

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA**



TESIS

**DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD QUE INFLUYEN
EN LAS COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES DE LA
ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS. HOSPITAL
REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA, 2016**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
OBSTETRA**

PRESENTADO POR LA BACHILLER

Pérez Tarrillo Lili Roxana

CAJAMARCA, PERÚ, 2017

COPYRIGHT © 2017

Lili Roxana Pérez Tarrillo

Derechos Reservados

SE DEDICA A:

La memoria de mi amado padre quien desde el cielo me cuida y protege.

Mi madre Emelina, quien es mi apoyo incondicional y el pilar fundamental en mi vida, porque con su amor sabe guiarme para llegar a cumplir con éxito mi meta de ser profesional y una persona de bien.

Mis hermanos y sobrino por su apoyo, cariño incondicional.

Lili

SE AGRADECE A:

Dios todo poderoso, por haberme dado la vida, guiarme y cuidarme a lo largo de ella.

La Universidad Nacional de Cajamarca por haberme acogido en sus aulas, durante toda mi formación académica.

A mis dignos profesores por brindarme sus conocimientos durante toda mi formación profesional.

Mi asesora la Dra. Obsta. Elena Soledad Ugaz Burga, quien me apoyó desinteresadamente en el desarrollo de la presente tesis.

Todas aquellas personas que de una u otra forma hicieron posible la realización de la presente investigación.

Lili

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA:.....	iii
AGRADECIMIENTO:.....	iv
ÍNDICE.....	v
ÍNDICE DE TABLAS.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I: EL PROBLEMA.....	2
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.3 OBJETIVOS.....	3
1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....	5
2.1 ANTECEDENTES.....	5
2.2 BASES TEORICAS.....	8
2.3 HIPÓTESIS.....	18
2.4 VARIABLES.....	18
CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO.....	20
3.1 DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO.....	20
3.2 ÁREA DE ESTUDIO Y POBLACIÓN.....	20
3.3 MUESTRA.....	21
3.4 UNIDAD DE ANÁLISIS.....	21
3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	21
3.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	21
3.7 PROCEDIMIENTO TÉCNICA Y DESCRIPCÓN DEL INSTRUMENTO...	22
3.8 PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	24
3.9 CONTROL DE CALIDAD DE DATOS.....	24
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	25
CONCLUSIONES.....	55
RECOMENDACIONES.....	56
REFERENCIAS BIBLIÓGRAFICAS.....	57
ANEXOS.....	58

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág
Tabla 01: Caracterización sociodemográfico de las gestantes con rotura prematura de membranas, atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.	25
Tabla 02: Antecedentes obstétricos de las gestantes con rotura prematura de membranas, atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.	28
Tabla 03: Datos de la rotura prematura de membranas, en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.....	33
Tabla 04: Determinantes sociales de la salud en gestantes con rotura prematura de membranas, atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.	35
Tabla 05: Complicaciones maternas de la rotura prematura de membranas, en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016...	39
Tabla 06: Complicaciones perinatales de la rotura prematura de membranas, en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016...	40
Tabla 07: Complicaciones maternas de la rotura prematura de membranas en gestantes, según grado de instrucción, atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.	42
Tabla 08: Complicaciones maternas de la rotura prematura de membranas en gestantes, según ocupación, atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.....	44
Tabla 09: Complicaciones maternas de la rotura prematura de membranas en gestantes, según nivel socioeconómico, atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.	46
Tabla 10: Complicaciones maternas de la rotura prematura de membranas en gestantes, según procedencia, atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.....	48
Tabla 11: Complicaciones perinatales de la rotura prematura de membranas en gestantes, según ocupación, atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.....	50
Tabla 12: Complicaciones perinatales de la rotura prematura de membranas en gestantes, según nivel socioeconómico, en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.....	52
Tabla 13: Complicaciones perinatales de la rotura prematura de membranas en gestantes, según procedencia en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.....	53

RESUMEN

Los determinantes sociales de la salud, elaborados para subsanar las inequidades sanitarias, permiten su aplicación en diferentes eventos patológicos, entre ellos las complicaciones de la rotura prematura de membranas. El objetivo fue determinar la influencia de los determinantes sociales de la salud en las complicaciones maternas perinatales de la rotura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca. El estudio es de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal; realizado en una muestra de 115 gestantes que fueron atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia, se utilizó como instrumentos una ficha de recolección de datos y la encuesta para determinar el nivel socioeconómico (APEIM). Los resultados encontrados fueron, el 24,1% de gestantes perteneció al grupo etáreo de 14 a 19 años, 75% de ellas fueron convivientes, 25,9% tenían primaria completa y el 74,1% son amas de casa. El 56% fueron primigestas, el 56% no tuvieron periodo intergenésico; el 53,4% fueron gestantes a término y el 47,4% tuvieron más de 6 controles prenatales. El 60,3% tuvieron un periodo de latencia de más de 24 horas, el 66,4% presentó color de líquido amniótico claro. Fueron cesareadas el 63,8%. La complicación materna más frecuente fue la corioamnionitis en 36,2%; las complicaciones perinatales fueron sufrimiento fetal agudo con 34,5% y parto pretérmino con 19,8%. Finalmente se llegó a determinar que los determinantes sociales de la salud no influyeron significativamente en la presencia de las complicaciones materno perinatales de la rotura prematura de membranas.

Palabras claves: Determinantes sociales de la salud, complicaciones materno perinatales, rotura prematura de membranas.

ABSTRACT

The social determinants of health, developed to address health inequities, allow its application in different pathological events, among them the complications of premature rupture of membranes. The objective was to determine the influence of social determinants of health on the maternal perinatal complications of premature rupture of membranes in pregnant women attended at the Cajamarca Regional Teaching Hospital. The study is descriptive, cross-sectional correlational; Performed in a sample of 115 pregnant women who were attended in the Gynecology and Obstetrics service, a data collection form and a survey to determine the socioeconomic level (APEIM) were used as instruments. The results found were: 24.1% of pregnant women belonged to the age group of 14 to 19 years, 75% of them were cohabiting, 25.9% had complete primary and 74.1% were housewives. 56% were primigravidae, 56% had no intergenic period; 53.4% were term pregnant and 47.4% had more than 6 prenatal controls. 60.3% had a latency period of more than 24 hours, 66.4% had a clear amniotic fluid color. 63,8% were cesareadas. The most frequent maternal complication was chorioamnionitis in 36.2%; The perinatal complications were acute fetal distress with 34.5% and preterm delivery with 19.8%. Finally, it was determined that the social determinants of health did not significantly influence the presence of maternal perinatal complications of premature rupture of membranes.

Key words: Social determinants of health, maternal perinatal complications, premature rupture of membranes.

INTRODUCCIÓN

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria; e influyen en las diferentes patologías que suelen presentarse en el embarazo y que merman el bienestar materno y fetal. Una patología que suele presentarse con relativa frecuencia es la Rotura Prematura de membranas la misma que a su vez presenta diversas complicaciones y que precisamente tiene que ver con las inequidades sanitarias existentes en el sistema de salud (1).

Desde esta perspectiva es que surge el interés de realizar el presente estudio con el objetivo de determinar la influencia de los determinantes sociales de la salud en las complicaciones materno perinatales de la rotura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, se encontró que la mayoría de gestantes tuvieron solamente secundaria incompleta, fueron amas de casa, pertenecientes al nivel socioeconómico D y de procedencia rural como determinantes sociales; las complicaciones materno perinatales de la rotura prematura de membranas fueron la corioamnionitis, endometritis, el sufrimiento fetal agudo y parto pre término; llegando a determinar, en el presente estudio, que, los determinantes sociales de la salud no influyen significativamente en la presencia de las complicaciones materno perinatales de la rotura prematura de membranas

La presente tesis está estructurada de la siguiente manera:

CAPITULO I, constituido por la definición y delimitación del problema, la formulación del problema, los objetivos y la justificación de la investigación.

CAPITULO II, corresponde a este capítulo, los antecedentes, las bases teóricas, la hipótesis y las variables.

CAPITULO III, en este capítulo se presenta el diseño metodológico.

CAPITULO IV, corresponde a análisis y discusión de los resultados, las conclusiones, las sugerencias, referencias bibliográficas y anexos.

La autora

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la incidencia de rotura prematura de membranas (RPM) varía entre 1,6% y 21,0%, con un promedio de 10%. Un 80% de los casos ocurre después de las 37 semanas (rotura prematura de membranas a término), en tanto el 20% restante se presenta en embarazos pre-término. Este último grupo contribuye con un tercio de los casos de partos prematuros espontáneos y produce un importante impacto en la morbilidad y mortalidad neonatal, atribuyéndosele un 10% del total de las muertes perinatales (2).

En Latinoamérica la incidencia de la RPM está cerca del 11% al 15% y, se estima que, de 25 a 30%, son gestaciones pre-término, producto de la RPM (3).

En Perú, RPM tiene una incidencia de 4 - 14% de partos prematuros (4); en Cajamarca, el número de casos de la RPM en el año 2016 es de 7,32%, (5).

Se conoce que la salud está estrechamente vinculada a los determinantes sociales de la salud, quienes muestran clara inequidad sanitaria entre la población de un mismo país o entre países, afectando a los más pobres, en especial a las mujeres embarazadas, donde la mayor parte de sus problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socioeconómicas, al grado de instrucción, a su ocupación y a su procedencia, que en muchos casos es distante hacia un servicio de salud más cercano, trayendo como consecuencia, que ellas no cuenten con un acceso equitativo a los servicios básicos de salud, originando ciertas limitaciones para una atención oportuna y de calidad, conllevando a muchas complicaciones en su gestación, entre ellas la RPM, originando la presencia de complicaciones tanto maternas como perinatales (6). En Cajamarca, la situación no es diferente, sino por el contrario, es el primer departamento más pobre del Perú, donde no solamente existe pobreza sino

extrema pobreza, analfabetismo, bajos niveles socioeconómicos, viviendas que no cuentan con servicios básicos, todos ellos determinantes sociales que influyen negativamente en la salud de las personas, especialmente en las gestantes quienes por estas mismas condiciones no se alimentan bien, tienen déficit de oligoelementos que van a condicionar la rotura de las membranas; sin embargo, a pesar de conocer la realidad social y económica de la población no se han realizado investigaciones que relacionen la presencia de los determinantes sociales en este grupo de mujeres con RPM y que sufren de complicaciones, de allí la idea de realizar el presente trabajo de investigación cuyo objetivo es determinar la influencia de los determinantes sociales de la salud y complicaciones materno perinatales de la rotura prematura de membranas.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la influencia de los determinantes sociales de la salud en las complicaciones materno perinatales de la rotura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General

Determinar la influencia de los determinantes sociales de la salud en las complicaciones materno perinatales de la rotura prematura de membranas en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Identificar algunas características sociodemográficas de las gestantes con rotura prematura de membranas.
2. Identificar algunas características obstétricas de las gestantes con rotura prematura de membranas.
3. Identificar los principales determinantes sociales de la salud que influyen en la rotura prematura de membranas.
4. Identificar las complicaciones maternas de la rotura prematura de membranas.

5. Determinar las complicaciones perinatales de la rotura prematura de membranas.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La RPM, es una complicación obstétrica que suele presentarse con relativa frecuencia en el embarazo, y es considerado como un problema de salud pública por las serias complicaciones materno perinatales que trae consigo, una de las más frecuentes es la prematuridad y con ella el síndrome de dificultad respiratoria que puede presentar el neonato, entre otras, por su parte la madre puede contraer infecciones que le van a ocasionar discapacidad y coste económico.

En el año 2004 la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud estableció que existen una serie de factores que determinan la salud de las personas constituyéndose en un factor de inequidad sanitaria en la población, lo que permitió generar interés en conocer en qué grado estos determinantes están asociados a esta complicación tan frecuente en la población gestante atendida en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, teniendo como objetivo, determinar la influencia de los determinantes sociales de la salud en las complicaciones materno perinatales de la rotura prematura de membranas.

Los resultados encontrados proporcionaran un aporte a la comunidad científica interesada en el tema, además de formular estrategias, prestando mayor atención en los determinantes sociales presentes en las complicaciones materno perinatales de la RPM, a fin de brindar un manejo de manera precoz y oportuna de tal forma que se contribuya a la disminución de los altos índices de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, obviamente los beneficiarios directos serán el recién nacido, la madre, la familia y la sociedad en general que podrán contar con personas sanas, capaces de constituirse en entes productivos para el país.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Neto A. (Cuba, 2010), en su estudio, formuló como objetivo, determinar las complicaciones de la rotura prematura de membranas en gestantes entre 14 a 40 años, donde tuvo como resultado que 48% pertenecían al grupo etáreo ente 15 a 29 años, las nulíparas presentaron el mayor porcentaje con un 48%; un 18 % de recién nacidos con bajo peso, 84% de estos se presentó un Apgar bajo, la sepsis neonatal, el síndrome de dificultad respiratoria y la hipoxia perinatal, fueron las complicaciones neonatales más frecuentes, las muertes fetales presentaron un Odd Ratio = 1,71 (95 % 0,82-3,61) y las muertes neonatales OR= 2,00 (95 % 0,14-55,8). La endometritis fue la complicación materna más frecuente en el 36,2% del total de complicaciones entre las pacientes con RPM (7).

Riveros J. (Paraguay, 2011), en su estudio formuló como objetivo, determinar las complicaciones de la rotura prematura de membranas en el servicio de Obstetricia del Hospital Regional de Caacupé, en gestantes de 28 y 34 semanas, el 64% tuvieron procedencia urbana, el 75% control prenatal suficiente, el 67% con menos, el 26% un periodo de latencia mayor de 24 horas y el 88% tuvieron sufrimiento fetal agudo, el 4% síndrome de aspiración de líquido amniótico, el 4% riesgo de infección ovular, el 4% prematuridad extrema; el 25% presentaron corioamnionitis, el 11% tuvieron desprendimiento normo placentario, el 54% termino la gestación vía vaginal (8).

