



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



TRABAJO ACADÉMICO
COMPLICACIONES NEONATALES Y MATERNAS
ASOCIADAS A RUPTURA PREMATURA DE
MEMBRANAS EN GESTANTES DEL
HOSPITAL DE SANDIA, 2021

PRESENTADO POR
LUZ MARINA MACHACA AGUILAR

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS
OBSTÉTRICAS

JULIACA – PERÚ

2023



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL


TRABAJO ACADÉMICO
COMPLICACIONES NEONATALES Y MATERNAS
ASOCIADAS A RUPTURA PREMATURA DE
MEMBRANAS EN GESTANTES DEL
HOSPITAL DE SANDIA, 2021

PRESENTADO POR
LUZ MARINA MACHACA AGUILAR

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS
OBSTÉTRICAS

APROBADA POR:

PRESIDENTE DEL JURADO :


Dra. GRACIELA BERNAL SALAS

MIEMBRO DEL JURADO :


Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

MIEMBRO DEL JURADO :


Mgr. ENRIQUE GENARO APAZA CHIRINOS

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN :

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – SEG04



"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ" ESCUELA DE POSGRADO

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 0039-2023-SEP-EPG/UANCV

Juliaca, 2023 Mayo 09

VISTO:

El Expediente N° 037246 de la Egresado (a) MACHACA AGUILAR LUZ MARINA, con Dni N° 46970254 y Código N° 1720100015 del Programa de Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo y Emergencias Obstétricas, de la Sede Central Juliaca, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca.

CONSIDERANDO:

Que, el egresado (a) del Programa de Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo y Emergencias Obstétricas de la Sede Central Juliaca, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; Solicita sorteo de Jurados y fecha para la Sustentación de Trabajo Académico, habiendo cumplido con los requisitos para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional;

Que, el inciso b) del Artículo N° 5 del Reglamento Específico de Titulación del Programa de Segunda Especialidad Profesional, establece la modalidad de Examen de Suficiencia y Sustentación de Trabajo Académico para optar el Título;

Que, los Artículos N° 12 al N° 21 del Reglamento Específico de Titulación del Programa de Segunda Especialidad Profesional, establecen los procedimientos para el referido Examen de Suficiencia y Sustentación de Trabajo Académico; y

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "j" del artículo 17 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 64 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

PRIMERO.- NOMBRAR a los miembros de Jurado que calificarán la Sustentación de Trabajo Académico de la egresado (a) MACHACA AGUILAR LUZ MARINA, con Dni N° 46970254 y Código N° 1720100015 del Programa de Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo y Emergencias Obstétricas, de la Sede Central Juliaca, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; como se detalla en el Artículo Segundo de la presente Resolución, siendo los Jurados los siguientes Docentes:

Presidente	:	Dra. GRACIELA BERNAL SALAS
Primer Miembro	:	Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Segundo Miembro	:	Mgr. ENRIQUE GENARO APAZA CHIRINOS

SEGUNDO.- DETERMINAR que LA SUSTENTACION DE TRABAJO ACADÉMICO se llevará de acuerdo al siguiente detalle:

Lugar	:	Sede Juliaca
Fecha	:	Jueves 11, Mayo del 2023
Hora	:	03:00 p.m.

TERCERO.- AUTORIZAR la difusión de la presente Resolución a la Coordinación General del Programa de Segunda Especialidad Profesional e interesados.

Regístrese, comuníquese y archívese.



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSGRADO
De Leopoldo Wenceslao Cordero Carr
DIRECTOR (01)



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
SECRETARÍA ACADÉMICA



COMPLICACIONES NEONATALES Y MATERNAS ASOCIADAS A RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES DEL HOSPITAL DE SANDIA, 2021

INFORME DE ORIGINALIDAD

28%

INDICE DE SIMILITUD

17%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

22%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	20%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
3	repositorio.uoosevelt.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	1library.co Fuente de Internet	1%
5	repositorio.uancv.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	<1%
7	repositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	<1%
8	repositorio.udch.edu.pe Fuente de Internet	<1%



Título de la tesis	
COMPLICACIONES NEONATALES Y MATERNAS ASOCIADAS A RUPTURA PREMATURA DE MENBRANAS EN GESTANTES DEL HOSPITAL DE SANDIA, 2021	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	LUZ MARINA MACHACA AGUILAR
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	46970254
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-1595-8353
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	
Tipo de documento de identidad	
Número de documento de identidad	
URL de ORCID	
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	GRACIELA BERNAL SALAS
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02394874
	https://orcid.org/0000-0001-9426-1073
Primer Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01309221
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0007-4145-7030
Segundo Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	ENRIQUE GENARO APAZA CHIRINOS
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02413103
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0001-8602-3219
Datos de investigación	
Línea de investigación	SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA- SEG04
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	Lugar: Hospital Sandia País: Perú Departamento: Puno Provincia: Sandia Distrito: Sandia GPS Coordenadas -15.488821977531444, -70.11732556018288 https://goo.gl/maps/7CQq6MNzovF88Nzx5
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Julio 2021 - Setiembre 2021
URL de disciplinas OCDE	Ciencias de la Salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.03.00 Obstetricia, Ginecología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02
	- Librería



UNIVERSIDAD NACIONAL "NÉSTOR CÉSAR VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSTGRADO

Dr. Segundo Ortiz Cansdya
DIRECTOR
DE INVESTIGACIÓN - EPG



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo LUZ MARINA MACHACA AGUIAR, identificado con DNI Nro. 46970254 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:

“COMPLICACIONES NEONATALES Y MATERNAS ASOCIADAS A RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES DEL HOSPITAL DE SANDIA, 2021”

Asesorado por: _____

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 03 de OCTUBRE del 2024

FIRMA (obligatoria)



Huella



Dedico a Dios de darme la vida y salud. En memoria de mi padre, A mi madre Miliana que es la luz de mi existencia, me estimula día a día a lograr mis objetivos, a ella con todo cariño. Gracias mamita.



Agradezco a la Universidad Andina, por haberme permitido abrir sus puertas para especializarme en obstetricia; mi reconocimiento a mis docentes quienes han sido partícipes en mi formación profesional que hoy veo reflejado en realidad.



ÍNDICE

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE	i
INDICE DE TABLAS.....	iii
INDICE DE GRÁFICOS.....	iv
INTRODUCCIÓN.....	v

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES DEL TRABAJO ACADÉMICO

1.1. Título del trabajo académico.....	1
1.2. Descripción del problema.....	2
1.3. Justificación del trabajo académico.....	4
1.4. Objetivos.....	5
1.4.1. Objetivo General.....	5
1.4.2. Objetivos específicos.....	6

CAPÍTULO II

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1. Marco Teórico.....	7
2.2. Antecedentes de la investigación.....	22

CAPÍTULO III

PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y RESULTADOS

3.1. Planificación.....	26
3.1.1. Métodos aplicados a la investigación.....	26
3.1.2. Diseño de la investigación.....	26
3.1.3. Población.....	27
3.1.4. Muestra.....	27
3.1.5. Técnica, instrumento y fuentes de recolección de datos.....	28
3.1.6. Técnica de procesamiento y análisis de los datos.....	28
3.2. Resultados.....	29



CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

ANEXOS



INDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Gestantes atendidas en el Hospital de Sandia por sufrimiento fetal asociado a ruptura prematura de membrana, Sandia 2021	34
Tabla 2	Gestantes atendidas en el Hospital de Sandia por prolapso de cordón asociado a ruptura prematura de membrana, Sandia 2021	36
Tabla 3	Gestantes atendidas en el Hospital de Sandia por peso al nacer asociado a ruptura prematura de membrana, Sandia 2021	38
Tabla 4	Gestantes atendidas en el Hospital de Sandia por asfixia neonatal asociado a ruptura prematura de membrana, Sandia 2021	40
Tabla 5	Gestantes atendidas en el Hospital de Sandia por sepsis neonatal asociado a ruptura prematura de membrana, Sandia 2021	42
Tabla 6	Gestantes atendidas en el Hospital de Sandia por corioamnionitis asociado a ruptura prematura de membrana, Sandia 2021	44
Tabla 7	Gestantes atendidas en el Hospital de Sandia por tipo de parto asociado a ruptura prematura de membrana, Sandia 2021	46
Tabla 8	Gestantes atendidas en el Hospital de Sandia por infección puerperal asociado a ruptura prematura de membrana, Sandia 2021	48
Tabla 9	Gestantes atendidas en el Hospital de Sandia por parto pretérmino asociado a ruptura prematura de membrana, Sandia 2021	50
Tabla 10	Gestantes atendidas en el Hospital de Sandia por oligoamnios asociado a ruptura prematura de membrana, Sandia 2021	52



INDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 Gestantes atendidas en el Hospital de Sandia por sufrimiento fetal asociado a ruptura prematura de membrana, Sandia 2021	34
Gráfico 2 Gestantes atendidas en el Hospital de Sandia por prolapso de cordón asociado a ruptura prematura de membrana, Sandia 2021	36
Gráfico 3 Gestantes atendidas en el Hospital de Sandia por peso al nacer asociado a ruptura prematura de membrana, Sandia 2021	38
Gráfico 4 Gestantes atendidas en el Hospital de Sandia por asfixia neonatal asociado a ruptura prematura de membrana, Sandia 2021	40
Gráfico 5 Gestantes atendidas en el Hospital de Sandia por sepsis neonatal asociado a ruptura prematura de membrana, Sandia 2021	42
Gráfico 6 Gestantes atendidas en el Hospital de Sandia por corioamnionitis asociado a ruptura prematura de membrana, Sandia 2021	44
Gráfico 7 Gestantes atendidas en el Hospital de Sandia por tipo de parto asociado a ruptura prematura de membrana, Sandia 2021	46
Gráfico 8 Gestantes atendidas en el Hospital de Sandia por infección puerperal asociado a ruptura prematura de membrana, Sandia 2021	48
Gráfico 9 Gestantes atendidas en el Hospital de Sandia por parto pretérmino asociado a ruptura prematura de membrana, Sandia 2021	50
Gráfico 10 Gestantes atendidas en el Hospital de Sandia por oligoamnios asociado a ruptura prematura de membrana, Sandia 2021	52



INTRODUCCIÓN

La ciencia médica define a la ruptura prematura de una mujer cuando produce la explosión instantánea de líquido llamado amniótico antes del inicio de la acción de parto; con este del cuerpo de la madre en parto causa la pérdida de las membranas ovulares; este caso ocurre, generalmente, en mujeres de edad gestacional antes de cumplir 37 semanas de embarazo. (RPMF).

La ruptura constituye un problema de salud pública para las pacientes, porque produce morbilidad fetal como consecuencia de bajo peso al nacer; además, inicia una infección llamada corioamnionitis que incrementan el riesgo de la muerte del feto.

La incidencia de RPM a nivel mundial es del 8-10% de las madres embarazadas; el 1-3% de total de mujeres embarazadas se encuentran asociadas con un parto de 30-40% de pretérmino.

En el Perú, estos casos no se salvan también, por eso el 16% a 21% en mujeres embarazadas están en la escala de 15% a 45% de embarazos pretérminos.

Para realizar el presente trabajo académico se ha planteado la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los riesgos después de la ruptura prematura de membranas en mujeres gestantes internadas en el Hospital de Sandia?

Esta investigación corresponde al diseño no experimental y transversal, tipo correlacional.

La estructura del trabajo académico cumple con el Reglamento de titulación en segunda especialidad y tiene tres partes:



Primera parte, se refiere a los aspectos Generales.

Segunda parte, relacionado a la Fundamentación Teórica.

Y en la tercera parte, es Planificación, ejecución y resultados.

Finalizando el trabajo con las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.



CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES DEL TRABAJO ACADÉMICO

1.1. TÍTULO DEL TRABAJO ACADÉMICO

Complicaciones neonatales y maternas asociadas a ruptura prematura de membranas en gestantes del Hospital de Sandia 2021

1.1.1. Institución donde se ejecutó

Hospital de Sandia

1.1.2. Duración

Inicio : 1 de Julio del 2021

Término : 30 de setiembre del 2021.

1.1.3. Responsable

Luz Marina Machaca Aguilar



1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La rotura temprana de la membrana epitelio provoca un riesgo obstétrico que produce en las mujeres embarazadas. Este caso, si no se hace tratar a tiempo con el médico especialista puede causar la morbilidad y mortalidad de la madre gestante.

La rotura apresurada de la membrana conlleva mayor riesgo con la denominada corioamnionitis y la infección vaginal llamada polimicrobiana que son causadas por unos micros organismos que atacan los órganos genitales. En la práctica de estos casos se ha podido ver con insistencia que el 65% de las mujeres son atacadas con la expulsión del líquido amniótico que puede infectar a otros órganos del cuerpo. En estos casos de riesgo, tanto el feto como el recién nacido pueden encontrarse en el estado de peligro de morbilidad y mortalidad.

