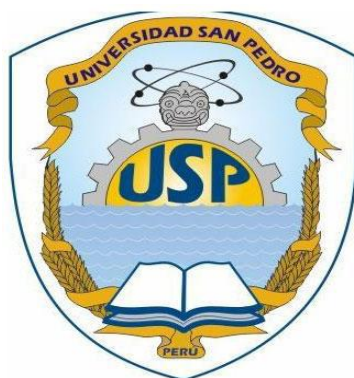


UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE OBSTETRICIA



RESULTADOS PERINATALES EN GESTANTES DE 24
A 33 SEMANAS CON ROTURA PREMATURA DE
MEMBRANAS EN EL INSTITUTO NACIONAL
MATERNO PERINATAL
JUNIO - DICIEMBRE 2015

Tesis para obtener el Título de Especialista en Emergencias y
Cuidados Críticos en Obstetricia

Autores:

LEÓN LEÓN, Herminio.
NEIRA QUISPE, Marisa Violeta.

Asesor:

Ms. LUISA MAGALI RIVAS ALVARADO

CHIMBOTE- PERÚ

2017

DEDICATORIA

A mi esposa Mariluz Sonia Domínguez De la Cruz De León
A mis hijas Alyssa León Domínguez y Lizeth León Domínguez

Herminio León León

A mi madre María Olinda Quispe Espinoza

Marisa Neira Quispe

PALABRAS CLAVE:

Tema	Rotura Prematura de Membranas
Especialidad	Emergencias y Cuidados críticos en Obstetricia
Objetivo	Identificar
Método	Descriptivo Observacional

KEYWORDS

Topic	Premature rupture of membranes
Specialty	Emergencies and Critical Care in Obstetrics
Objective	Identify
Method	Descriptive Observational

**RESULTADOS PERINATALES EN GESTANTES DE
24 A 33 SEMANAS CON ROTURA PREMATURA
DE MEMBRANAS EN EL INSTITUTO
NACIONAL MATERNO PERINATAL
JUNIO - DICIEMBRE 2015**

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se titula “Resultados perinatales en gestantes de 24 a 33 semanas con rotura prematura de membranas en el Instituto Nacional Materno Perinatal junio - diciembre 2015”, tiene como objetivo identificar los resultados perinatales en gestantes de 24 a 33 semanas con Rotura Prematura de Membranas en el Instituto Nacional Materno Perinatal junio-diciembre 2015. El estudio fue observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo. La muestra estuvo conformada por 60 gestantes de 24 a 33 semanas con rotura prematura de membranas. Instrumento: ficha de recolección de datos procesada en el Programa Estadístico SPSS V23. El 66,7% de las pacientes presentaron entre 19 a 34 años de edad; grado de instrucción, secundaria (73,3%) y nivel socio-económico de alto riesgo (71,7%). Características obstétricas: edad gestacional promedio de 29,7 semanas, parto por cesárea (73,3%), los antecedentes obstétricos fueron parto prematuro y aborto, en las complicaciones maternas más frecuentes se encontró sufrimiento fetal (46,7%) y anemia gestacional (33,3%). Características neonatales: peso promedio del recién nacido, 1783,9 gr, sexo masculino (73,3%), puntaje Apgar al minuto y a los cinco minutos de 7 a 10 con 53.3% y 80% respectivamente. Complicaciones neonatales más frecuentes: ingreso a UCIN (23,3%), alteración sensorial (11,7%) y membrana hialina (11,7%), se encontró 11 casos de recién nacidos que fallecieron (18.8%). Tiempo promedio de sobrevivencia de recién nacidos que fallecieron: 4,8 días, el 54,5% entre 1 y 6 días, 27,3% menores a 1 día y 18,2% mayores a 6 días. Se concluyó que en los resultados perinatales de gestantes entre 24 a 33 semanas con ruptura prematura de membrana, es más frecuente el parto por cesárea, las complicaciones perinatales más frecuentes fueron el sufrimiento fetal, anemia gestacional, ingreso del neonato a UCIN, alteración sensorial y membrana hialina; la frecuencia de mortalidad neonatal alcanzó el 18,8%.

ABSTRACT

The present research work is entitled “Perinatal outcomes in pregnant women aged 24 to 33 weeks with premature rupture of membranes at the National Maternal Perinatal Institute June - December 2015”, aims to identify perinatal outcomes in pregnant women aged 24-33 weeks Premature Membrane Rupture in the “Instituto Nacional Materno Perinatal” June – December 2015. The study was observational, descriptive, transversal, retrospective. The sample consisted of 60 pregnant women aged 24 to 33 weeks with premature rupture of membranes. Instrument: data collection sheet processed in the Statistical Program SPSS v 23. 66.7% of the patients were between 19 and 34 years of age, educational level, secondary (73.3%). The 66.7% of marginal urban origin, and socio-economic level of high risk (71.7%). Obstetric characteristics: average gestational age of 29,7 weeks, cesarean delivery (73.3%), the obstetric history was preterm delivery and abortion; in the most frequent maternal complications were fetal distress (46.7%) and gestational anemia (33.3%). Neonatal characteristics: mean weight of the newborn, 1783.9 g, male (73.3%), Apgar score to the minute and five minutes of 7 to 10 with 53.3% and 80%, respectively. The most frequent neonatal complications were admission to NICU (23.3%), sensory impairment (11.7%) and hyaline membrane (11.7%). There were 11 cases of newborns who died. Average survival time of newborns who finally died: 4.8 days, 54.5% between 1 and 6 days, 27.3% less than 1 day and 18.2% higher than 6 days. It was concluded that in the perinatal results of pregnant women between 24 and 33 weeks with premature rupture of the membrane, cesarean delivery is more frequent, the most frequent perinatal complications were fetal distress, It was concluded that in the perinatal results of pregnant women between 24 and 33 weeks with premature rupture of the membrane, cesarean delivery is more frequent, the most frequent perinatal complications were fetal distress, gestational anemia, neonatal admission to NICU, sensory impairment, and hyaline membrane, the frequency of neonatal mortality was 18.8%.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	ii
PALABRAS CLAVE	iii
RESUMEN	v
ABSTRACT.....	vi
I INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	1
1.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES	2
1.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES.....	4
1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	8
1.3 PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	9
1.3.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	9
1.3.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.4 MARCO REFERENCIAL.....	11
1.4.1 PREVALENCIA.....	12
1.4.2 CAUSAS DE RPM.....	13
1.4.3 FACTORES DE RIESGO	14
1.4.4 CUADRO CLÍNICO	14
1.4.5 DIAGNÓSTICO	14
1.4.6 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	17
1.4.7 COMPLICACIONES MATERNAS Y PERINATALES	17
1.4.8 MANEJO	19
1.4.9 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	28
1.5 HIPÓTESIS	30
1.6 VARIABLE	30
1.7 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	30
1.7.1 OBJETIVO GENERAL.....	30
1.7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30

1.8 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	31
II MATERIAL Y MÉTODOS	33
2.1 TIPO DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	33
2.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	33
2.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN	33
2.1.3 MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN.....	33
2.1.4 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	34
2.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	34
2.2.1 POBLACIÓN.....	34
2.2.2 MUESTRA	34
2.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	35
2.3.1 TÉCNICAS	35
2.3.2 INSTRUMENTOS.....	35
2.3.3 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	35
2.4 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	36
III RESULTADOS.....	37
IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	47
V. CONCLUSIONES.....	49
VI. RECOMENDACIONES	50
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	52
VIII. ANEXOS	58

I.INTRODUCCIÓN

La ruptura prematura de membranas en partos pretérminos, es una complicación obstétrica que está relacionada con el aumento de la morbilidad materna como la corioamnionitis o infección puerperal por la discontinuidad de las membranas ovulares, así también se incrementa la morbilidad neonatal a consecuencia de esta situación ya que se hace impostergable el nacimiento prematuro y es posible la contaminación intrauterina desde la vagina (Aguirre, 2015).

La presente investigación pone en evidencia los resultados perinatales de gestantes de 24 a 33 semanas con rotura prematura de membranas, los cuales constituyen una población de riesgo para desarrollar morbilidad, es así que los resultados permitirán fortalecer la consejería personalizada en las gestantes para prevenir posibles complicaciones o actuar de forma oportuna al detectar precozmente la patología que aqueja a consecuencia de la ruptura de membranas ovulares.

El estudio se divide en ocho apartados, el primer capítulo presenta los antecedentes bibliográficos nacionales e internacionales sobre el tema de investigación, así como su descripción problemática, justificación y bases teóricas.

En el capítulo II se desarrolla la metodología de la investigación como el diseño de estudio, población y muestra, instrumentos y el procesamiento de los datos. En el siguiente capítulo se presenta en tablas y gráficos los resultados del estudio que responden a los objetivos planteados. En el capítulo IV se realiza la contrastación de los resultados encontrados con la información bibliográfica disponible.

En los siguientes apartados se presentan las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y finalmente los anexos.

1.1 ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

1.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Van der, Jonge, Duvekot, Reiss y Brussé (2016) en Holanda, realizaron una investigación denominada *Resultados maternos y neonatales de la ruptura prematura de membranas antes de la viabilidad* con el objetivo de investigar los resultados maternos y neonatales de ruptura prematura de membranas (RPM) y comparar el resultado entre la RPM previo antes y después de las 20 semanas de embarazo, con datos de un solo centro. Fue un estudio retrospectivo de cohorte en un hospital universitario de enseñanza de los Países Bajos, contaron con 160 mujeres con embarazo simple o gemelo, de 2002 a 2011, que presentaron PRM antes de las 24 semanas de gestación. Los resultados que obtuvieron reflejaron que 90 (56,2%) desarrollaron complicaciones (infección intrauterina, placenta retenida, desprendimiento placentario o sepsis), no hubo mortalidad materna, 68 recién nacidos fueron admitidos después del nacimiento, contracturas (58.8%, $p < 0.001$) ocurrieron significativamente más en neonatos nacidos después de RPM < 20 semanas de embarazo. Finalmente, el 38,4% de los neonatos sobrevivieron, los neonatos nacidos después de la RPM > 20 semanas tenían una mayor probabilidad de estar vivo al alta (22,7 frente a 46,9%, $p = 0,008$). Concluyeron entonces que este estudio de un solo centro puede proporcionar una buena base para el asesoramiento de los padres sobre RPM, especialmente el pronóstico de RPM < 20 semanas de embarazo es de valor adicional.

Gutiérrez (2015) en su tesis *Factores socio-demográficos asociados a ruptura prematura de membranas*, en Veracruz, México, Objetivo: identificar, los factores socio-demográficos asociados a ruptura prematura de membranas. Diseño: transversal, prospectivo, descriptivo. Muestra: 226 embarazadas. El estudio se analizó con medidas de tendencia central y proporciones mediante el paquete estadístico SPSS. Resultados: edad promedio fue 27 ± 5 años, 46.9% eran casadas, 40.3% cursaban bachillerato, 48.7% eran empleadas, 33.6% de las pacientes labora en promedio 5 horas, 19% inicia su control en el tercer mes, 45.2% aumentaron más de 9 kilos, aquellas que tenían hemoglobina menor a 11 fueron 19.9%, las que tenían

2 embarazos fueron 48.7% del total, la semana de gestación cuando presentó RPM fue la semana 37 siendo el 45.1%, el inicio de vida sexual activa antes de los 18 años agrupo al 51.3%, aquellas que no llevaban método de planificación familiar fueron 48.7% y finalmente aquellas que tenían 2 parejas sexuales fueron 46%. Conclusión: entonces que las pacientes con RPM presentan clase social baja, falta de control prenatal, son segundigestas, presentan anemia e hipertensión arterial.

Mendez et al (2014) realizaron un artículo titulado *Neonatal and Infant Outcomes in Twin Gestations With Preterm Premature Rupture of Membranes at 24–31 Weeks of Gestation*. Rhode Island, Estados Unidos. Objetivo: describir la morbilidad perinatal e infantil y asociada a ruptura prematura de membranas pretérmino en una cohorte de embarazos gemelares. Muestra: 151 mujeres gestantes de 24 a 31 semanas que cumplieron los criterios de inclusión. Instrumento: ficha de recolección de datos para el recojo de información; todos los análisis se realizaron con SPSS v. 22; las variables continuas se compararon mediante la prueba t de Student, mientras que las variables categóricas se compararon mediante la prueba exacta de Fisher. Resultados: mostraron que no hubieron muertes fetales, sin embargo la tasa de mortalidad neonatal fue de 90 por cada 1.000 recién nacidos; con una tasa de parálisis cerebral entre los supervivientes del 7.3%. Conclusión: que en los embarazos gemelares con RPM pretérmino de 24 a 31 semanas de gestación existió una alta tasa de mortalidad neonatal y de parálisis cerebral.

Venegas (2013) en el estudio *Incidencia de Ruptura Prematura de Membranas en pacientes primigestas del Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo septiembre 2012 a febrero 2013*. Portoviejo, Ecuador. Objetivo: investigar la incidencia de Ruptura Prematura de Membranas en pacientes primigestas en el Hospital Verdi Cevallos Balda, esta investigación fue de tipo descriptivo, explicativo, transversal, no experimental. Muestra: 41 mujeres embarazadas que presentaron ruptura prematura de membranas sin trabajo de parto. Instrumento: ficha de recolección de datos para recoger información de las historias clínicas de las pacientes. Resultados: 2.5% del total de mujeres embarazadas

atendidas presentaba ruptura prematura de membranas, además solo en el 15% de los casos de RPM se presentaron con recién nacidos pre término. Del estudio concluyeron que los factores predisponentes para RPM fueron: edad menor de 20 años, procedentes de la zona urbana, estado civil de unión libre, su condición de nulíparas, infección de vías urinarias, control prenatal deficiente.

Chávez y Vargas (2012) en Ecuador, realizaron un estudio denominado *Resultados obstétricos y perinatales en la ruptura prematura de membranas en embarazadas que fueron atendidas en el hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, en el primer semestre del año 2011*, con el objetivo de determinar los resultados obstétricos y perinatales en embarazadas con RPM, se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo las embarazadas ingresadas en el Hospital Verdi Cevallos Balda en el primer semestre del año 2011. El estudio fue de tipo retrospectivo, descriptivo, analítico con una muestra de 41 gestantes con el diagnóstico de RPM, en quienes se aplicó un formulario para la recopilación de información. Los resultados del estudio revelaron que la RPM tuvo una prevalencia del 2,5%, respecto a los factores predisponentes encontraron que los más importantes fueron: la edad menor de 20 años (54%), el nivel de escolaridad primaria (51%), la unión libre (75%), nulíparas (54%), infecciones previas de vías urinarias (49%), respecto a los antecedentes obstétricos encontraron al control prenatal deficiente con el 88%.

