UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
07/04/16
BIBLIOTECA CENTRAL
U.N.U

TESIS

"FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS A LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA JULIO 2014 – JUNIO 2015"

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR LAS BACHILLERES:

HILDA ERLITA QUIROZ VASQUEZ

CHRISTINA HUAMAN ESPINOZA

PUCALLPA – PERÚ
2016

ESTA TESIS FUE APROBADA POR LOS MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI:

.....
Dr. ARTURO RAFAEL HEREDIA
Presidente

.....
Dr. Holger Cuno Gonzáles
GINECO-OBSTETRA
C.M.P 33346 RNE: 17220
HOSPITAL ESSALUD PUCALLPA
MC HOLGER CUNO GONZALES
Miembro

.....
MC Mg. ANTONIO ALBERTO PEÑA TORRES
Miembro

.....
MC Mg. LUIS ENRIQUE RUIZ SOLSOL
Asesor

.....
HILDA ERLITA QUIROZ VASQUEZ
Tesista

.....
CHRISTINA HUAMAN ESPINOZA
Tesista

PORTADA

1.1. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

"FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS A LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA JULIO 2014 - JUNIO 2015"

1.2. ÁREA DE INVESTIGACIÓN

GINECO - OBSTRETICIA

1.3. AUTORES

HILDA ERLITA QUIROZ VASQUEZ - Bachiller en Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali

CHRISTINA HUAMAN ESPINOZA - Bachiller en Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali

1.4. ASESOR

M.C. Mg. LUIS ENRIQUE RUIZ SOLSOL

Docente de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali

1.5. INSTITUCIONES Y PERSONAS COLABORADORAS

Hospital Amazónico de Yarinacocha

Servicio de Gineco – Obstreticia

DEDICATORIA

A Dios y a mis padres, por brindarme su apoyo, motivación y amor incondicional en mi formación tanto en lo personal y profesional, a quienes debo y agradezco cada uno de mis logros.

Hilda Erlita.

A mis padres por su apoyo incondicional, a mis hijos por su amor y comprensión brindada ante mi ausencia en el transcurso de mi formación académica.

Christina.

AGRADECIMIENTO

- Agradecemos a Dios, por ser la guía que iluminó nuestro camino para lograr el éxito profesional.

- A la Universidad Nacional de Ucayali, a todos los docentes de la Facultad de Medicina Humana; por brindarnos las facilidades de superación profesional.

- Al M.C. Mg. Luis Enrique Ruiz Solsol, Asesor de Investigación por sus sabios consejos oportunos, observaciones y apoyo en todo el desarrollo de la investigación.

- A todos nuestros amigos y compañeros de estudios por compartir momentos inolvidables y a quienes que de una u otra manera nos apoyaron en la elaboración de la presente investigación.

ÍNDICE

Pág.

PORTADA iii

DEDICATORIA iv

AGRADECIMIENTO v

ÍNDICE DE CUADROS viii

ÍNDICE DE GRÁFICOS ix

RESUMEN x

ABSTRACT xi

INTRODUCCIÓN xii

CAPÍTULO I: PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema 1

1.2 Formulación del problema 3

1.3 Objetivo: General y específicos 4

1.4 Justificación 5

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes 8

2.2 Bases teóricas 11

2.3 Hipótesis 23

2.4 Variables de estudio 24

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Ámbito de estudio..... 25

3.2 Tipo de investigación..... 25

3.3 Nivel de investigación..... 25

3.4 Método de investigación..... 26

3.5 Diseño de investigación..... 26

3.6 Población, muestra y muestreo..... 28

3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos..... 28

3.8 Procedimiento de recolección de datos..... 29

3.9 Técnicas de procesamiento de recolección de datos..... 30

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1 Presentación de resultados..... 31

CONCLUSIONES..... 47

RECOMENDACIONES..... 51

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 53

ANEXOS..... 56

ÍNDICE DE CUADROS

		Pág.
CUADRO N° 01:	Asociación entre edad materna y Ruptura Prematura de membranas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo Julio 2014 – Junio 2015	**31**
CUADRO N° 02:	Asociación entre el período intergenésico y ruptura prematura de membranas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo Julio 2014 – Junio 2015	**33**
CUADRO N° 03:	Asociación entre paridad y ruptura prematura de membranas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo Julio 2014 – Junio 2015	**35**
CUADRO N° 04:	Asociación entre hemoglobina materna y ruptura prematura de membranas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo Julio 2014 – Junio 2015	**37**
CUADRO N° 05:	Asociación entre número de controles prenatales y ruptura prematura de membranas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo Julio 2014 – Junio 2015.....	**39**
CUADRO N° 06:	Asociación entre cesárea anterior y ruptura prematura de membranas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo Julio 2014 – Junio 2015	**41**
CUADRO N° 07:	Asociación entre infección vaginal y ruptura prematura de membranas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo Julio 2014 – Junio 2015	**43**
CUADRO N° 08	Asociación entre infección del tracto urinario y ruptura prematura de membranas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo Julio 2014 – Junio 2015.....	**45**

ÍNDICE DE GRÁFICOS

		Pág.
GRÁFICO N° 01:	Edades de los grupos de casos y controles	**32**
GRÁFICO N° 02:	Asociación entre el período intergenésico y ruptura prematura de membranas	**34**
GRÁFICO N° 03	Paridad según casos y controles.....	**36**
GRÁFICO N° 04:	Asociación entre hemoglobina materna y ruptura prematura de membranas.....	**38**
GRÁFICO N° 05:	Asociación entre el número de controles prenatales y ruptura prematura de membranas.....	**40**
GRÁFICO N° 06:	Asociación entre cesárea anterior y ruptura prematura de membranas.....	**42**
GRÁFICO N° 07:	Asociación entre infección vaginal y ruptura prematura de membranas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo Julio 2014 – Junio 2015	**44**
GRÁFICO N° 08	Asociación entre infección del tracto urinario y ruptura prematura de membranas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo Julio 2014 – Junio 2015.....	**46**

RESUMEN

Introducción: La Ruptura Prematura de Membranas, se define como la ruptura espontánea de membranas ovulares después de las 22 semanas de la edad gestacional y hasta una hora antes del inicio del trabajo de parto. A pesar de que la Ruptura Prematura de Membranas se ha estudiado desde hace tiempo, en la actualidad hay controversia entre los mecanismos que la median y su etiopatogenia no ha sido bien comprendida. Actualmente se reconoce que la ruptura de las membranas se asocia al aumento de presión intrauterina, siendo una diferencia que las membranas que se rompen en forma prematura son más débiles que las normales. **Objetivo:** Determinar asociación entre los factores de riesgo materno y ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo julio 2014 – junio 2015. **Materiales y métodos:** se realizó un estudio de casos y controles, la muestra fue de 757 entre los casos y controles, se usó la técnica estadística de odds ratio (O.R) con un nivel de significancia del 5%. **Resultados:** En mujeres ≤ de 18 años, el periodo Intergenésico ≤ de 2 años, tener 0 partos, la hemoglonina <7gr/dl, el numero de control ≤ 3 , la infección tracto urinario e infección vaginal fueron significativos (P: <0.05), representaron factores de riesgo. **Conclusiones:** todas las varibles asociadas en los casos y controles salieron significativas, es decir presentan un factor de riesgo, en algunos variables y factores de proteccion en otros, durante la asociacion de la ruptura prematura de membrana.

ABSTRACT

Introduction: Premature Rupture of Membranes, defined as spontaneous rupture of membranes after 22 weeks of gestational age and until one hour before the start of labor. Although premature rupture of membranes has been studied for some time, now there is controversy between the mechanisms that mediate and its pathogenesis has not been well understood. It is now recognized that the rupture of membranes is associated with increased intrauterine pressure, with a difference that the membranes rupture prematurely are weaker than normal. **Objective: Determine** association between maternal risk factors and premature rupture of membranes in pregnant women treated at the Hospital of Yarinacocha Amazonico during the period July 2014 - June 2015. Materials and Methods: A case-control study was conducted, the sample was 757 between cases and controls, the statistical technique of odds ratio (OR) with a significance level of 5% was used. **Results:** In women ≤ 18 years, the intergenesic period ≤ 2 years, have 0 deliveries, hemoglobin <7g / dl, the number of Control ≤ 3, the urinary tract infection and vaginal infection were significant (P <0.05) represented risk factors. **Conclusions:** varibles associated in all cases and controls came significant, is present a risk factor in some variables and other protective factors during the association of premature rupture of membrane.

INTRODUCCIÓN

La ruptura prematura de membranas (RPM) puede definirse como la ruptura de las membranas ovulares previo al inicio del trabajo de parto. La RPM puede producirse como resultado de varios procesos patológicos. La etiología depende mucho de la edad gestacional en la cual ocurre la RPM, y su manejo depende, en la mayoría de los casos, de la presencia de infección intrauterina, trabajo de parto avanzado o compromiso fetal. La determinación de la edad gestacional, y el conocimiento de los riesgos tanto maternos como fetales son cruciales para poder brindar un adecuado manejo y educación a los padres acerca de las posibles complicaciones materno-fetales que pueden afectar el embarazo con RPM.

La RPM puede tener varias etiologías. En un embarazo a término, el debilitamiento de las membranas corioamnióticas puede darse como resultado de los cambios fisiológicos de sus componentes celulares y contracciones uterinas. Entre los factores de riesgo asociados con RPM se incluyen bajo nivel socioeconómico, infecciones de transmisión sexual, enfermedades del tejido conectivo (Ehler-Danlos, etc.), sangrado vaginal en el segundo y tercer trimestres, deficiencias nutricionales de ácido ascórbico y cobre, cotización o cerclaje cervical, y fumar durante el embarazo. La distensión uterina (por polihidramnios, embarazo gemelar, etc.), también ha sido relacionada con RPM. El riesgo de recurrencia de RPM es de 16 a 32%. Adicionalmente, mujeres con historial obstétrico de trabajo de parto pretérmino, cuello uterino corto (menor de 25 mm) en el segundo trimestre, o mujeres con contracciones uterinas en período Pretérmino, tienen un riesgo incrementado de RPM. A pesar de todo, en ocasiones la RPM puede ocurrir en ausencia de factores de riesgo evidentes.

CAPÍTULO I: PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Ruptura Prematura de Membranas, se define como la ruptura espontánea de membranas ovulares después de las 22 semanas de la edad gestacional y hasta una hora antes del inicio del trabajo de parto (1).

Esta complicación del embarazo ha sido y continúa siendo un problema obstétrico y de salud pública importante, en relación a su contribución a la morbi-mortalidad materno – perinatal, alcanza el 80% en embarazos a término y en un 20% de embarazos pretérmino, siendo responsable de un 30 – 40% de los partos prematuros (2).