Vigil G. y Cols. (Panamá, 2011), en su estudio formularon como objetivo, determinar las complicaciones de la RPM pre término y a término, encontrando que la infección intra-amniótica, puede ocurrir entre 13 y 60%, desprendimiento prematuro de placenta en 4-12%, Infección post parto entre 2 y 13% y riesgos fetales como por ejemplo compresión del cordón umbilical y prolapso del cordón, Oligohidramnios, prematuridad, enterocolitis necrotizante, hemorragia intraventricular, sepsis y muerte neonatal (9).

Gaimbayo y otros. (Colombia 2012), en su estudio manifestó como objetivo caracterizar las condiciones de vida desde el enfoque de los determinantes sociales de salud en madres adolescentes en la ciudad de Suba Colombia, donde encontró el 39,1% tenían bachillerato incompleto y el 34,3% bachiller completo, el 34,3% fueron estudiantes y el 19,6% fueron amas de casa. En cuanto a la estratificación socioeconómica, el 70,7%, se encuentra en estrato bajo, es decir tiene derecho a acceder a programas sociales del Estado (10).

Manuel M. (Guatemala 2014), en su estudio formuló como objetivo, determinantes que afectan la salud de las mujeres embarazadas; encontrando los siguientes resultados: el 24% corresponde al grupo etario de 20 a 24 años, el 47% no saben leer ni escribir, el 92% son amas de casa, el 35% tiene un ingreso familiar de 350 soles el 57% de gestantes está a media hora del centro de salud (11)

Burgos W. (Ecuador 2013), en su estudio formuló como objetivo, la identificación de las complicaciones maternas, fetales y neonatales que se presentaron por la rotura prematura de membranas encontrándose que el mayor porcentaje de RPM se presentó en pacientes de 19 a 20 años con un 28% y el 20% en menores de 17 años, el 48% fueron convivientes, el 24% casadas, el 80% procedían de zona urbana y el 20% de zona rural, el 72% tenían de 31 a 40 semanas de gestación y el 28% entre 20 a 30 semanas, el 60% fueron primigestas, 8% multigestas, 40% tuvieron de 3-4 controles prenatales y el 12% contaban con 2 controles, el 60% no presentaron complicaciones, el 28% presentó endometritis y el 12% corioamnionitis, 64% tuvieron líquido amniótico puré de arvejas, el 44% fueron cesáreas, 30% terminó en parto eutócico; las complicaciones fetales fueron infecciones respiratorias 36%, no tuvieron complicaciones el 28%, deprimidos el 24% y sepsis 20%; el 88% Apgar normal, el 36% deprimidos y ningún deprimidos graves (12).

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Laguna J. (Lima 2015), en su investigación realizada planteó como objetivo, la prevalencia de la rotura prematura de membranas en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé de Lima, encontrando los resultados siguientes: el 37,6% fueron gestantes menores de 20 años, el 26,6% mayores de 34 años, 62,4% tuvieron parto pretérmino y el 37,6% fue a término, el 15,6% tuvieron un periodo de latencia menor de 24 horas, el 57,8% tuvieron menos de 6 atenciones prenatales, solo el 2% sin atención prenatal, 39,4% fueron primíparas y multíparas (13).

Aguirre A. (Lima, 2015), en su estudio formuló como objetivo determinar las características sociodemográficas de gestantes con rotura prematura de membranas, como resultados encontró que el 64,1% tenían de 20-34 años y el porcentaje mínimo de las edades se situó en 16 años y el máximo en 42 años, el 75,5% tuvieron instrucción secundaria y el 11,3% superior, el 67,9% fueron convivientes, seguido de las gestantes solteras con el 26,4% y el 5,7% casadas, el 92,5% amas de casa y en menor porcentaje trabajadora dependiente con el 1,9%, el 81,1% tuvo edad gestacional entre 32 - 36 semanas, el rango mínimo tuvieron menor 24 semanas, el 43,4% fueron multíparas, el 17,0% primíparas y el menor porcentaje 1,9% fueron gran multíparas, el 43,4% tuvieron menos de 6 atenciones prenatales y el 7,5% sin control prenatal (14).

Miranda A. (Lima 2014), en su estudio formuló como objetivo, determinar los resultados maternos y perinatales del manejo conservador de la ruptura prematura de membranas pretérmino en gestante de 24 a 33 semanas en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), gestantes con complicaciones maternas 34,5 %, siendo la corioamnionitis el más frecuente con el 23,9 % y complicaciones perinatales en 32,4 %, donde el síndrome de dificultad respiratoria fue el más frecuente 21,8 %, peso promedio al nacer fue de 1 653,14 g \pm 460,219 g, días de internamiento de la madre fue de 15 a 30 días, donde la corioamnionitis y el síndrome de dificultad respiratoria fueron los resultados maternos y perinatales más frecuentes (15).

2.1.3 Antecedentes Locales

Cruchaga D. (Cajamarca, 2016), en su estudio formuló como objetivo los factores obstétricos que influyen en el periodo de latencia de la rotura prematura de membranas, llegando a la conclusión que el mayor porcentaje de gestantes con RPM perteneció al grupo etáreo de 20-26 años con el 28,6% y el 7,1% entre 15-19 años el 48,6% tuvieron primaria incompleta, el 7,1% secundaria incompleta, el 72,9% estado marital convivientes, el 5,7% solteras, 62,9% procedían de zona rural y el 37,1% de zona urbana, el 57,1% fueron amas de casa, el 1,4% estudiantes, el 64,3% multíparas y el 35,7% primíparas, el mayor porcentaje de 81,4% entre 37-41 semanas de gestación y en menor porcentaje 4,3% fue de 42 semana, el 61,4% tuvieron atención prenatal adecuados el 4,3% no tuvieron control prenatal, el 78,6% presentaron un periodo de latencia menor de 12 horas y el 21,4% mayor de 12 horas (16).

2.2 BASES TEORICAS

2.2.1 Determinantes sociales de la salud

2.2.1.1 Definición

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria (17).

2.2.1.2 Clasificación

Determinantes Estructurales: El concepto de determinantes estructurales se refiere específicamente a aquellos atributos que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la gente. Estos mecanismos configuran la salud de un grupo social en función de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. El adjetivo "estructural" recalca la jerarquía causal de los determinantes sociales en la generación de las inequidades sociales en materia de salud (6).

Posición social: Se ha demostrado que las mejoras en los ingresos y la educación guardan una relación cada vez más favorable con la salud. La ocupación también es pertinente para la salud, no solo por la exposición a riesgos específicos en el lugar de trabajo, sino también porque sitúa a las personas en la jerarquía social. Los datos estadísticos de salud revelan la influencia de este tipo de variable en las desigualdades de salud en los distintos niveles de agrupación (6).

Acceso a la educación: En 2010, la Región de las Américas en su conjunto tenía una tasa elevada de acceso universal a la enseñanza primaria, aunque había.

Diferencias de un país a otro; mientras que el acceso a la educación preescolar era universal en algunos países, en otros era bajo (alrededor de 30%) y desigual. Además, hay diferencias pronunciadas entre las zonas urbanas y rurales, y en los grupos indígenas (6).

Acceso al empleo: A medida que América Latina y el Caribe entran en un período caracterizado por una bonificación demográfica, la economía y el mercado de trabajo también cambian. El aumento de la población en edad de trabajar (personas de 15 a 64 años de edad) durante los últimos decenios y el aumento de la urbanización han repercutido sobre la economía y el mercado de trabajo de la Región, al igual que lo han hecho la globalización y la crisis económica de 2008. Los sectores que siempre habían sido fuertes, como el agrícola y el manufacturero, han empezado a decaer en la Región y la creación de trabajos se ha concentrado en el sector de servicios (6).

Determinantes Intermedios: Los determinantes estructurales operan mediante los determinantes intermedios de la salud para producir resultados de salud. Los determinantes intermedios se distribuyen según la estratificación social y determinan las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud (6).

Procedencia: Las procedencias urbanas aumentan el acceso del personal sanitario a los grupos de población destinatarios y proporcionan a los residentes mayor disponibilidad de servicios de agua potable, saneamiento, educación, establecimientos de salud y transporte. La concentración de la población y los recursos en las zonas urbanas también promueve la equidad de género, al ofrecer a las mujeres mayores oportunidades de incorporarse a la fuerza laboral y a las redes de apoyo social. Comparadas con las zonas rurales, las ciudades también ofrecen a las mujeres mejores establecimientos educativos y más opciones diversas de trabajo, que pueden ayudarles a romper el ciclo de la transmisión intergeneracional de la pobreza.

Entre las preocupaciones importantes de las poblaciones rurales están los problemas relacionados con el agua y el saneamiento, la distribución de los centros de salud y la dotación de personal de los establecimientos rurales de asistencia sanitaria. Los residentes rurales también tienen una carga de morbilidad diferente a la de los residentes urbanos, ya que están expuestos a distintos factores de riesgo relacionados con la ocupación y el entorno (18).

2.2.2 Rotura prematura de membranas

2.2.2.1 Definición

La rotura prematura de membranas (RPM) es la solución de continuidad en las membranas ovulares que permiten la salida del líquido amniótico (LA) después de la semana 20 de gestación y antes del inicio del trabajo de parto. El tiempo que transcurre entre la ruptura de membranas y el inicio del trabajo de parto se denomina periodos de latencia. Cuando éste es superior a las 24 horas se considera a la RPM como prolongada (19).

2.2.2.2 Incidencia

En embarazos de término se presenta en 11% de las pacientes. El 80% de éstas inician espontáneamente el trabajo de parto dentro de las 24 horas de ocurrida la rotura.

La RPM tiene una incidencia global de 5% y se presenta en 30% de los nacimientos prematuros. Es de 3% luego de las 32 semanas, de 28% entre las 28 y 31 semanas y de 31% antes de la semana 28 (20).

2.2.2.3 Etiología

La causa de la ruptura prematura de membranas es multifactorial y varía con la edad gestacional (9).

Infección fetal:

Intraamniótica

- Listeria monocytogenes
- Sífilis
- Malaria (19).

Cérvicovaginal:

- Bacteroides
- Tricomonas
- Staphilococcus
- Streptococcus (19).

Dilatación cervical

- Hipercontactilidad
- Incompetencia cervical (19).

Traumatismos

- Tactos vaginales repetidos
- Uso de catéteres
- Amnioscopia
- Coito
- Procedimientos de diagnóstico prenatal (19).

Deficiencia de vitaminas y oligoelementos

Aumento de la presión intrauterina

- Embarazo múltiple
- Polidramnios (19).

Alteraciones fetales

- Malformaciones congénitas
- Anomalías en la presentación (transversa, podálica) (19).

Patologías maternas

- Abortos previos
- Hemorragias ante parto (19).

Otros

- Sexo masculino
- Cigarrillo (19).

2.2.2.4 Diagnóstico

Diagnóstico presuntivo: Se observa salida de LA por genitales en forma espontánea o con el rechazo de la presentación (maniobra de Tarnier)

Diagnóstico de certeza

Especuloscopia: Líquido amniótico saliendo por el orificio cervical.

Microscopia: cristalización en hojas de helecho del L.A tomado del fondo de saco vaginal posterior.

Ecografía: disminución importante del volumen de líquido amniótico asociada a la referencia de pérdida del mismo por parte de la madre.

PH vaginal: Cambio a la alcalinidad por la presencia de L.A. Esto hace virar el papel indicador (papel de nitrazina) porque de pH ácido (ph normal de la vagina) pasa a tener pH alcalino (20).

Diagnóstico diferencial

Leucorrea: Es muy frecuente, flujo genital blanco amarillento, infeccioso, asociado a prurito.

Incontinencia urinaria: Frecuente en segunda mitad del embarazo, especialmente en multíparas (por relajación perineal y rectocistocele). Descartar ITU.

Eliminación tapón mucoso: Fluido mucoso, a veces algo sanguinolento.

Rotura de quiste vaginal: Pérdida brusca de líquido cristalino por vagina. Al examen se observa cavidad pequeña en paredes vaginales (raro).

Hidrorrea decidual: Primera mitad del embarazo. Líquido claro con tinte amarillo, a veces sanguinolento. Desde espacio entre decidua parietal y refleja, que se fusiona entre las 16 y 18 semanas (21).

2.2.2.5 Clasificación

La rotura prematura de membranas (RPM) se divide en:

Rotura prematura de membranas a término: es la que ocurre después de las 37 semanas de gestación (22).

Rotura prematura de membranas pretérmino: ocurre antes de las 37 semanas de gestación. Estas se dividen en: (22).

Rotura prematura de membranas cerca del término: son aquellas que presentan entre 34 y 37 semanas (22).

Rotura prematura de membranas lejos del término: son aquellas gestantes entre las 24 y 34 semanas (22).

Rotura prematura de membranas pre-viable: cuando la ruptura ocurre antes de las 24 semanas o antes del límite de viabilidad (22).

2.2.2 Fisiopatología

La infección diagnosticada con cultivo de líquido amniótico positivo como factor causal de RPM se ha descrito en 36 a 50% de los casos, porcentaje que aumenta a 75% en pacientes que inician trabajo de parto. La vía más común es la ascendente, a través del paso de microorganismos patógenos desde la vagina o cérvix, hacia la decidua, corion, amnios, cavidad amniótica y feto. Sin embargo, otras vías de infección han sido descritas (hematógena, desde cavidad peritoneal, amniocentesis, biopsia de vellosidades coriales, traumatismos con ingreso a cavidad amniótica). La infección periodontal materna también ha sido vinculada con parto prematuro y posiblemente con RPM. Respecto de los gérmenes que con mayor frecuencia han sido aislados de cavidad amniótica a través de cultivo de líquido amniótico se encuentran: Ureaplasma

urealyticum, Fusobacterium species, Mycoplasma ominis, Estreptococcus grupo B, Estreptococcus viridans, Gardnerella vaginalis, y otros (Bacteroides fragilis, Bacteroides sp, E. Coli, Estáfilococo aureus, Streptococo sp). En 30 a 50% de los pacientes el cultivo es polimicrobiano.

