



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

**FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS A LA RUPTURA
PREMATURA DE MEMBRANAS EN PARTOS PRE TÉRMINO. HOSPITAL
NACIONAL HIPÓLITO UNANUE. EL AGUSTINO. ENERO-DICIEMBRE 2018**

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

AUTORA:

REYES PEÑA, CYNTHIA KATHERINE

ASESORA:

VARGAS LAZO, MIRYAN GLADYS

JURADO:

DIAZ GOICOCHEA, SEGUNDO OCTAVIO

PAZ SOLDAN OBLITAS, CARLOS ENRIQUE

SANCHEZ RAMIREZ, MERY ISABEL

VIZCARRA MEZA, MAXIMILIANA MARCELINA

LIMA – PERÚ

2019

Dedico este trabajo de investigación a mi Dios, por darme las fuerzas necesarias y la sabiduría para culminar este proyecto. A mis padres Nelly y César, por su amor incondicional y por todo el apoyo brindado; a mis hermanos y sobrinos, por ser aquella motivación de superación y poder finalizar con éxito mi carrera profesional.

Agradezco a mi Universidad Nacional Federico Villarreal, a mis docentes, amistades, a mi asesora, por todos los conocimientos y enseñanzas brindadas durante mi carrera universitaria, que fueron imprescindibles para mi desarrollo académico y formación profesional y de esta manera culminar con éxito este estudio de investigación.

Índice

Resumen.....	9
Abstract	11
I) Introducción.....	12
1.1. Descripción y formulación del problema.	13
1.2. Antecedentes.....	17
1.3. Objetivos.....	22
- Objetivo general	22
- Objetivos específicos	22
1.4. Justificación.....	23
1.5. Hipótesis	24
II) Marco teórico	25
2.1. Bases.....	25
III) Método	41
3.1. Tipo de investigación	41
3.2. Ámbito Temporal y espacial	41
3.3. Variables.....	41
3.4. Población y Muestra	42
3.5. Técnica e Instrumentos.....	43
3.6. Procedimientos	44
3.7. Análisis de Datos.....	44

IV) Resultados.....	46
V) Discusión de resultados.....	65
VI) Conclusiones.....	75
VII) Recomendaciones.....	76
VIII) Referencias.....	77
IX) Anexos	85
9.1. Anexo N° 1: Aprobación del proyecto de tesis por el asesor de la Universidad Nacional Federico Villarreal	85
9.2. Anexo N° 2: Autorización para efectuar la Aplicación de Instrumento por el jefe del departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue	87
9.3. Anexo N° 3: Aprobación de Proyecto de tesis por el Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Nacional Hipólito Unanue	88
9.4. Anexo N° 4: Datos estadísticos de Parto pre término con Ruptura Prematura de Membranas de la Unidad de Estadística del Hospital Nacional Hipólito Unanue.....	89
9.5. Anexo N° 5: Operacionalización de las variables	88
9.6. Anexo N° 6: Matriz de consistencia.....	90
9.7. Anexo N° 7: Ficha de recolección de datos.....	90
9.8. Anexo N° 8: Juez de expertos	94

Índice de tablas

- Tabla 1:** *Edad como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018.*
- Tabla 2:** *Grado de instrucción como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018.*
- Tabla 3:** *Estado civil como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018.*
- Tabla 4:** *Ocupación como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018.*
- Tabla 5:** *Antecedente de consumo de alcohol como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018.*
- Tabla 6:** *Antecedente de consumo de tabaco como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018.*
- Tabla 7:** *Antecedente de consumo de drogas como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018.*

Tabla 8: *Gestaciones como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018.*

Tabla 9: *Paridad como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018.*

Tabla 10: *Anemia como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018.*

Tabla 11: *Índice de masa corporal como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018.*

Tabla 12: *Periodo intergenésico como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018.*

Tabla 13: *Atenciones prenatales como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018.*

Tabla 14: *Infeción del tracto urinario como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018.*

Tabla 15: *Antecedente de cesárea como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018.*

Tabla 16: *Antecedente de aborto como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018.*

Tabla 17: *Partos pre términos previos como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018.*

Tabla 18: *Ruptura prematura de membranas antes de haberse iniciado el trabajo de parto pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018.*

Tabla 19: *Ruptura prematura de membranas después de haberse iniciado el trabajo de parto pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018.*

Resumen

Objetivos: Determinar los factores de riesgo maternos asociados a la ruptura prematura de membranas en partos pre término. Hospital Nacional Hipólito Unanue, El Agustino. Enero-Diciembre 2018.

Material y métodos: Estudio no experimental, básico, descriptivo, retrospectivo, retrolectivo y transversal realizado a 51 mujeres que tuvieron parto pre término previo a una ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. Los datos se recopilaron a través de una ficha de recolección de datos, se utilizó la documentación a través de fuentes secundarias, que fueron las historias clínicas de las mujeres que tuvieron parto pre término previo a una ruptura prematura. Además se estimaron frecuencias absolutas y relativas.

Resultados: Los factores de riesgo maternos sociodemográficos asociados a la ruptura prematura de membranas en partos pre término más frecuentes fueron tener una edad entre 25 y 29 años (31,4%), tener secundaria completa (37,2%), ser conviviente (56,9%), ser ama de casa (76,5%), haber consumido alcohol previo al embarazo (7,8%), tabaco (23,5%) y drogas (3,9%). Los factores de riesgo maternos gineco-obstétricos asociados a la ruptura prematura de membranas en partos pre término más frecuentes fueron tener 1 gestación (37,3%), no presentar partos previos (45,1%), tener anemia durante su embarazo (33,3%), tener sobrepeso (25,3%) y obesidad (11,8%) según IMC , presentar periodo intergenésico corto (33,3%), tener de 3 a 5 atenciones prenatales (56,9%), presentar infección del tracto urinario durante su embarazo (60,8%), tener antecedente de cesárea (5,9%), de aborto (37,3%), y de un 1 parto pre término (31,4%).

Conclusión: Los factores de riesgo maternos asociados a la ruptura prematura de membranas en partos pre término más frecuentes fueron ser ama de casa y presentar infección del tracto urinario durante su embarazo.

Palabras claves: Factores de riesgo, ruptura prematura de membranas, partos pre términos.

Abstract

Object: To determine maternal risk factors associated with premature rupture of membranes in preterm deliveries, Hipólito Unanue National Hospital, El Agustino, January-December 2018.

Material and method: Non-experimental, basic, descriptive, retrospective, retrolective and cross-sectional study performed on 51 women who had preterm delivery prior to a premature rupture of membranes treated at the Hipolito Unanue National Hospital. The data were collected through a data collection form, the documentation was used through secondary sources, which were the medical records of the women who had preterm delivery prior to a premature rupture. In addition, absolute and relative frequencies were estimated.

Results: The maternal sociodemographic risk factors associated with premature rupture of membranes in preterm deliveries more frequent were having an age between 25 and 29 years (31.4%), having complete high school (37.2%), being a partner (56, 9%), being a housewife (76.5%), having consumed alcohol before pregnancy (7.8%), tobacco (23.5%) and drugs (3.9%). The gynecological-obstetric maternal risk factors associated with premature rupture of membranes in preterm deliveries more frequent were having 1 gestation (37.3%), not having previous births (45.1%), having anemia during pregnancy (33, 3%), being overweight (25.3%) and obesity (11.8%) according to BMI, presenting a short intergenic period (33.3%), having 3 to 5 prenatal care (56.9%), presenting urinary tract infection during her pregnancy (60.8%), having a history of caesarean section (5.9%), abortion (37.3%), and a preterm birth (31.4%).

Conclusions: The maternal risk factors associated with the premature rupture of membranes in preterm deliveries more frequent were being a housewife and presenting urinary tract infection during pregnancy.

Keywords: Risk factors, premature rupture of membranes, pre-term deliveries.

I) Introducción

La ruptura prematura de membrana se cataloga como la ruptura espontánea de las membranas ovulares, al menos dos horas antes del inicio del trabajo de parto y puede ocurrir en embarazos de término, mayor de 37 semanas a más; o de pre término menor a 37 semanas de gestación, su importancia se basa en su asociación con dos entidades que aumentan significativamente el riesgo tanto materno como perinatal, infección y prematurez.

La ruptura premature de membranas es la 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.

La ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMp) implica la ruptura de membranas antes del inicio del trabajo de parto en embarazos menores de 37 semanas y predispone al parto pretérmino, esta patología obstétrica puede afectar a todos los embarazos y complicar los mismos con mayor riesgo de morbilidad materno perinatal.

Los riesgos más importantes para el feto con ruptura prematura de membranas pre término son las complicaciones de la prematurez.

El parto pre término, es aquel nacimiento de niño nacido vivo ocurrido entre las 22 y las 36,6 semanas de gestación, la prematuridad es la primera causa de morbilidad perinatal; el 75% de las muertes perinatales se puede atribuir a esta patología.

La ruptura prematura de membranas así como el parto pre término son unas de las complicaciones más frecuentes y uno de los problemas obstétricos de mayor controversia en su manejo que afecta negativamente al embarazo y se asocia a mayor morbi-mortalidad materna neonatal, por lo que se considera necesario lograr unificación de criterios para su manejo y prevención.

1.1. Descripción y formulación del problema.

Descripción del problema.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) cataloga a la ruptura prematura de membranas antes del inicio del trabajo de parto que puede acontecer en el 1% al 3% de los embarazos siendo causa de un tercio de todos los partos pre término aproximadamente. Por lo mismo se observó que la infección neonatal aumentó diez veces en casos no complejos de ruptura prematura de membranas (RPM) en comparación con neonatos en general. Después de que se rompen las membranas, durante más de 24 horas, la incidencia de infección neonatal es de alrededor del 1%.

La Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO, 2018) Menciona que la ruptura de membranas es prematura cuando ocurre antes de iniciarse el trabajo de parto. Se presenta en aproximadamente el 10% de los nacimientos y se asocia a un tercio de los nacimientos de pre término. En la población general, la ruptura prematura de membranas corresponde a embarazos de término el 8%, a embarazos de pre término el 3%, y menos del 1% a embarazos del segundo trimestre previos a la viabilidad fetal.

Por lo que se halló que a nivel mundial se registraron 12,9 millones de partos pre término, lo que representa el 9,6 % de todos los nacimientos. Aproximadamente 11 millones (85%) de ellos se concentraron en Asia y África, mientras que en Europa y América del Norte (excluido México) se registraron 0,5 millones en cada caso, y en América Latina y el Caribe, 0,9 millones. Las tasas con mayor incidencia de prematuridad se dieron en África y América del Norte (11,9% y 10,6% de todos los nacimientos, respectivamente), y las más bajas en Europa (6,2%). (Beck et al. 2010)

Estas cifras varían entre países. De los 11 países con índices de nacimientos prematuros mayores al 15%, todos menos 2 están en África subsahariana. Los nacimientos prematuros representan el 11.1% de los nacimientos vivos del mundo, 60% de ellos en Asia meridional y

África subsahariana. En los países más pobres, en promedio, el 12% de los bebés nacen con semanas adelantadas, en comparación con el 9 por ciento en los países de mayores ingresos. La controversia de los nacimientos prematuros no se limita a los países de bajos ingresos. Los Estados Unidos y Brasil se ubican entre los 10 países con mayor número de nacimientos prematuros. Por ejemplo, en los Estados Unidos, alrededor del 12%, o más de uno en nueve de todos los nacimientos, son prematuros. (OMS, 2012)

El número de partos prematuros está aumentando en todo el mundo, dando lugar a unos 15 millones de nacimientos antes de las 37 semanas de gestación y aproximadamente un millón de muertes anuales. (Organización Médica Colegial de España, 2017)

Así mismo se estima que cada año nacen en el mundo unos 15 millones de niños antes de llegar a término, es decir; más de uno en diez nacimientos, esta cifra está aumentando. En los 184 países estudiados, la tasa de nacimientos pre término oscila entre el 5% y el 18% de los recién nacidos. Así también, un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto por lo que muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida. A nivel mundial, la prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de cinco años. En casi todos los países con datos fiables al respecto, las tasas de nacimientos prematuros están aumentando. La mitad de los bebés nacidos a las 32 semanas mueren por no haber recibido cuidados sencillos. Si bien más del 60% de los nacimientos prematuros se producen en África y Asia meridional, se trata de un verdadero problema mundial. En los países de bajos ingresos, una media del 12% de los niños nace antes de tiempo, frente al 9% en los países de ingresos más altos. Dentro de un mismo país, las familias de bajos recursos corren un mayor riesgo de presentar parto pre término. Los 5 países con mayor número de nacimientos prematuros son los siguientes: India: 3 519 100; China: 1 172 300; Nigeria: 773 600; Pakistán: 748 100 e Indonesia: 675 700. Los 5 países con las tasas más elevadas de nacimientos prematuros por cada 100 nacidos vivos

son los siguientes: Malawi: 18,1; Comoras: 16,7; Congo: 16,7; Zimbabwe: 16,6 y Guinea Ecuatorial: 16,5. (OMS, 2018)

Vigil-De Gracia, Savransky, Pérez, Delgado y Nunez de Morais (2011) En Europa se calcula que el 5 al 9% de los nacimientos son pre términos y en Estados Unidos de Norte América es el 12 al 13%. Según estadísticas de algunos hospitales confirman que el porcentaje de América Latina es cerca del 11 al 15% .Se estima que un 25 a 30% de esos pre términos son producto de ruptura prematura de membranas.

Téllez, Ramírez, Parada y Fernández-Niño (2017) Nos mencionan que en Colombia, durante el 2014, según estadísticas del Departamento Administrativo Nacional de Estadística, el 19% de los partos fueron pre término de los cuales el 9% se asoció a mortalidad fetal. Estas estadísticas han venido en aumento comparadas con las presentadas en el año 2004, donde la incidencia de parto pre término fue del 16,1%., siendo la mayoría de estos partos producto de la ruptura prematura de membranas pre término.

El Ministerio de Salud Pública de Chile (2015) nos menciona que en Chile, la prematurez es la principal causa de morbilidad perinatal. Un tercio de los partos pre término (27%) son debido a la ruptura prematura de membranas, hecho que demuestra la importancia de este problema.

En el Perú, la tasa de parto pre término se encuentra alrededor del 7%, y en el año 2016 se registraron 30 294 partos pre término; lo que coloca a esta entidad como uno de los principales problemas de salud pública. (Ministerio de Salud del Perú, 2016)

El Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP, 2017), nos expresa que atiende actualmente un promedio de 19 000 partos anuales, la incidencia de parto pre término en los últimos 5 años ha sido 9,7%. En el INMP el parto pre término significa el 9% del total de los partos que ocurren anualmente. Este porcentaje ha variado en los últimos años entre 8,56% a 10,2% entre los años 2010 al 2016. La prematuridad, se ve complicada mucho más cuando se

da la ocurrencia de una ruptura prematura de membranas con un factor de riesgo mayor al parto pre término, aún más si este es muy temprano. El total de partos en el INMP durante el año 2016 fue 21 605. Durante ese año ocurrieron un total de 2 717 casos de ruptura prematura de membranas (12,5%) y de ellos 518 (19%) fueron partos pre término. El año 2017 ocurrieron 19 288 partos; de ellos, 2 697 (13,9%) fueron con ruptura prematura de membranas y de ellos, 481 en embarazos pre término (17%).

La ruptura prematura de membranas que ocurre sobre todo en gestantes que no han llegado al término, constituye una emergencia obstétrica y perinatal, ya que se pierde la protección que tiene el feto con el medio externo, se pierde la barrera natural establecida por la membrana amniótica, se pierde el líquido amniótico que es producido por el feto, y se expone a la gestante y al feto pre término a la contaminación con los gérmenes que existen en el cuello uterino y en la vagina, con el grave riesgo de que se produzca una infección materna-fetal. (Gutiérrez, 2018, p. 406)

Se trata de prevenir la ruptura prematura de membranas; sin embargo, los mecanismos para la ruptura de membranas son múltiples y por eso muchas veces no se consigue su prevención. Dentro de la etiología de la ruptura prematura de membranas se consideran defectos estructurales de la formación de la membrana amniótica; sobre distensión de las membranas, por ejemplo en los casos de polihidramnios o embarazo gemelar; causas infecciosas que pueden ascender desde el cuello y vagina, así como la vaginosis bacteriana; sin embargo, muchas veces no se conoce la causa. En el INMP se encontró que el 20% de gestantes con ruptura prematura de membranas en un embarazo pre término terminan teniendo un parto pre término, con las consecuencias derivadas de la prematuridad, por ello es importante conocer el antecedente de haber presentado una ruptura de membranas en embarazo anterior, ya que se señala como un factor de riesgo para presentar nuevamente RPM pre término o trabajo de parto pre término en un siguiente embarazo. Los factores de

riesgo adicionales asociados con la RPM pre término son similares a los asociados con el nacimiento prematuro espontáneo e incluyen una longitud cervical corta, hemorragia en el segundo y tercer trimestre, bajo índice de masa corporal, bajo nivel socioeconómico, tabaquismo y consumo de drogas ilícitas. (Gutiérrez, 2018, p. 407)

Formulación del Problema

Formulación del Problema General

¿Cuáles son los factores de riesgo maternos asociados a la ruptura prematura de membranas en partos pre término. Hospital Nacional Hipólito Unanue. El Agustino. Enero-Diciembre 2018?

Formulación del Problema Específico

¿Cuáles son los factores de riesgo materno sociodemográficos asociados a la ruptura prematura de membranas en partos pre término. Hospital Nacional Hipólito Unanue. El Agustino. Enero-Diciembre 2018?

¿Cuáles son los factores de riesgo maternos gineco-obstétricos asociados a la ruptura prematura de membranas en partos pre término. Hospital Nacional Hipólito Unanue. El Agustino. Enero-Diciembre 2018?

1.2. Antecedentes

Antecedentes internacionales

Aguilar y Vargas (2015), en su estudio “Factores de riesgo materno-fetales asociados a ruptura prematura de membranas en mujeres con embarazo pre término atendidas en el Hospital Victoria Motta de Jinotega de Enero a Diciembre de 2013”, Nicaragua, cuyo objetivo fue evaluar los factores de riesgo materno-fetales asociados a la ruptura prematura de membranas en mujeres con embarazo pre término. Se realizó un estudio observacional,

transversal, analítico de casos y controles, cuya muestra estuvo conformada por 120 gestantes, siendo 40 el total de casos y 80 controles de estudio. Se utilizó una ficha de recolección de datos y se recopiló los datos a través de las historias clínicas. En los resultados de los casos se encontró que el 69,6 % correspondían a pacientes menores de 20 años, el 51,7% eran mayores de 35 años, sin embargo; esto no significó riesgo alguno. El 70% tenían un nivel académico bajo y el 30% representaron con un nivel de secundaria o superior. El 67,5% estaban casadas o acompañadas y 32,5% eran solteras. En cuanto a la ocupación, el 80% eran amas de casa y el 20% de los casos tenían una ocupación diferente. El 76,9% tuvieron infección de las vías urinarias, fue la más frecuente sobre las otras patologías. El 32.5% de los casos eran primigestas y el 67.5% eran multigestas. En relación a la paridad, el 55% eran multíparas. Un 85% tenían un número de CPN menor de 4. El 70% tenían antecedentes de una a más cesáreas. El 65% no presento antecedentes de abortos, contra un 35% si los presentó, esto no significo ningún riesgo. Un 22,5% presentó antecedentes de amenaza de parto pre término y los que no lo tuvieron fueron el 77.5%. Se concluyó que existen factores de riesgo estadísticamente significativos asociados a la RPM.