A pesar de que la Ruptura Prematura de Membranas se ha estudiado desde hace tiempo, en la actualidad hay controversia entre los mecanismos que la median y su etiopatogenia no ha sido bien comprendida. Actualmente se reconoce que la ruptura de las membranas se asocia al aumento de presión intrauterina, siendo una diferencia que las membranas que se rompen en forma prematura son más débiles que las normales, sin embargo, la pura explicación mecánica parece incompleta, por lo que se han estudiado otros factores que podrían estar asociados con la Ruptura Prematura de Membranas entre los que se encuentran el infeccioso, el dietético y otros como pueden ser maniobras quirúrgicas, incompetencia ístmico-cervical y polihidramnios.(3)

Por otro lado se han analizado aspectos moleculares relacionados con la Ruptura Prematura de Membranas, estas comprenden estudios sobre el metabolismo del colágeno que es principal constituyente de las membranas corioamnióticas, como resultado de ellos, se han propuesto diferentes niveles de daño que afectan tanto a la síntesis como a la degradación del colágeno (3).

A nivel mundial se reporta la incidencia de Ruptura Prematura de Membranas con, 4% en Nueva Zelanda; 4,8% en Suecia, 5% en EE. UU, 10,4% en Hungría y en España 8% (4).

Estudios en California en el año 2008 por Lamont y colaboradores exponen que la Ruptura Prematura de Membrana se presenta hasta en un 20% en mujeres de 15 a 18 años durante el embarazo exponiendo como causa principal las infecciones.(4)

En Latinoamérica tenemos 17% en Cuba, Venezuela con 12%; y Uruguay 8,1%, Republica Dominicana con 6,3% cifras que han permanecido relativamente estables en las últimas décadas en la mayoría de estos países. (4).

Según datos de la oficina de estadística e Informática del Instituto Materno Perinatal tenemos que en el año 2012 la incidencia de ruptura prematura de membranas representó el 59.8%, el año 2013 fue 60.1%, el año 2014 fue 64.9%, de las gestantes que tuvieron como diagnostico final de egreso infecciones maternas. (5)

En Ucayali, actualmente no se han realizado estudios que permitan determinar el grado de asociación de los factores de riesgo materno respecto a la ruptura prematura de membranas, surge de esta manera la necesidad de generar nuevas estrategias, planes de trabajo y realizar más investigaciones básicas y epidemiológicas sobre las causas y la prevención de esta patología que conlleva a riesgos maternos – fetales como corioamionitis y prematuridad. (6)

La variedad de factores de riesgo materno asociados a la ruptura prematura de membranas que hemos podido observar en él tienen una implicancia

socio- económica intrínseca. Muchos de ellos pueden ser prevenibles y en ciertos casos recuperables. (6)

Los resultados del mismo permitirán conocer la asociación de algunos factores de riesgo materno que se ve relacionado con la Ruptura Prematura de Membranas sobre la salud materno-fetal y neonatal, y de ese modo contribuir, con datos científicos en dicha área.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Problema Principal

¿Cuál es la asociación entre los factores de riesgo materno y ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo julio 2014 – junio 2015?

Problemas Secundarios

1. ¿Cuál es el grado de asociación de la edad materna y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015?
2. ¿Cuál es el grado de asociación del periodo Intergenésico y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015?
3. ¿Cuál es el grado de asociación de la paridad y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015?
4. ¿Cuál es el grado de asociación del nivel de hemoglobina materna y la ruptura prematura de membranas en pacientes

del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015?

5. ¿Cuál es el grado de asociación de los controles prenatales y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015?
6. ¿Cuál es el grado de asociación de cesárea previa y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015?
7. ¿Cuál es el grado de asociación de la infección cérvico vaginal y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015?
8. ¿Cuál es el grado de asociación de la infección urinaria y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015?

1.3 OBJETIVO: GENERAL Y ESPECÍFICOS

Objetivo General

Determinar la asociación de los factores de riesgo materno y ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo julio 2014 – junio 2015.

Objetivos Específicos

1 Cuantificar el grado de asociación de la edad materna y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015.

2 Medir el grado de asociación del periodo intergenésico y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015.

3 Cuantificar el grado de asociación de la paridad y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015.

4 Estudiar el grado de asociación del nivel de hemoglobina y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015.

5 Medir el grado de asociación de los controles prenatales y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015.

6 Analizar el grado de asociación de cesárea previa y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015.

7 Medir el grado de asociación de la infección cérvico vaginal y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015.

8 Medir el grado de asociación de la infección urinaria y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La Ruptura Prematura de Membranas es una complicación del embarazo que alcanza el 80% en embarazos a término y en un 20% de embarazos pretérmino, siendo responsable de un 30 – 40% de los partos prematuros (2).

Es una causa importante de morbimortalidad materna y se le ha relacionado hasta con 10% de la mortalidad perinatal, la frecuencia y gravedad de las complicaciones neonatales después de la ruptura prematura de membranas

pretérmino varían de acuerdo con la edad gestacional, además existe riesgo de corioamnioitis, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, y compresión del cordón umbilical debido al oligohidramnios (7).

Los riesgos más importantes para el feto con ruptura prematura de membranas pretérmino son las complicaciones de la prematuridad. El síndrome de dificultad respiratoria es la complicación más seria en todas las edades gestacionales antes del término. La enterocolitis necrotizante, hemorragia intraventricular y sepsis son poco comunes en la ruptura prematura de membranas pretérmino cerca del término (8).

La sepsis perinatal es dos veces más común en la ruptura prematura de membranas pretérmino, en comparación con los recién nacidos pretérmino, después del parto con membranas intactas (4).

Esta patología deriva en nacimientos prematuros, con altos costos para el sector salud y secuelas para niños y niñas que nacen en estas circunstancias, como ceguera, sordera o parálisis cerebral. Además de que la atención de menores prematuros en el Perú es costosa, ya que cada día de hospitalización tiene un costo aproximado de cuatro mil soles y al menos deben permanecer un mes internados (9).

Esta patología tanto a nivel internacional, nacional y regional tiene incidencias significativas y graves complicaciones. Es por ello que, es importante tener en cuenta, no sólo los Gineco-Obstetras, sino todo el equipo multidisciplinario debe estar involucrado, ya que la misma se presenta a cualquier nivel social, raza, religión, cultura, otros y debemos estar preparados para tratarla de la mejor forma posible (9).

De ahí la importancia de determinar la asociación entre los factores de riesgo materno y ruptura prematura de membranas, con los resultados elaborar una propuesta de educación dirigidas a las embarazadas con participación de la pareja y familia sobre la importancia de la atención prenatal, la nutrición, higiene, estilo de vida y la planificación familiar, con participación de un equipo multidisciplinario a fin de contribuir con el mejoramiento de la salud materna – perinatal, asimismo al personal de salud a fin de conocer, identificar los factores de riesgos materno en las gestantes que acuden a diario y reforzar los signos de alarma durante la atención prenatal (9).

Esta investigación busca contribuir a desarrollar mejor las intervenciones oportunas en el equipo de salud, teniendo una buena óptica en las medidas preventivas en sus factores de riesgo.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

Antecedentes Internacionales

Juan Vázquez Niebla y Cols, en su estudio "Epidemiología de la Ruptura Prematura de Membranas en un hospital Ginecoobstétrico", realizado en el Hospital Docente Ginecoobstétrico América Arias (Cuba) durante el año 2003.

Encontrándose que la frecuencia general de Ruptura Prematura de Membranas fue de 17,2 %. De los factores de riesgo estudiados, se encontró asociación estadística significativa con la sepsis de foco urinario, el embarazo múltiple y madres de raza blanca (23).

López y Nava en su investigación "Incidencia y complicaciones de la Ruptura Prematura de Membranas en el Hospital Dr. Rafael Calles Sierra", realizado en Venezuela durante los años 1991 -1996.

En este estudio se encontró que las mujeres embarazadas en edades comprendidas entre 19-29 años de edad presentaron una mayor incidencia de Ruptura Prematura de Membranas con 132 casos 62,2% y la mayor complicación materna fue la corioamnionitis con 17 casos 27,4%.(11)

Fred Morgan Ortiz y cols. En su estudio "Factores sociodemográficos y obstétricos asociados con rotura prematura de membranas" realizado en el Hospital Civil de Culiacán (México) entre enero 2005 y diciembre de 2008.

Se comparó la frecuencia de factores de riesgos en mujeres con y sin rotura de membranas. Las variables de interés primario fueron: nivel socioeconómico, tabaquismo, antecedentes ginecoobstetricos (compañeros sexuales, embarazos, abortos, control prenatal y periodo intergenésico). Se estimó el odds ratio mediante modelos de regresión logística no condicional. Concluyeron que la rotura prematura de membranas se asoció significativamente con: tabaquismo,

periodo intergenésico corto y antecedente de parto pretérmino. El antecedente de dos o más cesáreas se consideró factor no asociado para la Ruptura Prematura de Membranas (12).

Martínez Camilo y cols en su estudio "Uso de antimicrobianos en pacientes con rotura prematura de membranas y embarazo pretérmino", realizado en el Hospital Ginecoobstétrico Docente de Guanabacoa (Cuba) durante el año 2009.

El universo de estudio formado por 45 pacientes, las que presentaron rotura prematura de membrana en embarazadas pretérmino con el objetivo de estudiar algunos factores epidemiológicos, así como la respuesta al tratamiento con antimicrobianos. De las variables estudiadas, la infección vaginal fue la enfermedad que más se asoció con el 31,1 % a la Ruptura Prematura de Membranas. La vía del parto fue vaginal en el 75,5 %. De igual forma, el 77,7 % de las madres no presentaron complicación (13).

Andrés Ochoa-Matamoros y cols, en su estudio "Frecuencia de Ruptura Prematura de Membranas en parto pretérmino y valoración de protocolos de manejo a corto y largo plazo en la sala de labor y parto del instituto hondureño de seguridad social" realizado durante el año 2010, en el Instituto Hondureño de Seguridad Social de Tegucigalpa (Honduras). Concluyéndose que la frecuencia de ruptura de membranas fue de un 20.7%, los factores causales agregados más importantes lo constituyeron los idiopáticos en un 60.7%, seguido de las infecciones genitourinarias en un 28.5% y anomalías uterinas en un 7.1%. (14)

Antecedentes Nacionales

Elgin Castro Rondan en su estudio "Resultados materno-perinatales de la rotura prematura de membranas pretérmino en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao en el periodo 2006-2008". El mayor porcentaje de mujeres que presentaron Rotura Prematura de Membranas se encuentran entre las edades de

21 a 25 años con un 39.30%, seguidos con un 38% en mujeres mayores de 17 a 20 años, las mujeres segundigestas son más frecuentes, seguidos de las primigestas. El 87.3% de gestantes con Ruptura Prematura de Membranas pretérmino tuvieron de 1-4 control prenatal. Se observa que el mayor porcentaje de recién nacidos evaluados por examen físico, está entre las 31-34 semanas (15).

Padilla Mosquera Jorge en su investigación "Resultados perinatales y complicaciones maternas en gestaciones pretérmino con Rotura Prematura de Membranas pretérmino asociadas a la vía del parto en el Hospital Nacional Dos de Mayo 2001-2009" realizado el 2010 en la ciudad de Lima.

Encontró que la anemia es la enfermedad intercurrente más asociada a Ruptura Prematura pretérmino, presentándose en el 34% de los casos, además la infección urinaria y bajo nivel educativo de la madres fueron factores fuertemente asociados a Ruptura Prematura de Membranas pretérmino (16).

Gisella Muñoz-Aznarán en su estudio "Ruptura Prematura de Membranas en gestantes a término: factores asociados al parto abdominal" realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, marzo 2005 a marzo 2010.

