

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA**



TESIS

**Rotura prematura de membranas a término:
resultados perinatales según manejo expectante
frente al manejo activo. Hospital José Soto Cadenillas
– Chota, 2017**

Presentada por la bachiller en Obstetricia

María Celina Rojas Vásquez

Para optar el Título profesional de:

OBSTETRA

Asesora: Obst. Dra. Elena Soledad Ugaz Burga

CAJAMARCA, 2022

Copyright © 2019 by
María Celina Rojas Vásquez
Derechos reservados

SE DEDICA A:

Mis padres, que son el pilar fundamental y apoyo en mi formación académica, quienes me han inculcado valores y principios para ser una persona de bien.

Mi amado espero Hermes, quien con su amor y apoyo incondicional me ha enseñado que todos los sueños se pueden alcanzar, romper barreras y lograr el éxito.

Mi hija Mariana Aysel, quien es mi fuerza, mi fortaleza, mi mayor motivación para luchar y nunca rendirme en la vida, para poder ser un ejemplo para ella.

Celina

SE AGRADECE A:

Dios por haberme dado la vida y permitirme alcanzar una de mis metas más preciadas: ser profesional

Mi Alma Mater, la Universidad Nacional de Cajamarca, por haberme albergado durante toda mi carrera profesional.

Todas y cada uno de mis docentes que desinteresadamente depositaron en mi persona sus sabios conocimientos y consejos para ser mejor cada día.

Mi Asesora la Obsta. Dra. Elena Soledad Ugaz Burga por dedicar su tiempo a la revisión paciente de la tesis.

Al personal del servicio de Obstetricia del Hospital Hernán Soto Cadenillas por abrirme las puertas para la obtención de los datos.

Celina

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE	iv
ÍNDICE DE TABLAS	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA	3
1.1. Planteamiento del problema	3
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Justificación de la investigación.	4
1.4. Objetivos	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1. Antecedentes	6
2.2. Bases teóricas	8
2.2.1. Rotura prematura de membranas	8
2.2.2. Resultados perinatales	20
2.3. Hipótesis	24
2.4. Variables	24
2.5. Definición conceptual y operacional de las variables	25
CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO	26
3.1. Diseño y tipo de estudio	26
3.2. Área de estudio y población	26
3.3. Tipo de muestra y tamaño de la muestra	27
3.4. Unidad de análisis	27
3.5. Criterios de inclusión y exclusión	28
3.6. Consideraciones éticas	28

3.7. Técnicas de recolección de datos y descripción del instrumento	29
3.8. Procesamiento y análisis de datos.	29
3.9. Control de calidad de datos	30
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	31
CONCLUSIONES	53
SUGERENCIAS	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXOS	61

NDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 01. Características sociodemográficas de las gestantes con rotura prematura de membranas atendidas en el Hospital José Soto Cadenilla. Chota, 2017	31
Tabla 02. Características obstétricas de las gestantes con rotura prematura de membranas atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas. Chota, 2017	34
Tabla 03. Periodo de latencia de la rotura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota, 2017	36
Tabla 04. Características del líquido amniótico en gestantes con rotura prematura de membranas atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota, 2018	38
Tabla 05. Manejo de la Rotura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota, 2018	39
Tabla 06. Sexo de los recién nacidos, de madres con rotura prematura de membranas (RPM) atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota, 2017.	42
Tabla 07. Resultados perinatales en gestantes con rotura prematura de membranas según tipo de manejo, atendidas en el hospital José Hernán Soto Cadenillas. Chota, 2017	43
Tabla 08. Complicaciones perinatales según tipo de manejo de la rotura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital José Soto cadenillas Soto- Chota. 2017	46
Tabla 09. Tipo de parto según manejo de la rotura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital José Soto cadenillas Soto- Chota. 2017	48
Tabla 10. Peso del recién nacido según manejo de la rotura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital José Soto cadenillas Soto- Chota. 2017	50

RESUMEN

La rotura prematura de membranas (RPM) se la define como aquella que ocurre antes de haberse iniciado el trabajo de parto, uno de los principales problemas en el manejo de estas pacientes es decidir la conducta a seguir, pudiendo ser conservadora y esperar que el parto se produzca en forma espontánea, o buscar que este se inicie mediante alguna técnica de inducción, para minimizar las complicaciones, especialmente infecciosas, en madre y feto. **Objetivo:** determinar los resultados perinatales según manejo expectante frente al manejo activo en pacientes atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas- Chota, 2017. **Material y métodos.** El estudio fue de tipo descriptivo, correlacional, no experimental y de corte transversal, se realizó en un total de 84 gestantes con rotura prematura de membranas a término. Resultados: el 25% de gestantes pertenecieron al grupo etario de 20-24 años; el 20% manifestaron no tener ningún nivel educativo; el 35,7% dijeron ser convivientes; el 51,2% procedentes de la zona urbana y el 58,3% amas de casa; el 38,1% fueron primigestas, tuvieron más de 6 atenciones prenatales en el 50%; el periodo de latencia fue de 6-12 horas en el 47,6%, el líquido amniótico fue claro en el 47,6%. El 61,9% de las gestantes tuvieron un manejo activo, el parto fue inducido en el 34,5%, se utilizó oxitocina, para la inducción en el 25% de los casos y recibieron antibióticos en el 90,5%; como resultados perinatales se obtuvo que: el 53,6% de recién nacidos fueron de sexo femenino, el 38,1% de recién nacidos tuvo sufrimiento fetal; nacieron por vía vaginal en el 57,1% y el 59,5% tuvieron un peso adecuado para la edad gestacional. **Conclusión:** no se encontró evidencia de diferencias estadísticamente significativas en la ocurrencia de los principales resultados perinatales cuando se compara con el manejo activo y el manejo expectante de la rotura prematura de membranas, solamente se encontró asociación significativa entre el tipo de parto y el manejo de esta complicación, según lo determina el coeficiente de correlación $p = 0,000$.

Palabras clave: rotura prematura de membranas, resultados perinatales, manejo activo, manejo expectante.

ABSTRACT

The premature rupture of membranes (RPM) is defined as that which occurs before labor has begun, one of the main problems in the management of these patients is to decide the behavior to follow, being able to be conservative and wait for the birth to occur spontaneously, or seek to initiate this by some induction technique, to minimize complications, especially infectious, in mother and fetus. Decision making will influence the final outcome of the birth path. Objective: to determine perinatal outcomes according to expectant management versus active management in patients treated at the José Soto Cadenillas-Chota Hospital, 2017. Material and methods. The study was descriptive, correlational with a non-experimental and cross-sectional design, was performed in a total of 84 pregnant women with premature rupture of membranes at term. Results: 25% of pregnant women belonged to the age group of 20-24 years; 20% said they did not have any educational level; 35.7% said they were cohabitants; 51.2% from the urban area and 58.3% from housewives; 38.1% were primitive, had more than 6 prenatal care in 50%; the latency period was 6-12 hours in 47.6%, the amniotic fluid was clear in 47.6%. 61.9% of pregnant women had an active management, labor was induced in 34.5%, oxytocin was used, for induction in 25% of cases and received antibiotics in 90.5%; as perinatal results it was obtained that: 53.6% of newborns were female, 38.1% of newborns had fetal distress; were born vaginally in 57.1% and 59.5% had an adequate weight for gestational age. Conclusion: no evidence was found of statistically significant differences in the occurrence of the main perinatal outcomes when compared with the active management and the expectant management of premature rupture of membranes, only a significant association was found between the type of delivery and the management of premature rupture of membranes as determined by the correlation coefficient $p = 0.000$.

Key words: premature rupture of membranes, perinatal results, active management, expectant management.

INTRODUCCIÓN

El manejo de la rotura prematura de membranas (RPM) está influenciado por la edad gestacional, la presencia de complicaciones principalmente las infecciones o el estado fetal no tranquilizador.

Cuando la rotura prematura de membranas se presenta en embarazos a término se recomienda el manejo activo para todas las mujeres con RPM, es decir la interrupción del embarazo; sin embargo, en nosocomios como el ubicado en Ate Vitarte (Lima), algunos profesionales aun deciden por el manejo expectante. Ambos tratamientos ofrecen ventajas y desventajas para la salud materna y fetal, pero es importante conocer cuál es el que ofrece mayores beneficios.

A partir de estas premisas se realizó la presente investigación con el objetivo de determinar los resultados perinatales según manejo expectante frente al manejo activo en pacientes atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas- Chota, determinando que no existe evidencia estadística, en la ocurrencia de los principales resultados perinatales cuando se compara manejo activo con manejo expectante de la rotura prematura de membranas, solamente se encontró asociación significativa entre el tipo de parto y el manejo de la rotura prematura de membranas según lo determina el coeficiente de correlación $p = 0,000$.

La presente investigación estuvo estructurada de la siguiente manera:

La presente tesis está estructurada en cuatro capítulos de la siguiente manera:

CAPÍTULO I: constituida por el problema de investigación en el cual se incluyen: la definición y delimitación del problema, la formulación del problema, los objetivos y la justificación de la investigación.

CAPÍTULO II: conformada por el marco teórico. Forman parte de este capítulo: los antecedentes, las bases teóricas, la hipótesis y las variables.

CAPÍTULO III: en el cual se considera el diseño metodológico, el mismo que contiene: el diseño y tipo de estudio, área de estudio y población, muestra y tamaño de muestra, unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión, principios éticos de la investigación, procedimientos, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos y control de calidad de datos.

CAPÍTULO IV. Corresponde a este capítulo el análisis y discusión de los resultados.

También forman parte de la presente tesis, las conclusiones, sugerencias, referencias bibliográficas y los anexos.

La autora

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La rotura prematura de membranas (RPM) se define como la solución de continuidad de las membranas ovulares, que sucede antes del inicio espontáneo del trabajo de parto, permitiendo la salida del líquido amniótico. Puede ocurrir en una gestación pretérmino, antes de las 37 semanas de gestación, o a término, por encima de las 37 semanas, siendo esta la que ocurre con mayor frecuencia (1).

Su prevalencia varía de un país a otro, en países como en Canadá que es del 7-8%, mientras que en Brasil oscila alrededor del 5%; en Argentina fluctúa entre el 7 y 14% del total de partos, en Chile se encuentra en el 10%, y en el Perú es del 8-10% (2).

El problema de la rotura prematura de membranas radica, fundamentalmente, en su asociación con el incremento de la morbilidad materna y fetal, elevando los índices de morbilidad perinatal. El más significativo riesgo materno de la ruptura de membranas a término es la infección intrauterina, que aumenta con la duración de la ruptura de membranas, mientras que los riesgos fetales asociados con esta patología a término incluyen compresión del cordón umbilical e infección ascendente (1).

Según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, del inglés American College of Obstetricians and Gynecologists), la morbilidad materna principalmente se relaciona con la infección intraamniótica (13 %-60 %) y la endometritis posparto (2 %-13%); en cambio, la morbilidad fetal en fetos a término se relaciona con la sepsis neonatal, y la hemorragia intraventricular (3).

Además, la RPM, le añade un factor de riesgo mayor al parto pretérmino, sobre todo cuando este es muy temprano. El total de partos en el INMP durante el año 2016 fue 21 605. Durante ese año ocurrieron un total de 2 717 casos de rotura prematura de membranas (12,5%) y de ellos 518 (19%) fueron partos prematuros. El año 2017

ocurrieron 19 288 partos; de ellos, 2 697 (13,9%) fueron con rotura prematura de membranas y de ellos, 481 en embarazos pretérmino (17%) (4).

La RPM, que ocurre particularmente en grávidas que no han llegado al término, constituye una emergencia obstétrica y una emergencia perinatal, ya que se anula la protección que tiene el feto con el medio externo; es decir, se pierde la barrera natural establecida por las membranas ovulares, se pierde el líquido amniótico producido por el feto, y se expone a la gestante y al feto a la contaminación con los gérmenes que existen en el cuello uterino y en la vagina, con el potencial riesgo de una infección materna-fetal (4).

Su manejo clínico se basa, fundamentalmente, en dos prácticas: la primera es la “conducta expectante”, que consiste en esperar un tiempo entre que ocurre la RPM y empieza el trabajo de parto, y la segunda es la “conducta activa”, o inducción directa del parto mediante oxitocina y/o prostaglandinas.

