



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN - MANAGUA

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**MINISTERIO DE SALUD**

**HOSPITAL FERNANDO VÉLEZ PAIZ**

**PROTOCOLO DE TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.**

*“Resultados maternos y perinatales del manejo conservador en embarazos pre  
términos con ruptura de membranas en el Hospital Fernando Vélez Paiz de  
enero a diciembre del 2019”*

**Autor:**

Dra. Alicia del Carmen Guadamuz Alvarado

**Tutor:**

Dra. Ilce Carolina Padilla Leiva

Ginecología Obstetricia

Managua, 27 de Enero del 2020

## ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	ANTECEDENTES .....	2
	Estudios Internacionales .....	2
	Estudios Nacionales .....	4
III.	JUSTIFICACIÓN .....	5
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
	Caracterización .....	6
	Delimitación .....	6
	Formulación.....	6
	Sistematización .....	6
V.	OBJETIVOS .....	7
	Objetivo General.....	7
	Objetivos Específicos .....	7
VI.	MARCO TEÓRICO .....	8
	Manejo conservador .....	10
	Resultados materno.....	11
	Resultados perinatales .....	12
VII.	DISEÑO METODOLÓGICO .....	17
	Tipo de estudio .....	17
	Área de estudio .....	17
	Universo .....	17

## INTRODUCCIÓN

La ruptura prematura de membranas se considera un problema de salud pública; un tercio de los nacimientos prematuros se asocian a esta, desencadenado con ello un sin número de eventos y posibles complicaciones.

Se define como Ruptura Prematura de Membranas (que a lo largo de este trabajo investigativo la referiré por sus siglas RPM) como la continuidad de las membranas ovulares antes del inicio de trabajo de parto, con la consiguiente salida de líquido y comunicación de la cavidad amniótica con el endocérvix y la vagina.

A pesar de los avances de la medicina perinatal, la RPM, continúa como un enigma cuyo manejo casi siempre es poco satisfactorio, asociándose a nivel de riesgo alto para la madre y el neonato. (Cabanillas-Carhuaz, 2015). La frecuencia de RPM oscila alrededor del 5 al 10% de todos los partos y la ruptura prematura de membranas pre término ocurriendo en el 3% de todos los embarazos. (Miranda-Flores, 2014)

La conducta expectante (manejo conservador) ha ganado mucho terreno en los embarazos de pre término frente a la evacuación inmediata, si bien es cierto, la infección tanto materna como neonatal es el principal riesgo en mantener una conducta conservadora, debe equilibrarse con el riesgo de prematuridad iatrogénica y sus complicaciones. El manejo activo se relaciona con la prevención de la infección y maduración pulmonar para evitar el síndrome de dificultad respiratoria (SDR). (Quispe Maldonado, 2016).

El manejo conservador y la vigilancia activa de RPM deben brindarse con el fin de disminuir la morbilidad materna y neonatal por ello, es imperativo evaluar el impacto del mismo. Considero debe ser objeto de investigación por las repercusiones que conllevan al binomio.

## **ANTECEDENTES**

### **Estudios Internacionales**

En la ciudad de México se ha presentado, tras la revisión documental, que la incidencia de complicaciones obstétricas asociadas a ruptura prematura conllevó a sepsis materna y fetal, corioamnionitis, muerte fetal y bajo peso. (Rodríguez-Bosch, Miranda-Araujo, & Reséndiz-Rossetti, 2018).

Mientras tanto en Costa Rica, Rodríguez P. (2017), con su estudio observacional de cohorte retrospectivo, encontró que el 28% de las pacientes estudiadas presentaron oligohidramnios, y de estos, el 4% presentó asfixia neonatal y un 8% ameritó reanimación neonatal, además el 4% de los recién nacidos fueron ingresados a UCIN, no existiendo muertes maternas descritas.

Por otra parte, en Ecuador, Alvear & Pacheco (2017), en su estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, encontró que la edad materna promedio fue de 23.26 años; siendo el 43.1% de las pacientes adolescentes y el 55.6% eran primigestas., En la edad gestacional, el promedio concordó con 32.1 semanas; a su vez, describió como resultados maternos la presencia de corioamnionitis en un 27.8%, seguido de hemorragia postparto con un 9.7% y endometritis puerperal equivalente al 8.3%. En esta investigación, el 50% de los recién nacidos ingresaron a UCIN.

En El Salvador, Quispe (2016), descubrió que en la población en estudio, un 53.3% eran primigestas, encontrando un 64.0% que la vía de nacimiento fue vaginal, el 82.7% con más de 6 atenciones prenatales, describiendo como las complicaciones maternas más comunes: endometritis 2% y 5.3% corioamnionitis, la sepsis neonatal se presentó en un 14,6%, los prematuros fueron 3,3%, el 0,7% síndrome de dificultad respiratoria y sufrimiento fetal agudo.

Siguiendo con el país centroamericano, El Salvador, en su estudio descriptivo, retrospectivo, la edad materna más frecuente fue entre los 21-30 años, el 75% de las pacientes residen en áreas rurales, la indicación principal de la interrupción del manejo conservador de RPM fue el inicio de trabajo de parto espontáneo en un 60% y la principal vía de evacuación fue el parto vaginal con un 45%, dentro de los resultados maternos y perinatales se encontró el síndrome de dificultad respiratoria en un 38.5% seguido de sepsis en un 31.2%. (Sosa Bonilla, 2016).

En el mismo orden de ideas, Lupa (2014), en el país salvadoreño, con su estudio descriptivo transversal retrospectivo, concluyó que el 62.9% de las pacientes oscilaban las edades de 20 a 34 años, el 62.1% de las gestantes eran multíparas, 10.6% presentaron complicaciones perinatales y 3.4% de los neonatos se asoció a asfixia.

Cambroner & Víquez (2015), Costa Rica, en su estudio observacional descriptivo retrospectivo, describieron que un 24% de los pacientes completaron el esquema antibiótico, brindándose manejo expectante en promedio de 5 días, como complicación asociada predominó el distrés respiratorio neonatal en un 73% seguido por la corioamnioitis que estuvo presente en 14% de la población en estudio, se destacó que un 70% de las pacientes completó esquema corticoides.

Alan Miranda Flores, Perú, con su estudio no experimental, observacional, retrospectivo, encontró parto por cesárea un 71,8 %, la nuliparidad se observó en un 45,8 %. La edad gestacional promedio fue 29 semanas; el período de latencia promedio fue de 10 días, se describen resultados desfavorables ya que un 34,5 %, presentó corioamnioitis así como el síndrome de dificultad respiratoria se evidenció en el 21,8 % de los neonatos (Miranda-Flores, 2014).

Hernández et al, México, en su estudio comparativo, prospectivo, encontró la sepsis como resultado materno más frecuente en un 60%, en los neonatos el síndrome de dificultad respiratorio se presentó en un 70% y la enterocolitis necrosante en un 25% (Hernández, López Farfán, & Gámez Guevara, 2011).

## **Estudios Nacionales**

Sánchez E (2017), Managua, con su estudio observacional, retrospectivo, de corte transversal, encontró que el 38.22% estaba entre 20-24 años, la vía de nacimiento más observada fue vaginal. Referente a las complicaciones maternas 97.45% no tuvieron complicaciones en el puerperio. Con respecto a las complicaciones perinatales, 98.18% de los recién nacidos estaban sanos.

Igualmente, en la ciudad capitalina, Muñoz – Molina, en su estudio estudio observacional, descriptivo y retrospectivo concluyó que el 93.7% era de 15 – 35 años, el 64.6% eran nulíparas, se brindó conducción al 21.6% y se indujo al 16.2%, en el 86.7% la vía de finalización fue por cesárea y se describe en los hallazgos neonatales que el 65% curso con asfixia neonatal. (Muñoz Ruiz & Molina Bojorge, 2016).

Ilice Ruiz, Managua, con su estudio observacional, descriptivo, realizado en el Hospital Fernando Vélez Paiz concluyó que más del 60% eran primigestas con 4 controles prenatales a más, describe que el 70% de los neonatos nacieron sanos. Hubo una muerte perinatal, la cual no tuvo relación a sepsis (Ruiz-Herrera, 2019).

## **JUSTIFICACIÓN**

Existen controversias al brindar manejo conservador de ruptura de membranas, por lo que es importante realizar investigaciones que permitan avalar su repercusión en el binomio materno fetal, así como las complicaciones asociadas a esta entidad clínica aun cuando se brinde manejo activo de la RPM y se cumpla con la normativa descrita a nivel nacional, esto nos ayuda a comprender la relevancia de este problema de salud pública, que genera pronósticos sombríos en madre y neonato, la conducta expectante siempre y cuando las condiciones materno fetales lo permitan es de vital importancia para el desarrollo óptimo del proceso obstétrico y sobre vida del neonato, este estudio permite comprender mejor el comportamiento clínico y las respuestas comunes en la población nicaragüense, lo cual a su vez permite mejorar las directrices internas en pro de evitar y repercutir en el manejo de la mujer gestante, a su vez generar datos estadísticos actualizados, permite generar mejores alternativas educacionales de la importancia pre y peri parto para la reducción de complicaciones obstétricas.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### Caracterización

El hospital Fernando Vélez Paiz, posee ingresos constantes al servicio de Alto Riesgo Obstétrico, de pacientes con ruptura de membrana, de los cuales el 37% son embarazos pre término

### Delimitación

El Hospital Fernando Vélez Paiz, recibe ingresos de pacientes obstétricas de edad gestacional antes del término, con solución de continuidad de las membranas amnióticas, cuyas características las hace candidatas a manejo conservador para mitigar las complicaciones maternas fetales

### Formulación

A partir de la caracterización y delimitación del problema antes expuesto, se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los resultados maternos y perinatales en embarazos pre término con ruptura prematura de membranas que se les brindó manejo conservador en el Hospital Fernando Vélez Paiz de enero a diciembre del 2019?

