las membranas que se rompen prematuramente, a diferencia de las que se rompen intraparto, tienen en el sitio de contacto con el cérvix un defecto focal llamado "zona de morfología alterada", caracterizada por marcado edema, alteración del tejido conjuntivo, adelgazamiento de la capa de trofoblastos, adelgazamiento o ausencia de la decidua y apoptosis aumentada, asociado con una disminución importante en la densidad del colágeno tipos 1, 111 y V. Por lo anterior, cuando la presión intrauterina aumenta y ejerce presión sobre esta zona se produce la ruptura de las membranas. Estudios preliminares sugieren que los cambios en la zona de morfología alterada, junto con una disminución marcada de la elasticidad secundaria a la disminución de los niveles de colágeno, son más evidentes en los casos de Ruptura Prematura de Membranas pre término.

Las teorías implicadas en el mecanismo de la ruptura de las membranas más aceptadas son: sobre distensión mecánica en Ruptura Prematura de Membranas a término e infección en Ruptura Prematura de Membranas pretermo, por activación de las

metaloproteinasas que producen pérdida de contacto de las células de la matriz e inducen un mecanismo autocrino-paracrino a través de citoquinas inflamatorias. (17)

Se ha evidenciado también que aquellas entidades que conllevan a la disminución del contenido de colágeno, alteración en su estructura o aumento en su actividad colagenolítica, se asocian con Ruptura Prematura de Membranas, entre ellas:

- 1) **Disminución del contenido de colágeno:** Como ejemplo se encuentran aquellos embarazos que cursan con fetos afectados por el síndrome de Ehlers -Danlos. Esta entidad hace parte de un grupo de enfermedades hereditarias que alteran la estructura y función del colágeno y se asocian en forma importante con Ruptura Prematura de Membranas.
- 2) **Alteración de la estructura del colágeno:** La disminución en los niveles de cobre y ácido ascórbico, en pacientes fumadoras o con déficit nutricionales, pueden contribuir a la alteración de la estructura del colágeno.
- 3) **Actividad colagenolítica aumentada:** La degradación del colágeno y la fibronectina es mediada por las metaloproteinasas de la matriz celular (MMP), producidas por la membrana basal, los fibroblastos del amnios y los trofoblastos del corion, y cuya acción es bloqueada principalmente por los inhibidores específicos de tejido (TIMP). La integridad de las membranas fetales se mantiene a lo largo de la gestación debido a una combinación de la baja actividad de MMP y mayor concentración de TIMP. En el momento del parto (en embarazos a término) o en casos de infección (en embarazos pre término) el equilibrio entre MMP y TIMP se altera y se produce degradación proteolítica de la matriz extracelular de las membranas fetales. La infección induce una respuesta inflamatoria materno fetal que

aumenta la producción y liberación de citoquinas inflamatorias (interleuquina [IL]-1, IL-6, IL-8) y factor de necrosis tumoral, las cuales inducen producción de prostaglandinas que llevan a maduración cervical y aumento de la contractibilidad miometrial. La elevación de estos mensajeros biológicos (citoquinas y prostaglandinas) son considerados marcadores de parto pre término y Ruptura Prematura de Membranas. (18)

Los factores asociados con la Ruptura Prematura de Membranas pueden incrementar la expresión de MMP-1, MMP-2 y MMP-3 de las membranas ovulares e inducir la expresión o liberación de MMP-9. Estos factores reducen los niveles del inhibidor tisular de las metaloproteinasas TIMP-2. MMP-1 y bajos niveles de TIMP-2 activan MMP-2 a su forma activa. MMP-2 activo y MMP-3, junto con otras proteasas, activan MMP-9. Todas estas metaloproteinasas activas pueden degradar las proteínas de la matriz extracelular y causar la ruptura de membranas. Los factores también pueden activar la apoptosis mediada por p53 y el factor de necrosis tumoral (FNT). La acción sinérgica de todos estos factores genera un círculo vicioso de eventos que resultan en ruptura de membranas.

La Ruptura Prematura de Membranas pre término se ha asociado con altas concentraciones en líquido amniótico de MMP-1, MMP-8 y MMP-9. Recientes observaciones han demostrado que altas concentraciones en líquido amniótico de MMP-8, entre la semana 14 y 21 de gestación, se asocian con riesgo aumentado de Ruptura prematura de membranas pre término. (18)

ETIOLOGÍA

FACTORES DE RIESGO MATERNO

Varios factores han sido asociados clásicamente con Ruptura Prematura de Membranas, pudiéndose dividir en:

Factores Socio demográficos:

- a) **Edad:** La edad de la madre es un factor que se asocia fuertemente con la morbilidad neonatal. El estudio de Cosgwell y Yip expresa que en las madres con menos de 20 años o con más de 34, se observa un ligero aumento de los resultados perinatales adversos, Estos estudios nos permiten demostrar que las madres adolescentes y madres mayores a 35 años tienen más probabilidades de presentar comportamiento desfavorable durante el embarazo, mucho más si se acompaña de ruptura prematura de membranas. Se tendría que hacer una vigilancia prenatal más estrecha, así como se prestaría una especial atención en la educación prenatal para la prevención y detección precoz de posibles complicaciones. (20)
- b) **Estrato socioeconómico bajo relacionado con nutrición inadecuada:** En general, los estudios demuestran que existe asociación entre bajo nivel socioeconómico y nutrición inadecuada, con Ruptura Prematura de Membranas. Un estudio realizado en Canadá evidenció que las mujeres de estrato socioeconómico bajo y niveles de hemoglobina menor de 11,1 mg/L, tienen tres veces más riesgo de Ruptura Prematura de Membranas, además se ha encontrado que la tasa de Ruptura Prematura de Membranas es mayor entre pacientes con niveles plasmáticos bajos de vitamina C (14,6% en niveles < 0,20 mg/dl)

vs. 1,4% en niveles > 0,60mg/dl) y que el suplemento de vitamina C desde la semana 20 se asocia con disminución en la tasa de Ruptura Prematura de Membranas. (20)

Factores Obstétricos:

- a) **Periodo intergenésico:** Existen varios reportes que indican un periodo intergenésico corto o muy largo posterior a un embarazo a término, aumenta el riesgo de complicaciones maternas (sangrados del tercer trimestre, ruptura prematura de membranas, endometritis puerperal, pre eclampsia-eclampsia y anemia. (20)
- b) **Paridad:** La paridad es un factor que mide riesgo obstétrico y eventuales resultados adversos en el recién nacido. Según el estudio Repercusión del Parto Pre término Realizado en Camagüey Cuba en el año 2006 demostró que la primiparidad o el primer embarazo tuvieron una alta correlación con ruptura prematura de membranas y mortalidad neonatal; esta se potencia cuando interactúa el embarazo en la adolescencia o en mujeres mayores de 30 años. (20)
- c) **Infecciones del Tracto Urinario:** Las infecciones del tracto urinario son las complicaciones más frecuentes del embarazo, se presentan en algún momento de la gestación, ocasionando con ello un incremento de la morbilidad materna y perinatal (parto pre término, peso bajo al nacer y ruptura prematura de membranas). Por lo que es importante el manejo precoz y oportuno desde la aparición de una bacteriuria asintomática en la mujer embarazada. El estudio retrospectivo realizado en el año 2010 en el Hospital Universitario de Puebla en 83 mujeres embarazadas, demostró que las infecciones urinarias se presentan principalmente en el último trimestre de la gestación. La prevalencia de este estudio para las Infecciones del Tracto

Urinario fue del 1.78%, la cual es relativamente baja de acuerdo con la prevalencia mundial que aproximadamente del 2-7% de embarazadas presenta Infecciones del Tracto Urinario en algún momento de la gestación, siempre relacionada al estado socioeconómico bajo y malos hábitos higiénicos, los cuales se presentan en asociados en madres que viven en el áreas rurales-marginales. (20)

d) Infecciones Vaginales: Como referencia podemos expresar que para las infecciones vaginales, la vaginosis bacteriana en el embarazo es causa de parto prematuro y la ruptura prematura de membranas, con mayor incidencia en los países en desarrollo, debido a la limitación de los recursos para una apropiada atención perinatal. (20)

- **Vaginosis bacteriana:** La asociación entre vaginosis bacteriana y ruptura prematura de membranas no es clara; mientras algunos estudios sugieren que la infección por *Gardnerella vaginalis* entre las semanas 8 y 17 aumenta 7 veces el riesgo de ruptura prematura de membranas y que el tratamiento para vaginosis bacteriana en pacientes con antecedente de parto pre término puede reducir el riesgo de ruptura prematura de membranas hasta un 84%, otros no han encontrado asociación.
- **Streptococcus del grupo B (SGB):** la colonización con SGB no es un riesgo para RPM pre término pero sí para un resultado adverso en el neonato.
- **Chlamydia trachomatis:** la infección por *Chlamydia trachomatis* con respuesta inmune humoral (IgM positivo) es un factor de riesgo para ruptura prematura de membranas.
- **Neisseria gonorrhoeae:** la prevalencia de ruptura prematura de membranas es mayor en pacientes con cultivo positivo

para *Neisseria gonorrhoeae* en endocérvix, placenta o endometrio.

