



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS

**FACTORES RELACIONADOS AL TIEMPO DE LATENCIA DE
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE AZÁNGARO 2022**

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
OBSTETRA**

AUTORES:

Bach. Sucasaca Pilco, Ulises Francisco

Bach. Urbina Oblitas, Yobanita

ASESORA:

Mg. García Chaíña, Esther

LINEA DE INVESTIGACIÓN

Atención Integral a la Gestante

Huancayo – Perú

2022

DEDICATORIAS

A mi madre por ser el motivo de inspiración, por brindarme su amor, cariño, estímulo constante y su fortaleza, por los cuidados brindados a lo largo de mi vida, por contribuir positivamente durante mi formación profesional depositando en mí su confianza incondicional.

Ulises

A mí padre y madre hermanos por ser el motivo de inspiración, por brindarme su amor, cariño estímulo constante por los cuidados brindados a lo largo de mi vida, por contribuir positivamente durante mi formación profesional.

Yobanita

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt, por haberme aceptado ser parte de ella y abierto las puertas de su seno científico para poder culminar mi carrera profesional.

Agradezco infinitamente el apoyo recibido por el Dr. René Sánchez Ríos. Para la elaboración de mi tesis

Ulises

Mi agradecimiento eterno a la universidad por haberme permitido culminar con buenos aprendizajes en mi carrera profesional, a la cual ya me voy a encaminar. También agradezco al personal del hospital de Azángaro por haberme acogido y brindado sus instalaciones para poder realizar y culminar mi investigación.

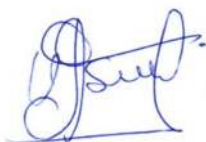
A la Mg. Esther Elisa García Chaiña, por su tiempo y orientación en el desarrollo y culminación de mi investigación.

Yobanita

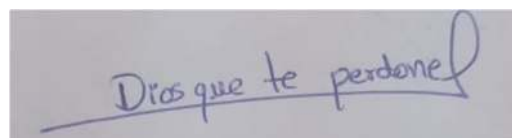
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Ulises Francisco Sucasaca Pilco con DNI 80308814; seguido de Yobanita Urbina Oblitas con DNI 73197751; autores de la tesis titulada **FACTORES RELACIONADOS AL TIEMPO DE LATENCIA DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE AZÁNGARO 2022**

Declaramos que: el presente trabajo de investigación, tema de la tesis presentada para la obtención de título profesional de obstetra, siendo resultado de nuestro trabajo personal, el cual no he copiado de otros trabajos de investigación, ni utilizado ideas, formulas ni citas completas “stricto sensu”; caso contrario, menciono de forma clara y exacta su origen o autor, tanto en el cuerpo del texto, figuras, cuadros, tablas u otros que tengan derecho de autor.



Ulises Francisco Sucasaca Pilco
DNI N° 80308814



Yobanita Urbina Oblitas
DNI N° 73197751

RESUMEN

En la presente investigación se identificó que los factores maternos pregestacionales como son: el IMC normal con 69%, si se presentó antecedente de RPM con 30,2%, toxicomanía de cigarrillos con 15.5%. Se estableció que los factores maternos gestacionales como: APN mayores de 6 con 56%, Infecciones intercurrentes como ITU con 56.8%, oligoamnios con 12.1%. Se indicó que los factores fetales como: fetos múltiples con 9,5%, patologías fetales, como síndrome de dificultad respiratoria con 15.5%; Apgar al minuto normal con 85.3% y prematuridad tardía con 86.2% y con $NS < 0,05$. Conclusión. Se determinó que los factores maternos pregestacionales, maternos gestacionales y factores fetales se relacionan al tiempo de latencia de ruptura prematura de membrana en gestantes atendidas en el Hospital de Azángaro 2022.

Palabras clave: Factores maternos pregestacionales, gestacionales, fetales

ABSTRACT

In the present investigation, it was identified that the pre-gestational maternal factors are: normal BMI with 69%, if there was a history of RPM with 30.2%, cigarette drug addiction with 15.5%. It was established that gestational maternal factors such as: APN greater than 6 with 56%, intercurrent infections such as UTI with 56.8%, oligoamnios with 12.1%. It was indicated that fetal factors such as: multiple fetuses with 9.5%, fetal pathologies, such as respiratory distress syndrome with 15.5%; Apgar at normal minute with 85.3% and late prematurity with 86.2% and with NS <0.05 . Conclusion. It was determined that pre-gestational maternal factors, gestational maternal factors and fetal factors are related to the latency time of premature rupture of the membrane in pregnant women treated at the Hospital de Azángaro 2022.

Keywords: Pregestational, gestational, fetal maternal factors

ÍNDICES

CARATULA	1
DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO.....	3
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD.....	4
RESUMEN.....	5
ABSTRACT	6
I. INTRODUCCIÓN	8
II. MÉTODO.....	24
2.1. Tipo y diseño de investigación.....	24
2.2. Población, muestra y muestreo.....	24
2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	25
2.4. Procedimiento.	26
2.5. Métodos de análisis de información.....	26
2.6. Aspectos éticos.....	27
III. RESULTADOS.....	28
IV. DISCUSIÓN	38
V. CONCLUSIONES	41
VI. RECOMENDACIONES	42
VII. REFERENCIAS.....	43
VIII. ANEXOS	46

I. INTRODUCCIÓN

El trabajo de investigación llevó el título “Factores relacionados al tiempo de latencia de ruptura prematura de membrana en gestantes atendidas en el Hospital de Azángaro 2022”. Ya que la ruptura prematura de membrana es aquella que ocurre antes del inicio del trabajo de parto, se puede presentar antes o después de las 37 semanas de edad gestacional. Tuvo como objetivo determinar los factores relacionados al tiempo de latencia de ruptura prematura de membrana en gestantes atendidas en el Hospital de Azángaro 2022. La tesis tuvo diseño no experimental transversal, tipo correlacional, y prospectivo. Se empleó los análisis con tablas de frecuencia, gráficos, mediante el programa SPSS y la prueba estadística del chi cuadrado

La situación problemática. de la rotura prematura de membranas que ocurre sobre todo en gestantes que no han llegado al término, constituye una emergencia obstétrica, una emergencia perinatal, ya que se pierde la protección que tiene el feto con el medio externo; es decir, se pierde la barrera natural establecida por la membrana amniótica, se pierde el líquido amniótico que es producido por el feto, y se expone a la gestante y al feto pretérmino a la contaminación con los gérmenes que existen en el cuello uterino y en la vagina, con el grave riesgo de que se produzca una infección materna-fetal. Los mecanismos para la ruptura de membranas son múltiples y por eso muchas veces no se consigue su prevención. Dentro de la etiología de la ruptura prematura de membranas (RPM) se consideran defectos estructurales de la formación de la membrana amniótica; sobredistensión de las membranas, como ocurre en los casos de polihidramnios o embarazo gemelar; causas infecciosas que pueden ascender desde la vagina y cuello, como es el caso de la vaginosis bacteriana. Sin embargo, muchas veces no se conoce la causa.

Delimitación Espacial. La presente de investigación se ejecutó en el Hospital Carlos Cornejo Rosello del distrito de Azángaro, provincia de Azángaro, ubicado en la región de Puno. Delimitación temporal. La presente investigación se realizó en los meses de mayo – julio del 2022. Delimitación Social. La investigación abarcó a las gestantes que acuden al Hospital Carlos Cornejo Rosello.

En la investigación de considero los siguientes antecedentes nacionales.

En la investigación de Ibarra S. denominada “*Variables asociadas a ruptura prematura de*

membranas en pacientes primigestas atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2017 – 2018". Lima 2019. "Resultado. La prevalencia de RPM en primigestas fue de 84,5%. Se encontró que el estado civil ($p=0,04$), el grado de instrucción ($p=0,00$), la edad gestacional ($p=0,04$), la anemia gestacional ($p=0,00$) y la infección de las vías urinarias ($p=0,00$), presentaron asociación significativa con la RPM. Considerándose a estas variables como factores de riesgo para presentar ruptura prematura de membranas, y no encontrándose asociación con las otras variables del estudio. Al hallar el OR se obtuvo que la ITU y la anemia incrementan en 30 y 10 veces el riesgo de RPM. Conclusiones: La prevalencia de RPM en primigestas fue de 84,5%. Los factores asociados a RPM son: estado civil, grado de instrucción, edad gestacional, anemia gestacional (OR= 10), y la infección urinaria (OR=30)". (1)

La publicación de Corpus R. titulada "*Complicaciones maternas en la ruptura prematura de membranas pretérmino en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, año 2016-2017*". Trabajo académico para optar el título de segunda especialidad en emergencia y alto riesgo obstétrico. Lima: Universidad San Martín de Porras, Facultad de Obstetricia y enfermería; 2019. Se dio a conocer que la prevalencia de ruptura prematura de membranas pretérmino en el año 2016 fue 2.0% y 1.8% para el año 2017. Dentro de las características epidemiológicas encontramos con mayor prevalencia gestantes con edades entre 20 y 34 años 68.6%, convivientes 75.2%, con secundaria 38.1%, de zona rural 56.2%, multigestas 61% y control prenatal inadecuado 59%. Dentro de las características clínicas predominó la edad gestacional entre 28 y 34 semanas 50.5%, los casos que no recibieron tocólisis 67.6%, recibieron maduración pulmonar 50.5, antibiótico profilaxis 95.2%, el periodo de latencia prolongada fue de 71.4%, la principal indicación para culminar el embarazo fue el parto pretérmino 61%, la vía de parto más frecuente fue vaginal 57.1% y 61% de los casos estuvo hospitalizada de 1 a 3 días. 71.4% de las pacientes no presentaron complicaciones y las que, si presentaron, la corioamnionitis ocupó el primer lugar con 13.3% seguida de la infección de herida operatoria con 6.7%, hemorragia post parta 4.8%, sepsis 1.8%, desprendimiento prematuro de placenta 1% y otras complicaciones 1%. Conclusiones: Las complicaciones maternas más frecuentes en la ruptura prematura de membranas pretérmino fueron las infecciosas, como la corioamnionitis y la infección de herida operatoria. (2)

En la investigación de Pezo M. Et al denominada "*Resultado. Complicaciones maternas y*

fetales asociadas a tipos de ruptura prematura de membranas en gestantes de 28 a 36 semanas atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, 2017". Tesis para obtener el título profesional de Obstetra. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín, Facultad de ciencias de la Salud; 2018. Las características sociodemográficas de las gestantes de 28 a 36 semanas atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto en el 2017, fueron: edad entre 20 a 35 años con 58,3%, de estado civil unión libre con 35,8%, proceden de zona urbana en 55,8%, grado de instrucción secundaria en 50,8% y el 37,5% son ama de casa. El tipo de RPM que se presentó con más frecuencia fue la ruptura alta en un 98,3%. Las complicaciones maternas presentadas con mayor frecuencia fueron: el parto pretérmino en 99,2%, el 0,8% no tuvo complicación previa. Las complicaciones fetales reportadas en gestantes de 28 a 36 semanas con RPM fueron: hipoplasia pulmonar en 52,5%, asfixia perinatal en 29,2% e infección neonatal en un 11,7%. No existe relación entre las complicaciones maternas con el tipo de rotura prematura de membranas en gestantes de 28 a 36 semanas se aplicó la prueba no paramétrica de chi cuadrado leída con un nivel de significancia $< a 0,05$. Si existe relación entre la variable complicaciones fetales y el tipo de RPM al aplicar la prueba no paramétrica chi cuadrado se evidencia que la asfixia perinatal es la complicación fetal que presenta relación significativa ($X^2 = 4.939$; $p = 0.026$) ($p < 0,05$). En conclusión, la complicación asfixia perinatal es la única complicación que se relaciona significativamente ($p < 0.05$) con el tipo de rotura prematura de membranas en gestantes de 28 a 36 semanas atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto, 2017. (3)

Según Calderón R. en su trabajo de investigación "*Factores de riesgo materno en gestantes con ruptura prematura de membranas del Servicio Gineco Obstetricia del Hospital de Andahuaylas 2016*". Huancavelica 2018. "Resultado. La mitad de las gestantes tienen de 26 años y la edad de la gestante que más se repite es 29 años. Son factores de riesgo las edades extremas de 13 y 41 años de edad. El 38% de gestantes tienen el grado de instrucción secundaria en un 53%, más de la mitad de gestantes tienen un índice de masa corporal Normal, el 19% sobrepeso, el 51.4% tuvieron Infección del Tracto urinario y el 56.9% de las gestantes no presentaron Infección vaginal y el 95.8% de gestantes tuvieron atención prenatal completo. Conclusión: La ruptura prematura de membranas tiene una media de 37 y 38 semanas de gestación, una moda de 38 semanas. La edad gestacional mínima de 27 semanas y máxima de 42 semanas de gestación las gestantes con ruptura prematura de membranas del servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Andahuaylas en su mayoría

presentaron infección del tracto urinario. (4)

En la tesis de Carhuas A. denominada "*Características perinatales de recién nacidos de madres con complicaciones obstétricas. Hospital II EsSalud. Pasco. 2018*". Cerro de Pasco 2021. En el presente trabajo de investigación se identificó las características perinatales de los recién nacidos de madres con complicaciones obstétricas atendidas en el Hospital II ESSALUD, encontrándose como relevante que un 80% (24) de los recién nacidos tuvieron complicaciones y solo un 20 % (6) no las tuvo. Se determinó las complicaciones obstétricas siendo la más frecuente la rotura prematura de membranas con un 33.33 % (10), seguida por la hipertensión inducida por el embarazo 26.67% (8), la infección del tracto urinario 20% (6), hipertensión inducida por el embarazo Síndrome de HELLP 10% (3), el oligohidramnios con 6.6% (2) y el polihidramnios 3,33% (1). Estableció las características demográficas de las madres con complicaciones obstétricas como: edad materna corresponde al grupo de 20-30 años con un 60 % (18), relacionado al grado de instrucción es secundaria con un 63.33 % (19), paridad es primípara con un 40% (12), tipo de parto es vaginal con un 66% (20), espacio intergenésico de 3 a 4 años con un 46.67% (14), relacionado a los controles prenatales son con más de 6 controles 77.33% (22). Se estableció las características del recién nacido de madres con complicaciones obstétricas donde su mayor porcentaje relacionado a la edad gestacional un 50% (15) están a término, en cuanto al peso con 46,67% (14) están con bajo peso entre 1,500g y 2,500g, relacionado al APGAR del recién nacido el mayor porcentaje un 66,67% (20) se encuentran en condición normal entre 7 a 10 de APGAR. Se Identificó las complicaciones perinatales de los recién nacidos donde, el mayor porcentaje corresponde a RCIU con un 33,33% (10) seguido de prematuridad con un 20% (6) y sepsis neonatal 20% (6), presentan asfixia y otras causas relacionadas 6,67% (2); existiendo un 20 % que no presentan ninguna complicación (6). (5)

En la tesis de Reyes C. titulada "*Factores de riesgo maternos asociados a la ruptura prematura de membranas en partos pre término*". Lima 2019. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal, Facultad de Medicina Hipólito Unanue; 2019. "Resultado. Los factores de riesgo maternos sociodemográficos asociados a la ruptura prematura de membranas en partos pre término más frecuentes fueron tener una edad entre 25 y 29 años (31,4%), tener secundaria completa (37,2%), ser conviviente (56,9%), ser ama de casa (76,5%), haber consumido alcohol previo al embarazo (7,8%), tabaco (23,5%) y drogas (3,9%). Los factores de riesgo maternos

gineco-obstétricos asociados a la ruptura prematura de membranas en partos pre término más frecuentes fueron tener 1 gestación (37,3%), no presentar partos previos (45,1%), tener anemia durante su embarazo (33,3%), tener sobrepeso (25,3%) y obesidad (11,8%) según IMC , presentar periodo intergenésico corto (33,3%), tener de 3 a 5 atenciones prenatales (56,9%), presentar infección del tracto urinario durante su embarazo (60,8%), tener antecedente de cesárea (5,9%), de aborto (37,3)%, y de un 1 parto pre término (31,4%). Los factores de riesgo maternos asociados a la RPM en partos pre término más frecuentes fueron ser ama de casa y presentar infección del tracto urinario durante su embarazo. (6)