Navarro y Talavera (2015), en su estudio “Los factores de riesgo materno-fetales asociado a ruptura prematura de membranas en mujeres con embarazo pre término en el hospital escuela San Juan de Dios, Estelí Nicaragua durante el año 2013”, Nicaragua, con el objetivo de describir los factores de riesgo materno-fetales asociado a ruptura prematura de membranas en mujeres con embarazo pre término. Se realizó un estudio analítico, transversal, observacional de casos y controles y retrospectivo, cuya muestra estuvo conformada por 123 gestantes, siendo 41 el total de casos y 82 controles de estudio. Se utilizó una ficha de recolección de datos y se recopiló los datos a través de las historias clínicas. En los resultados de los casos se encontró que 55% correspondían a pacientes menores de 19 años, mientras que el 45% representaban a las pacientes de 20-34 años, el 51% de los casos tenían un nivel

académico menor o igual a primaria mientras que el 49% representaba un nivel mayor o igual a secundaria. En cuanto a la ocupación el 88% poseían una ocupación de ama de casa y/o doméstica y el 12% se desempeñaban en otros trabajos. El 79% presentó infección del tracto urinario. El 54% eran primigestas, contra el 46% que las cuales fueron multigestas. En cuanto a la paridad el 56% eran nulíparas y el 44% multíparas, el 66% tenían menor o igual a 4 controles pre natales y solo el 34% tenían más de 4, el 68% tenían un periodo intergenésico menor de 18 meses y el 32% tenían mayor o igual a 18 meses, el 12% presentó antecedentes de amenaza de parto pre término y el 68% no presentaron antecedente de APP. Se concluyó que existen factores de riesgo que tienen asociación y significancia estadística con la ruptura prematura de membranas.

Salazar y Tercero (2015), en su estudio “Factores de Riesgo Asociados a Ruptura Prematura de Membrana en Mujeres Embarazadas entre la semana 28 a la 36 6/7 Atendidas en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) del Hospital Bertha Calderón Roque en el IV trimestre del año 2014”, cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados a ruptura prematura de membrana en mujeres con embarazo pre término. Se realizó un estudio analítico de casos y controles, cuya muestra estuvo conformada por 150 gestantes de los cuales corresponden a 50 casos y 100 controles. Se utilizó una ficha de recolección de datos y se recopiló los datos a través de las historias clínicas. En los resultados de los 50 casos se observó que el 44% predominó entre las edades de 20-24 años, en cuanto a la escolaridad el 60% tuvieron estudios de secundaria, el 62% fueron convivientes, el 94% fueron ama de casa, el 40% presentó infección del tracto urinario, el 40% fueron primigestas, el 28% segundigesta y el 32% multigestas, el en CPN el 48% tenían menos de 4 atenciones pre natales, el 44% tenían un periodo intergenésico menor a 18 meses mientras que el 56% tenían un periodo mayor a 18 meses, el 8% presentaron anemia, además el 10% presentaron antecedente de aborto y el 30% presentó antecedente de amenaza de parto pre término. Se

concluyó que existen factores de riesgo que tienen asociación y significancia estadística con la ruptura prematura de membranas.

Flores (2017), en su estudio “Variables asociadas a ruptura prematura de membranas pre término temprana y tardía en pacientes de un hospital privado de la ciudad de México” marzo del 2014 a marzo del 2017, cuyo objetivo fue determinar las variables principales que se presentan en gestantes con ruptura prematura de membranas pre término temprana en comparación con la tardía, se realizó un estudio transversal, retrospectivo, descriptivo, observacional y comparativo, con una población de 93 gestantes con ruptura prematura de membranas y una muestra de 27 gestantes con embarazo pre término. Se utilizó una ficha de recolección de datos y se recopiló los datos a través de las historias clínicas, obteniendo como resultado que el 81% tuvieron estudios superiores, el 66.7% se encontró que estaban casadas, el 25,9% presentaron antecedente de amenaza de parto pre término, el 51,9% tuvieron infección del tracto urinario, el 41,9% tuvieron tabaquismo positivo. Se concluyó que el factor mayormente asociado a la RPM pre término fue el tabaquismo.

Antecedentes nacionales

Flores (2016), en su estudio "Factores de riesgo asociados a la ruptura prematura de membranas en partos pre términos atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo Enero-Diciembre, 2015", Lima, cuyo objetivo fue determinar la asociación entre los factores de riesgo con la ruptura prematura de membranas en embarazos pre términos. Fue un estudio de tipo casos y control, transversal, retrospectivo, cuya muestra fue de 140 casos (gestantes con ruptura prematura de membranas en embarazo pre término) y 140 controles (gestantes sanas). En los resultados de las gestantes con RPM pre término, se observó que 45% tuvo entre 21 a 30 años, hubo un 42,14% presentaban 1 o 2 gestaciones previas, un 8,57% tuvo antecedente de parto pre término, se halló que un 16,43% presentó

infección urinaria. Además, 47,15% de gestantes presentó anemia. Se concluyó que la anemia gestacional es un factor de riesgo para esta complicación obstétrica.

Díaz (2017), en su estudio “Factores de riesgo asociados a ruptura prematura de membranas en gestantes pre término atendidas en el Hospital Vitarte durante el año 2015”, cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados a ruptura prematura de membranas pre término. Fue un estudio observacional, descriptivo y analítico, cuya muestra fue de 138 gestantes con RPM pre término. En los resultados se observó, con respecto a la edad materna, que el 59,4% se encontraban en una edad de riesgo (menores de 20 años y mayores de 34 años), el 34,8% han culminado primaria de forma completa o incompleta, el 58,7% tenían sobrepeso. Además en cuanto al control prenatal, el 53,68 % tuvieron menos de 5 CPN. Se concluyó que existen factores de riesgo que tienen asociación y significancia estadística con la ruptura prematura de membranas.

Gutiérrez-Munares, Martínez-Pariona y Apaza-Rodrigo (2014), en su estudio, “Frecuencia de los factores de riesgo obstétricos en la ruptura prematura de membrana pre término, Hospital Regional de Ayacucho en el año 2012”, con el objetivo de determinar la frecuencia de los factores de riesgo maternos asociados a la ruptura prematura de membrana pre término. Fue un estudio no experimental, retrospectivo y descriptivo, cuya muestra estuvo constituida 72 gestantes. En los resultados se encontró que 63,9% tuvo edad materna considerada riesgosa (menores de 20 años y mayores de 34 años); 19,4% no presentaron ningún control y sólo un 5,6% tuvo más de 5 controles. Además se encontró que el 48,6% presentaron un IMC por debajo de 20 Kg/m²; 41,7% tuvo un IMC de 21 a 25 Kg/m², el 6,9% tuvo un IMC de 26 a 30 Kg/m² y 2,8% tuvo un IMC mayor de 30 Kg/m². Así también el 77,8% presentaron infección del tracto urinario, 50% tuvo un estado socioeconómico bajo. Finalmente se concluyó que los factores de riesgo estudiados se presentaron con elevada frecuencia.

Quispe (2018), en su estudio “Factores biomédicos y ruptura prematura de membranas en embarazos pre términos en el hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas 2017”, cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo biomédicos asociados a la ruptura prematura de membranas en partos pre términos, fue un estudio observacional, analítico, epidemiológico de casos y controles cuya muestra estuvo conformada por 60 gestantes con un total de 16 casos y 44 controles. Se utilizó una ficha de recolección de datos y se recopiló los datos a través de las historias clínicas. Se obtuvo como resultado que de los 16 casos el 75% presentó infección del tracto urinario, se observó 0% en el factor anemia, un 18,8% presentaron antecedente de parto pre término y el 100% tuvieron atención prenatal. Se concluyó que la infección del tracto urinario es un factor de riesgo biomédico además se encontró una mayor proporción de casos de antecedente de parto pre término.

1.3. Objetivos

- Objetivo general

Determinar los factores de riesgo maternos asociados a la ruptura prematura de membranas en partos pre término. Hospital Nacional Hipólito Unanue. El Agustino. Enero-Diciembre 2018.

- Objetivos específicos

Identificar los factores de riesgo maternos sociodemográficos asociados a la ruptura prematura de membranas en partos pre término. Hospital Nacional Hipólito Unanue. El Agustino. Enero-Diciembre 2018.

Identificar los factores de riesgo materno gineco-obstétricos asociados a la ruptura prematura de membranas en partos pre término. Hospital Nacional Hipólito Unanue. El Agustino. Enero-Diciembre 2018.

1.4. Justificación

Ruptura prematura de membranas es una de las complicaciones más frecuentes en la gestación; afecta de manera negativa al embarazo y se asocia a la morbi-mortalidad materna neonatal.

Así también uno de los problemas más relevantes son los partos pre términos, siendo el Hospital Nacional Hipólito Unanue el único centro hospitalario del distrito del Agustino, donde se atienden una importante cantidad de partos pre términos es por ello el presente trabajo, porque dará a conocer los factores que se asocian a la ruptura prematura de membranas en partos pre términos, las cuales nos permitirán brindar una mejor atención institucional de conocerse los factores de este problema preocupante en esta localidad y así de esta es manera disminuya los factores asociados, contribuyendo al desarrollo regional y nacional, finalmente brindando un aporte en el campo del conocimiento para futuras investigaciones.

Importancia

El Presente trabajo de investigación tuvo como finalidad identificar los factores de riesgo maternos asociados con ruptura prematura de membranas en partos pre términos en el Hospital Nacional Hipolito Unanue , la presente investigación es necesaria ya que dará aporte teórico y científico en beneficio al personal de salud, los resultados encontrados en la investigación acerca de los factores de riesgo que predisponen a esta complicación, así como permitir desarrollar actividades preventivas y de orientación a la gestante que accede a los servicios de salud durante la etapa prenatal, el embarazo y el parto.

Esta investigación contribuirá a mejorar el desarrollo regional y nacional porque dará a conocer los factores de riesgo maternos asociados a RPM para disminuir la morbimortalidad materno perinatal y mejorar la calidad de atención al binomio madre-niño.

Siendo de esta manera la investigación un aporte en el campo del conocimiento.

1.5. Hipótesis

Existen factores de riesgo maternos sociodemográficos y gineco-obstétricos muy frecuentes asociados a la ruptura prematura de membranas en partos pre término. Hospital Nacional Hipólito Unanue. Enero-Diciembre 2018.

II) Marco teórico

2.1. Bases

Ruptura Prematura de Membranas

La ruptura prematura de membranas (RPM) se define como la solución de continuidad espontánea de las membranas ovulares antes del inicio del trabajo de parto. La prevalencia de la RPM es de un 8 a 10%; de éstas, 80% son en embarazos de término y un 20% en embarazos de pre término. (MSPCH, 2015, p. 291)

La ruptura prematura de membranas pre término, se define como la ruptura de membranas antes del trabajo de parto y antes de las 37 semanas, puede deberse a una amplia variedad de mecanismos patológicos, comprendida la infección intraamniótica; así también un índice de masa corporal bajo (menos de 19.8), una condición socioeconómica baja, tabaquismo y deficiencias nutricionales. Las mujeres con ruptura de membranas a pre término previa tienen un riesgo más alto de recurrencia durante siguiente embarazo; sin embargo, casi todos los casos de ruptura a pre término se presentan sin factores de riesgo. (Williams, 2015, p. 811)

A la ruptura de membranas se le denomina prematura cuando se presenta antes del comienzo del trabajo de parto (para algunos por lo menos 1 hora antes).

Se considera *periodo de latencia* al tiempo transcurrido entre el momento en que se produce la ruptura y el parto; si este periodo supera las 24 horas, se define ruptura prolongada. (Schwarcz, Horacio y Duvergues, 2014, p. 269)

Incidenia. La frecuencia de la ruptura prematura de membranas oscila alrededor del 10%, en tanto que asciende al 5% la correspondiente a ruptura prolongada. (Schwarcz *et al*, 2014, p. 270)

Parto Pre término

Los partos de pre término o prematuros se usa para definir a los recién nacidos que nacen demasiado pronto. (Williams, 2015, p. 804)

Parto de pre término o también llamado parto prematuro es aquel que se produce antes de las 37 semanas de gestación, entre las 20 semanas (para algunos 22 semanas) y 36 semanas completas de gestación, contadas desde el primer día de la última menstruación. (Schwarcz *et al*, 2014, p. 282)

De acuerdo a la FASGO (2014), el parto pre término es aquel nacimiento de niño nacido vivo ocurrido entre las 22 y las 36,6 semanas de gestación.

Además, la American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2016), nos expresa que un trabajo de parto prematuro es cuando existe contracciones regulares del útero dando lugar a cambios en el cuello uterino y que empieza antes de la semana 37 de gestación.

Meléndez-González, Saldaña-Solórzano, González-Habib y Tirán-Saucedo (2017), señala que el mecanismo que predispone al parto pre término y a la ruptura prematura de membranas pre término se asocia con disminución del flujo útero-placentario, inflamación y aumento del riesgo de infecciones, disminución de la función antioxidante, e hiperreactividad miometrial.

Tipos de ruptura prematura de membranas

Alianza CINETS (2015) nos indica que existen dos tipos de RPM:

- a. Ruptura prematura de membranas a término: después de la semana 37 de gestación.
- b. Ruptura prematura de membranas pre término: previo a la semana 37 de gestación. Esta se divide en tres categorías:

1. RPM previsible: Es la ruptura prematura de membranas pre término en gestaciones menores a 24 0/7 semanas.

2. RPM lejos del término: Es la ruptura prematura de membranas pre término en gestaciones entre 24 0/7 y 32 6/7 semanas.

3. RPM cerca del término: Es la ruptura prematura de membranas pre término en gestaciones de 33 0/7 a 36 6/7 semanas.

Fisiopatología de la ruptura prematura de membranas

La ruptura de las membranas fetales durante el trabajo de parto, debido a las contracciones uterinas y al estiramiento reiterado genera debilidad total de éstas. Al área cercana al lugar de ruptura se ha descrito como “zona de morfología alterada”, presente antes de la ruptura de la membrana y debida al trabajo de parto; las membranas pueden presentar una debilidad estructural, que es susceptible a ruptura en el trabajo de parto así también las membranas fetales y el miometrio pueden presentar relaciones paracrinas afectadas cualitativamente entre diferentes regiones del útero. El amnios está compuesto principalmente por colágeno con propiedades de elasticidad y fuerza tensil. La colagenasa, una enzima que se encuentra en altas concentraciones en la placenta humana a término; su actividad aumenta a medida que avanza el trabajo de parto a término, el mecanismo propuesto es una falta de equilibrio entre factores de degradación y síntesis de la matriz extracelular, se encuentran también otras enzimas que contribuyen al cambio en la estructura del colágeno. Un amplio número de sistemas enzimáticos proteolíticos regulados finamente, incluyendo la cascada de activación del plasminógeno y metaloproteinasas de la matriz, juegan un papel esencial en la remodelación de la matriz extracelular durante la gestación y el trabajo de parto. (Vallejo, 2013, p. 544)

De acuerdo a lo establecido por Schwarcz et al. (2014) existen tres mecanismos fisiopatológicos bien diferenciados de la ruptura espontánea de las membranas, que se detallan a continuación:

1. *Por alteración de la estructura de las membranas cervicales.* La ruptura ocurre espontáneamente y antes de que se produzcan cambios importantes en la madurez, posición o dilatación del cuello uterino. El examen de las membranas en el lugar de la ruptura muestra alteraciones degenerativas. El epitelio de células cuboideas se necrosa y se convierte en un anillo de tejido amorfo; las capas restantes se fusionan en un tejido reticular con desaparición de núcleos celulares. Aunque esta imagen se puede observar a cualquier edad gestacional, es más común en gestantes con ruptura prematura entre las 30 y 34 semanas.

2. *Por deformación y estiramiento a nivel del orificio cervical.* La ruptura ocurre espontáneamente después de cambios funcionales del segmento cérvix como el borramiento y comienzo de la dilatación, acompañados por las contracciones uterinas. Ante la mínima dilatación del cérvix las membranas comienzan a deformarse en este punto por estar desprovistas del soporte que les ofrece la pared uterina; según su resistencia, terminan rompiéndose en algún momento del parto o del trabajo de parto.

En la mayoría de las rupturas prematuras de membranas antes del término, el amnios y el corion se rompen simultáneamente. Esto se debe a la fuerte adherencia de ambos a la capa esponjosa que los une. Cuando la ruptura ocurre al término, la capa esponjosa, por gelatinización, permite el deslizamiento del amnios sobre el corion. En un primer tiempo, al dilatarse el cuello se rompería el corion inextensible por estar adherido a la decidua y en un segundo tiempo el amnios.

3. *Mecanismo de formación y ruptura de dos sacos ovulares.* En estos casos se produce una acumulación de líquido amniótico en el espacio virtual amniocorial por filtración o secreción a través del amnios. El líquido acumulado por presión hidrostática va disecando el espacio amniocorial para finalmente depositarse en el polo inferior entre el corion y el amnios. La ruptura del corion determina la salida de líquido al exterior, y al conservarse el

amnios íntegro se forma una segunda bolsa. Ésta se rompe en una etapa posterior por el mecanismo anteriormente mencionado.

Diagnóstico diferencial

Se establecerá con la diferenciación de la emisión involuntaria de orina, el flujo vaginal abundante, la ruptura alta de las membranas (discutida) y el saco ovular doble (bolsa amniocorial). Estos dos últimos contribuyen a los resultados falsos positivos (presencia de líquido amniótico en vagina con polo ovular íntegro). (Schwarcz et al, 2014, p. 270)

El diagnóstico diferencial del líquido amniótico suele ser con orina, flujo o semen. El criterio clínico y los test permiten la diferenciación en la mayoría de los casos. (Votta, Nores y Santiago, 2018)

Dirección Nacional de Maternidad e Infancia (2015), hace relevancia que la ruptura de las membranas típicamente se presenta como un gran escurrimiento de líquido claro por vagina o como un goteo constante. En casos dudosos, se deberá establecer el diagnóstico diferencial con pérdida de orina (episodios de incontinencia de orina), descarga de flujo vaginal fisiológica (leucorrea del embarazo) o por vaginosis bacteriana; pérdida del tapón mucoso al acercarse el inicio del parto o semen retenido post coito reciente.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2015), señala que se debe realizar diagnóstico diferencial con:

- Leucorrea: flujo genital blanco amarillento infeccioso asociado con prurito.
- Incontinencia urinaria: pérdida involuntaria de orina, frecuente en la segunda mitad del embarazo en multíparas por relajación perineal y cistocele, descartar infección del tracto urinario.
- Eliminación de tapón mucoso: fluido mucoso a veces sanguinolento.

La gestante acude, por lo general, en forma espontánea y refiere haber tenido una pérdida de líquido. El interrogatorio debe dirigirse, en estos casos, a establecer, con la mayor precisión posible, el color, la cantidad y, en especial, la fecha y la hora del comienzo de la pérdida. En el 85% de los casos el diagnóstico se confirma fácilmente por el examen general.

Manejo inicial de la ruptura prematura de membranas

Hay 3 acciones que se debe realizar de manera prioritaria en toda gestante que busca una atención por pérdida de líquido amniótico, o porque simplemente se le ‘rompió la fuente’ antes de tiempo que son los siguientes:

Elaborar una historia clínica completa, y prioritariamente determinar la edad gestacional, presentación fetal y el estado del bienestar fetal.

Inmediatamente después se debe evaluar la existencia de signos de infección intrauterina, riesgo de desprendimiento de placenta y compromiso fetal. En ese sentido, si se considera un manejo expectante, se debe obtener un cultivo para los estreptococos del grupo B (GBS).

La monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal y monitorización de la actividad uterina ofrece la oportunidad de identificar trazados anormales de la frecuencia cardíaca fetal y evaluar las contracciones. (Gutiérrez, 2018, p. 408)

La ruptura de membranas antes del inicio del trabajo de parto se considera prematura. El diagnóstico es clínico. El parto se recomienda cuando la edad gestacional es ≥ 34 semanas y generalmente está indicado cuando hay infección o compromiso fetal en forma independiente de la edad gestacional.