En la infección ovular por productos bacterianos (fosfolipasa A2, fosfolipasa C, lipopolisacáridos) pueden estimular la síntesis de prostaglandinas (PG) E2 y F2 α por el amnios, corion y decidua. La participación de colagenasas bacterianas, así como la producción de citoquinas, incluyendo interleucinas (IL) 1, 2, 6, 8, 16, factor de necrosis tumoral (FNT), proteína quimiotáctica de monocito-1 (MCP-1) por parte de monocitos, macrófagos y granulocitos activados pueden finalmente estimular vías celulares que producen parto prematuro y rotura de membranas.

El aumento de PG, principalmente PGE2 junto con producir cambios cervicales e inicio de dinámica uterina, conduce a la activación de metaloproteinasas de matriz (MMP) principalmente tipo 9, en corion y amnios. Estas MMP corresponden a una familia de proteasas dependientes de metales (principalmente Zn) para su acción catalítica participando en la degradación del colágeno de la membrana corioamniótica. Existen también inhibidores tisulares de las metaloproteinasas (TIMP), los cuales regulan la acción de las proteasas. Las principales MMP relacionada a RPM son MMP-1, MMP-2, MMP-7 y MMP-9.

Mecanismo de Apoptosis en la rotura de membranas, FNT, IL-1 β , IL-6 activan genes vinculados a la muerte celular programada (apoptosis) en el corion y amnios a través de la activación de proteasas (caspasas), las cuales pertenecen a una familia de proteínas (más de 14 tipos identificados en mamíferos) con homología estructural, formando tetrámeros, sintetizadas como precursores inactivos. Su sitio de acción enzimático contiene serina, clivando sustratos en sitios de ácido aspártico. En este complejo proceso de apoptosis, FNT, IL-1 β , IL-6 se unen a receptores específicos (FNT-R, Fas) activando a caspasa-8. P-53 se activa simultáneamente estimulando la proteína Bax produciendo daño de membrana mitocondrial. Caspasa-8 bloquea la proteína Bcl-2 (anti-apoptosis) y estimula la proteína Bid, la cual también produce daño de membrana mitocondrial. Ambas vías liberan citocromo C mitocondrial, el cual activa a APAF-1 (factor activador de proteasas de apoptosis) formando con ATP un complejo (citocromo C + APAF-1 + ATP) el que estimula a caspasa 9 y 10. Se produce entonces una secuencia de activaciones de caspasas 2, 3, 6 y 7 las que finalmente producen apoptosis a través de la proteólisis de diferentes moléculas:

Respecto de FNT se ha observado que existirían al menos 2 isoformas (FNT-55 y FNT-75), que activarían vías celulares diferenciales (FNT-55 produciría apoptosis, FNT-75 desencadenaría respuesta inflamatoria inhibiendo apoptosis), lo que según Fortunato y cols, explicaría en parte por qué pacientes presentan RPM sin trabajo de parto pretérmino y otras, trabajo de parto pretérmino sin RPM. Existen además receptores que al unirse con FNT inhiben la vía de apoptosis (receptores TRAIL R3-R4, receptor osteoprotegerina) los cuales actuarían como mecanismo regulador de la señal de muerte celular. Por relaxina que es producida en la decidua y placenta que, en ausencia de infección, activaría MMP-1, 3 y 9 a través de la estimulación del activador tisular del plasminógeno y plasmina.

La distensión de las membranas fetales produciría elevación de IL-8 y de la citocina llamada factor amplificador de células pre-B (PBEF), las cuales activarían las MMP, facilitando la rotura de membranas.

Las lesiones vasculares placentarias que producen isquemia, así como hemorragia decidual, sobredistensión de la membrana corioamniótica, también se las vincula como agentes causales de parto prematuro y RPM. Existe evidencia que la isquemia placentaria materna favorecería la liberación de PG, así como de IL-6, IL-8 tanto en la microcirculación vellositaria como en las membranas fetales desencadenando parto prematuro y RPM.

Metrorragia la relación de metrorragia y desprendimiento prematuro de placenta normoinsera con RPM estaría dada por varios mecanismos:

Aumento de trombina activa MMP-1 a nivel de corion, amnios y decidua. O'Sullivan y cols, han demostrado que trombina, a través de receptores activados por proteasas (PAR), los cuales estarían acoplados a proteína G, desencadenan contracciones uterinas.

Incremento de hierro a nivel coriodecidual (por degradación de glóbulos rojos) catalizando la conversión de H₂O₂ a OH⁻ produciendo peroxidación y daño celular. Favoreciendo el desarrollo bacteriano e infección subclínica.

El tabaquismo produce quimiotaxis de leucocitos, liberación de elastasa, inactivación de inhibidores de proteasas (α 1-antitripsina), generación de radicales libres y consumo de antioxidantes. Además, disminuye las concentraciones de ácido

ascórbico, Zinc y Cobre lo que disminuye el colágeno tipo III y elastina, comprometiendo la integridad de las membranas ovulares (23).

2.2.3 Estructura de las membranas ovulares

Las membranas ovulares (corion y amnios) delimitan la cavidad amniótica, a partir de 15-16 semanas de desarrollo embrionario. (23).

2.2.3.1 Amnios: Formada por cinco capas

Epitelio: Es la más interna en contacto con el LA.

Basal: Compuesta de colágeno tipo III, IV, V y fibronectina.

Compacta: Adyacente a la basal formada por estructura fibrosa.

Fibroblástica: Formada por tejido conectivo laxo.

Intermedia (Esponjosa): Se ubica entre el amnios y corion, formada por proteoglicanos más glicoproteínas y colágeno (23).

2.2.3.2 Corion: Formado por tres capas

Reticular: Limitante con la capa esponjosa, formada por colágeno.

Basal: Formada por colágeno y fibronectina.

Trofoblastica: Formada por células redondas y poligonales.

2.2.3.3 Función

- Síntesis y secreción de molécula.
- Recepción de señales hormonales materno y fetales.
- Participando en el inicio del parto.
- Homeostasis y metabolismo del LA.
- Protección frente a infecciones.
- Permite el adecuado desarrollo pulmonar y de extremidades fetales.
- Preservando su temperatura.
- Protección ante traumatismos abdominales (23).

2.2.4 Complicaciones maternas

2.2.4.1 Corioamnionitis

Es la infección de las membranas fetales y el líquido amniótico, supone una gran amenaza para la madre y el feto. La septicemia fetal está asociada a un mayor riesgo de morbilidad, especialmente anomalías neurológicas como la leucomalacia periventricular y parálisis cerebral. Parece que esto está asociado a mediadores inflamatorios que están presentes en el medio fetal. Con frecuencia, las pacientes con infección intraamniótica experimentan fiebre alta ($\geq 38^{\circ}\text{C}$), taquicardia (materna y fetal) e hipersensibilidad uterina. El flujo cervical purulento suele ser un signo muy tardío. Generalmente, la cifra de leucocitos materna está elevada, pero este signo es inespecífico en el embarazo y puede ser el resultado de la administración prenatal de corticoesteroides e inducir a error. Frecuentemente las pacientes con corioamnionitis tienen contracciones espontáneas y con frecuencia disfuncionales. Una vez que se ha realizado el diagnóstico de corioamnionitis, el tratamiento consiste en la administración de antibióticos por vía intravenosa y el parto inmediato, ya sea mediante inducción o aumento de las contracciones, si es necesario, o una cesárea, ya sea por una indicación principal o si se prevé que el parto vaginal se retrasara considerablemente (24).

2.2.4.2 Endometritis

Es una infección de la capa mucosa del útero (endometrio o decidua), puede extenderse al miometrio (endometriitis) e incluso comprometer los parametrios (parametritis), generalmente asociado a parto vaginal y cesárea. Se caracteriza por la aparición de fiebre, en general en las primeras horas después del parto, y puede asociarse a dolor abdominal, subinvolución uterina y loquios de mal olor en un periodo que se puede extender hasta los 40 días post parto o cesárea (25).

2.2.4.3 Otros

Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta y Sepsis Materna (menos frecuente). Dependiendo de la serie que se revise, la mortalidad perinatal oscila entre 45-80% y fetal cercana a 30%. En cuanto a las morbilidades, lo más descrito es el riesgo de hipoplasia pulmonar y de malformaciones esqueléticas (síndrome de Potter), 20 y 25% respectivamente, asociado a la pérdida de líquido amniótico en forma precoz. Se ha visto que fetos cuya RPM ocurre después de las 20 semanas, tienen

mejores posibilidades respiratorios si se compara con los de menor edad gestacional (26).

2.2.5 Complicaciones perinatales

2.2.5.1 Nacimiento prematuro

El producto prematuro o de pre-término es el recién nacido que nace en fecha demasiado temprana. En relación con la edad gestacional, un recién nacido puede ser prematuro, de término o pos-maturo. En cuanto a la talla, el neonato puede crecer de manera normal y ser apropiado para la edad gestacional; puede tener menor tamaño, es decir, pequeño para la edad gestacional o crecer demasiado y por tanto ser grande para la edad gestacional (24).

2.2.5.2 Sufrimiento fetal agudo

Aparece como un accidente durante el periodo de dilatación o el expulsivo. Así, es frecuente que el SFA se instale en un feto crónicamente_ dañado durante el embarazo. En el fondo, tanto el SFA y el sufrimiento fetal crónico (SFC) ambos tipos representan una condición deficitaria del feto durante su vida intrauterina, ya sea a lo largo de su crecimiento y desarrollo, o durante el trabajo de parto (24).

2.2.5.3 Oligohidramnios

Se considera Oligohidramnios en general, cuando el volumen de LA es inferior a 400 ml, o cuando hay un índice de L.A menor o igual a 5 cm. Si el índice de líquido amniótico está entre 5 y 8 cm se debe manejar como un Oligohidramnios leve, desde el punto de vista de seguimiento fetal.

Esta alteración de L.A usualmente es consecuencia de un sufrimiento fetal crónico cuya expresión más frecuente es Restricción en el Crecimiento Intrauterino (RCIU), en especial cuando el Oligohidramnios se diagnostica en el tercer trimestre de gestación (19).

Varios trastornos se han vinculado con la disminución del líquido amniótico. El oligohidramnios casi siempre es evidente cuando hay obstrucción de las vías urinarias o agenesia renal fetales. Por tanto, la anuria casi con certeza tiene una participación causal en tales casos. Una pérdida crónica por un defecto en las membranas fetales puede aminorar de manera apreciable el volumen del líquido, pero con frecuencia máxima pronto se presenta trabajo de parto (27).

2.2.5.4 Síndrome de dificultad respiratoria

Es la causa más frecuente de mortalidad perinatal, en relación a RPM, en gestaciones por debajo de las 34 semanas. En nuestro medio se señala una incidencia de 18%. La madurez del pulmón fetal puede evaluarse a través de la detección en el LA de una relación lecitina/esfingomielina >2 , un test de Clements (+) y/o la presencia de fosfatidilglicerol. (28).

2.2.5.5 Asfixia perinatal

La compresión del cordón umbilical secundaria al oligohidramnios, el desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, las distocias de presentación y la propia infección materna y/o fetal, son elementos que contribuyen a elevar la incidencia de asfixia perinatal (10 a 50%) en las pacientes con RPM. La monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal y el perfil biofísico están frecuentemente alterados en estos casos (28).

2.3 HIPÓTESIS

La influencia de los determinantes sociales de la salud en las complicaciones materno perinatales de la rotura prematura de membranas en gestantes que acuden al Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016, es significativa.

2.4 VARIABLES

Variable dependiente

Complicaciones materno perinatales de la rotura prematura de membranas

Variable independiente

Determinantes sociales de la salud

2.5 CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

TIPO DE VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA
VARIABLE INDEPENDIENTE Determinantes sociales de la salud: son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud (17)	Determinantes estructurales	Grado de instrucción	- Sin instrucción - Primaria incompleta - Primaria completa - Secundaria incompleta - Secundaria Completa - Técnica - Universitaria	Ordinal
		Ocupación	- Estudiante - Trabajadora doméstica - Ama de casa - Trabajadora técnica - Trabajo independiente - Trabajo profesional	Nominal
		Nivel socioeconómico	- NSE A - NSE B - NSE C - NSE D - NSE E	Nominal
	Determinantes intermedios	Procedencia	- Rural - Urbano	Nominal
VARIABLE DEPENDIENTE complicaciones materno perinatales: Se destacan la corioamnionitis, endometritis, parto pretérmino, sufrimiento fetal agudo, oligohidramnios, infección perinatal (24).	Complicaciones maternas de la rotura prematura de membranas	Corioamnionitis	- Si - No	Nominal
		Endometritis	- Si - No	Nominal
	Complicaciones perinatales de la rotura prematura de membranas	Parto pre termino	- Si - No	Nominal
		Sufrimiento fetal agudo	- Si - No	Nominal
		Oligohidramnios	- Si - No	Nominal
		Síndrome de dificultad respiratoria	- Si - No	Nominal
		Infección perinatal	- Si - No	Nominal
Asfixia perinatal	- Si - No	Nominal		

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

El diseño de la presente investigación es no experimental, de corte transversal y el tipo de estudio, descriptivo, correlacional de naturaleza prospectiva.

No experimental: porque no se manipuló ninguna variable.

Transversal: porque el estudio se realizó en un solo momento sin hacer cortes en el tiempo.

Descriptivo: porque se describió y analizó el fenómeno de interés, en este caso las complicaciones materno perinatales de la rotura prematura de membranas.

Correlacional: porque determinó la influencia de los determinantes sociales de la salud en las complicaciones materno perinatal de la rotura prematura de membranas.

Prospectiva: porque los datos se recolectaron conforme ocurrían los hechos.

3.2 ÁREA DE ESTUDIO Y POBLACIÓN

El estudio se realizó en el Hospital Regional Docente Cajamarca, ubicado en Av. Larry Jhonson S/N, Barrio de Mollepampa – Cajamarca, entre la Av. vía de evitamiento sur y Av. San Martín de Porres. La región Cajamarca: Se ubica en la sierra norte del Perú, frontera con Ecuador, entre los paralelos 4° 30' y 7° 30' de latitud sur y 77, 47° y 79, 20° de latitud oeste. Limita por el Norte, con el Ecuador; por el Sur con La Libertad, por el Este con Chachapoyas y por el Oeste con Piura y Lambayeque. Está a una Altitud de 2650 m.s.n.m.

