

"UNIVERSIDAD PARTICULAR DE IQUITOS"

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
SALUD
CARRERA PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA**

TITULO

**FACTORES ASOCIADOS A LA RUPTURA
PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE
LORETO - EN EL LAPSO DE ENERO A
DICIEMBRE DEL 2001.**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR LA BACHILLER:
JESSENIA ALVAN AGUILAR**

**ASESOR :
OBST. NATALIK ESPINOZA RAMÍREZ**

IQUITOS - PERU

BIBLIOTECA-UPI

ACTA DE EXAMEN PARA TITULO PROFESIONAL

SUSTENTACIÓN DE TESIS

En Iquitos a los veinte y dos días del mes de julio del 2003, a las 5:00 pm, el Jurado Evaluador designado por el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNIVERSIDAD PARTICULAR DE IQUITOS, integrado por los Señores Miembros que a continuación se indica:

- | | |
|---------------------------------|------------|
| • Med. G.O EDWIN ZEVALLOS BÁZAN | Presidente |
| • Obst. BETTY MONZÓN MARISCAL | Miembro |
| • Obst. ROSA LUPUCHE YPANAQUE | Miembro |

Se constituyeron en el Auditorio de la Universidad Particular de Iquitos Av. Abelardo Quiñones Km. 2.5. San Juan para evaluar LA SUSTENTACIÓN DE TESIS, titulada : "FACTORES ASOCIADOS A LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO - EN EL LAPSO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2001" presentada por la bachiller en Obstetricia Jessenia Alvan Aguiar, para optar el Título Profesional de LICENCIADA EN OBSTETRICIA que otorga la Universidad Particular de Iquitos, de acuerdo a Ley y Reglamento Interno.

Después de haber formulado las preguntas necesarias, el jurado consideró que las mismas fueron respondidas Satisfactoriamente

El Jurado después de la deliberación correspondiente en privado, llegó a la siguiente conclusión:

1. La sustentación de TESIS ES Aprobada por mayoría
2. Observaciones dados en el momento de sustentación
3. Siendo las 18.05 hrs Se dio por terminado la Sustentación.

Med. G.O EDWIN ZEVALLOS B.
Presidente

Obst. BETTY MONZÓN MARISCAL
Miembro

Obst. ROSA LUPUCHE YPANAQUE
Miembro

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO N° 01	Características Biodemográficas de los grupos de estudio según Edad.
GRAFICO N°02	Características Biodemográficas de los grupos de estudio según Estado Civil.
GRAFICO N°03	Características Biodemográficas de los grupos de estudio según Procedencia .
GRAFICO N°04	Características Biodemográficas de los grupos de estudio según Ocupación.
GRAFICO N°05	Características Biodemográficas de los grupos de estudio según Grado de Instrucción .
GRAFICO N°06	Características Biodemográficas de los grupos de estudio según Edad Gestacional.
GRAFICO N°07	Características Biodemográficas de los grupos de estudio según Edad Paridad.
GRAFICO N°08	Características Biodemográficas de los grupos de estudio según Control Pre Natal .
GRAFICO N°09	Características Biodemográficas de los grupos de estudio según N° Tactos Vaginales.
GRAFICO N°10	Características Biodemográficas de los grupos de estudio según Tiempo de Trabajo de Parto.

GRAFICO N°11

Características Biodemográficas de los grupos de estudio según Tipo de Trabajo de Parto.

GRAFICO N°12

Características Biodemográficas de los grupos de estudio según Dinámica Uterina.

Dedicatoria

A mis padres:

LIGIA Y EDGAR

Quienes con su esfuerzo y sacrificio me apoyaron para cumplir satisfactoriamente mi carrera profesional

A mis Hermanas

Gracias por su apoyo y comprensión que me pusieron durante todo ese tiempo.

Miriam, Karla y Katty

*A el amor de mi vida, mi hija
Flavia Alessandra por
Dar-me el valor de seguir
adelante.*

*A mi prima Xuxan Vigo
por su apoyo incondicional*

RECONOCIMIENTO

- A los docentes de la facultad de ciencias de la Salud de la universidad Particular de Iquitos , que me incentivaron en mi deseo de superarme cada día, en especial a la obst. Betty Monzón Mariscal por su apoyo incondicional.

- A los médicos, obstetricas y personal asistencial de los diferentes servicios del Hospital Regional de Loreto gracias por su apoyo durante mi internado y externado.

- Al Director del Hospital Regional de Loreto gracias por permitirme realizar mis practicas profesionales.

- A el Dr. Javier Vásquez , quien me apoyó para el permiso necesario en la ejecución de mi encuesta.

- Al Centro de Salud " San Juan ", gracias a todo el personal : Médicos ,obstetricas, enfermeras y personal asistencial por apoyarme durante todo el periodo del externado.

FORMULACION DEL PROBLEMA.

¿ Cuáles son los factores asociados a la Ruptura Prematura de Membranas en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Loreto, en el lapso de Enero a Diciembre del 2001 ?

INTRODUCCION

La finalidad del presente estudio es obtener, dicha información con el propósito de que el profesional de salud de los programas de Control Pre Natal (CPN) de un adecuado manejo integral a los casos de ruptura prematura de membrana (RPM) en gestantes.

En los últimos años de estudios a nivel nacional e internacional han considerado a los antimicrobianos un problema de salud que va creciendo junto a la aparición de los nuevos antimicrobianos.

La ruptura prematura de membranas (RPM) es la salida del líquido amniótico después de la semana 20 de gestación y antes del inicio del trabajo de parto. (11)

La RPM ocurre en aproximadamente el 10% de los embarazos y encierra tanto riesgos maternos como fetales.

Se realiza este estudio porque es una de las causas más frecuentes de prematuridad y muerte perinatal.

La etiología de la RPM , se han involucrado varios factores, sin que pueda muchas veces en la practica, establecer cual es la verdadera causa, por ello podrían tomar mejor el nombre de factores predisponentes , que actúan modificando la elasticidad de las membranas ovulares.

Sin embargo, las zonas de las membranas que se presentan al Orificio cervical interno tiene algunas características especiales que facilitarían su ruptura, como son un menor desarrollo y nutrición, la mayor estiramiento por ausencia de pared uterina. (12)

Artal y Col. Examinaron específicamente el lugar de la rotura en la RPM a término, comprobaron que el espesor de las membranas estaban disminuidas cerca de las zonas de rotura. Superior que este adelgazamiento podría presentar un fenómeno local, consecuencia de la tensión crónica sufrida durante el embarazo, que produce lentamente cambios membranosos. Algunas roturas de membranas son debidas a cerviz incompetente, infección, hidramnios ó trauma, pero en muchas de ellas no hay causas reconocidas.