### Sistematización

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población en estudio?
2. ¿Cuáles son las características clínicas y obstétricas de pacientes RPM con manejo conservador?
3. ¿Cuáles son los resultados maternos de gestantes con manejo conservador de RPM?
4. ¿Cuáles son los resultados perinatales de las gestantes con ruptura prematura de membranas objeto de estudio en el periodo comprendido?



## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Conocer los resultados maternos y perinatales en el manejo conservador en embarazos pre término con ruptura prematura de membranas en embarazos pre término en el Hospital Fernando Vélez Paiz enero a noviembre del 2019

### **Objetivos específicos:**

1. Describir las características sociodemográficas de la población en estudio
2. Identificar las características clínicas y obstétricas de pacientes con ruptura prematura de membranas objeto de estudio.
3. Detallar los resultados maternos de gestantes con manejo conservador de RPM.
4. Describir los resultados perinatales de las gestantes con ruptura prematura de membranas a quienes se les dio manejo conservador

## MARCO TEÓRICO

La ruptura prematura de membranas (RPM) es la ruptura espontánea de las membranas corioamnióticas producidas antes del inicio del trabajo de parto, en una gestación posterior a las 22 semanas de gestación. Se presenta con una frecuencia entre 4% y 18% de los partos y es causa de 50% de los partos pre términos. (Cambronero Arguedas & Viquez Villalobos, 2015, pág. 17)

### Etiología

Son múltiples, los factores causales de la ruptura prematura de membranas son poco conocidos y algunos muy discutidos. La etiología de la RPM es conocida en la mayoría de los casos, sin embargo se han identificado que los factores predisponentes más frecuentes son:

- Infecciones cervicovaginales.
- Corioamnioítis.
- Alteración de las propiedades físicas de las membranas
- Tensión excesiva de las membranas ovulares (polihidramnios, embarazo gemelar).
- Traumatismo. Causado en gran manera por los tactos vaginales, colocación de amnioscopio, catéteres utilizados para registrar la presión uterina, sondas para iniciar el parto, son procedimientos que pueden producir una amniotomía accidental involuntaria, cerclajes.
- Infección Local. Las infecciones del tracto genital inferior se asocia con una alta incidencia de ruptura prematura de membranas.
- Incompetencia Ístmico-cervical.
- Déficit de vitamina C y de Cobre.

### Factores de riesgo

- ✓ Bajo nivel socioeconómico.
- ✓ Infección del tracto genital inferior (ITS).

- ✓ Antecedente de parto pre término.
- ✓ Embarazo con un dispositivo Intrauterino.
- ✓ Debilidad inherente de las membranas.
- ✓ Corioamnioítis.
- ✓ Esfuerzo excesivo.
- ✓ Infección Urinaria.
- ✓ Sobredistención uterina (Gestación múltiple, Polihidramnios, Macrosomía fetal).
- ✓ Desproporción cefalopélvica.
- ✓ Déficit nutricional.
- ✓ Incompetencia istmicocervical. Conización cervical por tratamientos al cuello del útero; cerclaje).
- ✓ Antecedentes de ruptura de membranas.
- ✓ Hemorragia preparto.
- ✓ Disminución del colágeno de las membranas.
- ✓ Desnutrición.
- ✓ Tabaquismo.
- ✓ Enfermedades pulmonares durante el embarazo.
- ✓ Amniocentesis. (1)

#### Clasificación

Ruptura Prematura de Membranas (RPM): Si la ruptura de membranas se da en un embarazo de término.

- Ruptura Prematura de Membranas en embarazo pre término (RPMP).
- RPMP cerca del término: Que son aquellas pacientes con rotura de membranas entre las 34 y 37 semanas.

RPMP lejos del término: Que son aquel grupo de embarazadas que presentan ruptura de membranas con edad gestacional entre las 24 y 34 semanas.

- RPMP Pre-viable: Cuando la ruptura ocurre antes de las 24 semanas.

- Diagnóstico

Diagnóstico Clínico:

El diagnóstico se debe efectuar mediante la historia clínica (interrogar con precisión sobre color, cantidad, fecha y hora del comienzo de la salida de líquido, aumento de la humedad perineal, si es perdida intermitente, o fue salida franca de líquido que moja los muslos y el piso).

Observación de salida de líquido amniótico por canal cervical con especuloscopia. (Nivel de evidencia II-3, Grado de recomendación B). Color: a veces ligeramente opaco, ambarino, blanco o teñido de meconio, olor característico semejante al semen o al hipoclorito de sodio, vermix de origen fetal después de las 32 a las 35 semanas.

Prueba de Valsalva: Colocar espéculo, provocar aumento de la presión intraabdominal (pujo o tos), para evidenciar la salida de líquido a través del cérvix.

Maniobra de Tarnier: Presionar fondo uterino y con la mano intravaginal elevar la presentación, para evidenciar la salida de líquido transvaginal.

Auxiliares de diagnósticos.

Prueba con Nitrazina: Cambia el color del papel de amarillo para pH normal de la vagina (4.5-6.0) a azul/púrpura (pH 7.1-7.3) al contacto del líquido amniótico, precisión 87 al 95%; esta prueba puede presentar falsos positivos ante la presencia de sangre, semen, o por la presencia de vaginosis bacteriana.

Prueba de arborización en Helecho (Cristalografía). Se toma una muestra de líquido existente en el fondo de saco vaginal o de las paredes lateral de la vagina y se observa en forma de helechos al microscopio. Puede ser un falso positivo si se

incluye moco cervical, precisión del 84% al 100%.

Fibronectina Fetal: La determinación de fibronectina fetal a nivel cervico-vaginal ha sido recomendada por algunos investigadores, punto de corte mayor de 50 nanogramos.

Ecografía: Cuando no se visualiza salida de líquido amniótico transcervical y hay historia de salida de líquido, la presencia de oligoamnios (Índice de Phelan menor de 5 o índice de bolsón único menor de 2) predice la RPM.

#### Pruebas de Laboratorio

Biometría hemática completa.

Grupo y Rh.

Examen general de orina.

Proteína C reactiva.

Cultivo de líquido vaginal.

Tinción de Gram de líquido amniótico.

Criterios GIBSS de diagnóstico en caso de sepsis.

Temperatura materna mayor o igual a 37.5 grados centígrados y dos o más de los siguientes parámetros:

Hipersensibilidad uterina.

Salida de secreción vaginal fétida o líquido amniótico fétido.

Leucocitos mayor o igual a 15,000 y presencia en banda > 6%.

Taquicardia materna persistente mayor de 100 latidos por minutos.

Proteína C reactiva 2 veces su valor normal (VN 0.7-0.9mg/dl) suele aumentar 2-3 días antes de la sintomatología clínica.

Taquicardia fetal sostenida (mayor de 160 lat. por minuto).

Diagnóstico Diferencial.

Emisión involuntaria de orina

Flujo vaginal abundante.

Expulsión del tapón mucoso.  
Saco ovular doble (ruptura falsa).  
Agentes infecciosos asociados con RPM.  
Estreptococo B hemolítico del grupo B.  
Gardnerella.  
Mycoplasma.  
Ureoplasma.  
N. Gonorreae.  
Clamidia.

Al evaluar las características sociodemográficas de pacientes con ruptura de membranas, en estudios previos Alvear – Pacheco, plantea que la edad materna promedio fue de 23.26 años; el 43,1% de las pacientes eran adolescentes (Alvear Lozano & Pacheco Chica, 2017). Por su parte Carolina Sosa, encontró que la edad materna más frecuente fue entre los 21-30 año. (Sosa Bonilla, 2016). Liliana Lupa, el 62.9% de las pacientes oscilaban las edades de 20 a 34 años, (Lupa Apfata, 2014). Para Muñoz – Molina, el 93.7% eran de 15 – 35 años, (Muñoz Ruiz & Molina Bojorge, 2016).

Como factor protector en la cantidad de atenciones prenatales, Alvear – Pacheco plantearon que las pacientes con más de 6 atenciones pre natales que fue el 82,7%, (Alvear Lozano & Pacheco Chica, 2017). Ilce Ruiz, concluyó que más del 60% con 4 controles prenatales (Ruiz-Herrera, 2019).

La edad gestacional al momento del diagnóstico encontré similitudes como Alvear – Pacheco donde la edad gestacional promedio concordó con 32.1 semanas; (Alvear Lozano & Pacheco Chica, 2017) y para Alan Miranda la edad gestacional promedio fue 29 semanas; (Miranda-Flores, 2014).