Complicaciones de la ruptura prematura de membranas

La RPM pre término es responsable del 30% de morbilidad y mortalidad neonatal en gestaciones pre términos. Dentro de las complicaciones fetales se describen principalmente

infección neonatal, prematuridad, síndrome de dificultad respiratoria y depresión neonatal, que se pueden explicar por aumento en la incidencia de asfixia perinatal por infección fetal, prolapso de cordón, desprendimiento prematuro de placenta (DPP), presentaciones distócicas y compresión funicular por oligohidramnios. (Gutiérrez et al., 2014)

La literatura nos indica las graves consecuencias de la ruptura prematura de membranas tanto pre término como a término estas consecuencias maternas y fetales de no ser diagnosticadas y tratadas a tiempo pueden llegar incluso a la muerte.

Factores de riesgo

La OMS (2019), nos define al factor de riesgo que es cualquier característica, rasgo o exposición de un individuo en el cual aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar las prácticas sexuales de riesgo, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, la falta de higiene, etc.

Entre los principales factores de riesgos tenemos: La reinfección cervico-vaginal, infección del tracto urinario, antecedente de cesárea, antecedente de parto pre término, anemia gestacional. (Williams, 2015, p. 840)

Según la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia (2015) múltiples factores de riesgo han demostrado su asociación con ruptura prematura de membranas, que actúan individualmente o asociados. Sin embargo, a menudo no es posible reconocer factores de riesgo o una causa obvia de este evento. Así tenemos los factores maternos como el RPM pre término en embarazos anteriores, amenaza de parto pre término, tabaquismo, drogadicción, anemia, bajo IMC ($<19.8 \text{ Kg/m}^2$), bajo nivel socio-económico, etc. Y factores útero-placentario como sobredistensión uterina, múltiples exámenes vaginales (excepto ecografía transvaginal y especuloscopia estéril).

Riesgo materno. La ruptura prematura de las membranas ovulares acrecienta la morbimortalidad materna a expensas de la infección. La frecuencia y la gravedad de ésta se encuentran angostamente vinculadas con la duración del periodo de latencia, cuando el mismo supera las 24 horas llamada ruptura prolongada, el riesgo aumenta expresivamente. También se ha observado un aumento en la incidencia de desprendimiento placentario (abruptioplacentae). (Schwarcz *et al*, 2014, p. 270)

Factores maternos sociodemográficos:

Edad.- La edad materna es un factor de riesgo para la ruptura prematura de membranas en los extremos de la edad reproductiva, menores de 20 años y mayores de 34 años, tanto para la madre como para el feto. (Vivero, 2017, p. 19)

Cortes, Rizo-Baeza, Aguilar, Rizo-Baeza y Gil V. (2013) en su estudio muestra un mayor riesgo de prematuridad entre las madres adolescentes así también fue mayor en madres con edades de más de 40 años. Considerándose la edad materna un factor de riesgo significativo para la patología de la ruptura prematura de membranas y partos pre término.

Grado de instrucción.- Se refiere a los estudios completado por las personas. Nivel de formación educativa comprendida entre la educación primaria, educación secundaria y grados superiores, consignada en la Historia clínica. El grado de instrucción tiene importancia en cuanto a tener conocimientos previos en todo ámbito de esta manera se puede prevenir un embarazo no deseado y por ello evitar complicaciones posteriores, hay un gran porcentaje del grado de instrucción en que la mayoría de personas no culminan los estudios primarios y secundarios siendo un gran problema social.

Estado civil.- La Real Academia Española (RAE, 2018) señala que es la condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio.

El estado civil de la gestante influye a la gestante en los estados de estabilidad emocional y socioeconómica lo cual puede desencadenar a presentar parto pre término.

Ocupación.- Trabajo, empleo u oficio de una persona. (RAE, 2018)

Antecedente de consumo de alcohol, tabaco y droga.- Según Prieto (2015) una gran cantidad de mujeres en edad fértil están sujetas a la necesidad de consumir drogas para obtener sensaciones placenteras o eliminar algún tipo de dolor, es decir, lo que se conoce como drogodependencia. Por lo que el conocimiento de los criterios de sospecha es de vital importancia en la atención del recién nacido, ya que la vida media de las drogas está prolongada en el feto. Comparada con el adulto y el recién nacido se manifiesta a través del síndrome de abstinencia neonatal, entre las 24 y 48 horas después del parto, dependiendo del tipo de droga consumida.

El consumo abusivo de sustancias se entiende como la situación en la cual el consumo, sea por su cantidad, frecuencia o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, produce consecuencias negativas para el consumidor o su entorno; bajo esta perspectiva, el consumo de drogas durante el embarazo es una forma de abuso, dado que el mismo se asocia a consecuencias negativas para la salud del binomio materno-fetal y para la salud a corto y largo plazo del recién nacido y el niño. (Moraes et al., 2016)

El alcohol y el tabaco son las drogas más consumidas y que presentan riesgos comprobados para la salud materno-fetal. El consumo de tabaco y la exposición pasiva al mismo se asocia con parto prematuro y bajo peso al nacer. (Ribot et al., 2014)

El consumo de alcohol aumenta el riesgo de restricción del crecimiento intrauterino, de aborto espontáneo u óbito fetal. (Moraes et al., 2016)

El riesgo de ruptura prematura de membranas en fumadoras es 3 a 4 veces mayor que en no fumadoras. (Votta et al., 2018)

El consumo de dependencia de sustancias, es un serio problema de salud pública con alta morbilidad materno-fetal, debido a la probable teratogenicidad de algunas afectando el crecimiento fetal y el normal desarrollo del embarazo trayendo evidentes consecuencias y el desarrollo de patologías obstétricas.

Factores maternos gineco-obstétricos:

Gestación. - La gestación es el período de tiempo que se da entre la concepción y el nacimiento. (Williams, 2015, p. 408)

La OMS (2019) nos expresa que son los nueve meses del embarazo, durante este tiempo el feto se desarrolla en el útero de la mujer, en el cual tanto la mujer como el producto, se exponen a diversos riesgos para su salud, siendo uno de ellos la ruptura prematura de membranas y el parto pre término. Es por ello que es de vital importancia el seguimiento de la gestación, que debe ser realizado por el personal de salud cualificado y de esta manera evitar llegar a que el número de mortalidad materna y neonatal incrementa.

Paridad. - La paridad es el número de partos que ha tenido la mujer, además es un factor que mide riesgo obstétrico y eventuales resultados adversos en el recién nacido. De igual manera, la multiparidad también ha sido asociada a resultados adversos explicados principalmente por complicaciones obstétricas o patologías maternas. (Williams, 2015, p. 894)

Monge (2017) Unas de las etiologías de la RPM a término puede deberse a un debilitamiento fisiológico normal de las membranas en combinación con fuerzas de cizallamiento creadas por las contracciones y siendo que en cada gestación y parto se debilita aún más.

Anemia. - Deficiencia de anemia y hierro pudieran inducir a estrés materno y fetal, por lo que estimula la síntesis de hormona liberadora de corticotropina (CRH), las concentraciones

elevadas de esta hormona son un factor de riesgo para presentar ruptura prematura de membranas. Un mecanismo alternativo sugiere que la marcada disminución del hierro puede producir daño oxidativo de los glóbulos rojos y por consiguiente de la unidad feto-placentaria. (Vallejo, 2013, p. 545)

Índice de masa corporal.- OMS (2018) señala que es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).

La asociación entre aumento de peso deficiente durante el embarazo y parto pre término es mayor en mujeres con bajo IMC previo a la concepción, además de existir una relación entre el parto pre término y el aumento de peso alto en mujeres con sobrepeso y obesidad. El bajo peso antes del embarazo ($\text{IMC} < 19.8 \text{ kg}/\text{m}^2$) duplica el riesgo de parto pre término, al igual que el aumento inadecuado de peso durante el tercer trimestre (menos de 0.34, 0.35, 0.30 y 0.30 kg por semana para mujeres con bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad, respectivamente) y el deficiente aumento de peso materno en la primera mitad del embarazo (después de las 20 a 24 semanas de gestación). (Meléndez-González et al., 2017)

El índice de masa corporal bajo, previo al embarazo, se relaciona con aumento discreto del riesgo de parto prematuro. De igual manera, el riesgo de ruptura prematura de membranas aumenta moderadamente en pacientes con antecedente de amenaza de aborto y ruptura prematura de membranas pre término.

Periodo intergenésico.- Shachar y Lyell (2012) en su estudio definen al periodo intergenésico (PIG) como el intervalo entre el término de una gestación (con un producto vivo) y la concepción del siguiente embarazo. El PIG corto se ha asociado con resultados perinatales y maternos adversos, que van desde el nacimiento prematuro (secundario o no a

RPM) y bajo peso al nacer, con la morbilidad neonatal y materna; y el PIG largo a su vez ha asociado con un mayor riesgo de preeclampsia y la distocia de trabajo.

Rodriguez y Barros (2008) nos mencionan que existen otros autores lo definen como el intervalo entre la fecha del resultado de la anterior gestación (nacido vivo, muerte fetal o aborto involuntario, inducido o espontáneo) y la fecha de la última menstruación antes de otro embarazo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera al periodo intergenésico a aquel que se encuentra entre la fecha del último evento obstétrico y el inicio (fecha de última menstruación (FUM) del siguiente embarazo. El evento obstétrico puede ser un aborto o parto (vaginal o por cesárea). (Zavala-García, Ortiz-Reyes, Salomon-Kuri, Padilla-Amigo y Preciado, 2018, p. 53)

Periodo Intergenésico Corto. El PIC se ha definido como el periodo menor a 18 meses de la fecha de resolución del último evento obstétrico a la fecha de concepción del siguiente embarazo. Es importante mencionar que el riesgo de presentar distintas complicaciones aumenta dependiendo del PIC transcurrido, ya sea 3, 6, 9, 12 o 18 meses; por ejemplo, prematuridad, ruptura uterina, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino y óbito se relacionan a PIC menor de 18 meses. Mientras que aborto, ruptura prematura de membranas, anemia y endometritis puerperal se relacionan a PIC menor de 6 meses. También es importante mencionar que un PIC menor a 6 meses aumenta el riesgo de parto pre-término en un 40%.

Periodo Intergenésico Largo. Se ha observado que el PIL presenta un mayor riesgo para presentar parto pre término, malformaciones congénitas, bajo peso al nacer, distocias y preeclampsia-eclampsia, ya que el riesgo de presentar complicaciones obstétricas aumenta en intervalos gestacionales menores de 18 meses, disminuye entre los 18-24 meses y de nuevo aumentan posterior a los 60 meses. (Zavala-García et al., 2018)

Oyarzun (2018) en su estudio nos menciona que después de un embarazo de término, con recién nacido vivo, la OMS ha recomendado un intervalo mayor de 2 años y menor de 5, a partir de data que sugiere que intervalos bajo 18 meses se asocian a aumento del riesgo materno y perinatal. La OMS, en cuanto al aborto, se sugiere esperar al menos 6 meses.

Atención prenatal.- Se entiende por atención prenatal a la serie de entrevistas o visitas programadas de la gestante con integrantes del personal de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y posterior a ello la crianza del niño. (Schwarcz *et al*, 2014, p. 205)

OMS (2016) señala que la atención prenatal tiene la finalidad de reducir el riesgo de muertes prenatales y complicaciones del embarazo, así como para brindar a las mujeres una experiencia positiva durante la gestación.

La OMS nos recomienda que el número de contactos que debe tener la embarazada con los profesionales sanitarios a lo largo del embarazo se incrementa de cuatro a ocho.

Un mayor número de atenciones prenatales, entre la gestante y el personal de salud cualificado durante la gestación facilitará mejorar las medidas preventivas y la detección a tiempo de los riesgos y de esta manera reducirá las complicaciones en el embarazo.

Infección del tracto urinario.- La infección urinaria es la presencia de microorganismos patogénicos en el tracto urinario. Se diagnostica mediante urocultivo con una cuenta $\geq 10^5$ unidades formadoras de colonias (UFC) o por examen general de orina con más de 10 leucocitos por campo. En su estudio concluyen que las infecciones urinarias incrementan dos veces el riesgo de presentar parto pre término en adolescentes. (Ugalde-Valencia, Hernández-Juárez, Ruiz-Rodríguez y Villarreal-Ríos, 2012, p. 339)

Curisinche y Taype (2014) en su estudio se ha planteado la hipótesis de que las infecciones intrauterinas desencadenan el trabajo de parto prematuro al activar el sistema inmunitario innato, se detectó a dos microorganismos (*ureaplasma urealyticum* y

mycoplasmahominis) que han surgido como microorganismos patógenos perinatales de importancia. La detección de la vaginosis bacteriana en el primer trimestre del embarazo es un factor de riesgo para la presencia posterior de un trabajo de parto prematuro. Cuanto más temprano se detecta la flora genital anormal, existe mayor riesgo de pronóstico adverso.

Cesárea.- La cesárea es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en todo el mundo, y su frecuencia sigue aumentando, sobre todo en países ingresos altos y medianos. Aunque permite salvar vidas humanas, a menudo se practica sin que existan indicaciones clínicas, lo cual pone a las madres y a los bebés en riesgo de sufrir problemas de salud a corto y a largo plazo. La cesárea puede ser necesaria cuando el parto vaginal suponga un riesgo para la madre o el niño, por ejemplo: parto prolongado, sufrimiento fetal o presentación anómala. No obstante, también puede ser causa de complicaciones importantes, discapacidad y muerte, sobre todo en entornos que carecen de instalaciones para realizar intervenciones quirúrgicas en condiciones seguras y tratar posibles complicaciones. (OMS, 2015)

Según Miranda-Flores (2014) en su estudio la vía de culminación de parto, con una alta frecuencia, fue la cesárea en gestantes con ruptura prematura de membranas pre término.

Según la OMS (2015) Las cesáreas son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos solamente cuando son necesarias por motivos médicos. Las cesáreas pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, a veces permanentes o incluso la muerte, especialmente en los lugares que carecen de instalaciones o de capacidad para realizar cirugías de forma segura, y para tratar las complicaciones quirúrgicas. Idealmente, las cesáreas deben realizarse solo cuando son necesarias por razones médicas.

La OMS (2017) alertó que la cesárea se ha convertido en una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en todo el mundo, su aplicación permite salvar la vida de la gestante y del producto, siempre y cuando existan indicaciones clínicas; de lo contrario, se pone a las madres y bebés en riesgo de sufrir problemas de salud a corto y a largo plazo.

Antecedente de aborto.- Se llama aborto a toda interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 22 semanas (para algunos antes de las 20 sem.) de amenorrea, con un peso del producto de la gestación inferior a 500 g. (Schwarcz *et al*, 2014, p. 235)

Curisinche y Taype (2014) nos definen que el antecedente de aborto es la terminación del embarazo menor de 22 semanas de gestación y un peso fetal menor de 500 gr. como un suceso anterior al embarazo actual.

En al menos un uno por ciento de abortos realizados en el primer trimestre se producen importantes desgarros cervicales que requieren sutura.

La lesión latente post aborto puede abocar a un parto prematuro y complicaciones durante el parto. Los abortos de repetición, después de un legrado uterino ocurren en aquellos casos donde es necesario dilatar el cérvix. La dilatación se hace con instrumentos como las bujías de Hegar, que son unos cilindros metálicos de punta roma, de diferentes diámetros, que se introducen en el cérvix, aumentando el grosor gradualmente hasta lograr su objetivo. Este procedimiento resulta traumático para la estructura cervical causando lesión de las paredes externas e internas del cérvix que posteriormente al aumentar el peso del embarazo a partir del segundo trimestre, el orificio cervical interno lesionado cede a la presión ejercida por la gestación, y termina por dilatarse tempranamente, con el consiguiente nacimiento de un producto inmaduro.

Antecedente de parto pre término.- Diversos estudios han demostrado que el antecedente de nacimiento de un niño menor de 37 semanas, es un factor muy importante para que se repita esta situación patológica. La OMS, en el año 2015, describe a la RPM como causal del 30 al 40% de los partos pre términos por esta razón podría considerarse como el problema obstétrico. (OMS 2015)

Estudios afirman que las mujeres que han tenido ruptura prematura de membranas pre término tiene 13.5% de riesgo de repetirlo. (Cabanillas-Carhuaz, 2015, p. 2)

Las mujeres con ruptura de membranas pre término previo tienen un riesgo más alto de recurrencia durante el embarazo siguiente.

III) Método

3.1. Tipo de investigación

De acuerdo a la intervención del investigador: No experimental

Dado que no se manipularon las variables.

De acuerdo a la orientación: Básica

Porque estuvo orientada a lograr un nuevo conocimiento de manera sistemática metódica, con el único objetivo de ampliar el conocimiento de una determinada realidad, la ruptura prematura de membranas.

De acuerdo a la técnica de contrastación: Descriptivo

Porque sólo se contó con una sola variable de estudio, que fue los factores de riesgo maternos asociados a la ruptura prematura de membranas.

De acuerdo a la direccionalidad: Retrospectiva

Porque la variable transcurrió en un periodo pasado al de la investigación.

De acuerdo con el tipo de fuente de recolección de datos: Retrolectiva

Porque la información fue de fuente secundaria (Historia clínica o libro de partos).

De acuerdo al fenómeno estudiado: Transversal

Porque se midió una sola variable y de inmediato se procedió a su descripción y análisis.

3.2. Ámbito Temporal y espacial

El presente estudio se desarrolló en el Hospital Nacional Hipólito Unanue del distrito de El Agustino, Lima, Perú, durante el periodo de enero a diciembre del 2018.

3.3. Variables

Variable de estudio: Factores de riesgo maternos asociados a la ruptura prematura de membranas.

Variable Interviniente: Momento de la ruptura prematura de membranas.

3.4. Población y Muestra

Descripción de la población

3.4.1. Población

Fueron las 51 mujeres que tuvieron parto pre término previo a una ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue del distrito de El Agustino, en el periodo de enero a diciembre del 2018.

Unidad de Análisis: Mujer que tuvo parto pre término previo a una ruptura prematura de membranas atendida en el Hospital Nacional Hipólito Unanue del distrito de El Agustino, en el periodo de enero a diciembre del 2018.

3.4.2. Muestra

Fue de tipo censal, ya que incluyó a 51 mujeres que tuvieron parto pre término previo a una ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue del distrito de El Agustino, en el periodo de enero a diciembre del 2018 y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Mujer que tuvo parto eutócico antes de las 37 semanas de gestación.
- Mujer con diagnóstico de ruptura prematura de membranas.

Criterios de exclusión

- Mujer que tuvo historia clínica incompleta o con información poco legible.

3.5. Técnica e Instrumentos

3.5.1. Técnica: Se utilizó la documentación a través de fuentes secundarias, que fueron las historias clínicas de las mujeres que tuvieron parto pre término previo a una ruptura prematura.

3.5.2. Instrumento Se diseñó y aplicó una ficha de recolección de datos de acuerdo a los objetivos propuestos en el estudio. Este instrumento tuvo opciones de respuesta dicotómicas y politómicas.

Secciones:

Parte I: Factores maternos sociodemográficos (7 ítems)

Edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación, Antecedente de consumo de alcohol, tabaco y drogas.

Parte II: Factores maternos gineco-obstétricos (10 ítems)

Gestación, paridad, anemia, índice de masa corporal, periodo intergenésico, atención prenatal, infección del tracto urinario, antecedente de cesárea, aborto y parto pre término.

Validez:

La ficha de recolección de datos fue sometida a juicio de cuatro expertos en la materia, quienes emitieron una opinión respecto al contenido, claridad y redacción de los ítems y sus respuestas, estos fueron:

- Dr. Francisco Zegarra del Rosario Médico.

Médico Gineco-obstetra, Magister en Salud Pública.

- Obst. Verónica Morán Rodríguez

Dra. En Desarrollo Sostenible, Magister en Gerencia de Servicios en salud, Magister en Investigación y docencia universitaria.

- Obst. Ruth Otárola de la Torre

Magister en Salud Reproductiva.

- Obst. Marcelina Huamani Pedroza

Magister en Salud Pública con Mención en Salud Reproductiva.

