



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA

TESIS

**FACTORES OBSTÉTRICOS - NEONATALES Y RUPTURA
PREMATURA DE MEMBRANAS EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE
MEDRANO, JULIACA 2024**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

**SALUD PÚBLICA, SALUD AMBIENTAL Y SATISFACCIÓN
CON LOS SERVICIOS DE SALUD**

PRESENTADO POR:

NEFTALIA GARCIA PPOCCO
CÓDIGO ORCID N° 0009-0003-9725-5893

MELANIA HANCCO ROQUE
CÓDIGO ORCID N° 0009-0005-6412-9043

**TESIS DESARROLLADA PARA OPTAR EL TÍTULO
PROFESIONAL DE OBSTETRA**

DOCENTE ASESOR:

MG. RAFAEL REGINALDO HUAMANI
CÓDIGO ORCID N° 0000-0002-8326-4276

CHINCHA, 2025

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE INVESTIGACIÓN

Chincha, 12 de febrero del 2025

Mg. Jose Yomil Perez Gomez
Decano (e) de la Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Autónoma de Ica.

Presente. -

De mi especial consideración:

Sirva la presente para saludarla e informar que la **Bach. Neftalia Garcia Ppocco y Bach. Melania Hancoo Roque**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, del programa Académico de OBSTETRICIA, han cumplido con elaborar su:

PROYECTO DE TESIS

TESIS

TITULADO:

“FACTORES OBSTÉTRICOS - NEONATALES Y RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA 2024”

Por lo tanto, queda expedito para continuar con el procedimiento correspondiente para solicitar la emisión de la resolución para la designación de Jurado, fecha y hora de sustentación de la Tesis para la obtención del Título Profesional.

Agradezco por anticipado la atención a la presente, aprovecho la ocasión para expresar los sentimientos de mi especial consideración y deferencia personal. Cordialmente,



Firmado digitalmente por:
REGINALDO HUAMANI Rafael
FAU 20168014962 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 12/02/2025 17:03:31-0500

Mg. Rafael Reginaldo Huamani
CODIGO ORCID: N° 0000-0002-8326-4276
DNI: 40817543

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

DECLARATORIA DE AUTENCIDAD DE LA INVESTIGACIÓN



Yo, NEFTALIA GARCIA PPOCCO, identificada con DNI N° 70607031 y MELANIA HANCCO ROQUE identificada con DNI N° 73631523, en nuestra condición de estudiantes del programa de estudios de Obstetricia, de la Facultad de Ciencias de la Salud, en la Universidad Autónoma de Ica y que habiendo desarrollado la Tesis titulada: **Factores obstétricos - neonatales y ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024**, declaro bajo juramento que:

- La investigación realizada es de nuestra autoría
- La tesis no ha cometido falta alguna a las conductas responsables de investigación, por lo que, no se ha cometido plagio, ni auto plagio en su elaboración.
- La información presentada en la tesis se ha elaborado respetando las normas de redacción para la citación y referenciación de las fuentes de información consultadas. Así mismo, el estudio no ha sido publicado anteriormente, ni parcial, ni totalmente con fines de obtención de algún grado académico o título profesional.
- Los resultados presentados en el estudio, producto de la recopilación de datos son reales, por lo que, el(la) investigador(a) no ha incurrido ni en falsedad, duplicidad, copia o adulteración de estos, ni parcial, ni totalmente.
- La investigación cumple con el porcentaje de similitud establecido según la normatividad vigente de la Universidad (no mayor al 28%), el porcentaje de similitud alcanzado en el estudio es del:

6%

Autorizamos a la Universidad Autónoma de Ica, de identificar plagio, autoplagio, falsedad de información o adulteración de estos, se proceda según lo indicado por la normatividad vigente de la universidad, asumiendo las consecuencias o sanciones que se deriven de alguna de estas malas conductas.

Chincha Alta, 11 de febrero del 2025


Neftalia Garcia Ppocco
DNI N° 70607031


Melania Hancoo Roque
DNI N° 73631523

CERTIFICACION A LA VUELTA →

CERTIFICACION DE FIRMAS

NOTARIO JORGE GUILLERMO GUTIERREZ DIAZ

CERTIFICO: Que las firmas y huellas que anteceden en el presente documento corresponden a **NEFTALIA GARCIA PPOCCO** identificada con DNI N° **70607031** y **MELANIA HANCCO ROQUE** identificada con DNI N° **73631523** .-

VERIFICACIÓN BIOMETRICA: Que conforme al artículo 97° del Decreto Legislativo N°1049 modificado por el Decreto Legislativo N° 1232. la identidad del otorgante ha sido corroborada por el servicio de verificación biométrica de **RENIEC**.- *Se legaliza la firma sin asumir responsabilidad sobre el contenido del documento de conformidad con el artículo N° 108 del decreto leg. N° 1049.*- Juliaca 11 de febrero del 2025(ju).-



JORGE G. GUTIERREZ DIAZ
NOTARIO DE SAN ROMAN
JULIACA



62

Chincha Alta, 11 de febrero del 2024

Melania Hancco Roque
DNI N° 73631523

Neftalia Garcia Ppocco
DNI N° 70607031

DEDICATORIA

Esta tesis va dedicada con todo mi amor y gratitud a mis padres, por todo el esfuerzo, sacrificio y amor incondicional que siempre me han brindado para lograr mis objetivos.

A mis hermanos y demás familiares, quienes siempre han sido apoyo esencial durante toda mi formación académica.

Gracias a todos por siempre estar cuando más los necesité, por ser parte de este logro, que es tanto mío como de ustedes.

NEFTALIA G. P.

Esta tesis es dedicada a mi familia, especialmente a mi madre, quien me enseñó la importancia del esfuerzo la perseverancia sin restricciones y su amor incondicional, a mis hermanos por su respaldo y motivación, y a mis abuelos quienes fueron la fuente de mi inspiración.

MELANIA H. R.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios, por su guía infinita, por darnos salud, fortaleza y sabiduría para superar todos los desafíos que se presentaron a lo largo de nuestra formación académica.

A la Universidad Autónoma de Ica, por la oportunidad y el apoyo recibido, el cual ha sido fundamental para culminar con este proceso.

A nuestro asesor de tesis, Mg. Rafael Reginaldo Huamani, por su orientación, paciencia y compromiso, los cuales fueron esenciales para el desarrollo de nuestra tesis.

Al Hospital Carlos Monge Medrano, especialmente al personal administrativo que nos ofreció su ayuda y predisposición para la aplicación de nuestro instrumento.

Finalmente, a todos aquellos que de alguna manera ayudaron para que este trabajo sea un éxito, nuestro más sincero agradecimiento.

Las autoras

RESUMEN

Objetivo. Determinar la relación entre los factores obstétricos y neonatales con la ruptura prematura de membranas (RPM) en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024. **Metodología.** Estudio de enfoque cuantitativo, de tipo básico, nivel descriptivo-correlacional y diseño no experimental. La población estuvo conformada por 154 mujeres, de las cuales se seleccionó una muestra de 110 pacientes mediante muestreo probabilístico. Se empleó la técnica de revisión documental, utilizando una ficha de recolección de datos validada por juicio de expertos. El análisis de los datos se realizó con el software estadístico SPSS, versión 26. **Resultados.** Del total de casos analizados, el 68.2% correspondió a ruptura prematura de membranas (RPM) a término, mientras que el 31.8% fue clasificado como RPM pretérmino. En relación con los factores neonatales, el 93.6% de los neonatos presentó un puntaje de Apgar normal al minuto, y el 91.8% no tenía antecedentes de prematuridad. Se identificó que factores obstétricos como la anemia, el estado nutricional, la ganancia de peso durante la gestación, las infecciones del tracto urinario y cérvico-vaginales, los antecedentes de RPM previa y la paridad mostraron una relación significativa con la RPM ($p < 0.05$). Por otro lado, entre los factores neonatales, el Apgar al minuto, los antecedentes de prematuridad, la corioamnionitis, la edad gestacional y el peso al nacer también evidenciaron una asociación significativa con la RPM. **Conclusiones:** Existe una relación significativa entre los factores obstétricos y neonatales con la RPM en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano ($p < 0,05$).

Palabras claves: Factores obstétricos, factores neonatales, ruptura prematura de membranas, neonato (Fuente: DeCS/MeSH).

ABSTRACT

Objective. To determine the relationship between obstetric and neonatal factors with premature rupture of membranes (PROM) in patients treated at Carlos Monge Medrano Hospital, Juliaca 2024.

Methodology. A quantitative study with a basic approach, descriptive-correlational level, and non-experimental design. The population consisted of 154 women, from which a sample of 110 patients was selected through probabilistic sampling. The document review technique was used, employing a data collection form validated by expert judgment. Data analysis was conducted using SPSS software, version 26.

Results. Of the total cases analyzed, 68.2% corresponded to term premature rupture of membranes (PROM), while 31.8% were classified as preterm PROM. Regarding neonatal factors, 93.6% of the newborns had a normal Apgar score at one minute, and 91.8% had no history of prematurity. Obstetric factors such as anemia, nutritional status, weight gain during pregnancy, urinary and cervicovaginal tract infections, a history of previous PROM, and parity showed a significant relationship with PROM ($p < 0.05$). Additionally, among neonatal factors, the Apgar score at one minute, history of prematurity, chorioamnionitis, gestational age, and birth weight also demonstrated a significant association with PROM.

Conclusions. There is a significant relationship between obstetric and neonatal factors and PROM in patients attended at Carlos Monge Medrano Hospital ($p < 0.05$).

Keywords: Obstetric factors, Neonatal factors, Premature rupture of membranes, newborn (Source: DeCS/MeSH).

ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE INVESTIGACIÓN	ii
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	iii
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
ÍNDICE GENERAL	ix
INDICE DE TABLAS	xi
INDICE DE FIGURAS	xii
I. INTRODUCCIÓN	12
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
II.1. Descripción del problema	14
II.2. Pregunta de investigación general	15
II.3. Pregunta de investigación específicas	15
II.4. Objetivo general	16
II.5. Objetivos específicos	16
II.6. Justificación e importancia	17
II.7. Alcances y limitaciones	18
III. MARCO TEÓRICO	20
III.1. Antecedentes	20
III.2. Bases teóricas	25
III.3. Marco conceptual	46
IV. METODOLOGÍA	49
IV.1. Tipo y nivel de la investigación.	49
IV.2. Diseño de la investigación	49
IV.3. Hipótesis	50

IV.4. Identificación de las variables	50
IV.5. Matriz de operacionalización de variables	52
IV.6. Población - Muestra	54
IV.7. Técnicas e instrumentos de recolección de información	55
IV.8. Técnicas de análisis y procesamiento de datos	56
V. RESULTADOS	57
V.1. Presentación de Resultados	57
V.2. Interpretación de resultados	65
VI. ANALISIS DE LOS RESULTADOS	67
VI.1. Análisis inferencial.	67
VII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	71
VII.1. Comparación de resultados.	71
CONCLUSIONES	75
RECOMENDACIONES	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
ANEXOS	93
Anexo 1: Matriz de consistencia	94
Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos	96
Anexo 3: Ficha de validación por juicio de expertos	98
Anexo 4: Base de datos	105
Anexo 5: Evidencia fotográfica	108
Anexo 6: Documento de autorización de la ejecución de la tesis	109
Anexo 7: Informe de Turnitin al 6% de similitud	110

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Factores obstétricos en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.	57
Tabla 2.	Factores neonatales en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.	59
Tabla 3.	Ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.	60
Tabla 4.	Factores obstétricos relacionados con la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.	61
Tabla 5.	Factores neonatales relacionados con la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.	62
Tabla 6.	Prueba Kolmogorov-Smirnov	67
Tabla 7.	Relación entre los factores obstétricos y neonatales con la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.	68
Tabla 8.	Estadística de fiabilidad: factores obstétricos – neonatales y ruptura prematura de membranas.	104

INDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Factores obstétricos en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.	58
Figura 2.	Factores neonatales en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.	59
Figura 3.	Ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.	60
Figura 4.	Factores obstétricos relacionados con la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.	62
Figura 5.	Factores neonatales relacionados con la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.	64

I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación, titulado "Factores obstétricos-neonatales y ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024", tuvo como objetivo principal examinar la relación existente entre los factores obstétricos y neonatales con la incidencia de ruptura prematura de membranas (RPM) durante el año 2024.

La ruptura prematura de membranas (RPM), conocida también como rotura prematura ovular (RPO), se caracterizó por la ruptura espontánea de las membranas amnióticas (amnios y corion) que ocurrió antes del comienzo del trabajo de parto, independientemente de la edad gestacional. Se clasificó como Ruptura Prematura de Membranas Pretérmino (RPMP) cuando se presentó antes de las 37 semanas de gestación, y como Ruptura Prematura de Membranas a término cuando se produjo después de dicho período¹. Diversos estudios respaldaron que el período de latencia, definido como el tiempo transcurrido entre la ruptura de las membranas ovulares y el inicio del trabajo de parto, variaba según la edad gestacional. En gestaciones pretérmino, este intervalo frecuentemente superaba las 48 horas en aproximadamente la mitad de los casos, mientras que en gestaciones a término era inferior a 24 horas en un 90% de los casos registrados².

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los tratamientos disponibles para mujeres en trabajo de parto prematuro o en riesgo de parto prematuro incluyen esteroides prenatales, relajantes uterinos para retrasar el trabajo de parto y antibióticos para prevenir complicaciones asociadas a la RPM, contribuyendo así a proteger al neonato de complicaciones neurológicas, respiratorias y de infecciones³. Estudios internacionales indican que la ruptura prematura de membranas (RPM) puede ocurrir tanto antes como después de las 37 semanas de gestación, afectando un porcentaje considerable de embarazos y constituyéndose en una de las principales causas de mortalidad materno-neonatal y nacimientos prematuros. Aunque los factores etiológicos exactos aún no están

completamente esclarecidos, se reconoce que están estrechamente vinculados a diversos factores de riesgo⁴.

Este trabajo de investigación está organizado de la siguiente manera: en el Capítulo I, se presenta la introducción, se describe la problemática de la ruptura prematura de membranas (RPM), se destaca la relevancia del estudio y se exponen los objetivos de la investigación. El Capítulo II aborda el planteamiento del problema, proporcionando una descripción detallada de la RPM y los factores obstétricos-neonatales asociados, además de incluir las preguntas de investigación, los objetivos específicos y la justificación del estudio. En el Capítulo III, se desarrolla el marco teórico, analizando las principales teorías relacionadas con la RPM y revisando antecedentes tanto nacionales como internacionales sobre esta complicación obstétrica. El Capítulo IV presenta la metodología empleada en la investigación, detallando el diseño del estudio, la población y la muestra, los criterios de inclusión y exclusión, y las técnicas utilizadas para la recolección y análisis de datos. El Capítulo V presenta los resultados obtenidos y su análisis, mientras que el Capítulo VI se dedica al análisis de dichos resultados. Finalmente, el Capítulo VII incluye la discusión de los resultados, las conclusiones, las recomendaciones, las referencias bibliográficas y los anexos.

Las autoras

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1. Descripción del problema

La ruptura prematura de membranas (RPM) se define como la ruptura espontánea de las membranas amnióticas antes del comienzo del trabajo de parto. Se clasifica como ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP) cuando sucede antes de las 37 semanas de gestación, y como ruptura prematura de membranas a término cuando se presenta después de las 37 semanas¹. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2020, aproximadamente 13.4 millones de nacimientos fueron prematuros, de los cuales cerca de 900,000 resultaron en fallecimientos debido a complicaciones asociadas al parto prematuro. Se estima que la RPM afecta al 10% de todos los embarazos, de los cuales el 3% ocurre en gestaciones pretérmino (antes de las 37 semanas) y el 8% en gestaciones a término³.

Un estudio realizado en Barcelona en 2020 reveló que la mayor parte de las RPM ocurren a término, afectando al 8% de las gestaciones, y que en las 24 horas siguientes al inicio del parto se producirá espontáneamente entre el 72% y el 95% de los casos, incluso si las condiciones cervicales no son las ideales. La RPM pretérmino es menos común, complicando entre el 2% y el 4% de las gestaciones con feto único, y entre el 7% y el 20% de las gestaciones dobles, constituyendo el 30% de los partos pretérmino⁵.

En otro estudio realizado en Guayaquil, Ecuador, en 2022, se identificaron diversos factores asociados con la RPM. Los hallazgos indicaron que la mayor parte de las pacientes afectadas tenían una edad comprendida entre 20 y 34 años y pertenecían a las etnias mestiza (48%) y blanca (36%). Más de la mitad de las pacientes con RPM tenían historiales de abortos previos y recibían un control obstétrico deficiente. Factores como las infecciones del tracto

urinario, la vaginosis bacteriana, el oligohidramnios y el consumo de cigarrillos se asociaron significativamente con la incidencia de RPM⁶.

Investigaciones recientes en Lima durante el 2021 han identificado varios factores críticos asociados con la ruptura prematura de membranas (RPM), incluyendo edades maternas extremas (menores de 20 y mayores de 35 años) y un estado nutricional inadecuado. Se observó que muchos de los casos también se vincularon con una atención prenatal insuficiente o inapropiada, un bajo nivel socioeconómico, y afecciones como infecciones del tracto urinario y cérvico-vaginales. Además, era común encontrar antecedentes de RPM en embarazos previos, abortos anteriores, embarazo múltiple, incompetencia cervical, uso anterior de dispositivos intrauterinos, primigestación, oligohidramnios y un corto período intergenésico⁷.

Por otro lado, el Hospital Carlos Monge Medrano, que funciona como centro de referencia regional, registró una elevada tasa de RPM, con múltiples complicaciones resultantes tanto para las madres como para los neonatos, un estudio del 2022 mostró que cerca del 60% de los neonatos experimentaron complicaciones como infecciones neonatales, mientras que aproximadamente el 75% presentó bajo peso al nacer y síndrome de dificultad respiratoria. Se determinó que la mayoría de los casos de RPM eran de tipo pretérmino, afectando a más del 65% de los casos evaluados⁸.

II.2. Pregunta de investigación general

¿Cuál es la relación entre los factores obstétricos - neonatales con la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024?

II.3. Pregunta de investigación específicas

P.E.1:

¿Cuáles son los factores obstétricos en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024?

P.E.2:

¿Cuáles son los factores neonatales en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024?

P.E.3:

¿Cuál es la proporción de ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024?

P.E.4:

¿Cuáles son los factores obstétricos relacionados con la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024?

P.E.5:

¿Cuáles son los factores neonatales relacionados con la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024?

II.4. Objetivo general

Determinar la relación entre los factores obstétricos y neonatales con la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024

II.5. Objetivos específicos

O.E.1:

Describir los factores obstétricos en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.

O.E.2:

Describir los factores neonatales en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024

O.E.3:

Estimar la proporción de ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.

O.E.4:

Identificar los factores obstétricos relacionados con la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.

O.E.5:

Establecer los factores neonatales relacionados con la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.

II.6. Justificación e importancia

Justificación

Justificación Teórica: El presente estudio tiene como objetivo profundizar en los enfoques teóricos y conceptos relacionados con los factores obstétricos y neonatales vinculados a la ruptura prematura de membranas (RPM), mediante el análisis y la comparación de investigaciones a nivel internacional, nacional y local. Esta investigación se sustenta en teorías que abordan patologías obstétricas y neonatales, subrayando la relevancia de la identificación y prevención de factores de riesgo. Actualizar la información permite mejorar el conocimiento clínico y epidemiológico, mejorando el análisis de las relaciones entre estas variables. Además, contribuye al diseño de estrategias preventivas y terapéuticas para minimizar las complicaciones materno-neonatales.

Justificación práctica: Desde un enfoque práctico, este estudio propone impactos directos en la mejora de la atención obstétrica y neonatal en hospitales nacionales. Al identificar y analizar los factores de riesgo asociados con la ruptura prematura de membranas (RPM) en la población estudiada, se proporciona a los

profesionales de la salud información clave para diseñar estrategias de prevención más precisas y eficaces. Además, facilita la implementación de protocolos clínicos optimizados, lo que mejora los resultados tanto para las madres como para los neonatos, contribuyendo a la disminución de complicaciones relacionadas con la RPM y, potencialmente, a la reducción de la mortalidad asociada.

Justificación metodológica: Metodológicamente, este análisis empleó un diseño observacional analítico, que proporcionó un marco estructurado y sistemático para examinar los factores vinculados con la RPM en un conjunto significativo de pacientes. A través de una metodología retrospectiva, se facilitó la recopilación y el análisis detallado de datos, asegurando la validez y confiabilidad de los resultados. El uso de técnicas estadísticas adecuadas permitió identificar correlaciones y patrones que, de otra manera, no habrían sido aparentes en estudios descriptivos, generando así evidencia científica robusta aplicable directamente en la práctica clínica.

Importancia

Al enfocarse en la identificación y análisis de los factores que predisponen a la RPM, especialmente antes de las 37 semanas de gestación, el estudio se posicionó como una contribución crucial para mejorar el entendimiento y manejo de esta complicación. Este esfuerzo investigativo proporcionó datos valiosos para los profesionales de la salud, mejorando el diagnóstico precoz, la evaluación de riesgos y facilitando intervenciones oportunas para prevenir o mitigar los efectos adversos asociados con la RPM.

II.7. Alcances y limitaciones

Alcances

En los alcances se tomó en cuenta los siguientes:

Alcance Temporal: La investigación se llevó a cabo durante el año 2024, con un período de recolección de datos y análisis de resultados en un plazo de tres meses.

