

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA**



TESIS

**FACTORES OBSTÉTRICOS QUE INFLUYEN EN EL
PERIODO DE LATENCIA DE LA ROTURA
PREMATURA DE MEMBRANAS. HOSPITAL NUESTRA
SEÑORA DEL ROSARIO CAJABAMBA, 2015**

Presentado por la bachiller:

Cruchaga Fabián, Daryl Donina

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

CAJAMARCA, PERÚ 2016

COPYRIGHT © 2016
Daryl Donina Cruchaga Fabián
Derechos Reservados



SE DEDICA ESTE TRABAJO A:

Dios todo poderoso, por haberme dado la vida, acompañarme a lo largo de ella, cuidarme siempre y porque bajo su guía seguiré adelante.

Mis queridos padres: Benito y Santos, quienes son mi apoyo incondicional y el pilar fundamental en mi vida, porque, con su inmenso amor saben guiarme para llegar a cumplir con éxito mi meta de ser profesional, por enseñarme a superarme y ser una persona con valores.

Mis hermanos y sobrinos por su apoyo, cariño incondicional y por estar siempre a mi lado.

Daryl

SE AGRADECE A:

La Universidad Nacional de Cajamarca por haberme acogido en sus aulas.

Mi asesora Dra. Obsta. Elena Soledad Ugáz 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.

Daryl

ÍNDICE

Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Índice de Tablas	vii
Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
Introducción.....	1
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	2
1.1. Planteamiento del problema.....	2
1.2. Formulación del problema.....	3
1.3. Objetivos.....	3
1.3.1. Objetivo General	3
1.3.2. Objetivos Específicos:	3
1.4. Justificación de la investigación	4
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	5
2.1. Antecedentes.....	5
2.1.1. Antecedentes Internacionales	5
2.1.2. Antecedentes Nacionales.....	6
2.1.3. Antecedentes Locales:	7
2.2. Teorías	8
2.2.1. Rotura prematura de membranas (RPM)	8
2.2.1.1 Definición.....	8
2.2.1.2 Categorías	8
2.2.1.3 Incidencia	8
2.2.1.4 Fisiopatología	9
2.2.1.5 Mecanismo de la rotura de membranas	10
2.2.1.6 Etiología.....	11
2.2.1.7 Diagnóstico.....	12
2.2.1.8 Pruebas de laboratorio.....	13
2.2.1.9 Diagnóstico diferencial.....	14
2.2.2. Factores obstétricos	15
2.2.2.1. Paridad	15
2.2.2.2. Edad gestacional	15

2.2.2.3.	Atención prenatal.....	15
2.2.2.4.	Antecedentes previos	16
2.2.2.5.	Periodo de latencia:	16
2.3.	Hipótesis.....	16
2.4.	Variables.....	16
2.4.1.	Conceptualización y operacionalización de variables	17
CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO.....		18
3.1	Diseño y tipo de estudio.....	18
3.2	Área de estudio y población.....	18
3.3	Muestra.....	19
3.4	Unidad de Análisis	19
3.5	Criterios de inclusión y exclusión	19
3.6	Consideraciones éticas.....	19
3.7	Procedimiento, Técnica e instrumento de recolección de datos.	20
3.8	Procesamiento y análisis de datos.....	20
3.9	Control de calidad de datos	21
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS		22
CONCLUSIONES		41
RECOMENDACIONES		42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		43
ANEXOS		46