En la tesis de Campos S. *“Factores de riesgo asociados con RPM en gestantes pretérmino en el hospital nacional Hipólito Unanue”*. Tesis para optar el título profesional de médico Cirujano. Lima: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana; 2018. Del estudio, análisis y discusión de los resultados conseguidos, se ha establecido que de los 443 casos de RPM ,113 fueron RPM en gestantes pretérmino. El factor de riesgo más frecuente asociado a RPM fue el síndrome de flujo vaginal, 51.33%, seguido por bajo nivel socioeconómico, bajo nivel de educación, nuliparidad, ITU, RPM anterior, antecedente de más de un aborto y gestación múltiple. Conclusión: La prevalencia de RPM en gestantes pretérmino atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el año 2014 fue 25.51 %. Siendo el síndrome de flujo vaginal el factor de riesgo más frecuente en esta población junto con el bajo nivel socioeconómico. Estos factores deben ser considerados en la prevención, diagnóstico y manejo terapéutico. (7)

En la tesis de Reynaga A. denominada *“Factores de riesgo materno en gestantes con Ruptura prematura de membranas del Servicio gineco obstetricia del hospital de Andahuaylas 2016. Huancavelica 2018”* “Resultado. La mitad de las gestantes tienen de 26 años y la edad de la gestante que más se repite es 29 años. Son factores de riesgo las edades extremas de 13 y 41 años de edad. El 38% de gestantes tienen el grado de instrucción secundaria en un 53%, más de la mitad de gestantes tienen un índice de masa corporal Normal, el 19% sobrepeso, el 51.4% tuvieron Infección del Tracto urinario y el 56.9% de las gestantes no presentaron Infección vaginal y el 95.8% de gestantes tuvieron atención prenatal completo. Conclusión: La ruptura prematura de membranas tiene una media de 37 y 38 semanas de gestación, una moda de 38 semanas. La edad gestacional mínima de 27 semanas y máxima de 42 semanas de gestación las gestantes con ruptura prematura de

membranas del servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Andahuaylas en su mayoría presentaron infección del tracto urinario. (8)

Según la investigación de Serruto L. Titulada "*Factores relacionados a la RPM en gestantes atendidas en el hospital regional Manuel Núñez Butrón Puno 2019. Juliaca 2021*" "Resultado. Los factores obstétricos relacionados a la ruptura prematura fueron edad materna de 20 a 34 años [chi2 12.13 P=0.02]; las primigestas con 45.3% [chi2 23.96 P=0.00]; índice de masa corporal normal con 48.1% [chi2 9.12 P=0.01]; nuliparidad con 45.4% [chi2 32.60 P=0.00]; atenciones prenatales mayores de 6 con 53.7% [chi2 8.46 P=0.00], no presentaron periodo intergenésico con 45.4% [chi2 15.43 P=0.00], relaciones sexuales dos por semana con 68.5% [chi2 5.63 P=0.03] y el factor patógenos: infección del tracto urinario bajo con 60.2% [chi2 6.5 – P=0.04], infecciones de transmisión sexual por vaginosis con 49% [chi2 6.40 P=0.04], Conclusiones: Se establece que los factores obstétrico y patógeno se relacionan a la RPM en gestantes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno 2019. Se evidencio que el tipo de ruptura prematura de membranas pretérmino 91.7%, es más frecuente" (9)

En la publicación de Meléndez N; Barja J. Denominada "*Factores de riesgo asociados con la ruptura prematura de membranas pretérmino en pacientes de un hospital del Callao, Perú*". Revista Ginecología y Obstetricia de México. 2020 enero; 88(1). Se estudiaron 32 pacientes embarazadas, con ruptura prematura de membranas pretérmino (casos) y 64 embarazadas sin enfermedad (controles). Entre los factores estudiados, los sociodemográficos no demostraron asociación significativa; mientras que los factores obstétricos: infecciones cervicovaginales (ORa: 6.9; IC95%: 1.6-29.2), infección de vías urinarias (ORa: 5.1; IC95%: 1.5-17.2) y anemia (odds ratio ajustado (ORa). 6.9) 4.8; IC95%: 1.6-14.2) demostraron incrementar, significativamente, el riesgo de ruptura prematura de membranas pretérmino cuando una embarazada está expuesta a esos riesgos. Conclusiones: Las infecciones cervicovaginales, urinarias y la anemia fueron factores de riesgo que se asociaron con la ruptura prematura de membranas pretérmino. (10)

Al mismo tiempo se consideró los siguientes antecedentes internacionales:

En el estudio de Ortiz F, et al en su trabajo titulado "*Complicaciones neonatales asociadas a la ruptura prematura de membranas amnióticas en recién nacidos de pretérmino*". 2017. Resultado. La RPM fue más frecuente en los más prematuros (24-31 SEG 13/29, 44.8%;

versus 32-34 SEG 11/31, 35.5% y versus 35-36 SEG 32/282, 11.4%, $p < 0.001$). En nueve (2.6%) la RPM sucedió después de 18 horas. La RPM se asoció con mayor frecuencia de SDR en todos los RNP (69.2% 36/52 versus 52%, 151/290, $p = 0.02$). La hemorragia intraventricular fue más frecuente en los < 32 SEG con RPM (4/13 contra 0/16, $p = 0.03$). No hubo diferencias en la frecuencia de sepsis, enterocolitis necrotizante, hiperbilirrubinemia, hipertensión pulmonar y crisis convulsivas. Fallecieron cinco RNP < 32 SEG (3 con y 2 sin RPM, $p = 0.63$). No hubo diferencias significativas en los días de estancia asociados a RPM, sólo a la prematuridad. Conclusión: La RPM fue más frecuente en RNP < 32 SEG, su presencia se asoció a más casos de SDR y hemorragia intraventricular para los más prematuros. (11)

Según Jácome A. en su investigación denominada “*Manejo expectante vs manejo activo de la rotura prematura de membranas en embarazos mayores de 34 semanas como factor asociado a la disminución de complicaciones neonatales por prematuridad en el Hospital Carlos Andrade Marín Quito*”: “Resultado. La rotura prematura de membranas entre las 34 y 36,6 semanas tuvo una prevalencia del 1,95% y se asoció a parto pretérmino en el 13.59%. De las 209 pacientes: 103 fueron de manejo expectante y 106 de manejo activo. El tiempo de latencia cuando la labor fue espontánea fue menor a 24 horas en el 55,4%. Los grupos fueron homogéneos en cuanto a uso de corticoide, antibioticoterapia antenatal, peso, Apgar y sexo del recién nacido, la frecuencia de parto por cesárea fue del 25.2% (manejo expectante), frente 50.9% (manejo activo) con una $p < 0.05$. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas de las variables: infección materna en manejo expectante tuvo un RR: 1.324 (IC95%: 0.972 – 1.885), mientras que, el manejo activo tuvo un RR: 0.683 (IC95%: 0.398 – 1.172); sepsis neonatal RR: 0.909 (IC95%: 0.608 – 1.359) en manejo expectante, y RR: 1.091 (IC95%: 0.773 – 1.540) en manejo activo; síndrome de distrés respiratorio RR: 0.993 (expectante) y RR: 1.01 (activo), y la hospitalización prolongada RR: 0.891 (IC95%: 0.649 – 1,222) para manejo expectante y RR: 1,121 (IC95%: 0.821 – 1,530) para manejo activo. El riesgo de mortalidad neonatal y enterocolitis necrotizante, es mayor en recién nacidos de madres bajo manejo activo, con RR: 2.013 (IC95%: 1.723 – 2.351) y RR: 1.321 (IC95%: 0.587 – 2.973) respectivamente. Conclusiones: Se evaluó el grado de complicaciones neonatales en cada grupo de manejo y se estableció que no hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, pero si se evidenció que tras el manejo activo hubo un aumento significativo de riesgo de mortalidad neonatal,

enterocolitis necrotizante y frecuencia de cesáreas; así como un aumento, aunque no significativo de síndrome de distrés respiratorio, siendo la principal causa de hospitalización prolongada en este grupo. (12)

Al mismo tiempo se utilizó el siguiente marco teórico para dar sustento la tesis

Factores relacionados. Componente premonitorio que puede narrar los peligros que tienen los individuos cuando se enferman o antes. (13)

Índice de masa corporal. (IMC PG) sirve para clasificar el estado nutricional previo al embarazo, y a partir de esa información estimar la ganancia de peso que debe tener durante la gestación. Se computa a través de una fórmula. En el caso de la gestante, se deben tener en cuenta el IMC pregestacional y las semanas de embarazo. (14).

$$\text{IMC Pregestacional Estimado} = \frac{\text{Peso pregestacional Estimado (kg)}}{\text{Talla m}^2}$$

Incidencia de masa corporal < 18.5 = Delgadez. Las gestantes que tienen un IMC PG < 18,5 son clasificadas con valoración nutricional antropométrica de "delgadez", que refleja un inadecuado y pobre estado nutricional de la madre al inicio del embarazo. Al respecto, se debe promover una ganancia de peso materno mayor de lo establecido para el IMC PG normal durante el monitoreo de la gestación, pues el bajo peso pregestacional y la poca ganancia de peso gestacional están relacionados con el bajo peso al nacer. Las gestantes de embarazo único que son clasificadas con delgadez pregestacional deben tener una ganancia de peso total de 12,5 a 18,0 kg. Incidencia de masa corporal 18.5 a 25.0 = Normal. Las gestantes que tienen un IMC PG de 18,5 a < 25,0 son clasificadas con valoración nutricional antropométrica de "normal", y deben tener una ganancia de peso total de 11,5 a 16,0 kg para embarazos únicos y de 17,0 a 25,0 kg para embarazos múltiples (mellizos). Incidencia de masa corporal 25.0 < 30.0 = Sobrepeso (Pre obesidad). Las gestantes que tienen un IMC PG de 25,0 a < 30,0 son clasificadas con valoración nutricional antropométricas de "sobrepeso", que refleja un inadecuado y excesivo peso de la madre al inicio del embarazo. Por lo tanto, se debe promover una ganancia de peso materno menor de lo normal durante el monitoreo de la gestación, pues la alta ganancia de peso puede generar un alto peso al nacer e incrementar el riesgo de diabetes y de enfermedades cardiovasculares. Las gestantes que son clasificadas con sobrepeso pregestacional deben tener una ganancia de peso total de 7,0 a 11,5 kg para embarazos únicos y de 14,0 a 23,0 kg para embarazo múltiple (mellizos). Incidencia de masa corporal ≥ 30.0 = Obesidad. Las gestantes que tienen un IMC PG $\geq 30,0$ son

clasificadas con valoración nutricional antropométrica de "obesidad", e igualmente reflejan un inadecuado y excesivo peso de la madre al inicio del embarazo. En tal sentido, se debe promover igualmente una ganancia de peso materno menor de lo normal durante el monitoreo de la gestación. Las gestantes que son clasificadas con sobrepeso pregestacional deben tener una ganancia de peso total de 5,0 a 9,0 kg para embarazos únicos y de 11,0 a 19,0 kg para embarazo múltiple (mellizos). (15)

Antecedente de ruptura prematura de membrana. La ruptura prematura de membranas fetales (RPM) se define como la ruptura de membranas que ocurre espontáneamente antes del inicio del trabajo de parto. El término latencia se refiere al tiempo que transcurre entre la ruptura y la terminación del embarazo. Así, el periodo de latencia y la edad gestacional determinan el pronóstico y consecuentemente el manejo de la enfermedad de acuerdo a la posibilidad o no de terminación del embarazo. Cuando la RPM ocurre antes de la semana 37 es conocida como ruptura prematura de membranas fetales pretérmino (RPMF). (16)

Toxicomanía. La toxicomanía materna puede consistir en cualquier combinación de consumo de drogas, químicos, alcohol y tabaco durante el embarazo. Mientras está en el útero, un feto crece y se desarrolla debido a la nutrición que le llega de la madre a través de la placenta. (17) El período de la gestación en el cual ocurre la exposición es determinante del efecto tóxico. El período embrionario durante el primer trimestre constituye una ventana crítica de vulnerabilidad para la aparición de malformaciones congénitas (efecto teratogénico). La organogénesis ocurre entre los días 18 y 60 de la gestación. El concepto actual de agente teratógeno no se limita a la capacidad de inducir malformaciones morfológicas o estructurales de un órgano en desarrollo, sino también producir alteraciones bioquímicas o funcionales. Un órgano en desarrollo es más susceptible al daño estructural y/o funcional por una sustancia química. No existe una dosis tóxica establecida, por lo que, dicho de otra forma, no existe una dosis segura a la cual la exposición no ocasione daño. Esto reafirma el concepto de que el consumo de sustancias durante el embarazo constituye un abuso. Durante el embarazo existen cambios fisiológicos que pueden alterar la cinética de las drogas en el organismo (absorción, distribución, metabolismo, eliminación), incrementando la toxicidad y el riesgo de complicaciones. Retardo en el vaciamiento gástrico y reducción de la motilidad gastrointestinal, que pueden aumentar la absorción digestiva de la droga (alcohol etílico). El aumento del volumen corriente y la disminución del volumen residual pulmonar pueden incrementar la absorción de drogas fumadas (tabaco, marihuana,

crack, pasta base de cocaína). Disminución de la concentración plasmática de albúmina y reducción del metabolismo hepático, que pueden aumentar la concentración de droga libre y su pasaje al feto a través de la placenta (v.g. sedantes como benzodiazepinas). La eliminación de reservas lipídicas al final del embarazo puede favorecer la liberación de drogas acumuladas en el tejido adiposo. (18)

Atenciones prenatales. Las atenciones prenatales, al ser actividades que los profesionales de salud realizan a todas las gestantes con la finalidad de ver como se desarrolló y evoluciona el producto de la gestación, para identificar alguna patología que se ha presentado y corregirla. La organización mundial de la salud ha diferenciado a dos sectores a las mujeres en están gestando. Las que tienen que ser atendidas con rutina o llamadas básicas. Las que deben tener atenciones especiales por tener componentes de peligro. La incorporación de las embarazadas al componente básico es mediante unos establecidos. Estas mujeres no tienen que presentar ningunos exámenes especializados desde el momento de la primera atención obstétrica autónoma del tiempo de embarazo que presenta. Las que no fueron seleccionadas tiene que solicitar evaluaciones con personal especializado. Esto representa aproximadamente $\frac{1}{4}$ del total de embarazadas que acudieron para iniciar sus atenciones prenatales. La finalidad que se trata de conseguir es: Descubrir patologías sin manifestaciones clínicas. El recelo anticipado del diagnóstico de los posibles problemas que se puedan presentar en la gestación tratarlas oportunamente. El cuidado de sus crecimiento y vigor fetal Tener menos incomodidades y sintomatología relacionados a la gestación. Prepararla física y mentalmente para la salida de la placenta. Brindar charla sobre cuidados de la salud familiar y neonatal. Enseñar a reconocer los signos de alarma en la gestación y como conducirse cuando se presenten. Lo fundamental que se desea en las APN es: eficiente, veraz y cumplir con 4 exigencias: temprano, habitual, completa y de extensa cobertura. (19)

Realizar atenciones gestacionales son las estructuras fundamentales de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. El MINSA la conceptualiza así. La evaluación integral y vigilancia de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud con el propósito de lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin el deterioro de la salud de la madre (20). Décadas recientes se han llevado controversias, para poder definir con precisión el número adecuado de atenciones prenatales (APN) y ocurrencias. Hace 13 años la Organización Mundial de la Salud definió, las embarazadas de bajo riesgo corresponden a tener como 4. Para el Ministerio de Salud define que una embarazada debe tener 6 APN; la

cual se distribuye de la siguiente forma: Dos atenciones previas a la semana 22. La tercera APN se realizará a las 22 a 24 semanas. La cuarta APN se realizará entre las 27 a 29 semanas. La quinta APN se realizará entre las 33 y 35 semanas. La sexta APN se realizará entre las 37 y las semanas concluyentes del embarazo.

Infecciones intercurrentes. Una enfermedad intercurrente en el embarazo es aquella que no está causada directamente por la gestación, pero que puede empeorar como consecuencia de este nuevo estado en la mujer. Estas enfermedades, además, pueden causar complicaciones y llegar a ser un potencial riesgo para el embarazo. Dentro de las más resaltantes se tienen: Varicela, Clamidias, Herpes simple, Sífilis, VIH. (21)

Líquido amniótico. El líquido amniótico tiene varias funciones durante el embarazo, crea un espacio físico para que el esqueleto adquiera su forma normal, promueve el desarrollo pulmonar fetal fisiológico y ayuda a evitar la compresión del cordón umbilical. La anomalía intrínseca que se encuentra en clínica más a menudo es el exceso o la carencia de líquido amniótico. (22) Por lo regular, el volumen de líquido amniótico alcanza 1 L hacia las 36 semanas y decrece a continuación hasta menos de 200 ml a las 42 semanas. La disminución de volumen del líquido amniótico se denomina *oligohidramnios*. De manera algo arbitraria, la presencia de más de 2 L de líquido amniótico se considera excesiva y se denomina *hidramnios* o *polihidramnios*.