Alcance Espacial o Geográfico: El estudio fue realizado en el Hospital Carlos Monge Medrano, el cual se encuentra ubicado en la ciudad de Juliaca, región Puno, Perú. Dado que este hospital es uno de los principales centros de salud en la zona, se centró en las pacientes atendidas en dicho establecimiento, representando el contexto local de salud materno-infantil de la región.

Alcance Metodológico: El nivel de investigación fue descriptivo-analítico, de diseño transversal. Los resultados obtenidos fueron específicos para los pacientes atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano, por lo que no fueron generalizables a otras regiones o poblaciones fuera del contexto de este hospital.

Limitaciones

El estudio presentó diversas limitaciones, entre las cuales destacan las de carácter económico, ya que el financiamiento limitado restringió tanto la amplitud de la muestra como los recursos disponibles para la recolección de datos y la ejecución de análisis estadísticos más avanzados. Asimismo, se enfrentaron dificultades relacionadas con el acceso a las historias clínicas, principalmente debido al tiempo limitado disponible para la recolección de información. Además, se identifican restricciones poblacionales, dado que la investigación se enfocó exclusivamente en pacientes atendidos en un único hospital, lo que limitó la posibilidad de generalizar los hallazgos a otras instituciones o regiones.

III. MARCO TEÓRICO

III.1. Antecedentes

Internacionales

León y Silva en el 2024, en Ecuador, desarrollaron un estudio con el propósito de investigar los factores de riesgo obstétricos relacionados a la rotura prematura de membranas (RPM) en 289 gestantes. Utilizando un enfoque descriptivo y transversal analítico mediante el método deductivo, se identificó que las infecciones genitourinarias son el principal factor de riesgo, afectando al 28.6% de las pacientes. Otros factores incluyeron condiciones de la gestación actual, antecedentes obstétricos, condiciones médicas maternas, abuso de sustancias tóxicas y complicaciones fetales. Concluye resaltando la importancia de implementar estrategias preventivas centradas en el manejo adecuado de infecciones para reducir la incidencia de RPM⁹.

Según la investigación de Baru et al, en el 2023, en la India, cuyo objetivo era evaluar los resultados perinatales y maternos en casos de ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP), se efectuó un análisis observacional en 85 mujeres con RPMP, con énfasis en la identificación de factores de riesgo, así como en las complicaciones maternas y neonatales. Los datos recopilados incluyeron información sobre la edad materna, antecedentes obstétricos, presencia de infecciones y complicaciones neonatales. Los resultados revelaron que el 47% de los casos ocurrieron en mujeres de 20 a 25 años, y el 70% de las participantes eran primigrávidas. Los factores de riesgo más prevalentes fueron presentación de nalgas, polihidramnios, infecciones del tracto urinario y coito reciente. *Escherichia coli* fue el microorganismo más comúnmente aislado (11,76%). Entre las complicaciones maternas destacaron la pirexia puerperal (23,53%) y la corioamnionitis (17,65%). El 52% de los recién nacidos presentó morbilidad

neonatal, siendo el síndrome de dificultad respiratoria la complicación más frecuente (17%). Se reportaron 10 muertes neonatales, lo que representó el 11% de los casos. En conclusión, la RPMP se asocia con un alto riesgo de complicaciones tanto maternas como neonatales, lo que resalta la necesidad de proporcionar una atención especializada y un monitoreo cercano de estas pacientes¹⁰.

Abewa et al. en el 2022, en Etiopía, con el objetivo de identificar la relación entre factores determinantes y resultados perinatales adversos en mujeres con ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMPT). Se realizó un estudio de cohorte prospectivo en 160 mujeres atendidas en los hospitales de la Universidad de Addis Abeba. Se analizaron factores sociodemográficos y de riesgo obstétrico en relación con resultados adversos como puntaje Apgar bajo al quinto minuto, ingreso a UCIN, sepsis neonatal temprana, síndrome de dificultad respiratoria, mortalidad perinatal, corioamnionitis y desprendimiento placentario. Los resultados indicaron una tasa de RPMPT de 2,2% y mortalidad perinatal de 206 por cada 1,000 nacimientos. La edad gestacional fue determinante para un Apgar bajo, la falta de administración de esteroides y la edad gestacional en la ruptura de membranas se asociaron con ingreso a UCIN. La sepsis neonatal de inicio tardío se relacionó con la EG en la ruptura y el desprendimiento placentario con la EG al parto. En conclusión, la edad gestacional en la ruptura y al parto fueron predictores clave de resultados adversos, indicando la necesidad de guías locales para el manejo de RPMPT¹¹.

Rouzaire et al. en el 2021, en Francia realizaron un estudio con el objetivo de identificar los factores que predicen una latencia corta (parto \leq 7 días) que supera las 48 horas después de la ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMPT) y evaluar la prevalencia de complicaciones maternas y neonatales, así como comparar los resultados entre la atención hospitalaria y ambulatoria. Se llevó a cabo un estudio retrospectivo monocéntrico entre el 1 de

enero de 2010 y el 28 de febrero de 2017, que incluyó a 154 pacientes con RPMPT entre las 24 y 34 semanas + 6 días de gestación, quienes dieron a luz después de 48 horas. Se recopilaron datos sobre variables maternas, obstétricas, fetales y neonatales, y la latencia se definió como el tiempo transcurrido desde la ruptura de membranas hasta el parto. Los resultados indicaron que la necesidad de tocólisis, una longitud cervical menor a 25 mm al ingreso y la presencia de anamnios fueron factores predictivos de una latencia corta. Además, el manejo ambulatorio no se asoció con un aumento de la morbilidad materna ni de la mortalidad neonatal. En conclusión, estos hallazgos sugieren que, en ausencia de factores de riesgo adicionales después de 48 horas de ingreso, el monitoreo ambulatorio podría ser una opción segura para pacientes con cérvix largo, sin necesidad de tocólisis y con presencia de líquido amniótico¹².

Nacionales

Asimismo, Castilla L. Ica en el 2024, realizó un estudio con el objetivo de determinar si la anemia gestacional representa un riesgo para la ruptura prematura de membranas (RPM) en mujeres embarazadas. Utilizando una metodología observacional analítica, retrospectiva de casos y controles, se incluyó a 190 pacientes, distribuidas equitativamente en dos grupos: 95 casos y 95 controles, quienes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Los resultados mostraron que el 66.3% de los casos presentaron anemia, frente al 55.8% de los controles. Sin embargo, el análisis estadístico no reveló una relación significativa entre la anemia y la RPM (OR = 1.56, $X^2 = 2.213$, P = 0.137). Las características sociodemográficas como edad, estado civil y nivel educativo, así como otras variables como obesidad y multiparidad, tampoco demostraron una asociación significativa. En conclusión, la anemia gestacional no fue identificada como un factor de riesgo para la RPM en este grupo de pacientes durante el año estudiado ¹³.

En la investigación de Ramos A. en el año 2023 en Cajamarca, se determinó una relación significativa entre la ruptura prematura de membranas (RPM) y la mortalidad perinatal. Se llevó a cabo una investigación no experimental, de corte transversal, correlacional y retrospectivo. Los resultados revelaron que las principales características sociodemográficas de las participantes fueron: edad de 20 a 34 años (60.6%), convivientes (76.1%), ama de casa (77.5%), y procedentes de zonas urbanas (29.6%). En cuanto a la frecuencia de RPM según la edad gestacional, el 66.2% correspondió a RPM a término y el 33.8% a RPM pretérmino, siendo el mayor porcentaje de casos entre las 24 y 34 semanas (19.7%). Respecto al periodo de latencia, el 66.2% de los casos tuvo una latencia menor a 24 horas, mientras que el 23.9% estuvo entre 24 y 72 horas. En relación a las complicaciones del RPM, el 70.4% no presentó complicaciones, mientras que las más frecuentes fueron oligoamnios (23.9%) y corioamnionitis (9.9%). Se concluyó que existe una asociación significativa entre la RPM y la mortalidad perinatal, siendo esta más elevada en embarazos menores de 37 semanas¹⁴.

En un estudio realizado por Trujillo V. Huánuco en el 2023, plantearon una investigación con el objetivo determinar la asociación entre factores maternos y la rotura prematura de membranas (RPM) en gestantes pretérmino. Se adoptó un diseño no experimental, transeccional-correlacional con una población de 260 gestantes de 22 a 36 semanas, seleccionando una muestra de 40 gestantes, de las cuales 10 presentaron RPM (casos) y 30 no (controles), utilizando muestreo no probabilístico por intención para casos y probabilístico aleatorizado para controles. La técnica utilizada fue análisis documental y ficha de recolección de datos sirvieron como instrumentos, y se utilizó el Chi Cuadrado y el ODDS RATIO para evaluar la asociación y el riesgo de los factores, respectivamente, procesando y analizando los datos en SPSS versión 25. Los resultados mostraron que el 57,5% de las gestantes eran menores

de 20 años o mayores de 35, el 52,5% tenía educación primaria, el 60% provenía de zonas urbanas, y el 62,5% eran empleadas públicas. Factores maternos como primigravidez, primiparidad, gestación de 32 a 36 semanas, atención prenatal insuficiente, antecedentes de parto pretérmino, y presencia de anemia fueron comunes. La conclusión destacó que factores sociales como la edad y la educación, junto con factores biológicos como multigravidez, multiparidad, atención prenatal insuficiente, y antecedentes de RPM, son significativos riesgos asociados con la RPM en gestantes pretérmino ¹⁶.

Navarro E, en el 2022 Lima, desarrolló un estudio con el objetivo de identificar los factores de riesgo para la ruptura prematura de membranas (RPM) en pacientes. Se adoptó un enfoque cuantitativo, observacional, transversal y retrospectivo. Los resultados revelaron que la edad materna, la paridad y los antecedentes de RPM no mostraron significancia estadística. Sin embargo, la obesidad presentó un odds ratio (OR) de 3,0 ($p < 0.004$), la infección vaginal un OR de 13 (IC 5,6-32,5; $p < 0.01$), la infección urinaria un OR de 2,7 (IC 1,6-4,7; $p < 0.02$), los controles prenatales inferiores a seis un OR de 2,07 (IC 1,21-3,45; $p < 0.04$) y el tiempo de gestación menor de 35 semanas un OR de 3,04 (IC 5,1-6,13; $p < 0.01$), indicando que estos son factores de riesgo significativos para la RPM. La conclusión del estudio es que la obesidad, las infecciones vaginal y urinaria, insuficientes controles prenatales y una menor edad gestacional son factores asociados con un mayor riesgo de RPM ¹⁵.

Asimismo, Garro et al., en el año 2020, desarrollaron una investigación con el objetivo de identificar los factores de riesgo asociados a la ruptura prematura de membranas (RPM) en gestantes pretérmino en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz durante los años 2017-2018, se utilizó una metodología analítica de casos y controles. La muestra estuvo compuesta por 62 gestantes pretérmino con RPM y 124 sin RPM. Para la recolección de datos, se empleó una ficha específica y la información fue

procesada utilizando el programa SPSS v25. La hipótesis fue contrastada mediante la prueba chi-cuadrado y el estadístico Odds ratio. Los resultados indicaron que los factores de riesgo significativos fueron: edad ≤ 19 y > 34 años, estado civil, bajo nivel educativo, infecciones del tracto urinario, antecedentes de RPM, anemia, infecciones vaginales, embarazo múltiple y la realización de menos de 6 controles prenatales. La conclusión del estudio subraya que tanto los factores sociodemográficos como los maternos están significativamente relacionados con la incidencia de RPM en gestantes pretérmino en este hospital ¹⁷.

Locales o regionales

No se encontró antecedentes locales.

III.2. Bases teóricas

III.2.1. Variable 1. Factores asociados

Definición:

Los factores asociados son aquellos elementos que, por su naturaleza, pueden influir directa o indirectamente en la aparición, desarrollo, o pronóstico de un fenómeno, enfermedad, o comportamiento en estudio. En los contextos de investigación médica, social o epidemiológica, la identificación de estos factores es crucial para comprender las dinámicas de salud y enfermedad, así como para formular estrategias de intervención, prevención y tratamiento ¹⁸.

Se denomina factor a cualquier atributo, condición, característica o variable que pueda impactar la salud de un individuo, influir en la evolución de una enfermedad o afectar la respuesta a un tratamiento específico. En el contexto médico, estos factores son cruciales para profundizar en las causas subyacentes de las enfermedades, identificar posibles riesgos, y desarrollar métodos de prevención y planes de tratamiento eficaces. Estos pueden incluir características observables en una persona o grupo, como antecedentes genéticos

o condiciones médicas preexistentes, así como influencias externas como el entorno social y ambiental¹⁹. También abarcan predisposiciones genéticas, estilos de vida, y comportamientos que colectivamente contribuyen al aumento del riesgo de desarrollar enfermedades o sufrir lesiones. La identificación y comprensión de estos factores son fundamentales para la prevención, el diagnóstico temprano y el manejo efectivo de las afecciones de salud, puesto que cualquier elemento asociado con una susceptibilidad incrementada puede jugar un rol significativo en el desarrollo de patologías o en la ocurrencia de accidentes²⁰.

Se entiende por factores asociados a cualquier característica, condición, comportamiento o variable que tenga un vínculo con un resultado específico. Estos factores pueden aumentar o disminuir la probabilidad de que ocurra un evento determinado, como una enfermedad, una conducta o un fenómeno social. En muchos casos, la relación entre el factor y el resultado no es necesariamente causal, sino que puede existir una asociación estadística significativa que sugiere una relación entre ambos ²¹.

Teorías relacionadas a factores asociados

Teoría de los determinantes sociales de la Salud de Dahlgren y Whitehead (1991):

La Teoría de los Determinantes Sociales de la Salud ofrece un marco conceptual para analizar los factores que influyen en la salud de individuos y comunidades, especialmente aquellos relacionados con las condiciones obstétricas. Esta teoría es representada a través de un modelo de círculos concéntricos, donde cada capa identifica distintos niveles de influencia, desde factores individuales hasta aspectos estructurales y sociales, evidenciando la interacción dinámica entre ellos²².

Esta teoría enfatiza cómo los factores ambientales, sociales, económicos y condicionan la salud materna, particularmente durante

las etapas del embarazo, el parto y el puerperio. En el contexto obstétrico, estos determinantes sociales operan en distintos niveles, impactando tanto el bienestar de la madre como el del recién nacido. También se destacan los principales factores asociados como: Factores económicos, Factores educativos, Acceso a Servicios de Salud, Factores psicosociales, Factores Culturales y Étnicos y Condiciones de Vivienda y Medio Ambiente ²³.

Dimensiones.

Los factores obstétricos y neonatales pueden influir en el desarrollo del feto, el bienestar materno y el desarrollo perinatal, lo que convierte su estudio en una prioridad dentro de la medicina perinatal y obstétrica²⁴. Estas dimensiones incluyen:

D1. Factores Obstétricos:

Los factores obstétricos son aquellos relacionados con la salud de la madre, el embarazo y las condiciones del parto que pueden influir directamente en el desenlace perinatal y neonatal. Estos factores incluyen características previas del embarazo, antecedentes reproductivos, complicaciones durante la gestación, así como las intervenciones obstétricas realizadas para garantizar la salud de la madre y el feto²⁵.

Las condiciones y características obstétricas, relacionadas con el embarazo y el parto, tienen un impacto potencial en la salud tanto de la madre como del neonato. Estas condiciones pueden influir en el desarrollo del embarazo, el transcurso del parto, y los resultados de salud para la madre y el bebé. Por lo tanto, es crucial identificar y manejar adecuadamente estos factores para garantizar una atención prenatal y perinatal efectiva²⁶. A continuación, se desarrolla la base teórica del texto, abordando cada uno de los puntos mencionados:

Anemia

La anemia en el embarazo es una condición clínica caracterizada por la reducción de la hemoglobina y los eritrocitos, lo que afecta la

disposición del cuerpo para trasladar oxígeno a los tejidos. La anemia es una de las complicaciones más comunes durante el embarazo y puede tener efectos significativos para la salud de la madre como del feto²⁷.

En términos generales, se considera anemia en el embarazo cuando los niveles de la hemoglobina es inferior a 11 g/dL en el primer y tercer trimestre, y por debajo de 10,5 g/dL en el segundo trimestre²⁷.

Sí presento: La anemia en el embarazo se asocia con riesgos como parto prematuro, bajo peso al nacer, y mayor probabilidad de hemorragias durante el parto. También puede afectar el bienestar general de la madre, provocando fatiga y dificultando la oxigenación adecuada para el feto²⁸.

No presento: La ausencia de anemia en el embarazo indica un mejor estado nutricional y una mayor probabilidad de un resultado perinatal favorable, ya que se minimizan los riesgos asociados con la falta de hierro y otros nutrientes esenciales²⁸.

Atención prenatal

La atención prenatal representó un pilar esencial para asegurar un embarazo saludable y minimizar las complicaciones perinatales. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se recomendó que las gestantes asistieran a un mínimo de ocho consultas prenatales con el fin de garantizar un monitoreo adecuado²⁹.

La atención prenatal es un componente esencial del cuidado obstétrico y tiene un impacto directo en los resultados perinatales. Estas consultas incluyeron la evaluación del estado general de salud materna, la identificación temprana de patologías como hipertensión y diabetes gestacional, el seguimiento del crecimiento y desarrollo del feto, así como la detección de factores de riesgo obstétrico³⁰.

Adecuado: Se refiere a un seguimiento constante y completo del embarazo conforme a las recomendaciones establecidas por los sistemas de salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una atención prenatal adecuada implica al menos seis visitas durante el embarazo, donde se realizan exámenes clínicos, ecografías, análisis de laboratorio y asesoría sobre hábitos saludables²⁹.

Una atención prenatal adecuada ha demostrado reducir significativamente las tasas de mortalidad materna y neonatal, así como complicaciones como la preeclampsia, la restricción del crecimiento intrauterino y el parto prematuro³¹.

Inadecuado: Se refiere a la falta o insuficiencia de atención prenatal, ya sea por la ausencia de visitas médicas o por visitas irregulares e incompletas. Esto puede deberse a barreras sociales, económicas o culturales, y está asociado con un mayor riesgo de complicaciones obstétricas y neonatales. Las mujeres sin acceso adecuado a atenciones prenatales corren mayor riesgo de desarrollar condiciones como infecciones, anemia, preeclampsia o diabetes gestacional no controladas³².

Estado nutricional

El estado nutricional de la madre es uno de los factores más relevantes que se consideran en el curso del embarazo y el bienestar del feto³³. El estado nutricional se clasifica combinado en cuatro categorías:

Delgadez: Las mujeres con un bajo índice de masa corporal (IMC) antes o durante el embarazo pueden estar en riesgo de sufrir complicaciones como parto prematuro, bajo peso al nacer y restricción del crecimiento intrauterino. La delgadez se asocia con deficiencias nutricionales que pueden afectar tanto a la madre como al desarrollo fetal³³.

Normal: Un estado nutricional normal (IMC adecuado) es óptimo para el desarrollo del embarazo. Las gestantes con un peso saludable presentaron un menor riesgo de complicaciones obstétricas, tales como preeclampsia, diabetes gestacional y parto por cesárea, favoreciendo además un crecimiento fetal óptimo³³.

Sobrepeso: La presencia de sobrepeso durante el embarazo incrementó la probabilidad de desarrollar hipertensión gestacional, diabetes gestacional y macrosomía fetal, caracterizada por un tamaño fetal excesivo. Además, las madres con sobrepeso tienen una mayor probabilidad de complicaciones durante el parto, como la necesidad de una cesárea³⁴.

Obesidad: La obesidad materna se identificó como un factor de riesgo significativo para diversas complicaciones obstétricas, incluyendo preeclampsia, diabetes gestacional, parto prematuro, malformaciones congénitas y problemas durante el parto. Además, se asoció con un incremento en la mortalidad fetal y neonatal³⁴.

Ganancia de Peso Durante la Gestación.

La ganancia de peso gestacional fue definida como el aumento de peso corporal experimentado por las mujeres embarazadas, un proceso esperado y normal, ya que el organismo se adapta para sostener el desarrollo del feto, la placenta, el líquido amniótico y otros cambios fisiológicos propios del embarazo³⁴.

El incremento recomendado del peso corporal durante la gestación dependió del índice de masa corporal (IMC) pregestacional, para ello, el peso en kilogramos se divide entre la talla en metros elevado al cuadrado³⁴. Dicho IMC se clasificó en diferentes categorías según las recomendaciones vigentes:

Ganancia de Peso en Mujeres con Bajo IMC (12.5 – 18 kg): En mujeres cuyo índice de masa corporal (IMC) previo al embarazo era inferior a 18,5 kg/m², clasificado como bajo, se observó un riesgo

elevado de partos pretérmino y recién nacidos con bajo peso al nacer (<2500 g). Para mitigar estas complicaciones, se recomendó una ganancia de peso de entre 12,5 y 18 kg, con el objetivo de favorecer un adecuado desarrollo fetal y reducir los riesgos neonatales asociados³⁵.

Ganancia de Peso en Mujeres con IMC Normal (11.5 – 16 kg): En aquellas mujeres con un IMC entre 18,5 y 24,9 kg/m², considerado dentro del rango normal, se recomendó un aumento de peso gestacional de 11,5 a 16 kg. Este incremento fue fundamental para promover un desarrollo fetal saludable, minimizar las complicaciones metabólicas en el recién nacido y disminuir el riesgo de enfermedades gestacionales como preeclampsia y diabetes gestacional³⁵.