La población estuvo conformada por todas las gestantes con Rotura Prematura de Membranas, atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca durante los meses de enero a diciembre del 2016, que según el registro interno del servicio de ginecología y obstetricia es de 164.

3.3 MUESTRA

La muestra estuvo considerada por el grupo de gestantes que cumplirán los criterios de inclusión, considerando el muestro aleatorio simple, teniendo en cuenta la siguiente fórmula:

$$n \geq \frac{NZ^2PQ}{d^2N+Z^2PQ}$$

$$n \geq \frac{164(1.96)^2(0.05)(0.05)}{(0.05)^2164+(1.96)^2(0.05)(0.05)}$$

$$n \geq 115$$

Donde:

N= Tamaño de la población

n= Tamaño de la muestra

Z= (1.96) (nivel de precisión, al (95%)

P= (0,05) Proporción de gestantes con rotura prematura de membranas que tuvo alguna complicación

Q= (0,05) Proporción de gestantes con rotura de membranas sin ninguna complicación

D= (0.05) Margen de error permitido

3.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis del presente estudio estuvo constituida por cada una de las gestantes con Rotura Prematura de Membranas, y sus recién nacidos, atendidos en el Hospital Regional Docente Cajamarca.

3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

- Gestantes que aceptaron participar en la investigación.
- Gestantes con el diagnóstico de rotura prematura de membranas.
- Gestantes en pleno uso de sus facultades mentales.

3.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

En esta investigación primó los siguientes criterios éticos:

Autonomía: En la investigación la prioridad lo constituye la opinión dada por las gestantes con RPM.

No maleficencias: La información se obtuvo sin fines de lucro personal, sin daño alguno a las gestantes.

Privacidad: Se respetó el anonimato de la gestante con RPM, desde el inicio de la investigación, hasta el final de la misma.

Confidencialidad: La información obtenida de cada gestante no podrá ser revelada, solo se utilizó para fines de investigación.

3.7 PROCEDIMIENTO TÉCNICA Y DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

En la presente investigación se procedió teniendo en cuenta diferentes etapas:

En una primera etapa se solicitó el permiso correspondiente al director del Hospital Regional Docente de Cajamarca Informándole el objetivo de la investigación, de igual forma se solicitó el permiso al jefe del servicio de Ginecología y Obstetricia y al jefe de Obstetricia.

En una segunda etapa se pidió a la gestante con rotura prematura de membranas que firmara el consentimiento informado, previa información de la naturaleza de la investigación, para luego proceder a aplicar la encuesta para la obtención de datos.

En una tercera etapa se revisó la historia clínica de la gestante para identificar si existe alguna complicación materna asociada a la Rotura Prematura de Membranas.

En una cuarta etapa se procedió a observar las complicaciones materno perinatales luego del desenlace de la gestación.

La técnica utilizada fue la encuesta y como instrumentos se utilizaron:

Un cuestionario de recolección de datos, en donde se consignaron datos sociodemográficos de la gestante con RPM, antecedentes obstétricos, datos de la rotura prematura de membranas, determinantes sociales de la salud y las complicaciones materno perinatales (Anexo 01).

Un cuestionario para identificar el nivel socioeconómico, este cuestionario es de la Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados (APEIM) que

consta de 5 variables con una puntuación mínima de 5 y máxima de 25, concluyendo que a mayor puntuación mayor nivel socioeconómico (29) (Anexo 02).

Evaluación de los Niveles Socioeconómicos según categorías y niveles nacionales, rango de puntajes en la versión APEIM.

Niveles	NSE A	NSE B	NSE C	NSE D	NSE E
Variables	Alto / Medio Alto	Medio	Bajo Superior	Bajo Inferior	Marginal
Instrucción del Jefe de Familia	Doctorado Diplomado Postgrado (máster)	Estudios Universitarios Completos	Universitarios Incompletos Superior No Universitario Completa Superior No Universitario Incompleta	Secundaria Completa	Sin estudios Primaria Incompleta Primaria Completa Secundaria Incompleta
Consulta Medica	Médico Particular en Clínica Privada	Médico Particular en Consultorio	Seguro Social / Hospital FFAA / Hospital de Policía	Hospital del Ministerio de Salud / Hospital de	Posta Médica / Farmacia / Naturista
N° promedio de Habitantes	1 - 2 personas	3 - 4 personas	5 - 6 personas	7 - 8 personas	9 a más personas
Material predominante en Pisos	Parquet / Laminado / Mármol /	Cerámica / Madera Pulida	Cemento Pulido	Cemento sin Pulir	Tierra / Arena
N° promedio de Habitaciones	5 o más	4	3	2	1-0
Puntaje APEIM.	22 - 25	18 - 21	13 - 17	9 - 12	5 - 8

3.8. PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

3.8.1 Procedimiento

Una vez obtenida la información, fue codificada y procesada en el software estadístico SPSS - V21. Los resultados obtenidos fueron vaciados y presentados en tablas estadísticas simples y de contingencia, para el análisis estadístico respectivo.

3.8.2 Análisis de datos

En base a la información procesada se realizó una descripción de los resultados, se interpretó y se contrastó con los antecedentes y teorías, para luego dar conclusiones relacionadas con los objetivos planteados.

3.9 CONTROL DE CALIDAD DE DATOS

La calidad de los datos dependió fundamentalmente de la funcionalidad de los instrumentos y se considera confiable debido a que los datos fueron recolectados por parte de la investigadora.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Tabla 01: Caracterización sociodemográfico de las gestantes con rotura prematura de membranas, atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.

Edad	n°	%
14-19 años	28	24,1
20-24 años	23	19,8
25-29 años	23	19,8
30-34 años	20	17,2
35-39 años	14	12,1
40+ años	8	6,9
Total	116	100,0
Religión	n°	%
Católico	75	64,7
No católico	41	35,3
Total	116	100,0
Estado civil	n°	%
Soltera	16	13,8
Casada	13	11,2
Conviviente	87	75,0
Total	116	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la presente tabla, se puede evidenciar que, el mayor porcentaje de gestantes con rotura prematura de membranas, correspondió al grupo etáreo de 14-19 años con 24,1% seguido de los grupos de 20- 24 y 25-29 años con 19,8% para cada uno, un menor porcentaje de gestantes perteneció al grupo etáreo de mayores de 40 años con el 6,9%.

Los presentes datos difieren con los de Aguirre (2015) quien observó que el mayor porcentaje de gestantes con rotura prematura de membranas perteneció al grupo etéreo de 20-34 años con 64,1%; de igual manera Cruchaga (2016) determinó que el mayor porcentaje de gestantes con RPM fue del grupo etéreo de 20-26 años con el 28,6%, seguido de grupo de 25-29 con el 22,9%.

Neto (2010), en su estudio observó que el 48% de gestantes perteneció al grupo etéreo de 15 a 29 años; Burgos (2013), mostró el grupo mayoritario de gestantes con RPM perteneció al grupo de 19 a 20 años, con un 28% con una diferencia porcentual de 3,9 puntos porcentuales y en menor porcentaje en gestantes menores de 17 años con un 20%, de la misma manera, Laguna (2015) encontró como resultados que el mayor porcentaje se encontró en gestantes menores de 20 años con el 37.6% y en menor porcentaje 26.6% en gestantes mayores de 34 años.

La edad cobra importancia por constituirse como factor de riesgo en ciertos grupos etéreos como la adolescencia o la edad mayor a 35 años como es el caso del presente estudio que ofrece cifras significativas en ambos grupos. La adolescencia es un factor de riesgo porque no se ha completado la madurez física ni psicológica de la joven y se encuentra vulnerable a la presencia de complicaciones obstétricas como es el caso de la rotura prematura de membranas, esto debido a que generalmente pertenecen a estratos socioeconómicos bajos, que las puede llevar estados de desnutrición y por ende disminución del aporte de elementos importantes como el cobre o la vitamina C, provocando rotura prematura de membranas, de igual manera, las mujeres mayores de 35 años también se constituyen en un grupo de riesgo aunque por otras razones, ellas pueden ser multíparas o tener antecedentes de complicaciones obstétricas o presentar estados de desnutrición que pueden disminuir la longitud tensil de las membranas ovulares y ocasionar su rotura (30).

Juárez (2013) señala que el embarazo en edades extremas de la vida es un riesgo innegable, pues no dejan de existir situaciones y problemas que ponen en peligro la vida de la madre y el feto. En la literatura biomédica se afirma que el embarazo en mujeres mayores de 35 años trae complicaciones para el binomio madre-hijo. Se trata de una paciente de alto riesgo obstétrico y al igual que las menores de 19 años, se clasifican como grupo de riesgo en la edad extrema de la vida (31).

En cuanto a la religión de las gestantes se observó que, el mayor porcentaje de gestantes con rotura prematura de membranas son católicas con 64,7%; en menor porcentaje no católicas con 35,3%. Probablemente estos datos sean porque es la

religión más popular, Perú sigue siendo un país mayoritariamente católico según los censos. Así, el catolicismo popular es la religión de las grandes mayorías del pueblo que tienen un escaso cultivo religioso, por falta de mayor atención de la Iglesia institucional o porque dichas mayorías no buscan más atención religiosa.

De acuerdo al estado civil el mayor porcentaje de gestantes son convivientes en el 75,0%, seguido de las solteras en el 13,8% y en menor porcentaje fueron las casadas con el 11,2%. Estos datos son semejantes con los de Burgos (2013) cuyo estado civil es conviviente con mayor porcentaje 48% mientras que el menor porcentaje se presentó en pacientes casadas con el 24%, también son semejantes a los Aguirre (2015) Según estado marital más elevado fue el de gestantes convivientes con un 67.9%, seguido de las gestantes solteras con 26.4% y un mínimo de gestantes casadas con un 5.7%. Cruchaga (2016), en su estudio determinó que el mayor porcentaje fueron las convivientes con el 72,9%, seguido de las casadas con el 21,4% y en menor porcentaje las solteras con el 5,7%.

Estos datos pueden ser debido a que las gestantes con estado civil conviviente tienen menor estabilidad con su pareja, esto podría aumentar el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, que serían las responsables de una rotura prematura de membranas, asociado a otros factores independientemente al estado civil.

Tabla 02: Antecedentes obstétricos de las gestantes con rotura prematura de membranas, atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.

Paridad	n°	%
Primigesta	65	56,0
Segundigesta	26	22,4
Multigesta	25	21,6
Edad Gestacional	n°	%
A término	62	53,4
Pre término	53	45,7
Post término	1	0,9
N° de Controles Prenatales	n°	%
Ninguno	10	8,6
1-3	29	25,0
4-6	22	19,0
+6	55	47,4
Periodo Intergenésico	n°	%
0 años	65	56,0
1-2 años	14	12,1
3-6 años	12	10,3
+6 años	25	21,6
Tipo de Parto	n°	%
Vaginal	42	36,2
Abdominal	74	63,8
Total	116	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

La presente tabla muestra que el mayor porcentaje de casos de rotura prematura de membranas se presentó en primigestas en el 56,0%, y en menor porcentaje en multigestas con 21,6%.

Estos datos son similares con los encontrados por Burgos (2013), quien determinó en su estudio que, el 60% de gestantes fueron primigestas con una diferencia porcentual de 4 puntos aunque el resultado fue disímil respecto a las multigestas ya que en su estudio encontró que solamente el 8% pertenecía a este grupo, Resultados similares también fueron encontrados por Laguna (2015) quien encontró en su estudio que el 60,6% fueron primíparas, y el 39,4% múltiparas; Aguirre (2015), halló que el mayor porcentaje de gestantes fueron nulíparas con 43,4% mientras que el menor

porcentaje se presentó en pacientes multíparas 1.9%, y Cruchaga (2016), que llegó a la conclusión que el mayor porcentaje de gestantes con rotura prematura de membranas fueron multíparas con el 64,3% y en menor porcentaje las primíparas con el 35,7%.

La primiparidad es un factor de riesgo importante debido a que las gestantes muchas veces inician su gestación con un déficit nutricional y de oligoelementos lo que provoca que las membranas ovulares sufran una serie de cambios estructurales como la disminución del contenido de colágeno tipo III y elastina, comprometiendo la integridad de las membranas ovulares (32)

Respecto a la edad gestacional la tabla muestra que el 53,4% de gestantes con rotura prematura de membranas tuvo una edad gestacional de 37 a 40 semanas de gestación, es decir que fueron a término; y en menor porcentaje en las semanas mayor a 40 semanas con 0,9%, es decir un embarazo post término.

Estos resultados difieren con los reportados por Cruchaga (2016), quien a pesar de que también en su estudio el mayor porcentaje de gestantes con rotura prematura de membranas tuvo entre 37 a 41 semanas, el porcentaje es significativamente mayor (81,4%) respecto al encontrado en el presente estudio de (53,4%) y las gestantes de 42 a más semanas (4,3%). Así mismo, Burgos (2013), encontró que el 72% de gestantes con rotura prematura de membranas tuvieron entre 31 a 40 semanas y el 28% entre 20 a 30 semanas; Riveros (2011), encontró alta distribución de casos de rotura prematura de membranas en gestantes con edades gestacionales de 32 a 34 semanas en 78%, mientras que el 7,1% fueron gestantes de 29 a 31 semanas. Laguna (2015), llegó a la conclusión que el máximo porcentaje de gestantes con rotura prematura de membranas fue 62,4% embarazos pre término y el mínimo se dio en gestantes con embarazos a término con 37,6%. Aguirre (2015), en su estudio determinó que el 81,1% de las gestantes presentó RPM en el rango de 32 a 36 semanas y en menor porcentaje fueron las de 24 semanas.

