



**FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA
ESCUELA DE OBSTETRICIA**

**MORBI-MORTALIDAD NEONATAL EN MADRES QUE
PRESENTARON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA
SAN JUAN DE MIRAFLORES – 2014**

**PRESENTADA POR
JEANNETTE ARCAYA LEÓN**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

LIMA – PERÚ

2016



Reconocimiento

CC BY

El autor permite a otros distribuir y transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE
OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**MORBI-MORTALIDAD NEONATAL EN MADRES QUE
PRESENTARON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA
SAN JUAN DE MIRAFLORES - 2014**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA

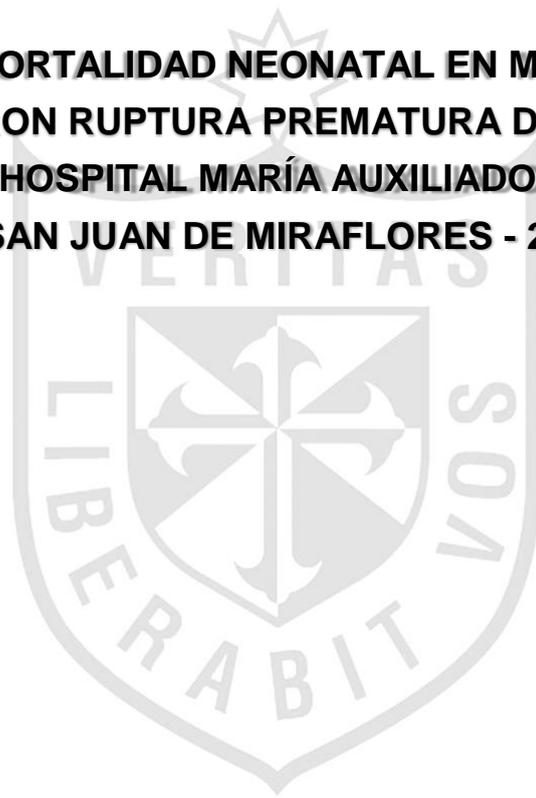
Presentado por:

Bach. Obst. ARCAYA LEÓN, JEANNETTE

LIMA – PERÚ

2016

**MORBI-MORTALIDAD NEONATAL EN MADRES QUE
PRESENTARON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA
SAN JUAN DE MIRAFLORES - 2014**



ÍNDICE

Página

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

RESUMEN

ABSTRAC

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	5
CAPITULO II. MATERIAL Y MÉTODO	8
2.1 DISEÑO METODOLÓGICO	8
2.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	8
2.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN	9
2.4 VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	10
2.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	12
2.6 TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION	13
2.7 ASPECTOS ÉTICOS	13
CAPITULO III. RESULTADOS	15
CAPITULO IV. DISCUSIÓN	27
CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	39
CAPITULO VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
CAPITULO VII. ANEXOS	47

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA	NOMBRE	PÁGINA
TABLA 1	PERIODO DE LATENCIA EN MADRES QUE PRESENTARON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.	15
TABLA 2	CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DE LAS MADRES QUE PRESENTARON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	17
TABLA 3a	VALORACION DE LA VITALIDAD DEL NEONATO CUYAS MADRES PRESENTARON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	19
TABLA 3b	PATOLOGIAS NEONATALES EN MADRES QUE PRESENTARON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	21
TABLA 3c	TÉRMINO DE PARTO Y MOTIVO DE CESÁREA DE MADRES QUE PRESENTARON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.	23
TABLA 4	MUERTES NEONATALES EN MADRES QUE PRESENTARON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	25

ÍNDICE DE GRÁFICOS

TABLA	NOMBRE	PÁGINA
Gráfico 1	PERIODO DE LATENCIA EN MADRES QUE PRESENTARON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.	16
Gráfico 2	CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DE LAS MADRES QUE PRESENTARON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	18
Gráfico 3a	VALORACION DE LA VITALIDAD DEL NEONATO CUYAS MADRES PRESENTARON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	20
Gráfico 3b1	PRESENCIA DE PATOLOGÍA NEONATALES EN MADRES QUE PRESENTARON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	22
Gráfico 3b2	TIPOS DE PATOLOGIAS NEONATALES EN MADRES QUE PRESENTARON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	22
Gráfico 3c	TÉRMINO DE PARTO Y MOTIVO DE CESÁREA DE MADRES QUE PRESENTARON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.	24
Gráfico 4	MUERTES NEONATALES EN MADRES QUE PRESENTARON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	25

RESUMEN

Objetivo: Determinar la morbimortalidad neonatal de madres que presentaron Ruptura Prematura de Membranas, en el Hospital María Auxiliadora durante el período 2014.

Material y método: El Presente trabajo de investigación fue descriptivo, retrospectivo de corte transversal de revisión de casos. La población corresponde a 2159 madres con el diagnóstico y se estudiaron a 192 con sus respectivos neonatos.

Resultados: Total de muertes neonatales 2.1%. La patología que más se encontró fue prematuridad 34.2%. El motivo de cesárea fue ser cesareada anterior con 25.3%. El Apgar al minuto en su mayoría fue normal 93.2, a los cinco minutos el Apgar normal aumentó a 97.4%. Se determinó que 38% de madres presentaron un periodo de latencia entre 12 y 23 horas. Las características obstétricas más resaltantes en las madres con RPM fueron; madres con edad gestacional a término 82.8%, madres multíparas 66.1%, con controles prenatales adecuados 62% y partos vaginales en su mayoría con 60.9%

Conclusiones: La mortalidad neonatal fue 2.1 %, de la población de neonatos 19.7 % mostró patología predominando prematuridad. La mayoría de neonatos nacieron por parto vaginal, y los nacidos por cesárea fueron por cesárea anterior, sufrimiento fetal, RPM prolongado, corioamnionitis o prolapso de cordón.

Palabras clave. Ruptura Prematura de Membranas, Morbimortalidad Neonatal.

ABSTRACT

Objective: To determine neonatal morbidity and mortality of mothers with premature rupture of membranes, in the Maria Auxiliadora Hospital during the period 2014.

Methods: The present research was descriptive, cross-sectional retrospective case review. The population corresponds to 2159 mothers were studied diagnosis and 192 with their infants.

Results: Total 2.1% of neonatal deaths. The pathology was found more Prematurity 34.2%. The reason for cesarean section was be earlier cesareada with 25.3%. The minute Apgar mostly was normal 93.2, five minutes normal Apgar increased to 97.4%. It was determined that 38% of mothers had a latency period between 12 and 23 hours. The most outstanding obstetric characteristics were mothers with RPM; mothers with gestational age at term 82.8%, 66.1% multiparous mothers with adequate prenatal checkups 62% and vaginal deliveries mostly with 60.9%.

Conclusions: The neonatal mortality rate was 2.1%, of the population of infants 19.7% showed predominant pathology prematurity. Most infants born by vaginal delivery and caesarean births were previous caesarean, fetal distress, prolonged RPM, chorioamnionitis or cord prolapse.

Keywords. Premature rupture of membranes, neonatal morbidity and mortality.



Dedicatoria

A ti Dios porque me das salud, fuerza y sabiduría para alcanzar mis metas.

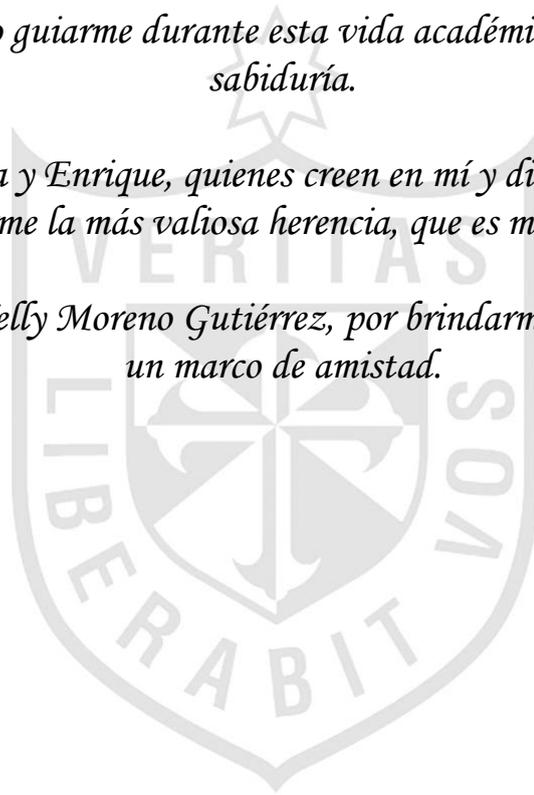
A mis padres por darme su comprensión, apoyo incondicional y por dejarme la mejor herencia más valiosa como es, ser una profesional.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, quien supo guiarme durante esta vida académica con su bendición y sabiduría.

A mis padres Aurea y Enrique, quienes creen en mí y dieron todo su esfuerzo por dejarme la más valiosa herencia, que es mi profesión.

A mi asesora Mg. Nelly Moreno Gutiérrez, por brindarme sus conocimientos en un marco de amistad.





INTRODUCCIÓN

A la rotura de membranas se la denomina prematura cuando ocurre antes del comienzo del trabajo de parto.