- **Trichomonas vaginalis:** no hay una relación clara; sin embargo, algunos han reportado una probabilidad de RPM de 1 ,42 en pacientes con cultivo positivo para *Trichomonas vaginalis*.

e) Atención Prenatal: La vigilancia prenatal adecuada tiene un gran impacto en la disminución de resultados puerperales adversos, ya que si acudiera la paciente a consulta prenatal se podrían identificar factores de riesgo para desarrollar preeclampsia, diabetes y amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas. El estudio clínico multicéntrico controlado llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud, Villar J y col. 2001 define como ideal un mínimo eficiente de 5 controles prenatales iniciados antes de la semanas 20 de gestación asociándose a mejores resultados del embarazo, sobre todo reduciendo aquellos problemas que con llevan a nacimientos de bajo peso. (19)

DIAGNÓSTICO

- **Anamnesis:** La gestante refiere haber perdido líquido por genitales en ausencia de manifestaciones dolorosas. La cantidad de líquido puede ser abundante, en cuyo caso la sospecha diagnóstica es fácil pero, en ocasiones, la pérdida es escasa y se puede confundir con las secreciones vaginales que están aumentadas en la gestante. A diferencia de las secreciones vaginales por infecciones, la pérdida de líquido de la ruptura prematura de membranas no produce síntomas genitales tipo prurito o mal olor, a menos que exista un proceso infeccioso secundario. (21)

- **Especuloscopía:** La colocación de un espéculo con todas las normas de asepsia se emplea únicamente para visualizar el cuello y se puede observar abundante líquido en el fondo de saco vaginal y la salida del mismo a través del orificio cervical externo. Y así tomar una muestra para confirmar el diagnóstico y para examen directo y cultivo. Si todavía no se aprecia la salida de líquido y existe la duda, se le pide a la paciente que tosa o puja (maniobra de valsalva), o se efectúa una presión suave sobre el fondo del útero para verificar que el líquido proviene de la cavidad uterina. Las evaluaciones cervicales posteriormente, se limitan en los casos donde se sospeche un prolapso del cordón. El líquido es de aspecto claro y fluido, a diferencia de las secreciones por candidiasis que tienen el aspecto de leche cortada o el de la tricomoniasis, que tiene un color gris verdoso con tendencia a formar burbujas.(21)

Métodos Paraclínicos

Debido a que con el interrogatorio y el examen cervical no se puede establecer con exactitud el diagnóstico de ruptura prematura de membranas, se han utilizado una serie de pruebas paraclínicas con el fin de confirmar el diagnóstico, entre las que se encuentran las siguientes. (22)

- 1) **Cristalización en hojas de helecho:** Consiste en la toma con hisopo del fondo de saco posterior de vagina, se coloca en portaobjetos, dejar secar al aire y valorar la cristalización de helecho en el microscopio de luz, que resulta de la deshidratación de las sales contenidas en el líquido amniótico. (22)
- 2) **Evaluación ultrasonográfica:** La evaluación ecográfica permite estimar la cantidad de líquido amniótico en la cavidad uterina. En

pacientes con historia sugerente, pero sin evidencias de ruptura prematura de membranas en la valoración complementaria, la presencia de oligohidramnios debe asumirse como consistente con 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. (22)

- 3) **La Prueba de Nitracina:** Para esto se usa una tira de papel de nitracina, la cual cambia de amarillo a azul cuando es expuesta a cualquier fluido alcalino. Este método tiene una exactitud del 90% y puede dar falsos positivos por contaminación con orina, sangre, semen, flujo en caso de vaginosis por Gardnerella o infección por Trichomonas. La combinación de los dos métodos antes expuestos optimiza el diagnóstico, con una exactitud del 93%. (22)
- 4) **Amniosyre:** Es un nuevo test no invasivo que permite detectar la rotura prematura de membranas ovulares, es capaz de detectar una proteína placentaria (PAMG-1) que está presente en el líquido amniótico. Este producto, que cuenta con la aprobación de la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) y que tiene 99% de efectividad, permitió diferenciar los casos de RPM de aquellos que no requerían hospitalización. Para ello basta con introducir la torunda 3 cm en la vagina, luego colocarla en el reactivo y agitar para luego poner una cinta que, al igual que un test de embarazo, indica en cinco minutos si hay o no RPM, no pone en riesgo ni a la madre ni a su hijo. (22)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **Leucorrea:** Frecuente (Flujo genital blanco amarillento, infeccioso, asociado a prurito) (23)
- **Incontinencia urinaria:** Frecuente (Frecuente en segunda mitad del embarazo, especialmente en multíparas (por relajación perineal y rectocistocele. Descartar Infección urinaria. (23)
- **Eliminación tapón mucoso:** Frecuente (Fluido mucoso, a veces algo sanguinolento). (23)

COMPLICACIONES MATERNAS

Las principales consecuencias de la ruptura prematura de membranas son:

- a. **Parto Pretérmino:** Entendemos por parto pre término, según la Sociedad Europea de Medicina Perinatal, el que tiene lugar entre las semanas 20 (antes de las cuales se considera aborto) y 37 de gestación (entre 140 y 259 días), independientemente del peso y madurez fetales aunque un 40% de los fetos pesarán ≤ 2.500 g). Un 5% de las pacientes con RPM de pretérmino sufre DPPNI. El mecanismo etiopatogénico de esta asociación. Está asociado a muerte fetal y coagulopatía materna, por lo que, el embarazo debe interrumpirse por la vía más expedita. Si se tiene en cuenta que los estudios demuestran que el 42% de las pacientes que presentan ruptura tienen gestaciones menores de 28 semanas y la historia natural de la ruptura prematura de membranas muestra que el 52% de las mujeres que sufren de ruptura de membranas entre las semanas 20 a 36, presentan parto dentro de las 48 horas siguientes y sólo el 12,9% desencadenan el parto luego de una semana, podemos entender la estrecha relación que existe entre ruptura de membranas y parto pretérmino, con tasas de mortalidad perinatal del 8,4%. (24)

b. Corioamnionitis: Se define infección intraamniótica 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 infección intraamniótica.

Los criterios que permiten su diagnóstico fueron establecidos por Gibbs y col:

- Fiebre >38 grados axilar
- Taquicardia materna
- Leucocitosis >15.000/mm³
- 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 intraamniótica 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. La Corioamnionitis se asocia al 20% de las pacientes con Ruptura 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, Estreptococos A y C). (24)

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 amniocentesis, procedimiento que en la Ruptura Prematura de Membranas tiene éxito en alrededor del 70% de los casos. Interrupción de embarazo: idealmente parto vaginal, cesáreo si existe alguna indicación obstétrica. Tomar cultivos de la placenta, cordón umbilical y de cavidad uterina. Realizar estudio anátomo patológico En un estudio descriptivo retrospectivo de los casos de RPM en Pretérmino del Hospital Nacional Cayetano Heredia de 9081 partos, el 12% presentaron RPM y de estos el 1.5% tuvieron Corioamnionitis.

La prevalencia de cultivo positivo en líquido amniótico en mujeres con ruptura prematura de membranas es de 32,4%. La infección materna ocurre en 21,7% de las pacientes a quienes se les inicia manejo expectante. Es importante tener en cuenta, además, que la mortalidad perinatal es mayor en neonatos de madres infectadas con gestaciones menores de 28 semanas, que en gestaciones mayores. (24)

c. Abruptio placentae: El desprendimiento puede ser total o parcial de una placenta normal inserta, ocurre con una frecuencia de 1 en 50 o en 270 partos. El desprendimiento completo es raro (1 en 500 partos). Generalmente se manifiesta cuando la rotura prematura de membranas es prolongada. Ocurre en el 2,29% de pacientes con RPM y aumenta de acuerdo a la severidad del oligohidramnios. El riesgo relativo de Abruptio placentae cuando se asocia con Corioamnionitis es de 9.03%. (24)

- d. **Oligoamnios:** Con gran trascendencia por la desprotección del cordón umbilical y, en gestaciones precoces, por la importancia de la deglución de líquido amniótico en el desarrollo pulmonar del feto (conduce a la hipoplasia pulmonar) y por las deformidades fetales (faciales o de extremidades) que pueda producir la compresión. (23)
- e. **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 contemporizadores. (24)

2.1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.

- **Adolescente:** La adolescencia es el periodo de la vida que se ubica entre la niñez y la adultez.
- **APGAR:** índice que permite una evaluación del estado de salud de un recién nacido a los pocos minutos de su nacimiento.
- **Amnioinfusión:** técnica empleada que consiste en introducir suero fisiológico a 37°C en el interior de la cavidad amniótica.
- **Amniocentesis:** prueba diagnóstica prenatal que consiste en la extracción de líquido amniótico mediante una punción transabdominal.
- **Amenaza de parto pre término:** Es la presencia de contracciones uterinas y/o modificaciones cervicales en un embarazo desde la semana 20.1 hasta la semana 36.6.

- **Anemia:** Es una condición en la cual la sangre carece de suficientes glóbulos rojos, o la concentración de hemoglobina es menor que los valores de referencia según edad, sexo y altitud. Se clasifica en gestantes:
 - ✓ Anemia Severa: hemoglobina menos de 7 gr/dl.
 - ✓ Anemia Moderada: hemoglobina entre 7 y 9,9 gr/dl.
 - ✓ Anemia Leve: hemoglobina entre 10 y 10,9 gr/dl

- **Cesárea:** Procedimiento quirúrgico mediante el cual el feto y los anexos ovulares son extraídos después de las 28 semanas de gestación a través de una incisión en el abdomen y en el útero.

- **Corioamnionitis:** infección de las membranas corioamnióticas y/o líquido amniótico con presencia de fiebre, sensibilidad uterina, secreción turbia o de mal olor, taquicardia fetal, taquicardia materna, o leucocitosis materna.

- **Cordocentesis:** extracción de sangre del cordón umbilical del feto por medio de una fina aguja hipodérmica introducida en el abdomen de la madre.

- **Control prenatal:** Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal.

- **Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta:** Es la separación prematura de la placenta (antes del nacimiento) implantada normalmente, este desprendimiento puede ser

central o lateral, por lo que puede o no, dar sangrado transvaginal.

