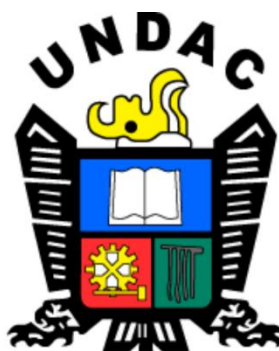


UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



T E S I S

Factores de Riesgo para parto pretérmino con y sin rotura prematura de membranas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen de Huancayo - 2019

Para optar el título profesional de:

Obstetra

Autor: Bach. Estefani Max RAMOS AGUILAR

Asesora: Mg. Vilma Eneida PALPA INGA

Cerro de Pasco – Peru - 2022

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



T E S I S

Factores de Riesgo para parto pretérmino con y sin rotura prematura de membranas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen de Huancayo - 2019

Sustentada y aprobada ante los miembros del jurado:

Dra. Raquel Flor de María TUMIALÁN HILARIO

PRESIDENTE

Mg. Nélide Marcela AMARO POMA

MIEMBRO

Mg. Yessenia Karina ROSELL GARAY

MIEMBRO

DEDICATORIA:

A Dios por concederme la vida quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas.

AGRADECIMIENTO

La realización de esta investigación fue posible, en primer lugar, a las enseñanzas brindada por los docentes de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión.

Se agradece a todas aquellas personas que en forma directa o indirecta contribuyeron a que este trabajo de investigación pudiera llevarse a cabo.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo: Determinar cuáles son los factores de riesgo para parto pretérmino con y sin rotura prematura de membranas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil "El Carmen". El estudio de investigación fue de enfoque cuantitativo, el tipo de investigación fue descriptiva comparativa, los métodos aplicados en el estudio fueron el deductivo, analítico y sintético. Para la recolección de datos se utilizó como técnica; el registro, y el instrumento fue: La ficha de registro.

La población de estudio las gestantes que presentaron parto pretérmino con y sin rotura prematura de membranas, la muestra fue de 76 gestantes con estas características. Se obtuvo como resultado: que los factores biosocio gestacional como la edad, procedencia, estado civil, consumo de hábitos nocivos, y en los patológicos, la corioamnionitis histológica, se relacionan con el parto pretérmino.

Palabras Clave: Parto pretérmino. Rotura prematura de membranas.

ABSTRACT

The objective of this research work was: To determine the risk factors for preterm birth with and without premature rupture of membranes in the "El Carmen" Maternal and Child Regional Teaching Hospital. The research study had a quantitative approach, the type of research was comparative descriptive, the methods applied in the study were deductive, analytical and synthetic. For data collection, it was used as a technique; the record, and the instrument was: The record card. The study population was pregnant women who presented preterm birth with and without premature rupture of membranes, the sample was 76 pregnant women with these characteristics. It was obtained as a result: that the gestational biosocio factors such as age, origin, marital status, consumption of harmful habits, and in the pathological ones, histological chorioamnionitis, are related to preterm birth.

Keywords: Preterm birth. Premature rupture of membranes.

INTRODUCCIÓN

La ruptura prematura de membranas es la solución de la continuidad espontánea de las membranas corioamnióticas por lo menos una hora antes de iniciado el trabajo de parto, pudiendo ocurrir en cualquier momento del embarazo. Asociándose al aumento de la morbilidad neonatal, cuando ocurre en el embarazo pretérmino. Ella representa la condición relacionada de aproximadamente 1/3 de los partos prematuros, asociándose al aumento de la morbi-mortalidad materna perinatal.

La tasa de mortalidad perinatal es un indicador que resume el riesgo de morir del feto y recién nacido como consecuencia del proceso reproductivo. Contribuyen además los factores ambientales y el grado de desarrollo social, económico y sanitario de un país. La ruptura prematura de membranas (RPM), es una patología de gran importancia clínica y epidemiológica debido a la frecuencia de complicaciones materno neonatales asociados como: Infección, endometritis, corioamnionitis, prematuridad, síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, entre otras.

Se puede hablar del periodo de latencia, que es el tiempo que transcurre entre la ruptura y el momento del parto; éste es muy variable. (3,13) La RPM se presenta en una frecuencia del 10% de todos los embarazos. Alcanza una frecuencia del 80% en embarazos a término y en un 20% en embarazos pretérmino, siendo responsable en un 30 – 40% de los partos prematuros.

Los partos prematuros traen consigo una serie de complicaciones para el recién nacido, esto repercute su potencial de desarrollo, para la madre genera ansiedad y por supuesto dificultades económicas, emocionales en la familia y con el cónyuge. Nuestro sistema de salud no tiene la implementación para afrontar a este tipo de pacientes, por lo cual se hace necesario la prevención y un manejo adecuado. Conociendo los factores relacionados se puede iniciar este trabajo en forma conjunta con todo el equipo de salud y con los niveles de prevención.

Por todo ello fue necesario plantear la siguiente investigación titulada: “Factores de

Riesgo para parto pretérmino con y sin rotura prematura de membranas en el HRDMI
El Carmen de Huancayo - 2019”.

El estudio pretende lograr mejorar en la atención de la gestante y el recién nacido por
ello se pone a consideración el siguiente trabajo.

ÍNDICE

DEDICATORIA:

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

ÍNDICE

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Identificación y determinación del problema.....	1
1.2. Delimitación de la investigación.	4
1.3. Formulación del problema:.....	4
1.3.1. Problema general.....	4
1.3.2. Problemas específicos:	5
1.4. Formulación de objetivos.	5
1.4.1. Objetivo General:	5
1.4.2. Objetivos Específicos:.....	5
1.5. Justificación de la investigación.	5
1.6. Limitaciones de la investigación.....	6

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio.....	7
2.2. Bases teóricas – científicas.....	10
2.3. Definición de términos básicos.....	25
2.4. Formulación de hipótesis.	27

2.4.1. Hipótesis General:.....	27
2.4.2. Hipótesis Específicos:	27
2.5 Identificación de variables.....	27
2.6 Definición operacional de variables e indicadores.....	29

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1 Tipo de investigación.	30
3.2 Nivel de investigación:	30
3.3 Método de investigación:	30
3.4 Diseño de investigación.	30
3.5 Población y muestra.....	31
3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	32
3.7 Selección y validación y confiabilidad de los instrumentos de investigación.....	32
3.8 Técnicas de procesamiento y análisis de datos.	33
3.9 Tratamiento estadístico.....	33
3.10 Orientación ética, filosófica y epistémica.....	33

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Descripción del trabajo de campo.	35
4.2. Presentación, análisis e interpretación de resultados.....	35
4.3. Prueba de hipótesis	45
4.4. Discusión de resultados.	54

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

ANEXOS

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N° 01	Factores de riesgo biosocio gestacional según parto pretérmino con y sin rotura prematura de membranas	36
Cuadro N° 02	Factores de riesgo biosocio gestacional según parto pretérmino con y sin rotura prematura de membranas	39
Cuadro N° 03	Factores de riesgo patológicos según parto pretérmino con y sin rotura prematura de membranas	42
Cuadro N° 04	Factor de riesgo - Edad	45
Cuadro N° 05	Factor de riesgo: procedencia	46
Cuadro N° 06	Factor de riesgo: estado civil	47
Cuadro N° 07	Factor de riesgo: hábitos nocivos	48
Cuadro N° 08	Factor de riesgo: paridad	49
Cuadro N° 09	Factor de riesgo: aborto	50
Cuadro N° 10	Factor de riesgo: Corioamnionitis histológica	51
Cuadro N° 11	Factor de riesgo: infección urinaria	52
Cuadro N° 12	Factor de riesgo: infección urinaria	53

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 01	Factores de riesgo biosocio gestacional según parto pretérmino con y sin rotura prematura de membranas	37
Gráfico N° 02	Factores de riesgo biosocio gestacional según parto pretérmino con y sin rotura prematura de membranas	40
Gráfico N° 03	Factores de riesgo patológicos según parto pretérmino con y sin rotura prematura de membranas	43

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Identificación y determinación del problema.

El motivo primordial de la presente Tesis es disminuir la incidencia del Parto pretérmino con Rotura Prematura de Membranas (RPMP) en nuestra Región Andrés A. Cáceres, y por lo tanto en todas las zonas andinas de nuestro Perú, a través del conocimiento certero de que entre los factores de riesgo la corioamnionitis histológica en las gestantes de nuestra Región es un factor significativo de riesgo para tener RPMP y tener que plantear nuevos enfoques de medidas de tratamiento y acciones preventivas.

A pesar de las diferentes estrategias desarrolladas para disminuir la morbi-mortalidad materna perinatal, es importante tener en cuenta que no hay una formula global para enfrentar el problema del RPMP, por ello desde el punto de vista de que la corioamnionitis histológica es un factor significativo en este problema de salud el enfoque inicial debe partir de la revisión histopatológica de las membranas amnióticas de la población con RPMP y su grupo control respectivo. Con las conclusiones a las que se llegarán en la presente Tesis pretendo brindar una herramienta que proporcionará el conocimiento certero de

que la infección de la membrana amniótica es un factor significativo de riesgo de RPMP en nuestra realidad local y se puedan elaborar programas que permitan llevar acciones preventivas adecuadas.

La ruptura prematura de membranas fetales (RPM) se define como la ruptura de membranas que ocurre espontáneamente antes del inicio del trabajo de parto. Cuando la RPM ocurre antes de la semana 37 es conocida como ruptura prematura de membranas fetales pretérmino (RPMpt). (1)

La RPM es una patología de gran importancia clínica y epidemiológica debido a la frecuencia de complicaciones materno neonatales asociadas como: Corioamnionitis, endometritis, prematuridad, síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido, etc. (2, 3, 4, 5)

La mortalidad materna mundial se ha reducido entre los años 1990 y 2015, evidenciándose un progreso constante en la reducción de la misma, ya que la razón de muerte materna (RMM) global ha disminuido en un 44%, desde el año 1990 (RMM de 385 por cada 100,000 nacidos vivos) al año 2015 (RMM de 216 por cada 100,000 nacidos vivos), estimándose que un total de 13.6 millones de gestantes han muerto en los últimos 25 años (1990 y 2015) por causas maternas. (6,7)

En el Perú se han tenido importantes avances con respecto a la disminución de los casos de muerte materna en los últimos años y en lo que respecta a la mejora de la salud materna se consideró que nuestro país ha tenido progresos hacia el logro del ODM 5, debido a la reducción sostenida que tuvo hasta el 2013 de la mortalidad materna. (6)

La mortalidad materna mundial se ha reducido entre los años 1990 y 2015, evidenciándose un progreso constante en la reducción de la misma, ya que la razón de muerte materna (RMM) global ha disminuido en un 44%, desde el año 1990 (RMM de 385 por cada 100,000 nacidos vivos) al año 2015 (RMM de 216 por cada 100,000 nacidos vivos), estimándose que un total de 13.6

millones de gestantes han muerto en los últimos 25 años (1990 y 2015) por causas maternas. (6,7)

En el Perú se han tenido importantes avances con respecto a la disminución de los casos de muerte materna en los últimos años y en lo que respecta a la mejora de la salud materna se consideró que nuestro país ha tenido progresos hacia el logro del ODM 5, debido a la reducción sostenida que tuvo hasta el 2013 de la mortalidad materna. (6)

Desde el 2004 se evidenció la tendencia de disminución del número anual de muertes maternas con un leve aumento en 2014 y 2015 en que se notificó un total de 414 casos a nivel nacional, lo que representa un incremento de 3 casos comparado al año 2014.

Los casos de muerte materna indirecta a partir del año 2012 han tenido un ligero incremento en comparación a los años 2010 y 2011. Los departamentos de Lima (59 casos), Piura (41 casos), Cajamarca (38 casos), La Libertad (29 casos), Loreto (28 casos), Puno (28 casos) y Junín (27 casos) son los que concentran el mayor número de casos a nivel nacional.