Ganancia de Peso en Mujeres con Sobrepeso (7 – 11.5 kg): Las mujeres con un IMC pregestacional entre 25 y 29,9 kg/m², categorizadas como con sobrepeso, presentaron un riesgo incrementado de hipertensión gestacional, diabetes gestacional y macrosomía fetal. En este grupo, se recomendó una ganancia de peso limitada a entre 7 y 11,5 kg para reducir las complicaciones obstétricas y neonatales³⁵.

Ganancia de Peso en Mujeres con Obesidad (5 – 9 kg): En las gestantes con obesidad, definidas por un IMC igual o superior a 30 kg/m², la recomendación fue un aumento de peso gestacional que oscilara entre 5 y 9 kg. Este grupo mostró el mayor riesgo de complicaciones perinatales y maternas, incluyendo macrosomía, preeclampsia, diabetes gestacional, partos por cesárea, dificultades en el trabajo de parto y mayor susceptibilidad a infecciones posparto³⁵.

Gestación Múltiple

La gestación múltiple se refiere al embarazo en el que se desarrollan dos o más fetos simultáneamente en el útero. Los embarazos

múltiples pueden involucrar gemelos (dos fetos), trillizos, cuatrillizos, o más. Este tipo de gestación representa un riesgo adicional para la madre y los fetos, ya que está asociado con un mayor número de complicaciones en comparación con los embarazos únicos³⁶.

Presente: Los embarazos múltiples están asociados con un mayor riesgo de complicaciones, como parto prematuro, restricción del crecimiento intrauterino, preeclampsia, y complicaciones neonatales como bajo peso al nacer y dificultades respiratorias. Estos embarazos requieren un control prenatal más exhaustivo³⁶.

Ausente: En embarazos únicos, los riesgos obstétricos son generalmente menores en comparación con los embarazos múltiples, reduciendo los riesgos de complicaciones asociadas con la sobrecarga uterina y la necesidad de intervenciones obstétricas tempranas³⁶.

Infección del Tracto Urinario

Las infecciones del tracto urinario (ITU) constituyeron una de las complejidades más frecuentes en la gestación, afectando diversas estructuras del sistema urinario, como los riñones, uréteres, vejiga y uretra. Estas infecciones se caracterizaron por la colonización de microorganismos patógenos, predominantemente bacterias, que invadieron alguna de estas regiones anatómicas³⁷.

Las ITU resultaron de especial preocupación en gestantes debido a los cambios fisiológicos asociados al embarazo, los cuales incrementaron la vulnerabilidad a infecciones y el riesgo de complicaciones obstétricas y neonatales³⁸.

Primer Trimestre: Durante el primer trimestre, una etapa crucial para el desarrollo fetal, las ITU incrementaron la probabilidad de complicaciones debido a los cambios hormonales iniciales. El aumento en los niveles de progesterona generó una relajación de los músculos del tracto urinario, lo que favoreció la dilatación de los

uréteres y una mayor retención de orina. Estos factores combinados crearon un ambiente propicio para la proliferación bacteriana, lo que elevó el riesgo de infecciones urinarias en esta fase del embarazo³⁹.

Segundo Trimestre: En el segundo trimestre, el crecimiento uterino ejerce una mayor presión sobre la vejiga, aumentando el riesgo de estasis urinaria y, por lo tanto, favoreciendo la aparición de ITU. La estasis urinaria, caracterizada por la incapacidad de vaciar completamente la vejiga, permitió la proliferación de bacterias en el sistema urinario. En esta etapa, las gestantes manifestaron con mayor frecuencia síntomas asociados a ITU, como disuria, micción frecuente, orina de aspecto turbio o con olor fuerte, y en casos severos, fiebre y dolor en el flanco, indicativos de pielonefritis³⁹.

Tercer Trimestre: En el tercer trimestre, las ITU continúan siendo una preocupación importante debido a los riesgos maternos y fetales asociados. La presión del útero sobre la vejiga es máxima durante este período, lo que contribuye a una mayor retención urinaria y, en consecuencia, a un aumento del riesgo de ITU³⁷.

Estas infecciones resultaron especialmente preocupantes en el tercer trimestre por su relación con el parto prematuro. Las gestantes que no recibieron tratamiento adecuado para las ITU presentaron un mayor riesgo de parto prematuro, así como de complicaciones neonatales graves, como el síndrome de dificultad respiratoria, inmadurez pulmonar y bajo peso al nacer³⁷.

Infecciones Cérvico-Vaginales

Las infecciones cérvico-vaginales son un conjunto de enfermedades que afectan el tracto reproductivo inferior de las mujeres, específicamente el cérvix (cuello uterino) y la vagina. Estas infecciones pueden tener diversas causas, como bacterias, virus, hongos o protozoos, y pueden ser asintomáticas o presentar síntomas que varían en severidad. Durante el embarazo, las infecciones cérvico-vaginales adquieren especial relevancia debido

a su potencial impacto sobre la salud materna y fetal, aumentando el riesgo de complicaciones como parto prematuro, ruptura prematura de membranas (RPM), bajo peso al nacer e infecciones neonatales⁴⁰.

Primer Trimestre: Es una etapa crítica de embarazo, ya que es cuando ocurre la implantación del embrión y el establecimiento del embarazo. Durante este período, los niveles hormonales de estrógeno y progesterona comienzan a aumentar, provocando una serie de cambios en la fisiología vaginal. Estos cambios incluyen un aumento en la vascularización de la mucosa vaginal, lo que favorece una mayor secreción vaginal y, a menudo, altera el pH vaginal, haciéndolo más alcalino⁴¹.

La alteración en el pH vaginal afecta el microbiota natural, compuesta principalmente por *Lactobacillus* spp, lo que puede facilitar el crecimiento excesivo de patógenos. La vaginosis bacteriana es una de las infecciones cérvico-vaginales más comunes en el primer trimestre. Se caracteriza por un desequilibrio en la flora vaginal, donde las bacterias anaerobias sustituyen a los lactobacilos, y se ha asociado con un mayor riesgo de aborto espontáneo en el primer trimestre, así como complicaciones posteriores, como el parto prematuro⁴².

En el segundo trimestre del embarazo, caracterizado por un crecimiento acelerado y continuo del feto, las infecciones cérvico-vaginales representaron un riesgo significativo con posibles repercusiones negativas tanto para la madre como para el desarrollo fetal. Durante esta etapa, la expansión progresiva del útero generó un aumento en la presión ejercida sobre la vejiga y otros órganos pélvicos, lo que favoreció la retención urinaria y elevó la probabilidad de infecciones ascendentes⁴³.

Tercer trimestre: es un momento crítico en el embarazo, ya que el feto está en la fase final de desarrollo, y cualquier infección puede

tener efectos adversos graves tanto para la madre como para el feto. Las infecciones cérvico-vaginales en este trimestre se asocian con un mayor riesgo de parto prematuro, ruptura prematura de membranas, bajo peso al nacer y sepsis neonatal⁴⁴.

Metrorragias

La metrorragia es el sangrado uterino anormal que ocurre fuera del ciclo menstrual regular. Durante el embarazo, la metrorragia es un síntoma de especial atención debido a que puede estar asociada con complicaciones obstétricas que ponen en peligro la salud de la madre como la del feto. Este sangrado puede presentarse en diferentes etapas de la gestación y puede tener causas tanto benignas como severas⁴⁵.

El primer trimestre es una fase crucial del embarazo, que abarca desde la concepción hasta las 12 semanas de gestación. En este período, el cuerpo de la mujer experimenta importantes cambios hormonales y anatómicos, lo que puede predisponer a ciertos tipos de sangrado vaginal. El sangrado en este trimestre se considera relativamente frecuente, afectando a hasta el 25% de las embarazadas, pero la magnitud y la duración del sangrado son factores clave para determinar su significado clínico⁴⁵.

El segundo trimestre, el cual comprende desde la semana 13 hasta la semana 26 del embarazo. En esta etapa, el embarazo ya está bien establecido, y las causas de tendencia al sangrado a ser diferentes de las observadas en el primer trimestre. La metrorragia en el segundo trimestre es menos frecuente, pero cuando ocurre, puede indicar problemas placentarios o cervicales que ponen en riesgo el curso del embarazo⁴⁵.

El tercer trimestre, que abarca desde la semana 27 hasta el término del embarazo, es un período crítico en el que la salud materna y fetal debe ser monitorizada de manera estrecha. Las metrorragias en esta etapa son menos comunes, pero de mayor gravedad, y

generalmente están asociadas con complicaciones placentarias o el inicio del trabajo de parto⁴⁵.

Paridad

La paridad se definió como el número de partos ocurridos a partir de las 20 semanas de gestación. Se incluyeron tres categorías principales: nacimientos a término, nacimientos prematuros (que involucraron el alumbramiento de un recién nacido, vivo o muerto, con un peso igual o superior a 500 g o con al menos 20 semanas de gestación, calculadas desde la última menstruación), y abortos, que correspondieron a embarazos finalizados antes de las 20 semanas, ya sean espontáneos o inducidos⁴⁶.

Por otro lado, se denominó nulípara a la mujer que nunca había llevado ningún embarazo después de las 20 semanas de gestación. Las nulíparas suelen enfrentarse a ciertos riesgos debido a la falta de experiencia del útero en el proceso de parto, lo que puede llevar a mayor probabilidad de partos prolongados o distócicos, riesgo aumentado de preeclampsia y complicaciones hipertensivas, dificultades en el manejo del trabajo de parto y mayor uso de intervenciones, como cesáreas⁴⁷.

Primípara: dentro de esta categoría está la mujer que ha dado a luz solo una vez a un feto de 24 semanas de gestación o más, vivo o muerto. Los embarazos en mujeres primíparas, al ser el primer parto, tienden a presentar desafíos tanto físicos como emocionales⁴⁸:

Complicaciones durante el parto: Las primíparas tienden a tener una mayor probabilidad de complicaciones en comparación con mujeres multíparas, debido a que los tejidos maternos están experimentando cambios por primera vez. La cesárea es una intervención común en primíparas cuando surgen complicaciones⁴⁸.

Manejo obstétrico: El manejo clínico del parto en primíparas puede incluir una mayor vigilancia durante las etapas del trabajo de parto,

ya que es común que el proceso sea más largo en comparación con mujeres que han tenido partos anteriores⁴⁸.

Múltipara: Es una mujer que ha tenido dos o más partos de fetos viables. En general, se observa que los riesgos obstétricos disminuyen con cada parto adicional, ya que el útero y el cuerpo de la mujer están mejor preparados para el proceso de parto⁴⁸.

Gran Múltipara: Es una mujer que ha tenido cinco o más partos previos. Aunque los riesgos pueden variar según el contexto y la salud general de la mujer, la gran múltipara tiene un riesgo incrementado de complicaciones obstétricas como⁴⁹:

Mayor incidencia de hemorragia posparto debido a la menor capacidad contráctil del útero después de múltiples embarazos, riesgo de complicaciones placentarias, como la placenta previa o acretismo placentario, incremento en la tasa de partos por cesárea en embarazos posteriores, especialmente si ha habido intervenciones quirúrgicas previas⁴⁹.

Ruptura Prematura de Membranas (RPM) previo

Se definió como una complicación obstétrica caracterizada por la ruptura de las membranas amnióticas que precede al inicio del trabajo de parto. Esta condición fue clasificada de acuerdo con el momento en que se presentaba, y cuando había ocurrido en gestaciones previas, se identificaba como antecedente de RPM o RPM previa¹.

Un historial médico se define como las condiciones de salud pasadas o presentes de un individuo. Específicamente, el historial de ruptura prematura de membranas (RPM) está estrechamente asociado con un incremento en el riesgo de partos prematuros. Las mujeres con episodios previos de RPM en gestaciones anteriores tienen un riesgo tres veces mayor de enfrentar la misma situación en futuros embarazos en comparación con aquellas que no han experimentado

tal evento. Un historial de RPM sugiere que la paciente ha experimentado la ruptura espontánea de las membranas amnióticas, que envuelven al feto y el líquido amniótico, antes del comienzo de las contracciones laborales en un embarazo anterior⁵⁰.

Presente: Un historial de RPM en embarazos previos aumenta el riesgo de recurrencia en embarazos posteriores. La RPM está asociada con un mayor riesgo de infecciones intrauterinas, parto prematuro y sufrimiento fetal⁵¹.

Ausente: La ausencia de RPM reduce las probabilidades de parto prematuro y complicaciones infecciosas, contribuyendo a una mayor estabilidad durante el embarazo⁵¹.

D2. Factores neonatales:

Los factores neonatales se refieren a una serie de condiciones y características que afectan al recién nacido y que pueden influir en su desarrollo, bienestar, y salud a corto y largo plazo. Estos factores estuvieron asociados al embarazo, el parto o las primeras semanas posteriores al nacimiento. La identificación y comprensión de dichos elementos resultaron fundamentales para garantizar una atención integral al recién nacido y prevenir complicaciones que pudieran repercutir de manera prolongada en su estado de salud⁵². A continuación, se presentan los principales aspectos de la dimensión de factores neonatales:

Apgar al Minuto.

El test de Apgar se utiliza para valorar la condición física del recién nacido en el primer minuto después del parto y luego nuevamente a los cinco minutos. Este procedimiento asigna una puntuación de 0, 1 o 2 a cada signo clínico evaluado, según su presencia y severidad. Las puntuaciones de cada signo se suman para determinar una puntuación total. Una puntuación total entre 7 y 10 sugiere que el recién nacido está en buenas condiciones y es vigoroso; una

puntuación de 4 a 6 indica una depresión leve o moderada, requiriendo la administración de oxígeno; y una puntuación de 0 a 3 implica una depresión severa, haciendo necesaria la resucitación inmediata⁵³.

El índice de Apgar es una herramienta utilizada para evaluar el estado de salud del recién nacido inmediatamente después del parto. Se basa en cinco criterios: frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, respuesta a estímulos y color de la piel, con una puntuación que va de 0 a 10⁵³.

- 0 a 3 (Depresión severa): Indica una necesidad inmediata de atención médica. Los recién nacidos en este rango tienen un riesgo elevado de complicaciones severas y mortalidad⁵⁴.
- 4 a 6 (Depresión moderada): Sugiere que el bebé puede requerir apoyo, aunque puede no ser tan crítico como en el caso de una puntuación de 0 a 3⁵⁴.
- 7 a 10 (Normal): Indica que el recién nacido se encuentra en buenas condiciones y no presenta necesidad de intervenciones significativas⁵⁴.

Antecedentes de Prematuros.

La historia de partos prematuros en embarazos anteriores es un factor significativo que puede influir en la probabilidad de que un nuevo bebé nazca prematuramente³.

El nacimiento prematuro se caracteriza porque el parto ocurre antes de las 37 semanas de gestación, y fue responsable de casi dos tercios de los fallecimientos asociados. Los partos prematuros tardíos, que se sitúan entre las 34 y las 36 semanas de gestación, representaron aproximadamente el 70% de los nacimientos pretérmino. Entre las principales causas de parto prematuro se incluyen: partos iniciados por indicaciones maternas o fetales, donde el parto se induce o el bebé nace por cesárea sin haber comenzado

el trabajo de parto natural. También se cuenta el trabajo de parto prematuro espontáneo sin causa aparente con membranas intactas, así como la ruptura idiopática de membranas pretérmino. Además, los partos de gemelos y múltiples también contribuyen significativamente a la incidencia de nacimientos prematuros⁵⁵.

Con antecedentes: Las mujeres que han tenido un parto prematuro anteriormente tienen un riesgo aumentado de repetirlo. Este riesgo puede estar relacionado con factores como infecciones, problemas uterinos, o condiciones médicas subyacentes. Se estima que cerca del 20% de las mujeres con antecedentes de partos prematuros experimentarán un nuevo evento similar⁵⁶.

Sin antecedentes: Las mujeres sin antecedentes de partos prematuros tienen una menor probabilidad de tener un recién nacido prematuro, aunque no están exentas de otros factores de riesgo, como condiciones médicas o complicaciones en el embarazo actual⁵⁶.

Corioamnionitis.

Es una infección de las membranas que rodean al feto, a menudo asociada con el parto prematuro y complicaciones en el recién nacido⁵⁶.

Si presentó: Los recién nacidos de madres tuvieron la complicación de corioamnionitis tienen un mayor riesgo de padecer de sepsis neonatal, problemas respiratorios y otras complicaciones⁵⁶.

No presentó: La ausencia de esta condición puede estar asociada con un mejor pronóstico neonatal y menos complicaciones inmediatas⁵⁶.

Edad Gestacional Fetal.

Se refiere al periodo que transcurrió desde el primer día de la fecha última de menstruación de la madre hasta que se produce el parto⁵⁷.

La edad gestacional esta definido como el total de días que transcurrieron desde el primer día del último ciclo menstrual hasta la fecha en curso, y habitualmente es expresado en semanas y días, por ejemplo, 32 semanas y 5 días. En ocasiones, se establece una "FUM operacional" que se ajusta según la ecografía cuando hay discrepancias con la FUM real o cuando la FUM real no es considerada segura o confiable. En general, un embarazo dura aproximadamente 280 días o 40 semanas, desde una perspectiva sanitaria, el intervalo de menor riesgo perinatal se sitúa entre las 37 y las 41 semanas. La estimación de la edad gestacional comienza con la anamnesis, donde se confirma la FUM y se evalúa su fiabilidad. Esta estimación inicial puede ser confirmada o ajustada con base en los resultados de una ecografía temprana realizada entre las semanas 7 y 10. En este contexto, se discuten las características clave de la anamnesis y la ecografía, junto con otros métodos de apoyo, para establecer con precisión la edad gestacional del embarazo⁵⁸.

Menor a 37 semanas (prematuro): Los bebés nacidos antes de las 38 semanas suelen ser más vulnerables a complicaciones, incluyendo problemas respiratorios, dificultades para regular la temperatura corporal y problemas de alimentación⁵⁹.

Entre 37 a 41 semanas (a término): Este rango es ideal para el desarrollo fetal, y los recién nacidos generalmente tienen mejores resultados de salud⁵⁹.

De 42 semanas a más (postérmino): Los bebés postérminos pueden enfrentar riesgos como la disminución del líquido amniótico y mayores probabilidades de sufrir complicaciones durante el parto⁵⁹.

Peso del Recién Nacido.

Es un indicador crítico de salud neonatal y puede clasificarse en:

El peso al nacer es un indicador crucial de la salud neonatal. Los recién nacidos a término, definidos como aquellos nacidos entre las 37 y 41 semanas de gestación, tienen un peso promedio de aproximadamente 3.2 kg. Típicamente, los recién nacidos que presentan pesos significativamente bajos o altos enfrentan mayores complicaciones de salud. Es común que los recién nacidos experimenten una pérdida de hasta el 10% de su peso inicial; por ejemplo, un neonato que al nacer pesa 3.26 kg podría perder hasta 286 gramos durante sus primeros días de vida². Es un indicador crítico de salud neonatal y puede clasificarse en:

Clasificación de acuerdo al peso del nacimiento	
Punto de corte	Clasificación
1000 a 1499 gramos	Muy bajo peso al nacer
1500 a 2499 gramos	Bajo peso al nacer
De 2500 a 4000 gramos	Normal
4000 gramos	Macrosómico

Fuente: Norma Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. Manual de procedimientos para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño.

III.2.2. Variable 2: Ruptura prematura de membrana

Definición.

Se denomina ruptura prematura de membranas a la que sucede antes del inicio del trabajo de parto, generalmente una hora antes, según varios estudios. El periodo de latencia es el intervalo desde la ruptura hasta el nacimiento. Si este periodo excede las 24 horas, la ruptura se clasifica como prolongada⁶⁰.

Cuando la latencia supera las 24 horas, el riesgo de complicaciones infecciosas y de morbilidad perinatal aumenta considerablemente. Esta situación conlleva riesgos adicionales para

el neonato, principalmente relacionados con la prematuridad, infecciones y complicaciones durante el parto⁶⁰.

La ruptura prematura de membranas (RPM) es una condición obstétrica que ocurre cuando las membranas que cubren al feto en el útero se rompen antes de que comience el trabajo de parto; la RPM puede aumentar el riesgo de infecciones maternas y fetales, así como la posibilidad de parto prematuro, lo que requiere una intervención médica oportuna para reducir las complicaciones⁶¹.

La ruptura prematura de membranas en un contexto pretérmino, que ocurre antes de las 37 semanas de gestación y antes del trabajo de parto, se asocia con diversos factores patológicos, entre ellos la infección intraamniótica. Factores adicionales incluyen una baja condición socioeconómica, un índice de masa corporal inferior a 19.8, deficiencias nutricionales y el consumo de tabaco. Las mujeres que han experimentado una ruptura de membranas pretérmino en embarazos anteriores presentan un riesgo elevado de recurrencia en embarazos subsecuentes. No obstante, la mayoría de los casos de ruptura pretérmino ocurren en ausencia de factores de riesgo identificables⁶².

Fisiopatología de la ruptura prematura de membrana: La ruptura de las membranas amnióticas durante el parto está relacionada con la debilidad inherente de estas estructuras, la cual es exacerbada por las contracciones uterinas repetidas y el estiramiento continuo. Se ha identificado una región específica próxima al lugar de la ruptura conocida como la "zona de cambio morfológico", que se forma previamente a la ruptura de las membranas y se relaciona directamente con el proceso del nacimiento. Esta área puede presentar defectos estructurales que predisponen a la ruptura durante el trabajo de parto. Adicionalmente, existe una interacción paracrina significativa entre las membranas y el miometrio, que varía cualitativamente entre diferentes áreas del útero⁶³.