1.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Laguna (2015) en su Tesis *Prevalencia de los Factores de Riesgo Asociados a la Rotura Prematura de Membranas en Gestantes del Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé en el Periodo Enero-Diciembre 2014*, Lima Perú. Objetivo: determinar la prevalencia de los factores de riesgo maternos asociados a rotura prematura de membranas, siendo una investigación de tipo no experimental, descriptivo-transversal, cualitativo. Muestra: 109 pacientes de quienes revisaron historias clínicas, para identificar los factores de riesgo, utilizando la prueba estadística Chi cuadrado, con un nivel de significación de 0.05. Resultados: el 62.4% corresponden a gestantes con RPM pretérmino, el 15.6% de las gestantes fue

diagnosticada con RPM prolongado, el 37.6% tiene alto riesgo de RPM por edad, el 78% de casos de RPM fue por diagnóstico clínico, el 57% tenía control prenatal insuficiente, 60% de casos eran gestantes nulíparas, 42% de gestantes tenía antecedente de infección vaginal, el 31.2% de gestantes tenía diagnóstico de infección urinaria en la gestación actual. Conclusión: los factores de riesgo más frecuentes son el control prenatal insuficiente, infección cervico-vaginal e infección urinaria.

Aguirre (2015) en su tesis *Características de las gestantes con ruptura prematura de membranas pretérmino atendidas en el hospital nacional Sergio E. Bernales*, Comas, Perú. Objetivo: determinar las características de las gestantes con ruptura prematura de membranas pre término. Diseño: descriptivo, transversal, retrospectivo, probabilístico. Muestra: 53 gestantes del hospital en estudio. Instrumento: una ficha clínica de datos para la recolección de información que fue analizada con el programa estadístico SPSS. Resultados obtenidos fueron: edad promedio 27 años, 15.5% pertenece al nivel educativo secundario, 67.9% son convivientes, 92.5% son amas de casa, edad gestacional media 33.88 semanas, multiparidad representa el 43.4%, el promedio de controles pre natales 4.377, pacientes con antecedentes de parto pretérmino 7.5%, con embarazo múltiple 1.9%, 75.5% presentó infección del tracto urinario, infecciones vaginales 28.3% y anemia 60.4%. Conclusión: las características de las gestantes con RPM son adultas jóvenes, con estudios secundarios, amas de casa, convivientes, multíparas que tiene control prenatal insuficiente, con anemia, y presentan infección de vías urinarias e infección vaginal.

Ignacio (2015) en la tesis *Factores Gineco – Obstétricos e infecciosos que condicionan la ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el hospital Ventanilla provincia constitucional del Callao*, en Callao Perú. Objetivo: de determinar los factores gineco - obstétricos e infecciosos que condicionan la ruptura prematura de membranas en gestantes. Diseño: analítico, caso-control, retrospectivo, de corte transversal, la muestra para estuvo conformada por 132 gestantes con

diagnostico de RPM y 132 gestantes sin RPM. Instrumento: una ficha para la recolección de información que fue analizada con el programa estadístico SPSS. Resultados: Gineco-Obstétricos: multigesta 55.3%; múltiparas 47.7%; no control prenatal 36.4%, periodo intergenésico menor de 3 años 46.2%. Infecciosos: infecciones del tracto urinario 63.6%, las infecciones de transmisión sexual 22.7%. Además obtuvo: gestantes añosas 36.4%; grado de instrucción secundaria 43.9%, en unión libre 84.8%, lugar de procedencia rural 49.2%, registrados en las historias clínicas del hospital.

Miranda (2014) en su artículo *Resultados maternos y perinatales del manejo conservador de la rotura prematura de membranas en gestantes de 24 a 33 semanas* en Lima, Perú. Objetivo: determinar los resultados maternos y perinatales del manejo conservador de la rotura prematura de membranas pre término en gestantes de 24 a 33 semanas, en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Diseño: estudio de tipo no experimental, observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo. Población: gestantes pre término con rotura prematura de membranas. Instrumento: un formulario de registro de datos de las historias clínicas. Resultados: Maternos: el 71,8 % de los casos termino en parto por cesárea, la edad promedio fue de 26,36 años, el 45,8 % fueron nulíparas, el 23.9% de gestantes presento corioamnionitis siendo la patología más frecuente, la edad gestacional promedio fue 29,06 semanas; la falta de controles (0 controles) fue el más frecuente con 26.76%. Resultados perinatales: El peso promedio al nacer fue de 1 653,14 g. el síndrome de dificultad respiratoria fue el más frecuente siendo 21,8 %, la mayoría de los recién nacidos pre términos al nacer tuvieron buen APGAR. Concluyó entonces que la corioamnionitis y el síndrome de dificultad respiratoria fueron los resultados maternos y perinatales más frecuentes.

Paredes (2013) en la tesis *Factores de riesgo asociados a la ruptura prematura de membranas pretérmino – lejos del termino (23 a 31 semanas) y relación del tiempo de latencia con el resultado perinatal, hospital Víctor Lazarte – EsSalud, Trujillo, 2010 – 2012* en Trujillo Perú. Objetivo: determinar la asociación

entre los factores de riesgo en estudio: infección intraamniótica, vaginosis bacteriana, infecciones cervico – vaginal, procedimientos invasivos, bajo índice de masa corporal pre gestacional, anemia ferropénica, tabaquismo, antecedente de RPMP previo y parto pretérmino anterior, con la ruptura prematura de membranas pretérmino – lejos del término, en las gestantes atendidas. Diseño: retrospectivo, transversal, comparativo y observacional. Muestra: 79 casos de gestantes con RPM y 158 gestantes sin RPM, utilizó el programa SPSS. Resultados: las gestantes con RPM pretérmino – lejos del término: 22.8% de presentaban infección intraamniótica, 27.8% presentaron vaginosis bacteriana, 11.4% tenía infección cérvico vaginal, 27.8% presentaban IMC pregestacional bajo peso, 7.6% presentó antecedente de parto pretérmino. De las gestantes sin RPM, 8.9% tenía infección intraamniótica, 29.1% tenía vaginosis bacteriana, 11.4% infección cérvico vaginal, 19.6% presentó IMC pre gestacional bajo peso, el 0.6% tenía antecedente de parto pretérmino. Concluyó que existe asociación entre la RPM y la infección intraamniótica, existe alta asociación entre RPM y la anemia gestacional, no encontraron asociación entre RPM y la infección cérvico vaginal, la asociación de RPM y antecedente materno de RPM y parto pretérmino, no es concluyente.

1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Los nacimientos prematuros son una complicación del embarazo a nivel mundial y la rotura prematura de membranas contribuye en cerca de un tercio a esa prematuridad. En América Latina aproximadamente uno de cada 7 nacimientos es prematuro y la rotura prematura de membranas y los trastornos hipertensivos del embarazo son las principales causas.

En el Instituto Nacional Materno Perinatal (2014) la patología más frecuente entre las gestantes hospitalizadas son los problemas infecciosos (7.5%) correspondiendo la mayor parte a pacientes que presentan rotura prematura de membranas y/o corioamnionitis (64,9%). Los riesgos más importantes para el feto con RPM pre término son las complicaciones de la prematuridad.

Este trabajo se justifica porque con los resultados obtenidos además de conocer las complicaciones perinatales que pueden ocasionar la RPM pre-término y conocer la frecuencia con que se presentan podemos contribuir a mejorar las estrategias de prevención y manejo. Además, motiva también a la realización de nuevas investigaciones que aporten a la sociedad conocimientos de este tema; ya que, evitar o reducir el número de los nacimientos pretérminos es una prioridad en salud obstétrica por los problemas que conllevan.

La ejecución de la investigación es importante ya que permitió identificar las principales consecuencias obstétricas y neonatales de la rotura prematura de membranas entre las 24 a 33 semanas de gestación, ello permitirá anticiparse en la práctica obstétrica para disminuir la morbimortalidad neonatal así como brindar una atención de calidad a las gestantes, parturientas y al neonato en apoyo de la evidencia científica.

1.3 PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La rotura prematura de membranas (RPM) se refiere a la solución de continuidad de las membranas corioamnióticas antes del inicio espontáneo del trabajo de parto (Reece y Hobbins, 2010), definida como RPM lejos del término cuando esta rotura ocurre entre las 24 a 33 semanas de gestación (Bonilla y Pellicer, 2007). A nivel mundial, la rotura prematura de membranas antes de las 37 semanas de gestación es un evento obstétrico presente hasta en el 11,1% de gestaciones, equivalente a 14,9 millones nacidos vivos (Blencowe et al., 2013). Según reportes de países desarrollados se estima que este evento anualmente afectará a 120 000 embarazos (Mercer, 2003); Asimismo, es responsable de un tercio de partos prematuros y una importante causa de morbilidad perinatal, pues según Tindale, Fenrahum, Gemada y Aman (2016) trae consigo resultados maternos desfavorables hasta en el 22% de gestaciones, siendo la consecuencia frecuente de esta morbilidad la sepsis puerperal.

En países de Latinoamérica como Honduras se ha reportado que hasta el 20,7% de gestaciones culminan prematuramente a consecuencia de la RPM (Ochoa y Caballero, 2001). La importancia del estudio de la RPM radica en el gran riesgo de infección intrauterina que trae consigo, la cual aumenta progresivamente con la duración del período latente; mientras que para el feto, los riesgos más significativos son las distocias de cordón y la infección intrauterina (Cifuentes, 2007). Por ello investigadores como Dars, Malik, Samrren y Ara (2014) mencionan que solo el diagnóstico precoz permite un manejo oportuno de la RPM y ello posibilita a los proveedores de atención obstétrica mejorar los resultados perinatales y minimizar la morbilidad neonatal.

En el Perú, investigadores como Fabián (2008) reportan que la incidencia del RPM pretérmino entre las 22 y 34 semanas es de 11,6% y según Araujo (2012) este evento obstétrico tiene mayores probabilidades de presentarse en gestantes de período intergenésico corto, anémicas, cesareadas previas, con infecciones genitourinarias, entre otros; no obstante, así como en la mayoría de investigaciones nacionales estos resultados proceden de gestantes de todas las edades gestacionales.

En investigaciones precedentes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza se ha reportado que si bien la RPM incrementa la morbilidad en general, esta es morbilidad es especialmente mayor en embarazos pretérmino (Mere et al., 2000). De ahí la importancia de realizar investigaciones –como la presente– donde se delimite el estudio de la RPM a edades gestacionales específicas.

El Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), es un hospital de referencia nacional de alta complejidad y altamente especializado para la atención de diversas patológicas obstétricas, incluida la RPM. Asimismo, en los servicios de obstetricia si bien ha habido una reducción de las infecciones maternas, sigue siendo la principal complicación en el 7,5% de gestaciones que cursaron con ruptura prematura de membranas. Por ser el INMP un centro de referencia para establecimientos de menos capacidad resolutive a nivel nacional, la RPM ha sido responsable del 11,3% de todas las patologías referidas a esta institución (INMP 2014). Si bien se reconoce también que el RPM trae consigo importantes riesgos perinatales, los pocos reportes investigativos que se disponen describen los resultados en general y no circunscriben la gestación a periodos cronológicos específicos del embarazo. Por lo expuesto se plantea la presente investigación con el objetivo de describir los resultados perinatales en gestantes de 24 a 33 semanas con RPM atendidas en el INMP en el periodo de junio a diciembre de 2015.

1.3.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los resultados perinatales en gestantes de 24 a 33 semanas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Junio-Diciembre 2015?

Problemas específicos:

- ¿Cuáles son las características socio demográficas en las gestantes de 24 a 33 semanas con rotura prematura de membranas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Junio-Diciembre 2015.

- ¿Cuáles son las características obstétricas que presentan las gestantes de 24 a 33 semanas con rotura prematura de membranas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Junio- Diciembre 2015.?
- ¿Cuáles son los resultados neonatales en gestantes de 24 a 33 semanas con rotura prematura de membranas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Junio- Diciembre 2015?

1.4 MARCO REFERENCIAL

Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO, 2012) la rotura prematura de membranas, es la rotura espontánea de las membranas corioamnióticas producidas antes del inicio del trabajo de parto, en una gestación posterior a las 22 semanas

Según Vigil, Savransky, Perez, Delgado, y Nunez (2011), la rotura prematura de membranas es definida como espontánea cuando dicha rotura ocurre antes del inicio de la labor de parto. Si dicha rotura ocurre antes de las 37 semanas de gestación se denomina rotura prematura pre término de membranas ovulares (RPM).

Vigil et al (2011) menciona que estas pacientes con RPM se pueden subdividir según la edad gestacional en tres grupos:

- A. RPM cerca del término, que son aquellas pacientes con rotura de membranas entre las 34 y 37 semanas.
- B. RPM lejos del término que son aquel grupo de embarazadas que presentan rotura de membranas con edad gestacional entre las 24 y 34 semanas y
- C. RPM pre-viable cuando la rotura ocurre antes de las 24 semanas o antes del límite de viabilidad, que puede variar según la institución u hospital donde laboramos.

Según Vigil et al (2011) Latencia es el periodo de tiempo entre la rotura y el nacimiento del feto. Manejo conservador o expectante se refiere cuando el tratamiento consiste en prolongar o continuar el embarazo.

1.4.1 PREVALENCIA

Gómez (2001) , la RPM se refiere a la solución de continuidad de las membranas corioamnióticas antes del inicio del trabajo de parto. SEGO (2004) “La frecuencia oscila entre el 3 y el 18% de todas las gestaciones”; asimismo, resalta que la importancia del proceso radica en que: “es la causa de aproximadamente del 40% de los partos pretérmino y del 10% de la mortalidad perinatal”.

En una revisión epidemiológica a partir del análisis de quince millones de nacimientos prematuros realizada en el 2013 estimó que en todo el mundo el 11,1% de todos los nacidos vivos vinieron al mundo de forma prematura, porcentaje que corresponde a un total 14,9 millones de nacimientos. En países como Ecuador se han reportado prevalencias del 15,7%, siendo un evento obstétrico asociado a antecedente de RPM, infección urinaria y amenaza de parto prematuro. Gómez (2001) citado en Rivera et al (2004) refiere que: “Esta complicación del embarazo tiene una prevalencia del 10% de los embarazos y 20% de los casos ocurre en gestaciones de pre término”. Asimismo, este evento obstétrico se halla estrechamente asociado a morbilidad materna infecciosa producto de la corioamnionitis y la infección puerperal, pues autores como Faneite, Rivera, Amato y Faneite (2010) reportaron en mujeres venezolanas que los principales diagnóstico que acompañaron a la corioamnionitis fueron la RPM en el 50% de casos y la infección urovaginal en el 13,6% de casos.