Si se consideran las causas básicas de los casos de muerte materna, se observa que del total de casos de muerte materna el 33% fallece debido a causas obstétricas indirectas, 24% fallece debido hemorragias obstétricas, el 21% debido a enfermedades hipertensivas del embarazo, el 15% debido a sepsis y otras infecciones obstétricas y el 7% debido a otras causas obstétricas directas.

Las principales causas de muerte materna directa son las hemorragias (36.5%), siendo las hemorragias del tercer período del parto (alumbramiento), inercia uterina, embarazo ectópico, hemorragias postparto inmediatas y placenta previa las que concentran el mayor número de casos. Las enfermedades hipertensivas del embarazo representan el 31.5%, siendo la preeclampsia severa la patología con mayor número de casos y la sepsis

representa el 21.5%.

La historia de un parto pretérmino previo sigue siendo uno de los factores de riesgo más importantes. El riesgo de recurrencia de un parto pretérmino en gestantes con antecedentes de prematuridad, oscila entre 17% y 40% y parece depender de la cantidad de partos pretérminos y abortos previos. La literatura ha reportado que una mujer con parto pretérmino previo, tiene 2.5 veces más riesgo de presentar un parto pretérmino espontáneo en su próximo embarazo. Cuanto más temprana es la edad gestacional en que se produjo el parto pretérmino anterior, mayor el riesgo de un nuevo parto de pretérmino espontáneo y precoz. Estas son dos de los factores maternos muy estudiados y que tienen una asociación muy significativa para la presentación del parto prematuro, así lo afirma el colegio mexicano de especialistas en ginecología y obstetricia, en la guía clínica publicada para el año 2009. (8)

Según información se menciona que en nuestra región no se tiene muchos reportes sobre el nacimiento de prematuros. No obstante, con la especialización de los hospitales, según el exdirector de El Carmen, Héctor Millán la cifra está en incremento porque ahora reciben más pacientes, quienes vienen de las nueve provincias de Junín y de otras regiones vecinas. El 2012 se dieron 1200 partos, de los cuales 120 fueron prematuros. Al 2014, con la especialización se amplió las atenciones y se reportó 5 500 nacimientos, siendo el 30% prematuros. Ahora se puede atender incluso a los que pesan menos de un kilo, antes eran referidos a Lima informó. (9)

1.2. Delimitación de la investigación.

Esta investigación se realizó en Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” distrito de Huancayo.

1.3. Formulación del problema:

1.3.1. Problema general.

¿Cuáles son los factores de riesgo para parto pretérmino con rotura

prematura de membranas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” 2019?

1.3.2. Problemas específicos:

¿Cuáles son los factores biosocio-gestacional que influyen al parto pretérmino con rotura prematura de membranas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” 2019?

¿Cuáles son los factores patológicos que influyen al parto pretérmino con rotura prematura de membranas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” porque es importante estudiar 2019?

1.4. Formulación de objetivos.

1.4.1. Objetivo General:

Determinar cuáles son los factores de riesgo para parto pretérmino con rotura prematura de membranas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”.

1.4.2. Objetivos Específicos:

Establecer cuáles son los factores biosocio-gestacional que influyen al Parto Pretérmino con rotura prematura de membranas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”.

Identificar los factores patológicos que influyen al Parto Pretérmino con rotura prematura de membranas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”.

1.5. Justificación de la investigación.

Teoría científica:

Esta investigación permitió establecer qué factores de riesgo biosocio-gestacional y patológicos influyen al parto pretérmino y la rotura de membranas que se presenta con frecuencia en este establecimiento de salud.

Es muy cierto que los mismos factores de riesgo se van a presentar en diversos

lugares geográficos, y afectar a gestantes por etnias, grupos etareos, y otros condicionantes personales que van a variar en mayor o menor cuantía, por lo que se decidió realizar esta investigación para establecer cuáles son esos factores de riesgo que afectan a las gestantes en la provincia de Huancayo.

Social o practica:

La información y conocimiento proporcionado sobre los factores de riesgo que influyen en el parto pretérmino y rotura prematura de membranas permiten aplicar cuidados más eficaces y aplicar medidas preventivas frente a esta patología, y contribuir a modificar los índices de morbilidad materna perinatal en la región.

Metodológica.

Este estudio permitió diseñar y aplicar un instrumento específico según los factores de riesgo que presentan las gestantes embarazadas.

1.6. Limitaciones de la investigación.

Se ha previsto y evitado algún tipo de limitaciones en esta investigación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio.

Ahumada Barrios. Et al. (2016). En su estudio sobre: Factores de Riesgo de parto pretérmino en un hospital de Lima Norte. Reportan en sus resultados que los factores de riesgo relacionados con el parto pretérmino fueron el embarazo gemelar actual control prenatal insuficiente, control prenatal nulo, antecedente de parto pretérmino y preeclampsia. Conclusión: el antecedente de parto pretérmino, la preeclampsia, el no tener ningún control prenatal y haber tenido un control prenatal insuficiente fueron factores de riesgo para el nacimiento pretérmino. (10)

Guillén J. (2014). Factores maternos asociados al parto pretérmino Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren. Reporta en sus resultados; Los factores maternos de características infecciosas asociados con parto pretérmino fueron: infección urinaria, vulvovaginitis, corioamnionitis. El factor materno de característica metabólica asociado con parto pretérmino fue la diabetes gestacional. (11)

Fernández S: et. Al. (2014). Estudió: Factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes adolescentes en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de

Chiclayo durante el 2014. Reportan en sus resultados que Los antecedentes obstétricos asociados con parto pretérmino fueron: el tener más de una pareja sexual, no control prenatal, antecedente de cesárea y condición de múltipara. Las patologías más frecuentes asociadas al parto pretérmino fueron: Ruptura prematura de membrana (32.3%), Preeclampsia (28.0%) e Infección del tracto urinario (18.3), mientras que las patologías más frecuentes en el parto a término fueron Preeclampsia (32.3%), Infección del tracto urinario (15.7%) y Ruptura prematura de membrana (10.7%). La anemia se asocia significativamente con el parto pretérmino, predominando la anemia moderada con 78.6%. Las pacientes adolescentes correspondieron con mayor frecuencia al grupo etáreo de 17 a 19 años, siendo 83% para parto pretérmino y 72% para parto a término. (12)

Taboada R. et. Al. (2013). Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Regional de Loreto “Felipe Arriola Iglesias”. Reporta en sus resultados que la prematuridad es un problema de salud que afecta al binomio madre e hijo debido a la comorbilidad asociada, costo alto institucional y secuelas en el recién nacido. Los factores maternos/sociodemográficos relacionados al parto pretérmino con mayor frecuencia fueron: la edad materna entre los 19 a 35 años con el 49.3%, procedencia urbana marginal con 45.3%, estado civil conviviente con el 72.0%, nivel de instrucción secundaria con 49.3%. Sin hábito nocivo con 81.3%, Sin enfermedad sistémica con 57.3%. Encontrando que en ninguno de ellos existe relación estadísticamente significativa con el parto pretérmino. Los factores gestacionales/obstétricos relacionados al parto pretérmino con mayor frecuencia fueron: Multigesta 58.7%, múltipara con 37.5%, sin antecedente de parto pretérmino con 60.0%, sin antecedente de aborto con 60.0%, el IMC normal con 65.3% (49), CPN adecuado con 53.3% (40), sin anemia con 60.0% (45), sin ITU con 53.3% (40), sin Pre eclampsia con 90.7% (68), sin eclampsia con 97.3% (73), sin amenaza de parto pretérmino con

69.3% (61). Encontrando que en las gestantes con preclampsia severa, con inadecuado y ningún control prenatal, existe relación estadísticamente significativa y de riesgo con el parto pretérmino. Los factores útero/placentarios relacionados al parto pretérmino con mayor frecuencia fueron: sin DPP con 97.3%, con hemorragia en el I° trimestre del embarazo con 80.0%, sin RPM con 64.0%. Encontrando que, en las gestantes con ruptura prematura de membrana, existe relación estadísticamente significativa y de riesgo con el parto pretérmino. Los factores de riesgo encontrados fue la infección del tracto urinario, seguido por la presencia de anemia, seguido por edad entre 19 y 35 años, seguido de antecedente de aborto y parto pretérmino, gestantes con ningún CPN y por último el embarazo múltiple. (13)

Carpio F. (2013). Factores de riesgo materno asociados al desarrollo de parto pretérmino en el Hospital Regional de Lambayeque. Reporta en sus resultados que; El antecedente de parto pretérmino, control prenatal, el desprendimiento prematuro de placenta, la vaginosis bacteriana, y la infección de vías urinarias se asociaron al desarrollo de parto pretérmino. Conclusiones: El antecedente de parto pretérmino, el inadecuado control prenatal, el desprendimiento prematuro de placenta, la vaginosis bacteriana y la infección de vías urinarias son factores de riesgo asociados al desarrollo de parto pretérmino. (14)

Ovalle A. Et. Al. (2012). Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. Chile. Reportan en sus resultados; En el período en estudio se atendieron 14.459 nacimientos únicos, vivos o muertos. Los partos prematuros entre 22,0 y 34,0 semanas de gestación fueron 642 (4,44%). Se incluyeron 407 partos prematuros (63,4%), con nacidos vivos 84,3% (343/407) y con muertes fetales 15,7% (64/407), que tuvieron estudio histológico placentario. Se excluyeron 235 casos sin biopsia placentaria. Según los precursores obstétricos de los nacimientos prematuros, éstos fueron espontáneos 68,8% (280/407) [con RPM 27,0% (110/407), con membranas

intactas 41,8% (170/407)] e indicados médicamente 31,2% (127/407). Contribuyeron con el parto prematuro: 17,2% (70/407) las adolescentes (< 20 años), 60,2% (245/407) las gestantes entre 20 y 34 años, y 22,6% (92/407) las gestantes tardías (35 años y más). Los nacimientos menores de 30 semanas fueron 38,6% (157/407) y los mayores de 30 semanas 61,4% (250/407). Se pudo conocer el factor asociado con el parto prematuro en 89,2% de los casos (363/407), indicados (98%), espontáneos (85%). (15)

García F. Et. Al. (2012). Factores asociados al parto prematuro en el departamento de Lempira, Honduras. Reporta en sus resultados; De 367 embarazadas seleccionadas, se conoció que de 358 (98%). Ocurrieron partos prematuros en 27/358 (7.5%) rango 0-20 en los municipios. 284/358 (80%) fueron partos institucionales, 22/284 (8%) de ellos prematuros. El tener bacteriuria, < 3 atenciones prenatales, y > 4 hijos fue asociado con parto prematuro. Conclusiones: El parto prematuro está asociado con bacteriuria, pocas atenciones prenatales y multiparidad, observando variaciones entre municipios. (16)

2.2. Bases teóricas – científicas.

Ruptura Prematura de Membranas.

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

La ruptura prematura de membranas pre término, se define como la ruptura de membranas antes del trabajo de parto y antes de las 37 semanas, puede deberse a una amplia variedad de mecanismos patológicos, comprendida la infección intraamniótica; así también un índice de masa corporal bajo (menos de 19.8), una condición socioeconómica baja, tabaquismo y deficiencias nutricionales. Las mujeres con ruptura de membranas a pre término previa

tienen un riesgo más alto de recurrencia durante siguiente embarazo; sin embargo, casi todos los casos de ruptura a pre término se presentan sin factores de riesgo. (17)

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

Se considera periodo de latencia al tiempo transcurrido entre el momento en que se produce la ruptura y el parto; si este periodo supera las 24 horas, se define ruptura prolongada. (18)

Incidencia. La frecuencia de la ruptura prematura de membranas oscila alrededor del 10%, en tanto que asciende al 5% la correspondiente a ruptura prolongada. (18)

Parto Pre término.