3.6. Procedimientos

En primer lugar se solicitó la aprobación de la investigación en la Escuela Profesional de Obstetricia, de la Facultad de Medicina de la UNFV. Con el documento de aprobación respectivo se recurrió a la oficina de docencia y ética del Hospital Nacional Hipólito Unanue para la solicitar la revisión y aprobación del proyecto de investigación con el documento respectivo se acudió a la oficina de estadística para solicitar la relación o padrón de gestantes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, luego se coordinó con el responsable de archivo para solicitar las historias clínicas de las gestantes con el padrón mencionado. Se revisaron las historias clínicas y se recolectó la información en las ficha de recolección de datos, finalmente se realizó una revisión total de los datos registrados.

3.7. Análisis de Datos

Posterior a la recolección de información se elaboró una matriz de datos codificada en el programa Microsoft Excel 2013. Para procesar la información se incorporó esta matriz al programa IBM SPSS VERSION 24. Para las variables categóricas se estimaron frecuencias relativas y absolutas que fueron distribuidas en tablas univariadas, y también presentadas en gráficos de barras y circulares según fue conveniente.

-Aspectos éticos

Por las características del estudio se tuvo presente en todo momento de la investigación los principios de bioética. Se garantizó la justicia, asignando al azar las historias de las participantes y la beneficencia – no maleficencia, aplicando el uso de la información con fines académicos, la recolección de datos se aplica la confidencialidad de la investigadora, solo para fines de la investigación académica, no divulgando los datos a terceros. Respetando los Principios de Helsinki y de Belmont para la investigación en seres humanos.

IV) Resultados

Tabla 1

Edad como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018

	n	%
15 –19 años	8	15,7
20 – 24 años	14	27,5
25 a 29 años	16	31,4
30 a 34 años	7	13,7
35 a 39 años	6	11,7
40 a 44 años	0	0
45 a 49 años	0	0
Total	51	100

Fuente: Elaboración propia

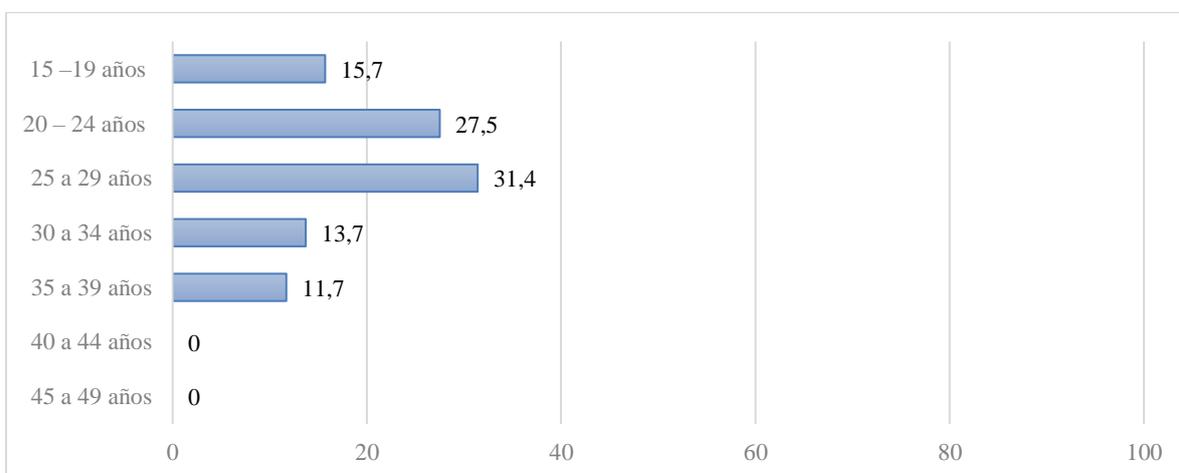


Figura 1. Edad como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018 (Fuente: Elaboración propia)

En la tabla y figura 1 se observa que 31,4% de las puérperas de parto pre término tuvieron de 25 a 29 años, 27,5% tuvo entre 20 y 24 años, 15,7% tuvo entre 15 y 19 años, 13,7% tuvo entre 30 y 34 años, y 11,7% tuvo entre 35 a 39 años.

Tabla 2

Grado de instrucción como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018

	n	%
Sin instrucción	0	0
Primaria incompleta	2	3,9
Primaria completa	2	3,9
Secundaria incompleta	16	31,4
Secundaria completa	19	37,2
Superior no universitario incompleta	1	2,0
Superior no universitario completa	1	2,0
Superior universitario incompleta	5	9,8
Superior universitario completa	5	9,8
Total	51	100

Fuente: Elaboración propia

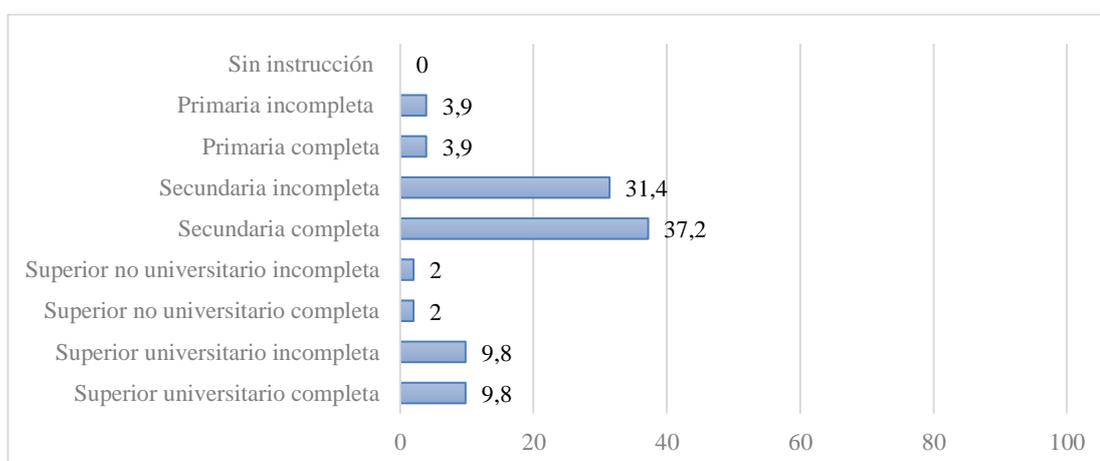


Figura 2. Grado de instrucción como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018 (Fuente: Elaboración propia)

En la tabla y figura 2 se observa que 37,2% de las púerperas de parto pre término estudiaron hasta secundaria completa, 31,4% estudió hasta secundaria incompleta, 9,8% tuvo estudios superiores incompletos y completos, respectivamente, 3,9% tuvo estudios superiores incompletos y completos, respectivamente, y 2% estudio primaria incompleta y completa, respectivamente,

Tabla 3

Estado civil como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018

	n	%
Soltera	13	25,5
Casada	7	13,7
Conviviente	29	56,9
Viuda	0	0
Separada	2	3,9
Total	51	100

Fuente: Elaboración propia

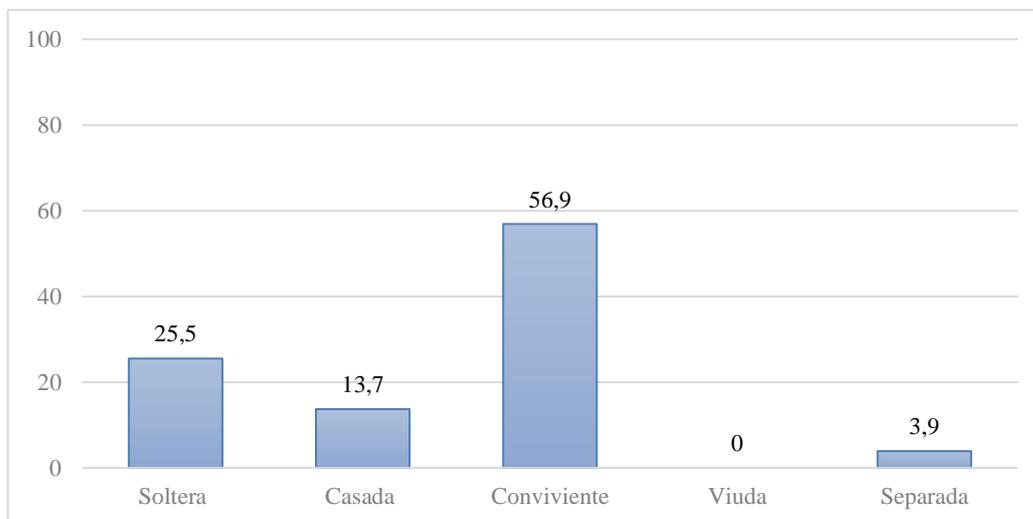


Figura 3. Estado civil como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018 (Fuente: Elaboración propia)

En la tabla y figura 3 se observa que 56,9% de las púerperas de parto pre término eran convivientes, 25,5% era soltera, 13,7% era casada y 3,9% era separada.

Tabla 4

Ocupación como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018

	n	%
Ama de casa	39	76,5
Estudiante	3	5,9
Trabajadora independiente	3	5,9
Trabajadora dependiente	6	11,7
Total	51	100

Fuente: Elaboración propia

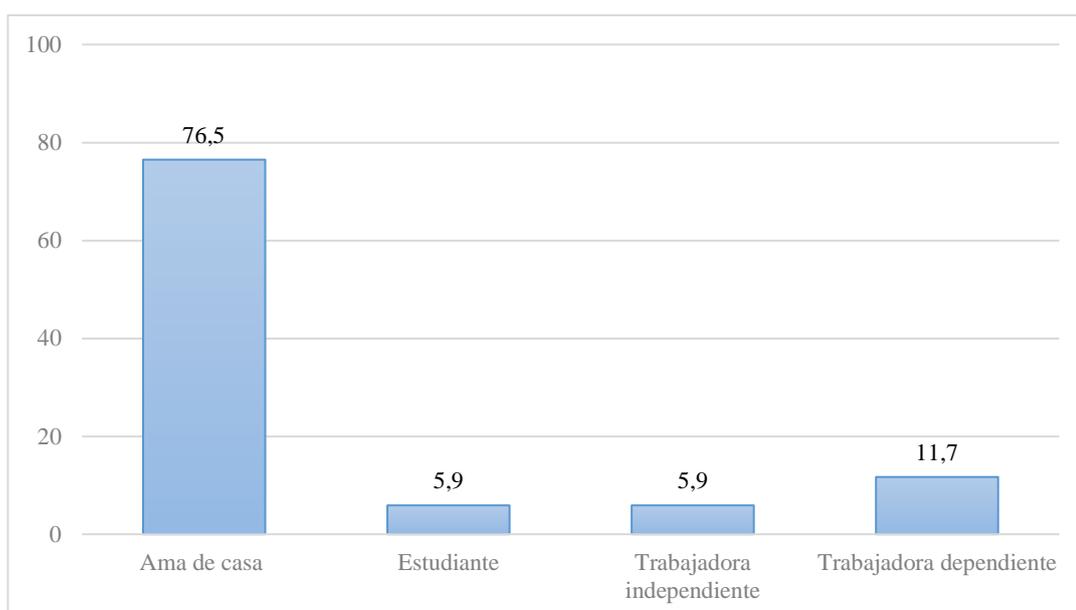


Figura 4. Ocupación como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018 (Fuente: Elaboración propia)

En la tabla y figura 4 se observa que 76,5% de las puérperas de parto pre término eran amas de casa, 11,7% era trabajadora dependiente y 5,9% era estudiante y trabajadora independiente, respectivamente.

Tabla 5

Antecedente de consumo de alcohol como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018

	n	%
Si	4	7,8
No	47	92,2
Total	51	100

Fuente: Elaboración propia

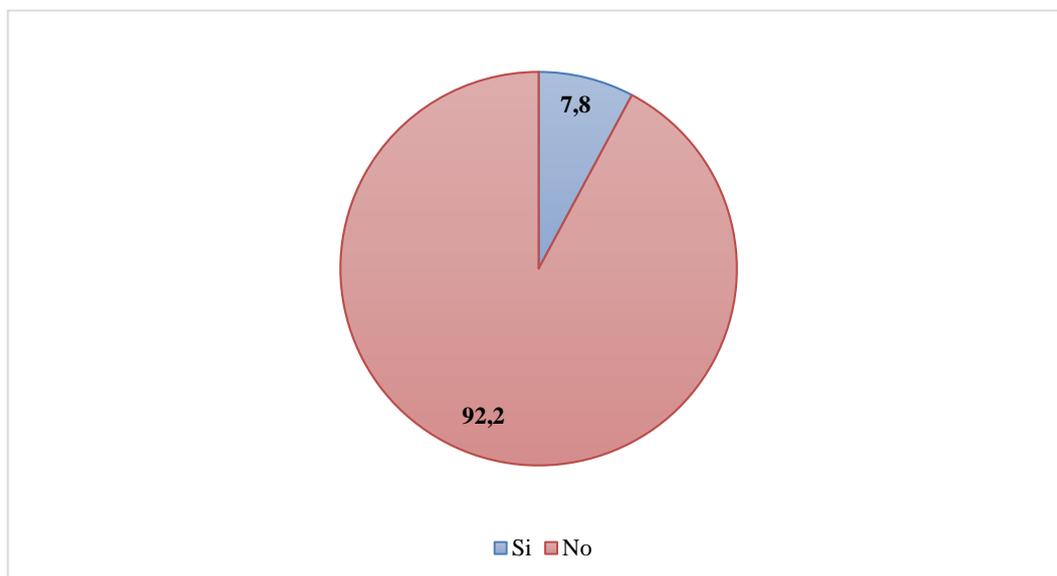


Figura 5. Antecedente de consumo de alcohol como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018 (Fuente: Elaboración propia)

En la tabla y figura 5 se observa que 7,8% de las puérperas de parto pre término tuvieron antecedente del consumo de alcohol, mientras que, 92,2% no tuvo este antecedente.

Tabla 6

Antecedente de consumo de tabaco como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018

	n	%
Si	12	23,5
No	39	76,5
Total	51	100

Fuente: Elaboración propia

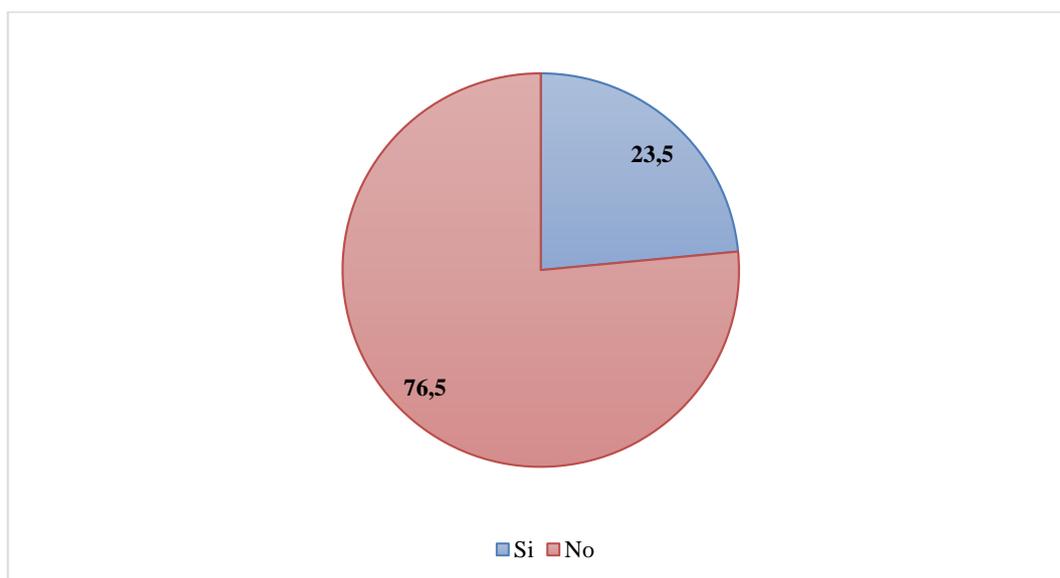


Figura 6. Antecedente de consumo de tabaco como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018 (Fuente: Elaboración propia)

En la tabla y figura 6 se observa que 23,5% de las puérperas de parto pre término tuvieron antecedente del consumo de tabaco, mientras que, 76,5% no tuvo este antecedente.

Tabla 7

Antecedente de consumo de drogas como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018

	n	%
Si	2	3,9
No	49	96,1
Total	51	100

Fuente: Elaboración propia

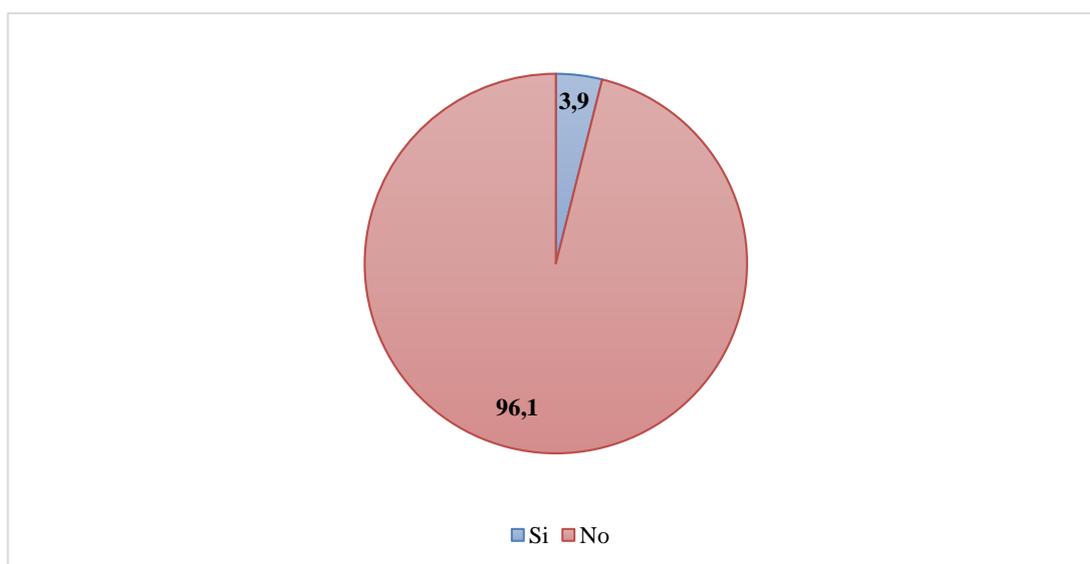


Figura 7. Antecedente de consumo de drogas como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018 (Fuente: Elaboración propia)

En la tabla y figura 7 se observa que 3,9% de las puérperas de parto pre término tuvieron antecedente del consumo de drogas, mientras que, 96,1% no tuvo este antecedente.

Tabla 8

Gestaciones como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018

	n	%
G 1	19	37,3
G 2	10	19,6
G 3	8	15,6
G 4	7	13,7
G 5	6	11,8
G 6 a más	1	2,0
Total	51	100

Fuente: Elaboración propia

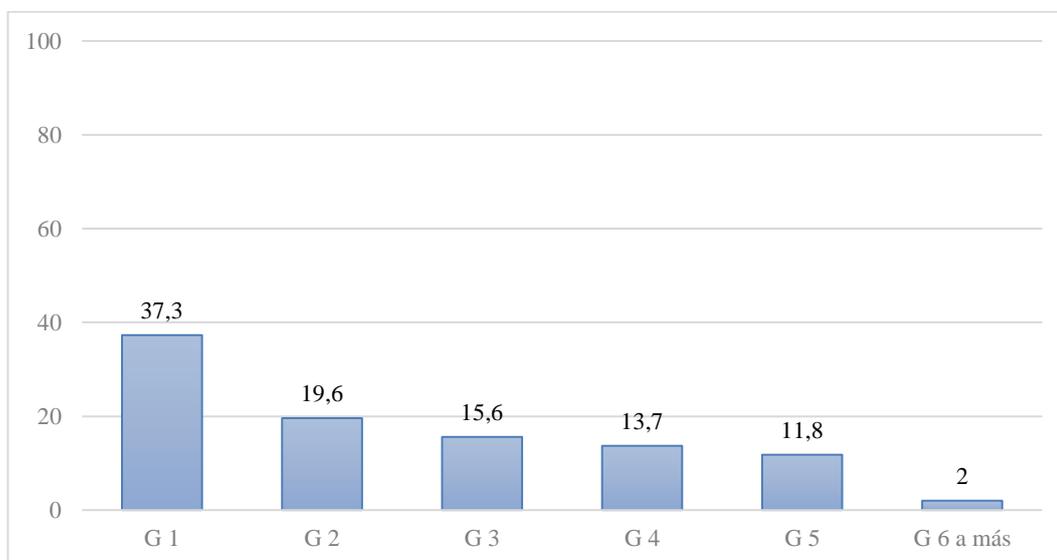


Figura 8. Gestaciones como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018 (Fuente: Elaboración propia)

En la tabla y figura 8 se observa que 37,3% de las puérperas de parto pre término tuvo un embarazo, 19,6% tuvo 2 gestaciones, 15,6% tuvo 3 gestaciones, 13,7% tuvo 4 gestaciones, 11,8% tuvo 5 gestaciones y 2% tuvo de 6 a más gestaciones.