Se considera período de latencia al tiempo transcurrido entre el momento en que se produce la rotura prematura de membranas y el parto. Cuando este período supera las 24 horas, a la rotura se la define como prolongada.¹

Cuando la Rotura Prematura de Membranas ocurre antes de las 37 semanas de gestación se denomina ruptura prematura pre término de membranas ovulares (RPPM). Se subdivide según la edad gestacional en tres grupos: A- RPPM cerca del término, que son aquellas pacientes con ruptura de membranas entre las 34 y 37 semanas. B- RPPM lejos del término que son aquel grupo de embarazadas que presentan ruptura de membranas con edad gestacional entre las 24 y 34 semanas y C-RPPM pre-viable cuando la ruptura ocurre antes de las 24 semanas o antes del límite de viabilidad, que puede variar según la institución u hospital donde laboramos.²

Entre los factores de riesgo se encuentran: infección genital por diversos microorganismos (candida albicans, estreptococo B entre otros); siendo el principal factor de riesgo conocido para la presencia de RPM.³

Además de los procesos infecciosos existen factores de riesgo implicados en la rotura prematura de membranas: medio socioeconómico bajo, índice de masa corporal disminuido, sangrado en el segundo, tercer trimestre del embarazo, tabaquismo, deficiencias nutricionales (pueden asociarse con medio socioeconómico bajo, concentraciones bajas de vitamina C y cobre), enfermedades del tejido conectivo (síndrome de Ehler-Danlos), conización

cervical, sobre distensión uterina por embarazo gemelar o polihidramnios, y antecedente de rotura prematura de membranas.²

La incidencia de la rotura prematura de membranas (RPM) varía entre 1,6 % y 21,0 %, con promedio de 10 % de incidencia en los embarazos. 80 % de los casos ocurre después de las 37 semanas (rotura prematura de membranas a término), en tanto que 20 % restante se presenta en embarazos pre término. Este último grupo contribuye con un tercio de los casos de partos prematuros espontáneos y produce importante impacto en la morbilidad y mortalidad neonatal, atribuyéndosele 10 % del total de las muertes perinatales.⁴

La OMS define como mortalidad neonatal a la muerte producida entre el nacimiento hasta los 28 días de vida. La mortalidad neonatal (TMN) es formulada como el cociente entre el número de muertes menores o iguales a 28 días de nacidos y el número de nacidos vivos en un determinado año, expresado por 1000 nacidos vivos. Según el Reporte 2013 “Niveles y Tendencias de la Mortalidad Infantil” las mayores tasas de mortalidad neonatal en América Latina se concentrarían en Bolivia (19 por mil nacidos vivos) y Nicaragua (12), mientras que Cuba (3) y Uruguay (4), son los que registran la menor tasa. Perú registra un nivel medio con una tasa de 9 por mil nacidos vivos.

Según las estimaciones realizadas en el presente estudio, en el Perú la TMN para el año 2012 fue de 12.9 por mil nacidos vivos, para un intervalo de confianza del 95% esta cifra oscila entre 12.2 y 13.5 por mil nacidos vivos respectivamente. Por otro lado, para el periodo 2011-2012, la TMN se estimó en 12.8 por mil nacidos vivos, oscilando esta tasa entre 12.3 y 13.2.⁵

A pesar de que la RPM se ha estudiado desde hace tiempo, en la actualidad hay controversia entre los mecanismos que la median y su etiopatogenia no ha sido

bien comprendida. Actualmente se reconoce que la rotura de las membranas se asocia al aumento de presión intrauterina, siendo la diferencia que las membranas que se rompen en forma prematura son más débiles que las normales, sin embargo, la pura explicación mecánica parece incompleta, por lo que se han estudiado otros factores que podrían estar relacionados con la RPM entre los que se encuentran infeccioso, dietético y otros como pueden ser maniobras quirúrgicas, incompetencia ístmico-cervical y polihidramnios.⁶

Castro⁷ en su estudio informa que el mayor porcentaje de mujeres que presentaron RPM se encuentran entre las edades de 21 a 25 años con 39.30%, seguidos con 38% en mujeres de 17 a 20 años, las mujeres segundigestas son más frecuentes, seguidos de las primigestas. 87.3 % de gestantes con RPM tuvieron de 1-4 CPN. Se observa que el mayor porcentaje de recién nacidos evaluados por examen físico, está entre las 31-34 semanas.

Padilla Mosquera ⁸ encontró que la anemia es la enfermedad intercurrente más asociada a RPMpt, presentándose en 34% de los casos, además la infección urinaria y bajo nivel educativo de la madres fueron factores fuertemente asociados a RPMpt ($p < 0,05$).

Muñoz Aznarán ⁹ mediante un análisis univariado determinó factores asociados al parto abdominal, al estado del cérvix (puntaje Bishop) al inicio de la inducción y la preeclampsia. Se estimó un modelo predictivo final en el análisis multivariado, hallándose como factores de riesgo la edad materna, el Bishop de ingreso menor de 4 y presencia de preeclampsia, y como factor de protección la multiparidad de la paciente.

El manejo de esta complicación durante la gestación sigue siendo uno de los temas más controversiales en obstetricia, siendo las causas más frecuentes la infección urinaria, infecciones intrauterinas, embarazo múltiple, polihidramnios, traumatismos, que acontecen durante el periodo de gestación.

En el Hospital María Auxiliadora, en el periodo de estudio (año 2014) la ruptura prematura de membranas significó una incidencia de 28.3% de atenciones lo que es sumamente significativo para la vitalidad del niño por nacer; lo cual fue de interés en esta investigación hallar, analizar y dar a conocer la morbilidad y mortalidad neonatal en madres con este diagnóstico, y así obtener un margen estadístico de estos eventos y poder mejorarlos.

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la morbimortalidad neonatal en madres que presentaron Ruptura Prematura de Membranas (RPM), en el Hospital María Auxiliadora durante el período 2014?

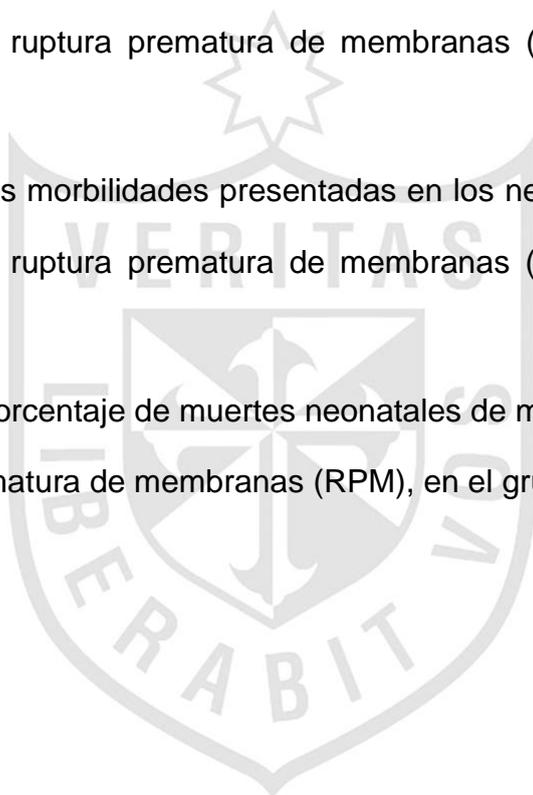
1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.2.1 Objetivo General:

Determinar la morbimortalidad neonatal de las madres que presentaron Ruptura Prematura de Membranas, en el Hospital María Auxiliadora durante el período 2014.

1.2.2 Objetivos Específicos:

- Identificar el periodo de latencia en madres que presentaron ruptura prematura de membranas (RPM), en el grupo de estudio.
- Identificar las características obstétricas de las madres que presentaron ruptura prematura de membranas (RPM), en el grupo de estudio.
- Identificar la vitalidad al nacer, presentadas en los neonatos cuyas madres presentaron ruptura prematura de membranas (RPM), en el grupo de estudio.
- Identificar las morbilidades presentadas en los neonatos de madres que presentaron ruptura prematura de membranas (RPM), en el grupo de estudio.
- Estimar el porcentaje de muertes neonatales de madres que presentaron ruptura prematura de membranas (RPM), en el grupo de estudio.



MATERIAL Y MÉTODO



MATERIAL Y MÉTODO

2.1 DISEÑO METODOLÓGICO.

De acuerdo a las características del estudio y el planteamiento de variables el presente trabajo de investigación fue descriptivo, retrospectivo de corte transversal de revisión de casos.

2.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.

2.2.1 Universo:

Estuvo conformado por los 7600 madres atendidas de parto y sus respectivos neonatos nacidos en el Hospital María Auxiliadora durante el período 2014, proporcionado por la Unidad de Estadística y Sistema de Informática Perinatal del Hospital María Auxiliadora.

2.2.2 Población:

Estuvo conformado por los 2159 madres atendidas de parto con diagnóstico de ruptura prematura de membranas y respectivos neonatos nacidos en el Hospital María Auxiliadora durante el período 2014, proporcionado por la Unidad de Estadística y Sistema de Informática Perinatal del Hospital María Auxiliadora.

Muestra. Para población finita (cuando se conoce el total de unidades de observación que la integran en el tiempo propuesto, que en este caso fue de 2159 y deseamos saber cuántos del total tendríamos que estudiar, se aplicó

la siguiente fórmula de proporciones para que la muestra sea representativa:

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

Dónde:

N = Total de la población

- $Z_{\alpha}^2 = 1.96^2$ (si la seguridad es del 95%)
-
- p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)
- d = precisión (en este caso deseamos un 3%).

