



FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

ESCUELA DE OBSTETRICIA

**ASOCIACIÓN DE LA ROTURA PREMATURA DE  
MEMBRANAS CON EL ÓBITO FETAL EN GESTANTES  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REZOLA. CAÑETE. 2014-2015.**

PRESENTADA POR

**LISBET EVELY MEZA JAIME**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

LIMA – PERÚ

2016



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada  
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**USMP**  
UNIVERSIDAD DE  
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE  
OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**ASOCIACIÓN DE LA ROTURA PREMATURA DE  
MEMBRANAS CON EL ÓBITO FETAL EN GESTANTES  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REZOLA. CAÑETE. 2014-2015.**

TESIS

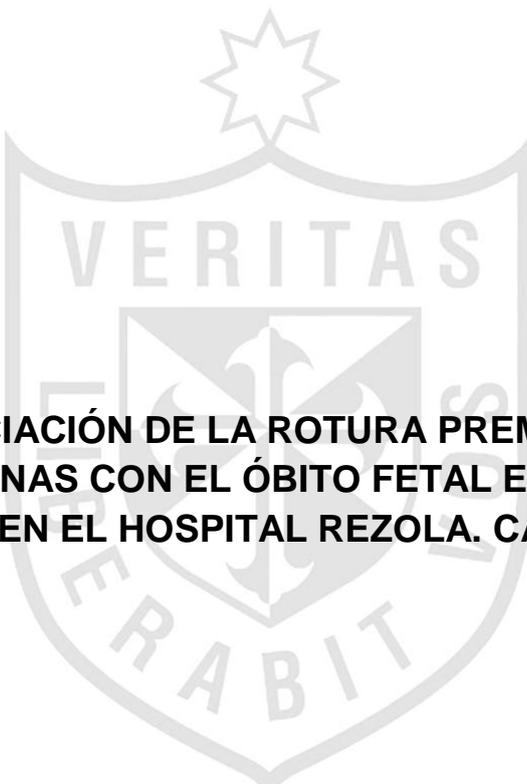
PARA OPTAR EL GRADO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

PRESENTADO POR:

**Bach. Obst.: MEZA JAIME, LISBET EVELY**

**LIMA – PERÚ**

**2016**



**ASOCIACIÓN DE LA ROTURA PREMATURA DE  
MEMBRANAS CON EL ÓBITO FETAL EN GESTANTES  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REZOLA. CAÑETE. 2014-2015.**

**ASESORA**

Mg. Obst. Yrene Mateo Quispe



**MIEMBROS DE JURADO**

Doctora

Mirtha Muñoz Hidrogo

Presidenta

Mg. Obst.

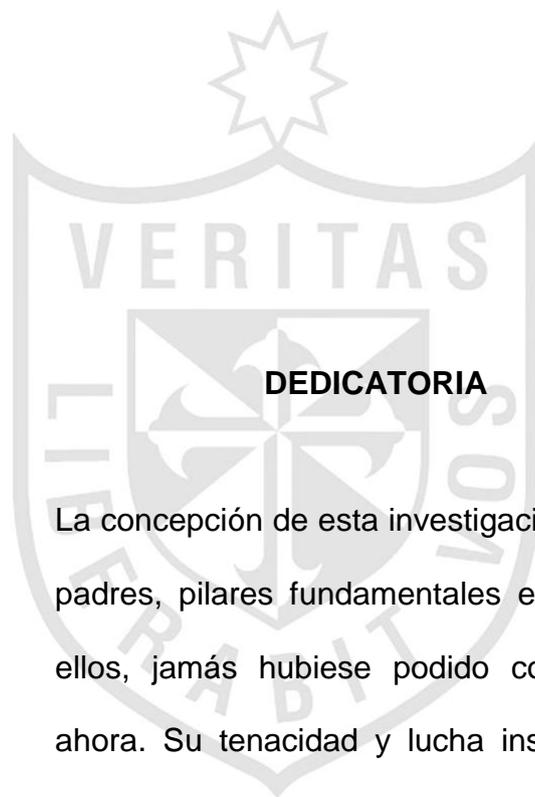
Nelly Moreno Gutiérrez

Secretaria

Doctora

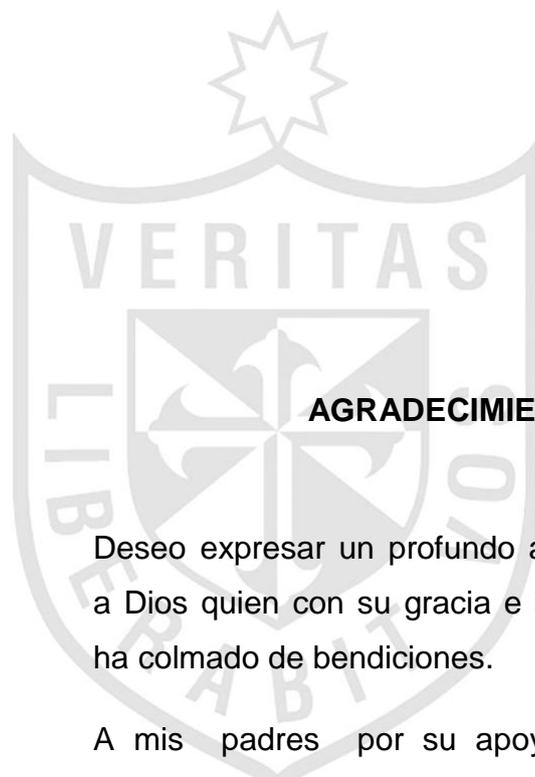
Olga Ramírez Antón

Vocal



### **DEDICATORIA**

La concepción de esta investigación está dedicada a mis padres, pilares fundamentales en mi vida. Ya que sin ellos, jamás hubiese podido conseguir lo que hasta ahora. Su tenacidad y lucha insaciable han hecho de ellos el gran ejemplo a seguir y destacar, no solo para mí, sino para mis hermanos y familia. Asimismo a mi novio, compañero inseparable de cada jornada. El cual representó gran esfuerzo y tesón en momentos de decline y cansancio. A ellos esta investigación que sin ellos, no hubiese podido ser.



## **AGRADECIMIENTOS**

Deseo expresar un profundo agradecimiento primero a Dios quien con su gracia e infinita misericordia me ha colmado de bendiciones.

A mis padres por su apoyo, motivación y amor incondicional en mi formación como persona y profesional, a quienes debo y agradezco cada uno de mis logros.

Asimismo a mi asesora de tesis, Mg. Obst. Yrene Mateo Quispe, por su capacidad y experiencias científicas de guiarme, en un marco de confianza, afecto y amistad, fundamentales para la culminación de este trabajo de investigación.