Respecto a las gestaciones de las pacientes como factor en la evolución, Alvear – Pacheco, encontró que el 55.6% eran primigestas, (Alvear Lozano & Pacheco Chica, 2017). Carla Quispe las primigestas fueron 53,3% de la población estudiada, (Alvear Lozano & Pacheco Chica, 2017). Liliana Lupa el 62.1% de las gestantes eran multíparas, (Lupa Apfata, 2014). Para Alan Miranda la nuliparidad se observó en un 45,8 %. (Miranda-Flores, 2014). Y para Muñoz – Molina el 64.6% eran nulíparas, (Muñoz Ruiz & Molina Bojorge, 2016).

## **Manejo conservador**

El manejo conservador generalmente consiste en prolongación inicial y un continuo monitoreo fetal y materno, combinado con el reposo materno en cama, lo cual aumenta la oportunidad de re acumulación de líquido amniótico y el sello espontáneo de las membranas. El feto con RPM pre término tiene un riesgo significativo de compresión del cordón umbilical (32 – 76%) y de sufrimiento fetal. (Sanchez Estrada, 2017, pág. 17)

## **Criterios para el manejo conservador** (Miranda-Flores, 2014, pág. 85)

### **Fetales:**

- ✓ Edad gestacional mayor de 34 semanas (comprobadas por USG, estudio de LA, índice de LA) Sin presencia de trabajo de parto. Sin evidencia clínica ni de laboratorio de infección, sin embargo se plantea que gestaciones de 24 a 34 semanas se puede brindar manejo conservador sin controversia alguna siempre y cuando las condiciones materno fetales lo permitan.
- ✓ Bienestar fetal normal.
- ✓ Feto sin presencia de anomalías incompatibles con la vida.

### **Maternos:**

- ✓ Embarazo de término sin inicio de trabajo de parto que reúnen los requisitos anteriores (en latencia, esperar 12 horas si inicia trabajo de parto espontáneamente) y que no hay contraindicaciones para el parto vaginal.
- ✓ Se deberá contar con el consentimiento informado de la paciente para conducta a decidir: manejo expectante o interrumpir el embarazo (inducción del trabajo de parto)

Están en relación directa con la edad gestacional, con importantes repercusiones en la madre como la infección intra amniótica entre otras, en el caso de los resultados perinatales lo principal es la prematuridad. (Alvear Lozano & Pacheco Chica, 2017, págs. 25-31) donde es reflejado por Alan Miranda que el período de latencia promedio fue de 10.6 días. (Miranda-Flores, 2014).

### *Resultados maternos*

1. Corioamnioitis: infección del líquido amniótico y las membranas que lo contienen; también se denomina infección intraamniótica, infección ovular o amnioitis .
2. Infección del sitio operatorio: infección que ocurre después de la cirugía en la parte del cuerpo donde se realizó la operación
3. Desprendimiento prematuro de placenta: separación parcial o total de la placenta de su inserción decidual en el fondo uterino, previa al nacimiento del feto
4. Sepsis materna: proceso infeccioso septicémico y grave que afecta a todo el organismo y que desencadena una respuesta inflamatoria general, que puede afectar tanto a las mujeres tras un parto o un aborto como al recién nacido
5. Endometritis puerperal: infección uterina, típicamente causada por bacterias ascendentes desde el aparato genital inferior o el tracto urogenital en el periodo posterior al parto
6. Hemorragia postparto: pérdida de sangre de > 1000 ml o acompañada de síntomas o signos de hipovolemia en las 24 horas posteriores al nacimiento
7. Muerte materna: término estadístico que describe la muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o el posparto

Los hallazgos maternos son variado, y de pronostico diverso y sombrío, como para Alvear – Pacheco, la presencia de corioamnioitis estuvo en el 27.8%, seguido de hemorragia postparto con un 9.7% y endometritis puerperal equivalente al 8.3%; (Alvear Lozano & Pacheco Chica, 2017). Para María Rodríguez, el 28% se asoció a Oligoamnios, (Rodríguez



Pérez, 2017). Rodríguez – Miranda, las complicaciones sepsis materna, corioamnioitis, fueron las más significativas (Rodríguez-Bosch, Miranda-Araujo, & Reséndiz-Rossetti, 2018). Carla Quispe, encontró endometritis en el 2% y 5.3% corioamnioitis de las pacientes estudiadas, (Quispe Maldonado, 2016). Alan Miranda la corioamnioitis fue el 23,9 % (Miranda-Flores, 2014).

**Criterios de Finalización de la Gestación:** (Sosa Bonilla, 2016, págs. 25-39)

- Inicio de trabajo de parto
- Evidencia clínica o de laboratorio de infección
  - PCR > 6 mg/l
  - VSG hasta 20 mm/h
  - Leucocitosis > 15,000 x mm<sup>3</sup>
  - Fiebre materna T<sub>0</sub> >37.80C
  - Líquido amniótico purulento
  - Hipersensibilidad uterina
  - Taquicardia materna > 120 por min,
  - Taquicardia fetal > 160 por min.
  - Bienestar fetal comprometido

En el estudio de Carla Quispe, 64.0% terminaron por vía vaginal. (Quispe Maldonado, 2016). Carolina Sosa, la vía de evacuación fue el parto vaginal con un 45%, (Sosa Bonilla, 2016). Pero para Alan Miranda, encontró que la vía de parto más frecuente fue por cesárea con un 71,8 %, (Miranda-Flores, 2014)

*Resultados perinatales:*

1. Síndrome de dificultad respiratoria: entidad clínica caracterizada por la aparición de fenómenos inflamatorios y necrotizantes del alveolo pulmonar, que se extienden a través de la circulación sistémica a todo el organismo.

2. Neumonía: Inflamación de los pulmones, causada por la infección de cualquier agente etiológico, irritante, toxinas, entre otras
3. Hemorragia intra ventricular: sangrado que se produce dentro o alrededor de los ventrículos cerebrales
4. Asfixia neonatal: síndrome caracterizado por la suspensión o grave disminución del intercambio gaseoso a nivel de la placenta o de los pulmones, que resulta en hipoxemia, hipercapnia e hipoxia tisular con acidosis metabólica
5. Muerte perinatal: resultado final de la interacción de una serie de factores presentes en el proceso de gestación
6. Sepsis e infección neonatal: infección de la sangre que se presenta en un bebé de menos de 90 días de edad
7. Enterocolitis necrotizante: patología digestiva caracterizada por isquemia, hipercrecimiento bacteriano y respuesta inflamatoria sistémica

Para evaluación de los resultados maternos en diferentes estudios se encontró similitud tanto clínica como estadística, María Rodríguez, el 4% se asoció a asfixia neonatal y fueron ingresados a UCIN. (Rodríguez Pérez, 2017). Alvear – Pacheco en parte neonatal el 50% de los pacientes ingresó a UCIN. (Alvear Lozano & Pacheco Chica, 2017). Carla Quispe la sepsis neonatal se presentó en un 14,6%, los prematuros fueron 3,3%, el 0,7% síndrome de dificultad respiratoria, (Quispe Maldonado, 2016), Carolina Sosa el síndrome de dificultad respiratoria se presentó en un 38.5%, la sepsis en un 31.2%. (Sosa Bonilla, 2016) para Liliana Lupa 3.4% de los neonatos se asoció a asfixia. (Lupa Apfata, 2014).

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

### **Tipo de estudio**

De acuerdo al método de investigación el presente estudio es observacional porque se reflejan las características de las pacientes, descriptivo porque se detalla las frecuencias de las características, transversal ya que es en un momento determinado del tiempo, retrospectivo debido a que será hacia el pasado con información que ya ocurrió, unidireccional en búsqueda de una sola interpretación final.

### **Área de Estudio**

El área de estudio de la presente investigación, es centrada en embarazos pre término ruptura prematura de membranas en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Fernando Vélez Paiz en el periodo enero a noviembre del 2019.

### **Universo**

La población de estudio corresponderá a todas las pacientes ingresadas con diagnóstico de ruptura de membranas pre término equivalente a 56 pacientes en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Fernando Vélez Paiz en el periodo enero a noviembre del 2019, de las cuales cumplieron los criterios de inclusión y exclusión un total de pacientes de 56.

### **Muestra**

No se calculará muestra, se realizará el total de las pacientes de la población de estudio

### **Tipo de muestreo**

No realizará muestreo ya que se realizará

## **Criterios de Inclusión y Exclusión**

### **Criterios de inclusión**

- Mujer embarazada con RPM candidatas a manejo conservador
- Ausencia de datos de respuesta inflamatoria sistémica.
- Evidencia de bienestar fetal

### **Criterios de exclusión**

- Toda paciente que presentó criterio de finalización de la gestación, basado en la morbilidad materna y/o que incremente el riesgo fetal.
- Seropositividad VIH
- Pacientes con criterios de GIBBS.

### **Unidad de Análisis:**

Será secundario, con la obtención información de los expedientes del departamento de estadística con diagnóstico de RPM ingresadas en el Servicio de ARO del Hospital Fernando Vélez Paiz en el periodo comprendido.