Total de la población (N)	2159
Nivel de confianza o seguridad (1- α)	95%
Precisión (d)	3%
Proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir)	5%
Tamaño Muestral (N)	192

En el tiempo propuesto (año 2014) se revisaron **192** historias clínicas de madres que presentaron ruptura prematura de membranas y respectivos neonatos.

Por lo tanto el tipo de muestreo es probabilístico.

2.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

2.3.1 Criterios de inclusión

- Madres en cuyas historias clínicas se encontró registrado el diagnóstico de ruptura prematura de membranas con atención de parto durante el período 2014, de edad gestacional desde las 34 semanas adelante y con periodo de latencia mayor de una hora.
- Neonatos nacidos de madres que presentaron ruptura prematura de membrana y que fueron atendidas en el Hospital María Auxiliadora durante el período 2014.

2.3.2 Criterios de exclusión

- Madres cuyas historias clínicas presenten datos incompletos.

2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

2.4.1 VARIABLES.

- **Variable 1**

Ruptura Prematura de Membranas

- **Variable 2**

Morbilidad y Mortalidad Neonatal

2.4.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLES DE ESTUDIO	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO
VARIABLE 1 Ruptura Prematura de Membranas	Período de latencia	<ul style="list-style-type: none"> • <12 horas. • 12-24 horas. • > o = 24 horas. 	Intervalo	Historias clínicas
VARIABLE 2 Morbilidad y Mortalidad Neonatal	Patología Neonatal	Sepsis. <ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal	Historias clínicas
		Síndrome de insuficiencia respiratoria del recién nacido. <ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal	
		Prematuridad. <ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal	
	Vitalidad del Neonato	Muerte Neonatal <ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal	
Puntaje de Apgar al minuto: <ul style="list-style-type: none"> • 0 a 3 (depresión severa) • 4 a 6 (depresión moderada) • 7 a 10 (normal) • 		intervalo		
		Puntaje de Apgar a los 5 minutos : <ul style="list-style-type: none"> •0 a 3 (depresión severa) •4 a 6 (depresión moderada) •7 a 10 (normal) 	intervalo	

VARIABLES DE CONTROL: Características de la Madre	Edad gestacional	<ul style="list-style-type: none"> • Pre-Término. • A Término. • Post término. 	Nominal	Historias clínicas
	Paridad	<ul style="list-style-type: none"> • Primípara. • Multípara. • Gran múltipara. 	Nominal	
	CPN	<ul style="list-style-type: none"> • > o = a 6 controles prenatales • < a 6 controles prenatales 	Nominal	
	Tipo de Parto	<ul style="list-style-type: none"> • Vaginal. • Cesárea. 	Nominal	

2.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizaron los siguientes procedimientos:

- Se utilizó el registro de ingresos (número de historias clínicas) de las madres con diagnóstico de ruptura prematura de membranas atendidas en el servicio de obstetricia, y de sus recién nacidos atendidos en el servicio de Neonatología, teniendo en cuenta cubrir la muestra representativa, por lo que se solicitaron las primeras dieciséis (16) historias clínicas de madres que presentaron dicho diagnóstico en los primeros días del mes. Estas historias clínicas, se solicitaron de los archivos del servicio de estadística e informática del Hospital María Auxiliadora.
- Se elaboró una ficha de recolección de datos, previamente validada por las Ginecólogos y Obstetras Especialistas en Alto Riesgo

Obstétrico quienes han aportado mejoras en el documento, con la finalidad de determinar la frecuencia y evaluar la importancia de la ruptura prematura de membranas en gestantes, en relación a la morbilidad y mortalidad neonatal.

2.6 TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.

Luego de obtener la información a través de la “ficha de recolección de datos”, se codificó cada respuesta y procedió al ingreso de los datos a MS Excel y luego a un programa estadístico SPSS versión 21.

Posteriormente los datos se presentaron en un informe final con tablas y gráficos que permiten observar los resultados.

2.7 ASPECTOS ÉTICOS.

En cuanto al aspecto ético, la investigación que se desarrolló no fue de tipo experimental. Fue revisado por el Comité institucional de Bioética del Hospital. Se aseguró la confidencialidad y privacidad de la información de las parturientas y neonatos obtenidos de las historias clínicas. Los datos obtenidos fueron de utilidad y uso –sólo- para esta investigación.



RESULTADOS

TABLA 1.
PERIODO DE LATENCIA EN MADRES QUE PRESENTARON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

Periodo de latencia	Total	
	N°	%
Menos de 12 horas	71	37.0
Entre 12 a 23 horas	73	38.0
> o = 24 horas	48	25.0
Total	192	100.0

En la **tabla N°1**, se evaluó el periodo de latencia en ruptura prematura de membranas, se observa que 37% presentaron un periodo de latencia menor de 12 horas, 38% presentaron un periodo de latencia de 12 a 23 horas y con un periodo de latencia mayor o igual a 24 horas de ruptura prematura de membranas 25%.

GRÁFICO 1

PERIODO DE LATENCIA EN MADRES QUE PRESENTARON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

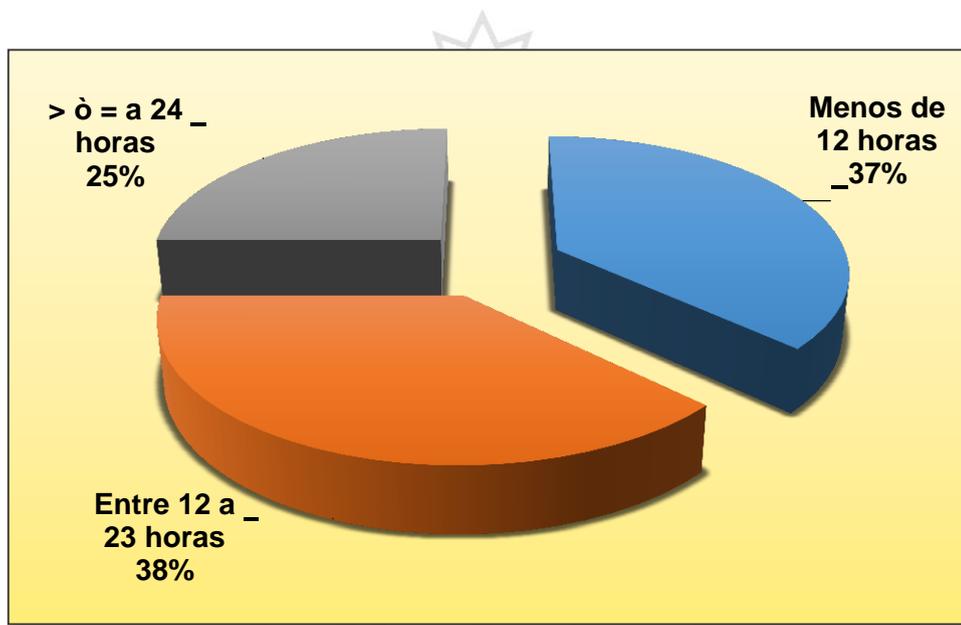


TABLA 2.
CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DE MADRES QUE PRESENTARON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

CARACTERÍSTICAS	Total	
	N°=192	%
Edad gestacional:		
Pre término	30	15.6
A término	159	82.8
Post término	3	1.6
Paridad		
Primípara	44	22.9
Múltipara	127	66.1
Gran múltipara	21	10.9
Control prenatal (CPN)		
> Ò = a 6 CPN	119	62.0
< a 6 CPN	73	38.0
Tipo de parto		
Vaginal	117	60.9
Cesárea	75	39.1

En la **tabla N°2**, se describen las características obstétricas, se observa que 82.3% estuvo conformado por madres con edad gestacional a término, 15.6% fueron madres con edad gestacional pre término.

En cuanto a paridad, se observa que 66.1% fueron múltiparas, 22.9% primíparas y 10.9% grandes múltiparas.

En cuanto a controles prenatales, 62% de las gestantes del estudio tenían de 6 a más controles prenatales y 38% menos de 6 controles prenatales.