Los partos de pre término o prematuros se usa para definir a los recién nacidos que nacen demasiado pronto. (17)

Parto de pre término o también llamado parto prematuro es aquel que se produce antes de las 37 semanas de gestación, entre las 20 semanas (para algunos 22 semanas y 36 semanas completas de gestación, contadas desde el primer día de la última menstruación. (18)

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

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

Meléndez-González, Saldaña-Solórzano, González-Habib y Tirán-Saucedo (2017), señala que el mecanismo que predispone al parto pre término y a la ruptura prematura de membranas pre término se asocia con disminución

del flujo útero-placentario, inflamación y aumento del riesgo de infecciones, disminución de la función antioxidante, e hiperreactividad miometrial. (19)

Tipos de ruptura prematura de membranas.

Alianza CINETS nos indica que existen dos tipos de RPM:

- Ruptura prematura de membranas a término: después de la semana 37 de gestación.
- Ruptura prematura de membranas pre término: previo a la semana 37 de gestación. Esta se divide en tres categorías:
 1. RPM previsible: Es la ruptura prematura de membranas pre término en gestaciones menores a 24 0/7 semanas.
 2. RPM lejos del término: Es la ruptura prematura de membranas pre término en gestaciones entre 24 0/7 y 32 6/7 semanas.
 3. RPM cerca del término: Es la ruptura prematura de membranas pre término en gestaciones de 33 0/7 a 36 6/7 semanas. (20)

Fisiopatología de la ruptura prematura de membranas.

La ruptura de las membranas fetales durante el trabajo de parto, debido a las contracciones uterinas y al estiramiento reiterado genera debilidad total de éstas. Al área cercana al lugar de ruptura se ha descrito como “zona de morfología alterada”, presente antes de la ruptura de la membrana y debida al trabajo de parto; las membranas pueden presentar una debilidad estructural, que es susceptible a ruptura en el trabajo de parto así también las membranas fetales y el miometrio pueden presentar relaciones paracrinas afectadas cualitativamente entre diferentes regiones del útero. El amnios está compuesto principalmente por colágeno con propiedades de elasticidad y fuerza tensil. La colagenasa, una enzima que se encuentra en altas concentraciones en la placenta humana a término; su actividad aumenta a medida que avanza el trabajo de parto a término, el mecanismo propuesto es una falta de equilibrio entre factores de degradación y síntesis de la matriz extracelular, se encuentran

también otras enzimas que contribuyen al cambio en la estructura del colágeno. Un amplio número de sistemas enzimáticos proteolíticos regulados finamente, incluyendo la cascada de activación del plasminógeno y metaloproteinasas de la matriz, juegan un papel esencial en la remodelación de la matriz extracelular durante la gestación y el trabajo de parto. (21)

De acuerdo a lo establecido por Schwarcz et al. (18) existen tres mecanismos fisiopatológicos bien diferenciados de la ruptura espontánea de las membranas, que se detallan a continuación:

1. Por alteración de la estructura de las membranas cervicales.

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

2. Por deformación y estiramiento a nivel del orificio cervical.

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

En la mayoría de las rupturas prematuras de membranas antes del término, el amnios y el corion se rompen simultáneamente. Esto se debe

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

3. Mecanismo de formación y ruptura de dos sacos ovulares.

En estos casos se produce una acumulación de líquido amniótico en el espacio virtual amniocorial por filtración o secreción a través del amnios. El líquido acumulado por presión hidrostática va disecando el espacio amniocorial para finalmente depositarse en el polo inferior entre el corion y el amnios. La ruptura del corion determina la salida de líquido al exterior, y al conservarse el amnios íntegro se forma una segunda bolsa. Ésta se rompe en una etapa posterior por el mecanismo anteriormente mencionado.

Diagnóstico diferencial.

Se establecerá con la diferenciación de la emisión involuntaria de orina, el flujo vaginal abundante, la ruptura alta de las membranas (discutida) y el saco ovular doble (bolsa amniocorial). Estos dos últimos contribuyen a los resultados falsos positivos (presencia de líquido amniótico en vagina con polo ovular íntegro). (18)

El diagnóstico diferencial del líquido amniótico suele ser con orina, flujo o semen. El criterio clínico y los test permiten la diferenciación en la mayoría de los casos. (22)

Dirección Nacional de Maternidad e Infancia (23), hace relevancia que la ruptura de las membranas típicamente se presenta como un gran escurrimiento de líquido claro por vagina o como un goteo constante. En casos dudosos, se deberá establecer el diagnóstico diferencial con pérdida de orina (episodios de incontinencia de orina), descarga de flujo vaginal fisiológica (leucorrea del

embarazo) o por vaginosis bacteriana; pérdida del tapón mucoso al acercarse el inicio del parto o semen retenido post coito reciente.

Se señala que se debe realizar diagnóstico diferencial con:

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

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

Manejo inicial de la ruptura prematura de membranas.

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

- Elaborar una historia clínica completa, y prioritariamente determinar la edad gestacional, presentación fetal y el estado del bienestar fetal.
- Inmediatamente después se debe evaluar la existencia de signos de infección intrauterina, riesgo de desprendimiento de placenta y compromiso fetal. En ese sentido, si se considera un manejo expectante, se debe obtener un cultivo para los estreptococos del grupo B (GBS).
- La monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal y monitorización de la actividad uterina ofrece la oportunidad de identificar trazados anormales de la frecuencia cardíaca fetal y evaluar las

contracciones. (24)

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

Complicaciones de la ruptura prematura de membranas.

La RPM pre término es responsable del 30% de morbilidad y mortalidad neonatal en gestaciones pre términos. Dentro de las complicaciones fetales se describen principalmente infección neonatal, prematuridad, síndrome de dificultad respiratoria y depresión neonatal, que se pueden explicar por aumento en la incidencia de asfixia perinatal por infección fetal, prolapso de cordón, desprendimiento prematuro de placenta (DPP), presentaciones distócicas y compresión funicular por oligohidramnios. (24)

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

Factores de riesgo.

La OMS (2019), nos define al factor de riesgo que es cualquier característica, rasgo o exposición de un individuo en el cual aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar las prácticas sexuales de riesgo, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, la falta de higiene, etc. (25)

Entre los principales factores de riesgos tenemos: La reinfección cervicovaginal, infección del tracto urinario, antecedente de cesárea, antecedente de parto pre término, anemia gestacional. (17)

Según la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia (2015) múltiples

factores de riesgo han demostrado su asociación con ruptura prematura de membranas, que actúan individualmente o asociados. Sin embargo, a menudo no es posible reconocer factores de riesgo o una causa obvia de este evento. Así tenemos los factores maternos como el RPM pretérmino en embarazos anteriores, amenaza de parto pre término, tabaquismo, drogadicción, anemia, bajo IMC (<19.8 Kg/m²), bajo nivel socio-económico, etc. Y factores útero-placentario como sobredistensión uterina, múltiples exámenes vaginales (excepto ecografía transvaginal y especuloscopia estéril). (23)

Riesgo materno. La ruptura prematura de las membranas ovulares acrecienta la morbimortalidad materna a expensas de la infección. La frecuencia y la gravedad de ésta se encuentran angostamente vinculadas con la duración del periodo de latencia, cuando el mismo supera las 24 horas llamada ruptura prolongada, el riesgo aumenta expresivamente.

También se ha observado un aumento en la incidencia de desprendimiento placentario (abruptioplacentae). (18)

Factores maternos sociodemográficos:

Edad.

La edad materna es un factor de riesgo para la ruptura prematura de membranas en los extremos de la edad reproductiva, menores de 20 años y mayores de 34 años, tanto para la madre como para el feto. (26)

Cortes, Rizo en su estudio muestra un mayor riesgo de prematuridad entre las madres adolescentes así también fue mayor en madres con edades de más de 40 años. Considerándose la edad materna un factor de riesgo significativo para la patología de la ruptura prematura de membranas y partos pre término. (27)

Grado de instrucción.

Se refiere a los estudios completado por las personas. Nivel de formación educativa comprendida entre la educación primaria, educación secundaria y

grados superiores, consignada en la Historia clínica. El grado de instrucción tiene importancia en cuanto a tener conocimientos previos en todo ámbito de esta manera se puede prevenir un embarazo no deseado y por ello evitar complicaciones posteriores, hay un gran porcentaje del grado de instrucción en que la mayoría de personas no culminan los estudios primarios y secundarios siendo un gran problema social.

Estado civil.

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

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

Ocupación.

Trabajo, empleo u oficio de una persona.

Antecedente de consumo de alcohol, tabaco y droga.

Según Prieto (2015) una gran cantidad de mujeres en edad fértil están sujetas a la necesidad de consumir drogas para obtener sensaciones placenteras o eliminar algún tipo de dolor, es decir, lo que se conoce como drogodependencia. Por lo que el conocimiento de los criterios de sospecha es de vital importancia en la atención del recién nacido, ya que la vida media de las drogas está prolongada en el feto. Comparada con el adulto y el recién nacido se manifiesta a través del síndrome de abstinencia neonatal, entre las 24 y 48 horas después del parto, dependiendo del tipo de droga consumida. (28)

El consumo abusivo de sustancias se entiende como la situación en la cual el consumo, sea por su cantidad, frecuencia o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, produce consecuencias negativas para el consumidor o su entorno; bajo esta perspectiva, el consumo de drogas durante el embarazo es una forma de abuso, dado que el mismo se asocia a

consecuencias negativas para la salud del binomio materno-fetal y para la salud a corto y largo plazo del recién nacido y el niño. (29)

El alcohol y el tabaco son las drogas más consumidas y que presentan riesgos comprobados para la salud materno-fetal. El consumo de tabaco y la exposición pasiva al mismo se asocia con parto prematuro y bajo peso al nacer. (30)

El consumo de alcohol aumenta el riesgo de restricción del crecimiento intrauterino, de aborto espontáneo u óbito fetal. (29)

El riesgo de ruptura prematura de membranas en fumadoras es 3 a 4 veces mayor que en no fumadoras. (22)

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

Factores maternos gineco-obstétricos:

Gestación.

La gestación es el período de tiempo que se da entre la concepción y el nacimiento. (17)

La OMS (2019) nos expresa que son los nueve meses del embarazo, durante este tiempo el feto se desarrolla en el útero de la mujer, en el cual tanto la mujer como el producto, se exponen a diversos riesgos para su salud, siendo uno de ellos la ruptura prematura de membranas y el parto pre término. Es por ello que es de vital importancia el seguimiento de la gestación, que debe ser realizado por el personal de salud cualificado y de esta manera evitar llegar a que el número de mortalidad materna y neonatal incremente. (25)

Paridad.

La paridad es el número de partos que ha tenido la mujer, además es un

factor que mide riesgo obstétrico y eventuales resultados adversos en el recién nacido. De igual manera, la multiparidad también ha sido asociada a resultados adversos explicados principalmente por complicaciones obstétricas o patologías maternas. (17)

Unas de las etiologías de la RPM a término pueden deberse a un debilitamiento fisiológico normal de las membranas en combinación con fuerzas de cizallamiento creadas por las contracciones y siendo que en cada gestación y parto se debilite aún más. (31)

Anemia.

Deficiencia de anemia y hierro pudieran inducir a estrés materno y fetal, por lo que estimula la síntesis de hormona liberadora de corticotropina (CRH), las concentraciones elevadas de esta hormona son un factor de riesgo para presentar ruptura prematura de membranas. Un mecanismo alternativo sugiere que la marcada disminución del hierro puede producir daño oxidativo de los glóbulos rojos y por consiguiente de la unidad feto-placentaria. (32)

Índice de masa corporal.

OMS (2018) señala que es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). (33)

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

del embarazo (después de las 20 a 24 semanas de gestación). (19)

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

Periodo intergenésico.

Shachar y Lyell en su estudio definen al periodo intergenésico (PIG) como el intervalo entre el término de una gestación (con un producto vivo) y la concepción del siguiente embarazo. El PIG corto se ha asociado con resultados perinatales y maternos adversos, que van desde el nacimiento prematuro (secundario o no a RPM) y bajo peso al nacer, con la morbimortalidad neonatal y materna; y el PIG largo a su vez ha asociado con un mayor riesgo de preeclampsia y la distocia de trabajo. (34)

Rodrigues y Barros nos mencionan que existen otros autores lo definen como el intervalo entre la fecha del resultado de la anterior gestación (nacido vivo, muerte fetal o aborto involuntario, inducido o espontáneo) y la fecha de la última menstruación antes de otro embarazo. (35)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera al periodo intergenésico a aquel que se encuentra entre la fecha del último evento obstétrico y el inicio (fecha de última menstruación (FUM) del siguiente embarazo. El evento obstétrico puede ser un aborto o parto (vaginal o por cesárea). (36)

Periodo Intergenésico Corto.

