



FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

HILDA ZORAIDA BACA NEGLIA

UNIDAD DE POSGRADO

**CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTANTES CON
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS
PRETÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II-2
TARAPOTO, REGIÓN SAN MARTÍN – 2018**

**PRESENTADO POR
MARIANELA ISABEL ALVIS TAFUR**

**ASESOR
JOSÉ ORESTES TORRES SOLIS**

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

LIMA – PERÚ

2024



**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/>



**FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA
HILDA ZORAIDA BACA NEGLIA
UNIDAD DE POSGRADO**

**TRABAJO ACADÉMICO
CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTANTES CON RUPTURA
PREMATURA DE MEMBRANAS PRETÉRMINO ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL II-2 TARAPOTO, REGIÓN SAN MARTÍN -
2018**

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

**PRESENTADO POR:
MARIANELA ISABEL ALVIS TAFUR**

**ASESOR
MG. M.C. JOSÉ ORESTES TORRES SOLIS**

**LIMA, PERÚ
2024**

**CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTANTES CON RUPTURA
PREMATURA DE MEMBRANAS PRETÉRMINO ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL II-2 TARAPOTO, REGIÓN SAN MARTÍN – 2018**

ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO

Asesor:

Mg. M.C. José Orestes Torres Solís

Miembros del jurado:

Presidente: Dr. Juan Pedro Matzumura Kasano

Vocal: Mg. Rossana Beraniza Ruiz Vasquez

Secretario: Mg. José Luis Delgado Sánchez

DEDICATORIA

A Dios, guía en mi camino, en gratitud sincera, por iluminarme y darme fuerza, para enfrentar los retos de la vida.

A mis padres, esposo, hijos, familia unida, quienes motivan y apoyan mis planes en todo momento, garantizando en parte el logro de mis objetivos.

A los docentes, guías de mi especialidad. Al personal del Hospital II-2 Tarapoto que, participaron y facilitaron la ejecución de mi investigación.

A todos, mi gratitud, por sus enseñanzas y amistad, eternas compañeras.

AGRADECIMIENTO

Hoy quiero expresar mi profundo agradecimiento a mi familia por su tiempo y apoyo incondicional a lo largo de mi vida. Por la compañía asertiva y confianza, que afianza mi deseo de superación y fortalece mi camino hacia el éxito.

Además, deseo extender mi gratitud al Mg. José Orestes Torres Solís, cuya asesoría fue fundamental en el logro de esta investigación.

A mis queridos colegas de la especialidad, gracias por caminar junto a mí en este trayecto y por forjar esta invaluable amistad. Juntos hemos alcanzado el final del camino.
¡Gracias!

NOMBRE DEL TRABAJO

Trabajo Académico

AUTOR

Marianela Isabel Alvis Tafur

RECuento DE PALABRAS

7348 Words

RECuento DE CARACTERES

42302 Characters

RECuento DE PÁGINAS

45 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

9.5MB

FECHA DE ENTREGA

Jun 12, 2024 8:34 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jun 12, 2024 8:35 AM GMT-5

● **17% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 15% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 14% Base de datos de trabajos entregados
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)



Mg. Rosana Gómez Raymundo
Coordinación Posgrado



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

Facultad de
Obstetricia y Enfermería
Hilda Zoraida Baca Neglia

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD / ORIGINALIDAD Y DE NO PLAGIO DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, Alvis Tafur Marianela Isabel, en mi condición de egresada de la segunda especialidad en emergencias y alto riesgo obstétrico con el DNI N° 01100856, dejo en constancia que mi investigación titulada: "CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTANTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PRETÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II-2 TARAPOTO, REGIÓN SAN MARTÍN - 2018", realizada bajo la asesoría del Mg. M. C. José Orestes Torres Solís cumple con los criterios de autenticidad/ originalidad y que no ha sido producto de plagio ni total ni parcialmente, en la realización del trabajo declaro que he respetado las normas internacionales de citas y referencias de las fuentes de información utilizadas y, por lo tanto, no atenta contra los derechos de propiedad intelectual de terceros.

Por lo expuesto, asumo la responsabilidad y me someto a cualquier disposición legal, administrativa, o civil correspondiente por la falta de ética o integridad académica en caso de que lo expuesto en la presente declaración jurada no corresponda con la verdad, según la normatividad sobre los derechos de propiedad intelectual y lo dispuesto en los reglamentos de Propiedad Intelectual y de Código de ética para la Investigación de la Universidad de San Martín de Porres. Asimismo, por la presente me comprometo a asumir además todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse para LA UNIVERSIDAD en favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado en el presente documento.

Lima, 08 de junio del 2024

Firma del autor

DNI:01100856

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Página
TÍTULO.....	ii
ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MATERIAL Y MÉTODOS.....	15
2.1. Diseño metodológico.....	15
2.2. Población y muestra.....	15
2.3. Criterios de selección.....	16
2.4. Técnicas de recolección de datos.....	17
2.5. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información.....	17
2.6. Aspectos éticos.....	18
III. RESULTADOS.....	19
IV. DISCUSIÓN.....	24
V. CONCLUSIONES.....	27
VI. RECOMENDACIONES.....	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29
VII.ANEXOS.....	34

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1. Características sociodemográficas de las gestantes con ruptura prematura de membranas pretérmino atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto	19
Tabla 2. Características gineco-obstétricas de las gestantes con ruptura prematura de membranas pretérmino atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto.....	21
Tabla 3. Proporción de infecciones en gestantes con ruptura prematura de membranas pretérmino atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto.....	23

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características de las gestantes con ruptura prematura de membranas pretérmino atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, Región San Martín-2018. **Método:** investigación observacional, cuantitativa, retrospectiva, descriptiva simple. Población: Conformada por todas las gestantes que presentaron ruptura prematura de membranas pretérmino (historias clínicas), siendo 900. Muestra: calculada estuvo conformada por 85 embarazadas con rotura prematura de membranas pretérmino (historias clínicas). **Resultados:** Las características sociodemográficas fueron: edad 19 a 34 años en 70,6%, zona urbana 49,4%, educación secundaria 52,9%, amas de casa 88,2%, convivientes 71,8%. Las características gineco-obstétricas: menarquia entre 11 – 15 años 84,7%; 2-3 parejas sexuales en 44,3%, gestantes con prematuridad tardía de 33 a 36 semanas 72,9%, 50,6% tuvieron 1 parto, aborto previo 62,4%, 87,1% de gestantes con atención prenatal, con sangrado del I trimestre 2,4%, II trimestre en 1,2% y en el III trimestre 3,5%, hipertensión arterial 3,5% y 83,5% con otras complicaciones. Las infecciones vaginales en 54,1%, infecciones urinarias 40,0%, infecciones de transmisión sexual 3,5%, otras infecciones 41,2%. **Conclusiones:** las gestantes con ruptura prematura de membranas pretérmino se caracterizaron por tener edad entre 19 a 34 años, ser de zona urbana, con 2-3 parejas sexuales, de prematuridad tardía, con sangrado del III trimestre e infecciones vaginales.

Palabras clave: ruptura de membranas, características, parto pretérmino.

