



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**CONDICIONANTES RELACIONADAS CON EL MANEJO DE LA
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE
MEDRANO DE JULIACA. 2023**

TESIS PRESENTADA POR:
Bach. LIZ CORNEJO QUISPE

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
OBSTETRA

JULIACA – PERÚ
2025



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**CONDICIONANTES RELACIONADAS CON EL MANEJO DE LA
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE
MEDRANO DE JULIACA. 2023**

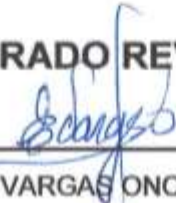
TESIS PRESENTADA POR:


Bach. LIZ CORNEJO QUISPE


PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:


OBSTETRA

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:

PRESIDENTE : 
Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE

PRIMER MIEMBRO : 
Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

SEGUNDO MIEMBRO : 
Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

ASESOR DE TESIS : 
Dra. MARÍA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN : SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - P06



**UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"**

RESOLUCIÓN DECANAL N° 348-2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 22 de mayo del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 2025-3470 en el cual solicita fecha y hora para Sustentación de Tesis y el Dictamen de Aprobación, emitido por el Jurado Evaluador del trabajo de investigación titulado: **CONDICIONANTES RELACIONADAS CON EL MANEJO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA. 2023**

CONSIDERANDO:

Que, es necesario dar cumplimiento a la Ley 30220, al Estatuto Universitario y al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad y de la Facultad de Ciencias de la Salud, para la fijación de fecha y hora para la sustentación de tesis.

En uso de las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y, estando al informe de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad.

SE RESUELVE

PRIMERO: Ratificar a los jurados para la Sustentación de Tesis para optar el Título Profesional de: **OBSTETRA** del (la) bachiller: **CORNEJO QUISPE LIZ** habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes;

- * **Presidente** : **Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE**
- * **1er. Miembro** : **Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**
- * **2do. Miembro** : **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**
- *
- * **Asesor (a)** : **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA**

SEGUNDO: Fijar la programación de Sustentación de Tesis para el:

DIA : **MIÉRCOLES 04 DE JUNIO DEL 2025**
HORA : **11:00 HORAS**
LOCAL : **Salón de Grados de la Facultad de Ciencias de la Salud**

TERCERO: Realizado la Sustentación, el Jurado levantará el Acta en el libro respectivo, donde indicará el resultado obtenido por el Bachiller sustentante.

CUARTO: La Dirección de la Escuela Profesional de Tecnología Médica la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud y el jurado, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.



DISTRIBUCIÓN:
 - Jurados (3)
 - Interesado (1)
 - Asesor de Tesis (1)
 - Archivo FCS 2025(1)



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN DECANAL N° 209-2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 25 de abril del 2025

VISTOS:

El Informe N° 059-2025-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, de fecha 24 de abril del egresado (a): **CORNEJO QUISPE LIZ** quien solicita la aprobación del Informe Final Titulado: **CONDICIONANTES RELACIONADAS CON EL MANEJO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA, 2023** para optar el título profesional de: **OBSTETRA**

CONSIDERANDO;

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

- * **Presidente** : **Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFRE**
- * **1er. Miembro** : **Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**
- * **2do. Miembro** : **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**

- * **Asesor (a)** : **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA**

Estando en la opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento interno de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria N° 24661 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. - APROBAR, el INFORME FINAL de INVESTIGACIÓN, presentado por el (la) egresado (a) **CORNEJO QUISPE LIZ**; para optar el Título Profesional de **OBSTETRA** : Con la tesis titulado: **CONDICIONANTES RELACIONADAS CON EL MANEJO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA, 2023** correspondiente a la línea de investigación **SALUD PÚBLICA P13**

ARTICULO SEGUNDO. - DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y secretaria académica de la facultad de ciencias de la salud, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



Distribución: Decanato, EP: Obstetricia Archivo.



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN DECANAL N° 1461 -2024-D-FCS-UANCV

Juliaca, 29 de octubre del 2024

VISTOS:

El Informe N° 107-2024-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la copia del acta de Registro de la Propuesta de Investigación de fecha 29 de octubre de la E.P. Medicina Veterinaria y Zootecnista folio 0000000016;

CONSIDERANDO:

Que, el (la) egresado (a) **CORNEJO QUISPE LIZ** ha presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **CONDICIONANTES RELACIONADAS CON EL MANEJO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA. 2023** correspondiente a la línea de investigación: **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV comunico que el Comité de Investigación para la evaluación de la propuesta de Investigación está conformado por los siguientes docentes:

- **Presidente** : **Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**
- **1er. Miembro** : **M.Sc. MARÍA ANTONIETA LOAYZA LÓPEZ**
- **2do. Miembro** : **Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA**

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 436 2024-UANCV-FCS-UI-CI sobre la evaluación de la propuesta de investigación, emitiendo opinión favorable para que se emita la resolución de aprobación de la propuesta de investigación;

Estando opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92- y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

APROBAR, la PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN, presentado por el (la) egresado (a) **CORNEJO QUISPE LIZ** para optar el título profesional de: **OBSTETRA**; titulado: **CONDICIONANTES RELACIONADAS CON EL MANEJO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA. 2023**

La propuesta de Investigación deberá ejecutarse de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Unidad de Investigación con fines de obtención de Grados Académicos y Títulos Profesionales, y el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud.

ARTICULO SEGUNDO.- RECONOCER, como **ASESOR(A)** de la **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN** al(la) Docente Ordinario(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA**

ARTICULO TERCERO.- DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Directora de la Escuela profesional de Medicina Veterinaria y Zootecnia quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.

Distribución: Decanato, EP: Obstetra Archivo



Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. ELIZABETH VARGAS ONOERT



CONDICIONANTES RELACIONADAS CON EL MANEJO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA. 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

11%

INDICE DE SIMILITUD

8%

FUENTES DE INTERNET

4%

PUBLICACIONES

7%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	6%
2	repositorio.uancv.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
4	encolombia.com Fuente de Internet	<1%
5	Submitted to Universidad Mariano Gálvez de Guatemala Trabajo del estudiante	<1%
6	repositorio.puce.edu.ec Fuente de Internet	<1%
7	apirepositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	<1%



Metadatos complementarios

Título de la Tesis	
CONDICIONANTES RELACIONADAS CON EL MANEJO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA. 2023	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	LIZ CORNEJO QUISPE
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	70291400
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0002-5280-031X
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	02405808
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-8164-4833
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	ELIZABETH VARGAS ONOFRE
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29216323
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01309221
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01297921



Datos de estudio

Línea de estudio	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – P06
Grupo de estudio	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica del estudio	<p>Edificio: Hospital Carlos Monge Medrano País: Perú Departamento: Puno Provincia: San Román Distrito: Juliaca Calle: Avenida Huancané Coordenadas Latitud: 15° 28' 54.757" S Longitud: 70° 7' 14.012" W URL Maps https://www.google.com/maps/d/edit?mid=1V7--ld6QMytCSqHxohP22iqqDr8W47q&usp=sharing</p> 
Año o rango de años en que se realizó el estudio	Octubre 2024 – Mayo 2025
URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html - Librería	<p>Obstetricia, Ginecología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02</p> <p>Salud Pública https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05</p>



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VEJASQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

[Signature]
Dra. María Amparo del Pilar Chambi Catacora
DIRECTORA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo **LIZ CORNEJO QUISPE** Identificado con DNI N° **70291400** en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional**
- Programa de Segunda Especialidad,**
- Programa de Maestría o Doctorado**

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación, Trabajo Académico denominada:

CONDICIONANTES RELACIONADAS CON EL MANEJO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA. 2023

Asesorado por: **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAFORA**

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 13 de JUNIO del 2025


FIRMA ASESOR


FIRMA TESISISTA



Huella



DEDICATORIA

A mis padres **Hugo** y **Cecilia** que su soporte ha sido base para la formación que he tenido, motivándome de manera constante para lograr mis propósitos.

A mi esposo **Fernando** y a mi hija **Aria**, su amor y soporte han sido fortaleza en este camino académico, su presencia en mi vida es mi mayor regalo, y este logro se ha logrado en equipo.



AGRADECIMIENTO

A mi alma mater Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, bastión de excelencia académica, mi gratitud se extiende a la plana de docentes de la escuela profesional de Obstetricia a su preparación y su inestimable guía ha sido crucial en la formación que eh tenido.

Al Hospital Carlos Monge Medrano al Departamento de Ginecología y Obstetricia que me abrieron las puertas para realizar esta investigación y que han sido piezas clave en la construcción de este estudio.

v

ÍNDICE GENERAL



**CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO**

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN 7

 2.1.1 Antecedentes a nivel internacional.....7

 2.1.2 Antecedentes a nivel Nacional.....12

 2.1.3 Antecedentes a Nivel Regional..... 18

2.2 MARCO TEÓRICO..... 23

2.3 MARCO CONCEPTUAL..... 31

CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN. 33

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN..... 33

3.3 MÉTODO APLICADO A LA INVESTIGACIÓN 34

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA..... 34

 3.4.1 Población

 3.4.2 Muestra

3.5 TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y FUENTES DE INVESTIGACIÓN
 PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS..... 35

 3.5.1 Técnicas 35

 3.5.2 Instrumentos..... 35

3.6 PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS 35

3.7 CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS 36

3.8 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO 37

 3.8.1 Validez..... 37

 3.8.2 Confiabilidad..... 37

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

4.1 RESULTADOS Y DISCUSIÓN 38

4.2 CONCLUSIONES..... 68

4.3 RECOMENDACIONES 69



4.4 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXOS.....	76
ANEXO 1. MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS	77
ANEXO 2. MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	82
ANEXO 3. INSTRUMENTO.....	83
ANEXO 4. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO	84
ANEXO 5. AUTORIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN.....	87



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Malos Antecedentes Relacionados con el Manejo de la RPM en Pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano 2023.....	38
Tabla 2.	Morbilidad y Tipo de Manejo de la Ruptura Prematura de Membranas en Pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano 2023	41
Tabla 3.	Periodo de Latencia y Tipo de Manejo de la Ruptura Prematura de Membranas en Pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano 2023.	44
Tabla 4.	Inicio del Trabajo de Parto y Tipo de Manejo de la RPM en Pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano 2023.....	47
Tabla 5.	Forma de Finalización del Embarazo y Tipo de Manejo de la RPM en Pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano 2023....	50
Tabla 6.	Sufrimiento Fetal y Tipo de Manejo de la RPM en Pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano 2023	53
Tabla 7.	Muerte Fetal y Tipo de Manejo de la RPM en Pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano 2023	56
Tabla 8.	Edad Gestacional y Tipo de Manejo de la RPM en Pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano 2023	59
Tabla 9.	Madurez Pulmonar y Tipo de Manejo de la RPM en Pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano 2023	62
Tabla 10.	Tipo de Manejo de la Ruptura Prematura de Membranas en Pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano 2023.....	65



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Malos Antecedentes y Manejo de la RPM en Pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano 2023..... 39

Figura 2. Morbilidad y Tipo de Manejo de la Ruptura Prematura de Membranas en Pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano 2023..... 42

Figura 3. Periodo de Latencia y Tipo de Manejo de la RPM en Pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano 2023..... 45

Figura 4. Inicio del Trabajo de Parto y Tipo de Manejo de la RPM en Pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano 2023..... 48

Figura 5. Forma de Finalización del Embarazo y Tipo de Manejo de la RPM en Pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano 2023..... 51

Figura 6. Sufrimiento Fetal y Tipo de Manejo de la RPM en Pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano 2023..... 54

Figura 7. Muerte Fetal y Tipo de Manejo de la RPM en Pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano 2023..... 57

Figura 8. Edad Gestacional y Tipo de Manejo de la RPM en Pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano 2023..... 60

Figura 9. Madurez Pulmonar y Tipo de Manejo de la RPM en Pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano 2023..... 63

Figura 10. Tipo de Manejo de la Ruptura Prematura de Membranas en Pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano 2023..... 66



RESUMEN

Objetivo. Establecer las condicionantes relacionadas con el manejo de la ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. 2023. **Material y métodos.** Indagación de tipo básica y de nivel relacional. Se dispuso una elección de 122 embarazadas con ruptura prematura de membranas (RPM), se utilizó una ficha de recolección de datos previamente validada, se aplicó el SPSS v24 para la ejecución de la data y la prueba de chi cuadrado como instrumento estadístico. **Resultados.** Las condicionantes maternas relacionadas con el manejo de la ruptura prematura de membranas son: los malos antecedentes obstétricos como las hemorragias en el 20.5% ($p=0.05$), las infecciones urinarias en el 13.1% ($p=0.01$), el periodo de latencia menor de 24 horas en el 76.2% ($p=0.01$), el inicio espontáneo del parto en el 40.1 ($p=0.001$) y el parto vaginal en el 63.9% ($p=0.001$). Las fetales son: la ausencia de sufrimiento fetal agudo en el 98.4% ($p=0.05$), la edad gestacional a término en el 81.9% de casos ($p=0.001$), y la maduración pulmonar no estimulada en el 89.3% ($p=0.01$). No se encontró relación con muerte fetal 1.6% ($p>0.05$). El tipo de manejo de RPM en el 34.4% de casos fue expectante y 65.6% activo. **Conclusión.** Las condicionantes maternas, inicio del parto espontáneo, parto vaginal, y las fetales como gestación a término y maduración pulmonar, se relacionan significativamente con el manejo expectante de RPM aceptándose parcialmente la hipótesis planteada.

Palabras claves. Condicionantes manejo ruptura prematura membranas



ABSTRACT

Objective. To establish the conditions related to the management of premature rupture of membranes in pregnant women treated at the Carlos Monge Medrano Hospital in Juliaca. 2023. **Materials and methods.** Basic and relational level inquiry. A total of 122 pregnant women with premature rupture of membranes (PROM) were selected. A previously validated data collection form was used. SPSS v24 was applied for data collection and the chi-square test was used as a statistical tool. **Results.** Maternal factors associated with the management of premature rupture of membranes are: poor obstetric history such as hemorrhage in 20.5% ($p=0.05$), urinary tract infections in 13.1% ($p=0.01$), latency period less than 24 hours in 76.2% ($p=0.01$), spontaneous onset of labor in 40.1% ($p=0.001$) and vaginal delivery in 63.9% ($p=0.001$). Fetal factors are: absence of acute fetal distress in 98.4% ($p=0.05$), full-term gestational age in 81.9% of cases ($p=0.001$), and unstimulated lung maturation in 89.3% ($p=0.01$). No association with fetal death was found in 1.6% ($p>0.05$). The management of PROM was expectant in 34.4% of cases and active in 65.6%.

Conclusion. This study established that maternal factors, such as the onset of spontaneous labor and vaginal delivery, and fetal factors, such as full-term gestation and lung maturation, were significantly associated with expectant management of PROM, partially accepting the proposed hypothesis.

Keywords. Conditions for the management of premature rupture of membranes.

INTRODUCCIÓN



El término médico "ruptura prematura de membranas (RPM)" explica el escenario donde la bolsa amniótica se rompe previamente al inicio de las contracciones de alumbramiento. Su frecuencia varía a nivel mundial según la edad gestacional, representando gestaciones del 8% a término y el 3% a pretérmino. En Perú, la incidencia de RPM alcanza el 29%. En la región puneña, el 20% de los casos mostraron rotura anticipada del saco amniótico. El tratamiento puede ser de dos tipos: expectante o activo, este último caracterizado por la rápida finalización del embarazo utilizando la vía más apropiada. Un elemento decisivo para el bienestar tanto de la madre como del bebé no nacido es el intervalo de tiempo que transcurre sin actividad, definiéndose como el periodo transcurrido desde el momento de RPM hasta el parto. (1,2,3)

De igual manera, el abordaje terapéutico dependerá tanto del tiempo de embarazo como del nivel de desarrollo pulmonar del feto cuando ocurre la rotura anticipada del saco amniótico. Es necesario verificar con precisión la edad gestacional y la posición del feto, además de implementar un control fetal para evaluar adecuadamente su estado de bienestar. Es recomendable brindar profilaxis antibiótica contra estreptococo del grupo B, si existen factores de riesgo o se han realizado cultivos para detectarlo. La morbilidad fetal, es el resultado del proceso de infección vía ascendente y de la consecuente compresión del cordón umbilical.

Entre los riesgos maternos del manejo expectante de la ruptura prematura de membranas son la corioamnionitis y la endometritis, especialmente en gestaciones pretérmino. En los últimos años las cifras de cesáreas realizadas innecesariamente van en aumento de manera alarmante, por lo que se hace



necesario realizar estudios respecto al manejo de RPM. Que es una causa frecuencia de indicación de atención del parto por cesárea.

El trabajo presente investigativo se estructuró en IV capítulos: Capítulo I El Problema, Capítulo II Marco teórico, Capítulo III Metodología, Capítulo IV Resultados, discusiones, conclusiones y las recomendaciones.



CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1 Planteamiento del problema

Descripción del problema

Internacional.

La rotura de membranas antes del término manifiesta una complicación de orden obstétrico. Su manejo clínico puede oscilar entre estrategias expectantes y activas, pudiendo estas últimas contemplar el inicio artificial del trabajo de parto mediante agentes farmacológicos o dispositivos de tipo mecánico. A pesar de ser un fenómeno frecuente, hay pocos estudios que proporcionen fundamento científico para su abordaje. La frecuencia de esta problemática varía de acuerdo a la edad en la que se da la gestación, con un 8% a término y un 3% pretérmino.

(1)

Nacional.

En un estudio realizado en el centro sanitario Carlos Lanfranco, 2015-2022, se observaron complicaciones como infección del tracto urinario y ruptura con una incidencia del (22% y 29%) correspondientemente. El 82% tenía entre 18-34 años, encontrándose que el 84% estaba en unión libre, el 75% educación media completa. El 75% contaba con múltiples embarazos previos y un 52% contaba con seguimiento médico de seis o más revisiones antenatales. (2)



Regional.