- **Gestante adolescente:** La OMS define como adolescencia período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio económica”, el embarazo en adolescente es la gestación que se encuentra entre los 13 - 20 años de edad.
- **Gestante de alto riesgo:** Es la mujer que gesta con una edad igual o menor de 18 años cumplidos.
- **Gestante de bajo riesgo:** mujer que gesta con una edad mayor de 18 años y menor de 35 años.
- **Gestante de moderado riesgo:** mujer que gesta siendo su edad igual o mayor a los 35 años.
- **Infecciones del tracto urinario:** Colonización y multiplicación de cualquier microorganismo, habitualmente bacterianas, en el aparato urinario.
- **Índice de masa corporal (IMC):** es una medida de asociación entre el peso de una persona en relación con su altura, es el método más práctico para evaluar el grado de riesgo asociado con la obesidad. Se clasificó en cuatro canales:
 - ✓ **Bajo peso:** $IMC < 19.8$
 - ✓ **Normal:** $19.8 \geq IMC < 26.1$
 - ✓ **Sobrepeso:** $26.1 \geq IMC < 29.0$
 - ✓ **Obesa:** $IMC \geq 29.0$

- **Latencia:** periodo de tiempo entre la ruptura de membranas y el inicio del trabajo de parto.
- **Monitoreo fetal:** método que permite vigilar el bienestar fetal y las contracciones uterinas a través de un equipo electrónico.
- **Oligohidramnios:** disminución de líquido amniótico menor de 500 mL, o un índice de líquido amniótico por ecografía menor de 8cm.
- **Paridad:** Número de partos, tanto antes como después de las 20 semanas de gestación incluye cuatro componentes: Nacimientos a término, nacimientos prematuros, abortos, hijos vivos.
- **Perfil biofísico:** prueba que se utiliza para vigilancia fetal que incluye movimientos fetales, movimientos respiratorios, tono muscular, reactividad cardíaca (prueba sin estrés) y cuantificación de líquido amniótico (volumen en 1 bolsillo o índice de líquido amniótico en los 4 cuadrantes).
- **Periodo de latencia:** periodo de tiempo entre la ruptura de membranas y el inicio del trabajo de parto.
- **Polihidramnios:** presencia excesiva de líquido amniótico mayor a 2000 mL, o un índice de líquido amniótico por ecografía mayor a 18 cm.
- **Ruptura prematura de membranas:** solución de continuidad o pérdida de la integridad de las membranas corioamnióticas que se producen desde las 20 semanas de gestación hasta antes del inicio del trabajo de parto.

- **Restricción de crecimiento intrauterino:** crecimiento fetal por debajo del percentil 10 en una curva de crecimiento intrauterino seleccionada.
- **Ruptura Prematura de Membrana cerca de término:** solución de continuidad de las membranas corioamnióticas que se produce entre 35 y 36 semanas 6 días.
- **Ruptura Prematura de Membrana lejos de término:** solución de continuidad de las membranas corioamnióticas que se produce entre las 24 y 34 semanas 6 días.
- **Ruptura Prematura Membrana previable:** solución de continuidad de las membranas corioamnióticas que se produce antes de las 24 semanas, o antes del límite de la viabilidad.
- **Ruptura Prolongada:** tiempo de latencia mayor de 24 horas.
- **Tocolisis:** inhibición farmacológica de las contracciones uterinas.

CAPITULO III
PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

TABLA N° 01

EDAD DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DEL AÑO 2016 AL 2017.

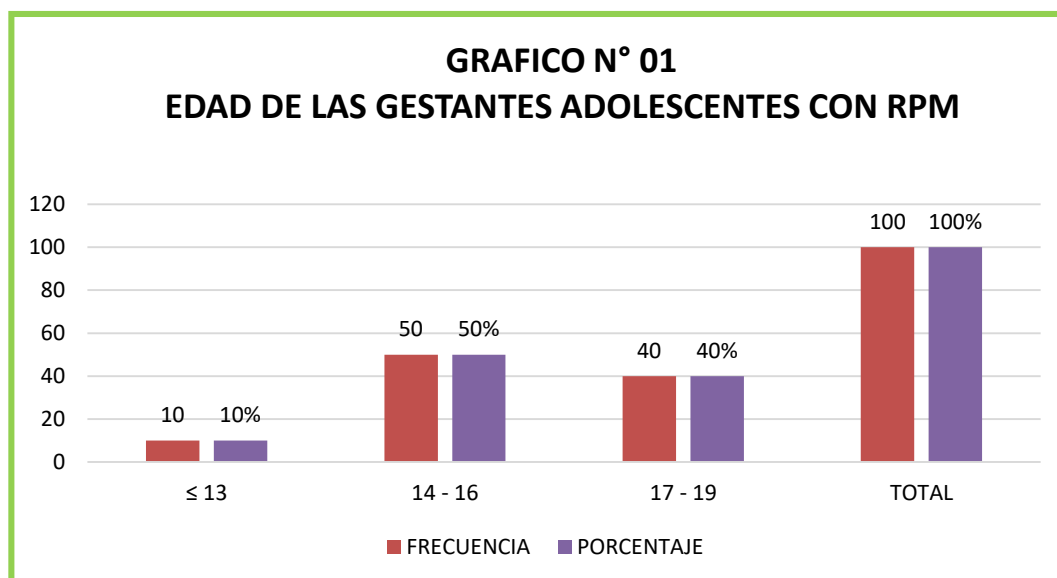
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
≤ 13	10	10
14 – 16	50	50
17 – 19	40	40
TOTAL	100	100

FUENTE: Historias clínicas de gestantes adolescentes en estudio HA 2016 al 2017

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la tabla y grafico N°01 observamos que el 50% de las gestantes adolescentes en estudio se encuentran en el rango de edades entre 14 a 16 años, seguido de un 40% entre 17 a 19 años.

Contrastando el estudio de Pinzas E. (2015), cuyo objetivo fue determinar las principales complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes, se encontró que el 87.80% de las pacientes en estudio estuvieron en las edades 17 a 19 años, estos resultado son diferentes con nuestros hallazgo.



FUENTE: Historias clínicas de gestantes adolescentes en estudio HA 2016 al 2017

TABLA N° 02

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DEL AÑO 2016 AL 2017.

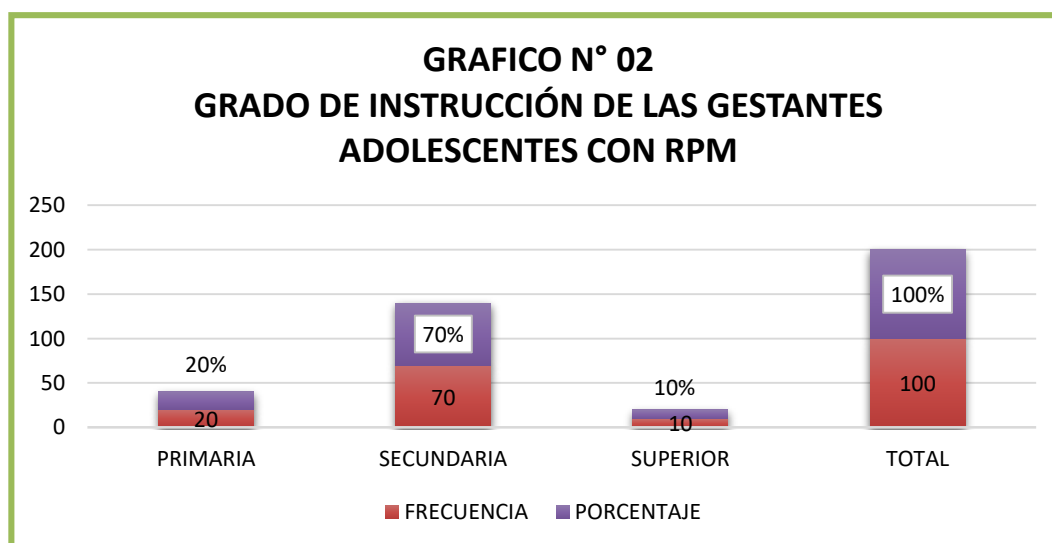
GRADO DE INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria	20	20
Secundaria	70	70
Superior	10	10
TOTAL	100	100

FUENTE: Historias clínicas de gestantes adolescentes en estudio HA 2016 al 2017

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la tabla y grafico N°02 observamos que el grado de instrucción de las gestantes adolescentes en estudio se encuentra en el nivel secundario con 70%, seguido del nivel primario con 20%.

Comparando el estudio de Pinzas E. (2015), cuyo objetivo fue determinar las principales complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes, se encontró que el 69.60% de las pacientes en investigación estudiaron el nivel secundario, estos resultado son similares con nuestros hallazgo.



FUENTE: Historias clínicas de gestantes adolescentes en estudio HA 2016 al 2017

TABLA N° 03

PROCEDENCIA DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DEL 2016 AL 2017.