### **Obtención de la información**

La información se obtendrá de los expedientes de las pacientes ingresadas con diagnóstico de RPM en el Servicio de ARO del Hospital Fernando Vélez Paiz en el periodo enero a noviembre del 2019.

### **Métodos, Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Datos e Información**

La presente investigación utilizará al *Paradigma Socio-Crítico*, de acuerdo a esta postura, todo conocimiento depende de las prácticas de la época y de la experiencia. (Pérez Porto, 2014). Se realizará previa coordinación con autoridades, la selección de los expedientes de las pacientes, previa filtración según criterios de inclusión/exclusión. Se llenará el instrumento de recolección. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014, págs. 532-540).

### **Lista de variables por objetivo**

#### **Objetivo 1**

Edad

Raza

Procedencia

Ocupación

#### **Objetivo 2**

Paridad

Morbilidad materna al momento de la

RPM

Número de APN

Edad gestacional al momento del diagnóstico

Semanas de seguimiento de la RPM

Método diagnóstico de RPM

Vía de nacimiento

#### **Objetivo 3**

Infección de herida quirúrgica

Endometritis

Seroma de herida quirúrgica

Absceso de herida quirúrgica

Sin complicaciones

#### **Objetivo 4**

Síndrome de distrés respiratorio neonatal

Muerte perinatal

Sepsis temprana

Asfixia

Neumonía

**Matriz de Operacionalización de Variables:** Objetivo General: Conocer los resultados maternos y perinatales en el manejo conservador de la ruptura prematura de membranas en embarazos entre 28 a 40 semanas en el Hospital Fernando Vélez Paiz enero a noviembre del 2019

<i>Objetivos Específicos</i>	<b>Variable Conceptual</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicador</b>	<b>Categorías Estadísticas</b>	
<p><b><u>Objetivo Especifico 1</u></b> <i>Describir las características sociodemográficas de la población en estudio</i></p>	Características Socio-Demográficas De las pacientes	Edad	Tiempo transcurrido del nacimiento a la fecha.	Cuantitativa	≤ 19 años 20 a 29 años 30 a 39 años ≥ 40 años
		Procedencia	Ubicación de residencia actual.		Cualitativa
		Ocupación	Cargo laboral que posee.	Cualitativa	Ama casa Estudiante Comerciante Secretaria Otro
		Raza	Condición genética dependiente del nacimiento	Cualitativa	Mestiza Misquito Zumo Rama Otra

<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Variable Conceptual</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicador</b>	<b>Tipo de Variable Estadística</b>	<b>Categorías Estadísticas</b>
<p><u>Objetivo</u> <u>Específico 2</u> <b>Identificar las características clínicas y obstétricas de pacientes con ruptura prematura de membranas objeto de estudio</b></p>	<p><i>Características Asociadas al diagnóstico, evolución, seguimiento y evolución del evento obstétrico</i></p>	<p><i>Variaciones clínicas y obstétricas del evento</i></p>	Paridad	Cuantitativa	0 a más
			Morbilidad materna al momento de la RPM	Cualitativa	DG O DPG HTA Cardiopatía Asma Otros Ninguna
			Número de APN	Cuantitativa	0 a más
			Edad gestacional al momento del diagnóstico	Cuantitativa	24-27.6 28 -33.6 34 a 36.6

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Dimensiones	Indicador	Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
<p><u>Objetivo Especifico 2</u> <b>Identificar las características clínicas y obstétricas de pacientes con ruptura prematura de membranas objeto de estudio</b></p>	<p>Características Asociadas al diagnóstico, evolución, seguimiento y evolución del evento obstétrico</p>	<p>Variaciones clínicas y obstétricas del evento</p>	<p>Semanas de seguimiento de la RPM</p> <p>Método diagnóstico de RPM</p> <p>Vía de nacimiento</p>	<p>Cuantitativa</p> <p>Cualitativa</p> <p>Cualitativa</p>	<p>1– 2 Semanas</p> <p>2 - 4 semanas</p> <p>5 -6 semanas</p> <p>7 a más</p> <p>Clínico + USG</p> <p>Clínico + Cristalografía</p> <p>Cesárea</p> <p>Vaginal</p>



Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Dimensiones	Indicador	Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
<p><u>Objetivo Especifico 3</u> <b>Detallar los resultados maternos de gestantes con manejo conservador de RPM</b></p>	<p>Resultado materno post evento obstétrico</p>	<p>Resultado pos evento obstétrico</p>	<p>Infección de herida quirúrgica</p>	<p>Dicotómicas</p>	<p>Si / No</p>
			<p>Endometritis</p>	<p>Dicotómicas</p>	<p>Si / No</p>
			<p>Seroma de herida quirúrgica</p>	<p>Dicotómicas</p>	<p>Si / No</p>
			<p>Absceso de herida quirúrgica</p>	<p>Dicotómicas</p>	<p>Si / No</p>
			<p>Sin complicaciones</p>	<p>Dicotómicas</p>	<p>Si / No</p>

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Dimensiones	Indicador	Tipo de Variable Estadística	Categorías Estadísticas
<p><u>Objetivo Especifico 4</u></p> <p><b>Describir los resultados perinatales de las gestantes con ruptura prematura de membranas a quienes se les dio manejo conservador</b></p>	<p>Resultado perinatal del recién nacido post evento obstétrico</p>	<p>Resultados encontrados en los recién nacidos</p>	<p>Síndrome de distrés respiratorio neonatal</p>	<p>Dicotómicas</p>	<p>Si / No</p>
			<p>Muerte perinatal</p>	<p>Dicotómicas</p>	<p>Si / No</p>
			<p>Sepsis temprana</p>	<p>Dicotómicas</p>	<p>Si / No</p>
			<p>Asfixia</p>	<p>Dicotómicas</p>	<p>Si / No</p>
			<p>Neumonía</p>	<p>Dicotómicas</p>	<p>Si / No</p>

## **Plan de Tabulación y Análisis Estadístico**

### **Plan de Tabulación**

Se realizará tablas de frecuencia con valores porcentuales, unificando cada una de las variables descritas con medianas y cuantificaciones de extremidad de mayor y menor porcentaje

### **Plan de Análisis Estadístico**

A partir de los datos recolectados, se diseñará la basedatos correspondientes, utilizando el software estadístico SPSS, v. 25 para Windows. Posterior a la realización del control de calidad de los datos registrados, se realizarán los análisis estadísticos pertinentes. De acuerdo a la naturaleza de cada una de las variables cuantitativas y cualitativas guiada por el compromiso definido en cada uno de los objetivos específicos, se realizarán los análisis descriptivos El análisis de frecuencia, estadísticas descriptivas según cada caso. Además, se realizarán gráficos del tipo: pastel o barras.

### **Consideraciones éticas:**

- ✓ Se solicitará permiso a las autoridades del hospital, explicándole verbalmente en qué consiste la investigación para la revisión de expedientes, y se aplicará el cuestionario
- ✓ No se mencionarán los nombres de los pacientes en estudio.
- ✓ No se registrarán los nombres de los profesionales de salud que intervengan en algún momento en la atención de los pacientes en estudio.

## RESULTADOS

Al evaluar edad se encontró que 25 pacientes tienen entre 20 a 29 años equivalente a un 44.6%, seguido de 21 pacientes son menores de 19 años se traduce en un 37.5%, por otra parte solo 8 pacientes tienen entre 30 a 39 años que concuerda con un 14.3% y solo 2 pacientes correspondiente a un 3.6% son mayores de 40 años. (Ver Gráfica 1).

En valoración de morbilidad, se encontraron 15 pacientes equivalentes al 26.8% las que presentaron trastorno metabólico, por su parte 8 pacientes, un 14.3%, presentaron Hipertensión Arterial, un total de 3 pacientes equivalente al 5.4% presentaron asma bronquial, y una persona del 1.8% presentó otra complicación., se encontró el 51.8% estaban sanas (29 pacientes) (Ver gráfica 2).

De todas las mujeres se encontró que la nuliparidad y la biparidad compartieron frecuencia en 18 pacientes cada uno que concuerda con 32.1%, seguido de 13 mujeres primíparas equivalente a 23.2% y 7 de ellas multíparas con un total de 12.5%.

(Ver gráfica 3).

Al valorar el número de Atención Pre Natales se encontró que 22 pacientes concordante con el 39.3% tuvieron 3 atenciones prenatales, seguida de 13 pacientes, un 23.2% que tuvieron 2 atenciones prenatales, solo 9 mujeres no se les realizó atención prenatal (16.1%), 8 pacientes equivalente al 14.3% se les realizaron 4 atenciones prenatales, en menor frecuencia 3 pacientes con un 5.4% tuvieron una atención prenatal y 1 paciente concordante al 1.8% tuvo 5 atenciones prenatales. (Ver gráfica 4).