Según data del Hospital Manuel Butrón de Puno, al analizar las variables de peligro obstétrico, se encontró que el 40% de pacientes tenía anomalías en las fuerzas de expulsión en su primer embarazo; el 30% había tenido cesárea anteriormente, un 20% sufrió de RPM y preeclampsia, mientras que el 23,3% acudió a entre 1 y 3 controles prenatales únicamente. (3)

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general.

PG. ¿Cuáles son las condicionantes relacionadas con el manejo de la ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2023?

1.2.2 Problemas específicos.

PE1. ¿Cuáles son las condicionantes maternas relacionadas con el manejo de la ruptura prematura de membranas?

PE2. ¿Cuáles son las condicionantes fetales relacionadas con el manejo de la ruptura prematura de membranas?

PE3. ¿Cuál es el manejo más frecuente de la ruptura prematura de membranas?

1.3 Justificación de la investigación

1.3.1 Justificación teórica.



La indagación propuesta se centra en el interés de determinar el manejo más frecuente de RPM en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.

Actualmente existe controversia en el manejo de RPM, con algunos estudios que favorecen el abordaje activo mientras otros apoyan el manejo expectante.

Esta divergencia resalta la relevancia de realizar esta investigación.

Factores como la prematuridad, el periodo de latencia y las infecciones maternas, entre otras variables, podrían relacionarse con el manejo de RPM, constituyendo aspectos clave a analizar en esta tesis.

1.3.2 Justificación práctica.

Los hallazgos de este estudio contribuirán significativamente a ampliar el conocimiento sobre el abordaje de RPM en nuestro contexto. La finalidad es optimizar los resultados tanto maternos como fetales en situaciones donde se produce un rompimiento anticipado de las membranas fetales, mediante un entendimiento más profundo del manejo de esta condición frecuente durante la gestación.

1.3.3 Justificación metodológica

Se llevó a cabo un estudio de investigación básica, con enfoque relacional y carácter retrospectivo correspondiente al año 2023. La información será recopilada a partir de historias clínicas, centrando el análisis en las embarazadas que mostraron RPM y fueron asistidas durante 2023 en dicho Hospital. Para determinar las asociaciones entre las distintas variables estudiadas, se implementarán métodos estadísticos no paramétricos.

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo general.



OG. Establecer las condicionantes relacionadas con el manejo de la ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. 2023

1.4.2 Objetivos específicos.

OE1. Indicar las condicionantes maternas relacionadas con el manejo de la ruptura prematura de membranas.

OE2. Identificar las condicionantes fetales relacionadas con el manejo de la ruptura prematura de membranas.

OE3. Señalar el manejo más frecuente de la ruptura prematura de membranas.

1.5 Hipótesis

1.5.1 Hipótesis general.

HG. Las condicionantes maternas y fetales si están relacionadas con el manejo expectante de la ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. 2023



1.5.2 Hipótesis específicas.

HE1. Las condicionantes maternas relacionadas con el manejo de la ruptura prematura de membranas son las cesáreas previas, las infecciones urinarias, el periodo de latencia mayor de 24 horas, la inducción del parto y las cesáreas.

HE2. Las condicionantes fetales relacionadas con el manejo de la ruptura prematura de membranas son el sufrimiento fetal agudo, la muerte fetal intrauterina, la prematuridad y la maduración pulmonar estimulada.

HE3. El tipo de manejo más frecuente de la ruptura prematura de membranas es expectante.

1.6 Variables

Variable 1. Condicionantes

Variable 2. Manejo de ruptura prematura de membranas



1.7 Operacionalización de variables.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	VALORES
V1. Condicionantes	1.1 Maternas	1.1.1 Antecedentes negativos	a) Hemorragias b) Cesáreas c) Ninguno
		1.1.2 Morbilidad	a) infecciones Urinarias b) Cérvicovaginales c) Anemia d) No presente
		1.1.3 Periodo de latencia	a) Menor de 24 horas b) 24 horas a más
		1.1.4 Inicio del trabajo de parto	a) Inducción b) Espontáneo c) No se inicio
		1.1.5 Forma de finalización del embarazo	a) Parto vaginal b) Cesárea
	1.2 Fetales	1.2.1 Sufrimiento fetal	a) Agudo b) Crónico c) No presentó
		1.2.2 Muerte fetal	a) Muerte fetal temprana (semanas 21 a 27) b) Tardía (> 28 semanas). c) No ocurrió
		1.2.3 Edad gestacional	a) <37 semanas b) 37 a 40 semanas c) 41 semanas a más
		1.2.4 Madurez pulmonar	a) Estimulada b) No estimulada
	V2. Manejo de la ruptura prematura de membranas		2.1 Tipo de manejo



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 A nivel internacional

Valencia, Galarza, (4) Enfoque terapéutico de la ruptura temprana del saco amniótico en embarazos maduros. Revisión Bibliográfica. Mediciencias UTA, 8(2), 76-87. 2024.

Objetivo: Analizar las alternativas de tratamiento conservador y de intervención inmediata para el abordaje de la rotura anticipada del saco amniótico en gestaciones a término, evaluando las guías y evidencias científicas más recientes publicadas en el último quinquenio, con la finalidad de ayudar a disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad en madres y recién nacidos.

Materiales y Métodos: Este estudio constituye una revisión bibliográfica sistemática sobre RPM en gestaciones a término, aplicando la metodología PRISMA para examinar la literatura científica publicada durante el último quinquenio. La búsqueda incluyó metaanálisis y estudios descriptivos procedentes de repositorios académicos reconocidos. Se consideraron exclusivamente artículos en inglés, descartando los que no aportaban información relevante sobre la temática. El proceso de selección contempló indagaciones descriptivas, retrospectivas, observacionales, metaanálisis y artículos inéditos que contenían datos contrastados sobre RPM en embarazos que han alcanzado las 37 semanas de gestación.

Los resultados: Los datos fueron extraídos y condensados utilizando una plantilla estructurada que contemplaba información sobre los autores, fecha de



publicación, metodología empleada en la investigación, perfil de las gestantes estudiadas y hallazgos principales.

Conclusión: En función de los artículos científicos y protocolos clínicos analizados, se puede establecer que en el abordaje de la rotura anticipada del saco amniótico en gestaciones de término resulta fundamental identificar de manera temprana posibles problemáticas intrauterinas, particularmente los procesos infecciosos, ya que conforman un componente de riesgo relevante para el surgimiento de condiciones patológicas tanto materna como fetal, pudiendo derivar en desenlaces fatales para ambos.

Gutiérrez, Muñoz (5) Tasa de ruptura precoz de membranas fetales como elemento precipitante del alumbramiento pretérmino en el Centro Sanitario Dr. Liborio Sotomayor. (Bachelor's thesis, Babahoyo: UTB-FCS, 2024).

El objetivo fundamental fue estimar la incidencia de RPM como precursor de parto pretérmino en Hospital Liborio Panchana Sotomayor en el periodo septiembre 2023 - junio 2024.

La indagación fue tipo mixta. La población son 106 embarazadas, de las cuales 84 fueron elegidas por fórmula finita. Se realizó la recaudación de data diagnósticos obtenidos por el revisado de historias clínicas y, se diseñó una plantilla estructurada en formato Excel donde se registró la información de cada paciente. Finalmente, se hizo un análisis consolidado de los datos obtenidos. La investigación, basada en 84 gestantes, reveló que RPM ocurrió con mayor frecuencia entre las 34 y 36 semanas de gestación. El tiempo medio de evolución hasta el nacimiento fue de 24 a 48 horas para el 44% de las pacientes, y el 56% requirió antibióticos. Las encuestas indicaron que las indagaciones previas de RPM e infecciones urinarias son componentes significativos vinculados a la



RPM. El análisis Chi-cuadrado mostró que estos factores tienen una conexión relevante con la incidencia de RPM.

En conclusión, RPM es un precursor incidente en el parto prematuro, debido a los distintos factores relacionados.

Alonso A. (6) Valoración de los efectos perinatales derivados de la conducta de observación ante la RPM amniótica en embarazos antes de término completo. 2021. Universidad Autónoma de Nuevo León.

Objetivo. Contrastar la eficacia del manejo expectante frente a otras opciones terapéuticas en casos de RPM durante el embarazo pretérmino.

Resultados. Del total de 88 expedientes examinados, 54 casos fueron seleccionados para el protocolo. Siendo la edad media de 30 semanas (Embarazo), constituyendo un tercio (33.3%) de la muestra. En 38 pacientes (70.4%) se confirmó la ruptura mediante visualización directa del líquido, y en similar porcentaje se requirió resolución quirúrgica del embarazo. Aproximadamente una cuarta parte (24.5%) de las gestantes presentaba menos de 28 semanas de embarazo. La corioamnionitis destacó principalmente como la complicación obstétrica (16.7%), por otro lado, la asociación de síndrome de distrés respiratorio y sepsis fue la complicación neonatal más prevalente.

Conclusión. Ante una RPM pretérmino, la estrategia de manejo expectante demuestra perfiles adecuados de seguridad y efectividad.

Magaña, Salguero, Flores, (7) Factores maternos que influyen en los nacimientos prematuros. Janaskakua, 4(9).2022.

Objetivo: Reconocer los elementos maternos clave que desencadenan nacimientos antes de término.

Metodología: Indagación de naturaleza cuantitativa, retrospectiva y descriptiva.

Se examinaron los casos de 530 pacientes con trabajo de parto prematuro,



utilizando análisis estadístico descriptivo de frecuencias y porcentajes con SPSS 24.

Resultados: Cabe destacar que el 38.9% de los casos fueron categorizados como prematuros tardíos, y el 30.8% como muy prematuros. La mitad de los factores maternos desencadenantes correspondió a la RPM, seguida por la enfermedad hipertensiva del embarazo que representó una quinta parte, la edad destacada fue de 20 a 25 con el 35.8%.

Conclusivamente: El principal desencadenante de los partos pretérmino identificado fue la RPM, junto con la hipertensión gestacional (EHE), las infecciones cervicovaginales y las infecciones urinarias. Estas condiciones evidencian la importancia de enfocar esfuerzos en prevenir los factores que causan el parto prematuro.

Calderón, Sandoval, Bohórquez, Toapanta. (8) Indagación sobre las complicaciones materno-fetales y elementos de riesgo en usuarias con RPM en un centro hospitalario de Guayaquil. 5(1). 2022.

La finalidad de esta indagación fue evaluar las complicaciones materno-fetales y su vínculo con factores de riesgo en gestantes con RPM. El trabajo investigativo implementó un enfoque cuantitativo con diseño analítico, transversal y retrospectivo. Se estudió un espécimen compuesto por 446 gestantes diagnosticadas con RPM en el centro sanitario Guasmo Sur, abarcando todo el año 2019, desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre. Los sujetos de estudio fueron divididos en dos categorías basadas en la presencia o ausencia de complicaciones que afectarían a madre y feto. La edad media identificada fue de $24.81 \pm 4,860$ años, con mayor frecuencia en el intervalo de 20-34 años. El análisis demográfico reveló predominio de razas mestiza (48%) y blanca (36%), mientras que, en el ámbito económico, más de la mitad (53%)



reportó ingresos inferiores a 400 dólares. Un 9% presentaba historial de interrupciones previas del embarazo, siendo espontáneas en el 79% de los casos. Concerniente al seguimiento gestacional, solo el 2% evidenciaron controles obstétricos deficientes, y el 85% realizó entre 1-3 consultas durante el embarazo.

La frecuencia de **complicaciones** maternas alcanzó el 13%, encabezadas por corioamnionitis (63%), procesos infecciosos puerperales (36%) y desprendimiento placentario prematuro (20%). Las complicaciones fetales se registraron en un 16%, destacando prematuridad (61%), infección neonatal sistémica (32%), alteraciones morfológicas (25%), desarrollo pulmonar incompleto (17%) y contracturas (4%). Se identificaron factores predisponentes en el 64% de las gestantes (284 casos). Se estableció correlación estadísticamente significativa entre las complicaciones materno-fetales y diversos factores: intervalo prolongado entre ruptura de membranas y parto, patología infecciosa urinaria, desequilibrio de la microbiota vaginal, progresión anormal del trabajo de parto, seguimiento prenatal deficitario, reducción patológica del líquido amniótico y exposición a tabaco.

2.1.2 A nivel nacional

Ramos A. (9) Vínculo entre la RPM fetales y la mortalidad perinatal: experiencia del Centro Sanitario Regional Docente Cajamarquino, 2023.

El **propósito** central de la indagación consistió en evaluar si existía una vinculación relevante entre la RPM fetales y los casos de mortalidad perinatal. La indagación se ejecutó a través de una metodología de no experimento, transversal (Diseño), correlacional y retrospectivo. Se utilizó como instrumento una cartilla de recaudación de data que evidenció consistencia interna Cronbach con un valor de 0.85



Resultados: En el análisis sociodemográfico se observó predominio del grupo etario de 20 a 34 años (60,6%), estado civil conviviente (76,1%), nivel educativo secundario (46,5%), ocupación amas de hogar (77,5%) y residencia en zonas urbanas (29,6%). Respecto a la ruptura prematura de membranas, se identificó mayor frecuencia de RPM a término (66,2%) frente a RPM pretérmino (33,8%), con mayor concentración entre las 24-34 semanas gestacionales (19,7%). Considerando el tiempo de latencia, predominaron los casos con duración menor a 24 horas (66,2%), seguidos por aquellos entre 24-72 horas (23,9%). Analizando las complicaciones, el 70,4% no presentó ninguna, mientras que entre las identificadas destacaron corioamnionitis (9,9%), oligoamnios (23,9%), y con menor incidencia, infección puerperal. La mortalidad perinatal alcanzó un 4,2%, correspondiendo a fallecimientos dentro de las primeras 24 horas post-nacimiento, destacando que el 21,1% recibió terapia de maduración pulmonar. Entre las complicaciones perinatales se evidenciaron: síndrome de membrana hialina, nacimiento pretérmino, prolapso de cordón umbilical y asfixia perinatal con valores de (22,5%, 25,4%, 11,3% y 14,1%) respectivamente.

A modo de **conclusión**, los hallazgos confirmaron la existencia de una conexión relevante entre RPM y mortalidad perinatal, observándose que dicha asociación adquiere mayor relevancia cuando la ruptura acontece en embarazos con menos de 37 semanas de evolución.

De la cruz, Licares. (10) Impacto materno-perinatal en pacientes gestantes con RPM ovulares en el Centro Sanitario Departamental de Huancavelica. 2024.

Objetivo: Caracterizar los desenlaces que afectaron a madre y recién nacido en casos de RPM atendidos en el Hospital. Dato relevante: la RPM se exhibió en el 16% de las gestantes incluidas en la indagación, de ellas el 04.20% fueron



pretérmino y el 11.8% a término en el HDH durante el año 2021. Los aspectos sociodemográficos de las gestantes con RPM, el 29.0% tuvieron ≤ 19 años, el 37.9% de 20 a 34 años y el 33.1% \geq a 35 años, el 27% tuvieron instrucción primaria, el 57.4% secundaria, el 08.8% superior técnico y el 06.8% superior universitaria; el 23% fueron solteras, el 35.8% casadas y el 41.2% convivientes; el 26.4% tuvieron parto pretérmino $<$ de 37 semanas y el 73.6% parto a término $>$ de 37 semanas, el 35.1% fueron nulíparas, el 64.9% multiparas; el 16.9% presentaron un lapso intergenésico $<$ a 2 años, el 70.9% \geq a 2 años y el 12.2% \geq a 5 años, el 5.4% tuvieron embarazo múltiple, el 54.7% tuvieron Infección vaginal, el 75% tuvieron \geq a 6 APN y el 62.0% tuvieron su parto normal y el 37.8% cesárea.

Los resultados maternos de las gestantes con RPM, el 06.1% presentaron corioamnionitis, el 4.8% DPP, el 10.1% Inducción de trabajo de parto, el 37.8% en cesárea, el 6.1% presentaron infección puerperal, el 09.5% tuvieron retención de restos y el 25.6% no presentaron complicaciones. Los resultados perinatales, el 27% bebés de madres con RPM mostraron bajos pesos al nacer, el 10.1% sufrimiento fetal agudo, el 3.4% asfixia neonatal, el 06.1% síndrome de diestres respiratorio, el 4.1% sepsis neonatal y el 49.3% de R.N. no presentaron complicaciones Conclusión La proporción de gestantes con RPM fue el 16%, la mayoría fueron adultas y añosas, con estudios secundaria, convivientes, con parto a termino, con P.I. \geq a 2 años y el 12.2% , con infección vaginal, Con APN completo, presentaron infección puerperal retención de restos placentarios y bajo peso al nacer, SFA, diestres respiratorio. Etc.

Trujillo V. (11) Aspectos maternos que contribuyen a la RPM en gestantes pretérmino. Centro Sanitario las Moras. 2023.



La **finalidad** de esta indagación fue cuantificar la correlación entre factores maternos y la RPM en embarazadas pretérmino que acudieron al Centro Huanuqueño durante julio-diciembre de 2018. Indagación descriptiva correlacional con diseño transeccional de no experimento. De un universo de 260 gestantes de entre 22 y 36 semanas, se trabajó con una elección de 40 féminas: 10 casos (con RPM) seleccionados mediante muestreo no probabilístico intencional tipo censal, y 30 controles (sin RPM) elegidos a través de muestreos probabilísticos aleatorios. Para la recaudación de data se implementó la técnica de análisis documental mediante fichas. Ejecutando la prueba Chi χ^2 para evaluar asociaciones y el cálculo de ODDS RATIO para estimar el riesgo de los factores estudiados. Todo el examen de estadística fue realizado en SPSS V.25. Los hallazgos evidenciaron que más de la mitad de las gestantes (57,5%) tenían menos de 20 años o más de 35 años. Respecto al nivel educativo, aproximadamente la mitad (52,5%) había completado únicamente educación primaria. El 60% residía en áreas urbanas y el 62,5% trabajaba como empleada pública. Entre los factores maternos identificados destacan: primigravidez (57,5%), primiparidad (55%), gestación entre 32-36 semanas (62,5%), seis o más controles prenatales (57,5%), historial de partos pretérmino (40%) y anemia durante la gestación (32,5%).