ABSTRACT

Objective: Determine the characteristics of pregnant women with preterm premature rupture of membranes treated at Hospital II-2 Tarapoto, San Martin Region - 2018. **Method:** observational, quantitative, retrospective, simple descriptive research. Population: Consisting of all pregnant women who presented preterm premature rupture of membranes (clinical histories), numbering 900. Sample: calculated was made up of 85 pregnant women with preterm premature rupture of membranes (clinical histories). **Results:** The sociodemographic characteristics were: age 19 to 34 years in 70.6%, urban area 49.4%, secondary education 52.9%, housewives 88.2%, cohabitants 71.8%. The gynecological-obstetric characteristics: menarche between 11 – 15 years 84.7%; 2-3 sexual partners in 44.3%, pregnant women with late prematurity from 33 to 36 weeks 72.9%, 50.6% had 1 birth, previous abortion 62.4%, 87.1% of pregnant women with prenatal care, with bleeding in the I trimester 2.4%, II trimester in 1.2% and in the III trimester 3.5%, arterial hypertension 3.5% and 83.5% with other complications. Vaginal infections in 54.1%, urinary infections 40.0%, sexually transmitted infections 3.5%, other infections 41.2%. **Conclusions:** pregnant women with preterm premature rupture of membranes were characterized by being between 19 and 34 years old, from an urban area, with 2-3 sexual partners, late prematurity, with third trimester bleeding and vaginal infections.

Key words: rupture of membranes, characteristics, preterm birth

I. INTRODUCCIÓN

Es la rotura prematura de membranas pretérmino (RPMP) considerada como una de las dificultades del embarazo conducente a una alta tasa de morbilidad materna perinatal. Entre los componentes de riesgo relacionados con rotura prematura de membranas pre termino resaltan: obesidad, diabetes, hipertensión, madres fumadoras, madres añosas, embarazos múltiples y periodo intergenésico corto, entre otros. Según los datos señalados por la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, se informa que la tasa de aparición de rotura prematura de membranas (RPM) se encuentra dentro del rango del 5 al 8 % de todos los embarazos a nivel mundial. Los estudios indican que, en Latinoamérica, la incidencia de esta condición varía significativamente, estimándose entre 5,7 % y 8,9 %, con una notable prevalencia en Perú, donde se sugiere una cifra de alrededor del 13,6 %².

Para Gutiérrez³, en Lima, la incidencia de la rotura prematura de membranas (RPM) se sitúa entre el 16 % y el 21 % en embarazos a término, y entre el 15% y el 45% en embarazos pretérmino. Resulta crucial examinar este inconveniente debido a las repercusiones significativas que puede tener tanto en el feto como en la madre. Subraya la imperiosa necesidad de abordar esta complicación mediante un enfoque integral que comprenda medidas de prevención en sus niveles primario, secundario y terciario".

Según datos de Orias⁴, en Costa Rica, la etiología permanece en la sombra, aunque se relaciona con diversas afecciones. Esta complicación aflige a un pequeño porcentaje, aproximadamente el 3%, de los embarazos y resulta en un alarmante 25-30% de partos prematuros, según indican los datos. Por consiguiente, se le reconoce como la principal responsable de la prematuridad y de la mortalidad materna. Se ha identificado que ciertos factores obstétricos, como las infecciones cervicovaginales aumentan de manera significativa el riesgo de que se produzca una ruptura prematura de membranas en un embarazo pretérmino.

Las amenazas más destacadas para el desarrollo fetal en situaciones de rotura prematura de membranas (RPM) incluyen la prematuridad, el síndrome de dificultad respiratoria (SDR), que se presenta como la complicación más grave en todas las etapas gestacionales antes del término². Se ha observado que la sepsis perinatal es aproximadamente el doble de frecuente en casos de RPM en comparación con recién nacidos prematuros nacidos con membranas intactas después del parto. En Perú, según Gutierrez³ entre las complicaciones maternas más temidas relacionadas a la rotura prematura de membranas se encuentra la infección, particularmente corioamnionitis, manifestada clínicamente en alrededor del 15-25% de los casos. Esto conlleva a complicaciones adicionales como la infección postparto (con una incidencia del 2-13%) y la depresión postparto (4-12%), siendo más infrecuente la sepsis materna (con una tasa del 1%). En contraste, en el ámbito neonatal, existe un mayor riesgo de enfrentar dificultades respiratorias, que son más frecuentes, el sangrado intraventricular, enterocolitis necrotizante, infección neonatal y un gran daño neurológico. También existe una gran probabilidad de presión del cordón umbilical para sucesos de anhidramnios⁵. Entre las

complicaciones fetales y neonatales vinculadas a la ruptura prematura de membranas, pueden mencionarse la compresión del cordón umbilical, parto prematuro con complicaciones neonatales debidas a prematuridad, dificultad respiratoria, enterocolitis necrotizante, sangrado intraventricular y septicemia⁶.

En las diversas zonas geográficas, es evidente que el grupo con el porcentaje más alto de bebés prematuros está conformado por aquellos que llegan al mundo con edades gestacionales comprendidas entre las 32 y 36 semanas de gestación⁷, es decir que son viables y la mayoría de ellos asociados a RPMP⁸. En San Martín, se registró una tasa del 8.9% de rotura prematura de membranas en adolescentes embarazadas, además observaron características riesgosas sociodemográficos vinculadas con esta afección en dicho grupo⁹. Específicamente, se encontró que las adolescentes con edades maternas de 15 a 17 años tenían un riesgo significativamente mayor. Además, se identificaron características riesgosas obstétricas que mostraron una fuerte vinculación con rotura prematura de membranas en adolescentes embarazadas. Estos factores incluyeron la presencia baja de hemoglobina gestacional (OR = 3.491; p = 0.037), una mayor repetición de relaciones sexuales (OR = 3.385; p = 0.040), y la presencia de infestación de vías urinarias (OR = 3.491; p = 0.037). Se encontró que la tasa de casos de rotura prematura de membranas en adolescentes embarazadas en San Martín es del 8.9%, y los factores de riesgo más destacados incluyen la edad de 15 a 17 años, la anemia, una mayor frecuencia de relaciones sexuales y la presencia de infección urinaria¹⁰.

Con base en los datos de la OMS-OPS, en el 2020, 13,4 millones de infantes llegaron al mundo prematuramente, representando una proporción mayor al 10 % de todos los nacimientos. En el 2019, aprox. 900,000 niños perdieron la vida por complicaciones relacionadas con el parto prematuro. Para muchos de los sobrevivientes, el futuro se perfila con discapacidades que incluyen desafíos en el aprendizaje, dificultades oculares y auditivas¹¹.

Globalmente, la prematuridad se rige como principal condición de muerte en < a 5 años. Las disparidades en las tasas de supervivencia son evidentes en todo el mundo. En contextos de bajos ingresos, la mitad de infantes que nacen antes de las 32 semanas de gestación, lamentablemente fallecen por inaccesso a intervenciones con servicios asequibles como eficaces, el suministro de calor, la promoción de lactación maternal como servicios básicos en tratar infecciones y problemas respiratorios¹¹.

El estudio se planteó como problema general: ¿Cuáles son las características de las mujeres embarazadas con rotura prematura de las membranas pretérmino atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, Región San Martín - 2018?

Franco¹², 2022, Guatemala, en su investigación sobre ruptura prematura de membranas ovulares pretérmino y sus complicaciones en la madre y el recién nacido, los resultados fueron: La rotura anticipada de membranas, una complicación común en la práctica médica, puede incrementar la tasa de morbilidad y mortalidad tanto en la madre como en el feto. Es crucial un diagnóstico precoz y preciso para seleccionar las intervenciones adecuadas para cada etapa del

embarazo, con el propósito de mejorar el resultado perinatal y reducir al mínimo posibles complicaciones graves.