En cuanto a la edad gestacional a término, la rotura prematura de membranas puede ocurrir por diversas razones, pero el suceso principal se debe a las modificaciones fisiológicas de las membranas o por la fuerza de las contracciones uterinas, activando diversos mecanismos que causen esta alteración morfológica, favoreciendo la formación de un sitio de rotura a nivel supra cervical, antes del inicio del trabajo de parto.

En cuanto al número de Atenciones Prenatales la tabla muestra que el 47,4% de gestantes con rotura prematura de membranas tuvo más de 6 atenciones prenatales; sin embargo, el 8,6% no tuvo ninguna atención prenatal.

Los datos obtenidos son similares a los de Cruchaga (2016), quien indicó que el 61,4% de gestantes con rotura prematura de membranas tuvieron más de 7 atenciones prenatales, de igual forma determinó que el menor porcentaje de estas no tuvo ninguna atención prenatal con el 4,3%, pero difieren de Burgos (2013), quien sostuvo que la mayor frecuencia de gestantes con rotura prematura de membranas fue de 40% con 3 a 4 atenciones prenatales, mientras que el 12% tuvo menos de 2 atenciones prenatales. Así mismo, Laguna, (2015), llegó a la conclusión que el 57,8% de gestantes con rotura prematura de membranas se presentó en quienes tenían menos de 6 atenciones prenatales, sin embargo, el 2% de ellas no tuvo ninguna atención prenatal. Aguirre (2015), llegó a la conclusión que el mayor porcentaje de gestantes con rotura prematura de membranas tuvieron menos de 6 atenciones prenatales con el 43,4%; mientras que el 7,5% no tuvo ninguna atención prenatal.

A pesar de que la mayoría de gestantes tienen sus atenciones prenatales conforme lo indica, la normatividad vigente del Ministerio de Salud, la incidencia de rotura prematura de membranas es alta, lo que podría estar asociado a infecciones intraamnióticas, infecciones uterinas, inclusive infecciones del tracto urinario cuyos microorganismos causales se constituyen a la vez en causa de la rotura de las membranas por mecanismos de producción de colagenasas.

El control de la atención prenatal, de acuerdo con las recomendaciones oficiales de la salud debe comenzar temprano, tener la cobertura universal, ser realizado periódicamente, estar integrado con otras acciones preventivas y curativas, y debe ser observado un número mínimo de visitas. Su éxito depende, en gran parte, del momento de su comienzo y el número de consultas realizadas. Este número varía según el mes de inicio y las complicaciones durante el embarazo. El Ministerio de Salud recomienda al menos seis visitas prenatales para un embarazo a término en mujeres embarazadas sin factores de riesgo identificados, con inicio temprano, hasta el cuarto mes de embarazo. El intervalo entre las consultas no debe exceder de ocho semanas (33).

Respecto al periodo intergenésico, se aprecia que el 21,6% de gestantes con rotura prematura de membranas tuvo un periodo intergenésico + de 6 años, es decir un

periodo intergenésico largo y el 12,1% tuvo un periodo intergenésico corto es decir que fue entre 1-2 años.

Un periodo intergenésico corto o largo se constituye en un factor de riesgo para la gestación pudiendo conllevar a diferentes complicaciones obstétricas, entre ellas la rotura prematura de membranas, ya sea por déficit de oligoelementos o por procesos infecciosos presentes.

La duración del periodo intergenésico permite a la madre recuperarse después de un evento obstétrico (aborto o nacimiento) y al recién nacido a que reciba lactancia materna y otros cuidados necesarios para su crecimiento y desarrollo adecuados. Los periodos intergenésicos muy cortos o largos se han relacionado con resultados desfavorables en el embarazo; las mujeres con intervalos de cinco meses o menos tienen mayor riesgo de muerte materna, sangrado en el tercer trimestre, ruptura prematura de membranas, endometritis puerperal y anemia, en comparación con las que cursan con periodos de 24 a 48 meses (34)

Referente al tipo de parto que tuvieron las gestantes con rotura prematura de membranas, el 63,8% terminaron por vía cesárea mientras que el 36,2% fue por vía vaginal.

En el medio, se estima conveniente realizar una cesárea en gestantes con rotura prematura de membranas cuando hay una complicación asociada a ella como corioamnionitis, parto pre término, sufrimiento fetal entre otros, con la finalidad de salvaguardar el bienestar materno y fetal, por consiguiente, los datos obtenidos en el presente estudio indican que posiblemente sucedió ello.

Cobo y otros (2015) señalan que la rotura prematura de membranas tiene complicaciones maternas y fetales, entre las que destacan la corioamnionitis, endometritis, infecciones fetales y neonatales, hipoxia, deformidades fetales, hipoplasia y pulmonar, haciendo que aumente el índice de cesárea. Debido a esto, el manejo para las pacientes es muy debatido, por un lado, por la prematurez fetal y por otro el riesgo de infección tanto materna como fetal (35).

Estos datos son diferentes a los de Burgos (2013), quien determinó que el mayor porcentaje de gestantes con rotura prematura de membranas fueron cesareadas en el 44%, y tuvieron su parto por vía vaginal en el 30%, y de igual forma con los de

Riveros (2011), quien muestra que la vía de terminación más frecuente fue el parto vaginal en el 54% de gestantes.

Tabla 03: Datos de la rotura prematura de membranas, en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.

Periodo de latencia	n°	%
0-6 horas	2	1,7
6-12 horas	13	11,2
12-24 horas	31	26,7
+24 horas	70	60,3
Color de líquido amniótico	n°	%
Sin evidencia	10	8,6
Claro	77	66,4
Verdoso	12	10,3
Puré de arvejas	17	14,7
Total	116	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la presente tabla se evidencia que el periodo de latencia mayor de 24 horas estuvo presente en el 60,3% de gestantes con rotura prematura de membranas; solamente el 1,7% casos tuvo un periodo de latencia de 0 a 6 horas.

Los datos obtenidos difieren con los de Riveros (2011), quien encontró que el periodo de latencia con mayor índice en gestantes con rotura prematura de membranas fue de 26,0%, con un periodo de latencia mayor de 24 horas. Cruchaga (2016), quien sostuvo que el 78,6% tuvo un periodo de latencia menor de 12 horas y el 21,4% tuvo un periodo de latencia mayor a 12 horas.

Es importante considerar el periodo de latencia de la rotura prematura de membranas, porque de este depende la integridad tanto de la madre como del feto, pues si es prolongada con frecuencia se van a presentar procesos infecciosos como corioamnionitis que va a devenir en la culminación del embarazo, a pesar de que este sea prematuro, comprometiendo el bienestar sobre todo del feto.

Vance (2015) señala que el periodo de latencia y la edad gestacional determinan el pronóstico y el manejo de acuerdo a la posibilidad o no de terminación del embarazo. Esta patología obstétrica puede afectar a todos los embarazos y complicar los mismos con mayor riesgo de morbilidad materno perinatal, por eso es importante detectar de manera precoz y oportuna la rotura prematura de membranas. (36)

En cuanto al color del líquido amniótico, se observó que, el 66,4% de gestantes con RPM tuvo un líquido amniótico claro; el 10,3% presentó un color verdoso; el 14,7% presentó lo que se denomina “puré de arvejas”; en el 8,6% de gestantes no se pudo evidenciar el color por la presencia de oligohidramnios marcado.

Los presentes resultados difieren con lo que reporta Burgos (2013), él observó que el 64,0% de gestantes con RPM tuvieron líquido amniótico color puré de arvejas.

Las gestantes con líquido amniótico verdoso o como “puré de arvejas” manifiestan que al reconocer la pérdida de líquido como signo de alarma acudieron a sus establecimientos de salud, pero que las regresaron manifestando que no era líquido sino un “flujo” que carecía de importancia clínica; ello podría ser cierto o también podría ser que el reconocimiento de la pérdida de líquido amniótico haya sido demasiado tarde por parte de la gestante o que aun reconociendo esta situación también han demorado en solicitar ayuda al establecimiento de salud (1° y segunda demora)

Lo cierto es que la pérdida de líquido amniótico, desconcierta mucho a la embarazada, sobre todo hacia el final del embarazo cuando es difícil distinguir entre una pérdida de líquido amniótico o flujo vaginal, haciendo que haya un retraso en la toma de decisión de buscar ayuda y llegar oportunamente al centro de salud (37)

Tabla 04: Determinantes sociales de la salud en gestantes con rotura prematura de membranas, atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.

Grado de instrucción	n°	%
Sin instrucción	2	1,7
Primaria incompleta	19	16,4
Primaria completa	30	25,9
Secundaria incompleta	15	12,9
Secundaria completa	27	23,3
Superior técnica	5	4,3
Ocupación	n°	%
Estudiante	13	11,2
Trabajadora doméstica	2	1,7
Ama de casa	86	74,1
Trabajadora técnica	1	0,9
Trabajadora independiente	11	9,5
Trabajo profesional	3	2,6
Nivel socioeconómico	n°	%
D	78	67,2
E	38	32,8
Procedencia	n°	%
Rural	71	61,2
Urbana	45	38,8
Total	116	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

La presente tabla permite observar que el 25,9% de gestantes con rotura prematura de membranas tuvo primaria completa, seguido del 23,3% con secundaria completa, por el contrario, el 1,7% refirió no tener ningún grado de instrucción; ninguna gestante refirió tener un grado de instrucción superior, estos nos indica que la mayoría de gestantes son analfabetas por desuso.

Los presentes datos difieren con los reportados por Aguirre (2015), quien encontró que, el 75,5% de gestantes con rotura prematura de membranas tenían nivel de instrucción secundaria y el 11,3% restante nivel superior; así mismo Gaimbayo (2012), determinó que el 39,1% tenían bachillerato incompleto, el 34,3% bachiller completo y el 34,3% fueron estudiantes sin embargo, Cruchaga (2016), pudo identificar que en el

grupo estudiado predominó el nivel de instrucción primaria incompleta en el 48,6% frente a un 7,1% de las gestantes con secundaria incompleta.

Estos datos permiten evidenciar objetivamente las enormes inequidades de género que existen, aun en la actualidad a pesar de estar viviendo en siglo XXI, es inadmisibles encontrar que aun existan personas sin ningún grado de instrucción, aun conociendo que la educación cobra un papel sumamente importante en el cuidado de la salud y en el caso específico de las gestantes en el cuidado del embarazo, ayuda significativamente para que las gestantes cumplan con las indicaciones ofrecidas por el/la obstetra.

EL Ministerio de Salud (2007) señala que el grado de instrucción como determinante social de la salud, se constituye en la llave maestra en la medida en que incrementa las opciones para acceder al trabajo, al cuidado de la salud y la nutrición, a la consecución de ingresos necesarios para asegurar el bienestar de las personas, y las capacita para un mejor ejercicio de sus derechos humanos (38).

En cuanto a la ocupación el 74,1% de gestantes con rotura prematura de membranas fueron amas de casa, el 11,2% manifestó ser estudiantes y en menor porcentaje 0,9% trabajadora técnica.

Estos datos son diferentes con los de Aguirre (2015), quien, en su estudio, determinó que el 92,5% de gestantes con rotura prematura de membranas fueron amas de casa, y en menor porcentaje trabajadoras independientes con 1,9%, de igual manera Gaimbayo (2012), encontró que el 19,6% de gestantes tuvieron por ocupación amas de casa, y Cruchaga (2016), identificó que el 57,1% de gestantes fueron amas de casa, y el 1,4% estudiantes.

El trabajo del hogar sumerge a la mujer en una total dependencia económica, volviéndose vulnerable a diferentes tipos de violencia ya sea física, psicológica o sexual y es que a pesar de ser un trabajo digno y abnegado no es visto como tal, porque no perciben ningún tipo de salario; quienes estudian se están forjando un mejor futuro tanto para ellas como para sus hijos, probablemente el círculo de la pobreza se rompa en algún momento si estas llegan a trabajar con salarios adecuados, el 1,7% de gestantes que manifestó ser empleada doméstica precisamente por el grado de instrucción que poseen, no tienen mayores probabilidades de acceder a mejores trabajos con remuneraciones adecuadas.

Según estudios el estrés físico contribuye a la rotura de membranas ya que el riesgo se incrementa con la fatiga ocupacional. La postura erguida, el trabajo físico, el trabajo repetitivo y aburrido, el trabajo en un área fría, húmeda y ruidosa; y el poco consumo de líquido, las puede llevar a infecciones de vías urinarias cuyos gérmenes van a ascender con más facilidad hacia el cérvix, produciendo colagenasas que a su vez disminuye la longitud tensil de las membranas ovulares ocasionando su rotura prematura (34)

La ocupación como determinante social de la salud está relacionado con el nivel educativo ya que permite una mayor movilidad socio-ocupacional ascendente de quienes egresan del sistema educativo. A mayor nivel de educación formal, menor es la probabilidad de ser pobre o de caer en la pobreza y por ende se accederá a mejores condiciones laborales (38).

Respecto al nivel socioeconómico, el 67,2% de gestantes que tuvo rotura prematura de membranas pertenecieron al estrato D, correspondiente a un estrato bajo probablemente debido al bajo nivel educativo que tiene la mayoría de gestantes que no les permite acceder a un empleo con un salario digno que incremente la economía de su hogar y solamente se dedican a labores del hogar que si bien es cierto es un trabajo laborioso para la mujer, no es remunerado y en muchos casos incluso es menospreciado, esta situación les impide muchas veces tener acceso a servicio de salud de calidad. El 32,8 de gestantes pertenecieron al estrato E, que corresponde al estrato marginal, puede ser porque proceden de la zona rural donde la mayoría de gestantes tienen nivel educativo bastante básico y no perciben ingresos económicos, solo trabajan para subsistir y satisfacer algunas necesidades básicas.

La posición socioeconómica tiene una influencia sobre la salud a través de determinantes específicos o intermediarios. Esos factores intermediarios son condiciones materiales como la situación laboral y de vivienda, la disponibilidad de alimentos, circunstancias psicosociales como los factores estresantes psicosociales y también factores conductuales. El modelo supone que los miembros de los grupos socioeconómicos bajos viven en circunstancias materiales menos favorables que los grupos socioeconómicos más altos, y que las personas más cercanas al extremo inferior de la escala social adoptan con mayor frecuencia comportamientos perjudiciales para la salud y con menor frecuencia comportamientos que promueven la salud, en comparación con los más privilegiados (38).