La corioamnionitis en la práctica médica consiste como una infección a consecuencia del líquido amniótico que ataca directamente la membrana epitelio, se denomina también como la infección intraamniótica o amnionitis, que siempre ocasiona el rompimiento temprano de la membrana que se encuentra ubicada en el saco amniótico. Este caso, sin duda, está asociado con la complejidad de la morbilidad materna y neonatal.



El problema de la exposición fetal influye directamente a la inflamación intrauterina y este proceso ocasiona relación directa con el riesgo de escala mayor provocando trastornos del desarrollo del feto.

Cuando ocurren estos casos donde se rompe en forma adelantada la membrana, debe suceder después de 37 semanas de embarazo. Las consecuencias de este caso del rompimiento adelantado de la membrana pueden causar la mala ubicación y desprendimiento temprano del cordón, desprendimiento moderado de la placenta, el inicio de infecciones graves contra el organismo vaginal como la corioamnionitis, endometritis y sepsis neonatal. El (60% – 95%), son atendidas en forma normal el parto; estas mujeres gestantes, inician las actividades laborales dentro de las 24 a 72 horas de haber dado luz de su hijo(a) en forma espontánea. En este caso, la ruptura temprana de la membrana es denominada como pretérmino cuando el rompimiento de la membrana produce antes de las 37 semanas, es aquí el 50% de los partos pretérmino son preocupantes; también ocurren abortos prematuros que oscilan aproximadamente en 85% que afecta la morbilidad del feto. Se ha realizado investigaciones del caso. Existen estudios por lo especialistas del caso indican en aquellas mujeres que hayan sufrido estos casos guardan el 13.5% de riesgo de repetirlo que indica que no es tan complicada la situación de la madre y el feto.

Cuando ocurre estos casos de rompimiento temprano de la membrana vaginal, hay una amenaza como riesgo peligroso la ocurrencia inmediata de la infección afectando tanto a la mamá como el bebé. Hay pruebas contundentes, pasado las ocho horas del rompimiento de la membrana, la



cavidad amniótica donde se cobija el bebé tiene la cavidad de infectarse. A pesar de que va pasando el tiempo de la ruptura y el nacimiento del bebé, hay mucha posibilidad de infectarse sino ha recibido un tratamiento del médico especialista.

El caso de mujeres gestantes que han sufrido la consecuencia indicada produce el 30% de morbilidad y mortalidad neonatal. Las complicaciones que afecta al feto son generalmente la infección neonatal prematura, dificultad respiratoria y depresión casi generalizada con relación al neonatal, que son causadas por el aumento incidente de la asfixia perinatal, desmembramiento irregular de cordón, expulsión prematura de la placenta.

Formulación del problema

¿Qué complicaciones neonatales y maternas ocasiona el rompimiento temprano de membranas en gestantes del Hospital de Apoyo Sandia 2021?

1.2. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO ACADÉMICO

Aporte teórico: El rompimiento apresurado de la tela epitelial en mujeres gestantes es el anticipo para el nacimiento de un feto adelantado, que ocasiona como causa casi generalizada de la mortalidad perinatal. Para que no ocurra este caso, las mujeres gestantes deben acudir puntualmente a los consultorios del Hospital para reducir su incidencia con la morbimortalidad infantil. Se ha comprobado según las experiencias donde más de 90 % de las muertes neonatales ocurren en el periodo prematuro; como habíamos indicado, tres cuartas partes de niños recién nacidos mueren en este periodo completo; han nacido menos de 32 semanas de



gestación que es periodo del nacimiento de bebés normales. Antes de este periodo, ocurren numerosas complicaciones, más que todo asociadas con el antecedente de RPM.

Relevancia práctica: Esta investigación es una herramienta médica preparada para los médicos especialistas, los obstetras podrán optimizar un diagnóstico de embarazo precoz con una prueba de diagnóstico para salvar la salud de vida de la madre y del bebé mediante un tratamiento adecuado.

Relevancia social: También está preparado para brindar aportes a la colectividad con el fin de prevenir los riesgos de las madres gestantes y neonatales.

Aporte metodológico: En la elaboración del presente estudio se ha utilizado instrumentos específicos de la especialidad para captar datos y análisis de los mismos, las mismas que han sido validadas por expertos.

Aporte científico: Esta permisible que esta investigación proporcionará a los estudiosos de proporcionar innovadores aportes que serán útiles y de ayuda a los futuros profesionales en la especialidad.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. General

Determinar las complicaciones de riesgo de los neonatales y maternas relacionadas con el rompimiento temprana de membranas en gestantes



del Hospital de Sandia 2021.

1.3.2. Específicos

Establecer las complicaciones neonatales relacionadas con el rompimiento temprana de membranas en gestantes del Hospital de Sandia.

Reconocer las complicaciones maternas, relacionadas con el rompimiento precoz de membranas en gestantes del Hospital de Sandia.



CAPÍTULO II

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1. BASES TEÓRICAS

2.1.1. Complicaciones

Identificamos como rasgos peligrosos para cualquier persona que padece de una enfermedad contagiosa y no contagiosa y sufre implicancias de alto riesgo mediante una exposición de un individuo contagiado en contra de la salud del cuerpo.

2.1.2. Complicaciones neonatales

a) Sufrimiento fetal

Denominamos sufrimiento fetal las complicaciones que padece un feto antes del nacimiento. Es un trabajo específico de los obstetras a fin de detectar las enfermedades o complicaciones genéticas o condicionantes externas que sufre el feto. El efecto común que padecen los fetos es por Asfixia Fetal.



Actualmente el sufrimiento fetal está asociado con la asfixia progresiva, que provoca la descompensación fisiológica del feto, que desencadena el daño al Sistema Nervioso Central (SNC) que provoca una serie de complicaciones en los órganos y causa la muerte. En el Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, la palabra “*asfixia*” describe como falta de pulso en la respiración, agotamiento de respiración, ataca en los pulmones que no deja fluir regularmente la sangre y el aire del ambiente.

Etiología

El feto, podríamos pensar que va nacer sano, estamos equivocados, el sufrimiento fetal ha sido provocado por diferentes factores, fundamentalmente hubo una interrupción de la toma y expiración del Oxígeno, también faltó nutrientes de la alimentación de los productos metabólicos. Este defecto fetal se presentan en cuatro puntos médicos: maternas, placentarias, funiculares y fetales.

b) Prolapso de cordón

Es un riesgo muy complejo; pues, sin duda el cordón umbilical se encuentra apelonado en el hueco donde se ha desarrollado el feto. Cuando nace el bebé, el cordón umbilical del recién nacido desciende poco a poco por debajo de la matriz y al moverse el órgano productor de la mujer, el cordón presenta un extraño movimiento, este proceso se denomina latero procidencia, y poco a poco alcanza su movimiento para llegar a su punto declive.



Cuando el descenso produce antes de la rotura de la bolsa, recibe el nombre de procúbito. Se distinguen tres grados extra ovular de la procedencia:

1. Intrauterino, donde el cordón no regula y se ubica en el orificio externo del cuello uterino;
2. Intravaginal, el cordón que pasa por varios procesos y habiendo llegado a la vagina sufre en asomar a la vulva.
3. Extravulvar, por fin, el cordón ha logrado el largo proceso de salir de los genitales de la mujer hacia el exterior de la vagina.

c) Peso al nacer

La OMS describe a este proceso médico cuando el recién nacido no ha completado su peso normal de 2500 gramos. Este problema es de mucha importancia para salud pública y tiene una directamente asociación de corto y largo plazo de riesgo. Se calcula el 15% a 20% de niños nacidos con bajo peso en el mundo tienen esperanzas de sobrevivir.

Uno de los casos más comunes de niños con bajo peso son nacimientos prematuros que están sentenciados a la muerte y es frecuente con los neonatales. Según la OMS, cada año alrededor de 11 millones de neonatos fallecen por complicaciones de nacimientos prematuros. Según estudios especializados, cuando el bebé nace con bajo peso aumentan riesgos de enfermedades no transmisibles, como diabetes, enfermedades cardiovasculares, etc.

d) Asfixia neonatal

Es conocido también como Síndrome clínico. Este mal tiene su punto de irradiación orgánica por depresión cardiorrespiratoria, es decir que el feto está supeditado de luchar para vivir por falta de aire en su hábitat.

Etiología

El 90% de las causas de asfixia neonatal se originan dentro del órgano reproductor de la mujer, o sea en el intrauterina, donde el 20% de mujeres gestantes padecen complicaciones del parto y el 70% de parto expulsivo y el 10% entran a enfermarse en el periodo neonatal.

Fisiopatología

Se aplica la retención de la hipoxemia y CO_2 , genera daños en el cerebro del feto y compromete dañar a otros órganos importantes del cuerpo, como el riñón, corazón, pulmones, intestinos y médula ósea.

Aspectos epidemiológicos importantes

En países latinoamericanos, la causa principal de muerte de los neonatales es la asfixia; pues, el 6.5% son reportadas de la muerte. (MINSA - OGEI 2002)



- Asfixia neonatal leve: es cuando el bebé no es tan grave, entonces, después de verificar la asfixia se le entrega a su madre para que cuide en casa, previa observación de 6 horas.
- Asfixia neonatal moderada: el bebé necesita ser hospitalizado en un periodo de 24 - 48 previendo riesgos y complicaciones pos-asfixia.
- Asfixia neonatal severa: el bebé está grave, tiene que ser necesariamente hospitalizado para prever riesgos de complicaciones graves contra la salud de bebé.

e) Sepsis neonatal

Este caso se presenta como síntoma de infección que va acompañado de bacteriemia. Estos casos siempre atacan en la etapa neonatal. Para la prestación de servicios existen varias definiciones de sepsis:

- Sospecha leve asintomático con pocas complicaciones de riesgo.
- Sepsis con de signos y probables riesgos de infección.
- Sepsis del neonato está infectado y corre el riesgo de estar contagiado y muestra signos positivos.
- Sepsis temprana: el neonato está infectado con la asfixia antes de las 72 horas. Necesita atención urgente.
- Sepsis tardía: el neonato no muestra signos ni síntomas de asfixia; pero aparece después de las 72 horas.

Etiología



Medicinas con receta médica especializada. *Serratia spp*, *Enterobacter cloacae*, *Streptococcus spp*; *Staphylococcus epidermidis*, *Klebsiella spp*, *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*.

Fisiopatología

El recién nacido necesita tener mucho cuidado, en pocos segundos son tensos en infectarse directamente por vía transplacentaria, o también por estar contaminada el líquido amniótico que provoca ingestión precoz de secreciones vaginales.

Los estudios obstétricos ha detectado pruebas causales del rompimiento ligero de la piel cutánea y la mucosa que cubre la vagina y son muy peligrosas para la vida del bebé; entonces, los médicos especialistas recomiendan realizar métodos especializados para prevenir el bienestar fetal, daños vasculares, mala ubicación del cordón umbilical; entonces, la cirugía médica ha creado nuevas tecnologías seguras previniendo el ingreso de los microorganismos al cuerpo de bebé.

2.1.1.1. Complicaciones maternas

En el periodo de la gestación, las madres o las mujeres deben estar en un periodo de cuidado intensivo hasta que llegue el parto; pues, es aquí aparece complicaciones con ciertos riesgos durante el largo periodo del embarazo y son siempre problemas de salud de la madre como del bebé en formación. Muchas madres desencadenan en este periodo padeciendo problemas de salud antes de quedar



embarazadas, estos casos corren el peligro de entrar a una etapa de riesgo con complicaciones.

2.1.1.1.1. Corioamnionitis.

Este vocablo ha sido acuñado por especialistas como como referencia a la infiltración leucocitaria a la placenta y la infección directamente al feto, ambos casos no son equivalentes, por eso no se presentan de manera conjunta.

Esta denominación se define como una inflamación de amnios de carácter histológico de la infección bacteriana en las membranas donde se aloja el feto, la placenta y el útero.

Las investigaciones en este aspecto indican que el 0,5-10% de las mujeres gestantes infectadas corren el riesgo del morbimortalidad materna y neonatal; también existen casos donde la mortalidad materna está directamente relacionada con la corioamnionitis, que muchas veces son raras. La incidencia de presencia de la corioamnionitis histológica en el cuerpecito del bebé es mucho más común en mujeres con embarazo pretérmino, aquí tenemos algunas referencias del caso: 40% con 24 y 28 semanas de gestación; 30% con 28 y 32 semanas de gestación; 20% con 30 y 36 semanas de embarazo, el 10% con embarazos mayores de 37 semanas han mostrado infección en el parto pretérmino, y deja como secuelas neonatales como parálisis cerebral, dificultad respiratoria y la displasia broncopulmonar.



Fisiopatología

En la ciencia médica, los especialistas indican que existen varios tipos de infecciones, el más común es el contagio mediante el tracto genital inferior de la mujer. Estos casos se presentan con frecuencia cuando la madre sufre la ruptura de membranas desde muy temprana edad o ruptura mecánica. Los casos de corioamnionitis contagiada con la infección polimicrobiana, causa el debilitamiento del organismo en pocos minutos denominados aerobios y anaerobios. Otras infecciones que provocan la enfermedad es por vía hematógica o transplacentaria; pues bien, existen infección por continuidad y se presentan en la pelvis y en la transuterina que ocasionan infecciones más fuertes y peligrosas.