GRAFICO 2

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS DE MADRES QUE PRESENTARON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

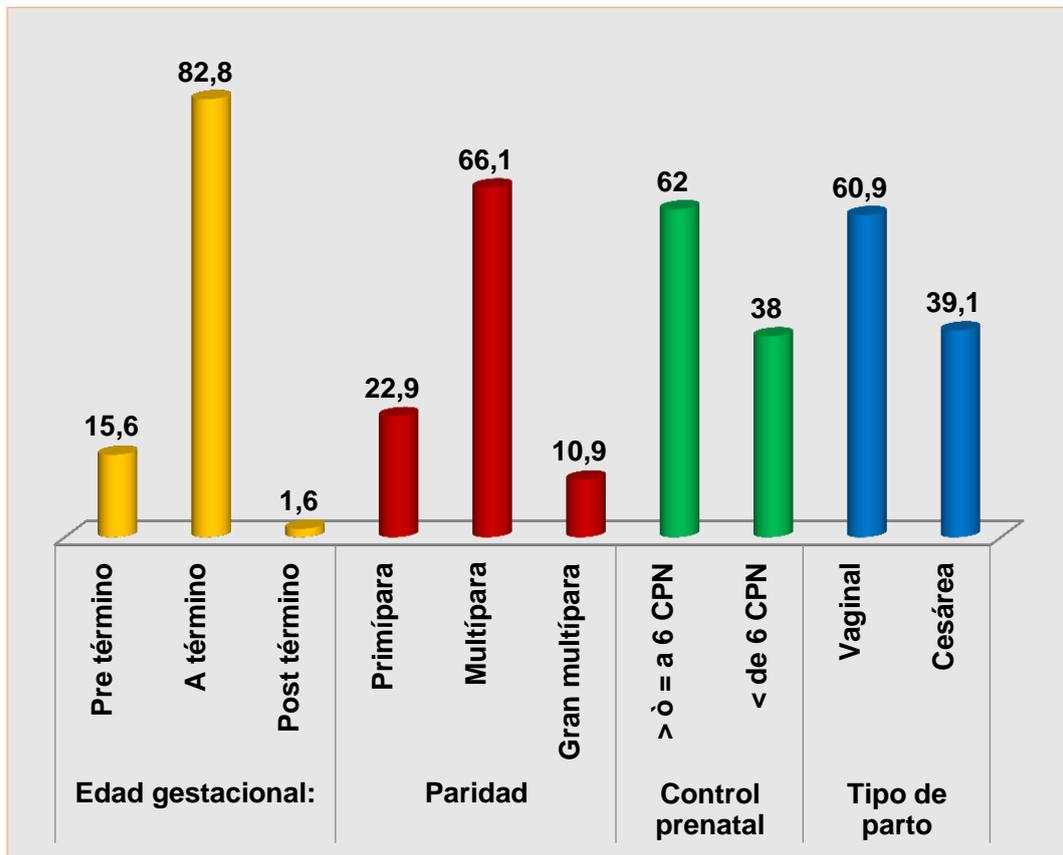


TABLA 3a.

VALORACION DE LA VITALIDAD DEL NEONATO EN MADRES QUE PRESENTARON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Puntaje de Apgar...	Total	
	N°=192	%
... al minuto:		
0 a 3 (depresión severa)	5	2.6
4 a 6 (depresión moderada)	8	4.2
7 a 10 (normal)	179	93.2
... a los 5 minutos:		
0 a 3 (depresión severa)	4	2.1
4 a 6 (depresión moderada)	1	0.5
7 a 10 (normal)	187	97.4

En la **tabla N°3a**, se describe la valoración de la vitalidad con el Apgar, 93.2% obtuvo Apgar normal al nacimiento, 4.2% depresión moderada y 2.6% depresión severa.

Al evaluar la valoración del Apgar a los 5 minutos, 97.4% presentó Apgar normal, 2.1% depresión severa y 0.5% depresión moderada.

GRAFICO 3a.

VALORACION DE LA VITALIDAD DEL NEONATO EN MADRES QUE PRESENTARON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

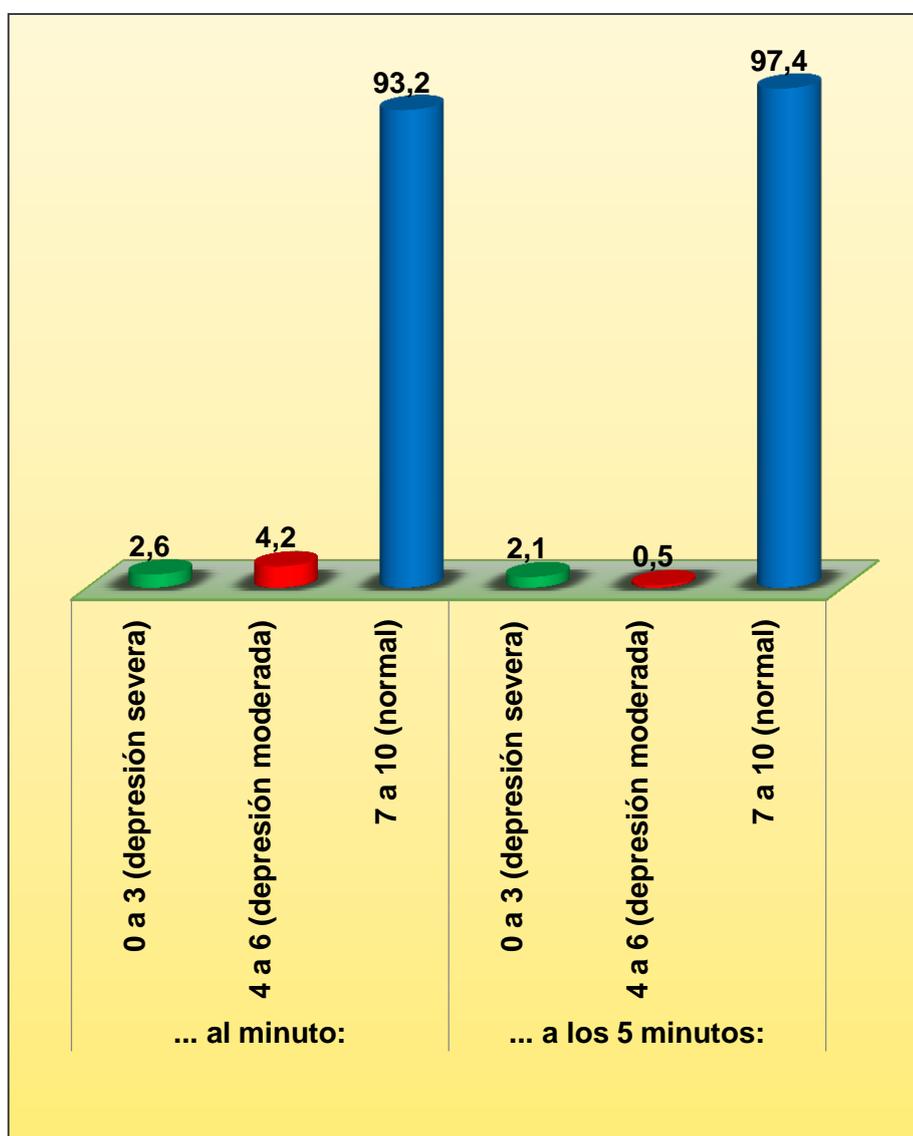


TABLA 3b.
PATOLOGIAS NEONATALES EN MADRES QUE PRESENTARON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Patología	Total	
	N°	%
PRESENCIA DE PATOLOGÍA NEONATALES		
No presentaron patología	154	80.2
Presentaron Patología	38	19.8
Total	192	100.0
TIPO DE PATOLOGÍA (*)		
Sepsis	8	21.1
Prematuridad y sepsis	10	26.3
Síndrome de insuficiencia respiratoria y prematuridad	7	18.4
Prematuridad	13	34.2
Total	38	100.0

(*) Sólo se han considerado los 38 RN que presentaron patologías

En la **tabla N°3b**, se observó que 19.8% de neonatos presentaron patología. Patologías en los recién nacidos, 21.1% presentaron sepsis, prematuridad y sepsis 26.3%, síndrome de insuficiencia respiratoria y prematuridad 18.4% y prematuridad 34.2 %.

GRAFICO 3b1.

PRESENCIA DE PATOLOGÍA NEONATALES EN MADRES QUE PRESENTARON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

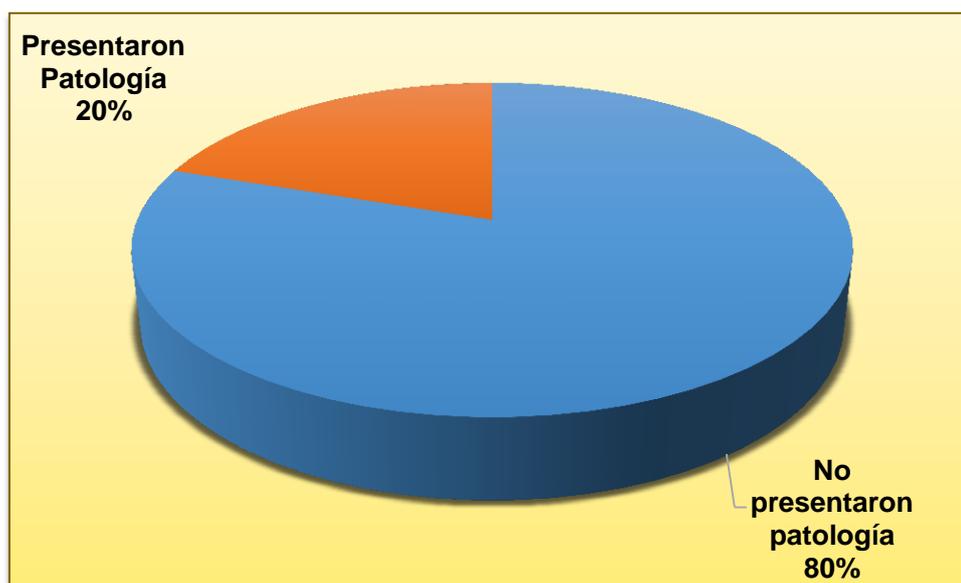


GRAFICO 3b2.