Algunos autores han cuestionado el manejo expectante por su posible riesgo de aumentar la infección materna y neonatal, y se ha propuesto un manejo más activo, con el fin de acortar el periodo latente y asegurar con ello el bienestar materno fetal, logrando mejores resultados perinatales (3). El tratamiento activo, por su parte, también plantea interrogantes, ya que éste puede conllevar complicaciones derivadas de un aumento de intervenciones médicas y de un fracaso de inducción, que podrían ser innecesarias, dado que, aproximadamente, el 90% de las gestantes con RPM a término entran a labor de parto por sí solas en un periodo de 48 horas (5); no obstante, se ha llegado a determinar que hasta en un 81,9% el manejo, al menos de inicio, es el expectante y solo en un 17% el manejo es activo (1).

Sin embargo, en la actualidad no existe evidencia lo bastante sólida para indicar cuál es el manejo más seguro que genere mínimos efectos colaterales en la madre y el feto o recién nacido. Si bien la conducta que se debe tomar está encaminada a preservar la salud tanto materna como fetal, muchas veces, la decisión que se toma puede afectar la salud fetal en aras de preservar la salud materna, trayendo consigo resultados perinatales adversos.

Rodríguez, Miranda y Reséndiz, referidos por Salas (6), hacen mención que la edad gestacional, el antecedente de infecciones y la condición fetal son factores que determinan la influencia de la conducta obstétrica y el pronóstico del feto. En un estudio realizado, 5% a 25% de grávidas con RPM presentaron corioamnionitis, en 50% de estas gestantes se produjo el parto en los 7 días posteriores a la rotura, 15 a 25% desarrollaron corioamnionitis y 15 a 20 % sepsis puerperal.

Esta situación planteada no es ajena a lo que ocurre en el Hospital José Soto Cadenillas de la ciudad de Chota, la conducta frente a la rotura prematura de membranas en ocasiones es expectante y en otras activa, dependiendo fundamentalmente del profesional designado a la atención de la gestante y no existen investigaciones que puedan advertir de los resultados perinatales que pudieran presentarse con tal o cual manejo, es por ello que surge la idea de realizar el presente estudio con el objetivo de determinar los resultados perinatales según manejo expectante frente al manejo activo de la RPM a término. Hospital José Soto Cadenillas.

1.2. Formulación del problema

¿Existen diferencias significativas, en los resultados perinatales, entre el manejo expectante y el manejo activo, en pacientes atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota, 2017?

1.3. Justificación de la investigación

La RPM es la rotura de las membranas ovulares antes del inicio del parto, con la consiguiente salida de líquido amniótico. La mayoría de las RPM son a término y el parto se desencadenará, incluso en condiciones cervicales desfavorables, de forma espontánea en las siguientes 24-48 horas (60%-95%) (7)

El manejo clínico de la RPM se puede llevar a cabo aplicando conducta expectante o evolución espontánea, o bien mediante manejo activo o inducción. Ambas opciones son ampliamente debatidas y siguen siendo un dilema en la atención obstétrica actual. Tanto la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) como The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) recomiendan ambas posibilidades (5)

El Centro de Medicina Fetal y Neonatal de Barcelona, sugiere, sin embargo, que; teniendo en cuenta que en el 60-95% de casos de RPM a término el parto se desencadenará de forma espontánea en las siguientes 24-48 horas y el amplio margen de finalización reportado en la literatura; la finalización activa de la gestación a la mañana siguiente del ingreso (o a las ± 12 h en función de la hora de la amniorraxis) sin superar las 24 horas desde la RPM (7).

De hecho, el manejo de pacientes con RPM continúa planteando un dilema entre el ameno activo y la conducta expectante, pues, como es conocido, un periodo de latencia prolongado podría resultar en un aumento del riesgo de corioamnionitis y por tanto de la morbilidad y mortalidad perinatal (8).

Este dilema, unido a la morbilidad materna y perinatal, asociada a esta complicación obstétrica, constituye un problema social y de salud importante, por ende, es primordial utilizar el manejo que menos resultados adversos ocasione en el neonato, pero para ello es fundamental conocer, primero, qué tipo de manejo es el ideal, pues existe controversias entre profesionales, pues unos eligen el manejo expectante y otros el activo.

Esta realidad no es ajena al Hospital José Soto Cadenillas, por el contrario, con mucha frecuencia se atienden gestantes que llegan con RPM y se brindan diferentes manejos ya sea el expectante o el activo; pero no se conocen cuáles son los resultados perinatales en cada uno de los casos, es por ello que surgió la idea de realizar la presente investigación cuyo objetivo es determinar los resultados perinatales según manejo expectante frente al manejo activo de la RPM a término. Hospital José Soto Cadenillas.

Los resultados brindarán un aporte teórico al tema de la RPM y permitirán conocer cuál es el manejo que menores resultados perinatales adversos ofrece para brindar a la gestante un tratamiento eficaz y seguro siendo los beneficiados la madre y su recién nacido.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar las diferencias significativas en los resultados perinatales, entre el manejo expectante y el manejo activo, en pacientes atendidos en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota, 2017

1.4.2. Objetivos específicos

- Establecer las características sociodemográficas y obstétricas de las gestantes con RPM del estudio.
- Determinar el tipo de manejo de la rotura prematura de membranas, inducción de trabajo de parto, medicamento utilizado y antibioticoterapia, en gestantes del estudio.
- Identificar los resultados perinatales según el tipo de manejo de la RPM a término en gestantes del estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Santoyo, T. (España, 2014) en su investigación cuyo objetivo fue investigar y comparar los resultados perinatales de los partos tras la rotura prematura de membranas (RPM) a término, encontró como resultados que la edad media de las mujeres fue de 31.7. La RPM fue franca en 89,7%, 84,2% y 76,7% de gestantes de los grupos 1, 2 y 3. Las gestantes eran primíparas en 60,3%, 62,9% y 62,7%, respectivamente. Los principales resultados perinatales registrados fueron: en las gestantes que tuvieron inducción, hubo alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal en 15,5% de los casos como promedio. En quienes iniciaron parto de forma espontánea, hubo alteraciones de la FCF en 17,1%, 11,1% y 10,6%, respectivamente. Un 63,3% de las gestantes del estudio presentó un parto eutócico, mientras que hubo un 20,8% de partos instrumentales y un 15,9% de cesáreas. El parto por cesárea fue por sospecha de pérdida de bienestar fetal en 33%, 34,6% y 26,6% en gestantes de los grupos 1,2 y 3, respectivamente. No hubo diferencias significativas en el Apgar medio al minuto y a los cinco minutos de vida del neonato entre los diferentes grupos. El peso neonatal medio fue de 3291.56 gr. En el grupo 1 fue de 3289.95 gr, en el grupo 2 de 3310.05 gr y en el grupo 3 de 3283.6 gr. En el grupo 1, un 2,2% de neonatos fueron ingresados por riesgo infecciosos, en el grupo 2 un 2,0% y en el grupo 3 un 1,5% (8).

Barrientos, V. (España, 2015), formuló como objetivo describir las evidencias científicas sobre el tipo de conducta más adecuada en la (RPM) con un cérvix desfavorable entre los dos manejos que recomienda la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), la conducta activa mediante maduración o inducción del parto o la conducta expectante mediante evolución espontánea del inicio de la fase activa de parto, determinando que el 75% aproximadamente de las mujeres con rotura prematura de membranas (RPM) y cérvix desfavorable inician el trabajo de parto de manera espontánea sin ningún tipo de intervención en las 24 horas de RPM

y el 90% aproximadamente en las 48 horas. Si se utilizan prostaglandinas para la maduración del cérvix este porcentaje a las 24 horas suele subir a un 94% aproximadamente (9).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Pérez, M. (Lima, 2019) en su estudio cuyo objetivo fue determinar el número de madres con ruptura prematura de membranas ovulares pre término que registraron complicaciones maternas y del recién nacido en el Hospital Huaycán - Ate Vitarte; y encontró que en su mayoría fueron madres adultas con 55,7%, convivientes en 59,1%, amas de casa 48,9%. En cuanto a la paridad registró multíparas en 54,5%, primíparas 42,1% y gran multíparas 2,3%. La edad gestacional con mayor presencia fue de 36 semanas en el 89,8%, el control prenatal fue inadecuado (2 a 5 controles) en el 64,8%, la vía de parto fue vaginal en el 62,5% y abdominal en 36,4%. No se registraron hospitalizaciones en un 94,3 %. Las complicaciones del recién nacido encontradas fueron: 76,1% presentaron asfixia leve, sepsis neonatal 6,8 %, 1,1% síndrome de distrés respiratorio, con igual porcentaje trastorno metabólico y muerte fetal (10).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Rotura prematura de membranas

Definición

La RPM se define como la solución de continuidad de la membrana corioamniótica antes del inicio del trabajo de parto (11,12).

Puede ocurrir en embarazos de término (37.0 semanas o más), o de Pretérmino (< 37.0 semanas) (13).

Periodo de latencia.

Es el intervalo de tiempo comprendido entre la ruptura de las membranas y el parto, determina el tipo de complicaciones que se pueden presentar en esta patología, dependiendo de la edad gestacional en que ocurre la ruptura y del manejo instaurado en la gestante (4).

Clasificación

La ruptura de membranas se subdivide en dos categorías:

- **Ruptura prematura de membranas a término:** después de la semana 37 de gestación (14).

Las mujeres gestantes con RPM a término inician el trabajo de parto de forma espontánea en las primeras 24 horas en el 70% según la SEGO, y en el 6= % de los casos según The National Institute for Health and Care Excellence (1).

- **Ruptura prematura de membranas pretérmino:** previo a la semana 37 de gestación (14).

Anatomía y embriología y las membranas ovulares

La estructura membranosa que rodea el feto en desarrollo y forma la cavidad amniótica se compone de dos capas: el amnios (capa interior) y el corion (capa externa). El amnios es una estructura translúcida adyacente al líquido amniótico que proporciona nutrientes necesarios para las células del amnios. El corion es una membrana más opaca que se adjunta a la decidua, es decir, el tejido materno que reviste el interior del útero durante el embarazo (15)

Histología

La expresión membranas fetales se aplica a la estructura anatómica que incluye el corion y el amnios. Desde una perspectiva estructural, el corioamnios está compuesto por ocho capas, descritas por Bourne en 1960, de las cuales cinco hacen parte del amnios y tres del corion.

El amnios se deriva del citotrofoblasto y está compuesto por cinco capas: el epitelio amniótico; luego la capa compacta, la siguiente es la capa de fibroblastos, le sigue la capa intermedia o esponjosa, Al corion, en contacto con la decidua materna, lo componen tres capas (reticular, membrana basal y trofoblastos) y, a pesar de ser más delgado que el amnios, tiene mayor resistencia (15).

Los componentes estructurales principales de estas capas son células y matriz extracelular.

La matriz extracelular está compuesta por una variedad de componentes de colágeno y no colágeno como microfibrillas, elastina, laminina y fibronectina, que le dan la fuerza tensil a las membranas, especialmente a través de las fibras de colágeno tipos I y III de la capa compacta y tipo IV de las membranas basales. Este colágeno es degradado

por una variedad de enzimas tipo metaloproteinasas tales como colagenasas y gelatinasas (15)

Resistencia de las membranas fetales

Está influenciada por un gran número de proteínas, incluyendo proteínas de la membrana extracelular, metaloproteínas, y por los inhibidores tisulares de las metaloproteinasas.

- *Proteínas de la membrana extracelular:*

- **Colágenos.** Son proteínas que interactúan con otros componentes de la matriz extracelular. Los colágenos intersticiales tipos I y III, ubicados en la capa compacta del amnios, juegan un papel crítico en la integridad de las membranas fetales y son los reguladores primarios de su resistencia a la tracción (8).

Los colágenos tipo IV y VII contribuyen de forma importante a la integridad de las membranas fetales:

- El colágeno tipo IV, proteína de la membrana basal, es un producto tanto de las células epiteliales del amnios como de la membrana pseudobasal del corion.

- El colágeno de tipo VII es fabricado por las células epiteliales del amnios, unen la lámina basal del amnios a los componentes de la matriz extracelular (15,12).

- **Fibronectina.** La fibronectina fetal es una glucoproteína de la matriz extracelular localizada en la interfase materno-fetal de las membranas amnióticas, entre el corion y la decidua. En condiciones normales, la fibronectina fetal se halla en niveles muy bajos en las secreciones cervicovaginales. Los niveles superiores o iguales a 50 ng/ml a las 22 semanas de gestación o más se han asociado con un mayor riesgo de parto prematuro espontáneo (16).