El PIC se ha definido como el periodo menor a 18 meses de la fecha de resolución del último evento obstétrico a la fecha de concepción del siguiente embarazo. Es importante mencionar que el riesgo de presentar distintas complicaciones aumenta dependiendo del PIC transcurrido, ya sea 3, 6, 9, 12 o

18 meses; por ejemplo, prematuridad, ruptura uterina, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino y óbito se relacionan a PIC menor de 18 meses. Mientras que aborto, ruptura prematura de membranas, anemia y endometritis puerperal se relacionan a PIC menor de 6 meses. También es importante mencionar que un PIC menor a 6 meses aumenta el riesgo de parto pre-término en un 40%.

Periodo Intergenésico Largo.

Se ha observado que el PIL presenta un mayor riesgo para presentar parto pre término, malformaciones congénitas, bajo peso al nacer, distocias y preeclampsia-eclampsia, ya que el riesgo de presentar complicaciones obstétricas aumenta en intervalos gestacionales menores de 18 meses, disminuye entre los 18-24 meses y de nuevo aumentan posterior a los 60 meses. (36)

Oyarzun en su estudio nos menciona que después de un embarazo de término, con recién nacido vivo, la OMS ha recomendado un intervalo mayor de 2 años y menor de 5, a partir de data que sugiere que intervalos bajo 18 meses se asocian a aumento del riesgo materno y perinatal. La OMS, en cuanto al aborto, se sugiere esperar al menos 6 meses. (37)

Atención prenatal.

Se entiende por atención prenatal a la serie de entrevistas o visitas programadas de la gestante con integrantes del personal de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y posterior a ello la crianza del niño. (39)

OMS (2016) señala que la atención prenatal tiene la finalidad de reducir el riesgo de muertes prenatales y complicaciones del embarazo, así como para brindar a las mujeres una experiencia positiva durante la gestación. (39)

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

incrementa de cuatro a ocho.

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

Infección del tracto urinario.

La infección urinaria es la presencia de microorganismos patogénicos en el tracto urinario. Se diagnostica mediante urocultivo con una cuenta $\geq 10^5$ unidades formadoras de colonias (UFC) o por examen general de orina con más de 10 leucocitos por campo. En su estudio concluyen que las infecciones urinarias incrementan dos veces el riesgo de presentar parto pre término en adolescentes. (40)

Curisnche y Taype en su estudio se ha planteado la hipótesis de que las infecciones intrauterinas desencadenan el trabajo de parto prematuro al activar el sistema inmunitario innato, se detectó a dos microorganismos (ureaplasma urealyticum y mycoplasma hominis) que han surgido como microorganismos patógenos perinatales de importancia. La detección de la vaginosis bacteriana en el primer trimestre del embarazo es un factor de riesgo para la presencia posterior de un trabajo de parto prematuro. Cuanto más temprano se detecta la flora genital anormal, existe mayor riesgo de pronóstico adverso. (41)

Cesárea.

La cesárea es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en todo el mundo, y su frecuencia sigue aumentando, sobre todo en países ingresos altos y medianos.

Aunque permite salvar vidas humanas, a menudo se practica sin que existan indicaciones clínicas, lo cual pone a las madres y a los bebés en riesgo de sufrir problemas de salud a corto y a largo plazo. La cesárea puede ser

necesaria cuando el parto vaginal suponga un riesgo para la madre o el niño, por ejemplo: parto prolongado, sufrimiento fetal o presentación anómala. No obstante, también puede ser causa de complicaciones importantes, discapacidad y muerte, sobre todo en entornos que carecen de instalaciones para realizar intervenciones quirúrgicas en condiciones seguras y tratar posibles complicaciones. (42)

Según Miranda-Flores en su estudio la vía de culminación de parto, con una alta frecuencia, fue la cesárea en gestantes con ruptura prematura de membranas pre término. (43)

Según la OMS (2015) Las cesáreas son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos solamente cuando son necesarias por motivos médicos. Las cesáreas pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, a veces permanentes o incluso la muerte, especialmente en los lugares que carecen de instalaciones o de capacidad para realizar cirugías de forma segura, y para tratar las complicaciones quirúrgicas. Idealmente, las cesáreas deben realizarse solo cuando son necesarias por razones médicas. (42)

La OMS (2017) alertó que la cesárea se ha convertido en una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en todo el mundo, su aplicación permite salvar la vida de la gestante y del producto, siempre y cuando existan indicaciones clínicas; de lo contrario, se pone a las madres y bebés en riesgo de sufrir problemas de salud a corto y a largo plazo. (44).

Antecedente de aborto.

Se llama aborto a toda interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 22 semanas (para algunos antes de las 20 sem.) de amenorrea, con un peso del producto de la gestación inferior a 500 g. (18).

Curisínche y Taype nos definen que el antecedente de aborto es la

terminación del embarazo menor de 22 semanas de gestación y un peso fetal menor de 500 gr. como un suceso anterior al embarazo actual. (41).

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

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

Antecedente de parto pre término.

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

Estudios afirman que las mujeres que han tenido ruptura prematura de membranas pre término tiene 13.5% de riesgo de repetirlo.

Las mujeres con ruptura de membranas pre término previo tienen un riesgo más alto de recurrencia durante el embarazo siguiente. (45)

2.3. Definición de términos básicos.

- **Parto pretérmino:**

Se denomina al parto que ocurre antes de las 37 semanas de gestación

(menos de 259 días)¹.

- **Rotura Prematura de Membranas (CIE 10: O42.9):**

Es la rotura espontánea de las membranas corioamnióticas producida antes del inicio del trabajo de parto, en una gestación posterior a las 22 semanas de gestación.

- **Edad materna:**

Tiempo transcurrido a partir del nacimiento materno hasta la fecha registrada en la historia Clínica.

- **Procedencia.**

Se considera a las gestantes según su lugar de procedencia, sean estos de la zona urbana, zona rural y/o periurbana.

- **Estado civil.**

Es la condición civil en que se encuentra una persona de unión conyugal sea esta estable o tiende a ser inestable.

- **Hábitos nocivos.**

En relación a esta variable, los estudios encontrados para la determinación, de si esta variable influye como predictor del parto pretérmino han concordado con el estudio presente, es así como Mallol V.44 y Arango M39 demuestran al no encontrar una relación de significancia estadística. En la misma manera para los estudios hechos por Vela R.18, quien en su población de estudio no encontró antecedentes de hábitos nocivos.

- **Paridad:**

Es el número de orden de sucesión del nacimiento vivo que está siendo registrado, en relación con todos los embarazos anteriores de la madre, prescindiendo de si los partos fueron de nacidos vivos o de fetos muertos.

- **Aborto.**

Es cuando la pérdida de feto se produce antes de concluir el primer trimestre de embarazo.

- **Corioamnionitis histológica:**

Respuestas inmunes maternas y fetales; pueden ser resultado de injurias, no infecciosas (hipoxia, trauma, meconio, alergen). Está presente en 60 a 80% de placentas de partos.

- **Infección urinaria.**

La literatura menciona que las bacterias patógenas causantes de la infección del tracto urinario pueden ser causa indirecta de prematuridad y por ende es la complicación infecciosa más frecuente durante el embarazo debido a que las complicaciones anatómicas y fisiológicas parecen predisponer esta alta frecuencia.

2.4. Formulación de hipótesis.

2.4.1. Hipótesis General:

Los factores de riesgo se relacionan significativamente al parto pretérmino con rotura prematura de membranas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”.

2.4.2. Hipótesis Específicos:

Los factores biosocio-gestacional influyen al Parto Pretérmino con rotura prematura de membranas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”.

Los factores patológicos influyen al Parto Pretérmino con rotura prematura de membranas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”.

2.5. Identificación de variables.

Variables.

Variable independiente:

Factores de riesgo

Variable dependiente:

Parto pretérmino con RPM

2.6 Definición operacional de variables e indicadores.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSION	ITEMS
Factores de riesgo	Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o padecer un proceso mórbido, sus características se asocian a un cierto tipo de daño a la salud.	En el estudio se considera a aquellos factores como los biosocio gestacionales y patológicos que van a constituirse como factores de riesgo de un parto pretérmino.	F. Biosocio-gestacional. <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Procedencia • Estado civil • Hábitos nocivos • Paridad • Aborto F. Patológicos.	<ul style="list-style-type: none"> • < 20 años • 21-30 años • 31-40 años • 41-49 años • Zona urbana • Zona periurbana • Zona rural • Madre soltera. • Conviviente. • Casada. • Viuda. • Alcohol • Tabaco • Coca • Drogas. • < 1 hijo • 2-3 hijos • 4-más hijos • Si • No • Si • No

			<ul style="list-style-type: none"> • Corioamnionitis histológica. • Infección urinaria • Infección C. vaginal 	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • Si • No
Parto Pretérmino con y sin Rotura Prematura de Membranas	Es aquel parto que se produce entre las 22 y las 36 semanas 6 días después de la fecha de última menstruación.	En esta investigación se considerará al parto que se produce por causas de rotura prematura de membranas espontánea antes del comienzo del parto.	<ul style="list-style-type: none"> • Sin RPM • Con RPM entre las 24-34 semanas. 	

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación.

Se aplicó el método cuantitativo. Según Tamayo (2007). consiste en el contraste de teorías ya existentes a partir de una serie de hipótesis surgidas de la misma, siendo necesario obtener una muestra, ya sea en forma aleatoria o discriminada, pero representativa de una población o fenómeno objeto de estudio. Por lo tanto, para realizar estudios cuantitativos es indispensable contar con una teoría ya construida, dado que el método científico utilizado en la misma es el deductivo.

3.2. Nivel de investigación:

Es relacional: porque buscó identificar la presencia de asociación entre las variables de estudio, sin intervención.

3.3. Método de investigación:

El tipo de investigación fue la básica. Según Tamayo (2007) esta investigación pone a prueba una teoría sin intención de aplicaciones prácticas y desarrolla el conocimiento científico y además está orientado al descubrimiento de principios y leyes.

3.4. Diseño de investigación.

Se utilizó el diseño descriptivo comparativo. Según Hernández (2010) Buscan especificar las propiedades, características y los perfiles de las personas, grupos, comunidades, objetivos o cualquier otro fenómeno que se someta a análisis. Únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, su objetivo no es indicar como se relacionan.

M1	O1
M2	O2

Donde:

M1 : Está conformado por gestantes sin RPM

M2 : Está conformado por gestantes con RPM

O1 : Medición a las gestantes sin RPM

O2 : Medición a las gestantes con RPM

3.5, Población y muestra.

Población.

Estuvo conformado por gestantes que presentan parto pretérmino con y sin Rotura Prematura de Membranas durante el año 2019 en el HRDMI “El Carmen”.

Muestra.

En el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” (Huancayo) durante el año 2016 se atendieron 5014 partos con 300 pretérminos, en el año 2017 se atendieron 5437 partos con 531 pretérminos, el año 2018 se atendieron 5231 partos con 413 pretérminos, promediando tenemos 5227 partos al año con 415 partos pretérminos. Si tenemos en consideración que la mayor parte de estudios consideran que el 45% de los partos pretérminos están asociados a rotura prematura de membranas, tendríamos 187 partos pretérminos con rotura prematura de membranas.

El tipo de muestreo es el no probabilísticos a demanda ya que se

procederá a utilizar para ello los criterios de inclusión en esta investigación.

Criterios de Inclusión y Exclusión.

Criterios de inclusión:

- Sin Rotura Prematura de Membranas
- Partos Pretérminos (24 semanas a 34 semanas) con ruptura prematura de membranas.