La subclínica

Son infecciones complicadas por la infiltración de las membranas fetales, ocasionadas por los leucocitos polimorfonucleares. Los datos clínicos reportan el 20% de partos a término y el 50% de partos prematuros que causan infecciones neonatales.

La clínica

Es procedimientos que la ciencia médica ha puesto en práctica la equivalencia de tratamientos mediante los datos clínicos certificadas con la infección materno y fetales; donde las membranas fetales son causadas por los leucocitos que se encuentra de 1-2% de partos a término y en el 5-10% de partos prematuros.



2.1.1.1.2. Tipos de parto

Mencionamos los siguientes tipos de partos:

Parto vaginal: Llamado también parto eutócico. Es un proceso clínico pacienzudo donde es producida la salida del feto de la placenta haciendo pujos por vía vaginal. La OMS ha definido este tipo de parto como un proceso normal y no corre riesgos donde el bebé nace de manera espontánea, solamente con el esfuerzo de la madre en posición cefálica.

Parto distócico: Este tipo de parto se lleva con la participación de médicos obstetras. El obstetra encuentra problemas de parto normal o eutócico. Los partos distócicos son instrumentales, aquí utilizan utensilios mecanizados, como la ventosa, las espátulas o son instrumentos quirúrgicos (cesárea). Dicho de otra manera, son partos donde se utilizan instrumentos quirúrgicos para atender este tipo de partos, llamados cesárea.

2.1.1.1.3. Desprendimiento prematuro de la placenta

Cuando nace el bebé, el órgano reproductor de la mujer no queda vacío, sino falta cumplir otra función de expulsar la placenta. Aquí viene el desprendimiento temprano de la placenta ubicada en el útero de la mujer antes de que nazca el bebé.

- El siguiente paso es la evaluación de la prueba de coagulación de la sangre, pero, por recomendación médica puede ser en la cama. Tener mucho cuidado de este proceso de coagulación. El coágulo



debe formarse después de 7 minutos de la intervención médica, produce una coagulación sospechosa, llamada blando (20)

- El indicador, quizá más sea el más seguro, es cuando existe la transfunda necesaria cuando produce la sangre fresca cuando el parto está cerca.
- Si el cuello uterino de la mujer a punto de dar luz está totalmente dilatado y el vértice se encuentra en el tercer o cuarto plano de Hodge, por insistencia médica realizar la extracción con la técnica de ventosa obstétrica
- La recomendación inmediata del médico es, si el parto vaginal normal no es inminente, entonces si tiene que recurrir a la intervención de una cesárea.

Nota: La salida prematura de la placenta produce el sangrado moderado, indica que la madre no está en peligro inmediato. Entonces, para estos casos, el latido cardíaco fetal depende de:

- Cuando la cardíaca fetal es normal, entonces es urgente proceder a romper las membranas con una pinza Kocher:
- Cuando las contracciones para expulsar la placenta es deficiente, ayudar a introducir el trabajo con oxitocina.
- Cuando se presenta casos donde el cuello uterino no se encuentra cerrado, se recomienda realizar inmediatamente una cesárea. Y, cuando la presentación fetal es anormal (menos de 100 o más de 180 latidos por minuto), ayuda a realizar el parto vaginal rápido.



2.1.1.1.4. Infección puerperal

La infección puerperal bacteriana produce después del parto vaginal. El 70% de las muertes vinculadas con el embarazo provocan muertes vinculadas de similar análisis de la población en diferentes partes del mundo y 40% están enmarcadas también con muertes maternas infecciones fue prevenible.

Cuando se realiza el respectivo diagnóstico a la paciente, se observa los siguientes indicadores: fiebre a 38,5°C, tipo remimente doloroso a la palpación con loquios fétidos. Entonces se presume el inicio de una infección placentario.

Los factores que provocan riesgos en una infección son:

a) En el parto vaginal normal:

- Bajo nivel económico para recurrir a un establecimiento médico.
- Nutrición deficiente de parte de la madre gestante.
- Anemia ferropénica por falta de atención médica inmediata.
- Diabetes por consumo de mucha bebida gasificada y preocupación.
- Vaginitis infectada por bacterias que infectan los órganos reproductores.

b) En el parto por cesárea:

- Atención del trabajo de parto muy prolongado de tiempo.
- Ruptura prematura de membrana por algún defecto del parto.
- Constancia inminente del parto traumático por factores externos.
- Desgarro de tactos vaginales en forma repetitiva.
- Después de una intervención quirúrgica, produce la retención de restos placentarios en el útero.



Tipos de infección puerperal

a) Infección Puerperal Localizada

- Vulvitis puerperal que infecta a la vulva vaginal.
- Vaginitis puerperal que infecta directamente a la vagina.
- Cervicitis puerperal que ataca a la cerviz de la mujer.
- Endometritis puerperal que ataca a las partes externas de la vagina.

b) Infección Puerperal Propagada

- Salpingitis y salpingooforitis puerperal que infecta en forma sospechosa al órgano reproductor femenino.
- Metritis puerperal infecta a las partes finas del órgano reproductor femenino.
- Parametritis puerperal, infecta desgarrados sangrados al órgano reproductor femenino.
- Peritonitis puerperal, infecta a los restos placenteros en el útero.
- Tromboflebitis séptica puerperal, son desgarrados peligrosos en el órgano reproductor femenino.
- Septicemia puerperal infecta por causa de ruptura prematura de la membrana vaginal.

2.1.1.1.5. Parto pre término.

Este parto produce en las 37 semanas completadas de embarazo; es decir antes de haber cumplido los 259 días que se cuenta desde la fecha de última regla menstrual; el control del crecimiento del feto debería ser tratada por la ecografía en el 1er trimestre de la gestación.



Clasificación de la ruptura de la membrana, según su origen:

- El periodo del pre término espontáneo o idiopático (50%).
- El periodo del pre término asociado por rotura temprana de membranas (RPM) (25%).
- Periodo de pre término con intervención médica (25%), debido a la presencia de enfermedades de nivel materna y fetales (retraso del crecimiento intrauterino, sufrimiento fetal en el interior del útero, enfermedades maternas con desgarros sanguíneos).

2.1.1.1.6. Oligoamnios.

Es la cantidad del volumen de líquido amniótico que se presenta, generalmente, antes del quinto mes de edad gestacional. Estos casos están en relación constante con el aumento de la morbilidad y mortalidad perinatal a cualquier edad gestacional, estos casos son peligrosos para la madre y el feto; estos riesgos detectados su peligrosidad debe ser tratado para no infectar los órganos productores durante el segundo trimestre. Si es que no se tratan en su tiempo prudencial tiende a aumentar la mortalidad perinatal alcanzando del 80% al 90%.

La hipoplasia pulmonar puede ser el resultado de la falta de líquido inhalado en los alveolos pulmonares, con déficit de expansión y del crecimiento del pulmón. Además, el oligoamnios puede provocar una secuencia mal formativa en el 10% a 15% de los casos, caracterizada por anomalías craneales, faciales y esqueléticas. (24)



2.1.2. Rompimiento temprano de membrana

El rompimiento temprano de membranas pre término producen cualquier época del año, esta rotura es antes del parto; antes de haber cumplido el feto las 37 semanas de vida. Estos casos son causados por una variedad de factores patológicos, incluida la infección intra amniótica. Existen factores fundamentales para estos casos de partos tempranos, la mayoría de los casos obedece a las mujeres de condición económica baja, masa corporal bajo deficiencias nutricionales.

Las madres gestantes que han sido infectadas con la rotura de membranas a pre término, afecta en embarazo siguiente. Sin embargo, la experiencia connota que casi todos los casos que han sido intervenidos con la rotura a pre término se presentan con algunos casos de riesgo no tan peligrosos.

Diagnóstico: El diagnóstico que constata la salida de líquido amniótico muestra una oscilación de 80- 90% son evidenciadas de colocar un espéculo, tras realizar con mucho cuidado las maniobras de valsalva. En estas prácticas se ha visto que un 10-20% de los casos se puede apreciar apreciaciones dudosas en el diagnóstico, puesto que los determinantes son:

- a) El escape fluidez de líquido amniótico es intermitente.
- b) En casos de peligrosidad del tratamiento médico, el aparato reproductor femenino debe entra en un cuidado intensivo durante la exploración física.



- c) Cuando se experimenta el caso de tratamiento médico, se percibe con la prueba de secreciones cervicales, semen, sangre, orina.

Se recomienda ejecutar estas pruebas:

1. Confrontación de vaginosis: mediante test colorimétrico.

En este caso, el líquido amniótico es totalmente alcalino ($\text{pH} > 6.5$), se observan lecturas falsos como positivos en los elementos como en el semen, la orina, la sangre, la vaginosis bacteriana y falsos negativos denominado candidiasis.

2. Ecografía fetal: el tratamiento es especial en los elementos positivos de bajo un previo análisis. Presenta escasa sensibilidad y especificidad connotativa. Las pruebas no son confiables, hay duda del proceso diagnóstica.

Tipos de rompimiento temprano de membranas

- a) **RPM a Término:** el rompimiento adelantado de membranas ocurre a término de 37 semanas de embarazo.
- b) **RPM Pretérmino:** el rompimiento adelantado de membranas produce antes de 37 semanas de gestación. Este tipo de partos, necesita mecanismos patológicos, la infección intra amniótica.
- c) **Antibioterapia:** en estos casos se utiliza el espectro hasta obtener resultados dentro de un máximo de 5 días con ampicilina.



2.2. Antecedentes de investigación

Internacionales

Altamirano C, Tapia P. (2015). "Pacientes con rompimiento precoz de membranas pretérmino (RPMP). Se ha detectado el rompimiento precoz de membranas en 5,03% de 19,390 partos atendidos en HGOIA. La complicación fetal fue 17,5%, infestación materna 6,6%, muerte fetal 4,4%, separación placentaria 1,5%. **Conclusión:** El rompimiento precoz de membranas ha sido en bien del fetal y la infección de la madre; no hubo muerte fetal intrauterina.

Ortiz F, y otros (2017). "la ruptura temprana de membranas amnióticas. México. El más frecuente de rompimiento fue 44.8%. La RPM tiene relación con mayor frecuencia de SDR el 69.2% y 52%, $p = 0.02$. La hemorragia intraventricular fue < 32 SEG con RPM (4/13 contra 0/16, $p = 0.03$). Fallecieron 5 que equivale < 32 SEG $p = 0.63$). **Conclusión:** La ruptura prematura de las membranas ha sido asociada más con SDR acompañada con hemorragia intraventricular.

Nacionales

Hoyos J. (2017). "complicaciones perinatales en la ruptura temprana de membranas". El 81,8% de mujeres que tienen 20 a 35 años de edad, 50,0% convivientes, 48,3% viven en la zona rural, 63,8% con primaria, 50,0% secundaria; recién nacidos masculino 51,7%; parto vaginal 51,7%; con RPM 87,9%; sin cérvico-vaginitis 93,1%; infección urinaria 51,7%. Nacimientos por rompimiento temprano masculino 51,0%.



Corpus R. (2017). “Tropiezos maternas en la separación precoz de membranas pretérmino, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz. En el año 2016 fue 2.0% y 1.8% en el año 2017. Gestantes e 20 y 34 años de edad, 68.6%, convivientes 75.2%, con secundaria 38.1%, zona rural 56.2%, multigestas 61%, control prenatal inadecuado 59%. Edad gestacional de 28 y 34 semanas 50.5%, parto pretérmino 61%, parto vaginal 57.1%, casos hospitalizada de 1 a 3 días 71.4%. **Conclusiones:** Las complicaciones maternas más frecuentes fueron por ruptura prematura de membranas pretérmino.

Gutiérrez M. (2018). “Rotura prematura de membranas en gestantes pretérmino”. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 2018. El ginecólogo obstetra en la práctica de la obstetricia enfrenta problemas por rotura de membranas en gestantes pretérmino. Ocurre infección que no permite mantener el normal proceso de gestación, corre en riesgo de perder la vida del bebé recién nacido.

Marquina G. (2017). “Separación temprana de membrana vaginal en pacientes del Hospital Santa Rosa. De 174 pacientes cuyas edades oscilan entre 27 a 33 años. Se ha detectado factores la anemia gestacional. Infección cérvico vaginal, del tracto urinario. **Conclusiones:** Factores detectados con riesgo por ruptura prematura de membrana vaginal con infección cérvico-vaginal yn urinaria.

Juárez M, Loo M. (2020). “Ruptura prematura de membranas en el Hospital Terciario de Lima. De 102 gestantes, el 45% presenta neumonía y 55 % sin neumonía.



Calderón R. (2016). "complicaciones de con ruptura prematura de membranas en el Servicio Gineco Obstetricia, Hospital de Andahuaylas. Pacientes de 26 a 29 años de edad. Mujeres gestantes con riesgo de 13 y 42 años de edad 38% instrucción secundaria 53%, masa corporal Normal 19%, sobrepeso 51.4%, infección urinaria 56.9%, no presentan infección vaginal 95.8%. **Conclusión:** Edad gestacional mínima es de 27 semanas y máxima de 42 semanas.