Patogénesis de la rotura de las membranas

La ruptura de las membranas fetales durante el trabajo de parto, se ha atribuido a una debilidad generalizada de éstas debido a las contracciones uterinas y al estiramiento repetido. Se ha identificado un área cercana al lugar de ruptura y se ha descrito como “zona de morfología alterada”, presente antes de la ruptura de la membrana y debida al trabajo de parto.

- Las membranas pueden presentar una debilidad estructural, que es susceptible a ruptura en el trabajo de parto.

- Las membranas fetales y el miometrio pueden presentar relaciones paracrinas afectadas cualitativamente entre diferentes regiones del útero.

Según Lugones (2010) la rotura de las membranas ovulares dependen del juego recíproco de 3 factores:

- Aumento de la presión intraamniótica.
- Disminución de la resistencia de las membranas ovulares por degradación de la matriz extracelular.
- Cuadrado del diámetro del orificio cervical.

- **Aumento de la presión intraamniótica**

La relación entre la presión intraamniótica y la tensión de las membranas viene definida por La Ley de Laplace, que indica que dicha tensión es proporcional a la presión intrauterina y al cuadrado del radio de la esfera ($T=P \times r^2$), por lo que pequeños aumentos del radio conduce a grandes incrementos de la tensión, que es probablemente el factor más importante para ruptura prematura de membranas. Esta tensión de la bolsa es habitualmente contenida y compensada por las paredes uterinas, excepto en el polo interior del huevo a nivel de la dilatación del orificio cervical, por lo que es el radio de la dilatación en que fundamentalmente determinará los incrementos de tensión no compensados a nivel del orificio cervical, siendo este el punto habitual de rotura (17).

- **Degradación de la matriz extracelular**

El amnios está compuesto principalmente por colágeno el cual le confiere las propiedades de elasticidad y fuerza tensil. Se encuentran además otras enzimas que contribuyen al cambio en la estructura del colágeno como son la elastasa de neutrófilos, metaloproteasas, gelatinasa, proteoglucanasa y cisteinoproteinasas. La integridad de las membranas fetales durante la gestación permanece sin alteraciones debido a una baja concentración de metaloproteinasas de la matriz celular (MMP) y alta concentración de Inhibidores Tisulares de las Metaloproteinasas (TIMP del inglés tissue inhibitors of metalloproteinases). Durante el trabajo de parto se encuentra una alta concentración de MMP y baja de TIMP (17).

- **Cuadrado del diámetro del orificio cervical**

La zona más frecuente de rotura (punto crítico) es el que contacta las membranas con el orificio cervical interno aproximadamente desde la mitad de la gestación. Las membranas que están obturando esta zona de hasta 1 cm de diámetro se las denomina "membranas cervicales" o "membranas dependientes"; a diferencia de las membranas que están adosadas a la decidua y se apoyan sobre la pared uterina

Las cervicales se hallan en contacto con el moco y otros elementos del orificio interno, por lo que las membranas cervicales están pobremente nutridas en comparación al resto por ello que el endometrio y la decidua la parte cercana al cérvix tienen menor desarrollo. A nivel del orificio cervical las membranas se hallan sólo en contacto con la decidua capsular, a este nivel soportan la mayor tensión y estiramiento por ausencia de la pared uterina. Estos hechos hacen que las membranas cervicales o dependientes presenten características fisiológicas de soporte, nutricionales, de estructura celular diferentes del resto (18).

Factores de riesgo

Entre los diferentes factores descritos cabe destacar los siguientes:

Rotura prematura de membranas en embarazos anteriores.

Infección del tracto genital inferior

Hemorragias de la primera y segunda mitad del embarazo

Tabaquismo

Enfermedades del tejido conectivo (Ehlers-Danlos)

Conización

Cerclaje

Sobredistensión uterina

Amniocentesis o cordocentesis

Embarazo con Dispositivo intrauterino (DIU)

Actividad sexual.

(13,19).

Diagnóstico

La Rotura prematura de Membranas suele presentarse como la salida brusca de un líquido habitualmente transparente por vagina. En otras ocasiones la salida es escasa e intermitente. La observación directa de este líquido por vagina es suficiente para confirmar el diagnóstico.

Se aconseja confirmar el diagnóstico en el menor tiempo posible, conocer el estado materno y fetal y evaluar las posibles opciones terapéuticas.

De no confirmarse el diagnóstico por observación directa se deberá colocar un espéculo estéril y observar la presencia del líquido en fondo de saco posterior o a través del orificio cervical externo, ya sea espontáneamente o mediante maniobras de Valsalva por parte de la paciente o maniobra de Tarnier para elevar la presentación. Se debe evitar el tacto vaginal para reducir el riesgo de infección y no acortar el tiempo de latencia: intervalo entre la rotura de membranas y el inicio del trabajo de parto.

De no confirmarse el diagnóstico clínicamente se requiere la utilización de Exámenes Complementarios:

- **Test de Cristalización:** consiste en expandir sobre una porta objetos una muestra de líquido amniótico obtenida del fondo de saco posterior, dejándola secar por diez minutos, y observándola en el microscopio buscando la imagen en “hoja de helecho” en algún lugar del preparado el cual debe revisarse en su totalidad. La contaminación con semen, sangre o flujo puede dar falsos negativos.
- **Test de Nitrazina:** mediante una tira reactiva se observa el pH de una muestra obtenida de fondo de saco posterior. El líquido amniótico presenta un pH de 7.0 a 7.3, a diferencia del flujo o la orina cuyo pH suele ser menor a 6.0. La contaminación con semen o sangre puede dar falsos positivos.
- **Test de Inmunocromatografía:** diversos test determinan la presencia de proteínas de la decidua (IGFBP-1, PAMG-1). Dado su alto costo, su uso queda limitado a casos individuales y ante la imposibilidad de confirmar el diagnóstico clínicamente y/o mediante los test de cristalización o Nitrazina descriptos previamente.
- **Ecografía Obstétrica:** la observación ecográfica de una reducción del volumen de líquido amniótico complementa el diagnóstico de Rotura Prematura de Membranas realizado por observación directa y/o Especuloscopía o confirmado

por los test referidos. Si el diagnóstico no puede establecerse clínicamente o a partir de los test, el hallazgo de una reducción franca del volumen de líquido amniótico per se no es diagnóstico, y requiere realizar el diagnóstico diferencial de la rotura prematura de membranas con las demás causas de Oligoamnios (fetales, placentarias) (13).

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial del líquido amniótico suele ser con orina, flujo o semen. El criterio clínico y los test permiten la diferenciación en la mayoría de los casos (13).

2.2.2. Manejo de la rotura prematura de membranas

El manejo de la rotura prematura consiste en emplear un protocolo de atención con el fin de brindar una solución a la patología. El enfoque debe comenzar por confirmar la rotura de membranas, descartar la presencia de infección, determinar la estática fetal y evaluar el bienestar materno y fetal.

Lo primero a realizar ante una gestante que refiere pérdida de líquido por genitales es confirmar la RPM mediante el examen con espéculo y, en los casos dudosos, complementarlo con las pruebas específicas.

Es importante comprobar la edad gestacional, según última menstruación o ecografías previas (edad gestacional real estimada), así como la posición fetal mediante maniobras de Leopold y/o ecografía (8).

Además, para evaluar el bienestar se procederá a la monitorización cardiotocográfica no estresante +/- perfil biofísico ecográfico.

La evaluación materna debe incluir la exclusión de signos de infección como fiebre, taquicardia, irritabilidad uterina o leucocitosis, mediante toma de constantes y realización de analítica de dinámica uterina mediante un registro tocográfico.

Una vez realizados estos pasos se puede optar por una de dos opciones:

Manejo expectante

La conducta expectante consiste en permitir que se desencadene la fase activa de parto de manera fisiológica durante un margen de tiempo definido previamente y considerado seguro. Si no se inicia el trabajo de parto de forma espontánea, pasado ese tiempo se ha de comenzar la inducción (20).

Según Miranda (2014), el manejo conservador se basa en la hospitalización de la paciente, reposo en cama, tactos vaginales restringidos, control de los signos vitales maternos, controles obstétricos, uso de antibióticos profilácticos hasta completar los 7 días, maduración pulmonar –mediante la administración de corticoides; betametasona, 12 mg, intramuscular, cada 24 horas, por dos dosis, o dexametasona, 6 mg, intramuscular, cada 12 horas, por cuatro dosis– y, si es necesario, el uso de tocólisis (21).

La conducta expectante se plantea como una mayor oportunidad de inicio espontáneo de parto y reducir con ello las posibilidades de cesárea derivada de fallos de inducción y/o no progresión de parto que están aumentados en caso de inducción, especialmente con cérvix poco favorable. Pero por otro, la conducta expectante, supondría mayor riesgo de infección y de otras complicaciones como prolapso de cordón, desprendimiento de placenta, así como mayor coste derivado de la hospitalización prolongada a la espera del inicio de trabajo de parto (1).

La duración máxima del tratamiento expectante no está clara. Dependiendo de los autores se han permitido tiempos de entre 12 y 96 horas de fase latente. Según la evidencia disponible, no habría diferencias significativas para indicar que una opción es más válida que la otra, mientras se espere un máximo de 24 horas de evolución

En el manejo expectante hay que tener en cuenta los beneficios y riesgos:

Entre los beneficios son destacables el parto eutócico, evita posibles efectos secundarios de la inducción, y disminuye la necesidad de monitorización de la frecuencia cardíaca fetal (22).

Entre los inconvenientes hay que tener en cuenta el riesgo de endometritis, ingreso en la UCI neonatal, profilaxis antibiótica, aumento del coste y del tiempo de hospitalización y un mayor riesgo de corioamnionitis y sepsis neonatal. En el PROM Study se establecieron 96 horas de manejo expectante, obteniéndose un aumento del riesgo de corioamnionitis después de las 24 primeras horas (22).

La decisión de optar por una conducta expectante tras RPM conlleva riesgos correlacionados con la duración de la misma pero no existen datos contundentes para realizar una recomendación para la duración máxima de esta conducta en ausencia de complicaciones tras la RPM a término y el uso actual frecuente de antibióticos profilácticos (8).

Manejo activo

El manejo activo o inducción tiene como objetivo lograr un parto vaginal mediante la estimulación de las contracciones uterinas antes del inicio espontáneo del trabajo del parto. Es una opción terapéutica cuando los riesgos maternos y/o fetales superan a los riesgos de la propia inducción y el nacimiento. Los métodos más habituales para inducir el parto ante una RPM son la oxitocina, dinoprostona, misoprostol y dilatador cervical mecánico (23).

Diversas revisiones han analizado inconvenientes y beneficios de la inducción en la RPM, siendo contradictorias. Algunos de los beneficios son la reducción del tiempo de dilatación y menor duración de hospitalización, disminución de corioamnionitis y/o endometritis, fiebre materna postparto, sepsis neonatal, administración de antibióticos neonatales, descenso del número de recién nacidos ingresados en UCI, experiencia de parto más positiva. Entre los inconvenientes caben destacar la taquisistolia, hipertoniá uterina, rotura uterina, desprendimiento de placenta, hipoxemia fetal, riesgo de síndrome de aspiración meconial y frecuencia cardiaca fetal no tranquilizadora

Para prevenir la infección se ha adoptado mundialmente la conducta de inducción tras RPM, pero en general siempre y en un plazo de tiempo muy corto. Efectivamente, diversos protocolos contemplan esta inducción inmediatamente tras la RPM (23).

Desde hace muchos años se han planteados numerosos estudios que tienen como objetivo comparar ambas conductas y conocer si el manejo expectante supone realmente un incremento de riesgo infeccioso y una reducción de la tasa de cesáreas.

Dado que el riesgo de infección materno fetal aumenta conforme lo hace el tiempo entre la RPM y el inicio del parto, muchos autores recomiendan la inducción del parto temprana en gestaciones a término cuando el parto no comienza de forma espontánea en un corto periodo de tiempo tras la ruptura. Otros, por el contrario, creen que esperar a que el parto de comienzo espontáneamente es preferible si no hay evidencia de compromiso materno o fetal, ya que el riesgo de cesárea puede ser menor con la espera.

Criterios para la inducción del trabajo de parto

La inducción del trabajo de parto requiere la consideración de los siguientes criterios:

1. Establecer con precisión que la inducción ofrece el mejor desenlace para el binomio madre – niño.
2. Verificar la edad gestacional mediante ecografía del primer trimestre.