Criterios de Exclusión:

- Partos Pretérminos de 35 semanas de gestación o más.
- Uso de antibióticos durante los 30 días previos a la inclusión.
- Gestación múltiple.
- Infección extrauterina incluyendo pielonefritis.

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Técnica:

Documental.

Mediante esta técnica se procedió a realizar la recogida de datos directamente de la historia clínica y fue registrado en la ficha correspondiente a la paciente.

Instrumento.

Ficha de registro.

Este instrumento es de tipo estructurado y contiene los reactivos pertinentes referentes a los factores de riesgo biosocio-gestacional. Y a los factores de riesgo patológicos.

3.7. Selección y validación y confiabilidad de los instrumentos de investigación

La construcción del instrumento se realizó en base a la revisión de la base teórica. Se validó con tres juicios de experto para su validación.

Seguido a ello se realizó la prueba de alfa de Cronbach, dando

resultados favorables de su aplicación.

3.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

Para realizar el procesamiento de la información se procedió a realizar los siguiente:

- Verificación y conformidad de los instrumentos.
- Elaboración de la base de datos en el SPSS 21.
- Aplicación de la prueba estadística pertinente a las variables en estudio.
- Análisis e interpretación de los datos obtenidos.
- Elaboración de las tablas estadísticas en el Word.
- Elaboración de los gráficos estadísticos en el Excel.
- Elaboración de las conclusiones y recomendaciones del estudio.

3.9. Tratamiento estadístico.

Análisis Descriptivo.

Es el primer paso en el análisis de datos una vez introducido a la base de datos, se realizó el análisis descriptivo de la muestra el que permitió controlar la presencia de posibles errores en la fase de introducción de los datos, es decir, detectaremos con él valores fuera de rango, o la presencia de valores perdidos. Para ello se utilizó el SPSS V25 que nos proporcionó varias herramientas para realizar este proceso.

Análisis Inferencial.

Este tipo de análisis permitirá la comparación de valores en los dos grupos de estudio de la población de madres con y sin RPM.

Paquetes estadísticos.

Los paquetes estadísticos a utilizar para elaborar el procesamiento de la información serán; el SPSS25, Excel, Word.

3.10. Orientación ética filosófica y epistémica

En el estudio se realizó el llenado del consentimiento informado por cada

participante, haciendo de su conocimiento el propósito y los objetivos del mencionado estudio de investigación; con la finalidad de que cada participante tenga el conocimiento completo y este de acuerdo con su participación voluntaria en el estudio, además el participante tuvo la decisión de retirarse del estudio en cuanto él lo vea conveniente.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Descripción del trabajo de campo.

La investigación se llevó a cabo en el lugar pertinente, para ello se recogió la información necesaria y se procedió a procesar en los softwares respectivos para ser presentados tal como corresponde.

4.2. Presentación, análisis e interpretación de resultados.

CUADRO N° 01

FACTORES DE RIESGO BIOSOCIO GESTACIONAL SEGUN PARTO PRETÉRMINO
CON Y SIN ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN EL HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE MATERNO INFANTIL
"EL CARMEN" 2019

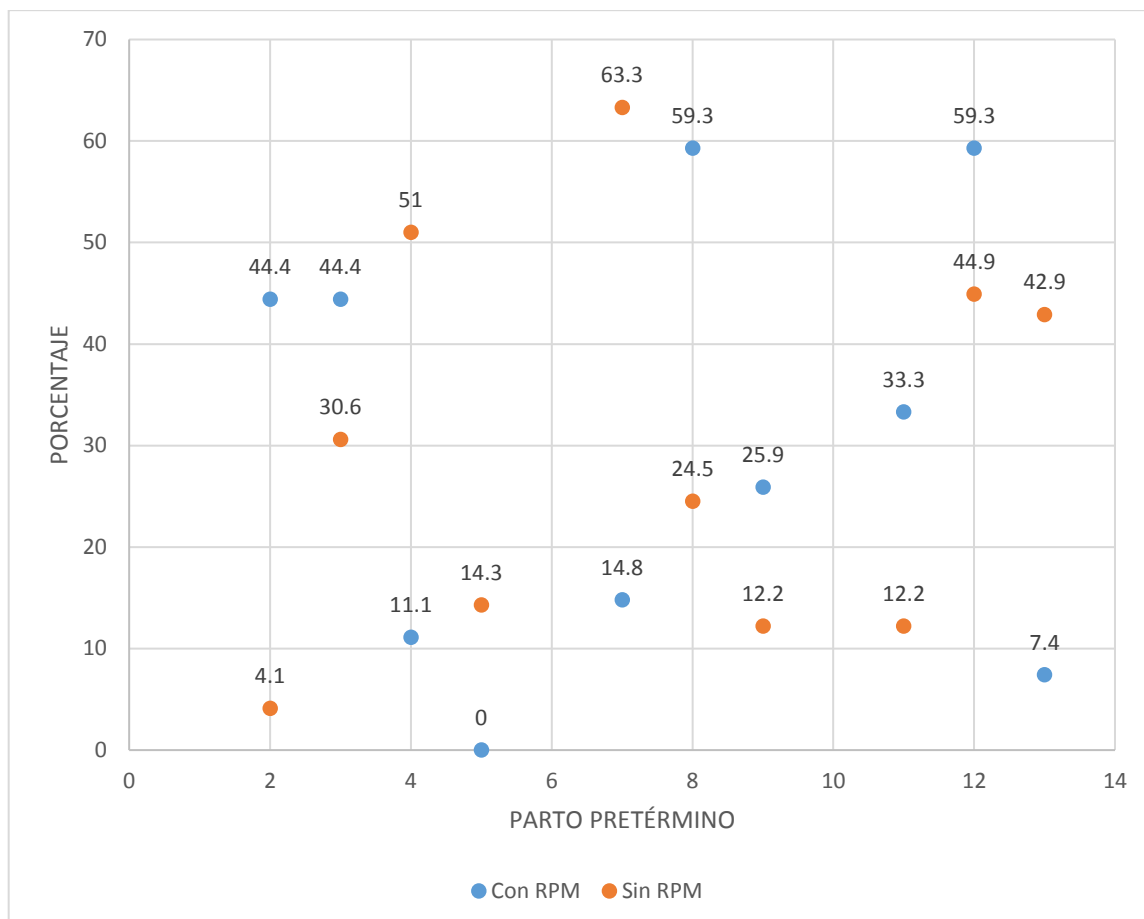
Factor Biosocio Gestacional	PARTO PRETÉRMINO				Total	
	Con RPM		Sin RPM			
	N°	%	N°	%	N°	%
Edad						
< 20 años	12	44,4	2	4,1	14	18,4
21-30 años	12	44,4	15	30,6	27	35,5
31-40 años	3	11,1	25	51,0	28	36,8
41-49 años	0	0,0	7	14,3	7	9,3
Procedencia						
Zona urbana	4	14,8	31	63,3	35	46,1
Zona periurbana	16	59,3	12	24,5	28	36,8
Zona rural	7	25,9	6	12,2	13	17,1
Estado civil						
Madre soltera.	9	33,3	6	12,2	15	19,7
Conviviente.	16	59,3	22	44,9	38	50,0
Casada.	2	7,4	21	42,9	23	30,3
Total	27	100,0	49	100,0	76	100,0

FUENTE: Ficha de registro.

GRÁFICO N° 01

FACTORES DE RIESGO BIOSOCIO GESTACIONAL SEGUN PARTO PRETÉRMINO
CON Y SIN ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN EL HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE MATERNO INFANTIL

“EL CARMEN” 2019



Fuente: Cuadro N° 01

Interpretación:

El cuadro presentan los resultados sobre los factores de riesgo biosocio gestacional según parto pretérmino, los datos obtenidos muestran que el parto pretérmino sin ruptura de membranas se presenta en el grupo de gestantes con edades de 31-40 años 51,0% y la ruptura prematura de membranas es frecuente en el grupo de menores de 20 años y entre los 21 a 30 años con 44,4% en cada uno de estos grupos.

El parto pretérmino sin ruptura prematura de membranas se presenta con más frecuencia en gestantes procedentes de la zona urbana en un 63,3%, frente a un 14,8% de las que presentan ruptura prematura de membranas.

La ruptura prematura de membranas se presenta con más porcentaje en las gestantes cuyo estado civil es conviviente con 59,3% frente al 44,9% de gestantes que no presentan ruptura prematura de membranas.

CUADRO N° 02

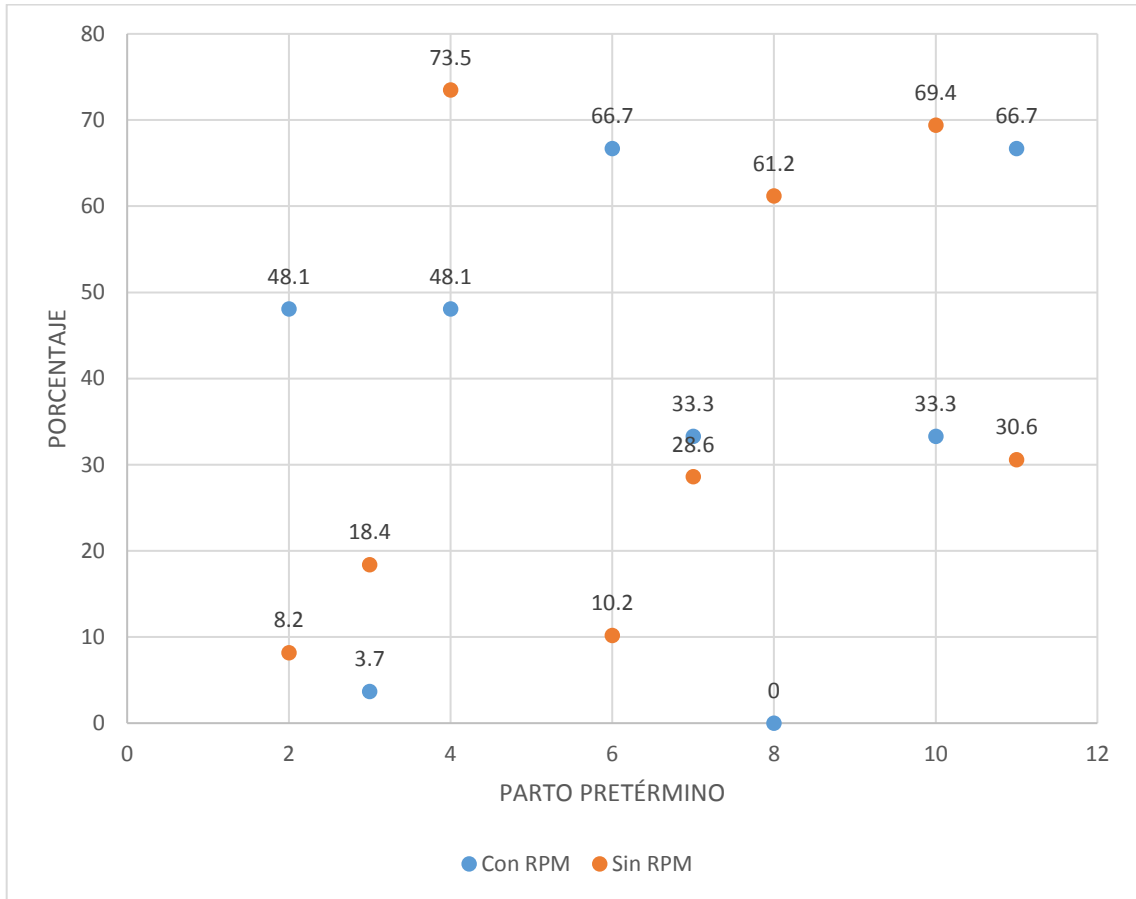
FACTORES DE RIESGO BIOSOCIO GESTACIONAL SEGUN PARTO PRETÉRMINO
CON Y SIN ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN EL HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE MATERNO INFANTIL
"EL CARMEN" 2019

Factor Biosocio Gestacional	PARTO PRETÉRMINO				Total	
	Con RPM		Sin RPM			
	N°	%	N°	%	N°	%
Hábitos nocivos						
Bebidas alcohol.	13	48,1	4	8,2	17	22,4
Tabaco	1	3,7	9	18,4	10	13,2
Ninguno	13	48,1	36	73,5	49	64,4
Paridad						
< 1 hijo	18	66,7	5	10,2	23	30,3
2-3 hijos	9	33,3	14	28,6	23	30,3
4-más hijos	0	0,0	30	61,2	30	39,4
Aborto						
Sí	9	33,3	34	69,4	43	56,6
No	18	66,7	15	30,6	33	43,4
Total	27	100,0	49	100,0	76	100,0

FUENTE: Ficha de registro.