La edad gestacional al momento del diagnóstico de Ruptura Prematura de Membrana, con diferencias estadísticas, la mayoría se encontraron entre las 32 a 36.6 semanas en 39 pacientes con un 69.6%, seguidas de 13 pacientes correspondiente al 23.3% que fueron diagnosticadas con Ruptura Prematura de Membrana entre 28 a 31.6 semanas y 4 pacientes equivalente al 7.1% el diagnóstico de Ruptura Prematura de Membrana fue de 37 a más semanas. (Ver gráfica 5)

Respecto a las semanas de seguimiento posterior al diagnóstico de RPM se encontró que 43 pacientes equivalente al 76.8% presento un intervalo de 1 a 2 semanas, 11 pacientes correspondiente a 19.6% con un intervalo de 2 a 4 semanas y 2 pacientes igual al 3.6% se prolongó de 5 a 6 semanas. (Ver gráfica 6).

Del total de pacientes, 41 mujeres el 73.2% necesitaron un diagnóstico clínico asociado a ultrasonido y 15 pacientes del 26.8% fue diagnóstico clínico con cristalografía. (Ver gráfica 7).

Al valorar la vía de parto se encontró que el porcentaje de partos vaginales fue de un 76.8% que corresponde a 43 mujeres y los partos por cesárea con un total de 23.2% que equivale a 13 mujeres. (Ver gráfica 8)

En la valoración de las características sociodemográficas la raza presentó una totalidad en la mestiza en un 100.0%. La procedencia urbana concordó con la mayoría de las pacientes en el 83,9% con equivalente a 47 mujeres y el origen rural fue de un 16,1% que corresponde a 9 pacientes. En lo que respecta a la ocupación el 71% eran ama de casas (40 pacientes), 10 eran estudiante equivalente al 17.9% y 6 mujeres lo cual concuerda al 10.7% eran comerciantes. (Ver cuadro 1)

En las variables de complicaciones asociadas se encontró que 4 pacientes presentaron infección de herida quirúrgica, equivalente al 7.1% y 6 pacientes se asociaron a corioamnioitis equivalente al 10%, endometritis, seroma de herida quirúrgica y absceso de herida quirúrgica no se encontró valor estadístico en ninguna paciente, comprendiendo que el 17.9% de las pacientes presentó alguna complicación materna (Ver cuadro 2)

En los resultados neonatales se encontró que el Síndrome de Distrés Respiratorio Neonatal concordó con 4 pacientes equivalente a un 7.1 %. Solo se encontró un caso de muerte perinatal (1.8%), se encontraron 8 casos de sepsis temprana equivalente al 14.3%, además de 2 casos de asfixia y 2 casos de neumonía correspondientes al 3.6% respectivamente. En total se encontró un 30.4 % de la población neonatal asociada a complicaciones (17 casos) (Ver cuadro 3)

## **DISCUSIÓN Y ANÁLISIS**

La edad materna de 20 a 29 años (44.6%), fue la de mayor porcentaje, hallazgo que concuerda con los encontrados por Alvear donde el promedio fue 23 años, Sosa cuya edad materna más frecuente fue 21 a 30 años pero discrepa de lo encontrado por Muñoz donde el predominio fue menor de 15 años

La raza mestiza presentó la totalidad en un 100.0%. La procedencia urbana se observó en el 83,9% y el 71% eran ama de casas, estos no fueron reflejados ni estudiados por la literatura de referencia. Las principales morbilidades fueron Diabetes mellitus y la Hipertensión Arterial 26.8% y 14.3% respectivamente, ninguna de las referencias académicas consultadas valoro dicho factor, aunque se ve concordado con las complicaciones maternas.

La nuliparidad y la biparidad compartieron frecuencia en un 32.1%, valores concordantes con los hallazgos encontrados por Quispe que el 53% eran nulíparas, al igual que Miranda donde el 46% de las pacientes eran nulíparas, pero discrepa de los resultados de Lupa, la cual reflejo predilección estadística a las multíparas en un 62%.

Al valorar el número de Atención Pre Natales se encontró el 39.3% con más de 3 atenciones prenatales y solo 14.3% más de 4 atenciones prenatales, donde mis resultados no concuerdan con la literatura reflejada, ya que en estos se encontraron por Alvear el (2% más de 6 controles y por Ruz el 60% más de 4 atenciones prenatales.

Respecto a las semanas de seguimiento posterior al diagnóstico de RPM el 76.8% presento un intervalo de 1 a 2 semanas, no valorado en estudios de revisión, el promedio encontró mayoría en el parto vaginal en un 76.8%, cifras similares a las encontradas por Quispe concordante con un 64% o bien Soza un 45% ambos por vía vaginal, pero discrepante con los hallazgos reflejados por Miranda donde la vía cesárea fue la vía más común con un 71.8%

En las variables de complicaciones asociadas el 7.1% presentó infección de herida quirúrgica, el 10% de la población presentó corioamnioitis lo cual concuerda con la mayoría de las literaturas como Miranda que la mayoría desarrollo corioamnioitis y Quispe que se asoció al 5.3%, a pesar que Ruiz no encontró complicaciones puede asociarse al aumento de la muestra poblacional y el periodo de revisión, pero por su parte la endometritis, seroma de herida quirúrgica y absceso de herida quirúrgica no se encontró valor estadístico en ninguna paciente, esto discrepa de los hallazgos de Alvear que presentó un 8.3% de endometritis.

En los resultados neonatales SDRN en un 7.1 %. La muerte neonatal se encontró en el 1.8% de la población, el 14.2% presentaron sepsis temprana concordante con Quispe que encontró 14.6% y 3.6% asfixia neonatal, cifras similares a la literatura como Rodríguez el 4% se asoció a asfixia neonatal, 4% ingresaron a UCIN lo cual no se encontró en mi estudio, para Quispe el 14.6% fueron prematuros y el 0.7% presento distrés respiratorio de manera distante y discrepante de mis hallazgos.



## CONCLUSIONES

El grupo etáreo más frecuente se encontró de 20 a 29 años, la procedencia urbana se observó en el 83,9% y el 71% eran ama de casas. Las principales morbilidades fueron la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial 26.8% y 14.3% respectivamente

La nuliparidad y la biparidad compartieron frecuencia en un 32.1%. Al valorar el número de Atención Pre Natales se encontró el 39.3% con más de 3 atenciones prenatales las semanas de seguimiento posterior al diagnóstico de RPM el 76.8% presento un intervalo de 1 a 2 semanas el parto vaginal en un 76.8%

Resultados maternos el 7.1% presentó infección de herida quirúrgica, el 10% de la población presentó corioamnioitis, los resultados de endometritis, seroma de herida quirúrgica y absceso de herida quirúrgica no se encontró valor estadístico

En los resultados neonatales SDRN se encontró en un 7.1 %. La muerte neonatal se encontró en el 1.8% de la población, el 14.2% presentaron sepsis temprana, el 3.6% se asoció a asfixia neonatal.

## **RECOMENDACIONES**

- ✓ Fortalecer la calidad de la atención prenatal, para tratar y modificar las condiciones clínicas que pueden ocasionar ruptura de membranas o provocar factores desfavorables en la población de estudio.
  
- ✓ Realizar institucionalmente una adecuada selección de las pacientes a quienes se les brindará manejo conservador y vigilancia activa de ruptura de membranas, con el fin de disminuir complicaciones asociadas a dicho manejo.
  
- ✓ Valorar de manera individualizada, la finalización de la gestación siempre y cuando las condiciones maternas y fetales lo permitan.