3. Evaluación obstétrica completa. Es necesario contar con los antecedentes maternos y realizar exploración física, incluida la evaluación de las condiciones cervicales mediante la escala de Bishop, evaluación de la pelvis ósea materna y evolución de la inducción del trabajo de parto.
4. Monitorización continua e intermitente del bienestar fetal.
5. Obtener el consentimiento informado de la paciente (24).

Técnica

La escuela mexicana de obstetricia considera que la inducción del trabajo de parto implica dos fases:

- 1) inducción, incluida la maduración del cérvix y
- 2) conducción del parto (estimular las contracciones uterinas). En algunos casos es necesario inducir la maduración cervical y luego continuar con la conducción, pero en otros bastará con la conducción.

Existen varias opciones para considerar la inducción del trabajo de parto, aunque lo más frecuente es la utilización de análogos de prostaglandinas (misoprostol) y que tiene la capacidad de cubrir la fase de inducción y conducción.

El fármaco más utilizado es el misoprostol, un análogo de las prostaglandinas, debido a su mayor efectividad para la inducción del trabajo de parto. La biodisponibilidad del misoprostol es tres veces mayor por vía vaginal que por vía oral, y su concentración sanguínea se eleva entre 60 y 120 minutos. El tono uterino se logra en 21 minutos y su pico máximo ocurre a los 46 minutos (24).

2.2.3. Resultados perinatales adversos

Resultados primarios: incidencia de sepsis neonatal, ya sea definitiva o probable, establecido por revisión exhaustiva de los datos neonatales (25).

Resultados secundarios: mortalidad perinatal por sepsis, ventilación mecánica ≥ 24 horas, neumonía; ventilación mecánica (ventilación intermitente de presión positiva, presión positiva continua de las vías respiratorias, o ventilación de alta frecuencia), ventilación mecánica durante al menos 24 hrs; tiempo en una unidad de cuidados intensivos neonatales, Apgar menor a 7 a los 5 minutos; antibióticos en las primeras

48 h; punción lumbar; compromiso circulatorio con necesidad de línea arterial, bolo, o soporte inotrópico; lactancia materna al alta (25).

Pese a la literatura encontrada acerca de los resultados perinatales como consecuencia del tratamiento de la rotura prematura de membranas, en el presente estudio se encontraron los siguientes:

- **Prolapso de cordón.** Es la presencia del cordón umbilical por delante de la presentación fetal. Aunque lo normal es referirse a ello cuando las membranas están rotas y el cordón se palpa en una exploración vaginal, hay tres situaciones muy diferentes que se encuadran dentro de lo que se entiende como cordón delante de la presentación:
 - a) El prolapso propiamente, donde el cordón se presenta por delante de la presentación con bolsa rota;
 - b) El procúbito, cuando el cordón se presenta por delante de la presentación con bolsa íntegra.
 - c) La laterocidencia, si el cordón se dispone lateralmente a lo largo de la presentación con la bolsa íntegra.

Este tipo de distocias se presentan con más frecuencia en situaciones transversas, presentaciones podálicas, partos pretérminos, placenta previa parcial y maniobras obstétricas, como la rotura de las membranas cuando la cabeza no apoya en el estrecho superior. El diagnóstico se realiza mediante exploración vaginal cuando se palpa el cordón por delante de la presentación. El tratamiento incluye en un primer término el alivio de la presión que pueda sufrir el cordón por la presentación: mediante exploración vaginal y/o colocando a la madre en posición Trendelenburg. La terminación inmediata mediante cesárea es el tratamiento de elección. El pronóstico fetal depende de dos factores: el grado de compresión y el momento del diagnóstico. De esto se derivarán todas las situaciones que van desde la muerte fetal hasta la ausencia de afectación (26).

- **Sufrimiento fetal (SFA).** Es una perturbación metabólica compleja debida a una disminución de los intercambios fetomaternos, de evolución relativamente rápida, que lleva a una alteración de la homeostasis fetal y que puede conducir a alteraciones tisulares irreparables o a la muerte fetal.

El SFA debe diferenciarse de la respuesta de estrés reactiva frente a los fenómenos del parto, en este último los mecanismos de respuesta fetal le permiten al producto adaptarse a situaciones estresantes evitando con ello la aparición de

lesiones permanentes. A pesar que a la luz de los conocimientos actuales la mayoría de las muertes perinatales y de las potenciales secuelas neurológicas que presentará el neonato, surgen de eventos precipitantes que afectan al feto fuera del período intraparto (inmadurez, infección, hipoxia crónica, etc.), es durante el parto donde la unidad feto placentaria puede claudicar originando un estado asfíctico, factor precipitante de las dos complicaciones obstétricas más graves, la muerte perinatal y las secuelas neurológicas, las que provocan un impacto devastador en los padres, su familia, equipo médico tratante y en la sociedad, esto sin mencionar sus implicaciones médico legales, es por ello que el identificar precozmente los fetos expuestos a la injuria hipóxica, a través de una adecuada interpretación de los elementos clínicos y/o por complementarios tales como el monitoreo fetal electrónico intraparto, entre otros, tiene un alto valor con el fin no solo de detectar el problema sino además de tomar las medidas necesarias que nos permitan corregirlo. Pues una vez que el embarazo es diagnosticado, una de las demandas primordiales que hacen los padres al equipo médico tratante es el de obtener un producto de la gestación estructural y funcionalmente intacto, y, con los avances que ha alcanzado la medicina fetal y perinatal en la prevención y diagnóstico precoz de patologías que afectan el binomio madre-hijo, se ha logrado transmitir una mayor tranquilidad de la indemnidad fetal a medida que evoluciona el embarazo (27).

- **Sepsis neonatal.** Es una infección invasiva, en general bacteriana, que se produce durante el período neonatal. Los signos son múltiples e incluyen disminución de la actividad espontánea, succión menos enérgica, apnea, bradicardia, inestabilidad térmica, dificultad respiratoria, vómitos, diarrea, distensión abdominal, inquietud, convulsiones e ictericia. El diagnóstico es clínico y se confirma con los resultados de los cultivos.

La sepsis neonatal afecta a 0,5-8,0/1.000 nacidos vivos. Las tasas máximas corresponden a recién nacidos de bajo peso, a aquellos con depresión funcional al nacer según se manifiesta por un puntaje de Apgar bajo, factores de riesgo perinatales maternos (p. ej. RPM) (28).

El inicio de la sepsis neonatal puede ser temprano (≤ 3 días del nacimiento) o tardío (después de 3 días).

Inicio temprano. Por lo general, la sepsis de inicio temprano se debe a microorganismos adquiridos intraparto. La mayoría de los recién nacidos presentan síntomas dentro de las 6 horas del parto.

Inicio tardío. Por lo general, la sepsis de inicio tardío se contagia del ambiente (ver Infección neonatal hospitalaria). Los estafilococos son responsables de alrededor del 30 al 60% de los casos de inicio tardío, que se deben la mayoría de las veces a dispositivos intravasculares (en particular, catéteres vasculares centrales). El germen *E. coli* se está volviendo cada vez más una causa importante de sepsis de inicio tardío, sobre todo en recién nacidos de peso extremadamente bajo. Si bien la detección sistemática universal y la profilaxis antibiótica intraparto contra EGB han reducido significativamente la tasa de enfermedad de inicio temprano por este microorganismo, la tasa de sepsis de inicio tardío por EGB no se ha modificado, lo que es compatible con la hipótesis de que la enfermedad de inicio tardío suele contagiarse del ambiente (28).

No se ha esclarecido la participación de los anaerobios (en particular, *Bacteroides fragilis*) en la sepsis de inicio tardío, aunque se han atribuido muertes a bacteriemia por *Bacteroides*. Las especies de *Candida* son causas cada vez más importantes de sepsis de inicio tardío, que afecta al 12-18% de los recién nacidos con peso al nacer extremadamente bajo (28).

Inicio temprano y tardío. Ciertas infecciones virales (p. ej., herpes simple diseminado, enterovirus, adenovirus, virus sincitial respiratorio) pueden manifestarse con una sepsis de inicio temprano o tardío (28).

- **Bajo peso al nacer.** La OMS define bajo peso al nacer, como un peso al nacer inferior a 2500 g. El bajo peso al nacer sigue siendo un problema significativo de salud pública en todo el mundo y está asociado a una serie de consecuencias a corto y largo plazo.

El bajo peso al nacer no solo constituye un importante predictor de morbilidad prenatal; además, estudios recientes han hallado que también aumenta el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles, como la diabetes o las enfermedades cardiovasculares, en etapas posteriores de la vida.

El bajo peso al nacer es una entidad compleja, que incluye a los neonatos prematuros (nacidos antes de las 37 semanas de gestación), los neonatos a

término pequeños para su edad gestacional, y los neonatos en que se suman ambas circunstancias, en los que suelen darse los resultados más adversos (29).

- **Muerte fetal.** Es la muerte del producto de la gestación antes de que ocurra el nacimiento.

Factores de riesgo

La edad materna aumenta el riesgo progresivamente a partir de los 35 años, así, comparado con una madre menor a esta edad, la paciente tendrá un riesgo de 1,5 veces mayor entre 35 y 40 años; 2 veces mayor entre 40 y 45 años; y 3 veces más alto sobre los 45 años.

De los factores de riesgo modificables los de mayor importancia son el uso de tabaco, que aumenta el riesgo 1,5 a 3 veces; y la obesidad que incrementa el riesgo 2 veces. La ausencia de control prenatal tiene una Razón de Oportunidad (OR) de 3,3. El uso de drogas ilícitas, de 1,9. El bajo nivel socioeconómico y el bajo nivel educacional tienen OR de 1,2 y 1,7 respectivamente. Otros factores de riesgo importantes son patologías crónicas maternas como la hipertensión, diabetes mellitus, insuficiencia renal, patología tiroidea, enfermedades del mesénquima y reumatológicas (30).

- **Parto.** Es el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológico y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo.

El parto puede ser:

Parto por vía vaginal normal. En el cual el trabajo de parto de una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, que se inicia de forma espontánea entre la 37^a-42^a semana y que, tras una evolución fisiológica de la dilatación y el parto, termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina. El alumbramiento y el puerperio inmediato deben igualmente evolucionar de forma fisiológica (31)

Parto por vía vaginal asistido. Se denomina parto vaginal asistido a la asistencia mecánica de la expulsión de la cabeza fetal en el parto vaginal. El Colegio americano de obstetricia y ginecología (ACOG) ha recomendado esta asistencia para controlar y reducir la frecuencia de cesáreas (procedimiento que entre obstetras ha ido aumentando como principal medida de rescate ante complicaciones del expulsivo). Existen tres instrumentos para este fin: o Fórceps o Vacuum (19).

Parto vía cesárea. Es la extracción del feto, placenta y membranas a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y uterina (histerotomía) (19).

2.3. Hipótesis

Hi. Existen diferencias significativas, en los resultados perinatales, entre el manejo expectante y el manejo activo, en pacientes atendidos en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota, 2017.

2.4. Variables

2.4.1. Variable independiente

Tipo de manejo de la RPM

2.4.2. Variable dependiente

Resultados perinatales

2.5. Definición conceptual y operacional de las variables

Tipo de variable	Dimensión	Indicadores	Escala
Variable independiente: Tipo de manejo de la RPM. es el empleo de un protocolo de atención con el fin de brindar una solución a la patología (8).	Manejo expectante consistente en esperar un tiempo entre la rotura de las membranas y el inicio del trabajo de parto (5).	Si No	Nominal
	Manejo activo consistente en la terminación inmediata del parto mediante inducción o cesárea (5).	Inducción con oxitocina Inducción con misoprostol Cesárea	Nominal
Variable dependiente Resultados perinatales. Consecuencias que aparece antes, durante y después del proceso del parto y el nacimiento, que además puede habitualmente alterar el pronóstico (32).	Complicaciones perinatales. Complicaciones que pueden ocurrir en este periodo.	Sufrimiento fetal Prolapso de cordón Sepsis neonatal Muerte perinatal	Nominal
	Tipo de parto. Forma mediante el cual se lleva a cabo el proceso fisiológico por el cual el feto, la placenta y los anejos fetales salen fuera del claustro uterino (19).	Vaginal Cesárea	Nominal
	Peso del recién nacido. Es el peso que tiene el bebé al nacimiento de acuerdo a la edad gestacional (29).	Pequeño para la edad gestacional Adecuado para la edad gestacional Grande para la edad gestacional	Nomina
Variables intervinientes	Gravidez. Es el periodo gestacional de la mujer (12)	Primigesta Segundigesta Multigesta	Ordinal
	Atención prenatal. Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, idealmente antes de las 14 semanas de gestación, para la detección oportuna de signos de alarma, factores de riesgo y brindar la educación para el autocuidado con participación de la familia (33).	Ninguno 0 – 3 4-5 6- +	Intervalo
	Periodo de latencia. Es el tiempo transcurrido desde que se rompen las membranas hasta que se inicia el trabajo de parto (12)	0-6 horas 6-12 horas >12-18 horas < 18-24 horas	Intervalo
	Antibioticoterapia. Tratamiento terapéutico en base a antibióticos	Si No	Nominal

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de estudio

La presente investigación corresponde a un tipo de estudio cuyo diseño es no experimental, de corte transversal, de tipo descriptivo, correlacional.