En casos inusuales, el útero puede contener una enorme cantidad de líquido, y existen informes hasta de 15 L acumulados. En casi todos los casos, el polihidramnios es de tipo crónico, el cual corresponde al incremento gradual de líquido excesivo. En el polihidramnios agudo, el líquido puede distenderse mucho en unos cuantos días.

Número de fetos. Un embarazo múltiple es la gestación en la que se desarrolla más de un feto, como resultado de la fecundación de dos o más óvulos o cuando un óvulo se divide. Los niños que son resultado de un embarazo múltiple pueden ser gemelos, genética y físicamente iguales, o mellizos, diferentes o parecidos (23)- La RPM en los embarazos gemelares se puede presentar de las siguientes formas: ruptura del saco del primer feto o del segundo feto, RPM del saco con parto del primer feto y RPM de las membranas intersaco. La RPM antes del término es más frecuente que en los embarazos simples, con una incidencia de 11,8%. Al comparar el curso clínico de la RPM a término con la pretérmino, se ha encontrado que ambas tienen un período de latencia y riesgo de corioamnionitis similares; sin embargo, en el caso de embarazos gemelares, existe una mayor incidencia de

cesárea segmentaria, bajo peso al nacer y membrana hialina. (24) Síndrome de dificultad respiratoria. conocido también como enfermedad de membrana hialina, se origina en la deficiencia de surfactante pulmonar. Este último, mezcla de fosfolípidos, principalmente dipalmitoilfosfatidilcolina, es el responsable de la estabilización distal del alvéolo a volúmenes pulmonares bajos al final de la espiración, gracias a que reduce la tensión superficial. Cuando existe déficit de surfactante, el recién nacido puede no ser capaz de generar el aumento de la presión inspiratoria requerido para insuflar las unidades alveolares, lo que resulta en el desarrollo de atelectasia progresiva. Factores de riesgo. Los factores que afectan el grado de desarrollo del pulmón al nacer incluyen: prematuridad, diabetes materna y factores genéticos como, por ejemplo, raza blanca, historia, enfermedad de membrana hialina en hijos previos, sexo masculino. Las malformaciones torácicas que originan hipoplasia pulmonar, tales como hernia diafragmática, pueden aumentar el riesgo de deficiencia de surfactante. El déficit congénito de proteína B del surfactante da origen a proteínosis alveolar congénita, que en sus primeras etapas simula una enfermedad de membrana hialina y es generalmente letal. Otros factores que pueden afectar en forma aguda la producción, liberación o función del surfactante incluyen la asfixia perinatal en prematuros y cesáreas sin trabajo de parto. Los RN que nacen antes del trabajo de parto no se benefician de la liberación de hormonas adrenérgicas y esteroidales que se liberan durante el trabajo de parto, las cuales aumentan la producción y liberación del surfactante. Finalmente, el uso antenatal de corticosteroides tiene relevancia en la incidencia de la enfermedad (25)

Sepsis neonatal. Se define como la respuesta inflamatoria sistémica desencadenada por un hospedero (huésped) ante la presencia de un agente infeccioso. La OMS calcula que en el mundo mueren cerca de cinco millones de neonatos cada año, 94% de estos, nacidos en países en vías de desarrollo. En países pobres el choque séptico se presenta en 100 a 500 casos por cada millón de nacidos vivos. En los últimos 10 años en América Latina, la incidencia de infecciones neonatales causadas por *E. Colli* y *klebsiella-Enterobacter* ha ido en aumento, y se ha relegado al estreptococo beta hemolítico del grupo B a un segundo plano. En la sepsis nosocomial, *Staphylococcus epidermidis* y *Pseudomonas sp.* y *Candida albicans* son los gérmenes predominantes. Datos de la OMS revelan que la sepsis neonatal y meningitis neonatal representan 7.2% de las muertes neonatales en países en vías de desarrollo. Tanto el desarrollo del ataque séptico como el tipo causal del mismo dependen

del grado y calidad de colonización previa de las mucosas respiratorias y gastrointestinales del neonato por los diferentes microorganismos. La sepsis temprana guarda relación directa con el tipo de microorganismo que se encuentra en el aparato genito-rectal materno. (25)

Apgar al minuto. El test de Apgar es un examen clínico de neonatología, empleado en la recepción pediátrica, donde el médico clínico pediatra o neonatólogo certificado realiza una prueba medida en 5 estándares sobre el recién nacido para obtener una primera valoración simple (macroscópica), y clínica del estado general del neonato después del parto. El recién nacido es evaluado de acuerdo a cinco parámetros físico anatómicos simples, que son: color de la piel, frecuencia cardíaca, reflejos, tono muscular y respiración. A cada parámetro se le asigna una puntuación entre 0 y 2, sumando las cinco puntuaciones se obtiene el resultado del test. El test se realiza al minuto, a los cinco minutos y, en ocasiones, a los diez minutos de nacer. La puntuación al 1 minuto evalúa el nivel de tolerancia del recién nacido al proceso del nacimiento y su posible sufrimiento, mientras que la puntuación obtenida a los 5 minutos evalúa el nivel de adaptabilidad del recién nacido al medio ambiente y su capacidad de recuperación. Un recién nacido con una puntuación baja al minuto que a los 5 minutos obtiene unos resultados normales no implica anomalía en su evolución. De lo contrario un recién nacido que marca 0 puntos de Apgar se debe de evaluar clínicamente su condición anatómica para dictaminarle estado de muerte. La palabra APGAR, puede usarse como acrónimo o regla mnemotécnica recordando los criterios evaluados: Apariencia, Pulso, Gesticulación, Actividad y Respiración. (26)

Prematuridad. Se denomina parto pretérmino al que se produce antes de las 37 semanas de gestación, cuando el embarazo tiene 22 semanas (para algunas 20 semanas) y 36 semanas completas contadas desde el primer día de la fecha última menstruación. (27)

Tipos de parto pretérmino. Se considera prematuro un bebé nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación. Los niños prematuros se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional:

Prematuridad extrema: Cuando nace entre la semana (22-27 semanas), que ocurren aproximadamente un 0,25% de las gestantes. Prematuridad moderada o muy prematuros: Cuando nace antes de la semana (28- 31 semanas), que ocurre aproximadamente 0,6% de las gestaciones. Prematuridad tardíos: Cuando nace entre la semana (32-37 semanas), que ocurren aproximadamente un 3.0% de las gestaciones. (28)

Tiempo de la ruptura prematura de membrana pretérmino. La ruptura prematura de membranas es definida como espontánea cuando dicha ruptura ocurre antes del inicio de la labor de parto. Si dicha ruptura ocurre antes de las 37 semanas de gestación se denomina ruptura prematura pretérmino de membranas ovulares (RPPM). Estas pacientes con RPPM se pueden subdividir según la edad gestacional en tres grupos:

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

C-RPPM Previaible 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.

Etiología. La causa de la ruptura prematura de membranas es multifactorial y varía con la edad gestacional. En algunas pacientes más de una posible causa es encontrada. A medida que la ruptura se ocurre a menor edad gestacional se observa una mayor asociación con la infección del corion/decidua, aunque en algunos casos es difícil saber si la infección es la causa o es secundaria a la ruptura de las membranas. En cambio, las rupturas de membranas a mayor edad gestacional se asocian más con disminución del contenido de colágeno en las membranas. El cual también puede ser secundario a algunos microorganismos que producen colagenasas, mucinasas y proteasas. Además de los dos factores ya señalados, otros factores asociados a ruptura prematura de membranas son: Bajo nivel socioeconómico, fumar, enfermedades adquiridas por transmisión sexual, parto pretérminos anteriores, labor de parto pretérmino en semanas anteriores en el actual embarazo, conización cervical por tratamientos al cuello del útero, polihidramnios, embarazos múltiples, amniocentesis, cerclaje del cuello del útero y sangrados vaginales durante el actual embarazo, enfermedades pulmonares durante el embarazo, bajo índice de masa corporal y recientemente se ha demostrado que la suplementación con Vitamina C y E es un factor de riesgo. A pesar de las múltiples posibilidades o factores de riesgo y de que en algunas pacientes se encuentran varios de estos riesgos, también es cierto que en otras pacientes no encontramos estos factores y en ellas es realmente desconocida la causa de la ruptura prematura de las membranas.

Tiempo de latencia.

Latencia es el periodo de tiempo entre la ruptura y el nacimiento del feto.

Manejo conservador o expectante se refiere cuando el tratamiento consiste en prolongar o continuar el embarazo.

Precoz: Cuando a la ruptura es menor a 12 horas

Temprana. Cuando la ruptura se presenta entre las 12 a 24 horas

Tardía prolongada Cuando la ruptura es mayor a 24 horas

En la investigación se formuló el siguiente problema general: ¿Cuáles son los factores relacionados al tiempo de latencia de ruptura prematura de membrana en gestantes atendidas en el Hospital de Azángaro 2022? Al mismo tiempo se formuló los siguientes problemas específicos: PE1 ¿Cuáles son los factores maternos pregestacionales relacionados al tiempo de latencia de ruptura prematura de membrana en gestantes atendidas en el Hospital de Azángaro? PE2 ¿Cuáles son los factores maternos gestacionales relacionados al tiempo de latencia de ruptura prematura de membrana en gestantes atendidas en el Hospital de Azángaro? PE3 ¿Cuáles son los factores fetales relacionados al tiempo de latencia de ruptura prematura de membrana en gestantes atendidas en el Hospital de Azángaro?

Justificación por su aporte teórico: La ruptura prematura de membranas pretérmino (PPROM, por sus siglas en inglés) es una complicación del embarazo. Esta afección implica que la bolsa (membrana amniótica) que rodea al feto se rompe (ruptura) antes de las 37 semanas de embarazo. Una vez que se rompe la bolsa, aumenta su riesgo de tener infecciones. Por su relevancia práctica: La ruptura prematura de membrana es una causa importante de morbilidad materna y se le ha relacionado hasta con un 10% de la mortalidad perinatal. La frecuencia y severidad de las complicaciones neonatales después de la RPMP varían de acuerdo a la edad gestacional. Existe, además, riesgo de corioamnionitis, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPPNI) (4-12%), y compresión del cordón umbilical debido al oligohidramnios. El riesgo de infección se eleva con la disminución de la edad gestacional al momento de la RPM y con el tiempo de duración de la latencia. La corioamnionitis se presenta del 13 al 60% en pacientes con RPMP lejos de término, y la endometritis posparto complica del 2 al 13% de estos embarazos. El riesgo de sepsis materna es del 0.8% y de muerte de 0.14%. El riesgo de muerte fetal es del 1-2% en la RPMP lejos de término y está relacionada con infección y compromiso del cordón umbilical. En embarazos a término, la apoptosis, la activación de enzimas catabólicas como las colagenasas y fuerzas mecánicas resultan en la ruptura de membranas. La RPMP probablemente ocurre por la prematura activación de estas vías y también está relacionada a

procesos patológicos vinculados con infección o inflamación. La relevancia social. La RPM es una de las complicaciones más frecuentes y uno de los problemas obstétricos de mayor controversia en su manejo; afecta negativamente al embarazo y se asocia a mayor morbimortalidad materna neonatal, por lo que se considera necesario lograr unificación de criterios para su manejo. A pesar de la gran cantidad de información en la literatura que existe, hay una gran controversia y divergencia de opiniones en el manejo de esta patología, por lo que esta guía pretende ser la referencia y contestar las preguntas más importantes concernientes al manejo de la ruptura prematura de membranas pretérmino, de acuerdo a la mejor evidencia y recomendaciones disponibles. Por su aporte metodológico: El presente estudio utilizó instrumentos específicos para la recolección y análisis de datos, las mismas que fueron elaboradas por el investigador y validadas por expertos.

La investigación planteó el siguiente objetivo general “Determinar los factores maternos pregestacionales, maternos gestacionales y factores fetales. relacionados al tiempo de latencia de ruptura prematura de membrana en gestantes atendidas en el Hospital de Azángaro 2022”. Se pretendió llegar a los siguientes objetivos específicos: OE1. Identificar los factores maternos pregestacionales relacionados al tiempo de latencia de ruptura prematura de membrana en gestantes atendidas en el Hospital de Azángaro. OE2. Establecer los factores maternos gestacionales relacionados al tiempo de latencia de ruptura prematura de membrana en gestantes atendidas en el Hospital de Azángaro. OE3. Indicar los factores fetales relacionados al tiempo de latencia de ruptura prematura de membrana en gestantes atendidas en el Hospital de Azángaro.

En la tesis se dio respuestas a las interrogantes mediante la siguiente hipótesis general: “Los factores maternos pregestacionales, gestacionales y fetales se relacionan al tiempo de latencia de ruptura prematura de membrana en gestantes atendidas en el Hospital de Azángaro 2022” Seguidamente se presenta las hipótesis específicas. HE1. Los factores maternos pregestacionales: IMC, antecedente de RPM, toxicomanía se relacionan al tiempo de latencia de ruptura prematura de membrana en gestantes atendidas en el Hospital de Azángaro. HE2. Los factores maternos gestacionales: APN, Infecciones intercurrentes, líquido amniótico se relacionan al tiempo de latencia de ruptura prematura de membrana en gestantes atendidas en el Hospital de Azángaro. HE3. Los factores fetales: número de fetos, patologías fetales, Apgar al minuto y prematuridad se relacionan al tiempo de latencia de ruptura prematura de membrana en gestantes atendidas en el Hospital de Azángaro.

II. MÉTODO.

2.1. Tipo y diseño de investigación.

2.1.1. Tipo de investigación

El tipo de investigación es básico: se denominó también como pura, teórica o dogmática. Se caracterizo porque se originó en un marco teórico. El objetivo fue incrementar los conocimientos científicos, pero sin contrastarlos con ningún aspecto practico. (29)

Así mismo cabe mencionar que fue de enfoque cuantitativo porque se utilizó magnitudes numéricas para la comprobación de hipótesis y la teoría, es correlacional porque se midió el grado de relación que existe entre las variables (30)

Se realizó una investigación correlacional: este tipo de estudios tienen como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables, miden cada una de ellas y después, cuantifican y analizan la vinculación. Tales correlaciones se sustentan en hipótesis sometidas a prueba. (31)

2.1.2. Diseño de la Investigación.

Se realizó una investigación con diseño no experimental, transversal, prospectivo donde obtendrá la información del Hospital de Azángaro.

2.2. Población, muestra y muestreo.

2.2.1. Población

Estuvo conformada por 165 gestantes atendidas en el hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo - Azángaro

2.2.2. Muestra

El tamaño de la muestra se calculó utilizando la presente formula por ser una población finita. Se define población finita es aquella en la que el número de valores que la componen tiene un fin. (31)

$$n = \frac{N \cdot Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}{e^2(N - 1) + Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}$$

Dónde:

n = El tamaño de la muestra que queremos calcular

N = Tamaño del universo (165)

Z = Nivel de confianza 95% $\rightarrow Z=1,96$

e = Es el margen de error máximo que admito (5%)

p = Probabilidad de éxito (0.5)

Q = Probabilidad de fracaso (0.5)

La muestra estará conformada por 116 gestantes

2.2.3. Muestreo Probabilístico.

El cual todos los sujetos disponibles tienen la misma probabilidad de ser incluido. (32) El muestreo probabilístico simple. Es una técnica de muestreo en la que todos los elementos que forma la población y por lo tanto están incluidos en el marco muestral. El proceso consistirá en la utilización de la técnica del sorteo entre los individuos de la población. Se asignará a cada persona un boleto con su número de historia clínica, se introducirá los boletos en una urna y empezaremos a extraer al azar. Todos los individuos que se extraiga su nombre en el boleto formaran la muestra a estudiar.

Criterios de inclusión:

Historias clínicas de gestantes

Historias clínicas completas y legibles.

Historias clínicas del mes de mayo hasta julio del 2022.

Criterios de exclusión:

Historias clínicas de no gestantes

Historias clínicas incompletas y no elegibles

2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Análisis Documental. Que nos permitió realizar la búsqueda y recolección de información documental que necesite para realizar el análisis de la tesis

Técnica: Encuesta.

Instrumento: Cuestionario.

Confiabilidad

Se realizó la validez del contenido mediante la revisión del juicio de expertos. Al mismo tiempo se ejecutó la evaluación de fiabilidad mediante el Alfa de Cronbach obteniendo un puntaje superior 0.499 que nos brinda un valor de confiabilidad moderada.