Marmolejo¹³, 2020, Babahoyo Los Ríos, Ecuador, en su estudio ruptura prematura de membrana pretérmino, los resultados fueron: La rotura anticipada de las membranas en embarazos prematuros es una de las complicaciones tanto maternas como fetales. Según la literatura médica en obstetricia y ginecología, el enfoque de observación cuidadosa y el uso de antibióticos después de la rotura temprana de las membranas han demostrado ser efectivos, con una respuesta favorable tanto en la madre como en el recién nacido al momento del parto.

Chávez et al.¹⁴, 2023, Ecuador, en su investigación manejo y tratamiento conservador de la ruptura prematura de membranas pretérmino y su impacto en la morbilidad neonatal, encontraron: La ruptura temprana de las membranas (RTM) se caracteriza por la ruptura de las membranas corioamnióticas antes del inicio del trabajo de parto y afecta alrededor del 10% de los embarazos. Por otro lado, ocurre antes de las 37 semanas de gestación. La evolución perinatal y el tratamiento dependen de la edad gestacional en la que se produce la rotura de las membranas. La RPMP afecta al 3% de los embarazos y contribuye a una significativa cantidad de partos prematuros. Es una causa relevante de complicaciones y mortalidad materna, y se ha asociado incluso con el 10% de la mortalidad perinatal. Las complicaciones neonatales después de la RPMP varían según la edad gestacional. Los riesgos más importantes para el feto incluyen complicaciones asociadas con la prematuridad. El síndrome de dificultad respiratoria (SDR) es la complicación más seria en todas las edades gestacionales antes del término. Sin embargo, la

enterocolitis necrosante (ENC), la hemorragia intraventricular (HIV) y la sepsis son poco frecuentes en los casos de RPMP cerca del término. La sepsis perinatal es el doble de común en casos de RPMP en comparación con los nacimientos prematuros, pero con membranas íntegras.

Fulova et al.¹⁵, 2023, República Checa, en su estudio ruptura prematura de membranas pretérmino, establece que: La edad gestacional emerge como el factor primordial que impacta en la incidencia de enfermedad y fallecimiento en recién nacidos. La sepsis neonatal precoz se presenta con una probabilidad elevada tras el nacimiento prematuro o la ruptura de membranas, lo cual se asocia con complicaciones de carácter inflamatorio.

Min et al.¹⁶, 2023, China, realizó un estudio donde los bebés afectados por RPMP tenían edades gestacionales significativamente más jóvenes al nacer con puntajes de Apgar a los 5 minutos más bajos que los que no estaban afectados por RPMP. “La corioamnionitis histológica fue visiblemente representada con el equipo RPMP que el equipo sin RPMP. Las proporciones de niños pequeños para la edad gestacional y niños afectados por nacimientos múltiples fueron significativamente más altas en el grupo sin RPM”. “La mediana (rango intercuartílico) de latencia e inicio de RPM fue de 50,5 (9,0-103,0) h y 26,6 (24,1 - 28,5) semanas, respectivamente. Según el análisis de regresión logística que evaluó la asociación de la RPMP y el oligohidramnios con el resultado neonatal significativo”, “la deficiencia de líquido amniótico se vinculó significativamente a fallecimiento del neonato (OR = 2,831, IC del 95 % 1,447 – 5,539), síndrome de fuga de aire (OR = 2,692, IC 95% 1,224 – 5,921) también al incremento de la presión pulmonar

persistente (HPP) (OR = 2,380, IC 95% 1,244 – 4,555)”. La RPMP no se asoció con ningún resultado neonatal. “Sin embargo, la RPMP de inicio temprano y la latencia prolongada de la RPMP se asociaron con morbilidad y mortalidad neonatal. Cuando la RPMP estuvo acompañada de oligohidramnios, se asoció con mayores probabilidades de HPP (OR = 2,840, IC del 95 % 1,335 – 6,044), retinopatía del prematuro (OR=3,308, IC del 95 % 1,325–8,259) y muerte neonatal (OR=2.282, IC95% 1.021–5.103)”. La RPMP y el oligohidramnios afectan los resultados neonatales de manera diferente. El oligohidramnios, pero no la RPMP, es riesgo importante de condiciones del neonato negativas, presumiblemente está vinculado a hipoplasia pulmonar. La inflamación prenatal parece complicar los resultados neonatales en lactantes afectados por RPMP temprana y latencia prolongada de RPMP.

Bellido¹⁷, 2021, en relación a las características gineco-obstétricas e infecciones en gestantes con rotura prematura de membranas. Encontró el 69.9 % (51) del grupo se compone de mujeres embarazadas mayores. Según el trabajo, 68.5 % (50) de ellas estaban empleadas. En lo que respecta a condiciones obstétricas y ginecológicas, destacó que 15.1 % (11) en gestaciones hubo prematuros. En cuanto a datos anteriores de RPM, se encontró que 43.8 % (32) presentaban este historial clínico, y un preocupante 71.2 % (52) tuvieron un insuficiente número de controles prenatales (1-5 consultas prenatales). En lo que respecta con infección de vías urinarias, 17.8 % (13) mostró bacteriuria asintomática, finalmente, en lo que se refiere a las infecciones vaginales, 38.4 % (28) sufrió de vaginosis bacteriana. En conclusión, en términos de características gineco-obstétricas, aproximadamente un tercio de las gestantes experimentaron partos prematuros. En relación a los

datos anteriores de RPM, conocemos que el 50% de las mujeres embarazadas tenían este historial. El porcentaje más alto se observó en la falta de un adecuado seguimiento prenatal, con 1 y 5 consultas prenatales. Además, se identificó que un porcentaje pequeño de las gestantes padeció infecciones del tracto urinario, mientras que menos de la mitad sufrió de vaginosis bacteriana.

Dentro de sus teorías, podemos destacar RPM pretérmino (RPMP), se conceptualiza como rotura temprana de las membranas ovulares, ocurriendo después a 22 semanas y antes a 37 semanas de gestación¹⁶. Cuando esta RPMP persiste durante más de 24 horas, se le conoce como RPMP prolongado y, si supera una semana, se considera muy prolongado. El lapso de latencia se define como el espacio temporal entre la rotura de las membranas y el comienzo de las contracciones uterinas. De este modo, tanto el período de latencia como la edad gestacional ejercen un impacto determinante en la perspectiva clínica y la gestión, dependiendo de la viabilidad de la interrupción del embarazo¹⁸. La causa de la RPMP sigue siendo incierta, con muchos autores señalando la infección como la principal causa, aunque también se han documentado otros factores como el bajo nivel socioeconómico, el bajo peso materno, antecedentes de parto prematuro, metrorragia en el segundo y tercer trimestre, polihidramnios, embarazo gemelar, entre otros. En resumen, la rotura prematura de membranas es un fenómeno complejo y multifactorial¹⁹.

La mayoría de las roturas prematuras de membranas (RPM) ocurren a término, y el proceso de parto se desencadenará de manera espontánea en las siguientes 24-48 horas, incluso en situaciones cervicales desfavorables, con una probabilidad que

varía entre el 60% y el 95%. Las RPM pretérmino afectan a aproximadamente 2-4% de todas las gestaciones individuales, aumentando al 7-20% en gestaciones gemelares, y constituyen un asombroso 30% de los partos que ocurren antes de término¹⁶.