Según Morgan et al (2010) la rotura prematura de membranas antes del término se asocia de forma significativa con un bajo nivel socioeconómico bajo, sangrado vaginal en la I mitad de la gestación, nacimiento prematuro previo, periodo intergenésico corto e infección urinaria. Según Ganfong et al (2007) la morbilidad materna a consecuencia de la RPM se relaciona con endometritis (OR=8,4), principalmente. Mientras que la mortalidad perinatal se relaciona con bajo peso al nacimiento (OR=1,5), Apgar bajo (OR=5,3), sepsis neonatal (OR=1,6), síndrome de dificultad respiratoria (OR=8,8), hipoxia neonatal (OR=5,0), muerte fetal (OR=1,7) y neonatal (OR=2,0).

Reportes nacional de instituciones como el Hospital San Bartolomé indican que de todos caso de RPM, el 62,4% corresponde a roturas antes de término y una menor proporción (37,6%) corresponde a casos de RPM ocurridos más allá de las 37 semanas.

1.4.2 CAUSAS DE RPM:

Morgan et al (2008) La rotura prematura de membranas a término puede ocurrir por diversas razones, pero el evento principal se debe a modificaciones fisiológicas de las membranas y a la fuerza ejercida por las contracciones uterinas. En las pacientes con rotura prematura de membranas pre término, el evento fisiopatológico principal se origina por infección intramniótica, especialmente si la rotura sucede a edad gestacional más temprana, aunque sigue discutiéndose si la infección es causa o consecuencia de dicha complicación. Se ha demostrado en modelos experimentales que la infección produce la rotura prematura mediante la expresión de enzimas proteolíticas (metaloproteinasas) de matriz extracelular, principalmente la MMP-9. Esta enzima tiene función importante en la rotura de membranas antes o durante el trabajo de parto. También se ha comprobado, mediante estudios epidemiológicos, que la infección genital por diversos microorganismos (*Candida albicans*, estreptococos B, entre otros) aumenta el riesgo de rotura prematura de membranas, pero su tratamiento lo disminuye. Además de los procesos infecciosos existen factores de riesgo adicionales implicados en la rotura prematura de membranas, como: medio socioeconómico bajo, índice de masa corporal disminuido, sangrado en el segundo y tercer trimestres del embarazo, tabaquismo, deficiencias nutricionales (pueden asociarse con medio socio económico bajo, concentraciones bajas de vitamina C y cobre), enfermedades del tejido conectivo (síndrome de EhlersDanlos), conización cervical, sobre distensión uterina por embarazo gemelar o poli hidramnios, y antecedente de rotura prematura de membranas. Los factores mencionados pueden actuar de manera aislada o conjunta; sin embargo, la mayoría de las pacientes no expresa los factores de riesgo conocidos.

1.4.3 FACTORES DE RIESGO

- -Antecedente de RPM y parto pre-termino
- -Antecedente de cirugía cervical, con cuello corto o no
- -Defecto local de membranas.
- -Déficit de Cu/ Zinc y vitamina C
- -Polihidramnios, embarazo múltiple, hipercontractibilidad uterina
- -Incompetencia cervical
- -Infección cervico vaginal, vaginosis bacteriana, urinaria o intraamniótica
- -Placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta
- -Feto en podálico o transversa
- -Anomalía congénita fetal
- -Control prenatal deficiente estado socio-económico bajo
- -Traumatismos
- -Tabaquismo
- -Coito a partir del segundo trimestre del embarazo
- -Tacto vaginal a repetición

1.4.4 CUADRO CLÍNICO:

Rigol (2004) el signo característico es la pérdida del líquido amniótico por los genitales, que tiene un olor parecido al del semen. Es generalmente incoloro, pero puede estar teñido de meconio o ser sanguinolento. La cantidad depende del grado de rotura y del volumen de líquido; en caso de producirse pequeñas fisuras, se pierde en pequeñas cantidades e intermitente. Sólo si existe una corioamnionitis clínica se acompaña de fiebre, dolor suprapúbico y el líquido puede ser fétido y de aspecto purulento

1.4.5 DIAGNÓSTICO.

Según la Guía de Practica Clínica para la atención de emergencias obstétricas del Hospital Maria Auxliadora (2012). La ruptura prematura de membranas (RPM) puede evaluarse mediante diferentes técnicas:

1. Visualización directa de la salida del líquido amniótico trans-cervical o acumulación de líquido en fondo de saco vaginal.
2. Ecografía con cuantificación de líquido amniótico.
3. Prueba de Nitrazina: cambio de coloración del papel de amarillo a azul por alcalinización debido a la presencia de líquido amniótico.
4. Prueba de arborización en helechito: Frotis + cristalización de líquido amniótico obtenido de fondo de saco vaginal.
5. Según la Guía de Práctica Clínica de Ecuador (2015) sugiere además la evaluación de proteína Placenta alfa microglobulina-1 (PAMG-1), el cual es una proteína que se sintetiza en la decidua. La concentración en el líquido amniótico es de 100-1000 veces superior a la que se presenta en sangre materna. Está ausente en muestras biológicas como el semen u orina. Presenta una sensibilidad cercana al 99% y una especificidad que varía del 87.5-100%.

Por otro lado Lugones y Ramirez (2010) mencionan que en los casos de rotura prematura de membranas la anamnesis o el interrogatorio que se realiza a la paciente, a detalle, tiene un valor de 90 % o más. Adicionalmente un examen vaginal con espéculo, deja ver u observar el líquido amniótico que fluye a través del orificio cervical, así mismo se puede corroborar la cantidad, color, aspecto, olor, y la presencia o no de vérnix caseosa, lanugo o pelos. Mientras no se confirme el escape de líquido amniótico, sucede una confrontación entre las conductas, según sea el caso, que deberá seguirse. Sin embargo, existen otros medios auxiliares que sirven de diagnóstico y que son capaces de brindar información que permita descartar o confirmar la RPM. Estos métodos diagnósticos son:

1. Determinación de las variaciones de pH vaginal mediante la solución de azul de bromotimol al 2% cuyo color amarillo-ámbar cambia a verde y azul en medios alcalinos. Actualmente se utiliza una técnica más simple donde se utiliza el papel de Nitrazina que ofrece un margen de certeza del 95%. Sin embargo es importante mencionar que si existe colpitis, que es un proceso inflamatorio

causado por la alteración del equilibrio de la mucosa vaginal, el pH cambia y si la rotura es mayor de 4 h es posible que no ocurran cambios.

2. La cristalización del líquido amniótico, que se refleja en formas de hojas de helecho, conocida como prueba de Newhaus debido a la riqueza de proteínas y sales que contiene, especialmente el cloruro de sodio.
3. Estudio mediante tinción de Papanicolaou que permite detectar elementos patognomónicos de la entidad, que para muchos, este medio brinda un 98 % de seguridad diagnóstica. En sus resultados se observa: Presencia de elementos celulares fetales, dispersión de las aglutinaciones celulares características, débil capacidad de tinción del núcleo citoplasmático y otros elementos no epiteliales y ausencia o disminución de la flora, dándole aspecto de limpieza al extendido.
4. El método de inyección intraamniótica de colorantes como el azul de Evans, este método está actualmente en desuso, se utilizaba cuando no existían otros medios diagnósticos menos agresivos.
5. Estudio mediante microscopia de fluorescencia de células escamosas nucleadas del feto, que estarían presentes en la vagina. Al ponerse en contacto, estas células escamosas, con el orange de acridina, adoptan un color verde característico que confirma el diagnóstico.
6. Prueba de Yanetta: se introduce el espéculo y se mide el pH del tapón mucoso. Se toma una muestra dividida en 2 partes. Una lámina se coloca a 3 cm de una llama durante 1 minuto, si la muestra posee los electrolíticos que contiene el líquido amniótico, debido al calor que cambia su osmolaridad, aparece un color blanco. Por otro lado si solo están presentes las proteínas del moco cervical, estas se carbonizan y adquieren un color oscuro.
7. La amnioscopia, aunque no se recomienda ni se utiliza en la actualidad, era un método para el diagnóstico de roturas cuando eran dudosas.
8. El ultrasonido que es de gran utilidad diagnóstica, ya que en el que se indica la cantidad exacta de líquido amniótico al conocerse su índice.
9. Determinación de alfafetoproteína en el cuello uterino.

10. Determinaciones enzimáticas como la diaminoxidasa, la detección de esta enzima en vagina hace referencia a la rotura de membranas, de la misma forma que resultan indicativas la fosfatidilcolina y la esfingomielina.
11. La concentración de creatinina en fluido vaginal mayor de 0,1 mg/dL es un marcador confiable como método diagnóstico de RPM.

1.4.6 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Según la Guía de Práctica Clínica y Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal (2010) refieren que se debe realizar el diagnóstico diferencial con:

- Leucorrea: que es un flujo genital blanco amarillento de carácter infeccioso y se asocia con prurito.
- Incontinencia urinaria: es la pérdida involuntaria de orina, continua durante la segunda mitad del embarazo en multíparas debido a la relajación perineal y cistocele, se debe descartar Infección de Vías Urinarias.
- Eliminación de tapón mucoso: es un fluido de consistencia mucosa y que a veces es sanguinolento.

1.4.7 COMPLICACIONES MATERNAS Y PERINATALES

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS LEJOS DEL TÉRMINO, 24 A 34 SEMANAS: independiente del manejo dado, la mayoría de las pacientes con RPM lejos del término (24 a 34 semanas) terminan la gestación dentro de la primera semana luego de la rotura. La RPM lejos del término conlleva riesgos maternos y riesgos fetales (Vigil et al, 2011).

RIESGOS MATERNOS Y/O FETALES:

A. Complicaciones Maternas: (Vigil et al, 2011).

1. Infección intra-amniótica, puede ocurrir entre 13 y 60%. Es mayor a menor edad gestacional, además aumenta con los exámenes vaginales.
2. Desprendimiento prematuro de placenta, puede presentarse entre 4-12%
3. Infección post parto, puede ocurrir entre 2 y 13%

B. Riesgos Fetales:

1. El gran riesgo fetal para los recién nacidos es la prematuridad y la prematuridad significa posibilidad de síndrome de membrana hialina (problemas respiratorios), enterocolitis necrotizante, hemorragia intraventricular, sepsis y muerte neonatal. Por lo tanto, son estos los verdaderos riesgos fetales de la RPM lejos del término (Vigil et al, 2011).
2. Síndrome de respuesta inflamatoria fetal. Es una entidad descrita hace poca más de una década y pero no está claramente entendida; sin embargo, se ha descrito tanto en nacimientos de partos pre término y en nacimientos con rotura prematura de membranas, sobre todo lejos del término. Este síndrome es un factor de riesgo para morbilidad y mortalidad a corto plazo después del ajuste para la edad gestacional al nacimiento, además para el desarrollo de secuelas posterior como displasia broncopulmonar y daños cerebrales (Vigil et al, 2011).
3. Compresión del cordón y prolapso del cordón umbilical. La compresión del cordón obviamente es más frecuente a menor cantidad de líquido amniótico. Esta condición se debe tener muy presente al realizar las monitorizaciones fetales electrónicas en vista que con gran frecuencia se observan desaceleraciones variables o umbilicales. En cuanto al prolapso de cordón la evaluación vaginal inicial debe descartar esta complicación y por supuesto se mantiene la posibilidad de prolapso del cordón umbilical si se mantiene el manejo conservador (Vigil et al, 2011).
4. Oligohidramnios. La cuantificación del líquido amniótico luego de una RPM usando el índice de líquido amniótico, con valores inferiores a 5 cm se ha asociado con periodos cortos de latencia y con algunos riesgos neonatales, pero no con riesgos maternos o infección neonatal. Sin embargo el valor predictivo de un índice de líquido amniótico bajo para efectos adversos es pobre y no debe ser usado para el manejo de la RPM (Vigil et al, 2011).

1.4.8 MANEJO

Según Ministerio de salud de Chile (2015) para poder manejar adecuadamente la RPM es imprescindible evaluar los riesgos y beneficios según la paciente de forma individual, ya sea si se opta por mantener el transcurso del embarazo (manejo conservador) o la interrupción de este. Se debe realizar un balance entre los riesgos principales de infección versus un recién nacido prematuro, asimismo se debe tener en cuenta la edad gestacional, la presencia de infección intraamniótica, si la gestante se encuentra o no en trabajo de parto, el bienestar fetal y materno, y la disponibilidad de unidad de neonatología.

Por otro lado existen algunas condiciones que justifican la interrupción inmediata de la gestación, independiente de la edad gestacional las cuales son: corioamnionitis clínica, desprendimiento prematuro de placenta normoinserata, muerte fetal, compromiso de la unidad feto-placentaria y trabajo de parto avanzado. (Ministerio de salud de Chile, 2015)

Evaluación inicial: según el Ministerio de salud de Chile (2015) se debe:

- Confirmar edad gestacional con FUR y Eco precoz.
- Control de signos vitales.
- Control Obstétrico: evaluar latidos cardíofetales y dinámica uterina.
- Examen Físico:
 - Inspección de los genitales externos (genitales húmedos y pérdida de líquido espontánea o con maniobras de Valsalva).
 - Especuloscopía (pérdida de líquido por el orificio cervical externo (OCE) espontánea o con maniobras de Valsalva, observar cuello y presencia de partes fetales incluido cordón umbilical).
 - Test de cristalización.
- Ultrasonido Obstétrico: evaluar líquido amniótico, biometría y anatomía fetal.