## ÍNDICE

I.	CARÁTULA	
II.	TÍTULO	
III.	DEDICATORIA – AGRADECIMIENTO	
IV.	ÍNDICE	
V.	RESUMEN	
	CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	1
	CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODO	8
	2.1 Diseño Metodológico	8
	2.2 Población y Muestra.	8
	2.3 Criterios de selección	9
	2.4 Operacionalización de variables	10
	2.5 Técnicas de recolección de datos	15
	2.6 Técnica de procesamiento de la información	16
	2.7 Aspectos éticos	16
	CAPÍTULO III: RESULTADOS	17
	CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	26
	CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	34
VI.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
VII.	ANEXOS	42

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la asociación de la rotura prematura de membranas con el óbito fetal en gestantes atendidas en el Hospital Rezola Cañete 2014-2015.

**Material y Método:** Tipo de investigación: cuantitativo de diseño descriptivo, asociativo y retrospectivo de corte transversal.

**Población:** Constituida por todas las gestantes con diagnóstico de óbito fetal atendidas durante el periodo de estudio, siendo de 60 casos. Muestra: totalidad de la población (60 casos). Se hizo uso de análisis estadístico:  $\chi^2$

**Resultados:** Características de las gestantes con diagnóstico de óbito fetal: 33.3% (20) tuvieron 20 - 24 años, 65.0% (39) eran estudiantes, 23.3 % (14) amas de casa, 55.0% (33) convivía con sus parejas.

51.5 % (17) de gestantes ingresaron a la institución con diagnóstico de Óbito Fetal en 2014 y 48.5 % (16) en el 2015.

22.3 % (06) de gestantes tuvieron diagnóstico de óbito fetal durante su estancia hospitalaria en el 2014 y 77.7 % (21) en 2015.

51.6 % (16) de gestantes con diagnóstico de óbito fetal tuvieron periodo de latencia > 24 horas; 58.4 % (18) de las gestantes recibieron tratamiento incompleto; 41.6 % (25) correspondió a fetos inmaduros y 51.6 % (31) de gestantes tuvieron diagnóstico de rotura prematura de membranas y óbito fetal.

**Conclusiones:** Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la rotura prematura de membranas con óbito fetal.

**Palabras Claves:** Rotura prematura de membranas y óbito fetal

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the association of premature rupture of membranes with stillbirth in pregnant women at the Rezola Hospital. Cañete. 2014-2015

**Material and Methods:** Type of research: quantitative descriptive, associative and retrospective cross-sectional design

**Population:** Constituted by pregnant women attended diagnosed with fetal death during the study period, with 60 cases. Sample: total population (60 cases). Using statistical analysis was: chi2

**Results:** Characteristics of pregnant women diagnosed with fetal death: 33.3% (20) were 20 - 24 years, 65.0% (39) were students, 23.3% (14) housewives, 55.0% (33) lived with their partners.

51.5% (17) of pregnant women were admitted to the institution with a diagnosis of Fetal Deaths in 2014 and 48.5% (16) in 2015.

22.3% (06) of pregnant women were diagnosed with fetal death during their hospital stay in 2014 and 77.7% (21) in 2015.

51.6% (16) of pregnant women diagnosed with fetal death had latency period > 24 hours; 58.4% (18) of pregnant women received incomplete treatment; 41.6% (25) corresponded to immature fetuses and 51.6% (31) of pregnant women were diagnosed with premature rupture of membranes and fetal death.

**Conclusions:** statistically significant association between premature rupture of membranes with fetal death was found.

**Keywords:** Premature rupture of membranes and fetal death

## INTRODUCCIÓN

La muerte fetal es uno de los accidentes obstétricos más difíciles de enfrentar. Tanto la mujer embarazada como el feto, a pesar de cumplir con un proceso de carácter netamente fisiológico como es el embarazo, están expuestos a una serie de riesgos que amenaza su salud y vidas. Entre las probables complicaciones se encuentra el sufrimiento fetal que conlleva a la muerte fetal intrauterina.<sup>1</sup>

La OMS define al embarazo o gravidez como el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto, en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto.<sup>2</sup>

El feto está sometido a serie de riesgos que dependen fundamentalmente del ambiente materno en el cual crece y se desarrolla y del ambiente externo que puede ser favorable o no.<sup>1</sup>

Las diferentes investigaciones (Amezcu-Galindo & Hernández-Valencia, 2010) señalan que la pobreza, exclusión social, nivel bajo de educación y violencia contra la mujer son causas importantes de muertes fetales que se deben a causas obstétricas directas en 53.3 al 86.9 % por año.<sup>3</sup>

La OMS define muerte fetal como “la muerte acaecida antes de la expulsión o extracción completa de la madre, del producto de la concepción. La muerte está indicada cuando el feto no respira o no da evidencia de la vida como ser, la ausencia de latidos cardiacos, pulsación del cordón umbilical o movimiento musculares voluntarios<sup>4</sup>.

La mortalidad perinatal se ha mantenido sin cambios en las últimas décadas y ocupa el primer lugar como causa de muerte infantil, por lo que debe ser considerada como problema prioritario de Salud Pública. <sup>5</sup>

La mortalidad perinatal indica el nivel de desarrollo y calidad de salud de los pueblos, permite medir el estado de salud del producto de la concepción durante los dos últimos meses de vida intrauterina y primeros 6 días de vida extrauterina. <sup>3</sup>

América latina ; región del mundo donde existen mayores inequidades en la distribución de riquezas, la mayor carga de mortalidad y morbilidad se da en las poblaciones con menores recursos. Las diferencias en los indicadores de salud entre los sectores socioeconómicos altos comparados con los bajos son alarmantes y ello se debe no solo a las condiciones de estas poblaciones si no a las prestaciones de salud en las que acuden a recibir atención. <sup>2</sup>

En América Latina la reducción de la Tasa de mortalidad neonatal es de 55%, pasando de 33 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 1990 a 10 en 2012, se registran aproximadamente 106 mil defunciones neonatales anualmente. Esta situación también se observa en nuestro país, donde la Tasa de mortalidad neonatal se redujo, según ENDES 2012, en 67% y está directamente relacionada al incremento de la cobertura y mejora de la calidad de los cuidados prenatales y la atención del parto institucional. <sup>6</sup>

Muchas de estas muertes neonatales son consecuencia directa de embarazos y partos con manejo inadecuado, el origen de la gran mayoría de este grupo radica en madres con complicaciones obstétricas, tales como el rotura prematura de membranas <sup>7</sup>

La rotura prematura de membranas es un accidente obstétrico en el que se presenta solución de continuidad de las membranas corioamnióticas y pérdida de líquido amniótico después de las 22 semanas de gestación y antes del inicio del trabajo de parto, su frecuencia aproximadamente del 10% de todos los embarazos, alcanza 80% en embarazos a término y 20 % de embarazos pre término, siendo responsable de 30 – 40 % de los partos prematuros. <sup>8</sup>