Tabla 9

Paridad como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018

	n	%
P 0	23	45,1
P 1	10	19,6
P 2	10	19,6
P 3	5	9,8
P 4	3	5,9
P 5 a más	0	0
Total	51	100

Fuente: Elaboración propia

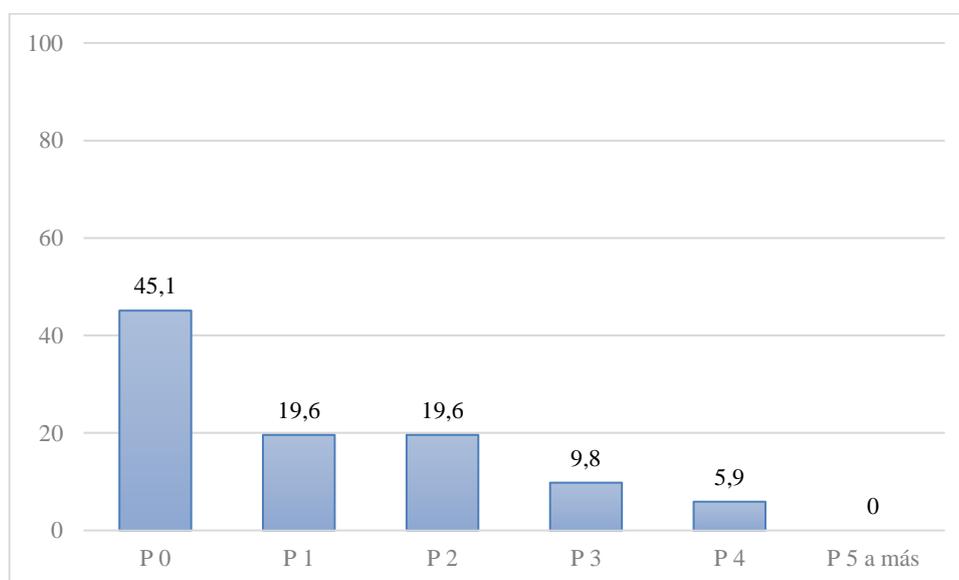


Figura 9. Paridad como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018 (Fuente: Elaboración propia)

En la tabla y figura 9 se observa que 45,1% de las puérperas de parto pre término no tuvo partos previos, 19,6% tuvo 1 y 2 partos previos, respectivamente, 9,8% tuvo 3 partos previos y 5,9% tuvo 4 partos previos.

Tabla 10

Anemia como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018

	n	%
Si	17	33,3
No	34	66,7
Total	51	100

Fuente: Elaboración propia

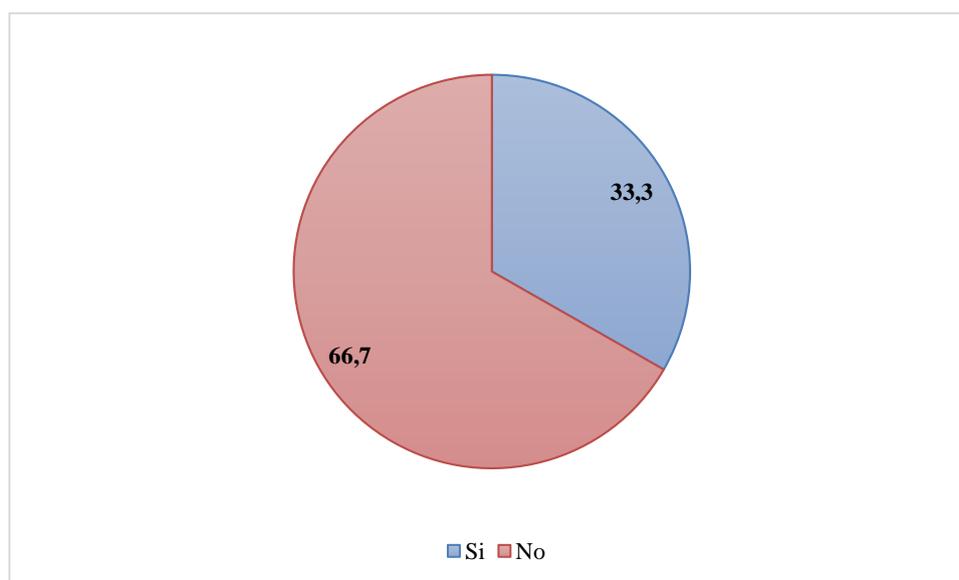


Figura 10. Anemia como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018 (Fuente: Elaboración propia)

En la tabla y figura 10 se observa que 33,3% de las púerperas de parto pre término tuvieron diagnóstico de anemia durante su embarazo, mientras que, 66,7% no tuvo este diagnóstico.

Tabla 11

Índice de masa corporal como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018

	n	%
Bajo peso	0	0
Peso normal	27	52,9
Sobrepeso	18	25,3
Obesidad	6	11,8
Obesidad extrema	0	0
Total	51	100

Fuente: Elaboración propia

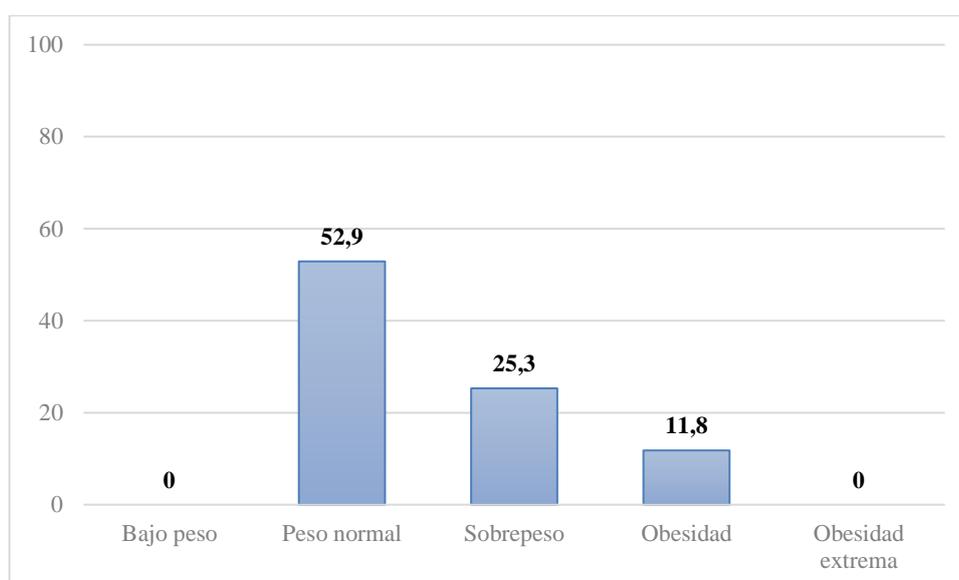


Figura 11. Índice de masa corporal como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018 (Fuente: Elaboración propia)

En la tabla y figura 11 se observa que 52,9% de las púerperas de parto pre término tuvieron peso normal según IMC, 25,3% tuvo sobrepeso y 11,8% tuvo obesidad.

Tabla 12

Periodo intergenésico como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018

	n	%
No aplica	19	37,2
Corto	17	33,3
Adecuado	7	12,8
Largo	8	15,7
Total	51	100

Fuente: Elaboración propia

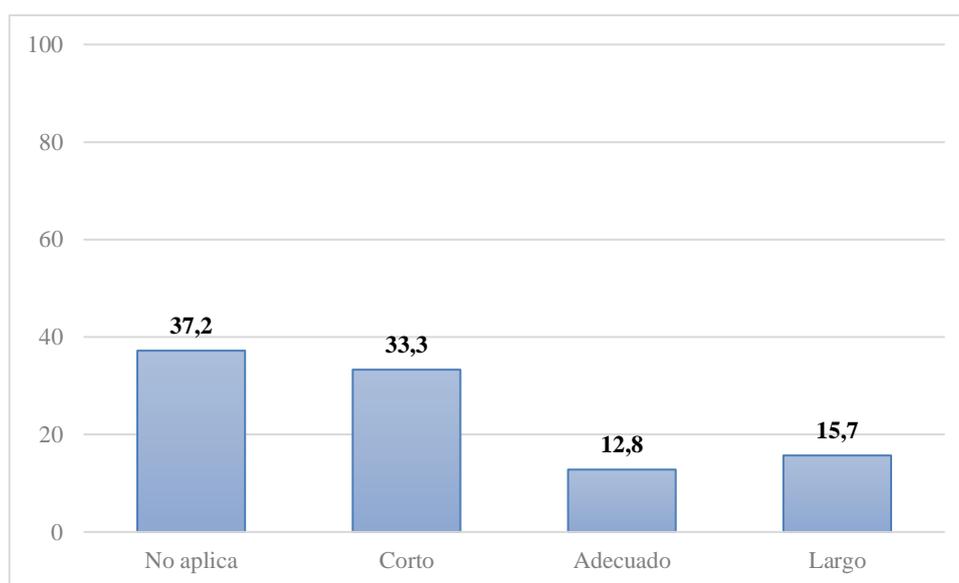


Figura 12. Periodo intergenésico como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018 (Fuente:

Elaboración propia)

En la tabla y figura 12 se observa que 33,3% de las puérperas de parto pre término tuvieron un periodo intergenésico corto, 15,7% tuvo un periodo intergenésico largo y 12,8% tuvo un periodo intergenésico adecuado.

Tabla 13

Atenciones prenatales como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018

	n	%
0	5	9,8
1 a 2 atenciones prenatales	9	17,6
3 a 5 atenciones prenatales	29	56,9
6 a más atenciones prenatales	8	15,7
Total	51	100

Fuente: Elaboración propia

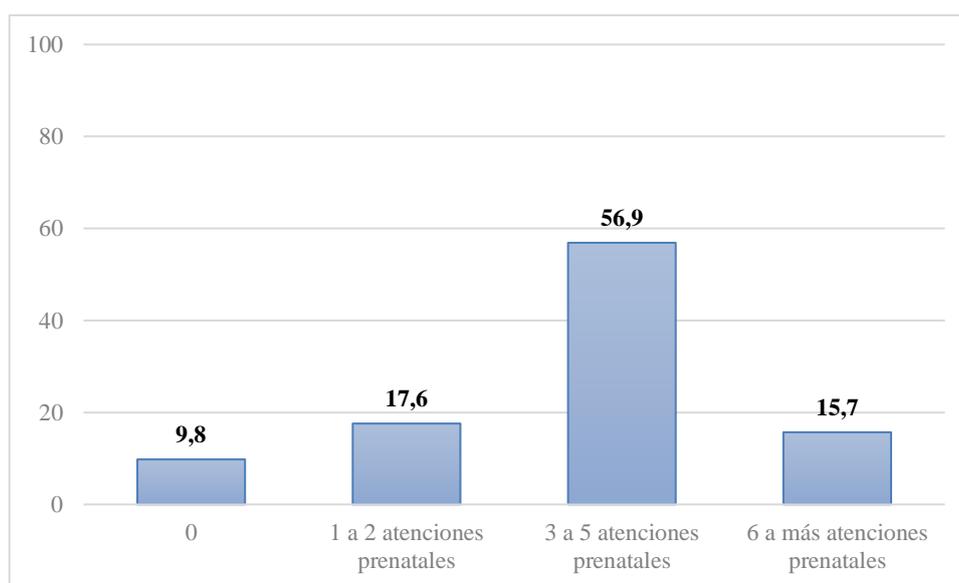


Figura 13. Atenciones prenatales como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018 (Fuente:

Elaboración propia)

En la tabla y figura 13 se observa que 56,9% de las puérperas de parto pre término tuvieron de 3 a 5 atenciones prenatales, 17,6% tuvo de 1 a 2 atenciones prenatales, 15,7% tuvo de 6 a más atenciones prenatales y 9,8% no tuvo atenciones prenatales.

Tabla 14

Infección del tracto urinario como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018

	n	%
Si	31	60,8
No	20	39,2
Total	51	100

Fuente: Elaboración propia

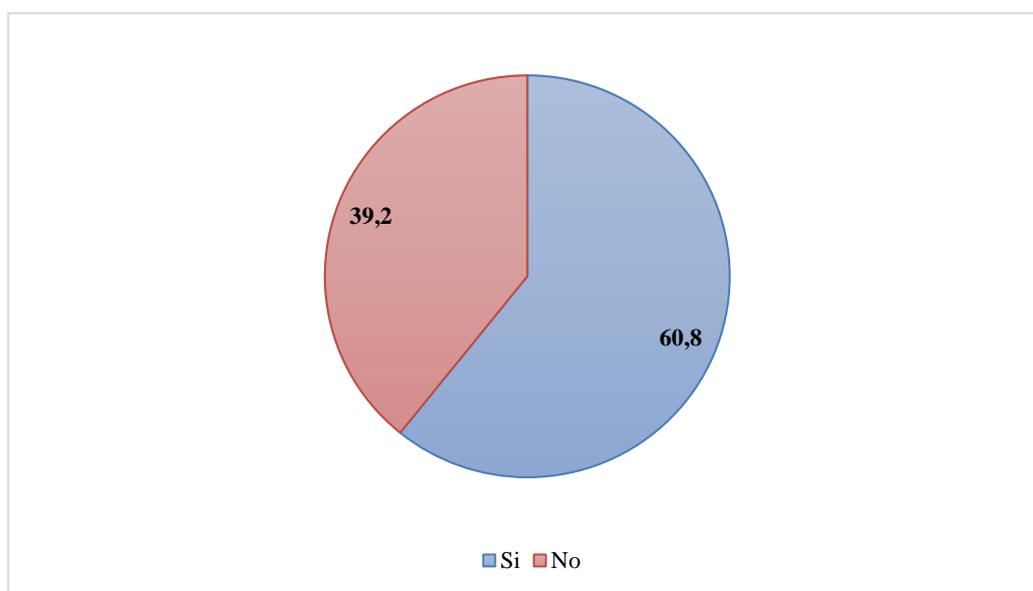


Figura 14. Infección del tracto urinario como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018 (Fuente: Elaboración propia)

En la tabla y figura 14 se observa que 60,8% de las púerperas de parto pre término tuvieron infección del tracto urinario durante su embarazo, mientras que, 39,2% no tuvo este diagnóstico.

Tabla 15

Antecedente de cesárea como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018

	n	%
Si	3	5,9
No	48	94,1
Total	51	100

Fuente: Elaboración propia

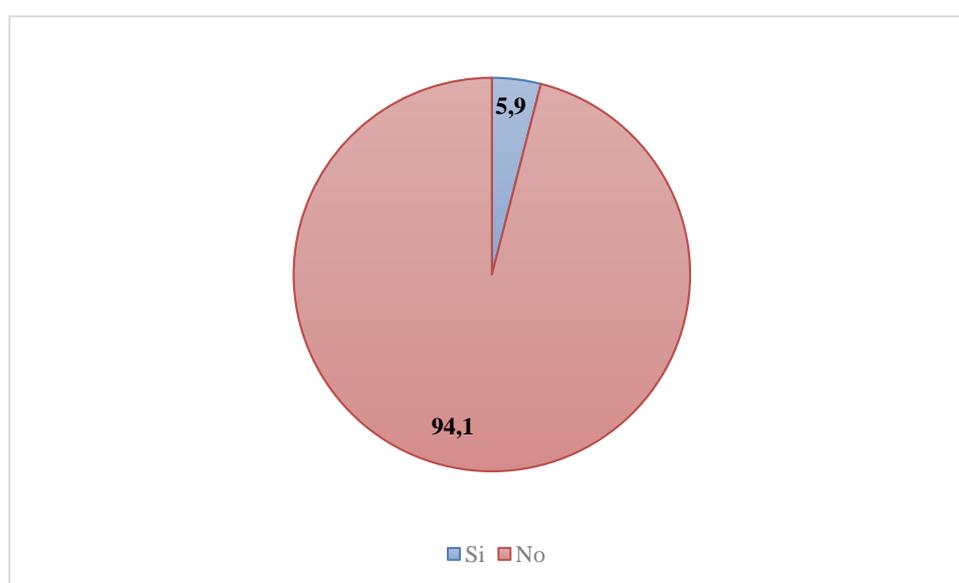


Figura 15. Antecedente de cesárea como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018 (Fuente: Elaboración propia)

En la tabla y figura 15 se observa que 5,9% de las puérperas de parto pre término tuvieron antecedente de cesárea, mientras que, 94,1% no tuvo este antecedente.

Tabla 16

Antecedente de aborto como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018

	n	%
Si	19	37,3
No	32	62,7
Total	51	100

Fuente: Elaboración propia

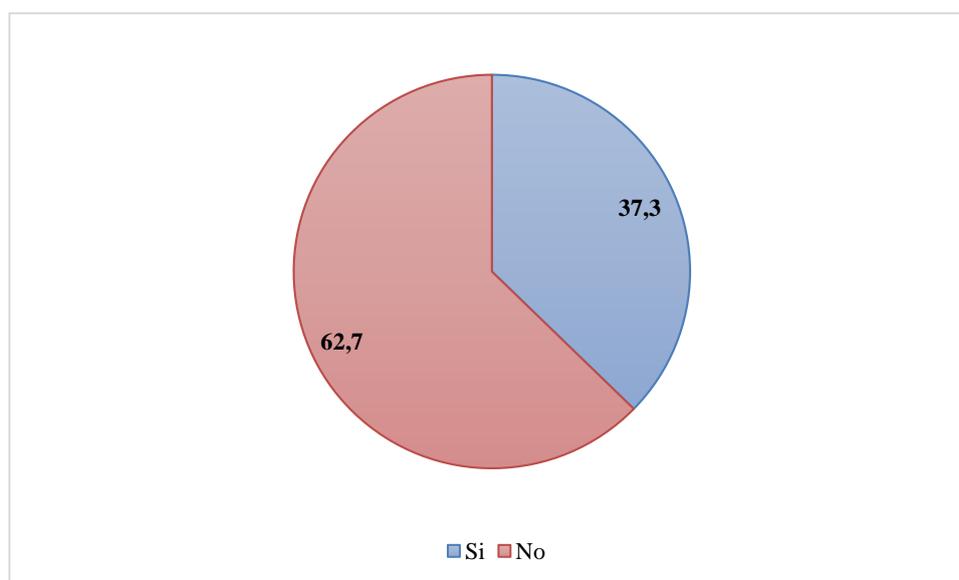


Figura 16. Antecedente de aborto como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018 (Fuente: Elaboración propia)

En la tabla y figura 16 se observa que 37,3% de las púerperas de parto pre término tuvieron antecedente de aborto, mientras que, 62,7% no tuvo este antecedente.