Realizada la evaluación inicial se debe confirmar el diagnóstico, control de parámetros inflamatorios y cultivos vaginales al ingreso. Luego iniciar tratamiento

con antibióticos ajustada a los cultivos vaginales y no se debe indicar tocólisis. Diversos autores indican un control hospitalizado, sin embargo en condiciones donde las gestantes sean educadas, tengan fácil acceso al servicio de urgencia, existe la posibilidad de indicar un control ambulatorio y volver a hospitalizar a las 24 semanas. (Ministerio de salud de Chile, 2015)

Existe aún controversia respecto al inicio de tratamiento con corticoides, algunos autores proponen iniciar recién a al ingreso a las 24 semanas y otros indican que se debe iniciar cuando sea inminente la interrupción del embarazo. Respecto al uso de amniocentesis de rutina no existe aún una indicación establecida en mujeres con RPM, sin embargo, diversos estudios muestran que los efectos adversos asociados a este procedimiento son menores, con 0.5% riesgo de mortalidad perinatal. En caso que no tenga indicación de interrupción inmediata, se puede ofrecer manejo conservador, ya que el tiempo de latencia puede ser prolongado e impredecible, logrando incluso llegar a la viabilidad. (Ministerio de salud de Chile, 2015)

Según Ministerio de salud de Chile (2015) no se ha demostrado que el manejo intrahospitalario sea más beneficioso que el manejo ambulatorio, por lo que se debe ofrecer ambas opciones a las usuarias y en conjunto decidir la conducta final.

UTILIDAD DE LOS CORTICOIDES

Según Vigil, et al (2011) existe abundante evidencia de la utilidad de los esteroides prenatales cuando existe la posibilidad de un nacimiento en embarazos entre las 24 y 34 semanas. Los corticoides reducen la morbilidad y mortalidad de manera muy significativa a estas edades gestacionales, por lo que la no administración sería más bien un perjuicio. Los corticosteroides disminuyen el síndrome dificultad respiratoria, RR = 0.66(0.59-0.73) la hemorragia intraventricular, RR = 0.54 (0.43-0.69), la enterocolitis necrotizante, RR = 0.46 (0.29-0.74), incluso las infecciones sistémicas en los dos primeros días post nacimiento, RR 0.56 (0.38-0.85) y la disminución de estas morbilidades lleva a una reducción de la mortalidad neonatal en

cerca de un tercio, RR 0.69 (0.58-0.81). La mayoría de los ensayos clínicos no son en pacientes con rotura de membranas, y algunos son en combinación con antibióticos, sin embargo los resultados en pacientes con RPM demuestran iguales resultados.

Dosis y Esteroide: Es clara la utilidad de Dexametasona y Betametasona en la reducción de las morbilidades y mortalidad asociada a la prematuridad. No se ha probado que otro tipo de corticoide que sea seguro y útil para estas complicaciones. Tampoco hay evidencia que demuestre el predominio claro de uno de estos dos esteroides, por lo que la razón para usarlo depende de la disponibilidad. Dexametasona: Esquema de 24 mg dividido en 4 dosis de 6 mg administradas intramuscular cada 12 horas. Betametasona: Esquema de 24 mg dividido en dos dosis de 12 mg administradas intramuscular separadas por 24 horas. En la actualidad no hay evidencia que demuestre la utilidad de repetir esquema luego de 7 días en caso de que el embarazo con la RPM se prolongue más allá de la semana. No se debe administrar antes de las 24 semanas y aun investigando por su utilidad en pretérminos tardíos. El corticoide elegido debe ser administrado independiente del uso de antibióticos o del uso o no de tocolítics.

De otro lado el Ministerio de Salud Pública (2015) manifiesta que todas las embarazadas entre 24 y 34 semanas 6 días con riesgo de parto pretérmino dentro de los siguientes siete días, deben ser consideradas para el tratamiento antenatal con un curso único de corticoesteroides.

Un esquema único de esteroides antenatales debe administrarse para maduración fetal entre 24 y 34 semanas 6 días (menos de 35 semanas) para reducir el riesgo de síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante y mortalidad perinatal, sin que se relacione a un incremento del riesgo de infección materna.

Se recomienda como tratamiento de primera elección la Betametasona 12 mg intramuscular glútea cada 24 horas, por un total de dos dosis. Alternativa, Dexametasona 6 mg intramuscular cada 12 horas por cuatro dosis. No se recomiendan esquemas múltiples de esteroides antenatales, ya que existe evidencia

que, en humanos, se reporta mayor incidencia de restricción de crecimiento intrauterino (RCIU) y muerte neonatal en fetos menores de 28 semanas de edad gestacional sin demostrarse ningún beneficio neonatal en comparación con un curso único.

El efecto óptimo del tratamiento con esteroides se presenta cuando el nacimiento ocurre después de 24 horas y antes de siete días de haberse iniciado el tratamiento. Los esquemas con cursos múltiples de esteroides antenatales (dosis repetidas cada semana), no han demostrado beneficios neonatales en comparación con el curso único (dos días de esteroides).

UTILIDAD DE LOS ANTIBIÓTICOS

Para el Instituto Mexicano del Seguro Social (2010) la antibioticoterapia profiláctica mejora el pronóstico neonatal, minimizando el riesgo de síndrome de distress respiratorio, sepsis temprana, hemorragia intraventricular y enterocolitis necrotizante, por lo que refiere que el tratamiento comprende en administrar ampicilina y eritromicina intravenosas durante 48 horas, seguido de 5 días de amoxicilina y eritromicina en las pacientes con RPM pretérmino, en quienes este tratamiento prolonga la latencia y disminuye la morbilidad neonatal.

La terapia antibiótica combinada ha sido recomendada para manejar en forma conservadora la RPM y tienen como finalidad prevenir o tratar la infección ascendente intrauterina, prolongando el embarazo y disminuyendo la infección materna y neonatal.

Según el Instituto Mexicano del Seguro Social (2010) las combinaciones de esquemas antimicrobianos más reconocidos son: opciones terapéuticas incluyen:

- Ampicilina 2 gr IV + Eritromicina 250 mg IV cada 6 horas por 48 horas seguido de Amoxicilina 250 mg + Eritromicina 250 mg VO cada 8 horas por 5 días.
- Clindamicina 600 mg IV + Gentamicina 4 mg/Kg/día por 48 horas, seguido de Clindamicina 300 mg VO cada 6 horas + Gentamicina 2 mg/Kg/día IM cada 12 horas por 5 días.

- Ampicilina sulbactam 1.5 gr IV cada 6 horas por 72 horas, seguido de Amoxicilina con Ácido clavulánico 500 mg VO cada 8 horas.

Asimismo el Instituto Mexicano del Seguro Social (2010) menciona que el beneficio de la antibioticoterapia profiláctica para estreptococo del grupo β es bien conocido, y que la profilaxis intraparto se debe iniciar en toda paciente con cultivos positivos para estreptococo del grupo β y/o ante cultivos desconocidos, durante el embarazo. Dicho tratamiento terapéutico incluye:

- Penicilina sódica cristalina 5,000,000 UI en bolo intravenoso, seguido de 2,500,000 UI cada 4 horas IV.
- Ampicilina 2 gr en bolo intravenoso, seguido de 1 gr cada 4 horas.
- Eritromicina 500 mg intravenoso cada 6 horas durante 10 días
- Clindamicina 900 mg intravenoso cada 8 horas (en caso de alergia a la penicilina).
- Cefazolina 2 gr en bolo intravenoso, seguido de 1 gr cada 8 horas (en caso de alergia a la penicilina).

Por otro lado la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2012) refiere que el tratamiento con antibióticos profilácticos varían de 7 a 10 días, siendo los de uso más común la ampicilina, gentamicina, cefaxitina, Clindamicina y eritromicina y otros macrólidos como la azitromicina o claritromicina. Las pautas que propone son las siguientes:

- Ampicilina 2 g IV/6h + eritromicina 250 mg IV/6h durante 48 horas, seguido de 5 días con amoxicilina y eritromicina oral.
- Ampicilina 1 g IV/6h + gentamicina 80 mg/8h + azitromicina 1g oral/72 horas hasta una semana
- Ampicilina 2 g Iv/6h durante 48 horas, seguido de amoxicilina 500 mg/8h oral hasta una semana. Adicionalmente se puede dar una dosis de azitromicina (1g oral) .
- Azitromicina en dosis única (1 g oral) + cefuroxima 750 mg/6h IV durante 48 horas, seguida de cefuroxima 500 mg/12h vía oral 5 días más.

En caso de alergia a la Penicilina se pueden emplear pautas con Clindamicina (900 mg IV/8h) y Gentamicina (4,5 mg IV/kg/24h) durante 48 horas, seguido de Clindamicina oral, 6000 mg/8h durante 5 días.

USO DE TOCOLÍTICOS

Para el Instituto Mexicano del Seguro Social (2010) el uso de la tocólisis en el embarazo con RPM, ha sido controvertido; sin embargo existen evidencias que han demostrado su utilidad en periodos cortos de 48 a 72 horas, durante la administración de corticoesteroides en pacientes con manejo conservador. El uso de tocolíticos se puede dar en pacientes con RPM pretérmino, para prolongar la latencia y administrar antibióticos y obtener el beneficio de los corticoesteroides.

El uso de tocolíticos no es recomendada en los siguientes casos:

- Con fines profilácticos en pacientes con RPM sin Trabajo de parto .
- Pacientes con RPM y embarazos mayores de 28 semanas o con marcadores tempranos de infección intraamniótica

Por su parte la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2012) menciona que la tocólisis profiláctica sistémica no está recomendada en gestantes sin dinámica uterina, tampoco en aquellas gestantes sintomáticas ya que existen diversos estudios que mencionan que no existe una mejoría en los resultados neonatales. Sin embargo cabe señalar que dichos estudios no empleaban el uso sistemático y conjunto de antibióticos y corticoides que hubieran podido minimizar las complicaciones infecciosas y mejorar el pronóstico neonatal. Por lo mencionado previamente la SEGO recomienda que no se utilicen de forma sistemática los tocolíticos en mujeres con RPM pretérmino.

Gracias a los conocimientos actuales, se puede considerar a la tocólisis profiláctica o terapéutica en aquellos casos donde exista un claro beneficio, estas situaciones clínicas más habituales son: el traslado de la gestante a un centro con capacidad neonatal adecuada, o su utilización durante 48 horas ante el riesgo de un

parto inminente y en ausencia de signos de infección, para permitir la acción de los corticoides. (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2012)

Una vez que la pauta de maduración pulmonar con corticoides ha finalizado, no existe evidencia del beneficio de la tocólisis en gestantes que presentan dinámica uterina en periodos muy precoces del embarazo (menor a las 28 semanas). A pesar de esta falta de evidencia, dado el beneficio significativo que para el feto tiene la prolongación del embarazo en este periodo gestacional, se podría intentar una tocólisis para frenar el parto. (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2012)

USO DE CERCLAJE

La RPM pretérmino sucede en el 38% de las gestantes con cerclaje. Y en la actualidad existe controversia acerca de cuál es el proceder más adecuado en esta situación. Según la revisión de algunos estudios que realizó la SEGO, encontró que mantener el cerclaje durante más de 24 horas después de la RPM, prolonga significativamente el embarazo más de 48 horas, sin embargo incrementa significativamente la corioamnionitis y la mortalidad neonatal por sepsis, por lo que recomienda que el cerclaje se retire inmediatamente tras la RPM. En el grupo de gestaciones entre 24 y 31 semanas podría demorarse la retirada del cerclaje 48 horas mientras se administra un ciclo de corticoides. Sin embargo la SEGO también menciona que otros autores proponen mantener el cerclaje si la paciente está estable, dado que de esta forma se prolonga significativamente la gestación. (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2012)

El Ministerio de Salud Pública (2015) por su parte no recomienda el uso de la amnioinfusión en pacientes con RPMP. Tampoco la recomienda en el parto, en mujeres con RPMP ni siquiera la amnioinfusión transabdominal como un método de prevención de hipoplasia pulmonar en la RPMP. La incidencia de hipoplasia pulmonar que está relacionada con RPMP con o sin amnioinfusión transabdominal es similar. No existe diferencia significativa en la puntuación de Apgar y muerte

neonatal, en mujeres con amnioinfusión transvaginal comparado con pacientes sin amnioinfusión en el manejo de la RPMP.

INFECCIÓN INTRAAMNIOTICA (CORIOAMNIONITIS):

Para Vigil et al (2011) la infección intra-amniótica o corioamnionitis es definida clínicamente como un cuadro que incluye temperatura mayor a 38 ° C y más dos de los siguientes hallazgos: taquicardia materna superior a 100 latidos por minutos, taquicardia fetal mayor a 160 latidos por minutos, sensibilidad uterina, descarga transcervical mal oliente, conteo de leucocitos mayor a 15 000/mm³ (sin uso de corticoides). La corioamnionitis es frecuente en embarazos con rotura prematura de membranas, sin embargo la frecuencia varía según la edad gestacional. Se considera que en embarazos mayores de 34 semanas la frecuencia oscila entre 5 y 10%, en cambio en embarazos menores de 30 semanas puede ser hasta un 60%. Recordar que la infección intra-amniótica no significa necesariamente infección fetal, de hecho sólo se encuentra infección fetal en cerca del 20 de los neonatos donde se diagnosticó corioamnionitis. La infección clínica del espacio intraamniótico es una indicación para la administración de antibióticos y la interrupción inmediata del embarazo.

La evidencia histológica de corioamnionitis está presente en hasta un 60% de mujeres que tienen nacimiento prematuramente y usualmente no encontramos síntomas o signos clínicos. Pero este es un factor de riesgo importante para el neonato en el desarrollo de parálisis cerebral. La infección intraamniótica aumenta con los exámenes vaginales. El añadir antibióticos como terapia en pacientes con RPM lejos del término ha sido ampliamente estudiada. El tratamiento va dirigido a prevenir la infección ascendente a la decidua, a prolongar el embarazo, a reducir las infecciones neonatales y a reducir las morbilidades dependientes de la edad gestacional. Usando antibióticos se demuestra una significativa reducción de corioamnionitis, RR = 0.66 (0.46-0.96). Hay una significativa asociación clínica e histológica entre corioamnionitis y parálisis cerebral. Además de los criterios clínicos ya definidos de corioamnionitis, es recomendable hacer cultivos del líquido en pacientes con manejo conservador y análisis de la placenta luego del nacimiento. A

pesar de todo esto se requiere mejorar en el diagnóstico de infección intra-amniótica, en especial cuando se decide dar manejo conservador, pues las estrategias para prevenir o reducir la corioamnionitis lleva a reducción de la parálisis cerebral.

Por su parte la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, (2012), respecto a la corioamnionitis clínica manifiesta que:

En caso de que se cumplan los criterios de corioamnionitis clínica, que incluyen la presencia de fiebre materna ($>37.8^{\circ}\text{C}$) y dos o más de los siguientes criterios: irritabilidad uterina, leucorrea maloliente, taquicardia materna (>100 latidos/minuto), taquicardia fetal (>160 latidos/minuto) o leucocitosis (>15000 cel/mm³), estará indicada la finalización de la gestación (vía vaginal o abdominal según los casos) bajo cobertura antibiótica de amplio espectro y tratamiento antitérmico (p. 13).