Como **conclusión** se determinó que diversos componentes maternos incrementan el riesgo de ruptura prematura de membranas. Entre los factores sociales se encontraron: edades extremas de la gestante (menos de 20 o más de 35 años), escolaridad limitada a nivel primario y procedencia de áreas urbano-marginales. Los factores biológicos identificados incluyeron: embarazos múltiples previos, varias paridades anteriores, atención prenatal deficiente (inferior a 6 controles), antecedentes de partos prematuros, cuadros de flujo



vaginal patológico, infecciones del tracto urinario, estados anémicos durante la gestación y episodios previos de RPM.

Castilla L. (12) Niveles hemáticos deficientes durante el embarazo como elemento asociado a la RPM en embarazadas bajo control ginecológico del Centro Sanitario Santa María. 2024.

La **finalidad** de la indagación consistió en evaluar si la presencia de anemia en el lapso gestacional representa un elemento de riesgo para la ocurrencia de RPM en gestantes que recibieron atención en el servicio ginecológico del Hospital mencionado durante 2022. Se aplicó una metodología de carácter observacional analítico, con perspectiva retrospectiva y estructura de casos y controles. Se trabajó con un total de 190 participantes divididas en dos grupos iguales: 95 casos y 95 controles, todas ellas cumpliendo rigurosamente con los criterios inclusivos y exclusivos definidos por el protocolo de indagación.

Los **hallazgos** alcanzados plasmaron que en el grupo de casos, aproximadamente dos tercios (66.3%) de las pacientes padecían anemia, mientras que un tercio (33.7%) no presentaba esta condición. Entre los controles, más de la mitad (55.8%) tenía anemia y el 44.2% no. El examen de estadística cuantificó que no existía una correlación de significancia entre las variables estudiadas ($X^2 = 2.213$, $OR = 1.56$, $P = 0.137$). Los indicadores sociodemográficos evaluados tampoco mostraron asociación estadística relevante: estado civil ($X^2 = 1.059$, $P = 0.589$), edad ($X^2 = 1.209$, $P = 0.546$) y grado instructivo ($X^2 = 0.389$, $P = 0.389$). Asimismo, otros factores analizados como multiparidad ($X^2 = 2.213$, $OR = 1.40$, $P = 0.246$) y obesidad ($X^2 = 2.213$, $OR = 2.82$, $P = 0.120$) no evidenciaron una conexión relevante.

Se permitió **concluir** que no existe conexión relevante entre la anemia gestacional y la ocurrencia de RPM en las usuarias embarazadas tratadas en el



servicio de ginecología del centro sanitario iqueño en el periodo correspondiente al año 2022.

García Hernández, Ramos Euribe, (13). Pautas de manejo ante la RPM en gestaciones no a término, asistidas en el hospital Santa María del Socorro, Ica. 2022

El propósito de esta indagación es examinar las intervenciones realizadas en casos de RPM en gestantes con embarazo pretérmino que fueron tratadas en el Hospital Iqueño durante el año 2021.

El **abordaje metodológico** implementado fue de naturaleza cuantitativa con alcance descriptivo, enfoque retrospectivo y diseño transversal. La indagación analizó a 80 pacientes con gestación pretérmino asistidas en el hospital iqueño durante 2021. Entre los **hallazgos** destacados sobre las características de las gestantes se encontró predominio de edad adulta (96.2%), residencia en zonas urbanas (98.7%), estado civil de convivencia (58.8%) y casada (33.8%), multiparidad (55%), control prenatal adecuado con más de 7 atenciones (67.5%), clasificación como pretérmino tardío (98.7%) y presencia de antecedente de parto pretérmino (85%). Respecto a los aspectos del parto pretérmino, todos los casos fueron diagnosticados mediante anamnesis combinada con especuloscopia (100%), presentaron un tiempo de latencia media de 9 horas, líquido amniótico de características normales (98.7%) y resolución mediante cesárea (63.7%). Las estrategias de manejo incluyeron principalmente tratamiento antibiótico (98.7%), conducta expectante (42.5%) y finalización del embarazo (98.7%).

En **conclusión**, las estrategias más empleadas en el manejo de la RPM fueron la terapia con antibióticos y la terminación del proceso de parto.



2.1.3 Antecedentes a nivel regional.

Sucasaca , Urbina (14). Condiciones que afectan la duración del intervalo de latencia en la RPM de pacientes gestantes en seguimiento médico en el Hospital de Azángaro 2022.

Objetivo: Esta indagación identificó que los antecedentes maternos previos al periodo gestacional.

Resultados. La data manifestó que el 69% presentaba IMC normal, el 30,2% había experimentado RPM previamente y el 15,5% tenía adicción al tabaco. Los factores durante la gestación incluyeron más de 6 atenciones prenatales en el 56% de casos, infecciones del tracto urinario en el 56,8% y oligoamnios en el 12,1%. Los aspectos fetales relevantes fueron embarazos múltiples (9,5%), complicaciones respiratorias (15,5%), puntuación Apgar normal al minuto de nacimiento (85,3%) y prematuridad tardía (86,2%), todos con significancia estadística ($p < 0,05$).

En conclusión, se reveló que el periodo que transcurre entre la RPM y el parto en gestantes asistidas en el Hospital indagado en 2022 estuvo asociado con factores maternos previos al embarazo, durante la gestación, y con condiciones fetales.

Callo M. (15) Factores de Riesgo Asociados al Parto Distócico en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón De Puno. 2021.

Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados con el parto distócico en el Hospital Puneño, 2018-2019.

Material y métodos: Se ejecutó una indagación de naturaleza descriptiva correlacional, con características observacionales, prospectivas y diseño de tipo



transversal. Del total poblacional de 101 partos distócicos, se extrajo un espécimen de 30 casos. La data fue recaudada mediante la técnica de encuesta, empleando fichas clínicas previamente validadas (Cronbach 0,806). Para el examen de estadística se utilizaron metodologías descriptivas, y la verificación de hipótesis se hizo mediante el test Chi x^2 de Pearson. Hallazgos:

Las complicaciones durante el parto incluyeron alteraciones de las fuerzas expulsivas en el 50% de los casos, presentaciones fetales irregulares en el 40%, y enrollamiento del cordón umbilical en el 10%. La data sobre los componentes de riesgo social reveló que el 40% de las féminas embarazadas que sufrieron anomalías de las fuerzas de expulsión poseían educación de nivel secundario; mientras que el 36,7% eran amas de hogar y otro 36,7% de aquellas con presentación fetal anormal mantenían una relación de convivencia sin matrimonio formal. En la evaluación de las variables biológicas, se determinó que el 46,7% de las mujeres que presentaron alteraciones en las fuerzas expulsivas durante el parto correspondían al grupo etario de 16 a 34 años. Entre los elementos de riesgo de obstétrica identificada, se observó que las pacientes con anomalías de las fuerzas expulsivas eran primíparas en un 40%; el 30% tenía antecedente de operación cesárea, un 20% presentó RPM y también preeclampsia, mientras que el 23,3% acudió solamente a 1-3 controles prenatales. Las conclusiones de la indagación manifiestan asociación relevante con el parto distócico de los siguientes factores: haber cursado estudios secundarios ($p=0,000$), ser ama de casa ($p=0,001$), mantener una relación de convivencia ($p=0,000$), edad entre 16 y 34 años ($p=0,000$), ser madre por primera vez ($p=0,004$), tener cesárea previa ($p=0,002$), haber desarrollado RPM y



preeclampsia ($p=0,000$), y contar con atención prenatal insuficiente de 1 a 3 controles ($p=0,029$).

Rossell, Gallegos, Espinoza, (16). Aspectos anémicos conectados en gestantes ingresadas en Centros Sanitarios Puno (Perú). 2024.

Objetivo: Determinar los aspectos anémicos en gestantes del hospital puneño.

Material y métodos. Indagación retrospectiva y descriptiva basada en el análisis de 3192 historiales clínicos perinatales recabadas del SIP. La indagación incorporó variables como niveles de hemoglobina, edades maternas, período gestacional, IMC antes del embarazo, tiempo entre gestaciones, número de partos y escolaridad. Para evaluar cómo el trimestre de embarazo afecta los valores de hemoglobina, se implementó un análisis de varianza de una vía, con comparaciones posteriores mediante Tukey. Las correlaciones entre anemia y los factores estudiados se determinaron con Chi cuadrado, estableciendo significancia estadística con $p<0,05$. Los cálculos estadísticos se realizaron con Minitab 20.

Resultados: La indagación identificó anemia en el 31,4% de las gestantes evaluadas, con un vínculo de estadística de significancia entre esta condición y variables como semanas de gestación, IMC antes del embarazo y cantidad de partos anteriores ($p<0,001$). La proporción de embarazadas con anemia varió significativamente según la edad gestacional ($p<0,05$) y el historial de partos ($p<0,05$), siendo menos frecuente en mujeres con primer parto y más común en aquellas con numerosos partos previos. Los datos no mostraron diferencias significativas en la frecuencia de anemia al comparar grupos por edad de la madre, tiempo entre embarazos o nivel de escolaridad ($p>0,05$).



Coaquira V. (17). Condiciones maternas que incrementan la probabilidad de alumbramiento prematuro del Centro Sanitario Carlos Medrano de Juliaca. 2023.

El propósito de la presente indagación radica en identificar aquellos factores maternos que constituyen un riesgo para el desarrollo de partos prematuros entre las gestantes asistidas en el hospital en Juliaca durante 2022. Se empleó un método de investigación básico bajo un enfoque cuantitativo, con características observacionales, retrospectivas y correlacionales, sin manipulación experimental. El universo poblacional comprendió 216 gestantes, con una muestra seleccionada de 89 embarazadas. La indagación se limitó temporalmente al año 2022 y espacialmente al ámbito del propio hospital. Encontrándose Anemia ($\chi^2 = 0.038$), Hipertensión ($\chi^2 = 0.015$), diabetes ($\chi^2 = 0.000$) y RPM ($\chi^2 = 0.010$).

En conclusión, Se demostró que los componentes asociados a la madre guardan correlación con la presentación de partos prematuros entre las gestantes atendidas en dicho nosocomio de Juliaca, 2022.

Carpio , Juño , Medina (18). Componentes asociados a la modalidad de término gestacional de la Micro Red Metropolitano-Puneña. 2023.

El objetivo fue determinar los componentes conectados a la modalidad gestacional de la micro red puneña.

El abordaje metodológico siguió los principios del método hipotético-deductivo, con un tipo de indagación aplicada, perspectiva cuantitativa y correlacional. La indagación se estructuró bajo un diseño no experimental, incluyendo a 270 gestantes como muestra de estudio. La data fue recaudada mediante revisión documental, utilizando fichas electrónicas. El análisis contempló técnicas de



correspondencia, descriptivas y modelamiento mediante regresiones logísticas multinomiales.

Concluyendo: El estudio identificó factores asociados a distintos resultados obstétricos: Para parto vaginal (82.8%): edad media, IMC normal/sobrepeso, 1-6 gestaciones previas, 0-2 abortos/partos anteriores, último embarazo terminado en aborto/cesárea, 1-10 controles prenatales, COVID-19 pregestacional, anemia leve/severa, lactancia normal, 0-1 vacunas COVID-19. Para aborto (0.7%): bajo peso/obesidad I, 0-3 gestaciones previas, cesárea previa, 1-9 controles prenatales, COVID-19 gestacional, 0-2 vacunas antitetánicas, 1-3 inmunizaciones COVID-19, anemia moderada/leve. Para óbito fetal (0.7%): obesidad I-II, 0-2 abortos/partos previos, antecedente de aborto/cesárea, 1-2 dosis antitetánicas, 2-3 inmunizaciones COVID-19, anemia moderada. Para cesárea (15.8%): edad promedio, talla baja, obesidad I-II, 0-2 partos previos, antecedente de aborto/cesárea, período intergenésico inadecuado, 1-2 vacunas antitetánicas, anemia moderada.

2.2 Marco teórico

2.2.1 Condicionantes

La OMS conceptualiza los determinantes sanitarios como los contextos vitales que acompañan a los individuos desde su nacimiento, durante su desarrollo, en su entorno laboral, en su hábitat y en su proceso de envejecimiento, incluyendo el amplio conjunto de influencias y sistemas que condicionan su cotidianidad.

(19)



2.2.1.1 Maternos

2.2.1.1.1 Antecedentes negativos

Antecedentes obstétricos negativos. El término antecedentes obstétricos negativos se utiliza de manera imprecisa para indicar que una mujer ha tenido problemas en embarazos anteriores. Esto puede incluir abortos espontáneos, muerte fetal o cualquier otra condición adversa e indeseada.

Las patologías previas que contemplamos abarcan: abortos recurrentes, nacimientos prematuros, retraso en el desarrollo intrauterino del feto, antecedentes de pérdida fetal o neonatal, y anomalías estructurales o cromosómicas en embarazos anteriores. Asimismo, consideramos enfermedades maternas severas como preeclampsia y diabetes gestacional insulino dependiente, entre otras afecciones relevantes. Tras haber experimentado dificultades en embarazos previos, muchas mujeres se plantean cuánto tiempo es aconsejable esperar para intentar concebir otra vez.

2.2.1.1.2 Morbilidad

De acuerdo con la OMS, se entiende por morbilidad materna cualquier estado de salud asociado al embarazo y parto, o que complica estos procesos, provocando un impacto desfavorable en el bienestar general o capacidad funcional femenina. (20)

a) infecciones Urinarias

Durante la gestación estas representan la complicación más frecuente, afectando aproximadamente al 10% de las embarazadas, principalmente en el primer y segundo trimestre. El abordaje terapéutico de estas infecciones resulta



fundamental. Estas afecciones urinarias surgen cuando microorganismos bacterianos, generalmente procedentes de la región cutánea o rectal, ingresan por la uretra colonizando el sistema urinario. A lo largo del embarazo, el crecimiento uterino ejerce compresión del saco urinario, lo que puede obstaculizar el drenaje normal de la orina, favoreciendo así el desarrollo de procesos infecciosos. Los cambios hormonales también pueden causarla.

b) Cérvicovaginales

La presencia de agentes infecciosos patológicos (bacterianos, virales o parasitarios) en la región cervical y/o vaginal de la gestante constituye una infección cervicovaginal materna. En el contexto de RPM, los estudios microbiológicos han evidenciado infección como causa en 36-50% de los eventos, aumentando esta cifra a 75% cuando inicia la actividad uterina del parto. La vía ascendente desde la vagina o cérvix representa el principal mecanismo de propagación microbiana.

c) Anemia

Definida por la OMS como la condición en que la hemoglobina no supera los 11 g/dl, teniendo como origen primordial la alimentación deficiente. La carencia de hierro se posiciona como el déficit nutricional más prevalente globalmente y como el factor causal predominante de la anemia durante la gestación. (21)

La deficiencia nutricional más extendida globalmente es la anemia, la cual supone un riesgo significativo para la sanidad de la fémina gestante, el producto gestacional y el recién nacido.

En el contexto gestacional, la anemia implica una reducción de la masa eritrocitaria sobre un incremento del componente plasmático materno, ocasionando deficiente irrigación tisular y alteración de la función placentaria.



Esta situación podría resultar en una interrupción del embarazo o en la restricción del desarrollo fetal, asociándose con cinco problemáticas obstétricas recurrentes: aborto, RPM, nacimiento pretérmino, disminución del líquido amniótico y peso neonatal insuficiente.

2.2.1.1.3 Periodo de latencia

En gestantes, la anemia supone una reducción del componente eritrocitario sobre un incremento del volumen materno plasmático, comprometiendo la adecuada perfusión de los tejidos y la funcionalidad placentaria. Esta condición puede desencadenar tanto la pérdida gestacional como la limitación del desarrollo fetal, asociándose a cinco problemáticas de orden obstétrico importantes: aborto, RPM, partos prematuros, escasez de líquido amniótico y peso insuficiente al nacer.

En los casos mencionados, el intervalo de observación no ha de superar las 24 horas. Una vez transcurrido este plazo, y con resultados favorables en las evaluaciones de bienestar fetal, es necesario proceder a la resolución del embarazo. Gran parte de los expertos coincide en que la antibioticoterapia debe iniciarse cuando se han sobrepasado las 12 horas del periodo latent.

2.2.1.1.4 Inicio del trabajo de parto

El inicio oficial se marca por la exhibición de contracciones uterinas potentes y periódicas que ocasionan la apertura gradual (dilatación) y el adelgazamiento y retracción (borramiento) del cérvix hasta su completa dilatación, permitiendo el paso del feto hacia la vagina.

a) Inducción



Es el procedimiento mediante el cual se estimulan las contracciones uterinas durante la gestación, previo al comienzo natural de las contracciones de parto, con el fin de conseguir un parto vaginal.

b) Espontáneo

El nacimiento es un proceso natural que ocurre de manera involuntaria y, en casi todos los casos, sucede sin necesidad de intervenciones. Cuando un embarazo llega a término, todavía no se comprende completamente qué inicia el trabajo de parto. Algunas teorías sugieren que se debe a cambios hormonales o en la placenta, mientras que otras proponen que es el bebé quien lo desencadena.

(22)

2.2.1.1.5 Forma de finalización del embarazo

a) Parto vaginal

El nacimiento por vía vaginal implica el desplazamiento del feto y posteriormente la placenta (también llamado alumbramiento) desde el útero, atravesando el canal de parto hasta salir por la abertura vaginal.

Este método de alumbramiento permite dar a luz manteniendo el control corporal completo mediante la vagina. El proceso requiere que la abertura vaginal se dilate lo suficiente, lo cual produce el dolor característico asociado al parto. Las contracciones del útero, que cumplen la función de ayudar a expulsar al bebé, son también las causantes de esta sensación dolorosa.

b) Cesárea

Es un procedimiento quirúrgico a través del cual se extrae al bebé a través del abdomen. Al igual que cualquier cirugía, conlleva posibles complicaciones que pueden dividirse en inmediatas (como el dolor postoperatorio) y posteriores (que



incluyen adherencias en la cicatriz, dolores en la zona lumbar y pélvica, bloqueos intestinales y gestaciones fuera del útero). (23)

2.2.1.2 Fetales

2.2.1.2.1 Sufrimiento fetal

La alteración fetal se refiere a las señales que aparecen antes o durante el alumbramiento, indicando que el bebé está experimentando problemas.