Diagnóstico: La confirmación del diagnóstico de ruptura prematura de membranas (RPM) se realiza habitualmente mediante la detección directa de la fuga de líquido amniótico, visible en el 80-90% de los casos tras realizar la maniobra de Valsalva. En el 10-20% de las situaciones, donde los signos de fuga de líquido son intermitentes o no hay evidencia visible de flujo vaginal, se necesitan exámenes adicionales. El análisis del pH vaginal, que mide la alcalinidad del líquido amniótico, puede llevar a diagnósticos incorrectos debido a contaminantes como sangre o semen. Aunque la ecografía puede indicar la presencia de oligohidramnios, su utilidad es restringida por su baja sensibilidad y especificidad. Para casos dudosos, se sugieren análisis bioquímicos como el de IGFBP-1 y PAMG-1, los cuales identifican proteínas que se encuentran en altas concentraciones en el líquido amniótico y en bajas en la sangre materna, ofreciendo resultados más confiables. En circunstancias excepcionales, la amniocentesis con inyección de fluoresceína proporciona un diagnóstico definitivo, aunque la especificidad del método puede disminuir a lo largo del tiempo posterior al procedimiento⁶⁴.

Teoría relacionada a la ruptura prematura de membranas

Teoría del Estrés Mecánico y la Integridad de las Membranas de Menon y Fortunato.

La teoría del estrés mecánico plantea que las membranas fetales son estructuras dinámicas que experimentan tensiones físicas significativas a lo largo de la gestación. A medida que el embarazo avanza, las membranas se ven algunas veces a un aumento del volumen del líquido amniótico y el crecimiento fetal, lo que incrementa la tensión mecánica sobre estas estructuras. Este estrés continuo puede llevar a la degradación de la matriz extracelular que componen las membranas, comprometiendo su integridad y aumentando el riesgo de ruptura⁶⁵.

Estudios han demostrado que las metaloproteinasas de matriz (MMP), como MMP-9, se activan en respuesta a este estrés mecánico. La actividad aumentada de estas enzimas resulta en la degradación de componentes clave como el colágeno y la elastina, lo que disminuye la elasticidad y resistencia de las membranas fetales. Además, se ha evidenciado que situaciones como el polihidramnios (exceso de líquido amniótico) y embarazos prolongados incrementan la carga mecánica sobre las membranas, lo que contribuye a su deterioro⁶⁶.

Dimensiones.

D1. Tipos de ruptura prematura de membranas.

Es la pérdida de integridad de las membranas amnióticas previa al comienzo del trabajo de parto. Es una condición que puede tener serias consecuencias tanto para la madre como para el feto, especialmente si ocurre antes de las 37 semanas de gestación. La RPM se clasifica en diferentes tipos según el momento de su aparición y las características del líquido amniótico¹. A continuación, se describen los principales tipos de RPM:

RPM a Término: La ruptura prematura de membranas a término se refiere a la disolución espontánea de la bolsa amniótica que ocurre después de las 37 semanas de embarazo, pero previo al comienzo del trabajo de parto. A pesar de que en esta etapa el feto ya se considera maduro, la RPM a término aún conlleva ciertos riesgos si no se maneja de manera adecuada¹.

Entre las complicaciones posibles se encuentran el aumento del riesgo de infecciones maternas como la corioamnionitis y la endometritis posparto, así como infecciones neonatales como la sepsis. Además, si no se desencadena el trabajo de parto dentro de las 24 horas posteriores a la ruptura, puede ser necesaria la inducción del parto para evitar complicaciones. Aunque la tasa de mortalidad neonatal es baja en comparación con la RPM pretérmino,

el riesgo de problemas respiratorios en el neonato, como el síndrome de dificultad respiratoria transitoria, también está presente. El manejo clínico de la RPM a término generalmente incluye la monitorización continua del estado materno-fetal, la administración profiláctica de antibióticos para prevenir infecciones y, en algunos casos, la inducción del trabajo de parto⁵¹.

RPM Pretérmino: La RPM pretérmino ocurre cuando las membranas se rompen antes de alcanzar las 37 semanas de embarazo y antes del inicio del trabajo de parto. Es una de las principales causas de parto prematuro, representando alrededor del 30% de todos los nacimientos pretérmino. Esta condición se asocia con un riesgo significativamente mayor de morbilidad neonatal debido a complicaciones graves como el síndrome de dificultad respiratoria (SDR), hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante, y sepsis neonatal. El riesgo de complicaciones aumenta cuanto más temprano ocurra la RPM en el embarazo (1). El manejo de la RPM pretérmino depende en gran medida de la edad gestacional, la presencia de infecciones, el estado del líquido amniótico y la estabilidad del feto y la madre. A menudo se emplea una estrategia expectante, que incluye la administración de antibióticos para prolongar el embarazo, corticosteroides para acelerar la maduración pulmonar fetal y, en algunos casos, tocolíticos para retrasar el parto. La monitorización continua del bienestar fetal y la identificación temprana de signos de infección o sufrimiento fetal son fundamentales para optimizar los resultados perinatales. Si la RPM ocurre cerca del término, se recomienda la inducción del parto para reducir el riesgo de infecciones y otras complicaciones⁵¹.

III.3. Marco conceptual

Antecedentes de Prematuros: Se refiere a los embarazos previos en los cuales el nacimiento ocurrió antes de las 37 semanas de gestación⁶⁷.

Apgar al Minuto: El Apgar es una escala que evalúa el estado clínico del recién nacido al primer minuto y a los cinco minutos después del nacimiento⁵³.

Corioamnionitis: es una infección intrauterina que afecta las membranas fetales y el líquido amniótico. Es una complicación grave asociada con la RPM y el parto prematuro⁶⁸.

Delgadez: Es una condición caracterizada por un peso corporal inferior al adecuado para una persona de una determinada estatura, edad y sexo⁶⁹.

Edad Materna: La edad de la madre es un factor determinante en el embarazo. Las madres adolescentes y aquellas mayores de 35 años tienen mayores riesgos de complicaciones obstétricas, como partos prematuros, hipertensión, y diabetes gestacional⁷⁰.

Edad Gestacional Fetal: se refiere al tiempo transcurrido desde la última menstruación de la madre hasta el momento actual⁵⁷.

Embarazo Múltiple: ocurre cuando una mujer lleva más de un feto en el útero, como en el caso de gemelos o trillizos. Estos embarazos presentan un mayor riesgo de complicaciones, como parto prematuro, preeclampsia, o RPM³⁶.

Incompetencia cervical: Hace referencia a la incapacidad del cérvix de permanecer cerrado durante el embarazo. La incompetencia cervical puede llevar a la dilatación precoz del cuello uterino sin contracciones dolorosas, lo que aumenta el riesgo de aborto en el segundo trimestre o parto prematuro⁴⁵.

Infección de Vías Urinarias: son comunes durante el embarazo y pueden estar asociadas con un mayor riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer, y preeclampsia⁷¹.

Ocupación: La ocupación de la madre puede influir en los resultados del embarazo, especialmente si está expuesta a riesgos

laborales como el trabajo físico intenso, estrés elevado, o exposición a sustancias tóxicas⁷².

Paridad: se refiere al número de embarazos previos que una mujer ha tenido. Las mujeres multíparas pueden tener un mayor riesgo de complicaciones obstétricas, como hemorragias postparto y trabajo de parto prolongado⁷³.

Peso del Recién Nacido: es un indicador clave del estado de salud del recién nacido. Los recién nacidos que tienen bajo peso al nacer o macrosomía tienen mayores probabilidades de padecer complicaciones, como hipoglucemia, dificultades respiratorias, y problemas de desarrollo a largo plazo⁷⁴.

Prematuro: Recién nacido vivo que nació antes de haberse completado las 37 semanas de gestación. Se divide en subcategorías de acuerdo a la edad gestacional: prematuro extremo, muy prematuro, prematuro entre moderado y tardío⁷⁵.

Primípara: Se refiere a una mujer que ha dado a luz por primera vez a un feto de 24 semanas o más de gestación, independientemente de si el bebé nació vivo o muerto⁷⁶.

Recién nacido: Es el periodo neonatal que comprende los primeros 28 días de vida después del nacimiento. Es una etapa en el que ocurren cambios de manera muy rápida, por ello existe la posibilidad de que se presenten eventos críticos².

VI. METODOLOGÍA

IV.1. Tipo y nivel de la investigación.

Enfoque

El estudio se enmarcó dentro de un enfoque cuantitativo, que se caracterizó por examinar la realidad objetiva mediante el análisis y la medición de aspectos numéricos. Su propósito fue recolectar datos precisos y confiables, lo que permitió descubrir explicaciones verificables y ampliamente aplicables, sustentadas en principios estadísticos⁷⁷.

Tipo

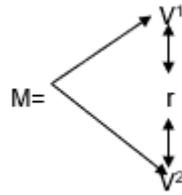
Este estudio fue de tipo básico, orientado a abordar problemas concretos o necesidades específicas. Se aplicaron conocimientos científicos para generar soluciones prácticas y útiles. En este contexto, no se manipularon variables; en cambio, se observó la realidad en un momento determinado para evaluar las relaciones entre las variables estudiadas, contribuyendo así al mejoramiento de procesos o situaciones específicas⁷⁷.

Nivel

El enfoque de investigación adoptado fue descriptivo-correlacional, donde el investigador buscó identificar las conexiones, o la falta de ellas, entre diferentes fenómenos. El objetivo principal de este tipo de investigación fue determinar cómo una variable influyó en otra, evaluando la intensidad de su relación mutua⁷⁸.

IV.2. Diseño de la investigación

Este estudio empleó un diseño no experimental, lo que implicó que las variables no se manipularon intencionadamente. Es decir, no se alteraron deliberadamente las variables independientes para observar su impacto en otras variables. En este tipo de investigación, los fenómenos se observaron y analizaron en su entorno natural, tal como ocurrieron⁷⁹.



Donde:

M = Mujeres con RPM atendidas en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano

V¹ = Factores asociados

V² = Ruptura prematura de membranas

r = Correlación

IV.3. Hipótesis

Ha1: Los factores obstétricos, como la anemia, el estado nutricional, la ganancia de peso durante la gestación, la gestación múltiple, las infecciones del tracto urinario, las infecciones cérvico-vaginales, las metrorragias, la paridad y antecedentes de ruptura prematura de membranas previa, se relacionan significativamente con la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.

Ho1: Los factores obstétricos, como la atención prenatal no se relacionan significativamente con la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.

Ha.2:

Los factores neonatales, como el Apgar al minuto, antecedentes de prematuridad, la corioamnionitis, la edad gestacional fetal y el peso del recién nacido, se relacionan significativamente con la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.

IV.4. Identificación de las variables

Variable 1:

Factores obstétricos - neonatales: Se refiere a una serie de condiciones médicas y circunstancias que se presentan durante el embarazo, parto o periodo postnatal, las cuales aumentaron el riesgo de complicaciones para la madre y el recién nacido. La presencia de estos factores repercutió negativamente en la salud materno-fetal, incrementando la probabilidad de resultados adversos. La identificación temprana y el manejo adecuado de estos factores fueron esenciales para reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad tanto materna como neonatal²⁶.

Dimensiones

- ❖ Factores obstétricos
- ❖ Factores neonatales.

Variable 2:

Ruptura prematura de membranas: Es una complicación del embarazo, ocurre cuando la bolsa amniótica, que contiene al feto y el líquido amniótico se rompe antes de que se completen las 37 semanas de gestación, este suceso puede llevar a una serie de riesgos tanto para la madre como para el feto⁶.

Dimensiones

- ❖ Tipos de ruptura prematura de membranas

IV.5. Matriz de operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA DE VALORES	TIPO DE VARIABLE ESTADÍSTICA
Factores asociados	D.1: Factores Obstétricos	Anemia	Presente Ausente	Nominal	Cualitativa
		Atención prenatal	Adecuado ≥ 6 CPN Inadecuado < 6 CPN	Nominal	
		Estado nutricional	Delgadez Normal Sobrepeso Obesidad	Ordinal	
		Ganancia de peso durante la gestación	Baja Adecuada Alta	Ordinal	
		Gestación múltiple	Presente Ausente	Nominal	
		Infección de tracto urinario	Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre No presentó	Ordinal	
		Infecciones cérvico-vaginales	Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre No presentó	Ordinal	
		Metrorragias	Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre No presentó	Ordinal	

		Paridad	Nulípara Primípara Múltipara Gran múltipara	Ordinal	
		RPM previo	Presente Ausente	Nominal	
	D.2: Factores neonatales	Apgar al minuto	0 a 3 Depresión severa 4 a 6 Depresión moderada 7 a 10 Normal	Ordinal	
		Antecedentes de prematuros	Con antecedentes Si antecedentes	Nominal	
		Corioamnionitis	Presente Ausente	Nominal	
		Edad gestacional fetal	Menor a 37 semanas Entre 37 a 41 semanas Mayor a 42 semanas	Ordinal	
		Peso del recién nacido	Bajo peso al nacer 1500 a 2499 gr. Peso adecuado 2500 a 4000 gr. Macrosómico > 4000 gr	Ordinal	
Ruptura prematura de membranas	Tipos de ruptura prematura de membranas	RPM a término RPM pretérmino	Nominal	Cualitativa	

IV.6. Población - Muestra

Población

La población estuvo formada por mujeres con RPM que recibieron atención en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024, que fueron 154 pacientes.

Muestra

La muestra fue un subconjunto representativo de la población a investigar que se seleccionó para que los resultados pudieran extrapolarse a toda la población del estudio. Para determinar la muestra se empleó la ecuación de poblaciones finitas con un margen de error de 0.05, a fin de obtener una muestra representativa. El tipo de muestreo utilizado fue probabilístico estratificado (aleatorio)⁸⁰.

La fórmula utilizada para calcular el tamaño de muestra fue:

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

Donde:

N = Total de la población (154 pacientes)

Z_a² = **1.96²** (si la seguridad es del 95%)

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

p = Probabilidad de éxito (0.5)

Q = Probabilidad de fracaso (0.5)

Cálculo:

$$n = \frac{154 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2 * (154 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{154 * 3.84 * 0.25}{0.0025 * 153 + 3.84 * 0.25}$$

$$n = \frac{147.84}{1.3425}$$

$$n = 110.12$$

La muestra quedó conformada por 110 pacientes.

Muestreo:

Se empleó el muestreo probabilístico o aleatorizado, y la técnica de muestreo fue aleatoria simple.

Criterios de inclusión:

- Pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia con diagnóstico de Ruptura Prematura de Membranas en el Hospital Carlos Monge Medrano.
- Pacientes con historias clínicas completas.
- Libro de partos.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas incompletas.
- Historias clínicas ilegibles.
- Pacientes atendidas en una clínica particular.

IV.7. Técnicas e instrumentos de recolección de información

Técnicas

Revisión documentaria: este proceso consistió en la extracción de información a partir de documentos oficiales y originales⁷⁸.

Instrumentos

Ficha de recolección de datos: esta herramienta fue diseñada para la recopilación de datos cuantitativos y permitió obtener respuestas de manera rápida⁸¹.

Validación: Se llevó a cabo una validación del instrumento mediante la aplicación de una ficha técnica, la cual fue evaluada por juicios de

expertos para determinar la calidad del instrumento en la recopilación de datos en donde se obtuvo 100% de validez.

Confiabilidad: Se realizó una prueba piloto en otra institución que compartía similitudes con la población objetivo para determinar su confiabilidad en donde se obtuvo un alfa de Cronbach de ,839.

IV.8. Técnicas de análisis y procesamiento de datos

Previo a la recolección de los datos, se presentó una solicitud formal para obtener la autorización de la dirección del Hospital Carlos Monge Medrano. Una vez obtenida, se coordinó el día y la hora para realizar la recolección de información, empleando instrumentos previamente validados y estandarizados.

El análisis de los datos se llevó a cabo utilizando dos plataformas: Microsoft Office Excel 2016 para la organización preliminar y el paquete estadístico para ciencias sociales (SPSS) versión 26 para realizar los cálculos estadísticos avanzados. Inicialmente, se aplicó una prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar si los datos seguían una distribución paramétrica o no paramétrica, lo que permitió seleccionar el análisis estadístico más adecuado.

Posterior a la recolección de los datos, estos fueron organizados en formato numérico mediante Excel, de acuerdo con las respuestas obtenidas. El análisis de evaluación se efectuó utilizando SPSS. Finalmente, la información fue sintetizada en tablas y gráficos, los cuales fueron descritos y analizados según las dimensiones específicas de estudio.

V. RESULTADOS

V.1. Presentación de Resultados

Tabla 1. Factores obstétricos en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.

Factores obstétricos	fi	%
Anemia		
Ausente	52	47.3
Presente	58	52.7
Control prenatal		
Inadecuado	28	25.5
Adecuado	82	74.5
Estado nutricional		
Obesidad	13	11.8
Sobrepeso	43	39.1
Normal	54	49.1
Delgadez	0	0.0
Ganancia de peso durante la gestación		
Baja	41	37.3
Adecuada	45	40.9
Alta	24	21.8
Gestación múltiple		
Ausente	102	92.7
Presente	8	7.3
Infección de tracto urinario		
No presentó	27	24.6
Primer trimestre	30	27.2
Segundo trimestre	17	15.5
Tercer trimestre	36	32.7
Infecciones cérvico – vaginales		
No presentó	50	45.4
Primer trimestre	17	15.5
Segundo trimestre	15	13.6
Tercer trimestre	28	25.5
Metrorragias		
No presentó	102	92.7
Primer trimestre	7	6.4
Segundo trimestre	0	0.0
Tercer trimestre	1	0.9
Paridad		
Nulípara	54	49.1
Primípara	35	31.8
Múltipara	17	15.5
Gran múltipara	4	3.6
RMP previo		
Ausente	100	90.9
Presente	10	9.1
Total	110	100.0

Fuente: Tablas de resultados

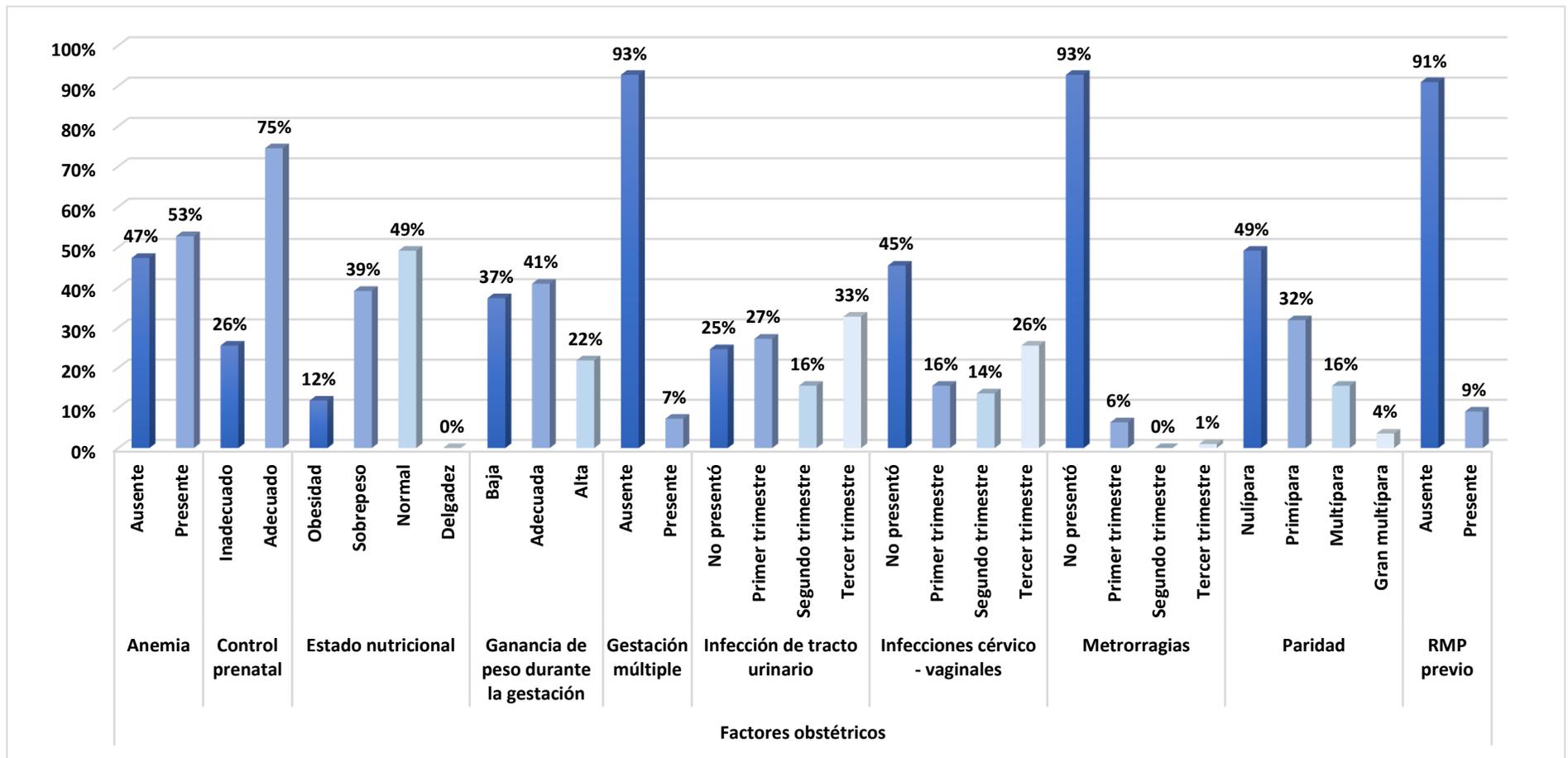


Figura 1. Factores obstétricos en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.