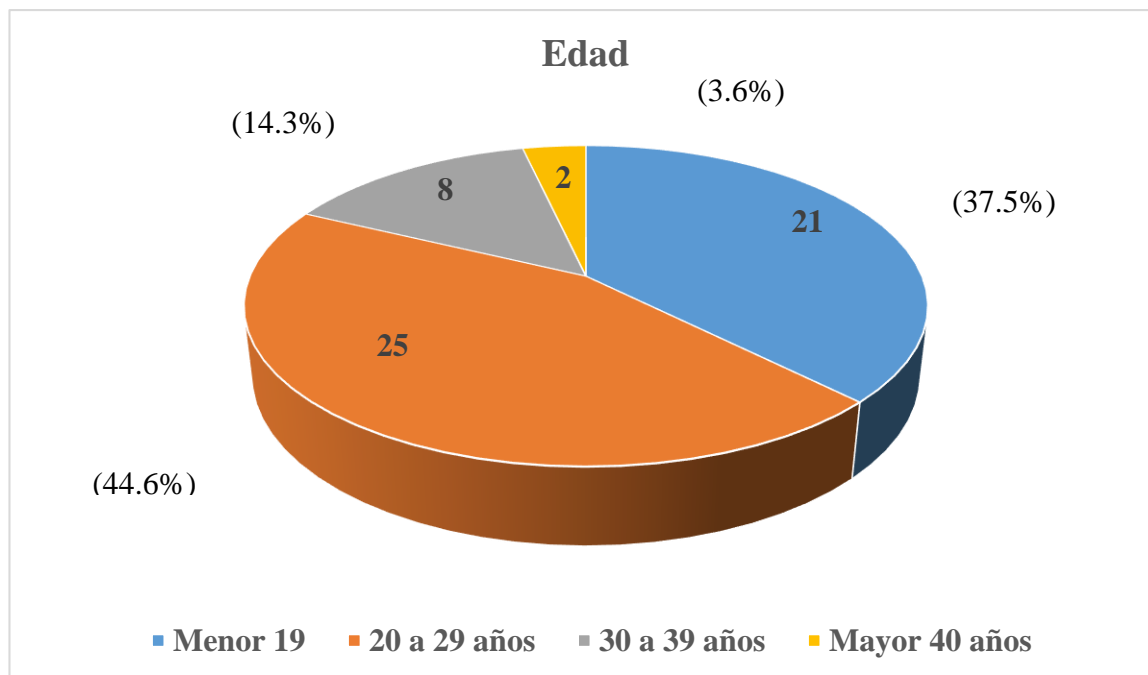
## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvear Lozano, M. B., & Pacheco Chica, M. F. (2017). Evaluación de los resultados maternos y perinatales del manejo conservador de rotura prematura de membranas en el Hospital Gineco Obstétrico “Isidro Ayora”, de la ciudad de Quito en el periodo enero 2015-agosto 2016. *UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR*, 4-17, 24-40, 56-71.
- Cambronero Arguedas, N., & Víquez Villalobos, M. (2015). Resultados perinatales de las pacientes con ruptura prematura de membranas de pretérmino alejada del término, servicio de obstetricia Hospital Calderón Guardia, periodo 2007-2012. *Universidad de Costa Rica*, 2-19.
- Hernández, A., López Farfán, J., & Gámez Guevara, C. (2011). Comparación de resultados maternos y perinatales en el tratamiento conservador de la rotura prematura de membranas pretérmino entre el uso de eritromicina y clindamicina. *Ginecología Obstétrica de Mexico*, 403 - 410.
- Lupa Apfata, L. O. (2014). RESULTADOS MATERNO PERINATALES EN GESTANTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL CÉSAR LÓPEZ SILVA - VILLA EL SALVADOR 2013. *Repositorio Académico USMP*, 11-30, 38-49.
- Miranda-Flores, A. F. (2014). Resultados maternos y perinatales del manejo conservador de la rotura prematura de membranas en gestantes de 24 a 33 semanas. *Fondo Editorial Comunicacional*, 84 - 89.
- Muñoz Ruiz, V., & Molina Bojorge, R. (2016). COMPORTAMIENTO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS OVULARES EN PACIENTES INGRESADAS AL ÁREA DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO (ARO) EN EL HOSPITAL CARLOS ROBERTO HUEMBES EN EL PERÍODO DE ENERO A JULIO DEL AÑO 2015. *Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua - Managua*, 22-40, 68-79, 90-98.
- Quispe Maldonado, C. K. (2016). LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y COMPLICACIONES MATERNAS - PERINATALES EN GESTANTES

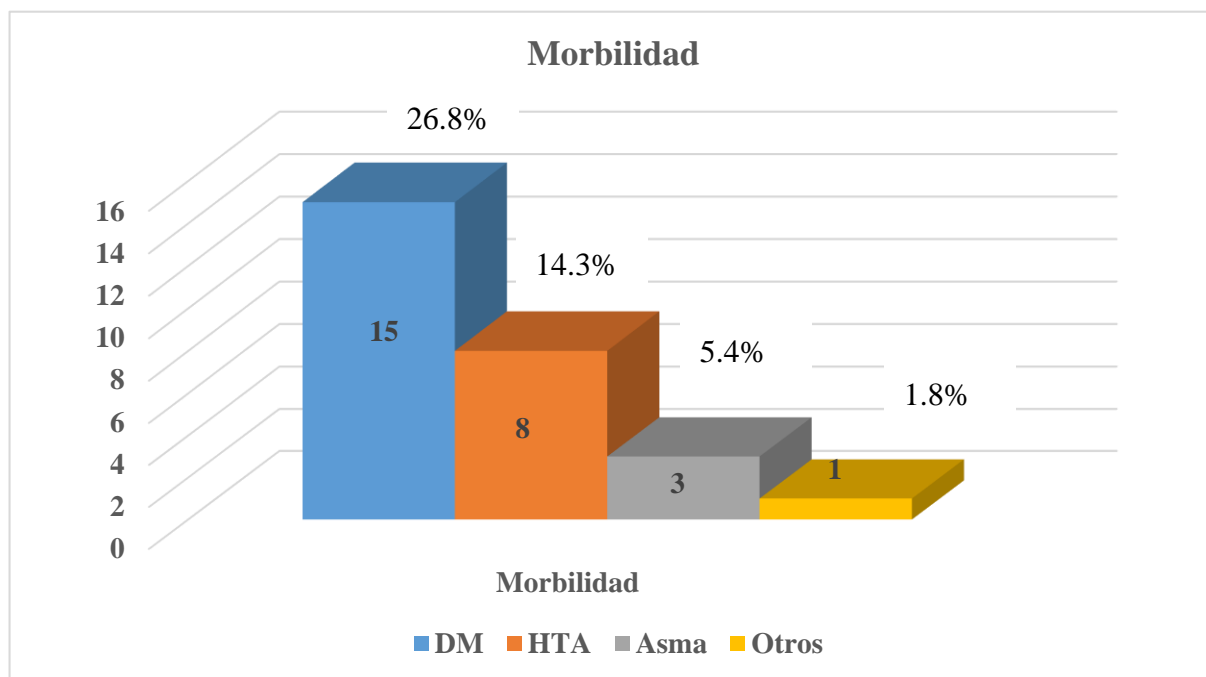
- ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REZOLA - CAÑETE 2014. *Repositorio Académico USMP*, 22-34, 40-52.
- Rodríguez Pérez, M. F. (2017). Resultados perinatales en embarazos de termino con oligoamnios aislados en el Hospital Calderón Guardia durante el periodo 2014-2015. *Universidad de Costa Rica*, 4-22.
- Rodríguez-Bosch, M., Miranda-Araujo, O., & Reséndiz-Rossetti, A. (2018). Tratamiento de la ruptura prematura de membranas pretérmino (24-33.6 semanas): evidencia científica reciente. *Ginecología Obstetrica de Mexico.*, 319 - 334.
- Ruiz-Herrera, I. M. (2019). Resultados maternos - perinatales del manejo conservador de la Ruptura prematura de membranas pretérmino. *Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua - Managua*, 8-17, 25-33, 44-51.
- Sanchez Estrada, L. S. (2017). Resultados maternos y perinatales en el manejo conservador de la Ruptura prematura de membranas en embarazos mayor de 34 semanas de Junio 2014 a Diciembre 2016 en el Hospital Bertha Calderón Roque. *Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua - Managua*, 9-21, 34-45.
- Sosa Bonilla, C. O. (2016). RESULTADOS PERINATALES DEL MANEJO CONSERVADOR DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN EMBARAZOS DE 24 A 33 SEMANAS EN EL SERVICIO DE PERINATOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE MATERNIDAD ENERO – DICIEMBRE 2013. *Universidad de El Salvador*, 22-38, 45-57, 70.81.