Carhuas A. (2018)."complicaciones de bebés nacidos de madres con retardos obstétricas. Hospital II EsSalud. Pasco". Se ha identificado complicaciones de bebés nacidos 80%, sin complicaciones 20%. Complicaciones por rompimiento precoz de membranas 33%, con inducción del embarazo 26.67%, con tracto urinario 20%, hipertensión inducida por embarazo 10%, con oligohidramnios 6.6%, con polihidramnios.

Las características de las madres, edades oscilan de 20 a 30 años 60%, instrucción secundaria 63.33%, primaria 40%, parto vaginal 66%, controles prenatales 77.33%, recién nacidos de madres con complicaciones obstétricas 50%, con retención del peso 46,67%, bajo peso con 1,500g y 2,500g 66% y 67%. Complicaciones perinatales de los recién nacidos 33%, prematuridad 20%, con sepsis neonatal 20%, asfixia y otras causas 20 %.

Ccollque R. (2017). "Rotura temprana de membranas pretérmino y complicaciones materno-perinatales". Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2017. Edad gestacional de 24 a 36 semanas 48.6%, con controles



prenatales 62.9%, parto por cesárea 64.3%, separación prematura de placenta 5.7%, infección puérpera 4%, asfixia perinatal 15.7%, muerte perinatal 8.6%. **Conclusiones:** Pacientes de 24 a 36 años de edad con 6 semanas de gestación que padecen complicaciones maternas y muertes perinatales.

Quispe C. (2014). Rotura temprana de membrana vaginal y complicaciones de gestantes en el hospital Rezola-Cañete 2014.

Resultados: Complicaciones maternas endometritis 2%, corioamnionitis 5.3%, sin tratamiento 1.3%, nacimientos prematuros 0.7%, dificultad respiratoria 9.3%, sufrimiento fetal de 1 a 6 horas 59.3 %, la edad materna 64.4%, adultas 83.3%. **Conclusiones:** Complicaciones maternas perinatales a consecuencia de ruptura temprana de membrana vaginal.

Regionales

Mullisaca J. (2018). "ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, 2019". **Resultados:** La frecuencia de ruptura prematura de membranas fue 6% de los partos. De la zona rural con riesgo significativo 95%, con anemia gestacional 95%, con controles prenatales 95%, infección urinaria en la gestación 95% **Conclusión:** El mayor % de ruptura prematura ha sido mujeres embarazadas de la zona rural.



CAPÍTULO III

PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y RESULTADOS

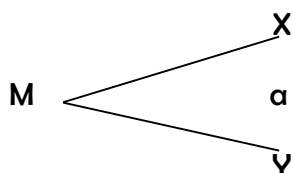
3.1. PLANIFICACIÓN

3.1.1. Métodos

En el presente estudio se ha utilizado el método cuantitativo. También para el recojo de información se ha utilizado encuestas, estadísticas y matemáticas para obtener resultados.

3.1.2. Diseño

El diseño utilizado fue transversal y correlacional. La investigación tiene como propósito evaluar la relación que exista entre las dos variables”.



Dónde:

M = Indica muestra

X = Indica variables de complicaciones



y = Indica variable neonatales y maternas

r = Indica la relación probable de las variables

El acopio de datos ha sido en el Hospital de Apoyo Sandia.

3.1.3. Población

Población total 145 gestantes que acudieron al Hospital de Sandia.

3.1.4. Muestra

La población muestra se calculó utilizando la fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}{e^2(N - 1) + Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}$$

Dónde:

n = es tamaño de la muestra tomada

N = es universo poblacional utilizada.

Z = es Nivel de confianza 95% -> Z=1,96

e = es probabilidad de éxito (0.5)

Q = es probabilidad de erro (0.5)

$$n = \frac{145 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(145 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{145 \times 3.84 \times 0.25}{0.0025 \times 144 + 3.84 \times 0.25}$$

$$n = \frac{139.2}{1.32}$$

$$n = 105.4$$

La muestra es 105 gestantes atendidas.

3.1.5. Técnica, instrumento y fuentes de recolección de datos

a) Técnica

Ha sido utilizada la encuesta, una técnica más extendido en el campo de la salud.

b) Instrumento

E instrumento que se ha empleado ha sido el cuestionario.

3.1.6. Técnica de procesamiento y análisis de datos

Hemos preparado fichas de recolección de datos, luego elaboramos las tablas y finalmente el contrastaste con la prueba de χ^2 .

Operacionalización de variables

VARIABLE 1	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALAS DE VALORACIÓN
1. Complicaciones	1.1. Neonatales	1.1.1. Sufrimiento fetal.	Agudo Crónico No presentó
		1.1.2. Prolapso de cordón	Prolapso franco Prolapso oculto. No presentó
		1.1.3. Peso al nacer	> de 2500 gr ≤ de 2500 gr
		1.1.4. Asfixia neonatal	Leve Moderada No presentó
		1.1.5. Sepsis neonatal	Probable Confirmada
	1.2. Maternas	1.2.1. Corioamnionitis	Clínica Sub clínica No presentó
		1.2.2. Tipo de parto	Vaginal Cesárea
		1.2.3. Infección puerperal	Localizada Generalizada
		1.2.4. Parto pretérmino	Amenaza Culminación
		1.2.5. Oligoamnios	Moderado 100-500ml Severo < a 100ml
Variable 2	Dimensiones		Escalas de Valoración

2. Ruptura Prematura de Membrana	2.1 Tipos de ruptura Prematura de Membrana	Ruptura Prematura de Membrana Pretérmino Ruptura Prematura de Membrana de a Término
----------------------------------	---	--

3.2. RESULTADOS

TABLA 1
GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE SANDIA POR SUFRIMIENTO FETAL

Sufrimiento fetal.	Ruptura prematura de membrana					
	Ruptura Prematura de Membrana de Pretérmino		Ruptura Prematura de Membrana de Término		Total	
	f	%	f	%	f	%
Agudo	16	15.2	10	9.5	26	24.7
Crónico	15	14.3	10	9.5	25	23.8
No presentó	45	42.9	9	8.6	54	51.4
Total	76	72.4	29	27.6	105	100.0

FUENTE: Cuestionario previamente elaborado

$$X^{2cal} = 6.69 > X^{2tab} = 5.99 \quad gl = 2 \quad ns = 0.00$$

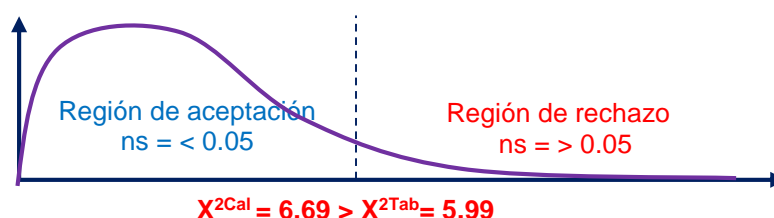
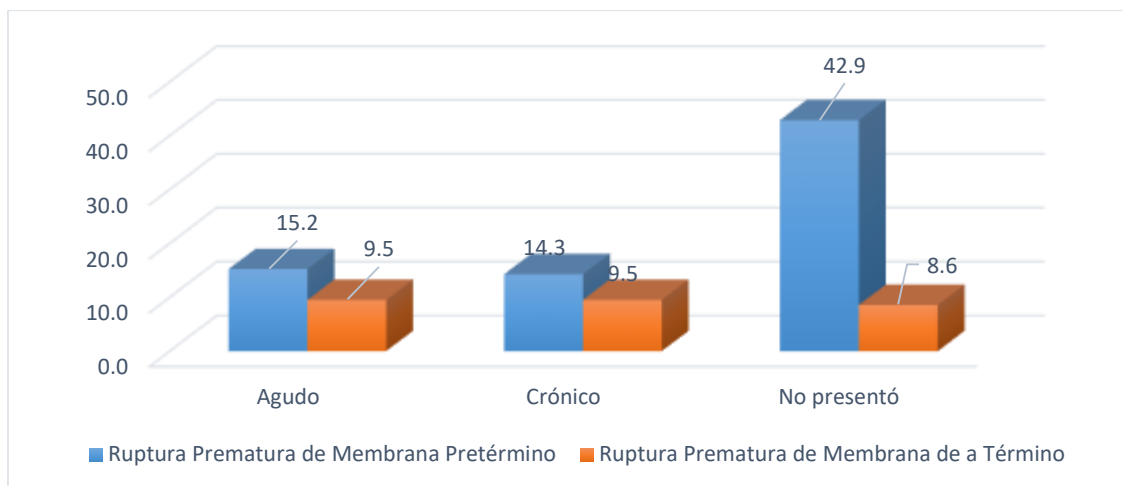


GRAFICO 1

GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE SANDIA POR SUFRIMIENTO FETAL



FUENTE: Tabla 1

INTERPRETACIÓN

Apreciamos la Tabla y gráfico N 1, la variable sufrimiento fetal con la ruptura prematura membrana. Del 100% de los datos: el 51.4% no existe sufrimiento fetal, 24.7% sufrimiento fetal agudo, 23.8% padecen sufrimiento fetal crónico.

La ruptura prematura de membrana pretérmino, el 42.9% no existe tolerancia fetal, 15.2% con paciencia fetal agudo, 14.3% resignación fetal crónico. La ruptura prematura de membrana de término fue 9.5% con resignación fetal agudo y crónico y el 8.6 % no presentó paciencia fetal.

El estadístico utilizado fue el χ^2_{CAL} con 6.69, que es mayor al χ^2_{TAB} con 5.99, con 2 gl, y ns de 0.000. Concluyendo que existe asociación significativa entre el sufrimiento fetal y la ruptura prematura de membrana.

El estudio realizado por Quispe C. "Ruptura temprana de membranas en gestantes en el Hospital Rezola – Cañete" dio a conocer que el 0.7% presentaron complicaciones en el sufrimiento fetal agudo.

En el presente trabajo académico el sufrimiento fetal que se presentó con mayor asociación fue el agudo con 24.7%.

El sufrimiento fetal es una alteración que sufre el feto por diversas causas, debido a los cambios del medio que presenta ocasionados por la pérdida de líquido amniótico que puede ocasionar compresión del cordón y disminución del flujo sanguíneo.

TABLA 2

GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE SANDIA POR PROLAPSO DE CORDÓN ASOCIADO A RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA, SANDIA 2021.

Prolapso de cordón	Ruptura prematura de membrana				Total	
	Ruptura Prematura de Membrana Pretérmino		Ruptura Prematura de Membrana de Término			
	f	%	f	%	f	%
Prolapso franco	7	6.7	4	3.8	11	10.5
Prolapso oculto	3	2.9	6	5.7	9	8.6
No presentó	66	62.8	19	18.1	85	80.9
Total	76	72.4	29	27.6	105	100.0

FUENTE: Cuestionario previamente elaborado

$$X^{2cal} = 8.46 > X^{2tab} = 5.99 \quad gl = 2 \quad ns = 0.00$$

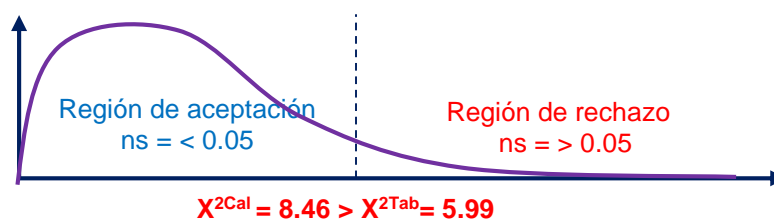
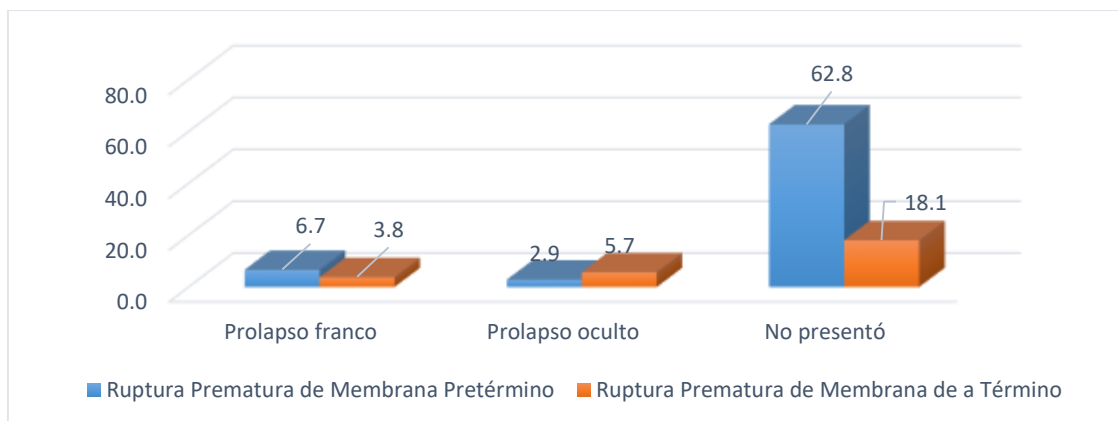


GRAFICO 2

GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE SANDIA POR PROLAPSO DE CORDÓN ASOCIADO A RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA, SANDIA 2021.