Un análisis univariado determinó factores asociados al parto abdominal, al estado del cérvix (puntaje Bishop) al inicio de la inducción y la preeclampsia. Se estimó un modelo predictivo final en el análisis multivariado, hallándose como factores de riesgo la edad materna, el Bishop de ingreso menor de 4 y presencia de preeclampsia, y como factor de protección la multiparidad de la paciente (17).

Antecedentes Regionales

El presente estudio de investigación no cuenta con antecedentes locales registrados por lo que no se evidencia.

2.2 BASES TEÓRICAS

DEFINICIÓN

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

La Ruptura Prematura de Membranas se denomina prolongada cuando tiene una duración de 24 horas a una semana hasta el momento de nacimiento y se llama muy prolongada cuando supera una semana. El periodo de latencia se refiere al tiempo que transcurre entre la ruptura y la terminación del embarazo. Así, el periodo de latencia y la edad gestacional determinan el pronóstico y consecuentemente el manejo de la enfermedad de acuerdo a la posibilidad o no de terminación del embarazo.

La ruptura de membranas se clasifica en dos categorías generales:

a. Ruptura prematura de membranas a término: después de 37 semanas de gestación.

b. Ruptura prematura de membranas pretérmino: antes de las 37 semanas de gestación, la cual a su vez se divide en:

1. Ruptura Prematura de Membranas previable: ruptura prematura de membranas en gestaciones menores de 24 semanas.

2. Ruptura Prematura de Membranas lejos del término: ruptura prematura de membranas en gestaciones de 24 a 34 semanas.

3. Ruptura Prematura de Membranas cerca de término: ruptura prematura de membranas en gestaciones de 34 a 37 semanas (18).

INCIDENCIA

A nivel mundial la incidencia de Ruptura Prematura de Membranas es del 8-10% de los embarazos a término; ocurre del 1-3% del total de mujeres embarazadas y además se encuentra asociada con aproximadamente el 30-40% de partos pretérmino a nivel mundial (10).

En aproximadamente 8 a 10% del total de los embarazos a término las membranas fetales se rompen antes del inicio del trabajo de parto. (19)

FISIOPATOLOGÍA

La expresión de membranas fetales se aplica a la estructura anatómica que incluye el corion y el amnios. Desde una perspectiva estructural, el corioamnios está compuesto por ocho capas, de las cuales cinco hacen parte del amnios y tres del corion. (20)

El amnios se deriva del citotrofoblasto y está compuesto por cinco capas: el epitelio amniótico (en contacto con líquido amniótico), que descansa sobre la membrana basal; luego se halla la capa compacta, que forma el esqueleto fibroso y le da la resistencia al amnios; la siguiente es la capa de fibroblastos, que es la más delgada y está compuesta de células mesenquimales y macrófagos dentro de una matriz extracelular; le sigue la capa intermedia o esponjosa, la cual separa el amnios del corion y se caracteriza por tener abundante cantidad de proteoglicanos y glicoproteínas hidratadas que le dan la apariencia "esponjosa" y a su vez le permite al amnios deslizarse sobre el corion, que se encuentra firmemente adherido a la decidua materna. Al corion, en contacto con la decidua materna, lo componen tres capas (reticular, membrana basal y trofoblastos) y, a pesar de ser más delgado que el amnios, tiene mayor resistencia. Los componentes estructurales principales de estas capas son células y matriz extracelular. La matriz extracelular está compuesta por una variedad de componentes de colágeno y no colágeno como microfibrillas, elastina, laminina y fibronectina, que le dan la fuerza tensil a las membranas, especialmente a través de las fibras de colágeno

tipos I y III de la capa compacta y tipo IV de las membranas basales. Este colágeno es degradado por una variedad de enzimas tipo metaloproteinasas tales como colagenasas y gelatinasas (20).

Las membranas que se rompen prematuramente, a diferencia de las que se rompen intraparto, tienen en el sitio de contacto con el cérvix un defecto focal llamado "zona de morfología alterada", caracterizada por marcado edema, alteración del tejido conjuntivo, adelgazamiento de la capa de trofoblastos, adelgazamiento o ausencia de la decidua y apoptosis aumentada, asociado con una disminución importante en la densidad del colágeno tipos I, III y V. Por lo anterior, cuando la presión intrauterina aumenta y ejerce presión sobre esta zona se produce la ruptura de las membranas. Estudios preliminares sugieren que los cambios en la zona de morfología alterada, junto con una disminución marcada de la elasticidad secundaria a la disminución de los niveles de colágeno, son más evidentes en los casos de Ruptura Prematura de Membranas pretérmino (20).

Las teorías implicadas en el mecanismo de la ruptura de las membranas más aceptadas son: sobredistensión mecánica en Ruptura Prematura de Membranas a término e infección en Ruptura Prematura de Membranas pretérmino, por activación de las metaloproteinasas que producen pérdida de contacto de las células de la matriz e inducen un mecanismo autocrino-paracrino a través de citoquinas inflamatorias. (20)

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

1. **Disminución del contenido de colágeno**: Como ejemplo se encuentran aquellos embarazos que cursan con fetos afectados por el síndrome de Ehlers -Danlos. Esta entidad hace parte de un grupo de enfermedades hereditarias que alteran la estructura y función del colágeno y se asocian en forma importante con Ruptura Prematura de Membranas.

2. **Alteración de la estructura del colágeno**: La disminución en los niveles de cobre y ácido ascórbico, en pacientes fumadoras o con déficit nutricionales, pueden contribuir a la alteración de la estructura del colágeno.

3. **Actividad colagenolítica aumentada**: La degradación del colágeno y la fibronectina es mediada por las metaloproteinasas de la matriz celular (MMP), producidas por la membrana basal, los fibroblastos del amnios y los trofoblastos del corion, y cuya acción es bloqueada principalmente por los inhibidores específicos de tejido (TIMP) . La integridad de las membranas fetales se mantiene a lo largo de la gestación debido a una combinación de la baja actividad de MMP y mayor concentración de TIMP. En el momento del parto (en embarazos a término) o en casos de infección (en embarazos pretérmino) el equilibrio entre MMP y TIMP se altera y se produce degradación proteolítica de la matriz extracelular de las membranas fetales. La infección induce una respuesta inflamatoria materno-fetal que aumenta la producción y liberación de citoquinas inflamatorias (interleuquina [IL]-1, IL-6, IL-8) y factor de necrosis tumoral, las cuales inducen producción de prostaglandinas que llevan a maduración cervical y aumento de la contractibilidad miometrial. La elevación de estos mensajeros biológicos (citoquinas y prostaglandinas) son considerados marcadores de parto pretérmino y Ruptura Prematura de Membranas (20).

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

La Ruptura Prematura de Membranas pretérmino se ha asociado con altas concentraciones en líquido amniótico de MMP-1, MMP-8 y MMP-9. Recientes observaciones han demostrado que altas concentraciones en líquido amniótico de MMP-8, entre la semana 14 y 21 de gestación, se asocian con riesgo aumentado de Ruptura prematura de membranas pretérmino (20).

ETIOLOGÍA

FACTORES DE RIESGO MATERNO

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

Factores Socio demográficos:

a. Edad

La edad de la madre es un factor que se asocia fuertemente con la morbimortalidad neonatal. El estudio de Cosgwell y Yip expresa que en las madres con menos de 20 años o con más de 34, se observa un ligero aumento de los resultados perinatales adversos, Estos estudios nos permiten demostrar que las madres adolescentes y madres mayores a 35 años tienen más probabilidades de presentar comportamiento desfavorable durante el embarazo, mucho más si se acompaña de ruptura prematura de membranas. Se tendría que hacer una vigilancia prenatal más estrecha, así como se prestaría una especial atención en la educación prenatal para la prevención y detección precoz de posibles complicaciones (21).

b. Estrato socioeconómico bajo relacionado con nutrición inadecuada: En general, los estudios demuestran que existe asociación entre bajo nivel socioeconómico y nutrición inadecuada, con Ruptura Prematura de Membranas.

Un estudio realizado en Canadá evidenció que las mujeres de estrato socioeconómico bajo y niveles de hemoglobina menor de 11,1 mg/L, tienen tres veces más riesgo de Ruptura Prematura de Membranas, además se ha encontrado que la tasa de Ruptura Prematura de Membranas es mayor entre pacientes con niveles plasmáticos bajos de vitamina C (14,6% en niveles < 0,20 mg/dl vs. 1,4% en niveles > 0,60mg/dl) y que el suplemento de vitamina C desde la semana 20 se asocia con disminución en la tasa de Ruptura Prematura de Membranas (21).

Factores Obstétricos:

a. Periodo Intergenésico:

Existen varios reportes que indican un periodo intergenésico corto o muy largo posterior a un embarazo a término, aumenta el riesgo de complicaciones maternas (sangrados del tercer trimestre, ruptura prematura de membranas, endometritis puerperal, preeclampsia-eclampsia y anemia (22).

b. Paridad:

La paridad es un factor que mide riesgo obstétrico y eventuales resultados adversos en el recién nacido. Según el estudio Repercusión del Parto Pretérmino Realizado en Camagüey Cuba en el año 2006 demostró que la primiparidad o el primer embarazo tuvieron una alta correlación con ruptura prematura de membranas y mortalidad neonatal; esta se potencia cuando interactúa el embarazo en la adolescencia o en mujeres mayores de 30 años (22).

c. Infecciones del Tracto Urinario

Las infecciones del tracto urinario son las complicaciones más frecuentes del embarazo, se presentan en algún momento de la gestación, ocasionando con ello un incremento de la morbilidad materna y perinatal (parto pretérmino, peso bajo al nacer y ruptura prematura de membranas). Por lo que es importante el manejo

precoz y oportuno desde la aparición de una bacteriuria asintomática en la mujer embarazada.

El estudio retrospectivo realizado en el año 2010 en el Hospital Universitario de Puebla en 83 mujeres embarazadas, demostró que las infecciones urinarias se presentan principalmente en el último trimestre de la gestación. La prevalencia de este estudio para las Infecciones del Tracto Urinario fue del 1.78%, la cual es relativamente baja de acuerdo con la prevalencia mundial que aproximadamente del 2-7% de embarazadas presenta Infecciones del Tracto Urinario en algún momento de la gestación, siempre relacionada al estado socioeconómico bajo y malos hábitos higiénicos, los cuales se presentan en asociados en madres que viven en el áreas rurales-marginales. (22)

d. Infecciones Vaginales

Como referencia podemos expresar que para las infecciones vaginales, la vaginosis bacteriana en el embarazo es causa de parto prematuro y la ruptura prematura de membranas, con mayor incidencia en los países en desarrollo, debido a la limitación de los recursos para una apropiada atención perinatal. (22)

- **Vaginosis bacteriana**: La asociación entre vaginosis bacteriana y ruptura prematura de membranas no es clara; mientras algunos estudios sugieren que la infección por Gardnerella vaginalis entre las semanas 8 y 17 aumenta 7 veces el riesgo de ruptura prematura de membranas y que el tratamiento para vaginosis bacteriana en pacientes con antecedente de parto pretérmino puede reducir el riego de ruptura prematura de membranas hasta un 84%, otros no han encontrado asociación. (22)

- **Streptococcus del grupo B (SGB):** la colonización con SGB no es un riesgo para RPM pretérmino pero sí para un resultado adverso en el neonato (22).