# ANEXOS

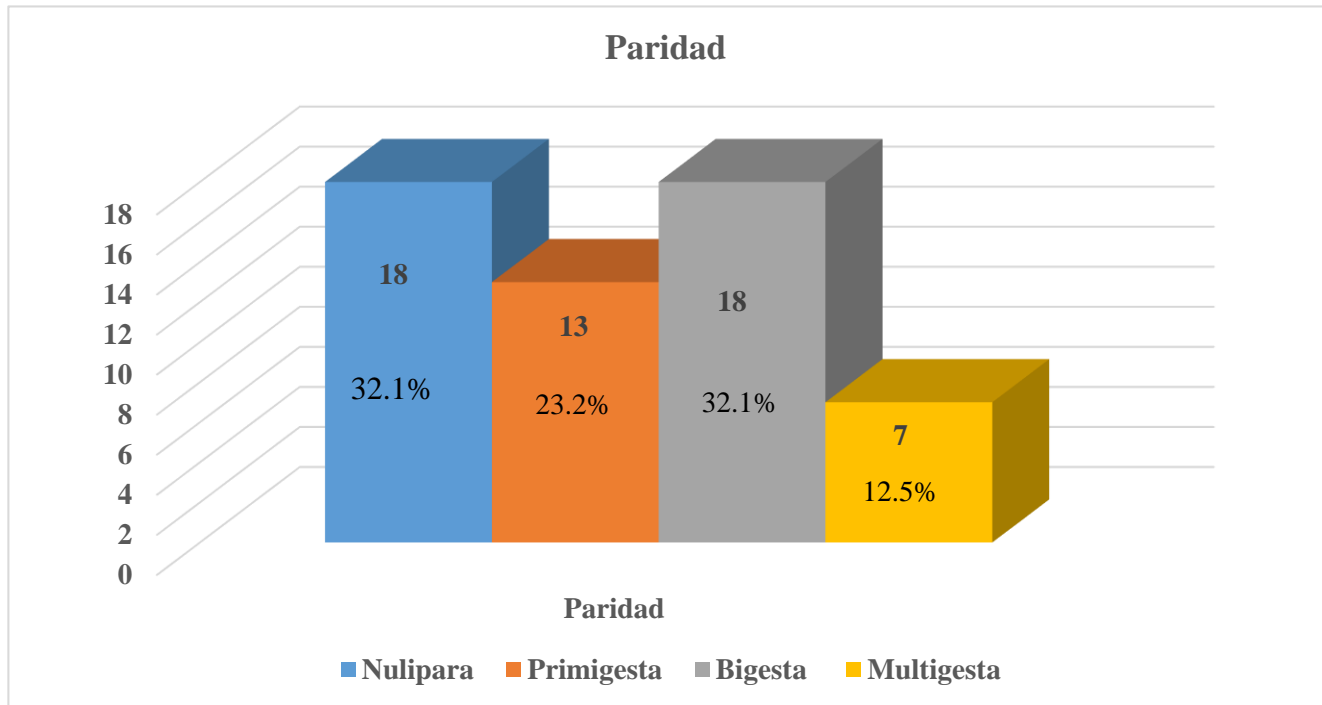
Gráfica 1



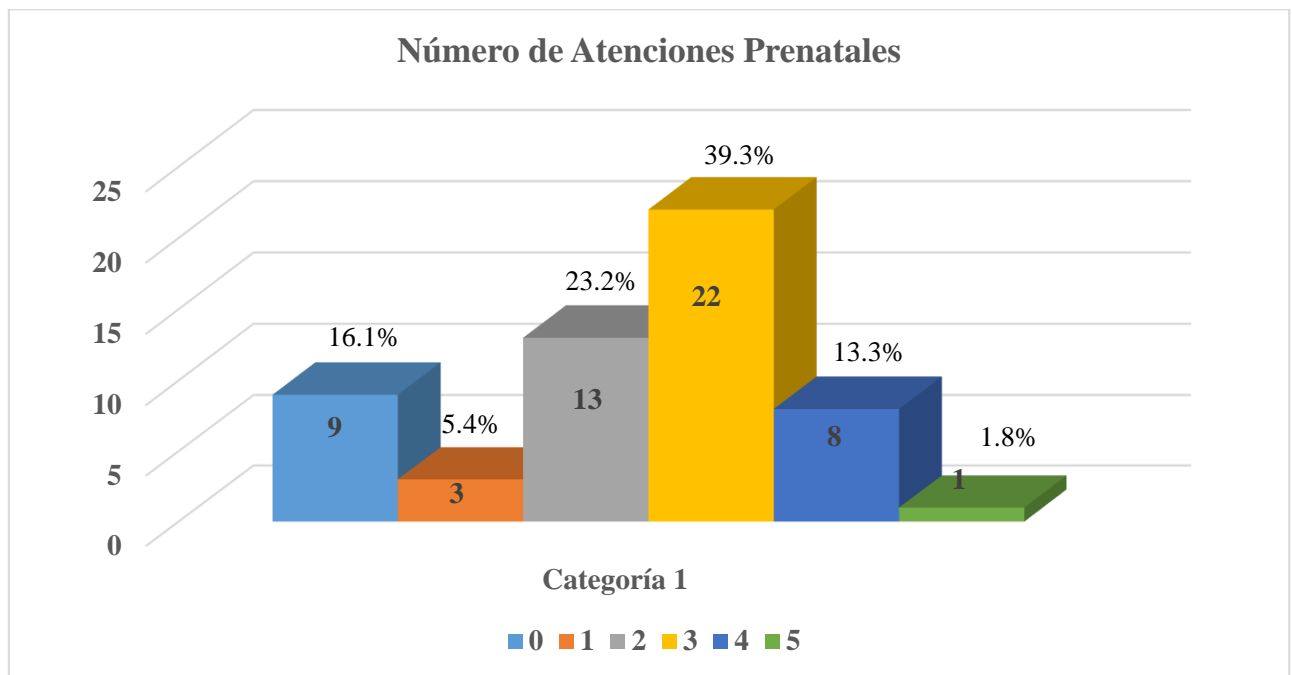
Gráfica 2



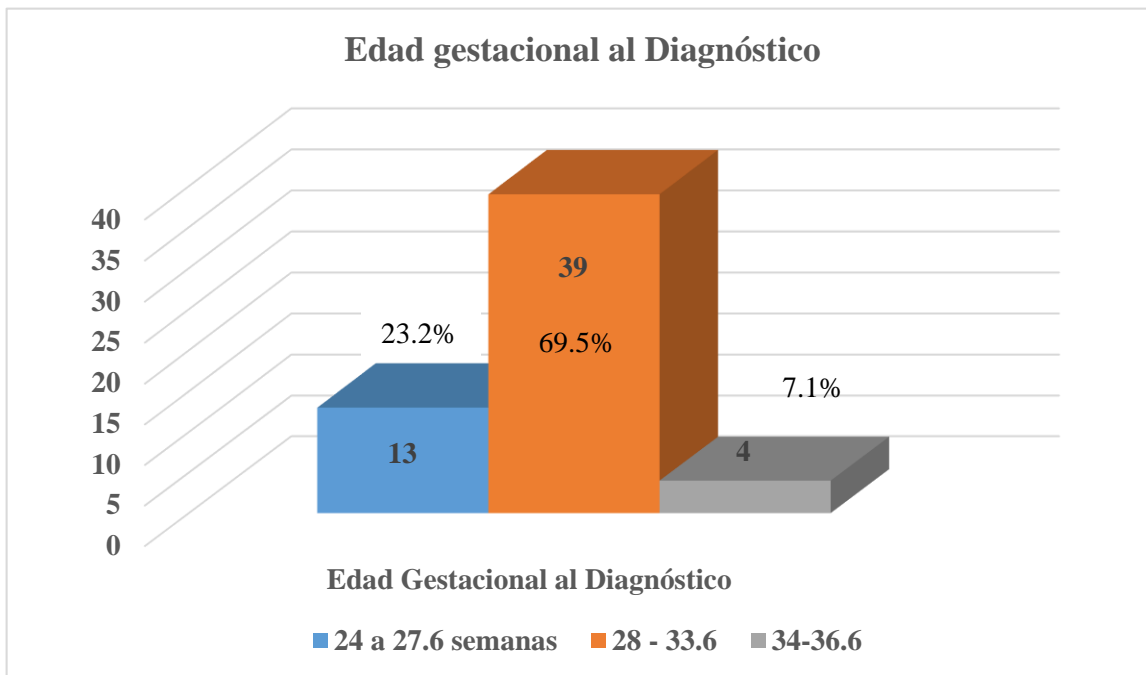
**Gráfica 3**



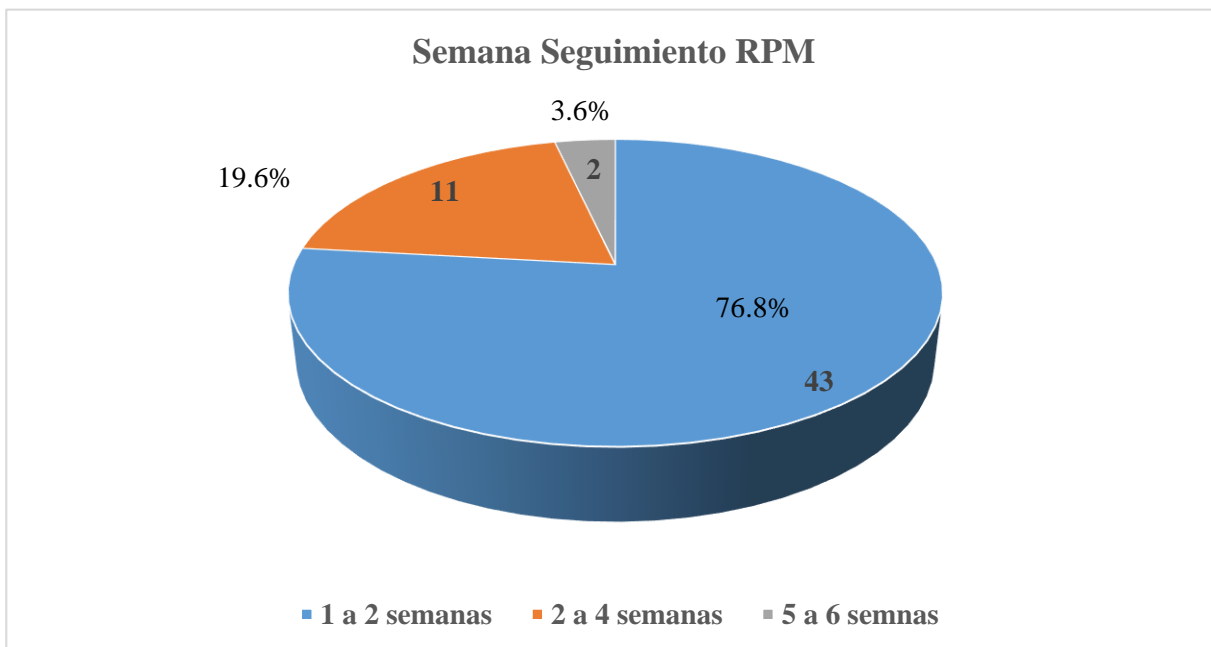
**Gráfica 4**



Gráfica 5

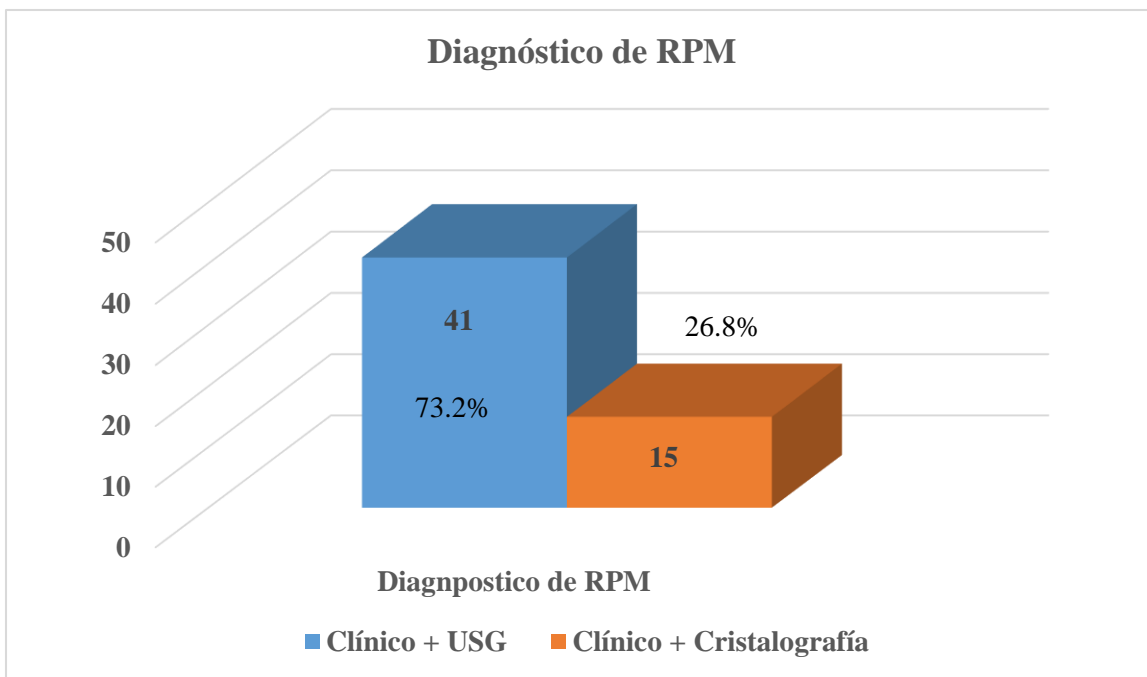


Gráfica 6

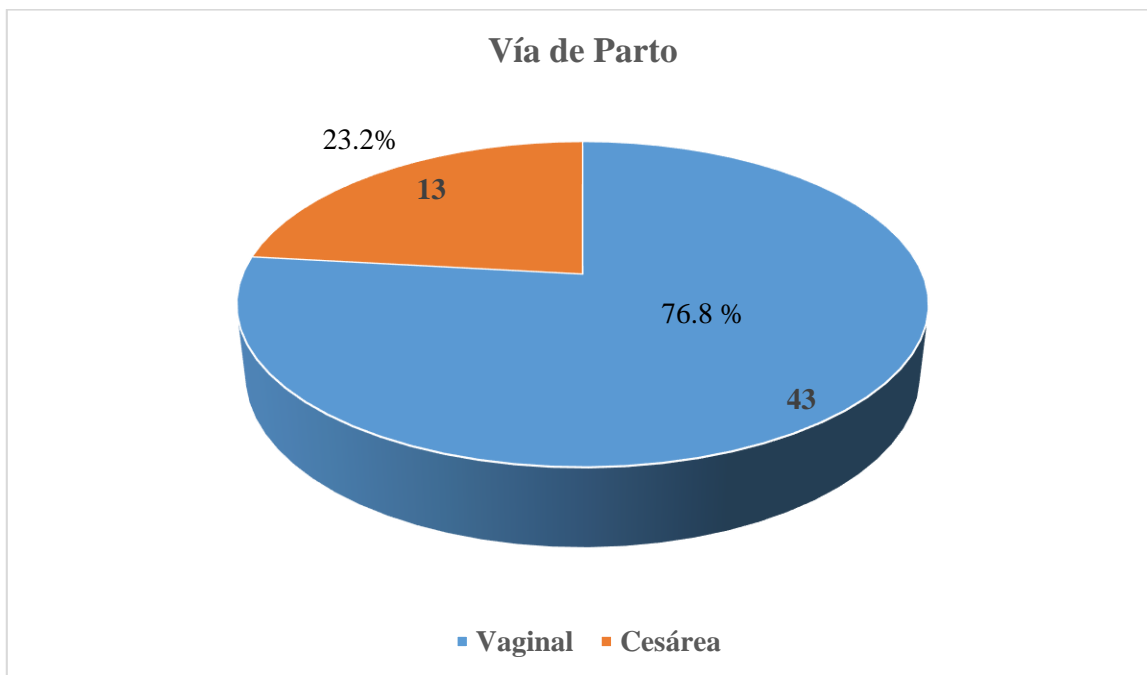




Gráfica 7



Gráfica 8



**Cuadro #1**

**Tabla Sociodemográficas**

Variable	Parámetro	Frecuencia	Porcentaje (%)
Raza	Mestiza	56	100
	Urbano	47	83.9
Procedencia	Rural	9	16.1
	Ama de Casa	40	71.4
Ocupación	Estudiante	10	17.9
	Comerciante	6	10.7

**Cuadro #2**

**Complicaciones asociadas**

Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)
Infeción Herida Quirúrgica	4	7.1
Endometritis	0	100
Seroma Herida Quirúrgica	0	100
Absceso Herida Quirúrgica	0	100
Corioamnioitis	6	10.7
Complicación Materna	10	17.9

**Cuadro 3**

**Complicaciones Neonatales**

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>SDRN</b>	4	7.1
<b>Muerte Perinatal</b>	1	1.8
<b>Sepsis Temprana</b>	8	14.3
<b>Asfixia</b>	2	3.6
<b>Neumonía</b>	2	3.6
<b>Complicación Fetal</b>	17	30.4

## FICHA DE RECOLECCIÓN

“Resultados maternos y perinatales del manejo conservador en embarazadas con Ruptura Membranas en el Hospital Fernando Vélez Paiz de enero a diciembre del 2019”

### Objetivo 1

Edad: < 19 ( ) 20 a 29 años ( ) 30 a 39 años ( ) > 40 años ( )

Raza: Mestiza ( ) Miskito ( ) Zumo ( ) Rama ( ) Otra ( )

Procedencia: Urbana ( ) Rural ( )

Ocupación: Ama casa ( ) Estudiante ( ) Comerciante ( ) Secretaria ( ) Otro ( )

### Objetivo 2

Comorbilidades: DM ( ) HTA ( ) Cardiopatía ( ) Asma ( ) Otros ( )

Paridad (0 a más)\_\_\_\_\_ N° APN(0 a más)\_\_\_\_\_

EG al Dx: 24-27.6 ( ) 28-33.6 ( ) 34-.36.6 ( )

Semanas seguimiento de RPM: 1-2 sem ( ) 3-4 sem ( ) 5-6 sem ( ) 7 a más ( )