Precisamente, una de las principales causas de la rotura prematura de membranas es el bajo nivel socioeconómico que lleva a la desnutrición, y la deficiencia de algunos oligoelementos y vitaminas, que tiene relación con la rotura prematura de membranas, la vitamina C y el cobre son importantes para el metabolismo y la maduración normal del colágeno y el zinc tiene un papel importante en la actividad antimicrobiana y antiviral del líquido amniótico, por lo tanto las concentraciones bajas pueden conllevar a la RPM (39).

En cuanto a la procedencia, el mayor porcentaje de rotura prematura de membranas se presentó en pacientes cuya residencia es rural con el 61,2% en cambio el menor porcentaje se da en pacientes que habitan en el área urbana con el 38,8%.

Estos datos se asemejan a los hallados por Cruchaga (2016), quien encontró en su estudio que el 62,9% vivían en zonas rurales y el 37,1% restante vivían en zonas urbanas, pero difieren de los datos encontrados por Riveros (2011), quien encontró en su estudio que el 64% de gestantes vivían en áreas urbanas.

Los factores socio-demográficos principalmente están relacionados en su mayoría con el lugar de procedencia de las madres. El 61,2% de las pacientes con rotura prematura de membranas vive en el área rural, lo que posiblemente dificulta el acceso de estas pacientes a los Servicios de Salud, y esto junto al bajo nivel educación son indicativos de que es una población de alto riesgo, en la cual se debe intervenir oportunamente para posteriormente evitar el desarrollo de complicaciones materno fetales.

Tabla 05: Complicaciones maternas de la rotura prematura de membranas, en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.

Complicaciones maternas	n°	%
Ninguno	32	27,6
Corioamnionitis	42	36,2
Endometritis	5	4,3
Otros	37	31,9
Total	116	100,0

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

En los datos que anteceden se puede evidenciar que el 36,2% de gestantes con rotura prematura de membranas tuvieron Corioamnionitis, en tanto en el 4,3% tuvo endometritis.

Los datos obtenidos difieren con los de Neto (2010), quien encontró que, del total de complicaciones, la endometritis se presentó con más frecuencia en gestantes con rotura prematura de membranas, en el 36,2%. Riveros J. (2011), en su estudio determinó que el 25% de gestantes tuvieron corioamnionitis, seguido de alteración del bienestar fetal en el 11%, y desprendimiento normo placentario en el 11%. Burgos W. (2013), quien en su estudio señala que el 28% presentó endometritis y en menor porcentaje la corioamnionitis con el 12%.

Las gestantes con rotura prematura de membranas que presentaron corioamnionitis fueron las que tuvieron una edad gestacional menor de 37 semanas y un periodo de latencia mayor de 24 horas y la literatura señala que a mayor tiempo de latencia de la RPM mayor es el riesgo de presentar infecciones como la corioamnionitis y la endometritis, siendo la endometritis la infección puerperal más frecuente.

Aunque la corioamnionitis se estima entre el 2-4% de embarazos de término y en un 40 a 70% de partos prematuros (Czikk, 2011) puede llevar a complicaciones materno-fetales, generando secuelas neurológicas en el feto como sepsis en madre e hijo, que en casos graves llevan a la muerte en ambos (40).

Tabla 06: Complicaciones perinatales de la rotura prematura de membranas, en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.

Complicaciones perinatales	n°	%
Ninguno	20	17,2
Parto pretérmino	23	19,8
Sufrimiento fetal agudo	40	34,5
Oligohidramnios	6	5,2
Síndrome de dificultad respiratoria	2	1,7
Parto pretérmino y sufrimiento fetal	11	9,5
Parto pretérmino y oligohidramnios	8	6,9
Sufrimiento fetal y oligohidramnios	3	2,6
Síndrome de dificultad respiratoria y oligohidramnios	1	0,9
Sufrimiento fetal y dificultad respiratoria	1	0,9
Otro	1	0,9
Total	116	100.0

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

En la presente tabla se evidencia que el mayor porcentaje (34,5%) de complicaciones perinatales lo constituyó el sufrimiento fetal agudo, seguido del 19,8% que fue parto pretérmino.

El estudio realizado por Riveros J. (2011), no guarda relación con los datos hallados, en cuanto a las complicaciones perinatales quien indica que la mayoría de las pacientes en su estudio, tuvieron sufrimiento fetal agudo el 88%, síndrome de aspiración de líquido amniótico con un 4%, riesgo de infección ovular 4% y prematuridad extrema 4%. Burgos W. (2013), en su estudio señala que el 36% tuvieron infecciones respiratorias, el 28% no tuvieron complicaciones, el 24% deprimidos y sepsis con el menor porcentaje del 20%. Miranda A. (2014), en su estudio determinó que el síndrome de dificultad respiratoria fue el más frecuente con el 21,8 %.

Según la OMS, el parto prematuro (PP), Es aquel nacimiento de niño nacido vivo ocurrido entre las 22 y las 36,6 semanas de gestación (Marco. I, 2015)

El mayor riesgo perinatal es la prematuridad en el feto y/o recién nacido, luego de una rotura prematura de membranas, ello significa posibilidad de problemas respiratorios, enterocolitis necrotizante, entre otros; esto se asocia frecuentemente con sufrimiento fetal. La conducta más frecuentemente que se realiza en estos casos es basada en la observación de la unidad feto-materna, procurando alcanzar madurez pulmonar fetal,

y haciendo énfasis en la detección precoz de signos de infección ovular. Existiendo preocupación, además, respecto del aumento en la incidencia de morbilidad infecciosa materna y neonatal.

Torres (2015) señala que, en pacientes con rotura prematura de membranas pretérmino sin trabajo de parto o infección, los principales riesgos para el neonato son los directamente relacionados con la prematurez, en los que se tiende a seguir el manejo conservador. Existe acuerdo universal en interrumpir el embarazo en caso de sufrimiento fetal o corioamnionitis clínica (41).

Tabla 07: Complicaciones maternas de la rotura prematura de membranas en gestantes, según grado de instrucción, atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.

Grado de instrucción	Complicaciones maternas de la Rotura Prematura de Membranas									
	Ninguno		Corioamnionitis		Endometritis		Otros		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Sin instrucción	0	0,0	1	50,0	0	0,0	1	50,0	2	1,7
Primaria incompleta	6	31,6	11	57,9	0	0,0	2	10,5	19	16,4
Primaria completa	14	46,7	9	30,0	0	0,0	7	23,3	30	25,9
Secundaria incompleta	2	13,3	6	40,0	0	0,0	7	46,7	15	12,9
Secundaria completa	4	14,8	9	33,3	3	11,1	11	40,7	27	23,3
Superior técnica	2	40,0	1	20,0	0	0,0	2	40,0	5	4,3
Superior universitaria	4	22,2	5	27,8	2	11,1	7	38,9	18	15,5
Total	32	27,6	42	36,2	5	4,3	37	31,9	116	100,0

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

$$X^2 = 61,232$$

$$p = 0,432$$

De los datos obtenidos se puede apreciar, que del 25,9% de gestantes con rotura prematura de membranas que tuvieron primaria completa, el 46,7% no presentó ninguna complicación, el 30,0% tuvo corioamnionitis; ninguna gestante tuvo endometritis, el 23,3% tuvo otras complicaciones. El 23,3% tuvo secundaria completa de las cuales el 33,3% presentaron corioamnionitis, el 11,11% presentó endometritis, el 14,8% no presentó complicaciones, el 50 % tuvo otras complicaciones como part. El 1,7% corresponde a las gestantes sin instrucción, el 50,0% tuvo corioamnionitis y el 50% tuvo otras complicaciones como por ejemplo presentación podálica.

El grado de instrucción es muy importante en las gestantes ya que se ha determinado que a mayor nivel educativo el autocuidado de la salud es mejor y pueden lograr identificar precozmente los signos y síntomas de alarma y recibir un tratamiento oportuno.

En el presente estudio el mayor porcentaje de complicaciones de la rotura prematura de membrana lo presentaron las gestantes con primaria completa, siendo la corioamnionitis la complicación más frecuente, posiblemente porque les hace más

difícil identificar los signos de alarma, haciendo que aumente el periodo de latencia y el trabajo de parto. Las gestantes que no presentaron complicaciones, son las que tienen un nivel educativo más alto, logran captar probablemente con más facilidad la información brindada en los controles prenatales y recurrir oportunamente al establecimiento de salud.

La corioamnionitis, es la infección más frecuente y que se incrementa en forma directamente proporcional al periodo de latencia de la rotura de membranas, cuando el periodo de latencia es mayor a 24 horas tienen probabilidad de presentar esta complicación.

Vigil (2011), La evidencia histológica de corioamnionitis está presente en hasta un 60% de mujeres que tienen gestaciones prematuras y usualmente no encontramos síntomas o signos clínicos (42).

Estadísticamente no existe relación significativa entre ambas variables según $p < 0.432$.

Tabla 08: Complicaciones maternas de la rotura prematura de membranas en gestantes, según ocupación, atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.

Ocupación	Complicaciones Maternas de la rotura prematura de membranas									
	Ninguno		corioamnionitis		Endometritis		Otros		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Estudiante	3	23,1	5	38,5	2	15,4	3	23,1	13	11,2
Trabajadora doméstica	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,7
Ama de casa	23	26,7	32	37,2	1	1,2	30	34,9	86	74,1
Trabajadora técnica	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,9
Trabajadora independiente	3	27,3	4	36,4	1	9,1	3	27,3	11	9,5
Trabajadora del sector público	0	0,0	1	33,3	1	33,3	1	33,3	3	2,6
Total	32	27,7	42	36,2	5	4,3	37	31,9	116	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$$\chi^2 = 21,625$$

$$p = 0,118$$

En la presente tabla se observa que el 37,2% de gestantes que son amas de casa tuvieron corioamnionitis como complicación de la rotura prematura de membranas, y el 1,2% de gestantes de este mismo grupo tuvo endometritis; de la misma forma el 38,5% de gestantes que manifestaron ser estudiantes también tuvo corioamnionitis y el 15,4% endometritis; asimismo, el 36,4% de gestantes que manifestaron ser trabajadoras independientes también presentaron corioamnionitis; mientras que solamente el 9,1% tuvo endometritis; en cifras iguales (33,3%) las gestantes que manifestaron ser trabajadoras del sector público.

Las múltiples tareas que tiene una mujer dentro de su hogar, en el caso de las amas de casa, ocasiona muchas veces que esta, minimice los problemas que se puedan presentar restándole importancia a una pérdida de líquido amniótico, mucho más si no han recibido la información en el establecimiento de salud sobre lo que significa o simplemente no ha ido a recibir atención prenatal, hechos que condicionan que una rotura prematura de membranas pueda complicarse ocasionando una corioamnionitis y/o endometritis.

Las mujeres que estudian y trabajan fuera del hogar por lo general tienen mayor preocupación por la presencia de algún signo fuera de lo normal como la pérdida de líquido amniótico, o simplemente lo comentan con otras personas, llegando a recibir consejos saludables que las hace acudir inmediatamente a un establecimiento de salud para recibir un tratamiento y evitar complicaciones mayores.

Marrero M y Román J. (2013), señalan que ser ama de casa, se constituye en un riesgo para desarrollar rotura prematura de membranas y tener otras complicaciones durante la gestación, debido a la postura erguida, el esfuerzo físico, el trabajo repetitivo y aburrido; son situaciones consideradas como fatiga ocupacional, por el número de horas trabajadas al día por la gestante (43).

Estadísticamente no existe relación significativa entre ambas variables según

$p < 0.118$.

Tabla 09: Complicaciones maternas de la rotura prematura de membranas en gestantes, según nivel socioeconómico, atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.

Nivel socioeconómico	Complicaciones maternas de la rotura prematura de membranas									
	Ninguno		Corioamnionitis		Endometritis		Otros		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
D	21	26,9	27	34,6	3	3,8	27	34,6	78	67,2
E	11	28,9	15	39,5	2	5,3	10	26,3	38	32,8
Total	32	27,6	42	36,2	5	4,3	37	31,9	116	100,0

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

$$X^2 = 0,875$$

$$p = 0,831$$

De los datos obtenidos se puede apreciar, que del 67,2% de gestantes con rotura prematura de membranas tuvieron nivel socioeconómico D, de ellas el 34,6% tuvo corioamnionitis, el 3,8% presentó endometritis, el 34,6% tuvo otras complicaciones y el 26,9% no presentaron complicaciones. Del 32,8% de gestantes de nivel socioeconómico E el 39,5% tuvo corioamnionitis, el 4,3% presentó endometritis, el 26,3% tuvo otras complicaciones y el 28,9% no presentó complicaciones.

En el presente estudio el mayor porcentaje de complicaciones de corioamnionitis y endometritis lo presentaron las gestantes con nivel socioeconómico bajo, probablemente por la situación de vida que experimentan durante el embarazo; así también el bajo nivel de instrucción puede conducir al menor conocimiento de dichas gestantes respecto a los signos y síntomas de alarma, volviéndolas más vulnerables ante cualquier emergencia.

Medrano y Talavera señalan que pertenecer al nivel socioeconómico bajo impide que una gestante pueda tener educación y control prenatal adecuados, que permitan detectar los riesgos antes de que estos puedan generar el daño correspondiente. Las personas que viven en lugares considerados socioeconómicamente bajos presentan niños antes de las 37 semanas 2,5 veces más que aquellas que provienen de lugares considerados altos (44).

La corioamnionitis y endometritis, luego de una rotura prematura de membranas, son infecciones que afectan, tanto a la madre como al feto, y que, debido a sus repercusiones, requiere de un diagnóstico y tratamiento oportuno (45).

Estadísticamente no existe relación significativa entre ambas variables según $p < 0.831$.