Se ha encontrado retrospectivamente que el líquido amniótico esta más frecuente infectado en los casos de membranas que se rompen antes del inicio de la labor de parto.

La invasión bacteriana de las membranas fetales cerca del orificio cervical, es un evento relativamente común. La Hipótesis propone que la infección puede promover el debilitamiento de las membranas , esto trae la fuerte posibilidad de que la infección sea la causa de muchas RPM.

La presencia de *Trichomonas vaginalis* en el canal que llega a colonizar las membranas fetales, es un factor de riesgo significativo en el desarrollo de la ruptura de membrana. El diagnostico de la RPM se dirige a establecer con la mayor presión posible, el calor, la calidad y en especial la fecha y la hora del comienzo de la pérdida del líquido amniótico blanco claro, a veces ligeramente opaco, embrionario ó teñido de meconio. Su olor es característico semejante al semen ó al hipoclorito de sodio. Con esta evidencia el diagnóstico se confirma y por ende se puede evitar cualquier acción. (Colocación de espéculo, tacto vaginal, etc.)

Los principales riesgos perinatales de la RPM guardan extremadamente relación con la edad gestacional en la cuál esta se produce y el tiempo que transcurre entre la ruptura de membranas y el parto . Las complicaciones más frecuentes son las infecciones perinatales, la prematures y la asfixia. Otras complicaciones menos frecuentes son los hipoplasia pulmonar y las deformidades esqueléticas que pueden observarse en caso de RPM en embarazos menores de 25 semanas y manejadas en forma expectantes. La conducta en pacientes con RPM deben individualizarse dependiendo de dos factores fundamentalmente: La presencia ó sospecha de inspección ovular y el grado de desarrollo y madurez pulmonar fetal.

Objetivo General

1. Determinar los factores asociados a la ruptura prematura de membranas en el Hospital Regional de Loreto entre Enero a Diciembre del 2001.

Objetivo Específico

1. Identificar algunas características sociodemográficas de la madre, tales como procedencia, edad civil, grado de instrucción y su relación con la ruptura de membrana.
2. Determinar algunos aspectos epidemiológicos, de la ruptura prematura de membranas en las gestantes, atendidas en el Hospital Regional de Loreto, en el lapso de Enero a Diciembre 2001.
3. Determinar la incidencia de ruptura prematura de membranas en gestantes asociadas a las infecciones vaginales y la enfermedad de transmisión sexual.
4. Determinar la incidencia de morbi- mortalidad perinatal.
5. Identificar la relación entre RPM y el riesgo de presentar Morbi – Mortalidad Perinatal.
6. Analizar la relación entre RPM y el control Prenatal.

Marco Teórico

Antecedentes :

William (1979), señala que el deseo de terminar rápidamente el embarazo para evitar la infección materno / fetal ha entrado en conflicto con la necesidad de continuar con el embarazo con el fin de alcanzar la madurez pulmonar del feto.

Jacomino (1986), se estudiaron 38 historias clínicas de partos realizados en el Hospital " Fe del Valle", con antecedentes de RPM llegó a la conclusión de que la morbi-mortalidad del recién nacido se eleva a expensas de las complicaciones respiratorias. Se informa que no se encuentra este resultado en la madre.

Cifuentes (1996), afirma que la mortalidad perinatal en la RPM es debida principalmente a prematurez y en menor proporción a infección.

Lobatón (1997), reporta que la mortalidad por infección fue de 2.2 % no hubo mortalidad materna. La incidencia necesaria fue el

de 24 horas y el 44% con más de 24 horas, cifras altas a la portadas por otros autores. Con respecto a la paridad afirma que la RPM es mayor en a primigestas, disminuyendo a medida que aumenta el número de embarazos.

Faverio Bejar y colaboradores (1997), se realiza el estudio bajo diseño prospectivo en el hospital de Apoyo Cayetano Heredia de Lima. El tamaño de la muestra fue determinado estadísticamente conformado por 40 pacientes. Se encontró que no existe diferencia entre los hallazgos de celuralidad en el aspirado gástrico en los neonatos con antecedentes de RPM entre 0 – 12 horas y de 12 - 24 horas.

Variables Operativas :

➤ Variable Dependiente.

Rotura prematura de membrana.

➤ **Variable Independiente.**

- **Procedencia** : Origen, principio de donde nace o se deriva una cosa .
- **Ocupación** : Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa.
- **Gestación** : O embarazo, estado de la mujer que alberga en su cuerpo un embrión o feto vivo.
- **Paridad** : Número de partos previos (> 20 ss) de gestación, que ha presentado la gestante hasta el momento del estudio, se operacionaliza en Nulípara (0 parto), Primípara (1 parto), Multípara (2 a 5 partos) y Gran Multípara (6 a mas partos).
- **Edad gestacional** : Semana comprendida entre el 1er. día del último período menstrual o fecha de la última regla a la fecha actual.

- **Control Pre Natal** : Evaluación repetida con enfoque de riesgo que efectúa el obstetra a la gestante, se considera gestante controlada a aquella que recibe 4 a más controles Pre Natales, y no controlada aquella con menos de 4 controles Pre Natales (34).

METODOLOGÍA

Tipo de Investigación :

El tipo de investigación que se utilizarán es un estudio retrospectivo, comparativo entre gestantes con Ruptura Prematura de Membrana y gestantes que no presentan ruptura de membrana durante el período 2001.

Diseño de Investigación :

El diseño que se empleó en la presente investigación es de caso control porque primero se identifica el efecto en gestantes con RPM y comparativo en gestantes que no presentaron modificaciones de RPM.

Grupo A - O

Grupo B - O

Grupo A : Grupo de Casos

Grupo B : Grupo de Controles

O : Medición de Variables

Se realiza la investigación de acuerdo a la Hipótesis planteada.

Casos : Mujeres gestantes con RPM y cuyo recién nacido presenta Morbilidad y Perinatal.

Controles : Mujeres gestantes sin RPM y con recién nacidos normales.

Criterios de selección de los grupos de estudio.

Gestantes con RPM, con parto intra hospitalario, con recién nacido vivo ó múltiple, nacido de parto vaginal ó por cesárea.

Gestantes con RPM y/o recién nacido con datos incompletos.

Población y Muestra.

Universo : La población de estudio esta compuesta por todas las madres cuyos recién nacidos fueron atendidos en el servicio de obstetricia del Hospital Regional de Loreto.

Muestra : Esta constituida por las gestantes que han sido atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Regional de Loreto en el período comprendido 2001 que han presentado Ruptura Prematura de Membrana.