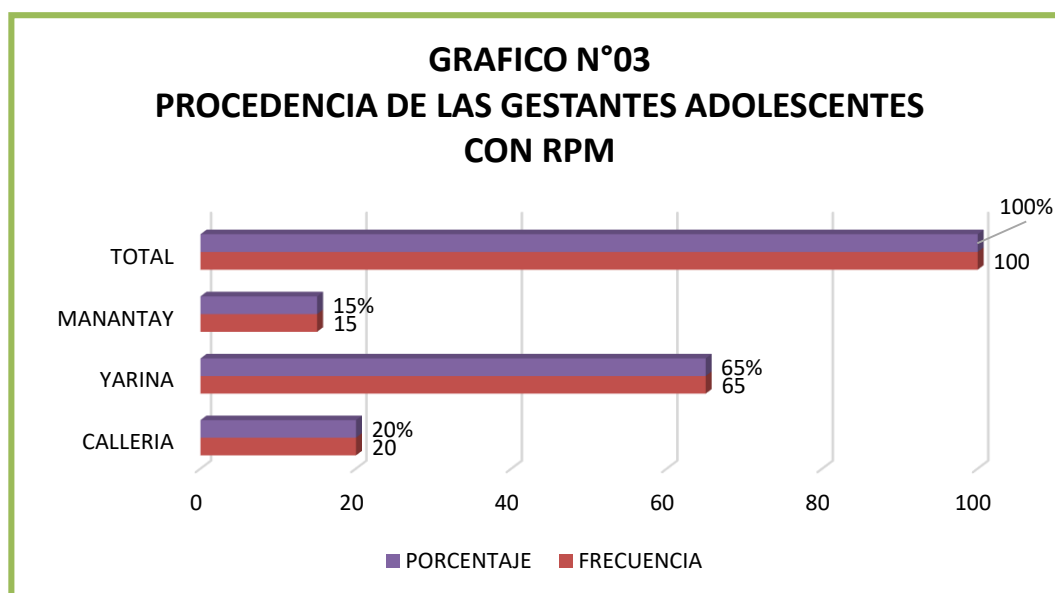
PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Calleria	20	20
Yarina	65	65
Manantay	15	15
TOTAL	100	100

FUENTE: Historias clínicas de gestantes adolescentes en estudio HA 2016 al 2017

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la tabla y grafico N°03 observamos que el 65% de las gestantes adolescentes en estudio procede del Distrito de Yarina Cocha, el 20% de Calleria

Contrastando con el estudio de Pinzas E. (2015), cuyo objetivo fue determinar las principales complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes, se encontró que el 81.20% de las pacientes en investigación perteneció a la zona rural, estos resultado son diferentes con nuestros hallazgo.



FUENTE: Historias clínicas de gestantes adolescentes en estudio HA 2016 al 2017

TABLA N°04

ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES ADOLESCENTE CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DEL AÑO 2016 AL 2017

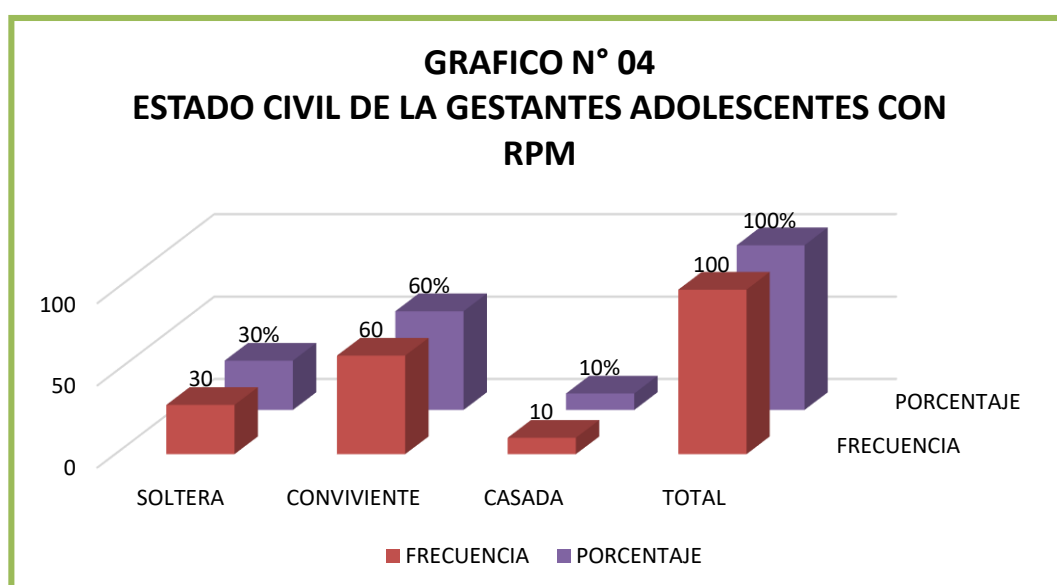
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltera	30	30
Conviviente	60	60
Casada	10	10
TOTAL	100	100

FUENTE: Historias clínicas de gestantes adolescentes en estudio HA 2016 al 2017

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la tabla y grafico N°04 observamos que el 60% de la población en estudio se encontró en el estado conyugal de convivencia, el 30% con el estado civil de soltera.

Contrastando el estudio de Pinzas E. (2015), cuyo objetivo fue determinar las principales complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes, se encontró que el 76% de las pacientes en investigación son convivientes, estos resultado son diferentes con nuestros hallazgo.



FUENTE: Historias clínicas de gestantes adolescentes en estudio HA 2016 al 2017

TABLA N° 05

EL NÚMERO DE LAS GESTACIONES PREVIAS DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DEL AÑO 2016 AL 2017.

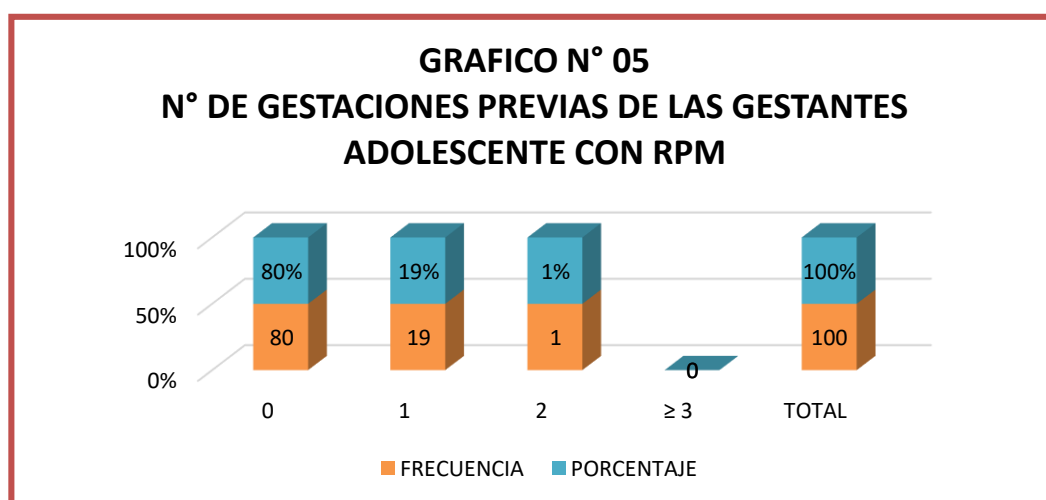
N° DE GESTACIONES PREVIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	80	80
1	19	19
2	1	1
≥ 3	0	0
TOTAL	100	100

FUENTE: Historias clínicas de gestantes adolescentes en estudio HA 2016 al 2017

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la tabla y grafico N° 05 observamos que el 80% de las adolescentes en estudio no tuvieron gestaciones previas, a diferencia de un 20% que tuvo entre 1 a 2 gestaciones previas.

Contrastando el estudio de Fabián E. (2008), cuyo objetivo fue conocer la prevalencia y comportamiento de los factores de riesgo materno asociado a ruptura prematura de membranas pre termino entre las 22 y 34 semanas de edad gestacional, se encontró que el 41.87% de las pacientes en investigación tuvieron 1 gestación anterior, estos resultado son diferentes con nuestros hallazgo.



FUENTE: Historias clínicas de gestantes adolescentes en estudio HA 2016 al 2017

TABLA N° 06

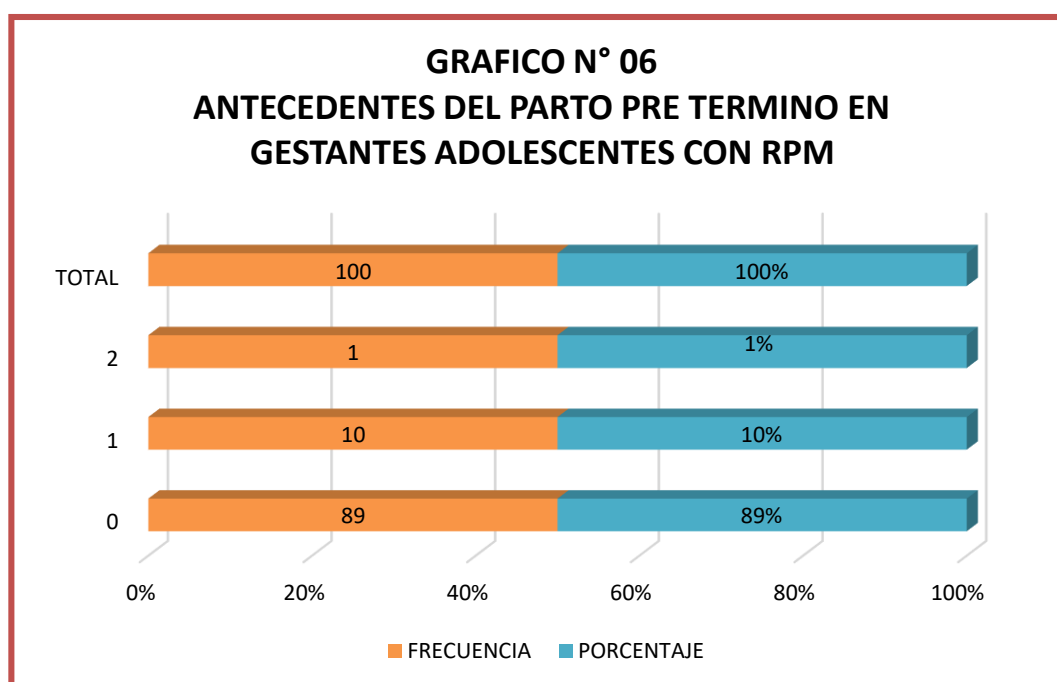
ANTECEDENTES DE PARTOS PRE TÉRMINOS EN LAS GESTANTES ADOLESCENTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DEL AÑO 2016 AL 2017

ANTECEDENTES DE PARTO PRE TERMINO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	89	89
1	10	10
2	1	1
TOTAL	100	100

FUENTE: Historias clínicas de gestantes adolescentes en estudio HA 2016 al 2017

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la tabla y grafico N° 06 observamos que el 89% de las gestantes adolescentes no tuvieron antecedentes de parto pre término y un 11% tuvo entre 1 a 2 partos pre términos respectivamente.