FUENTE: Tabla 2

INTERPRETACIÓN

En la Tabla y grafico N° 2, describimos la variable prolapso de cordón con ruptura prematura de membrana. El 100% de los datos: el 80.9% no presentó prolapso de cordón, 10.5% presentaron prolapso franco, 8.6% prolapso oculto.

La ruptura prematura de membrana pretérmino: el 62.8% no presentó prolapso de cordón, 6.7% prolapso franco, 2.9% prolapso oculto. La ruptura prematura de membrana de término: el 18.1% no existe prolapso, 5.7% prolapso oculto, 3.8% prolapso franco.

El estadístico utilizado fue el χ^2_{CAL} con 8.46, que es mayor al χ^2_{TAB} con 5.99, con 2 gl, y ns de 0.000. Concluyendo que existe asociación significativa entre el prolapso de cordón y la ruptura de membrana.

En el estudio realizado por Hoyos J.: "complicaciones materno-perinatales por rotura temprana de membranas de pretérmino. Donde el 17.6% presentaron prolapso de cordón.

En el presente trabajo académico el prolapso de cordón que se presentó con mayor asociación fue el franco con 10.5%.

La complicación neonatal que se presenta en el trabajo de parto es el prolapso de cordón para lo cual se tiene que tomar las medidas preventivas en el tiempo de latencia.

TABLA 3

GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE SANDIA POR PESO AL NACER ASOCIADO A RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA, SANDIA 2021.

Peso al nacer	Ruptura prematura de membrana				Total	
	Ruptura Prematura de Membrana Pretérmino		Ruptura Prematura de Membrana de Término			
	f	%	f	%	f	%
> de 2500 gr	50	47.6	0	0.0	50	47.6
≤ de 2500 gr	26	24.8	29	27.6	55	52.4
Total	76	72.4	29	27.6	105	100.0

FUENTE: Cuestionario previamente elaborado

$$X^{2cal} = 36.42 > X^{2tab} = 3.84 \quad gl = 1 \quad ns = 0.00$$

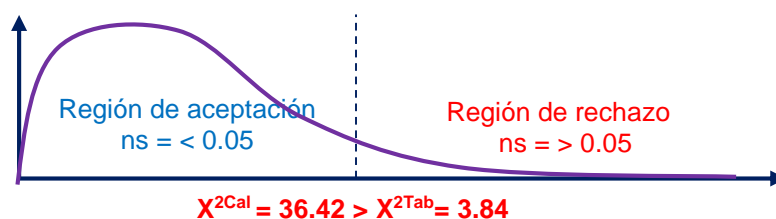
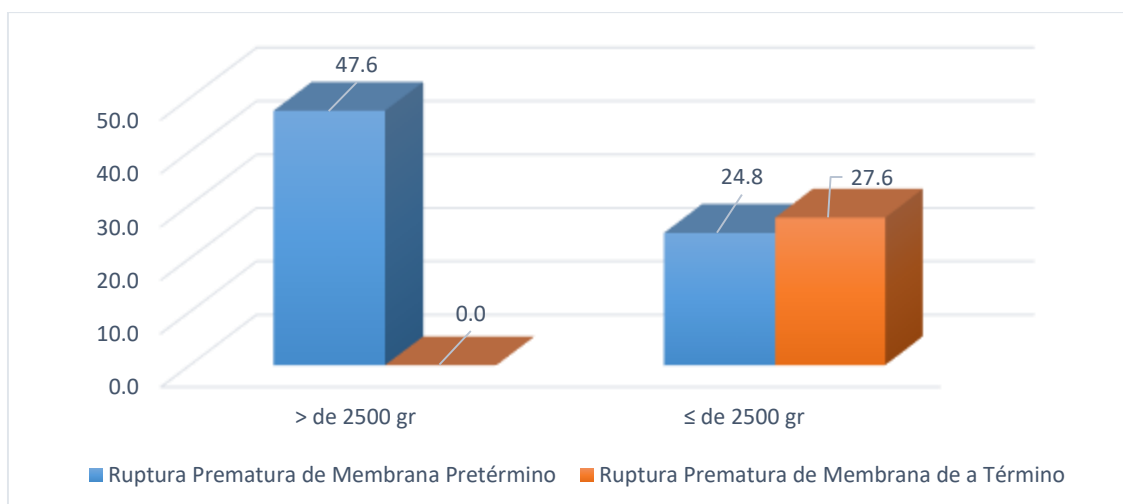


GRAFICO 3

GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE SANDIA POR PESO AL NACER ASOCIADO A RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA, SANDIA 2021.

FUENTE: Tabla 3

INTERPRETACIÓN

Los datos analizados en la Tabla y gráfico N° 3, donde la variable peso al nacer con ruptura prematura de membrana, el 100% de los datos, el 52.4% el peso fue menor a 2500 gramos seguido del 47.6% mayor de 2500 gramos

la ruptura prematura de membrana pretérmino: 47.6% peso del recién nacido ha sido 2500 gramos, seguido del 24.8% menor de 2500 gramos. Pues, el rompimiento temprano de la membrana es 27.6% el peso fue menor a 2500 gramos

El estadístico utilizado fue el χ^2_{CAL} con 36.42, que es mayor al χ^2_{TAB} con 3.84, con 1 gl, y ns de 0.000. Concluimos que existe relación entre el peso del recién nacido y rotura precoz de membrana vaginal.

El estudio de Carhuas A. "Estorbos perinatales de recién nacidos de madres con complicaciones obstétricas. El 46.67% de bebés nacidos fluyen bajo peso al nacer con 1500 a 2500 gramos

Entonces, indicamos que el peso del recién nacido ha sido con 2500 gramos que equivale a 52.4%.

Al no completarse el tiempo adecuado de gestación el producto no tiende a desarrollarse completamente y por consiguiente su peso se encuentra disminuido.

TABLA 4

GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE SANDIA POR ASFIXIA NEONATAL ASOCIADO A RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA, SANDIA 2021.

Asfisia neonatal.	Ruptura prematura de membrana				Total	
	Ruptura Prematura de Membrana Pretérmino		Ruptura Prematura de Membrana de Término			
	f	%	f	%	f	%
Leve	14	13.3	14	13.3	28	26.6
Moderada	18	17.2	4	3.8	22	21.0
No presentó	44	41.9	11	10.5	55	52.4
Total	76	72.4	29	27.6	105	100.0

FUENTE: Cuestionario previamente elaborado

$$X^{2cal} = 6.69 > X^{2tab} = 5.99 \quad gl = 2 \quad ns = 0.00$$

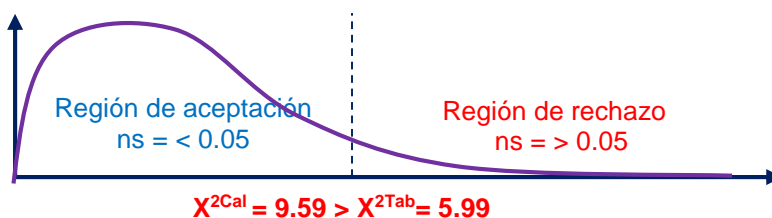
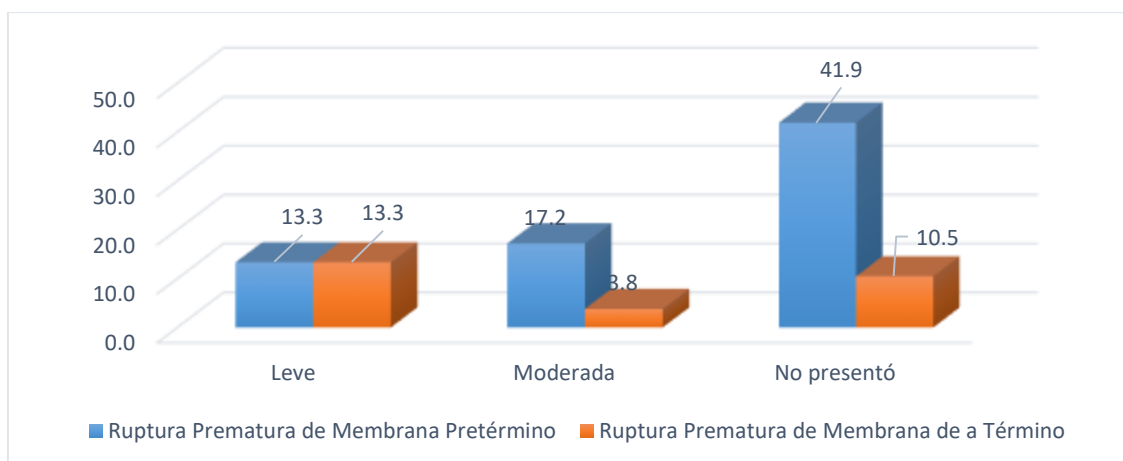


GRAFICO 4

GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE SANDIA POR ASFIXIA NEONATAL ASOCIADO A RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA, SANDIA 2021.

FUENTE: Tabla 4

INTERPRETACIÓN

Observando la lectura de Tabla y grafico N° 4, sobre la variable asfixia neonatal y rotura prematura de membrana. El 52.4% no tiene asfixia neonatal, 26.6% asfixia neonatal leve, 21% asfixia neonatal moderado.

Por rotura prematura de membrana, el 41.9% no presenta asfixia neonatal, 17.2% asfixia neonatal moderada, 13.3% asfixia neonatal leve. Entonces, en el rompimiento de membrana, el 13.3% presenta asfixia neonatal leve, 10.5% no presentó asfixia neonatal, 3.8% asfixia neonatal moderada

El estadístico utilizado fue el χ^2_{CAL} con 6.69, que es mayor al χ^2_{TAB} con 5.99, con 2 gl, y ns de 0.000. Concluyendo que existe asociación significativa entre la asfixia neonatal y la ruptura prematura de membrana.

En el estudio de Carhuas A.. "Recién nacidos de madres con complicaciones obstétricas. El 6.67% de los recién nacidos presentaron asfixia neonatal.

En el presente trabajo académico la asfixia neonatal que se presentó con mayor asociación fue la leve con 26.6%.

La ruptura de membrana origina compresion de los anexos ovulares y con ello disminucion del presion de oxigeno en la sandre del cordon umbilical dando como consecuencia dificultad respiratoria en el recien nacido.

TABLA 5

GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE SANDIA POR SEPSIS NEONATAL ASOCIADO A RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA, SANDIA 2021.

Sepsis neonatal.	Ruptura prematura de membrana				Total	
	Ruptura Prematura de Membrana Pretérmino		Ruptura Prematura de Membrana de Término		f	%
	f	%	f	%		
Probable	42	40.0	29	27.6	71	67.6
Confirmada	34	32.4	0	0.0	34	32.4
Total	76	72.4	29	27.6	105	100.0

FUENTE: Cuestionario previamente elaborado

$$\chi^{2cal} = 19.186 > \chi^{2tab} = 5.99 \quad gl = 2 \quad ns = 0.00$$

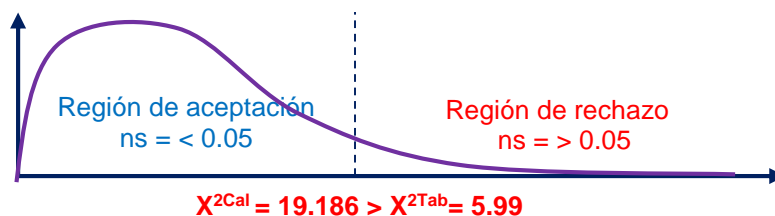
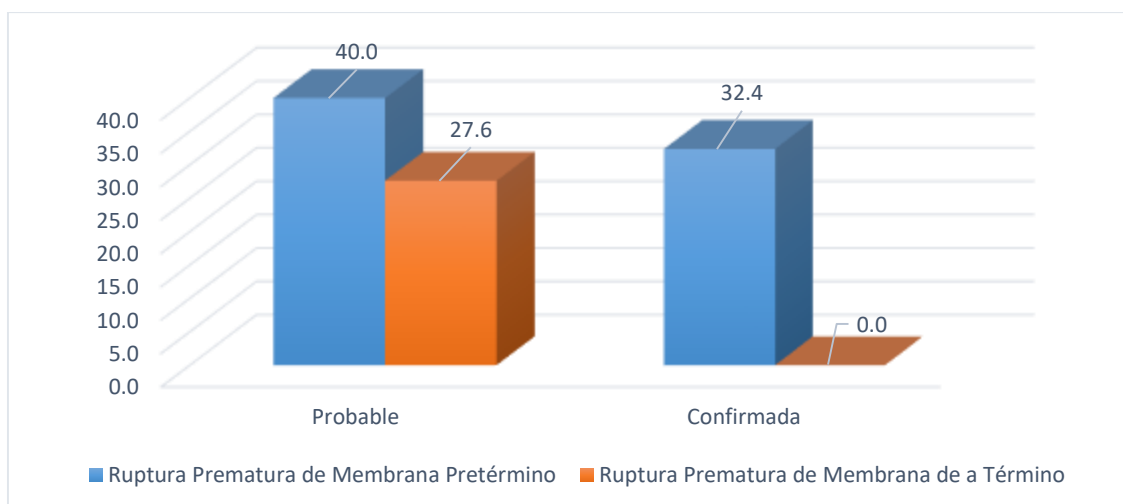


GRAFICO 5

GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE SANDIA POR SEPSIS NEONATAL ASOCIADO A RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA, SANDIA 2021.