Tamaño de Muestras : El número mínimo de gestaciones por cada grupo se obtuvo la proporción poblacional con la siguiente ecuación.

donde:

Z = Es valor estándar de Z con un coeficiente de confiabilidad cuando se usa un nivel de confianza de 95 % para la estimación.

p = Proporción estimada en nuestro estudio será del 10% que es la incidencia promedio de gestantes con RPM según Shewarz 10% = 0.10.

q = Complemento de p; es igual $1 - p$; $1 - 0.10 = 0.90$.

E = Error absoluta precisión, en nuestro caso usaremos 5% que es igual a (0.50).

Solución :
$$n = \frac{(1,9612 (0.10)(0.90))}{(0,50)^2}$$

En consecuencia, estudiaremos a 138 gestantes con RPM y con número igual para el grupo control.

Recolección de datos .

Datos :

1. La revisión y anotación de la información realizará la investigadora , previa verificación de la asesora de tesis.
2. Se tendrá los datos en forma retrospectiva de las historias clínicas.
3. Se recogerán los datos pertinentes al estudio tanto de la madre como de su recién nacido , mediante la historia clínica perinatal.

Instrumentos :

- El instrumento mejor usado para nuestra investigación serán los formularios impresos donde se anotarán los datos obtenidos de las historias clínicas y/o directamente de la madre; los cuales serán elaborados y clasificados por

números para ser procesados en computadora cuya tabulación nos permitirá presentar información de cuadros y gráficos.

- Adicional se elaborará una ficha de recolección de datos.

Análisis de datos.

1. Se efectuará un análisis descriptivo que nos permitirá orientar Sobre los datos de distribución de frecuencias ó de intereses en la posición de los datos de asociados y se ubicará las historias clínicas peri natales (clap).
2. Los resultados se presentan a través de la estadística descriptiva.

CARACTERÍSTICAS BIODEMOGRÁFICAS DE LOS GRUPOS DE ESTUDIO

Tabla N° 0 1. Número y porcentaje de gestantes con RPM y gestantes control según edad

EDAD (años)	GESTANTES CON RPM		GESTANTES CONTROL	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
15-21	32	51.60%	23	37.00%
22-28	16	25.80%	25	40.30%
29-35>	14	22.60%	14	22.60%
TOTAL	62	100%	62	100%

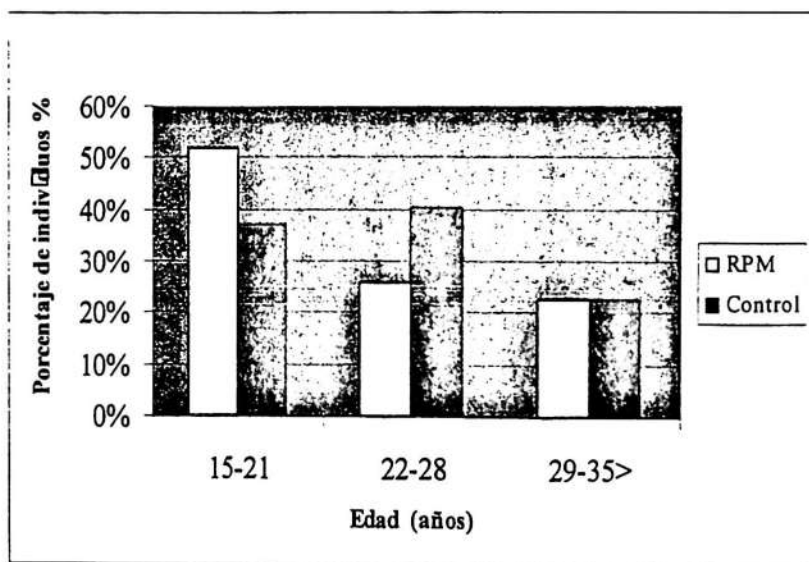


Figura N° 0 1. Porcentaje de gestantes con RPM y gestantes control según edad

Tabla N° 02. Número y porcentaje de gestantes con RPM y gestantes control según Estado Civil

ESTADO CIVIL	GESTANTES CON RPM		GESTANTES CONTROL	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
SOLTERA	16	25.80%	5	8.00%
CASADA	8	13.00%	10	16.00%
CONVIVIENTE	38	61.20%	47	76.00%
TOTAL	62	100%	62	100%

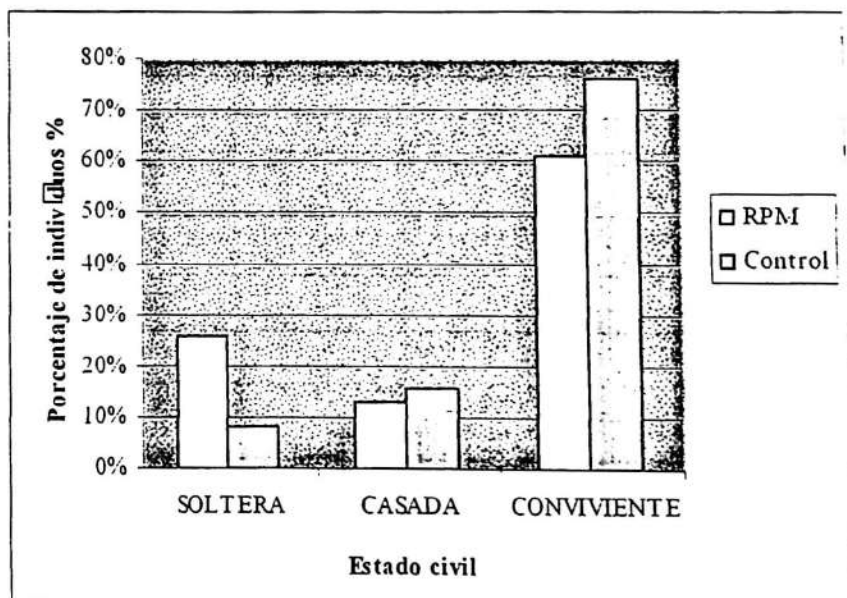


Figura N° 02. Porcentaje de gestantes con RPM y gestantes control según Estado Civil

Tabla N° 03. Número y porcentaje de gestantes con RPM y gestantes control según su procedencia de zona de vivienda.