Tabla 17

Partos pre términos previos como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018

	n	%
0	30	58,8
1	16	31,4
2	5	9,8
3	0	0
4	0	0
5	0	0
6 a más	0	0
Total	51	100

Fuente: Elaboración propia

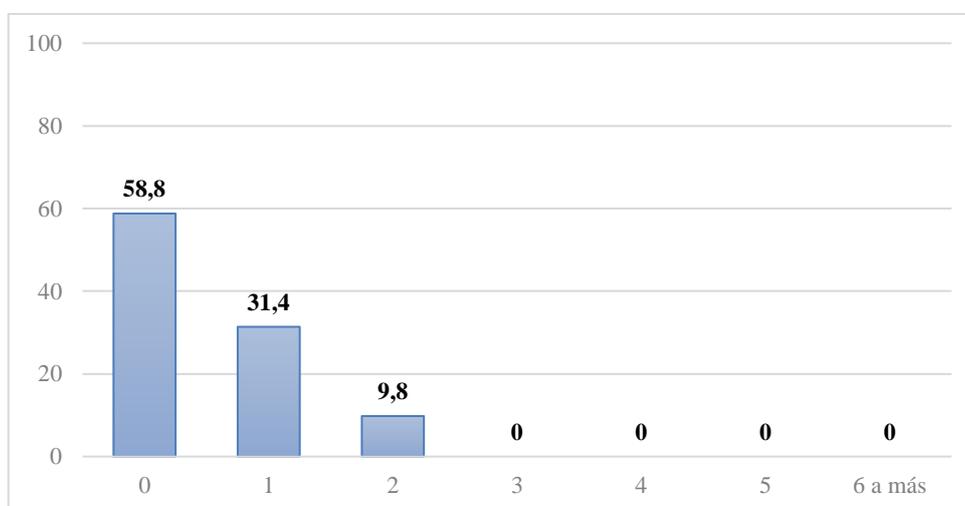


Figura 17. Partos pre términos previos como factor de riesgo materno asociado a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018 (Fuente: Elaboración propia)

En la tabla y figura 17 se observa que 58,8% de las puérperas de parto pre término no tuvieron partos pre términos previos, 31,4% tuvo 1 parto pre términos previos y 9,8% tuvo 2 partos pre términos previos.

Tabla 18

Ruptura prematura de membranas antes de haberse iniciado el trabajo de parto pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018

	n	%
1 a 8 horas	25	49,0
9 a 12 horas	10	19,6
12 a más horas	16	31,4
Total	51	100

Fuente: Elaboración propia

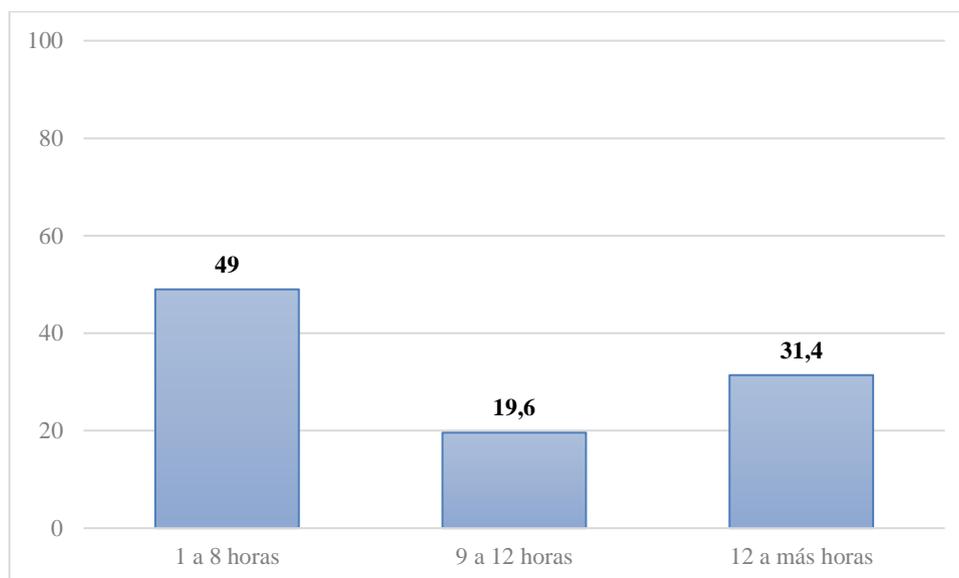


Figura 18. Ruptura prematura de membranas antes de haberse iniciado el trabajo de parto pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018 (Fuente: Elaboración propia)

En la tabla y figura 18 se observa que en 49% de las puérperas de parto pre término la ruptura prematura de membranas sucedió de 1 a 8 horas antes de haberse iniciado el trabajo de parto, en 31,4% sucedió de 12 a más horas y en 19,6% sucedió de 9 a 12 horas.

Tabla 19

Ruptura prematura de membranas después de haberse iniciado el trabajo de parto pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018

	n	%
1 a 8 horas	34	66,6
9 a 12 horas	11	21,6
12 a más horas	6	11,8
Total	51	100

Fuente: Elaboración propia

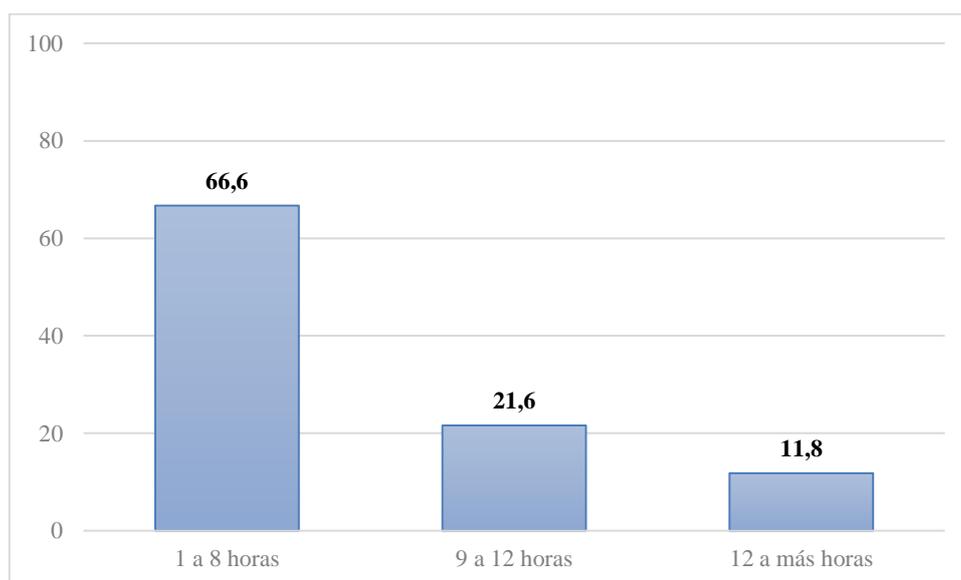


Figura 18. Ruptura prematura de membranas después de haberse iniciado el trabajo de parto pre término, Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo de enero - diciembre 2018 (Fuente: Elaboración propia)

En la tabla y figura 19 se observa que en 66,6% de las puérperas de parto pre término la ruptura prematura de membranas sucedió de 1 a 8 horas después de haberse iniciado el trabajo de parto, en 21,6% sucedió de 9 a 12 horas y en 11,8% sucedió de 12 a más horas.

V) Discusión de resultados

En el presente trabajo de investigación, los factores de riesgo maternos asociados a la ruptura prematura de membranas en partos pre término, se puede observar factores estadísticamente significativos a esta patología de estudio realizado a gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima.

Respecto al factor edad, el 31,4% de gestantes que presentaron parto pre término previo a una ruptura prematura de membranas tuvieron de 25 a 29 años, el 27,5% tuvieron de 20 a 24 años, el 27,4% se encontraron en una edad riesgo, menores de 20 años y mayores de 34 años; estos datos reportaron diferencia a lo hallado por Salazar y Tercero (2015), quienes hallaron que el 44% de gestantes tuvieron una edad de 20 a 24 años, asimismo Díaz (2017) también reportó un valor diferente dado que el 59,4% se encontraban en una edad de riesgo, al igual que Gutiérrez-Munares et al. (2014), demostraron datos diferentes donde el 63,9% eran menores de 20 años y mayores de 34 años.

Evidenciamos que las edades extremas son factores de riesgo con elevada frecuencia para desarrollar esta patología ruptura prematura de membranas y desarrollar el parto pre término. Dado que un adolescente cursa por una serie de cambios orgánicos en el cual no alcanza la madurez física y mental asimismo presentan carencias nutricionales u otras enfermedades, el organismo no está preparado para albergar a un ser, considerándose al embarazo en la adolescencia de riesgo que puede traer muchas complicaciones y no finalizar el embarazo a término asimismo después de los 35 son más frecuentes las enfermedades crónicas, en muchos casos finalizándose en un embarazo pre término.

En el factor grado de instrucción, el 37,2% de las gestantes tuvieron secundaria completa, 3,9% tuvieron primaria completa, estos datos tienen correlación a lo hallado por Aguilar y Vargas (2015), quienes hallaron que el 30% presentaron un nivel de secundaria, así también se asemeja a lo hallado por Flores (2017) donde el 4% tuvieron primaria. Caso contrario Navarro y Talavera (2015) demostraron datos diferentes donde el 49% tuvieron secundaria y el 51% tuvieron primaria, asimismo Salazar y Tercero (2015) también reportaron valores diferentes en el cual el 60% tuvieron estudios de secundaria y el 22% tuvieron primaria.

Podemos observar que las gestantes en estudio con un disminuido porcentaje logran culminar la secundaria y primaria, siendo un factor relativamente de riesgo ya que al no tener un adecuado conocimiento muchas de ellas tienen embarazos no deseados, sin conocimientos de métodos anticonceptivos y sin conocer su propio organismo; así también, no logran tener una profesión y por ende un trabajo estable, con un sueldo fijo teniendo una condición socioeconómica baja, sin ingresos donde hay carencias nutricionales presentando enfermedades sin contar con los recursos necesarios para una atención médica adecuada de esta manera evitar que el embarazo presente patologías y que aumente el riesgo de presentar RPM o un parto pre término.

En el factor estado civil, el 56,9% de las gestantes fueron convivientes, el 25% solteras y el 13,7% casadas, estos datos reportaron diferencia a lo hallado por Aguilar y Vargas (2015), quienes hallaron que el 67,5% fueron convivientes y el 32,5% solteras, asimismo Salazar y Tercero (2015) también reportaron valores diferentes donde el 62% fueron convivientes, el 16% solteras y el 22% casadas, así también Flores (2017) demostró datos desiguales dado que el 33,3% fueron solteras y el 66,7% casadas.

La estabilidad de la pareja ya sea conviviente, soltera o casada, influye a la gestante en los estados de estabilidad emocional y socioeconómica lo cual la predispone a presentar parto

prematureo. Sin embargo las madres solteras constituyen un grupo de riesgo por las dificultades económicas y sociales ya que la mayoría de veces el padre está ausente durante el periodo del embarazo; así también, aquellas gestantes que tienen una pareja estable presentan mayor complicación en su embarazo debido a la carga familiar y al poco compromiso entre la pareja a acudir a los controles del embarazo.

Por otro lado, se expresa que un alto porcentaje de las gestantes son convivientes, perfilándose como un factor de riesgo muy frecuente dado que el no tener una pareja contribuye a un mayor esfuerzo físico, lo cual, podría desencadenar en la ruptura prematura de membranas, así mismo, la nutrición también puede verse afectada, suprimiendo considerablemente el sistema inmunológico materno.

En el factor ocupación, el 76,5% de las gestantes de estudio fueron ama de casa siendo un factor de riesgo frecuente, este dato es análogo a lo hallado por Aguilar y Vargas (2015) quienes encontraron que el 80% fueron ama de casa. Caso contrario Navarro y Talavera (2015) reportaron un valor diferente donde el 88% fueron ocupación ama de casa, de igual manera Salazar y Tercero (2015) demostraron datos diferentes dado que el 94% fueron ama de casa, siendo en todos estos estudios de elevada frecuencia.

El ser ama de casa o realizar una labor doméstica implica un trabajo arduo aún más si la persona se encuentra gestando, estos esfuerzos excesivos por mantener el hogar pueden causar traumatismos, generalmente externos, que producen cambios bruscos de movimientos fetales y del útero, estiramientos o modificaciones en su estructura, debilitamiento muscular llegando a causar en muchos casos la ruptura prematura de membranas ya que a partir de las doce semanas de gestación el cuello uterino pueden presentar incompetencia ístmico cervical donde no tiene resistencia muscular, finalizando en una aborto espontaneo o parto pre término.

El 7,8%, representó al factor antecedente consumo de alcohol así también el 3,9%, representó al antecedente consumo de drogas, siendo hábitos nocivos perjudiciales para la salud tanto para la madre como para el feto.

El 23,5% representó al factor antecedente consumo de tabaco, en contraposición a lo hallado por Flores (2017), en el que determinó que el 41,9% tuvieron tabaquismo positivo.

Beber, ingerir algún tipo de droga o fumar puede ser fatal para la madre así como para el bebé, ya que esas sustancias atraviesan la placenta. Cuando la madre bebe, el etanol contenido en las bebidas atraviesa la barrera placentaria, llegando a medirse cifras de alcoholemia iguales en la madre que en el feto. Los daños pueden ser graves para ambos, el bebé puede nacer con síndrome de alcoholismo fetal, destacando en el primer trimestre, que es donde puede producir más anomalías, en cuanto a los problemas para la gestante está relacionado con aborto espontáneo y parto pre término.

El consumo de drogas, como la cocaína y metanfetaminas, se relaciona con defectos congénitos, RCIU, lesiones cerebrales, que pueden ser la causa de la muerte intrauterina. Durante el embarazo existen cambios fisiológicos que pueden alterar la cinética de las drogas en el organismo (absorción, distribución, metabolismo, eliminación), incrementando la toxicidad y el riesgo de complicaciones.

De esta manera se expresa que existe relación entre el consumo de tabaco en la gestación con una mayor posibilidad de sufrir ruptura prematura de membranas y parto pre término. Fumar durante el embarazo traspasa nicotina, monóxido de carbono y otras sustancias dañinas al bebé, aumentando el riesgo de que el bebé nazca con bajo peso, prematuro o con defectos congénitos, así también puede tener mayor riesgo de morir de síndrome de muerte súbita.

Respecto al factor gestaciones, el 37,3% presentó una gestación, este dato es análogo a lo hallado por Aguilar y Vargas (2015), quienes hallaron que el 32,5% presentó una gestación, asimismo Salazar y Tercero (2015) reportaron un valor semejante donde el 40% presentó una gestación. Caso contrario Navarro y Talavera (2015), demostraron casos diferentes donde el 54% presentó una gestación previa.

En todos los estudios evidenciamos que el riesgo es mayor en primigestas, al estar gestando tanto la mujer como el bebé se exponen a diversos riesgos para su salud, la mujer desarrolla una serie de modificaciones en su organismo y está expuesta a diversas complicaciones, donde es indispensable el seguimiento de la gestación desde un inicio para evitar serias patologías donde pueda comprometer la salud de ambos.

En el factor paridad, el 45,1% de las gestantes no presentó partos previos, el 54,9% fueron multíparas, estos datos se asemejan a lo hallado por Aguilar y Vargas (2015) quienes determinaron que el 45% no presentaron partos previos y el 55% fueron multíparas. Caso contrario Navarro y Talavera (2015) reportaron datos diferentes dado que el 56% fueron nulíparas y el 44% multíparas.

Tanto en nulíparas como multíparas el porcentaje es considerable, la paridad es un factor que mide el riesgo obstétrico, hay un riesgo mayor en las multíparas ya que en cada embarazo hay un debilitamiento de las membranas debido a las contracciones y al parto, así también muchas veces se interpreta que tras partos anteriores sin problemas el nuevo embarazo será fácil y rápido, ignorando el riesgo de complicaciones que se puedan presentar, como la disminución de la fibra muscular uterina, y la ruptura prematura de membranas ocasionando partos pre términos.

El 33,3% de gestantes, representó al factor anemia, este dato reportó diferencia a lo hallado por Salazar y Tercero (2015), donde el 8% presentaron anemia, asimismo Flores (2016) también reportó un valor diferente dado que el 47,14% de las gestantes presentaron anemia, así también Quispe (2018) determinó un dato diferente donde 0% representó al factor anemia.

El porcentaje mencionado nos pone en evidencia que hay gestantes que tienen deficiencia de hierro en lo cual induce al estrés materno, estimulando la síntesis de hormona liberadora de corticotropina (CRH), esta hormona en concentraciones elevadas es un factor de riesgo para presentar ruptura prematura de membranas.

En el factor IMC, el 25,3% presentó sobrepeso y el 11,8% obesidad según IMC, este valor reportó diferencia a lo hallado por Díaz (2017), quien determinó que el 58,7% de gestantes presentó sobrepeso, asimismo Gutiérrez-Munares et al. (2014) demostró datos diferentes donde el 6,9% presentó sobrepeso y el 2,8% obesidad.

Se evidencia que en los estudios hay porcentajes de sobrepeso y obesidad siendo un factor de riesgo para la patología en estudio ya que el sobrepeso y la obesidad constituyen un grave problema en la población, incluyendo al grupo de mujeres en edad reproductiva; el incremento de peso durante el embarazo se debe a que las gestantes, en la mayoría, tienen un apetito notablemente mayor, lo cual conduce a la creación de un amortiguamiento de la grasa, con el objetivo de atender las demandas del feto en desarrollo. La ganancia de peso gestacional es un fenómeno complejo, influenciado no sólo por cambios fisiológicos y metabólicos maternos, sino también por el metabolismo placentario; uno de los riesgos inherentes a las mujeres obesas que se embarazan es que presenten mayor ganancia de peso en comparación con aquellas con peso normal. Las mujeres que al momento de embarazarse tienen un IMC normal y una ganancia de peso adecuada durante la gestación presentan una

mejor evolución en embarazo y parto que aquellas mujeres con una ganancia de peso mayor a la recomendada. Se considera que el IMC materno, ya sea bajo o elevado, es un factor de riesgo modificable para el parto pre término.

En el factor periodo intergenésico, el 33,3% de gestantes presentó periodo intergésico corto, y el 15,7% un periodo intergenésico largo, estos datos reportaron diferencia a lo hallado por Navarro y Talavera (2015), donde el 68% tuvieron un periodo íntergenésico menor a 18 meses y el 32% mayor a 18 meses, de igual manera Salazar y Tercero (2015) demostraron datos diferentes donde el 44% de gestantes presentaron periodo intergenésico menor a 18 meses y el 56% presentó periodo intergenésico mayor a 18 meses.

Observamos datos considerables al periodo intergenésico corto y largo; el intervalo entre un embarazo y otro es importante puesto que permite a la madre recuperarse después de un parto; la madre disminuye sus recursos biológicos y nutritivos durante el periodo de la gestación y la lactancia materna por lo que necesita de un considerable tiempo determinado para poder recuperarse y de esta manera prepararse para llevar otro embarazo, sin carencias nutricionales, ya que desencadena a diversas patologías entre ellas un parto pre término a consecuencia de RPM.

Respecto al factor atención prenatal, el 56,9% de gestantes tuvieron de 3 a 5 CPN, el 17,6% de 1 a 2 CPN, el 15,7% de 6 a más CPN y el 9,8% no presentó CPN; estos datos muestran diferencia a lo hallado por Gutiérrez-Munares et al. (2014), quienes hallaron que el 19,4% no presentó ningún control pre natal y el 5,6% tuvo más de 5 CPN, asimismo Díaz (2017) demostró datos diferentes donde el 46,32% tuvieron más de 5 CPN.

La atención prenatal debe iniciarse lo más pronto posible, puesto que influye en el reconocimiento oportuno de signos de alarma de varias morbilidades que se presentan

durante el embarazo y afectan la morbilidad materna y perinatal lo cual nos ayudaría a prevenir la presencia de parto pre termino con el debido seguimiento oportuno de los diversos factores de riesgo y de las patologías encontradas; al no tener una atención prenatal o tener una atención inadecuada, es un factor de riesgo significativo de la presencia de RPM, en el presente estudio se deduce que la falta de control prenatal impidió que se detecte a tiempo algún factor de riesgo para la RPM.