Esta complicación es poco frecuente durante el nacimiento. Generalmente ocurre cuando el feto no ha recibido oxígeno suficiente.

Una gestación que se prolonga más allá de lo normal (postérmino) puede ser una causa.

La alteración fetal indica que el bebé no se encuentra en buen estado antes de nacer o mientras ocurre el parto. En esta situación, existe el riesgo de que el bebé inhale líquido amniótico contaminado con meconio. (24)

Un recién nacido que ha aspirado meconio puede experimentar problemas respiratorios e incluso, en algunos casos, dejar de respirar completamente.

2.2.1.2.2 Muerte fetal

Se define la muerte fetal como aquella situación en que un recién nacido llega al mundo sin mostrar signos vitales tras cierto periodo, que normalmente se relaciona con el tiempo de gestación (el intervalo desde la concepción hasta el nacimiento) o con el peso del bebé. (25)

Aproximadamente un 10% de los fallecimientos fetales globales están asociados con la diabetes, la obesidad y la presión de arterias elevada. Factores adicionales relacionados con la madre, como su edad o el consumo de tabaco,



también pueden incrementar la probabilidad de desarrollar padecimientos maternos o de que ocurra una muerte fetal.

2.2.1.2.3 Edad gestacional

a) Pretérmino

Un recién nacido se clasifica como prematuro cuando llega al mundo con vida antes de completar las 37 semanas en el vientre materno.

b) A término

El periodo gestacional típico oscila entre 37 y 42 semanas, aunque algunos pueden extenderse más.

c) Postérmino

Cuando un embarazo supera las 42 semanas, se denomina postérmino o prolongado. Esta situación ocurre en una pequeña proporción de los casos.

2.2.1.2.4 Madurez pulmonar

A partir de la semana 25 de gestación comienza gradualmente la producción de lecitina en el pulmón del feto, seguida por un incremento paulatino de otros fosfolípidos entre las semanas 32 y 37.

Los pulmones completan su maduración hasta la semana 34 de gestación. Al momento del nacimiento, estos órganos deben expandirse, ya que durante toda la gestación permanecieron comprimidos dentro de un ambiente lleno de líquido amniótico, siendo el nacimiento la primera ocasión en que se llenan de aire. El nacimiento prematuro está directamente relacionado con complicaciones neonatales como mayor susceptibilidad a infecciones, desarrollo incompleto del sistema nervioso y maduración pulmonar insuficiente. (26)



2.2.2 Manejo de la ruptura prematura de membranas

Cuando las membranas amnióticas se rompen anticipadamente, antes de alcanzar las 37 semanas de gestación, se produce lo que se conoce como (RPM). (27)

Los componentes que aumentan la probabilidad incluyen procesos infecciosos del área uterina, cervical o vaginal, sobredistensión del saco amniótico (circunstancia posible en casos de líquido excesivo o presencia de múltiples

fetos que presionan las membranas), hábito tabáquico, y procedimientos quirúrgicos o biopsias cervicales anteriores, entre otras etiologías. Aunque el abordaje médico pretende preservar el bienestar tanto materno como fetal, en determinadas circunstancias, las decisiones terapéuticas pueden comprometer la sanidad del feto para salvaguardar la de la progenitora.

2.2.2.1 Tipo de manejo

La intervención ante la RPM en embarazos que han alcanzado el término resulta sencilla, pues una vez analizados los antecedentes médicos de la madre, las semanas de gestación, la presentación del feto, las características cervicales, el índice de Bishop y verificado el estado fetal satisfactorio, se decide terminar la gestación mediante la ruta más conveniente para cada situación específica. (28)

a) Expectante

La supervisión fetal intensa es fundamental en pacientes con RPM antes del término gestacional, debido al riesgo permanente de complicaciones fetales. (29)

La terapia conservadora pretende alargar el embarazo mientras mantiene controlado el riesgo de infección tanto materna como del neonato, logrando disminuir la morbilidad y mortalidad neonatal.



Manejo expectante

En casos de latencia prolongada, se aconseja administrar antibióticos si no existen contraindicaciones. Se sugiere aplicar un único esquema de corticoides y realizar profilaxis contra estreptococo del grupo B (GBS) cuando esté indicado. Para gestaciones menores a 24 semanas, se recomienda proporcionar consejería y evaluar entre manejos expectantes o inducciones de los partos. El tratamiento con antibióticos puede iniciarse desde 5 meses y 0 días de gestación.

Antes de alcanzar la viabilidad fetal, no se recomienda la profilaxis contra GBS, la administración de corticoides, el uso de tocolítics ni la aplicación de sulfato de magnesio para neuroprotección. Sin embargo, este último podría considerarse a partir de las 23 semanas y 0 días de gestación.

b) Activo

En gestaciones a término y término temprano (desde las 37 semanas exactas de embarazo en adelante), se recomienda proceder con la atención del parto y aplicar la profilaxis contra el estreptococo del grupo B (GBS). En casos de pretérmino tardío (hablando de semanas desde las 34 +exactas hasta las 36 +- con 6 días), el manejo clínico propuesto es equiparable al de los embarazos a término y término temprano.

2.3 Marco Conceptual

-Condicionantes. Representan factores que impactan en la condición médica.
(30)

-Manejo activo. La expresión tratamiento activo en el ámbito médico hace referencia a aquellas intervenciones terapéuticas creadas para sanar, alterar, manejar o dominar una enfermedad o condición de forma directa. (31)



-Manejo expectante (conservador). Seguimiento detallado de la condición del paciente sin aplicar tratamiento, excepto cuando aparecen síntomas nuevos, se modifican los existentes o se alteran los resultados de los análisis. Este enfoque de espera vigilante previene las complicaciones que ocasionalmente surgen con terapias como la radiación o los procedimientos quirúrgicos. (32)

-Ruptura prematura de membranas. Definida como la discontinuidad o rotura del saco corioamniótico que ocurre antes de que empiece el proceso de parto. Esta complicación obstétrica afecta aproximadamente al 10% del total de gestantes, y en el 20% de los casos se presenta en pretérmino, es decir, antes de completar el desarrollo fetal normal. (33)



CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Diseño de la investigación.

No experimental. Las variables no se manipulan ni se controlan. El indagador únicamente observa los acontecimientos tal como suceden en su contexto natural. Frías D., Pascual M. (2020). (34)

3.2 Tipo de investigación.

Básica y de nivel **correlacional**.

La investigación es **Básica** cuyo fin es producir información inédita acerca de un fenómeno o elemento específico y el nivel es **relacional**. Se intenta determinar las causas o conexiones entre un conjunto de individuos, fenómenos, indicadores y elementos en un punto específico del tiempo. Reyes, E. (2022). (35)

Transversal. Son estudios donde la información se recoge en una única ocasión, en un período específico. Su fin es describir variables y examinar su comportamiento en un instante particular.

3.3 Método aplicado a la investigación



El método fue **Hipotético deductivo** con **enfoque cuantitativo**. El **método deductivo describe** y explica los fenómenos con datos numéricos. (35)

3.4 Población y muestra

-Población

La representa las 122 gestantes con diagnóstico de RPM atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano (HCMM) en el 2023.

-Muestra

Se consideró un estudio de tipo Censal. De las 122 gestantes con diagnóstico de RPM atendidas en el HCMM en el 2023.

Criterios de inclusión.

- Gestantes con RPM
- Todas las edades y paridades.

Criterios de exclusión.

Se excluirá a las historias clínicas con datos incompletos.

Ámbito y temporalidad

El ámbito de investigación

Hospital Carlos Medrano Monge, Región Puno, San Román (Provincia), Juliaca (Distrito).

Temporalidad



Enero a diciembre del 2023.

3.5 Técnicas, instrumentos y fuentes de investigación para la recolección de datos

3.5.1 Técnicas

Análisis documental se centrará en la revisión exhaustiva de historias clínicas del periodo 2023.

Variable 1. Analisis Documental

Variable 2. Analisis Documental

3.5.2 Instrumento

Variable 1. Ficha de recolección de datos.

Variable 2. Ficha de recolección de datos.

3.5.3 Fuentes

La fuente fue de tipo secundario y la representan las historias clínicas. Estas fuentes brindan información de segunda mano y también incluyen resultados de otros investigadores y sus opiniones.

3.6 Plan de recolección y procesamiento de datos

Se requirió el consentimiento del director del Hospital para el levantamiento de información y aplicación de la ficha de investigación.

Las variables se codificaron para la recaudación de data en cuadros de Excel, presentándose en una ficha de recaudación de data.

El proceso analítico comenzó con la extracción de información proveniente de los expedientes clínicos.



Para el examen de estadística descriptiva y la elaboración de cuadros de contingencia, se utilizó IBM SPSS V.24.

3.7 Contrastación de la hipótesis

Se aplicó la prueba de chi cuadrado (χ^2) como instrumento estadístico de verificación que, posibilitó determinar la compatibilidad entre las características poblacionales y los datos observados.

$$\chi^2_{calc} = \sum \frac{(f_0 - f_e)^2}{f_e}$$

f_0 : Frecuencia del valor observado.

f_e : Frecuencia del valor esperado.

La contrastación de la hipótesis es una herramienta que se considera fundamental que permite validar teorías y la toma de decisiones. (35)

Este tipo de prueba es un excelente método para la prueba de hipótesis, implica comparar si las frecuencias que se observaron en una muestra se ajustan a las esperadas.

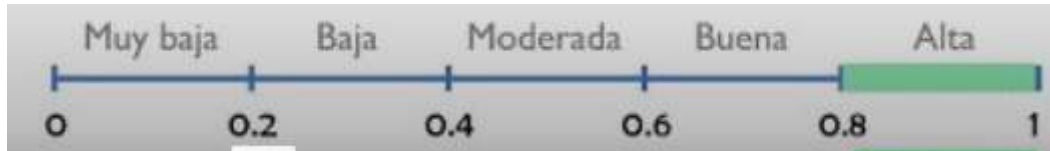
3.8 Validez y confiabilidad del instrumento

3.8.1 Validez

Es el proceso por el cual se verifica si el instrumento cuenta con las preguntas y respuestas válidas que requiere el estudio.

El instrumento fue validado por juicio de especialistas. Es decir, fue sometido a rigurosas pruebas de verificación por parte de metodólogos del área de salud y revisados por la asesora.

Con el fin de establecer el nivel de fiabilidad de la data recabada mediante el instrumento, se aplicó el estadístico Alfa de Cronbach, que es la forma más sencilla de medir la consistencia interna del instrumento.



Evalúa del 0 al 1, entre mayor sea el valor obtenido existirá mayor fiabilidad. El instrumento contó con una confiabilidad de 0.91.

CAPÍTULO IV

4.1 Resultados y discusión

TABLA 1. ANTECEDENTES NEGATIVOS RELACIONADOS CON EL MANEJO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023

ANTECEDENTES	TIPO DE MANEJO	TOTAL
--------------	----------------	-------

Expectante Activo

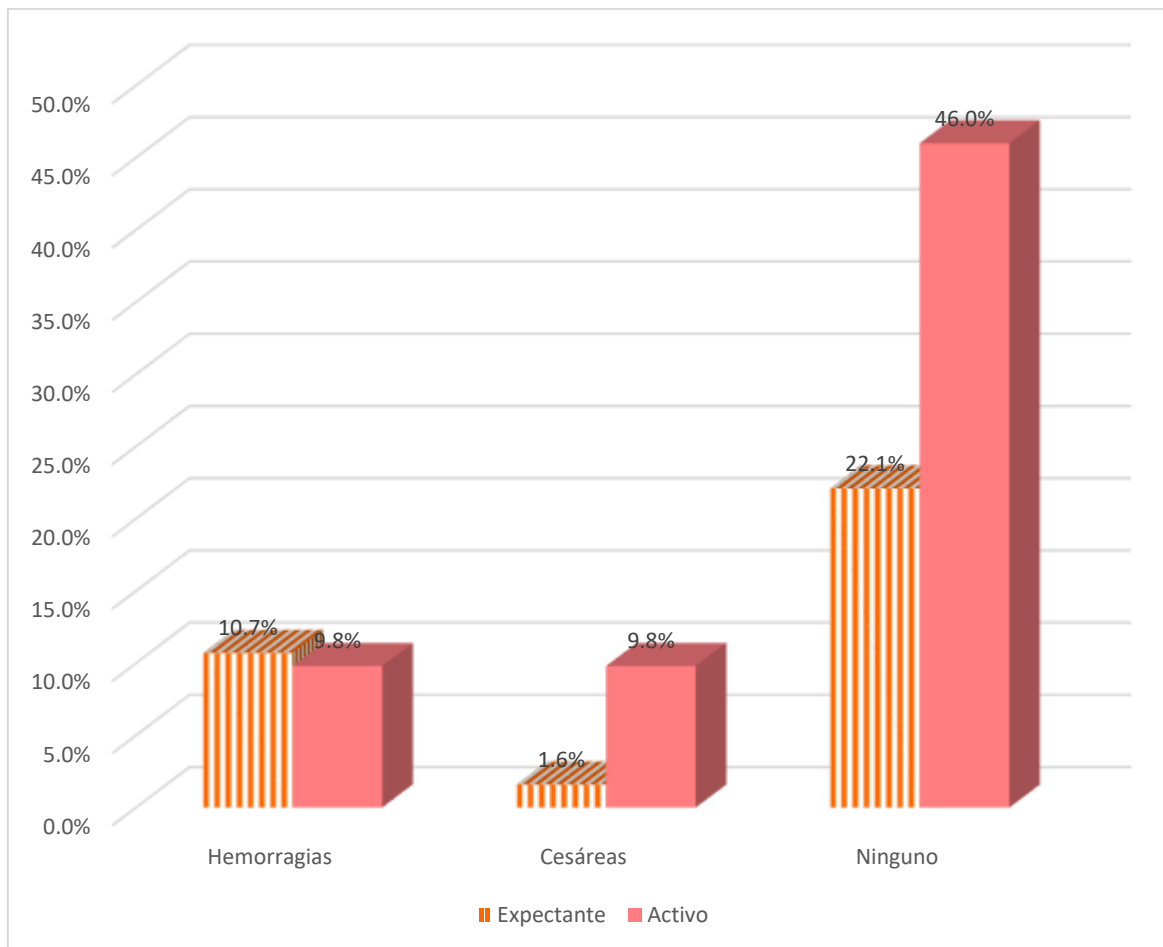


	fi	%	Fi	%	fi	%
Hemorragias	13	10.7	12	9.8	25	20.5
Cesáreas	2	1.6	12	9.8	14	11.4
Ninguno	27	22.1	56	46.0	83	68.1
TOTAL	42	34.4	80	65.6	122	100.0

FUENTE. Ficha de recolección de datos

χ^2 Cal= 6.07 > χ^2 Tab= 5.991 GL 2 NS 0.05

FIGURA 1. ANTECEDENTES NEGATIVOS RELACIONADOS CON EL MANEJO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023



FUENTE. Tabla 1

La variable antecedentes negativos obstétricos se muestra de la forma siguiente, el 20.5% de pacientes en estudio presentó hemorragias, el 11.4% cesáreas previas, y el 68.1% ninguno.

En el análisis multivariable se observa que tanto en el grupo con manejo expectante como en el activo el mal antecedente obstétrico que predominó fue las hemorragias en embarazos previos en el 10.7% y 9.8% respectivamente.



Al examinar la vinculación entre los antecedentes negativos y el tratamiento de la RPM, el análisis con χ^2 exhibió un valor obtenido de 6.07, que sobrepasa el valor crítico de 5.991 (GL=2 y $\alpha = 0.05$).

Consecuentemente, se afirma la existencia de una relación significativa entre los antecedentes negativos con el tipo de manejo.

Reporta Callo M. (15). "RPM se presenta en el 30% de los casos en féminas con antecedentes de cesárea."

Relacionándolo con los hallazgos detallados en el cuadro se encuentra que en ésta investigación fue inferior la frecuencia de 11.4% de cesáreas previas como mal antecedente obstétrico. En relación a los resultados del autor citado.