PROCEDENCIA	GESTANTES CON RPM		GESTANTES CONTROL	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
RURAL	1	1.6%	3	4.8%
URBANO MARGINAL	38	61.0%	15	24.1%
URBANO	23	37.0%	44	71.0%
TOTAL	62	100%	62	100%

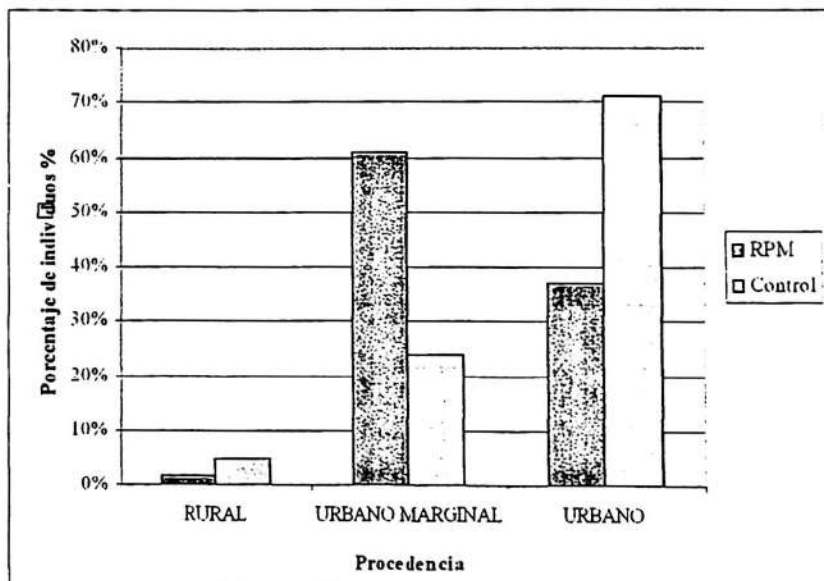


Figura N° 03. Porcentaje de gestantes con RPM y gestantes control según su procedencia de zona de vivienda.

Tabla N° 04. Número y porcentaje de gestantes con RPM y gestantes control según su ocupación.

OCUPACIÓN	GESTANTES CON RPM		GESTANTES CONTROL	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
AMA DE CASA	48	77.4%	50	80.6%
ESTUDIANTE	14	22.5%	12	19.3%
TOTAL	62	100%	62	100%

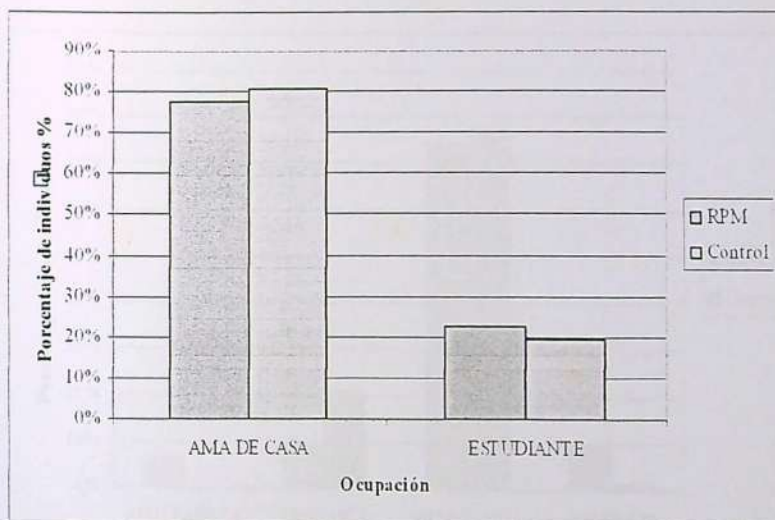


Figura N° 04. Porcentaje de gestantes con RPM y gestantes control según su ocupación

Tabla N° 05. Número y porcentaje de gestantes con RPM y gestantes control según su grado de instrucción.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	GESTANTES CON RPM		GESTANTES CONTROL	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
ANALFABETA	4	6.4%	0	0.0%
PRIMARIA	6	9.6%	13	21.0%
SECUNDARIA	46	74.1%	48	77.4%
SUPERIOR	6	9.6%	1	1.6%
TOTAL	62	100%	62	100%

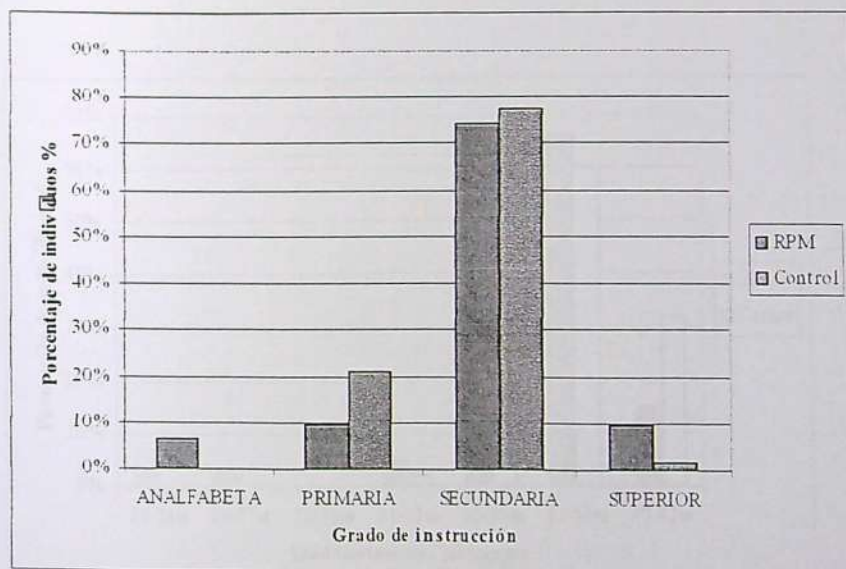


Figura N° 05. Porcentaje de gestantes con RPM y gestantes control según su grado de instrucción

Tabla N° 06. Número y porcentaje de gestantes con RPM y gestantes control según edad gestacional.

EDAD GESTACIONAL (semanas)	GESTANTES CON RPM		GESTANTES CONTROL	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
22-24ss	1	2%	0	0%
25-27ss	2	3%	0	0%
28-30ss	0	0%	0	0%
31-33ss	3	5%	1	2%
34-36ss	6	10%	4	6%
37-39ss	41	66%	37	60%
40-42ss	9	15%	20	32%
TOTAL	62	100%	62	100%

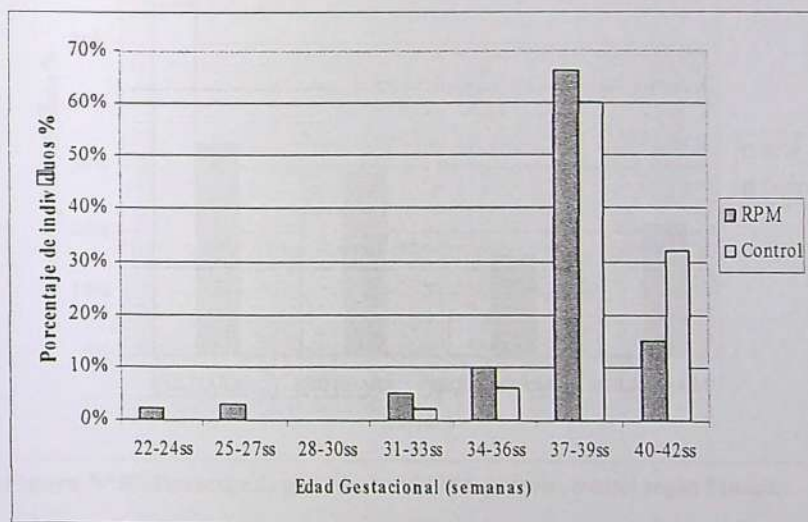


Figura N° 06. Porcentaje de gestantes con RPM y gestantes control según edad gestacional.