FUENTE: Historias clínicas de gestantes adolescentes en estudio HA 2016 al 2017

TABLA N° 07

COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO ANTERIOR DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DEL AÑO 2016 AL 2017.

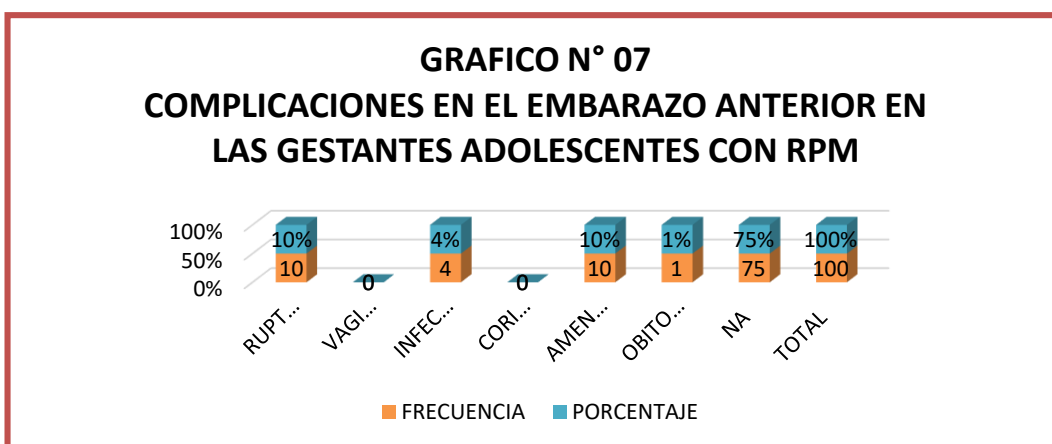
COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO ANTERIOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ruptura Prematura de Membranas	10	10
Vaginosis Bacteriana	0	0
Infección del Tracto Urinario	4	4
Corioamnionitis	0	0
Amenaza de Parto Pre Término	10	10
óbito fetal	1	1
Ninguna	75	75
TOTAL	100	100

FUENTE: Historias clínicas de gestantes adolescentes en estudio HA 2016 al 2017

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la tabla y grafico N° 07 observamos que el 25% de las adolescentes en estudio tuvieron alguna complicación en el embarazo anterior como ruptura prematura de membranas, infección del tracto urinario, amenaza de parto pre término, óbito fetal respectivamente y un 75% no tuvo ninguna complicación.

Contrastando el estudio de Yucra R, Chara M. (2015), cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a la ruptura prematura de membranas se encontró que el 39% de las pacientes en investigación tuvieron antecedentes de ruptura prematura de membrana, el 92% presentaron infección urinaria, estos resultado son diferentes con nuestros hallazgo.



FUENTE: Historias clínicas de gestantes adolescentes en estudio HA 2016 al 2017

TABLA N° 08

LAS ATENCIONES PRENATALES DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO EN EL AÑO 2016 AL 2017.

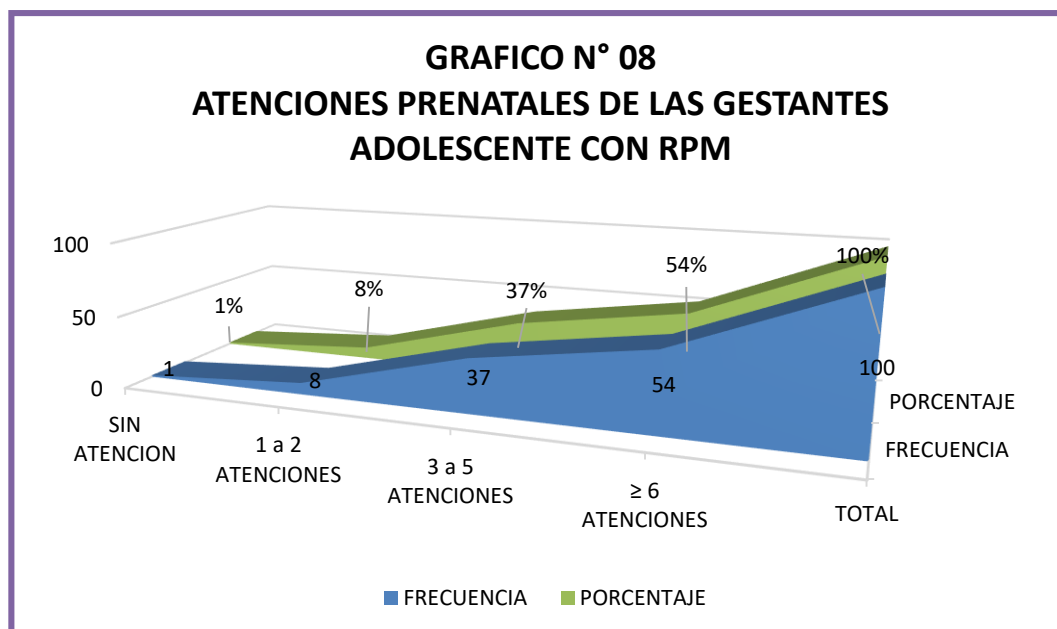
ATENCION PRENATAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin Atención	1	1
1 a 2 Atenciones	8	8
3 a 5 Atenciones	37	37
≥ 6 Atenciones	54	54
TOTAL	100	100

FUENTE: Historias clínicas de gestantes adolescentes en estudio HA 2016 al 2017

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la tabla y grafico N° 08 observamos que en las atenciones prenatales de las gestantes adolescentes en investigación tuvieron ≥ 6 atenciones prenatales con un 54%, seguido de 3 - 5 atenciones prenatales con un 37%

Contrastando el estudio de Yucra R, Chara M. (2015), cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a la ruptura prematura de membranas se encontró que el 58% de las pacientes en investigación no contaron con atenciones prenatales estos resultado son diferentes con nuestros hallazgo.



FUENTE: Historias clínicas de gestantes adolescentes en estudio HA 2016 al 2017

TABLA N° 09

EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DEL AÑO 2016 AL 2017.

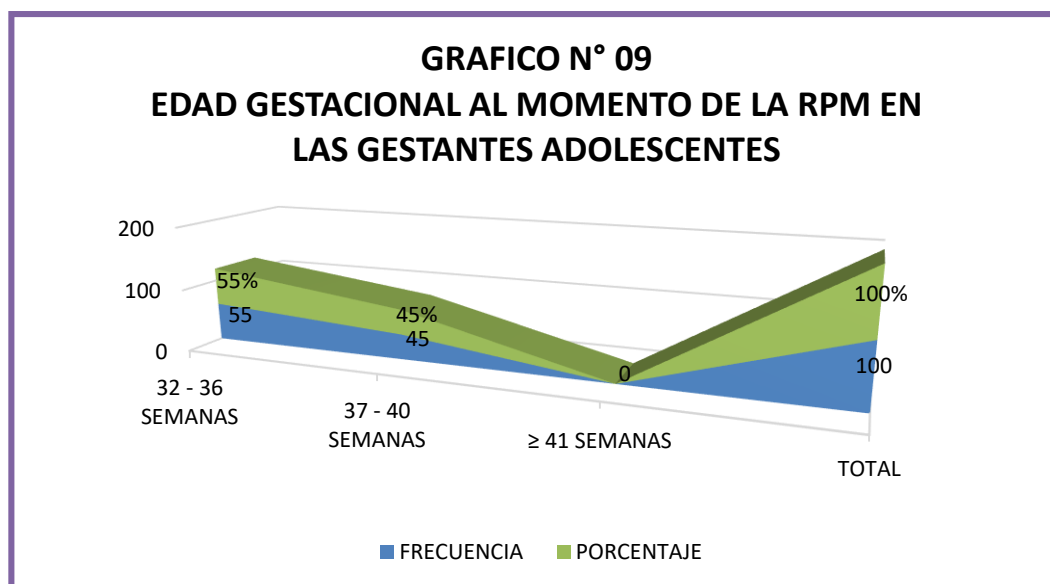
EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DE LA RPM	FRECUENCIA	PORCENTAJE
32 - 36 SEMANAS	55	55
37 - 40 SEMANAS	45	45
≥ 41 SEMANAS	0	0
TOTAL	100	100

FUENTE: Historias clínicas de gestantes adolescentes en estudio HA 2016 al 2017

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la tabla y grafico N° 09 observamos que la edad gestacional al momento de la ruptura prematura de membrana de las gestantes adolescentes en estudio fue de 32 – 36 semanas con un 55%, seguido de 37 – 40 semanas con un 45%.

Contrastando el estudio de Yucra R, Chara M. (2015), cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a la ruptura prematura de membranas se encontró que, el 36% de las pacientes en investigación corresponde a ruptura prematura de membranas de tipo pre término y el 64% de ruptura prematura de membrana de tipo a término estos resultado son diferentes con nuestros hallazgo.