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0.499	0.498	11

Validez de contenido: Grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide. (Validez de juicio de experto).

Validez de criterio: Se establece al validar un instrumento de medición al compararlo con algún criterio externo que pretende medir lo mismo. (Alfa de Cronbach)

Criterios de interpretación del coeficiente de Alfa de Cronbach

Rangos	Magnitud
0,81 a 1,00	Muy Alta
0,61 a 0,80	Alta
0,41 a 0,60	Moderada
0,21 a 0,40	Baja
0,01 a 0,20	Muy Baja

2.4. Procedimiento.

Para la ejecución de la investigación se procedió de la siguiente manera: Se presentó la solicitud de autorización al director del Carlos Cornejo Rosello Vizcardo - Azángaro, para la revisión de los historiales clínicos, relacionados con las variables de estudio. Se revisaron los historiales clínicos de las gestantes, dicha información se registró en la ficha de recojo de información. Posteriormente se procesaron los datos a través del programa SPSS versión 25 y el Office Excel, los mismos que fueron presentados en tablas y gráficos estadísticos.

2.5. Métodos de análisis de información.

Una vez obtenidos los datos se procedió a elaborar una base de datos usando, el software estadístico SPSS V25. Para el análisis de variables se usó la distribución de frecuencias.

Para el análisis de datos se utilizó estadísticas descriptivas por medio del Chi2.

2.6. Aspectos éticos.

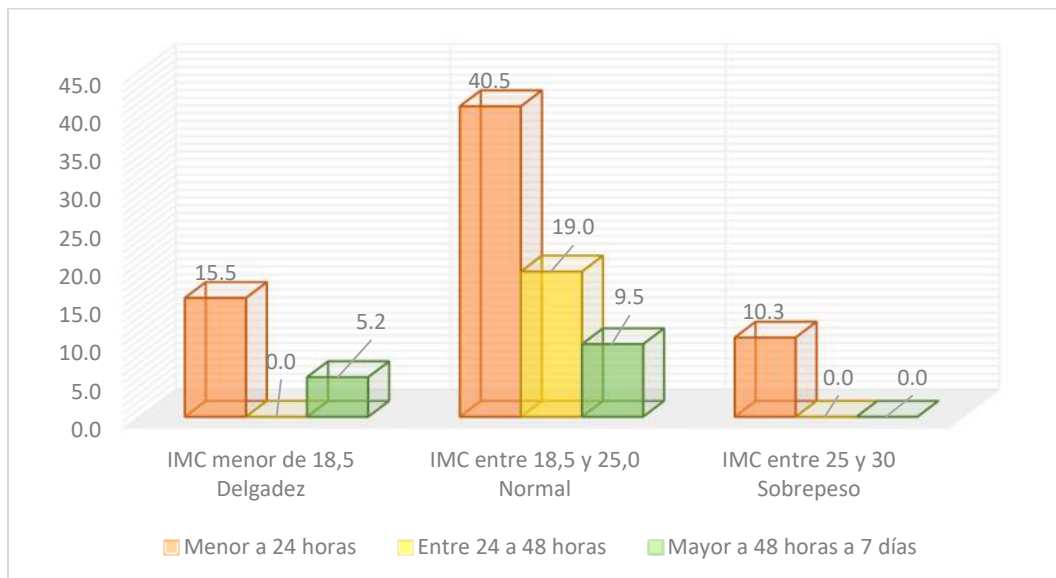
El instrumento para la obtención de los datos, se protegió utilizando las iniciales de las gestantes, El presente estudio no ocasionó ningún riesgo a las gestantes, ya que se consiguió la información de las historias clínicas.

III. RESULTADOS

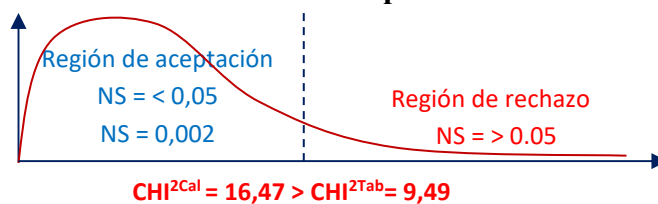
Tabla y gráfico 1. Índice de masa corporal relacionado al tiempo de latencia de ruptura prematura

Índice de masa corporal	Tiempo de latencia de ruptura prematura pretérmino							
	Menor a 24 horas		Entre 24 a 48 horas		Mayor a 48 horas a 7 días		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
IMC menor de 18,5 Delgadez	18	15.5	0	0.0	6	5.2	24	20.7
IMC entre 18,5 y 25,0 Normal	47	40.5	22	19.0	11	9.5	80	69.0
IMC entre 25 y 30 Sobrepeso	12	10.3	0	0.0	0	0.0	12	10.3
Total:	77	66.3	22	19.0	17	14.7	116	100.0

Fuente: Cuestionario



Prueba de hipótesis

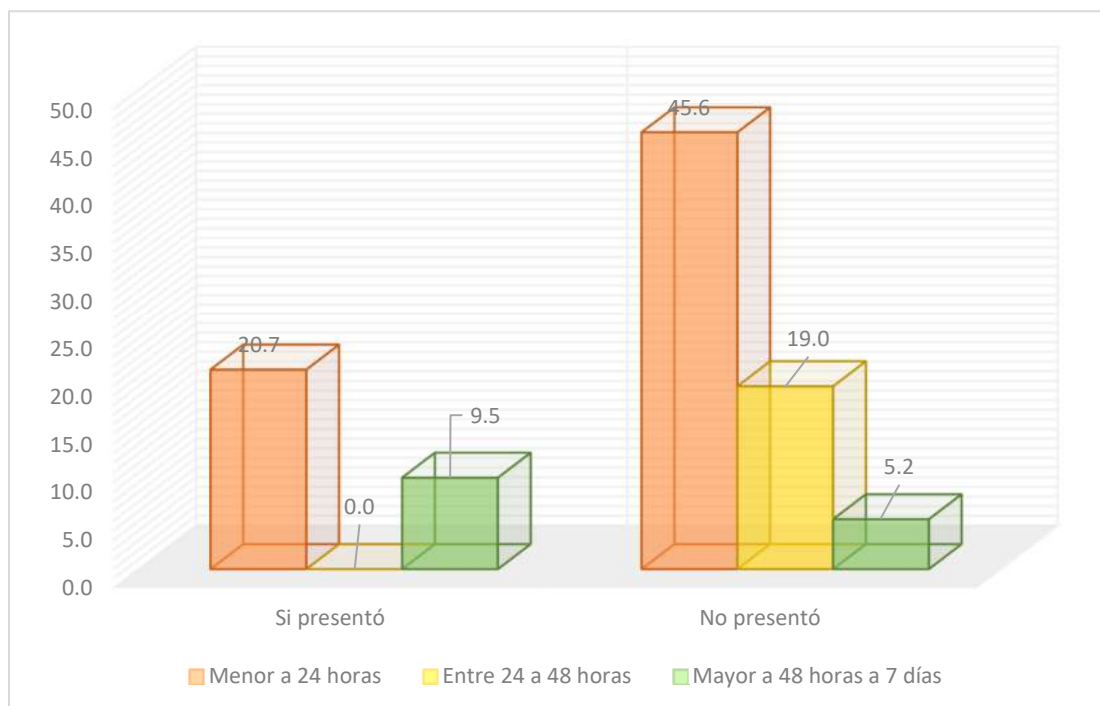


Interpretación: Del 100% de los datos el 69% de las gestantes presentaron su IMC entre 18,5 y 25,0 Normal; seguido del 20.7% IMC menor de 18,5 Delgadez, y el 10.3% presentaron IMC entre 25 y 30 Sobrepeso. En el análisis estadístico el $CHI^2_{calculado}$ fue 16,47 que es mayor al $CHI^2_{critico\ tabulado}$ con 9,49 y el nivel de significancia fue 0,002. Concluyendo que el índice de masa corporal se relaciona al tiempo de latencia de ruptura prematura pretérmino.

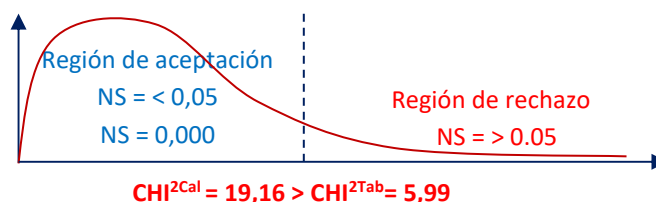
Tabla y gráfico 2. Antecedente de ruptura prematura de membrana relacionado al tiempo de latencia de ruptura prematura

Antecedente de ruptura prematura de membrana	Tiempo de latencia de ruptura prematura pretérmino						Total	
	Menor a 24 horas		Entre 24 a 48 horas		Mayor a 48 horas a 7 días			
	f _i	%	f _i	%	f _i	%	f _i	%
Si presentó	24	20.7	0	0.0	11	9.5	35	30.2
No presentó	53	45.6	22	19.0	6	5.2	81	69.8
Total:	77	66.3	22	19.0	17	14.7	116	100.0

Fuente: Cuestionario



Prueba de hipótesis

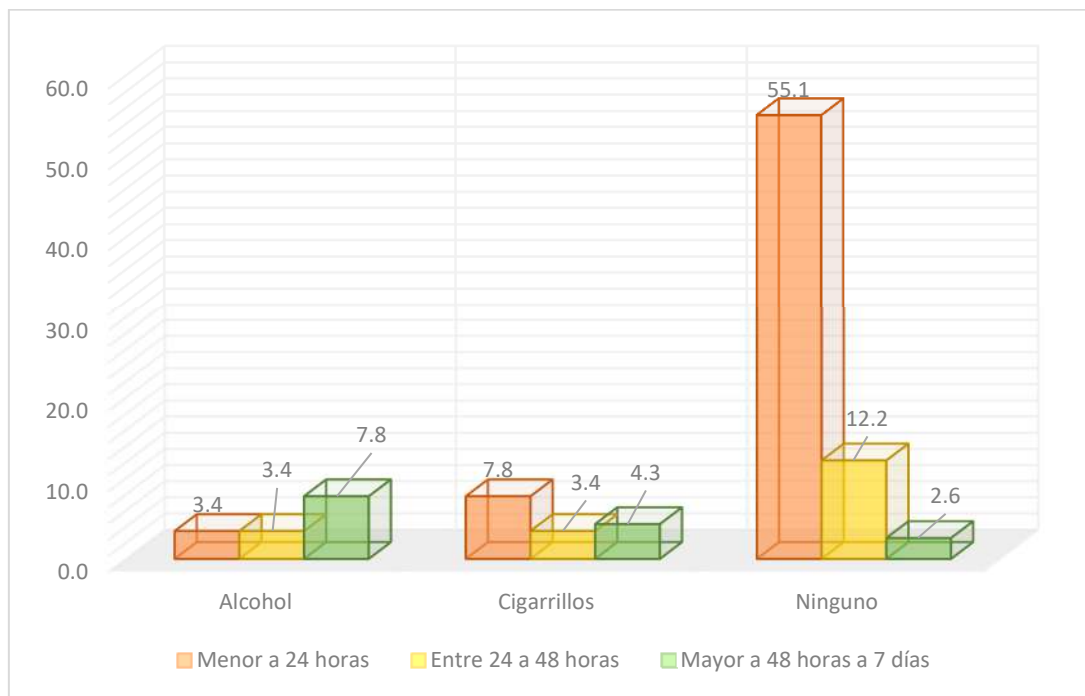


Interpretación: Del 100% de los datos el 69.8% de las gestantes no presentaron su antecedente de ruptura prematura de membrana y el 30.2% si presentó RPM previos. En el análisis estadístico el CHI^2 calculado fue 19,16 que es mayor al CHI^2 crítico tabulado con 5,99 y el nivel de significancia fue 0,000. Concluyendo que el antecedente de ruptura prematura de membrana se relaciona al tiempo de latencia de ruptura prematura pretérmino.

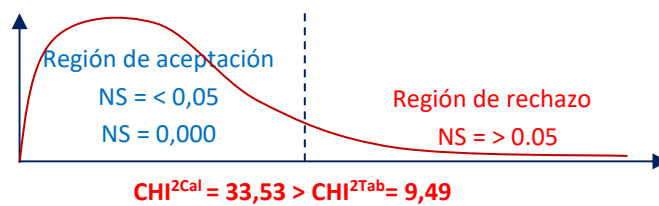
Tabla y gráfico 3. Toxicomanía relacionada al tiempo de latencia de ruptura prematura

Toxicomanía	Tiempo de latencia de ruptura prematura pretérmino							
	Menor a 24 horas		Entre 24 a 48 horas		Mayor a 48 horas a 7 días		Total	
	f _i	%	f _i	%	f _i	%	f _i	%
Alcohol	4	3.4	4	3.4	9	7.8	17	14.6
Cigarrillos	9	7.8	4	3.4	5	4.3	18	15.5
Ninguno	64	55.1	14	12.2	3	2.6	81	69.9
Total:	77	66.3	22	19.0	17	14.7	116	100.0

Fuente: Cuestionario



Prueba de hipótesis

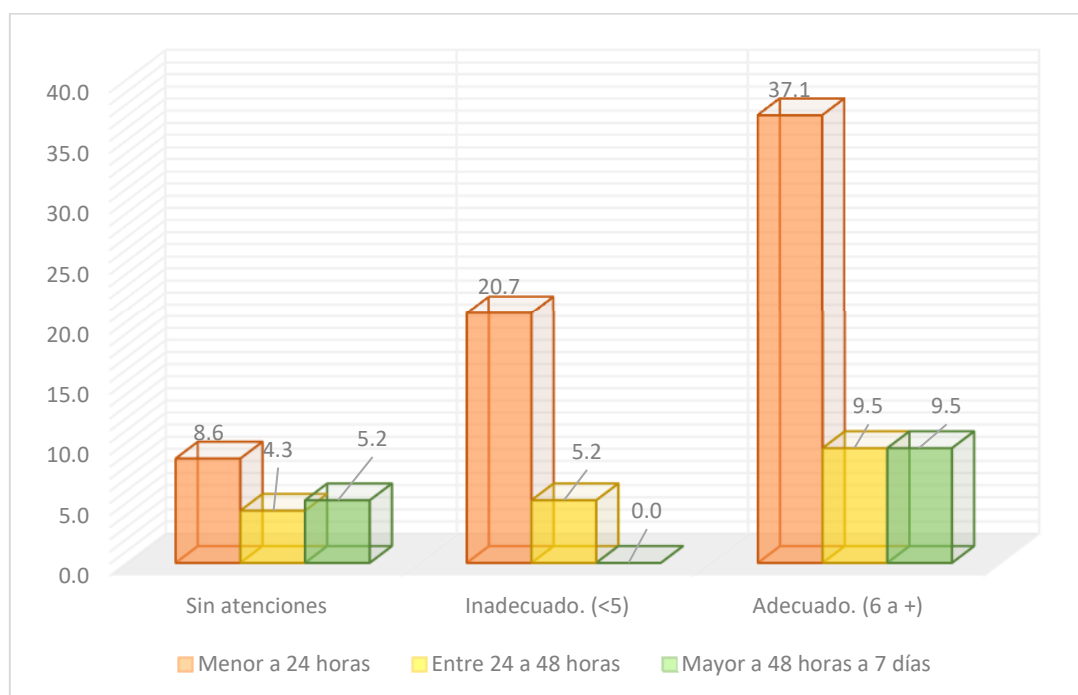


Interpretación: Del 100% de los datos el 69.9% de las participantes de la investigación no tenían hábitos tóxicos, seguidamente él.15.5% consumían cigarrillos y el 14.6% bebidas alcohólicas. En el análisis estadístico el CHI² calculado fue 33,53 que es mayor al CHI² crítico tabulado con 9,499 y el nivel de significancia fue 0,000. Concluyendo que la toxicomanía se relaciona al tiempo de latencia de ruptura prematura pretérmino.