Tabla 10: Complicaciones maternas de la rotura prematura de membranas en gestantes, según procedencia, atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.

Complicaciones maternas de la rotura prematura de membranas										
Procedencia	Ninguno		Corioamnionitis		Endometritis		Otros		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Rural	21	29,6	22	31,0	4	5,6	24	33,8	71	61,2
Urbana	11	24,4	20	44,4	1	2,2	13	28,9	45	38,8
Total	32	27,6	42	36,2	5	4,3	37	31,9	116	100,0

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

$$X^2 = 2,593$$

$$p = 0,459$$

Se puede evidenciar en la presente tabla que del 61,2% de gestantes con rotura prematura de membranas proceden de la zona rural, de ellas el 31,0% presentó corioamnionitis, el 5,6% endometritis y el 33,8% otras complicaciones; de igual forma del 38,8% de gestantes procedentes de la zona urbana, el 44,4% presentó corioamnionitis, el 2,2% endometritis y el 28,9% otras complicaciones.

Se nota claramente que la corioamnionitis es más frecuente en gestantes de la zona urbana, mientras que en gestantes de la zona rural es más frecuente la endometritis. La corioamnionitis suele presentarse mayormente, cuando hay un periodo de latencia prolongado de la rotura de membranas, mientras que la endometritis suele ser post parto, de lo que se deduce que las mujeres de la zona rural tienen mayores inconvenientes en ir a un establecimiento de salud a solicitar ayuda, ya sea por desconocimiento del problema en sí, (primera demora), por la lejanía de su vivienda al establecimiento de salud o por falta de tiempo debido a las múltiples ocupaciones que tienen en su hogar; en lo que concierne a las gestantes de la zona urbana, la endometritis estaría más relacionada a factores como déficit de nutrientes como las proteínas, en algunos casos hacer cama por mucho tiempo o inclusive tener relaciones sexuales en etapas tempranas del puerperio.

Una de las complicaciones más comunes es la corioamnionitis y debe ser de vigilancia estricta en toda paciente con ruptura de membranas (42).

La mayoría de los casos de endometritis son de naturaleza polimicrobiana, y se originan en una infección ascendente de los microorganismos de la flora vaginal residente (46).

Estadísticamente no existe relación significativa entre ambas variables según $p < 0.459$.

Tabla 11: Complicaciones perinatales de la rotura prematura de membranas en gestantes, según ocupación, atendidas en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.

Ocupación	Complicaciones perinatales de la rotura prematura de membranas													
	Ninguno		Parto pretérmino		Sufrimiento fetal agudo		Oligohidramnios		Síndrome de dificultad respiratoria		Otro		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Estudiante	1	7,7	3	23,1	2	15,4	0	0,0	1	7,7	0	0,0	13	11,2
Trabajadora doméstica	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,7
Ama de casa	15	17,4	17	19,8	33	38,4	5	5,8	1	1,2	1	1,2	86	74,1
Trabajadora técnica	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,9
Trabajadora independiente	3	27,3	1	9,1	3	27,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	9,5
Trabajo profesional	0	0,0	0	0,0	2	66,7	1	33,3	0	0,0	0	0,0	3	2,6
Total	20	17,2	23	19,8	40	34,5	6	5,2	2	1,7	1	0,9	116	100,0

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

$$X^2 = 43,392$$

$$p = 0,734$$

Puede observarse en la presente tabla que, del 74,1% de gestantes con rotura prematura de membranas que son amas de casa, de ellas el 19,8% presentó parto pretérmino; el 38,4% presentó sufrimiento fetal agudo, el 19,8% tuvo parto pretérmino, el 5,8% oligohidramnios y el 1,2% presentó síndrome de dificultad respiratoria.

Del 11,2% de gestantes que manifestaron ser estudiantes, el 23,1% tuvo parto pretérmino, el 15,4% presentó sufrimiento fetal agudo, el 7,7% síndrome de dificultad respiratoria.

Tanto las amas de casa como las mujeres estudiantes tienen un enorme trajín, por las múltiples actividades que tiene que realizar, las primeras por las múltiples tareas que tienen que realizar en el hogar como cocinar, planchar, lavar, llevar a los niños al jardín o a la escuela, etc. y las estudiantes porque tienen que ir y venir al colegio, instituto o universidad.

Vidal y cols. (2014) sostienen que un estado de ansiedad prolongado, la inseguridad, una autoestima baja, el aislamiento social y la falta de control sobre el trabajo y la vida

doméstica ejercen efectos impactantes sobre la salud. Esos tipos de riesgos psicosociales se van acumulando a lo largo de toda la vida y aumentan las posibilidades de padecer una alteración de salud mental y posibles complicaciones obstétricas (47).

La ocupación como parte de la condición socioeconómica constituye parte de los determinantes que va a afectar la salud, en mayor o menor grado, dependiendo de la posición social, puesto que los individuos según su posición social tendrán diferentes exposiciones ante las condiciones que pueden perjudicar su salud y, por tanto, presentarán diferente vulnerabilidad, la cual determinará diferentes consecuencias ante los daños a la salud.

Una mujer que tiene una vivienda de calidad y con comodidades a pesar de ser ama de casa tendrá mayor facilidad en el quehacer de sus tareas; sin embargo, si vive en una vivienda pobre, definitivamente tendrá mayor dificultad en realizar las tareas.

Algunos estudios sugieren que las trabajadoras domésticas y de servicios tendrían más riesgo de parto pretérmino y bajo peso al nacer que las mujeres que se dedican a otras ocupaciones y también las amas de casa respecto a las mujeres que tienen un trabajo remunerado (48).

Estadísticamente no existe relación significativa entre ambas variables según $p < 0.734$.

Tabla 12: Complicaciones perinatales de la rotura prematura de membranas en gestantes, según nivel socioeconómico, en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.

Nivel socioeconómico	Complicaciones perinatales de la rotura prematura de membranas												Total	
	Ninguno		Parto pretérmino		Sufrimiento fetal agudo		Oligohidramnios		Síndrome de dificultad respiratoria		Otro			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
D	11	14,1	19	24,4	25	32,1	4	5,1	0	0,0	1	1,3	78	67,2
E	9	23,7	4	10,5	15	39,5	2	5,3	2	5,3	0	0,0	38	32,8
Total	20	17,2	23	19,8	40	34,5	6	5,2	2	1,7	1	0,9	116	100,0

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

$$X^2 = 16,036$$

$$p = 0,099$$

Los datos que anteceden muestran que el 67,2% de gestantes con rotura prematura de membranas pertenecieron al nivel socioeconómico D, el 32,1% presentó sufrimiento fetal agudo, el 24,4% tuvo parto pretérmino, el 5,1% oligohidramnios, y el 1,3% otras complicaciones. Del 32,8% de gestantes pertenecieron al nivel socioeconómico E, el 39,5% presentó sufrimiento fetal agudo, el 10,5% tuvo parto pretérmino, el 5,3% oligohidramnios, y el 23,7% ninguna complicación.

El nivel socioeconómico bajo como determinante social de la salud influye mucho, en la calidad de vida de las personas sobre todo si es una gestante, aquellas que pertenecen a estratos socioeconómicos bajos (D o E) tienen una serie de carencias sobre todo nutricionales que influyen no solo en la rotura prematura de membranas sino también de las complicaciones subyacentes a esta, como el parto pretérmino, el sufrimiento fetal agudo, entre otros.

Según Lagunas la deficiencia materna de algunos oligoelementos y vitaminas pueden relacionarse con RPM. Tanto la vitamina C como el cobre son de gran importancia para la maduración y el metabolismo del colágeno (49)

De otra parte, los estratos D y E también están asociados, nuevamente, con un bajo nivel educativo que incrementa más los déficits nutricionales y la falta de acceso a servicios de salud calidad.

Estadísticamente no existe relación significativa entre ambas variables según

$p < 0,099$.

Tabla 13: Complicaciones perinatales de la rotura prematura de membranas en gestantes, según procedencia en el Hospital Regional Docente Cajamarca, 2016.

Procedencia	Complicaciones perinatales de la rotura prematura de membranas												Total	
	Ninguno		Parto pretérmino		Sufrimiento fetal agudo		Oligohidramnios		Síndrome de dificultad respiratoria		Otro			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Rural	10	14,1	19	26,8	25	35,2	3	4,2	0	0,0	1	1,4	71	61,2
Urbana	10	22,2	4	8,9	15	33,3	3	6,7	2	4,4	0	0,0	45	38,8
Total	20	17,2	23	19,8	40	34,5	6	5,2	2	1,7	1	0,9	116	100,0

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

$$X^2 = 16,608$$

$$p = 0,084$$

En los datos que anteceden se puede evidenciar que el 61,2% de las gestantes con rotura prematura de membranas, procedían de zona rural, de ellas el 35,2% presentaron sufrimiento fetal agudo, el 26,8% tuvo parto pretérmino, el 4,2% oligohidramnios, el 14,1% no tuvo complicaciones y el 1,4% otras complicaciones. Del 38,8% procedían de zona urbana de las que el 33,3% tuvieron sufrimiento fetal agudo, el 8,9% presentó parto pretérmino, el 6,7% oligohidramnios y el 22,2% ninguna complicación perinatal.

La procedencia de alguna forma influye significativamente en el bienestar materno y fetal; las mujeres de la zona rural con frecuencia tienen menor nivel educativo, el mismo que como ya se dijo también es un determinante social de la salud. Estas mujeres tienen menor acceso a servicios de salud de calidad y estilos de vida menos saludables en comparación con las gestantes de la zona urbana, con una dieta rica en carbohidratos y pobre en proteínas y oligoelementos como el cobre y el zinc, elementos primordiales en la síntesis de colágeno que forma parte estructuralmente las membranas ovulares. De otra parte, también son más vulnerables a procesos infecciosos por las conductas de higiene deficientes que son características propias de este grupo poblacional.

Medrano y Talavera (2015), señalan que la procedencia es un factor de riesgo no muy discutido en investigaciones, algunas literaturas plantean que con mayor frecuencia presentan este tipo de problema las mujeres que nacieron y viven en el área rural, las

cuales tienen: 3,3 veces el riesgo de tener un niño pre término en comparación a las que viven en zonas urbanas, asociado a factores económicos, culturales y académicos (44).

Estadísticamente no existe relación significativa entre ambas variables según $p < 0.084$.

CONCLUSIONES

1. Respecto a las características sociodemográficas las gestantes con rotura prematura de membranas pertenecen al grupo etáreo de 14-19 años; el mayor porcentaje de ellas son convivientes y de religión católica.
2. Las gestantes con rotura prematura de membranas en su mayoría fueron primigestas, con una edad gestacional a término, con más de 6 atenciones prenatales, un periodo de latencia mayor de 24 horas, color de líquido amniótico claro y culminación de la gestación vía cesárea.
3. Entre los principales determinantes sociales de la salud que influyeron en las gestantes con rotura prematura de membranas se encontró, mayor frecuencia con primaria completa, ocupación amas de casa, nivel socioeconómico bajo y de procedencia rural.
4. Las complicaciones materno perinatales de las gestantes con rotura prematura de membranas con mayor incidencia fueron la corioamnionitis, endometritis, parto pretérmino, sufrimiento fetal agudo y oligohidramnios.
5. Se concluyó que los determinantes sociales de la salud no influyen significativamente en las complicaciones materno perinatales de la rotura prematura de membranas.

RECOMENDACIONES

1. Para los directivos del Hospital Regional Docente Cajamarca se sugiere ampliar los programas de educación en salud materna perinatal, porque solo así se lograría disminuir las complicaciones que se presentan durante la gestación y disminuir la morbilidad materno-infantil.
2. Al Director del Hospital Regional Docente Cajamarca se propone fortalecer las redes de referencia y contra referencia dado el impacto de la morbilidad materno perinatal en nuestro medio.
3. Al personal de salud, para que fomenten la importancia que tiene el control prenatal temprano e incentivar a las gestantes para que asistan a los controles prenatales, desde el inicio de su gestación que conlleven asegurar la atención integral de la misma.
4. Al personal de salud, establecer estrategias que permitan contribuir a la disminución de la incidencia de las complicaciones asociadas a la rotura prematura de membranas mediante la información adecuada a las gestantes y su pareja sobre los factores de riesgo durante el embarazo e identificar precozmente los síntomas y signos clínicos para un diagnóstico y tratamiento oportuno.
5. Al Ministerio de Salud para que enfrente los determinantes sociales de la salud, a través de la implementación de políticas y programas de salud nacionales y/o locales, priorizando el grado de instrucción, ocupación, nivel socioeconómico y estilos de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Determinantes Sociales de la Salud. Suiza; 2009. Available from: http://www.who.int/social_determinants/es/.
2. Sanchez N, Nodarse A, Sanabrid A, Octuzar A, Couret M, Diaz A. Morbilidad y mortalidad neonatales pacientes con rotura de membranas pretermino - Cuba. [Online].; 2013. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol39_4_13/gin04413.htm.
3. Vigil P, Sauransky R, Pérez J, Delgado J, Nuñez E. Ruptura prematura de membranas. Guia clínica de FLASOG ruptura prematura de membranas. 2011;p. 2.
4. Aguilar L. Características de las gestantes con rotura prematura de membranas. [Online]; 2014.
5. Direccion Regional de Salud cajamarca - Perú. Estadísticas Sanitarias. [Online]; 2016.
6. Organización Mundial de la Salud. Informe Final de la comisión OMS Sobre Determinantes Sociales de la Salud. [Online].; 2008 [cited 2017 Eenero 2017]. Available from: http://www.who.int/social_determinants/final_report/media/csdh_report_wrs_es.pdf.
7. Ganfong A, Nieves A, Simonó N, Gonzáles J, Ferreiro N, Díaz M. Influencia de la rotura prematura de membranas en algunos resultados perinatales. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" - Cuba. Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2010 Mayo 20; 33(2).
8. Riveros J. Resultados perinatales en la rotura prematura de membranas - Gineco Obstetra del Hospital Regional de Caacupé; Paraguay. Nacional Itauguá. 2011 Abril 4; 3(1).
9. Vigil P, Savransky R, Pérez J, Delgado J, Nuñez E. Rotura Prematur de Membranas. Guia clínica de la Federación Latino Americana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia - Panamá. 2011;(1): p. 6.
10. Quimbayo LFVJM. Condiciones de vida desde el enfoque de los Determinantes sociales de la Salud en un grupo organizado de madres adolescentes - Universidad de Santander - UDES- España. Revista Cuidarte. 2012;p. 1.
11. Medina M. Determinantes que afectan la salud de las mujeres embarazadas: Universidad de San carlos de Guatemala Facultad de ciencias Médicas Escuela de estuios de Postgrado - Guatemala. [Online].; 2014. Available from: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_0154_E.pdf.
12. Fabián E. Factores de riesgo materno asociados a ruptura prematura de membranas pretermino en pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Durante el periodo Enero - Diciembre 2008. - Lima ; Perú. [Online].