Tabla N° 07. Número y porcentaje de gestantes con RPM y gestantes control según Grado de Paridad.

PARIDAD	GESTANTES CON RPM		GESTANTES CONTROL	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
NULIPARA	35	56%	21	34%
PRIMIPARA	14	23%	18	29%
SEGUNDIPARA	4	6%	10	16%
MULTIPARA	9	15%	13	21%
TOTAL	62	100%	62	100%

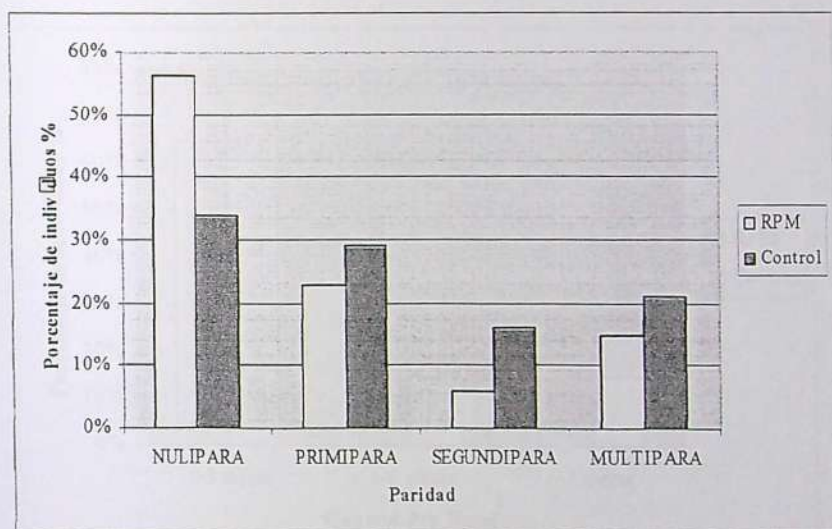


Figura N° 07. Porcentaje de gestantes con RPM y gestantes control según Paridad.

Tabla N° 08. Número y porcentaje de gestantes con RPM y gestantes control según tiempo de Control Prenatal.

CONTROL PRE NATAL	GESTANTES CON RPM		GESTANTES CONTROL	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
1-3 meses	40	65%	44	71%
1-6 meses	10	16%	9	15%
+7 meses	12	19%	9	15%
TOTAL	62	100%	62	100%

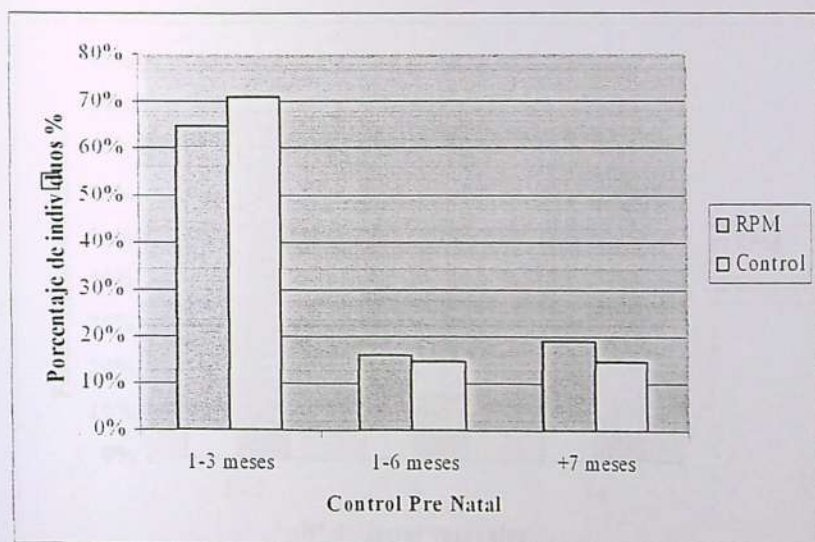


Figura N° 08. Porcentaje de gestantes con RPM y gestantes control según tiempo de Control Prenatal.

Tabla N° 09. Número y porcentaje de gestantes con RPM y gestantes control según N° de tactos vaginales

N° DE TACTOS VAGINALES	GESTANTES CON RPM		GESTANTES CONTROL	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
1 - 2	46	74%	49	79%
3	7	11%	9	15%
+4	9	15%	4	6%
TOTAL	62	100%	62	100%

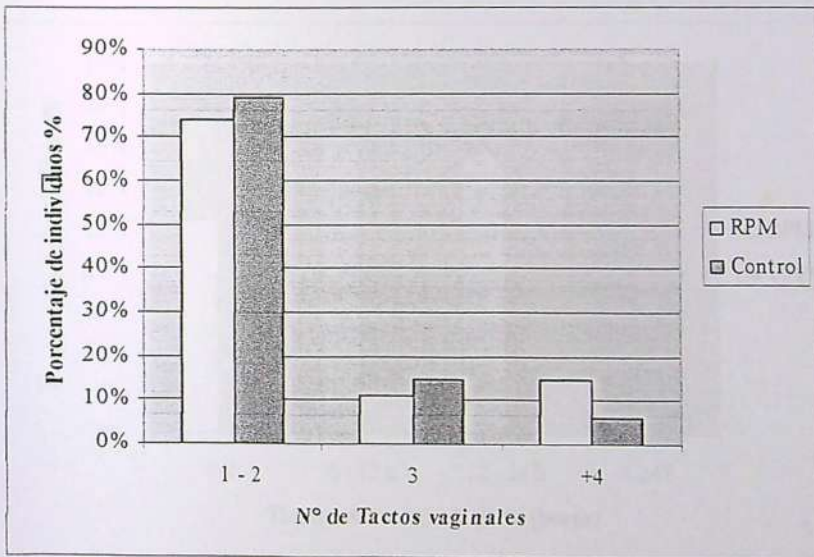


Figura N° 09. Porcentaje de gestantes con RPM y gestantes control según N° de tactos vaginales.