FUENTE: Tabla 5
INTERPETACIÓN

Una vez hecha el análisis de la Tabla y grafico N° 5, observamos la variable sepsis neonatal con Rotura temprana de membrana. El 67.6% presenta probable sepsis neonatal, 32.4% sepsis confirmada.

La ruptura prematura de membrana pretérmino, el 40% presentó probable sepsis neonatal, 32.4% sepsis confirmada. La ruptura prematura de membrana de término, don el 27.6% presentó probable sepsis neonatal.

El estadístico utilizado fue el χ^2_{CAL} con 19.186, que es mayor al χ^2_{TAB} con 5.99, con 2 gl, y ns de 0.000. Concluyendo que hay relación entre la sepsis neonatal y rotura precoz de membrana vaginal.

Estudio de Quispe C.. “Rotura temprana de membranas y tropezos perinatales en gestantes en el Hospital Rezola – Cañete”. El 14.6% presentaron sepsis neonatal.

En el presente trabajo académico la sepsis neonatal que se presentó con mayor asociación fue el probable con 67.6%.

La sepsis neonatal al ser una infección en la sangre del recién nacido, se puede presentar en los primeros días de vida, debido a la presencia de microorganismos la cual tiene que ser prevenida en las atenciones prenatales.

TABLA 6

GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE SANDIA POR CORIOAMNIONITIS ASOCIADO A RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA, SANDIA 2021.

Corioamnionitis	Ruptura prematura de membrana				Total	
	Ruptura Prematura de Membrana Pretérmino		Ruptura Prematura de Membrana de Término			
	f	%	f	%	f	%
Clínica	6	5.7	8	7.6	14	13.3
Sub clínica	6	5.7	2	1.9	8	7.6
No presentó	64	61.0	19	18.1	83	79.1
Total	76	72.4	29	27.6	105	100.0

FUENTE: Cuestionario previamente elaborado

$$\chi^2_{cal} = 7.06 > \chi^2_{tab} = 5.99 \quad gl = 2 \quad ns = 0.00$$

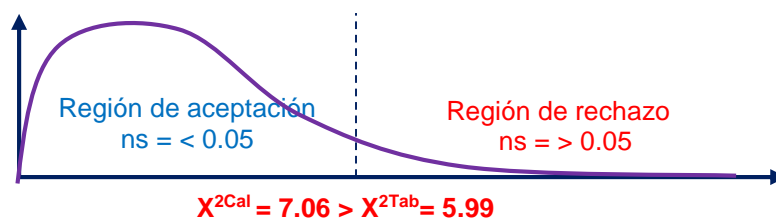
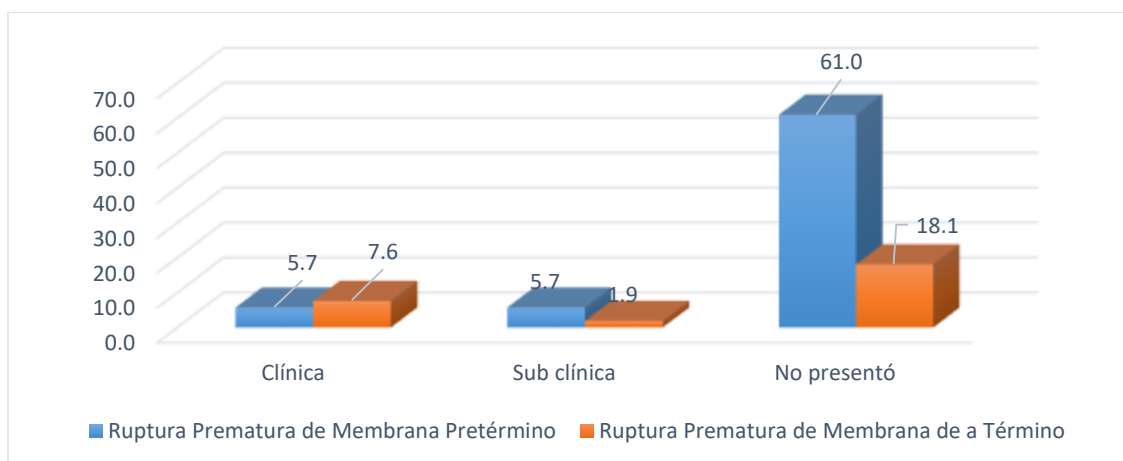


GRAFICO 6

GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE SANDIA POR CORIOAMNIONITIS ASOCIADO A RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA, SANDIA 2021.

FUENTE: Tabla 6

INTERPRETACIÓN

La lectura de la Tabla y grafico N° 6, hemos apreciado la asociación de la variable corioamnionitis con el rompimiento prematuro de membrana. Del 100% de los datos: el 79.1% no presentó corioamnionitis, 13.3% corioamnionitis clínica, 7.6% corioamnionitis sub clínica.

El rompimiento prematuro de membrana, el 61% no hay corioamnionitis, 5.7% corioamnionitis clínica y sub clínica. El rompimiento prematuro de la membrana, el 18.1% no presenta corioamnionitis, 7.6% corioamnionitis clínica, 1.9% corioamnionitis sub clínica.

El estadístico utilizado fue el χ^2_{CAL} con 7.06, que es mayor al χ^2_{TAB} con 5.99, con 2 gl, y ns de 0.000. Concluimos que existe relación significativa entre la corioamnionitis y el rompimiento prematuro de membrana.

El estudio realizado por Corpus R.: “Tropiezos maternas en por el rompimiento prematuro de membranas en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz. Dio a conocer que el 13.3% presentaron complicaciones como la corioamnionitis. (29)

En el presente trabajo académico la corioamnionitis que se presentó con mayor asociación fue la clínica con 13.3%.

La corioamnionitis es una complicación que se presenta por la presencia de bacterias que habitan en la vagina el cual se incrementa cuando existe la presencia de ruptura de más membranas ovulares antes del nacimiento.

TABLA 7

EMBARAZOS EN EL HOSPITAL DE SANDIA POR TIPO DE PARTO ASOCIADO A ROTURA PREMATURA DE MEMBRANA, SANDIA 2021.

Tipo de parto	Ruptura prematura de membrana				Total	
	Ruptura Prematura de Membrana Pretérmino		Ruptura Prematura de Membrana de Término			
	f	%	f	%	f	%
Vaginal	34	32.4	29	27.6	63	60.0
Cesárea	42	40.0	0	0.0	42	40.0
Total	76	72.4	29	27.6	105	100.0

FUENTE: Cuestionario previamente elaborado

$$X^{2cal} = 26.71 > X^{2tab} = 3.84 \quad gl = 1 \quad ns = 0.00$$

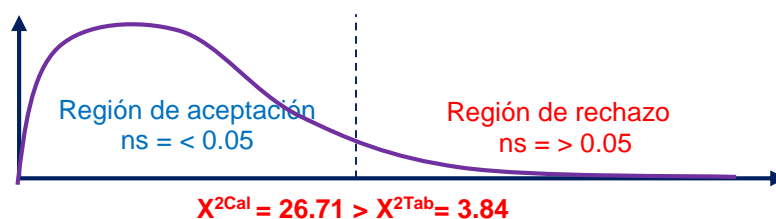
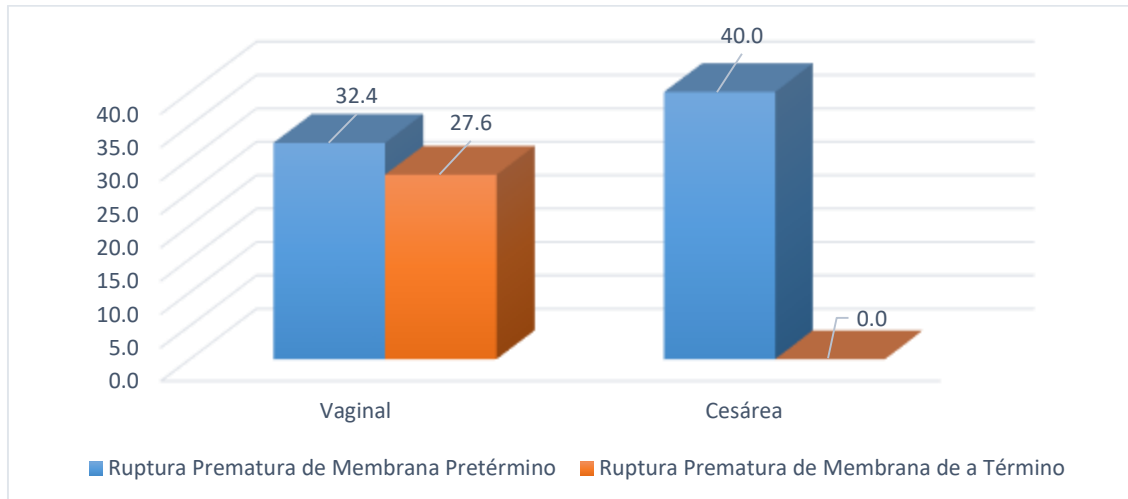


GRAFICO 7

EMBARAZOS EN EL HOSPITAL DE SANDIA POR TIPO DE PARTO ASOCIADO A ROTURA PREMATURA DE MEMBRANA, SANDIA 2021.



FUENTE: Tabla 7

INTERPRETACIÓN

Cuando constatamos el coeficiente en la Tabla y grafico N° 7, la variable tipo de parto con rotura prematura de membrana. Del 100% de los datos, el 60% ha sido parto por vía vaginal, 40% por vía cesárea.

La ruptura prematura de membrana pretérmino: el 40% culminó el parto por vía alta y el 32.4% por vía baja. El rompimiento prematuro de membrana, el 27.6% ha sido parto por vía vaginal

El estadístico utilizado fue el χ^2_{CAL} con 26.71, que es mayor al χ^2_{TAB} con 3.84, con 1 gl, y ns de 0.000. Concluimos existe relación significativa de tipo de parto y la rotura prematura de la membrana vaginal.

El estudio de Altamirano C.; Tapia P. "Obstáculos maternas en pacientes embarazadas con rotura prematura de membrana". El factor la de parto por cesárea fue el compromiso en bienestar fetal.

En el presente trabajo académico, extrajo que el tipo de parto que se presentó con mayor asociación fue la de vaginal con 60%.

La culminación del parto con mayor frecuencia fue el vaginal, por no presentar complicación que solo la ruptura de membrana.

TABLA 8

GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE SANDIA POR INFECCIÓN PUERPERAL ASOCIADO A RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA, SANDIA 2021

Infección puerperal	Ruptura prematura de membrana				Total	
	Ruptura Prematura de Membrana Pretérmino		Ruptura Prematura de Membrana de Término			
	f	%	f	%	f	%
Localizada	72	68.6	24	22.8	96	91.4
Generalizada	4	3.8	5	4.8	9	8.6
Total	76	72.4	29	27.6	105	100.0

FUENTE: Cuestionario previamente elaborado

$$\chi^2_{cal} = 3.84 = \chi^2_{tab} = 3.84 \quad gl = 1 \quad ns = 0.05$$

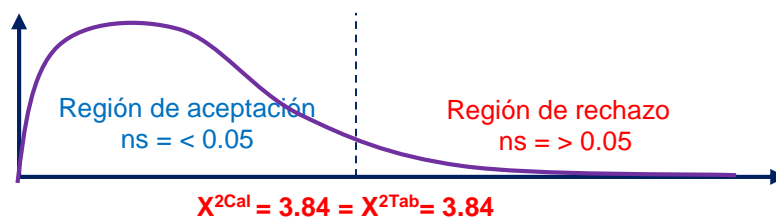
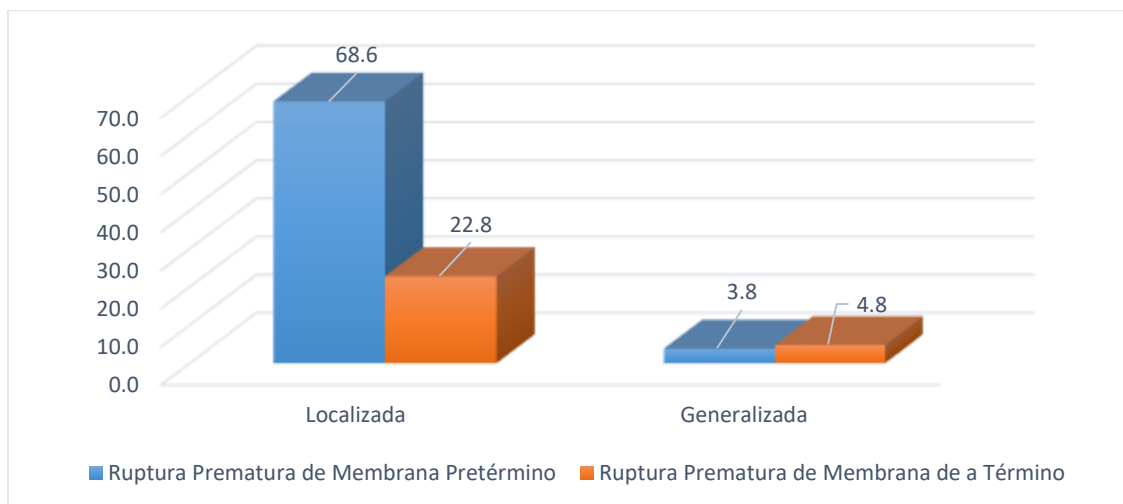


GRAFICO 8

GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE SANDIA POR INFECCIÓN PUERPERAL ASOCIADO A RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA, SANDIA 2021.