GRÁFICO N° 02

FACTORES DE RIESGO BIOSOCIO GESTACIONAL SEGUN PARTO PRETÉRMINO CON Y SIN ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL "EL CARMEN" 2019



Fuente: CuadroN° 02

Interpretación:

En la tabla se presentan los resultados sobre los factores de riesgo biosocio gestacional según parto pretérmino, los datos obtenidos muestran que el parto pretérmino sin ruptura de membranas se presenta en el grupo de gestantes que no tienen hábitos nocivos 73,5% frente al 48,1% de gestantes que si presentan ruptura prematura de membranas.

El parto pretérmino con ruptura prematura de membranas se presenta con más frecuencia en gestantes con un hijo; 66,7%, frente a un 10,2% de las que no presentan ruptura prematura de membranas.

El parto pretérmino sin ruptura prematura de membranas se presenta con más porcentaje en las gestantes que si tuvieron aborto; 69,4% frente al 33,3% de gestantes que presentan ruptura prematura de membranas.

Cuadro N° 03

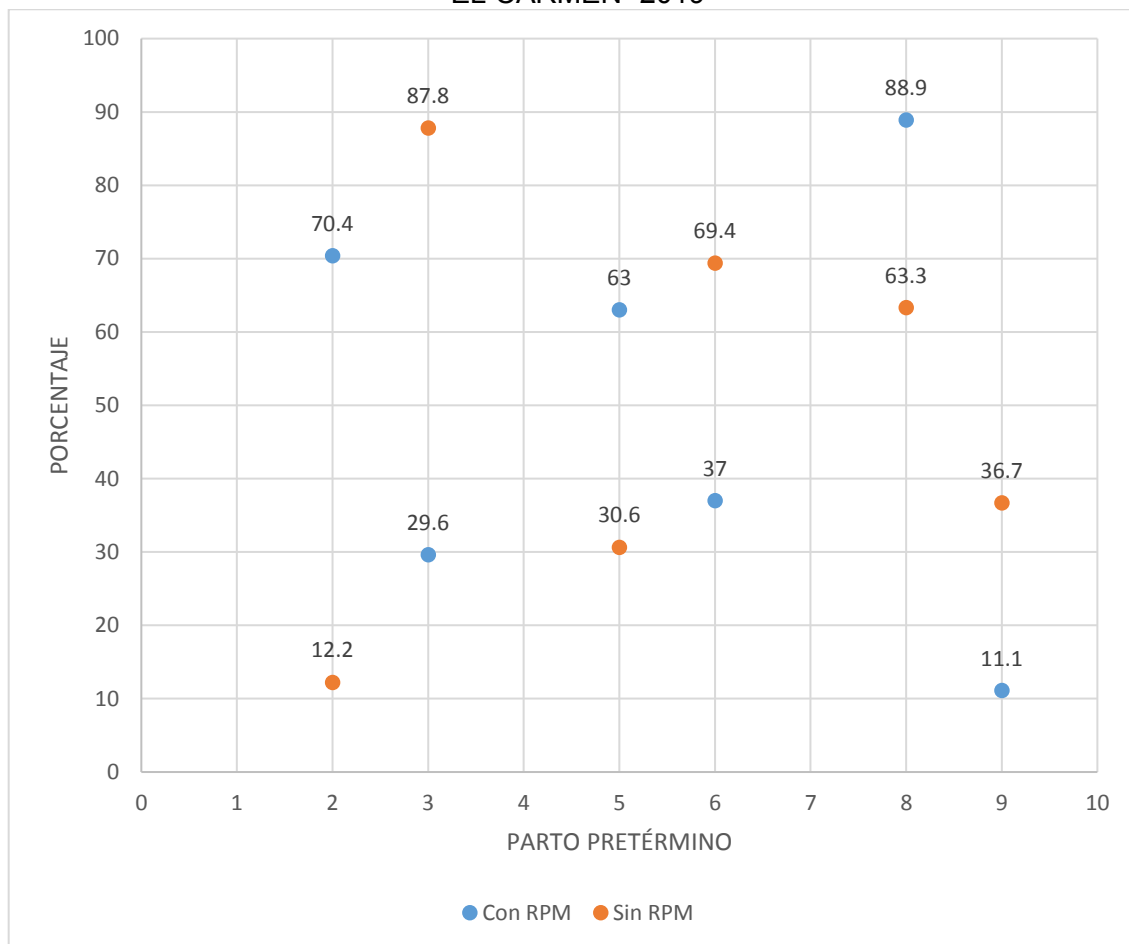
FACTORES DE RIESGO PATOLÓGICOS SEGÚN PARTO PRETÉRMINO CON Y
SIN ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS
EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL
"EL CARMEN" 2019

Factor Patológico	PARTO PRETÉRMINO				Total	
	Con RPM		Sin RPM			
	N°	%	N°	%	N°	%
Corioamnionitis						
Sí	19	70,4	6	12,2	25	32,9
No	8	29,6	43	87,8	51	67,1
ITU						
Sí	17	63,0	15	30,6	32	42,1
No	10	37,0	34	69,4	44	57,9
Infección C.V.						
Sí	24	88,9	31	63,3	55	72,4
No	3	11,1	18	36,7	21	27,6
Total	27	100,0	49	100,0	76	100,0

FUENTE: Ficha de registro.

GRÁFICO N° 03

FACTORES DE RIESGO PATOLÓGICOS SEGÚN PARTO PRETÉRMINO CON Y SIN ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL "EL CARMEN" 2019



Fuente: Cuadro N° 03

Interpretación:

En la tabla se presentan los resultados sobre los factores de riesgo patológico según parto pretérmino, los datos obtenidos muestran que el parto pretérmino sin ruptura de membranas se presenta en el grupo de gestantes que no tuvieron corioamnionitis histológica 87,8% frente al 29,6% de gestantes que si presentan ruptura prematura de membranas.

El parto pretérmino sin ruptura prematura de membranas se presenta con más frecuencia en gestantes no tuvieron ITU; 69,4%, frente a un 37% de las que si presentaron ruptura prematura de membranas.

El parto pretérmino con ruptura prematura de membranas se presenta con más porcentaje en las gestantes que si tuvieron infección cérvico vaginal; 88,9% frente al 63,3% de gestantes que no presentan ruptura prematura de membranas.

4.3. Prueba de hipótesis

CUADRO N° 04

FACTOR DE RIESGO: EDAD

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	27,716 ^a	3	,000
Razón de verosimilitud	31,251	3	,000
Asociación lineal por lineal	25,915	1	,000
N de casos válidos	76		

DECISIÓN ESTADÍSTICA:

Valor $p < 0,05 \rightarrow$ Ha: Se acepta

Ho: Se rechaza

En la tabla se presenta los resultados de la relación entre Factor Biosocio gestacional; edad y parto pretérmino; donde se tiene que la Chi cuadrada = 27, 716 y p valor = 0,000; estos resultados permiten concluir que existe relación significativa entre ambas variables.

CUADRO N° 05

FACTOR DE RIESGO: PROCEDENCIA

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,490 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	17,833	2	,000
Asociación lineal por lineal	12,106	1	,001
N de casos válidos	76		

DECISIÓN ESTADÍSTICA:

Valor $p < 0,05 \rightarrow$ Ha: Se acepta

Ho: Se rechaza

En el cuadro se presenta los resultados de la relación entre Factor Biosocio gestacional; procedencia y parto pretérmino; donde se tiene que la Chi cuadrada = 19,490 y p valor = 0,000; estos resultados permiten concluir que existe relación significativa entre ambas variables.

CUADRO N° 06

FACTOR DE RIESGO: ESTADO CIVIL

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,869 ^a	2	,003
Razón de verosimilitud	13,389	2	,001
Asociación lineal por lineal	11,232	1	,001
N de casos válidos	76		

DECISIÓN ESTADÍSTICA:

Valor $p < 0,05 \rightarrow$ Ha: Se acepta

Ho: Se rechaza

En la tabla se presenta los resultados de la relación entre Factor Biosocio gestacional; estado civil y parto pretérmino; donde se tiene que la Chi cuadrada = 11,869 y p valor = 0,003; estos resultados permiten concluir que existe relación significativa entre ambas variables.

CUADRO N° 07

FACTOR DE RIESGO: HÁBITOS NOCIVOS

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,018 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	17,150	2	,000
Asociación lineal por lineal	7,449	1	,006
N de casos válidos	76		

DECISIÓN ESTADÍSTICA:

Valor $p < 0,05 \rightarrow$ Ha: Se acepta

Ho: Se rechaza

En el cuadro se presenta los resultados de la relación entre Factor Biosocio gestacional; hábitos nocivos y parto pretérmino; donde se tiene que la Chi cuadrada = 17,018 y p valor = 0,000; estos resultados permiten concluir que existe relación significativa entre ambas variables.

CUADRO N° 08

FACTOR DE RIESGO: PARIDAD

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,018 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	17,150	2	,000
Asociación lineal por lineal	7,449	1	,006
N de casos válidos	76		

DECISIÓN ESTADÍSTICA:

Valor $p < 0,05 \rightarrow$ Ha: Se acepta

Ho: Se rechaza

En la tabla se presenta los resultados de la relación entre Factor Biosocio gestacional; paridad y parto pretérmino; donde se tiene que la Chi cuadrada = 17,018 y p valor = 0,000; estos resultados permiten concluir que existe relación significativa entre ambas variables.

CUADRO N° 09

FACTOR DE RIESGO: ABORTO

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significaci3n asint3tica (bilateral)	Significaci3n exacta (bilateral)	Significaci3n exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,211 ^a	1	,002		
Correcci3n de continuidad ^b	7,802	1	,005		
Raz3n de verosimilitud	9,303	1	,002		
Prueba exacta de Fisher				,004	,003
Asociaci3n lineal por lineal	9,090	1	,003		
N de casos v3lidos	76				

DECISI3N ESTADÍSTICA:

Valor $p < 0,05 \rightarrow$ Ha: Se acepta

Ho: Se rechaza

En el cuadro se presenta los resultados de la relaci3n entre Factor Biosocio gestacional; aborto y parto pretérmino; donde se tiene que la Chi cuadrada = 9,211 y p valor = 0,002; estos resultados permiten concluir que existe relaci3n significativa entre ambas variables.

CUADRO N° 10

FACTOR DE RIESGO: CORIOAMNIONITIS HISTOLÓGICA

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	26,644 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	24,076	1	,000		
Razón de verosimilitud	27,032	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	26,293	1	,000		
N de casos válidos	76				

DECISIÓN ESTADÍSTICA:

Valor $p < 0,05 \rightarrow$ Ha: Se acepta

Ho: Se rechaza

En la tabla se presenta los resultados de la relación entre Factor patológico; Corioamnionitis y parto pretérmino; donde se tiene que la Chi cuadrada = 26,644 y p valor = 0,000; estos resultados permiten concluir que existe relación significativa entre ambas variables.

CUADRO N° 11**FACTOR DE RIESGO: INFECCIÓN URINARIA**

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,474 ^a	1	,006		
Corrección de continuidad ^b	6,206	1	,013		
Razón de verosimilitud	7,497	1	,006		
Prueba exacta de Fisher				,008	,006
Asociación lineal por lineal	7,375	1	,007		
N de casos válidos	76				

DECISIÓN ESTADÍSTICA:

Valor $p < 0,05 \rightarrow$ Ha: Se acepta

Ho: Se rechaza

En el cuadro se presenta los resultados de la relación entre Factor patológico; Infección urinaria y parto pretérmino; donde se tiene que la Chi cuadrada = 7,474 y p valor = 0,008; estos resultados permiten concluir que existe relación significativa entre ambas variables.

CUADRO N° 12

FACTOR DE RIESGO: INFECCIÓN CERVICO VAGINAL

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significaci n asintótica (bilateral)	Significaci ón exacta (bilateral)	Significaci ón exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,716 ^a	1	,017		
Corrección de continuidad ^b	4,506	1	,034		
Razón de verosimilitud	6,320	1	,012		
Prueba exacta de Fisher				,018	,014
Asociación lineal por lineal	5,641	1	,018		
N de casos válidos	76				

DECISIÓN ESTADÍSTICA:

Valor $p < 0,05 \rightarrow$ Ha: Se acepta

Ho: Se rechaza

En el cuadro se presenta los resultados de la relación entre Factor patológico; Infección cérvico vaginal y parto pretérmino; donde se tiene que la Chi cuadrada = 5, 716 y p valor = 0,018; estos resultados permiten concluir que existe relación significativa entre ambas variables

4.4. Discusión de resultados.

En esta investigación se ha llegado a las siguientes conclusiones:

En los factores de riesgo biosocio gestacional el parto pretérmino sin ruptura de membranas se presenta en el grupo de gestantes con edades de 31-40 años 51,0%. Así mismo en las que proceden de la zona urbana 63,3%, así mismo con ruptura prematura de membranas se presenta con más porcentaje en las gestantes cuyo estado civil es conviviente con 59,3%. Según reporta Taboada; Los factores maternos/sociodemográficos relacionados al parto pretérmino con mayor frecuencia fueron: la edad materna entre los 19 a 35 años con el 49.3%, procedencia urbana marginal con 45.3%, estado civil conviviente con el 72.0%, nivel de instrucción secundaria con 49.3%. Sin hábito nocivo con 81.3%, Encontrando que en ninguno de ellos existe relación estadísticamente significativa con el parto pretérmino. Así mismo Ovalle en su estudio reporta que los factores que contribuyeron al parto pretérmino son adolescentes (< 20 años), 60,2% (245/407) las gestantes entre 20 y 34 años), estas cifras en relación a lo encontrado en la ciudad de Huancayo tienen ciertos porcentajes que se acercan entre sí. Por ello que se puede inferenciar localmente que sean considerados como factores de riesgo al parto prematuro y riesgo de rotura prematura de membranas. La literatura nos reporta que la prevalencia de la RPM es de un 8 a 10%; de éstas, 80% son en embarazos de término y un 20% en embarazos de pre término.

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

embargo, casi todos los casos de ruptura a pre término se presentan sin factores de riesgo. (17)

Al respecto también se puede mencionar que la edad materna es un factor de riesgo para la ruptura prematura de membranas en los extremos de la edad reproductiva, menores de 20 años y mayores de 34 años, tanto para la madre como para el feto. (26)

Cortes, Rizo en su estudio muestra un mayor riesgo de prematuridad entre las madres adolescentes así también fue mayor en madres con edades de más de 40 años. Considerándose la edad materna un factor de riesgo significativo para la patología de la ruptura prematura de membranas y partos pre término. (27)

En los factores de riesgo biosocio gestacional el parto pretérmino sin ruptura de membranas se presenta en el grupo de gestantes que no tienen hábitos nocivos 73,5%, en las gestantes que si tuvieron aborto; 69,4%, y con ruptura prematura de membranas en gestantes con un hijo; 66,7%. Según Prieto (2015) una gran cantidad de mujeres en edad fértil están sujetas a la necesidad de consumir drogas para obtener sensaciones placenteras o eliminar algún tipo de dolor, es decir, lo que se conoce como drogodependencia. Por lo que el conocimiento de los criterios de sospecha es de vital importancia en la atención del recién nacido, ya que la vida media de las drogas está prolongada en el feto. Comparada con el adulto y el recién nacido se manifiesta a través del síndrome de abstinencia neonatal, entre las 24 y 48 horas después del parto, dependiendo del tipo de droga consumida. (28) El consumo abusivo de sustancias se entiende como la situación en la cual el consumo, sea por su cantidad, frecuencia o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, produce consecuencias negativas para el consumidor o su entorno; bajo esta perspectiva, el consumo de drogas durante el embarazo es una forma de abuso, dado que el mismo se asocia a consecuencias negativas para la salud del binomio materno-fetal y para

la salud a corto y largo plazo del recién nacido y el niño. (29)

Los factores de riesgo patológico según parto pretérmino sin ruptura de membranas se presentan en el grupo de mujeres que no tuvieron corioamnionitis histológica 87,8%, en gestantes que no tuvieron ITU; 69,4%. Y el parto pretérmino con ruptura prematura de membranas se presenta con más porcentaje gestantes que si tuvieron infección cérvico vaginal; 88,9%. Al respecto La infección urinaria es la presencia de microorganismos patogénicos en el tracto urinario. Se diagnostica mediante urocultivo con una cuenta $\geq 10^5$ unidades formadoras de colonias (UFC) o por examen general de orina con más de 10 leucocitos por campo. En su estudio concluyen que las infecciones urinarias incrementan dos veces el riesgo de presentar parto pre término en adolescentes. (40). Según Curisinche y Taype en su estudio se ha planteado la hipótesis de que las infecciones intrauterinas desencadenan el trabajo de parto prematuro al activar el sistema inmunitario innato, se detectó a dos microorganismos (*ureaplasma urealyticum* y *mycoplasma hominis*) que han surgido como microorganismos patógenos perinatales de importancia.

CONCLUSIONES

1. En los factores de riesgo biosocio gestacional el parto pretérmino sin ruptura de membranas se presenta en el grupo de gestantes con edades de 31-40 años 51,0%. Así mismo en las que proceden de la zona urbana 63,3%, así mismo con ruptura prematura de membranas se presenta con más porcentaje en las gestantes cuyo estado civil es conviviente con 59,3%.
2. En los factores de riesgo biosocio gestacional el parto pretérmino sin ruptura de membranas se presenta en el grupo de gestantes que no tienen hábitos nocivos 73,5%, en las gestantes que si tuvieron aborto; 69,4%, y con ruptura prematura de membranas en gestantes con un hijo; 66,7%,
3. Los factores de riesgo patológico según parto pretérmino sin ruptura de membranas se presentan en el grupo de mujeres que no tuvieron corioamnionitis histológica 87,8%, en gestantes que no tuvieron ITU; 69,4%. Y el parto pretérmino con ruptura prematura de membranas se presenta con más porcentaje gestantes que si tuvieron infección cérvico vaginal; 88,9%.

RECOMENDACIONES

1. Se sugiere al personal que labora en el servicio de control prenatal a realizar educación sanitaria a las pacientes sobre la importancia de esta actividad para detectar tempranamente signos y síntomas de algunos trastornos que contribuyen a la rotura prematura de membranas.
2. Recomendar a las gestantes sobre los efectos nocivos que producen el consumo de sustancias como el alcohol, tabaco, coca, y drogas en la formación del feto.
3. Se sugiere al personal de obstetricia que en los diferentes consultorios realicen actividades de identificación de signos tempranos de patologías obstétricas en las gestantes y éstas sean derivadas correctamente al ginecólogo.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. López OF, Ordóñez SS; Ruptura prematura de membranas fetales: de la fisiopatología hacia los marcadores tempranos de la enfermedad. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 2006; 57: 279-290.
2. Ingar AW, Manassero MG; Rotura prematura de membranas y Prematuridad en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins de enero-noviembre 1990; acceso y utilización (tesis de grado) U.N.M.S.M. 1990+
3. Schwarcz R, Duverges C, Gonzalo D, Fescina R.; Anomalía de las membranas fetos ovulares. Obstetricia 4^a ed. Buenos Aires; Editorial El Ateneo, 1992:206-213.
4. Kenyon SL; Taylor DJ; Antibióticos de amplio espectro en la ruptura prematura de membranas: la investigación clínica aleatorizada. ORACLE I. Revista Lancet 2001. 357: 117-122.
5. Graham RL, Giltrap LC, y col; Al conservative management of patients with premature rupture of fetal membranes; Obstetrics and Gynecology 1982. 59: 607
6. OMS. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013 Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division.
7. OMS. Mortalidad materna. Nota descriptiva N°348. Nov. 2015 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>.
8. Althabe, F; El Parto Pretérmino: Detección De Riesgos Y Tratamientos Preventivos; Rev Panam Salud Publica/Pan Am J PublicHealth5(6), 1999. [online]. + <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v5n6/v5n6a1.pdf>> [citado el 08 de setiembre 2009].
9. Inga Isabel Abril del 2015. <http://diariocorreo.pe/ciudad/en-huancayo-el-30-de-partos-son-prematuros-579470/>
10. Ahumada-Barrios, Margarita E. German F. Alvarado. 2016. Factores de Riesgo de parto pretérmino en un hospital de Lima Norte.

11. Guillén Guevara, Juan José. Factores maternos asociados al parto pretérmino Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2014.
12. Sam Fernández David Manuel, Zatta Cóndor Julio Edgar. Factores de riesgo del parto pretérmino en gestantes adolescentes en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo durante el 2014.
13. Taboada Ramírez, Raúl Carlos Francisco. Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en el Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias" de enero a diciembre 2013.
14. Carpio Fernando. Factores de riesgo materno asociados al desarrollo de parto pretérmino en el Hospital Regional de Lambayeque durante el año 2013.
15. Ovalle Alfredo, Elena Kakarieka. Et. Al. 2012. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. Chile.
16. García Coto, Fany Patricia. Et. Al. 2012. Factores asociados al parto prematuro en el departamento de Lempira, Honduras.
17. Cunningham G., Leveno K., Bloom S., Spong C., Dashe J., Hoffman B., Casey B. y Sheffield J. (2018). Williams Obstetrics. 25ª edición. New York: McGraw Hill.
18. Schwarcz R., Horacio R. y Duvergues C. (2014). Obstetricia. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Editorial El Ateneo
19. Meléndez-González C., Saldaña-Solórzano C., González-Habib R. y Tirán-Saucedo J. (2017). Relación entre el índice de masa corporal bajo previo al embarazo y el riesgo de parto prematuro. Ginecol. Obstet. Mex.;85(9), 589-594. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v85n9/0300-9041-gom-85-09-589.pdf>
20. Alianza CINETS (2015). Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio: sección 3. Infecciones en el embarazo: Ruptura prematura de membranas (RPM). Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 66(4), 263-286. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195243540005>

21. Vallejo J. (2013). Fisiopatología de la ruptura prematura de membranas y marcadores. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica 70(607), 543-549. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133zb.pdf>
22. Votta R., Nores J. y Santiago O. (2018). Rotura prematura de membranas Consenso FASGO XXXIII Cordoba, 5 al 7 de septiembre del 2018. Recuperado de: http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_FASGO_2018_Rotura_prematura_de_membranas.pdf
23. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia (2015). Amenaza de parto pretérmino, atención del parto pretérmino espontáneo y rotura prematura de membranas. Ministerio de Salud de la Nación República Argentina.1-132. Recuperado de: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000710cnt-guia-partopretermino.pdf>
24. Gutiérrez M. (2018). Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. Rev. Peru. Ginecol. Obstet., 64(3), 405-413. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300014&lng=es&nrm=iso
25. Organización Mundial de la Salud (2019). Factores de riesgo. Ginebra. Recuperado de: https://www.who.int/topics/risk_factors/es/
26. Vivero W. (2017). Determinación de factores sociales de riesgo materno más frecuentes en pacientes con ruptura prematura de membrana, atendidas en el hospital Dr. Gustavo Domínguez en el periodo junio 2014 - junio 2015 (tesis). Quito, Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Recuperado de: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/13287>
27. Cortes E., Rizo-Baeza M., Aguilar M., Rizo-Baeza J. & Gil V. (2013). Maternal