- **Chlamydia trachomatis:** la infección por Chlamydia trachomatis con respuesta inmune humoral (IgM positivo) es un factor de riesgo para ruptura prematura de membranas (21).

- **Neisseria gonorrhoeae:** la prevalencia de ruptura prematura de membranas es mayor en pacientes con cultivo positivo para Neisseria gonorrhoeae en endocérvix, placenta o endometrio.

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

e. Atención Prenatal

La vigilancia prenatal adecuada tiene un gran impacto en la disminución de resultados puerperales adversos, ya que si acudiera la paciente a consulta prenatal se podrían identificar factores de riesgo para desarrollar preeclampsia, diabetes y amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas. El estudio clínico multicéntrico controlado llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud, Villar J y col. 2001 define como ideal un mínimo eficiente de 5 controles prenatales iniciados antes de la semana 20 de gestación asociándose a mejores resultados del embarazo, sobre todo reduciendo aquellos problemas que con llevan a nacimientos de bajo peso (22).

DIAGNÓSTICO

Anamnesis

La gestante refiere haber perdido líquido por genitales en ausencia de manifestaciones dolorosas. La cantidad de líquido puede ser abundante, en cuyo caso la sospecha diagnóstica es fácil pero, en ocasiones, la pérdida es escasa y se puede confundir con las secreciones vaginales que están aumentadas en la gestante. A diferencia de las secreciones vaginales por infecciones, la pérdida de líquido de la ruptura prematura de membranas no produce síntomas genitales tipo prurito o mal olor, a menos que exista un proceso infeccioso secundario (23).

Especuloscopía

La colocación de un espéculo con todas las normas de asepsia se emplea únicamente para visualizar el cuello y se puede observar abundante líquido en el fondo de saco vaginal y la salida del mismo a través del orificio cervical externo. Y así tomar una muestra para confirmar el diagnóstico y para examen directo y cultivo. Si todavía no se aprecia la salida de líquido y existe la duda, se le pide a la paciente que tosa o puja (maniobra de valsalva) , o se efectúa una presión suave sobre el fondo del útero para verificar que el líquido proviene de la cavidad uterina. Las evaluaciones cervicales posteriormente, se limitan en los casos donde se sospeche un prolapso del cordón.

El líquido es de aspecto claro y fluido, a diferencia de las secreciones por candidiasis que tienen el aspecto de leche cortada o el de la tricomoniasis, que tiene un color gris verdoso con tendencia a formar burbujas. (23)

Métodos Paraclínicos

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

1. Cristalización en hojas de helecho: Consiste en la toma con hisopo del fondo de saco posterior de vagina, se coloca en portaobjetos, dejar secar al aire y valorar la cristalización de helecho en el microscopio de luz, que resulta de la deshidratación de las sales contenidas en el líquido amniótico. (24)

2. Evaluación ultrasonografica: La evaluación ecográfica permite estimar la cantidad de líquido amniótico en la cavidad uterina. En pacientes con historia sugerente, pero sin evidencias de ruptura prematura de membranas en la valoración complementaria, la presencia de oligohidramnios debe asumirse como consistente con el diagnóstico. El ultrasonido constituye no sólo un elemento de

apoyo diagnóstico; permite, además, valorar el bienestar fetal, aproximar o certificar una edad gestacional, descartar la presencia de malformaciones fetales y predecir o apoyar el diagnóstico de una corioamnionitis (24).

3. La Prueba de Nitracina: Para esto se usa una tira de papel de nitracina, la cual cambia de amarillo a azul cuando es expuesta a cualquier fluido alcalino. Este método tiene una exactitud del 90% y puede dar falsos positivos por contaminación con orina, sangre, semen, flujo en caso de vaginosis por Gardnerella o infección por Trichomonas. La combinación de los dos métodos antes expuestos optimiza el diagnóstico, con una exactitud del 93%.(24)

4. Amniosure: Es un nuevo test no invasivo que permite detectar la rotura prematura de membranas ovulares, es capaz de detectar una proteína placentaria (PAMG-1) que está presente en el líquido amniótico. Este producto, que cuenta con la aprobación de la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) y que tiene 99% de efectividad, permitió diferenciar los casos de RPM de aquellos que no requerían hospitalización. Para ello basta con introducir la torunda 3 cm en la vagina, luego colocarla en el reactivo y agitar para luego poner una cinta que, al igual que un test de embarazo, indica en cinco minutos si hay o no RPM, no pone en riesgo ni a la madre ni a su hijo. (25)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Leucorrea: Frecuente (Flujo genital blanco amarillento, infeccioso, asociado a prurito) (23).

Incontinencia urinaria: Frecuente (Frecuente en segunda mitad del embarazo, especialmente en multíparas (por relajación perineal y rectocistocele). Descartar Infección urinaria. (23)

Eliminación tapón mucoso: Frecuente (Fluido mucoso, a veces algo sanguinolento). (23)

Complicaciones Maternas

Las principales consecuencias de la ruptura prematura de membranas son: parto pretérmino, infección, abrupto placentae, muerte fetal, secuelas por oligohidramnios y muerte materna.

a. Parto Pretérmino

Si se tiene en cuenta que los estudios demuestran que el 42% de las pacientes que presentan ruptura tienen gestaciones menores de 28 semanas y la historia natural de la ruptura prematura de membranas muestra que el 52% de las mujeres que sufren de ruptura de membranas entre las semanas 20 a 36, presentan parto dentro de las 48 horas siguientes y sólo el 12,9% desencadenan el parto luego de una semana, podemos entender la estrecha relación que existe entre ruptura de membranas y parto pretérmino, con tasas de mortalidad perinatal del 8,4% (26).

b. Corioamnionitis

La prevalencia de cultivo positivo en líquido amniótico en mujeres con ruptura prematura de membranas es de 32,4%. La infección materna ocurre en 21,7% de las pacientes a quienes se les inicia manejo expectante. Es importante tener en cuenta, además, que la mortalidad perinatal es mayor en neonatos de madres infectadas con gestaciones menores de 28 semanas, que en gestaciones mayores (26).

c. Abruptio placentae:

Ocurre en el 2,29% de pacientes con RPM y aumenta de acuerdo a la severidad del oligohidramnios. El riesgo relativo de abruptio placentae cuando se asocia con corioamnionitis es de 9.03% (26).

Complicaciones fetales:

a. Hipoplasia pulmonar:

La frecuencia de hipoplasia pulmonar en pacientes con ruptura prematura de membranas está entre 16 y 28% y depende de la edad gestacional a la cual ocurre la ruptura, más que del periodo de latencia. El papel de la amnioinfusión para prevenir la hipoplasia pulmonar permanece en etapa experimental (26).

b. Síndrome de compresión fetal:

Se ha reportado una incidencia de 12% a 46% cuando el periodo de latencia es mayor a 5 semanas (26).

c. Muerte neonatal:

La mortalidad fetal es aproximadamente del 1% si la ruptura prematura de membranas se da en gestaciones mayores a 24 semanas, y del 15% si se presentan en menores edades gestacionales. La muerte fetal se presenta como consecuencia de infección neonatal, abruptio placentae, Restricción del Crecimiento intrauterino y prolapso de cordón (26).

2.3 HIPÓTESIS

Hipótesis general

Existe asociación de los factores de riesgo materno y la ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo Julio 2014 – Junio 2015.

Hipótesis Específicas

1 Existe asociación de la edad materna y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015.

2 Existe grado de asociación del periodo Intergenésico y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015.

3 Existe asociación de la paridad y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015.

4 Existe asociación del nivel de hemoglobina y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015.

5 Existe asociación de los controles prenatales y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015.

6 Existe asociación de cesárea previa y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015.

7 Existe asociación de la infección cérvico vaginal y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015.

8 Existe asociación de la infección urinaria y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015.

2.4 VARIABLES DE ESTUDIO

Variable dependiente:

Ruptura prematura de membranas.

Variable independiente:

Factores de riesgo maternos.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 ÁMBITO DE ESTUDIO

Hospital Amazónico de Yarinacocha cuya dirección legal es Jr. Aguaytia Nro. 605, distrito de Yarinacocha, de la provincia de Coronel Portillo, en la región Ucayali, Perú. Actualmente el servicio de Gineco - Obstetricia cuenta con 31 camas de hospitalización.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

- Se realizó un estudio de casos y controles, analítico, transversal.

Se aplicó la investigación clásica cuantitativa, se persiguió describir sucesos complejos en su medio natural, con información preferentemente cualitativa, (contable y permisible).

Es de tipo analítico donde la relación de las variables en dos poblaciones distintas, es motivo de análisis.

Según el tiempo de los hechos y registro de la información es del tipo retrospectivo, pues lo hechos ocurrieron antes del diseño de estudio, además va desde el efecto hacia la causa.

Según el periodo y secuencia del estudio, es del tipo transversal, pues se estudian las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo. En este caso el tiempo no es importante en relación a la forma como se dan los fenómenos.

3.3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Ocupa el nivel IV de investigación científica dado que es un estudio de base para otras investigaciones, es decir trata de ver el ¿Cómo es? del problema planteado.

Según Sánchez Carlessi H. y Reyes Meza C. (2006) manifiestan que siguiendo a Selltiz, Jahoda y otros (1965) podemos identificar tres niveles o

esquemas básicos de investigación (según la profundidad y objetivo) que pueden relacionarse a los tipos de investigación.

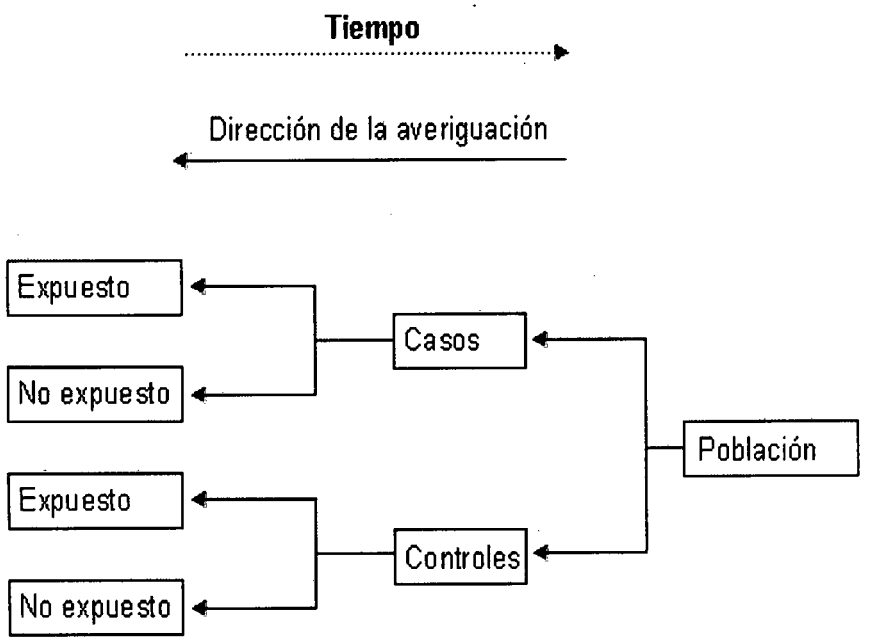
Investigación descriptiva correlacional. Son aquellas que actúan en el presente y sobre dos variables de tipo dependiente (V.D. V.D.). Miden y evalúan con precisión el grado de relación que existe entre dos conceptos o variables en un grupo de sujetos durante la investigación. La correlación puede ser positiva o negativa. Exigen el planteamiento de hipótesis que se comprobarán o no. Su utilidad radica en saber cómo se puede comportar un concepto o variable, conociendo el comportamiento de otra variable relacionada. Tienen en cierto sentido un valor explicativo, aunque parcial.