Tabla 2. Factores neonatales en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.

Factores neonatales	fi	%
Apgar al minuto		
Depresión severa	3	2.7
Depresión moderada	4	3.7
Normal	103	93.6
Antecedentes de prematuros		
Con antecedentes	9	8.2
Sin antecedente	101	91.8
Corioamnionitis		
Ausente	102	92.7
Presente	8	7.3
Edad gestacional fetal		
Menor a 37 semanas	34	30.9
Entre 37 a 41 semanas	73	66.4
Mayor a 42 semanas	3	2.7
Peso del recién nacido		
Bajo peso al nacer	19	17.3
Peso adecuado	90	81.8
Macrosómico	1	0.9
Total	110	100.0

Fuente: Tabla de resultados.

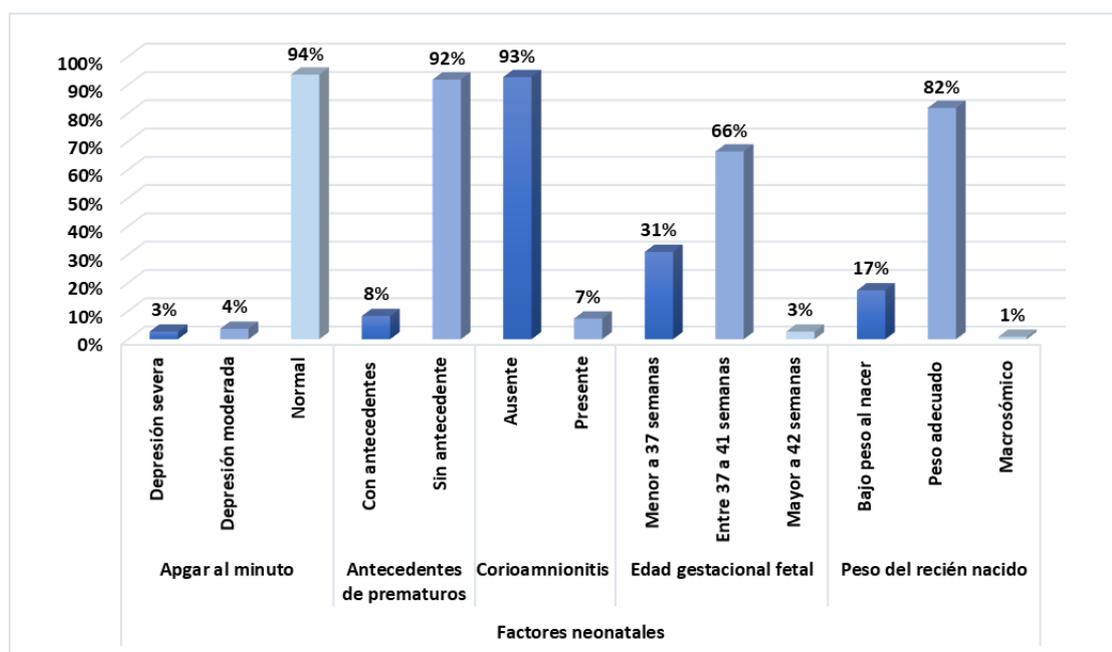


Figura 2. Factores neonatales en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.

Tabla 3. Ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.

Ruptura prematura de membranas	fi	%
RPM pretérmino	35	31.8
RPM a término	75	68.2
Total	110	100.0

Fuente: Tabla de resultados

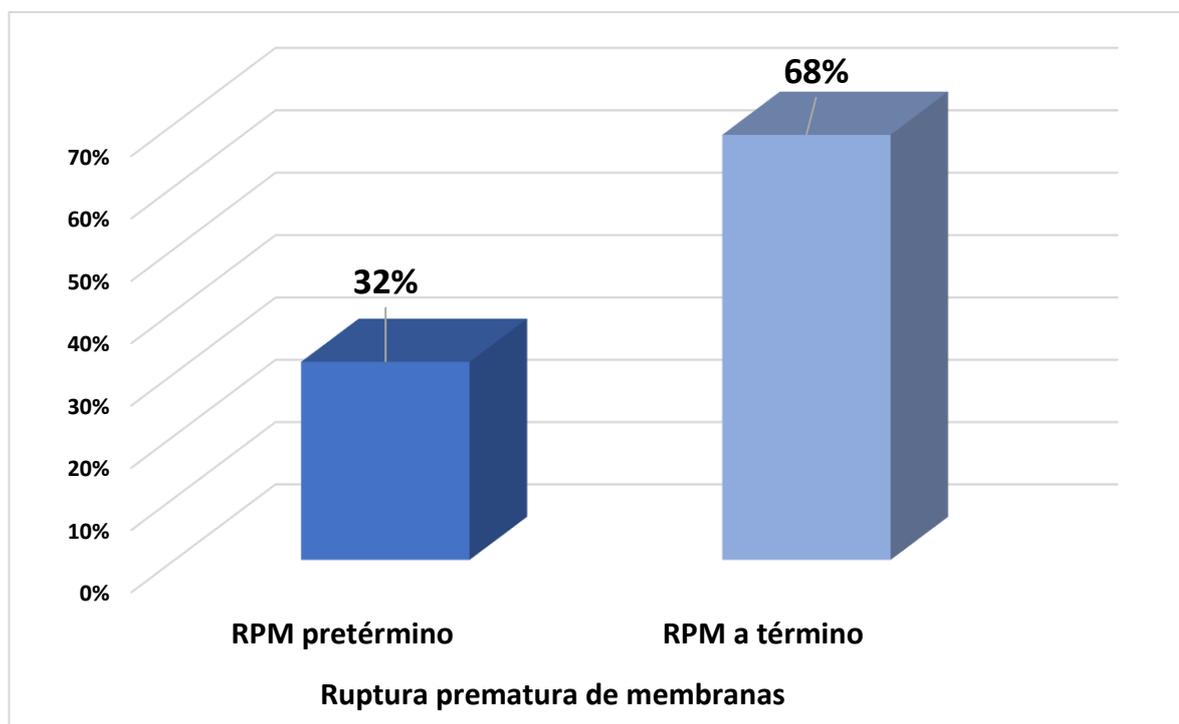


Figura 3. Ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.

Tabla 4. Factores obstétricos relacionados con la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.

Factores obstétricos		Ruptura prematura de membranas				Total	
		RPM pretérmino		RPM a término		fi	%
		fi	%	fi	%		
Anemia	Ausente	25	22.7	27	24.5	52	47.2
	Presente	10	9.1	48	43.7	58	52.8
Control prenatal	Inadecuado	11	10.0	17	15.5	28	25.5
	Adecuado	24	21.8	58	52.7	82	74.5
Estado nutricional	Obesidad	11	10.0	2	1.8	13	11.8
	Sobrepeso	10	9.1	33	30.0	43	39.1
	Normal	14	12.7	40	36.4	54	49.1
	Delgadez	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Ganancia de peso durante la gestación	Baja	18	16.4	23	20.9	41	37.3
	Adecuada	12	10.9	33	30.0	45	40.9
	Alta	5	4.5	19	17.3	24	21.8
Gestación múltiple	Ausente	35	31.8	67	60.9	102	92.7
	Presente	0	0.0	8	7.3	8	7.3
Infección de tracto urinario	No presentó	17	15.5	10	9.1	27	24.6
	Primer trimestre	3	2.7	27	24.5	30	27.2
	Segundo trimestre	7	6.4	10	9.1	17	15.5
	Tercer trimestre	8	7.2	28	25.5	36	32.7
Infecciones cérvico - vaginales	No presentó	23	20.9	27	24.5	50	45.4
	Primer trimestre	2	1.8	15	13.7	17	15.5
	Segundo trimestre	4	3.6	11	10.0	15	13.6
	Tercer trimestre	6	5.5	22	20.0	28	25.5
Metrorragias	No presentó	35	31.8	67	60.9	102	92.7
	Primer trimestre	0	0.0	7	6.4	7	6.4
	Segundo trimestre	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Tercer trimestre	0	0.0	1	0.9	1	0.9
Paridad	Nulípara	23	20.9	31	28.2	54	49.1
	Primípara	7	6.4	28	25.5	35	31.9
	Múltipara	5	4.5	12	10.9	17	15.4
	Gran múltipara	0	0.0	4	3.6	4	3.6
RPM previo	Ausente	29	26.3	71	64.6	100	90.9
	Presente	6	5.5	4	3.6	10	9.1
Total		35	31.8	75	68.2	110	100.0

Fuente: Tabla de resultados.

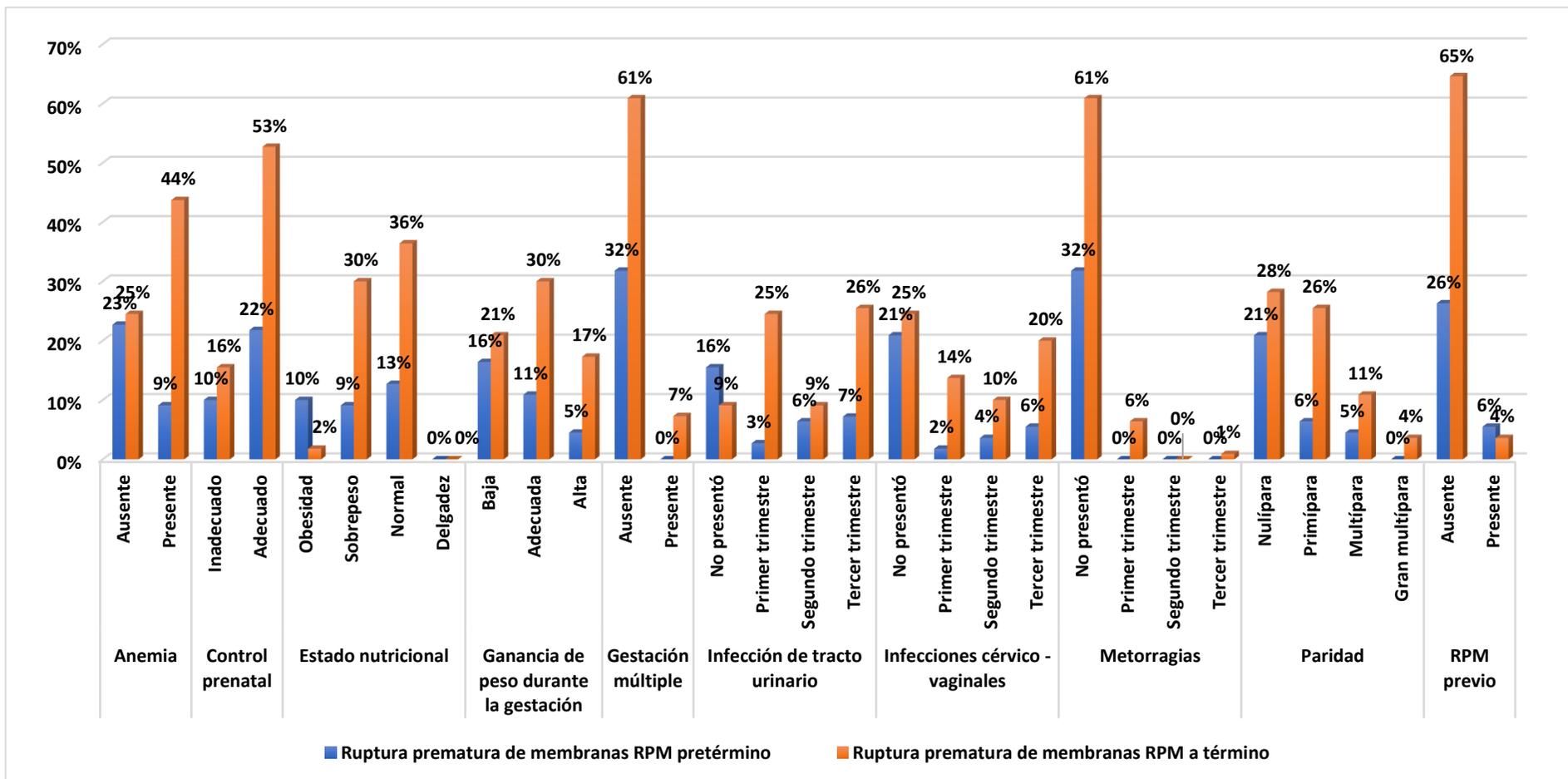


Figura 4. Factores obstétricos relacionados con la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024

Tabla 5. Factores neonatales relacionados con la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.

Factores neonatales		Ruptura prematura de membranas				Total	
		RPM pretérmino		RPM a término		fi	%
		fi	%	fi	%		
Apgar al minuto	Depresión severa	3	2.7	0	0.0	3	2.7
	Depresión moderada	2	1.8	2	1.8	4	3.6
	Normal	30	27.3	73	66.4	103	93.7
Antecedentes de prematuros	Con antecedentes	7	6.3	2	1.8	9	8.1
	Sin antecedente	28	25.5	73	66.4	101	91.9
Corioamnionitis	Ausente	35	31.8	67	60.9	102	92.7
	Presente	0	0.0	8	7.3	8	7.3
Edad gestacional fetal	Menor a 37 semanas	26	23.6	8	7.3	34	30.9
	Entre 37 a 41 semanas	9	8.2	64	58.2	73	66.4
	Mayor a 42 semanas	0	0.0	3	2.7	3	2.7
Peso del recién nacido	Bajo peso al nacer	14	12.7	5	4.6	19	17.3
	Peso adecuado	21	19.1	69	62.7	90	81.8
	Macrosómico	0	0.0	1	0.9	1	0.9
Total		35	31.8	75	68.2	110	100.0

Fuente: Tabla de resultados

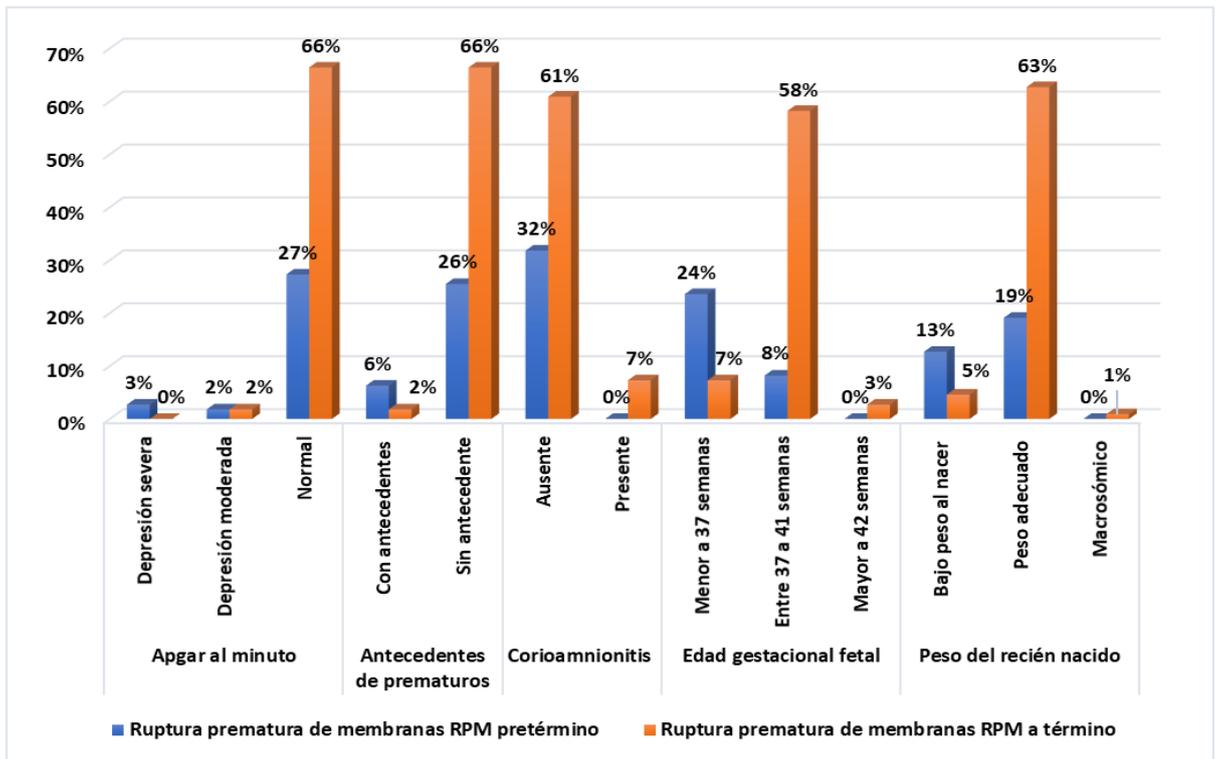


Figura 5. Factores neonatales relacionados con la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.

V.2. Interpretación de resultados

En la **Tabla y figura 1**, se presentan los factores obstétricos de las pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano, se observa que el 52.7% de las pacientes presentó anemia; en cuanto al control prenatal, el 74.5% recibió un control adecuado; respecto al estado nutricional, el 49.1% mostró un estado nutricional normal, en relación con la ganancia de peso durante la gestación, el 40.9% tuvo una ganancia adecuada; con respecto a la gestación múltiple, el 92.7% de las pacientes no presentó esta condición; en cuanto a las infecciones del tracto urinario, el 32.7% de los casos ocurrieron durante el tercer trimestre; en lo referente a las infecciones cérvico-vaginales, el 45.4% de las pacientes no presentó infecciones; sobre las metrorragias, el 92.7% no reportó este evento; respecto a la paridad, el 49.1% de las pacientes fueron nulíparas. Finalmente, en relación con antecedentes de ruptura prematura de membranas (RPM), el 90.9% no presentó antecedentes.

En la **tabla y figura 2**, se observan los factores neonatales de los pacientes atendidos, en donde el 93.6% de los recién nacidos presentó un Apgar al minuto normal; respecto a los antecedentes de prematuros, el 91.8% no presentó antecedentes; en relación con la corioamnionitis, el 92.7% de los casos no presentó esta condición; en cuanto a la edad gestacional fetal, el 66.4% de los neonatos nacieron entre las 37 a 41 semanas de gestación; respecto al peso del recién nacido, el 81.8% presentó un peso adecuado al nacer.

En la **Tabla y figura 3**, se presenta la estimación de la proporción de ruptura prematura de membranas (RPM) en pacientes, se observa que el 68.2% de los casos correspondió a RPM a término, mientras que el 31.8% presentó RPM pretérmino, estos resultados permiten identificar que la mayoría de los casos de RPM ocurrieron en embarazos a término.

En la **Tabla y figura 4**, se identifican los factores obstétricos relacionados con la ruptura prematura de membranas (RPM) en pacientes; donde el 43.7% de las pacientes con RPM a término presentó anemia, mientras que

el 22.7% de las pacientes sin anemia presentó RPM pretérmino; el 52.7% de las pacientes con RPM a término tuvo un control prenatal adecuado; mientras el 36.4% de las pacientes con RPM a término presentó un estado nutricional normal, mientras que el 30,0% de las pacientes con RPM a término presentó sobrepeso; el 30.0% de las pacientes con RPM a término tuvo una ganancia de peso adecuada, mientras que el 16.4% de las pacientes con RPM pretérmino presentó ganancia de peso baja; el 60.9% de las pacientes con RPM a término no presentó gestación múltiple; el 25.5% de las pacientes con RPM a término presentó infección en el tercer trimestre; el 20.0% de las pacientes con RPM a término presentó infecciones cérvico-vaginales en el tercer trimestre; el 60.9% de las pacientes con RPM a término no presentó metrorragias; el 28.2% de las pacientes con RPM a término fueron nulíparas; el 64.6% de las pacientes con RPM a término no presentó antecedentes de RPM.

En la Tabla y figura 5, se destacan los factores neonatales relacionados con la ruptura prematura de membranas en pacientes, en donde el 66.4% de los recién nacidos con RPM a término presentó un Apgar al minuto normal, el 66.4% con RPM a término no tuvo antecedentes de prematuros, el 60.9% de los recién nacidos con RPM a término no presentó corioamnionitis, el 58.2% tuvo una edad gestacional entre 37 y 41 semanas, y el 62.7% tuvo un peso adecuado al nacer; estos resultados resaltan que la mayoría de los recién nacidos con RPM a término presentaron condiciones favorables al momento del nacimiento.

VI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

VI.1. Análisis inferencial.

En este apartado se llevó a cabo el análisis de independencia mediante la prueba de Chi cuadrada, con el objetivo de determinar si existe una relación estadísticamente significativa entre las variables categóricas analizadas. A continuación, se presenta la formulación de la hipótesis:

Prueba de normalidad

H0: Los datos tienen una distribución normal.

- $p > 0,05$

H1: Los datos no tienen distribución normal.