TABLA 2. MORBILIDAD Y TIPO DE MANEJO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023

MORBILIDAD	TIPO DE MANEJO				TOTAL	
	Expectante		Activo		fi	%
	fi	%	fi	%		

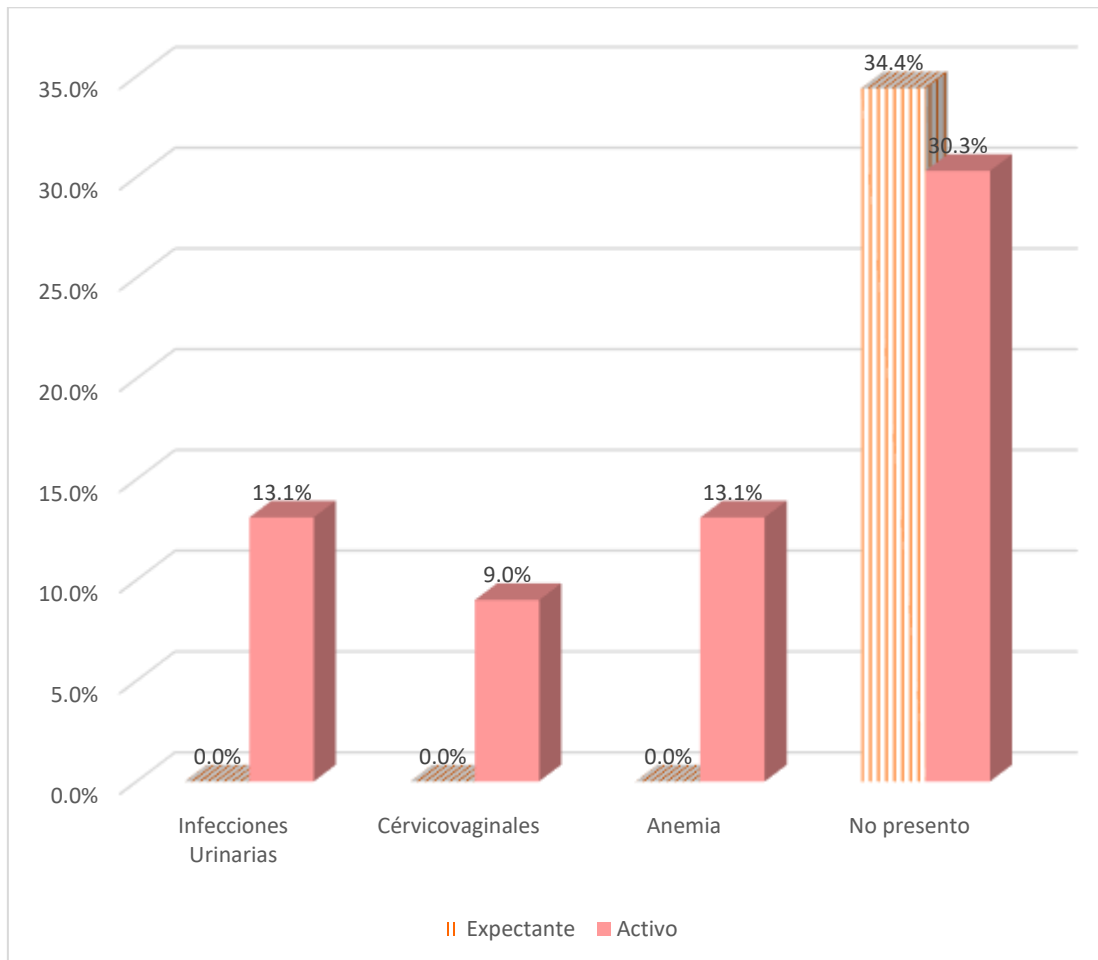


Infecciones Urinarias	0	0.0	16	13.1	16	13.1
Infecciones Cérvicovaginales	0	0.0	11	9.0	11	9.0
Anemia	0	0.0	16	13.1	16	13.1
No present	42	34.4	37	30.3	79	64.8
TOTAL	42	34.4	80	65.6	122	100.0

FUENTE. Ficha de recolección de datos

χ^2 Cal= 34.76 > χ^2 Tab= 7.815 GL 3 NS 0.05

FIGURA 2. MORBILIDAD Y TIPO DE MANEJO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023



FUENTE. Tabla 2

La morbilidad en los casos estudiados fueron: el 13.1% mostró infecciones urinarias, el 9.0% infecciones cervicovaginales, el 13.1% anemia, el 64.8% no presentó.



El análisis de comparación entre los dos tipos de manejo de la RPM muestra 0% de morbilidad materna para el grupo expectante y de 35.2% de porcentaje acumulado para el grupo con manejo activo.

Analizando la relación estadística entre la morbilidad y el manejo de RPM, la χ^2 muestra que la sumatoria de χ^2 estimada fue de 34.76 , mayor a chi X² tabulado 7.815, para 3 GL y $\alpha = 0.05$.

Por lo tanto, si existe una relación significativa entre la morbilidad y el manejo de la RPM.

Los investigadores Sucasaca y Urbina, (14), en su investigación encontraron “una reiteración de infecciones urinarias en pacientes con RPM de 56.8%.”

Siendo este porcentaje superior al encontrado en esta investigación.

TABLA 3. PERIODO DE LATENCIA Y TIPO DE MANEJO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023

<u>PERIODO DE LATENCIA</u>	TIPO DE MANEJO	TOTAL
----------------------------	----------------	-------

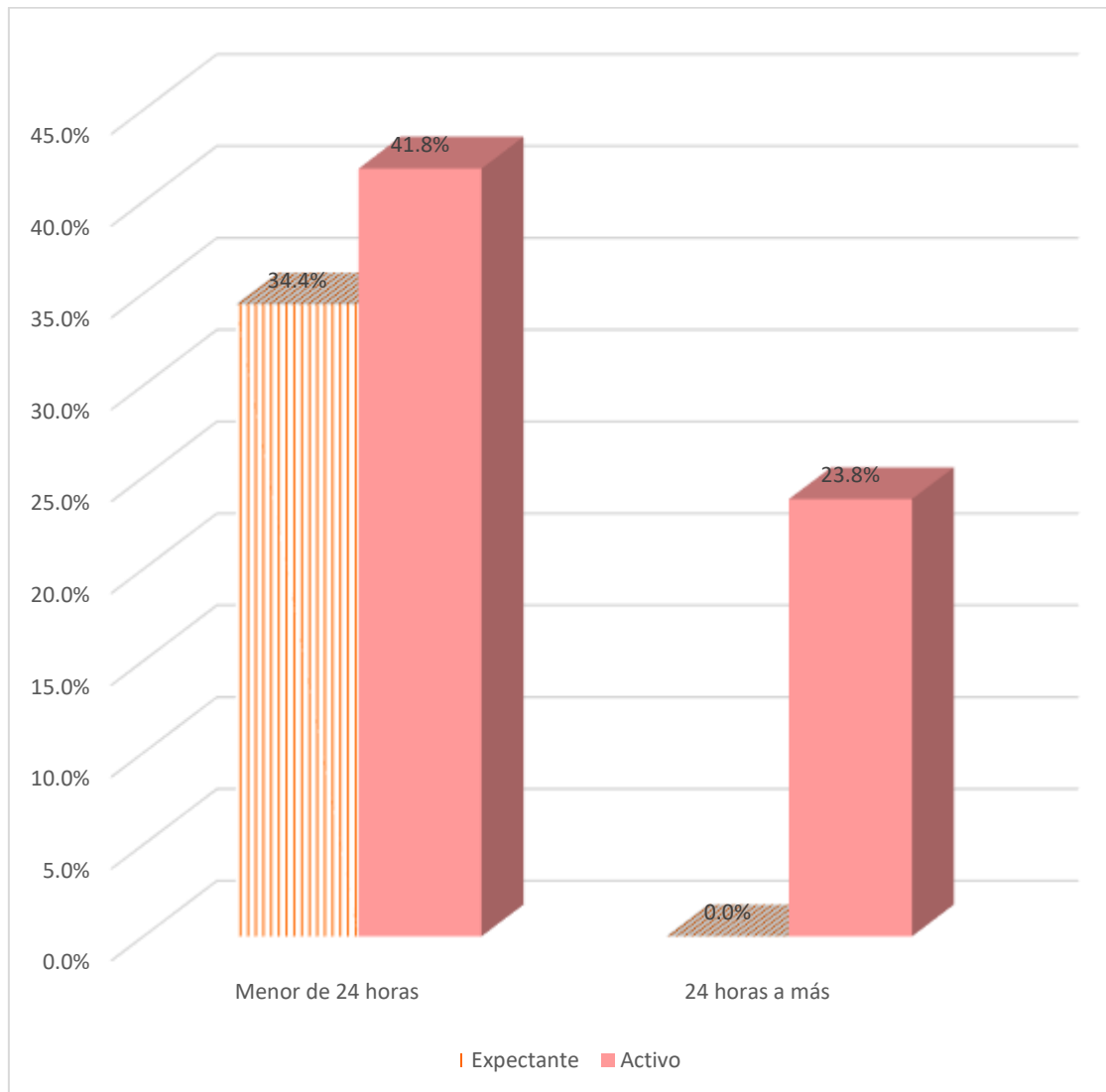


	Expectante		Activo			
	fi	%	fi	%	fi	%
Menor de 24 horas	42	34.4	51	41.8	93	76.2
24 horas a más	0	0.0	29	23.8	29	23.8
TOTAL	42	34.4	80	65.6	122	100.0

FUENTE. Ficha de recolección de datos

χ^2 Cal= 18.02 > χ^2 Tab= 3.84 GL 1 NS 0.05

**FIGURA 3. PERIODO DE LATENCIA Y TIPO DE MANEJO DE RUPTURA
PREMATURA DE MEMBRANAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS
MONGE MEDRANO 2023**



FUENTE. Tabla 3

Respecto al periodo de latencia se estableció que en el 76.2% de casos fue menor de 24 horas, en el 23.8% de 24 a más horas.

El análisis de comparación entre los dos tipos de manejo, muestra que en el grupo de expectante el 34.4% fue menor de 24 horas, así mismo en el activo menor de 24 horas en el 41.8%.



Estadísticamente el tes de χ^2 detalla vinculación entre las variables periodo de latencia y el manejo de RPM, es así como χ^2 calculado es 18.02, superior al valor de χ^2 tabulado 3.84, GL=1 y $\alpha = 0.05$.

Para ir concluyendo, si se encontró relación estadísticamente significativa entre las variables periodo de latencia y tipo de manejo de RPM.

Según Ramos AB. (9). En su indagación llevada a cabo en el Hospital Docente de Cajamarca encontrándose que, "el lapso de latencia fue inferior de 24 hr en el 66.2% de los casos con RPM."

Relacionando con los hallazgos de esta investigación se aprecia que en esta investigación la frecuencia de periodo de latencia inferior de 24 hr es mayor a la que sugiere el investigador citado.

TABLA 4. INICIO DEL TRABAJO DE PARTO Y TIPO DE MANEJO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023.

INICIO DEL TRABAJO DE PARTO	MANEJO				TOTAL	
	Expectante		Activo		fi	%
	fi	%	fi	%		
Inducción	0	0.0	36	29.5	36	29.5

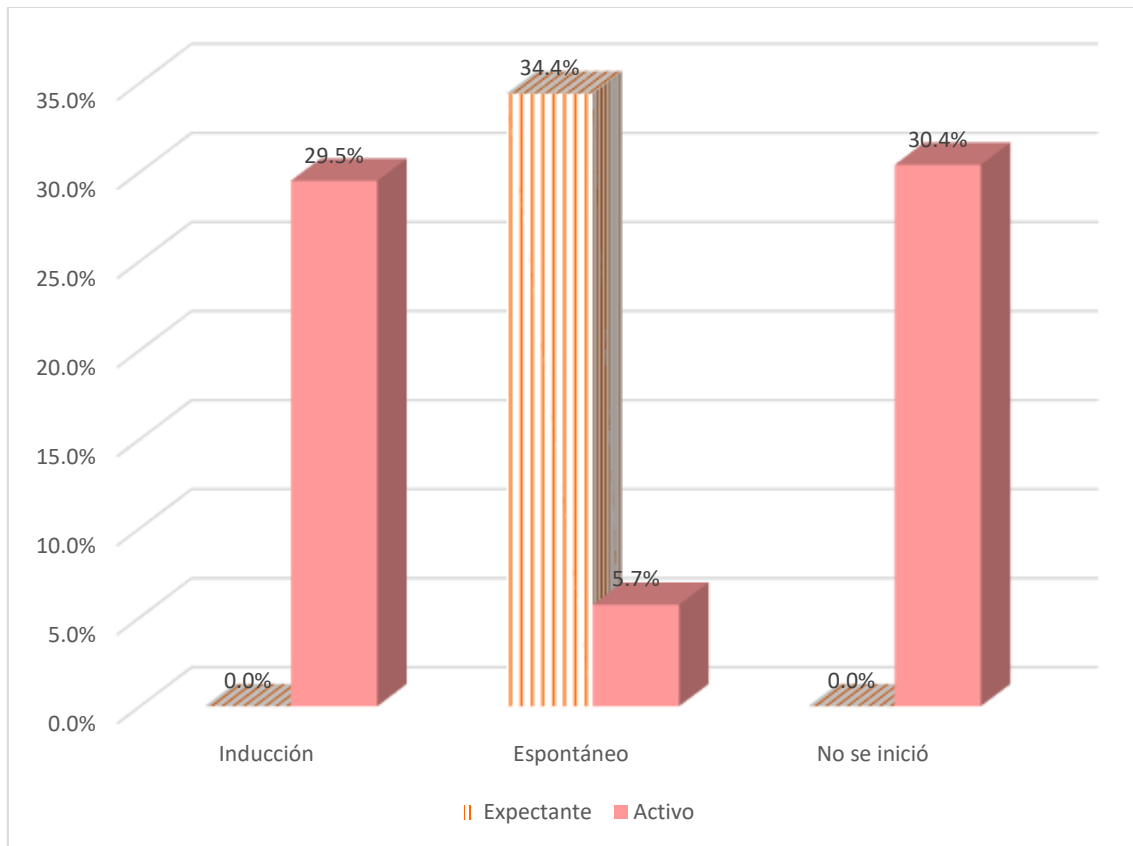


Espontáneo	42	34.4	7	5.7	49	40.1
No se inicio	0	0.0	37	30.4	37	30.4
TOTAL	42	34.4	80	65.6	122	100.0

FUENTE. Ficha de recolección de datos

χ^2 Cal= 95.42 > χ^2 Tab=5.99 GL 2 NS 0.005

FIGURA 4. INICIO DEL TRABAJO DE PARTO Y TIPO DE MANEJO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN PACIENTES DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023.



FUENTE. Tabla 4

En cuanto al inicio del trabajo de parto, se observa que en el 29.5% de casos fue

por inducción, en el 34.4% espontáneo, en el 30.4% no se inició (según se muestra en el gráfico).



El análisis bivariado permitió apreciar que en el grupo de manejo expectante el 34.4% el inicio del parto fue de forma espontánea, y en el de manejo activo con mayor frecuencia en el 30.4% de los casos no se inició.

Al analizar estadísticamente el inicio de los trabajos de parto y el tipo de manejo, según χ^2 , χ^2 calculado fue de 95.42, mayor a χ^2 tabulado 5.99, para GL=2 y $\alpha = 0.005$.

Por lo que se concluye que si están relacionadas de manera significativa con las variables del cuadro presentado.

De la cruz Y. K., Licares T. M. (10) Respecto a los resultados maternos en gestantes con RPM, "el 10.1% tuvieron inducción de los trabajos de parto."

En esta indagación se halló un porcentaje mayor de casos con inducción de trabajo de parto.

TABLA 5. FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO Y TIPO DE MANEJO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023

FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO	TIPO DE MANEJO		TOTAL
	Expectante	Activo	

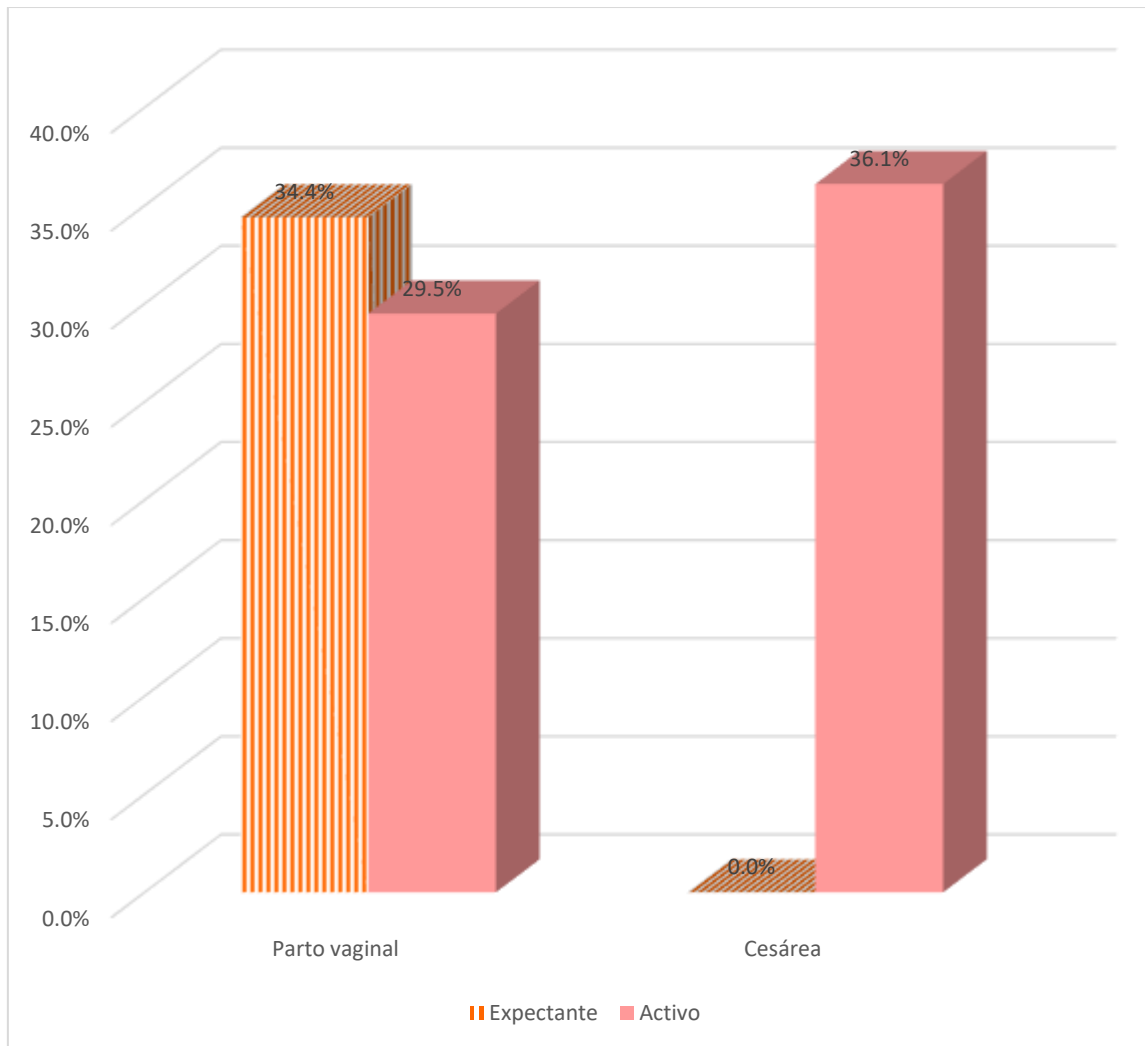


	fi	%	fi	%	fi	%
Parto vaginal	42	34.4	36	29.5	78	63.9
Cesárea	0	0.0	44	36.1	44	36.1
TOTAL	42	34.4	80	65.6	122	100.0

FUENTE. Ficha de recolección de datos

χ^2 Cal= 33.78 > χ^2 Tab=3.84 GL 1 NS 0.005

5. FORMA DE FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO Y TIPO DE MANEJO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023



FUENTE. Tabla 5

En relación a la forma de finalización de la gestación, el 63.9% de partos se



En el grupo con manejo expectante, los partos fueron vaginales y en el de manejo activo predominó la vía vaginal en un 36.1% de los casos estudiados.