Es un evento que convierte un embarazo normal en una gestación de riesgo para la madre y feto. <sup>12</sup> La rotura prematura de membranas es una patología obstétrica frecuente. En circunstancias normales, las membranas ovulares se rompen durante la fase activa del trabajo de parto; al ocurrir de manera prematura es la responsable de aproximadamente 30% de todos los partos pre término y origina una morbilidad materno-perinatal. <sup>9</sup>

Entre las causas más frecuentes descritas en la literatura se encuentran las infecciones, nivel socioeconómico, rotura prematura de membranas anterior, metrorragia, cirugía ginecológica previa, embarazo múltiple, lo que trae consigo que el parto se produzca antes del término de la gestación. <sup>8</sup>

La rotura prematura de membranas es causada por muchos factores entre ellos infección bacteriana, infecciones de vías urinarias, traumatismos, tabaquismo, por un defecto en la estructura del saco amniótico, útero o cérvix y por la presencia de dispositivos Intrauterinos. <sup>10</sup>

Esta rotura provoca una serie de complicaciones perinatales y neonatales, incluyendo el 1 a 2% de muerte fetal. Su diagnóstico precoz y manejo apropiado son de gran importancia debido a que pueden mejorar el pronóstico.

La salud Materna y perinatal de nuestra región ha ido mejorando significativamente, esta mejoría puede atribuirse a acciones puntuales que han sido tomadas y que han podido llegar en forma masiva.<sup>11</sup>

La disminución de la muerte intrauterina es un reto para la salud pública en el Perú. El Ministerio de Salud del Perú, en su compromiso de reducir la mortalidad neonatal, promueve e impulsa políticas, estrategias y acciones de intervención con enfoque perinatal, aplicando concepciones humanísticas donde se respeta los derechos de la madre e hijo; con un acompañamiento respetuoso, responsable y competente de los profesionales del equipo de salud que tienen a su cargo atender la atención de la madre y recién nacido.<sup>6</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó que la incidencia de Mortalidad Neonatal en el Perú en el año 2015 fue de 8,7 Por cada 1000 nacidos vivos.<sup>13</sup>

EL ministerio de salud (MINSA) reportó que la incidencia de Mortalidad Neonatal en el Perú durante los años 2013-2014 fue de 11,5 por cada 1000 nacidos vivos<sup>14</sup>

Idrogo Tuesta, en su investigación realizada en el Hospital Regional de Loreto 2014 encontró la Tasa de Mortalidad Perinatal en el Hospital Regional de Loreto fue de 17.3 por mil nacimientos, la mortalidad fetal tardía de 8.4 y la mortalidad neonatal temprana fue de 8.9, así mismo se encontró que las primeras tres patologías maternas que mostraron asociación con la morbimortalidad perinatal y neonatal fueron: HIE, Portadora de VIH y RPM. Se encontró que las madres que tuvieron Ruptura Prematura de Membrana (RPM)

tienen 3.3 veces más el riesgo de producir morbilidad perinatal que aquellas madres que no tuvieron Rotura Prematura Membranas.<sup>15</sup>

Quisiguiña Jarrin R y Rivera Estrella, en su investigación realizada en el Hospital Isidro Ayora en la Ciudad de Quito 2010 encontraron que la rotura prematura de membranas causó complicaciones maternas fetales y neonatales, que aumentaron la morbi-mortalidad. De acuerdo al periodo de latencia, existió mayor incidencia de RPM prolongada, por lo que se presentaron complicaciones maternas y neonatales.<sup>16</sup>

Vásquez Moran Nubia, en su investigación realizada en Hospital Materno Infantil 2013 encontró que según los datos recopilados demuestran que las causas más frecuentes por la que se produce óbito fetal fueron: ruptura prematura de membranas, en edad materna menores de 25 años y edad gestacional mayor a 28 semanas que coinciden con datos obtenidos en otros países.<sup>17</sup>

En el Hospital Rezola Cañete, en el servicio de Gineco-obstetricia hubieron 4813 atenciones durante el período 2014- 2015, hubieron 60 casos de gestantes con diagnóstico de óbito, de ellos 51.6 % (31) corresponde a gestantes que tuvieron diagnóstico de rotura prematura de membranas y óbito fetal. 48.4% (29) casos de óbito fetal no tuvieron rotura prematura de membranas. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la rotura prematura de membranas en los casos de óbito fetal según  $\chi^2$

## **1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Existe asociación entre la rotura prematura de membranas con el óbito fetal en gestantes atendidas en el Hospital Rezola. Cañete.2014- 2015?

## **1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.2.1.-OBJETIVO GENERAL:**

Determinar la asociación de la rotura prematura de membranas con el óbito fetal en gestantes atendidas en el Hospital Rezola. Cañete. 2014-2015

### **1.2.2.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Identificar las características generales de las gestantes atendidas en el hospital (edad, ocupación, estado marital)
2. Estimar el porcentaje de gestantes que ingresaron con diagnóstico de óbito fetal.
3. Estimar el porcentaje de gestantes con diagnóstico de óbito fetal durante su estancia hospitalaria.
4. Identificar la rotura prematura de membranas según período de latencia.
5. Identificar la rotura prematura de membranas según tratamiento.
6. Identificar el óbito fetal según edad gestacional.
7. Asociar la rotura prematura de membranas con el óbito fetal en gestantes atendidas durante el periodo de estudio.

### 1.3 HIPÓTESIS

$H_1$  La rotura prematura de membranas está asociada al óbito fetal en gestantes atendidas en el Hospital Rezola Cañete, 2014-2015.

$H_0$  La rotura prematura de membranas no está asociada al óbito fetal en gestantes atendidas en el Hospital Rezola Cañete, 2014-2015.



## **MATERIAL Y MÉTODO**

### **2.1. DISEÑO METODOLÓGICO**

El Diseño de investigación fue de tipo Cuantitativo Descriptivo Asociativo retrospectivo de corte transversal.

### **2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **2.2.1. POBLACIÓN:**

Se consideró como población a todas las gestantes con diagnóstico de óbito fetal (historias clínicas), atendidas en el departamento de Gineco-obstetricia del “Hospital Rezola- Cañete”, durante los meses Enero a Diciembre 2014-2015. Siendo la población de 60 casos.

#### **2.2.2 MUESTRA:**

Estuvo conformada por la totalidad de gestantes con diagnóstico de óbito fetal (historias clínicas), atendidas en el departamento de Gineco-obstetricia del “Hospital Rezola- Cañete”, durante los meses Enero a Diciembre del 2014-2015. Siendo considerada como muestra 60 casos.