No experimental, porque, no se manipuló deliberadamente ninguna variable.

De corte transversal, porque permitió medir los resultados perinatales luego del manejo de una RPM tanto con el manejo expectante como con el activo, en una población definida (gestantes) y en un punto específico del tiempo (Agosto – diciembre de 2017).

Descriptivo, porque, identificó y describió los resultados perinatales luego del manejo expectante o activo de la RPM mediante la observación, intentando dar respuesta a las preguntas básicas de la epidemiología.

Correlacional, porque permitió establecer la relación entre los resultados perinatales y el tipo de manejo de la RPM a término.

3.2. Área de estudio y población

El estudio se llevó a cabo en el Hospital José Soto cadenillas Soto, situado en el Jr. Exequiel Montoya 718 de la provincia de Chota, la misma que está situada a 2.388 msnm en la vertiente oriental de la cordillera de los Andes, en la meseta de Acunta circundada por los ríos Chotano, San Mateo y Colpamayo; a 150 km al norte de Cajamarca y a 219 km al este de Chiclayo.

La población estuvo constituida teniendo como antecedente todas las gestantes que fueron atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas –Chota con el diagnóstico de RPM en los meses de marzo a noviembre de 2017 que fue de 104

3.3. Muestra

Se obtendrá teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, considerando

3.3.1. Tamaño de la muestra

El muestreo utilizado fue el Probabilístico, que implicó seleccionar al azar, es decir, que todos los elementos de la población tuvieron la misma posibilidad de ser elegidos. Se determinó para satisfacer los márgenes de confiabilidad y error en la estimación de resultados perinatales adversos frente al manejo expectante y activo, empleándose la siguiente fórmula:

$$n \geq \frac{NZ^2PQ}{d^2N + Z^2PQ}$$
$$n \geq \frac{(104)(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2(104) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = 84$$

Donde:

N = (104) Población de gestantes con el diagnóstico de RPM atendidas en el año 2016

P = (0.50) Proporción de resultados perinatales del manejo expectante de la RPM

Q = (0.50) Proporción de resultados perinatales del manejo activo de la RPM

Z = 1.96 (coeficiente del 95% de confiabilidad)

D_ (0,05) Máximo error permitido.

3.4. Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo constituida por cada una de las gestantes con RPM a término y sus recién nacidos atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas. Chota.

3.5. Criterios de inclusión y exclusión

3.5.1. Criterios de inclusión

Las gestantes participantes del estudio para ser incluidas en el mismo, cumplieron con los siguientes criterios,

- Gestante con edad gestacional a término
- Gestante con diagnóstico de RPM
- Aceptar voluntariamente ser parte de la muestra del presente estudio
- Gestante en pleno uso de sus facultades mentales.

3.5.2. Criterios de exclusión

- Gestante con una edad gestacional pretérmino
- Gestante con complicaciones obstétricas diferentes a la RPM

3.6. Consideraciones éticas

Esta investigación se fundamentó en criterios dirigidos a asegurar la calidad y la objetividad de la investigación, como las siguientes:

- **Valor social o científico:** para ser ética una investigación debe tener valor, lo que representa un juicio sobre la importancia social, científica o clínica de la investigación. Este criterio aseguró que las gestantes con RPM no sean expuestas a riesgos o agresiones sin la posibilidad de algún beneficio personal o social.
- **Validez científica:** La investigación tienen una muestra debidamente justificada, esta sigue un método de investigación coherente con el problema y la necesidad social, cuenta con un marco teórico suficiente basado en fuentes documentales y de información; mantiene un lenguaje cuidadoso empleado para comunicar el informe; y cultiva los valores científicos en su estilo y estructura.
- **Selección equitativa de los sujetos:** la selección de las gestantes con RPM estuvo guiada por criterios de inclusión y exclusión.
- **Consentimiento informado.** Luego que la gestante con RPM fue informada en forma clara y precisa de la naturaleza de la investigación, emitió su autorización y se le pidió que firme el documento de consentimiento informado.
- **Privacidad:** se respetó el anonimato de la gestante con RPM, desde el inicio de la investigación, hasta el final.

- **Confidencialidad:** la información referida por la gestante con RPM, no ha sido revelada a terceros, se utilizó solamente para cumplir con los objetivos de la investigación

3.7. Técnicas de recolección de datos y descripción del instrumento

En la presente investigación se procedió de la siguiente manera:

En una primera fase, se solicitó el permiso correspondiente al director del Hospital José Soto Cadenillas y a las autoridades del servicio de Ginecología y Obstetricia de dicho establecimiento.

En una segunda fase, se solicitó a la gestante, con diagnóstico de RPM, el consentimiento informado para ser parte de la investigación

En una tercera fase se procedió a realizar la encuesta a la gestante y la observación de los resultados perinatales según el tipo de manejo de la RPM: expectante o activo

En esta investigación, se recolectó la información teniendo en cuenta la técnica de la encuesta y como instrumento:

El cuestionario de recolección de datos en donde se consignaron datos sociodemográficos de la gestante como edad, nivel educativo, estado civil, procedencia; ocupación, datos obstétricos como paridad, número de atenciones pre natales y los resultados perinatales referidos a tres aspectos: complicaciones fetales, peso del recién nacido y el tipo de parto, asociados a tipo de manejo de la RPM. Anexo 01.

3.8. Procesamiento y análisis de datos

Para el procesamiento de datos cuantitativos se utilizó el programa SPSS versión 22 para Windows. Para el análisis estadístico se empleó el programa SPSS 21.0 para Windows, con el que se realizó el análisis de acuerdo a la naturaleza del estudio.

El ingreso de datos lo realizó una persona con experiencia en el manejo de equipos de cómputo, hojas de cálculo Excel y software SPSS. Se inició el análisis con la parte descriptiva cuantificando y caracterizando a las gestantes del estudio

Desde el punto de vista inferencial se realizó el análisis bivariado con la Chi cuadrado.

Para determinar el grado de asociación en el análisis bivariado, se utilizó el

coeficiente de correlación, estimando un nivel de significancia de $p \leq 0,05$

3.9. Control de calidad de datos

La calidad de los datos dependió fundamentalmente de la funcionalidad de los instrumentos usados para su recolección, y la fiabilidad de la consistencia interna del instrumento se estimó mediante una prueba piloto a 10 gestantes con RPM, con manejo expectante (05) y manejo activo (05) que permitió asumir que los ítems midan un mismo constructo y que estén altamente correlacionados.

Se asumió un 95% de confiabilidad de los resultados ya que los datos fueron recolectados por la misma autora de la investigación.

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Identificación de las características sociodemográficas y obstétricas de las gestantes con RPM

Tabla 01-A. Características sociodemográficas de las gestantes con rotura prematura de membranas atendidas en el Hospital José Soto Cadenilla. Chota, 2017

Edad	n°	%
15-19	11	13,1
20-24	21	25,0
25-29	18	21,4
30-34	15	17,9
35-39	11	13,1
+40	8	9,5
Grado de instrucción	n°	%
Sin nivel educativo	17	20,2
Primaria incompleta	7	8,3
Primaria completa	8	9,5
Secundaria incompleta	16	19,0
Secundaria completa	13	15,5
Superior técnica	12	14,3
Superior universitaria	11	13,1
Estado civil	n°	%
Soltera	25	29,8
Casada	29	34,5
Conviviente	30	35,7
Procedencia	n°	%
Urbana	43	51,2
Rural	41	48,8
Ocupación	n°	%
Ama de casa	49	58,3
Estudiante	16	19,0
Empleada estatal	9	10,7
Empleada empresa privada	4	4,8
Independiente	6	7,1
Total	84	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Como puede observarse en la presente tabla, el 64,3% de las gestantes que presentaron rotura prematura de membranas y acudieron a ser atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota, pertenecieron al grupo etario de 20-34 años de edad; un significativo porcentaje (22,6%) de gestantes presentaron edades entre 30 y 40 años y el 13,1% de ellas fueron adolescentes, datos similares fueron encontrados por Pérez (2017) quien en su estudio determinó que el 55,7% de madres con rotura prematura de membranas pre término fueron adultas, el 13,6% añosas y el 29,5% adolescentes, pero diferentes a los de Quintana (2016), quien encontró que el 49,3% de gestantes tuvieron una edad entre 21 y 34 años (34).

Según lo refieren Sarduy et al. (35), frecuentemente se ha observado una prevalencia elevada de rotura prematura de membranas en mujeres menores de 20 años, y en aquellas mayores de 34 años.

En cuanto a nivel educativo el 34,5% de gestantes manifestaron tener secundaria, ya sea completa o incompleta; reconfortante es el hecho de haber encontrado que el 13,1% de gestantes cuenta con nivel educativo superior universitario; sin embargo, es preocupante encontrar un alto porcentaje (20,2%) de gestantes sin ningún nivel educativo, dato diferente fue encontrado por Quintana (2016) quien reporta en su estudio que el 64% de pacientes tuvieron secundaria completa o incompleta (34).

El bajo nivel educativo es un factor de riesgo de rotura prematura de membranas porque está asociado a un bajo nivel socioeconómico que no le permite a la madre cumplir eficientemente con los requerimientos nutricionales que requiere una mujer gestante, ni optar por un tratamiento de calidad en caso de presentarse una infección bacteriana que es una de las principales causas de rotura prematura de membranas.

Montañez (2017) precisamente asevera que entre los agentes de peligro para RPM se tiene a las infecciones de transmisión sexual y al nivel socioeconómico bajo (36)

Respecto al estado civil, se encontró que, el 35,7% de gestantes dijeron ser convivientes, dato similar 34,5%, manifestaron ser casadas, mientras que el 29,8% declararon ser solteras, dato disímil fue reportado por Pérez (2017) quien en su estudio encontró que el 59,1% de madres con rotura prematura de membranas fueron convivientes (10) y por Quintana (2016) él encontró en su estudio que el 71% de pacientes eran convivientes, el 20,4% solteras y solamente el 8,1% casadas (34).

Las mujeres con una pareja sexual estable, en ocasiones pueden ser propensas a adquirir algún tipo de infección vaginal cuando su compañero suele ser infiel, estas infecciones pueden ocasionar la rotura prematura de membranas.

En torno a la procedencia, el 51,2% de las gestantes fueron procedentes de la zona urbana, mientras que el 48,8% procedieron de la zona rural, ello porque al hospital José Hernán Soto cadenillas acude por lo general, toda la población, tanto de la ciudad misma, como de las zonas aledañas, dato similar fue encontrado por Quintana (2016), quien reporta en su estudio que el 51,1% de pacientes procedían de zonas urbanas (34).

Referente a la ocupación, se evidencia que el 58,3% de las gestantes con rotura prematura de membranas son amas de casa; sin embargo, un significativo 19% manifestó ser estudiante, Quintana (2016) encontró cifras más elevadas de pacientes con ocupación amas de casa 77,8%, aunque el dato de estudiantes fue similar al encontrado en el presente estudio 12,2%, lo que significa que a nivel de todo el país la desigualdad de género va disminuyendo, y la mujer puede ir empoderándose de sus derechos sexuales y reproductivos. Peñas (2019) afirma que la mujer con una buena educación, puede alcanzar los mismos derechos políticos que un varón (37).

Tabla 01-B. Características obstétricas de las gestantes con rotura prematura de membranas atendidas en el Hospital José Soto Cadenilla. Chota, 2017

Gravidez	n°	%
Primigesta	32	38,1
Secundigesta	25	29,8
Multigesta	27	32,1
Atenciones prenatales	n°	%
Ninguno	5	6,0
0-3	23	27,4
4-5	14	16,7
6-+	42	50,0
Total	84	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Esta tabla permite evidenciar que el mayor porcentaje de gestantes que ingresaron con rotura prematura de membranas fueron primigestas con 38,1%, seguido de las multigestas con 32,1% y las secundigestas con 29,8%; datos similares fueron encontrados por Quintana (2016) quien determinó que el 44,8% de las gestantes con rotura prematura de membranas fueron primigestas con una diferencia porcentual de 6,7 puntos (34), indicando además que ser primigesta es tener 2,4 veces mayor riesgo de desarrollar rotura prematura de membranas que aquellas que no lo son (34).

Las primigestas suelen ser más vulnerables a sufrir una rotura prematura de membranas porque suelen tener atenciones prenatales inadecuadas y tardías, es decir que tienen menos atenciones que las que sugiere el Ministerio de Salud y acuden de forma tardía a su primera atención pre natal, de tal forma que no cumplen con su batería de análisis tempranamente, pese a que pueden tener procesos infecciosos ya sea de vías urinarias o vaginales, cuyos agentes producen proteasas que consumen las proteínas que conforman la matriz extracelular de las membranas, propiciando su rotura prematura.

Cifuentes precisamente, señala que la infección intraamniótica puede producirse bien sea por gérmenes intraamnióticos que llegan vía sanguínea como la listeria monocytogenes, el treponema (sífilis) o el plasmodium (malaria), o por microorganismos cérvico vaginales que ascienden por continuidad. Estos gérmenes producen proteasas (colágenas y elastasas) que disminuyen la longitud tensil de las membranas corioamnióticas facilitando su rotura

En lo que se refiere al número de atenciones prenatales el 50% de gestantes manifestaron haber tenido más de 6 atenciones prenatales superando así la indicación realizada por el Ministerio de Salud; sin embargo, el 27,4% de gestantes solamente tuvo como máximo 4 atenciones prenatales.

La atención prenatal, cuenta con una metodología muy bien establecida y una cronología bien fundamentada que garantiza un diagnóstico completo y correcto y un seguimiento adecuado de cada gestante hasta el final de su embarazo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) resalta su importancia y ha publicado en noviembre de 2016 una nueva serie de recomendaciones en aras de mejorar la atención prenatal. Con estas recomendaciones, la institución pretende reducir la mortalidad materna y prenatal en todo el mundo, con especial hincapié en las mujeres y adolescentes que viven en entornos donde hay escaso acceso a servicios asistenciales, así como garantizar que las embarazadas tengan una experiencia positiva de la maternidad. Además de detectar factores de riesgos y patologías asociadas a la gestación, se realizan orientaciones educativas y preventivas y se les orienta a las gestantes sobre los signos y síntomas de alarma del embarazo, tal como la pérdida de líquido amniótico, a fin de recibir una atención oportuna (17).

4.2. Tipo de manejo de la rotura prematura de membranas a término en gestantes

Tabla 02. Tipo de Manejo de la rotura prematura de membranas a término en gestantes atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota, 2018

Tipo de manejo de la RPM	n°	%
Activo	52	61,9
Expectante	32	38,1
Inducción de trabajo de parto	n°	%
Si	29	34,5
No	55	65,5
Medicamento utilizado en la inducción	n°	%
Ninguno	56	66,6
Oxitocina	21	25,0
Misoprostol	8	9,4
Antibioticoterapia	n°	%
Si	76	90,5
No	8	9,5
Total	84	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Se evidencia en la presente tabla que en el 61,9% de los casos de rotura prematura de membranas se optó por el manejo activo, considerando que en este se puede inducir el trabajo de parto o recurrir a una cesárea, mientras que en el 38,1% de los casos se decidió por una conducta expectante en la cual se deja a la gestante en evolución espontánea sin realizar ningún tipo de intervención hasta que inicie la fase activa de parto o exista algún patrón patológico que cambie el curso del manejo.

Datos diferente muestran Martín y cols. (2019) ya que ellos reportan que el 81,9% de gestantes con rotura prematura de membranas comenzaron con manejo expectante y un 17% con manejo activo (1).

Chuen y cols. (2017) sostienen que, específicamente entre las 34 y 37 semanas, las guías nacionales consideran un manejo activo, igual que después de las 37 semanas. Las razones consideradas para proponer esa conducta tienen que ver con el

pronóstico de los recién nacidos (RN) en ese rango, especialmente la mortalidad perinatal (MPN) es similar al de los RN de término, otra razón es que después de las 34 semanas existe en general madurez bioquímica del pulmón fetal, y después de las 34 semanas existe relación directa entre el período de latencia e infección (38).

La interrupción inmediata es recomendada por el Colegio Americano y de Inglaterra con conclusiones como “en embarazos de 34 semanas o más se recomienda interrupción inmediata de todas las mujeres con rotura de membranas”, estos grupos reconocen que este tipo de conclusiones están basadas en evidencia científica limitada e inconsistente (25).

El manejo activo se llevó a cabo mediante la inducción del trabajo de parto en el 34,5% de los casos, mientras que los casos restantes fueron cesáreas, el medicamento utilizado para la inducción fue oxitocina en un 25% mientras que en el 9,4% se utilizó misoprostol, datos similares fueron reportados por Santoyo (2015) quien en su estudio realizado informa que el 43,6% de las mujeres llegaron a sala de dilatación para la inducción del parto, pero utilizó oxitocina en el 70,4% de los casos, dato disímil al reportado en el presente estudio (8).

Barrientos (2015) encontró que el 75% aproximadamente de las mujeres con Rotura Prematura de Membranas (RPM) y cérvix desfavorable iniciaron el trabajo de parto de manera espontánea sin ningún tipo de intervención en las 24 horas de RPM y el 90% aproximadamente en las 48 horas, es decir que el manejo mayoritariamente fue expectante (9).

Barrientos (2015) también señala que, la administración de prostaglandinas por vía oral o intracervical después de RPM a término con condiciones cervicales desfavorables reduce la duración de RPM y acelera la aparición del trabajo de parto. Al reducir este periodo puede ser de ayuda para disminuir la incidencia de infecciones maternas y neonatales, ya que el riesgo de infección aumenta cuanto mayor es el periodo entre la RPM y el parto. (9).

Miranda (2014) por su parte señala que el manejo expectante de la RPMPT va a depender de la edad gestacional. Tiene mejor beneficio en los casos menores de 32 semanas de edad gestacional, ya que el nacimiento inmediato de recién nacidos con un peso menor de 1 500 g se asocia con elevadas complicaciones relacionadas con la prematuridad (3).

También se determinó en el presente estudio que el 90,5% de las gestantes con rotura prematura de membranas recibió tratamiento con antibióticos, dato similar al

encontrado por Romero y cols. ellos reportaron que en el 100% de las gestantes con RPM utilizaron antibioticoterapia; en 49 pacientes (65%) se utilizó el esquema de antibióticos ampicilina-amikacina, en 21 (28%) amikacina-clindamicina y en el resto de los casos (7%) sólo ampicilina (39)

Según la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Argentina (2018), la decisión de prescribir antibióticos rutinariamente para las mujeres con RPMp (Rotura prematura de Membranas en pretérmino) y sin evidencia de infección no es del todo clara, aunque la orientación actual respalda el uso rutinario de antibióticos para las mujeres con RPMp aguda (40).

Existen estudios que evidencian de forma indirecta que el tratamiento antibiótico de la corioamnionitis clínica iniciado antes del parto reduce las complicaciones maternas y neonatales. La utilización de esquemas antibióticos para anaerobios parece disminuir el riesgo de endometritis posparto comparado con otros esquemas de amplio espectro (41).

4.3. Características biológicas del recién nacido

Tabla 03. Sexo de los recién nacidos, de madres con rotura prematura de membranas (RPM) atendidas en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota, 2017.

Sexo del recién nacido	n°	%
Femenino	45	53,6
Masculino	39	46,4
Total	84	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Se logra evidenciar en la presente tabla que el 53,6% de los recién nacidos de madres con rotura prematura de membranas fueron de sexo femenino, mientras que el 46,4% fueron de sexo masculino.

Independientemente del sexo que tenga el recién nacido, ambos grupos son vulnerables a las complicaciones que pueda tener su madre durante el embarazo, al tipo de parto y a las enfermedades propias de la etapa neonatal. Luego del nacimiento, de igual forma, niñas y niños van a depender tanto emocional, como económicamente de la situación de sus padres o en todo caso de su madre, en el caso de que esta sea soltera.

Domínguez (2014) al respecto señala que el periodo neonatal del ser humano, considerado de máxima fragilidad biológica y social, significa el estadio de mayor indefensión y dependencia después del embrión y el feto. Los neonatos están indefensos ante un inmenso cúmulo de factores agresivos y contrarios a su óptimo desarrollo. La naturaleza, en su afán implacable de favorecer mediante la ley del más fuerte a los mejor dotados, crea las primeras condiciones de vulnerabilidad, que se continúan en los innumerables déficits de protección social y organizacional (42).

En cuanto a la rotura prematura de membranas y el sexo del recién nacido, no existen evidencias sobre la asociación entre ambas variables.

4.4. Resultados perinatales según el tipo de manejo de la RPM

Tabla 4. Resultados adversos en los fetos de gestantes con rotura prematura de membranas, según tipo de manejo. Hospital José Hernán Soto Cadenillas. Chota, 2017

Complicaciones fetales	n°	%
Ninguna	40	47,6
Prolapso del cordón	1	1,2
Sufrimiento fetal	32	38,1
Sufrimiento fetal y sepsis neonatal	7	8,3
Sufrimiento fetal y prolapso	1	1,2
Muerte fetal y feto macrosómico	1	1,2
Otros	2	2,4
Tipo de parto	n°	%
Vaginal	48	57,1
Cesárea	36	42,9
Resultados del peso del RN	n°	%
Pequeño para la edad gestacional	32	38,1
Adecuado para la edad gestacional	50	59,5
Grande para la edad gestacional	2	2,4
Total	84	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Se logra evidenciar en la presente tabla que el 38,1% de los hijos de madres con rotura prematura de membranas (RPM) que tuvieron un manejo activo o expectante, tuvieron sufrimiento fetal, el 8,3% presentó esta patología asociada a sepsis neonatal, también se asoció a prolapso en el 1,2%.

Santoyo (2015) en su estudio encontró que, fueron registradas alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal intra parto en un 14,3% de las mujeres de su estudio, cifra mucho menor que el encontrado en el presente estudio (8).

El sufrimiento fetal agudo definido como un disturbio metabólico capaz de progresar a hipoxia y sucesivamente a la acidosis puede producir lesiones graves e, incluso, la muerte del feto; sin embargo, este término se lo ha dejado de usar por las condiciones

clínicas que debe cumplir. Los criterios a cumplir para diagnóstico de asfixia son: acidosis metabólica ($\text{pH} \leq 7$), puntaje de Apgar de 0-3 a los 5 minutos, alteraciones neurológicas o falla multiorgánica (43).

Miranda (2014) señala que el pronóstico perinatal está relacionado con la edad gestacional al momento en que se produce la RPM. Según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, la morbilidad fetal en pre términos se relaciona con la sepsis neonatal, entre otras patologías (3).

El prolapso de cordón estuvo presente solamente en un caso (1,2%), fenómeno poco frecuente que compromete el bienestar fetal en caso de no intervenir con celeridad y competencia.

Igualmente, se encontró solamente un caso (1,2%) de feto muerto y macrosómico

Otros casos, estuvieron presentes en el 2,4%, como enterocolitis necrotizante, hemorragia intraventricular, y sepsis, las cuales son muy comunes en partos muy pre término, pero raras en partos cerca al término.

El tipo de parto predominante, en las gestantes con rotura prematura de membranas, fue el vaginal con 57,1%, mientras que el 42,9% tuvieron un parto por cesárea, datos coincidentes con los de Pérez (2017) quien identificó en su estudio que en su estudio la vía de parto de las pacientes fue vaginal en el 62.5 %, con una diferencia porcentual de 5.4 puntos (10).

Las cifras de Cesárea supera la recomendación realizada por la Organización Mundial de la Salud quien señala que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. Señala además que, la cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbimortalidad materna y perinatal. Sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. Como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer, y del neonato, así como a cualquier embarazo futuro (44).