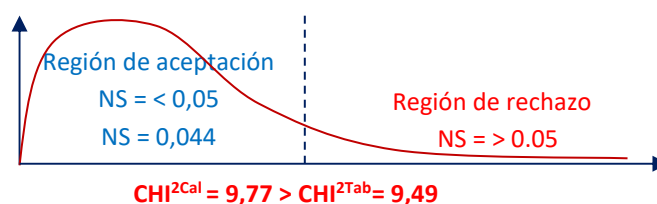
Tabla y gráfico 4. Atenciones prenatales relacionado al tiempo de latencia de ruptura prematura

Atenciones prenatales	Tiempo de latencia de ruptura prematura pretérmino						Total	
	Menor a 24 horas		Entre 24 a 48 horas		Mayor a 48 horas a 7 días			
	f _i	%	f _i	%	f _i	%	f _i	%
Sin atenciones	10	8.6	5	4.3	6	5.2	21	18.1
Inadecuado. (<5)	24	20.7	6	5.2	0	0.0	30	25.9
Adecuado. (6 a +)	43	37.1	11	9.5	11	9.5	65	56.0
Total:	77	66.4	22	19.0	17	14.7	116	100.0

Fuente: Cuestionario



Prueba de hipótesis

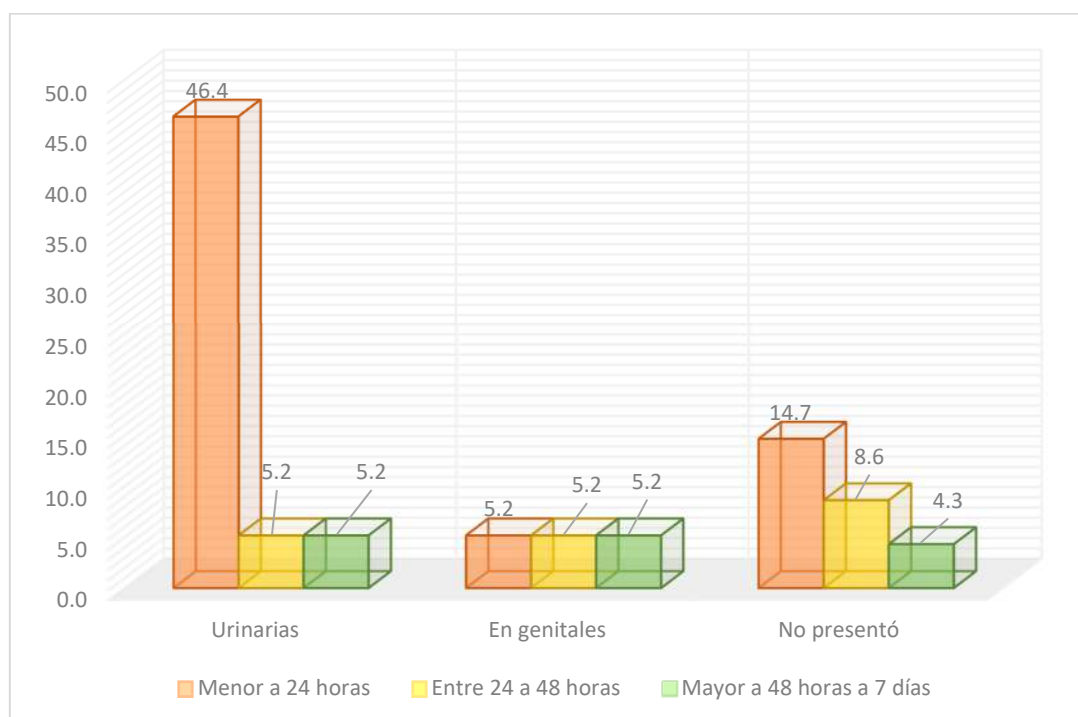


Interpretación: Del 100% de los datos el 56% se realizaron más de 6 atenciones prenatales, seguido del 25,9% que tuvo menos de 5, y el 18.1% no se realizó atenciones prenatales. En el análisis estadístico el CHI² calculado fue 9,77 que es mayor al CHI² crítico tabulado con 9,49 y el nivel de significancia fue 0,044. Concluyendo que las atenciones prenatales se relacionan al tiempo de latencia de ruptura prematura pretérmino.

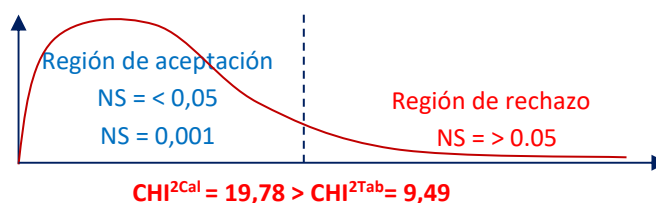
Tabla y gráfico 5. Infecciones intercurrentes relacionado al tiempo de latencia de ruptura prematura

Infecciones intercurrentes	Tiempo de latencia de ruptura prematura pretérmino						Total	
	Menor a 24 horas		Entre 24 a 48 horas		Mayor a 48 horas a 7 días			
	f _i	%	f _i	%	f _i	%	f _i	%
Urinarias	54	46.4	6	5.2	6	5.2	66	56.8
En genitales	6	5.2	6	5.2	6	5.2	18	15.6
No presentó	17	14.7	10	8.6	5	4.3	32	27.6
Total:	77	66.3	22	19.0	17	14.7	116	100.0

Fuente: Cuestionario



Prueba de hipótesis

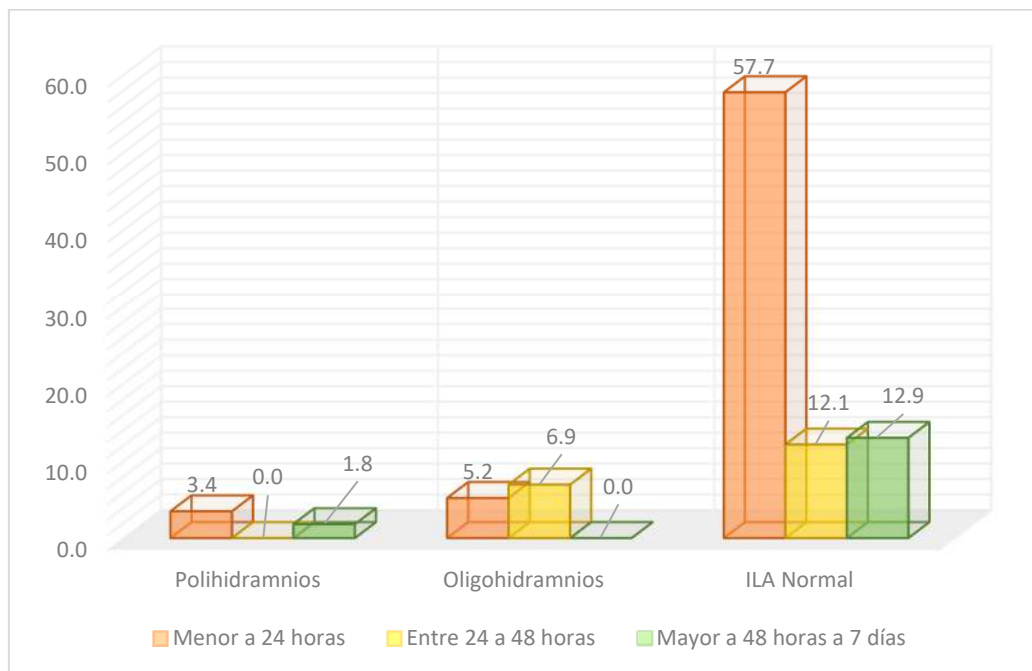


Interpretación: Del 100% de los datos el 56,8% de las gestantes presentaron infecciones urinarias, seguido del 15,6% que tuvo infecciones en los genitales, opuestamente el 27.6% no presentó ninguna infección. En el análisis estadístico el CHI^2 calculado fue 19,78 que es mayor al CHI^2 crítico tabulado con 9,49 y el nivel de significancia fue 0,001. Concluyendo que las infecciones intercurrentes se relacionan al tiempo de latencia de ruptura prematura pretérmino.

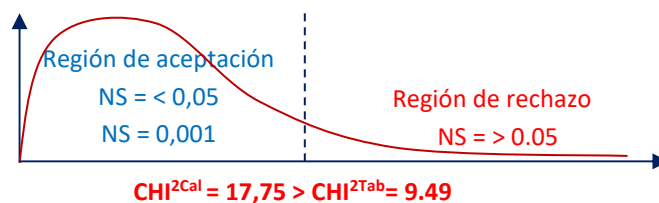
Tabla y gráfico 6. Líquido amniótico relacionado al tiempo de latencia de ruptura prematura

Líquido amniótico	Tiempo de latencia de ruptura prematura pretérmino							
	Menor a 24 horas		Entre 24 a 48 horas		Mayor a 48 horas a 7 días		Total	
	f _i	%	f _i	%	f _i	%	f _i	%
Polihidramnios	4	3.4	0	0.0	2	1.8	6	5.2
Oligohidramnios	6	5.2	8	6.9	0	0.0	14	12.1
ILA Normal	67	57.7	14	12.1	15	12.9	96	82.7
Total:	77	66.4	22	19.0	17	14.7	116	100.0

Fuente: Cuestionario



Prueba de hipótesis

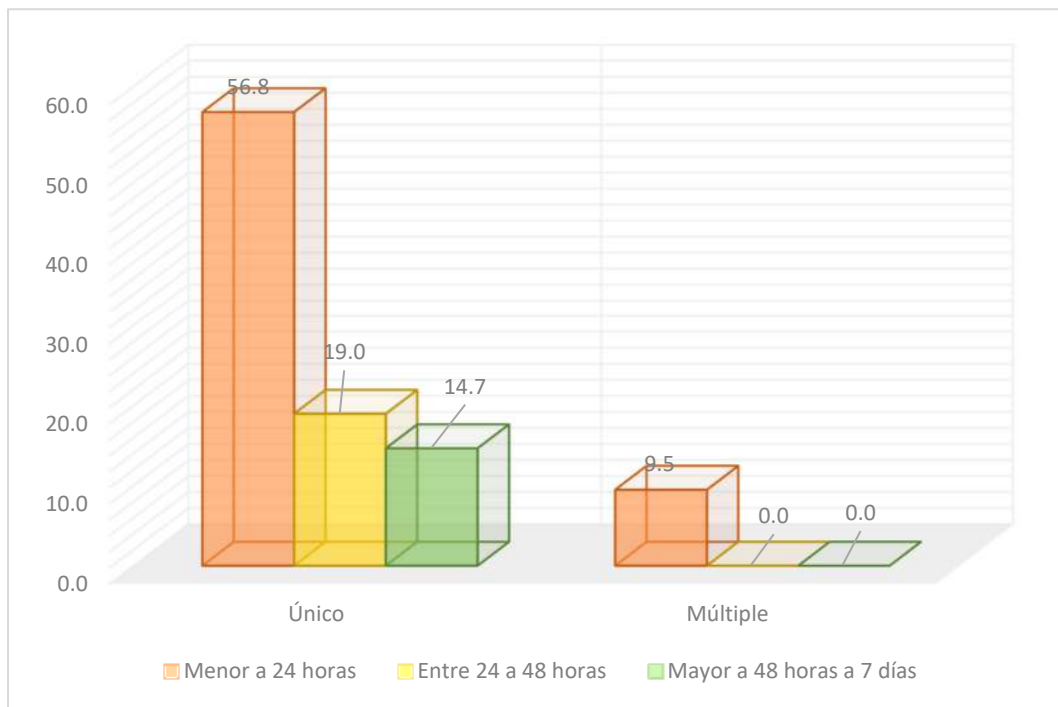


Interpretación: Del 100% de los datos el 82,7% presentaron e índice de líquido amniótico normal seguido del 12,1% con oligoamnios y el 5,2% polihidramnios. En el análisis estadístico el CHI² calculado fue 17,75 que es mayor al CHI² crítico tabulado con 9,49 y el nivel de significancia fue 0,001. Concluyendo que el líquido amniótico se relaciona al tiempo de latencia de ruptura prematura pretérmino.

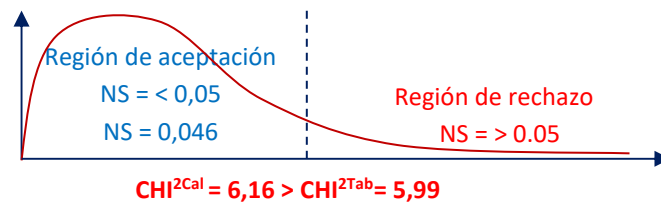
Tabla y gráfico 7. Numero de fetos relacionado al tiempo de latencia de ruptura prematura

Número de fetos	Tiempo de latencia de ruptura prematura pretérmino							
	Menor a 24 horas		Entre 24 a 48 horas		Mayor a 48 horas a 7 días		Total	
	f _i	%	f _i	%	f _i	%	f _i	%
Único	66	56.8	22	19.0	17	14.7	105	90.5
Múltiple	11	9.5	0	0.0	0	0.0	11	9.5
Total:	77	66.3	22	19.0	17	14.7	116	100.0

Fuente: Cuestionario



Prueba de hipótesis

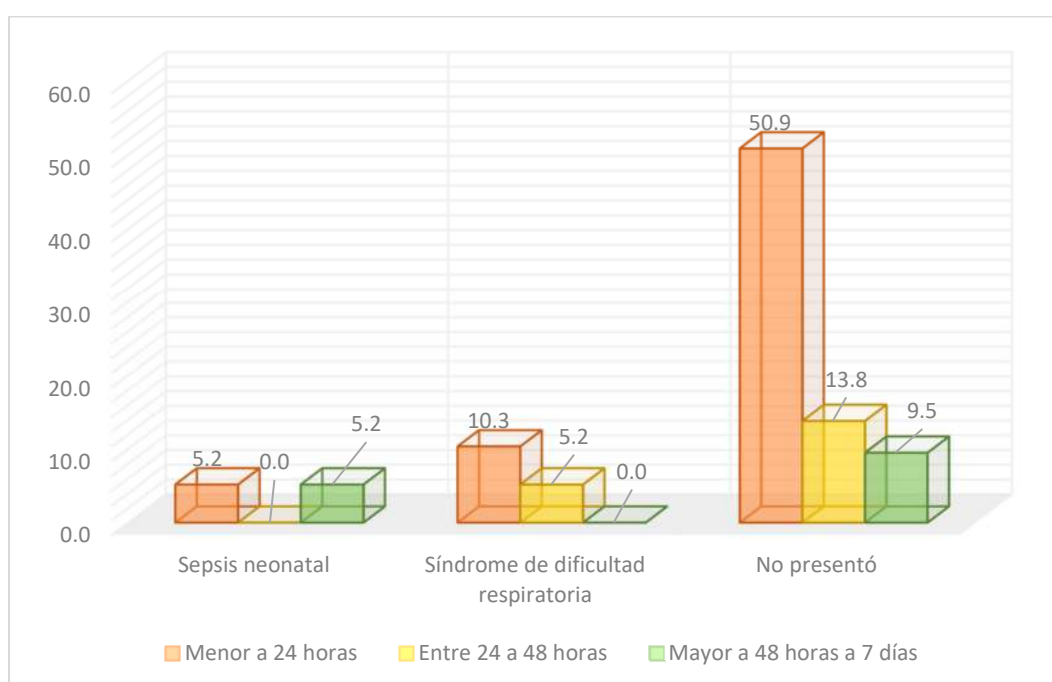


Interpretación: Del 100% de los datos el 90,5% presentaron fetos únicos y el 9.5% fetos múltiples (gemelares). En el análisis estadístico el CHI^2 calculado fue 6,16 que es mayor al CHI^2 crítico tabulado con 5,99 y el nivel de significancia fue 0,046. Concluyendo que el número de fetos se relaciona al tiempo de latencia de ruptura prematura pretérmino.