##### **2.2.2.1 Tipo de muestreo**

No probabilístico intencionado

## **2.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **2.3.1 Criterios de Inclusión**

- Gestantes (historias clínicas), a término o pre-termino con diagnóstico de Óbito fetal atendidas durante el periodo de estudio.
- Gestantes (historias clínicas), con diagnóstico de Óbito fetal cuyas edades fluctúen entre 13 y 42 años de edad.
- Gestantes (historias clínicas) con diagnóstico de Óbito fetal que presenten o no Rotura prematura de membranas.
- Gestantes con feto único

### **2.3.2. Criterios de Exclusión**

- Gestantes (historias clínicas), con diagnóstico de Óbito fetal a causa de malformaciones fetales.
- Enfermedades concurrentes con la gestación
- Otros accidentes obstétricos (prolapso de cordón, enclavamiento de hombros, ITU, etc. )

## 2.4 OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADORES	ESCALA MEDICIÓN	INSTRUMENTO
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>  <b>ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS</b>	a) Con rotura prematura de membranas  b) Sin rotura prematura de membranas	Nominal	Ficha clínica
<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>  <b>ÓBITO FETAL</b>	<u>Edad Gestacional del Óbito</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 22 a 27 6/7 ss.</li> <li>○ 28 a 36 6/7 ss.</li> <li>○ 37 a 41 ss.</li> <li>○ &gt; 41 ss</li> </ul>	Intervalo	Ficha clínica
<b>VARIABLE INTERVINIENTES</b>	<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES</b> <u>Edad</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 10-19 años</li> <li>○ 20 a 24 años</li> <li>○ 25 a 35 años</li> <li>○ ≥ 35 años</li> </ul> <u>Ocupación</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ama de Casa</li> <li>○ Trabajo independiente</li> <li>○ Trabajo Dependiente</li> </ul> <u>Estado Marital</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Casada</li> <li>○ Conviviente</li> <li>○ Soltera</li> </ul>	Intervalo	Ficha clínica
	<u>PERIODO DE LATENCIA</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ≤ 24 horas</li> <li>○ 24 horas - 1 semana</li> <li>○ &gt;1 semana</li> </ul>	Nominal	Ficha clínica
	<u>TRATAMIENTO</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Completo</li> <li>○ Incompleto</li> <li>○ Sin tratamiento</li> </ul>	Nominal	Ficha clínica
	<u>PERIODO DE LATENCIA</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ≤ 24 horas</li> <li>○ 24 horas - 1 semana</li> <li>○ &gt;1 semana</li> </ul>	Intervalo	Ficha clínica
	<u>TRATAMIENTO</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Completo</li> <li>○ Incompleto</li> <li>○ Sin tratamiento</li> </ul>	Ordinal	Ficha clínica

#### 2.4.1. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS CONCEPTUAL

- **Edad materna:** Tiempo cronológico que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo, hasta la procreación de un nuevo ser.<sup>21</sup>
- **Ocupación:** Oficio o profesión (cuando se desempeña en ésta) de una persona, independiente del sector en que puede estar empleada, o del tipo de estudio que hubiese recibido.<sup>22</sup>
- **Paridad:** Número de orden de sucesión del nacimiento vivo que está siendo registrado, en relación con todos los embarazos anteriores de la madre, prescindiendo de si los partos fueron de nacidos vivos o de fetos muertos<sup>13</sup>
- **Actividad Sexual:** Expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente. La actividad sexual se caracteriza por los comportamientos que buscan erotismo y es sinónimo de comportamiento sexual.<sup>22</sup>
- **Edad gestacional:** Período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento. Durante este tiempo, el bebé crece y se desarrolla dentro del útero de la madre.<sup>13</sup>
- **Rotura Prematura de Membranas Pretérmino:** Rotura de las membranas corioamnióticas después de las 22 semanas de gestación y antes del inicio del trabajo de parto.<sup>22</sup>

- **Óbito:** Según la OMS, “la muerte acaecida antes de la expulsión o extracción completa de la madre, del producto de la concepción, cualquiera haya sido la duración de la gestación. La muerte está indicada cuando el feto no respira o no da evidencia de la vida como ser la ausencia de latidos cardiacos, pulsación del cordón umbilical o movimiento musculares voluntarios<sup>19</sup>
- **Feto:** Periodo fetal comienza en la 8ª. Semana después de la fertilización o en la 10ª semana, si el cálculo se realiza a partir del primer día de la última menstruación. <sup>18</sup>
- **Asociación:** Se refiere a la existencia de un vínculo de dependencia entre una variable y otra. En general, la forma de identificar la asociación es a través de la comparación de dos o más grupos, para determinar si la frecuencia, magnitud o la presencia de una de las variables modifica la frecuencia de la otra en algún sentido. <sup>20</sup>

## 2.4.2. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERACIONAL

- **Características Generales de la Gestante:**

- **Edad materna:**

- . 10-19 años
- . 20 a 24 años
- . 25 a 35 años
- .  $\geq 35$  años

- **Ocupación:**

- Ama de Casa
- Trabajo independiente
- Trabajo Dependiente

- **Estado Marital:**

- Soltera
- Conviviente
- Casada

- **Rotura Prematura de Membranas**

Según el Periodo de Latencia

- a) Rotura prematura de membranas: Cuando el periodo de latencia es  $\leq 24$  horas.
- b) Rotura prolongada de membranas: Cuando el periodo de latencia es  $> 24$  horas a 1 semana.

c) Rotura muy prolongada de membranas: más de una semana

Según el Tratamiento

a) Con Tratamiento Completo: uso de antibiótico y corticoides completo.

b) Con Tratamiento Incompleto: uso de antibiótico y corticoides incompleto, cumpliendo con la mitad del tratamiento o más sin culminarlo.

c) Sin tratamiento: uso de antibiótico y corticoides por lapso de tiempo menor a la mitad del esquema de tratamiento o no uso de estos.

• **Óbito:**

Según edad gestacional del Óbito

a) 22 a 27 6/7 semanas

b) 28 a 33 6/7 semanas

c) 34 a 33 6/7 semanas

d) 37 a 41 semanas

e) > 41 semanas

## 2.5. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Para la ejecución de la investigación se contó con la existencia del Convenio Marco entre la Universidad San Martín de Porres y las Instituciones del Ministerio de Salud.
- Luego de la coordinación institucional, se acudió al servicio de estadística para la obtención de los números de historias clínicas de las Gestantes que tuvieron diagnóstico de Óbito Fetal durante los meses de enero a diciembre 2014-2015 atendidas en el “Hospital Rezola de cañete”, luego se procedió a recolectar la información de las historias clínicas materna en el instrumento: “Ficha clínica”. Estos datos fueron corroborados con los recopilados en el libro de registro de parto y con los obtenidos en las historias clínicas del recién nacido.
- Se elaboró un instrumento o ficha clínica de datos, el cual se validó por juicio de expertos en este caso por Gineco-obstetras y Obstetras de la institución.
- El Instrumento estuvo conformado por las siguientes secciones:
  - Sección I: Características Generales de las gestantes en estudio.
  - Sección II: Rotura prematura de membranas
    - Según el Periodo de Latencia
    - Según el Tratamiento
  - Sección III: Óbito Fetal
    - Según Edad gestacional

## **2.6. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

Luego de recopilado la información, fue ingresada al Software del Sistema Informativo Excel, para el análisis porcentual y de frecuencia. Luego se procedió al análisis estadístico SPSS, versión 22 ( $\chi^2$ ) que nos permitió determinar el grado de asociación entre sus variables. Los resultados se presentaron en tablas correspondientes para la mejor interpretación de los resultados.

## **2.7. ASPECTOS ÉTICOS**

Los datos fueron extraídos por medio de la revisión de las historias clínicas de las gestantes y registrados en la ficha clínica de datos. La información obtenida fue absolutamente confidencial se manejaron sin nombres personales, y sólo se usó en la presente investigación.



**Tabla N° I**  
**Características generales y obstétricas de las gestantes con óbito fetal**

<b>Características generales de las gestantes</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>EDAD</b>		
≤ 19 años	08	13.3%
20 - 24 años	20	33.3%
25 - 35 años	19	31.8%
≥ 35 años	13	21.6%
Edad mínima	13	
Edad máxima	43	
Edad media	27	
<b>OCUPACIÓN</b>		
Estudiante	39	65.0%
Ama de Casa	14	23.3%
Trabajo Dependiente	02	3.4%
Trabajo independiente	05	8.3%
<b>ESTADO MARITAL</b>		
Soltera	19	31.6%
Conviviente	33	55.0%
Casada	08	13.4%
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100.0 %</b>

**Tabla N° I**, se describen las características generales de las gestantes en estudio, en relación a las edades, se observa que el grupo etario de 20 - 24 años tuvo un mayor porcentaje 33.3% (20). La edad mínima fue 13 años y la máxima 43 años, la edad media fue 27 años.

En relación a la ocupación, el 65.0% eran estudiantes, 23.3 % (14) se desempeñaban como amas de casa, 8.3% (05) trabajaba de forma independiente y solo el 3.4% (02) de forma dependiente.

En cuando al estado marital de las gestantes se constató que 55.0% (33) convivía con sus parejas, 31.6% (19) eran solteras, es decir no tenía vínculo de unión con el padre de su futuro hijo y un mínimo 13.4% (08) se encontraban casadas.



**Tabla N° II**  
**Porcentaje de Gestantes con diagnóstico de Óbito Fetal al Ingreso a la**  
**Institución**

<b>Gestantes con diagnóstico de óbito fetal al ingreso a la Institución</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Óbito fetal al ingreso a la institución durante en el periodo 2014	17	51.5%
Óbito fetal al ingreso durante en ingreso a la institución en el periodo 2015	16	48.5%
TOTAL	33	100.0%

**Tabla N° II**, se observa que porcentaje de gestantes con diagnóstico de Óbito fetal al ingreso a la institución en el 2014 fue 51.5 % (17), mientras que en el 2015 fue 48.5 % (16).

**Tabla N° III**  
**Porcentaje de Gestantes con diagnóstico de Óbito Fetal durante su estancia hospitalaria**

<b>Gestantes con diagnóstico de óbito fetal durante su estancia hospitalaria</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Óbito fetal durante su estancia hospitalaria en el periodo 2014	06	22.3 %
Óbito fetal durante su estancia hospitalaria en el periodo 2015	21	77.7 %
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>100.0 %</b>

**Tabla N° III**, se observa que 22.3 % (06), tuvo diagnóstico de óbito fetal durante su estancia hospitalaria en el año 2014, el cual se incremento a 77.7% (21) en el 2015.

**Tabla N° IV**

**Rotura prematura de membranas según período de latencia.**

<b>Periodo de latencia de la RPM</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
≤ 24 horas	11	35.4 %
> 24 - 1 semana	16	51.6 %
> 1 semana	3	9.6 %
Total	31	100.0 %

**Tabla N° IV**, se observa que 51.6 % (16) gestantes que tuvieron periodo de latencia > 24 horas, 35.4 % (11) corresponde a aquellas gestantes que presentaron un periodo de latencia mayor ≤ 24 horas.

**Tabla N° V**  
**Rotura prematura de membranas según tratamiento.**

<b>Tratamiento</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Completo	12	38.40%
Incompleto	18	58.40%
Sin tratamiento	1	3.20%
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100.00%</b>

**Tabla N° V**, se observa que 58.4 % (18) de las gestantes en estudio recibieron un tratamiento incompleto, 38.4 % (12) recibieron tratamiento completo.

**Tabla N° VI**  
**Clasificación el óbito fetal según edad gestacional**

<b>Edad gestacional del óbito fetal</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
23 a 27 6/7 semanas	25	41.60%
28 a 33 6/7 semanas	17	28.50%
34 a 36 6/7 semanas	10	16.60%
37 a 41 semanas	7	11.60%
> 41 semanas	1	1.70%
Total	60	100.00%

**Tabla N° VI**, se observa que 41.6 % (25) corresponde a fetos inmaduros, 28.5 % (17) a fetos prematuros moderados, 16.6 % (10) fetos prematuros leve.

**Tabla N° VII**  
**Asociación de la rotura prematura de membranas con el óbito fetal**

RPM	ÓBITO FETAL		
	N	%	
CON RPM	31	51.6%	P= 0.00*
SIN RPM	29	48.4%	Chi <sup>2</sup>
TOTAL	60	100.0%	

\* p < 0.05; Asociación estadísticamente significativa

GI : 1

**Tabla N° VII**, se observa que 51.6 % (31) corresponde a gestantes que tuvieron diagnóstico de rotura prematura de membranas y óbito fetal. Y 48.4% (29) casos de óbito fetal no tuvieron rotura prematura de membranas. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la rotura prematura de membranas en los casos de óbito fetal según prueba de chi cuadrado.



## DISCUSIÓN

**Tabla N° I:** Características generales de las gestantes: 33.3 % (20) tuvieron 20-24 años. La edad mínima fue 13 años y la máxima 43 años, la edad media fue 27 años.

Datos similares encontró Miranda Flores, Alan en su investigación “Resultados maternos y perinatales del manejo conservador de la rotura prematura de membranas en gestantes”<sup>23</sup>. Quien informa que la edad materna promedio fue 26 años, con edad materna mínima de 14 años y una máxima de 50 años.

Datos mayores a los nuestros fue reportado Idrogo tuesta, Siria en su investigación “Control prenatal y su relación con la morbi-mortalidad perinatal en el Hospital Regional de Loreto”<sup>15</sup>, quien informa que el mayor porcentaje de morbimortalidad perinatal se encontró entre 20 a 25 años de edad en 58.7 % y 41.3 % respectivamente.

Se sabe que en nuestro país el embarazo adolescente sigue siendo un problema de salud pública pese a las diversas políticas de salud dirigidas a disminuir la tasa de embarazo adolescente, esta problemática aun sigue continuando. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), señalan que en el año 2014, se estimó que existen 207 mil 800 adolescentes de 15 a 19 años de edad que son madres o están embarazadas por primera vez. Esta cifra representa 14,6% del total de adolescentes del país, 11,7% de ellas son madres y 2,9% están embarazadas por primera vez.<sup>24</sup> Dicha cifras son indicadores que nos señala el largo y arduo trabajo que debemos continuar para disminuir este porcentaje.

- En relación a la ocupación, 65.0% eran estudiantes, 23.3 % (14) amas de casa, 8.3% (05) trabajaba independientemente y 3.4% (02) trabajo dependiente.

Datos diferentes encontró Aguirre Quispe L. en su investigación “Características de las gestantes con ruptura prematura de membranas pre término”<sup>2</sup>, informan que 92.5% eran amas de casa, 5.6% trabajaban independientemente y 1.9% trabajaban dependientemente.

Así mismo Gabriel Flores, Lenin Carlos en su investigación “Determinación de los principales factores de riesgo maternos en relación a la ruptura prematura de membranas”<sup>8</sup>, informa que 41,5% (81) de mujeres en eran amas de casa, 21.0% (41) eran agricultoras.

El INEI señala que en nuestro país en los últimos años, se observó que se han incrementado las mujeres que logran acceder a la educación superior; así, de cada 100 mujeres de 15 a más años de edad, 30 cuentan con educación superior, de las cuales 16 accedieron a educación superior universitaria y 14 a superior no universitaria. Respecto al tipo de actividad, 67,0% de mujeres que trabajan lo hace en Servicios, Según categoría de ocupación, 39,7% son asalariadas, 35,5% trabajadoras independientes, 17,1% amas de casa 7.7% trabajadora del hogar.<sup>24</sup>

Lo que nos revela que hoy en día las mujeres han logrado un notable desarrollo y crecimiento a nivel social, tal manera que muchas de ellas han logrado empoderarse del ámbito económico y profesional, demostrando así un imponente crecimiento, el cual se ve reflejado en la actualidad.

- En cuando al estado marital de las gestantes 55.0% (33) convivía con sus parejas, 31.6% (19) eran solteras, y solo 13.4% (08) eran casadas.

Datos similares encontró Idrogo Tuesta <sup>15</sup>, informa que 77.2 % fueron convivientes, 15% solteras y solo 7.8% eran casadas.

Así mismo Aguirre Quispe L.<sup>2</sup>, informa que 67.9% gestantes convivían con sus parejas, 26.4% de gestantes eran solteras.

Burgos Asencio W., en su investigación “Prevalencia de la Ruptura Prematura de Membranas” <sup>25</sup>, informa que 48% (24) de gestantes tienen un estado civil de unión libre, 28 % (14) eran solteras.

En nuestro país el estado civil en los últimos años se ha caracterizado por tener un unión libre o también llamado convivencia entre las parejas, dicho hecho a través de los año ha continuado incrementadose, tal como lo señala el instituto nacional de estadísticas e informática (INEI) el cual señala que del año 1992 al 2012 el porcentaje de parejas convivientes es 33.9%, casadas, 23.1%, 27.5 % separadas, soltera 13.4%, y 3.1 % divorciadas.<sup>24</sup>

Las investigaciones nacionales como internacionales señalan que muchos hogares en la actualidad optan por la convivencia de pareja. No obstante estas investigaciones nos revelan que todas estas gestantes con rotura prematura de membrana tenían pareja sexual.

**Tabla N° II:** El 51.5 % (17) gestantes tuvieron diagnóstico de Óbito Fetal al ingreso a la institución en 2014, y 48.5 % (16) en el 2015.

Datos diferentes reporto ,Luna Yangali Eder en su investigación. “Factores de Riesgo para óbito Fetal en el Hospital Belén de Trujillo” <sup>26</sup>, que durante el periodo estudio hubieron 30809 partos de las cuales 15.41 % (475) terminaron en óbito fetal.

Datos similares a los de nuestra investigación reportaron Valladares Zoila, García Vanessa, Buján Vanesa, en su investigación.” Muerte fetal intrauterina”<sup>27</sup>. El número total de casos fue de 56, de los cuales 45 ocurrieron antes del ingreso al nosocomio y los restantes 11 fueron durante la hospitalización.

EL ministerio de salud (MINSA) reportó que la incidencia de Mortalidad Neonatal en el Perú durante los años 2013-2014 fue de 11,5 por cada 1000 nacidos vivos.<sup>14</sup>

Cifra que en los últimos años ha tenido un ligero descenso sin embargo aun debemos continuar con el trabajo conjunto y tomar las medidas necesarias para erradicar dichas cifras.

**Tabla N° III:** El 22.3 % (06), gestantes tuvieron diagnóstico de óbito fetal durante su estancia hospitalaria en 2014, el cual se incremento a 77.7 % (21) en el 2015.

Datos diferentes reportaron Quisiguiña Jarrin R., Rivera Estrella F., en su investigación “Complicaciones Materno-fetales secundarias a la Ruptura

prematura de membranas”<sup>16</sup>, informaron que 57% fue el porcentaje de mortalidad neonatal, en recién nacidos vivos de madres con rotura prematura de membranas, hospitalizadas en el servicio de patología obstétrica del hospital Gineco-obstétrico.

La OMS señala que la incidencia de Mortalidad Neonatal en el Perú en el 2015 fue de 8,7 Por cada 1000 nacidos vivos.<sup>13</sup>

En la presente investigación se observó incremento significativo se triplico del porcentaje de óbito presentado en el año 2014 al 2015, datos que también guardan relación con los hallados en otros investigaciones.

**Tabla N° IV:** El 51.6 % (16) gestantes tuvieron periodo de latencia > 24 horas, 35.4 % (11) tuvieron periodo de latencia mayor  $\leq$  24 horas.

Datos similares encontraron Quisiguiña Jarrin R., Rivera Estrella f.<sup>16</sup>, informan que 62% de gestantes tuvieron periodo de latencia > 24 horas, mientras que 38% tuvieron periodo latencia menor a 24 horas.

Así mismo Miranda Flores Alan F.<sup>23</sup>, informa que el período de latencia promedio fue 10.68 días , con un período de latencia mínimo de 2 días y un máximo de 74 días.

Según los diversos autores señalan que una exposición de rotura prematura de membranas mayor a 24 horas, condiciona incremento de microorganismos patógenos, la vía más común es la ascendente, a través del paso de microorganismos patógenos desde la vagina o cérvix, hacia decidua, corion, amnios, cavidad amniótica y feto, la podría condicionar a que se produzca

sepsis en el feto. Motivo por el cual es importante actuar de manera rápida y oportuna.

**Tabla N° V:** El 58.4 % (18) de gestantes en estudio recibieron tratamiento incompleto, 38.4 % (12) recibieron tratamiento completo.

Sánchez Rodas N., en su investigación. "Mortalidad Perinatal en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque"<sup>28</sup> informa que el tratamiento completo en gestantes con rotura prematura de membranas, ha demostrado retrasar el parto, disminuir el número de infecciones maternas, infecciones neonatales, distrés respiratorio, secuelas neurológicas mayores y la mortalidad neonatal.

Según la "Royal College of Obstetricians and Gynaecologists en el año 2010 establece que la administración sistemática de antibióticos en tratamientos completo en casos de rotura prematura de membranas reduce la morbilidad materna y neonatal, en concreto, el uso de antibióticos se asoció a una reducción estadísticamente significativa del riesgo de materno- fetal.<sup>29</sup>

Se concluye que en relación a la rotura prematura de membranas durante la gestación es importante que la paciente reciba tratamiento completo, a fin de evitar repercusiones en la madre y en el feto.

**Tabla N°VI:** El 41.6 % (25) fueron óbitos de 23 a 27 6/7 semanas, 28.5 % (17) fueron óbitos de 28 a 33 6/7 semanas.

Datos diferentes encontró Vásquez Moran Nubia, en su investigación "Determinar la frecuencia de las causas predisponentes del óbito fetal"<sup>17</sup>, informan que 54.5 % (12) fueron óbitos > 28 semanas.

Sánchez Rodas N, en su investigación. “Mortalidad Perinatal en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque” <sup>28</sup>, informan que Según la edad gestacional de los óbitos fetales, 66.22 % fueron prematuros, y de éstos el 20,27 % corresponden a prematuros extremos, menores a 28 semanas.

Se observa que 70 % de la población sujeto a estudio fueron menor de 34 semanas, es decir no hubo maduración sistémica completa, como se desarrolla con la maduración pulmonar. La OMS señala que la administración de corticoides entre las 24 y 34 semanas de gestación es una medida eficaz para disminuir la morbi-mortalidad perinatal secundaria a la prematuridad.

En la **Tabla N° VII**: El 51.6 % (31) corresponde a gestantes que tuvieron diagnóstico de rotura prematura de membranas y óbito fetal.

Datos diferentes encontró Vásquez Moran Nubia <sup>17</sup>, informan que 45.5% (10) presentaron rotura prematura de membranas como causa desencadenante de óbito fetal, 54.5% (12) no presento rotura prematura de membranas.

Luna Yangali Eder <sup>26</sup>, señala que 5.8 % (23) óbitos fetales se encontraron asociados a la rotura prematura de membranas.

De la población sujeto a estudio , se determina que mas del 50% tuvo como causa atribuidas al óbito fetal la rotura prematura de membranas hecho que nos indica que , existe una asociación entre las mismas. Podemos afirmar que es importante brindar la atención y el tratamiento oportuna a fin de evitar una pérdida irreparable.



# **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## CONCLUSIONES

- Características generales de las gestantes con diagnóstico de óbito fetal:  
En su mayoría tuvieron edades entre 20-24 años, con ocupación estudiantes y estado marital convivientes.
- El ingreso de gestantes con diagnóstico de óbito fetal presentó ligera disminución en el año 2015.
- Hubo incremento notable de óbitos fetales durante la estancia hospitalaria en el 2015, cifra que fue el triple respecto al año anterior.
- La mayoría las gestantes con diagnóstico de óbito fetal tuvieron periodo de latencia > 24 horas.
- La mayoría las gestantes con diagnóstico de óbito fetal recibieron tratamiento incompleto.
- En su mayoría los óbitos fetales correspondieron a fetos inmaduros, seguidos de fetos prematuros moderados.
- Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la rotura prematura de membranas y óbito fetal según prueba de chi cuadrado.

## RECOMENDACIONES

### A los profesionales Obstetras:

- Ampliar las charlas educativas brindadas en la institución, sobre la importancia que tiene el control prenatal en las gestantes ; es el medio por el cual se puede identificar la evolución favorable o patologías, evitando así los óbitos fetales.
- Ampliar las consejerías dirigidas a las gestantes con la finalidad de identificar oportunamente los signos de alarma, acudiendo de manera rápida y oportuna al Centro de Salud más cercano. Contribuiríamos a la prevención de complicaciones fetales tales : óbito fetal.



**REFERENCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS**

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ariel R, Sánchez E, Sortori F, Muerte Fetal Intrauterina. Rev.Cat.Med. 2010 Diciembre; 188 (1):32 -37
- 2.- Aguirre L. Características de las gestantes con ruptura prematura de membranas pretérmino atendidas en el Hospital Nacional Sergio e. Bernales – 2014.TESIS.Perú.Universidad San Martín de Porres.2015
3. Huanco D, Ticona M. Mortalidad Perinatal. Rev Per Ginecol Obstet.2009 Enero; 50(1)61-67
4. Romer P. Muerte Fetal Intrauterina. Rev.Esc.Ginecol.Obstet.2009; 50 (2) 172-174
- 5.- Velásquez F. Efraín Gustavo. Factores de riesgo materno asociados a ruptura prematura de membranas pretérmino en pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo enero-diciembre, 2008.Tesis. Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana.2009
- 6.-MINSA. Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos 2011-2012.2013 Diciembre.
- 7.- Salinas P, Parra M, Valdés E, Carmona S. Obstetricia Clínica. Dep Obste. Chile.2009
- 8.- Lenin C. Determinación de los principales factores de riesgo maternos en relación a la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el Hospital Provincial docente Ambato periodo enero 2011-enero

2012.Tesis.Ecuador. Universidad Técnica de Ampato, Facultad de ciencias de la salud.2013

9.- Guía Clínica de FLASOG. Ruptura Prematura de Membranas. gc, 2011; 1: 4-8

10.- Ovalle A., Martínez A, Fuentes A, Kakarieka W. Resultado neonatal adverso en la rotura prematura de membranas de pre término según el modo del parto. Rev chil Obstet. Ginecol 2007; 72(3): 144-153