El 60,8% de gestantes representó al factor ITU, siendo un factor de riesgo frecuente a la patología de estudio, el dato se asemeja en elevada frecuencia a lo hallado por Flores (2017), quien halló que el 51,9% de gestantes presentaron ITU, así también Quispe (2018), reportó un valor semejante donde el 75% presentaron ITU, asimismo Gutiérrez-Munares et al. (2014), determinaron un dato similar en frecuencia dado que el 77,8% de gestantes presentaron ITU y también el dato guarda correlación a lo observado por Aguilar y Vargas (2015), dado que el 76,9% presentaron ITU.

Las gestantes que presentan infección del tracto urinario tienen una elevada frecuencia de presentar ruptura prematura de membranas como se evidencia en el estudio debido a que los gérmenes que habitualmente habitan el tracto genital inferior tienen la capacidad de producir fosfolipasa quien estimula la síntesis de prostaglandinas, responsable de generar contracciones uterinas. Son comunes durante el embarazo, aparentemente debido a la estasis urinaria que resulta de la dilatación ureteral hormonal, reflujo vesicouretral y la compresión del útero contra los uréteres; llegando a producir RPM.

El 5,9% de gestantes presentaron antecedente de cesáreas, este valor muestra diferencia a lo hallado por Aguilar y Vargas (2015), dado que el 70% presentaron antecedente de cesáreas.

Al realizarse un procedimiento quirúrgico de la cavidad uterina se produce una disminución de la capacidad de distensión de las fibras musculares por lo que se puede llegar a producir una incompetencia ístmico-cervical así como también desprendimientos de placenta o roturas de útero lo que conlleva a una predisposición de la ruptura de las membranas ovulares.

El 37,3% de gestantes, presentó antecedente de aborto, este valor es análogo a lo reportado por Aguilar y Vargas (2015), en el cual el 35% presentaron antecedente de aborto. Caso contrario Navarro y Talavera (2015) demostraron un dato diferente dado que el 10% presentaron antecedente de aborto.

En este resultado se evidencia que las gestantes en estudio pueden haber presentado abortos a repetición, legrados uterinos; dilatando el cuello uterino; es un procedimiento traumático para el cérvix causando lesión de las paredes externas e internas del cérvix que al aumentar el peso de la gestación a partir del segundo trimestre, el orificio cervical interno lesionado cede a la presión ejercida por la gestación, y termina por dilatarse anticipadamente produciéndose un parto pre término.

Con respecto al factor antecedente de partos pre término, el 31,4% de gestantes presentó tener 1 parto pre término previo, y el 9,8% presentaron 2 partos pre términos previos, estos datos no guardan correlación a lo hallado por Quispe (2018), quien halló que el 18,8% presentó antecedente de parto pre término, asimismo Flores (2016), reportó un dato diferente dado que el 8,57% presentó antecedente de parto pre término.

El antecedente del nacimiento de un bebe menor a 37 semanas de gestación, es un factor muy importante para que se repita esta situación patológica, aún más cuando se da conjuntamente con la ruptura prematura de membranas, es de un 50% la probabilidad de que

ocurra nuevamente un parto pre término, la OMS (2012) menciona a la RPM como causal del 40% de parto pre término, siendo un problema obstétrico y considerándose un factor de riesgo.

VI) Conclusiones

- Los factores de riesgo maternos sociodemográficos asociados a la ruptura prematura de membranas en partos pre término más frecuentes fueron tener una edad entre 25 y 29 años (31,4%), tener secundaria completa (37,2%), ser conviviente (56,9%), ser ama de casa (76,5%), haber consumido alcohol previo al embarazo (7,8%), tabaco (23,5%) y drogas (3,9%).
- Los factores de riesgo maternos gineco-obstétricos asociados a la ruptura prematura de membranas en partos pre término más frecuentes fueron tener 1 gestación (37,3%), no presentar partos previos (45,1%), tener anemia durante su embarazo (33,3%), tener sobrepeso (25,3%) y obesidad (11,8%) según IMC, presentar periodo intergenésico corto (33,3%), tener de 3 a 5 atenciones prenatales (56,9%), presentar infección del tracto urinario durante su embarazo (60,8%), tener antecedente de cesárea (5,9%), de aborto (37,3%), y de un 1 parto pre término (31,4%).
- Los factores de riesgo maternos asociados a la ruptura prematura de membranas en partos pre término más frecuentes fueron ser ama de casa (76,5%) y presentar infección del tracto urinario durante su embarazo (60,8%).

VII) Recomendaciones

- Se recomienda al personal de obstetricia, sensibilizar y orientar a las gestantes sobre los factores de riesgo a lo que está expuesta, y de esta manera puedan contribuir a la detección, diagnóstico oportuno y manejo integral de alguna patología materna que se puede presentar.

- Se recomienda al jefe del departamento de gineco-obstetricia, desarrolle un programa de capacitaciones en enfoque de riesgo para la atención prenatal y así se pueda brindar una atención multidisciplinaria para la prevención de cualquier riesgo, así disminuir la morbimortalidad materno-fetal.

- Se recomienda que el Equipo de Atención Materna implemente protocolos y guías de práctica clínica para el manejo de las gestantes con diagnóstico de ruptura prematura de membranas.

VIII) Referencias

- Aguilar A. y Vargas I. (2015). Factores de riesgo materno-fetales asociados a ruptura prematura de membranas en mujeres con embarazo pre término atendidas en el Hospital Victoria Motta de Jinotega de Enero a Diciembre de 2013 (tesis). Managua, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua Unan Managua; 2013. Recuperado de: <http://repositorio.unan.edu.ni/1598/1/90417.pdf>
- Alianza CINETS (2015). Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio: sección 3. Infecciones en el embarazo: Ruptura prematura de membranas (RPM). Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 66(4), 263-286. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195243540005>
- Beck S., Wojdyla D., Say L., Betran A., Merialdi M., Harris J., Rubens C., Menon R. y Van Look P. (2010) Incidencia mundial de parto prematuro: revisión sistemática de la morbilidad y mortalidad maternas. Bull World Health Organ, 88, 31-38. Recuperado de: <https://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-062554-ab/es/>
- Cabanillas-Carhuaz S. (2015). Características y complicaciones de gestantes con ruptura prematura de membranas pretérmino y a término. Rev. Peru. Obstet. Enferm., 11 (2), 1-9. Recuperado de: <https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/download/748/586>
- Coltart, C. E. M., Festin, M. (2011) Antibióticos para la rotura prematura de membranas: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de diciembre de 2011). *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://extranet.who.int/rhl/es/topics/pregnancy-and-childbirth/pregnancy-complications/prelabour-rupture-membranes-2>

- Cortes E., Rizo-Baeza M., Aguilar M., Rizo-Baeza J. & Gil V. (2013). Maternal age as risk factor of prematurity in Spain; Mediterranean area. *Nutr. Hosp.*, 28(5), 1536-1540.
Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v28n5/25original20.pdf>
- Cunningham G., Leveno K., Bloom S., Spong C., Dashe J., Hoffman B., Casey B. y Sheffield J. (2018). *Williams Obstetrics*. 25ª edición. New York: McGraw Hill.
- Curisínche K. y Taype M. (2014). Antecedente de aborto y parto pretérmino en gestantes atendidas en el hospital departamental de Huancavelica (tesis). Universidad Nacional de Huancavelica; 2014. Recuperado de:
<http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/615/TP%20-%20UNH%20OBST.%200004.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Díaz, M. (2017). Factores de riesgo asociados a ruptura prematura de membranas en gestantes pre término atendidas en el Hospital Vitarte durante el año 2015 (tesis). Lima, Universidad Ricardo Palma; 2015. Recuperado de:
<http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/989>
- Dirección Nacional de Maternidad e Infancia (2015). Amenaza de parto pretérmino, atención del parto pretérmino espontáneo y rotura prematura de membranas. Ministerio de Salud de la Nación República Argentina.1-132. Recuperado de:
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000710cnt-guia-parto-pretermino.pdf>
- Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (2014). Parto pre término. Consenso, 13(1), 5-10. Recuperado de:
http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Part_Pretermino.pdf
- Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (2018). Rotura prematura de membranas. Consenso FASGO XXXIII. Córdoba, 1-16. Recuperado de:

http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_FASGO_2018_Rotura_premat_urade_membranas.pdf

- Flores O. (2017). Variables asociadas a ruptura prematura de membranas pre término temprana y tardía en pacientes de un hospital privado de la ciudad de México (tesis). Universidad Nacional Autónoma de México; 2017. Recuperado de:
http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/LSKSNR22PCQIC4GRNQ77MVFDB6NJAHQTCDDLEP1HT5FV4FE5DX-05164?func=full-set-set&set_number=033189&set_entry=000016&format=999
- Flores, J. (2016). Factores de riesgo asociados a la ruptura prematura de membranas en partos pre términos atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo Enero-Diciembre, 2015 (tesis). Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015. Recuperado de: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4979>
- Gutiérrez-Munares M., Martínez-Pariona P. y Apaza-Rodrigo J. (2014). Frecuencia de los factores de riesgo obstétricos en la ruptura prematura de membrana pre término, Hospital Regional de Ayacucho, Perú en el año 2012. Rev. Méd. Panacea, 4(3),70-73. Recuperado de: <http://revpanacea.unica.edu.pe/index.php/RMP/article/view/150>
- Gutiérrez M. (2018). Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. Rev. Peru. Ginecol. Obstet., 64(3), 405-413. Recuperado de:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300014&lng=es&nrm=iso
- Instituto Nacional Materno Perinatal (2017). Oficina de epidemiología y salud mental. Análisis de la situación de los servicios hospitalarios del Instituto Nacional Materno Perinatal – 2016. Perú, 1-125 Recuperado de:
<https://www.inmp.gob.pe/institucional/2016/1502124322>

La Real Academia Española (2018). Diccionario de la lengua española. Estado civil.

Recuperado de: <https://dle.rae.es/?id=GjqhajH#KTNOoeg>

La Real Academia Española (2018). Diccionario de la lengua española. Ocupación.

Recuperado de: <https://dle.rae.es/?id=Qu0oRKT>

Meléndez-González C., Saldaña-Solórzano C., González-Habib R. y Tirán-Saucedo J. (2017).

Relación entre el índice de masa corporal bajo previo al embarazo y el riesgo de parto prematuro. Ginecol. Obstet. Mex.;85(9), 589-594. Recuperado de:

<http://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v85n9/0300-9041-gom-85-09-589.pdf>

Ministerio de Salud Pública de Chile (2015). Guía Perinatal. 1- 466. Recuperado de:

https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/GUIA%20PERINATAL_2015_%20PARA%20PUBLICAR.pdf

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2015). Ruptura prematura de membranas

pretérmino. Guía de Práctica Clínica. 1-33.

Ministerio de Salud del Perú (2016). Boletín Estadístico de Nacimientos Perú: 2015. Sistema

de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea. 1-15. Recuperado de:

ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/oqei/CNV/Boletin_CNV_16.pdf

Miranda-Flores A. (2014). Resultados maternos y perinatales del manejo conservador de la

rotura prematura de membranas en gestantes de 24 a 33 semanas. Acta Med. Per.,

31(2), 84-89. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v31n2/a04v31n2.pdf>

Monge T. (2017). Ruptura prematura de membranas. Revista Médica Sinergia, 2(11),3-6.

Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms1711a.pdf>

Moraes M., Victoria M., Gabriel J., Báez P., González G. y Sosa C. (2016). Consumo de tabaco, alcohol y marihuana según autodeclaración en mujeres que tuvieron su parto en el Centro Hospitalario Pereira Rosell (mayo 2013-abril 2014). Rev. Méd. Urug.,

32(4), 234-241. Recuperado de:

<http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v32n4/v32n4a02.pdf>

Navarro F. y Talavera M. (2015). Los factores de riesgo materno-fetales asociado a ruptura prematura de membranas en mujeres con embarazo pre término en el hospital escuela San Juan de Dios, Estelí Nicaragua durante el año 2013 (tesis). Managua, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2013. Recuperado de:

<http://repositorio.unan.edu.ni/1425/>

Organización médica Colegial de España (2017). La OMS alerta del aumento de partos prematuros. Médicos y pacientes. Recuperado de:

<http://www.medicosypacientes.com/articulo/la-oms-alerta-del-aumento-de-partos-prematuros>

Organización Mundial de la Salud (2015). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Ginebra. Recuperado de:

https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/

Organización Mundial de la Salud (2019). Embarazo. Ginebra. Recuperado de:

<https://www.who.int/topics/pregnancy/es/>

Organización Mundial de la Salud (2019). Factores de riesgo. Ginebra. Recuperado de:

https://www.who.int/topics/risk_factors/es/

Organización Mundial de la Salud (2018). Nacimientos prematuros. Ginebra. Recuperado de:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

Organización Mundial de la Salud (2018). Obesidad y sobrepeso. Nota de prensa. Ginebra.

Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Organización Mundial de la Salud (2015). Solo se deben practicar las cesáreas que sean necesarias por motivos médicos. Nota de prensa. Ginebra. Recuperado de:

<https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/es/>

Organización Mundial de la Salud (2012). 15 millones de bebés nacen demasiado pronto.

Nota de prensa. Ginebra. Recuperado de:

https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/preterm_20120502/es/

Organización Mundial de la Salud (2016). La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. Nota de prensa.

Ginebra. Recuperado de: [https://www.who.int/es/news-room/detail/07-11-2016-](https://www.who.int/es/news-room/detail/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who)

[pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who](https://www.who.int/es/news-room/detail/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who)

Oyarzun E. (2018). A propósito de intervalo intergenesico. Rev. Chil. Obstet. Ginecol., 83(1),

4-5. Recuperado de: [https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v83n1/0048-766X-rchog-83-](https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v83n1/0048-766X-rchog-83-01-0004.pdf)

[01-0004.pdf](https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v83n1/0048-766X-rchog-83-01-0004.pdf)

Prieto Y. (2015). Embarazo y hábitos tóxicos: repercusiones en el recién nacido

(tesis).Universidad de La Laguna, España. Recuperado de:

<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2219/Embarazo%20y%20habitos%20toxicos%20repercusiones%20en%20el%20recien%20nacido..pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ribot B., Isern R., Hernández-Martínez C., Canals J., Aranda N., y Arija V. (2014). Impacto

del tabaquismo, la exposición pasiva al tabaco y el dejar de fumar sobre la salud del recién nacido. Medicina Clínica, 143(2), 57–63. Recuperado de:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775313007884?via%3Dihub>

Rodrigues T. y Barros H.(2008). Short interpregnancy interval and risk of spontaneous

preterm delivery. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive

Biology, 136(2), 184-188. Recuperado de:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17490802>

Quispe, Z. (2018). Factores biomédicos y ruptura prematura de membranas en embarazos pre términos en el hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas 2017 (tesis).

Huancavelica, Universidad Nacional de Huancavelica; 2017. Recuperado de:

<http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/1740>

Shachar B. y Lyell D. (2012). Interpregnancy Interval and Obstetrical Complications.

Obstetrical & Gynecological Survey, 67(9), 584–596. Recuperado de:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22990461>

Salazar G. y Tercero M. (2015). Factores de Riesgo Asociados a Ruptura Prematura de Membrana en Mujeres Embarazadas entre la semana 28 a la 36 6/7 Atendidas en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) del Hospital Bertha Calderón Roque en el IV trimestre del año 2014 (tesis). Managua, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2014. Recuperado de: <http://repositorio.unan.edu.ni/1427/>

Schwarcz R., Horacio R. y Duvergues C. (2014). Obstetricia. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Editorial El Ateneo

Téllez D., Ramírez S., Parada N. y Fernández-Niño J. (2017). Inducción del parto versus manejo expectante en ruptura prematura de membranas pretérmino: revisión sistemática y metanálisis. Rev Univ Ind Santander Salud, 49(1), 45-55. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/suis/v49n1/0121-0807-suis-49-01-00045.pdf>

The American College of Obstetricians and Gynecologists (2016). Trabajo de parto prematuro y parto prematuro. Washington. Recuperado de:

<https://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/Trabajo-de-parto-prematuro-y-parto-prematuro>

- Ugalde-Valencia D., Hernández-Juárez M., Ruiz-Rodríguez M., Villarreal-Ríos E. (2012). Infecciones del tracto genital y urinario como factores de riesgo para parto pretérmino en adolescentes. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.*, 77(5), 338-341. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v77n5/art03.pdf>
- Vallejo J. (2013). Fisiopatología de la ruptura prematura de membranas y marcadores. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica* 70(607), 543-549. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133zb.pdf>
- Vigil-De Gracia P., Savransky R., Pérez J., Delgado J. y Nunez de Morais E. (2011). Ruptura Prematura de Membranas. *FLASOG, Guía Clínica*.1, 1-19. Recuperado de: <http://www.sogiba.org.ar/documentos/GC1RPM.pdf>
- Vivero W. (2017). Determinación de factores sociales de riesgo materno más frecuentes en pacientes con ruptura prematura de membrana, atendidas en el hospital Dr. Gustavo Domínguez en el periodo junio 2014 - junio 2015 (tesis). Quito, Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Recuperado de: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/13287>
- Votta R., Nores J. y Santiago O. (2018). Rotura prematura de membranas Consenso FASGO XXXIII Cordoba, 5 al 7 de septiembre del 2018. Recuperado de: http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_FASGO_2018_Rotura_premat_ura_de_membranas.pdf
- Zavala-García A., Ortiz-Reyes H., Salomon-Kuri J., Padilla-Amigo C. y Preciado R. (2018). Periodo intergenésico: Revisión de la literature. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.*, 83(1), 52-61. Recuperado de: https://www.revistasochog.cl/files/pdf/AR_016.pdf

IX) Anexos

9.1. Anexo N° 1: Aprobación del proyecto de tesis por el asesor de la Universidad Nacional Federico Villarreal


 Universidad Nacional
Federico Villarreal


FACULTAD MEDICINA "HIPÓLITO UNANUE"
OFICINA DE GRADOS Y GESTION DEL EGRESADO
"Año del Dialogo y de la Reconciliación Nacional"

El Agustino 19 de febrero de 2019

OFICIO N° 040 -2018-OGy GE/P-FMHU-UNFV

Doctora
MIRYAN GLADYS VARGAS LAZO
 Docente
 Facultad de Medicina Hipólito Unanue – UNFV.

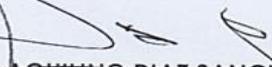
Es grato dirigirme a usted, para saludarlo (a) cordialmente, asimismo hacer de su conocimiento que esta jefatura la ha designado (a) como: **Asesor(a)** del Proyecto de Tesis Titulado **FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS A LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN PARTOS PRE TERMINO. HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE. EL AGUSTINO.ENERO – DICIEMBRE 2018** Presentado por el alumno (a) de la Escuela Profesional de **OBSTETRICIA: CYNTHIA KATHERINE REYES PEÑA**, para su evaluación y revisión respectiva, **EN UN PLAZO NO MAYOR DE 10 DIAS.**

Contando con su gentil apoyo, reitero mi mayor consideración y alta estima personal.

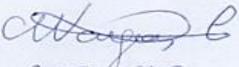
Atentamente,



Dr. JULIO ALBERTO MANTILLA MARTÍNEZ
 JEFE



DR. AUGUSTO AQUILINO DIAZ SANCHEZ
 DECANO (I)
 DECANO
 LIMA - PERÚ
 Adjo.: 01 ejemplar.


 C.N.P.: 5103
 Cod UNFV: 93047



FACULTAD DE MEDICINA "HIPÓLITO UNANUE"
OFICINA DE GRADOS Y GESTION DEL EGRESADO
 "Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional"
INFORME DEL PROYECTO.

EVALUACIÓN DEL PROYECTO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE: Licenciada en Obstetricia

TITULO DEL PROYECTO:

FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS A LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN PARTOS PRE TERMINO. HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE. EL AGUSTINO.ENERO – DICIEMBRE 2018.

AUTOR: REYES PEÑA CYNTHIA KATHERINE

OBSERVACIONES:

sin observaciones

En fe de lo cual, se eleva el presente informe a la Oficina de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina "Hipólito Unanue" – UNFV, para el trámite correspondiente.