Lima; 2009. Available from:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3030/1/Fabian_ve.pdf.

13. Laguna J. Prevalencia de los factores de riesgo asociados a la rotura prematura de membranas en gestantes del Hospital Nacional Docente Madre - Niño San Bartolome en el periodo Enero - Diciembre - 2015. [Online]. San Bartolome; 2015. Available from:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4101/1/Laguna_bj.pdf.
14. Aguirre L. Características de las gestantes con Rotura prematura de Membranas pretérmino atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales - Comas. Lima; Perú. [Online].; 2015. Available from:
http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1580/3/aguirre_l.pdf.
15. Miranda A. Resultados maternos y perinatales del manejo conservador de la rotura prematura de membranas en gestantes de 24 a 33 semanas. Instituto Nacional Materno Perinatal Lima; Perú. Acta médica peruana. 2014; 31(2).
16. Cruchaga D. Factores Obstetricos que Influyen en el Periodo de Latencia de la Rotura Prematura de Membranas.Hospital Nuestra Señora del Rosario. Cajabamba, Perú 2015. Cajamarca; 2016.
17. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud. Ginebra - Suiza.; 2009.
18. Organización Mundial de la Salud (OMS). Determinantes e Inequidades en Salud. [Online].; 2012. Available from: http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=58%3Ahealth-determinants-and-inequalities&catid=24%3Achapters&Itemid=165&lang=es.
19. Cifuentes R. Obstetricia de Alto Riesgo Colombia: Hoover Canaval E, Rodrigo Cifuentes B, Cesar Prieto A.; 2009.
20. Gary F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Gilstrap L, Wenstrom K. Obstetricia de Willams México: MCGRAW - HILL/Interamericana de Mexico; 2007.
21. Salud Md. Guia de práctica clinica para la atención de emergencias obstetricas según nivel de capacidad resolutive Lima: Sinco editores; 2007.
22. Espinosa R, Alvarado M, De la Fuente F, Murguía E, Valenzuela A, Vega O. Rotura Prematura de membranas Fetales. Ginecología y Obstetricia. 2013;; p. 232,233,234.
23. Rivera R, Caba F, Smirnow W, Aguilera J, Larrain A. Fiopatología de la rotura prematura de membranas ovulares en embarazos pretermino - Chile. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2009;; p. 249 - 255.
24. Beckmann C LFBHWLDSR. Obstetricia y Ginecología España: Wolters Kluwer Health España, S.A., Lippincott Williams y Wilkins; 2010.

25. Ibaceta R.
www.ssmn.cl/descargas/protocolos_referencia./hospital.san./endometritis.pdf.
[Online].; 2015.
26. Chile MdSGd. Programa Nacional Salud de la Mujer Ministerio de Salud
Gobierno de Chile: Guia Perinatal de la Rotura Prematura de Membranas -
chile. [Online].; 2015.
27. Gary FK, SHJGL, K W. Obstetricia de Williams México: McGRAW-
HLL/INTERAMERICANA; 2006.
28. Pérez A. Alto Riesgo Obstetrico. Universidad Catolica de Chile. 2012.
29. Vera O, Vera F. Evaluación del Nivel Socioeconómico: Presentación de una
escala adaptada en la población de Lambayeque. [Online].; 2011. Available
from: [Dialnet-EvaluacionDelNivelSocioeconomicoPresentacionDeUnaE-4262712 \(8\).pdf](#).
30. Aguirre. D CYHJ. Complicaciones Maternas y Fetales en Adolescentes que
Acuden al Centro de Salud Materno Infantil del Perú - Corea del AA.HH
Pachacutec 2015. Lima; Perú. [Online].; 2015. Available from:
[http://www.acarrion.edu.pe/documentos/ENFERMERIA/TRABAJO_DE%20INVE
STIGACION_3.pdf](http://www.acarrion.edu.pe/documentos/ENFERMERIA/TRABAJO_DE%20INVESTIGACION_3.pdf).
31. Juarez A. Resultados Perinatales Adversos en Embarazada Añosa Hospital
General de Zona N° 71. Mexico. [Online].; 2013. Available from:
<http://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Tesis-Angie.pdf>.
32. Campos S. Factores de riesgo asociado con ruptura prematura de membranas
en gestantes pretérmino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. Lima; Perú.
[Online].; 2014. Available from: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/477>.
33. Bezerra. F ABVOCO. Gestacion de Riesgo: Percepcion y sentimientos de las
Mujeres Embarazadas con Amniorrexe Prematuro - Brasil. Revista Electronica
Cuatrimestral de Enfermeria. 2010;: p. 20.
34. Flores J. Factores de riesgo asociados a la Rotura Prematura de membranas
en embarazos pre- términos atendidas en el Instituto Nacional Materno
Perinatal durante el periodo Enero - Diciembre, 2015. Lima ; Perú. [Online].;
2016. Available from:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4979/3/Flores_mj.pdf.
35. Cobo. T FSMFRALNPM. Rotura Prematura de Menbranas A término y Pre-
término- Hospital Materno Infantil Universidad de Barcelona- Centro Medico
Fetal Neonatal Barcelona. España. [Online].; 2015. Available from:
[https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna
_obstetrica/rotura%20prematura%20de%20membranas%20hcp-hsjd.pdf](https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/rotura%20prematura%20de%20membranas%20hcp-hsjd.pdf).
36. Vance C. www.somossalud.msp.gb.ec. [Online].; 2015.
37. Torres S. Conocimientos de signos de peligro durante el embarazo, parto y
puerperio en mujeres en edad fértil personal de salud - Santa Catarina
Ixtahuacán, Sololá, Guatemala, agosto 2015. Guatemala. [Online].; 2015.

Available from: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2015/09/03/Torres-Schirley.pdf>.

38. Ministerio de Salud del Perú. La Educación Como Determinante Social de la Salud en el Perú - Cuaderno de Promoción de la Salud. Lima. [Online].; 2007. Available from: <http://blog.pucp.edu.pe/blog/raulchoque/wp-content/uploads/sites/905/2016/04/Determinante.pdf>.
39. Cuenca E. Prevalencia y factores asociados a la rotura prematura de membranas en gestantes del Hospital Vicente Corral Morcoso, cuenca - Ecuador. [Online].; 2012.
40. Bautista O OMHJ. Guia de práctica clínica prevención , diagnostico y tratamiento de la corioamnionitis en los tres niveles de atencion. [Online].; 2013. Available from: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>.
41. Torres M. Rotura Prematura de Membranas en el Hospital Nacional Arzobispo Loaysa. Lima; Perú. [Online].; 2015. Available from: <http://repositorio.upica.edu.pe/bitstream/123456789/41/3/MAGALLY%20DEL%20PILAR%20TORRES%20-%20ROTURA%20PREMATURA%20DE%20MEMBRANAS.pdf>.
42. Vigil P SRPJDJNE. Ruptura Prematura de Membranas, Guia Clínica de la Federación Latinoamericana de la de Sociedades de Ginecología y Obstetricia FLAGOS: 2011; Guia N° 1 - España. [Online].; 2011. Available from: <http://www.sogiba.org.ar/documentos/GC1RPM.pdf>.
43. Marrero M RJAN. Estrés psicosocial laboral como factor de riesgo para las complicaciones de la gestación y el bajo peso al nacer. Revista Cubana de Salud Pública. 2013.
44. Medrano Y TM. Factores de riesgo materno fetal asociado a rotura prematura de membranas en mujeres con embarazo pretérmino en el Hospital Escuela San Juan de Dios Estelí Nicaragua. Nicaragua. [Online].; 2015. Available from: <http://repositorio.unan.edu.ni/1425/1/71416.pdf>.
45. Hoz FE dl. Diagnostico y Tratamiento de la Corioamnionitis Clínica. Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia. 2010.
46. Gonzales H VA. Endometritis puerperal: Dianostico, manejo y prevención. [Online].; 2007.
47. Vidal D CIZMMRRMCA. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000100006. [Online].; 2014.
48. Ronda E HAGARE. Ocupacion materna, duracion de la gestación y bajo peso al nacimiento - Gac Sanit vol.23 no.3 Barcelona may./jun. 2009. Barcelona; España. [Online].; 2009. Available from: scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112009000300003.

49. Lagunas J. Prevalencia de los factores de riesgo asociados a la rotura prematura de membranas en gestantes del Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé. Lima; Perú. [Online].; 2014. Available from: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4101/1/Laguna_bj.pdf.



ANEXO 01



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Me dirijo a su persona para saludarla cordialmente y al mismo tiempo manifestarle el interés en realizar un estudio de investigación que tiene por finalidad obtener datos para conocer los determinantes sociales de la salud que influyen en las complicaciones materno perinatales de la rotura prematura de membranas, para lo cual se pide su colaboración para el llenado del siguiente cuestionario, se agradece por anticipado su gentil colaboración.

CUESTIONARIO DE RECOLECCION DE DATOS

I. DATOS GENERALES

1. Edad

14 – 19 años () 20 – 24 años () 25 – 29 años ()
30 – 34 años () 35 – 39 años () 40 años a+ ()

2. Religión

Católico () No católico ()

3. Estado civil

Soltera () Casada () Conviviente ()

II. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

1. Paridad

Primigesta () Segundigesta () Multigesta ()

2. Edad gestacional

A término () Pre término () Post término ()

3. N° de controles prenatales

Ninguno () 0-3 () 4-6 () + 6 ()

4. Periodo intergenésico

0 años () 1-2 años () 3-6 años () + 6 años ()

5. Tipo de parto

Vaginal () Abdominal ()

III. DATOS DE LA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

1. Periodo de latencia

0-6 Horas () 6-12 horas () 12-24 horas () + 24 horas ()

2. Color de líquido amniótico

Claro () Verdoso () Puré de arvejas () Rojizo ()

IV. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

1. Grado de instrucción

- Sin instrucción () - Primaria incompleta ()
- Primara completa () - Secundaria incompleta ()
- Secundaria Completa () - Técnica ()
- Universitaria ()

2. Ocupación

- Estudiante () - Trabajadora doméstica ()
- Ama de casa () - Trabajadora técnica ()
- Trabajo independiente () - Trabajo profesional ()

3. Nivel socioeconómica

Nivel A () nivel B () nivel C ()
nivel D () nivel E ()

4. procedencia

Rural () Urbano ()

V. COMPLICACIONES MATERNAS

- Corioamnionitis () - Endometritis ()
- Desprendimiento prematuro de placenta ()
- Shock hipovolémico ()
- otros.....

VI. COMPLICACIONES PERINATALES

- Parto pretérmino () - Sufrimiento fetal agudo ()
- Oligohidramnios () - Síndrome de dificultad respiratoria ()
- Síndrome de aspiración de líquido amniótico ()
- Asfixia perinatal () - Otros-----

ANEXOS: 02

NIVEL SOCIOECONÓMICO

El estatus o nivel socioeconómico (NSE) es una medida total que combina la parte económica y sociológica de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas. Por este motivo, partiendo del marco conceptual descrito por la Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados APEIM 2003 – 2010 que el NSE es una variable teóricamente controvertida y que es importante aproximar el estatus socioeconómico de las familias a través de un indicador práctico.

1. ¿Cuál es el grado de estudios de Padres? Marque con un aspa (X); para ambos padres (M= Madre y P=Padre)

- Primaria Completa / Incompleta
- Secundaria completa / Incompleta
- Superior No Universitario (p. ej. Instituto Superior, otros)
- Estudios Universitarios Incompletos
- Estudios Universitarios Completos (Bachiller, Titulado)
- Postgrado

2. ¿A dónde acude el jefe del Hogar para atención médica cuando tiene algún problema de salud?

- Posta médica / farmacia / naturista
- Hospital del Ministerio de Salud / Hospital de la Solidaridad
- Seguro Social / Hospital FFAA / Hospital de Policía
- Médico particular en consultorio
- Médico particular en clínica privada

3. ¿Cuál de las siguientes categorías se aproxima más al salario mensual de su casa familiar?

- Menos de 750 soles/mes aproximadamente
- Entre 750 – 1000 soles/mes aproximadamente
- 1001 – 1500 soles/mes aproximadamente

- > 1500 soles/mes aproximadamente

4. - ¿Cuántas habitaciones tienen su hogar, exclusivamente para dormir?

- ¿Cuántas personas viven permanentemente en el hogar? (sin incluir el servicio doméstico)

5. ¿Cuál es el material predominante en los pisos de su vivienda?

- Tierra / Arena
- Cemento sin pulir (falso piso)
- Cemento pulido / Tapizón
- Mayólica / loseta / cerámicos
- Parquet / maderapulida / alfombra / mármol / terrazo

ANEXO 03

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....he sido

Informado(a) del objetivo del estudio, he conocido los riesgos, beneficios y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que la participación en el estudio es gratuita. Estoy enterada que puedo participar, continuar o retirarme del estudio en el momento en el que lo considere necesario, o por alguna razón específica.

Por lo anterior acepto voluntariamente ser participe en la investigación “DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD QUE INFLUYEN EN LAS COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES DE LA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA, 2016”.

Nombre de la paciente -----

Firma: ----- Fecha: ----/----/---- Huella Digital:

