



FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA
SECCIÓN DE POSGRADO

TRABAJO ACADÉMICO
RESULTADOS MATERNO – NEONATALES DEL MANEJO
ACTIVO EN COMPARACIÓN CON EL MANEJO EXPECTANTE
EN GESTANTES DE 34 A 36 SEMANAS CON RUPTURA
PREMATURA DE MEMBRANA EN EL HOSPITAL NACIONAL
DANIEL ALCIDES CARRIÓN JULIO 2016 – DICIEMBRE 2017

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

PRESENTADA POR:
MAYRA LIZETH SOLÍS ALVÁN

ASESOR
ROBERTO MAXIMILIANO CARRASCO NAVARRO

LIMA – PERÚ

2018



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

La autora permite transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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

¹ Esto se modificará de acuerdo a lo que usted señala en el Formato de autorización de obras.



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE
OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

SECCIÓN DE POSGRADO

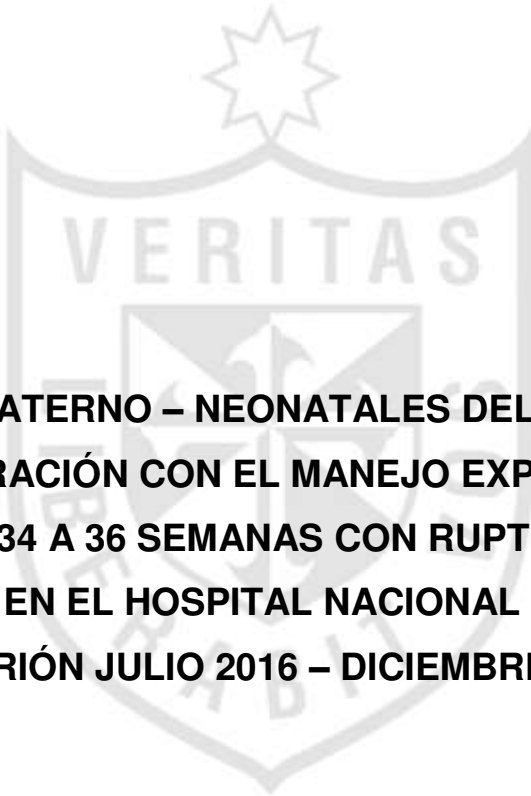
**RESULTADOS MATERNO – NEONATALES DEL MANEJO
ACTIVO EN COMPARACIÓN CON EL MANEJO EXPECTANTE
EN GESTANTES DE 34 A 36 SEMANAS CON RUPTURA
PREMATURA DE MEMBRANA EN EL HOSPITAL NACIONAL
DANIEL ALCIDES CARRIÓN JULIO 2016 – DICIEMBRE 2017**

**PRESENTADA POR:
MAYRA LIZETH SOLÍS ALVÁN**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD EN EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**

LIMA - PERÚ

2018



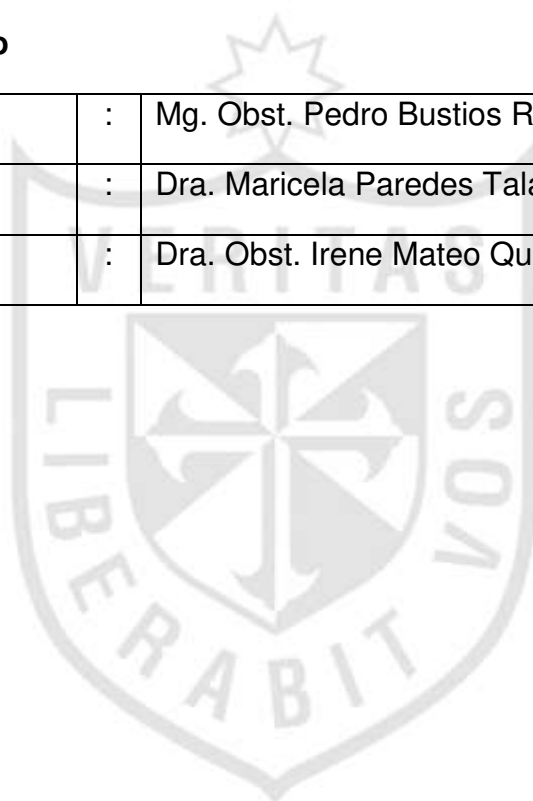
**RESULTADOS MATERNO – NEONATALES DEL MANEJO ACTIVO
EN COMPARACIÓN CON EL MANEJO EXPECTANTE EN
GESTANTES DE 34 A 36 SEMANAS CON RUPTURA PREMATURA
DE MEMBRANA EN EL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES
CARRIÓN JULIO 2016 – DICIEMBRE 2017**

ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO

Asesor : Dr. Roberto Maximiliano Carrasco Navarro

Miembros del jurado

Presidente	:	Mg. Obst. Pedro Bustios Rivera
Vocal	:	Dra. Maricela Paredes Talavera
Secretaria	:	Dra. Obst. Irene Mateo Quispe



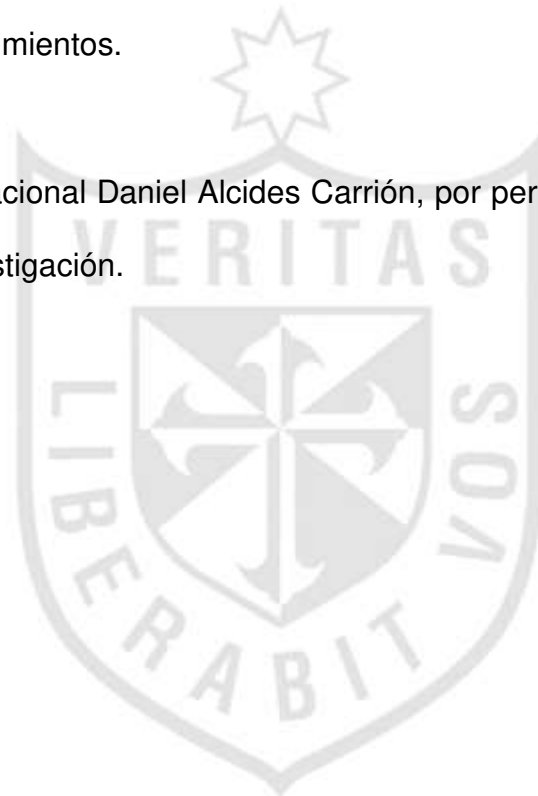
DEDICATORIA

A Dios, a mis padres por ser mi guía y fortaleza en mi carrera profesional.



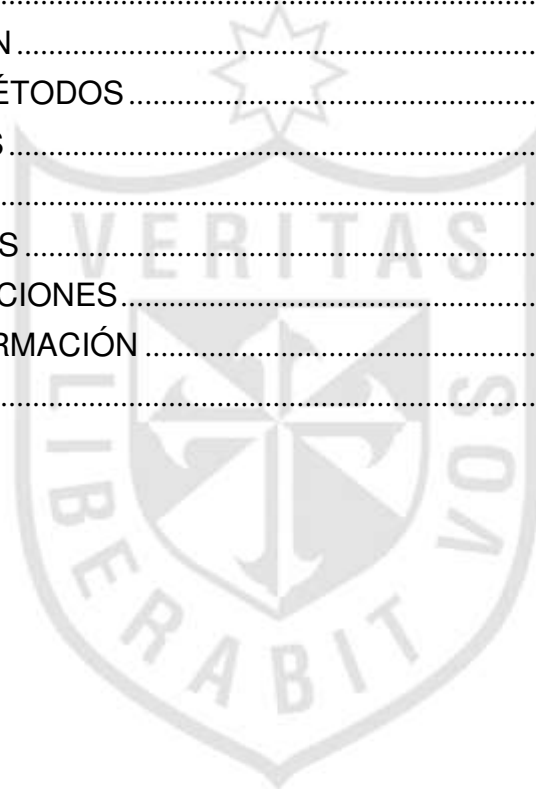
AGRADECIMIENTOS

- A Dios por permitirme seguir avanzando profesionalmente.
- A mi familia que son mi mayor motivo.
- A mi asesor Dr. Roberto Maximiliano Carrasco Navarro, por brindarme nuevos conocimientos.
- Al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, por permitirme llevar a cabo la presente investigación.



ÍNDICE DE CONTENIDO

TITULO.....	ii
ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTOS	v
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT.....	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MATERIAL Y MÉTODOS.....	12
III. RESULTADOS.....	16
IV. DISCUSIÓN.....	21
V. CONCLUSIONES.....	30
VI. RECOMENDACIONES.....	32
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	33
VII. ANEXOS	39



ÍNDICE DE TABLAS

Nº de la tabla	Nombre de la tabla	Nº de pagina
Tabla 1.	Gestantes con ruptura prematura de membrana según características sociodemográfica.	16
Tabla 2.	Gestantes con ruptura prematura de membrana según características gineco-obstétricas.	17
Tabla 3.	Tipo de manejo en gestantes con ruptura prematura de membranas.	18
Tabla 4.	Complicaciones maternas en relación al manejo activo en comparación con el manejo expectante en gestantes.	19
Tabla 5.	Complicaciones neonatales en relación al manejo activo en comparación con el manejo expectante en gestantes.	20

RESUMEN

Objetivo: Determinar los resultados materno – neonatales del manejo activo en comparación con el manejo expectante en gestantes de 34 a 36 semanas con ruptura prematura de membrana en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de Julio 2016 – Diciembre 2017. **Metodología:** Diseño descriptivo, de corte transversal, de observación y retrospectivo. La muestra estuvo conformada por 126 gestantes con diagnóstico de ruptura prematura de membranas comprendidas entre las 34 y 36 semanas. Se utilizó una ficha de recolección de datos para recoger la información. **Resultados:** El 62.7% se encuentra en el rango de edad de 20-34 años, el 65.1% resultaron convivientes, 72.2% tuvieron grado de instrucción secundaria, la mayoría eran multigestas 76.8% del manejo activo y 70% del manejo expectante, eran primíparas 57.1% en el manejo activo y 48.6% en el expectante; 34.9% tuvieron 34 y 36 semanas en el mismo porcentaje, más del 50% fueron controladas; la mayoría terminó en parto por vía vaginal 92.9% para el activo y 52% para el expectante. El 55.6% de los casos se manejan de manera expectante, y la complicación más resaltante fue corioamnionitis 25.7% en el expectante mayor en comparación con el activo 12.5%; la mayoría de los recién nacidos tuvieron bajo peso al nacer con 21.5% para el manejo expectante elevado en comparación con el manejo activo, seguido de la asfixia perinatal para el manejo activo con 12.5% mayor que el manejo expectante. **Conclusiones:** El manejo expectante tuvo más complicaciones maternas que el manejo activo; las complicaciones neonatales resultaron mayores en el manejo expectante.

Palabras claves: manejo activo, manejo expectante.

ABSTRACT

Objective: To determine the maternal - neonatal results of active management in comparison with expectant management in pregnant women from 34 to 36 weeks with premature rupture of the membrane at the Daniel Alcides Carrion National Hospital from July 2016 - December 2017. **Methodology:** Descriptive, cross-sectional, observational and retrospective design. The sample consisted of 126 pregnant women diagnosed with premature rupture of membranes between 34 and 36 weeks. A data collection form was used to collect information. **Results:** 62.7% are in the age range of 20-34 years, 65.1% were cohabiting, 72.2% had secondary education, most were multigesta 76.8% of active management and 70% of expectant management, were primiparous 57.1% in active management and 48.6% in expectant management; 34.9% had 34 and 36 weeks in the same percentage, more than 50% were controlled; the majority ended in vaginal delivery 92.9% for the active and 52% for the expectant. The 55.6% of the cases are managed expectantly, and the most important complication was chorioamnionitis 25.7% in the expectant major compared to the active 12.5%; Most newborns had low birth weight with 21.5% for high expectant management compared to active management, followed by perinatal asphyxia for active management with 12.5% greater than expectant management. **Conclusions:** Expectant management had more maternal complications than active management; Neonatal complications were greater in expectant management.

Keywords: active management, expectant management.

I. INTRODUCCIÓN

La ruptura prematura de membranas (RPM) ocurre en 8-10% de los embarazos a término. Muchos médicos prefieren la inducción inmediata del parto tras la ruptura, debido a que los estudios demuestran el incremento de la morbilidad materna y neonatal con el transcurso del tiempo desde que se inicia la ruptura hasta que se produce el nacimiento ¹.

Las complicaciones de la RPM se han ido convirtiendo en un problema de salud pública relevante, debido a que se presentan una variedad de múltiples complicaciones tanto para la madre como para el feto, que incrementa así la morbimortalidad materno-fetal ².

La ruptura prematura de membranas es la salida de líquido amniótico que se da como una solución de continuidad que sale de las membranas ovulares luego de las 22 semanas de gestación y al por lo menos una hora antes del inicio del momento del trabajo de parto. Su incidencia se encuentra entre el 1,6 y el 21 % de todos los partos y constituye una de las principales entidades obstétricas relacionada con la morbilidad y mortalidad materno-perinatal ³.

El protocolo para el manejo frente a un caso comprobado de ruptura prematura de membranas pretérmino se coloca ante dos decisiones: un manejo activo por la complicación de presentarse una infección o un manejo expectante por el riesgo que significa la inmadurez, ya que ésta complicación es mayor que la infección.

Antes de elegir alguno de los tratamientos mencionados hay que tener en cuenta los siguientes factores o condiciones:

- Presencia o ausencia de infección
- Periodo de latencia
- Edad gestacional
- Peso calculado para el feto
- Actividad uterina y cambios en el cuello
- Presentación
- Antecedentes quirúrgicos en el útero
- Patologías materna y fetal asociada
- Recursos humanos y técnicos

De los anteriores puntos los más importantes son: la infección y la edad gestacional.

En caso de presentarse la infección es definitivo terminar el embarazo sin tener en cuenta las posibilidades fetales ni los riesgos neonatales.

➤ Manejo Activo:

Se culmina el parto ya sea por cesárea o por la inducción del trabajo de parto ya sea con medicación (oxitócica o prostaglandinas) dentro de las 12 – 24 horas debido a que aumenta los riesgos maternos fetales. Debemos tener en cuenta que para elegir este tipo de manejo se debe tratar de comprobar la maduración pulmonar es decir que el feto debe tener mayor de 34 semanas comprobado con fecha de última menstruación confiable, de lo contrario con ecografía del primer trimestre y/o último perfil biofísico; o definitivamente se decide en caso de infección materna o complicación fetal de acuerdo a los exámenes de laboratorio indicados.

➤ Manejo Expectante:

Consiste en la espera del inicio espontáneo del trabajo de parto, incrementando la supervivencia neonatal intrauterina para evitar la prematuridad y el bajo peso al nacer, aumentando así el periodo de latencia. Es importante en la realización del manejo expectante una monitorización continua y estricta de los siguientes exámenes auxiliares, por su estricta utilidad e importancia:

- Biometría Hemática
- Proteína C reactiva (PCR)
- Ecografía
- Perfil biofísico fetal
- Registro o monitoreo fetal no estresante.
- Así como también la continua inspección de la temperatura materna, frecuencia cardíaca materna, frecuencia cardíaca fetal y características del líquido amniótico.

En ambos manejos se debe indicar la antibiotecoterapia respectiva a la dosis terapéutica; de mayor elección se utilizan los de amplio espectro como: ampicilina, clindamicina, gentamicina o una cefalosporina de primera generación.

Además el tratamiento específico según edad gestacional se debe administrar antibiotecoterapia con uno de los siguientes fármacos: eritromicina 250 mg V.O cada 6 horas por 7 días hasta el parto, ampicilina 2g I.V y luego 1g cada 4 horas por 7 días hasta el parto, clindamicina 900 mg I.V cada 8 horas por 7 días hasta el parto en alérgicas a la penicilina. Terminar el embarazo según criterio obstétrico por parto o cesárea según protocolo.

La incidencia de RPM es alrededor del 10% después de 37 semanas de gestación y de 2% a 3.5% antes de esa edad gestacional ⁴.

Según la Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología del Instituto Nacional Materno Perinatal esta complicación obstétrica se presenta con una frecuencia del 4-18% de los partos, es causa del 50% de los partos pretérmino y contribuye con el 20% de todas las muertes perinatales ⁵.

Según la Organización Mundial de la Salud aproximadamente el 40 % de los partos prematuros están precedidos de RPM ⁷.

La RPM puede repercutir negativamente en el neonato. Dicha repercusión no sólo es debido a la sepsis potencial o real que puede aparecer luego de la ruptura

de las membranas, sino porque la misma conlleva a un gran número de nacimientos antes del tiempo establecido y dicha anticipación puede llegar a ser muy perjudicial para el recién nacido, lo que puede conllevar a su muerte ⁷.

El pronóstico fetal en términos generales es reservado cuando ocurre la RPM; generalmente, cuanto más precoz sea la ruptura de las membranas, peor será el pronóstico. A partir de las 72 hrs algunas complicaciones propias del período neonatal (hipoxia, distrés respiratorio, sepsis, trastornos neurológicos e hiperbilirrubinemia) se presentan con mayor frecuencia ⁸.

Aunque la RPM se asocia con una tasa baja de complicaciones, puede originar una morbilidad neonatal y materna importante ⁸.

Motivada por la problemática de nuestro país se realiza la presente investigación para conocer ¿Cuáles son los resultados materno – neonatales del manejo activo en comparación con el manejo expectante en gestantes de 34 a 36 semanas con ruptura prematura de membrana en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de Julio 2016 – Diciembre 2017?, planteándome los siguientes objetivos específicos:

- Identificar las características sociodemográficas en gestantes de 34 a 36 semanas con ruptura prematura de membrana.
- Identificar las características gineco-obstétricas en gestantes de 34 a 36 semanas con ruptura prematura de membrana.
- Identificar el tipo de parto en el manejo activo en comparación con el manejo expectante en gestantes de 34 a 36 semanas con ruptura prematura de

membrana.

- Determinar complicaciones maternas frente al manejo activo en comparación con el manejo expectante en gestantes de 34 a 36 semanas con ruptura prematura de membrana.
- Determinar las complicaciones neonatales frente al manejo activo en comparación con el manejo expectante en gestantes de 34 a 36 semanas con ruptura prematura de membrana.

La presente investigación se considera importante debido a la alta incidencia de ruptura prematura de membranas en gestantes que acuden al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión según el seguimiento de los partos del departamento de estadística se mantiene en los últimos 5 años, así como también es elevada la tasa de los partos prematuros (0.7%).

Igualmente, la tasa de mortalidad neonatal refleja recién nacidos pretérmino (2.9%) asociado con la insuficiencia respiratoria y a la prematuridad, siendo estas principales complicaciones de la patología a estudiar ⁹.

A pesar de no ser una de las principales causa de mortalidad en el recién nacido en el servicio de neonatología, su incidencia se mantiene, lo cual incrementa la morbilidad en sus siguientes etapas de vida, incrementando costos en los servicios de salud y el uso de mayor recursos especializados.

Así mismo se encuentra que la RPM a nivel nacional conlleva complicaciones

significativas tanto maternas como perinatales, siendo estas inmediatas, mediata y de largo plazo; es por ello importante que los profesionales del departamento de gineco-obstetricia se concienticen y mejore las estrategias para retribuir a la reducción de la morbilidad materno-neonatal.

Cuando la RPM se produce en una gestación pre término, es decir antes de las 37 semanas, la probabilidad de morbilidad, tanto materna como neonatal, se incrementa; por eso seleccionamos el grupo de 34 a 36 semanas de gestación siendo este el más vulnerable, debido a que el feto no se encuentra totalmente maduro.

Con la presente investigación buscamos identificar las repercusiones en la madre y en el recién nacido e identificar cuál de los dos tipos de manejo genera menos repercusión y reduce el riesgo de morbilidad materno – neonatal.

Una limitación importante fue la consistencia de los datos recogidos, ya que estos fueron obtenidos de la historia clínica a través de una ficha de recolección de datos, esto hizo que la calidad de los datos no sean igual en todos los casos.

Igualmente existió duplicidad de historias clínicas y problemas con la interpretación de los datos capturados en las mismas.

El presente es un estudio con datos secundarios, de un registro ya existente, limitado a un año calendario.

Antecedentes del estudio

Kayem et al. Manejo activo versus expectante en el parto pretérmino con RPM en las semanas 34-36 de gestación; 2010. Los resultados durante el período de estudio de siete años, 634 mujeres fueron admitidas para RPM con 34-36 semanas completas de gestación, 241 de los cuales se incluyeron en el estudio: 126 en el grupo con una política de manejo expectante y 115 en el grupo activo. Hubo presencia de corioamnionitis clínica con 4,8% en el primero y con 0,9% en el último ($p = 0,07$). El oxígeno neonatal era todavía necesario a las 24 horas significativamente más a menudo en el grupo de manejo activo que en el grupo de manejo expectante (7,0 frente al 1,6%, $p = 0,05$). Sin embargo, después de la evaluación por edad gestacional al nacer, sólo el nacimiento a las 34 semanas estuvo relacionado con la necesidad de oxígeno neonatal a las 24 horas. No hubo muertes neonatales ¹⁰.

Bravo Y., Zambrano J. complicaciones materno-neonatales en manejo activo versus manejo expectante de la ruptura prematura de membranas en gestantes de 34 a 36 semanas de gestación; 2010. Tuvo los siguientes resultados; el 82,8% (82) de las gestantes fueron manejadas de manera activa y el 17,2% (17) las manejaron de manera expectante. El desprendimiento prematuro de placenta obtuvo un resultado de 5,1% (5); 4,9% (4) en las gestantes manejadas de manera activa y 5,9% las que fueron manejadas de manera expectante. El 7,1%(7) se complicó con corioamnionitis, el 8,5% (7) la mayoría del manejo activo. El 8,1 % (8) tuvieron infección puerperal, el 9,8 % siendo la mayoría fue del manejo activo. No se presentaron casos de muerte materna. Se presentó sufrimiento fetal agudo con el 9,1 % (9) de los casos, 9,8 % (8) para el manejo activo y 5,9 % (1) del manejo

expectante. Hubo bajo peso al nacer con el 42,4 % (42); siendo 43,9 % (36) del manejo activo y 35,3 % del expectante. Se presentó 11,1 % (11) de los casos con síndrome de distrés respiratorio, 12,2 % (10) para el manejo activo y 5,9 % (1) del expectante. El 4 % (4) tuvieron asfixia neonatal; el 4,9 % (4) del grupo activo. El 6,1 % (6) tuvo infección neonatal; siendo el 7,3 % (6) del tipo activo. Hubo muerte neonatal representado el 1 % (1); el único caso presente en el grupo de manejo activo ¹¹.

Miranda A. Resultados maternos y perinatales del manejo conservador de la rotura prematura de membranas en gestantes de 24 a 33 semanas; 2011. Obtuvieron 142 casos en los cuales la vía de terminación fue la cesárea (71,8 %), con edad de $26,36 \pm 7,418$ años. Se presentó con mayor frecuencia en las nulíparas con 45,8 %. La edad gestacional promedio resulto entre $29,06 \pm 2,590$ semanas; el número de controles prenatales fue, $2,35 \pm 2,101$; el período de latencia fue entre los $10,68 \pm 12,305$ días. Se presentaron complicaciones maternas en 34,5 % (49) casos, y la principal resulto la coriamnionitis con el 23,9 %. Los resultados perinatales fueron 32,4 % (46) casos, encontraron como la más frecuente complicación el síndrome de dificultad respiratoria con el 21,8 %. El peso al nacer fue un promedio de $1\ 653,14\ g \pm 460,219\ g$. Los recién nacidos en su mayoría fueron pretérminos y al nacer resultaron con un buen Apgar. Los días de hospitalización de la madre fueron entre $15,30\ días \pm 12,912$ ¹².

Sanchez J., Caraguay V. complicaciones materno neonatales en el manejo activo o expectante de la ruptura prematura de membranas en gestantes de 34 a 36 semanas; 2013. Los resultados obtenidos, la mayoría de los casos 72%

recibieron manejo expectante y solo el 28% manejo activo; además se obtuvo que el 100% de los partos culminaron en cesárea para ambos tipos de manejo; en su mayoría de los casos recibieron maduración pulmonar; respecto a los resultados maternos de aquellas gestantes que fueron manejadas de manera activa, el 57% tuvo corioamnionitis y las que fueron manejadas de manera expectante en su totalidad el 100% no presentó ninguna complicación. Respecto a los días de hospitalización de la madre se obtuvo 43% del tipo activo estuvieron entre 3 a 4 días y 50% del tipo expectante estuvieron 7 a 8 días; los recién nacidos de ambos tipos de manejo tuvieron síndrome de dificultad respiratoria, otra complicación resaltante fue la presencia de sepsis neonatal con el 43% de casos para el tipo de manejo activo ¹³.

Alvear L., Pacheco C. Evaluación de los resultados maternos y perinatales del manejo conservador de rotura prematura de membranas; 2016. La investigación obtuvo los siguientes resultados, el promedio de la edad materna fue 23.26 años, siendo el valor mínimo 14 años - máximo 42 años de edad; tuvieron 43,1% de gestantes adolescentes (14 – 19 años de edad); la mayoría resulto primigestas con 55.6%; la edad gestacional promedio fue 32.1 semanas; la mayoría tuvieron por lo menos 1 control prenatal; las gestantes presentaron vaginosis bacteriana con el 72.7%; La mayoría terminaron en parto vaginal siendo 62,5% (45) casos. Los resultados maternos se presentaron en 68% de los casos, la principal complicación fue la corioamnionitis 27.8%, como segunda complicación la hemorragia postparto 9.7%, seguido por la endometritis puerperal 8.3%. Los resultados perinatales se obtuvo 70.8% de los casos complicados, siendo los más relevantes: la hospitalización en UCI 50% e infección connatal con el 45.8% en relación directa

con la edad gestacional y el tiempo de ruptura prematura de membranas estuvo entre las 85 horas. El porcentaje más elevado de hospitalización en UCI se presentó en gestantes que fueron manejadas con una dosis de corticoide 54,1% en la edad gestacional menor de 32 semanas y 29.1% gestaciones mayor de 32 semanas, La antibioticoterapia más utilizada, la ampicilina más eritromicina 56%; la prevalencia de ruptura prematura de membranas durante el tiempo de estudio fue de 1.2% ¹⁵.



II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Diseño metodológico

La investigación fue descriptiva, comparativa, de corte transversal, de observación y retrospectiva.

2.2. Diseño muestral:

2.2.1. Población

Conformada por 152 gestantes que presentaron diagnóstico de ruptura prematura de membranas comprendidas entre las 34 y 36 semanas que acudieron y culminaron el parto en el Hospital Daniel Alcides Carrión durante el año 2016 – 2017.

2.2.2. Tamaño de muestra

a) Unidad de análisis

La gestante (historia clínica) con ruptura prematura de membranas entre las 34 y 36 semanas.

b) Tamaño de muestra

Muestra:

La muestra del estudio estuvo conformada por el total de casos de gestantes de 34 – 36 semanas de embarazo y ruptura prematura de membranas para el año 2017, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión conformando una muestra de 126 casos, con los cuales se trabajó la presente investigación.

2.2.3. Criterios de inclusión y exclusión

- Criterios de inclusión

- Todas las historias clínicas con diagnóstico de ruptura prematura de membranas entre las 34 - 36 semanas atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el periodo de estudio.
- Gestantes hospitalizadas por consultorio externo o que ingresen por emergencia entre las 34 – 36 semanas al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el periodo de estudio.
- Gestantes con RPM cuyo parto fue atendido en el Hospital Daniel Alcides Carrión durante el periodo de estudio.
- Gestantes con RPM que tuvieron un manejo expectante hasta el momento del parto.
- Gestantes con RPM que tuvieron manejo activo antes de las 12-24 hrs de la ruptura prematura de membranas.

- Criterios de exclusión

- Historias clínicas que no registren datos completos.
- Gestantes con diagnóstico de ruptura prematura de membranas entre las 34 – 36 semanas que se encuentren en la fase activa de trabajo de parto.
- Gestantes que presenten otra patología adicional a la ruptura prematura de membranas.

2.3. Técnicas de recolección de datos. Instrumentos de recolección

Se solicitó la autorización del Departamento de Gineco - obstetricia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, para la realización del presente estudio, así mismo se solicitó datos actualizados del área de estadística del lugar de estudio y se tramitó el permiso en archivo para la recolección de datos de las historias clínicas.

Se utilizó una ficha de recolección de datos preparada especialmente para el estudio, para recoger la información que fue llenado teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

2.4. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

Los datos fueron obtenidos de la ficha de recolección de datos, estos fueron ordenados y procesados en una computadora utilizando el programa SPSS versión 20. Los datos estuvieron explorados mediante la distribución de frecuencias, y utilice las tablas cruzadas. Además, para realizar la valoración de la confiabilidad y validez se utilizó la valoración de coeficientes de correlación.

2.5. Aspectos éticos

La presente investigación estuvo basada en la confidencialidad:

Manteniendo en el anonimato los nombres de las gestantes registrados en las historias clínicas que fueron seleccionadas. Solo se registraron los datos necesarios para llevar a cabo el presente trabajo y el número de registro de historia clínica; no se registraron los nombres, dirección y otros datos personales, ni de identificación de las gestantes.



III. RESULTADOS

Tabla 1. Gestantes con ruptura prematura de membrana según características sociodemográficas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de Julio 2016 – Diciembre 2017

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	TIPO DE MANEJO				TOTAL	
	Activo		Expectante		N	%
	N	%	N	%		
EDAD						
< 20	10	17.9	16	22.9	26	20.6
20 – 34	34	60.7	45	64.3	79	62.7
> 34	12	21.4	9	12.9	21	16.7
ESTADO CIVIL						
Casada	5	8.9	5	7.1	10	7.9
Conviviente	37	66.1	45	64.3	82	65.1
Soltera	14	25	20	28.6	34	27
GRADO DE INSTRUCCIÓN						
Primaria	7	12.5	12	17.1	19	15.1
Secundaria	40	71.4	51	72.9	91	72.3
Superior	7	12.5	1	1.4	8	6.3
Superior No Universitario	2	3.6	6	8.6	8	6.3
TOTAL	56	100	70	100	126	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Según los datos obtenidos el 62.7% se encuentran entre las edades de 20-34 años. 65.1% se declararon convivientes y el 72.3% declaró grado de instrucción secundaria.

Tabla 2. Gestantes con ruptura prematura de membrana según características gineco-obstétricas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de Julio 2016 – Diciembre 2017

CARACTERÍSTICAS GÍNECO-OBSTÉTRICAS	TIPO DE MANEJO				TOTAL	
	Activo		Expectante		N	%
	N	%	N	%		
GESTACIONES						
Primigesta (1 gestación)	11	19.6	18	25.7	29	23
Multigesta (2 – 5 gestaciones)	44	78.6	49	70	93	73.8
Gran multigesta (6 a mas)	1	1.8	3	4.3	4	3.2
PARIDAD						
Nulípara (0 partos)	12	21.4	19	27.1	31	24.6
Primípara (1 parto)	32	57.1	34	48.6	66	52.4
Múltipara (2 – 5 partos)	11	19.7	17	24.3	28	22.2
Gran múltipara (6 a mas)	1	1.8	0	0	1	0.8
EDAD GESTACIONAL						
34 semanas	6	10.7	38	54.3	44	34.9
35 semanas	21	37.5	17	24.3	38	30.2
36 semanas	29	51.8	15	21.4	44	34.9
ATENCIONES PRENATALES						
Sin APN	8	14.3	18	25.7	26	20.6
Con APN	48	85.7	52	74.3	100	79.4
VIA DEL PARTO						
Vaginal	52	92.9	40	57.1	92	73
Cesárea	4	7.1	30	42.9	34	27
TOTAL	56	100	70	100	126	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Se observó que 73.8% de las gestantes eran multigestas, el 52.4% eran primíparas, y el 34.9 tuvieron 34 y 36 semanas en el mismo porcentaje, más del 50% fueron gestantes controladas y la mayoría terminó en parto por vía vaginal.

Tabla 3. Tipo de manejo en gestantes con ruptura prematura de membranas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de Julio 2016 – Diciembre 2017

TIPO DE MANEJO	N°	%
Manejo activo	56	44.4
Manejo expectante	70	55.6
Total	126	100

Fuente: Oficina de Estadística del HNDAC

Según datos obtenidos el 55.6% de las gestantes con RPM se manejan de manera expectante.



Tabla 4. Complicaciones maternas en relación al manejo activo en comparación con el manejo expectante en gestantes en el Hospital Nacional Daniel Alcides

Carrión de Julio 2016 – Diciembre 2017

COMPLICACIONES	TIPO DE MANEJO				TOTAL	
	Activo		Expectante		N	%
	N	%	N	%		
Corioamnionitis	7	12.5	18	25.7	25	19.8
Desprendimiento prematuro de placenta	0	0	4	5.7	4	3.2
Sepsis puerperal	3	5.4	5	7.1	8	6.3
Hemorragia post parto	4	7.1	6	8.6	10	8
Histerectomía	0	0	3	4.3	3	2.4
Muerte materna	0	0	0	0	0	0
Ninguna	42	75	34	48.6	76	60.3
TOTAL	56	100	70	100	126	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

La complicación más resaltante obtenida para el grupo de las gestante con manejo activo y expectante fue corioamnionitis 12.5% y 25.7% respectivamente más elevado en el manejo expectante en comparación con el activo, mientras que la otra complicación relevante fue la hemorragia post parto con 8.6% para el manejo expectante y 7.1% para el manejo activo.

Tabla 5. Complicaciones neonatales en relación al manejo activo en comparación con el manejo expectante en gestantes en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de Julio 2016 – Diciembre 2017

COMPLICACIONES	TIPO DE MANEJO				TOTAL	
	Activo		Expectante		N	%
	N	%	N	%		
Bajo peso al nacer	2	3.6	15	21.5	17	13.5
Asfixia perinatal	7	12.5	5	7.1	12	9.5
Síndrome de distrés respiratorio	3	5.3	2	2.9	5	4
Infección neonatal	2	3.6	5	7.1	7	5.5
Muerte neonatal	0	0	0	0	0	0
Ninguna	42	75	43	61.4	85	67.5
TOTAL	56	100	70	100	126	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

La mayoría de los recién nacidos tuvieron bajo peso al nacer, siendo esta la complicación con mayor frecuencia con 21.5% para el manejo expectante en comparación con el manejo activo y la segunda complicación más relevante obtenida fue la asfixia perinatal para el manejo activo con 12.5% siendo mayor a diferencia del manejo expectante 7.1%.

IV. DISCUSIÓN

Tabla 1. Gestantes con ruptura prematura de membrana según características sociodemográficas:

Respecto al presente trabajo de investigación el grupo etáreo más frecuente fue de 20 - 34 años de edad con 62.7% (n=79). También tuvo mayor predominio de acuerdo al tipo de manejo en 60.7% (n=34) en el manejo activo y 64.3% (n=45) en el manejo expectante, seguido por el grupo de < 20 años con 20.6% (n=26).

Se encuentra similitud con nuestro presente trabajo, la investigación realizada por Kayem et al. Manejo activo versus expectante en el parto pretérmino con RPM en las semanas 34-36 de gestación; 2010, donde demuestra que la mayoría de la mujeres que tuvieron RPM para ambos tipos de manejo estuvieron comprendidas entre 20 – 34 años 30.5% (n=38) ¹⁰.

En cuanto al Estado civil, 65.1% (n=82) son convivientes y solo 7.9% (n=10) son casadas, teniendo la misma cantidad de casos 8.9% (n=5) para el manejo activo y 7.1% (n=5) para el manejo expectante; el otro gran grupo es el grupo de las gestantes solteras con 27% (n=34).

La investigación realizada por Bravo P., Yuliana y Zambrano P., Juana en su tesis sobre las complicaciones materno-neonatales de manejo activo versus manejo expectante en el Hospital Nacional María Auxiliadora, obtuvo resultados similares, siendo 62.6% (n=62) de su población estudiada convivientes para ambos grupos ¹¹.

Con respecto al grado de instrucción la mayoría de las gestantes solo alcanzó a culminar secundaria 72.3% (n=91) en total, además para ambos grupos fue el porcentaje más elevado, siendo el manejo activo 71.4%(n=40) y para el manejo expectante siendo 72.9%(n=51).

Para el estudio realizado por Alvear L., Mayra y Pacheco C., María en su tesis "Evaluación de los resultados maternos y perinatales del manejo conservador de RPM realizado en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, de la ciudad de Quito, las gestantes del estudio en su gran mayoría tuvieron instrucción secundaria en un porcentaje de 63,9 %(n=46), lo cual coincide con los datos obtenidos en la presente investigación ¹⁵.

Tabla 2. Gestantes con ruptura prematura de membrana según características gineco-obstétricas:

En nuestra investigación la mayoría de las gestantes tuvieron como antecedente obstétrico que eran multigestas con 73.8% (n=93), tanto en el grupo de las que fueron manejadas de manera activa o expectante, 78.6% (n=44) y 70%

(n=40) respectivamente, seguidamente de las primigestas tanto en el manejo activo 19.6% (n=11) como en el manejo expectante 25.7% (n=18).

Para Caraguay Patiño, Vanessa en su tesis “Complicaciones materno neonatales en el manejo activo o expectante de la RPM en gestantes pre término en Gineco- obstetricia del Hospital Isidro Ayora de Loja”, obtuvo el 52% (n=13) eran multigestas, lo cual es similar a nuestra investigación ¹¹.

Coincidiendo también con nuestra investigación el estudio realizado acerca del “Manejo activo versus expectante en el parto pretérmino con RPM en las semanas 34-36 de gestación; 2010”, obtuvo en sus resultados la mayoría de las gestantes eran multigestas tanto en el manejo expectante 54.8% (n=69), como en el manejo activo 47% (n=54) ¹⁰.

Con respecto a la paridad, los resultados nos indican que el mayor porcentaje de gestantes en ambos tipos de manejo han tenido por lo menos un parto o un aborto, siendo primíparas con 57.1% (n=32) para el manejo activo y 48.6% (n=34) en el manejo expectante, seguido por las nulíparas con 21.4% (n=12) para el activo y 27.1% (n=19) en el expectante.

Se han encontrado diferencias con nuestro estudio, en la tesis realizado por Miranda Flores, Alan sobre resultados maternos y perinatales del manejo conservador de la RPM en gestantes de 24 a 33 semanas llevada a cabo entre 2010-2011, en el Instituto Nacional Materno Perinatal, obtuvo que 45.8% (n=65) fueron en su mayoría nulíparas ¹².

Nuestra investigación usó las edades de gestación entre 34 y 36 semanas, siendo las 36 semanas la mayoría para el manejo activo con 51.8% (n=29) y las 34 semanas para el manejo expectante con 54.3% (n=38).

Coincidiendo con nuestra investigación el estudio realizado por Caraguay Patiño, Vanessa sobre Complicaciones materno neonatales en el manejo activo o expectante de la RPM en gestantes de 34 a 36 semanas, el mayor porcentaje lo obtuvo la semana 34 con 48% (n=12) para las gestantes con manejo expectante¹³.

Otro estudio realizado por Bravo Purisaca, Yuliana y Zambrano Pacheco, Juana sobre complicaciones materno - neonatales de manejo activo versus manejo expectante de la RPM en gestantes de 34 a 36 semanas en el Hospital Nacional María Auxiliadora, en el 2010, obtuvo resultados similares a nuestra investigación, obtuvo la mayoría de las gestantes que fueron manejadas de manera activa tuvieron 36 semanas siendo 31.1% (n=61) ¹¹.

Respecto a la atención prenatal en el grupo de estudio, tanto para el manejo activo como el expectante la mayoría en su total 79.4% (n=100) fueron gestantes controladas y solo un menor porcentaje no tuvieron ni una sola atención prenatal 20.6% (n=26).

Coincidiendo con nuestra investigación, el estudio de Miranda Flores, Alan, 73.2% (n=107) fueron gestantes controladas; Otro estudio con resultados similares

fue de Caraguay con un alto porcentaje las gestantes con controles prenatales 84% (n=21) ¹².

La vía del parto más frecuente en nuestra investigación fue vaginal 73% (n=92) en total; para el manejo activo en 92.9% (n=52) y en el manejo expectante con 57.1% (n=40), mientras que el parto culminado en cesárea tuvo un porcentaje inferior 7.1% (n=4) para el manejo activo, pero las gestantes que fueron manejadas de manera expectante fueron la mayoría las que terminaron en cesárea con 42.9% (n=30).

El estudio realizado por Miranda A., obtuvo que el 71.8% (n=102) culminaron en cesárea aquellas gestantes manejadas de manera expectante¹¹, lo cual coincide con nuestra investigación. De la misma manera, Alvear Lozano, Mayra y Pacheco Chica, María, en su tesis, obtuvo que la mayoría en ambos tipos de manejo con 62,5% (n=45) culminaron por parto vaginal ¹⁵.

A pesar de que la vía de culminación ideal para los partos prematuros debería ser la cesárea ya que se asocia a una disminución de la morbilidad perinatal¹², sin embargo esto difiere con lo obtenido en nuestro estudio y lo demás mencionado, obteniendo que mayor frecuencia hay en el parto por vía vaginal para ambos tipos de manejo.

Tabla 3. Tipo de manejo en gestantes con ruptura prematura de membranas:

La mayoría de las gestantes con RPM, fueron manejadas de manera expectante con 55.6% (n=70).

Coincidiendo con nuestro resultado el estudio realizado por Kayem G., obtuvo 52% (n=126) manejados de manera expectante; De igual manera el estudio realizado por Sanchez y Caraguay obtuvo que 72% (n=144) en su mayoría fueron manejados de manera expectante ¹⁰.

Mientras que en el estudio realizado por Bravo Y. y Zambrano J., la mayoría fue manejada de manera activa con 82.8% (n=82) lo cual discrepa con nuestra investigación ¹¹.

Tabla 4. Complicaciones maternas en relación al manejo activo en comparación con el manejo expectante en gestantes:

Se obtuvo como la mayor complicación la corioamnionitis con 19.8% (n=25) para el total de la población; siendo en el manejo activo 12.5% (n=7) y teniendo la mayoría de los casos las gestantes con manejo expectante con 25.7% (n=18).

Otro hallazgo importante es la hemorragia post parto con 8% (n=10) en el total de los casos, siendo el mayor número de casos 8.6% (n=6) en las gestantes con manejo expectante y en menos porcentaje 7.1% (n=4) para el manejo activo; y

la tercera complicación frecuente fue sepsis puerperal para ambos grupos, en el manejo activo 5.4% (n=3) y en el manejo expectante 7.1% (n=5) siendo también la mayoría de los casos para este tipo de manejo.

Coincidiendo con nuestros resultados el estudio realizado por Karem G., donde el objetivo fue comparar los resultados maternos y neonatales en los partos administrados por una política de manejo expectante y de las mujeres con RPM, a las 34 - 36 semanas completas de gestación en el Departamento de Obstetricia y Ginecología, CHI de Créteil, Université Paris XII; obtuvo corioamnionitis clínica como la principal complicación, en el cual el manejo expectante fue del 4,8% (n=6) y el manejo activo 0,9% (n=1)⁹. Lo cual coincide con además nuestros resultados como principal complicación ¹⁴.

Sin embargo a diferencia de nuestra investigación el estudio realizado por Bravo y Zambrano sobre complicaciones materno-neonatales en manejo activo versus manejo expectante de la RPM en gestantes de 34 a 36 semanas en el Hospital Nacional María Auxiliadora, determinó como su complicación materna más frecuente fue la infección puerperal con 8,1 % (n=8), el 9,8 % fue del grupo de manejo activo y no se presentó ningún caso para el manejo expectante, su segunda complicación frecuente fue el desprendimiento prematuro de membranas con 4.9% (n=4) en el manejo activo y 5.9% (n=1) para el manejo expectante, no presentándose ninguna muerte materna en ninguno de los tipos de manejo ¹².

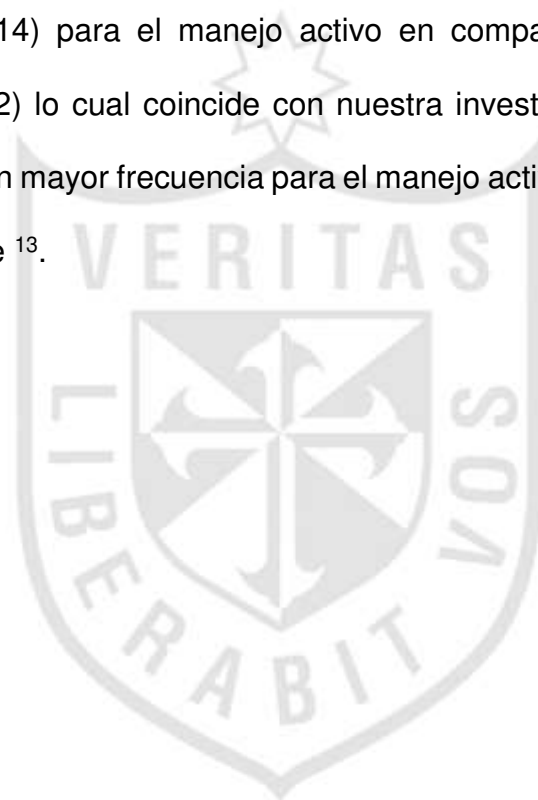
Tabla 5. Complicaciones neonatales en relación al manejo activo en comparación con el manejo expectante:

Respecto a las complicaciones en el recién nacido, la complicación más relevante fue el bajo peso al nacer con 13.5% (n=17) en el total de los casos, siendo más elevada en el manejo expectante con 21.5% (n=15) en comparación con el manejo activo que tuvo 3.6% (n=2); la segunda complicación con porcentaje elevado fue la asfixia perinatal 9.5% (n=12) en el total, mientras que esta complicación fue más elevada en el manejo activo con 12.5% (n=7) y con menos casos para el manejo expectante 7.1% (n=5); el síndrome de distrés respiratoria tuvo mayor porcentaje en el manejo activo 5.3% (n=3) en comparación con el expectante que fue 2.9% (n=2); la infección neonatal fue la tercera complicación frecuente para el manejo expectante 7.1% (n=5) y con 3.6% (n=2) para el manejo activo; además en los resultados obtenidos no hubo ningún caso de muerte neonatal en ninguno de los manejos.

Un estudio realizado sobre Resultados maternos y perinatales del manejo conservador y el manejo activo de la rotura prematura de membranas en embarazos de 34.6 semanas o menos atendidas en el Hospital Gineco - Obstétrico Isidro Ayora en el periodo enero 2015 - agosto 2016, se obtuvo que la complicación más frecuente fue infección neonatal en el manejo activo con 45.8% (n=33) y 13.2% (n=10) para el manejo expectante¹⁵, lo cual es diferente a lo obtenido en la presente investigación.

Otro estudio con resultados diferente a nuestra investigación fue el de Miranda A., en el año 2011, obtuvo que el síndrome de dificultad respiratoria fue la complicación con mayor predominio siendo el 21,8 % (n=31) para el manejo expectante y 14.8% (n=21) en el manejo activo ¹².

En el año 2013 para Sanchez J., Caraguay V, en su tesis obtuvieron que la complicación más relevante fue síndrome de dificultad respiratoria con mayor porcentaje 78% (n=14) para el manejo activo en comparación con el manejo expectante 29% (n=2) lo cual coincide con nuestra investigación presentándose esta complicación con mayor frecuencia para el manejo activo en comparación con el manejo expectante ¹³.



V. CONCLUSIONES

- La edad con mayor frecuencia a presentar esta patología se encuentra comprendida entre 20 – 34 años.
- En relación a las gestantes con RPM, podemos deducir que la mayoría en nuestra investigación conto con grado de instrucción de secundaria.
- Según las características gineco-obstétricas, la mayoría de las gestantes son multigestas 73.8% y primíparas 52.4%.
- La mayoría de las gestantes tuvo al menos 1 atención prenatal, pero se desconoce si estos controles prenatales se iniciaron a tiempo y tuvieron continuidad.
- La mayoría de los casos culminó en parto vaginal lo cual nos indica que no siempre la ruptura prematura de membranas son indicación de cesárea.
- En cuanto al tipo de manejo más frecuente en este grupo de gestantes fue el expectante 55.6% debido a que la mayoría tenía una gestación pretérmino.

- En el presente estudio el manejo expectante tuvo más complicaciones maternas en comparación con el manejo activo; siendo la más frecuente la corioamnionitis 25.7%; y para las complicaciones neonatales resultaron mayor para el manejo expectante siendo el bajo peso al nacer la más relevante y la asfixia perinatal para el manejo activo.



VI. RECOMENDACIONES

A todo el equipo del departamento de Gineco – Obstetricia del hospital de apoyo

“Daniel A. Carrión” se recomienda:

- Realizar el manejo activo, siendo este el de mejor elección, cuidando los factores de riesgo aquí observados para el desarrollo de RPM.
- Se sugiere continuar con el protocolo para el manejo de RPM y de esta forma aportar en la reducción de la tasa de morbi-mortalidad materno-neonatal.
- Valorar ambos tipos de manejo, evaluando el riesgo beneficio teniendo en cuenta las condiciones materno – fetales.
- Se recomienda ahondar en el conocimiento de esta patología, realizando estudios posteriores de tipo analítico.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. FLASGO. Guía clínica de la Federación Latino Americana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia [En línea]. 2011. [Citado 5 de setiembre del 2017].
Disponible en: <http://www.sogiba.org.ar/documentos/GC1RPM.pdf>
2. Santo S. Complicaciones de la rotura prematura de membranas en primigestas juveniles de 14 – 17 años en el Hospital Sotomayor en el Periodo Septiembre 2012 - Febrero 2013 [Tesis en línea]. Ecuador: Universidad Estatal de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas; 2013. [Citado 5 de setiembre del 2017]. Disponible en:
<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/reduq/1802>
3. Gavidia N, Iza G. Resultados obstétricos y perinatales en la ruptura prematura de membranas, en pacientes que fueron atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora en el periodo de Enero a Diciembre 2011 [Tesis en línea]. Ecuador: Universidad Central de Ecuador. Facultad de Ciencias Médicas, 2011. [Citado 21 de setiembre del 2017]. Disponible en:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/3731>
4. Obstetricia Moderna. Aller J. Pages G. 3ª ed. McG-H Interamericana; 2012. Cap. 23. [Libro electrónico]. [Citado 22 de setiembre del 2017]. Disponible en:
<https://booksmedicos.org/gineco-obstetricia-obstetricia-moderna/>

5. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal. INMP; 2014.
6. Ministerio de salud pública. Guía de práctica clínica (GPC). Ruptura prematura de membranas pretérmino, diagnóstico y tratamiento. 1ª edición, Perú: dirección nacional de normatización; 2015.
7. Alvarez P, Flores C. Manejo de Ruptura Prematura de Membranas en Embarazadas atendidas en el Servicio de Emergencia del Hospital Gaspar García Laviana Enero-Enero 2015 [Tesis en línea]. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Facultad de Ciencias Médicas, 2015. [cita 21 de setiembre del 2017]. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/1507/>
8. Gutierrez S. Ruptura prematura de membranas pretérmino tardío y las complicaciones perinatales en el Hospital Augusto Hernández de Ica Junio - Diciembre 2014 [Tesis]. Perú: Universidad Alas Peruanas. Facultad de Obstetricia, 2014.
9. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Departamento de estadística. Tasa de morbi-mortalidad materna por Servicios. 2016. Sala Situacional. Hospitalizacion. Indicador 2016.

10. Kayem G., Bernier A., Goffinet F., Cabrol D. Active versus expectant management for preterm prelabor rupture of membranes at 34-36 weeks of completed gestation: comparison of maternal and neonatal outcomes. Department of Obstetrics and Gynecology, CHI de Créteil, Université Paris XII. Acta Obstetricia et Gynecologica [En línea]. 2010. [Citado el 29 de agosto del 2017]. 89: 776–781. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20225986>
11. Bravo Y., Zambrano J. complicaciones materno-neonatales en manejo activo versus manejo expectante de la ruptura prematura de membranas en gestantes de 34 a 36 semanas de gestación en el Hospital Nacional María Auxiliadora, de enero a diciembre de 2010 [Tesis en línea]. Perú: Universidad Privada Norbert Wiener. Escuela Académica de Obstetricia; 2012. [Citado 28 de agosto del 2017]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/47>
12. 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 [En Línea]. 2014 [Citado 21 de setiembre del 2017]; vol.31, n.2, pp. 84-89. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172859172014000200004&lng=es
13. Sanchez J., Caraguay V. complicaciones materno neonatales en el manejo activo o expectante de la ruptura prematura de membranas en gestantes

de 34 a 36 semanas en el área de Ginecoobstetricia del Hospital Isidro Ayora de Loja en el período 1 de Marzo al 31 de Agosto del 2013 [En línea]. Ecuador. Universidad Nacional de Loja, 2013. [Citado 28 de agosto del 2017]. Disponible en:

<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/13462>

14. Torres P. Misoprostol intravaginal y oxitocina endovenosa en la inducción del trabajo de parto en gestantes con ruptura prematura de membranas atendidas en el Hospital Apoyo Iquitos “César Garayar García” en el periodo julio – diciembre 2016 [Tesis en línea]. Perú. Universidad Nacional San Martín de Tarapoto. Facultad de Ciencias de la Salud. 2016. [Citado el 13 de agosto del 2017]. Disponible en: <http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/2305>

15. Alvear L., Pacheco C. Evaluación de los resultados maternos y perinatales del manejo conservador de rotura prematura de membranas en el Hospital Gineco Obstétrico “Isidro Ayora” en el periodo enero 2015-agosto 2016 [Tesis en línea]. Ecuador. Universidad Central del Ecuador. Facultad de Ciencias Médicas. 2016. [Citado el 24 de agosto del 2017]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/11286/1/T-UCE-0006-001.pdf>

16. Centre Medicina Materno-fetal y Neonatal de Barcelona. Rotura prematura de membranas a término y pretérmino. Elaborado por Centre de Medicina

Fetal y Neonatal de Barcelona [En línea]. 2006. [Citado 29 de agosto del 2017]. Disponible en:

https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/rotura%20prematura%20de%20membranas%20hpc-hsjd.pdf

17. Rivera R, Cabanillas F, Smirnow M, Fisiopatología de la rotura prematura de las membranas ovulares en embarazos de pretérmino. Revchil. Obstet. Ginecol. [Revista en línea]. 2014 [Citado 5 Octubre 2016]; 69(3): 249-255 249. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v69n3/art13.pdf>

18. Dare M., Middleton P., Crowther C., Flendy V., Varatharaju B. Parto temprano programado versus conducta expectante para la rotura de membranas antes del trabajo de parto a término. [Revisión de Cochrane traducida]. La Biblioteca Cochrane Plus N.o 4. Oxford: Update software Ltd; 2006. [Citado 22 de setiembre del 2017]. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=2292295&DocumentID=CD005302>

19. López-Osma Fernando Augusto, Ordóñez-Sánchez Sergio Alexander. Ruptura prematura de membranas fetales: de la fisiopatología hacia los marcadores tempranos de la enfermedad. Rev. Colomb. Obstet. Ginecol [En línea]. 2006; 57(4): 279-290. [Citado 21 de setiembre del 2017]. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342006000400007&lng=en

20. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Ministerio de salud. Enero 2007.
21. Palacio M., Cobo T., Plaza A. *Protocolos Medicina Fetal I Perinatal Servei de Medicina Materno-fetal – ICGON – Hospital Clínic Barcelona*. 2008
22. Dorland *Diccionario médico de bolsillo*. Dorland. 26^a ed. 2006. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana; 2004. pp. 155, 170, 412, 642, 734.
23. Muñoz J. *Asfixia Perinatal [Libro electrónico]*. Colombia; 2007. [Citado 22 de setiembre del 2017]. Disponible en : https://scp.com.co/precopold/precop_files/modulo_9_vin_3/Precop_9-3-B.pdf
24. Couto ND., Nápoles MD., Montes DP., *Repercusión del parto pretérmino en la morbilidad y mortalidad perinatales*. [Libro electrónico]. Cuba. MEDISAN 2014; 18(6):852. [Citado 29 de setiembre del 2017. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_6_14/san14614.pdf

VII. ANEXOS



Anexo 2: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	METODOLOGIA	INSTRUMENTO
<p>Formulación del Problema: 1. ¿Cuáles son los resultados materno – neonatales del manejo activo en comparación con el manejo expectante en gestantes de 34 a 36 semanas con ruptura prematura de membrana en el Hospital Daniel Nacional Alcides Carrión en el periodo Julio 2016 – Diciembre 2017?</p> <p>Variables:</p> <p>Variable independiente: - Tipo de manejo: a) Manejo activo. b) Manejo expectante.</p> <p>Variables dependientes: - Complicaciones maternas - Complicaciones neonatales</p> <p>Variable interviniente: -Características sociodemográficas -Características gineco-obstétricas</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar los resultados materno – neonatales del manejo activo en comparación con el manejo expectante en gestantes de 34 a 36 semanas con ruptura prematura de membrana en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo Julio 2016 – Diciembre 2017.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar las características sociodemográficas en gestantes de 34 a 36 semanas con ruptura prematura de membrana. 2. Identificar las características gineco-obstétricas en gestantes de 34 a 36 semanas con ruptura prematura de membrana. 3. Identificar la frecuencia del tipo de manejo en gestantes de 34 a 36 semanas con ruptura prematura de membrana. 4. Determinar complicaciones maternas frente al manejo activo en comparación con el manejo expectante en gestantes de 34 a 36 semanas con ruptura prematura de membrana. 5. Determinar las complicaciones neonatales frente al manejo activo en comparación con el manejo expectante en gestantes de 34 a 36 semanas con ruptura prematura de membrana. 	<p>Por ser un estudio de tipo descriptivo la presente investigación no presenta hipótesis.</p>	<p>Tipo de Investigación:</p> <p>Diseño descriptivo, de corte transversal, de observación y retrospectivo.</p> <p>Población:</p> <p>Historias clínicas de gestantes que tuvieron diagnóstico de RPM comprendidas entre las 34 y 36 semanas que acudieron al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo Julio 2016 – Diciembre 2017.</p>	<p>Historia clínica</p>

Anexo 3: Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INSTRUMENTO	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
VARIABLE INTERVINIENTE: Características Sociodemográficas	EDAD	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Historia clínica	≤ 19 años 20 – 34 años ≥ 35 años	Cuantitativa	Intervalo
	ESTADO CIVIL	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra.	Historia clínica	Casada Conviviente Soltera Otro	Cualitativa	Nominal
	GRADO DE INSTRUCCIÓN	Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Historia clínica	Analfabeta Primaria Secundaria Superior Superior No Univ.	Cualitativa	Ordinal
	PARIDAD	Dar a luz por cualquier vía uno o más productos que pesan 500gr. o más.	Historia clínica	Primípara (≤ 2 partos) Múltipara (3– 5 partos) Gran Múltipara (≥ 6 partos)	Cuantitativa	Intervalo
	GESTACION	Es el período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento.	Historia clínica	Primigesta (1 gestación) Multigesta (2 – 5 gestaciones) Gran multigesta (6 a más gestaciones)	Cuantitativa	Intervalo
Características Gineco-obstetricas	EDAD GESTACIONAL	Es el término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está éste. Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual.	Historia clínica	34 semanas 35 semanas 36 semanas	Cuantitativa	De Razón
	ATENCIONES	Conjunto de acciones y	Historia clínica	- Sin atenciones	Cualitativa	Nominal

	PRENATALES	procedimientos sistemáticos y periódicos durante la gestación.	Historia clínica	- prenatales - Con atenciones prenatales		
	VIA DEL PARTO	Vía de nacimiento fetal	Historia clínica	- Parto vaginal - Cesárea	Cualitativa	Nominal
VARIABLE INDEPENDIENTE: Tipo de manejo		Tipo de manejo en el inicio del trabajo de parto	Historia clínica	- Activo - Expectante	Cualitativa	Nominal
VARIABLE DEPENDIENTE: Repercusión materna	Corioamnionitis	Inflamación aguda de las membranas placentarias y del líquido amniótico.	Historia clínica	- Si - No	Cualitativa	Nominal
	Desprendimiento o prematuro de placenta	Separación parcial o total de una placenta no previa de la decidua uterina.		- Si - No	Cualitativa	Nominal
	Hemorragia post parto	La que ocurre poco después del trabajo de parto o el nacimiento.		- Si - No	Cualitativa	Nominal
	Sepsis puerperal	Infección del tracto genital que ocurre desde el periodo transcurrido entre la ruptura prematura de membranas o el nacimiento y los 42 días post-parto.		- Si - No	Cualitativa	Nominal
	Histerectomía	es un procedimiento quirúrgico que se realiza en el momento del parto o después de ser indicado para resolver distintas complicaciones que ponen en peligro la vida de las pacientes.		- Si - No	Cualitativa	Nominal
	Muerte materna	Fallecimiento de una mujer aun embarazada o dentro de los 42 días post-parto.		- Si - No	Cualitativa	Nominal
Repercusión neonatal	Bajo peso al nacer	Peso al nacer inferior a 2500gr.		- < 2500 gr	Cuantitativa	De Razón

			Historia clínica	- >2500 gr		
Asfixia perinatal	La afección al feto o recién nacido a falta de oxígeno (hipoxia) o falta de perfusión (isquemia) en sus diversos órganos.			- Si - No	Cualitativa	Nominal
Síndrome de distrés respiratorio	Insuficiencia o patología respiratoria en el recién nacido.			- Si - No	Cualitativa	Nominal
Infección neonatal	Infección invasiva, en general de procedencia bacteriana, que se produce durante el periodo neonatal.			- Si - No	Cualitativa	Nominal
Muerte neonatal	La muerte producida entre el nacimiento hasta los 28 días de vida.			- Si - No	Cualitativa	Nominal