En cuando a peso del recién nacido relacionado a edad gestacional, el 59,5% fueron recién nacidos adecuados para la edad gestacional es decir que tuvieron un peso entre los 2500 y 4000 gr.; sin embargo, un significativo porcentaje (38,1%) fueron pequeños para la edad gestacional y solamente el 2,4% grandes para la edad gestacional.

Quintana (2016) señala que en un estudio poblacional en Israel el peso al nacer de <2500 g. estuvo asociado significativamente con la rotura prematura de membranas en comparación con aquellos con membranas intactas. En Iquitos – Perú un estudio hospitalario se reportó una fuerte asociación entre el recién nacido con peso mayor de 4kg y la presencia de ruptura prematura de membranas (OR 3.7). En cambio, en otro estudio se encontró como alto riesgo significativo para la rotura prematura de membranas aquellas cuyo producto tenía menos de 2500 g (O.R. = 11,41) (34).

5. Relación entre los resultados perinatales y el tipo de manejo de la rotura prematura de membranas

Tabla 5-A. Resultados perinatales según tipo de manejo de la rotura prematura de membranas. Hospital José Soto cadenillas Soto-Chota. 2017

Manejo de la RPM	Resultados perinatales														Total	
	Ninguna		Prolapso del cordón		Sufrimiento fetal		Sufrimiento fetal y sepsis neonatal		Sufrimiento fetal y prolapso		Muerte fetal y feto macrosómico		Otros			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Activo	25	48,1	1	1,9	19	36,5	5	9,6	1	1,9	0	0,0	1.0	1,9	52	61,9
Expectante	15	46,9	0	0,0	13	40,6	2	6,3	0	0,0	1	3,1	1.0	3,1	32	38,1
Total	40	47,6	1	1,2	32	38,1	7	8,3	1	1,2	1	1,2	2.0	2,4	84	100,0

$X^2= 3,338$

$p = 0,765$

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Se logra evidenciar en esta tabla que del 61,9% de gestantes con rotura prematura de membranas que tuvieron manejo activo, el 36,5% de sus recién nacidos tuvieron sufrimiento fetal; el 9,6% presentaron además de sufrimiento fetal, sepsis neonatal y el 1,9% sufrimiento fetal y prolapso de cordón umbilical; sin embargo, del 38,1% de gestantes con rotura prematura de membranas con manejo expectante, el 40,6% de sus recién nacidos también presentó prolapso de cordón, el 6,3% asociado a sepsis neonatal y en el 3,1% (01 recién nacido) hubo muerte fetal por macrosomía.

Dato disímil fue encontrado por Morris (2016) quien determinó que la sepsis neonatal ocurrió en 2% de los recién nacidos cuyas madres fueron asignadas a interrupción inmediata y 3% de neonatos de madres asignadas a conducta expectante (25).

En el presente estudio el mayor número de casos de sufrimiento fetal se presentó en los casos de manejo expectante de la rotura prematura de membranas, obviamente porque se pierde la protección que tenía el feto; se pierde la barrera natural establecida por las membranas ovulares, y con ello las múltiples funciones que cumple el líquido amniótico van a menguar significativamente, además de exponer a la gestante y al feto a la contaminación con los gérmenes que existen en el cuello uterino y la vagina, trayendo consigo el riesgo de que se produzca una sepsis materna o fetal.

Es importante, también mencionar que el 1,9% de gestantes con RPM que tuvieron un manejo activo presentaron prolapso de cordón, dato significativo considerando que la infección y el accidente del cordón umbilical contribuyen al 1 o 2% de riesgo de muerte fetal prenatal después de una RPM (4).

Estadísticamente no se encuentra relación significativa entre las variables complicaciones perinatales y tipo de manejo de la rotura prematura de membranas, según lo indica el $X^2 = 3,338$ y el coeficiente de correlación $p = 0,765$.

Tabla 5-B. Resultados perinatales según tipo de manejo de la rotura prematura de membranas (tipo de parto). Hospital José Soto cadenillas Soto- Chota. 2017

Manejo de la RPM	Tipo parto				Total	
	Vaginal		Cesárea		n°	%
	n°	%	n°	%		
Activo	21	40,4	31	59,6	52	61,9
Expectante	27	84,4	5	15,6	32	38,1
Total	48	57,1	36	42,9	84	100,0

$\chi^2 = 15,653$ $p = 0,000$

Fuente: cuestionario de recolección de datos

Como se evidencia en la presente tabla del 61,9% de gestantes con rotura prematura de membranas que tuvieron un manejo activo, el 59,6% tuvieron un parto por cesárea y el 40,4% por vía vaginal; en tanto que del 38,1% de gestantes que tuvieron un manejo expectante el 84,4% tuvieron un parto vía vaginal, solamente el 15,6% terminó por cesárea.

Si se analizan los datos de la tabla anterior y los de la presente tabla se puede observar que el manejo expectante de la rotura prematura de membranas disminuye la morbilidad perinatal, así como la tasa de cesáreas, considerando además que, en gestantes a término, el trabajo de parto se iniciará en las próximas horas.

Martín (2019) precisamente señala que las mujeres gestantes con RPM a término inician el trabajo de parto de forma espontánea en las primeras 24 horas en el 70% según la SEGO, y en el 60% de los casos según The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (1)

Navarro (2005) en su estudio encontró que sólo en el grupo sometido a inducción se realizó cesárea en 4 pacientes debido a inducción fallida (45).

Morris (2016) también demostró que el manejo expectante en pacientes con rotura prematura de membranas a término, es una conducta adecuada. Este manejo disminuiría la morbilidad neonatal, además de disminuir la tasa de cesáreas (25).

Sin embargo, ambas opciones son ampliamente debatidas y siguen siendo un dilema en la atención obstétrica actual. Tanto la Sociedad Española de Ginecología y

Obstetricia (SEGO) como The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) recomiendan ambas posibilidades (1).

Estadísticamente existe asociación significativa entre las variables tipo de parto y manejo de la rotura prematura de membranas (RPM) según los valores de $X^2= 15,653$ y $p = 0,000$

CONCLUSIONES

Al finalizar la presente investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

1. El mayor porcentaje de las gestantes con rotura prematura de membranas perteneció al grupo etáreo de 20-24 años, la mayoría sin nivel educativo, convivientes, procedentes de la zona urbana y de ocupación amas de casa; mayoritariamente fueron primigestas y tuvieron más de 6 atenciones prenatales
2. El tipo de manejo de la rotura prematura de membranas en su mayoría fue activo, pero solamente se indujo el parto en un menor porcentaje, utilizándose en este proceso, mayoritariamente a la oxitocina; se cubrió con antibióticos a la mayoría de gestantes.
3. Como resultados perinatales se determinó que hubo sufrimiento fetal, asociado a manejo expectante; el tipo de parto fue el vaginal en la mayoría de gestantes.
4. No existe evidencia de diferencias estadísticamente significativas en la ocurrencia de los principales resultados perinatales cuando se compara manejo activo con manejo expectante de la rotura prematura de membranas, solamente se encontró asociación significativa entre el tipo de parto y el manejo de la rotura prematura de membranas según lo determina el coeficiente de correlación $p = 0,000$.

SUGERENCIAS

Al concluir el presente estudio se ha creído conveniente realizar las siguientes sugerencias:

1. A los obstetras del Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota, encargados de brindar atención prenatal, hacer hincapié sobre la pérdida de líquido amniótico como signo de alarma para que las gestantes acudan con periodos de latencia cortos.
2. A los profesionales encargados de la atención de las gestantes se sugiere que decidan preferentemente por el manejo activo en gestantes con edad gestacional a término y monitorizar el bienestar fetal.
5. A otros investigadores se les sugiere realizar estudios semejantes con mayores tamaños de muestras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martín M, Abascal F, Chico L, Rodríguez M, Hernández M. Manejo expectante frente a inducción en el abordaje de la RPM. *Metas de Enfermería* [Internet]. 2019 [citado 2019 May 15]; 22(2): p. 12-.20. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81366/manejo-expectante-frente-a-induccion-en-el-abordaje-de-la-rotura-prematura-de-membranas/>
2. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Ruptura prematura de membranas Pretérmino, diagnóstico y tratamiento. Guía de práctica clínica. Primera edición ed. Quito: Dirección Nacional de Normatización [Internet]; 2015 [citado 2019 May 18]. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-RPMP-FINAL-08-10-15.pdf>
3. Miranda A. Resultados maternos y perinatales del manejo conservador de la rotura prematura de membranas en gestantes de 24 a 33 semanas. *Acta Médica Peruana* [Internet] 2014 [citado 2019 may 08];31(2):p.84-89. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v31n2/a04v31n2.pdf>
4. Gutiérrez M. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* [Internet]. 2018 [citado 2019 May 18]; 64(3). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300014&lng=es&nrm=iso
5. Barreto F. Rotura prematura de membranas a término: ¿manejo expectante o activo? *Matronas profesión* [Internet]. 2016; 7(4): p. 12-16. Hospital Clinic; Hospital Sant de Déu; Universitat de Barcelona. Rotura prematura de membranas a término y pretérmino. Investigación. Barcelona: Centre de medicina fetal y neonatal de Barcelona; 2017 [citado 2019 May 27]. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol7n412-16.pdf>
6. Salas T. Manejo expectante versus manejo activo en embarazosa pretérmino tardío con ruptura prematura de membranas en el servicio de obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca. Tesis para optar el Título de médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Cajamarca [Internet]; 2022 [citado 2022 Dic 05]. Disponible en: https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/4996/P016_46074854_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y

7. Hospital Clinic; Hospital Sant de Déu; Universitat de Barcelona. Rotura prematura de membranas a término y pretérmino. Investigación. Barcelona, Centre de medicina fetal y neonatal de Barcelona [Internet]; 2017 [citado 2019 Dic 27]. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/rotura%20prematura%20de%20membranas%20hcp-hsjd.pdf>
8. Santoyo T. Rotura prematura de membranas a término: influencia del momento de la inducción en los resultados obstétricos y perinatales. Tesis doctoral. Santiago de Chile: Universidad Miguel Hernández [Internet]; 2015 [citado 2019 May 19]. Disponible en: <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/2467/1/TD%20Santoyo%20Albert,%20Teresa.pdf>
9. Barrientos V. El manejo de la rotura prematura de membranas a término con cérvix desfavorable. Trabajo fin de Máster. León [Internet]; 2015 [citado 2019 May 08]. Disponible en: https://buleria.unileon.es/xmlui/bitstream/handle/10612/5699/2015_Vanesa%20Barrientos%20Rodr%C3%ADguez_1722.pdf?sequence=1
10. Pérez M. Madres con Ruptura Prematura de membranas ovulares pre término que registraron complicaciones maternas y del recién nacido en el Hospital Huaycán - Ate Vitarte. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia. Lima: Universidad San Martín de Porres [Internet]; 2017 [citado 2019 Abr 30]. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/4480/5/perez_pmi.pdf
11. Doren A, Carvajal J. Alternativas de manejo expectante de la Rotura Prematura de Membranas antes de la viabilidad en embarazos únicos. Revista chilena de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2012 [citado 2017 May 28]; 77(3): p. 225-234. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000300010
12. Cifuentes R. Obstetricia de alto riesgo. Séptima edición ed. Colombia: Editorial DISTRIBUNA; 2014.
13. Mezzabotta L. Rotura Prematura de Membranas. Consenso. Córdoba [Internet]; 2018 [citado 2019 Set 28]. Disponible en: http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_FASGO_2018_Rotura_prematura_de_membranas.pdf

14. Universidad Nacional de Colombia. Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio: sección 3 infecciones en el embarazo: rotura prematura de membranas. Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2015 [citado 2019 Oct 01]; 66(4): p. 263-286. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1952/195243540005.pdf>
15. Sadler TW. Langman Embriología médica. Décimo tercera edición ed. Madrid: Lippicott Williams and Wilking. Wolters Kluwer Health; 2016.
16. Berghella V, Hayes E, Visintine J, Baxter J. Fetal fibronectin testing for reducing the risk of preterm birth. Resumen. Reino Unido [Internet]; 2015 [citado 2019 Set 27]. Disponible en: <https://extranet.who.int/rhl/es/topics/pregnancy-and-childbirth/pregnancy-complications/placenta-previa-8>
17. Lugones M. La importancia de la atención prenatal en la prevención y promoción de la salud. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2018 [citado 2019 May 03]; 44(1). Disponible en: <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/305/231>
18. Lugones M, Ramírez M. Rotura prematura de membranas, aspectos de interés para la atención primaria de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2010 [citado 2019 Set 27]; 26(4): p. 682-683. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v26n4/mgi11410.pdf>
19. Carvajal J, Barriga M. Manual de Obstetricia y Ginecología. Décima edición ed. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2019.
20. Scorza W. Management of pre labor rupture of the fetal membranes at term. Resumen. New York [Internet]; 2018 [citado 2019 Set 30]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-prelabor-rupture-of-the-fetal-membranes-at-term>
21. Miranda A. Resultados maternos y perinatales del manejo conservador de la rotura prematura de membranas. Acta Médica Peruana [Internet]. 2014 [citado 2019 Oct 01]; 31(2). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172014000200004
22. Hexia X, XLXLHLHX. El Manejo clínico y el resultado de la ruptura prematura de membrana a término. International Journal of Clinical and Experimental Medicine [Internet]. 2015 [citado 2019 Set 30]; 8(4). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4483966/>
23. Norwitz E. Biología del parto. Medicina Materno-Fetal de Creasy & Resnick [Internet]. 2017 [citado 2019 Set 30];(6): p. 69-85. Disponible en:

- [https://www.google.com/search?q=Norwitz+ER%2C+Lye+AJ.+Biology+of+parturition.+Creasy+%26+Resnick%E2%80%99s+Maternal-Fetal+Medicine+2017%3B+\(6\)%3A69-85.&rlz=1C1SQJL_esPE829PE829&oq=Norwitz+ER%2C+Lye+AJ.+Biology+of+parturition.+Creasy+%26+Resnick%E2%80%99s](https://www.google.com/search?q=Norwitz+ER%2C+Lye+AJ.+Biology+of+parturition.+Creasy+%26+Resnick%E2%80%99s+Maternal-Fetal+Medicine+2017%3B+(6)%3A69-85.&rlz=1C1SQJL_esPE829PE829&oq=Norwitz+ER%2C+Lye+AJ.+Biology+of+parturition.+Creasy+%26+Resnick%E2%80%99s)
24. Aragón J. et al. Protocolo clínico para inducción del trabajo de parto: propuesta de consenso. Revista de ginecología y obstetricia de México [Internet]. 2017 [citado 2019 May 17]; 85(5): p. 314-324. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2017/gom175f.pdf>
 25. Morris J, Roberts C, Bown J, Patterson J, Bond D, Algert C, et al. Interrupción inmediata versus manejo expectante luego de rotura prematura de membranas cercano al término del embarazo: en ensayo controlado randomizado. Revista chilena de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2016 [citado 2019 May 17]; 81(5): p. 445-447. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/311160843_Interrupcion_inmediata_versus_manejo_expectante_luego_de_rotura_prematura_de_membranas_cercano_al_termino_del_embarazo_ensayo_PPROMT_un_ensayo_controlado_randomizado
 26. Martínez J, Gálvez A. Resultados perinatales tras un prolapso de cordón mantenido. Artículo original. Jaén: Universidad de Jaén – España [Internet]; 2014 [citado 2017 May 29]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol60_n1/pdf/a13v60n1.pdf
 27. Ibarra M, Chío I, Hernández D. Sufrimiento fetal agudo: un reto. Informe técnico. La Habana - Cuba: Universidad de Ciencias Médicas [Internet]; 2014 [citado 2019 May 18]. Disponible en: <http://www.uvsfajardo.sld.cu/sufrimiento-fetal-agudo-un-reto>
 28. Caserta M. Sepsis neonatal. Informe técnico. New York: University of Rochester School of Medicine and Dentistry [Internet]; 2015 [citado 2019 May 18]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/infecciones-en-reci%C3%A9n-nacidos/sepsis-neonatal>
 29. Organización Mundial de la Salud. Documento normativo sobre bajo peso al nacer. Normatividad. Ginebra 27 - Suiza, Departamento de nutrición para la salud y el desarrollo [Internet]; 2017 [citado 2019 Oct 01]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255733/WHO_NMH_NHD_14.5_spa.pdf

30. Pons A, Sepúlveda E, Leiva J, Rencoret G, Germain A. Muerte fetal. Revista Médica Clínica Condes [Internet]. 2014 [citado 2019 May 18]; 25(6): p. 904-910. Disponible en: [https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-muerte-fetal-S0716864014706388#:~:text=Los%20datos%20de%20una%20reciente,bastante%20similares%20\(tabla%204\).](https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-muerte-fetal-S0716864014706388#:~:text=Los%20datos%20de%20una%20reciente,bastante%20similares%20(tabla%204).)
31. Arnau J, Martínez M, Nicolás M, Bas E, Morales R, Álvarez L. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. Revista de Antropología Iberoamericana [Internet]. 2014 abril – Mayo [citado 2019 Oct 01]; 7(2): p. 225-245. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/623/62323322005.pdf>
32. Ramírez S. Resultados perinatales y obstétricos en gestantes mayores de 35 años en el Hospital Regional de Loreto. Tesis para optar el Título de Médico Cirujano. Iquitos [Internet]; 2015 [citado 2019 Oct 01]. Disponible en: http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3756/Sly_Tesis_Titulo_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
33. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural. Norma técnica. Lima [Internet]; 2016 [citado 2019 Oct 01]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4240.pdf>
34. Quintana E. Factores de riesgo maternos asociados a rotura prematura de membranas en pacientes atendidas en el Hospital Regional de Loreto. tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana [Internet]; 2016 [citado 2019 May 01]. Disponible en: http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4428/Edward_Tesis_Titulo_2016.pdf?sequence=1
35. Sarduy M, Sánchez N, Rodríguez A. Sepsis en pacientes con rotura prematura de membranas pretérmino. Revista cubana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2016 [citado 2019 Abr 30]; 42(3). Disponible en: <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/76/74>
36. Montañez C. Rotura prematura de membranas en gestantes pretérmino de 35 semanas en el Hospital de Apoyo Nivel II-1. Tesis de pre grado. Lima: Universidad José Carlos Mariátegui [Internet]; 2017 [citado 2019 Abr 30]. Disponible en: <http://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/217162>
37. Peñas C. Los derechos de las mujeres. Artículo. Madrid: Ayuda en acción [Internet]; 2018 [citado 2019 May 01]. Disponible en: <https://ayudaenaccion.org/ong/blog/mujer/derechos-de-la-mujer/>

38. Chuen Y, González C, Figueroa H, Oyarzún E. En mujeres embarazadas con rotura prematura de membranas y edad gestacional entre 34 y 37 semanas: ¿Es la interrupción del embarazo (manejo activo) mejor que el manejo expectante para reducir la sepsis neonatal? Revista chilena de obstetricia y ginecología [Internet]. 2017 [citado 2019 May 08]; 82(6). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000600681
39. Romero J, Martínez J, García ÁJV, Ayala J. Utilidad del perfil biofísico fetal en la rotura prematura de membranas con tratamiento. Revista de ginecología y obstetricia de México [Internet]. 2015 Agosto [citado 2019 May 17]; 73(8): p. 415-423. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/228740546_Utilidad_del_perfil_biofisico_fetal_en_la_rotura_prematura_de_membranas_pretermino_con_tratamiento
40. Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Argentina. Rotura Prematura de Membranas en el embarazo. Consenso. Buenos Aires [Internet]; 2018 [citado 2019 May 08]. Disponible en: http://www.fasgo.org.ar/images/RPMP_Consenso_SOGIBA_2017.pdf
41. Amaya J. Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio: infecciones en el embarazo: ruptura prematura de membranas (RPM). Revista colombiana de obstetricia y ginecología [Internet]. 2015 [citado 2019 May 15]; 66(4): p. 263-286. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v66n4/v66n4a05.pdf>
42. Domínguez O. La atención de la salud perinatal como reto de incorporación del principio de vulnerabilidad. Perinatología y reproducción humana [Internet]. 2014 [citado 2019 Jun 08]; 28(2). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372014000200005
43. Pazmiño A. Prevalencia y factores asociados a acidosis fetal en pacientes con diagnóstico de estado fetal no tranquilizador, Hospital Vicente Corral Moscoso. Tesis previa a la obtención del Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia. Cuenca - Ecuador: Universidad de Cuenca [Internet]; 2017 [citado 2019 May 09]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/31997/1/tesis.pdf>
44. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Publicación. Ginebra 27 - Suiza, Departamento de Salud Reproductiva e Investigación [Internet]; 2015 [citado 2019 May 03]. Disponible

en:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=2AC087083533AE9CE60B6A5CD7A87DA8?sequence=1

45. Navarro N. Eficacia del manejo expectante por 12 horas Vs la inducción con oxitocina en gestantes con ruptura de membranas a término sin trabajo de parto en el Honadomani San Bartolomé. Tesis para optar el título de especialista en Gineco obstetricia. Lima: Universidad Nacional de Cajamarca [Internet]; 2005 [citado 2019 May 18]. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/1964>

ANEXO 01

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. DATOS GENERALES DE LA GESTANTE

Edad:

15 – 19 años () 20 – 24 años () 25 – 29 años ()
30 – 34 años () 35 – 39 años () +40 años ()

Grado de instrucción

Sin ningún nivel educativo ()
Primaria incompleta ()
Primaria completa ()
Secundaria incompleta ()
Secundaria completa ()
Superior técnica ()
Superior universitaria ()

Estado civil:

Soltera () Casada () Conviviente ()

Procedencia

Urbana () Rural ()

Ocupación

Ama de casa () Estudiante () Desocupada ()
Empleada estatal () Empleada de empresa privada ()
Independiente () Otro ()

Especificar:.....

II. ANTECEDENTES OBSTETRICOS

G:..... P:.....

N° de controles prenatales

Ninguno () 0-4 () 4-5 () 6+ ()

Fecha de inicio de control prenatal :.....

III. DATOS DE LA RPM

Hora de ingreso de la gestante :.....

Hora en que inició a perder líquido:.....

Diagnóstico al ingreso:.....

Hora del parto:.....

Periodo de latencia

0 – 6 horas () > 6 – 12 horas ()

> 12 -18 horas () > 18 – 24 horas ()

Características del líquido amniótico

Claro () Verdoso () Puré de arvejas ()

Tipo de manejo

Activo () Expectante ()

Inducción del trabajo de parto

Si () No ()

Medicamento utilizado en la inducción

Oxitocina () Dosis:.....

Misoprostol: () Dosis:.....

Antibioticoterapia

Si () No ()

IV. Datos del recién nacido

Sexo: Femenino () Masculino ()

V. RESULTADOS PERINATALES

Complicaciones perinatales

Prolapso de cordón: ()

Sufrimiento fetal ()

Muerte fetal ()

Otros ()

Tipo de parto:

Vaginal () Cesárea ()

Peso : PEG () AEG () GEG ()

ANEXO 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____
una vez informada sobre los objetivos de la investigación y que, mi participación en esta es completamente libre y voluntaria. Sin embargo, se espera que toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico y puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea declaro que puedo participar de la presente investigación:

Cajamarca de de 201

_____ -

Firma

DNI

ANEXO 03

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

Título: Rotura prematura de membranas a término: resultados perinatales según manejo expectante frente al manejo activo. Hospital José Soto Cadenillas – Chota, 2017			
Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables
<p>¿Existen diferencias significativas, en los resultados perinatales, entre el manejo expectante y el manejo activo, en pacientes atendidos en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota, 2017?</p>	<p>Objetivo general Determinar las diferencias significativas en los resultados perinatales, entre el manejo expectante y el manejo activo, en pacientes atendidos en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota, 2017.</p> <p>Objetivos específicos Establecer las características sociodemográficas y obstétricas de las gestantes con RPM del estudio.</p> <p>Determinar el tipo de manejo de la rotura prematura de membranas, inducción de trabajo de parto, medicamento utilizado y antibioticoterapia, en gestantes del estudio.</p> <p>Identificar los resultados perinatales según el tipo de manejo de la RPM a término en gestantes del estudio.</p>	<p>Existen diferencias significativas, en los resultados perinatales, entre el manejo expectante y el manejo activo, en pacientes atendidos en el Hospital José Hernán Soto Cadenillas, Chota, 2017.</p>	<p>Variable independiente Tipo de manejo de la RPM</p> <p>Variable dependiente Resultados perinatales</p>

--	--	--	--