Tabla N° 10. Número y porcentaje de gestantes con RPM y gestantes control según tiempo de trabajo de parto.

TIEMPO DE TRABAJO DE PARTO (horas)	GESTANTES CON RPM		GESTANTES CONTROL	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
< 6h	16	26%	25	40%
6 - 12 h	23	37%	19	31%
12 - 24 h	21	34%	16	26%
> 24 h	2	3%	2	3%
TOTAL	62	100%	62	100%

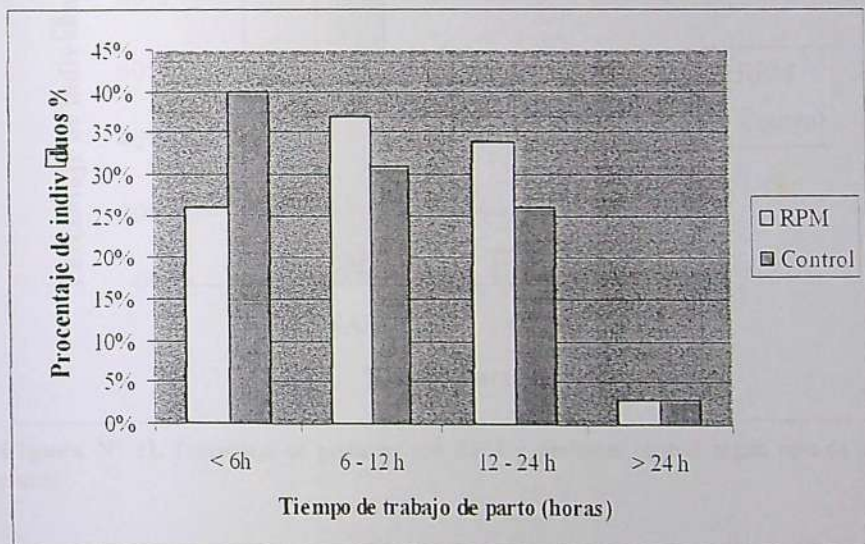


Figura N° 10. Porcentaje de gestantes con RPM y gestantes control según tiempo de trabajo de parto.

Tabla N° 11. Número y porcentaje de gestantes con RPM y gestantes control según tipo de parto.

TIPO DE PARTO	GESTANTES CON RPM		GESTANTES CONTROL	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
VAGINAL	56	90.3%	57	92%
CESAREA	6	9.6%	5	8%
TOTAL	62	100%	62	100%

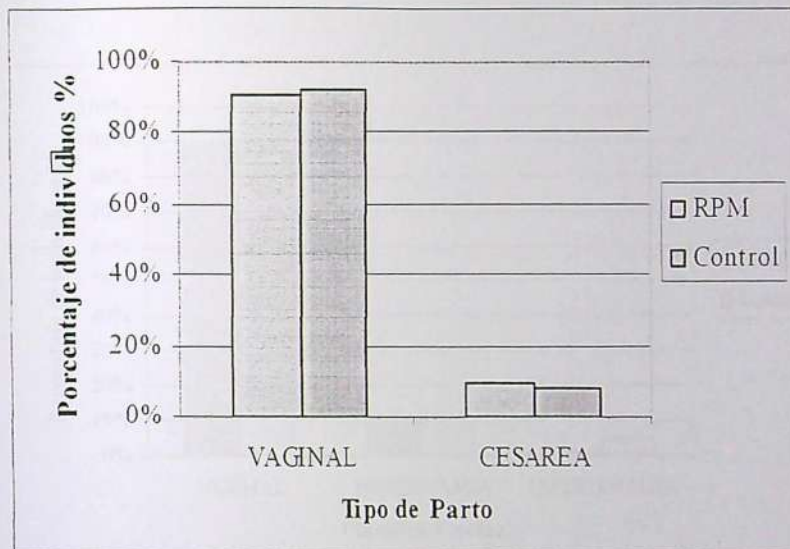


Figura N° 11. Porcentaje de gestantes con RPM y gestantes control según tipo de parto.

Tabla N° 12. Número y porcentaje de gestantes con RPM y gestantes control según Dinamica Uterina.

DINAMICA UTERINA	GESTANTES CON RPM		GESTANTES CONTROL	
	NÚMERO	%	NÚMERO	%
NORMAL	55	89%	54	87%
HIPODINAMIA	6	10%	5	8%
HIPERDINAMIA	1	1%	3	5%
TOTAL	62	100%	62	100%

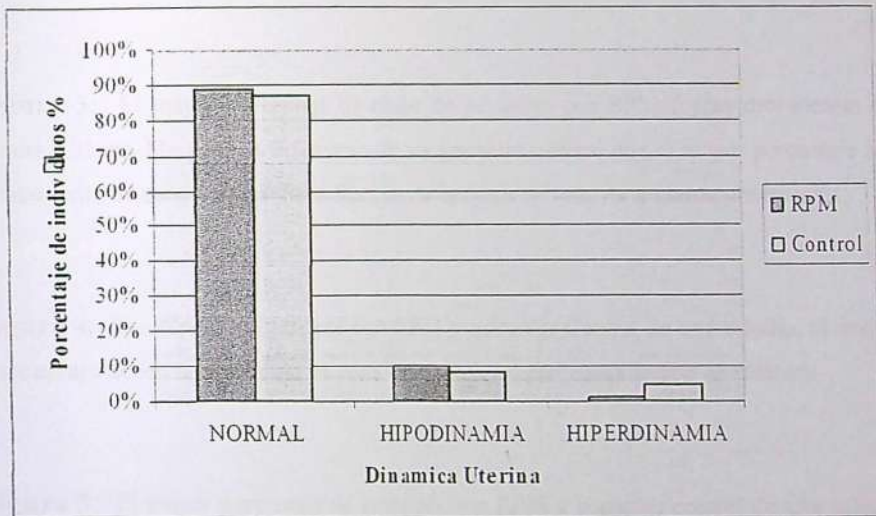


Figura N° 12. Porcentaje de gestantes con RPM y gestantes control según Dinamica Uterina.

CARACTERÍSTICAS BIODEMOGRÁFICAS DE LOS GRUPOS DE ESTUDIO

Figura 1: Gestantes que presentaron mayor número de casos de RPM oscilaron entre los 15 a 21 años de edad, disminuyendo el número de casos conforme la edad avanza. A diferencia de las gestantes control que se presentaron en mayor porcentaje entre los 22 a 28 años de edad.