En el examen de estadística de las variables de la tabla, se encontró que χ^2 es 33.78, mayor a χ^2 o tabulado 3.84, en $GL=1$ y $\alpha = 0.005$

Lo que indica la existencia de una relación significativa muy alta entre la vía de finalización del parto y el tipo de manejo en los casos con RPM.

De la cruz Y. K., Licares T. M. (10) "La vía del parto en gestantes con RPM con mayor frecuencia es vaginal en el 62.1%."

Afirmaciones que concuerdan con los hallazgos de esta investigación.



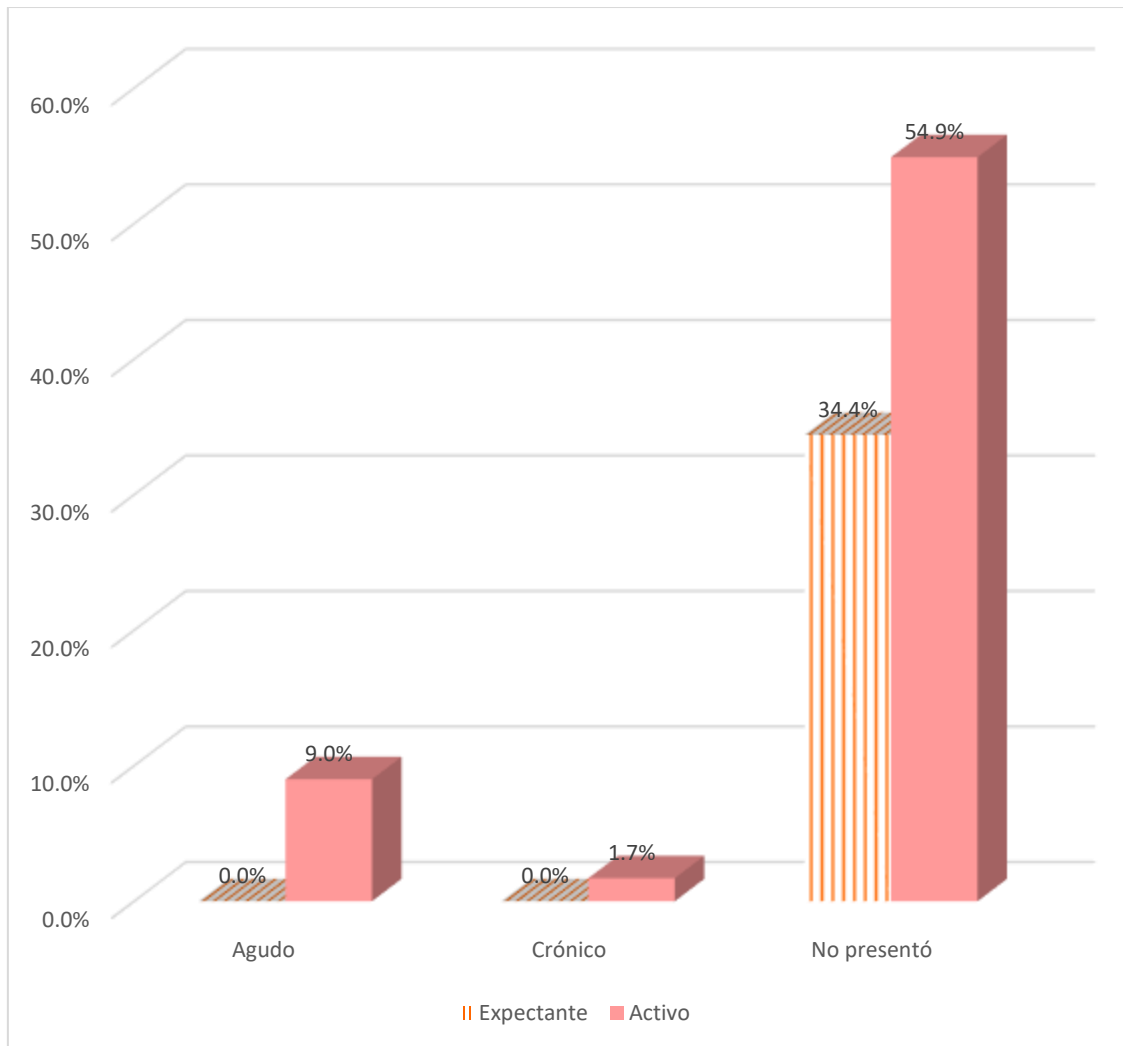
TABLA 6. SUFRIMIENTO FETAL Y TIPO DE MANEJO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023.

SUFRIMIENTO FETAL	TIPO DE MANEJO				TOTAL	
	Expectante		Activo		fi	%
	fi	%	Fi	%		
Agudo	0	0.0	11	9.0	11	9.0
Crónico	0	0.0	2	1.7	2	1.7
No presentó	42	34.4	67	54.9	109	89.3
TOTAL	42	34.4	80	65.6	122	100.0

FUENTE. Ficha de recolección de datos

χ^2 Cal= 7.64 > χ^2 Tab=5.991 GL 2 NS 0.05

FIGURA 6. SUFRIMIENTO FETAL Y TIPO DE MANEJO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023.



FUENTE. Tabla 6



La variable sufrimiento fetal nos muestra que el 9.0% de casos estudiados mostró sufrimiento agudo fetal, el 1.7% sufrimiento fetal crónico y en el 89.3% de los casos no se presentaron sufrimientos fetales.

En el análisis multivariable destaca que casos con sufrimiento fetal requieren de manejo activo en RPM en el 10.7% de porcentaje acumulado de casos.

Dentro del análisis estadístico entre sufrimiento fetal y tipo de manejo de la RPM, la prueba de χ^2 muestra que χ^2 estimado resultó 7.64, superior al valor de χ^2 tabulado 5.991, GL=2 y $\alpha = 0.05$.

De ésta forma, afirmamos que si existe una relación significativa entre las variables del cuadro.

De la cruz Y. K., Licares T. M. (10) "Encontraron una frecuencia de sufrimiento fetal de 10.1% en gestantes con diagnóstico de sufrimiento fetal agudo."

Se encuentra concordancia con los resultados manifestados en esta indagación.



TABLA 7. MUERTE FETAL Y TIPO DE MANEJO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023.

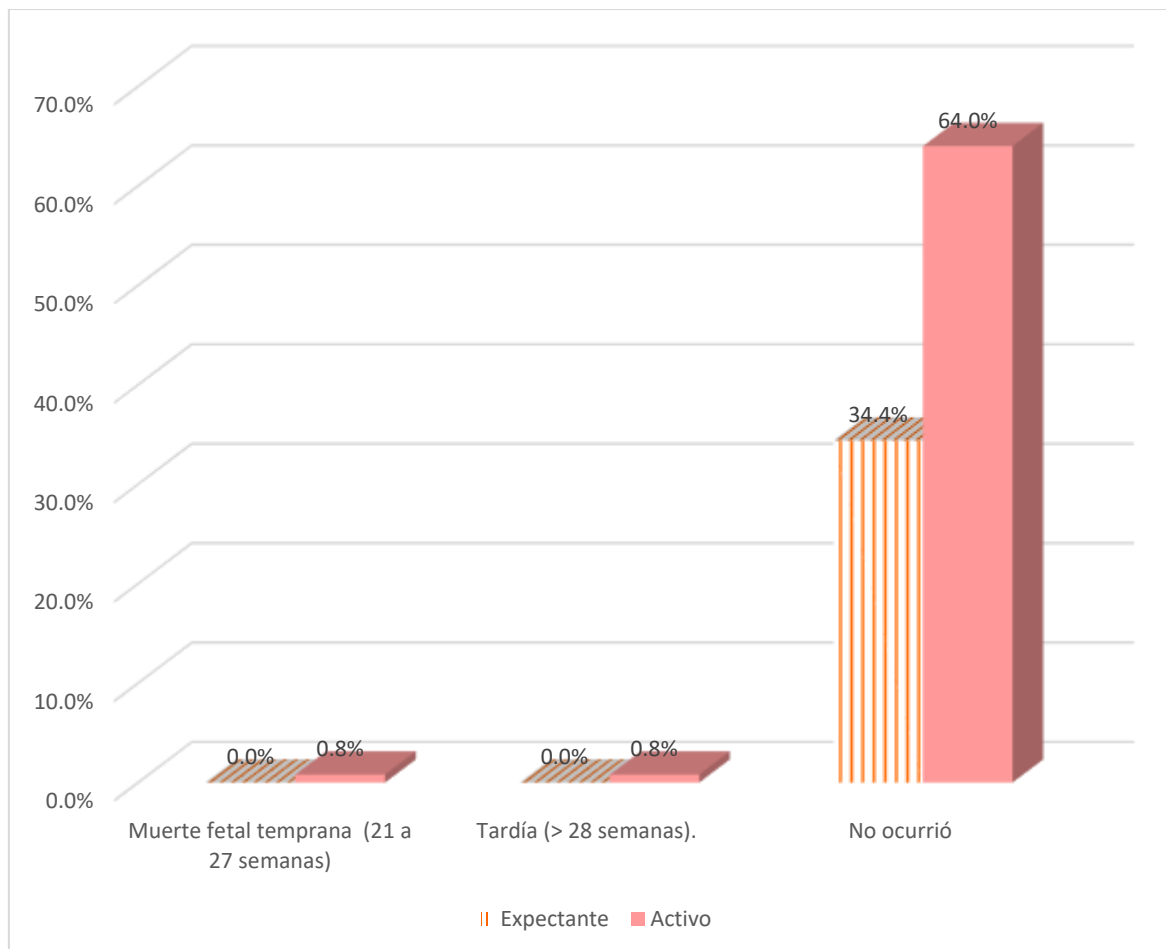
MUERTE FETAL	MANEJO				TOTAL	
	Expectante		Activo		fi	%
	Fi	%	fi	%		
Muerte fetal temprana (semanas 21 a 27)	0	0.0	1	0.8	1	0.8
Tardía (> 28 semanas).	0	0.0	1	0.8	1	0.8
No ocurrió	42	34.4	78	64.0	120	98.4
TOTAL	42	34.4	80	65.6	122	100.0

FUENTE. Ficha de recolección de datos

χ^2 Cal= 1.07 < χ^2 Tab=5.991

GL 2 NS 0.05 (No significativo)

FIGURA 7. MUERTE FETAL Y TIPO DE MANEJO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023.



FUENTE. Tabla 7



La variable muerte fetal en pacientes con RPM, en el 0.8% de casos se presentó muerte fetal temprana, en el 0.8% muerte fetal tardía y en el 98.4% de casos no se presentó.

Del análisis bivariable, se puede afirmar que solo se presentaron muertes fetales en el grupo de gestantes con manejo activo de la RPM en un 1.6% de porcentaje acumulado de casos.

La prueba de χ^2 nos detalla la conexión entre muerte fetal y tipo de manejo de la RPM, resultó que la sumatoria de χ^2 calculado fue de 1.07 menor a χ^2 tabulado 5.991, GL=2 y $\alpha = 0.05$.

En definitiva, no se encontró relación de dependencia estadística entre las variables en el cuadro.

Diversos autores Carpio A. A., Juño C. A., Medina N. E. (18). coinciden en que la frecuencia de óbito fetal en el total de embarazadas es de 0.7%.

Se concluye, que en los casos de RPM la frecuencia de muerte fetal intrauterina es mayor en relación a la reportada en el total de las embarazadas.



TABLA 8. EDAD GESTACIONAL Y TIPO DE MANEJO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023.

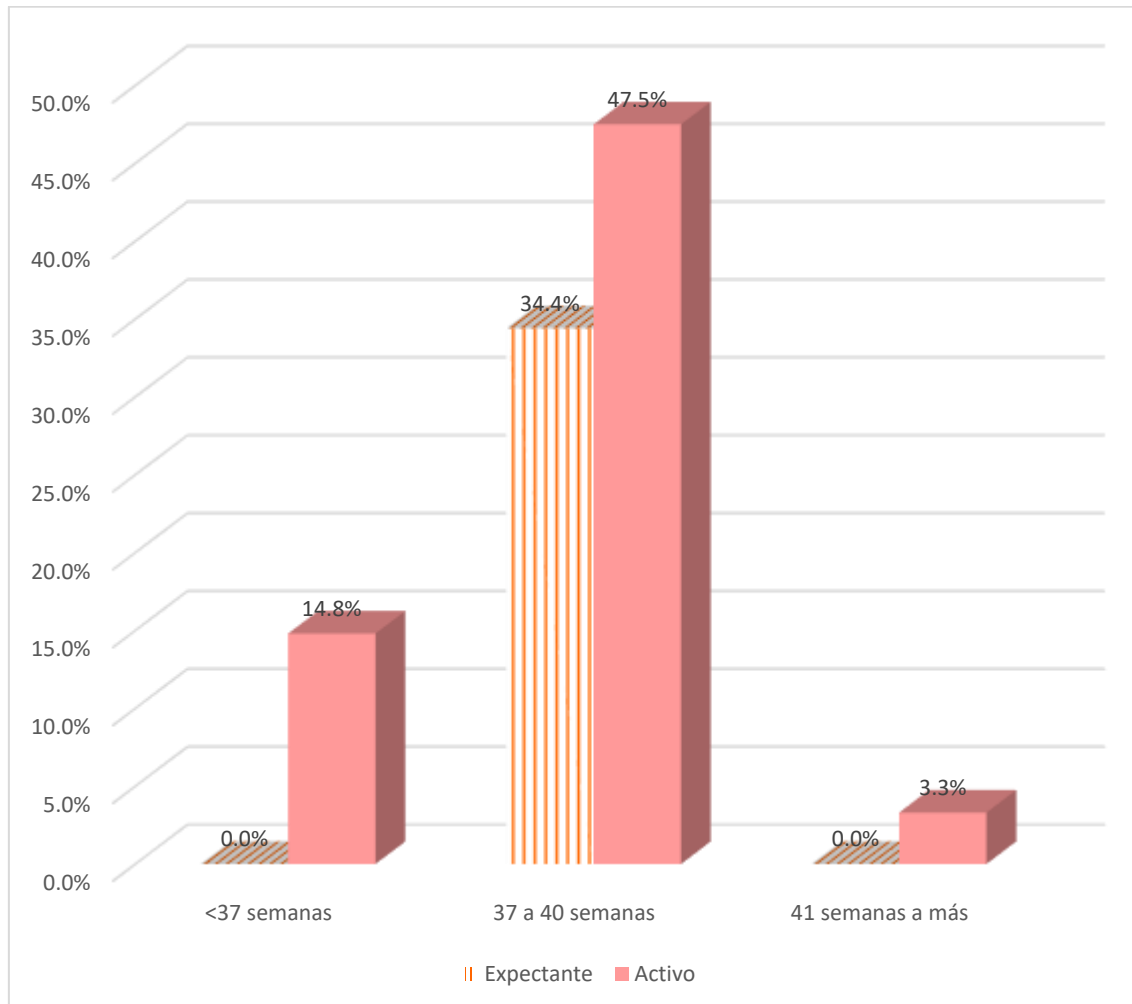
EDAD GESTACIONAL	TIPO DE MANEJO				TOTAL	
	Expectante		Activo		fi	%
	fi	%	fi	%		
<37 semanas	0	0.0	18	14.8	18	14.8
37 a 40 semanas	42	34.4	58	47.5	100	81.9
41 semanas a más	0	0.0	4	3.3	4	3.3
TOTAL	42	34.4	80	65.6	122	100.0

FUENTE. Ficha de recolección de datos

χ^2 Cal= 14.09 > χ^2 Tab=5.991

GL 2 NS 0.005

FIGURA 8. EDAD GESTACIONAL Y TIPO DE MANEJO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023.



FUENTE. Tabla 8

La edad gestacional en el 14.8% de casos fue inferior a 37 semanas, en el 81.9% entre 37 a 40 semanas y el 3.3% presentó de 41 semanas a más.



En el análisis multivariable apreciamos que, que en los dos grupos estudiados manejo expectante y activo fue predominante la edad gestacional entre 37 a 40 semanas, con un 34.4% y 47.5% respectivamente.

Así mismo, el análisis con la prueba de χ^2 relaciona la edad gestacional con el tipo de manejo y dio como resultado que, χ^2 calculado es 14.09, mayor a χ^2 tabulado 5.991, en GL=2 y $\alpha = 0.005$.

Afirma Trujillo V. D. C. (11). "La RPM se presentó con mayor frecuencia entre las 32 a 36 semanas en el 62.5% de los casos."

Hallazgos que no coinciden con los encontrados en esta investigación en el que la frecuencia de pretérmino fue inferior a la sugerida por el autor citado y la edad gestacional que predominó en RPM fue a término.