FUENTE: Tabla 8

INTERPRETACIÓN

Las frecuencias de análisis de la Tabla y grafico N° 8, concebimos la relación de la variable infección puerperal con la rotura prematura de membrana. Del 100% de los datos: el 91.4% presentó infección localizada, 8.6% infección generalizada.

La ruptura prematura de membrana pretérmino: el 68.6% presentó infección puerperal localizada, 3.8% infección generalizada. La ruptura prematura de membrana de término el 22.8% presentó infección localizada, y el 4.8% infección generalizada.

El estadístico utilizado fue el χ^2_{CAL} con 3.84, que es igual al χ^2_{TAB} con 3.84, con 1 gl, y ns de 0.005. Concluyendo que existe asociación significativa entre la infección puerperal y la ruptura prematura de membrana.

El estudio de Ccolque R.: "Ruptura prematura de membranas ovulares y complicaciones perinatales" Dio a conocer que el 1.4% mostraron complicaciones como la infección puerperal. (35)

En el presente trabajo académico la infección puerperal que se presentó con mayor asociación fue la localizada con 91.4%.

La infección puerperal al ser una complicación posparto que se presenta cuando existe un proceso infeccioso en el embarazo o el parto, por lo tanto, se tiene proveer cualquier proceso infección en las atenciones prenatales.

TABLA 9

GESTANTES CONCURREN AL HOSPITAL DE SANDIA POR PARTO PRETÉRMINO ASOCIADO A RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA, SANDIA 2021.

Parto pretérmino	Ruptura prematura de membrana				Total	
	Ruptura Prematura de Membrana Pretérmino		Ruptura Prematura de Membrana de Término		f	%
	f	%	f	%		
Amenaza	68	64.8	8	7.6	76	72.4
Culminación	8	7.6	21	20.0	29	27.6
Total	76	72.4	29	27.6	105	100.0

FUENTE: Cuestionario previamente elaborado

$$X^{2cal} = 40.21 > X^{2tab} = 3.84 \quad gl = 1 \quad ns = 0.00$$

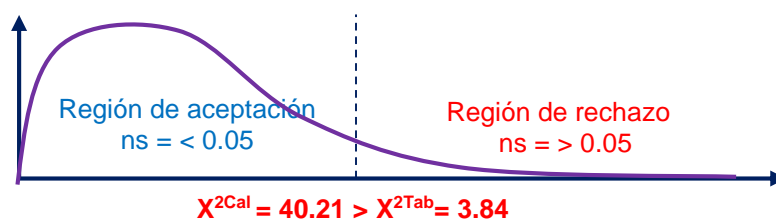
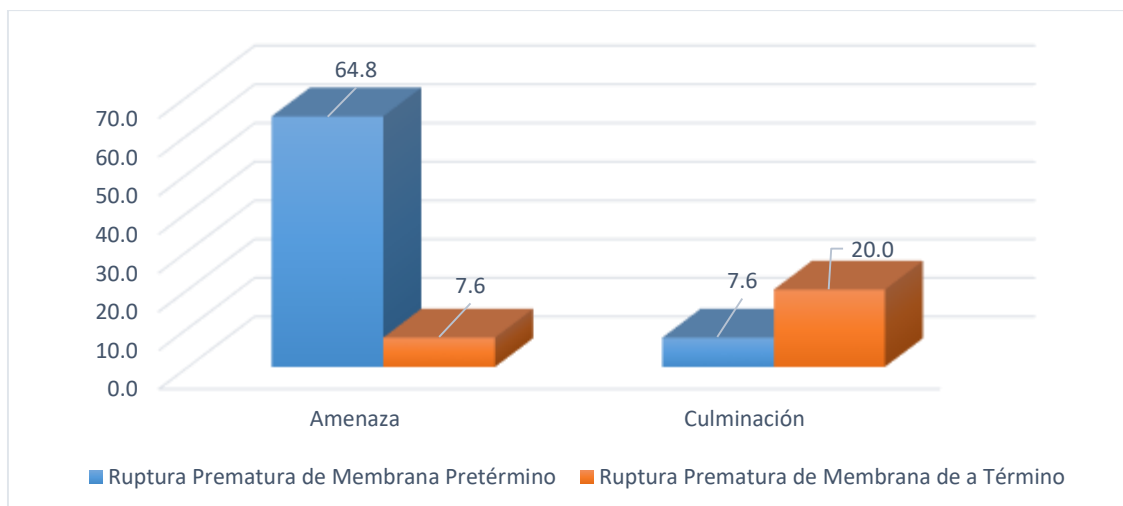


GRAFICO 9

GESTANTES CONCURREN AL HOSPITAL DE SANDIA POR PARTO PRETÉRMINO ASOCIADO A RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA, SANDIA 2021.

FUENTE: Tabla 9

INTERPRETACIÓN

Los datos analizados en la Tabla y gráfico N° 9, se aprecia la variable parto con rotura temprana de membrana. Del 100% de los datos: el 72.4% presentaron amenaza de parto pretérmino seguido de 27.6% que culminó con parto pretérmino.

La rotura temprana de membrana, el 64.8% presentaron amenaza de parto pretérmino y el 7.6% predominó el parto pretérmino. La rotura precoz de membrana, el 20% culminó con parto pretérmino y el 7.6% con amenaza de parto pretérmino.

El estadístico utilizado fue el χ^2_{CAL} con 40.21, que es mayor al χ^2_{TAB} con 3.84, con 1 gl, y ns de 0.000. Concluimos existe relación significativa de parto pretérmino y la rotura prematura de membrana vaginal.

En el estudio realizado por Ortiz F. et. al titulado “Complicaciones neonatales por la ruptura prematura de membranas en recién nacidos de pretérmino”, dio a conocer que el 44.8% presentaron parto pretérmino. (27)

En el presente trabajo académico, detallamos que el parto pretérmino ha sido de mayor relación con 72.4%.

La presencia de parto pretérmino es enorme porque al presentarse la ruptura de las bolsas amnióticas tiene que realizarse la maduración de los pulmones para asegurar la viabilidad del feto, aun sin haber completado sus semanas.

TABLA 10

GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE SANDIA POR OLIGOAMNIOS ASOCIADO POR ROTURA PREMATURA DE MEMBRANA, SANDIA 2021.

Oligoamnios	Ruptura prematura de membrana				Total	
	Ruptura Prematura de Membrana Pretérmino		Ruptura Prematura de Membrana de Término		f	%
	f	%	F	%		
Moderado 100-500ml	47	44.8	8	7.6	55	52.4
Severo < a 100ml	29	27.6	21	20.0	50	47.6
Total	76	72.4	29	27.6	105	100.0

FUENTE: Cuestionario previamente elaborado

$$\chi^2_{cal} = 9.8 > \chi^2_{tab} = 3.84 \quad gl = 1 \quad ns = 0.002$$

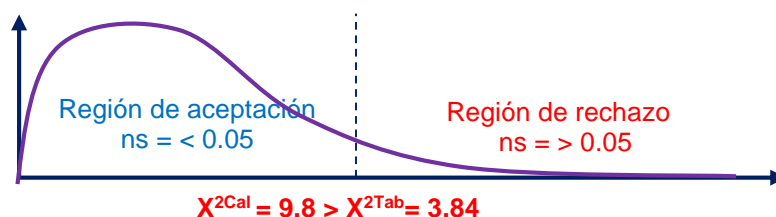
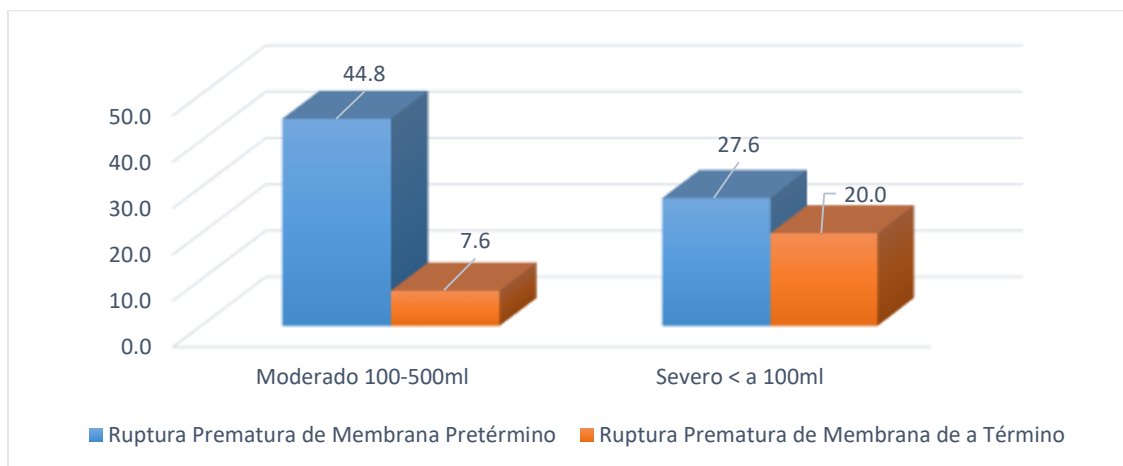


GRAFICO 10

GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE SANDIA POR OLIGOAMNIOS ASOCIADO A ROTURA PREMATURA DE MEMBRANA, SANDIA 2021.

FUENTE: Tabla 10

INTERPRETACIÓN

Conforme analizamos los datos de la Tabla y gráfico N° 10, viendo la asociación de la variable oligoamnios con el rompimiento temprana de la membrana vaginal. Del 100% de los datos, el 52.4% presentó oligoamnios moderado 100 a 500ml de líquido amniótico, 47.6% oligoamnios severo menor a 100 ml.

La ruptura prematura de membrana pretérmino: el 44.8% presentó oligoamnios moderado y el 27.6% oligoamnios severo. El rompimiento temprano de membrana de término, el 20% presentó oligoamnios severo y el 7.6% oligoamnios moderado.



El estadístico utilizado fue el χ^2_{CAL} con 9.8, que es mayor al χ^2_{TAB} con 3.84, con 1 gl, y ns de 0.002. Concluimos existe asociación significativa entre el oligoamnios y la rotura temprana de membrana.

Carhuas A. estudió: "Características de recién nacidos de madres con tropiezos obstétricas, encontró que el 6.6% presentaron oligoamnios.

En el presente trabajo académico el oligoamnios que se presentó con mayor asociación fue el moderado con 52.4%.

El oligoamnios al ser el volumen anormalmente establecido del líquido amniótico. Aunque actualmente se utiliza el ILA menor de 5 cm. Puedo originar compromiso fetal, compresión del cordón umbilical entre otros, en tal sentido se tiene que tener mayor atención en sus revisiones obstétricas.



CONCLUSIONES

PRIMERA: El presente trabajo académico se determinó que las complicaciones neonatales y maternas se asocian generalmente en mujeres gestantes con el rompimiento temprano de membrana en el Hospital de Sandia 2021.

SEGUNDA: Se estableció que las complicaciones neonatales: sufrimiento fetal agudo con 24.7%; prolapso de cordón franco con 10.5%; peso al nacer menor a 2500 gramos con 52.4%; asfixia neonatal leve con 26.6%; probable sepsis neonatal con 67.6% tiene relación con el rompimiento precoz de membrana en gestantes del Hospital de Sandia.