La fisiopatología de las membranas ovulares involucra la formación a partir de la unión entre las membranas ovulares. El amnios, en particular, se compone de cinco capas distintas. Las células epiteliales desempeñan un papel crucial al segregar colágeno tipo III, tipo IV y proteoglicanos, que posteriormente contribuyen a formar la segunda capa llamada membrana basal. Justo debajo, encontramos la lámina compacta, que está compuesta principalmente de tejido conectivo y se puede considerar como el soporte fibroso principal del amnios. Descendiendo más, llegamos a la capa fibroblástica, caracterizada por la presencia de macrófagos envueltos en una matriz extracelular y células mesenquimales encargadas de generar colágeno. Finalmente, la lámina intermedia, conocida como "esponjosa" debido a su apariencia, actúa como límite entre el amnios y el corion²⁰.

Por otro lado, el corion alberga varias capas de colágeno, muchas de las cuales están estrechamente ligadas a la decidua capsular. Por la presencia de elastina, estas membranas protectoras tienen notable disposición de adecuarse a las formas del feto y recuperar rápidamente su condición natural, para mantener su integridad sin que los movimientos tanto maternos como fetales le afecten. La condición de la RPMP, se presume escasa fortaleza local en ellas debido a una infección que se propaga ascendente, a menudo de manera subclínica. Esta infección se ha relacionado con una reducción en la cantidad de fibras colágenas, una modificación en su típico patrón ondulado y la acumulación de sustancias amorfas entre dichas

fibras. Los microorganismos aislados en el líquido amniótico en casos de RPMP son similares a aquellos comúnmente presentes en el tracto genital inferior, siendo los más frecuentes: *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Streptococcus B-hemolítico*, *Fusobacterium* y *Gardnerella vaginalis*²⁰.

El manejo, una vez que se ha determinado que la paciente embarazada con rotura prematura de membranas pretérmino (RPMP) presenta las condiciones adecuadas para un enfoque expectante, comienza con su hospitalización. Durante este proceso, se centra en una evaluación continua para detectar posibles características infecciosas, indicios de separación prematuro de la decidua placentaria, compresión del cordón umbilical, complicaciones del estado fetal o cualquier signo a inicio de proceso de parto. Es especialmente importante destacar que, en los casos en los que se opta por un manejo expectante, la administración de antibióticos de amplio espectro se utiliza para prolongar la duración del embarazo, disminuir riesgo de infecciones al igual que para el recién nacido como para la madre, y disminuir la morbilidad relacionada con la edad gestacional. En situaciones que lo requieran, también se emplean corticoides con el fin de favorecer la maduración pulmonar del feto²¹.

Se sugiere tratamiento de una duración de 7 días que incluye la administración combinada de ampicilina a través de vía endovenosa (2 g cada 6 horas) y eritromicina (250 mg cada 6 horas) en período de 48 horas. Después de este intervalo, se debe continuar con la administración de amoxicilina por vía bucal (250 mg/ 8 horas) y eritromicina (333 mg/8 horas en recién nacidos prematuros < 34 sem. de embarazo). En el caso de mujeres con alergia a los antibióticos β -lactámicos y no existan regímenes alternativos adecuadamente estudiados, podría

considerarse el uso de eritromicina como opción única. No se han observado efectos adversos notables relacionados con la administración de antibióticos tanto para la madre como para el recién nacido, aunque es importante señalar que existe el riesgo de desarrollo de resistencia bacteriana y un posible aumento del riesgo de infecciones neonatales causadas por patógenos resistentes en casos de tratamientos prolongados²¹.

Las complicaciones materno-perinatales, siendo la principal de ellas la corioamnionitis contexto de la RPMP, muestran una incidencia significativa, alcanzando el 38%. Aunque no estableció correlación directa entre el tiempo del período de latencia y el desarrollo de corioamnionitis, el aumento del tiempo que persisten las membranas rotas antes del parto puede influir de alguna manera. Por ejemplo, un período de 9-12 horas podría desencadenar corioamnionitis, mientras que 16 horas aumentan el riesgo de endometritis y 18 horas elevan la probabilidad de hemorragia postparto^{3,16}.

Además, se ha observado que guarda una correlación invertida con la cantidad de líquido amniótico, siendo más prevalente esta complicación cuando el volumen amniótico en los cuatro sectores es inferior a 2 cm. Las fatalidades fetales afectan al 15% de los casos, mientras que las neonatales se presentan en el 39%. Las razones más comúnmente identificadas son la hipoplasia pulmonar y la membrana hialina, las cuales pueden llevar a una insuficiencia respiratoria. Se han identificado factores de riesgo asociados a la hipoplasia pulmonar, asimismo edad del embarazo en el momento de la RPMP, gravedad oligohidramnios y el tiempo de latencia. Además, con datos ecográficos, esto involucra aspectos tales como la medida de la circunferencia torácica que se sitúa por debajo del percentil 5

considerando la edad gestacional, la longitud del pulmón fetal, y la falta de actividad respiratoria ^{3, 16}.

Entre las características de la gestante, podemos mencionar los sociodemográficos como: edad, procedencia, grado de instrucción, ocupación, estado civil y religión; entre las ginecológicas tenemos: menarquia, andría, enfermedades ginecológicas, infecciones vaginales, infecciones urinarias, infecciones de transmisión sexual y enfermedad pélvica inflamatoria. Y como obstétricas tenemos: paridad, antecedente de abortos, sin atención prenatal, consumo de cigarrillo, alcohol o drogas, sangrado de primer o segundo trimestre e hipertensión¹⁶.

La edad, la gestación y la paridad son procesos intrínsecamente nativos; pero en los extremos de la vida reproductiva, se consideran factores de riesgo debido al incremento en la incidencia de patologías perinatales. Las tasas de amenaza de parto pretérmino experimentan un notable aumento en mujeres extremadamente jóvenes, particularmente en aquellas menores de 17 años. El desencadenante de amenaza de parto prematuro en este grupo de gestantes puede estar relacionado con factores como ser su primer embarazo o la presencia de un desarrollo uterino inadecuado²².

Los factores socioeconómicos ejercen una influencia significativa en la incidencia de amenaza de parto prematuro, esto se manifiesta de manera más pronunciada en embarazadas jóvenes con bajo nivel educativo, especialmente en aquellas menores de 17 años, con estatus socioeconómico desfavorable, que se encuentran solteras o carecen de respaldo social. La probabilidad de experimentar un parto

prematureo durante el periodo gestacional es más alta en mujeres que abandonan sus estudios antes de cumplir los 15 años, resulta en características que les impiden generar recursos para el sostenimiento de sus familias¹⁹.

Algunos factores personales que podrían estar asociados con la RPMP son: historial de parto prematuro en embarazos anteriores, quienes han experimentado un parto prematuro en gestaciones previas pueden enfrentar un mayor riesgo de RPM en embarazos posteriores. Por infecciones en el sistema reproductor, pueden incrementar la probabilidad de sufrir RPMP por recidivas de la enfermedad. También las hemorragias vaginales durante el embarazo, la presencia de sangrado vaginal inusual durante la gestación puede ser un factor de riesgo. También el tabaquismo durante el embarazo, se ha asociado con complicaciones obstétricas, incluida la RPMP. Es esencial que estos casos con antecedentes de RPMP sean vigiladas de cerca durante el embarazo para detectar indicios tempranos y tomar las medidas preventivas pertinentes².