PATOLOGIAS NEONATALES EN MADRES QUE PRESENTARON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

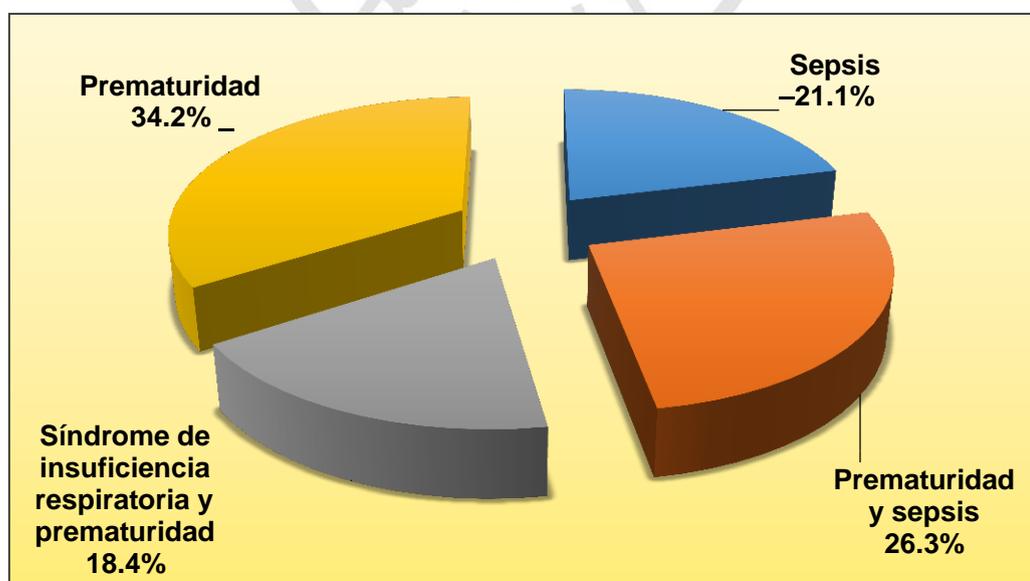


TABLA 3c.

TÉRMINO DE PARTO Y MOTIVO DE CESÁREA EN MADRES QUE PRESENTARON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

Parto	Total	
	N°	%
TERMINO DE PARTO		
Vaginal	117	60.9
Cesárea	75	39.1
TOTAL	192	100.0
MOTIVO DE CESÁREA (*)		
Corioamnionitis	10	13.3
Sufrimiento fetal	16	21.3
Prolapso de cordón	9	12.0
Cesareada anterior	19	25.3
RPM prolongado	15	20.0
Otras causas	6	8.0
TOTAL	75	100.0

(*) Solo se ha considerado los partos cesárea, o sea los que terminaron en cesárea

En la **tabla N°3c** Término de parto, 60.9% culminaron en parto vaginal y 39.1% culminaron en cesárea.

En cuanto al motivo de cesárea, 25.3% fue por tener cesárea previa, 21.3% por sufrimiento fetal, 20% por Ruptura Prematura de Membranas Prologada, 13.3% por corioamnionitis, 12% por prolapso de condón y 8% por otras causas (fallo de inducción, desproporción céfalo pélvica).

GRAFICO 3c.

TÉRMINO DE PARTO Y MOTIVO DE CESÁREA EN MADRES QUE PRESENTARON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

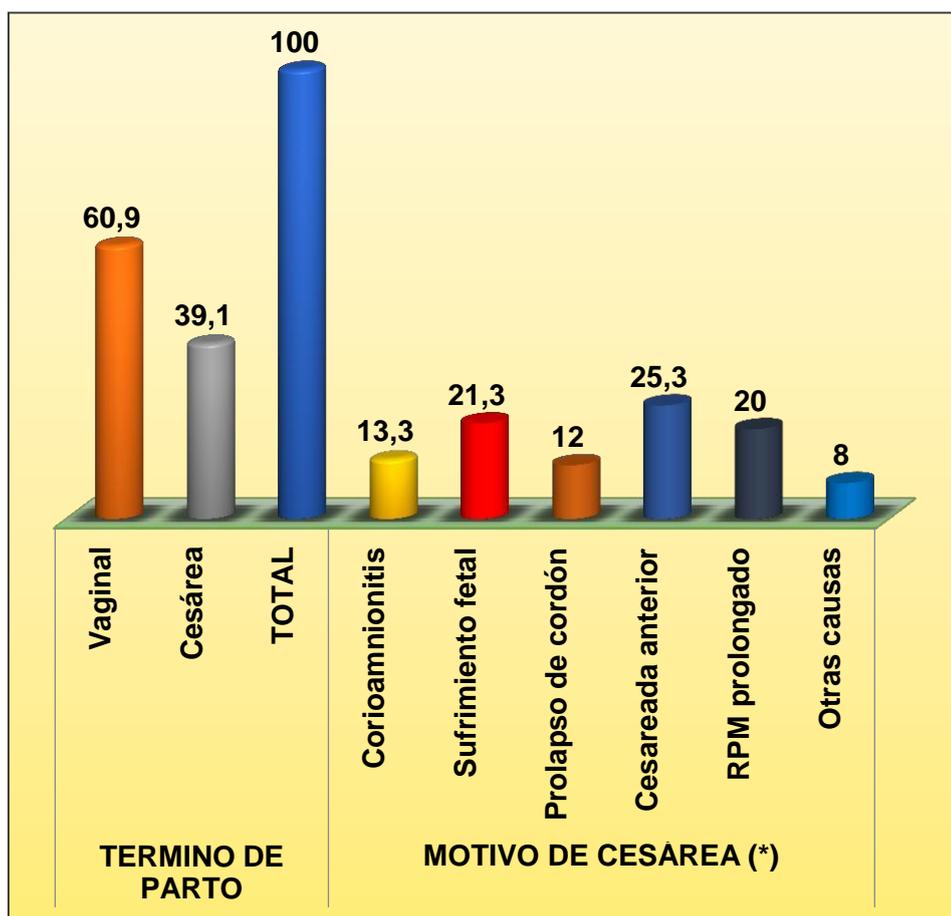


TABLA 4.

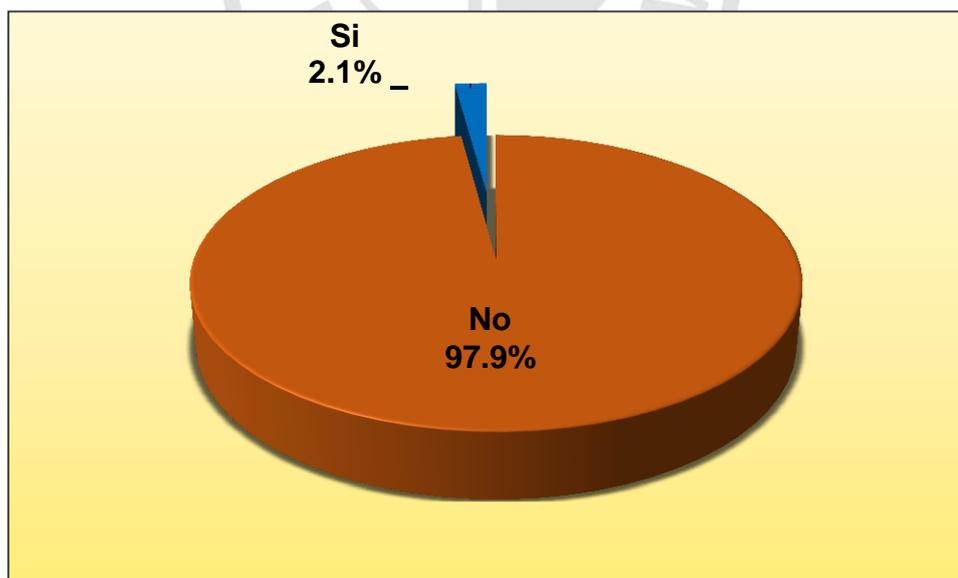
MUERTES NEONATALES EN MADRES QUE PRESENTARON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Muerte Neonatal	Total	
	N°	%
No	188	97.9
Si	4	2.1
Total	192	100.0

En la **tabla N°4**, se describe del producto de la gestación, sin muerte neonatal 97.9% y 2.1% con muerte neonatal.

GRAFICO 4.

MUERTES NEONATALES EN MADRES QUE PRESENTARON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS





DISCUSIÓN

El presente estudio se llevó a cabo en el Hospital María Auxiliadora, con el objetivo de determinar la Morbimortalidad neonatal de las madres que presentaron Ruptura Prematura de Membranas en el Hospital María 2014.

La Ruptura Prematura de Membranas (RPM) es un problema en salud pública de importancia clínica y epidemiológica a nivel mundial debido al alto riesgo de complicaciones materno perinatal.¹⁰

La ruptura prematura de membranas es la ruptura espontánea de corioamnios antes del inicio del trabajo de parto. Si ocurre antes de las 37 semanas de gestación, se llamará ruptura prematura de membranas pre término y cuando se prolonga por más de 24 horas, ruptura prematura de membranas prolongada. La Ruptura Prematura de Membranas, es un suceso súbito, inesperado, en el que ocurren muchos mecanismos bioquímicos y mecánicos hasta ahora más conocidos y complicados.¹¹

La incidencia de la rotura prematura de membranas (RPM) varía entre 1,6 % y 21,0 %, con un promedio de 10 % de incidencia en los embarazos. 80 % de los casos ocurre después de las 37 semanas (rotura prematura de membranas a término), en tanto que 20 % restante se presenta en embarazos pre término. Este último grupo contribuye con un tercio de los casos de partos prematuros espontáneos y produce un importante impacto en la morbilidad y mortalidad neonatal, atribuyéndosele 10 % del total de las muertes perinatales.⁴

De acuerdo a lo expuesto se propuso una investigación en madres que presentaron Ruptura Prematura de Membranas (RPM) y sus respectivos neonatos, participaron 192 madres en las que se encontró los siguientes datos. Latencia es el periodo de tiempo entre la ruptura y el nacimiento del feto, por ello se constituye en un factor importante en la supervivencia neonatal de estos pacientes.²

TABLA 1. Periodo de latencia en madres que presentaron ruptura prematura de membranas.