- **Nivel de significancia:** $\alpha = 0,05$

Tabla 6. Prueba Kolmogorov-Smirnov

	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Anemia	,354	110	,000
Control prenatal	,465	110	,000
Estado nutricional	,310	110	,000
Ganancia de peso	,241	110	,000
Gestación múltiple	,537	110	,000
Infección de tracto urinario	,215	110	,000
Infecciones cérvico-vaginales	,282	110	,000
Metrorragias	,524	110	,000
Paridad	,297	110	,000
RPM previo	,533	110	,000
Apgar al minuto	,533	110	,000
Antecedentes de prematuros	,535	110	,000
Corioamnionitis	,537	110	,000
Edad gestacional fetal	,401	110	,000
Peso del recién nacido	,488	110	,000
Ruptura prematura de membranas	,434	110	,000

Fuente: Tabla de resultados

En la Tabla 6, se presentan los resultados de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov aplicada a diversas variables relacionadas con factores obstétricos y neonatales. Los análisis indican que el estadístico

Kolmogorov-Smirnov es significativo para todas las variables, con un valor de $p = 0,000$ en cada caso. Este resultado, con un p-valor menor a 0,05, lleva al rechazo de la hipótesis nula (H_0), concluyendo que los datos no siguen una distribución normal. Por lo tanto, se decidió emplear una prueba no paramétrica, específicamente el coeficiente de Chi cuadrada, adecuada para el tratamiento de datos categóricos.

Prueba de hipótesis general

Ho.

La relación no es significativa entre los factores obstétricos y neonatales con la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.

Ha.

La relación es significativa entre los factores obstétricos y neonatales con la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.

Nivel de significación:

$\alpha = 0,05$ (prueba bilateral)

Regla de decisión:

$p > \alpha =$ acepta H_0 se rechaza la hipótesis alterna

$p < \alpha =$ rechaza H_0 se acepta la hipótesis alterna

Tabla 7. Relación entre los factores obstétricos y neonatales con la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.

	Ruptura prematura de membranas
	p valor (chi cuadrado)
Anemia	0.001
Control prenatal	0.326
Estado nutricional	0.000
Ganancia de peso durante la gestación	0.040
Gestación múltiple	0.045

Infección de tracto urinario	0.000
Infecciones cérvico - vaginales	0.025
Metrorragias	0.040
Paridad	0.035
RMP previo	0.045
Apgar al minuto	0.025
Antecedentes de prematuros	0.002
Corioamnionitis	0.045
Edad gestacional fetal	0.000
Peso del recién nacido	0.000

Fuente: Data de resultados

En la Tabla 7 se presenta el análisis estadístico utilizando la prueba Chi cuadrado para evaluar la asociación entre diversos factores obstétricos y neonatales con la ruptura prematura de membranas (RPM). Los resultados de los valores p obtenidos reflejan la significancia de la relación entre los factores estudiados y la RPM en la población de pacientes. Se observa que varios factores obstétricos muestran relaciones significativas con la RPM. En particular, la anemia mostró un valor p de 0.001, lo que indica una relación altamente significativa ($p < 0.05$). De manera similar, el estado nutricional presentó un valor p de 0.000, y tanto la ganancia de peso durante la gestación ($p = 0.040$) como la gestación múltiple ($p = 0.045$) también estuvieron significativamente asociados con la RPM. Además, factores como infección del tracto urinario ($p = 0.000$), infecciones cérvico-vaginales ($p = 0.025$), metrorragias ($p = 0.040$), paridad ($p = 0.035$) y antecedentes de ruptura prematura de membranas previa (RMP) ($p = 0.045$) también mostró una relación significativa con la RPM.

Entre los factores neonatales, el Apgar al minuto ($p = 0.025$), los antecedentes de prematuridad ($p = 0.002$), corioamnionitis ($p = 0.045$), edad gestacional fetal ($p = 0.000$) y peso al nacer ($p = 0.000$) presentados valores p menores a 0.05, lo que refuerza la presencia de una relación significativa entre estos factores y la ruptura prematura de membranas.

Estos resultados permiten rechazar la hipótesis nula (H_0) y aceptar la hipótesis alternativa (H_a) para los factores mencionados. En contraste, el control prenatal, con un valor p de 0.326, no mostró una asociación

significativa con la RPM, lo que lleva a la aceptación de la hipótesis nula (H_0) en este caso.

VII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

VII.1. Comparación de resultados.

El presente estudio evidenció una correlación significativa entre los factores obstétricos y neonatales con la ruptura prematura de membranas (RPM) en los pacientes estudiados ($p < 0,05$). Este hallazgo llevó al rechazo de la hipótesis nula y la aceptación de la hipótesis alternativa, confirmando que dichos factores están asociados con un aumento en el riesgo de RPM. Su relevancia en la ocurrencia de esta condición resalta su papel como indicadores clave para la implementación de estrategias preventivas.

No obstante, el control prenatal, como factor obstétrico, no mostró una relación significativa con la RPM ($p = 0,326$, $p > 0,05$). Este resultado sugiere que, en el contexto de este estudio, el control prenatal podría no estar influyendo de manera directa en la prevención de la RPM. Esta falta de asociación podría estar vinculada a diversos factores, como la calidad de los servicios, el momento de inicio del control prenatal, el número de consultas realizadas o la efectividad de las intervenciones durante estas visitas.

Los resultados obtenidos coinciden con los estudios de Baru et al.¹⁰ en India, Ramos A.¹⁴ en Cajamarca, Garro et al.¹⁷ en Huaraz y Trujillo V.¹⁵ en Huánuco, quienes encontraron que tanto los factores obstétricos como los neonatales están significativamente correlacionados con la incidencia de RPM. Además, estos estudios destacan que la multiparidad, un control prenatal insuficiente y los antecedentes de RPM son factores de riesgo importantes asociados a la ruptura prematura de membranas en gestantes pretérmino.

De acuerdo con la base teoría propuesta por Roncallo et al.²⁴, los factores obstétricos y neonatales no solo influyen en la RPM, sino que también tienen un impacto en el desarrollo fetal, el bienestar

materno y los resultados perinatales, lo que hace de su estudio una prioridad en la medicina obstétrica y perinatal.

Respecto a los factores obstétricos, este estudio encontró que un alto porcentaje de pacientes presentó anemia, a pesar de recibir control prenatal adecuado y mantener un estado nutricional normal. Además, un gran porcentaje no presentó infecciones del tracto urinario ni cérvico-vaginales, y no se reportaron casos de metrorragia. Estos hallazgos destacan la necesidad de priorizar estrategias preventivas y de manejo para la anemia durante el embarazo. Los resultados son consistentes con los estudios de Baru et al.¹⁰ desarrollo en India y Trujillo V.¹⁵, quienes señalaron que la anemia, las infecciones del tracto urinario y el coito reciente son comunes entre las gestantes con RPM.

De acuerdo con la literatura, los factores obstétricos incluyen condiciones relacionadas con la salud materna, el embarazo y el parto, que influyen directamente en los desenlaces perinatales y neonatales²⁵.

En cuanto a los factores neonatales, el presente estudio identificó que un gran porcentaje de recién nacidos con RPM a término tuvo un Apgar al minuto normal, sin antecedentes de prematuridad, ni evidencia de corioamnionitis. Además, la mayoría de los neonatos nació entre las 37 y 41 semanas de gestación.

Estos resultados difieren con los hallazgos de Baru et al.¹⁰ en India y Abewa et al.¹¹ en Etiopía, quienes observaron una mayor prevalencia de morbilidad neonatal, con complicaciones como el síndrome de dificultad respiratoria, bajo Apgar al quinto minuto y sepsis neonatal. Esto resalta las diferencias contextuales y de manejo clínico en distintas regiones.

Según la teoría, los factores neonatales comprenden una serie de condiciones y características que afectan al recién nacido y pueden influir en su desarrollo, bienestar y salud tanto a corto como a largo

plazo. Estos factores están vinculados al embarazo, al proceso del parto y a las primeras semanas de vida⁵².

Respecto a la proporción de ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas, se evidenció que un gran porcentaje de los casos de RPM correspondió a RPM a término, lo que coincide con los resultados obtenidos por Ramos A.¹⁴ desarrollado en Cajamarca, quienes reportaron que más de la mitad de los casos de RPM según la edad gestacional ocurrieron en gestaciones a término, mientras que una proporción menor ocurrió en casos pretérmino.

Es importante señalar que, según la literatura, la ruptura prematura de membranas (RPM) es una condición obstétrica que ocurre cuando las membranas que rodean al feto en el útero se rompen antes del inicio del trabajo de parto. Esta condición incrementa los riesgos de infecciones maternas y fetales, así como de parto prematuro, lo que requiere intervenciones médicas oportunas para reducir las complicaciones asociadas⁶¹.

Respecto a los factores obstétricos asociados con la RPM, los resultados del presente estudio revelaron una alta prevalencia de pacientes con RPM a término que no presentaron antecedentes de gestación múltiple y que, además, tuvieron anemia. Asimismo, se observó que las pacientes con RPM a término no reportaron metrorragias. Estos hallazgos son consistentes con el estudio realizado por Garro et al.¹⁷ desarrollado en Huaraz, quienes identificaron que más de la mitad de su población de estudio mostró asociaciones significativas entre la anemia gestacional y la incidencia de RPM en gestantes pretérmino. Sin embargo, los resultados difieren ligeramente del estudio de Castilla L.¹³ desarrollado un estudio en Ica, quien encontró que un gran porcentaje de gestantes no presentaba anemia, lo que llevó a concluir que esta condición no constituía un factor de riesgo significativo para la RPM en esa población.

La literatura señala que varios factores influyen en la incidencia de la RPM, incluyendo la anemia materna, que está asociada con debilidad en las membranas fetales debido a deficiencias nutricionales. Esto incrementa el riesgo de ruptura. Asimismo, las mujeres nulíparas o aquellas con antecedentes de RPM previa presentan un riesgo mayor, debido a la vulnerabilidad estructural de las membranas o al historial de complicaciones obstétricas²⁶.

En cuanto a los factores neonatales, se encontró que un gran porcentaje de los recién nacidos con RPM a término presentó un Apgar al minuto normal y no tuvo antecedentes de prematuridad. Además, la mayoría no presentó corioamnionitis, y los neonatos nacieron en su mayoría entre las 37 y 41 semanas de gestación. Sin embargo, estos resultados difieren ligeramente de los reportados por Abewa et al.¹¹ quienes identificaron una prevalencia elevada de factores neonatales adversos, como sepsis neonatal de inicio tardío, bajo Apgar al quinto minuto e ingreso a la UCIN. Estos factores estaban relacionados con RPM, desprendimiento placentario y edad gestacional al parto.

Según la teoría, los factores neonatales no solo pueden ser consecuencia de la RPM, sino que también influyen en su pronóstico. El Apgar al minuto es un indicador inicial del estado general del recién nacido; valores normales sugieren una buena adaptación neonatal, incluso en casos de RPM. Por otro lado, la RPM pretérmino puede inducir partos prematuros, lo que aumenta significativamente la morbilidad y mortalidad neonatal¹.

CONCLUSIONES

Primero: Los factores obstétricos como anemia, estado nutricional, ganancia de peso durante la gestación, gestación múltiple, infecciones del tracto urinario, infecciones cérvico-vaginales, metrorragias, paridad y antecedentes de ruptura prematura de membranas (RPM) previa presentaron una relación significativa con la RPM en pacientes. Por otro lado, los factores neonatales como el Apgar al minuto, antecedentes de prematuridad, corioamnionitis, edad gestacional fetal y peso al nacer también mostraron una relación significativa con la RPM ($p < 0.05$). Sin embargo, el control prenatal, como factor obstétrico, no evidenció una relación significativa con la RPM, dado que el valor p obtenido (0.326) superó el nivel de significancia ($p > 0.05$).

Segundo: Los factores obstétricos más relevantes entre las pacientes fueron: el 52.7% presentó anemia; el 74.5% recibió un control prenatal adecuado; el 49.1% tuvo un estado nutricional normal, y el 40.9% presentó una ganancia de peso adecuada durante la gestación. En cuanto a la gestación múltiple, el 92.7% no presentó esta condición. En relación con las infecciones, el 32.7% de las pacientes experimentó infecciones del tracto urinario durante el tercer trimestre, mientras que el 45.4% no presentó infecciones cérvico-vaginales. Además, el 92.7% no reportó metrorragias, el 49.1% eran nulíparas y el 90.9% no presentó antecedentes de RPM.

Tercero: Los factores neonatales más relevantes fueron: el 93.6% de los recién nacidos presentó un Apgar al minuto dentro del rango normal, y el 91.8% no presentó antecedentes de prematuridad. En cuanto a la corioamnionitis, el 92.7% no la presentó. Respecto a la edad gestacional fetal, el 66.4% de los neonatos nació mayor a las 42 semanas de gestación, y el 81.8% tuvo un peso adecuado al nacer.

- Cuarto:** La proporción de ruptura prematura de membranas mostró que el 68.2% de los casos correspondió a RPM a término, mientras que el 31.8% se clasificó como RPM pretérmino.
- Quinto:** En los factores obstétricos relacionados con la ruptura prematura de membranas (RPM) se identifican los siguientes: anemia ($p = 0.001$), estado nutricional ($p = 0.000$), ganancia de peso durante la gestación ($p = 0.040$), gestación múltiple. ($p = 0,045$), infecciones del tracto urinario ($p = 0,000$), infecciones cérvico-vaginales ($p = 0,025$), metrorragias ($p = 0,040$), paridad ($p = 0,035$) y antecedentes de RPM previa ($p = 0,045$), todos ellos mostraron una relación significativa con la RPM en pacientes atendidos. Por otro lado, el control prenatal, con un valor p de 0.326, no evidenció una relación significativa con las RPM.
- Sexto:** En cuanto a los factores neonatales relacionados con la RPM, se encontraron una relación significativa con el Apgar al minuto ($p = 0.025$), los antecedentes de prematuridad ($p = 0.002$), la presencia de corioamnionitis ($p = 0.045$), la edad gestacional fetal ($p = 0.000$) y el peso del recién nacido ($p = 0.000$), estos factores evidenciaron una relación significativa en la aparición de RPM en los pacientes estudiados.

RECOMENDACIONES

- Primero:** Al personal de salud del Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, se le recomienda implementar campañas educativas dirigidas a las gestantes sobre la importancia de la suplementación con hierro y ácido fólico.
- Segundo:** A las gestantes, se les aconseja mantener una adecuada higiene personal y estar atentas a cualquier síntoma relacionado con infecciones del tracto urinario o cérvico-vaginal, especialmente durante el tercer trimestre del embarazo.
- Tercero:** Al personal de salud, se recomienda promover estrictas medidas de asepsia y manejo higiénico durante el parto y el cuidado neonatal para prevenir complicaciones infecciosas, como la corioamnionitis.
- Cuarto:** A las obstetras, implementar sesiones de información, educación y comunicación (IEC) durante el control prenatal, con un enfoque en la identificación de signos de alerta de la RPM y las acciones a tomar. Estas sesiones deben emplear materiales educativos diseñados en la lengua materna predominante de las pacientes, como aimara o quechua, para garantizar una comprensión efectiva.
- Quinto:** A las obstetras, fortalecer la evaluación nutricional periódica de las gestantes para prevenir tanto el bajo peso como el sobrepeso, que pueden influir en el desarrollo de RPM. Incluir asesorías nutricionales personalizadas para promover hábitos alimenticios saludables durante el embarazo.
- Sexto:** A las futuras investigadoras, investigar en profundidad las diferencias entre los neonatos con RPM a término y pretérmino, particularmente en relación con el peso al nacer, la edad gestacional y la incidencia de corioamnionitis. Esto puede

ayudar a diseñar estrategias específicas de intervención y manejo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bajo J, Melchor C, Merce L. Fundamentos de Obstetricia (SEGO) Iglesias Guiu. In: Grupo ENE Publicidad, editor. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia [Internet]. Grupo ENE Publicidad.; 2007 [cited 2024 Aug 1]. p. 156–1140. Available from: https://books.google.com.pe/books/about/Fundamentos_de_obstetricia_SEGO.html?id=nbh-zQEACAAJ&redir_esc=y
2. Aguilar S, Barja J, Cerda M. Estrés durante el embarazo como factor de riesgo para el bajo peso del recién nacido. Rev Cuba Med Mil [Internet]. 2020 [cited 2024 Apr 12];49(2):287–299. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v49n2/1561-3046-mil-49-02-e620.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros. [Internet]. OMS. 2023 [cited 2024 Aug 1]. p. 1–19. Available from: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
4. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna [Internet]. OMS. 2023 [cited 2024 Aug 1]. p. 1–19. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
5. Hospital Clinic. Rotura prematura de membranas GUIA Clínica Barcelona. [Internet]. Hospital Sant Joan de Dèu. 2022 [cited 2024 Aug 1]. p. 1–25. Available from: <https://www.studocu.com/latam/document/universidad-privada-del-este/promocion-de-la-salud/rotura-prematura-de-membranas-guia-clinica-barcelona/27144458>
6. Fernández V, Vélez J, Cabezas M, Álvarez J. Complicaciones materno fetales y factores de riesgo en gestantes con ruptura prematura de membranas en un hospital de Guayaquil. J Am Heal [Internet]. 2022 [cited 2024 Aug 1];5(1):1–13. Available from: <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/121/240>
7. Gomez R. Factores asociados a rotura prematura de membranas en gestantes - 2021. [Internet]. [Tesis optar el Título de Especialista en Riesgo Obstétrico]. Lima: Universidad Norbert Wiener.; 2022 [cited

- 2024 Aug 1]. Available from: https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/7937/T061_40278072_S.pdf?sequence=12&isAllowed=y
8. Vilca N, Bobadilla J. Complicaciones neonatales relacionadas a ruptura prematura de membranas Hospital Carlos Monge Medrano 2022. [Internet]. [Tesis para optar el Título Profesional de Obstetra]. Huancayo: Universidad Católica Los Ángeles Chimbote.; 2023 [cited 2024 Aug 1]. Available from: [https://repositorio.uroosevelt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14140/1424/TESIS BOBADILLA - VILCA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uroosevelt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14140/1424/TESIS%20BOBADILLA%20-%20VILCA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
 9. León J, Silva G. Factores de riesgo obstétricos asociados a rotura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Provincial Martín Icaza. noviembre 2023–abril 2024. [Internet]. [Tesis para la obtencion de Título de Obstetrix]. Ecuador: Universidad Tecnica de Babahoyo.; 2024 [cited 2024 Aug 1]. Available from: <http://190.15.129.146/bitstream/handle/49000/16451/P-UTB-FCS-OSBT-000196.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 10. Baru L, Satyanarayan B, Parimita P. Resultados obstétricos en la rotura prematura de membranas en el parto prematuro. *Artic Investig* [Internet]. 2023 [cited 2024 Aug 1];22(1):41–4. Available from: <https://www.azpharmjournal.com/en/2023-vol-22-issue-1/obstetrics-outcome-in-preterm-premature-rupture-of-membrane/>
 11. Abewa T, Nima D, Fantahun Y, Aragaw A. Determinantes de resultados adversos perinatales entre mujeres embarazadas con rotura prematura de membranas: un estudio de cohorte prospectivo. *Artic Investig Orig* [Internet]. 2022 [cited 2024 Aug 1];4(12):1–13. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/reproductive-health/articles/10.3389/frph.2022.1052827/full>
 12. Rouzair M, Corvaisier M, Roumeau V, Mulliez A, Sendy F, Delabaere A, et al. Predictores de un período de latencia corto superior a 48 h tras una rotura prematura de membranas. *Artic J Clin Med* [Internet]. 2021 [cited 2024 Aug 1];10(1):1–11. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7796089/#:~:text=Short latency could be predicted,and the existence of anamnios.>

13. Castilla L. Anemia gestacional como factor de riesgo para Rotura prematura de membranas en pacientes gestantes del servicio de ginecología del Hospital Santa María del Socorro de Ica durante el año 2022. [Internet]. [Tesis para optar el título profesional de MÉDICO CIRUJANO]. Ica: Universidad Nacional “San Luis Gonzaga”; 2024. Available from: <https://repositorio.unica.edu.pe/server/api/core/bitstreams/fd8f661c-a20e-4326-973d-834cc82aef3f/content>
14. Ramos A. Rotura prematura de membranas y mortalidad perinatal. Hospital regional docente de Cajamarca, 2020. [Internet]. [Tesis para optar el Título Profesional de Obstetra]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca.; 2023 [cited 2024 Aug 1]. Available from: [https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/5489/TESIS ANA BELEN RAMOS SALDAÑA CORREGIDA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/5489/TESIS_ANA_BELEN_RAMOS_SALDAÑA_CORREGIDA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
15. Trujillo V. Factores maternos asociados a ruptura prematura de membranas en gestantes pretérmino. Centro de Salud las Moras, período julio a diciembre 2018. [Internet]. [Tesis para optar el grado academico de segunda especialidad en alto riesgo obstetrico]. Huanuco: Universidad de huanuco.; 2022 [cited 2024 Aug 1]. Available from: [https://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14257/4047/Trujillo Portugal%2C Vanessa Del Carmen.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14257/4047/Trujillo_Portugal%2C_Vanessa_Del_Carmen.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
16. Navarro E. Factores de riesgo para la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2021. [Internet]. [Tesis para optar el Título Profesional de Medico Cirujano]. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista.; 2022. Available from: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/68f1626>

1-f61c-4e9f-8a19-9c3b9097c14c/content

17. Garro T, Ropa P. Factores de riesgo asociados a ruptura prematura de membranas en gestantes pretérmino en el hospital Victor Ramos Guardia Huaraz 2017-2018. [Internet]. [Tesis para optar el Título de Obstetra]. Huaraz: Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo.; 2020 [cited 2024 Aug 1]. Available from: http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UDEP_05b9417127ac3289f06442f6ab3189ec/Details
18. López S, Garrido F, Hernández M. Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica. [Internet]. Vol. 42, Artículo de Salud Pública de México. 2000 [cited 2024 Feb 14]. p. 133–43. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v42n2/2382.pdf>
19. Huaman U. Factores de riesgo asociados a ruptura prematura de membrana en parto pretérmino servicio de obstetricia Hospital III Goyeneche enero 2018 a diciembre 2020. [Internet]. [Tesis para optar el Título Profesional de: Medico Cirujano]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustin de Arequipa.; 2021 [cited 2024 Aug 1]. Available from: <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/21ef3b45-76cf-422d-b2ab-ba2006e92b34/content>
20. Sinchitullo A, Roldán L, Arango P. Factores asociados a par es asociados a partos por cesár os por cesárea en un hospital peruano. Rev la Fac Med Humana [Internet]. 2020;20(3):452–9. Available from: <https://inicib.urp.edu.pe/cgi/viewcontent.cgi?article=1206&context=rfmh>
21. Senado J. Los factores de riesgo. RevCub Med Gen Integr [Internet]. 1999 [cited 2024 Jun 10];15(4):52–446. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000400018
22. Mejia L. Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la

- salud pública. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2013 [cited 2024 Nov 29];31(1):28–36. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a03.pdf>
23. Ruiz P. Medio ambiente y embarazo: un analisis espacial en Temuco. [Internet]. [Tesis para optar el Grado de Doctor en Salud Publica]. Santiago: Universidad de Chile.; 2019 [cited 2024 Dec 1]. Available from: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096384/tesis_maria-quinteros.pdf
24. Roncallo C, Sánchez M, Arranz E. Vínculo materno-fetal. Implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en Atención Temprana. Artic Escritos Psicol Writings [Internet]. 2015 [cited 2024 Feb 1];8(2):14–23. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/ep/v8n2/revision2.pdf>
25. Eunice Kennedy Shriver National Institute Of Child Health and Human Development. ¿Cuáles son los factores que generan riesgo para el embarazo? [Internet]. NIH Biblioteca Nacional de Medicina. 2013 [cited 2024 Feb 1]. p. 1–19. Available from: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/high-risk/informacion/factores>
26. Gonza C. Factores de riesgo obstétricos asociados con ruptura prematura de membranas en pacientes gestantes del Hospital María Auxiliadora periodo 2020. [Internet]. [Tesis para optar el Titulo Profesional de Medico Cirujano]. Lima: Universidad privada San Juan Bautista.; 2022 [cited 2024 Feb 1]. Available from: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/item/a31f45b2-678a-4002-b75c-bba0a9f7166a>
27. Friel L. Anemia en el embarazo. [Internet]. Manual MSD Version para profesionales. 2023 [cited 2024 Feb 2]. p. 1–15. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/ginecología-y-obstetricia/complicaciones-no-obstétricas-durante-el-embarazo/anemia-en-el-embarazo>

28. Ministerio de Salud. Gestantes con anemia tienen mayor riesgo de tener un bebé prematuro o sufrir complicaciones. [Internet]. MINSA. 2019 [cited 2024 Feb 2]. p. 1–15. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/28340-gestantes-con-anemia-tienen-mayor-riesgo-de-tener-un-bebe-prematuro-o-sufrir-complicaciones>
29. Organización Mundial de la Salud. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. [Internet]. OMS. 2016 [cited 2024 Aug 1]. p. 1–18. Available from: <https://www.who.int/news-room/detail/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
30. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica de salud para la atención integral de la salud materna. Minsa [Internet]. 2013 [cited 2024 Dec 1];1–61. Available from: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf
31. Pimiento L, Beltrán M. Restricción del crecimiento intrauterino: una aproximación al diagnóstico, seguimiento y manejo. [Internet]. Vol. 80, Artículo de revision chilena de obstetricia y ginecología. 2015 [cited 2024 Aug 1]. p. 493–502. Available from: <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v80n6/art10.pdf>
32. Arispe C, Salgado M, Tang G, González C, Rojas J. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. [Internet]. Vol. 22, Revista Médica Herediana. 2012 [cited 2024 Aug 1]. p. 169–75. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v22n4/v22n4ao3.pdf>
33. Vaca V, Maldonado R, Tandazo P, Ochoa A, Guamán D, Riofrio L, et al. Estado Nutricional de la Mujer Embarazada y su Relación con las Complicaciones de la Gestación y el Recién Nacido. *Artic Int J Morphol* [Internet]. 2022 [cited 2024 Feb 8];40(2):384–8. Available from: <https://www.scielo.cl/pdf/ijmorphol/v40n2/0717-9502-ijmorphol->

40-02-384.pdf

34. Minjarez M, Rincón I, Morales Y, Espinosa J, Zárate A, Hernández M. Ganancia de peso gestacional como factor de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas. *Artic Revis Perinatol y Reprod Humana* [Internet]. 2018 [cited 2024 Aug 1];28(3):159–66. Available from: <https://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v28n3/v28n3a7.pdf>
35. Megías C, Prados J, Rodríguez R, Sánchez J. El IMC durante el embarazo y su relación con el peso del recién nacido. *Artic español* [Internet]. 2018 [cited 2024 Oct 13];3(3):215–24. Available from: <https://www.jonnpr.com/pdf/2173.pdf>
36. Hernández C. CAPÍTULO 12: Embarazo múltiple. [Internet]. Mc Graw Hill Education. 2014 [cited 2024 Feb 1]. p. 1–19. Available from: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1441§ionid=100483306>
37. Mera L, Mejía L, Cajas S, Guarderas S. Prevalencia y factores de riesgo de infección del tracto urinario en embarazadas. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2023 [cited 2024 Jan 2];61(5):590–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37768892>
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC10599784>
38. Viquez M, Chacon C, Rivera S. Infecciones del tracto urinario en mujeres embarazadas. *Rev Medica Sinergia* [Internet]. 2020 [cited 2024 Feb 1];5(5):2215–5279. Available from: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/482/842>
39. Carrillo P, García A, Soto M, Rodríguez G, Pérez J, Mertínez D. Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Rev la Fac Med la UNAM* [Internet]. 2021;64(1):39–48. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2021/un211g.pdf>
40. Goje O. Introducción a la vaginitis (infección o inflamación vaginal). [Internet]. *Manual MSD Version para publico general*. 2023 [cited

- 2024 Feb 1]. p. 1–19. Available from: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/vaginitis-cervicitis-y-enfermedad-inflamatoria-pelvica/introducción-a-la-vaginitis-infección-o-inflamación-vaginal>
41. McLaughlin J. Ciclo menstrual. [Internet]. Manual MSD Version para público general. 2022 [cited 2022 Oct 14]. p. 1–14. Available from: <https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/salud-femenina/biología-del-aparato-reproductor-femenino/ciclo-menstrual>
 42. Goje O. Vaginosis bacteriana. [Internet]. Manual MSD version para público general. 2023 [cited 2024 Oct 13]. p. 1–19. Available from: <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecología-y-obstetricia/vaginitis-cervicitis-y-enfermedad-inflamatoria-pelvica/vaginosis-bacteriana>
 43. Mayo Clinic on Hearing and Balance. Embarazo semana a semana. [Internet]. Mayo Clinic. 2023 [cited 2024 Oct 13]. p. 1–19. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es/healthy-lifestyle/pregnancy-week-by-week/in-depth/pregnancy/art-20047732>
 44. Eunice Kennedy Shriver National Institute Of Child Health and Human Development. ¿Qué infecciones pueden afectar el embarazo? [Internet]. NIH. 2021 [cited 2024 Dec 1]. p. 1–12. Available from: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pregnancy/informacion/infecciones>
 45. Jiménez Ubieto I, Zornoza A, Tarrío O. Sangrado de origen ginecológico. An del Sist Sanit Navarra [Internet]. 2009 [cited 2024 Jan 2];32(1):39–48. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/ginecologia4.pdf>
 46. Artal R. Evaluación de la paciente obstétrica. [Internet]. Manual MSD Version para profesionales. 2022 [cited 2024 Feb 1]. p. 1–25. Available from: <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecología-y-obstetricia/abordaje-de-la-mujer-embarazada-y-atención->

prenatal/evaluación-de-la-paciente-obstétrica?ruleredirectid=758

47. Guía de Mayo Clinic. Preeclampsia. [Internet]. Mayo Clinic. 2020 [cited 2024 Aug 1]. p. 1–15. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/preeclampsia/symptoms-causes/syc-20355745>
48. Carvajal J, Constanza R. Manual de Obstetricia Y Ginecología. [Internet]. 9th ed. Escuela de Medicina. Facultad de Medicina.; 2019. 1–638 p. Available from: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2019/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2019.pdf>
49. Reyes O. Riesgo de hemorragia posparto en la paciente gran múltipara: estudio retrospectivo observacional. Cuad la Cátedra Segur Salmant [Internet]. 2011 [cited 2024 Aug 1];38(5):169–72. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3752168>
50. Salas T. Manejo expectante versus manejo activo en embarazos pretérmino tardío con ruptura prematura de membranas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca marzo 2021 a marzo 2022. [Internet]. [Tesis para optar el Título de Médico Especialista en: Ginecología y obstetricia]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca.; 2022 [cited 2024 Jan 2]. Available from: <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/4337>
51. Gutiérrez M. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. Rev Peru Ginecol y Obstet [Internet]. 2018 [cited 2024 Feb 1];64(3):405–13. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v64n3/a14v64n3.pdf>
52. Hubner M, Juarez M. Test de Apgar. Después de medio siglo ¿sigue vigente? Rev Med Chil [Internet]. 2002 [cited 2024 Feb 1];130(8):925–30. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052020000300213&lng=en&nrm=iso&tlng=en
53. Biblioteca Nacional de Medicina. La prueba de Apgar. [Internet].

- MedlinePlus Informacion de Salud para usted. 2024 [cited 2024 Aug 1]. p. 1–19. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003402.htm>
54. Morales M, Silvera F, Borbonet D, Turrelles A. Atención neonatal del recién nacido deprimido severo de término. *Artic Orig Arch Pediatría del Uruguay* [Internet]. 2005 [cited 2024 Aug 1];76(3):202–9. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492005000300003&lng=en&nrm=iso&tlng=es
55. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros. [Internet]. OMS. 2023 [cited 2024 Dec 1]. p. 1–15. Available from: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
56. Caballero M, Barranquero M, Fuente P, Moliner V. ¿Qué provoca un parto prematuro? – Riesgos, causas y síntomas. [Internet]. Reproducción Asistida ORG. 2022 [cited 2024 Aug 1]. p. 1–18. Available from: <https://www.reproduccionasistida.org/parto-prematuro/>
57. Bibli. Edad gestacional. [Internet]. MedlinePlus Informacion de Salud para usted. 2023 [cited 2024 Feb 2]. p. 1–19. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002367.htm#:~:text=La edad gestacional es el,desde 38 a 42 semanas.>
58. Álvarez E, Hernández D, Muñoz S, Liduvina N, Barreto E, Limas Y, et al. Biometría fetal: capacidad predictiva para los nacimientos grandes para la edad gestacional. *Rev Arch Med Camagüey* [Internet]. 2017 [cited 2024 Feb 9];21(6):2017. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v21n6/amc030617.pdf>
59. Lattari A. Recién nacidos prematuros. [Internet]. Manua MSD version para publico general. 2024 [cited 2024 Feb 2]. p. 1–18. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-do/professional/pediatría/problemas-perinatales/recién-nacidos-prematuros>

60. Orias M. Ruptura prematura de membranas (Premature rupture of membranes). *Rev medica Sinergia* [Internet]. 2020 [cited 2024 Feb 1];5(11):3–10. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms2011j.pdf>
61. Biblioteca Nacional de Medicina. Ruptura prematura de membranas. [Internet]. *MedlinePlus Informacion de Salud para usted*. 2024 [cited 2024 Aug 1]. p. 1–25. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000512.htm>
62. López F, Ordoñez S. Ruptura prematura de membranas fetales: de la fisiopatología hacia los marcadores tempranos de la enfermedad. [Internet]. Vol. 57, *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2006 [cited 2022 Aug 2]. p. 279–90. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v57n4/v57n4a07.pdf>
63. Rivera R, Caba F, Smirnow M, Aguilera J, Larraín A. Fisiopatología de la rotura prematura de las membranas ovulares en embarazos de Pretérmino. *Rev Chil Obstet y Ginecol* [Internet]. 2004 [cited 2024 Feb 2];69(3):249–55. Available from: <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v69n3/art13.pdf>
64. Machado M, Souza J. Ruptura prematura de membranas em gestação pré-termo: uma revisão integrativa da literatura prematuro : una revisión integrativa. *Rev Electron Acervo Saude* [Internet]. 2022 [cited 2024 Feb 2];15(6):1–10. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/download/10380/6214/>
65. Cáceres R, Martínez J, Arancibia M, Sepúlveda E. Efectos neurobiológicos del estrés prenatal sobre el nuevo ser. *Artic Revis Chil Neuro-Psiquiat* [Internet]. 2017 [cited 2024 Aug 1];55(2):103–13. Available from: <https://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v55n2/art05.pdf>
66. Cabral G, Garza I, Castruita C, Ramirez J, Perez B, Guerrero J, et al. The roles of matrix metalloproteinases and their inhibitors in human diseases. *Int J Mol Sci* [Internet]. 2020;21(24):1–53. Available from:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7767220/pdf/ijms-21-09739.pdf>

67. Biblioteca Nacional de Medicina. Bebé prematuro [Internet]. MedlinePlus Información de Salud para usted. 2023 [cited 2024 Aug 1]. p. 1–18. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001562.htm>
68. Verdy C, Matute E, Vásquez N, Andrade E. Corioamnionitis, definición, métodos de diagnóstico y repercusión clínica. *Artic J Am Heal* [Internet]. 2020 [cited 2024 Aug 1];3(2):84–94. Available from: <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/download/35/53>
69. Aguilar L, Contreras M, Del Canto J, Vílchez W. Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta. [Internet]. Ministerio de Salud. 2012 [cited 2023 Nov 20]. p. 6–36. Available from: <https://alimentacionsaludable.ins.gob.pe/sites/default/files/2017-02/GuiaAntropometricaAdulto.pdf>
70. Macías H, Moguel A, Iglesias J, Bernárdez I, Braverman A. Edad materna avanzada como factor de riesgo perinatal y del recién nacido. *Artic Orig Med Prev* [Internet]. 2018;16(2):125–32. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000200125&lng=es&nrm=iso&tlng=es
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1870-72032018000200125&lng=es&nrm=iso&tlng=es
71. Torres O, Hernández I, Meneses C, Ruvalcaba J. Infección urinaria como factor de riesgo para parto pretérmino. *Artic Journal Negat No Posit Results* [Internet]. 2020 [cited 2024 Feb 1];5(11):1426–43. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v5n11/2529-850X-jonnpr-05-11-1426.pdf>
72. Consejo Consultivo Laboral Andino. Instituto Laboral Andino. Mecanismos para la protección de la salud de la trabajadora

- gestante. *Bibl Nac del Perú* [Internet]. 2020;(16):6–61. Available from: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2202.pdf>
73. Ministerio de Salud. *Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutoria*. Minsa [Internet]. 2007;19–110. Available from: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf
74. Ticona M, Huanco D. *Características del Peso al Nacer en el Perú*. Presidencia del Congreso de Ministro [Internet]. 2012 [cited 2024 Aug 1];13–192. Available from: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/6067.pdf>
75. Organización Mundial de la Salud. *Nacimientos prematuros*. [Internet]. OMS. 2023 [cited 2024 Feb 9]. p. 1–19. Available from: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
76. Moldenhauer J. *Trabajo de parto*. [Internet]. *Manual MSD Version para profesionales*. 2024 [cited 2024 Aug 1]. p. 1–19. Available from: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/trabajo-de-parto-y-parto/trabajo-de-parto>
77. Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la investigación*. [Internet]. 6th ed. Mexico: Mc Graw Hill Education; 2018 [cited 2023 Nov 28]. 2–497 p. Available from: https://www.uv.mx/personal/cbustamante/files/2011/06/Metodologia-de-la-Investigaci3n_Sampieri.pdf
78. Arias J. *Diseño y metodología de la investigación*. In: *Enfoques Consulting Eirl* [Internet]. 2021 [cited 2024 Aug 1]. p. 4–138. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/352157132>
79. Ñaupas H, Valdivia M, Palacios J, Romero H. *Metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis*. 5th ed. 2018 [cited 2024 Feb 2];1–560. Available from: http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drugas_de_Abuso/Articulos/MetodologiaInvestigacionNaupas.pdf
80. Vizcaino P, Cedeño R, Maldonado I. *Metodología de la investigación*

científica: guía práctica. *Artic ciencias Lat Int* [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 2];7(4):9723–62. Available from: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/7658/11619>

81. Naupas H, Mejia E, Trujillo I, Romero H, Medina W, Novoa E. *Metodología de la investigación total: Cuantitativa–Cualitativa y redacción de tesis*. [Internet]. 6th ed. Ediciones de la U.; 2023 [cited 2024 Feb 2]. 23–647 p. Available from: <https://edicionesdelau.com/producto/metodologia-de-la-investigacion-total-cuantitativa-cualitativa-y-redaccion-de-tesis-6a-edicion/>

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Título: Factores obstétricos - neonatales y ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.

Responsables: Melania Hanco Roque, Neftalia García Ppocco

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es la relación entre los factores obstétricos - neonatales con la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>P.E.1 ¿Cuáles son los factores obstétricos en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024?</p> <p>P.E.2 ¿Cuáles son los factores neonatales en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024?</p> <p>P.E.3 ¿Cuál es la proporción de ruptura prematura de</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la relación entre los factores obstétricos y neonatales con la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>O.E.1 Describir los factores obstétricos en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.</p> <p>O.E.2 Describir los factores neonatales en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.</p> <p>O.E.3 Estimar la proporción de ruptura prematura de membranas en pacientes</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>La relación es significativa entre los factores obstétricos y neonatales con la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.</p> <p>Hipótesis específicas:</p> <p>H.E.1 Los factores obstétricos se relacionan significativamente con la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.</p> <p>H.E.2 Los factores neonatales se relacionan significativamente con la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.</p>	<p>Variable 1:</p> <p>Factores asociados</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - D.1: Factores Obstétricos - D.2: Factores neonatales <p>Variable 2:</p> <p>Ruptura prematura de membranas</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - D.1: Tipos de Ruptura prematura de membranas 	<p>Enfoque:</p> <p>Cuantitativo</p> <p>Tipo de investigación:</p> <p>Básica transversal</p> <p>Nivel de Investigación:</p> <p>Descriptivo - Correlacional</p> <p>Diseño:</p> <p>No experimental</p> <p>Población:</p> <p>Mujeres con RPM que recibieron atención en el área de obstetricia del hospital Carlos Monge Medrano Juliaca, conformado por 154 pacientes</p> <p>Muestra:</p> <p>La muestra estuvo conformada por 110 pacientes</p>

<p>membranas en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024?</p> <p>P.E.4 ¿Cuáles son los factores obstétricos relacionados con la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024?</p> <p>P.G.5 ¿Cuáles son los factores neonatales relacionados con la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024?</p>	<p>atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.</p> <p>O.E.4 Identificar los factores obstétricos relacionados con la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.</p> <p>O.E.5 Establecer los factores neonatales relacionados con la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.</p>			<p>Técnica e instrumentos:</p> <p>Técnica: Revisión documentaria</p> <p>Instrumentos: Ficha de recolección de datos</p> <p>Métodos de análisis de datos Toda la información fue procesada en el programa estadístico SPSS versión 26, para el procesamiento estadístico de la información.</p>
---	---	--	--	--

Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

CÓDIGO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICAS

FICHA TÉCNICA

FACTORES OBSTÉTRICOS – NEONATALES Y RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA 2024

Indicaciones: marque con X cada ítem, no existe mejor ni mala respuesta. Se le agradece su colaboración.