Método diagnóstico de RPM: Clínico + USG ( ) Clínico + Cristalografía ( )

Vía de nacimiento: Vaginal ( ) Cesárea ( )

### Objetivo 3:

Infección de herida quirúrgica: SI ( ) NO ( )

Endometritis: SI ( ) NO ( )

Seroma de herida quirúrgica: SI ( ) NO ( )

Absceso de herida quirúrgica: SI ( ) NO ( )

Sin complicaciones: SI ( ) NO ( )

### Objetivo 4:

SDR: SI ( ) NO ( ) Muerte perinatal: SI ( ) NO ( )

Sepsis temprana: SI ( ) NO ( ) Asfixia: SI ( ) NO ( )

Neumonía: SI ( ) NO ( )

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Tema:** “Resultados maternos y perinatales del manejo conservador en embarazadas con ruptura de membranas en embarazo pre término en el Hospital Fernando Vélez Paiz de Enero a Diciembre del 2019”

Yo responsable de subdirección del Hospital Fernando Vélez Paiz, certifico que he sido informado con veracidad y claridad con respecto a la investigación académica que la Dra. Alicia del Carmen Guadamuz Alvarado me ha explicado la veracidad del estudio, conozco de la autonomía además que se respetará la confiabilidad e intimidad de la información suministrada.

Autorizo usar la información para los fines que la investigación persigue.

---

Firma Subdirector médico

Muestra .....	17
Tipo de muestreo.....	17
Criterios de Inclusión .....	18
Unidad de Análisis.....	18
Obtención de la información .....	18
Métodos, Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Datos e Información.....	19
Lista de variables por objetivo .....	19
Matriz de Operacionalización de Variables .....	19
Plan de Tabulación y Análisis Estadístico .....	22
Consideraciones éticas .....	22
VIII. CONCLUSIONES .....	32
IX. RECOMENDACIONES .....	33
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	34
XI. ANEXOS.....	36