- age as risk factor of prematurity in Spain; Mediterranean area. *Nutr. Hosp.*, 28(5), 1536-1540. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v28n5/25original20.pdf>
28. Prieto Y. (2015). Embarazo y hábitos tóxicos: repercusiones en el recién nacido (tesis). Universidad de La Laguna, España. Recuperado de: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2219/Embarazo%20y%20habitos%20toxicos%20repercusiones%20en%20el%20recien%20nacido..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
29. Moraes M., Victoria M., Gabriel J., Báez P., I González G. y Sosa C. (2016). Consumo de tabaco, alcohol y marihuana según autodeclaración en mujeres que tuvieron su parto en el Centro Hospitalario Pereira Rosell (mayo 2013-abril 2014). *Rev. Méd. Urug.*, 81 32(4), 234-241. Recuperado de: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v32n4/v32n4a02.pdf>
30. Ribot B., Isern R., Hernández-Martínez C., Canals J., Aranda N., y Arija V. (2014). Impacto del tabaquismo, la exposición pasiva al tabaco y el dejar de fumar sobre la salud del recién nacido. *Medicina Clínica*, 143(2), 57–63. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775313007884?via%3Dihub>
31. Monge T. (2017). Ruptura prematura de membranas. *Revista Médica Sinergia*, 2(11),3-6. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms1711a.pdf>
32. Vallejo J. (2013). Fisiopatología de la ruptura prematura de membranas y marcadores. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica* 70(607), 543-549. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133zb.pdf>
33. Organización Mundial de la Salud (2018). Nacimientos prematuros. Ginebra. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm->

birth

34. Shachar B. y Lyell D. (2012). Interpregnancy Interval and Obstetrical Complications. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 67(9), 584–596. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22990461>
35. Rodrigues T. y Barros H.(2008). Short interpregnancy interval and risk of spontaneous preterm delivery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 136(2), 184-188. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17490802>
36. Zavala-García A., Ortiz-Reyes H., Salomon-Kuri J., Padilla-Amigo C. y Preciado R. (2018). Periodo intergenésico: Revisión de la literature. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.*, 83(1), 52-61. Recuperado de: https://www.revistasochog.cl/files/pdf/AR_016.pdf
37. Oyarzun E. (2018). A propósito de intervalo intergenesico. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.*, 83(1), 4-5. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v83n1/0048-766X-rchog-83-01-0004.pdf>
38. Schwarcz R., Horacio R. y Duvergues C. (2014). *Obstetricia*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Editorial El Ateneo
39. Organización Mundial de la Salud (2016). La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. Nota de prensa. Ginebra. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/detail/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
40. Ugalde-Valencia D., Hernández-Juárez M., Ruiz-Rodríguez M., Villarreal-Ríos E. (2012). Infecciones del tracto genital y urinario como factores de riesgo para parto pretérmino en adolescentes. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.*, 77(5), 338-341. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v77n5/art03.pdf>
41. Curisinche K. y Taype M. (2014). Antecedente de aborto y parto pretérmino en gestantes atendidas en el hospital departamental de Huancavelica (tesis).

- Universidad Nacional de Huancavelica; 2014. Recuperado de:
<http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/615/TP%20-%20UNH%20OBST.%200004.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
42. Organización Mundial de la Salud (2015). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Ginebra. Recuperado de:
https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/csstatement/es
43. Miranda-Flores A. (2014). Resultados maternos y perinatales del manejo conservador de la rotura prematura de membranas en gestantes de 24 a 33 semanas. *Acta Med. Per.*, 31(2), 84-89. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v31n2/a04v31n2.pdf>
44. Organización médica Colegial de España (2017). La OMS alerta del aumento de partos prematuros. *Médicos y pacientes*. Recuperado de:
<http://www.medicosypacientes.com/articulo/la-oms-alerta-del-aumento-de-partosprematuros>
45. Cabanillas-Carhuaz S. (2015). Características y complicaciones de gestantes con ruptura prematura de membranas pretérmino y a término. *Rev. Peru. Obstet. Enferm.*, 11 (2), 1-9. Recuperado de:
<https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/download/748/586>

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
ANEXO N° 01
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Trabajo: _____

Yo, _____

- He leído la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con (Nombre del investigador): _____

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio en las siguientes situaciones:

1. Cuando yo desee.
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto repercuta en mi formación personal.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha y hora: _____

Firma del participante _____

Firma del Familiar responsable o testigo (según el caso)

Le he explicado este proyecto al participante y he contestado todas sus preguntas. Creo que él comprende la información descrita en este documento y accede a participar en forma voluntaria.

Fecha y hora (la misma fecha cuando firma el participante) _____

Firma del Investigador/a: _____

Nombre del Investigador/a: _____

	<ul style="list-style-type: none"> • Infección cérvico vaginal 	<ul style="list-style-type: none"> • Tercer trimestre 	
Parto Pretérmino con y sin Rotura Prematura de Membranas	<ul style="list-style-type: none"> • Sin RPM • RPM 24-34 semanas. 		

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
ANEXO Nº 03
MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	OPERACIONALIZACIÓN		
			VARIABLES	DIMENSION	INDICADORES
<p>Problema general: ¿Cuáles son los factores de riesgo para Parto Pretérmino con y sin Rotura Prematura de Membranas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” 2019?</p> <p>Problema específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los factores biosocio-gestacional que influyen al Parto Pretérmino con rotura prematura de membranas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” 2019? • ¿Cuáles son los factores biosocio-gestacional que influyen al Parto Pretérmino sin rotura prematura de membranas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” 2019? 	<p>Objetivo general. Determinar cuáles son los factores de riesgo para parto pretérmino con y sin rotura prematura de membranas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”.</p> <p>Objetivos específicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer cuáles son los factores biosocio-gestacional que influyen al Parto Pretérmino con rotura prematura de membranas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”. • Establecer cuáles son los factores biosocio-gestacional que influyen al Parto Pretérmino sin rotura prematura de membranas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”. 	<p>Hipótesis general. Los factores de riesgo se relacionan significativamente al parto pretérmino con y sin rotura prematura de membranas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”.</p> <p>Hipótesis específicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los factores biosocio-gestacional influyen al Parto Pretérmino con rotura prematura de membranas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”. • Los factores biosocio-gestacional influyen al Parto Pretérmino sin rotura prematura de membranas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”. 	Factores de riesgo	<p>F. Biosocio gestacional.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Procedencia • Estado civil • Hábitos nocivos • Paridad 	<ul style="list-style-type: none"> • < 20 años • 21-30 años • 31-40 años • 41-49 años • Zona urbana • Zona periurbana • Zona rural • Madre soltera. • Conviviente. • Casada. • Viuda. • Alcohol • Tabaco • Coca • Drogas. • < 1 hijo • 2-3 hijos

<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son los factores patológicos que influyen al Parto Pretérmino con rotura prematura de membranas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” 2019? • ¿Cuáles son los factores patológicos que influyen al Parto Pretérmino sin rotura prematura de membranas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen” 2019? 	<p>Materno Infantil “El Carmen”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los factores patológicos que influyen al Parto Pretérmino con rotura prematura de membranas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”. • Identificar los factores patológicos que influyen al Parto Pretérmino sin rotura prematura de membranas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los factores patológicos influyen al Parto Pretérmino con rotura prematura de membranas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”. • Los factores patológicos influyen al Parto Pretérmino sin rotura prematura de membranas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil “El Carmen”. 	<p>Parto Pretérmino con y sin Rotura Prematura de Membranas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aborto <p>F. Patológicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corioamnionitis histológica. • Infección urinaria • Infección C. Vaginal <ul style="list-style-type: none"> • Sin RPM • RPM 24-34 semanas. 	<ul style="list-style-type: none"> • 4-más hijos • Si • No • Si • No • Si • No
--	---	--	---	---	---

FICHA DE VALIDACIÓN Y/O CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS INFORMATIVOS:

Apellidos y nombres del Informante	Grado Académico	Cargo o Institución donde labora	Nombre del Instrumento de Evaluación	Autor (a) del Instrumento
ESPINOZA VELIZ DE CORTEZ, Karina Liliana	OBSTETRA	Docente Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión	Ficha de Registro	RAMOS AGUILAR, Estefani Max
Título de la tesis: Factores de Riesgo para parto pretérmino con y sin rotura prematura de membranas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen de Huancayo - 2019				

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0- 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					X
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					X
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología.					X
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					X
5. SUFICIENCIA	Comprende a los aspectos de cantidad y calidad.					X
6. INTENCIONALIDAD	Está adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación y el desarrollo de capacidades cognitivas.					X
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico científicos de la tecnología educativa.					X
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					X
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					X

10. OPORTUNIDAD	El instrumento ha sido aplicado en el momento oportuno y más adecuado					X
III. OPINIÓN DE APLICACIÓN: Instrumento adecuado para ser aplicado en la investigación por los puntajes alcanzados al ser evaluado en estricta relación con las variables y sus respectivas dimensiones.						
IV. PROMEDIO DE VALIDACIÓN: 81%						
Huancayo, julio de 2019	21121775				964600051	
Lugar y Fecha	Nº DNI	Firma del experto			Nº Celular	

FICHA DE VALIDACIÓN Y/O CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS INFORMATIVOS:

Apellidos y nombres del Informante	Grado Académico	Cargo o Institución donde labora	Nombre del Instrumento de Evaluación	Autor (a) del Instrumento
ALDANA CONTRERAS, Carlos Alberto	ENFERMERO	Hospital Regional Docente Materno Infantil – El Carmen	Ficha de Registro	RAMOS AGUILAR, Estefani Max
Título de la tesis: Factores de Riesgo para parto pretérmino con y sin rotura prematura de membranas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen de Huancayo - 2019				

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0- 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					X
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					X
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología.					X
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					X
5. SUFICIENCIA	Comprende a los aspectos de cantidad y calidad.					X
6. INTENCIONALIDAD	Está adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación y el desarrollo de capacidades cognitivas.					X
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico científicos de la tecnología educativa.					X

8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					X
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					X
10. OPORTUNIDAD	El instrumento ha sido aplicado en el momento oportuno y más adecuado					X
III. OPINIÓN DE APLICACIÓN:						
Instrumento adecuado para ser aplicado en la investigación por los puntajes alcanzados al ser evaluado en estricta relación con las variables y sus respectivas dimensiones.						
IV. PROMEDIO DE VALIDACIÓN: 85%						
Huancayo, julio de 2019	41079035				944630182	
Lugar y Fecha	Nº DNI	Firma del experto			Nº Celular	

FICHA DE VALIDACIÓN Y/O CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS INFORMATIVOS:

Apellidos y nombres del Informante	Grado Académico	Cargo o Institución donde labora	Nombre del Instrumento de Evaluación	Autor (a) del Instrumento
ROJAS JARA, César Iván	Dr. En Ciencias de la Salud	Docente Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión	Ficha de Registro	RAMOS AGUILAR, Estefani Max
Título de la tesis: Factores de Riesgo para parto pretérmino con y sin rotura prematura de membranas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen de Huancayo - 2019				

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0- 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.					X
2. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					X
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y tecnología.					X
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.					X
5. SUFICIENCIA	Comprende a los aspectos de cantidad y calidad.					X
6. INTENCIONALIDAD	Está adecuado para valorar aspectos del sistema de evaluación y el desarrollo de capacidades cognitivas.					X
7. CONSISTENCIA	Basado en aspectos teórico científicos de la tecnología educativa.					X
8. COHERENCIA	Entre los índices, indicadores y las dimensiones.					X
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					X

10. OPORTUNIDAD	El instrumento ha sido aplicado en el momento oportuno y más adecuado					X
III. OPINIÓN DE APLICACIÓN: Instrumento adecuado para ser aplicado en la investigación por los puntajes alcanzados al ser evaluado en estricta relación con las variables y sus respectivas dimensiones.						
IV. PROMEDIO DE VALIDACIÓN: 87%						
Huancayo, julio de 2019	21064642				956303128	
Lugar y Fecha	N° DNI	Firma del experto			N° Celular	