11.- Milla I , Saravia N, Rojas J . Muerte fetal en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo agosto . Rev Med Hered.2008; 16 (4) :260-265

12.- Moreno N, Factores que se asocian a la muerte fetal intrauterina presentados en el Hospital “María auxiliadora”.Rev acad usmp 2011; 8(2):56-64

13.- Organización Mundial de la Salud. Observatorio Mundial de la Salud de datos. 2015 [Citado 4 de abril 2016] Disponible:

[http://www.who.int/gho/child\\_health/mortality/neonatal\\_text/en](http://www.who.int/gho/child_health/mortality/neonatal_text/en)

14.-MINSA.Estadisticos2015 [citado 7 junio 2016] Disponible:  
<http://www.minsa.gob.pe/index.asp?op=6>

15.-Idrogo S, Control Prenatal y su relación con la Morbimortalidad Perinatal En el Hospital Regional de Loreto”. Tesis. Perú. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana Facultad de Medicina Humana. 2014

16.-Quisiguiña R., Rivera f. “Complicaciones Materno-fetales secundarias a la Ruptura prematura de membranas, en pacientes hospitalizadas en el servicio de patología obstétrica del hospital gineco-obstetrico isidro ayora de la ciudad

de Quito, octubre 2009 a marzo del 2010". Tesis. Ecuador. Universidad Nacional de Chimborazo. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de Medicina. 2010

17.- Vásquez N. Determinar la frecuencia de las causas predisponentes del óbito fetal en pacientes atendidas en el hospital materno infantil. Tesis. Ecuador. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Obstetricia. 2013

18.- Araujo C. Estimación del grado de asociación de los factores de riesgo en pacientes con ruptura prematura de membranas, atendidas en el Hospital Hipólito Unzueta de Tacna durante el periodo 2006-2010. Tesis. Perú. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann - Tacna. 2012.

19.- Vallejo J. Fisiopatología de la ruptura prematura de membranas y marcadores. Rev. Med. Costa Rica. 2013; (80) 543 – 549.

20.- Orarzun E, Poblete J. Alto Riesgo Obstétrico. 2da ed. Santiago de Chile: edicionesuc; 2013: 254- 257.

21.- Lopez F, Sánchez S. Ruptura prematura de membranas fetales: de la fisiopatología hacia los marcadores tempranos de la enfermedad. Rev Colomb de Obste y Gineco. 2010 Noviembre. 57 (4) 279-290.

22.- MINSA. Guías de Prácticas clínicas y procedimientos en Obstetricia y perinatología, Instituto Materno Perinatal. Lima, Perú. 2010; 129-132

23.- Miranda Flores Alan F. Resultados Maternos y Perinatales del manejo conservador de la Rotura Prematura de Membranas en Gestantes de 24 a 33 semanas. Rev. méd. peruana vol.31 no.2. 2014;31(2):84-89.

24.- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Principales Indicadores 2015. [Consultado el 10 de Junio del 2016] Disponible en: <http://www.inei.gob.pe>

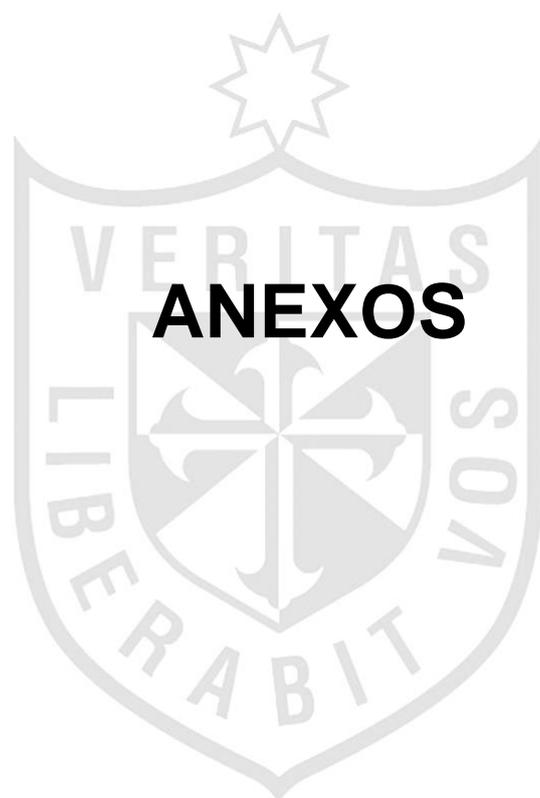
25.- Burgos W. Prevalencia de la Ruptura Prematura de Membranas en edades de 17 a 20 años de edad en el Hospital Maternidad Mariana de Jesús. Del 6 de Septiembre del 2012, a febrero del 2013. Tesis. Ecuador. Universidad de Guayaquil .Facultad de Ciencias Medicas. Escuela de Obstetricia. 2013

26.- Luna E. Factores de Riesgo para óbito Fetal en el Hospital Belén de Trujillo en periodo de Enero 2005 2011”. Tesis. Perú. Universidad Nacional de Trujillo. Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Medicina. 2013

27.- Valladares Z, García V, Buján V. Muerte fetal intrauterina. Rev chil Obstet. Ginecol 2013; 78(6): 413 – 418.

28.- Sánchez N, Mortalidad Perinatal en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque 2010-2014”. Tesis. Perú. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Medicina. 2015

29.- Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos .Revisión sistemática de Cochrane. 2010 [Citado 8 de Junio 2016] Disponible: <https://www.rcog.org.uk>



# **ANEXOS**

## FICHA CLÍNICA

ASOCIACIÓN DE LA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS CON  
EL OBITO FETAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL  
REZOLA CAÑETE 2014-2015.

### I.- DATOS DE LA MADRE

#### a) Generales

1.- Edad materna:

2.-Estado Marital: soltera  casada  conviviente

3.- Ocupación: Ama de casa  trabajo dependiente

Trabajo independiente

### II.- ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

#### a) Según el Periodo de Latencia

≤ 24 horas.

> 24 horas a 1 semana.

> 1 semana

#### b) Según el Tratamiento

##### b.1) Con Tratamiento Completo:

Uso de antibiótico y corticoides completo.

b.2) Con Tratamiento Incompleto:

Uso de antibiótico y corticoides incompleto,  
cumpliendo con la mitad del tratamiento  
o más sin culminarlo.

b.3) Sin tratamiento:

Uso de antibiótico y corticoides por lapso de  
tiempo menor a la mitad del esquema  
de tratamiento o no uso de estos.

### III.- DATOS DEL ÓBITO FETAL

1.- Edad Gestacional del óbito

22 a 27 6/7 ss.

28 a 36 6/7 ss.

37 a 41 ss.

> 41 ss.