El tiempo hasta el parto menor a 12 horas con cobertura antibiótica, no se correlaciona con peores resultados neonatales o maternos, por ende, en estas condiciones, la vía vaginal puede ser una opción válida para la culminación del parto. Está demostrado que el uso de corticoides en pacientes con sospecha clínica de corioamnionitis no aumenta la morbilidad infecciosa fetal ni materna. Así mismo tampoco aumentaría el riesgo de enterocolitis necrotizante, síndrome de dificultad respiratoria o muerte neonatal, sino más bien, parece mejorar el pronóstico neurológico. En consecuencia la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, (2012) sugiere que:

Si el parto no va a ser inminente, deben administrarse corticoides. Sin embargo, la administración de corticoides no debe demorar la indicación de finalización de la gestación. Además que la finalización de la gestación debe realizarse bajo cobertura antibiótica de amplio espectro. Así mismo Existen diferentes pautas antibióticas, todas ellas igualmente eficaces. Un ejemplo podría ser, ampicilina 2 g/6h IV + gentamicina 80 mg/8h IV. En caso de cesárea, debe añadirse clindamicina 900 mg/8h IV. Finalmente se recomienda

mantener los antibióticos hasta que la paciente lleve 48 horas sin fiebre. Pasado este tiempo, pueden suspenderse (p. 13).

VÍA PARA LA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, (2012), debido al riesgo potencial de corioamnionitis, recomienda finalizar la gestación a lo largo de la semana 34, ya que la morbilidad neonatal consecuente de la prematuridad en esta edad gestacional es baja. Por esta razón refiere que:

Solo se demorara la maduración/inducción del parto durante 48 horas en aquellas pacientes que vayan a recibir un ciclo de corticoides. Sin embargo, la decisión de la finalización de la gestación puede adelantarse a la 32^a-33^a semana si se confirma la existencia de madurez pulmonar mediante el análisis del líquido amniótico obtenido de la vagina o mediante amniocentesis. En ausencia de esta información complementaria, en casos de RPM entre 24-34 semanas, se recomienda un manejo expectante con tratamiento antibiótico profiláctico y administración de corticoides para minimizar el riesgo de infección y la morbilidad derivada de la prematuridad (p. 11).

“En casos de RPM se recomienda finalizar la gestación a lo largo de la semana 34, puesto que el riesgo de corioamnionitis parece superar el riesgo de síndrome de distrés respiratorio.” (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2012, p. 12)

1.4.9 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

Parálisis cerebral: “es un grupo de trastornos del control del movimiento y la postura, no progresivos, que ocurren por una injuria sostenida en etapas precoces del desarrollo del sistema nervioso, esto es dentro de los primeros 5 años de vida”. (Kleinsteube, Avaria, y Varela, 2014)

Corioamnionitis clínica: Ministerio de salud pública (2015) “infección de las membranas corioamnióticas y/o líquido amniótico con presencia de fiebre,

sensibilidad uterina, secreción turbia o de mal olor, taquicardia fetal, taquicardia materna o leucocitosis materna.”

Corioamnionitis histológica: García, Delgado, y Gonzales. (2014) “el diagnóstico de la corioamnionitis histológica se basa, sobre todo, en la coexistencia de leucocitos polimorfonucleares en la placenta y las membranas fetales.”

Encefalopatía hipóxico-isquémica: También llamada Asfixia Perinatal (APN) se define como “la agresión producida al feto o al recién nacido alrededor del momento del nacimiento por la falta de oxígeno y/o de una perfusión tisular adecuada. Esta condición conduce a una hipoxemia e hipercapnia con acidosis metabólica significativa”. (Torres y Rojas, 2013).

Transmisión vertical infecciosa: “son todas aquellas infecciones que transmite la madre al feto/recién nacido durante los procesos inherentes al embarazo, parto y lactancia”. (Abizanda, 2011).

Rotura prematura de membranas: “solución de continuidad o pérdida de la integridad de las membranas corioamnióticas que se produce desde las 20 semanas de gestación hasta antes del inicio del trabajo de parto.” (Ministerio de Salud Pública, 2015, p. 17)

Sepsis neonatal: “cuadro clínico caracterizado por la presencia de un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) o fetal (SRIF) con la manifestación de dos o más signos de los que se enumeran a continuación, entre los que debe encontrarse fiebre y/o alteración del conteo leucocitario”. (Gaitán y Moreno, 2013).

1.5 HIPÓTESIS

En los resultados perinatales de gestantes de 24 a 33 semanas con rotura prematura de membranas se encuentra con mayor frecuencia que el parto es por cesárea, son frecuentes las complicaciones obstétricas como el sufrimiento fetal y corioamnionitis, los neonatos tienen la necesidad de ingresar a UCIN.

1.6 VARIABLES

- Características sociodemográficas
- Características obstétricas
- Resultados neonatales

1.7 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 OBJETIVO GENERAL:

Identificar los resultados perinatales en gestantes de 24 – 33 semanas con Rotura Prematura de Membrana en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Junio - Diciembre 2015.

1.7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características socio demográficas en las gestantes de 24 a 33 semanas con rotura prematura de membranas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Junio-Diciembre 2015.
- Determinar las características obstétricas que presentan las gestantes de 24 a 33 semanas con rotura prematura de membranas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Junio- Diciembre 2015.
- Describir los resultados neonatales en gestantes de 24 a 33 semanas con rotura prematura de membranas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Junio - Diciembre 2015.

1.8 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	Edad materna	Años cumplidos registrados en la historia clínica al momento del parto	De 19-34 años de edad >35 años de edad
	Grado de instrucción	Nivel educativo.	Primaria Secundaria Superior
	Nivel socio-económico	Valoración hecha por la asistente social.	Alto riesgo social Mediano riesgo social Bajo riesgo social
CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS	Edad gestacional	Semanas transcurridas desde el primer día de la FUR hasta la fecha de medición.	De 24-33 semanas
	Tipo de parto	Vía de culminación del parto	Vaginal Cesárea
	Antecedente obstétrico	Situación obstétrica ocurrida en gestaciones previas	Parto prematuro Aborto
	COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS		
	Sufrimiento fetal agudo	Es un estado de distrés fetal causado por un déficit de oxígeno, su diagnóstico es realizado por un Gineco obstetra u Obstetra durante la gestación	Sí No
	Placenta previa	Diagnóstico por imágenes de la placenta que obstruye parcial o total el orificio cervical interno	Sí No
	Desprendimiento prematuro de placenta	Desprendimiento de la placenta antes del periodo de alumbramiento	Sí No
	Corioamnionitis	Infección de las membranas ovulares	Sí No
	Infección urinaria	Diagnóstico por examen de orina con/sin urocultivo positivo	Sí No
	Prolapso de mano	Cuando ocurre la salida de la mano del feto por la zona genital materna en la evaluación clínica, su diagnóstico es un Gineco obstetra u Obstetra durante la gestación, etapa Intraparto.	Sí No
	Infección vaginal	Diagnóstico hecho por un gineco obstetra u Obstetra durante la gestación	Sí No
Anemia gestacional	Se define como un bajo nivel de hemoglobina durante la gestación.	Sí No	

VARIABLES		DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR
RESULTADOS NEONATALES	Características neonatales	Peso del recién nacido	Medida del recién nacido en gramos	En gramos
		Sexo del recién nacido	Evaluación física del recién nacido	Femenino Masculino
		Apgar	Valoración del bienestar del recién nacido al minuto y a los cinco minutos.	0-3 4-6 7-10
	Complicaciones neonatales	Ingreso a UCIN	Presencia o ausencia del ingreso a UCIN registrado en la historia clínica	Si, No
		Alteración Sensorial	Presencia o ausencia de alteración sensorial	Si, No
		Membrana Hialina	Presencia o ausencia de membrana hialina	Si, No
		Necesidad de Máscara con oxígeno	Presencia o ausencia de la necesidad de máscara con oxígeno	Si, No
		Sepsis Neonatal	Presencia o ausencia de sepsis neonatal	Si, No
		Enterocolitis necrotizante	Presencia o ausencia de enterocolitis necrotizante	Si, No
	Mortalidad neonatal		Presencia o ausencia del desenlace al egreso de muerte neonatal	Si, No
Tiempo de sobrevivencia		Total de días transcurridos del neonato desde su nacimiento hasta su muerte	< día Entre 1-6 días > días	

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

2.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El trabajo será de tipo Observacional, Descriptivo, Transversal, Retrospectivo.

- **Descriptivo:** según Manterola (2001), se considera un estudio observacional cuando el investigador se mantiene al margen de los hechos que ocurren. Los estudios descriptivos están destinados a la descripción de variables de un grupo de sujetos por un periodo corto de tiempo, sin incluir grupos de control. Además, consisten en la descripción de las características generales de la distribución de una enfermedad. Los índices considerados son índices de personas (edad, sexo, raza, estado civil, ocupación y estilo de vida), tiempo (actualidad; 5; 10; 50; 100 años atrás) y lugar (variación entre lugares).
- **Retrospectivo:** según Manterola (2001), debido a que los datos a utilizar son datos que se basan en hechos pasados, se considera un estudio retrospectivo.

2.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de nivel descriptivo , ya que nos permita caracterizar y conocer los resultados perinatales de las gestantes de 24 a 33 semanas con rotura prematura de membranas.

2.1.3 MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN

El método empleado en la investigación es el cuantitativo ya que permitirá examinar y expresar los datos de manera numérica, mediante el campo de la Estadística para los respectivos análisis y comparaciones. Para que exista Metodología Cuantitativa se requiere que entre los elementos del problema de investigación exista una relación cuya Naturaleza sea lineal. Es decir, que haya claridad entre los elementos del problema de investigación que conforman el problema, que sea posible definirlo,

limitarlos y saber exactamente donde se inicia el problema, en cual dirección va y qué tipo de incidencia existe entre sus elementos.

2.1.4 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de estudio es transversal, según Manterola (2001), es un tipo de estudio en el que todas las mediciones se hacen en una sola ocasión por lo que no existen periodos de seguimiento. Es decir, se efectúa el estudio en un momento determinado de la evolución de la enfermedad.

2.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

2.2.1 POBLACIÓN

La población fueron las gestantes de 24 a 33 semanas que ingresaron al Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) con diagnóstico de RPM en los meses de Junio – Diciembre 2015. En el periodo de junio de diciembre de 2015 se registraron un total de 60 casos de gestantes de 24 a 33 semanas de edad gestacional con diagnóstico de RPM, las mismas que conforman la población de estudio.

2.2.2 MUESTRA

Según Gómez (2006, p.109) “...una muestra es una parte de la población” que se ha de estudiar cuando –por motivos económicos, de tiempo, recursos, etc.– no es posible acceder al estudio de la población. No obstante, al ser la población de estudio de reducida cantidad fue posible su total estudio; por ello, no aplica ni tipo ni técnica de muestreo al haberse optado por un muestreo censal tal como García et al (2011) menciona: “En un censo se registran las características de interés de todos los elementos de la población” (p.68). En razón de ello, la muestra de estudio estuvo conformada por 60 gestantes de 24 a 33 semanas con diagnóstico de RPM, que terminaron en parto.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- ✓ Gestantes de 24 a 33 semanas con RPM.
- ✓ Historias clínicas disponibles y completas
- ✓ Parto fue atendido en el INMP.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- ✓ Diagnóstico prenatal de malformaciones fetales;
- ✓ Embarazo pre término menor de 24 semanas y de 34 semanas a más.
- ✓ Gestantes con diagnóstico de RPM y Óbito fetal.
- ✓ Referencia de la gestante.

2.3 TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y RECOLECCIÓN DE DATOS

2.3.1 TÉCNICAS

Se revisaron las historias clínicas (fuente secundaria de información o documental) y considerando los criterios de inclusión y exclusión, se aplicó el instrumento, el cual fue una hoja de recolección de datos (Anexo 3) a la muestra que mediante censo fue seleccionada.

2.3.2 INSTRUMENTOS

Con el objetivo de dar respuesta a los objetivos de la investigación, y en función a la operacionalización de variables se confeccionó una ficha que permitió recabar información de las historias clínicas de emergencia de las pacientes que fueron atendidas por rotura prematura de membranas.

2.3.3 RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la aplicación del instrumento, se realizaron las coordinaciones con la Dirección y jefatura de obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal solicitando los permisos y autorización necesarios para su ejecución.

El levantamiento de la información se realizó en el Área de archivo de la Oficina de Archivos, posteriormente se procedió a realizar el traslado de los datos de

las historias clínicas de emergencia a la ficha de recolección de datos utilizada en el estudio.

2.4 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Los datos se registraron en una base de datos elaborada en una hoja de cálculo y se analizaron en el programa SPSS V.22. Para las variables cualitativas se estimó las frecuencias absolutas y relativas. Para las variables cuantitativas se estimaron las medidas de tendencia central y de dispersión. Para la presentación de datos se utilizó fundamentalmente tablas y gráficos (Diagrama de barras y diagramas circulares).