Figura 2: El estado civil de "conviviente" fue más frecuente en relación a "Casadas y solteras", tanto para las gestantes con casos de RPM y gestantes control.

Figura 3: El mayor porcentaje de casos de gestantes con RPM fueron procedentes de zonas Urbano Marginal, a diferencia de las gestantes control que el mayor porcentaje fue procedente de zona Urbana. Poca frecuencia de casos de zona rural fueron observados.

Figura 4: Tanto para las gestantes con RPM y gestantes Control de este estudio, el mayor porcentaje tienen la ocupación de Ama de Casa, poco porcentaje fueron estudiantes.

Figura 5: El mayor porcentaje de gestantes con RPM y gestantes control de este estudio tienen grado de Instrucción secundaria.

Figura 6: Casos de gestantes con RPM se presentaron desde 22 a 42 semanas de edad gestacional, siendo entre las 37 y 30 semanas la de mayor frecuencia. Gestantes control también fueron más frecuentes durante esa misma semana de edad gestacional.

Figura 7: Gestante con RPM fueron mas frecuentes cuando presentaron Grado de Paridad de Nulipara.

Figura 8: La mayor frecuencia de gestantes con RPM y gestantes Control presentaron un control pre Natal de 1-3 meses , poca frecuencia de ambas tuvieron un control pre natal de 1 a 6 mes y mas de 7 meses.

Figura 9: La mayor frecuencia de gestantes con RPM y gestantes Control presentaron de 1 a 2 tactos vaginales. poca frecuencia de ambas tuvieron 3 y mas de 4 numero de tactos vaginales.

Figura 10: Gestantes con RPM tuvieron mayor frecuencia de trabajo de parto en comparacion a las Gestantes Control entre las (6 a 12 h) y (12 a 24 h). Sin embargo en trabajos de parto < 6 horas la mayor frecuencia lo registraron las gestantes control.

Figura 11: El tipo de parto que presento mayor frecuencia de casos tanto para gestantes con RPM y gestantes Control fue el Vaginal, poca frecuencia de casos de parto Cesaria fueron presentados por ambos tipos de gestantes.

Figura 12: El tipo de dinamica uterina que se presente con mayor frecuencia en las gestantes con RPM y gestantes control fue el Normal. Poca frecuencia fueron registrados para la dinamica uterina Hipodinamica y Hiperdinamica.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	Junio (2001)		Setiembre (2002)				Julio (2003)				
1. Presentación	x	x									
2. Revisión y Aprobación del Protocolo.	x	x									
3. Recolección de Datos			x	x	x	x					
4. Procesamiento y Análisis.						x	x				
5. Elaboración del Informe Final.							x	x			
6. Publicación y Sustentación.									x	x	x

CONCLUSIONES

- 1.- La etiología de la RPM a excepción de los traumatismos aún no esta claramente establecido pero existen condiciones clínicas y factores de riesgo asociados a la RPM.
- 2.- Los hallazgos similares en edad gestacional, tiempo de trabajo de parto, duración del parto entre grupo de RPM y control, se encuentra una diferencia significativa en cuanto a la morbi-mortalidad peri natal por la presencia de RPM, tiempo de ruptura y otros factores asociados.
- 3.- En la presente tesis se encontró con morbilidad peri natal: Prematuridad, Sepsis, Distress Respiratorio, Síndrome de Asfixia Neonatal, Ictericia en ese orden de frecuencia como causal de morbilidad ; el cual fue de dos y medio veces mayor que el grupo control.
- 4.- La mortalidad fue de un caso por Sufrimiento Fetal Agudo severo y la mortalidad fue de 34 casos (54.9%) del total de gestantes con RPM, siendo dos y medio veces mayor que otra morbilidad peri natal del grupo control.
- 5.- Se encuentra que el (56.4%) de RPM en gestantes, sucedieron en nulípara y con el (81.1%) del total de casos de RPM, fueron en gestantes a término.

- 6.- La incidencia encontrada es 2.33% que es menor al rango de otros autores .
- 7.- No se ha encontrado diferencia con el grupo control con respecto a duración del trabajo de parto , incidencia de parto vaginal y dinámica uterina .
- 8.- El diagnóstico de la RPM puede ser clínico o mediante pruebas auxiliares , en donde el primero confirma en un 90% el diagnóstico.
- 9.- El parto vaginal fue la vía de mayor incidencia (90.32%) de gestantes con RPM, no encontrando un incremento del número de cesárea.
- 10.- La dinámica uterina del trabajo de parto fue normal en su mayor porcentaje.

RECOMENDACIONES

- 1.- Realizar una adecuada Historia Clínica Peri natal, para obtener un diagnóstico eficaz.
- 2.- Que los diagnósticos Clínicos de los Hospitales se ciñan a los códigos respectivos de diagnóstico, con el objeto de obtener información más precisa.
- 3.- Aplicación de un protocolo para manejo de RPM.
- 4.- Dar orientación a las pacientes para la detección precoz de RPM y su acceso más breve al centro médico.
5. Orientar a las pacientes sobre la importancia del CPN precoz para prevenir enfermedades que se presentan durante el periodo de gestación.

BIBLIOGRAFÍA

01. ALEXANDER. JM. Clinica course of premature rupture of membranes Semin. Perinatos 20 (5) : 369-74-1996 Oct.
02. AGER. Premature de Membranas. Rev. Obstet. Ginecol. Venezuela : 46 (1) : 19-22 1997.
03. BALDI, E. Situation profile in multiple pregnancy Obstet. Ginecol. Ginecol, Latinoam; 45 (6): 186 – 92 . 1999.
04. BRY – K. Fetal Membranes Premature Rupture Ultrasonography Obstetric y Ginecology 1989 – 5/97.
05. Cuando el bebé llega antes de tiempo [www. Buena Salud. Com/ Lib/](http://www.BuenaSalud.Com/Lib/).
06. CONNINGHAN, M. Y Cols : William Obstetricia. España Edit Masson S.A. Cuarta Edición. 1996. Pag. 517.
07. Cox SM Macdonald PC. Casey MI: Assay of bacterial endotoxin in human amniotic fluid : potencial Usefulness in diagnostic and management of preterm labor, AM, J, Obstet. Gynecol 1988. 159 : 99.
08. EGARTER C. LEITICH. H. Antibiotic treatment in premature rupture of membranes and neonatal morbidity, a met analysis. am J. Obstet. Ginecol. 174 (2) : 584 – 97 – 1996 Feb.