El período de latencia es el tiempo que media entre la rotura de membranas y el inicio del trabajo de parto.

Se evaluó el **periodo de latencia** en las madres del estudio encontrando que, 38% (73) presentaron un periodo de latencia entre 12 y 23 horas y 25% (48) tuvieron como periodo de latencia un tiempo mayor a 24 horas lo cual corresponde a una Ruptura Prematura de Membranas Prolongada.

Julio Riveros¹², (Paraguay) nos demuestra en su estudio que el periodo de latencia menos de 24 horas fue 26% en mayor proporción, al igual que mi estudio con 38%.

Daniela Nava¹³, (México) nos indica en su estudio que el periodo de latencia de Ruptura Prematura de Membranas en sus neonatos fue 44% de 12 a 24 horas, similar a mi investigación.

Adriana Doren¹⁴, (Chile) en su estudio encontró una tendencia a prolongar la latencia con el uso de antibióticos no significativa, pero no se demostró un

efecto protector en la sobrevida perinatal y morbilidad neonatal; la mayoría de los estudios incluidos mantuvieron hospitalizadas a sus pacientes con RPM del segundo trimestre durante todo el período de latencia, por lo que creemos que ésta conducta es la recomendada.

Miguel Lugones¹⁵, (Cuba) refiere que el período de latencia tiene una relación inversa con la edad gestacional, es decir, que es mayor mientras mayor sea la prematuridad y si la edad gestacional es mayor de 37 semanas, existe el criterio de que hay mayor riesgo de infección, el que parece correlacionarse con el período de latencia.

TABLA 2. Características obstétricas de madres que presentaron ruptura prematura de membranas.

Entre las características obstétricas de las participantes del estudio, se observó en mayor proporción 82.8% (159) madres con **edad gestacional** a término, seguido de 15.6% (30) quienes fueron madres con edad gestacional pre término y en menor proporción 1.6% (3) de madres con edad gestacional post término.

Sharon Padilla¹⁶, (Perú) indica que los factores asociados a ruptura prematura de membranas se incrementan en las gestantes de 35 a 36 semanas, la multiparidad y el control prenatal insuficientes.

Adriana Doren¹⁴, (Chile) encontró el resultado perinatal por grupos divididos según la edad gestacional (EG) a la que ocurre la RPM, la sobrevida perinatal y de los RN al alta es mayor en el grupo con una RPM ocurrida entre las 20 a 24

semanas versus el grupo en que la RPM ocurre bajo las 20 semanas, y la mortalidad fetal es menor a mayor EG de RPM.

Se demuestra la **paridad** de las participantes, se constató que 66.1% (127) eran multíparas, 22.9% (44) primíparas y 10.9% (21) grandes multíparas.

Jorge Ybaseta¹⁷, (Perú) indica que los grupos de gestantes nulíparas y gran multípara si se encuentran asociados a la RPM ($p < 0,05$), mientras que el grupo de las nulíparas presenta una asociación positiva débil (O.R.=1,91), ser gran multípara se asocia en mayor grado con la RPM (O.R.=2,10), a diferencia de nuestro estudio, ya que en mi investigación se observó que 61.1% eran multíparas las que presentaron RPM.

Julio Riveros¹², (Paraguay) en su estudio la paridad se distribuyó entre primíparas: 50 casos, multíparas: 49 casos y nulíparas: 13 casos; habiendo una diferencia significativa entre el porcentaje de las multíparas.

Se observó que 62% (119) de las gestantes del estudio tenían **controles prenatales** adecuados y 38% (73) se realizó controles prenatales deficientes, tuvieron menos de 6 controles en el embarazo.

Ivan Pinto¹⁸, (Ecuador) demostró que 64,3% tuvieron cinco o más controles, 32,1% tuvieron cuatro o menos controles y 3,6% no tuvieron ningún control, lo ideal sería que todas las mujeres se realicen 5 o más controles prenatales para optimizar el control del embarazo.

Aguilar H¹⁹, (Honduras) indica que la importancia en la calidad de los controles prenatales constituye una opción en nuestros servicios de salud. En su estudio

se encontró que 65% de las madres asistieron a menos de 5 controles y 10.5% no recibió ninguno.

José Velasquez²⁰, (Perú) demostró en su estudio que en ambas regiones, solo la cuarta parte de madres habían cumplido seis o más controles prenatales, y alrededor del 10% del total de las madres no asistieron a control prenatal.

Al analizar el **tipo de parto** y se observó que 39.1% (75) de las participantes terminaron por cesárea y 60,9% (117) parto vaginal.

Aguilar H¹⁹, (Honduras) Con relación a características del trabajo del parto 62.9 % corresponde a parto por cesárea y vaginal 37.1%, similar a mi investigación.

José Velasquez²⁰, (Perú) indicó que más del 90% de madres dieron a luz en un establecimiento de salud; siendo la proporción de parto por cesárea 20,9% en Huánuco y 32,4% en Ucayali.

TABLA 3a. Valoración de la vitalidad del neonato en madres que presentaron ruptura prematura de membranas.

El Apgar es útil para conocer la condición de un neonato en los primeros minutos de vida. Una puntuación de 8 a 10 es normal e indica que el recién nacido se encuentra en buenas condiciones.

El puntaje 10 es muy inusual y casi todos los recién nacidos pierden un punto por pies y manos azuladas. Se basa en una escala de 1 a 10, en donde 10 corresponde al niño más saludable y los valores inferiores a 5 indican que el

recién nacido necesita asistencia médica de inmediato para que se adapte al medio ambiente²¹.

Se describe la valoración de la vitalidad del recién nacido en cuanto al APGAR, se analizó el Apgar al minuto 93.2% (179) obtuvo una puntuación de Apgar normal, 4.2% (8) depresión moderada y 2.6% (5) depresión severa.

Al evaluar la valoración del APGAR a los 5 minutos se observó que 97.4% (187) presentó Apgar normal, 2.1% (4) depresión severa y 0.5% (1) depresión moderada, notándose que solamente 1 recién nacido logró recuperarse de una depresión severa, colocándose en el rango de depresión moderada a los cinco minutos.

Miranda Flores²², (Perú) indica que la mayoría de los recién nacidos pre términos al nacer tuvieron buen Apgar, al igual que mi estudio.

Lupa Apfata²¹, (Perú) demuestra en su estudio realizado que la mayor proporción 95.5% presentó valores de 7 a 10 puntos durante el Apgar al 1er minuto, mejorando al quinto minuto alcanzando valores de 7 a 10 puntos; de igual manera en mi estudio se evidencia el mayor porcentaje de Apgar normal y su aumento porcentual a los 5 minutos.

TABLA 3b. Patologías neonatales en madres que presentaron ruptura prematura de membranas.

La muerte fetal se presenta en 2% de los casos. La frecuencia es de 1% cuando la rotura prematura de las membranas ovulares ocurre después de las 24 semanas y se eleva a 15% cuando ocurre antes de las 24 semanas. La prematurez y la infección son las causas principales de mortalidad fetal y neonatal atribuible a rotura prematura de membranas ovulares, si bien pueden existir otras (retardo de crecimiento uterino; accidentes de cordón o desconocidas).

Las complicaciones neonatales derivan igual de las muertes, fundamentalmente de la prematurez y de la infección. Problemas adicionales son las secuelas neurológicas, asfixia perinatal, la hipoplasia pulmonar y aquellas complicaciones propias de la rotura prematura de membranas ovulares del segundo trimestre. Por arriba de las 34 semanas de gestación, existe una relación directa entre el periodo de latencia (tiempo que media entre la rotura de membranas y el inicio del trabajo de parto) y la infección ovular, fetal y neonatal. Las infecciones neonatales se manifiestan a través de neumonía o bronconeumonía, meningitis y/o sepsis. La asfixia perinatal se relaciona con la prematurez, compresión del cordón umbilical, desprendimiento placentario y la propia infección.²³

Se evidenciaron las patologías presentadas en los recién nacidos de las participantes del estudio; del 19,8% que presentó patología, de ellos se

observó que 21.1% (8) presentaron sepsis; prematuridad y sepsis 26.3% (10) de neonatos presentó la patología a la misma vez; al evaluar el síndrome de insuficiencia respiratoria y prematuridad se evidenció que 18.4% (7) presentaron estas patologías y al analizar prematuridad se observó que 34.2 % (13) tuvo la patología. No presentó patología Neonatal 80,2%.

Lupa Apfata²¹, (Perú) demuestra que 89.4% (118) de su población estudiada no presentó complicaciones alguna y 10.6% (14) si presento complicaciones, 3% presentaron sufrimiento fetal agudo, 3.8% presentó síndrome de dificultad respiratoria. Por tanto difiere con mi investigación, ya que yo evidencie 38 casos con patologías neonatales, de las cuales en mayor porcentaje se obtuvo prematuridad, sepsis y síndrome de insuficiencia respiratoria.