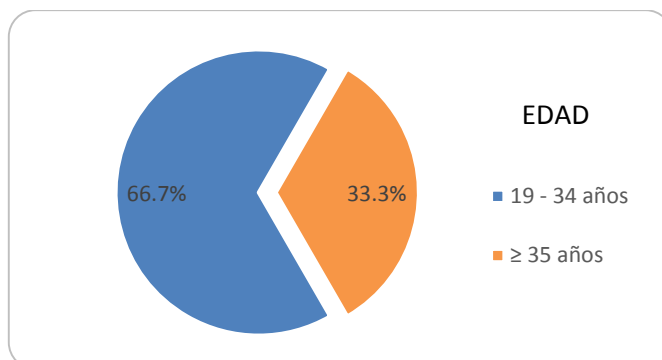
III. RESULTADOS

TABLA 1
SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE GESTANTES
CON ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

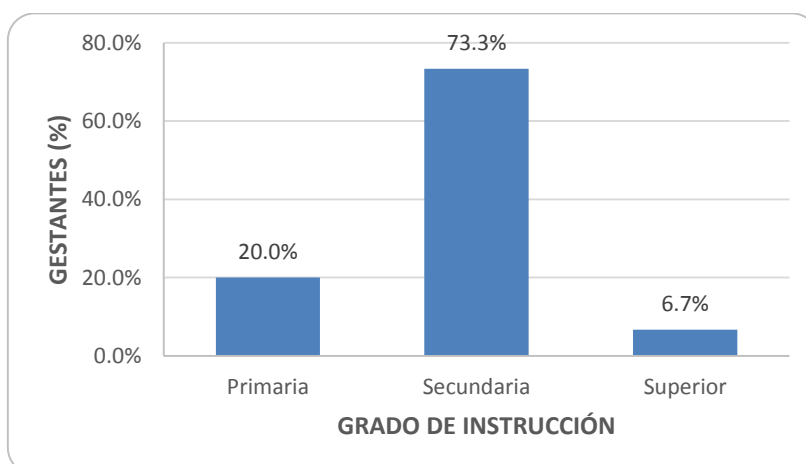
Características sociodemográficas	$\bar{x} \pm DS$	Min-Max
Edad	28,9±5,9	19-37
	N	%
19 - 34 años	40	66,7
≥ 35 años	20	33,3
Grado de Instrucción		
Primaria	12	20,0
Secundaria	44	73,3
Superior	4	6,7
Nivel socioeconómico		
Alto riesgo social	43	71,7
Medio riesgo social	13	21,7
Bajo riesgo social	4	6,7
Total	60	100,0

En la tabla 1: Un total de 60 gestantes con rotura prematura de membranas, participaron en el estudio. Con respecto a la distribución por edades, la edad promedio fue de 28,9 (DS $\pm 5,9$), siendo la edad mínima de 19 y la máxima de 37 años, y la mayoría de las gestantes tenía entre 19 y 34 años (Ver gráfica 1). El 73.3% corresponde a un nivel de instrucción secundario y solo el 6.7% tiene estudios superiores (Ver gráfica 2). En relación al nivel socioeconómico, el alto riesgo social es elevado con un 71.7%, seguido del medio riesgo social, con un 21.7% (Ver gráfica 3).

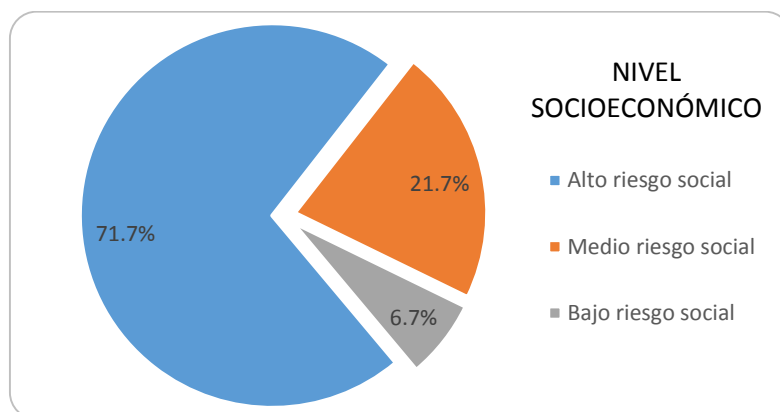
Gráfica 1. Edad de las gestantes con rotura prematura de membranas en el INMP junio –diciembre 2015



Gráfica 2. Grado de instrucción de las gestantes con rotura prematura de membranas en el INMP junio –diciembre 2015



Gráfica 3. Nivel socioeconómico de las gestantes con rotura prematura de membranas en el INMP junio –diciembre 2015



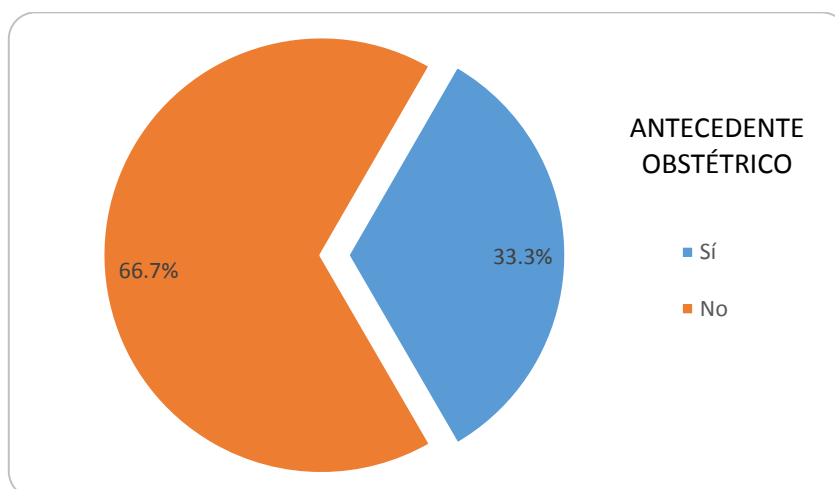
2.- Características obstétricas de la gestante con rotura prematura de membranas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Junio a Diciembre 2015
- Tabla 2

TABLA 2.1
SEGÚN CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DE GESTANTES
CON ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Características obstétricas	$\bar{x} \pm DS$	Min-Max
Edad gestacional (semanas)	29,7±2,9	24 - 33
Antecedente obstétrico	N	%
Sí	20	33,3
No	40	66,7
Tipo de parto		
Vaginal	16	26,7
cesárea	44	73,3
Total	60	100,0

En la tabla N°2.1 la edad gestacional promedio fue $29,7 \pm 2,9$ semanas. El 33,3% presentaron algún antecedente obstétrico (Ver gráfica 4). En el tipo de parto, el 73,3% fueron por cesárea y el 26,7% por parto vaginal. (Ver gráfica 5)

Gráfica 4. Antecedentes obstétricos en las gestantes con rotura prematura de membranas en el INMP junio –diciembre 2015



Gráfica 5. Tipo de parto de las gestantes con rotura prematura de membranas en el INMP junio –diciembre 2015

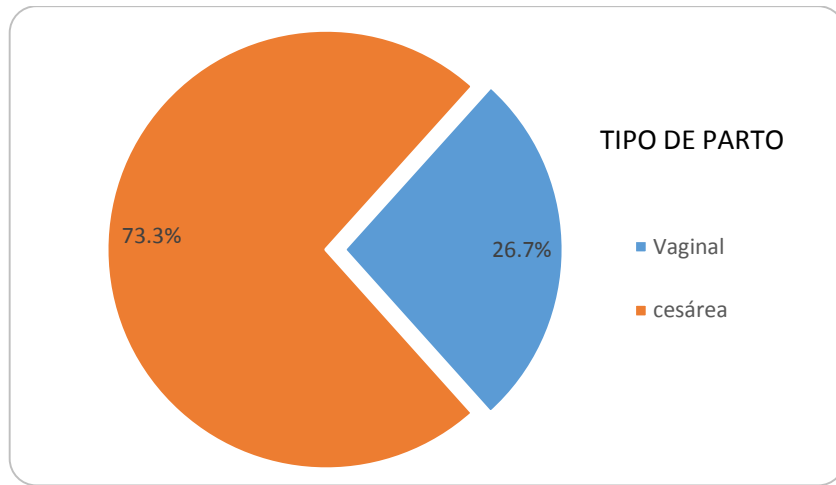


TABLA 2.2
SEGÚN ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DE LAS GESTANTES
CON ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Antecedentes obstétricos*	N	%
Parto prematuro	12	20,0
Aborto	12	20,0

* Respuesta múltiple

En la tabla N° 2.2 puede apreciarse que respecto a los antecedentes obstétricos, 12 presentaron parto prematuro y 12 abortos, cada uno representa el 20% del total de gestantes. No se apreció otro antecedente de interés.

TABLA 2.3
SEGÚN COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN GESTANTES
CON ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

Complicaciones	N	%
Sí	44	73,3%
No	16	26,7%
Total	60	100%

En la tabla N° 2.3 puede apreciarse que el 73,3% de las gestantes con rotura prematura de membranas presentaron alguna complicación obstétrica, mientras que el 26,7% no presentaron ninguna complicación. (Ver Gráfica 6)

Gráfica 6. Complicaciones obstétricas en las gestantes con rotura prematura de membranas en el INMP junio –diciembre 2015

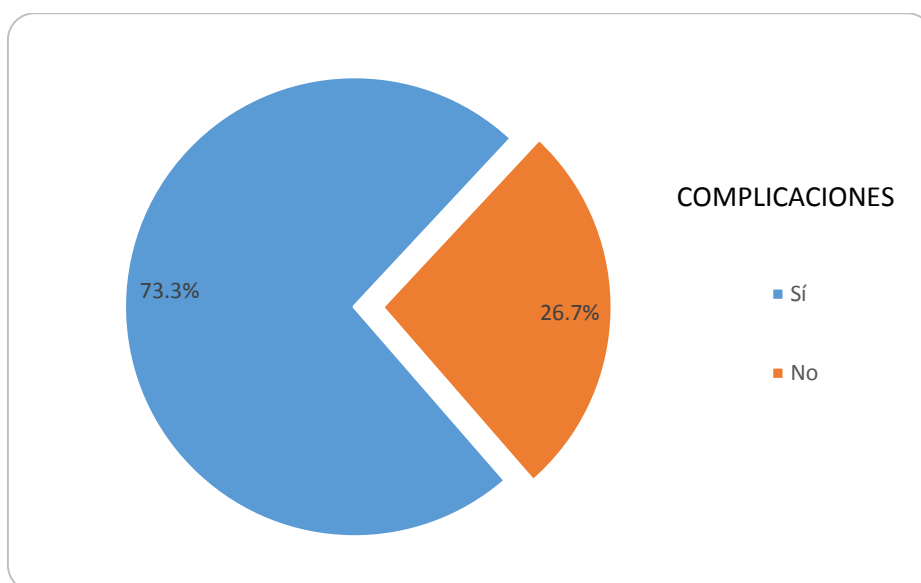


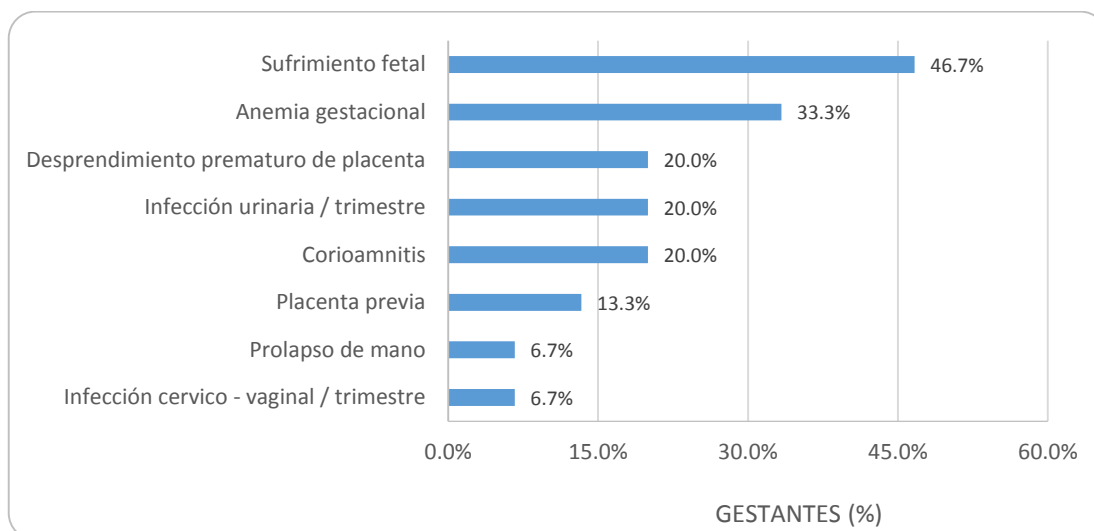
TABLA 2.4
SEGÚN COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN GESTANTES CON
ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Complicaciones*	N	%
Sufrimiento fetal	28	46,7
Anemia gestacional	20	33,3
Corioamnionitis	12	20,0
Infección urinaria / trimestre	12	20,0
Desprendimiento prematuro de placenta	12	20,0
Placenta previa	8	13,3
Infección cérvico-vaginal / trimestre	4	6,7
Prolapso de mano	4	6,7

* Respuesta múltiple

La complicación obstétrica más frecuente en gestantes con rotura prematura de membranas fue el sufrimiento fetal (46,7%), seguido de anemia gestacional (33,3%); mientras que la placenta previa (13,3%), infección servicio-vaginal y prolapso de mano (6,7% cada uno) fueron los menos frecuentes (Tabla N° 2.4 y Gráfica 7)

Gráfica 7. Complicaciones obstétricas más frecuentes en las gestantes con rotura prematura de membranas en el INMP junio –diciembre 2015



3.- Resultados neonatales en gestantes con rotura prematura de membranas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de Junio a Diciembre 2015 - Tabla 3.

TABLA 3.1
SEGÚN CARACTERÍSTICAS NEONATALES CON
ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Características neonatales	$\bar{x} \pm DS$	Min-Max
Peso del RN (gramos)	1783,9 \pm 779,0	406 - 3110
Sexo RN	N	%
Masculino	44	73,3
Femenino	16	26,7
Apgar al 1'		
0 - 3	12	20,0
4 - 6	16	26,7
7 - 10	32	53,3
Apgar a los 5'		
0 - 3	4	6,7
4 - 6	8	13,3
7 - 10	48	80,0
Total	60	100,0

El peso promedio de los recién nacidos fue 1783,9 gramos oscilando entre 406 y 3110 gr. Respecto al sexo fue más frecuente el sexo masculino (73,3%). En cuanto al puntaje de Apgar en los recién nacidos fue de 7 a 10 en 53,3% al minuto y en 80,0% a los cinco minutos (Tabla N° 3.1).

TABLA 3.2
SEGÚN COMPLICACIONES NEONATALES QUE SE PRESENTAN EN
GESTANTE CON ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Complicaciones neonatales	N	%
Ingreso a UCIN	14	23,3
Alteración sensorial	7	11,7
Membrana hialina	7	11,7
Máscara con oxígeno	5	8,3
Sepsis neonatal	3	5,0
Enterocolitis necrotizante	1	1,7

* Respuesta múltiple

Entre las complicaciones neonatales, se observó que el ingreso a UCIN (23,3%), alteración sensorial (11,7%) y membrana hialina (11,7%) fueron los más frecuentes, mientras que la máscara con oxígeno (8,3%), sepsis neonatal (5,0%) y enterocolitis necrotizante (1,7%) fueron los menos frecuentes (Tabla N° 3.2 y Gráfica 8).