09. ESCOBEDO LOBATON JM. Premature Rupture of membranes mortality – morbidity in pregnancies under 36 weeks. Ginecol. Obstet. Mex. 600 : 247, 50 1992. Sept.
10. Faverio Bejer y colaboradores. Celularidad en el aspiratorio gástrico en recién nacidos y su relación con el tiempo de RPM en infección neonatal Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima. 19987 : pág. 49.
11. García Gil D. Rubio Quiñónez J. Pastorin Rodríguez J. Querol Canteras A. Infección del Tracto Urinario – VS RPM. WWW.Uninet.edu/Tratado/C 0703 i. Html.
12. Gerencia Central de Servicios de Salud Lima 1998. Programa de Perinatología. IPSS.
13. GEOPFERT, AR. Prediction of prematurity. Current Obst. Gynecol. 1996 dec : 8 (6) : 417 – 27.
14. GIBBS, S. Use of antibiotic to prevent preterm birth. Am. J. Obstet. y Ginecol. 1997, 177 ó 375 – 80.
15. GIBBS RS. DUFF P. Progress in Pathogenesis and mangement of clínica intramniotic infection. Am J. Obst. Gynecol. 1991; 164 : 1317 – 1326.
16. INEI. 2000 (ENDES III) Encuesta demográfica y de salud familiar.
17. Jacomino Martínez, Idalmis. Morbimortalidad perinatal en la

ruptura prematura de membranas perinatal. Obst. Ginecol. Cuba. 1986, 12: 86 – 93.

18. Lionel Vigil Angulo y Lloy M. Rios. Tesis de Bachiller en Obstetricia. RPM : Factores Asociados, morbilidad y perinatal Hospital Regional de Amazonas 1991, pág. 8 : 29.
19. LOPEZ A. ROJAS R. Premature Rupture of membranes. Rev. Colomb. Obstet. Ginecol; 40 (1) : 53-63, Enero – Marzo 1999.
20. Lanier, L. R. Et al: Am. J. And Gynec. 1985; 93: 398.
21. Minsa – 2001. Guía de sistema de información para consulta externa programa de salud materno perinatal D.R.S.L.
22. Muhlihausen, Erick. Rupture Premature e infección ovular. Bol. Hospital San Juan de Dios. 1987, 32:53.
23. Magasa ; Laura y otros. Impacto de la ruptura premature de membranas en el recién nacido. Perinatal. Hum. 1998. 4:7.
24. MEAD PB : Management of the patient With premature of the membranes : Obstet. Gynecol. 1998: 170: 1421 – 1425.
25. MERCER B. Antibiotic therapy for reduction of infant Morbidity after preterm premature rupture of membrane. Arandomized controlled trial. JAMA 1997; pp. 278 : 989-9954. Dec. 3 (1997).
26. Mac La Clan TBA. A. meted for investigation of the strength of the fetal membranes. Obst. Gynecol. 1995. 91: 309.

27. Minkoff HL Gruneabum An Schwarz Rh. Et. Al. Risk factors for prematurity and premature rupture of membranes: a prospective study of the vaginal flora in pregnancy. Am – Obstet. Gynecol. 1984; 150: 965.
28. NEWTON ER, Prihoda TJ. Logistic Regresión Análisis of Factors For Intramniotic Infection. Obstet Gynecol. 1998, 73 : 571 – 575.
29. NELSON LH, Mesis PJ, Hatjis CG, Premature Rupture of membranes: Obstet. Gynecol, 1998; 170 : 1421 – 1425.
30. Naeye R. Factors that predispose to premature rupture of the fetal membranes. Obst. Gynecol. 1999; 60:93.
31. PEREZ S.A. Obstetricia santiago de Chile. Editorial Mediterránea Segunda Edición, 1992. Pag. 517.
32. Programa de Perinatología IPSS Gerencia Central de Servicios de Salud – Lima, 2002.
33. Ruptura Prematura de Membrana – [www.geocities. Com/cape Cañaveral/Launchpad/3445/gineco/rpm.html](http://www.geocities.com/capeCañaveral/Launchpad/3445/gineco/rpm.html).
34. RIEGELMAN R. K. HIRSCH RP : Como estudiar un estudio; probar una prueba, lectura crítica de la literatura médica. Publicaciones Científicas 531 – OPS/OMS. 1992; pp.208 – 211.

35. Rovinsky JJ, Shapiro WI, Management of premature rupture of Membranes, Obstet. Gynecol, 1968; 32: 855.
36. Salazar, M. PACHECO, J; Scaglia, L; LAMA, J. MUNAYRA, 1999. La edad materna avanzada como factor de riesgo de Morbimortalidad materna y perinatal. Gineco Obstetra 45 (2) : 124. 30 ABRIL 1999.
37. SEMIN – PERINATAL, 1996 CT. : 20 (5) : 401 – 8.
38. Siv. A. Alejandro y colaboradores. Antibiótico profilaxis en la ruptura de membranes. Diagnóstico. 19998; 13: 155.
39. SHWARZR R.L. Obstetricia : Edit. El Ateneo. Cuarta Edición. Buenos Aires – Argentina 1997. pág. 206.
40. SCHWACZR, FESCINA R. : Enfoque de Riesgo. Manual de Auto Instrucción. Publicación Científica. CLAP 1264 OPS, OMS, Montevideo 1992.
41. Vásquez V.J. y Col. RPM : Incidencia de Morbilidad, mortalidad materno – infantil en el Hospital de Apoyo Daniel Alcidez Carrión. Callao, 1989, 01 : 1,31:3.
42. William J. : Ruptura premature de membranes e infección materno infantil, LIN. Obst. Ginecol, 1998 . 377.

=====

ANEXO N° 01

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

N° de Fichas : ----- N° de HC : -----

Nombre : -----

Fecha de RPM : ----- Hora : -----

I.- Datos Generales :

1. Edad : -----
2. Grado de Instrucción : 1) Primaria 2) Secundaria 3) Superior
3. Ocupación : 1) Su casa 2) Comercio menor 3) Profesional
4. Estado Civil : 1) Soltera 2) Conviviente 3) Casada.
5. Lugar de Procedencia : 1) Urbana 2) Urbano – Marginal 3) Rural.

II.- Antecedentes Obstétricos :

1. Gesta : -----
2. Paridad : -----
3. Inicio de RPM : -----
4. Término del Parto Anterior:
 - a) Eutócico
 - b) Distocico

III.- Embarazo Actual :

1. Inicio : 1) Espontáneo 2) Inducido o estimulado 3) No
2. Circunstancias de la RPM.
 - a) Antes del Parto
 - b) Intraparto

IV.- Muerte Materna :

- a) Si
- b) No