FUENTE: Historias clínicas de gestantes adolescentes en estudio HA 2016 al 2017

TABLA N° 10

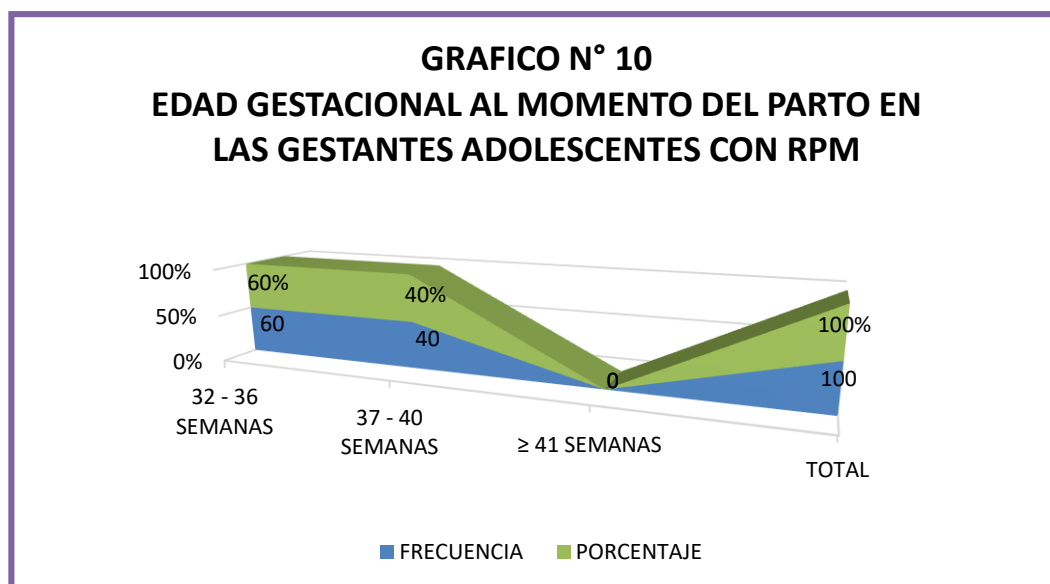
EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL PARTO EN LAS GESTANTES ADOLESCENTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DEL AÑO 2016 AL 2017.

EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
32 - 36 Semanas	60	60
37 - 40 Semanas	40	40
≥ 41 Semanas	0	0
TOTAL	100	100

FUENTE: Historias clínicas de gestantes adolescentes en estudio HA 2016 al 2017

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la tabla y grafico N° 10 observamos que la edad gestacional al momento del parto de las gestantes adolescentes en estudio fue de 32 – 36 semanas con un 60% seguido de 37 – 40 semanas con un 40%.



FUENTE: Historias clínicas de gestantes adolescentes en estudio HA 2016 al 2017

TABLA N° 11

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DURANTE LA GESTACIÓN EN LAS GESTANTES ADOLESCENTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DEL AÑO 2016 AL 2017.

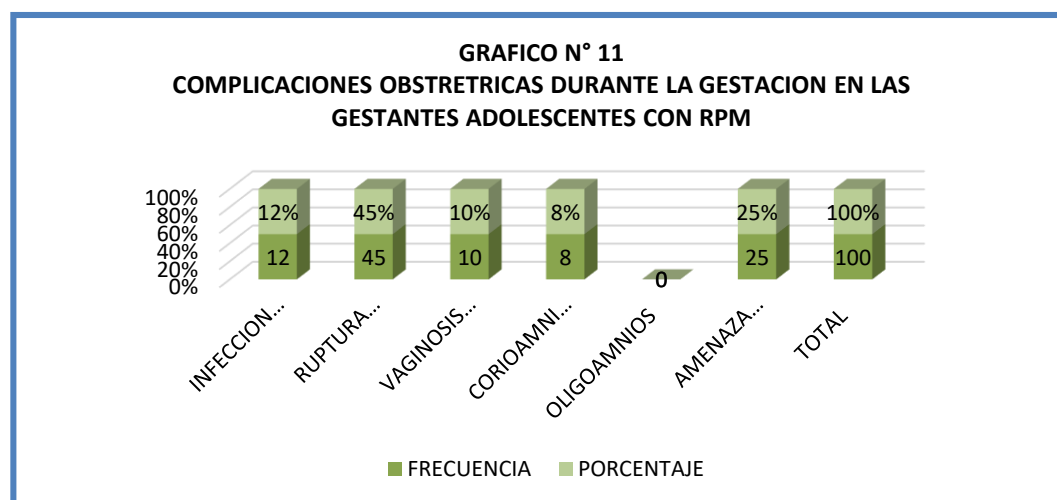
COMPLICACIONES OBSTETRICAS DURANTE LA GESTACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Infección del Tracto Urinario	12	12
Ruptura Prematura de Membranas	45	45
vaginosis Bacteriana	10	10
Corioamnionitis	8	8
Oligoamnios	0	0
Amenaza de Parto Pre Termino	25	25
TOTAL	100	100

FUENTE: Historias clínicas de gestantes adolescentes en estudio HA 2016 al 2017

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la tabla y grafico N° 11 observamos que el 45% presento ruptura prematura de membranas, el 25% curso con amenaza de parto pre término y el 12% con infección del tracto urinario.

Contrastando el estudio de Cuz Chen A. (2009), cuyo objetivo fue describir las complicaciones prenatales en la adolescentes embarazadas se encontró que la amenaza de parto pre término es 4.62%, ruptura prematura de membranas es 0.38% e infección del tracto urinario el 30.96% de las pacientes en investigación estos resultado son diferentes con nuestros hallazgo.



FUENTE: Historias clínicas de gestantes adolescentes en estudio HA 2016 al 2017

TABLA N° 12

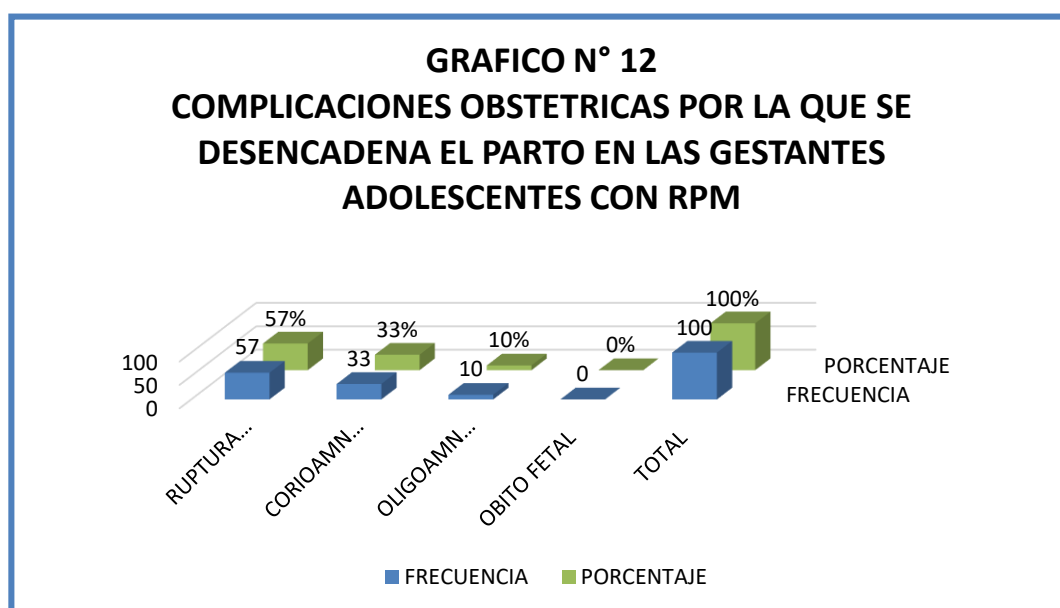
COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS POR LAS QUE SE DESENCADENA EL PARTO EN LAS GESTANTES ADOLESCENTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DEL AÑO 2016 AL 2017.

COMPLICACIONES OBSTETRICAS POR LA QUE SE DESENCADENA EL PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ruptura Prolongada de Membranas	57	57
Corioamnionitis	33	33
Oligoamnios	10	10
óbito Fetal	0	0
TOTAL	100	100

FUENTE: Historias clínicas de gestantes adolescentes en estudio HA 2016 al 2018

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la tabla y grafico N° 12 observamos que el 57% de las complicaciones obstétricas por la que se desencadena el parto por ruptura prolongada de membranas, el 43% por Corioamnionitis y Oligoamnios respectivamente.



FUENTE: Historias clínicas de gestantes adolescentes en estudio HA 2016 al 2017

TABLA N° 13

TERMINACIÓN DEL PARTO DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DEL AÑO 2016 AL 2017.

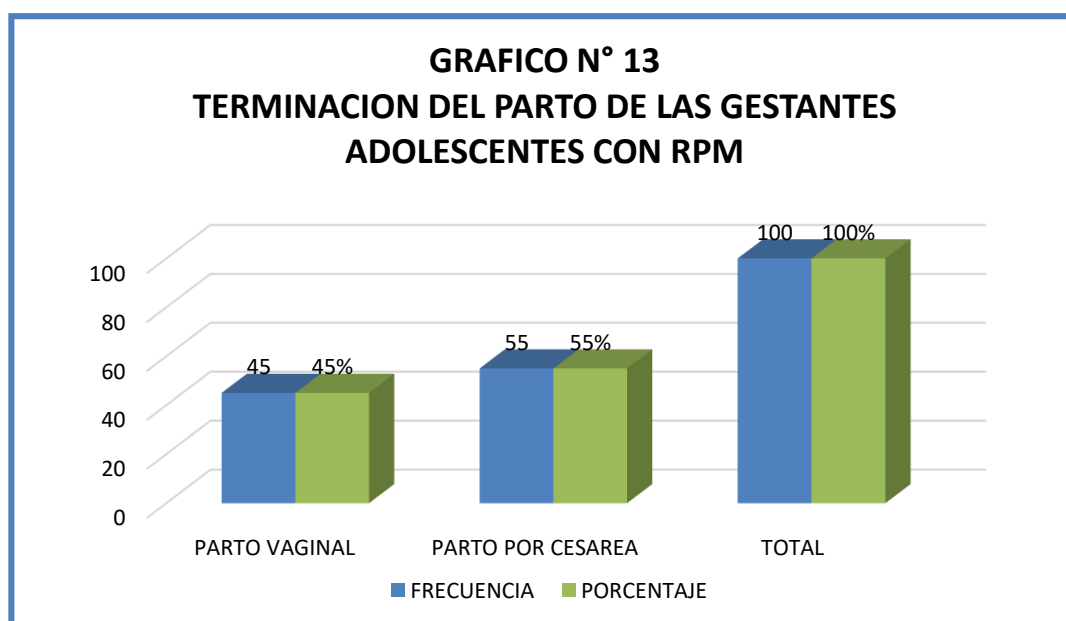
TERMINACIÓN DEL PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Parto Vaginal	45	45
Parto Abdominal	55	55
TOTAL	100	100

FUENTE: Historias clínicas de gestantes adolescentes en estudio HA 2016 al 2017

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

En la tabla y grafico N° 13 observamos que el 55% de las gestantes adolescentes con ruptura prematura de membranas culmino en parto abdominal, seguido de un 45% en parto vaginal.