Gráfica 8. Complicaciones neonatales en las gestantes con rotura prematura de membranas en el INMP junio –diciembre 2015

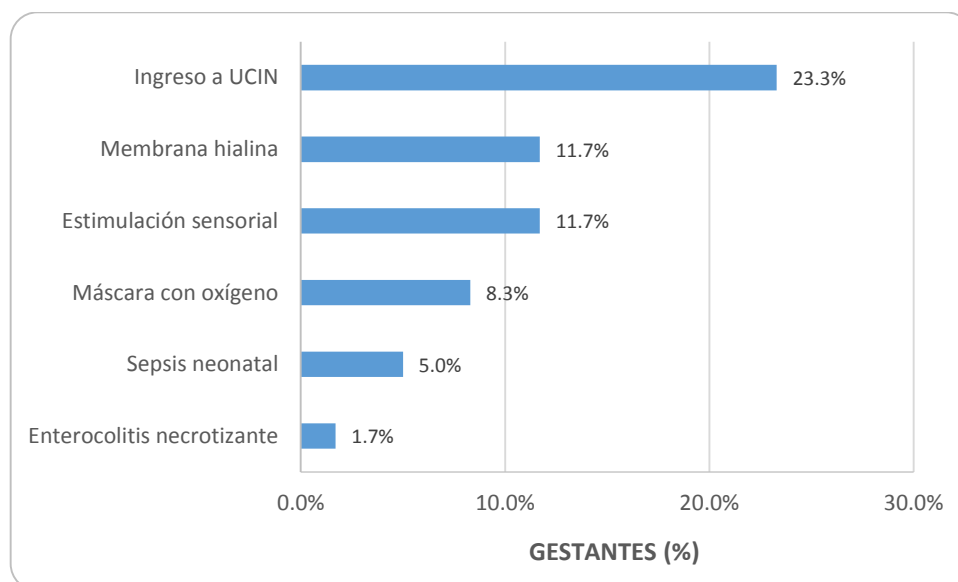


TABLA 3.3
SEGÚN MORTALIDAD NEONATAL EN NEONATOS
DE GESTANTES CON ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Mortalidad	N	%
Si	11	18,8
No	49	81,2
Total	60	100,0

En la tabla N° 3.3 se observa que el 18,8% de los recién nacidos en gestantes con rotura prematura de membranas fallecieron, mientras que el 81,2% de los recién nacidos no fallecieron (Ver Gráfica 1).

Gráfica 9. Mortalidad neonatal que se presentan en gestante con rotura prematura de membranas en el INMP junio –diciembre 2015

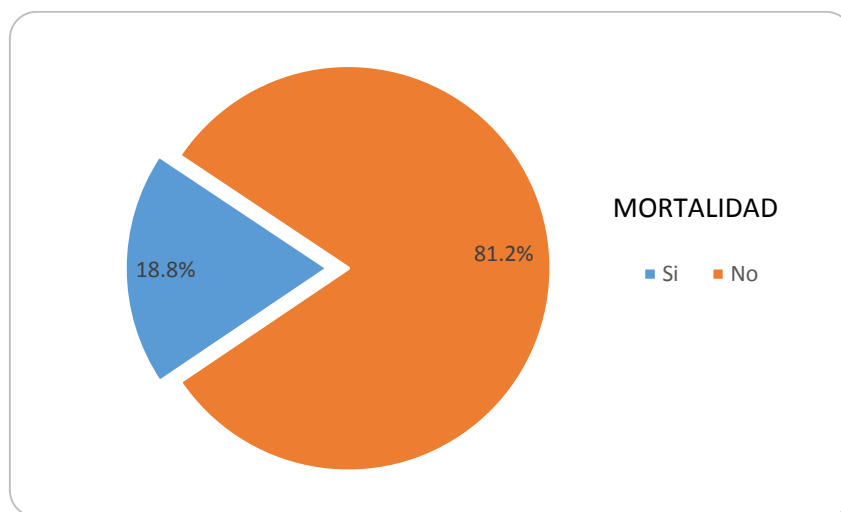
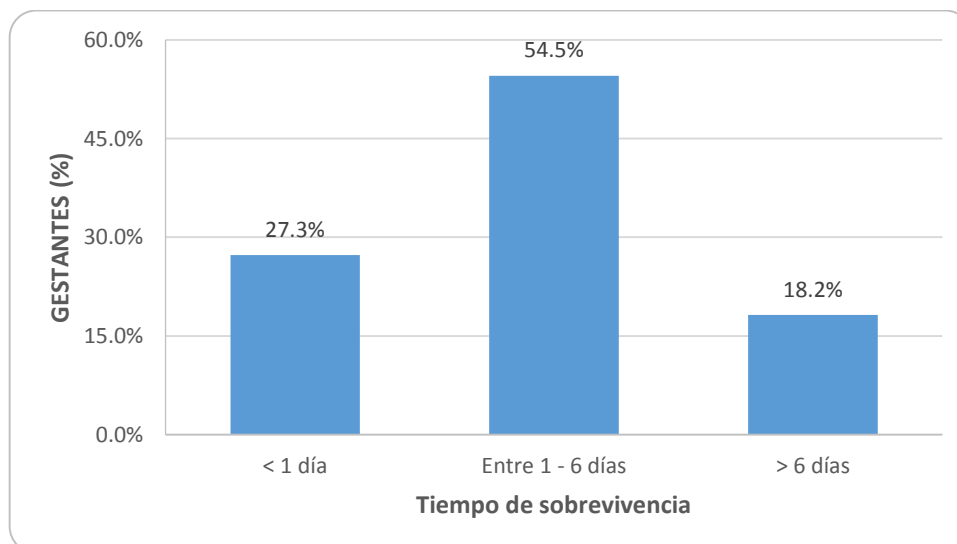


TABLA 3.4
SEGÚN TIEMPO DE SOBREVIVENCIA EN NEONATOS
DE GESTANTES CON ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

Tiempo de sobrevivencia	$\bar{x} \pm DS$	Min-Max
Tiempo (Días)	4,8±5,8	0,21- 19
	N	%
< 1 día	3	27,3
Entre 1 - 6 días	6	54,5
> 6 días	2	18,2
Total	11	100,0

De acuerdo con la tabla N° 3.4, el tiempo promedio de sobrevivencia en los recién nacidos que al final fallecieron y cuyas madres presentaban rotura prematura de membranas fue 4,8 días, donde el 54,5% se encontraban entre 1 y 6 días, seguido de los menores a 1 día (27,3%) y finalmente el 18,2% mayores a 6 días (Ver gráfico 10).

Gráfico 10. Tiempo de sobrevivencia neonatal que se presenta en gestante con rotura prematura de membranas en el INMP junio –diciembre 2015



IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Respecto a las características sociodemográficas, del total de 60 historias clínicas de pacientes con rotura prematura de membranas se encontró que la edad promedio de las gestantes fue 28,9 años, donde la mayoría tenían edades entre 19 y 34 años (66,7%). El grado de instrucción con mayor predominancia fue la secundaria (73,3%) seguido de la primaria (20,0%).

Los resultados son congruentes con Laguna (2015), en su estudio Prevalencia de los Factores de Riesgo Asociados a la Ruptura Prematura de Membranas en Gestantes del Hospital Nacional Docente Madre - Niño San Bartolomé en el Periodo Enero- Diciembre 2014. Encontró que la edad promedio es de 27,8 años con rangos comprendidos entre 14 y 42 años, asimismo fue para Venegas (2013) donde la edad menor a 20 años fue más frecuente (54,0%), seguido de los 21 a 34 años (39,0%) y el nivel de escolaridad primaria con el 51,0%, seguido de la secundaria (39,0%).

De la misma manera para Miranda (2014), indico que la edad materna promedio fue 26,36 años, con una edad materna mínima de 14 años y una máxima de 50 años. Respecto a la procedencia en el presente estudio se encontró que el 66,7% de las gestantes eran de urbano marginal y la asistente social clasifico a las gestantes como Alto riesgo social en (71,7%); resultado similar fue para Venegas (2013) el cual sostuvo que la procedencia fue mayormente urbana (78,0%).

En relación a las características obstétricas se encontró que la edad gestacional promedio fue $29,7 \pm 2,9$ semanas. El 33,3% presentaron algún antecedente obstétrico de importancia, los cuales fueron parto prematuro y aborto. En el tipo de parto se observó que el 73,3% fueron parto por cesárea.

Los resultados fueron similares a Miranda (2014) reportó que la edad gestacional promedio fue 29,06 semanas, con una edad gestacional mínima de 24 semanas y una máxima de 33 semanas; los días de internamiento fue de 15,3 días con un rango de 3 a 78 días y la vía de culminación del parto fue en 71,8 % parto por cesárea.

Asimismo fue para Laguna (2015), donde la edad gestacional promedio fue de 34,4 semanas, con un rango que varía entre las 23 y 41 semanas. De la misma manera para Venegas (2013) encontró que el 20,0% de las gestantes presentó antecedente de parto prematuro y aborto (cada uno); resultados que es cercano a Laguna (2015) reportó que el 7.3% (8 pacientes) de las gestantes tienen historia de más de un aborto con legrado uterino, el 37.6% (41 pacientes) de las pacientes ha tenido un aborto. Sin embargo difiere con Venegas (2013) donde aprecia que el número de controles prenatales en las embarazadas con RPM se cumplió de forma deficiente en el 56%, al mínimo eficiente le corresponde el 39% y al óptimo solo el 5%.

Según las características neonatales, el peso promedio de los recién nacidos fue 1783,9 gramos oscilando entre 406 y 3110 gr. El sexo masculino fue el predominante (73,3%). En cuanto al puntaje de Apgar en los recién nacidos fue de 7 a 10 en 53,3% al minutos y en 80,0% a los cinco minutos.

Resultados similares a lo reportado por Miranda (2014) cuyo peso promedio al nacer fue 1 653,14 g; donde el peso mínimo, 646 g y el máximo, 2 584 g. En cuanto al puntaje de Apgar en los recién nacidos pretérminos, fue de 7 a 10, en 65,5 % al minuto y en 90,1 %, a los cinco minutos. Asimismo fue para Venegas (2013). Cuyo estudio fue Incidencia de Rotura Prematura de Membranas en pacientes primigestas del Hospital Balda de Portoviejo Setiembre 2012 a Febrero 2013. Encontrando que el 93% de los recién nacidos tuvieron APGAR normal (9 al primer minuto y 10 a los cinco minutos). Laguna (2015) reportó que el 66.7% tuvo como producto a un recién nacido de sexo masculino.

Respecto a la muerte neonatal, el 18,8% de los recién nacidos en las gestantes con rotura prematura de membranas fallecieron; resultados no muy cercanos a lo reportado por Miranda (2014) donde la muerte neonatal fue del 4,9 %. Asimismo para Venegas (2013) sostuvo que los recién nacidos que fallecieron fue del 2,0%.

V. CONCLUSIONES

En los resultados perinatales de gestantes entre 24 a 33 semanas con ruptura prematura de membrana, es más frecuente el parto por cesárea, las complicaciones perinatales más frecuentes fueron el sufrimiento fetal, anemia gestacional, ingreso del neonato a UCIN, alteración sensorial y membrana hialina; la frecuencia de mortalidad neonatal alcanzó el 18,8%.

Las características sociodemográficas de las gestantes de 24 a 33 semanas con ruptura prematura de membranas son: edad promedio de 28,9 años, predominio del grupo etario entre 19 a 34 años, grado de instrucción secundaria y de alto riesgo social.

Entre las características obstétricas de las gestantes con rotura prematura de membranas se observó que la edad gestacional promedio fue de 29,7 semanas, los antecedentes obstétricos fueron parto prematuro y aborto, la vía de parto predominante fue por cesárea. Las complicaciones obstétricas más frecuentes fueron el sufrimiento fetal y anemia gestacional.

En los resultados neonatales de gestantes de 24 a 33 semanas con rotura prematura de membranas se encontró que el peso promedio fue 1783.9 gramos, el sexo masculino fue más frecuente, el puntaje de Apgar al minuto y a los 5 minutos fue principalmente mayor o igual a 7. Entre las complicaciones neonatales los más frecuentes fueron el ingreso a UCIN, membrana hialina y alteración sensorial. La frecuencia de mortalidad neonatal fue de 18,8% (11 casos), en estos casos el tiempo de sobrevivencia neonatal fue de 1-6 días.

VI. RECOMENDACIONES

1. Al Obstetra que realiza la atención materno y neonatal se sugiere tener en cuenta las complicaciones obstétricas y neonatales más frecuentes encontrados en los nacimientos de 24 a 33 semanas con rotura prematura de membranas, para así actuar de forma preventiva y oportuna para disminuir la morbilidad materna-neonatal.
2. Durante el control prenatal el/la obstetra tiene la oportunidad de brindar y reforzar la consejería y actividades de promoción de la salud enfocado en gestantes con grado de instrucción secundaria y con alto riesgo social, población más vulnerable según nuestros resultados, para evitar que se expongan a conductas de riesgo que puedan resultar en rotura prematura de membranas de embarazos pretérminos.
3. El /la Obstetra debe fortalecer la consejería personalizada orientada a la búsqueda de factores de riesgo en cuanto al cuidado y la prevención de enfermedades infecciosas que es una de las causas de ruptura prematura de membranas, para ello elaborar material educativo didáctico que permita un mejor entendimiento y toma de conciencia de la importancia de los cuidados de la gestante.
4. El /la Obstetra debe brindar una atención con enfoque de riesgo a las gestantes con antecedentes de parto prematuro o antecedente de aborto, ya que es posible que presenten rotura prematura de membranas pretérmino.
5. El profesional de neonatología debe enfatizar el monitoreo del neonato inmediatamente posterior al nacimiento pues un considerable porcentaje de recién nacidos presentaron Apgar bajo, debe extenderse su monitorización estricta hasta la primera semana de vida ya que muerte neonatal es más frecuente en este periodo. Además a los profesionales que brindan atención

neonatal se recomienda identificar de forma oportuna las posibles complicaciones más frecuentes en esta población como membrana hialina y alteración sensorial.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abizanda, S. (2011). *Epidemiología y fisiopatología de la infección perinatal de transmisión vertical*. Ponencia mixta: sepsis de transmisión vertical. Pp. 1-7
- Aguirre, L. (2015). *Características de las gestantes con ruptura prematura de membranas pretérmino atendidas en el Hospitala Nacional Sergio E. Beernales – Comas 2014*. (Tesis). Universidad San Martín de Porres. Lima.
- Araujo, C. (2012). *Estimación del grado de asociación de los factores de riesgo en pacientes con ruptura prematura de membranas, atendidas en el Hospital Unanue de Tacna durante el periodo de 2006-2010*. (Tesis). Perú. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann.
- Bonilla, F., Pellicer, A. (2007). *Obstetricia, reproducción y ginecología básicas*. 1a. ed. Argentina. Editorial Médica Panamericana.
- Blencowe, H., Cousens, S., Chou, D., Oestergaard, M., Say, L., et al. (2013). Born Too Soon: The global epidemiology of 15 million preterm births. *Reprod Health*, 10(1), S2.
- Cabero, L., Saldívar, D., Cabrillo, E. (2007). *Obstetricia y medicina materno-fetal*. 1a. ed. México: Editorial Médica Panamericana. pp.1191-1204.
- Chávez, G. y Vargas, K. (2012). *Resultados obstétricos y perinatales en la ruptura prematura de membranas en embarazadas que fueron atendidas en el hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, en el primer semestre del año 2011*. (tesis de Grado) Ecuador. Universidad Técnica de Manabí.
- Cifuentes, R. (2007). Ruptura prematura de membranas: Boletín práctico del Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia. *Revista Colombiana Salud Libre*, 2(2), 141-164.
- Cuenca, E. (2013). *Prevalencia y factores asociados a ruptura prematura de membranas en gestantes del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador noviembre 2011-noviembre 2012*. (Tesis). Ecuador: Universidad de Cuenca.

- Dars, A., Malik, S., Samreen, I., Ara, R. (2014). Maternal morbidity and perinatal outcome in preterm premature rupture of membranes before 37 weeks gestation. *Pak J Med Sci*, 30(3), 626-629.
- Fabián, E. (2009). *Factores de riesgo materno asociados a ruptura prematura de membranas pretérmino en pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo enero-diciembre, 2008*. (Tesis). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Faneite, P., Rivera, C., Amato, R., Faneite, J. (2010). Corioamnionitis. Repercusión perinatal. *Rev Obstet Ginecol Venez*, 70(4), 233-239.
- Gaitán, C. y Moreno G. (2013). Sepsis neonatal. *Sociedad Colombiana de Pediatría*. 13(2): 7-26
- Ganfong, A., Nieves, A., Simonó, N., Gonzáles, J., Ferreiro, L., et al. (2007). Influencia de la rotura prematura de membranas en algunos resultados perinatales. Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto”. *Rev Cubana Obstet Ginecol*, 33(2): 1-8.
- García, J., Delgado, A., y Gonzales, G. (2014). Frecuencia de corioamnionitis histológica en pacientes con ruptura prematura de membranas. *Ginecol Obstet Mex*. 82: 791-795
- García, J., Jiménez, F. Del Rosario, M., Ramírez, Y., Lino, L. (2011). *Introducción a la metodología de la investigación en ciencias de la salud*. 1ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Gómez, M. (2006). *Introducción a la metodología de la investigación científica*. 1ª ed. Colombia: Editorial Brujas. p.109.
- Gómez, R. (2004). *Infeción intrauterina y daño neurológico fetal*. En Cabero, L (Ed.), Parto prematuro. 1a. ed. México: Editorial Médica Panamericana. pp.77-81.

- Gutierrez, C. (2015). *Factores socio-demográficos asociados a ruptura prematura de membranas*. (Tesis de posgrado). Instituto Mexicano de Seguro Social Universidad Veracruzana. México.
- Hernández, A., Lopez, J., & Gamez, C. (2011). Comparación de resultados maternos y perinatales en el tratamiento conservador de la rotura prematura de membranas pretérmino entre el uso de eritromicina y clindamicina. *Ginecol Obstet Mex*;79 (7):403-410.
- Ignacio, K. (2015). *Factores Gineco-obstétricos e infecciosos que condicionan la ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Ventanilla Provincia Constitucional del Callao 2014*. (Tesis de grado). Universidad San Martín de Porres. Lima.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Ruptura Prematura de Membranas (RPM). *Guía de práctica clínica*. México. 2010. Pp. 1-58
- Instituto Nacional Materno Perinatal. (2014). *Análisis de la situación de los servicios Hospitalarios del Instituto Nacional Materno Perinatal-Maternidad de Lima*. Perú. Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental.
- Instituto Nacional Materno Perinatal. (2010). *Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología*. Ministerio de Salud, Perú.
- Instituto Nacional Materno Perinatal. (2014). *Boletín Estadístico 2014*. Instituto Nacional Materno Perinatal. Recuperado de <http://www.inmp.gob.pe/institucional/boletines-estadisticos/1422371837>
- Kleinstube, K., Avaria, M. y Varela X. (2014). Parálisis cerebral. *Rev. Ped. Elec.* 11(2): 54-70
- Laguna, M. (2015). *Prevalencia de los Factores de Riesgo Asociados a la Ruptura Prematura de Membranas en Gestantes del Hospital Nacional Docente*

- Madre - Niño San Bartolomé en el Periodo Enero- Diciembre 2014.* (Tesis de grado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima.pp.1-63.
- Lugones, M., y Ramírez, M. (2010). Rotura prematura de membranas, aspectos de interés para la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral.* 26(4): 682-693
- Manterola, C. (2001). Estrategias de investigación. Un diseño observacional analítico. El meta-análisis. *Revista Chilena de Cirugía;* 53(6): 615-621.
- Mendez, H., Dahlke, J., Viteri, O., Chauhan, S., Rouse, D., Sibai, B., et al. (2014). Neonatal and infant outcomes in twin gestations with preterm premature rupture of membranes at 24-31 weeks of gestation. *Obstet Gynecol,* 124(2), 323-31.E
- Mercer, B. (2003). Preterm premature rupture of the membranes. *Obstet Gynecol,* 101(1), 178-93.
- Mere, J., Bao, V., Escudero, F., Rojas, J., et al. (2000). Repercusiones perinatales de la ruptura prematura de membranas. *Ginecol Obstet Per,* 46(4), 333-340.
- Ministerio de Salud. (2012). *Guía de Práctica Clínica para la atención de las emergencias obstétricas.* Hospital María Auxiliadora, Perú.
- Ministerio de salud de Chile. *Guía perinatal. Subsecretaria de Salud Pública.* Chile. 2015. Pp 1-466
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). *Ruptura prematura de membranas pretérmino.* Guía de práctica clínica. Ecuador. pp. 1-38. Disponible en: http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/MSP_RUPTURA-PREMATURA_21122015.pdf
- Miranda, A. (2014). Resultados Maternos y Perinatales del Manejo Conservador de la Rotura de Membranas de 24 a 33 semanas. *Acta méd. Peruana.* 31(2): 84-89.

- Morgan, F., Gomez, Y., Valenzuela, I., Gonzalez, A., Quevedo, E., & Osuna, I. (2008). Factores Sociodemograficos y Obstetricos asociados con la Rotura Prematura de Membranas. *Ginecol Obstet Mex*;76(8):468-75.
- Ochoa, A., Caballero, G. (2001). 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 de parto del Instituto Hondureño de Seguridad Social. *Rev Med Post UNAH*, 6 (2), 143-147.
- Paredes, G. (2013). *Factores de riesgo asociados a la ruptura de membranas pretermino-lejos del termino (23 a 31 semanas-9 y su relación del tiempo de latencia con el resultado perinatal, Hospital Victor Lazarte-EsSalud, Trujillo, 2010-2012.* (Tesis de especialidad). Universidad Nacional de Trujillo. Perú.
- ProSEGO. (2012). *Rotura Prematura de Membranas.* Protocolos Asistenciasles en Obstetricia. España. pp. 520-540.
- Reece, R., Hobbins, J. (2010). *Obstetricia clínica.* 3a. ed. México: Editorial Médica Panamericana.
- Rigol O. (2004). *Obstetricia y Ginecología.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas. pp.438
- Rivera, R., Caba, F., Smirnow, M., Aguilera, J., & Larrain, A. (2004). Fisiopatología de la Rotura Prematura de Membranas Ovulares en Embarazos de Pretermino. *Rev. chil. obstet. Ginecol*; 69(3): 249-255
- Sanabria, A., Nodarse, A., Carrillo, L., Couret, M., Sanchez N., y Guzmán R. (2012). Morbilidad en el recién nacido menor de 1 500 gr. *Revista Cubana de Obstetricia Ginecología*; 38(4):1-9.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2012). Rotura prematura de membranas. *Protocolos asistenciales en obstetricia.* pp. 1-21
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2004). Protocolos SEGO. Rotura prematura de membranas. *Prog Obstet Ginecol*, 17(5), 250-254.

- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2012). *Rotura prematura de membranas*. Madrid, España: ProSEGO. Recuperado de: <https://goo.gl/Iw2K5B>
- Tindale, T., Fentahum, N., Gemada, D., Aman, M. (2016). Maternal and fetal outcomes in term premature rupture of membrane. *World J Emerg Med*, 7(2), 147-152.
- Torres, J. y Rojas C. (2013). Asfixia perinatal. *Sociedad Colombiana de Pediatría*. 9(3): 17-27
- Ucrós, S., Mejía, N. (2009). *Guías de pediatría práctica basadas en la evidencia*. 2a. ed. Colombia: Editorial Médica Panamericana. pp.91-116.
- Van der I., Jonge, R., Duvekot, J., Reiss I. y Brussé I. (2016). Maternal and Neonatal Outcomes of Preterm Premature Rupture of Membranes before Viability. *Klin Padiatr*. 228: 69–76
- Venegas, M. (2013). *Incidencia de Rotura Prematura de Membranas en pacientes primigestas del Hospital Balda de Portoviejo Setiembre 2012 a Febrero 2013*. (Tesis de grado). Universidad de Guayaquil. Ecuador. pp.1-61
- Vigil, P., Savransky, R., Perez, J., Delgado, J., & Nunez, E. (2011). Rotura Prematura de Membranas. *Guia Clinica de Federación Latino Americana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (Flaslog)*: N^a1. pp.1-19.

V. ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia lógica

PROBLEMA	HIPÓTESIS	VARIABLE	OBJETIVOS
<p>Problema General ¿Cuáles son los resultados perinatales en gestantes de 24 a 33 semanas con Rotura Prematura de Membranas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Junio-Diciembre 2015?</p> <p>Problema Específico: 1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas que presentan las gestantes de 24 a 33 semanas con rotura prematura de membranas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Junio-Diciembre 2015? 2. ¿Cuáles son las características obstétricas que presentan las gestantes de 24 a 33 semanas con rotura prematura de membranas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Junio-Diciembre</p>	<p>En los resultados perinatales de gestantes de 24 a 33 semanas con rotura prematura de membranas se encuentra con mayor frecuencia el parto por cesárea, son frecuentes las complicaciones obstétricas como el sufrimiento fetal y corioamnionitis, los neonatos tienen la necesidad de ingresar a UCIN.</p>	<p>Variables Sociodemográficas: -Edad materna -Grado de instrucción -Nivel socioeconómico</p> <p>Características obstétricas: -Edad gestacional -Tipo de parto -Antecedente obstétrico -Complicaciones obstétricas (Sufrimiento fetal agudo, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, corioamnionitis, infección urinaria, prolapso de mano, infección vaginal, anemia gestacional)</p> <p>Resultados neonatales: -Peso del RN -Sexo del RN -Apgar</p>	<p>Objetivo General Identificar los resultados perinatales en gestantes de 24 a 33 semanas con rotura prematura de membranas en el Instituto Materno Perinatal. Junio - Diciembre 2015</p> <p>Objetivos Específicos: Identificar las características socio demográficas en las gestantes de 24 a 33 semanas con rotura prematura de membranas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Junio-Diciembre 2015.</p> <p>Determinar las características obstétricas que presentan las gestantes de 24 a 33 semanas con rotura prematura de membranas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Junio-Diciembre 2015.</p>

<p>2015.?</p> <p>3. ¿Cuáles son los resultados neonatales en gestantes de 24 a 33 semanas con rotura prematura de membranas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Junio- Diciembre 2015?</p>		<ul style="list-style-type: none"> -Ingreso a UCIN -Alteración sensorial -Membrana hialina -Necesidad de mascara con oxigeno -Sepsis neonatal -Enterocolitis necrotizante -Mortalidad neonatal -Tiempo de sobrevivencia 	<p>Describir los resultados neonatales en gestantes de 24 a 33 semanas con rotura prematura de membranas en el Instituto Nacional Materno Perinatal Junio- Diciembre 2015.</p>
---	--	---	--

Anexo 2: Matriz de consistencia metodológica

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN	MUESTRA	INSTRUMENTOS	VALIDACIÓN
-Observacional -Descriptivo -Transversal -Retrospectivo	Se estudia a las gestantes entre 24 a 33 semanas con RPM en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo Junio a Diciembre del 2015	Se estudia a 60 gestantes entre 24 a 33 semanas con rotura prematura de membranas.	Ficha de recolección de datos, en función a las variables obtenidas de las bibliografías investigadas.	Por ser una ficha de recolección y no un instrumento de medición, no se requiere la validación.

Anexo 3: Instrumento de investigación

Resultados Perinatales en Gestantes de 24 a 33 semanas con Rotura Prematura de Membranas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Junio - Diciembre 2015

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° Historia Clínica: _____ **ID:** _____ **Fecha:** _____

Características Sociodemográficas:

Edad materna: _____ años

Grado de instrucción: () Primaria () Secundaria () Superior

Nivel socioeconómico: () Alto riesgo social () Medio riesgo social
() Bajo riesgo social

Características Obstétricas:

Edad gestacional: _____ semanas

Tipo de parto: () Vaginal () Cesárea

Antecedente obstétrico:

() Cesárea anterior

() Infección del tracto urinario () Aborto

() Parto prematuro

Otros: _____

Complicaciones Obstétricas

() Sufrimiento fetal Anemia gestacional () Corioamnionitis

() Placenta previa () Prolapso de mano

- Desprendimiento prematuro de placenta
 Infección urinaria / trimestre
 Infección cervico - vaginal / trimestre Otros: _____

Características Neonatales

Peso del RN: _____ (gramos)

Sexo: Femenino Masculino

Apgar al minuto: _____ 0-3 4-6 7-10

Apgar a los 5 minutos: _____ 0-3 4-6 7-10

Complicaciones neonatales

- Ingreso a UCIN Alteración sensorial Membrana hialina
 Máscara con oxígeno Sepsis neonatal Enterocolitis necrotizante

Mortalidad neonatal:

Si No

Tiempo de sobrevivencia neonatal: _____ días

< 1 día Entre 1 - 6 días > 6 días