**TABLA 9. MADUREZ PULMONAR Y TIPO DE MANEJO DE RUPTURA
PREMATURA DE MEMBRANAS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023.**

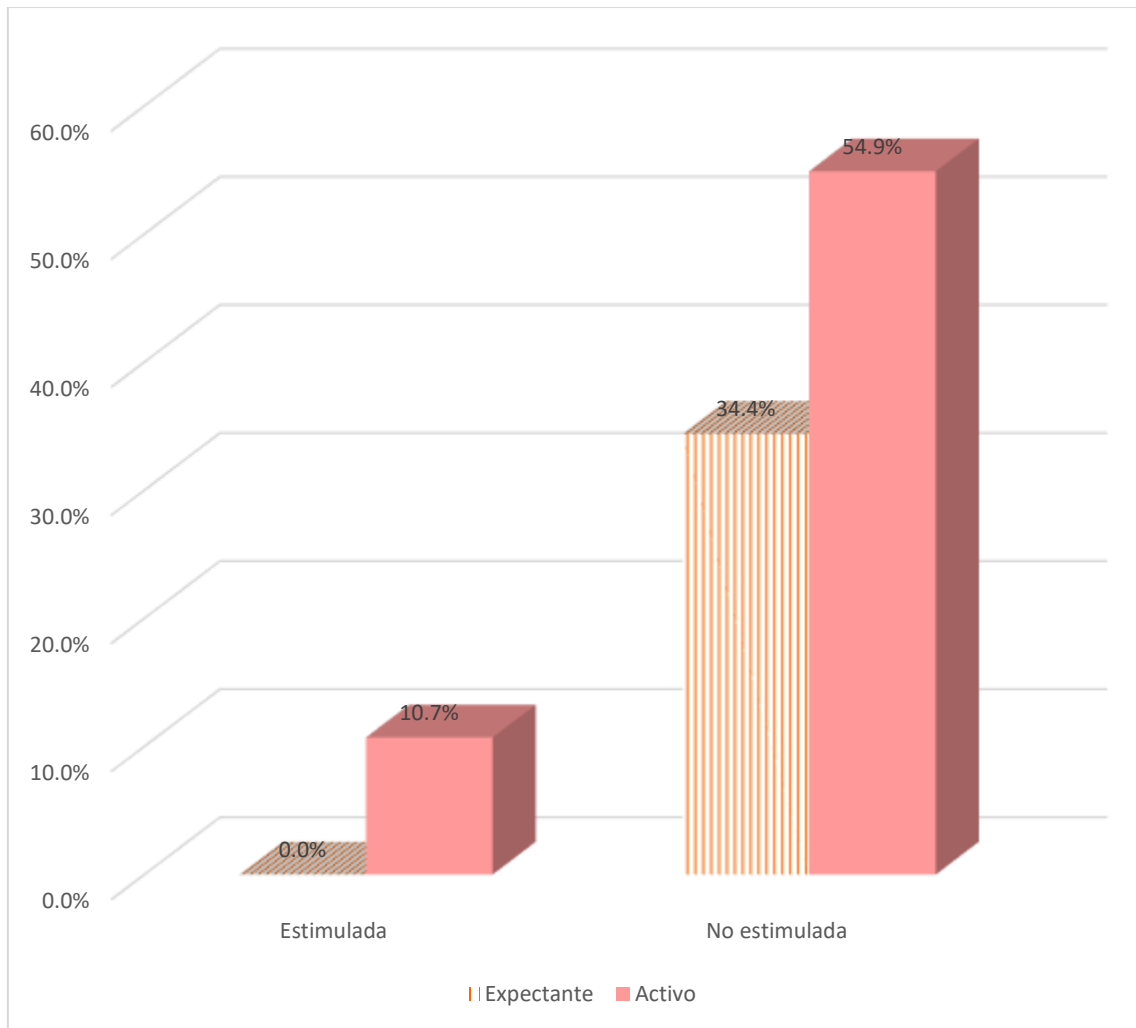


MADUREZ PULMONAR	TIPO DE MANEJO				TOTAL	
	Expectante		Activo		fi	%
	fi	%	fi	%		
Estimulada	0	0.0	13	10.7	13	10.7
No estimulada	42	34.4	67	54.9	109	89.3
TOTAL	42	34.4	80	65.6	122	100.0

FUENTE. Ficha de recolección de datos

χ^2 Cal= 6.03 > χ^2 Tab=3.84 GL 1 NS 0.05

FIGURA 9. MADUREZ PULMONAR Y TIPO DE MANEJO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023.



FUENTE. Tabla 9



Respecto a la madurez pulmonar, en el 10.7% si se realizó y en el 89.3% no fue estimulada.

En el análisis bivariado, destaca que la madurez fetal estimulada corresponde en el 10.7% de casos en estudio a tipo de manejo activo.

Posteriormente, el análisis entre la madurez pulmonar y tipo de manejo de RPM, muestra que χ^2 calculado es de 6.03, mayor al χ^2 cuadrado tabulado 3.84, para $GL=1$ y $\alpha = 0.05$.

De esta forma, se puede afirmar la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre las variables analizadas.

Medina Fernández, S. (36) "La mayoría, de gestaciones de pretermino antes de las 34 semanas, el 73%, recibieron pauta completa con al menos dos dosis. El nacimiento, en contra de lo deseado fue de pretérmino."

Se concluye que, en 1 de cada 10 casos de RPM requiere de estimulación de madurez pulmonar en este estudio.

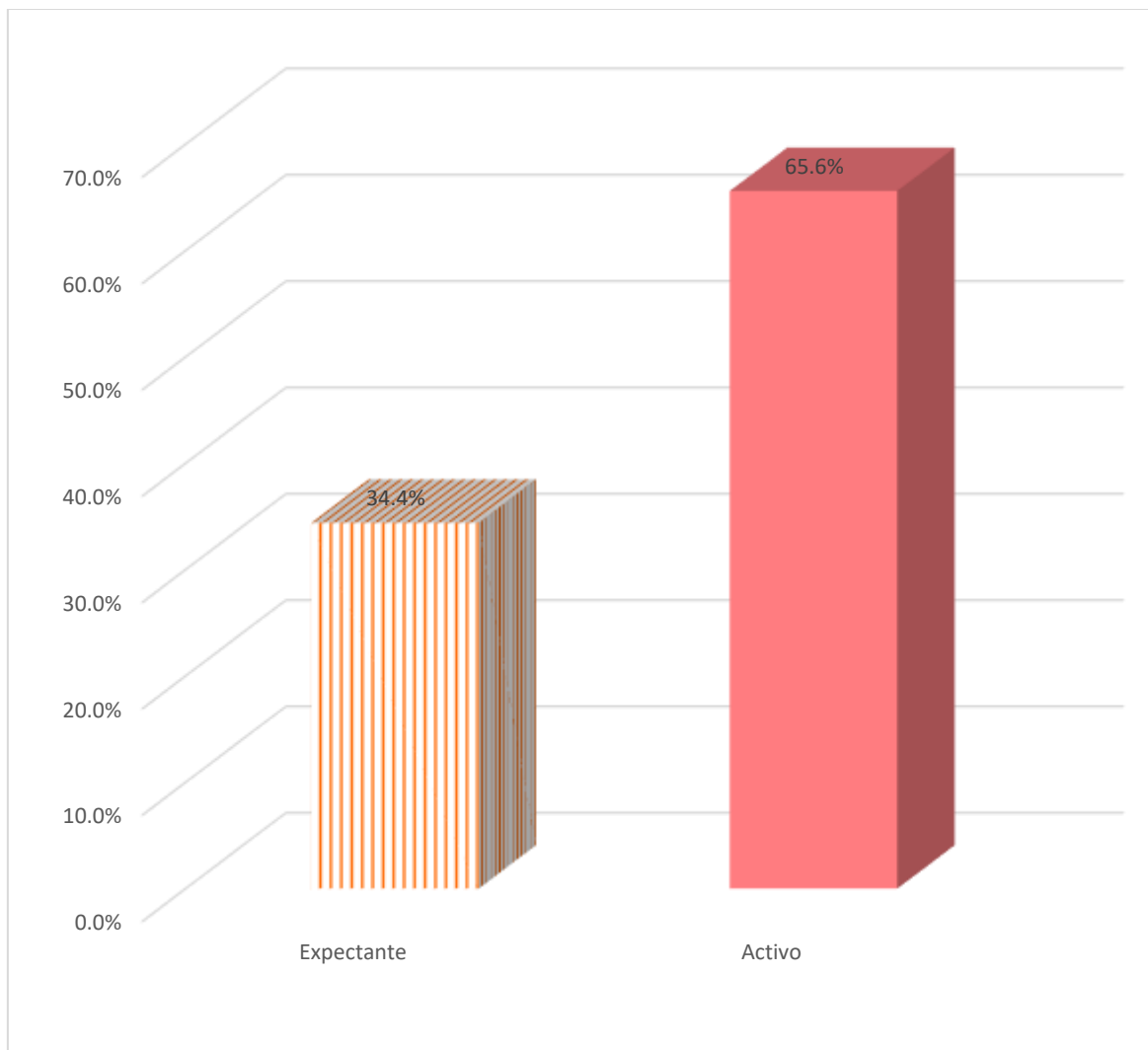


TABLA 10.TIPO DE MANEJO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023.

TIPO DE MANEJO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	fi	%
Expectante	42	34.4
Activo	80	65.6
TOTAL	122	100.0

FUENTE. Ficha de recolección de datos

FIGURA 10. TIPO DE MANEJO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2023.



FUENTE. Tabla 10

El manejo de la RPM en el 34.4% de casos fue expectante y 65.6% activo



Afirma Alonso A. (6) "El manejo expectante de RPM resulta ser seguro y efectivo, se complican con corioamnionitis el 16.7% de los casos."

En los casos con RPM el tipo de manejo fue expectante en el 42.5% y terminación del parto el 98.7%. (13)

Comparando la frecuencia de manejo expectante fue menor 34.4% en la tabla mostrada en este estudio.

4.2 Conclusiones

Primera.

Se estableció que las condicionantes maternas y fetales están relacionadas significativamente con el manejo expectante de RPM en



gestantes que se atendieron en el HCMM de Juliaca. 2023. Por lo que se acepta de manera parcial la hipótesis planteada.

Segunda.

Se indicó que las condicionantes maternas están relacionadas significativamente con el manejo de RPM son: los malos antecedentes obstétricos como las hemorragias en el 20.5% ($p=0.05$), las infecciones urinarias en el 13.1% ($p=0.01$), el periodo de latencia inferior de 24 horas en el 76.2% ($p=0.01$), el inicio espontáneo del parto en el 40.1 ($p=0.001$) y el parto vaginal en el 63.9% ($p=0.001$).

Tercera.

Se identificó las condicionantes fetales están relacionadas significativamente con el manejo de RPM son: la ausencia de sufrimiento fetal agudo en el 98.4% ($p=0.05$), la edad gestacional a término en el 81.9% de casos ($p=0.001$), y la maduración pulmonar no estimulada en el 89.3% ($p=0.01$). No se encontró relación con muerte fetal 1.6% ($p>0.05$).

Cuarta.

Se concluye que el tipo de manejo de la RPM en el 34.4% de casos fue expectante y 65.6% activo.

4.3 Recomendaciones

Primera.

Al director del Hospital y a la coordinadora de salud materno fetal, incluir un plan integral de prevención desde el nivel de FONP para dar respuesta de fortalecimiento ante pacientes con RPM que requieren de vigilancias fetales estrechas por el riesgo inminente de daño fetal.



Segunda.

Al jefe del departamento Ginecología y Obstetricia al cuerpo de médico de la Red de Salud de San Román, evaluar los componentes de riesgo para RPM como infecciones urinarias, hemorragias del embarazo, malos antecedentes obstétricos, tabaquismo, entre otras con el fin de brindar tratamiento antes de que desencadenen en RPM.

Tercera.

Al jefe del servicio de Obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano, promover charlas informativas a cerca de las señales de peligro, los cuidados que deben tener las gestantes que presentan una RPM y sobre los riesgos de infección materna corioamnionitis, la alta frecuencia de prematuridad, sufrimiento fetal y muerte fetal relacionada con esta patología, que puede presentarse a pesar de aplicar el manejo adecuado.

Cuarta.

Al Director del Hospital Carlos Monge Medrano pueda gestionar el apoyo presupuestal del Gobierno Regional o Gobierno central en la construcción de un hospital materno infantil en el departamento de Puno para que pueda brindar una atención especializada ante casos de complicaciones, para un entorno confortable que contribuya a una recuperación rápida y segura.





4.4 Referencias bibliográficas

1. López J. F., Rentería E. L. Tratamiento conservador de la ruptura prematura de membranas en parto pretérmino y su impacto en la morbilidad neonatal en el Hospital General Martín Icaza, periodo de abril-septiembre 2024.
2. Salas T. C. Manejo expectante versus manejo activo en embarazos pretérmino tardío con ruptura prematura de membranas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca marzo 2021 a marzo 2022.
3. Bobadilla J. M., Vilca N. S. Complicaciones neonatales relacionadas a ruptura prematura de membranas Hospital Carlos Monge Medrano. 2023.
4. Valencia, K. F. A., Galarza, C. K. G. Manejo de la ruptura prematura de membranas en el embarazo a término. Revisión Bibliográfica. *Mediciencias UTA*, 8(2), 76-87. 2024.
5. Gutiérrez R. P., Muñoz A. E. Incidencia de ruptura prematura de membranas como precursor del parto pretérmino en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor. (Bachelor's thesis, Babahoyo: UTB-FCS, 2024).
6. Alonso A. Evaluación de los resultados perinatales en pacientes con manejo expectante de la ruptura prematura de membranas en embarazos pretérmino. 2021. Universidad Autónoma de Nuevo León.



7. Magaña, M. G., Salguero, N. M., Flores, A. H. Factores maternos que influyen en los nacimientos prematuros. *Janaskakua*, 4(9).2022.
8. Calderón, V. E. F., Sandoval, J. L. V., Bohórquez, M. M. C., Toapanta, J. J. Á. Complicaciones materno fetales y factores de riesgo en gestantes con ruptura prematura de membranas en un hospital de Guayaquil. *Journal of american health*, 5(1). 2022.
9. Ramos A. B. Rotura prematura de membranas y mortalidad perinatal. *Hospital Regional Docente de Cajamarca*, 2023.
10. De la cruz Y. K., Licares T. M. Resultados maternos y perinatales en gestantes con ruptura prematura de membranas en el Hospital Departamental de Huancavelica. 2024.
11. Trujillo V. D. C. Factores maternos asociados a ruptura prematura de membranas en gestantes pretérmino. *Centro de Salud las Moras*. 2023.
12. Castilla L. F. Anemia gestacional como factor de riesgo para rotura prematura de membranas en pacientes gestantes del servicio de ginecología del Hospital Santa María del Socorro. 2024.
13. García, L. D. R., Ramos, R. E. Manejo de la rotura prematura de membranas en gestantes pretérminos, atendidas en el hospital Santa María del Socorro, Ica. 2022.
14. Sucasaca U. F., Urbina Y. Factores relacionados al tiempo de latencia de ruptura prematura de membrana en gestantes atendidas en el Hospital de Azángaro 2022.
15. Callo M. Factores de Riesgo Asociados al Parto Distócico en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón De Puno. 2021.



16. Rossell, M. L. C., Gallegos, S. L. R., Espinoza, M. E. V. Factores asociados a anemia en gestantes ingresadas en hospitales de referencia Puno (Perú). *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 44(2). 2024.
17. Coaquira V. D. Factores de riesgos maternos asociados a partos prematuros en gestantes del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. 2023.
18. Carpio A. A., Juño C. A., Medina N. E. Factores asociados al tipo de término del embarazo en gestantes de la Micro Red Metropolitano-Puno. 2023.
19. Soltero S. G., Santos J. M., Guzmán L. M., Gutiérrez J. M., Guevara M. C. Determinantes sociales de salud y necesidad educativa sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes embarazadas. *Sanus*, 5(14). 2020.
20. De Mucio, B., Sosa, C. G., Martino, N. Morbilidad Materna Extremadamente Grave: un paso clave para reducir la muerte materna. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 34(1), 26-32. 2023.
21. Ramírez, F. A., López J. J. Prevalencia de anemia en embarazadas atendidas en un hospital de segundo nivel en Tabasco. *Salud en Tabasco*, 26(3). 2020.
22. Ariztegui J. R. Longitud cervical como predictor de trabajo de parto espontáneo en embarazo a término (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León). 2022.



23. Ceballos M., González Y., Alonso A., Justo L. A., Da Cuña I. Fisioterapia en las secuelas del parto por cesárea. Una revisión sistemática. *Revista Española de salud pública*, 97.2023.
24. Mayorga, C. D. V. Sufrimiento Fetal Agudo asociado al uso de misoprostol. *Revista de Postgrados de Medicina*, 1(2), 1-10.2022.
25. Cevallos B. K. *Diagnóstico y tratamiento terapéutico de óbito fetal secundigesta en paciente de 28 años con 28 semanas de gestación* (Bachelor's thesis, Babahoyo: UTB-FCS, 2023).
26. Morales R. *Patologías respiratorias asociadas al prematuro con ventilación mecánica invasiva* (Bachelor's thesis).2023.
27. Rayo D. L., Zambrano L. D. Complicaciones maternas y neonatales asociadas a ruptura prematura de membranas en embarazos pretérmino de primigestas atendidas en el Hospital Dr. León Becerra Camacho, Milagro. noviembre 2023-abril 2024.
28. Guerrero, J. E. C., Asanza, J. A. T., Sabando, M. D. C. C., Pacheco, D. E. G. Manejo y tratamiento conservador de la ruptura prematura de membranas pretérmino y su impacto en la morbilidad neonatal. *Polo del Conocimiento: Revista científico-profesional*, 8(8), 2713-2729.2023.
29. De la Cruz M. A. Ruptura de membranas a término en una primigesta, Hospital San Bartolomé, Lima-2024.
30. Félix, V. L., Alfaro, S. A., Alvarado, S. S., & Alvarado, S. E. A. Determinantes sociales y salud ocular en pobladores adultos de una comunidad de Ica-2022. *Revista Enfermería la Vanguardia*, 11(1), 34-46.2023.