Contrastando el estudio de Pinzas E. (2015), cuyo objetivo fue determinar las principales complicaciones obstétricas en las gestantes adolescentes, encontrando que el 51.60% de las pacientes en estudio el parto fue a través del parto abdominal y un 48.4% que culmino en parto vaginal estos resultado son diferentes con nuestros hallazgo.



FUENTE: Historias clínicas de gestantes adolescentes en estudio HA 2016 al 2017

CONCLUSIONES

1. Considerando las características generales de las gestantes adolescentes con ruptura prematura de membranas predominó el rango de edad entre las 14 – 16 años, las mismas que tuvieron en 1 – 2 gestaciones previas representando el 20%, asimismo el 46% tuvieron atenciones prenatales incompletas aun nando mas su condición de riesgo, las complicaciones más resaltante se ubican dentro de los procesos infecciosos como la ruptura prolongada de membranas, Corioamnionitis haciendo un 90% respectivamente, una característica a destacar es que el 55% de ellos terminaron en parto abdominal lo que resulta en un potencial riesgo para su futuro obstétrico.
2. Respecto a las características socio demográfica el 50% de las gestantes adolescentes en estudio se encuentra en el rango de edades de 14 - 16 años, el 70% con nivel de educación secundaria, el 65% procedieron del distrito de Yarina Cocha, el 60% fueron conviviente.
3. Considerando los antecedentes obstétricos encontramos que el 20% de las adolescentes tuvieron de 1 - 2 gestaciones previas, el 11% tuvo antecedentes de parto pre término, 25% presento complicaciones durante el embarazo anterior ruptura prematura de membranas, infección del tracto urinario, amenaza de parto pre término, óbito fetal respectivamente.

4. Considerando a las características obstétricas encontramos que el 54% tuvo de 6 a más atenciones prenatales, en el 55% la ruptura prematura de membranas se presentó entre las 32 - 36 semanas de gestación y el 45% entre las semanas de 37 - 40, en el 60% el parto se dio entre las 32 - 36 semanas.

5. En cuanto a las complicaciones obstétricas durante la gestación encontramos que el 45% de las gestantes adolescentes cursaron con ruptura prematura de membranas, el 25% con amenaza de parto pre término, en el 57% se presentó ruptura prolongada de membrana como causa que desencadena el parto, el 55% de las gestantes adolescentes terminó en parto abdominal.

RECOMENDACIONES

1. Recomendamos a las autoridades del gobierno regional, local y del MINSA como eje rector en salud a aplicar políticas coherente con la realidad nacional en la que permita disminuir considerablemente los embarazos precoces en las adolescentes, puesto que repercute en su salud sexual y reproductiva y trunca sus proyectos de vida.
2. Habiéndose evidenciado el 10% de embarazos en adolescentes ≤ 13 años el que representa un factor de riesgo preponderante para la salud física y mental de esta población en estudio, por lo que se debe implementar dentro del equipo básico de salud en los diferentes niveles de atención a un profesional de psicología para coadyuvar en el manejo integral de las adolescentes inmersas en embarazos precoces.
3. Recomendar al personal responsable de la atención de la atención a la gestante, realizar captaciones de pacientes para incorporarlas tempranamente a las atenciones prenatales ya que es un pilar fundamental para la detección temprana de múltiples complicaciones más aun en población adolescentes.
4. Recomendar al personal de salud que atiende a la gestante hacer un diagnóstico oportuno y el manejo adecuado para evitar las complicaciones como Corioamnionitis, Oligoamnios que conlleva generalmente a complicaciones maternas y neonatales.

5. Recomendar también al personal de salud que atiende a las gestantes desde el primer nivel mediante el examen completo de orina y urocultivo para detectar oportunamente la infección del tracto urinario que representa un factor importante para que se desencadene una amenaza de parto pre término con complicaciones severa sobre todo en gestantes adolescentes.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Fernández., D. Zatta., J. Factores de Riesgo del Parto Pretérmino en Gestantes Adolescentes. [Tesis Doctoral]. Lambayeque. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2014 [acceso 10 de abril del 2018]. URL Disponible en:
<http://www2.unprg.edu.pe/facultad/imagenes/MH/tes11.pdf>
2. Monzón., J. Habilidades Sociales en Adolescentes Institucionalizados entre 14 y 17 años de edad. [Tesis de Licenciatura]. Guatemala. Licenciatura en Psicología clínica. Universidad Rafael Landívar; 2014 [acceso 10 de abril del 2018]. URL Disponible en:
<http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/42/Monzon-Jose.pdf>
3. Yauri., Y. factores de riesgo para la reincidencia de embarazo en las adolescentes. [Tesis de Licenciatura]. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014 [acceso 15 de abril del 2018]. URL Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4621/Yauri_qy.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Vásquez., L. López., S. Untiveros., L. Factores asociados al embarazo adolescentes. [Tesis de Licenciatura]. Lima. Universidad Wiener. 2014; [acceso 15 de abril del 2018]. URL Disponible en:
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/311/003%20TESIS%20OBSTETRICIA%20LOPEZ%20%26%20LUNA%20Crev.LB%20-%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Acosta., B. Pinedo., S. Urresti., M. Factores socioeconómicos, Demográficos, obstétricos, relacionados a la depresión en gestantes adolescentes. [Tesis de Licenciatura]. Iquitos. Universidad Nacional

de la Amazonia Peruana. 2015; [acceso 18 de abril del 2018]. URL Disponible en:

<http://repositorio.unapikitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3298/CONTENIDO%20DE%20TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

6. Flores., J. Factores de riesgos asociados a la ruptura prematura de membranas en embarazos pre términos. [Tesis de Licenciatura]. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2015; [acceso 18 de abril del 2018]. URL Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4979/Flores_mj.pdf?sequence=3
7. Picón., N. Factores de riesgo asociados a ruptura prematura de membranas en gestantes. [Tesis de Doctorado]. Lima. Universidad Ricardo. 2015; [acceso 20 de abril del 2018]. URL Disponible en:
http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/951/1/Pic%C3%B3n%20Miranda%20Nancy%20Beatriz_2017.pdf
8. Santo., E. Complicaciones de la rotura prematura de membranas en primigestas juveniles de 14 – 17 años. [Tesis de Licenciatura]. Ecuador. Universidad de Guayaquil. 2013; [acceso 20 de abril del 2018]. URL Disponible en:
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1802/1/Complicaciones%20de%20la%20rotura%20prematura%20de%20membrana%20en%20primigesta%20juveniles%20de%2014%20a%2017%20a%C3%B1os.pdf>
9. Cuz., C. Complicaciones Obstétricas en adolescentes embarazadas. [Tesis de Licenciatura]. Guatemala. Universidad Rafael Landívar. 2016; [acceso 23 de abril del 2018]. URL Disponible en:
<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2016/09/03/Cuz-Amilcar.pdf>

10. Bernal., E. Embarazo adolescente. Complicaciones y factores de riesgo. [Tesis de Doctorado]. México. [sistema bibliotecario uaemex. 2012]. Universidad Autónoma del Estado de México. 2012; [acceso 25 de abril del 2018]. URL Disponible en :
<http://sistemabibliotecario.uaemex.mx/janium/Tesis/394020.pdf>
11. Fabián., E. Factores de riesgo materno asociadas a ruptura prematura de membranas pre términos. [Tesis de Doctorado]. Lima. Universidad Mayor de San Marcos. 2008; [acceso 30 de abril]. URL Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3030/Fabian_ve.pdf?sequence=1
12. Yucra., R., Chara, M. Factores de riesgo asociado a la ruptura prematura de membrana en gestantes. [Tesis de Licenciatura]. Juliaca. Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez. 2015; [acceso 5 de mayo del 2018]. URL Disponible en:
<http://repositorio.uancv.edu.pe/bitstream/handle/UANCV/156/DNI%20N%C2%BA%2045533505%20%20DNI%20N%C2%BA%2040673255.pdf?sequence=1&isAllowed=yJavier>
13. Okumura., A. Embarazo adolescente como factor de riesgo para complicaciones obstétricas y perinatales. [Tesis de Doctorado]. Lima. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. 2015; [acceso el 8 de mayo del 2018]. URL Disponible en: E-mail: diego.maticorena@gmail.com.
<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v14n4/1519-3829-rbsmi-14-04-0383.pdf>

14. Quispe., C. Ruptura prematura de membrana y complicaciones maternas – perinatales en gestantes. [Tesis de Licenciatura]. Cañete. Universidad de San Martín de Porres. 2014; [acceso 10 de mayo del 2018]. URL Disponible en:
http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2310/3/QUISPE_Carla.pdf
15. Pinzas., H. Complicaciones Obstétricas en gestantes. [Tesis de Doctorado]. Lima. Universidad Ricardo Palma 2015; [acceso 13 de mayo del 2018]. URL Disponible en:
http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/722/Pinzas_h.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. Quiroz., H. Determinar asociación entre los factores de riesgo materno y ruptura prematura de membrana en gestantes. [Tesis de Doctorado]. Universidad Nacional de Ucayali. Facultad de Medicina Humana. 2015; [acceso 18 de mayo del 2018]. URL Disponible en:
http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/2254/951_2016_garcia_mena_my_facs_obstetricia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
17. García., M. Complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes. [Tesis de Licenciatura]. Tacna. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. 2015; [acceso 20 de mayo del 2018]. URL Disponible en:
http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/2254/951_2016_garcia_mena_my_facs_obstetricia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
18. Galván., M. Ruptura prematura de membrana en embarazo pre término. [Tesis de Especialidad]. Ica. [Atención Obstétrica de la Emergencia y Cuidados Críticos]. Universidad Privada de Ica. 2016; [acceso 25 de mayo del 2018]. URL Disponible en:

<http://repositorio.upica.edu.pe/bitstream/123456789/87/3/MARIA%20GALVAN%20%20RUPTURA%20PREM%20DE%20MEMBRANA%20EN%20EMBARAZO%20PRETERMINO.pdf>

19. Noguera., N. Alvarado., H. Embarazo adolescente: una mirada desde el cuidado de enfermería. Revista Colombiana en Enfermería 2012 ISSN-e, 1909 – 1621, Vol. 7 n° 7, 2012. pág. 151 – 160 [acceso 30 de mayo del 2018]. URL Disponible en:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4069201>
20. Urbina E, Pacheco J. (2014). Revista peruana Ginecológica Obstétrica. 2006. Vol. 52 n° 2, [acceso 03 de junio del 2018]. URL Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol52_n2/pdf/A09V52N2.pdf.
21. Fernández., L. Caracterización del recién nacido en una muestra de gestantes adolescentes. Revista cubana Obstétrica Ginecológica 2004. Vol. 30: 04 [acceso 12 de junio del 2018]. URL disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_2_04 /gin03204.htm.
22. Orozco., N. Algunos factores de riesgo del embarazo en la adolescencia [artículo en línea]. MEDISAN 2005; 9 (2). Vol. 9 n° 2, [acceso 15 de junio del 2018]. URL Disponible en:
<http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_2_05/san09205.htm.
23. Jiménez., M. Factores de riesgo y complicaciones obstétricas-perinatales en embarazadas con ruptura prematura de membranas. ISSN. 0798-0361. Pág.329-336 en boletín médico de pos grado. Vol. 32 n° 4, [acceso 20 de junio del 2018]. URL Disponible en:

http://bibvirtual.ucla.edu.ve/cgiwin/be_alex.exe?Acceso=T070200001123/8&Nombrebd=RVSP&TipoDoc=S&Sesion=2004221865

24. Manrique R, Rivero A. Parto pretérmino en adolescentes. [Revista Obstétrica Ginecológica Venezolana] - Internet (Citado en 2014). [acceso 30 de junio del 2018]. URL Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S004877322008000300002&script=sci_arttext.
25. Cabanillas, S. Características y complicaciones de gestantes con ruptura prematura de membranas pre términos y a términos. [Revista Peruana Obstétrica y Enfermería] – Internet (citado en 2015). [acceso 01 de octubre del 2018]. URL Disponible: file:///C:/Users/HP_PC/Downloads/748-2549-2-PB.pdf
26. Organización Mundial De La Salud. Mortalidad - Materna-WorldHealth-Organization/www.who.int/ media centre/factsheets. 2017.
27. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive: guía técnica / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – Lima: Ministerio de Salud;2007. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/download/esn/ssr/GuiaGinecologia.pdf>
28. Lugones M, Ramírez M. Ruptura prematura de membranas, aspectos de interés para la atención primaria de salud. Cuba. 2010. [Internet]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000400011

29. Del Carpio L. "Situación de la Mortalidad Materna en el Perú, 2000-2012. - Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud. Lima, Perú 2012. Disponible en: www.ins.gob.pe/insvirtual/images/artrevista/pdf/rpmesp2013.v30.n3.a15.pdf.
30. Burgos W. "Prevalencia de la Ruptura Prematura de Membranas en edades de 17 a 20 años de edad en el Hospital Maternidad Mariana de Jesús. Febrero del 2013". Universidad de Guayaquil. Ecuador 2013. Disponible en: <http://studylib.es/doc/3652342/tesis-rpm.pdf>
31. Altamirano, B. Prevalencia de complicaciones maternas en pacientes embarazadas con ruptura prematura de membranas pre término. [Tesis de Grado y Posgrado]. Universidad Católica del Ecuador 2017. [acceso 03 de octubre del 2018]. URL Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/15195>

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTANTES ADOLESCENTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DEL AÑO 2016 AL 2017.

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	OPERACIONALIZACION		MÉTODO
			VARIABLE	INDICADORES	
¿Cuáles son las características de las gestantes adolescentes con la ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Amazónico del año 2016 al 2017?	Determinar las características de las gestantes adolescentes con la ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Amazónico del año 2016 al 2017	En el presente estudio no se plantea hipótesis de investigación por tratarse de un estudio descriptivo donde no habrá manipulación de las variables.	Estudio Univariado Características de las gestantes adolescentes con ruptura prematura de membrana.	Edad Grado de Instrucción Procedencia Estado Civil	El método de investigación es cualitativo

<p>¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes adolescentes con ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Amazónico del año 2016 al 2017?</p>	<p>Precisar las características sociodemográficas de las gestantes adolescentes con ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Amazónico del año 2016 al 2017</p>	<p>En el presente estudio no se plantea hipótesis de investigación por tratarse de un estudio descriptivo donde no habrá manipulación de las variables.</p>	<p>Estudio Univariado Características de las gestantes adolescentes con ruptura prematura de membrana.</p>	<p>Edad Grado de Instrucción Procedencia Estado Civil</p>	<p>El método de investigación es cualitativo</p>
--	--	---	--	---	--

<p>¿Cuáles son los antecedentes obstétricos de las gestantes adolescentes con ruptura prematura de membrana atendidas en el Hospital Amazónico del año 2016 al 2017?</p>	<p>Conocer los antecedentes obstétricos de las gestantes adolescentes con ruptura prematura de membrana atendidas en el Hospital Amazónico del año 2016 al 2017</p>	<p>En el presente estudio no se plantea hipótesis de investigación por tratarse de un estudio descriptivo donde no habrá manipulación de las variables.</p>	<p>Estudio Univariado Características de las gestantes adolescentes con ruptura prematura de membrana.</p>	<p>1.Números de gestaciones previas 2.Antecedentes de partos Pre Términos 3.Complicaciones durante el embarazo</p>	<p>El método de investigación es cualitativo</p>
--	---	---	---	--	--

<p>¿Cuáles son las características obstétricas del embarazo actual de las gestantes adolescentes con ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Amazónico del año 2016 al 2017?</p>	<p>Identificar las características obstétricas del embarazo actual de las gestantes adolescentes con ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Amazónico del año 2016 al 2017</p>	<p>En el presente estudio no se plantea hipótesis de investigación por tratarse de un estudio descriptivo donde no habrá manipulación de las variables.</p>	<p>Estudio Univariado Características de las gestantes adolescentes con ruptura prematura de membrana.</p>	<p>1. Atención Prenatal 2. Edad Gestacional al momento de la Ruptura Prematura de Membrana 3. Edad Gestacional al momento del parto.</p>	<p>El método de investigación es cualitativo</p>
--	---	---	--	--	--

<p>¿Cuáles son las complicaciones obstétricas de las gestantes adolescentes con ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Amazónico del año 2016 al 2017?</p>	<p>Identificar las complicaciones obstétricas de las gestantes adolescentes con ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Amazónico del año 2016 al 2017</p>	<p>En el presente estudio no se plantea hipótesis de investigación por tratarse de un estudio descriptivo donde no habrá manipulación de las variables.</p>	<p>Estudio Univariado Características de las gestantes adolescentes con ruptura prematura de membrana.</p>	<p>1. Complicaciones Obstétricas durante la gestación. 2. Complicaciones por la que se desencadena el parto. 3. Terminación del parto.</p>	<p>El método de investigación es cualitativo</p>
---	--	---	--	--	--



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

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICA:

1. Edad:

- a) ≤ 13 años
- b) 14 – 16 años
- c) 17 – 19 años

2. Grado de Instrucción:

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Superior

3. Procedencia:

- a) Calleria
- b) Yarina
- c) Manantay

4. Estado Civil:

- a) Soltera
- b) Conviviente
- c) Casada

II. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

5. Números de gestaciones previas:

- a) 0
- b) 1
- c) 2
- d) ≥ 3

6. Antecedentes de partos Pre Términos:

- a) 0
- b) 1
- c) ≥ 2

7. Complicaciones en el embarazo anterior:

- a) Ruptura Prematura de Membranas
- b) Vaginosis bacteriana
- c) Infección del Tracto Urinario
- d) Corioamnionitis
- e) Amenaza de parto pre termino
- f) Óbito fetal
- g) Ninguna de las anteriores

III. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

8. Atención Prenatal:

- a) Sin atención Prenatal
- b) 1 – 2 atenciones
- c) 3 – 5 atenciones
- d) ≥ 6 atenciones

9. Edad Gestacional al momento de la Ruptura Prematura Membrana:

- a) 32 – 36 semanas
- b) 37 – 40 semanas
- c) \geq 41 semanas

10. Edad Gestacional al momento del parto:

- a) 32 – 36 semanas
- b) 37 – 40 semanas
- c) \geq 41 semanas

IV. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS:

11. Complicaciones Obstétricas durante la gestación :

- a) Infección del Tracto Urinario.
- b) Ruptura Prematura de Membranas
- c) Vaginosis Bacteriana.
- d) Corioamnionitis.
- e) Oligoamnios.
- f) Amenaza de Parto Pre Terminado
- g) Óbito fetal

12. Complicaciones obstétricas por la que se desencadena el parto:

- a) Ruptura Prolongada de Membrana
- b) Corioamnionitis
- c) Oligoamnios
- d) Óbito fetal

13. Terminación del parto

- a) Parto vaginal
- b) Parto por cesárea