Julio Riveros¹², (Paraguay) demuestra que ingresaron a terapia Intensiva 100 recién nacidos (89%), por los siguientes diagnósticos: Síndrome de distrés respiratorio: 88 (88%), Síndrome de aspiración de líquido amniótico meconial: 4 (4%), riesgo de infección ovular: 4 (4%), prematuridad extrema: 4 (4%).

Angel Ganfong²⁴, (Cuba) indica que las primeras tuvieron 26 casos de sepsis neonatal para 11,3 % y entre las segundas 3 para 2,1 %. El síndrome de dificultad respiratoria (SDR) fue encontrado en 94 casos de RPM para 40,9 % y solamente apareció en 59 para 41,3 % entre las madres sin RPM.

TABLA 3c. Término de parto y motivo de cesárea en madres que presentaron ruptura prematura de membranas.

La vía del nacimiento varía según la edad gestacional, la presentación fetal, estado de bienestar fetal, siendo el porcentaje de cesáreas mayor a menor edad gestacional.

Se describe el término de parto y motivo de cesárea de las madres del estudio. En cuanto al **término de parto** se evidencia que 60.9% (117) culminaron en parto vaginal y 39.1% (75) culminaron en cesárea.

En cuanto al **motivo de cesárea** se puede observar que 25.3% (19) fue por cesárea previa, 21.3% (16) sufrimiento fetal, 20% (15) Ruptura Prematura de Membranas Prologada, 13.3% (10) corioamnionitis, 12% (9) prolapso de condón y 8% (6) por otras causas (fallo de inducción, desproporción céfalo pélvica).

José Velásquez²⁰, (Perú) indica que 74% de su población de estudio nacieron por parto vaginal y 26% nacieron por cesárea, dominando el parto vaginal al igual que mi investigación.

Miranda Flores²², (Perú) demuestra en su estudio que los resultados maternos con mayor frecuencia se dieron en corioamnionitis, que pudo haber sido una de las causas probables para inducir a la cesárea; su porcentaje de cesárea es muy alta 71.8%.

Julio Riveros¹², (Paraguay) demuestra que la indicación de interrupción del embarazo fue por trabajo de parto: 60 (53%), sospecha de corioamnionitis: 28 (25%), alteración del bienestar fetal: 12 (11%), desprendimiento normoplacentario: 12 (11%). La vía de terminación más frecuente fue parto vaginal fue 60 (54%). Las indicaciones de cesárea fueron: presentación pelviana 24 pacientes, alteración del bienestar fetal 16 pacientes, situación

transversa 4 pacientes, cesárea iterativa 4 pacientes, sospecha de corioamnionitis 8 pacientes, desprendimiento normoplacentario: 4 pacientes.

TABLA 4. Muertes Neonatales en madres que presentaron ruptura prematura de membranas.

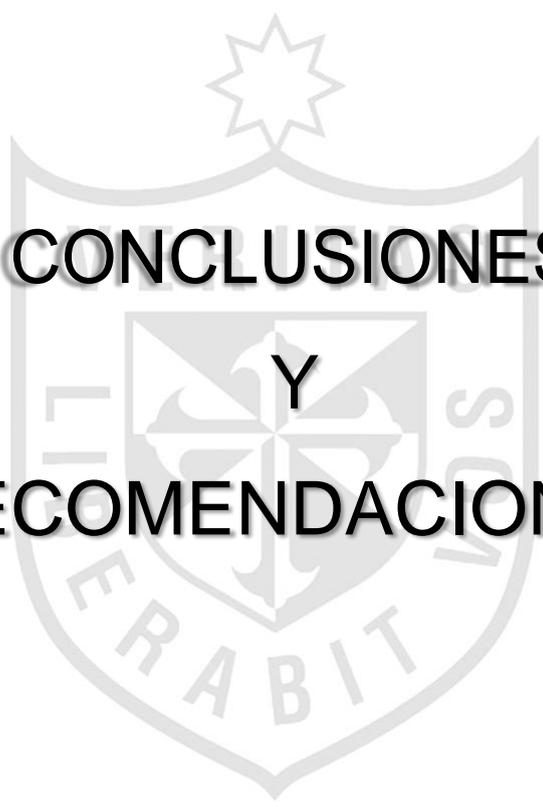
Durante el año 2011, se estimó que alrededor de 135 millones de bebés nacieron vivos en el mundo, 3 millones de ellos fallecieron durante los primeros 28 días. Si bien se han presentado avances en la reducción de la mortalidad infantil durante la década anterior, podemos apreciar que la mortalidad neonatal constituye aproximadamente 43% de la mortalidad de los niños menores de 5 años en general. Esto pone a la mortalidad neonatal como una prioridad política constante. Algunos de los factores descritos que conducen a mortalidad neonatal son: la falta de un control adecuado del embarazo y parto; la dificultad para reconocer signos de alarma en recién nacidos para búsqueda oportuna de ayuda profesional, y un repertorio limitado de intervenciones para tratar trastornos neonatales tempranos como la asfixia en el parto y los problemas derivados del parto prematuro.²³

Se da a conocer el estado del producto de la gestación de las participantes del presente estudio, se observa que en mayor proporción 97.9% (118) fueron nacidos vivos sin muerte neonatal y en una mínima proporción 2.1% (4) fueron muertes neonatales.

José Velásquez²⁰, (Perú) nos demuestra en su investigación las causas de fallecimiento de los neonatos, 18.9% son fallecimientos por prematuridad, 31.4% son fallecimientos por infección y 14.1% de fallecimientos por insuficiencia respiratoria.

Angel Ganfong²⁴, (Honduras) Entre las pacientes con RPM ocurrieron 22 muertes fetales y 2 neonatales para un 16,7 % y 4,9 % respectivamente, entre las pacientes sin RPM sólo ocurrieron 13 muertes fetales para el 9,6 % y 1 muerte neonatal para 2,4 % respectivamente.

José Velásquez²⁰, (Perú) La causa de fallecimiento más frecuente en los neonatos fue infección (sepsis neonatal en la mayoría de casos) tanto en Huánuco (34,3%) como en Ucayali (29,7%); más de la mitad de dichas infecciones, en ambas regiones, correspondieron a neonatos prematuros. En Huánuco, también fueron causas básicas de fallecimiento: prematuridad (17,9%), insuficiencia respiratoria (17,9%), malformación congénita (16,4%) y asfixia (11,9%). En Ucayali: malformación congénita (25,4%), prematuridad (19,5%), asfixia (12,7%) e insuficiencia respiratoria (11,9%).



**CONCLUSIONES
Y
RECOMENDACIONES**

5.1 CONCLUSIONES

- ❖ Sobre la **mortalidad**, se observó que es significativa en relación a otros años.
- ❖ Sobre las **morbilidades** expuestas por los neonatos, 19.8% de toda la población mostró patología predominando la prematuridad y sepsis. La mayoría de los neonatos nacieron por parto vaginal; y los que nacieron por cesárea fue porque sus madres habían sido cesareadas anteriores, o presentaron sufrimiento fetal, RPM prolongado, corioamnionitis, prolapso de cordón, entre los más distinguidos.
- ❖ En cuanto a la **vitalidad del neonato** valorado con el test de Apgar, registraron valores normales al minuto, sólo presentándose 5 casos con depresión severa al minuto recuperándose uno de ellos a los cinco minutos.
- ❖ Las madres estudiadas que presentaron Ruptura Prematura de Membranas experimentaron un **periodo de latencia** de 12 a 23 horas en mayor cantidad.
- ❖ Como **características maternas** se distinguió en la mayoría de las madres gestación a término, multíparas, con controles prenatales adecuados y el término de la gestación fue por parto vaginal.

5.2 RECOMENDACIONES

- A fin de disminuir la morbilidad neonatal se debería poner énfasis en informar y educar a la madre durante los controles prenatales, la importancia de los signos de alarma, caso de pérdida de líquido, las acciones a tomar; acudir tempranamente a emergencia y disminuir el riesgo materno y fetal.
- Mejorar el tiempo de transferencia al Hospital desde los Centros de Salud a madres multíparas con riesgo de ruptura prematura de membranas y recién nacidos con riesgo de morbilidades, prematuridad, depresión severa y sepsis.
- Realizar investigaciones de corte cualitativo y complementar los resultados obtenidos.
- Elaborar estrategias de prevención.



**REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

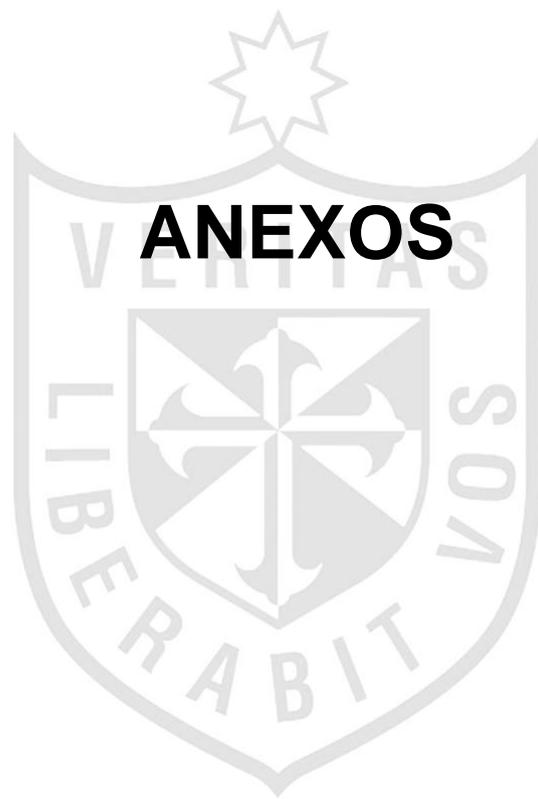
1. Schwarcz R. [Text] Obstetricia. 6 edición, El Ateneo, Buenos Aires, Argentina, 2010.
2. Vigil de Gracia P, Savransky R, Pérez J, Delgado J, Núñez E. Ruptura prematura de membranas. Guía clínica de la Federación Latino Americana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia; Guía 2011, № 01.
3. Olivares S, Pliego R. Ensayo clínico del tratamiento de la infección vaginal durante el embarazo y su relación con la incidencia de ruptura prematura de membranas. Rev. Sanidad Militar Mex. 2010; 54:4-8.
4. Sánchez N, Nodarse A. Morbilidad y mortalidad neonatal en pacientes con rotura prematura de membranas pre término. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2013; Vol. 39(4) pág. 343-353.
5. Ávila J, Tavera M, Carrasco M. Mortalidad Neonatal en el Perú y sus departamentos, 2011 – 2012. Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología, 2013. 188 p.
6. Pitre R, Salcedo J. Incidencia de casos de ruptura prematura de membrana en el hospital nuestra señora de Chiquinquirá en pacientes de 15 a 19 años durante 2009-2010. Venezuela: Universidad de Boyacá; 2011.
7. Castro E. Resultados materno-perinatales de la rotura prematura de membranas pre término en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao en el periodo, 2006-2008. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos Escuela Post Grado; 2009.

8. Padilla J. Resultados perinatales y complicaciones maternas en gestaciones pre término con rotura prematura de membranas asociadas a la vía del parto: Hospital Nacional Dos de Mayo 2001-2009. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos Escuela Post Grado; 2010.
9. Muñoz G, Lévano J, Paredes J. Rotura prematura de membranas en gestantes a término: factores asociados al parto abdominal. Revista Peruana Ginecológica Obstétrica. 2010; 56:226-231.
10. Cedeño P. "Factores determinantes para ruptura prematura pre término de membranas en pacientes que ingresan al Hospital Verdi Cevallos balda, ciudad Portoviejo, Noviembre 2011 a Abril 2012." Tesis de grado. Universidad Técnica de Manabí Portoviejo- Manabi- Ecuador 2011-2012.
11. Pacheco J. [Text] Ginecología y Obstetricia. 1ra Ed. Mad. Corp S.A Lima- Perú 1999, Pág. 1101-1112.
12. Riveros J. Resultados perinatales en la ruptura prematura de membranas. Revista Nacional Itauguá, Paraguay 2011 Hospital Regional de Caacupé, Paraguay; Vol. 3(1): 35-41.
13. Nava D, Escobar V. Ruptura prematura de membranas y sepsis en recién nacidos de término. Revista Mexicana de Pediatría 2009; Vol. 76(5); pág. 205-208.
14. Doren A, Carvajal J. Alternativas de manejo expectante de la rotura prematura de membranas antes de la viabilidad en embarazos únicos. Revista chilena obstetrica ginecológica 2012; 77(3): 225 – 234.
15. Lugones M, Ramírez M. Rotura prematura de membranas, aspectos de interés para la atención primaria de salud. Revista Cubana de Medicina General 2010; Vol. 26(4). Pág. 684.

16. Padilla S. Factores de riesgo asociados a ruptura prematura de membranas en gestantes pre término atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales. Tesis USMP Lima 2012
17. Ybaseta J, Barranca M, Factores de riesgo asociados a la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco 2012. Revista médica Panacea. 2014; 4(1): 13-16.
18. Pinto I. "Ruptura prematura de membrana por vaginosis bacteriana en pacientes sin control prenatal adecuado". Hospital Materno Infantil Dra. Matilde Hidalgo de Procel". De septiembre del 2012 a febrero del 2013. Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Obstetricia. Guayaquil- Ecuador 2013.
19. Aguilar H, Meléndez J. Perfil epidemiológico del recién nacido con sepsis, atendido en el servicio de neonatología del Hospital Escuela comprendido en el periodo de julio 2004 a septiembre 2006. Revista Médica de los Post Grados de Medicina UNAH Vol. 10 N° 1. Honduras 2007.
20. Velásquez J, Kusunoki L, Paredes T, Hurtado R, Rosas A, Vigo W. Mortalidad neonatal, análisis de registros de vigilancia e historias clínicas neonatales del año 2011 en Huánuco Y Ucayali, Perú. Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública. 2014; Vol. 31(2), pág. 228-236.
21. Lupa L. Resultados Maternos Perinatales en gestantes con Ruptura Prematura de Membranas en el Centro Materno Infantil Cesar Lopez Silva – Villa el Salvador 2013. Tesis USMP. Lima 2014.
22. Miranda A. Resultados maternos y perinatales del manejo conservador de la rotura prematura de membranas en gestantes de 24 a 33 semanas. Acta Medica Peruana. 2014; Vol.31 (2) pág. 84-89.

23. Oyarzún E, Poblete J. Alto riesgo obstétrico. 2da edición Ediciones universidad Católica de Chile, Chile 2014.
24. Ganfong A, Nieves A. Influencia de la rotura prematura de membranas en algunos resultados perinatales. Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto”. Rev Cubana Obstet Ginecol 2007;33(2).





ANEXO 1

PATOLOGIA DE MUERTE NEONATAL SEGUN PERIODO DE LATENCIA EN MADRES QUE PRESENTARON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

Patología	PERIODO DE LATENCIA DE RPM						Total	
	Menos de 12 horas		Entre 12 a 23 horas		Más de 24 horas			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sepsis	0	0	1	25	1	25	2	50
Prematuridad y sepsis	0	0	0	0	1	25	1	25
Síndrome de insuficiencia respiratoria y prematuridad	1	25	0	0	0	0	1	25
Total	1	25	1	25	2	50	4	100

ANEXO 2

PATOLOGIA DE MUERTE NEONATAL SEGÚN EDAD GESTACIONAL DE MADRES QUE PRESENTARON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

Patología	Edad gestacional						Total	
	Pre término		A término		Post término			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sepsis	0	0	1	25	1	25	2	50
Prematuridad y sepsis	1	25	0	0	0	0	1	25
Síndrome de insuficiencia respiratoria y prematuridad	1	25	0	0	0	0	1	25
Total	2	50	1	25	1	25	4	100

ANEXO 3

PATOLOGIA DE MUERTE NEONATAL SEGÚN PARIDAD DE MADRES QUE PRESENTARON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

Patología	PARIDAD						Total	
	Primípara		Multípara		Gran multípara			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sepsis	1	25	1	25	0	0	2	50
Prematuridad y sepsis	1	25	0	0	0	0	1	25
Síndrome de insuficiencia respiratoria y prematuridad	0	0	0	0	1	25	1	25
Total	2	50	1	25	1	25	4	100

ANEXO 4

PATOLOGIA DE MUERTE NEONATAL SEGÚN CONTROL PRENATAL DE MADRES QUE PRESENTARON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

Patología	CONTROL PRENATAL				Total	
	Adecuado		Inadecuado			
	N°	%	N°	%	N°	%
Sepsis	1	25	1	25	2	50
Prematuridad y sepsis	1	25	0	0	1	25
Síndrome de insuficiencia respiratoria y prematuridad	1	25	0	0	1	25
Total	3	75	1	25	4	100

ANEXO 5

PATOLOGÍA DE MUERTE NEONATAL SEGÚN TÉRMINO DE PARTO EN MADRES QUE PRESENTARON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

Patología	Término de parto				Total	
	Parto Eutócico		Parto Distócico			
	N°	%	N°	%	N°	%
Sepsis	1	25	1	25	2	50
Prematuridad y sepsis	1	25	0	0	1	25
Síndrome de insuficiencia respiratoria y prematuridad	0	0	1	25	1	25
Total	2	50	2	50	4	100

ANEXO 6

FICHA RECOLECCIÓN DE DATOS

N° HC:.....

Fecha:.....

DATOS

1. Periodo de latencia:.....

2. Edad gestacional:

Pre término

A término

Post término

3. Paridad

Primípara

Multípara

Gran multípara

4. Control prenatal

> o = a 6 CPN

< a 6 CPN

5. Tipo de parto

Vaginal

Cesárea

6. Muerte neonatal

Si

No

7. Patología neonatal	SI	NO
Sepsis		
Síndrome de insuficiencia respiratoria		
Prematuridad		

8. Vitalidad del Neonato

Puntaje de Apgar al minuto:

0 a 3 (depresión severa)

4 a 6
(depresión moderada)

7 a 10 (normal)

Puntaje de Apgar a los 5 minutos:

0 a 3 (depresión severa)

4 a 6
(depresión moderada)

7 a 10 (normal)