3.4 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

En este caso se aplicó el método teórico, porque el proceso de investigación se inició con un problema. Sin embargo, no toda formulación que designa un problema puede ser investigado por la ciencia. Para que un problema pueda investigarse debe ser formulado adecuadamente.

3.5 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño a utilizar será de Casos y controles, es un estudio epidemiológico, observacional, analítico, en el cual los sujetos se seleccionan en función de que tengan (casos) o no tengan (control) una determinada exposición a algún evento o a una enfermedad, o en general un determinado efecto. Una vez seleccionados los individuos en cada grupo, se investiga si estuvieron expuestos o no a una característica de interés y se compara la proporción de expuestos en el grupo de casos frente a la del grupo de controles.


Tiempo
Dirección de la averiguación
Expuesto
No expuesto
Casos
Población
Expuesto
No expuesto
Controles

3.6 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

La población en el año de estudio fue de 247, para los casos, aplicando la técnica del muestreo: **"universo muestral"**, dado que la población es pequeña. La población es igual a la muestra.

Para los controles se aplicó la proporción de **2.064K**; donde **"K"** es igual a la población- muestra de casos.

Es así que se obtendrá, la muestra tanto para los casos y también para los controles:

K: universo muestral = 247 CASOS

2.064K = 2.064 (247) = 510 CONTROLES

Haciendo un total de 757 entre los casos y controles. Cabe resaltar que para la obtención de los "controles" se aplicó los números aleatorios.

3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se usó las siguientes técnicas:

a) Observación.

b) Utilización del Sistema Informático Perinatal 2000.

Criterios de Inclusión

Casos

- Gestantes que estuvieron hospitalizadas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha desde julio 2014 – junio 2015.
- Paciente con diagnóstico de ruptura prematura de membranas.
- Mayor a 22 semanas de edad gestacional.
- Que cuenten con historia clínica completa.
- Residentes en la ciudad de Pucallpa.

Control:

- Gestantes sin diagnóstico de Ruptura Prematura de Membranas.
- Mayor a 22 semanas de edad gestacional.
- Que cuenten con historia clínica completa.
- Residentes en la ciudad de Pucallpa.

Criterios de Exclusión

Caso

- Menor a 22 semanas de edad gestacional.
- Que no cuenten con historia clínica completa en el SIP 2000.

Control:

- Menor a 22 semanas de edad gestacional.
- Que no cuenten con historia clínica completa en el SIP 2000.

3.8 Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de datos se realizó lo siguiente:

- Previa autorización y coordinación concedida por la dirección del Hospital Amazónico de Yarinacocha.
- Se ingresó al servicio de gineco-obstetricia con previa coordinación para identificar las historias clínicas en el SIP 2000.

Para obtener la información de las variables en este estudio, se utilizó una ficha técnica de recolección de datos.

Esta ficha técnica de recolección de datos antes de ser utilizada como instrumento de recolección de datos fue sometida a un proceso de validación.

3.9 Técnicas de procesamiento de recolección de datos

Se analizó mediante la prueba estadística de Odds Ratio (OR), utilizando un nivel de significación alfa del 5%. Donde el valor "P", se aplicó para validar la hipótesis estadística nula o alterna (H1- H0).

Además se clasificó el grado o fuerza de asociación por medio de la siguiente escala que muestra la fuerza de asociación de Odds ratio:

- 1,0 – 1,19: sin asociación
- 1,2 – 1,5: asociación débil
- 1,6 – 3,0: asociación moderada
- 3,1 – 10,0: asociación fuerte
- >10: se aproxima al infinito (27)

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

I. FACTORES DE RIESGO:

CUADRO N° 01

ASOCIACIÓN ENTRE EDAD MATERNA Y RPM EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA PERIODO JULIO 2014 - JUNIO 2015.

EDAD MATERNA	CASOS		CONTROLES		O.R.	I.C. 95%		P
	N°	%	N°	%				
≤ de 18 años	28	11,34	49	9,61	1,20	0,73	1,97	<0,05
19-34 años	194	78,54	417	81,76	0,82	0,56	1,19	>0,05
≥35 años	25	10,12	44	8,63	1,19	0,71	1,99	>0,05
TOTAL	247	100,0	510	100,0				

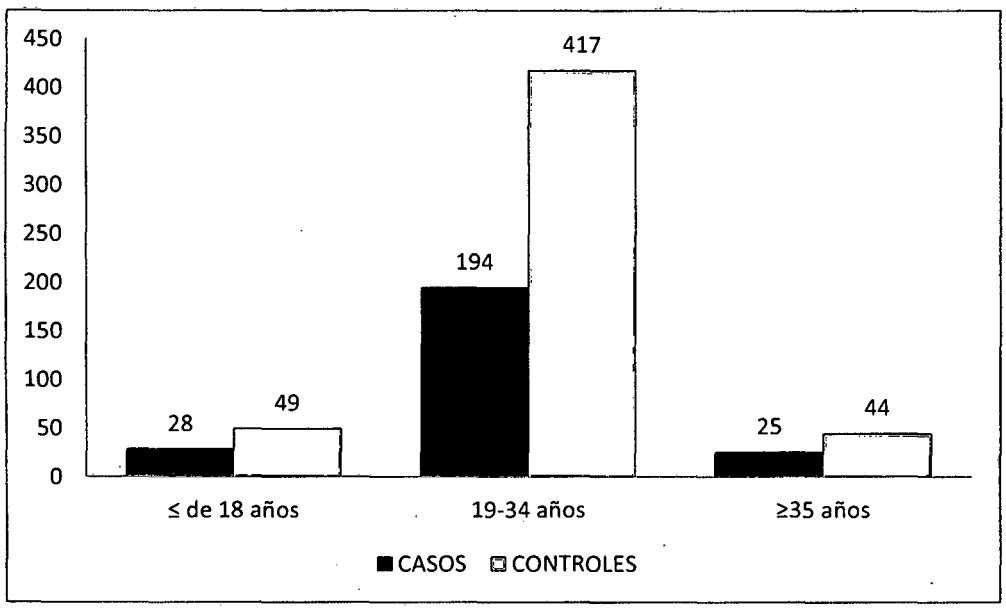
Fuente: Historias clínicas del archivo del HY. y SIP

INTERPRETACIÓN:

En el cuadro se aprecia que la edad menor o igual a 18 años resulta ser significativamente estadístico para presentar la enfermedad de ruptura prematura de membranas, también se aprecia que las demas grupos etáreos no presenta ningún tipo de asociación. (p>0.05).

GRÁFICO N° 01

EDADES DE LOS GRUPOS DE CASOS Y CONTROLES



Fuente: ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN:

Se aprecia en el gráfico los datos de los casos y controles estudiados. Las pacientes con edad igual o menor a 18 años son en número de 28 y 49, las que están en edades de 19 – 34 años son los que tienen mayor frecuencia con 194 casos y 417 controles, así también las pacientes de edad mayor o igual a 35 años, la frecuencia es de 25 y 44 años.

CUADRO Nº 02

ASOCIACIÓN ENTRE EL PERIODO INTERGENÉSICO (P.I.) Y RPM EN HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA JUNIO 2014 - JULIO 2015.

P.I. (años)	CASOS		CONTROLES		O.R.	I.C. 95%		P
	Nº	%	Nº	%				
<2 años	89	36	128	25.10	1.77	1.26	2.49	<0,05
≥2 años	158	64	382	74.90	0,595	0,42	0,82	<0,05
TOTAL	247	100	510	100,0				

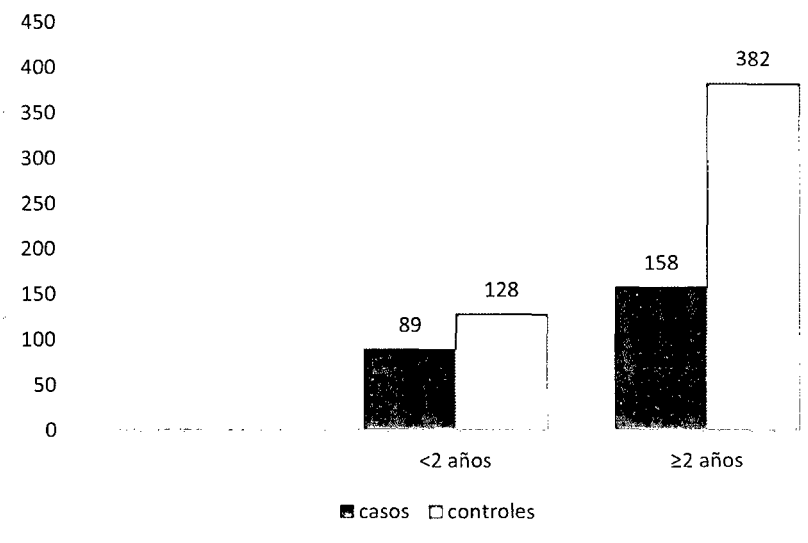
Fuente: Historias clínicas del archivo del HY. y SIP

INTERPRETACIÓN:

En el cuadro se aprecia las pacientes con periodo Intergenésico menor de 2 años, tiene significancia y un riesgo de 1.77 veces más de presentar RPM. Para las pacientes con mayor e igual a dos años de periodo Intergenésico también resulta ser significativo pero el valor del odds Ratio suele ser de 0.59 siendo para tal un factor de protección.

GRÁFICO N° 02

ASOCIACIÓN ENTRE EL PERIODO INTERGENÉSICO (P.I.) Y RPM



Fuente: ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN:

En el cuadro se aprecia que la edad mayor o igual a 2 años es la que presenta mayor frecuencia con 158 y 382 casos y controles respectivamente, se aprecia que solo son 89 y 128 casos y controles con un periodo Intergenésico menor de 2 años.

CUADRO Nº 03

ASOCIACIÓN ENTRE PARIDAD Y RPM EN HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA

JULIO 2014 - JUNIO 2015

PARIDAD	CASOS		CONTROLES		O.R	I.C. 95%		P
	Nº	%	Nº	%				
0 partos	98	39,68	162	31,76	1,41	1,03	1,94	<0,05
1-4 partos	127	51,42	269	52,75	0,95	0,7	1,28	>0,05
> 4 partos	22	8,90	79	15,49	0,53	0,32	0,88	<0,05
TOTAL	247	100,0	510	100,0				

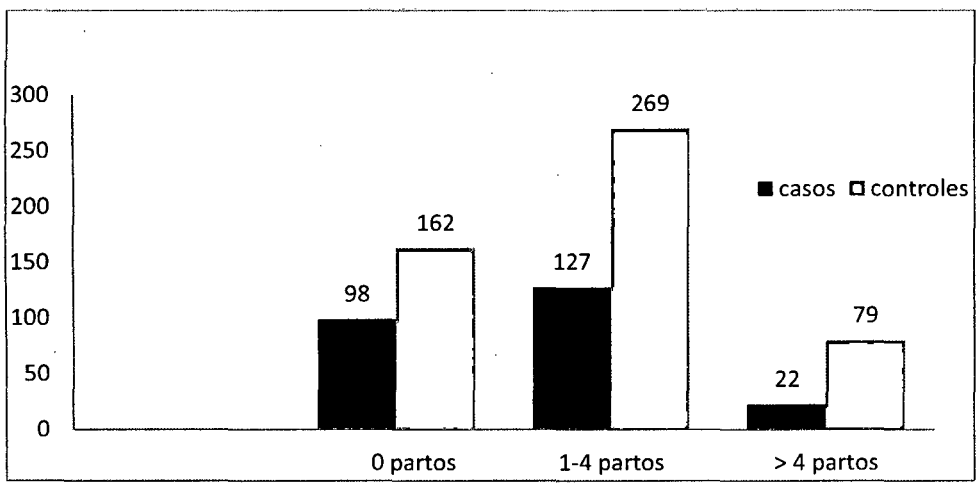
Fuente: Historias clínicas del archivo del HY. y SIP

INTERPRETACIÓN:

Presentar ningún parto y presentar más de 4 partos, tienen relación con la ruptura prematura de membranas; sin embargo, presentar 0 partos tienen un 1.41 veces mayor riesgo de presentar RPM, para mayores de 4 partos es un factor de protección.

GRÁFICO N° 03

PARIDAD SEGÚN CASOS Y CONTROLES



Fuente: ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN:

La mayor frecuencia de casos y controles lo tienen de 1 – 4 partos, con 127 y 269 pacientes respectivamente, el segundo lugar de frecuencia lo tienen las pacientes con 0 partos con 98 y 162 casos y controles respectivamente, el tercer lugar lo ocupa las pacientes con mayor de 4 partos con 22 y 79 casos y controles respectivamente.

CUADRO Nº 04

ASOCIACIÓN ENTRE HEMOGLOBINA MATERNA (HB) Y RPM EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA JULIO 2014 - JUNIO 2015

HB MATERNA(gr/dl)	CASOS		CONTROLES		O.R.	I.C. 95%		P
	Nº	%	Nº	%				
≥11gr/dl	147	59,51	307	60,20	0,97	0,71	1,33	>0,05
10-10,9gr/dl	59	23,89	120	23,52	1,02	0,71	1,46	>0,05
7,1-9,9gr/dl	37	14,98	82	16,08	0,92	0,60	1,40	>0,05
≤7gr/dl	4	1,62	1	0,2	8,38	0,93	75,36	<0,05
TOTAL	247	100,0	510	100,0				

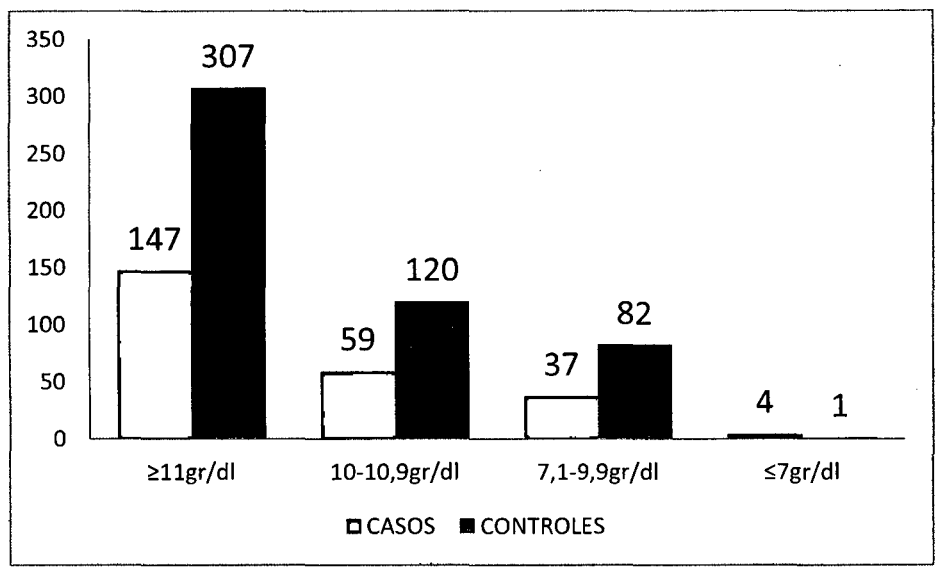
Fuente: Historias clínicas del archivo del HAY. y SIP

INTERPRETACIÓN:

En el presente cuadro se observa que los grupos de casos y controles que presentan hemoglobina mayor a 7gr/dl no se asocian estadísticamente con la RPM (p>0,05). Mientras que en el grupo con hemoglobina menor o igual a 7gr/dl presenta una fuerte asociación con la RPM (p<0,05; O.R.=8,38; I.C.=0,93- 75,36).

GRÁFICO N° 04

ASOCIACIÓN ENTRE HEMOGLOBINA MATERNA (HB) Y RPM



Fuente: ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN:

De los controles la mayor frecuencia de los casos fueron las que tuvieron hemoglobina mayor o igual a 11 gr/dl con 307 casos seguido de las que tuvieron 10 – 10,9 gr/dl.

CUADRO Nº 05

ASOCIACIÓN ENTRE NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES (CPN) Y RPM EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA, JULIO 2014 JUNIO 2015.

NÚMERO DE CPN	CASOS		CONTROLES		O.R.	I.C. 95%		P
	Nº	%	Nº	%				
≤ 3	65	26,32	57	11,18	2,83	1,91	4,21	<0,05
4-5	40	16,19	56	10,98	1,56	1,01	2,42	<0,05
>6	142	57,49	397	77,84	0,38	0,28	0,53	<0,05
TOTAL	247	100,0	510	100,0				

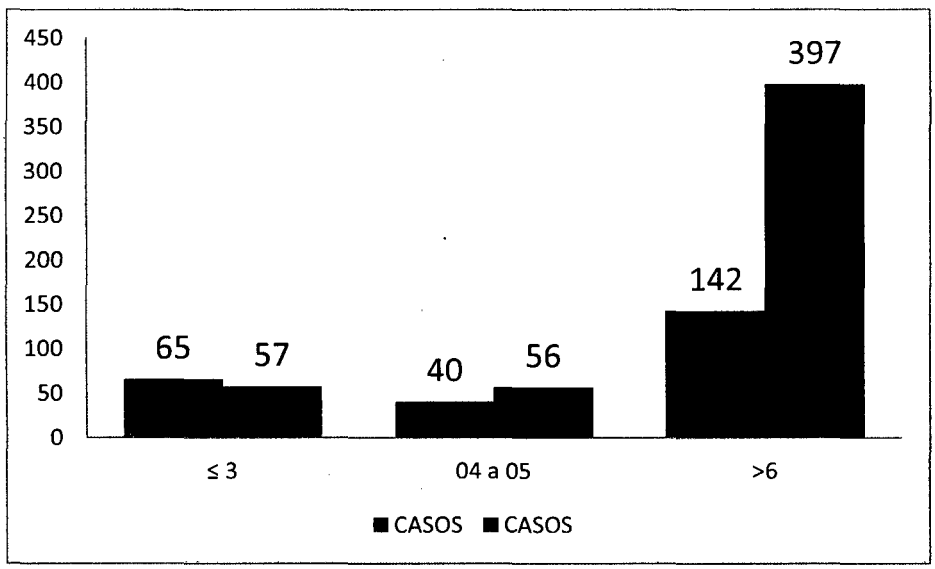
Fuente: Historias clínicas del archivo del HAY. y SIP

INTERPRETACIÓN:

En el cuadro se aprecia que el número de controles prenatales tienen relacion con la RPM, sin embargo presentar igual o menor de 3 controles prenatales tienen 2.83 veces riesgo de presentar RPM y se observa que más de 6 controles prenatales es un factor de protección para la RPM.

GRÁFICO N° 05

ASOCIACIÓN ENTRE NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES (CPN) Y RPM



Fuente: ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN:

Las pacientes que tuvieron más de 6 controles fueron las de mayor frecuencia con 142 y 397 en casos y controles, menor o igual a 3 controles fueron 65 y 57 casos y controles respectivamente, además los que tuvieron de 4 a 5 controles fueron 40 y 56 casos y controles respectivamente; sobre el número de controles prenatales.

CUADRO Nº 06

ASOCIACIÓN ENTRE CESAREA ANTERIOR Y RPM EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA JULIO 2014 - JUNIO 2015.

CESAREA ANTERIOR	CASOS		CONTROLES		O.R.	I.C. 95%		P
	Nº	%	Nº	%				
SI	21	8,5	13	2,55	3,55	1,75	7,22	<0,05
NO	226	91,5	497	97,45	0,28	0,14	0,57	<0,05
TOTAL	247	100,0	510	100,0				

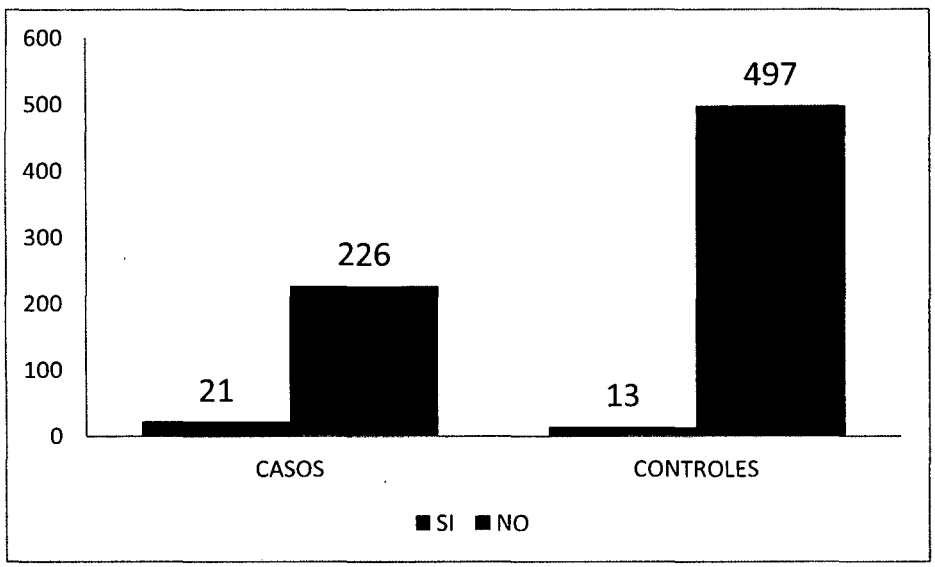
Fuente: Historias clínicas del archivo del HAY. y SIP

INTERPRETACIÓN:

Se observa que el grupo de gestantes con antecedente de cesárea anterior presentan una fuerte asociación con la RPM (O.R. = 3,55; p < 0,05), mientras que las gestantes sin el antecedente de cesárea anterior presentan factor de proteccion de presentar RPM.