31. Araujo K., León L., Villegas C. Rotura prematura de membranas: diagnóstico y manejo. *Rev Obstet Ginecol Venez.* el, 22, 59-72.2024.
32. Sanginés, B. P. D., Magaña, M. V. Ruptura prematura de membranas. *El ABC de la ginecología y obstetricia 2016*, 53.2024.
33. López J. F., Rentería E. L. Tratamiento conservador de la ruptura prematura de membranas en parto pretérmino y su impacto en la morbilidad neonatal en el Hospital General Martín Icaza, periodo de abril-septiembre 2024 (Bachelor's thesis, Babahoyo: UTB-FCS, 2024).
34. Frías D., Pascual M. Diseño de la investigación, análisis y redacción de los resultados. Valencia: Universidad de Valencia. doi: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/KNGTP>.2020.
35. Reyes, E. Metodología de la investigación científica. Page Publishing Inc. 2022.
36. Medina Fernández, S. Uso de corticoides antenatales para la maduración pulmonar fetal: ¿cambio de paradigma?.2022.



ANEXOS



ANEXO 1. MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

	ANTECEDENTES	MORBILIDAD	LATENCIA	INICIO	FINALIZACIÓN	SUFRIMIENTO	MUERTE	EDAD	MADUREZ	MANEJO
19	1	1	1	3	2	1	3	2	2	2
20	1	2	1	2	2	3	1	1	1	1
21	3	1	1	3	2	3	3	2	2	2
22	1	1	2	1	1	3	3	1	2	1
23	3	4	1	3	2	3	3	2	2	2
24	3	1	1	3	2	2	3	2	2	2
25	3	2	1	3	1	3	3	1	1	2
26	3	1	1	3	2	3	3	2	2	1
27	3	1	1	3	1	3	3	2	2	2
28	1	3	1	3	1	3	3	2	2	2
29	2	4	1	3	2	3	3	2	2	2
30	3	1	1	3	1	3	3	2	2	2
31	2	1	1	2	2	3	1	1	1	1
32	3	3	1	2	1	3	3	2	2	1
33	1	2	1	3	1	3	3	1	2	2
34	3	2	1	3	1	3	3	3	2	2
35	3	2	1	3	2	3	3	2	2	2
36	1	1	2	2	1	3	3	1	1	1
37	2	3	1	3	2	3	3	2	2	2
38	3	1	1	3	1	3	3	2	2	2
39	3	1	1	3	1	3	3	1	2	2
40	3	2	2	3	2	3	3	2	2	2



	ANTECEDENTES	MORBILIDAD	LATENCIA	INICIO	FINALIZACIÓN	SUFRIMIENTO	MUERTE	EDAD	MADUREZ	MANEJO
41	3	3	1	2	2	3	3	1	1	1
42	3	2	1	2	2	3	3	2	2	2
43	1	1	1	3	2	3	3	1	1	1
44	3	1	2	3	2	3	3	1	1	2
45	3	4	1	3	1	3	3	2	2	2
46	1	3	1	3	1	3	3	2	2	2
47	3	2	2	3	2	3	3	3	2	2
48	3	1	2	3	2	3	3	2	2	2
49	2	3	1	3	2	3	3	2	2	2
50	3	1	1	2	1	3	3	1	1	1
51	3	4	2	3	2	2	3	2	2	2
52	3	1	1	3	2	3	3	1	1	1
53	3	3	2	1	1	3	3	3	2	2
54	3	2	1	1	1	3	3	2	2	1
55	3	4	1	2	1	3	3	2	2	1
56	3	4	2	3	2	3	3	2	2	2
57	2	3	1	2	2	3	3	1	1	1
58	3	1	2	3	2	3	3	2	2	2
59	3	1	1	3	1	3	3	2	2	2
60	3	1	2	3	2	3	3	2	2	2
61	3	1	2	3	1	3	3	2	2	2
62	3	4	1	2	2	3	3	2	2	1



	ANTECEDENTES	MORBILIDAD	LATENCIA	INICIO	FINALIZACIÓN	SUFRIMIENTO	MUERTE	EDAD	MADUREZ	MANEJO
63	1	1	1	2	1	3	3	2	2	1
64	1	4	1	2	1	3	3	1	2	1
65	3	1	1	3	1	3	3	2	2	2
66	3	1	2	3	1	1	3	2	2	2
67	3	1	2	3	1	3	3	2	2	2
68	3	1	1	2	1	3	3	2	2	2
69	3	3	1	1	1	3	1	1	2	1
70	3	4	1	3	2	3	3	2	2	1
71	3	4	1	2	2	3	3	2	2	1
72	1	1	1	2	1	3	3	1	1	1
73	3	1	1	2	2	3	3	1	1	1
74	3	4	2	1	1	3	3	2	2	2
75	3	1	2	1	2	1	3	2	2	2
76	1	4	1	3	2	3	3	1	2	1
77	3	1	1	3	1	3	3	2	2	2
78	3	1	1	2	1	3	3	1	2	1
79	1	1	1	3	2	2	3	2	2	1
80	3	1	2	3	1	3	3	2	2	2
81	3	1	1	2	2	3	3	1	1	1
82	1	1	1	2	2	3	3	1	1	1
83	3	1	2	1	1	3	3	2	2	2
84	3	1	2	2	2	3	3	2	2	2



	ANTECEDENTES	MORBILIDAD	LATENCIA	INICIO	FINALIZACIÓN	SUFRIMIENTO	MUERTE	EDAD	MADUREZ	MANEJO
85	3	1	1	3	2	1	3	1	1	1
86	3	4	1	3	1	3	3	2	2	2
87	3	3	1	3	2	3	3	2	2	2
88	3	4	1	3	2	3	3	1	1	2
89	3	2	2	3	2	3	3	2	2	2
90	3	1	1	2	2	1	2	1	1	1
91	2	4	2	3	2	3	3	2	2	2
92	3	2	1	1	1	3	3	2	2	2
93	3	2	1	1	1	3	3	2	2	2
94	3	3	2	3	2	1	3	2	2	2
95	3	3	2	1	2	1	3	2	2	2
96	3	1	2	1	1	3	3	2	2	2
97	3	3	1	3	2	1	3	1	1	1
98	1	1	1	3	1	3	3	2	2	2
99	3	2	2	3	2	3	3	2	2	2
100	3	4	1	2	1	3	3	2	2	2
101	2	1	1	3	2	3	3	2	2	2
102	1	3	1	1	1	3	3	1	1	1
103	3	3	2	2	1	3	3	2	2	1
104	3	3	2	1	2	3	3	2	2	2
105	3	2	1	3	2	3	3	2	2	2
106	3	1	1	1	1	3	3	2	2	2



	ANTECEDENTES	MORBILIDAD	LATENCIA	INICIO	FINALIZACIÓN	SUFRIMIENTO	MUERTE	EDAD	MADUREZ	MANEJO
108	3	2	1	3	2	1	3	2	2	2
109	2	2	1	3	2	3	3	2	2	2
110	2	1	1	3	2	3	3	2	2	2
111	1	3	1	3	2	3	3	2	2	2
112	3	3	1	1	1	3	3	1	1	1
113	3	2	1	3	2	3	3	3	2	2
114	1	1	2	1	2	3	3	2	2	2
115	3	4	1	3	1	3	3	1	1	1
116	1	4	1	3	2	3	3	1	1	1
117	3	3	1	1	1	3	3	2	2	2
118	2	2	1	3	2	3	3	2	2	2
119	2	1	1	3	2	3	3	2	2	2
120	3	4	1	3	2	3	3	1	1	1
121	1	2	2	1	2	3	3	2	2	2
122	3	3	1	2	1	3	3	1	1	1



ANEXO 2. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGIA
PG. ¿Cuáles son las condicionantes relacionadas con el manejo de la ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. 2023?	OG. Establecer las condicionantes relacionadas con el manejo de la ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. 2023	HG. Las condicionantes maternas y fetales si están relacionadas con el manejo expectante de la ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. 2023	V1. Condicionantes	1.1 Maternas	1.1.1 Malos antecedentes 1.1.2 Morbilidad 1.1.3 Periodo de latencia 1.1.4 Inicio del trabajo de parto 1.1.5 Forma de finalización del embarazo	Diseño: No experimental Tipo: Básica de nivel relacional, transversal Método: Hipotético deductivo con enfoque cuantitativo Población: 122 gestantes atendidas en el HCMM Muestras; 122 gestantes Técnicas: Análisis documental
PE1. ¿Cuáles son las condicionantes maternas relacionadas con el manejo de la ruptura prematura de membranas?	OE1. Indicar las condicionantes maternas relacionadas con el manejo de la ruptura prematura de membranas.	HE1. Las condicionantes maternas relacionadas con el manejo de la ruptura prematura de membranas son las cesáreas previas, las infecciones urinarias, el periodo de latencia mayor de 24 horas, la inducción del parto y las cesáreas.		1.2 Fetales	1.2.1 Sufrimiento fetal 1.2.2 Muerte fetal 1.2.3 Edad gestacional 1.2.4 Madurez pulmonar	Instrumento: V1 Y V2: Ficha de recolección de datos
PE2. ¿Cuáles son las condicionantes fetales relacionadas con el manejo de la ruptura prematura de membranas?	OE2. Señalar las condicionantes fetales relacionadas con el manejo de la ruptura prematura de membranas.	HE2. Las condicionantes fetales relacionadas con el manejo de la ruptura prematura de membranas son el sufrimiento fetal agudo, la muerte fetal intrauterina, la prematuridad y la maduración pulmonar estimulada.				
PE3. ¿Cuál es el manejo más frecuente de la ruptura prematura de membranas?	OE3. Señalar el manejo más frecuente de la ruptura prematura de membranas.	HE3. El tipo de manejo más frecuente de la ruptura prematura de membranas es expectante.	V2. Manejo de la ruptura prematura de membranas		2.1 Manejo	



ANEXO 3. INSTRUMENTO

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N°.....

FECHA:.....

-
- 1.1.1 Malos antecedentes
- Hemorragias
 - Cesáreas
 - Ninguno
- 1.1.2 Morbilidad
- infecciones Urinarias
 - Cérvicovaginales
 - Anemia
 - No presente
- 1.1.3 Periodo de latencia
- Menor de 24 horas
 - 24 horas a más
- 1.1.4 Inicio del trabajo de parto
- Inducción
 - Espontáneo
 - No se inicio
- 1.1.5 Forma de finalización del embarazo
- Parto vaginal
 - Cesárea
- 1.2.1 Sufrimiento fetal
- Agudo
 - Crónico
 - No presentó
- 1.2.2 Muerte fetal
- Muerte fetal temprana (semanas 21 a 27)
 - Tardía (> 28 semanas).
 - No ocurrió
- 1.2.3 Edad gestacional
- <37 semanas
 - 37 a 40 semanas
 - 41 semanas a más
- 1.2.4 Madurez pulmonar
- Estimulada
 - b) No estimulada
- 2.1 Tipo de manejo
- Expectante
 - Activo



ANEXO 4. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Ficha de Evaluación de Expertos

I. Datos generales

Apellido y nombres: BERNAL SOTOS GARCIA

Grado académico: DOCTOR

Institución donde labora: MINSA - RED SAN ROMAN

Instrumento de investigación: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Título de la investigación: CONDICIONANTES RELACIONADAS CON EL MANEJO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA. 2023, es imprescindible contar con la aprobación para poder aplicar el instrumento; se aprueba el instrumento mencionado según juicio del experto:

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE 1-20	REGULAR 21-40	BUENA 41-60	MUY BUENA 61-80	EXCELENTE 81-100
Claridad	Formulado con lenguaje apropiado				✓	
Objetividad	Expresa en conductas observables					✓
Organización	Existe lógica entre variables				✓	
Suficiencia	Comprende los aspectos cualitativos y cuantitativos					✓
Intencionalidad	Valora aspectos de contenido científico.					✓
Consistencia	Entre problema, objetivos e hipótesis					✓
Metodología	Corresponde al propósito de la investigación					✓

II. Opinión de aplicación: FAVORABLE

III. Promedio de valoración: 90%

Lugar y fecha: Juliaca, 17 Diciembre 2024



Ficha de Evaluación de Expertos

I. Datos generales

Apellido y nombres: Zúñiga Zúñiga Gulliana Brigitte

Grado académico: DOCTOR

Institución donde labora: MINSA



Ficha de Evaluación de Expertos

I. Datos generales

Apellido y nombres: Zuñiga Zuñiga Carl K.

Grado académico: Doctor

Institución donde labora: MINSA

..... FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



ANEXO 5. AUTORIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DONDE SE REALIZÓ ⁸⁸
LA INVESTIGACIÓN

"Año Del Bicentenario de la Consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las Heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Juliaca, 11 de Noviembre del 2024

CARTA N° 1057-2024 -J-UADI-HCMM-RED-S-SR/J

Señor(es):
Dr. MANUEL LUQUE ANCONEYRA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL C. M. M.

Presente.-

ASUNTO : PRESENTA A BACHILLERES PARA EJECUTAR PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

SOLICITANTE : Srta. LIZ CORNEJO QUISPE

REGISTRO N° 22903 - 2024

Mediante el presente me dirijo a Ud. para saludarlo cordialmente, así mismo presentarle al Bachiller de la Escuela Profesional de OBSTETRICIA de la UNIVERSIDAD ANDINA NESTOR CACERES VELASQUEZ, Srta. LIZ CORNEJO QUISPE, quien ejecutará el Proyecto de Investigación titulado "CONDICIONANTES RELACIONADAS CON EL MANEJO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MENBRANAS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA 2023" solicito le brinde las facilidades correspondientes.

La Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación de la Red de Salud San Román otorga la **OPINION FAVORABLE**, para la recolección de datos y realice lo solicitado dentro de la Institución a partir de la fecha, al concluir el proyecto deberá dejar un ejemplar para la biblioteca del Hospital.
Atentamente,



EUCG/ccf
Cc. Interesado

0.3

M.C. Manuel J. Luque A
GINECOLOGO OBSTETRA
CMP 41141 SML 30844



Tabla 3

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
38	32.02	5.98	35.80	1.12
4	9.98	-5.98	35.80	3.59
51	60.98	-9.98	99.67	1.63
29	19.02	9.98	99.67	5.24
122	122.00			11.58

Tabla 4

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
0	12.39	-12.39	153.60	12.39
42	16.87	25.13	631.57	37.44
0	12.74	-12.74	162.25	12.74
36	23.61	12.39	153.60	6.51
7	32.13	-25.13	631.57	19.66
37	24.26	12.74	162.25	6.69
122	122.00			95.42

Tabla 5

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
42	26.85	15.15	229.45	8.54
0	15.15	-15.15	229.45	15.15
36	51.15	-15.15	229.45	4.49
44	28.85	15.15	229.45	7.95
122	122.00			36.13



Tabla 6

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
0	3.79	-3.79	14.34	3.79
0	0.69	-0.69	0.47	0.69
42	37.52	4.48	20.03	0.53
11	7.21	3.79	14.34	1.99
2	1.31	0.69	0.47	0.36
67	71.48	-4.48	20.03	0.28
122	122.00			7.64

Tabla 7

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
0	0.34	-0.34	0.12	0.34
0	0.34	-0.34	0.12	0.34
42	41.31	0.69	0.47	0.01
1	0.66	0.34	0.12	0.18
1	0.66	0.34	0.12	0.18
78	78.69	-0.69	0.47	0.01
122	122.00			1.07

Tabla 8

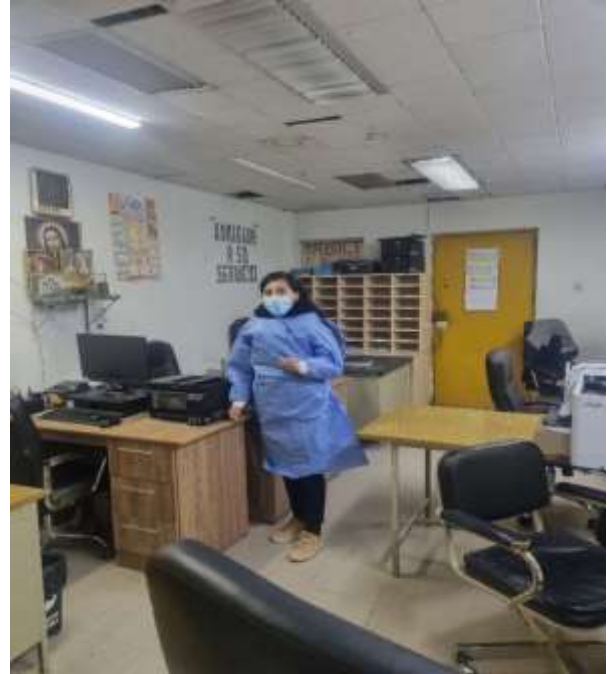
EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
0	6.20	-6.20	38.40	6.20
42	34.43	7.57	57.36	1.67
0	1.38	-1.38	1.90	1.38
18	11.80	6.20	38.40	3.25
58	65.57	-7.57	57.36	0.87
4	2.62	1.38	1.90	0.72
122	122.00			14.09



Tabla 9

EN	TN	EN-TN	(EN-TN) ²	(EN-TN) ² /TN
0	4.48	-4.48	20.03	4.48
42	37.52	4.48	20.03	0.53
13	8.52	4.48	20.03	2.35
67	71.48	-4.48	20.03	0.28
122	122.00			7.64

FOTOS DEL PROCESO DE RECOLECCION DE DATOS





ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital

Fecha de entrega: 13-06-2025

I. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: LIZ CORNEJO QUISPE

Dirección: JR MOQUEGUA N°1207

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 70291400

Teléfono: 935949557 email: LIZCQ505@GMAIL.COM

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____ email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional o Mención: ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Título o Grado Académico a optar: OBSTETRA

Asesor: Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACTORA

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional Trabajo Académico

Título: CONDICIONANTES RELACIONADAS CON EL MANEJO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO DE JULIACA . 2023

Palabras claves, (3 a 5 términos): CONDICIONANTES MANEJO RUPTURA PREMATURA MEMBRANAS

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1, 2}?

1

¹ Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.

² Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

Bachiller Titulo 2da Especialidad Maestría Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

- Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
- No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- Sí autorizo
- No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción "internacional" o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción "internacional" emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción "internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional

Nacional

Línea de investigación: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA -P06

Firma de Autor



huella digital

13-06-2025

Fecha