El agustino 26 de Febrero 2019

Miryan Vargas Lazo

Asesor(a).

Apellidos: VARGAS LAZO

Nombres: MIRYAN GLADYS

9.2. Anexo N° 2: Autorización para efectuar la Aplicación de Instrumento por el jefe del departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue

	PERU	Ministerio de Salud	Hospital Nacional Hipólito Unanue	DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA
---	-------------	---------------------	-----------------------------------	------------------------------------

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres
"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

AUTORIZACIÓN PARA TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

EL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, accede a la solicitud y otorga:

La autorización a la señorita REYES PEÑA CYNTHIA KATHERINE con DNI N° 75724107 de la Universidad Nacional Federico Villareal de la Escuela Profesional de Obstetricia, para efectuar la "Aplicación de Instrumento" del proyecto de Tesis en el Departamento de Gineco-Obstetricia "**Factores de Riesgo Maternos Asociados a la Ruptura Prematura de Membranas en Partos Pre Término, Hospital Nacional Hipólito Unanue, El Agustino, Enero – Diciembre 2018**".

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Sin otro particular, me despido de usted.

Lima, 31 de mayo del 2019.

Atentamente,

RPF/
c.c. Archivo

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE

M.C. RÓMULO GERÓNIMO PANAOUE FERNANDEZ
C.M.P. N°14877 R.N.E. N°5685
JEFE DEL DPTO. DE GINECO-OBSTETRICIA



9.3. Anexo N° 3: Aprobación de Proyecto de tesis por el Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Nacional Hipólito Unanue

	PERÚ	Ministerio de Salud	Hospital Nacional "Hipólito Unanue"	Comité Institucional de Ética en Investigación
---	------	---------------------	-------------------------------------	--

"Año de la Lucha contra la Corrupción y la Impunidad "

CARTA N° 117 - 2019 - CIEI-HNHU

A : **CYNTHIA KATHERINE REYES PEÑA**

ASUNTO : **Aprobación de Proyecto de tesis**

Referencia : Expediente N° 9162

FECHA : El Agustino, 28 de junio del 2019

Es grato dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y dar respuesta al documento de referencia donde solicita revisión y aprobación del Proyecto de tesis titulado: " **Factores de riesgo maternos asociados a la ruptura prematura de membranas en partos pre término. Hospital Nacional Hipólito Unanue. El agustino. Enero – diciembre 2018**". Para optar el título profesional Licenciada en Obstetricia – UNFV.

El Comité, en sesión ordinaria de fecha miércoles 26 de junio del presente, y según consta en el Libro de actas N° 7, Acordó por unanimidad aprobar el Proyecto de tesis antes mencionado.

Atentamente,


 DRA. ANGELICA RICCI YAURIVILCA
 PRESIDENTA DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

ARY
 Archivo

Avenida César Vallejo N° 1390 distrito El Agustino - Lima - Perú
 Correo electrónico : ciei@hnhu.gob.pe - angelicaricci05@yahoo.es Teléfono: 2919092 , 3627777 anexo 2196

9.4. Anexo N° 4: Datos estadísticos de Parto pre término con Ruptura Prematura de Membranas de la Unidad de Estadística del Hospital Nacional Hipólito Unanue

HOSPITAL NACIONAL "HIPOLITO UNANUE"

DATOS ESTADÍSTICOS - 2018

MESES	PARTO VAGINAL (O80)	PARTO VAGINAL PRE TÉRMINO (O60)	PARTO PRE TÉRMINO CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA (O42)
TOTAL	2,857	452	51
ENE	303	27	7
FEB	237	21	2
MAR	314	202	8
ABR	237	20	3
MAY	233	23	4
JUN	205	17	4
JUL	238	26	6
AGO	190	23	6
SEP	255	15	2
OCT	213	41	6
NOV	183	14	1
DIC	249	23	2

FUENTE: VHNHUVUOERSIP 2000UUE

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional Hipólito Unanue

ING. LUIS ANTONIO AREVALO REBATA
Jefe de la Unidad de Estadística
Reg. CIP 83734



9.5. Anexo N° 5: Operacionalización de las variables

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS A LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS A TÉRMINO. HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE. EL AGUSTINO. ENERO-DICIEMBRE 2017

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	SUBINDICADORES	TIPO
Variable de estudio: Factores de riesgo maternos asociados a la ruptura prematura de membranas.	Factores maternos sociodemográficos asociados a la ruptura prematura de membranas.	Características personales como edad, el grado de instrucción y estado civil. Características sociales como: ocupación y adicciones.	Edad	Según MINSA (Norma técnica P.F. 2017) 15 – 19 años 20 – 24 años 25 – 29 años 30 – 34 años 35 – 39 años 40 – 44 años 45 – 49 años	Cuantitativo
			Grado de instrucción	Sin instrucción Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior no universitario incompleto Superior no universitario completo Superior universitario incompleto Superior universitario completo	Cualitativo
			Estado civil	Soltera Casada Conviviente Viuda Separada	Cualitativo
			Ocupación	Ama de casa Estudiante Trabajadora independiente Trabajadora dependiente	Cualitativo
			Antecedente consumo de alcohol	Si No	Cualitativo
			Antecedente consumo de tabaco	Si No	Cualitativo
			Antecedente consumo de droga	Si No	Cualitativo
	Factores maternos gineco-obstétricos	Antecedentes maternos gineco-obstétricos.	Gestaciones	G:1, G:2, G:3, G:4, G:5 y G>5	Cuantitativo
			Paridad	P:0, P:1, P:2, P:3, P:4, P:5 y P>5	Cuantitativo
			Anemia	Si No	Cualitativo
			IMC	Bajo peso Normal Sobrepeso Obesidad Obesidad extrema	Cualitativo
			Periodo intergenésico	Ausente Corto Normal Largo	Cuantitativo
			Atención prenatal	CPN:0, CPN:1-2, CPN:3-5, CPN:6 a más	Cualitativo
			ITU	Si No	Cualitativo
			Cesáreas	Si No	Cualitativo
			Antecedente de aborto	Si No	Cualitativo
			Antecedente de partos pre términos	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 a más	Cuantitativo

Variable Interviniente: Momento de ruptura prematura de membranas	Antes del inicio del trabajo de parto	Es la ruptura de membranas ovulares.	N° Horas de ruptura de membranas.	Antes de inicio de trabajo de parto. 1 a 8 hs 9 a 12 hs +12 hs	Cuantitativo
	Después del inicio del trabajo de parto		N° Horas de ruptura de membranas.	Después de iniciado el parto 1 a 8 hs 9 a 12 hs +12 hs	Cuantitativo

9.6. Anexo N° 6: Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA

FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS A LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN PARTOS PRE TÉRMINO. HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE. EL AGUSTINO. ENERO-DICIEMBRE 2018

OBJETIVOS	HIPÓTESIS	OPERACIONALIZACIÓN			METODOLÓGICO
		VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	
<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar los factores de riesgo maternos asociados a la ruptura prematura de membranas en partos pre término. Hospital Nacional Hipólito Unanue. El Agustino. Enero-Diciembre 2018.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>.Identificar los factores de riesgo maternos sociodemográficos asociados a la ruptura prematura de membranas en partos pre término. Hospital Nacional Hipólito Unanue. El Agustino. Enero-Diciembre 2018.</p> <p>.Identificar los factores de riesgo materno gineco-obstétricos asociados a la ruptura prematura de membranas en partos pre término. Hospital Nacional Hipólito Unanue. El Agustino. Enero-Diciembre 2018.</p>	<p>HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN</p> <p>Existen factores de riesgo maternos sociodemográficos y gineco-obstétricos muy frecuentes asociados a la ruptura prematura de membranas en partos pre término. Hospital Nacional Hipólito Unanue. Enero-Diciembre 2018.</p>	<p>VARIABLE DE ESTUDIO</p> <p>Factores de riesgo maternos asociados a ruptura prematura de membranas</p>	<p>Factores maternos sociodemográficos asociados a la ruptura prematura de membranas.</p> <p>Factores maternos gineco-obstétricos asociados a la ruptura prematura de membranas.</p>	<p>Edad Grado de instrucción Estado civil Ocupación Antecedente consumo de alcohol Antecedente consumo de tabaco Antecedente consumo de droga</p> <p>Antecedentes maternos gineco-obstétricos: Gestaciones Paridad Anemia IMC Periodo intergenésico Atención prenatal. ITU Cesáreas Antecedente de aborto Antecedente de partos pre términos</p> <p>N° de horas de ruptura de membranas.</p>	<p>1. TIPO: No transversal</p> <p>2. MÉTODOS: Básico, R</p> <p>3. NIVEL:</p> <p>4. POBLACIÓN: 51 mujeres en parto pre término y una ruptura prematura de membranas</p> <p>5. MUESTREO: Censal, con mujeres en parto pre término y ruptura prematura de membranas</p> <p>6. TÉCNICA: Documental</p> <p>7. INSTRUMENTOS: Ficha de datos.</p> <p>8. INSTITUCIÓN: Hospital Nacional Hipólito Unanue. El Agustino. Enero-Diciembre 2018.</p>
		<p>VARIABLE INTERVINIENTE: Momento de ruptura prematura de membranas.</p>	<p>Ruptura prematura de membranas.</p> <p>-Antes del inicio del trabajo de parto.</p> <p>-Después del inicio del trabajo de parto.</p>		

9.7. Anexo N° 7: Ficha de recolección de datos

“Factores de riesgo maternos asociados a la ruptura prematura de membranas en partos pre término. Hospital Nacional Hipólito Unanue. El Agustino. Enero-Diciembre 2018”.

1. Datos sobre los factores maternos sociodemográficos:

Edad	
15 – 19 años	
20 – 24 años	

25 – 29 años	
30 – 34 años	
35 – 39 años	
40 – 44 años	
45 – 49 años	

Factores Demográficos:

Grado de instrucción		
Sin instrucción		
Primaria	Incompleta	
	Completa	
Secundaria	Incompleta	
	Completa	
Superior no Univ.	Incompleta	
	Completa	
Superior Univ.	Incompleta	
	Completa	

Estado civil	
Soltera	
Casada	
Conviviente	
Viuda	
Separada	

Factores Sociales:

Ocupación	
Ama de casa	
Estudiante	
Trabajadora independiente	
Trabajadora dependiente	

Antecedente de hábitos nocivos previo al embarazo		
Antecedente consumo de alcohol	Si	
	No	
Antecedente consumo de tabaco	Si	
	No	
Antecedente consumo de droga	Si	
	No	

2. Datos sobre los factores maternos gineco-obstétricos:**Antecedentes maternos gineco-obstétricos**

Gestaciones	
G:1	
G:2	
G:3	
G:4	

G:5	
>5	

Paridad	
P:0	
P:1	
P:2	
P:3	
P:4	
P: >5	

Anemia:	
Si	
No	

IMC 26 A 30	
Bajo peso	
Normal	
Sobrepeso	
Obesidad	
Obesidad extrema	

Periodo intergenésico	
Ausente	
Corto	
Normal	
Largo	

Atención prenatal	
0	
1-2	
3-5	
>6	

ITU	
Si	
No	

Cesáreas	
Si	
No	

Antecedente de Aborto	
Si	
No	

Antecedente de Partos pre términos	
0	
1	
2	
3	
4	
+5	

3. Datos sobre la ruptura prematura de membranas:

Momento de ruptura prematura de membranas

Ruptura prematura de membranas: Antes de haberse iniciado el trabajo de parto	
1 A 8 hs	
9 A 12 hs	
+12 Horas	

Ruptura prematura de membranas: Después de haberse iniciado el trabajo de parto	
1 A 8 hs	
9 A 12 hs	
+12 Horas	

9.8. Anexo N° 8: Juez de expertos

JUICIO DE EXPERTOS SOBRE EL INSTRUMENTO DE TESIS

Título: ...FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS A LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN PARTOS PRE TÉRMINO. HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE. EL AGUSTINO. ENERO - DICIEMBRE 2018.....

Autor: ...REYES PEÑA CYTNHIA KATHERINE.....

Nombre del juez *Marcelina Huamani Pedroza*

Grado académico *Magister en Salud Pública con Mención en Salud Reproductiva*

Estimado(a)

Me dirijo a Ud, para saludarlo y solicitar tenga a bien revisar y opinar sobre el instrumento adjunto para lo cual le hago llegar un resumen del proyecto para emitir su juicio.

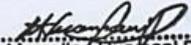
Cabe anotar que el proyecto corresponde a la tesis que vengo desarrollando para optar el título de Obstetra.

A continuación se presenta 10 criterios, los cuales permitirá tener su apreciación con respecto al instrumento, siendo el proyecto importante ya que ello permitirá realizar los ajustes correspondientes.

Por favor colocar un aspa (X) en la columna correspondiente.

Nº	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento propuesto responde al problema de la investigación.	X		
2	Las instrucciones son claras y orientadas para el desarrollo y aplicación del instrumento.	X		
3	La estructura del instrumento es adecuado en función a la operalización de las variables.	X		
4	Los ítems permiten los objetivos del estudio.	X		
5	Los ítems del instrumentó responden a la operalización de variables.	X		
6	El número de ítems es adecuado.	X		
7	Los ítems están redactados de forma clara y concisa. Hay relación de las variables, con problema, objetivos e hipótesis.	X		
8	Los ítems están redactados de forma entendible a la población de estudio.	X		
9	La redacción de los ítems evita redundancias o repeticiones innecesarias entre ítems.	X		
10	Existe posibilidad de cambiar los ítems abiertos por ítems cerrados.	X		

SUGERENCIAS Y APORTES:


 Marcelina Huamani P.
 OBSTETRA - COP. 1325
 Coordinadora General de Internado del INMP

MUCHAS GRACIAS.

SELLO Y FIRMA

Fecha

JUICIO DE EXPERTOS SOBRE EL INSTRUMENTO DE TESIS

Título: Factores de riesgo materno asociados a la ruptura prematura de membranas en partos pre-término. Hospital Nacional Hipólito Unzué, el Agustino, Enero - Diciembre 2018

Autor: Reyes, Peña, Cynthia, Katherine

Nombre del juez: R.M. Atarola de la Torre

Grado académico: Mg. Salud Reproductiva

Estimado(a)

Me dirijo a Ud, para saludarlo y solicitar tenga a bien revisar y opinar sobre el instrumento adjunto para lo cual le hago llegar un resumen del proyecto para emitir su juicio.

Cabe anotar que el proyecto corresponde a la tesis que vengo desarrollando para optar el título de Obstetra.

A continuación se presenta 10 criterios, los cuales permitirá tener su apreciación con respecto al instrumento, siendo el proyecto importante ya que ello permitirá realizar los ajustes correspondientes.

Por favor colocar un aspa (X) en la columna correspondiente.

Nº	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento propuesto responde al problema de la investigación.	X		
2	Las instrucciones son claras y orientadas para el desarrollo y aplicación del instrumento.	X		
3	La estructura del instrumento es adecuado en función a la operalización de las variables.	X		
4	Los ítems permiten los objetivos del estudio.	X		
5	Los ítems del instrumentó responden a la operalización de variables.	X		
6	El número de ítems es adecuado.	X		
7	Los ítems están redactados de forma clara y concisa. Hay relación de las variables, con problema, objetivos e hipótesis.	X		
8	Los ítems están redactados de forma entendible a la población de estudio.	X		
9	La redacción de los ítems evita redundancias o repeticiones innecesarias entre ítems.	X		
10	Existe posibilidad de cambiar los ítems abiertos por ítems cerrados.	X		

SUGERENCIAS Y APORTES:

MUCHAS GRACIAS.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO

RUTH ATAROLA DE LA TORRE
Obstetra Especialista

SELLO y FIRMA

Fecha

JUICIO DE EXPERTOS SOBRE EL INSTRUMENTO DE TESIS

Título: ...FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS A LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN PARTOS PRE TÉRMINO, HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, EL AGUSTINO, ENERO - DICIEMBRE 2018.....

Autor: ...REYES PEÑA CYTNHIA KATHERINE.....

Nombre del juez ...Francisco Zegarra del Rosario.....

Grado académico ...Mg. Salud Pública.....

Estimado(a)

Me dirijo a Ud, para saludarlo y solicitar tenga a bien revisar y opinar sobre el instrumento adjunto para lo cual le hago llegar un resumen del proyecto para emitir su juicio.

Cabe anotar que el proyecto corresponde a la tesis que vengo desarrollando para optar el título de Obstetra.

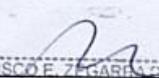
A continuación se presenta 10 criterios, los cuales permitirá tener su apreciación con respecto al instrumento, siendo el proyecto importante ya que ello permitirá realizar los ajustes correspondientes.

Por favor colocar un aspa (X) en la columna correspondiente.

Nº	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento propuesto responde al problema de la investigación.	X		
2	Las instrucciones son claras y orientadas para el desarrollo y aplicación del instrumento.	X		
3	La estructura del instrumento es adecuado en función a la operacionalización de las variables.	X		
4	Los ítems permiten los objetivos del estudio.	X		
5	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de variables.	X		
6	El número de ítems es adecuado.	X		
7	Los ítems están redactados de forma clara y concisa. Hay relación de las variables, con problema, objetivos e hipótesis.	X		
8	Los ítems están redactados de forma entendible a la población de estudio.	X		
9	La redacción de los ítems evita redundancias o repeticiones innecesarias entre ítems.	X		
10	Existe posibilidad de cambiar los ítems abiertos por ítems cerrados.	X		

SUGERENCIAS Y APORTES:

MUCHAS GRACIAS.

 DR. FRANCISCO E. ZEGARRA DEL ROSARIO
 MEDICINA PLAZANO
SELLO Y FIRMA
 GINECOLOGO - OBSTETRA RNE: 8904
 CIRUJANO GENERAL - ONCOLOGO RNE: 3782
 Fecha

JUICIO DE EXPERTOS SOBRE EL INSTRUMENTO DE TESIS

Título: ...FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS A LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN PARTOS PRE TÉRMINO, HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, EL AGUSTINO, ENERO - DICIEMBRE 2018.....

Autor: ...REYES PEÑA CYTNHIA KATHERINE.....

Nombre del juez Veronica Giannia Moran Rodriguez.....

Grado académico Dra. desarrollo sostenible, Mg. Gerencia en Salud y Mg. Investigación y Docencia universitaria.....

Estimado(a) universitaria.....

Me dirijo a Ud, para saludarlo y solicitar tenga a bien revisar y opinar sobre el instrumento adjunto para lo cual le hago llegar un resumen del proyecto para emitir su juicio.

Cabe anotar que el proyecto corresponde a la tesis que vengo desarrollando para optar el título de Obstetra.

A continuación se presenta 10 criterios, los cuales permitirá tener su apreciación con respecto al instrumento, siendo el proyecto importante ya que ello permitirá realizar los ajustes correspondientes.

Por favor colocar un aspa (X) en la columna correspondiente.

Nº	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento propuesto responde al problema de la investigación.	X		
2	Las instrucciones son claras y orientadas para el desarrollo y aplicación del instrumento.	X		
3	La estructura del instrumento es adecuado en función a la operalización de las variables.	X		
4	Los ítems permiten los objetivos del estudio.	X		
5	Los ítems del instrumentó responden a la operalización de variables.	X		
6	El número de ítems es adecuado.	X		
7	Los ítems están redactados de forma clara y concisa. Hay relación de las variables, con problema, objetivos e hipótesis.	X		
8	Los ítems están redactados de forma entendible a la población de estudio.	X		
9	La redacción de los ítems evita redundancias o repeticiones innecesarias entre ítems.	X		
10	Existe posibilidad de cambiar los ítems abiertos por ítems cerrados.	X		

SUGERENCIAS Y APORTES:

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
VERONICA GIANNIA MORAN RODRIGUEZ
Obstetra Asistencial
COR 12430

MUCHAS GRACIAS.

SELLO Y FIRMA

Fecha