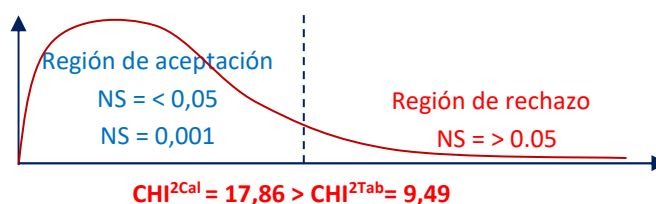
Tabla y gráfico 8. Patologías fetales relacionado al tiempo de latencia de ruptura prematura

Patologías fetales	Tiempo de latencia de ruptura prematura pretérmino							
	Menor a 24 horas		Entre 24 a 48 horas		Mayor a 48 horas a 7 días		Total	
	fí	%	fí	%	fí	%	fí	%
Sepsis neonatal	6	5.2	0	0.0	6	5.2	12	10.4
Síndrome de dificultad respiratoria	12	10.3	6	5.2	0	0.0	18	15.5
No presentó	59	50.9	16	13.8	11	9.5	86	74.1
Total:	77	66.3	22	19.0	17	14.7	116	100.0

Fuente: Cuestionario



Prueba de hipótesis

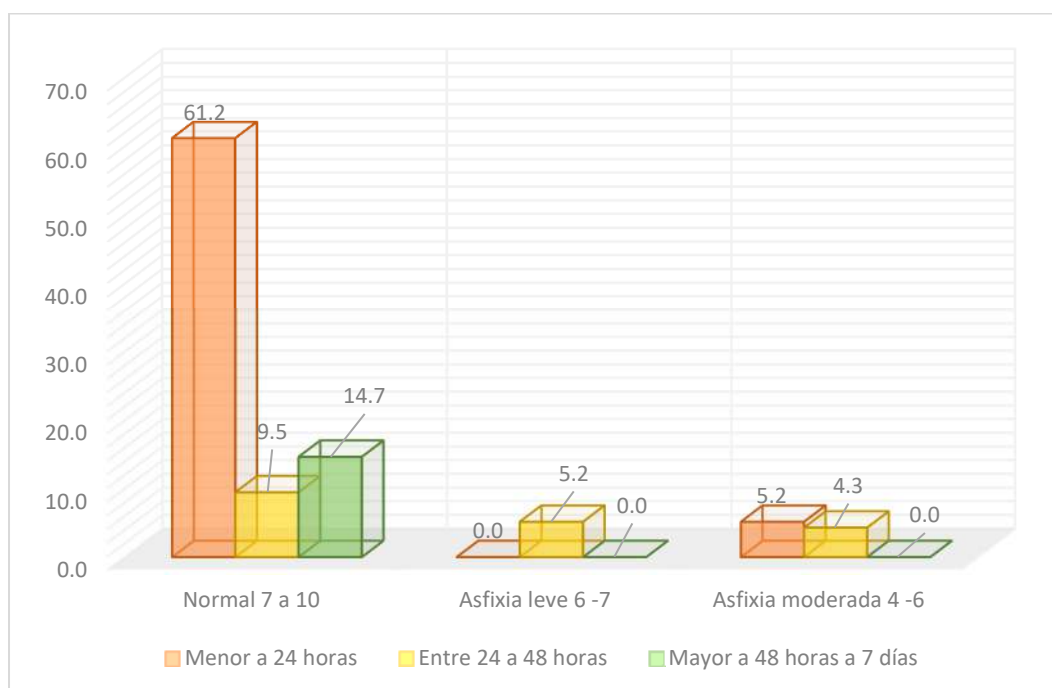


Interpretación: Del 100% de los datos el 15.5% presentaron síndrome de dificultad respiratoria seguido del 10.4% con sepsis neonatal, y el 74.1% no presentó patologías fetales. En el análisis estadístico el CHI^2 calculado fue 17,86 que es mayor al CHI^2 crítico tabulado con 9,49 y el nivel de significancia fue 0,001. Concluyendo que las patologías fetales se relacionan al tiempo de latencia de ruptura prematura pretérmino.

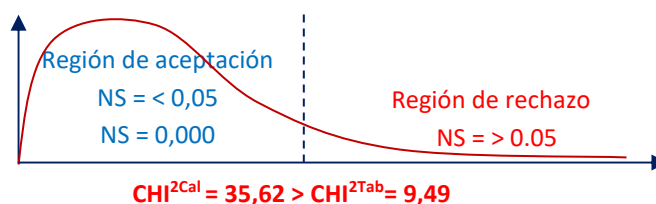
Tabla y gráfico 9. Apgar al minuto relacionado al tiempo de latencia de ruptura prematura

Apgar al minuto	Tiempo de latencia de ruptura prematura pretérmino							
	Menor a 24 horas		Entre 24 a 48 horas		Mayor a 48 horas a 7 días		Total	
	f _i	%	f _i	%	f _i	%	f _i	%
Normal 7 a 10	71	61.2	11	9.5	17	14.7	99	85.3
Asfixia leve 6 -7	0	0.0	6	5.2	0	0.0	6	5.2
Asfixia moderada 4 -6	6	5.2	5	4.3	0	0.0	11	9.5
Total:	77	66.4	22	19.0	17	14.7	116	100.0

Fuente: Cuestionario



Prueba de hipótesis

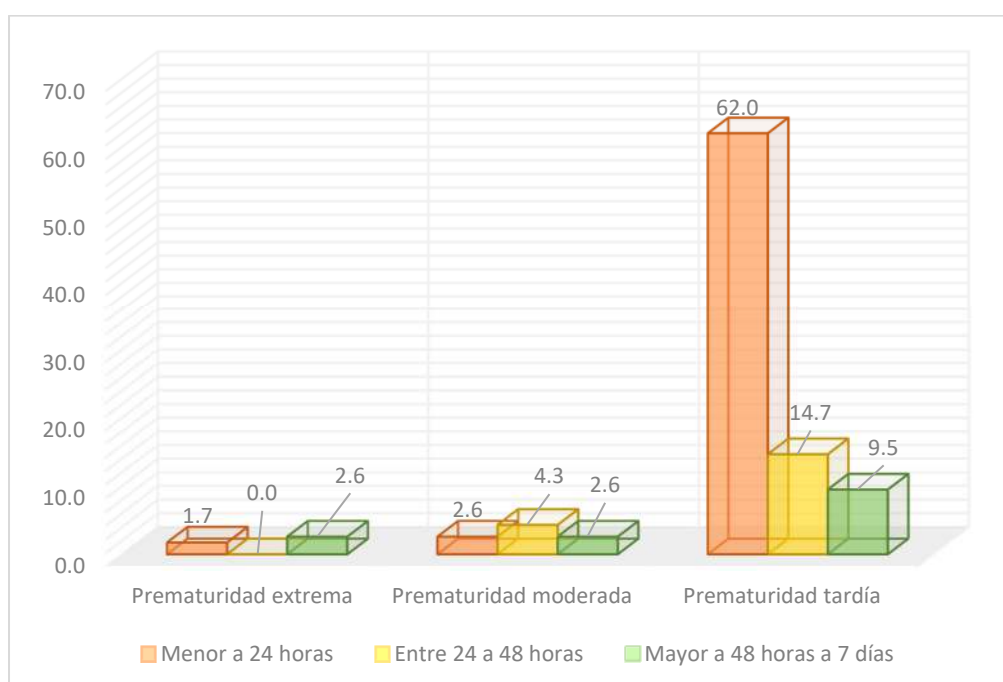


Interpretación: Del 100% de los datos el 85,3% de los recién nacidos su Apgar al minuto fue normal de 7 a 10 puntos, seguido del 9,5% que presentaron gestantes no presentaron asfixia moderada 4 -6 puntos y el 5.2% asfixia leve 6 -7. En el análisis estadístico el CHI² calculado fue 35,62 que es mayor al CHI² crítico tabulado con 9,49 y el nivel de significancia fue 0,000. Concluyendo que el Apgar al minuto se relaciona al tiempo de latencia de ruptura prematura pretérmino.

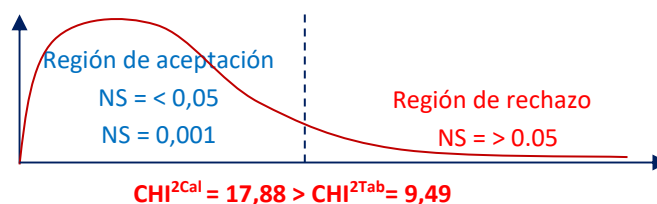
Tabla y gráfico 10. Prematuridad relacionada al tiempo de latencia de ruptura prematura

Prematuridad	Tiempo de latencia de ruptura prematura pretérmino							
	Menor a 24 horas		Entre 24 a 48 horas		Mayor a 48 horas a 7 días		Total	
	f _i	%	f _i	%	f _i	%	f _i	%
Prematuridad extrema	2	1.7	0	0.0	3	2.6	5	4.3
Prematuridad moderada	3	2.6	5	4.3	3	2.6	11	9.5
Prematuridad tardía	72	62.0	17	14.7	11	9.5	100	86.2
Total:	77	66.4	22	19.0	17	14.7	116	100.0

Fuente: Cuestionario



Prueba de hipótesis



Interpretación: Del 100% de los datos el 86.2% presentaron prematuridad tardía, seguido del 9.5% prematuridad moderada, y el 4.3% prematuridad extrema. En el análisis estadístico el CHI^2 calculado fue 17,88 que es mayor al CHI^2 crítico tabulado con 9,49 y el nivel de significancia fue 0,001. Concluyendo que la prematuridad se relaciona al tiempo de latencia de ruptura prematura pretérmino.

IV. DISCUSIÓN

Para la elaboración de la discusión se ha tomado en cuenta los antecedentes nacionales e internacionales, que conforma la tesis y los resultados obtenidos.

En la tabla 1, Índice de masa corporal relacionado al tiempo de latencia de ruptura prematura Se aprecia que el 69% presentaron índice de masa corporal entre 18,5 y 25,0 es que normal. Al analizar el marco referencial se halló que Calderón R. en su trabajo de investigación titulado “Factores de riesgo materno en gestantes con ruptura prematura de membranas del Servicio Gineco Obstetricia del Hospital de Andahuaylas 2016”. Huancavelica 2018. Publico que el 53% de las gestantes tenían IMC normal. (4). Ejecutando el procedimiento estadístico se puede afirmar que el índice de masa corporal se relaciona con el tiempo de latencia de ruptura prematura

En la tabla 2, Antecedente de ruptura prematura de membrana relacionado al tiempo de latencia de ruptura prematura Se aprecia que el 30.2% si presentaron antecedente de ruptura prematura de membrana. En la tesis de Campos S. denominada “Factores de riesgo asociados con RPM en gestantes pretérmino en el hospital nacional Hipólito Unanue” Publicó que uno de los factores mas frecuentes asociado a RPM es la ruptura de membranas previa. (7) Al realizar el análisis estadístico se puede afirmar que el antecedente de ruptura prematura de membrana se relaciona con el tiempo de latencia de ruptura prematura

En la tabla 3, Toxicomanía relacionado al tiempo de latencia de ruptura prematura Se aprecia que el 15.5% consumían cigarrillos y el 14.6% bebidas alcohólicas. En la tesis de Reyes C. titulada “Factores de riesgo maternos asociados a la ruptura prematura de membranas en partos pre término. Lima 2019. Manifestó que el 7,8% de las gestantes habían consumido bebidas alcohólicas, el 23.5% tabaco y el 3,9% drogas, aun sabiendo del peligro que acarrea estas sustancias toxicas. (6) Ejecutando el procedimiento estadístico se puede afirmar que la toxicomanía se relaciona con el tiempo de latencia de ruptura prematura.

En la tabla 4, Atenciones prenatales relacionado al tiempo de latencia de ruptura prematura Se aprecia que el 56% se realizaron más de 6 atenciones prenatales. Al revisar el marco referencial se halló que Corpus R. en su trabajo académico titulado “Complicaciones maternas en la ruptura prematura de membranas pretérmino en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, año 2016-2017” manifestó que el 59% de las gestantes tenían atenciones

prenatales inadecuadas (2) Analizando los datos estadísticos me permito afirmar que las atenciones prenatales se relacionan con el tiempo de latencia de ruptura prematura

En la tabla 5, Infecciones intercurrentes relacionado al tiempo de latencia de ruptura prematura Se considera que el 56.8% presentaron í infecciones urinarias. Al mismo tiempo Ibarra S. en su investigación denominada “Variables asociadas a rpm en pacientes primigestas atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2017 – 2018”. Lima 2019. Manifestó que las infecciones urinarias incrementan de 10 veces más el riesgo de presentar RPM. (1). Seguidamente en la tesis de Serruto L. titulada “Factores relacionados a la RPM en gestantes atendidas en el hospital regional Manuel Núñez Butrón Puno 2019. publico que las infecciones urinarias son los factores relacionados a la RPM con 60,2%. (9). Al mismo tiempo el estudio de Meléndez N; Barja J. Denominada “Factores de riesgo asociados con la ruptura prematura de membranas pretérmino en pacientes de un hospital del Callao, Perú” Concluyo que las infecciones urinarias son factores de riesgo que se asocian con la RPMP. (10) Con todo lo expuesto me permito afirmar que las infecciones intercurrentes se relacionan con el tiempo de latencia de ruptura prematura

En la tabla 6, Líquido amniótico relacionado al tiempo de latencia de ruptura prematura Se observa que el 12.1% presentaron Oligoamnios. En la publicación de Carhuas A. denominada "Características perinatales de recién nacidos de madres con complicaciones obstétricas. Hospital II EsSalud. Pasco. 2018". Determino que las complicaciones obstétricas más frecuentes son el oligoamnios con 6,6% y el 3.33% de polihidramnios. (5) . Ejecutando el procedimiento estadístico se puede afirmar que el líquido amniótico se relaciona con el tiempo de latencia de ruptura prematura

En la tabla 7, Número de fetos relacionado al tiempo de latencia de ruptura prematura Se aprecia que el 9.5% presentaron embarazos múltiples. El estudio de Campos S. denominada “Factores de riesgo asociados con RPM en gestantes pretérmino en el hospital nacional Hipólito Unanue. Lima 2018. Considero que la gestación múltiple es un factor de riesgo asociado a RPM. (7) . Se puede afirmar que el número de fetos se relaciona con el tiempo de latencia de ruptura prematura

En la tabla 8, Patologías fetales relacionado al tiempo de latencia de ruptura prematura Se visualiza que el 15,5% de los recién nacidos presentaron síndrome de dificultad respiratoria

y el 10,4% sepsis neonatal. Al analizar el marco referencial se halló que Jácome A. en su investigación denominada “Manejo expectante vs manejo activo de la rotura prematura de membranas en embarazos mayores de 34 semanas como factor asociado a la disminución de complicaciones neonatales por prematuridad en el Hospital Carlos Andrade Marín Quito: Publico que la sepsis neonatal y el síndrome de distrés respiratoria, se presentó en la RPM (12). Al mismo tiempo en el estudio de Pezo M. denominado “Resultado. Complicaciones maternas y fetales asociadas a tipos de ruptura prematura de membranas en gestantes de 28 a 36 semanas atendidas en el Hospital Ii-2 Tarapoto, 2017”. Manifestó que el 29,2% presento asfixia perinatal y el 11,7% infección neonatal. (3). Con la información mostrada se puede afirmar que existe relación entre las patologías fetales y el tiempo de latencia de ruptura prematura

En la tabla 9, Apgar al minuto relacionado al tiempo de latencia de ruptura prematura. Se visualiza que el 85.3% presentaron un puntaje de Apgar de 7 a 10, lo cual se considera normal. Y el 14,7% asfixia leve y moderada. Al analizar el marco referencial se halló que Carhuas A. denominada "Características perinatales de recién nacidos de madres con complicaciones obstétricas. Hospital II EsSalud. Pasco. 2018". Manifestó que el 66.67% presentaron 7 a 10 puntos del Apgar. (5). Se afirma que el Apgar se relaciona con el tiempo de latencia de ruptura prematura

En la tabla 10, Prematuridad relacionado al tiempo de latencia de ruptura prematura Se aprecia que el 86.2% presentaron prematuridad tardía. En la tesis de Reynaga A. denominada “Factores de riesgo materno en gestantes con Ruptura prematura de membranas del Servicio gineco obstetricia del hospital de Andahuaylas 2016. Huancavelica 2018”, Se halló que la edad media de los prematuridad fue 37 a 38 semanas. (8). Al mismo tiempo el estudio de Ortiz F, et al titulado "Complicaciones neonatales asociadas a la ruptura prematura de membranas amnióticas en recién nacidos de pretérmino". 2017. Manifestó que el 44.8% tenían 24 a 31 semanas de gestación, y el 35.5% de 32 a 34 semanas. (11). Con los datos estadístico se afirma que existe relación entre la prematuridad con el tiempo de latencia de ruptura prematura

V. CONCLUSIONES

1. Se determinó que los factores maternos pregestacionales, maternos gestacionales y factores fetales; se relacionan al tiempo de latencia de ruptura prematura de membrana en gestantes atendidas en el Hospital de Azángaro 2022”.
2. Se identificó que los factores maternos pregestacionales como: IMC normal con 69%, antecedente de RPM si presentó con 30,2%, toxicomanía de cigarrillos con 15.5% y con $NS < 0,05$; se relacionan al tiempo de latencia de ruptura prematura de membrana en gestantes atendidas en el Hospital de Azángaro
3. Se estableció que los factores maternos gestacionales como: APN mayores de 6 con 56%, Infecciones intercurrentes como ITU con 56.8%, oligoamnios con 12.1% y con $NS < 0,05$; se relacionan al tiempo de latencia de ruptura prematura de membrana en gestantes atendidas en el Hospital de Azángaro.
4. Se indico que los factores fetales como: fetos múltiples con 9,5%, patologías fetales, como síndrome de dificultad respiratoria con 15.5%; Apgar al minuto normal con 85.3% y prematuridad tardía con 86.2% y con $NS < 0,05$; se relacionan al tiempo de latencia de ruptura prematura de membrana en gestantes atendidas en el Hospital de Azángaro.