TERCERA: Estadísticamente se reconoció que las complicaciones maternas: corioamnionitis clínica con 13.3%; tipo de parto vaginal con 60%; infección puerperal localizada con 91.4%, amenaza de parto pretérmino con 72.4%, oligoamnios moderado con 52.4%; por lo que muestra relación con la rotura temprana de membranas en gestantes del Hospital de Sandia



RECOMENDACIONES

PRIMERA: Recomendación al director del Hospital de Sandia realizar coordinaciones con la estrategia materno perinatal y capacitación de la Red Sandia, para que puedan efectuar fortalecimiento de sus capacidades con el fin de detectar a tiempo las complicaciones neonatales y maternas en las gestantes que acuden al establecimiento

SEGUNDA: Se sugiere a los médicos obstetras del Hospital de Sandia coordinar mediante la oficina de imagen institucional realizar orientaciones radiales o televisivas sobre las complicaciones neonatales que se presentan en la ruptura prematura de membrana

TERCERA: También van las recomendaciones a los especialistas en medicina del Hospital de Sandia coordinar con otros sectores estratégicos en salud, para fomentar de prevenir las posibles complicaciones y riesgos que se presentan las madres en las gestantes que tienen rotura temprana de membrana.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acurio J. Ruptura prematura de membranas en embarazo de adolescentes y su relacion con infeccion de vias urinarias. Tesis de grado previo a la obtención del título de Obstetra. Guayaquil: Universidad de Guayaquil, Facultad de ciencias Médicas; 2016.
2. MINSA. Ministerio de Salud. Guia Tecnica: Guias de practica clinica para la atencion de emergencias obstetricas segun nivel de capacidades resolutive. primera edicion ed. Sinco , editor. Lima: ISBN: 978-9972-776-22-9; 2007.
3. López F, Ordóñez S. Ruptura prematura de membranas fetales: de la fisiopatología hacia los marcadores tempranos de la enfermedad. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2016 Marzo; 57(57).
4. Mamani E, Pampamallco R. Factores de riesgo que influyen en la ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca Setiembre Diciembre 2015. Tesis para optar el Título profesional de Obstetra. Juliaca: Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez, Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Obstetricia; 2015.
5. Espitia F. Diagnostico y tratamiento de la Corioamnionitis Clinica. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecologia. 2018 Agosto; 59(3).
6. Laguna J. Prevalencia de los Factores de Riesgo Asociados a la Ruptura Prematura de Membranas en Gestantes del Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé en el Periodo Enero-Diciembre 2014. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Lima: Universidad Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana; 2014.
7. Cabanillas S. Caracteristicas y complicaciones de gestantes con ruptura mematura de membranas pretermino y a termino. Revista Peruana de Obstetricia y Enfermeria. 2015 Feb; 11.
8. Infogen. <http://infogen.org.mx>. [Online].; 2015 [cited 2018 09 11. Available from: <http://infogen.org.mx/ruptura-o-rotura-prematura-de-membranas/>.
9. Fabián E. Factores de riesgo materno asociados a ruptura prematura de membranas pretérmino en pacientes atendidas en el Instituto Nacional



- Materno Perinatal durante el periodo enero-diciembre. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana E.A.P. de Medicina Humana; 2015.
10. Capcha N. Complicaciones maternas y perinatales por ruptura prematura de membranas en embarazo pretérmino en el Hospital Nacional María Auxiliadora julio de 2011 a junio de 2012. Tesis para optar al título profesional de licenciada de Obstetricia. Lima: Universidad Wiener, Facultad de Ciencias de la Salud; 2014.
 11. Organización mundial de la Salud. <http://www.who.int>. [Online].; 2018 [cited 2018 07 26]. Available from: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/.
 12. Tejada P. Sufimiento Fetal Agudo. Caracas: Universidad Central de Venezuela. Hospital Universitario de Caracas; 2013. Report No.: https://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/2/13/395/c.pdf.
 13. Schwarz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 7th ed. Buenos Aires: El ateneo; 2016.
 14. Organización mundial de la Salud. Documento normativo sobre bajo peso al nacer Metas mundiales de nutrición 2025. Suiza: Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo; 2017. Report No.: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255733/WHO_NMH_NHD_14.5_spa.pdf?ua=1.
 15. MINSA. Guía de práctica Clínica para la atención del recién nacido. Lima: Ministerio de Salud Perú; 2007. Report No.: ISBN: 978-9972-776-22-9.
 16. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. <https://espanol.womenshealth.gov>. [Online].; 19 de abril 2019 [cited 2019 08 12]. Available from: <https://espanol.womenshealth.gov/pregnancy/youre-pregnant-now-what/pregnancy-complications>.
 17. Müller E, Bracho A. Corioamnionitis. <http://bdigital.unal.edu.co/2795/10/9789584476180.08.pdf>. Obstetricia Integral del siglo XXI; 2015.



18. Instituto Mexicano del seguro social. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de corioamnionitis en los Tres niveles de Atención. Publicado por IMSS ed. Autor ©CI“RLFdDd, editor. México; 2015.
19. Lopez D. Parto. <https://www.materna.es/el-parto/tipos-de-partos/>. Materna Birth Matters; 6 marzo 2015.
20. Organización Mundial de la Salud. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/WHO_RHR_00.7_spa.pdf?ua=1. Organización Panamericana de la Salud.
21. Cunningham G, Levano K, Bloom S, Hauth J, Rouse Dea. Williams Obstetricia. 249786071512772nd ed. S.A. MHI, editor. Mexico: Mexinana; 2015.
22. Zighelboim I, Guariglia D. Clinica Obstetrica. 98061427489789806142749nd ed. Edición 3, editor. Caracas: Editorial Disinlemed C.A.; 2015.
23. Bajo A, Melchor M. Fundamentos de Obstetrica (SEGO). 9788469053973rd ed. Madrid: Gráficas Marte, S.L.; 2015.
24. Hopkins J, Lambrou NMA. Ginecologia y Obstetrica. 978847014559th ed. Primera , editor.: Editorial Marban; 2015.
25. Cobo T; Ferrero S. et al. Rotura prematura de membrana a término y pretérmino. Barcelona: Clínica Barcelona. Hospital Universitari; 2016.
26. Altamirano C, Tapia P. "Prevalencia de complicaciones maternas en pacientes embarazadas con ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP) según el periodo de latencia al parto en el Hospital Ginecoobstétrico Isidro Ayora, de enero de 2015. Tesis previa a la obtención del título de especialista en Ginecología y Obstetricia. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina; 2018.
27. Ortiz F, Rendon E, Bernández I, Iglesias J, Arteaga M. "Complicaciones neonatales asociadas a la ruptura prematura de membranas amnióticas en recién nacidos de pretérmino".. Revista Mexicana de Pediatría. 2017. setiembre octubre; 81(5).



28. Hoyos J. "Características y complicaciones materno-perinatales en la rotura prematura de membranas de pretérmino y término. Servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca. 2017".. Tesis para optar el título de médico cirujano. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca, Facultad de Medicina Humana; 2017.
29. Corpus R. "Complicaciones maternas en la ruptura prematura de membranas pretérmino en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, año 2016-2017". Trabajo acedémico para optar el títitulo de segunda especialidad en emergencia y alto riesgo obstétrico. Lima: Universidad San Martín de Porras, Facultad de Obstetrica y enfermeria; 2019.
30. Gutiérrez M. "Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino".. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2018 julio setiembre; 64(3).
31. Marquina G. Factores asociados a ruptura prematura de membrana con productos pretérmino en pacientes del Hospital Santa Rosa de enero a noviembre del 2017.. Tesis para optar el título de médico cirujano. Lima: Universidad Ricardo Palma, Facultad de medicina humana Manuel Huamán Guerrero.
32. Juárez M, Loo M. "Ruptura prematura de membranas y su asociación con neumonía neonatal en gestantes atendidas en un Hospital Terciario de Lima, Perú".. Revista Peruana de Investigacion Materno Perinatal. 2020 febrero junio; 9(2).
33. Calderón R. "Factores de riesgo materno en gestantes con ruptura prematura de membranas del Servicio Gineco Obstetricia del Hospital de Andahuaylas 2016". Tesis para optar el título de especialista en Emergencia y alto riesgo obstétrico. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica, Facultad de ciencias de la Salud; 2018.
34. Carhuas A. "Características perinatales de recién nacidos de madres con complicaciones obstétricas. Hospital II EsSalud. Pasco. 2018".. Tesis para optar el titulo profesional de Obstetra. Cerro de Pasco: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión, Facultad de ciencias de la Salud; 2021.



35. Ccollque R. Ruptura prematura de membranas ovulares pretérmino y complicaciones materno-perinatales Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2017. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia. Lima: Universidad San Martín de Porras, Facultad de Obstetricia y Enfermería; 2019.
36. Quispe C. Ruptura prematura de membranas y complicaciones maternas - perinatales en gestantes atendidas en el hospital Rezola - Cañete 2014. Tesis para optar el Título profesional de licencia en Obstetricia. Lima: Universidad San Martín de Porras, Facultad de Obstetricia y Enfermería. Escuela de Obstetricia; 2016.
37. Mullisaca J. Factores de riesgo maternos asociados a ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón periodo enero – diciembre 2018. Puno. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Puno: Universidad Nacional del Altiplano, Facultad de Medicina Humana; 2019.
38. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativas, cualitativas y mixta. Primera edición ed. Mexico.: Mc Graw Hill ; 2018.
39. Fonseca A, Martel S. Investigación científica en salud con enfoque cuantitativo. 1st ed. Huanuco: Unheval; 2012.
40. Díaz V. Metodología, de la investigación científica y bioestadística para profesionales y estudiantes de ciencias de la salud. Segunda edición ed. Editores R, editor. Santiago de Chile; 2016.
41. Supo J. Niveles de Investigación. [Online].; 2014 [cited 2016 mayo 24. Available from: <http://seminariosdeinvestigacion.com/niveles-de-investigacion/>.
42. López P, Fachelli S. Metodología de la Investigación social cuantitativa. 1st ed. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2015.



ANEXOS

ANEXO Nro. 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por el presente, doy constancia en forma voluntaria en el proyecto de investigación: "Complicaciones neonatales y maternas asociadas a ruptura prematura de membranas en gestantes del Hospital de Apoyo Sandía 2021", realizada por la bachiller Luz Marina Machaca Aguilar, de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez de Juliaca.

Objetivos del estudio. Determinar las complicaciones neonatales y maternas asociadas a ruptura prematura de membranas en gestantes del Hospital de Apoyo Sandía 2021.

Solicito su apoyo para acopiar datos, es anónimo y se respeta la privacidad, confidencialidad en el manejo de los datos, no podrán ser vistos por otras personas ajenas al estudio.

Doy autorizado la aplicación de la encuesta. Esta actividad no correrá el riesgo contra mi salud, ni ocasionará gastos. Los resultados servirán para estudios posteriores en bien de la comunidad.

Sandía_____de_____2021

Ante cualquier duda comunicarse con el investigador:

NOMBRE COMPLETO: _____

DNI : _____

Muchas gracias.



ANEXO N° 2 CUESTIONARIO

Señora paciente del Hospital de Apoyo Sandia, solicitamos su amabilidad de marcar con una X las respuestas correctas en el casillero que corresponde:

1. Complicaciones neonatales y maternas

1.1. Complicaciones neonatales.

1.1.1. Usted ha tenido sufrimiento fetal

- Agudo
Crónico
No presentó

1.1.2. En el parto, presentó prolapso de cordón umbilical

- Prolapso franco
Prolapso oculto.
No presentó

1.1.3. Su bebé presentó bajo peso al nacer

- Menos de 2500 gr
Menos de 1500 gr

1.1.4. Su bebé presentó asfixia neonatal al nacer

- Leve
Moderada
No presentó

1.1.5. Su bebé presentó sepsis neonatal

- Probable
Confirmada

1.2. Complicaciones maternas.

1.2.1. Presentó corioamnionitis en la gestación.

- Clínica
Sub Clínica.
No presentó

1.2.2. Con qué tipo de parto culminó su embarazo.

- Vaginal
Cesárea

1.2.3. Presentó infección puerperal



Localizada

Generalizada

1.2.4. Presentó parto pre término

Amenaza

Culminación

1.2.5. Presentó oligoamnios

Moderado 100-500ml

Severo < a 100ml

2. Rotura temprana de la membrana

Rotura temprana de Membrana Pretérmino

Rotura temprana de Membrana a término



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

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

Formato digital

Fecha de entrega: 03/10/2024

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: LUZ MARINA MACHACA AGUIAR

Dirección: JR. ARGENTINA 1555 II ETAPA TAPARACHI

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 46970254

Teléfono: 934305046 email: machacaaguiarluzmarina@gmail.com

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____ email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

Escuela Profesional o Mención: ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

Título o Grado Académico a optar: SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Asesor: _____

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional Trabajo Académico

Título: COMPLICACIONES NEONATALES Y MATERNAS ASOCIADAS A RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES DEL HOSPITAL DE SANDIA, 2021

Palabras claves, (3 a 5 términos): COMPLICACIONES NEONATALES MATERNAS

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

2

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, entré 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 Título 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.

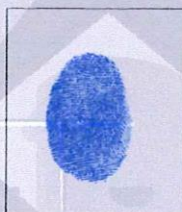
En consecuencia, **la opción “internacional” goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional

Nacional

Línea de investigación: SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA - SE604

Firma de Autor



huella digital

03 / 10 / 2024

Fecha