Antecedentes obstétricos y perinatales, si una mujer ha tenido 2 o más abortos, óbitos y muertes neonatales de causas desconocidas, esto se asocia con una probabilidad del 50% de que ocurra una reincidencia. Además, en caso de experimentar la ocurrencia de 3 o más pérdidas involuntarias continuas, se establece el reconocimiento de aborto recurrente. La presencia de un historial de muerte fetal en embarazos previos aumenta la probabilidad de que este evento vuelva a ocurrir, ya que a menudo indica la existencia de una patología crónica subyacente. Paridad, puede ser nulípara (sin hijos) o multípara (con varios hijos). Periodo intergenésico, se refiere al tiempo entre embarazos, se considera más

problemático cuando es menor a dos años, ya que aumenta la probabilidad de que se presente prematuridad y retardo en el crecimiento intrauterino (RCIU).

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 Diseño metodológico:

El estudio fue observacional, cuantitativo, retrospectivo; de diseño descriptivo simple.

M \longrightarrow **O₁**

M: Muestra gestantes con ruptura prematura de membranas pretérmino.

O₁: Características.

2.2 Población y muestra

2.2.1 Población

Fueron las embarazadas que presentaron ruptura prematura de membranas pretérmino que acudieron al servicio de Obstetricia del Hospital II-2 del distrito de Tarapoto en el año 2018, que son 900 casos indicado por el área de estadística.

2.2.2 Muestra:

Fue calculada con la fórmula para estudios donde la población es finita y donde la variable de estudio es de tipo cualitativa y a continuación se desarrolla:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 * p * q * N}{(N - 1) E^2 + Z_{\alpha/2}^2 * p * q}$$

Donde:

- N= Total de la población
- $Z_{\alpha/2}^2 = 1.96^2$ (ya que la seguridad es del 95%)
- $p = 10\%$ proporción esperada ($p=0.1$)
- $q = 1 - p$ (en este caso es $1 - 0.1 = 0.9$)
- E = error absoluto (en este caso deseamos un 5%)

Reemplazando los datos en la fórmula:

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 * p * q * N}{(N - 1) E^2 + Z_{\alpha/2}^2 * p * q}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.1 * 0.9 * 900}{(899) (0.05)^2 + (1.96)^2 * 0.1 * 0.9}$$

$$n = \frac{311.16}{2.59}$$

$$n = 85$$

2.3 Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Todos los expedientes clínicos de mujeres embarazadas de rotura prematura de membranas pretérmino que reciben servicio en el Hospital II – 2 Tarapoto en el periodo de estudio.
- Fichas médicas accesibles con datos completos y confiables para su recolección.

Criterios exclusión:

- Historias clínicas incompletas.
- Historias clínicas de gestantes con embarazo múltiple y polihidramnios.

2.4 Técnicas de recolección de datos

La técnica de revisión fue documentaria como enfoque principal para obtener información por el exhaustivo análisis de los expedientes clínicos. El instrumento fue una ficha de recolección de datos, se empleó una ficha especialmente diseñada y elaborada para este estudio en particular. Dicha ficha estaba dividida en tres secciones: la primera orientada a captar datos relacionados con las características sociodemográficas, la segunda se enfocaba en recopilar información acerca de las características ginecológicas, y la tercera sección tenía como propósito la recolección de datos referentes a las características obstétricas. Siendo la respuesta en su mayoría de preguntas de tipo dicotómicas porque identifica si la característica está o no presente para cada caso analizado.

2.5 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información:

La creación del archivo de datos en la que se registraron los datos utilizando tanto el programa SPSS 25 como Microsoft Office Excel 2007, con el propósito de generar tablas y gráficos. Las variables categóricas se representaron en términos de valores y proporciones. Tanto los datos de las variables numéricas con una distribución normal, se mostraron mediante la presentación de medias y desviaciones estándar. Para las condiciones

valorativas que no seguían una distribución normal, se optó por utilizar la mediana como medida representativa.

2.6 Aspectos éticos:

Para el desarrollo de la presente investigación se tomó en cuenta los siguientes principios de la bioética:

- **Autonomía:** El estudio no significó ningún riesgo para los casos, porque se trató de un estudio de tipo retrospectivo donde se revisó registros de historias para lo cual no se usó consentimiento informado.
- **Beneficencia:** Está investigación beneficiará a todos los profesionales implicados en la atención, prevención y control de la RPMP, plateando medidas correctivas frente a los casos que se atiendan.
- **No maleficencia:** Con el estudio no se produjo daño alguno a las usuarias, ya que fue un trabajo retrospectivo que solo se hizo uso de registros e historias clínicas.
- **Justicia:** se garantiza la inclusión de todos los casos en el estudio, sin ninguna forma de discriminación. También se guardó recaudo de la información obtenida; así como el respecto a la privacidad y confiabilidad de los datos para uso sólo con fines de investigación.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de las gestantes con ruptura prematura de membranas pretérmino atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto

Características sociodemográficas		N° (85)	% (100%)
Edad	< 19 años	15	17.6%
	19 - 34 años	60	70.6%
	> 34 años	10	11.8%
	Total	85	100%
Procedencia	Urbana	42	49.4%
	Rural	21	24.7%
	Urbano-marginal	22	25.9%
	Total	85	100%
Grado de instrucción	Sin educación	0	0.0%
	Primaria	17	20.0%
	Secundaria	45	52.9%
	Superior	23	27.1%
Ocupación	Total	85	100%
	Ama de casa	75	88.2%
	Empleada	5	5.9%
	Obrera	3	3.5%
	Agricultora	0	0.0%
	Comerciante	2	2.4%
Estado civil	Total	85	100%
	Soltera	17	20.0%
	Conviviente	61	71.8%
Religión	Casada	7	8.2%
	Católica	0	0.0%
	Otra	4	4.7%
	Ninguna	81	95.3%
Total		85	100%

La tabla 1, presenta las características sociodemográficas de las embarazadas del establecimiento, predomina el grupo de 19 a 34 años en 70,6% (60), seguido del grupo < de 19 años en un 17,6% (15) y > de 34 años en un 11,8% (10). Respecto a la procedencia, encontramos que el 49,4% (42) son de la zona urbana, el 24,7% (21) son del ámbito rural y 25,9% (22) del ámbito urbano marginal. En su mayoría las gestantes se ubican en el grupo con grado de instrucción secundaria en un 52,9% (45), superior en un 27,1% (23) y primaria en un 20,0% (17). En su mayoría, el 88,2% (75) de las gestantes son ama de casa y el 5,9% (5) son empleadas y el 3,5% obreras (3). Asimismo, encontramos que el 71,8% (61) son convivientes, el 20,0% (17) son solteras y el 8,2% (7) casada. En cuanto a la religión que profesan, el 95,3% (81) refiere que ninguna y el 4,7% (4) otra religión.

Tabla 2. Características gineco-obstétricas de las gestantes con ruptura prematura de membranas pretérmino atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto

Características gineco-obstétricas		N° (85)	% (100%)	
Menarquía	< 10 años	7	8.2%	
	11 - 15 años	72	84.7%	
	> 15 años	6	7.1%	
Andría	1 pareja	24	28.2%	
	2 – 3 parejas	47	55.3%	
	> 3 parejas	14	16.5%	
Edad gestacional	Prematuridad extrema < de 28 sem.	5	5.9%	
	Prematuridad moderada 28 a 32 sem.	18	21.2%	
	Prematuridad tardía 33 a 36 semanas	62	72.9%	
Paridad	1 parto	43	50.6%	
	2 – 3 partos	34	40.0%	
	> 3 partos	8	9.4%	
Abortos previos	Si	32	37.6%	
	No	53	62.4%	
Atención prenatal	Si	74	87.1%	
	No	11	12.9%	
Sangrado	I trimestre:	Si	2	2.4%
		No	83	97.6%
	II trimestre:	Si	1	1.2%
		No	84	98.8%
	III trimestre:	Si	3	3.5%
		No	82	96.5%
Hipertensión	Si	3	3.5%	
	No	82	96.5%	
Otros	Si	71	83.5%	
	No	14	16.5%	
	Total	85	100%	

La tabla 2, contiene características gineco-obstétricas de las gestantes, es menarquia, en su mayoría 84,7% (72) iniciaron entre los 11 – 15 años y el 8,2% (7) < de los 10 años. Respecto a la andría, encontramos que el 44,3% (47) tienen 2 - 3 parejas sexuales, el 28,2% (24) tienen 1 pareja sexual, y el 16,5% (14) > de 3 parejas sexuales. En relación a la edad gestacional, resalta la prematuridad extrema < de 28 semanas con el 5,9% (5), seguido del 21,2% (18) en el grupo de prematuridad moderada entre 28 a 32 semanas. Asimismo, el 50,6% (43) tuvieron 1 parto, el 40,0% (34) tuvieron entre 2 – 3 partos y el 9,4% (8) > de 3 partos.

En su mayoría las gestantes tuvieron aborto previo en 62,4% (53), atención prenatal en 87,1% (74) y presentaron sangrado en I trimestre en 2,4% (2), II trimestre en 1,2% (1) y en el III trimestre en 3,5% (3). Finalmente, el 3,5% (3) tuvieron hipertensión arterial y el 83,5% (71) presentaron otras complicaciones.

Tabla 3. Características de infecciones en gestantes con ruptura prematura de membranas pretérmino atendidas en el Hospital II – 2 Tarapoto

	Infecciones	N°	%
Infecciones vaginales	Si	46	54.1%
	No	39	45.9%
	Total	85	100.0%
Infecciones urinarias	Si	34	40.0%
	No	51	60.0%
	Total	85	100.0%
Infecciones de transmisión sexual (*)	Si	3	3.5%
	No	82	96.5%
	Total	85	100.0%
Enfermedad pélvica inflamatoria	Si	0	0.0%
	No	85	100.0%
	Total	85	100.0%
Otros	Si	35	41.2%
	No	50	58.8%
	Total	85	100.0%

(*) Las ITS se separaron de las infecciones vaginales por tener un manejo diferente acorde al programa de la institución

La tabla 3, muestra las infecciones de embarazadas con ruptura prematura de membranas pretérmino que reciben el servicio hospitalario; encontramos predominantemente a las infecciones vaginales en 54,1% (46), a las infecciones urinarias en 40,0% (34), a las infecciones de transmisión sexual en 3,5% (3) y otros tipos de infecciones en 41,2% (35).

IV. DISCUSIÓN

Respecto a las características sociodemográficas en embarazadas atendidas en el establecimiento, predomina el grupo de 19 a 34 años en 70,6% (60), seguido del grupo < de 19 años en 17,6% (15) y > de 34 años en 11,8% (10). Respecto a la procedencia, encontramos que el 49,4% (42) viven en sector urbano, el 24,7% (21) son de sector rural y el 25,9% (22) de la zona urbano-marginal. En su mayoría las gestantes se ubican en el grupo con grado de instrucción secundaria en 52,9% (45), superior en 27,1% (23) y primaria en 20,0% (17). En su mayoría, el 88,2% (75) de las gestantes son ama de casa y el 5,9% (5) son empleadas y el 3,5% obreras (3). Asimismo, encontramos que el 71,8% (61) son convivientes, el 20,0% (17) son solteras y el 8,2% (7) casada. En cuanto a la religión que profesan, el 95,3% (81) refiere que ninguna y el 4,7% (4) otra religión.

Datos similares fueron encontrados en Min et al.¹⁶, 2023, trabajo con mujeres jóvenes. Asimismo, Bellido¹⁷, en el 2021 encontró 69.9% en RPMP en gestantes adultas. También datos diferentes fueron encontrados por Robalino¹⁰, 2021, se identificaron riesgos sociodemográficos significativos en el grupo de madres comprendidas entre 15 - 17 años, con un índice riesgo (OR) de 5.133 y un valor de p igual a 0.031.

En relación a las características gineco-obstétricas en embarazadas: menarquia, en su mayoría en 84,7% (72) iniciaron entre los 11 – 15 años y el 8,2% (7) < de los

10 años. Respecto a la andría encontramos que el 44,3% (47) tienen 2 - 3 parejas sexuales, el 28,2% (24) tienen 1 pareja sexual, y el 16,5% (14) > de 3 parejas sexuales. En relación a la edad gestacional, el 72,9% (62) son de prematuridad tardía de 33 a 36 semanas y el 21,2% (18) en el grupo de prematuridad moderada entre 28 a 32 semanas. Asimismo, el 50,6% (43) tuvieron 1 parto, el 40,0% (34) tuvieron entre 2 – 3 partos y el 9,4% (8) > de 3 partos. En su mayoría las gestantes tuvieron aborto previo en un 62,4% (53), fueron controladas en un 87,1% (74) y presentaron sangrado en I trimestre en 2,4% (2), II trimestre en 1,2% (1) y en el III trimestre en 3,5% (3). Finalmente, el 3,5% (3) tuvieron hipertensión arterial y el 83,5% (71) presentaron otras complicaciones.

Algunos datos fueron encontrados por Bellido¹⁷, 2021, como características gineco-obstétricas que el 15.1 % de las gestaciones fueron pretérmino, antecedentes de RPM 43,8 %; 71,2 % con control prenatal deficiente, infección urinaria 17,8 % e infecciones vaginales 38,4 %. Igualmente, Robalino¹⁰, 2021, encontró la presencia de infección urinaria (con un OR de 3.491 y un valor de p de 0.037) en gestantes adolescentes con RPM. Para Chávez et al¹⁴, 2023, reporta antecedente del 10% de madres que cursan con RPM.

Observamos entre las infecciones de las gestantes con RPMP que recibe el servicio en el Hospital, San Martín 2018, predominantemente las infecciones vaginales en 54,1% (46), a las infecciones urinarias en 40,0% (34), a las infecciones de transmisión sexual en 3,5% (3) y otros tipos de infecciones en 41,2% (35).

Bellido¹⁷, 2021, encontró infección urinaria 17,8 % e infecciones vaginales por vaginosis bacteriana en 38,4 %. Igualmente, Robalino¹⁰, 2021, encontró infección

urinaria (OR=3.491; p=0.037). Para Min et al¹⁶, encontró otras infecciones como la corioamnionitis.

V. CONCLUSIONES

- Las características sociodemográficas de las gestantes con RPMP, predomina: edad 19 a 34 años en 70,6%, el 49,4% son de zona urbana, educación secundaria con 52,9%, el 88,2% son ama de casa, el 71,8% son convivientes, el 20,0%, el 95,3% ninguna religión.
- Las características gineco-obstétricas de las gestantes con RPMP, predomina: menarquia, con 84,7% iniciaron entre los 11 – 15 años, el 44,3% tuvieron 2 - 3 parejas sexuales, el 72,9% se ubican en el grupo de prematuridad tardía de 33 a 36 semanas, el 50,6% tuvieron 1 parto, tuvieron aborto previo con 62,4%, 87,1% fueron controladas, presentaron sangrado en I trimestre en 2,4%, II trimestre en un 1,2% y en el III trimestre en un 3,5%, el 3,5% tuvieron hipertensión arterial y el 83,5% presentaron otras complicaciones (CaCU, gonorrea, pólipo cervical, insuficiencia cervical, entre otras).
- Las infecciones relevantes de las embarazadas con rotura prematura de membranas pretérmino son: infecciones vaginales con 54,1%, infecciones urinarias con 40,0%, infecciones de transmisión sexual 3,5% y otros tipos de infecciones 41,2% (neumonía, dengue, infección intestinal, entre otras).

VI. RECOMENDACIONES

A los equipos de salud:

- Fortalecer el servicio pre natal reenforcado con énfasis en embarazadas con antecedente de RPMP, y en los casos hospitalizados aplicar protocolos atención que permitan prolongar la gestación para disminuir la morbilidad perinatal a causa de la inmadurez pulmonar; así como identificar oportunamente las complicaciones para su tratamiento inmediato.
- Implementar trabajo en equipo entre los profesionales colaboradores de los servicios de salud para el primer nivel de atención con los centros de referencia, en manejo oportuno y especializado de la gestante con infecciones y evitar complicaciones como la RPMP.
- Extender y enriquecer las actividades educativas destinadas a las mujeres embarazadas y sus seres queridos, poniendo especial atención en aquellas mujeres embarazadas con riesgo de parto prematuro (RPMP), por representar un grupo de riesgo; sobre las infecciones del tracto genital y urinario; así como las enfermedades prevalentes de la región, para que puedan ser atendidas oportunamente en los servicios de salud. Además, al ser un estudio descriptivo por su naturaleza es necesario un estudio analítico para identificar sus causales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra Suiza. C2023. Nacimientos prematuros. 11 de mayo 2023 [citado 19 de marzo de 2023]; Disponible de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
2. Meléndez-Saravia N, Barja-Ore J. Factores de riesgo asociados con la ruptura prematura de membranas pretérmino en pacientes de un hospital del Callao, Perú. *Ginecol. obstet. Méx* [Internet]. 2020 [citado el 30 junio 2023]; 88(1): 23-28. Disponible de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412020000100005&lng=es
3. Gutiérrez M. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. *Rev. Perú. Ginecol. Obstet* [Internet]. 2018 [citado 20 de marzo 2024]; 64(3): 405-414. Disponible de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300014&lng=es.
4. Orias M. Ruptura prematura de membranas. *Rev. Méd. Sinerg* [Internet]. 2020 [citado 21 de marzo 2024]; 5(11):e606. Disponible de: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/606>

5. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia [Internet]. Argentina 2022 [21 de marzo 2024]. Disponible de: https://www.fasgo.org.ar/images/Actualizacion_Consenso_de_RPM.pdf
6. Vargas Aliaga J. Rotura prematura de membranas ovulares en embarazos pretérmino - Junín - Perú – 2018. [Tesis de Segunda Especialidad en Internet]. Huancayo – Perú: Universidad Peruana Los Andes; 2019 [citado 30 de julio de 2023]. 56 p. Disponible de: <https://hdl.handle.net/20.500.12848/1129>
7. Dedios Fernández C. Prevalencia y factores de riesgo asociados a la ruptura prematura de membrana en partos pretérmino atendidos en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana 2013-2018 [Tesis de Titulación en Internet]. Piura – Perú: Universidad Antenor Orrego; 2019 [citado 30 de julio de 2023]. 31 p. Disponible de: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/4906/REP_MED.HUMA_CESAR.DEDIOS_PREVALENCIA.FACTORES.RIESGO.ASOCIADOS.RUPTURA.PREMATURA.MEMBRANA.PARTOS.PRET%C9RMINO.ATENDIDOS.HOSPITAL.APOYO.II-2.SULLANA.2013-2018.pdf;jsessionid=B4B989477C7C8C73D73EFC66682FE940?sequence=1
8. Corpus Real R. Complicaciones maternas en la ruptura prematura de membranas pretérmino en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, año 2016-2017 [Trabajo académico de segunda especialidad en Internet]. Lima – Perú: Universidad San Martín de Porres; 2019 [citado 30 de julio de 2023]. 33p. Disponible de: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5416/Corpus_%20RRR.pdf?sequence=1

9. Livia Aguilar J. Factores asociados a la rotura prematura de membranas en adolescentes atendidas en el Hospital II - 1 Rioja año 2018. [Trabajo académico de segunda especialidad Internet]. Lima – Perú: Universidad San Martín de Porres; 2020 [citado 23 de marzo de 2024]. 34 p. Disponible de: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/6662/Livia_%20AJL.pdf?sequence=1
10. Robalino López A. Factores de riesgo de rotura prematura de membranas en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto - San Martín, julio- diciembre 2018 [Trabajo académico de segunda especialidad en Internet]. Lima – Perú: Universidad San Martín de Porres; 2021 [citado 30 de julio de 2023]. 27 p. Disponible de: <https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/7934/Robalino%20-%20LJA.pdf?sequence=1>
11. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; c2023. Nacimientos prematuros; noviembre 2023 [citado 30 de julio de 2023]; [1 pantalla]. Disponible de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
12. Franco Hernández A. Ruptura prematura de membranas ovulares pretérmino y sus complicaciones en la madre y el recién nacido [Tesis de titulación en internet]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2020 [citado el 30 de marzo de 2024]. 40 p. Disponible de: <http://www.repositorio.usac.edu.gt/id/eprint/15072>
13. Marmolejo Cano, M. Ruptura prematura de membrana pretérmino [Trabajo académico de titulación en Internet]. Ecuador: Universidad Técnica de Babahoyo; 2020 [citado 30 de marzo de 2024]; 37 p. Disponible de: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/8395>

14. Chávez J, Cedeño M, Toledo J, García D. Manejo y tratamiento conservador de la ruptura prematura de membranas pretérmino y su impacto en la morbilidad neonatal. Pol. Con [Internet]. 2023 [citado 30 de marzo de 2024]; 8(8): 2713-2729. Disponible de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9152307>
15. Fulova V, Pilka R. Preterm premature rupture of membranas. Ceska Gynekol [Internet]. 2023 [citado 30 de marzo de 2024]; 88 (1): 27-32 p. Disponible de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36858971/>
16. Min SK, Sol K, Yumi S, Luna Y, Sook KY. Impact of preterm premature rupture of membranes and oligohydramnios on in-hospital outcomes of very-low-birthweight infants. J Matern Fetal Neonatal Med [Internet]. 2023 [citado 30 de julio de 2023]; 36(1):2195523. Disponible de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36997167/>
17. Bellido Lisma DV. Características gineco-obstétricas e infecciones en gestantes con ruptura prematura de membranas Hospital San Juan de Dios – Pisco, 2017 [Trabajo académico de segunda especialidad en internet]. Lima - Perú: Universidad de San Martín de Porres; 2021 [citado 30 de julio de 2023]. 27 p. Disponible de: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/8787/Bellido_L_DV.pdf?sequence=1
18. Rodríguez-Bosch MR, Miranda-Araujo O, Reséndiz-Rossetti AE. Tratamiento de la ruptura prematura de membranas pretérmino (24-33.6 semanas): evidencia científica reciente. Ginecol. obstet. Méx [Internet]. 2018 [citado 30 de julio de 2023]; 86(5): 319-334 Disponible de:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412018000500319&lng=es

19. Kole-White MB, Nelson LA, Lord M, Has P, Werner EF, Dwight J. Pregnancy latency after preterm premature rupture of membranes: oral versus intravenous antibiotics. *Amer J Obstet Gynecol MFM* [Internet]. 2021 [citado 30 de julio de 2023]; 3 (3): 100333. Disponible de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589933321000288>).
20. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Anomalía de las membranas fetos ovulares. En *Obstetricia*. 7ª ed. Vol.2. Buenos Aires: El Ateneo; 2016. P.206-213 p.
21. Orias Vásquez M. Ruptura prematura de membranas. *Rev. Méd. Sinerg* [Internet]. 2020 [citado 30 de julio de 2023]; 5(11): e606. Disponible de: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/606>
22. Choi EK, Kim SY, Heo JM, Park KH, Kim HY, Choi BM, et al. Perinatal Outcomes Associated with Latency in Late Preterm Premature Rupture of Membranes. *Int J Environ Res Salud Pública* [Internet]. 2021 [citado 30 de julio de 2023]; 18(2):672. Disponible de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33466859/>

VII. ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTO

CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTANTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PRETÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II-2 TARAPOTO, REGIÓN SAN MARTÍN - 2018

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

No Historia Clínica..... N° de Ficha:

I. Características sociodemográficas:

1. **Edad:** _____ años.
Gestante Adolescente: < 19 años (1)
Gestante Adulta: 19-34 años (2)
Gestante añosa: > 34 años (3)

2. **Procedencia:** _____
Urbana (1) Rural (2) Urbano marginal (3)

3. **Grado de instrucción:** _____
Sin educación (1)
Primaria (2)
Secundaria (3)
Superior (4)

4. **Ocupación:** _____
Ama de casa (1)
Empleada (2)
Obrera (3)
Agricultora (4)
Comerciante (5)

5. **Estado Civil:** _____
Soltera (1)
Conviviente (2)
Casada (3)

6. **Religión:** _____
Católica (1)
Otra (2)
Ninguna (3)

II. Características ginecológicas.

7. **Menarquia** _____
< 10 años (1)
11-15 años (2)
> 15 años (3)

8. **Andria** _____
1 pareja (1)
2-3 parejas (2)
> 3 parejas (3)

9. **Enfermedades ginecológicas**
-Infecciones vaginales Si ___ No ___
-Infecciones urinarias Si ___ No ___
-Infecciones de transmisión sexual Si ___ No ___
-Enfermedad pélvica inflamatoria Si ___ No ___
-Otros Si ___ No ___, especifique _____

III. Características obstétricas

10. **Edad gestacional** _____
Prematuridad extrema < de 28 semanas (1)
Prematuridad moderada 28 a 32 semanas (2)
Prematuridad tardía 33 a 36 semanas (3)

11. **Paridad** _____
1 parto (1)
2-3 partos (2)
> 3 partos (3)

12. **Abortos** Si ___ No ___

13. **Atención prenatal** Si ___ No ___

14. **Consumo de cigarrillos** Si ___ No ___

15. **Consumo de alcohol o drogas** Si ___ No ___

16. **Complicaciones obstétricas**
-Sangrado del primer trimestre Si ___ No ___
-Sangrado del segundo trimestre Si ___ No ___
-Sangrado del tercer trimestre Si ___ No ___
-Hipertensión Si ___ No ___
-Otros Si ___ No ___, especifique _____

ANEXO 2: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	escala
Características de las gestantes con RPMP	Son características de la mujer gestante que aumenta su probabilidad de sufrir ruptura prematura de membranas pretérmino	Son las características sociodemográficas, gineco-obstétricas e infecciones relacionados con la ruptura prematura de membranas pretérmino.	Características sociodemográficas	Edad.	< 19 años 19-34 años >34 años	Cuantitativa de intervalo
				Procedencia	Urbana Rural Urbano marginal	Cualitativa Nominal
				Grado de instrucción	Sin educación Primaria Secundaria Superior	Cualitativa Nominal
				Ocupación	Ama de casa Empleada Obrera Agricultora Comerciante	Cualitativa Nominal
				Estado civil	Soltera Conviviente Casada	Cualitativa Nominal
				Religión	Católica Otra Ninguna	Cualitativa Nominal
			Características gineco-obstétricas	Menarquia	<10 años 11-15 años > 15 años	Cuantitativa de intervalo
				Andría	1 pareja 2-3 parejas > 3 parejas	Cuantitativa de intervalo
				Edad gestacional	< 28 sem. 28-32 sem. 33 -36 sem.	Cuantitativa de intervalo
				Paridad	1 parto 2-3 partos >3 partos	Cuantitativa de intervalo
Abortos previos.	Si/No	Cuantitativa Nominal				
Atención prenatal						
Sangrado: I trimestre. II trimestre. III trimestre Hipertensión Otros						
			Infecciones	Infecciones: -Vaginales -Urinarias -De transmisión sexual -Enfermedad pélvica inflamatoria -Otros	Si/No	Cuantitativa Nominal

ANEXO 3: CARTA DE AUTORIZACIÓN



San Martín
GOBIERNO REGIONAL
Al pueblo es su primer deber

DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA
MUJERES Y HOMBRES
"Año de la Lucha Contra la Corrupción y la Impunidad"



AUTORIZACION PARA DESARROLLO DE PROYECTO DE TESIS

EL Director del Hospital II-2-Tarapoto; autoriza a:

ALVIS TAFUR MARIANELA ISABEL

Estudiante de la Segunda Especialidad en "Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico" de la sección de Posgrado de la Facultad de Obstetricia y Enfermería de la Universidad de San Martín de Porres; para ejecutar su Proyecto de Tesis denominado:

CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTANTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PRETÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II - 2 TARPOTO, REGIÓN SAN MARTÍN - 2018

Este documento tendrá validez, por el plazo de tres (3) meses a partir de su expedición, debiendo brindarle las facilidades para el cumplimiento de su proyecto de tesis sin que interfiera con el libre desarrollo de las atenciones.

Asimismo, el estudiante deberá presentar copia de su Tesis culminada y aprobada a la Oficina de Capacitación, Docencia e Investigación; la cual pasará al archivo de la Biblioteca del Hospital.

Tarapoto, 06 de agosto del 2019.



GOBIERNO REGIONAL SAN MARTIN
UNIDAD EJECUTORA HOSPITAL II-2 TARAPOTO

M.C. Luis Alberto Yalta Ramirez
DIRECTOR

VºBº de RR.HH.
VºBº de Capacitación
Firma del Director

HOSPITAL TARAPOTO Jr. Ángel Delgado Morey N°503
Tarapoto - San Martín
Telf.: (042) - 520012