VI. RECOMENDACIONES

1. Se le recomienda al jefe del servicio de Obstetricia del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo" de Azángaro, para que en forma coordinada con la oficina de capacitación y la estrategia materno perinatal de la Red de Salud Azángaro programar capacitaciones permanentes y actualizar al personal de salud en el manejo clínico de la ruptura prematura y del tiempo de latencia.
2. A los profesionales obstetras del Hospital de Azángaro, en coordinación con la Red Azángaro y la Oficina de Comunicación mejorar la información, mediante tipo radial, televisivo y difusión con material impreso que indiquen los factores maternos pregestacionales: como IMC, antecedentes de RPM, hábitos nocivos ya que los mismos se relacionan con el tiempo de latencia de ruptura prematura de membrana y con ello evitar la presencia de complicaciones
3. A los obstetras de la Red de Salud Azángaro, que brindan atención prenatal, realizar orientaciones y seguimientos a través de visitas domiciliarias y tecnología móvil con la finalidad de identificar los factores maternos gestacionales como: APN, Infecciones del tracto urinario y el oligoamnios, que conllevan a la presencia de RPM
4. A los obstetras del primer nivel de atención de la Red de Salud Azángaro que realicen actividades de promoción y prevención de ruptura prematura de membranas por el bienestar salud materna y en especial la fetal.

VII. REFERENCIAS.

1. Ibarra S. “Variables asociadas a ruptura prematura de membranas en pacientes primigestas atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo 2017 – 2018”. Para optar al título de Médico Cirujano. Lima: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana; 2019.
2. Corpus R. “Complicaciones maternas en la ruptura prematura de membranas pretérmino en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, año 2016-2017”. Trabajo académico para optar el título de segunda especialidad en emergencia y alto riesgo obstétrico. Lima: Universidad San Martín de Porras, Facultad de Obstetrica y enfermeria; 2019.
3. Pezo M, Gutierrez S. “Complicaciones maternas y fetales asociadas a tipos de ruptura prematura de membranas en gestantes de 28 a 36 semanas atendidas en el Hospital Ii-2 Tarapoto, 2017”.. Tesis para obtener el título profesional de Obstetra. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín, Facultad de ciencias de la Salud; 2018.
4. Calderón R. “Factores de riesgo materno en gestantes con ruptura prematura de membranas del Servicio Gineco Obstetricia del Hospital de Andahuaylas 2016”. Tesis para optar el título de especialista en Emergencia y alto riesgo obstétrico. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica, Facultad de ciencias de la Salud; 2018.
5. Carhuas A. "Características perinatales de recién nacidos de madres con complicaciones obstétricas. Hospital II EsSalud. Pasco. 2018".. Tesis para optar el título profesional de Obstetra. Cerro de Pasco: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión, Facultad de ciencias de la Salud; 2021.
6. Reyes C. “Factores de riesgo maternos asociados a la ruptura prematura de membranas en partos pre término. Hospital Nacional Hipólito Unanue. El Agustino. Enero-diciembre 2018” Lima 2019. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia. Lima: Unisersidad Nacional Federico Villarreal, Facultad de Medicina Hipolito Unanue; 2019.
7. Campos S. Factores de riesgo asociados con Ruptura prematura de membranas en gestantes pretermino en el hospital nacional Hiplito Unanue. Tesis para optar el título profesional de mmédico Cirujano. Lima: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana; 2018.
8. Reynaga A. Factores de riesgo materno en gestantes con Ruptura prematura de membranas del Servicio gineco obstetricia del hospital de Andahuaylas 2016.. Para optar el título de especialista en Emergencia y Alto Riesgo Obstétrico. Huanvelica: Universidad Nacional de Huancavelica , Facultad de ciencias de la Salud; 2018.
9. Serruto L. Factores relacionados a la ruptura prematura de membranas en gestantes atendidas en el hospital regional Manuel Núñez Butrón Puno 2019. Tesis para optar el título de

- Obstetra. Juliaca: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, Facultad de Ciencias de la Salud; 2021.
10. Meléndaz N, Barja j. “Factores de riesgo asociados con la ruptura prematura de membranas pretérmino en pacientes de un hospital del Callao, Perú”. Revista Ginecología y Obstetricia de Mexico. 2020 enero; 88(1).
 11. Ortiz F, Rendon E, Bernández I, Iglesias J, Arteaga M. "Complicaciones neonatales asociadas a la ruptura prematura de membranas amnióticas en recién nacidos de pretérmino".. Revista Mexicana de Pediatría. 2017. setiembre octubre; 81(5).
 12. Jácome A. “Manejo expectante vs manejo activo de la rotura prematura de membranas en embarazos mayores de 34 semanas como factor asociado a la disminución de complicaciones neonatales por prematuridad en el Hospital Carlos Andrade Marín. Disertación previa a la obtención del título de especialista en ginecología obstetricia. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina; 2019.
 13. Instituto Nacional del Cáncer. <https://www.cancer.gov>. [Online].; 2018. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/contactenos>.
 14. Unicef. Crecer y embarazo. ©Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Unicef ed. Quito Ecuador: Adaptación Ecuador: graphus; Agosto 2014.
 15. MINSA Ministerio de Salud. Resolución ministerial 325-2019/Minsa Lima; 2019.
 16. Lopez F, Ordoñez S. Ruptura prematura de membranas fetales. de la fisiopatología hacia los marcadores tempranos de la enfermedad. Revisión colombiana de Obstetricia y ginecología. 2020; 57(4).
 17. Medlineplus. <https://medlineplus.gov>. [Online]. [cited 2022 02 08. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007238.htm#:~:text=La%20toxicoman%C3%A9tica%20materna%20puede%20consistir,a%20trav%C3%A9s%20de%20la%20placenta>.
 18. Pascale A. Consumo de drogas durante el embarazo. Efectos sobre el binomio materno-fetal, recién nacido y primera infancia. modalidades terapéuticas y estrategias de prevención: <https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/07/Consumo-de-drogas-durante-el-embarazo-Revision-MSP.pdf>; 2015.
 19. <https://www.paho.org>. <https://www.paho.org/par>. [Online].; 2011 [cited 2018 07 14. Available from: https://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=186-protocolo-1-atencion-prenatal-en-aps&Itemid=253.

20. Minsa. Norma Técnica para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural. Resolución Ministerial 518-2016/MINSA. , Resolución Ministerial 518-2016/MINSA; 2016.
21. Salvador Z. <https://www.reproduccionasistida.org>. [Online].; 2020 [cited 2022 02 08]. Available from: <https://www.reproduccionasistida.org/enfermedades-durante-el-embarazo/>.
22. Cunningham G, Levano K, Bloom S, Hauth J, Rouse Dea. Williams Obstetricia. 259781456267360th ed. Mexico: McGraw-Hill Interamericana.; 2019.
23. Topdoctors. <https://www.topdoctors.es>. [Online]. [cited 2022 02 08]. Available from: <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/embarazo-multiple#>.
24. Gustavo J. Obstetricia Moderna. Tercera Edición ed. ISBN 9803730169 9, editor.: McGraw-Hill; 2019.
25. Gutierrez J, Ángulo E, García H, colaboradores. Manual de Neonatología. Segunda edición ed. Guadalajara D©2Ud, editor. Guadalajara: ISBN:978-607-4509-98-4; 2019.
26. UFM Universidad Francisco Marroquin. <https://medicina.ufm.edu>. [Online]. [cited 2022 02 08]. Available from: <https://medicina.ufm.edu/eponimo/test-de-apgar/>.
27. Lombardia J, Marisa. F. Ginecología y Obstetricia Manual de consulta rapida. 2nd ed. 9788498350739 I18I1, editor. Madrid: Editorial Panamericana; 2009.
28. Minsa Ministerio de Salud. Boletín epidemiológico del Perú Semana Epidemiológica (del 10 al 16 de noviembre) Lima: ISSN 2415-076 2; 2019.
29. Muntané J. Introducción a la Investigación Básica. Rapid Online. 2010 mayo junio; 33(3).
30. Monje C. Metodología de la investigación Cuantitativa y Cualitativa: Universidad Surcolombiana Facultad de Ciencias Sociales y Humanas; 2011.
31. Hernández-Sampiere R. Metodología de la Investigación. Las rutas cuantitativas, cualitativas y mixtas. 18th ed. Mexico: Mc Graw Hill; 2018.
32. Espinoza I. <http://www.bvs.hn>. [Online]. [cited 2022 06 11]. Available from: http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/Discapacidad/Escolares/Tipos.de.Muestreo.Rev.IE_31_Oct_17.pdf.

VIII. ANEXOS

ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escalas	Puntuación		
Factores relacionados	Componente premonitorio que puede narrar los peligros que tienen los individuos cuando se enferman o antes	Maternos pregestacionales	Índice de masa corporal	IMC menor de 18,5 Delgadez IMC entre 18,5 y 25,0 Normal IMC entre 25 y 30 Sobrepeso	1 2 3		
			Antecedente de ruptura prematura de membrana	Si presentó No presentó	1 2		
			Toxicomanía	Alcohol Cigarrillos Ninguno	1 2 3		
		Maternos gestacionales	Atenciones prenatales	Sin atenciones Inadecuado. (<5) Adecuado. (6 a +)	1 2 3		
			Infecciones intercurrentes	Urinarias En genitales No presentó	1 2 3		
			Líquido amniótico	Polihidramnios Oligohidramnios ILA Normal	1 2 3		
		Fetales	Número de fetos	Único Múltiple	1 2		
			Patologías fetales	Síndrome de dificultad respiratoria Sepsis neonatal No presentó	1 2 3		
			Apgar al minuto	Normal 7 a 10 Asfixia leve 6 -7 Asfixia moderada 4 -6 Asfixia severa < 4	1 2 3 4		
			Prematuridad	Prematuridad extrema Prematuridad moderada Prematuridad tardía	1 2 3		
		Tiempo de latencia de RPM.	Latencia es el periodo de tiempo entre la ruptura y el nacimiento del feto. Manejo conservador o expectante se refiere cuando el tratamiento consiste en prolongar o continuar el embarazo	Tiempo de latencia de ruptura prematura pretérmino		Menor a 24 horas Entre 24 a 48 horas Mayor a 48 horas a 7 días	1 2 3

ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: Factores relacionados al tiempo de latencia de ruptura prematura de membrana en gestantes atendidas en el hospital de Azángaro 2022

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA
PG ¿Cuáles son los factores relacionados al tiempo de latencia de ruptura prematura de membrana en gestantes atendidas en el Hospital de Azángaro 2022?	Determinar los factores relacionados al tiempo de latencia de ruptura prematura de membrana en gestantes atendidas en el Hospital de Azángaro 2022.	HG. Los factores maternos, pregestacionales, gestacionales, y fetales se relacionan al tiempo de latencia de ruptura prematura de membrana en gestantes atendidas en el Hospital de Azángaro 2022	Se realizará una investigación con diseño no experimental. Transversal. Investigación de tipo correlacional. Prospectivo. El método que se aplicará será el cuantitativo. Población:
PE1 ¿Cuáles son los factores maternos pre gestacionales relacionados al tiempo de latencia de ruptura prematura de membrana en gestantes atendidas en el Hospital de Azángaro? PE2 ¿Cuáles son los factores maternos gestacionales relacionados al tiempo de latencia de ruptura prematura de membrana en gestantes atendidas en el Hospital de Azángaro? PE3 ¿Cuáles son los factores fetales relacionados al tiempo de latencia de ruptura prematura de membrana en gestantes atendidas en el Hospital de Azángaro?	OE1. Identificar los factores maternos pregestacionales relacionados al tiempo de latencia de ruptura prematura de membrana en gestantes atendidas en el Hospital de Azángaro. OE2. Establecer los factores maternos gestacionales relacionados al tiempo de latencia de ruptura prematura de membrana en gestantes atendidas en el Hospital de Azángaro. OE3. Indicar los factores fetales relacionados al tiempo de latencia de ruptura prematura de membrana en gestantes atendidas en el Hospital de Azángaro.	HE1. Los factores maternos pregestacionales: IMC, antecedente de RPM, toxicomanía se relacionan al tiempo de latencia de ruptura prematura de membrana en gestantes atendidas en el Hospital de Azángaro. HE2. Los factores maternos gestacionales: APN, Infecciones intercurrentes, líquido amniótico se relacionan al tiempo de latencia de ruptura prematura de membrana en gestantes atendidas en el Hospital de Azángaro. HE3. Los factores fetales: número de fetos, patologías fetales, Apgar al minuto y prematuridad se relacionan al tiempo de latencia de ruptura prematura de membrana en gestantes atendidas en el Hospital de Azángaro.	Estará conformada por 165 gestantes atendidas en el hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo - Azángaro Muestra: La muestra estará conformada por 116 gestantes Método de muestreo: Probabilístico, porque todos los casos tenían la misma probabilidad de participar en la investigación. $n = \frac{N * Z_{\sigma}^2 * P * Q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\sigma}^2 * P * Q}$ Dónde: N = Total de la población (121) Za2 = 1.962 (si la seguridad es del 95%) e = Es el margen de error máximo que admito (5%) p = Probabilidad de éxito (0.5) Q = Probabilidad de fracaso (0.5) $n = \frac{165 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2 * (165 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$ $n = \frac{158.4}{1.37}$ $n = 115.6$

Cuestionario

Señora paciente del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo - Azángaro 2022, tenga la amabilidad de marcar las respuestas de las siguientes preguntas, que servirán para la realización del trabajo de investigación sobre: Factores relacionados al tiempo de latencia de ruptura prematura de membrana en gestantes atendidas en el Hospital de Azángaro 2022

1. Factores relacionados

1.1. Factores maternos pregestacionales

1.1.1. ¿Cuál es tu índice de masa corporal? Peso.....talla.....

- IMC menor de 18,5 Delgadez
- IMC entre 18,5 y 25,0 Normal
- IMC entre 25 y 30 Sobrepeso

1.1.2. ¿Usted presentó anteriormente ruptura de membranas?

- Si presentó
- No presentó

1.1.3. ¿Qué tipo de toxicomanía tiene usted?

- Alcohol
- Cigarrillos
- Ninguno

1.2. Factores maternos gestacionales

1.2.1. ¿Cuántas atenciones prenatales se realizó?

- Sin atenciones
- Inadecuados (<5)
- Adecuados (6 a más)

1.2.2. ¿Presentó infecciones en el embarazo?

- Urinaria
- En genitales
- No presentó

1.2.3. ¿El líquido amniótico era el recomendado?

- Polihidramnios
- Oligohidramnios
- ILA Normal

1.3. Factores fetales

1.3.1. ¿Cuántos fetos había en el embarazo?

- Único
- Múltiples

1.3.2. ¿Qué enfermedades presentó el feto?

- Síndrome de dificultad respiratoria
- Sepsis neonatal
- No presentó

1.3.3. ¿Cuál fue el Apgar al minuto?