GRÁFICO N° 06

ASOCIACIÓN ENTRE CESÁREA ANTERIOR Y RPM



Fuente: ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN:

Fueron pocos los casos que tuvieron antecedentes de cesárea en los casos y controles con 21 y 13, siendo mayor el número de las que no tuvieron cesáreas anteriores con 226 y 497, en los casos y controles respectivamente.

CUADRO Nº 07

ASOCIACIÓN ENTRE INFECCIÓN VAGINAL Y RPM EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA JULIO 2014 - JUNIO 2015.

INFECCIÓN VAGINAL	CASOS		CONTROLES		O.R.	I.C. 95%		P
	Nº	%	Nº	%				
SI	12	4,86	2	0,39	13,00	2,88	58,41	<0,05
NO	235	95,14	508	99,61	0,08	0,02	0,31	<0,05
TOTAL	247	100,0	510	100,0				

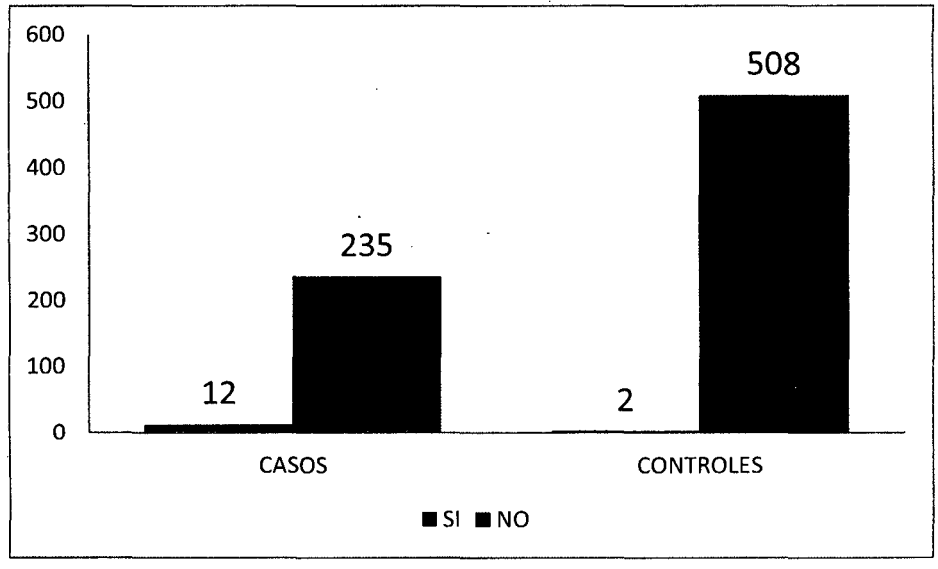
Fuente: Historias clínicas del archivo del HAY. y SIP

INTERPRETACIÓN:

El presente cuadro nos muestra que las pacientes con infección vaginal tienen 13 veces más riesgo de presentar RPM. Mientras que las pacientes que no tuvieron infección vaginal tienen OR (0.08) .

GRÁFICO N° 07

ASOCIACIÓN ENTRE INFECCIÓN VAGINAL Y RPM



Fuente: ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN:

Sobre la asociación entre infección vaginal y RPM, fueron pocas las pacientes que tuvieron con 12 y 2 en los casos y controles, sin embargo las que no lo tuvieron fueron 235 y 508 para los casos y controles respectivamente.

CUADRO N° 08

ASOCIACIÓN ENTRE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (ITU) Y RPM EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA JULIO 2014 - JUNIO 2015.

ITU	CASOS		CONTROLES		O.R.	I.C. 95%		P
	N°	%	N°	%				
SI	98	39,68	121	23,73	2,11	1,53	2,93	<0,05
NO	149	60,32	389	76,27	0,47	0,34	0,65	<0,05
TOTAL	247	100,0	510	100,0				

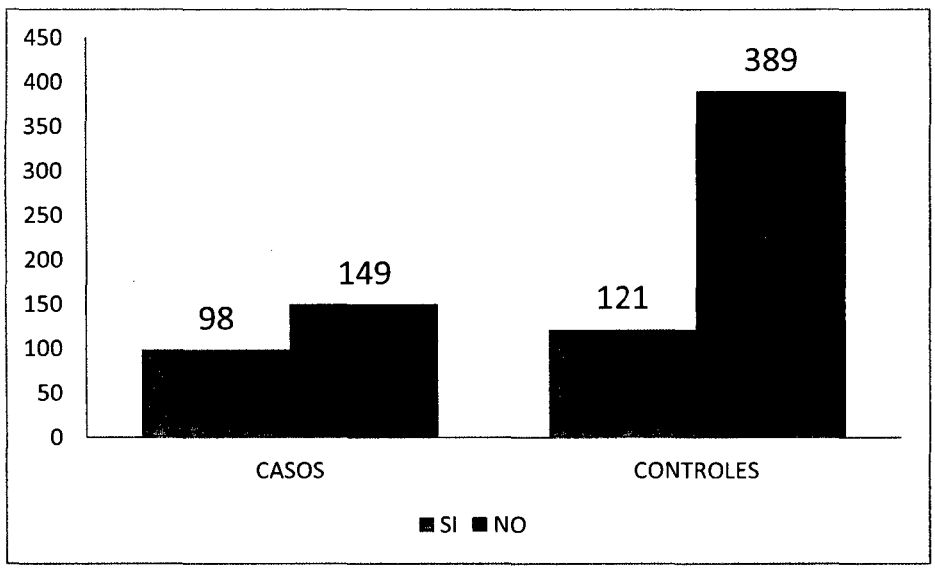
Fuente: Historias clínicas del archivo del HAY. y SIP

INTERPRETACIÓN:

Se observa que en gestantes con ITU tienen 2.11 veces de presentar RPM. Mientras que las gestantes que no presentaron ITU tienen OR (0.47).

GRÁFICO N° 08

ASOCIACIÓN ENTRE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (ITU) Y RPM



Fuente: ficha de recolección de datos

INTERPRETACIÓN:

De las pacientes con ITU y RPM las que estuvieron relacionadas, fueron 98 y 149 en los casos y 121 y 389 en los controles.

CONCLUSIONES

1. La edad materna ≤ de 18 años es un factor de riesgo, para presentar ruptura prematura de membrana, en comparacion con la poblacion control tenemos que esta es 1.2 veces susceptible de presentarlo. Los resultados mostrados son coherentes con los diversos estudios realizados en el Perú, así tenemos Castro Rondan que obtuvo en su trabajo: Resultados Materno Perinatales de la Ruptura Prematura de Membranas Pretérmino realizado en Hospital Daniel Alcides Carrión del callao durante los años 2006 a 2008, mostrando que el grupo etáreo de 21 a 25 años presento la mayor cantidad de casos 39.30% seguido con un 38% en mujeres de 17 – 20 años.

2. El periodo intergenésico menores de 2 años, es un factor de riesgo que se asocia moderadamente a la ruptura prematura de membrana, ademas las pacientes en este grupo tienen la probabilidad de presentar dicha patologia en una proporcion de 1.7 veces superior a otras poblacion que no presenta periodo intergenesico menor de 2 años. Tambien se encontro que las pacientes cuyo periodo intergenesico mayor o igual a 2 años no presentan riesgo muy por el contrario, tienen un factor protector para dicha patologia. Existen varios reportes que indican un periodo intergenésico corto o muy largo posterior a un embarazo a término, aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas (sangrados del tercer trimestre, rotura prematura de membranas, endometritis puerperal, preeclampsia-eclampsia y anemia), así tenemos: en una publicación del Consorcio CATALYST "El espaciamiento optimo entre nacimientos: Nuevos hallazgos de América Latina sobre la asociación entre intervalos entre nacimientos y la salud perinatal, materna y adolescente" realizado en Latinoamérica durante los años 1985 – 2000; encuentra que las mujeres con intervalos intergenésicos menores de 15 meses tuvieron riesgo más alto de presentar ruptura prematura de membranas. El trabajo realizado por Morgan y colaboradores concluye que

en grupos con periodo intergenésico menores a 18 meses presentan una mayor asociación con la Ruptura Prematura de Membranas.

3. Sobre la paridad, las pacientes que no presentaron parto alguno tuvieron factor de riesgo, para desarrollar ruptura prematura de membarana, la asociacion fue debil; ademas se encontro que tener, mas de 4 partos, representan tener un factor de protección ante la mencionada patología. En el estudio realizado por Gisella Muñoz-Aznarán "Ruptura Prematura de Membranas en gestantes a término: factores asociados al parto abdominal" realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, marzo 2005 a marzo 2010. Un análisis univariado determinó factores asociados al parto abdominal, Se estimó un modelo predictivo final en el análisis multivariado, hallándose como factores de riesgo la edad materna, el Bishop de ingreso menor de 4 y presencia de preeclampsia, y como factor de protección la multiparidad de la paciente.

4. La hemoglobina menor de 7 gr/dl es un factor de riesgo, para la ruptura prematura de membrana, representa una asociación fuerte para dicha patologia. Las pacientes con niveles de hemoglobina antes citada tienen 8.3 veces mas de probabilidad de padecer ruptura prematura de membranas. Padilla Mosquera Jorge en su investigación "Resultados perinatales y complicaciones maternas en gestaciones pretérmino con Rotura Prematura de Membranas pretérmino asociadas a la vía del parto en el Hospital Nacional Dos de Mayo 2001-2009" realizado el 2010 en la ciudad de Lima. Encontró que la anemia es la enfermedad intercurrente más asociada a Ruptura Prematura pretérmino, presentándose en el 34% de los casos, además la infección urinaria y bajo nivel educativo de la madres fueron factores fuertemente asociados a Ruptura Prematura de Membranas Pretérmino.

5. Presentar controles prenatales menor o igual a 3 y tambien de 4 - 5 controles prenatales, representa una asociacion moderada, con 2.83 veces y 1.56 veces de padecer ruptura prematura de membrana. Para el número de controles prenatales mayores de 6 representa ser un factor de proteccion para la mencionada patología. con respecto a la cantidad de atenciones prenatales. Fred Morgan y colaboradores En su estudio "Factores sociodemográficos y obstétricos asociados con rotura prematura de membranas" realizado en el Hospital Civil de Culiacán (México) entre enero 2005 y diciembre de 2008. se concluyeron que la falta de atención prenatal se asocia con un elevado riesgo de presentar Ruptura Prematura de Membranas.

6. Una cesárea anterior es un factor de riesgo para padecer la ruptura prematura de membrana, con 3.5 veces de padecerla en comparacion con poblaciones que no presentan el mencionado antecedente. Representa una fuerte asociacion. El no haber tenido cesárea previa, representa un factor de proteccion para las pacientes con ruptura prematura de membrana. Fred Morgan y colaboradores En su estudio "Factores sociodemográficos y obstétricos asociados con rotura prematura de membranas" realizado en el Hospital Civil de Culiacán (México) entre enero 2005 y diciembre de 2008. se concluyeron que el antecedente de dos o más cesáreas se consideró factor protector para la rotura prematura de membranas.

7. Para la infección cervico vaginal las pacientes que la padecieron, tienen 13 veces mayor probabilidad de presentar ruptura prematura de membranas, su asociacion se acerca al infinito. Y las que no tienen infección cervico vaginal, representan un factor de protección. Martínez Camilo y cols. en su estudio "Uso de antimicrobianos en pacientes con rotura prematura de membranas y embarazo pretérmino", realizado en el Hospital Gineco-obstétrico Docente de Guanabacoa (Cuba) durante el año 2009. El universo de estudio formado por 45 pacientes, las que presentaron rotura prematura de membrana en

embarazadas pretérmino con el objetivo de estudiar algunos factores epidemiológicos, así como la respuesta al tratamiento con antimicrobianos. De las variables estudiadas, la infección vaginal fue la enfermedad que más se asoció con el 31,1 % a la Ruptura Prematura de Membranas. La vía del parto fue vaginal en el 75,5 %. De igual forma, el 77,7 % de las madres no presentaron complicación.

8. Pacientes con infección urinaria, es un factor de riesgo con 2.1 veces de generar ruptura prematura en pacientes, tienen una asociacion moderada. Las pacientes que no tienen dicha asociacion, representan un factor de protección. Andrés Ochoa-Matamoros y cols, en su estudio "Frecuencia de Ruptura Prematura de Membranas en parto pretérmino y valoración de protocolos de manejo a corto y largo plazo en la sala de labor y parto del instituto hondureño de seguridad social" realizado durante el año 2010, en el Instituto Hondureño de Seguridad Social de Tegucigalpa (Honduras). Concluyéndose que la frecuencia de ruptura de membranas fue de un 20.7%, los factores causales agregados más importantes lo constituyeron los idiopáticos en un 60.7%, seguido de las infecciones genitourinarias en un 28.5% y anomalías uterinas en un 7.1%.

RECOMENDACIONES

1. Al determinar los factores de riesgo materno asociados a Ruptura Prematura de Membranas se sugiere vigilar el llenado correcto de la historia clínica materna, ya que es el único instrumento de recolección de información de la gestante para poder identificar los factores de riesgo para cualquier patología correspondiente.

2. El período intergenésico óptimo para prevenir complicaciones maternas y fetales es de 2 a 4 años, lo que hace necesario educar a las gestantes acerca de la importancia de una adecuada planificación de los embarazos, haciendo énfasis que en períodos extremos (menor de 24 meses y mayor de 49 meses) el riesgo de complicaciones maternas y fetales es mayor.

3. Que las mujeres tengan acceso a la información y a los servicios de la más amplia gama de métodos anticonceptivos para hacer uso de su derecho a la planificación familiar y regular su fecundidad de acuerdo a sus ideales reproductivos.

4. Es necesario ampliar los programas de educación en salud materna, porque sólo así se puede obtener resultados positivos en la asistencia a la atención prenatal y disminuir las condiciones de morbimortalidad materno-infantil.

5. Funcionamiento del área de nutrición para brindar la información e implementación nutricional necesaria durante el embarazo y concientizar a la gestante de la importancia de un balance nutricional.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mercer BM. Preterm prematur rupture of the membranes. Obstet Gynecol 2003; 101:178-93.

2. Gómez R. Rotura prematura de membranas. Boletín Perinatal Ministerio de salud de Chile 2010; 1(1): 5-23.

3. Pitre R, Salcedo J. Incidencia de casos de ruptura prematura de membrana en el hospital nuestra señora de Chiquinquirá en pacientes de 15 a 19 años durante 2009-2010. Venezuela: Universidad de Boyacá; 2011.

4. López, José, Lugones Miguel, Valdespino Luis y Virella Javier. Algunos Factores Maternos Relacionados Con El Bajo Peso Al Nacer, Revista Cubana Obstetricia Ginecología - Cuba, 2004; 30 (1). Disponibleen:http://bases.bireme.br/cgibin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=143205&indexSearch=ID

5. Instituto Materno Perinatal. Consolidado estadístico 2012- 2014.Lima.

6. Dirección Regional de Salud. Consolidado estadístico 2012 – Ucayali.

7. Scott TC, Kimberly G, Calvin H. Ruptura prematura de membranas: en Revista Perinatal 2001; p:18:397-413.

8. Romero-Arauz JF, Martinez - Chequer JC, Garcia-Alonso, López A, et al. Utilidad del perfil biofísico fetal en la rotura prematura de membranas pretérmino con tratamiento. Ginecol Obstet Mex 2005; 73:415-23.

9. Pitre R, Salcedo J. Incidencia de casos de ruptura prematura de membrana en el hospital nuestra señora de Chiquinquirá en pacientes de 15 a 19 años durante 2009-2010. Venezuela: Universidad de Boyacá; 2011.

10. Vázquez N, Flores F. Incidencia de la rotura prematura de membranas en gestantes pretérmino. Rev Cubana Obstet Ginecol 2007; 30(2).

11. López J, Nava E. Incidencia y complicaciones de la ruptura prematura de membranas en el Hospital Dr. Rafael Calles Sierra. Revista Venezolana 1997.

12. Morgan Ortiz F, Gómez Soto Y, Valenzuela Gonzales I, Gonzales Beltrán A, Quevedo Castro E, Osuna Ramírez I. Factores sociodemográficos y obstétricos asociados con rotura prematura de membranas. Ginecol Obstet Mex 2008;76(8):468-7

13. Martínez C, Álvarez P. Uso de antimicrobianos en pacientes con rotura prematura de membranas y embarazo pretermino. Rev Cubana Obstet Ginecol 2002; 28(2):75-9

14. Matamoros O. Frecuencia de rotura prematura de membranas en parto pretérmino y valoración de protocolos de manejo a corto y largo plazo en la sala de labor y parto del instituto hondureño de seguridad social. Rev Med Post UNAH 2001mayo.Vol. 6 No. 2.

15. Castro Rondan E. Resultados materno-perinatales de la rotura prematura de membranas pretérmino en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao en el periodo, 2006-2008. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos Escuela Post Grado; 2009.

16. Padilla Mosquera J. Resultados perinatales y complicaciones maternas en gestaciones pretérmino con rotura prematura de membranas asociadas a la vía del parto: Hospital Nacional Dos de Mayo 2001-2009. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos Escuela Post Grado; 2010.

17. Morales D, Rosales J, Delgado M, Pulido N, Roa R. Ruptura prematura de membranas ovulares: incidencia y manejo en el Hospital Dr. Patrocinio Peñuela Ruíz IVSS 2001-2004 .Col. med. estado Táchira 2006 jun; 15(2):38-41.

18. Vigil de Gracia P, Savransky R, Pérez Wuff J, Delgado Gutiérrez J, Nunez Moráis E. Ruptura prematura de membranas. Guía clínica de la Federación Latino Americana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia; Guía № 01.2011.

19. Castro Rondan E. Resultados materno-perinatales de la rotura prematura de membranas pretérmino en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao en el periodo, 2006-2008. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos Escuela Post Grado; 2009.

20. López Osma F, Ordoñez Sánchez F; Ruptura prematura de membranas fetales: de la fisiopatología hacia los marcadores tempranos de la enfermedad. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 57 No. 4 • 2006 • (279-290)

21. Ortiz, Yamel; Factores sociodemográficos y obstétricos asociados con ruptura prematura de membranas, Artículo original, Ginecología Obstetricia Mex 2008;76(8):468-75.

22. Consorcio CATALYST. El espaciamiento optimo entre nacimientos: Nuevos hallazgos de América Latina sobre la asociación entre intervalos entre nacimientos y la salud perinatal, materna y adolescente: disponible en:http://www.rhcatalyst.org/site/DocServer/OBSISpaConde.pdf?docID=140. Acceso el 4 de Julio 2012.

23. Vázquez NJ, Vásquez CJ, Rodríguez P.; Epidemiología de la rotura prematura de membranas en un hospital Ginecoobstétrico; Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2003, 29(2): 220-223.

24. Friedman ML, McElin TW. Diagnostico de ruptura prematura de membranas fetales. Revisión del estudio clínico. Federación de Ginecología Obstetricia 2001; 104(4):544-50.

25. Lattus José. Nuevo Test Para Detectar Rotura Prematura De Membranas. Revista de estudio clínico. Chile. Disponible en: http://www.med.uchile.cl/2008/diciembre/1424-medicos-recomiendan-nuevo-test-para-detectar-rotura-prematura-de-membranas-.html

26. Atauje Quispe J, Calderon Santisteban P. Complicaciones materno neonatales del manejo activo versus expectante de la ruptura prematura de membranas en gestantes de 34-36 semanas atendidas en el instituto materno perinatal durante julio 2001-julio2003. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos Escuela de Obstetricia; 2004.

27. Handler A. Rosenberg D., Monahan C., Kennelly J. (2002). Métodos Analíticos en la Salud de la Madre y el niño p. 69

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCCIÓN DE DATOS:

"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA"

- Historia clínica:

1. Controles prenatales:
2. Edad materna:
3. Periodo Intergenesico:
4. Infección Cervico vaginal:
5. Infección Urinaria
6. Paridad: Fórmula Obstétrica
7. Cesárea previa
8. Hb:

MATRIZ DE CONSISTENCIA

FACTORES DE RIESGO MATERNO EN RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS
FORMULACIÓN: ¿Cuál es la asociación entre los factores de riesgo materno y ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Pucallpa durante el periodo junio 2014 – julio 2015	**GENERAL:** Determinar la asociación de los factores de riesgo materno y ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo Enero – Diciembre 2012.	**PRINCIPAL:** Existe asociación de los factores de riesgo materno y la ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo Julio 2014 – Junio 2015.
SISTEMATIZACIÓN:	**ESPECÍFICOS:**	**SECUNDARIAS:**
¿Cuál es el grado de asociación de la edad materna y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015?	Cuantificar el grado de asociación de la edad materna y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015.	Existe asociación de la edad materna y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015.
¿Cuál es el grado de asociación del periodo intergenésico y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015?	Medir grado de asociación del periodo intergenésico y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015.	Existe grado de asociación del periodo intergenésico y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015.
¿Cuál es el grado de asociación de la paridad y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015?	Cuantificar el grado de asociación de la paridad y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015.	Existe asociación de la paridad y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015.
¿Cuál es el grado de asociación del nivel de hemoglobina materna y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015?	Estudiar es el grado de asociación del nivel de hemoglobina y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015.	Existe asociación del nivel de hemoglobina y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015.

¿Cuál es el grado de asociación de los controles prenatales y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015?	Medir el grado de asociación de los controles prenatales y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015.	Existe asociación de los controles prenatales y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015.
¿Cuál es el grado de asociación de cesárea previa y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015?	Analizar el grado de asociación de cesárea previa y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015.	Existe asociación de cesárea previa y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015.
¿Cuál es el grado de asociación de la infección cérvico vaginal y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015?	Medir el grado de asociación de la infección cérvico vaginal y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015.	Existe asociación de la infección cérvico vaginal y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015.
¿Cuál es el grado de asociación de la infección urinaria y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015?	Medir el grado de asociación de la infección urinaria y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015.	Existe asociación de la infección urinaria y la ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Amazónico de Yarinacocha, durante el periodo julio 2014 – junio 2015.