I. FACTORES ASOCIADOS

A. Características sociodemográficas:

Edad:	Menor a 19 años	()
	De 19 a 35 años	()
	Mayor a 35 años	()
Estado civil:	Soltera	()
	Conviviente	()
	Casada	()
Grado de instrucción	Sin estudio	()
	Primaria	()
	Secundaria	()
	Superior	()
Procedencia	Rural	()
	Urbano	()

B. Factores obstétricos

Anemia	Presente	()
	Ausente	()
Atención prenatal	Adecuado ≥ 6 CPN	()
	Inadecuado < 6 CPN	()
Estado nutricional	Delgadez	()
	Normal	()
	Sobrepeso	()
	Obesidad	()
Ganancia de peso durante la gestación (kg)	Baja	()
	Adecuada	()
	Alta	()

CÓDIGO

Gestación múltiple	Presente	()
	Ausente	()
Infección de tracto urinario	Primer trimestre	()
	Segundo trimestre	()
	Tercer trimestre	()
	No presentó	()
Infecciones cérvico-vaginales	Primer trimestre	()
	Segundo trimestre	()
	Tercer trimestre	()
	No presentó	()
Metrorragias	Primer trimestre	()
	Segundo trimestre	()
	Tercer trimestre	()
	No presentó	()
Paridad	Nulípara	()
	Primípara	()
	Múltipara	()
	Gran múltipara	()
RPM previo	Presente	()
	Ausente	()

C. Factores neonatales

Apgar al minuto	0 a 3 Depresión severa	()
	4 a 6 Depresión moderada	()
	7 a 10 Normal	()
Antecedentes de prematuros	Con antecedentes	()
	Si antecedentes	()
Corioamnionitis	Presente	()
	Ausente	()
Edad gestacional fetal	Menor a 37 semanas	()
	Entre 37 a 41 semanas	()
	Mayor a 42 semanas	()
Peso del recién nacido	Bajo peso al nacer 1500 a 2499 gr.	()
	Peso adecuado 2500 a 4000 gr.	()
	Macrosómico > 4000 gr	()

II. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

• RPM a término	()
• RPM pretérmino	()

Anexo 3: Ficha de validación por juicio de expertos

Ficha de validación por juicio de expertos



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

Título de la Investigación: Factores obstétricos – neonatales y ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024

Nombre del Experto: Dra. Graciela Bernal Salas

II. ASPECTOS QUE VALIDAR EN EL INSTRUMENTO: Ficha de recolección de datos para factores obstétricos – neonatales y ruptura prematura de membranas

Aspectos Para Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas por corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	Cumple	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	Cumple	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	Cumple	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	Cumple	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	Cumple	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Cumple	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	Cumple	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	Cumple	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	Cumple	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	Cumple	

III. OBSERVACIONES GENERALES



RED DE SALUD SAN JUAN
Dra. Graciela Bernal Salas
REGIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

Dra. Graciela Bernal Salas

N° DNI:.....02394874

Ficha de validación por juicio de expertos



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

Título de la Investigación: Factores obstétricos – neonatales y ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024

Nombre del Experto: Dr. Guido Flores Marín

II. ASPECTOS QUE VALIDAR EN EL INSTRUMENTO: Ficha de recolección de datos para factores obstétricos – neonatales y ruptura prematura de membranas

Aspectos Para Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas por corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	Cumple	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	Cumple	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	Cumple	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	Cumple	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	Cumple	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Cumple	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	Cumple	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	Cumple	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	Cumple	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	Cumple	

III. OBSERVACIONES GENERALES


Dr. Guido FLORES MARÍN
Ciencias de la Salud
CEP 39537

Dr. Guido Flores Marín
N° DNI: 40478035

Ficha de validación por juicio de expertos



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

XIII. DATOS GENERALES

Título de la Investigación: Factores obstétricos – neonatales y ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024

Nombre del Experto: JOEL ENRIQUE LUPACA HUICHA

XIV. ASPECTOS QUE VALIDAR EN EL INSTRUMENTO: Ficha de recolección de datos para factores obstétricos – neonatales y ruptura prematura de membranas

Aspectos Para Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas por corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	CUMPLE	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	CUMPLE	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	CUMPLE	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	CUMPLE	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	CUMPLE	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	CUMPLE	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	CUMPLE	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	CUMPLE	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	CUMPLE	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	CUMPLE	

XV. OBSERVACIONES GENERALES


 Dr. Joel E. Lupaca Huicha
 MEDICO CIRUJANO CMP 80100
 GINECOLOGO Y OBSTETRA RNE: 32879

Nombre: JOEL ENRIQUE LUPACA HUICHA
 N° DNI: 42.9728.86

Ficha de validación por juicio de expertos



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

X. DATOS GENERALES

Título de la Investigación: Factores obstétricos – neonatales y ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024

Nombre del Experto:..... Dina Parisuana Ito

XI. ASPECTOS QUE VALIDAR EN EL INSTRUMENTO: Ficha de recolección de datos para factores obstétricos – neonatales y ruptura prematura de membranas

Aspectos Para Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas por corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	cumple	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	cumple	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	cumple	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	cumple	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	cumple	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	cumple	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	cumple	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	cumple	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	cumple	
10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	cumple	

XII. OBSERVACIONES GENERALES



Dina Parisuana Ito
 OBSTETRA
 COP. 19861
 RED ASISTENCIAL JULIACA
 Nombre: EsSalud
 N° DNI: 02432678

Validez del instrumento

ITEM	CALIFICACIONES DE LOS JUECES					SUMA	V
	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3	JUEZ 4	JUEZ 5		
1	1	1	1	1	1	5	1,00
2	1	1	1	1	1	5	1,00
3	1	1	1	1	1	5	1,00
4	1	1	1	1	1	5	1,00
5	1	1	1	1	1	5	1,00
6	1	1	1	1	1	5	1,00
7	1	1	1	1	1	5	1,00
8	1	1	1	1	1	5	1,00
9	1	1	1	1	1	5	1,00
10	1	1	1	1	1	5	1,00
11	1	1	1	1	1	5	1,00
V DE AIKEN GENERAL							1,00

Puntaje otorgado a cada criterio para el instrumento:

- ❖ Cumple = 1 (SI)
- ❖ No cumple = 0 (NO)

$$b = \frac{T_a}{T_a + T_d} \times 100$$

$$b = \frac{50}{50 + 0} \times 100$$

$$b = \frac{50}{50} \times 100$$

$$b = 1 \times 100$$

$$b = 100\%$$

Tabla 8. Estadística de fiabilidad: factores obstétricos – neonatales y ruptura prematura de membranas.

Alfa de Cronbach	N de elementos
,839	16

Anexo 4: Base de datos

m u e s t r a	Factores obstétricos y neonatales															Ruptura prematura de membranas
	Factores obstétricos										Factores neonatales					
	Anemia	Control prenatal	Estado nutricional	Ganancia de peso	Gestación múltiple	Infección de tracto urinario	Infecciones cérvico-vaginales	Metrorragias	Paridad	RPM previo	Apgar al minuto	Antecedentes de prematuros	Corioamnionitis	Edad gestacional fetal	Peso del recién nacido	
1	2	2	3	2	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	
2	2	2	3	2	1	3	1	2	3	2	3	2	2	2	2	
3	1	2	2	3	1	2	4	1	1	1	3	2	2	2	2	
4	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	3	2	2	2	2	
5	2	2	3	1	1	3	4	1	2	1	3	2	2	2	2	
6	2	1	3	1	1	1	4	1	2	1	3	2	2	2	2	
7	2	2	2	2	1	1	1	1	4	1	3	2	2	1	2	
8	2	2	2	1	2	2	3	2	4	1	3	2	2	1	1	
9	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	2	
10	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	3	2	1	2	2	
11	2	2	3	1	2	4	4	1	1	1	2	2	1	2	2	
12	1	2	1	1	1	4	1	1	1	1	3	2	1	2	2	
13	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	
14	1	2	2	3	1	4	4	1	1	1	3	2	1	2	2	
15	2	2	1	3	1	4	1	1	1	1	3	2	1	2	2	
16	1	2	3	2	1	4	4	1	3	1	3	2	1	2	2	
17	2	2	3	1	1	4	4	1	1	1	3	2	1	1	1	
18	1	2	3	2	1	4	4	1	1	1	3	2	1	2	2	
19	1	2	2	2	1	4	3	1	3	2	3	2	1	2	2	
20	1	2	3	2	1	4	4	1	2	1	3	2	1	2	2	
21	1	2	3	1	1	4	1	1	2	1	3	2	1	1	1	
22	1	2	2	3	1	1	2	1	1	1	3	2	1	2	2	
23	2	2	3	1	1	2	3	1	1	1	3	2	1	2	2	
24	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	3	2	1	2	2	
25	2	1	3	2	1	4	4	1	1	1	3	2	1	2	2	
26	2	2	3	2	1	2	4	2	2	1	3	2	1	1	2	
27	2	2	2	3	1	4	1	4	1	1	3	2	1	2	2	
28	2	2	2	1	1	2	1	2	2	1	3	2	1	1	2	
29	2	1	2	1	2	3	1	1	1	1	3	2	1	1	2	
30	2	1	1	2	1	1	4	1	1	1	3	2	1	1	2	
31	1	2	1	1	1	1	4	1	1	1	3	2	1	1	2	
32	1	1	2	2	1	3	1	1	2	2	3	1	1	1	2	
33	2	1	1	1	1	1	3	1	1	2	3	1	1	1	1	
34	2	2	2	2	2	4	1	1	2	1	3	2	1	2	2	
35	2	1	2	1	2	3	3	1	1	1	3	2	1	2	2	
36	1	2	3	2	2	4	4	1	1	1	3	2	1	3	2	
37	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	1	
38	1	2	3	1	1	1	1	1	2	1	3	2	1	1	1	
39	1	2	2	3	1	4	4	1	2	1	3	2	1	2	2	
40	2	2	2	1	1	2	2	1	2	1	3	2	1	2	2	
41	2	2	2	3	1	2	3	1	1	1	3	2	1	3	2	
42	1	2	2	3	1	2	1	1	3	1	3	1	1	2	2	
43	1	2	2	3	1	4	4	1	2	1	3	2	1	1	2	
44	1	2	2	1	1	3	4	1	2	2	2	1	1	1	1	
45	1	2	3	2	1	1	1	1	2	1	3	2	1	2	1	
46	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	
47	1	2	3	2	1	4	1	1	2	1	3	2	1	2	2	
48	2	1	3	2	1	3	1	1	1	1	3	2	1	2	2	
49	1	2	2	2	1	2	1	1	1	1	3	2	1	2	1	

50	1	2	2	2	2	3	3	1	2	1	3	2	1	2	2	2
51	2	1	2	3	1	2	2	1	3	1	3	2	1	2	2	2
52	1	2	2	3	1	1	3	1	3	1	3	2	1	1	2	1
53	1	2	3	2	1	4	4	1	3	1	3	2	1	1	2	1
54	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	2	1	2	2	2
55	1	2	2	2	1	4	4	1	2	1	3	1	1	2	2	2
56	2	2	2	1	1	3	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1
57	1	2	1	2	1	2	2	1	2	1	3	2	1	2	2	2
58	1	2	3	2	1	3	1	1	2	1	3	2	1	2	2	2
59	2	2	3	1	1	3	3	1	2	1	3	2	1	2	2	2
60	2	2	2	3	1	2	2	1	3	1	3	2	1	2	3	2
61	1	1	2	3	1	4	1	2	3	1	3	2	1	2	2	2
62	2	2	3	1	1	2	1	1	1	1	3	2	1	2	2	2
63	2	2	2	1	1	2	2	1	2	1	3	2	1	2	2	2
64	1	1	3	2	1	3	1	1	1	1	3	2	1	1	2	1
65	2	2	3	2	1	2	2	1	2	1	3	2	1	2	2	2
66	2	2	2	1	1	2	1	1	3	1	3	2	1	2	2	2
67	1	1	3	1	1	4	1	1	1	1	3	2	1	2	2	2
68	2	2	3	2	1	2	1	1	1	1	3	2	1	2	2	2
69	2	2	2	3	1	2	2	1	1	1	3	2	1	2	2	2
70	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	1	1
71	2	1	3	1	1	4	1	1	2	1	3	2	1	2	2	2
72	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	3	2	1	2	1	2
73	2	2	3	1	1	2	1	1	2	1	3	2	1	2	2	2
74	1	2	3	2	1	3	3	1	1	1	3	2	1	2	1	2
75	2	2	2	3	1	3	1	1	2	1	3	2	1	2	2	2
76	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	3	2	1	2	2	2
77	2	1	3	1	1	4	1	1	2	1	3	2	1	1	1	1
78	1	2	3	2	1	2	1	1	2	1	3	2	1	2	2	2
79	2	2	3	1	1	2	3	1	2	1	3	2	1	2	2	2
80	1	2	3	2	1	4	1	1	3	2	3	2	1	2	2	2
81	2	1	3	1	1	4	4	1	2	1	3	2	1	2	2	2
82	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	2	1
83	1	2	2	3	1	4	1	1	1	1	3	2	1	2	2	2
84	2	2	3	2	1	1	3	1	2	1	3	2	1	2	2	2
85	2	1	3	2	1	4	4	1	1	1	3	2	1	2	2	2
86	2	2	1	3	1	4	4	1	3	2	3	2	1	2	2	2
87	1	2	2	2	1	2	4	1	1	2	3	1	1	1	2	1
88	2	2	3	1	1	3	1	1	1	1	3	2	1	1	1	1
89	2	2	3	1	1	4	1	1	1	1	3	2	1	1	2	1
90	2	2	3	1	1	2	2	1	1	1	3	2	1	2	2	2
91	2	1	3	2	1	1	2	1	1	1	3	2	1	2	2	2
92	2	1	3	2	1	4	4	1	2	1	3	2	1	3	2	2
93	1	1	2	3	1	4	4	1	1	1	3	2	1	2	2	2
94	2	2	3	1	1	2	2	1	1	1	3	2	1	2	2	2
95	2	2	3	2	1	2	1	1	2	1	3	2	1	2	2	2
96	1	1	2	3	1	4	4	1	2	1	3	2	1	2	2	2
97	2	2	2	3	1	4	1	1	2	1	3	2	1	2	2	2
98	2	2	3	1	1	4	4	1	4	1	3	2	1	2	2	2
99	1	2	3	3	1	1	2	1	3	1	3	2	1	2	2	2
100	2	1	3	2	1	1	1	1	4	1	3	2	1	2	2	2
101	2	2	3	2	1	2	1	2	2	1	3	2	1	2	2	2

102	1	1	2	1	1	1	1	1	3	2	3	1	1	1	1	1
103	1	1	2	2	1	4	2	1	3	1	3	2	1	2	2	1
104	1	2	3	3	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	2	1
105	1	2	3	2	1	3	1	1	1	1	3	2	1	2	2	1
106	2	1	2	2	1	1	3	1	3	1	3	2	1	2	2	2
107	1	2	3	1	1	2	3	1	1	1	3	2	1	1	1	1
108	1	2	1	3	1	3	3	1	3	1	1	2	1	2	2	1
109	1	1	3	1	1	4	4	1	2	1	1	2	1	1	1	1
110	1	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1

Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol	
1	Anemia	N Numérico	8	0	Anemia	{1, No prese...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
2	CParental	N Numérico	8	0	Control prenatal	{1, Inadecua...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
3	ENutricional	N Numérico	8	0	Estado nutricional	{1, Obesida...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
4	GPeso	N Numérico	8	0	Ganancia de peso	{1, Baja}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
5	GMultiple	N Numérico	8	0	Gestación múltiple	{1, Ausente}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
6	ITUrinario	N Numérico	8	0	Infección de tracto urinario	{1, No prese...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
7	ICVaginales	N Numérico	8	0	Infecciones cervicovaginales	{1, No prese...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
8	Metrorragias	N Numérico	8	0	Metrorragias	{1, No prese...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
9	Paridad	N Numérico	8	0	Paridad	{1, Nulípara}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
10	RPMPrevio	N Numérico	8	0	RPM previo	{1, Ausente}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
11	AMinuto	N Numérico	8	0	Apgar al minuto	{1, 0 a 3 De...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
12	APrematuros	N Numérico	8	0	Antecedentes de prematuridad	{1, Con ante...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
13	Corioamnion...	N Numérico	8	0	Corioamnionitis	{1, No prese...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
14	EGFetaal	N Numérico	8	0	Edad gestacional fetal	{1, Menor a ...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
15	PRNacido	N Numérico	8	0	Peso del recién nacido	{1, Bajo pes...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
16	RPMembra...	N Numérico	8	0	Ruptura prematura de membranas	{1, RPM pre...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											

Vista de datos Vista de variables

Fuente: Base de datos

Anexo 5: Evidencia fotográfica



Foto 1. Puerta de ingreso del Hospital Carlos Monge Medrano



Foto 2 y 3. Recolección de historias clínicas



Foto 4 y 5. Aplicación del instrumento de recolección de datos por las autoras

Anexo 6: Documento de autorización de la ejecución de la tesis

"Año del bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

**SOLICITO: AUTORIZACION PARA
REALIZAR ESTUDIO DE
INVESTIGACIÓN**

SEÑOR DIRECTOR DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO-JULIACA

Dr. José Wilfredo Mamani Vilca



Nosotras, Melania Hancoo Roque, con DNI N.º 73631523, domiciliado en urb. Señor de huayna roque d-18 y Neftalia García Ppocco con DNI N.º 70607031 domiciliada en residencial villa medica v-30 del distrito de Juliaca, provincia de San Román departamento de puno ante Ud. Nos presentamos con el debido respeto y exponemos lo siguiente:

Que, habiendo culminado nuestros estudios de pregrado en la universidad AUTONOMA DE ICA de la carrera profesional de obstetricia **solicito a Ud. Me conceda permiso para acceder a las historias clínicas (estadísticas) para realizar el trabajo de investigación "factores obstétricos-neonatales y ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024"** para optar el título profesional de obstetra .

Para lo cual adjuntamos los siguientes documentos:

- Copia de carta de presentación
- Copia de oficio emitido por la Universidad Autónoma De Ica
- Constancia de aprobación de la investigación

POR LO EXPUESTO:

Ruego a Ud. Señor director, acceder a nuestra solicitud por ser justa y necesaria, agradeciendo de antemano su atención





Melania Hancoo Roque
DNI N.º 73631523
Cel. 957112463

Juliaca 15 de octubre del 2024



Neftalia García Ppocco
DNI N.º 70607031
Cel. 941813632

“Año del Bicentenario de la Consolidación de nuestra Independencia y de la Conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho”

Juliaca, 21 de Octubre del 2024

CARTA No 1015 -2024 -J-UADI-HCMM-RED-S-SR.

Señora:

**ING. ECO. QUISPE OBLITAS, MARTINA
JEFA DE LA UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA - HCMM-RED-S-
SAN ROMÁN-PUNO**

PRESENTE. -

ASUNTO: PRESENTA A BACHILLERES EN OBSTETRICIA PARA EJECUCIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

**SOLICITANTE: 1.-Srta. HANCCO ROQUE, MELANIA
2.-Srta. GARCIA PPOCCO NEFTALIA**

REGISTRO No 21286- 2024

Mediante el presente me dirijo a Ud. para saludarlo cordialmente, así mismo presentarles de la Facultad de Ciencias de la Salud, Programa Académico de Obstetricia de la Universidad Autónoma de Ica, quienes realizaran el trabajo de Investigación titulado: **“FACTORES OBSTETRICOS NEONATALES Y RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA - 2024”**; solicito le brinden las facilidades correspondientes.

La Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación de la Red de Salud San Román otorga la presente **OPINIÓN FAVORABLE** para que las interesadas realicen lo solicitado dentro de la Institución a partir de la fecha, al concluir el trabajo deberá dejar un ejemplar para la Biblioteca del Hospital.

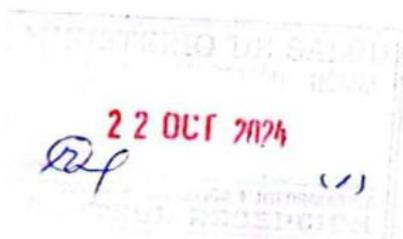
Atentamente,

CGEU/vyf
Interesado
C.c.Archivo.



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO

[Signature]
Dr. Efraim U. Carrasco Guisalo
JEFE UADI - CAPACITACION
MÉDICO - PEDIATRA
CMP. 44365 - RNE 31001



Anexo 7: Informe de Turnitin al 6% de similitud



91. GARCIA PPOCCO - HANCCO ROQUE.docx

2025

2025

Universidad Autónoma de Ica

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::3117:427617486

Fecha de entrega

7 feb 2025, 8:16 a.m. GMT-5

Fecha de descarga

7 feb 2025, 8:42 a.m. GMT-5

Nombre de archivo

91. GARCIA PPOCCO - HANCCO ROQUE.docx

Tamaño de archivo

5.3 MB

111 Páginas

19,645 Palabras

115,984 Caracteres



6% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 15 palabras)

Fuentes principales

- 5%  Fuentes de Internet
- 0%  Publicaciones
- 4%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 5% Fuentes de Internet
- 0% Publicaciones
- 4% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.autonomaedica.edu.pe	1%
2	Internet	hdl.handle.net	<1%
3	Internet	repositorio.uroosevelt.edu.pe	<1%
4	Trabajos entregados	Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez on 2025-01-06	<1%
5	Trabajos entregados	Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez on 2019-10-07	<1%
6	Trabajos entregados	Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez on 2023-08-16	<1%
7	Trabajos entregados	Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez on 2025-01-07	<1%
8	Internet	www.repositorio.autonomaedica.edu.pe	<1%
9	Internet	core.ac.uk	<1%
10	Trabajos entregados	Universidad Autónoma de Ica on 2023-01-11	<1%
11	Internet	dspace.utb.edu.ec	<1%

12	Internet	renatiqa.sunedu.gob.pe	<1%
13	Trabajos entregados	unjbg on 2024-04-02	<1%
14	Trabajos entregados	Universidad Autónoma de Ica on 2017-08-07	<1%
15	Trabajos entregados	Universidad Manuela Beltrán on 2024-03-04	<1%
16	Internet	apirepositorio.unh.edu.pe	<1%
17	Trabajos entregados	Submitted on 1687815433963	<1%
18	Internet	tesis.unap.edu.pe	<1%
19	Trabajos entregados	Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez on 2023-06-05	<1%
20	Internet	repositorio.udh.edu.pe	<1%
21	Trabajos entregados	Universidad Ricardo Palma on 2017-01-25	<1%
22	Internet	repositorio.upsjb.edu.pe	<1%
23	Trabajos entregados	uncedu on 2024-06-25	<1%