- Normal 7 a 10
- Asfixia leve 6 -7
- Asfixia moderada 4 -6
- Asfixia severa < 4

1.3.4. La edad gestacional tenía el feto

- Prematuridad extrema (22 a 27 sem)
- Prematuridad moderada (28 a 31 sem)
- Prematuridad tardía (32 a 37 sem)

2. Tiempo de la ruptura prematura de membrana pretérmino

- Menor a 24 horas
- Entre 24 a 48 horas
- Mayor a 48 horas a 7 días

ANEXO 4

VALIDACIÓN FORMATO A



FORMATO: A

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO

TESIS: FACTORES RELACIONADOS AL TIEMPO DE LATENCIA DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE AZÁNGARO 2022

Investigadores: Sucasaca Pilco, Ulises Francisco; Urbina Oblitas, Yobanita

Indicación: Señor calificador se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems del **Cuestionario de encuesta respecto a FACTORES RELACIONADOS AL TIEMPO DE LATENCIA DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA** que le mostramos, marque con un aspa el casillero que crea conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, denotando si cuenta o no cuenta con los requisitos mínimos de formación para su posterior aplicación

NOTA: Para cada ítem se considera la escala de 1 a 5 dónde:

1= Muy deficiente	2= Deficiente	3= Regular	4= Bueno	5= Muy bueno
-------------------	---------------	------------	----------	--------------

FACTORES RELACIONADOS AL TIEMPO DE LATENCIA DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE AZÁNGARO 2022

DIMENSIÓN / Factores maternos pregestacionales	1	2	3	4	5
INDICADOR: Índice de masa corporal				X	
1 ¿Cuál es tu índice de masa corporal? Peso...talla...					
IMC menor de 18,5 Delgadez					
IMC entre 18,5 y 25,0 Normal					
IMC entre 25 y 30 Sobrepeso					
INDICADOR: Antecedentes de RPM				X	
2 ¿Usted presento anteriormente ruptura de membranas?					
Si presento					
No presento					
INDICADOR: Toxicomanía				X	
3 ¿Qué tipo de toxicomanía tiene usted?					
Alcohol					

	Opacidos				
	Ninguno				
DIMENSION: Factores maternos gestacionales					
INDICADOR: Antecedentes prenatales					
4	¿Sufró usted episodios prenatales no resueltos?				*
	Sin atención				
	Insuficiente (1-3)				
	Adecuada (4 a más)				
DIMENSION: Factores gestacionales					
5	¿Presentó usted episodios de alteraciones?				*
	Con 1 tipo de alteración				
	Con 2 tipos de alteraciones				
	Con 3 tipos de alteraciones				
	Con 4 tipos de alteraciones				
DIMENSION: Factores neonatales					
6	¿Presentó usted episodios de alteraciones?				*
	Con 1 tipo de alteración				
	Con 2 tipos de alteraciones				
	Con 3 tipos de alteraciones				
	Con 4 tipos de alteraciones				
DIMENSION: Factores familiares					
7	¿Presentó usted episodios de alteraciones?				*
	Con 1 tipo de alteración				
	Con 2 tipos de alteraciones				
	Con 3 tipos de alteraciones				
	Con 4 tipos de alteraciones				
DIMENSION: Factores ambientales					
8	¿Presentó usted episodios de alteraciones?				*
	Con 1 tipo de alteración				
	Con 2 tipos de alteraciones				
	Con 3 tipos de alteraciones				
	Con 4 tipos de alteraciones				
DIMENSION: Aspecto clínico					
9	¿Presentó usted episodios de alteraciones?				*
	Normal a 13				

	Opacidos				
	Ninguno				
DIMENSION: Factores maternos gestacionales					
INDICADOR: Antecedentes prenatales					
4	¿Sufró usted episodios prenatales en realidad?				
	Sin atención				
	Inadecuados (1 a 3)				
	Adecuados (4 a más)				
DIMENSION: Factores gestacionales					
5	¿Presentó usted problemas en el embarazo?				
	Nada (1 a 3)				
	Algunos (4 a 5)				
	Muchos (6 a 7)				
	Muchos (8 a 9)				
DIMENSION: Factores de atención					
6	¿Presentó usted problemas en la atención?				
	Nada				
	Pocos				
	Algunos				
	Muchos				
DIMENSION: Factores de parto					
7	¿Presentó usted problemas en el parto?				
	Nada				
	Pocos				
	Algunos				
	Muchos				
DIMENSION: Factores de puerperio					
8	¿Presentó usted problemas en el puerperio?				
	Nada				
	Pocos				
	Algunos				
	Muchos				
DIMENSION: Atención al parto					
9	¿Presentó usted problemas en la atención al parto?				
	Nada (1 a 3)				

	Asfixia leve 6 a 7						
	Asfixia moderada 4 -5						
	Asfixia severa < 4						
INDICADOR: Prematuridad							X
10	¿La edad gestacional tenía el feto?						
	Prematuridad extrema (22 a 27 sem)						
	Prematuridad moderada (28 a 31 sem)						
	Prematuridad tardía (32 a 37 sem)						
INDICADOR: Tiempo de la ruptura prematura de membrana pretérmino							X
11	¿Cuánto tiempo ha pasado desde que se rompieron las bolsas?						
	Menor a 24 horas						
	Entre 24 a 48 horas						
	Mayor a 48 horas a 7 días						

RECOMENDACIONES:

.....

PROMEDIO DE VALORACIÓN

4

RECOMENDACIONES:

.....

OPINIÓN DE APLICABILIDAD

- a) Deficiente b) Baja c) Regular d) Buena e) Muy buena

Nombres y Apellidos	ESTHER ELISA GARCIA CHAÑA		
DNI N°	09596932	Teléfono/Celular	954968800
Dirección domiciliaria	Cile Las Letras 288-San Borja		
Título Profesional	OBSTETRA		
Grado Académico	MAESTRA		
Mención	MAGISTER EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD		



Firma

FORMATO: A

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO

TESIS: FACTORES RELACIONADOS AL TIEMPO DE LATENCIA DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE AZÁNGARO 2022

Investigadores: Sucasaca Pilco, Ulises Francisco; Urbina Oblitas, Yobanita

Indicación: Señor calificador se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems del **Cuestionario de encuesta respecto a FACTORES RELACIONADOS AL TIEMPO DE LATENCIA DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA** que le mostramos, marque con un aspa el casillero que crea conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, denotando si cuenta o no cuenta con los requisitos mínimos de formación para su posterior aplicación

NOTA: Para cada ítem se considera la escala de 1 a 5 dónde:

1= Muy deficiente	2= Deficiente	3= Regular	4= Bueno	5= Muy bueno
-------------------	---------------	------------	----------	--------------

FACTORES RELACIONADOS AL TIEMPO DE LATENCIA DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE AZÁNGARO 2022

DIMENSIÓN / Factores maternos pregestacionales	1	2	3	4	5
INDICADOR: Índice de masa corporal					
1 ¿Cuál es tu índice de masa corporal? Peso...talla...					
IMC menor de 18,5 Delgadez					
IMC entre 18,5 y 25,0 Normal					X
IMC entre 25 y 30 Sobrepeso					
INDICADOR: Antecedentes de RPM					
2 ¿Usted presento anteriormente ruptura de membranas?					
Sí presento					
No presento			X		
INDICADOR: Toxicomanía					
3 ¿Qué tipo de toxicomanía tiene usted?					
Alcohol				X	

	Cigarrillos					
	Ninguno					
DIMENSIÓN / Factores maternos gestacionales						
INDICADOR: Antecedentes prenatales						
4	¿Cuántas atenciones prenatales se realizó?					
	Sin atenciones					
	Inadecuados (<5)					X
	Adecuados (6 a más)					
INDICADOR: Anemia gestacional						
5	¿Presentó usted anemia en el embarazo?					
	Leve 10.0 a 10.9 g/dl)					X
	Moderada 7.0 a 9.9 g/dl					
	Severa <7 g/dl					
	Sin anemia					
INDICADOR: Infecciones intercurrentes						
6	¿Presentó infecciones en el embarazo?					
	Urinaria					
	En genitales					X
	Sin anemia					
INDICADOR: Líquido amniótico						
7	¿El líquido amniótico era el recomendado?					
	Polihidramnios					
	Oligoamnios					X
	ILA Normal					
DIMENSIÓN / Factores fetales						
INDICADOR: Número de fetos						
8	¿Cuántos fetos había en el embarazo?					
	Único					X
	Múltiple					
INDICADOR: Patologías fetales						
9	¿Qué enfermedades presentó el feto?					
	Síndrome de dificultad respiratoria					
	Sepsis neonatal					
	No presento					X
INDICADOR: Apgar al minuto						
9	¿Cuál fue el Apgar al minuto?					
	Normal 8 a 10					X

	Asfixia leve 6 a 7							
	Asfixia moderada 4 -5							
	Asfixia severa < 4							
INDICADOR: Prematuridad								
10	¿La edad gestacional tenía el feto?							
	Prematuridad extrema (22 a 27 sem)							
	Prematuridad moderada (28 a 31 sem)							
	Prematuridad tardía (32 a 37 sem)						X	
INDICADOR: Tiempo de la ruptura prematura de membrana pretérmino								
11	¿Cuánto tiempo ha pasado desde que se rompieron las bolsas?							
	Menor a 24 horas						X	
	Entre 24 a 48 horas							
	Mayor a 48 horas a 7 días							

RECOMENDACIONES:

NINGUNO

PROMEDIO DE VALORACIÓN

4

RECOMENDACIONES:

OPINIÓN DE APLICABILIDAD

a) Deficiente b) Baja c) Regular Buena e) Muy buena

Nombres y Apellidos	BERNAL SUAS GARCIA		
DNI N°	023948X	Teléfono/Celular	951982350
Dirección domiciliaria	JR. STA cruz 361 - Jolow		
Título Profesional	obstetra		
Grado Académico	DOCTOR		
Mención	Especialización		

MINSA
RED DE SALUD SAN ROMÁN
[Firma]
Gestión de la Calidad en Salud
Firma

FORMATO: A

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO

TESIS: FACTORES RELACIONADOS AL TIEMPO DE LATENCIA DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE AZÁNGARO 2022

Investigadores: Sucasaca Pilco, Ulises Francisco; Urbina Oblitas, Yobanita

Indicación: Señor calificador se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems del **Cuestionario de encuesta respecto a FACTORES RELACIONADOS AL TIEMPO DE LATENCIA DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA** que le mostramos, marque con un aspa el casillero que crea conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, denotando si cuenta o no cuenta con los requisitos mínimos de formación para su posterior aplicación

NOTA: Para cada ítem se considera la escala de 1 a 5 dónde:

1= Muy deficiente	2= Deficiente	3= Regular	4= Bueno	5= Muy bueno
-------------------	---------------	------------	----------	--------------

FACTORES RELACIONADOS AL TIEMPO DE LATENCIA DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE AZÁNGARO 2022

DIMENSIÓN / Factores maternos pregestacionales	1	2	3	4	5
INDICADOR: Índice de masa corporal					
1 ¿Cuál es tu índice de masa corporal? Peso...talla...					
IMC menor de 18,5 Delgadez					
IMC entre 18,5 y 25,0 Normal					
IMC entre 25 y 30 Sobrepeso				X	
INDICADOR: Antecedentes de RPM					
2 ¿Usted presentó anteriormente ruptura de membranas?					
Si presentó					
No presentó				X	
INDICADOR: Toxicomanía					
3 ¿Qué tipo de toxicomanía tiene usted?					
Alcohol				X	

	Cigarrillos					
	Ninguno					
DIMENSIÓN / Factores maternos gestacionales						
ÍNDICADOR: Antecedentes prenatales						
4	¿Cuántas atenciones prenatales se realizó?					
	Sin atenciones					
	Inadecuados (<5)				X	
	Adecuados (6 a más)					
ÍNDICADOR: Anemia gestacional						
5	¿Presentó usted anemia en el embarazo?					
	Leve 10.0 a 10.9 g/dl)					
	Moderada 7.0 a 9.9 g/dl				X	
	Severa <7 g/dl					
	Sin anemia					
ÍNDICADOR: Infecciones intercurrentes						
6	¿Presentó infecciones en el embarazo?					
	Urinaria					X
	En genitales					
	Sin anemia					
ÍNDICADOR: Líquido amniótico						
7	¿El líquido amniótico era el recomendado?					
	Polihidramnios					
	Oligoamnios					
	ILA Normal					X
DIMENSIÓN / Factores fetales						
ÍNDICADOR: Número de fetos						
8	¿Cuántos fetos había en el embarazo?					
	Único				X	
	Múltiple					
ÍNDICADOR: Patologías fetales						
9	¿Qué enfermedades presentó el feto?					
	Síndrome de dificultad respiratoria					
	Sepsis neonatal					
	No presento					X
ÍNDICADOR: Apgar al minuto						
9	¿Cuál fue el Apgar al minuto?					
	Normal 8 a 10				X	

	Asfixia leve 6 a 7						
	Asfixia moderada 4 -5						
	Asfixia severa < 4						
INDICADOR: Prematuridad							
10	¿La edad gestacional tenía el feto?						
	Prematuridad extrema (22 a 27 sem)						
	Prematuridad moderada (28 a 31 sem)						
	Prematuridad tardía (32 a 37 sem)					X	
INDICADOR: Tiempo de la ruptura prematura de membrana pretérmino							
11	¿Cuánto tiempo ha pasado desde que se rompieron las bolsas?						
	Menor a 24 horas						X
	Entre 24 a 48 horas						
	Mayor a 48 horas a 7 días						

RECOMENDACIONES:

Ninguno

PROMEDIO DE VALORACIÓN


4

RECOMENDACIONES:

OPINIÓN DE APLICABILIDAD

a) Deficiente b) Baja c) Regular Buena e) Muy buena

Nombres y Apellidos	René Paul Sánchez Ríos		
DNI N°	02438486	Teléfono/Celular	961777239
Dirección domiciliaria	Av. Tacno 231 - Jibaca		
Título Profesional	Obstetra		
Grado Académico	Magístar		
Mención	Defensa Universitaria e Investigación		


 Mgr. René Paul Sánchez Ríos
 ESP. VITALIDAD FETAL
 COP 10670 - RNE 1953-E-02

ANEXO 5

VALIDACIÓN FORMATO B



FORMATO: B

FICHAS DE VALIDACIÓN DEL INFORME DE OPINIÓN POR JUICIO DE EXPERTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Título de la Investigación : Factores relacionados al tiempo de latencia de ruptura prematura de membrana en gestantes atendidas en el hospital de Azángaro 2022
- 1.2. Nombre del instrumento : Cuestionario
motivo de evaluación

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Indicadores	Criterios	Deficiente				Baja				Regular				Buena				Muy Buena			
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado																X				
2. Objetividad	Está expresado en conductas observables																X				
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica																X				
4. Organización	Existe una organización lógica																X				
5. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad																X				
6. Intencionalidad	Adecuado para valorar los instrumentos de investigación																X				

FORMATO: B

FICHAS DE VALIDACIÓN DEL INFORME DE OPINIÓN POR JUICIO DE EXPERTO

I. DATOS GENERALES

1.1. Título de la Investigación : Factores relacionados al tiempo de latencia de ruptura prematura de membrana en gestantes atendidas en el hospital de Azángaro 2022

1.2. Nombre del instrumento : Cuestionario
motivo de evaluación

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Indicadores	Criterios	Deficiente				Baja				Regular				Buena				Muy Buena			
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado																X				
2. Objetividad	Está expresado en conductas observables																X				
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica																X				
4. Organización	Existe una organización lógica																			X	
5. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad																		X		
6. Intencionalidad	Adecuado para valorar los instrumentos de investigación																X				

FORMATO: B

FICHAS DE VALIDACIÓN DEL INFORME DE OPINIÓN POR JUICIO DE EXPERTO

I. DATOS GENERALES

1.1. Título de la Investigación : Factores relacionados al tiempo de latencia de ruptura prematura de membrana en gestantes atendidas en el hospital de Azángaro 2022

1.2. Nombre del instrumento : Cuestionario
motivo de evaluación

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Indicadores	Criterios	Deficiente				Baja				Regular				Buena				Muy Buena			
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado																				X
2. Objetividad	Está expresado en conductas observables																			X	
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica																				X
4. Organización	Existe una organización lógica																				X
5. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad																			X	
6. Intencionalidad	Adecuado para valorar los instrumentos de investigación																				X

ANEXO 6

AUTORIZACIÓN PARA LA RECOLECCION DE DATOS



SOLICITO. AUTORIZACION PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION PARA TRABAJO DE INVESTIGACION

SEÑORA DIRECTORA DEL "HOSPITAL CARLOS CORNEJO-ROSELLO VIZCARDO" AZÁNGARO

Dra. Yesenia Contreras Silva.

Ulises Francisco Sucasaca Pilco, identificado con DNI Nro. 80308814, egresado de la escuela profesional de Obstetricia, del a UANCV, con residencia en la Urb. 20 de enero, Av. Santa Cruz Nro 157 de la ciudad de Juliaca

Ante usted con el debido respeto me presento y digo:

Que habiendo culminado mis estudios en la Escuela profesional de obstetricia de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, estoy realizando mi trabajo de Investigación, titulado "FACTORES RELACIONADOS AL TIEMPO DE LATENCIA DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO AZÁNGARO 2022", para lo cual solicito se me brinde la **Autorización** poder recopilar la información del **Servicio de Obstetricia** y de la **Oficina de Estadística** en el Periodo Comprendido de mayo - junio - julio del presente año

POR LO EXPUESTO

Ruego a usted acceder a mi solicitud por ser justa y legal.

Juliaca, 20 de junio del 2022



Yesenia Contreras
YESENIA CONTRERAS
OBSTETRA COP 4504
DIRECTORA HOSPITAL

Ulises Francisco Sucasaca Pilco

ANEXO 7

FOTOS DE LA RECOLECCION DE DATOS