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01: Caracterización de las gestantes con rotura prematura de membranas, atendidas en el Hospital General Nuestra Señora del Rosario, 2015	22
Tabla 02: Antecedentes obstétricos de las gestantes con rotura prematura de membranas, atendidas en el Hospital General Nuestra Señora del Rosario, 2015..	27
Tabla 03: Periodo de latencia de la rotura prematura de membranas en gestantes, atendidas en el Hospital General Nuestra Señora del Rosario, 2015	31
Tabla 04: Periodo de latencia de rotura prematura de membranas en gestantes, según edad, atendidas en el Hospital General Nuestra Señora del Rosario, 2015 ..	32
Tabla 05: Periodo de latencia de rotura prematura de membranas en gestantes, según grado de instrucción, atendidas en el Hospital General Nuestra Señora del Rosario, 2015	33
Tabla 06: Periodo de latencia de rotura prematura de membranas en gestantes, según estado civil, atendidas en el Hospital General Nuestra Señora del Rosario, 2015	34
Tabla 07: Periodo de latencia de rotura prematura de membranas en gestantes, según procedencia, atendidas en el Hospital General Nuestra Señora del Rosario, 2015	35
Tabla 08: Periodo de latencia de rotura prematura de membranas en gestantes, según ocupación, atendidas en el Hospital General Nuestra Señora del Rosario, 2015	36
Tabla 09: Periodo de latencia de rotura prematura de membranas en gestantes, según paridad, atendidas en el Hospital General Nuestra Señora del Rosario, 2015	37
Tabla 10: Periodo de latencia de rotura prematura de membranas en gestantes, según edad gestacional, atendidas en el Hospital General Nuestra Señora del Rosario, 2015	38
Tabla 11: Periodo de latencia de rotura prematura de membranas en gestantes, según el número de atenciones prenatales, atendidas en el Hospital General Nuestra Señora del Rosario, 2015	39
Tabla 12: Periodo de latencia de rotura prematura de membranas en gestantes, según antecedentes de rotura prematura de membranas, atendidas en el Hospital General Nuestra Señora del Rosario, 2015	40

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se realizó con la finalidad de determinar los factores obstétricos que influyen en el periodo de latencia de la rotura prematura de membranas, en cual fue ejecutado en el Hospital Nuestra Señora del Rosario durante el año 2015. El estudio fue de tipo descriptivo, prospectivo, correlacional, corte transversal; tuvo como muestra a 70 gestantes que fueron atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia. Se utilizó como instrumento una ficha de recolección de datos elaborada por la autora, encontrando los siguientes resultados: la mayoría de gestantes con rotura prematura de membranas perteneció al grupo etáreo de 20-24 años (26,8%), el mayor porcentaje de ellas tiene primaria incompleta (48,6%), son convivientes (72,9%); amas de casa (57,1%) y procedentes de la zona rural (62,9%). Hay mayor frecuencia de gestantes con rotura prematura de membranas que fueron multíparas (64,3%), con una edad gestacional de 37 a 41 semanas, presentaron de 7 controles a más, no tuvieron antecedentes de Rotura Prematura de Membranas y presentaron un periodo de latencia menor de 12 horas (78,6%). Finalmente se llegó a determinar que no existe asociación altamente significativa entre los factores obstétricos y el periodo de latencia de la rotura prematura de membranas.

Palabras claves: factores obstétricos, periodo de latencia de la rotura prematura de membranas.

ABSTRACT

This research was conducted in order to determine obstetrical factors influencing the latency period of premature rupture of membranes, which was executed in the Our Lady of the Rosary Hospital during 2015. The study was type descriptive, prospective, correlational, cross-section; as it is shown had 70 pregnant women who were treated at the service of Obstetrics and Gynecology. a data collection sheet developed by the author was used as an instrument, and found the following results: most pregnant women with premature rupture of membranes belonged to the age group of 20-24 years (26.8%), the highest percentage of them has incomplete primary education (48.6%) are cohabiting (72.9%); housewives (57.1%) and from rural areas (62.9%). There is increased frequency of pregnant women with premature rupture of membranes were multiparous (64.3%), with a gestational age of 37-41 weeks had 7 more controls, had no history of Premature Rupture of Membranes and had a period of lower latency of 12 hours (78.6%). Finally it came to determine that there is highly significant association between obstetric factors and the latency period of premature rupture of membranes.

Keywords: obstetrical factors, latency period of premature rupture of membranes

INTRODUCCIÓN

La rotura prematura de membranas (RPM) se define como la rotura espontánea de membranas ovulares después de las 22 semanas de edad gestacional y hasta una hora antes del inicio del trabajo de parto (1). Una de las complicaciones de esta patología es la corioamnionitis la cual va a depender fundamentalmente del periodo de latencia, que es el tiempo transcurrido desde el inicio de la rotura de las membranas hasta el inicio del trabajo de parto (2).

Se puede evidenciar que los factores asociados a la RPM son diversos e importantes para tenerlos en cuenta en la atención prenatal, motivo por el cual se realizó el presente estudio cuyo objetivo fue determinar los factores obstétricos que influyen en el Periodo de Latencia de la Rotura Prematura de Membranas, en el Hospital Nuestra Señora del Rosario Cajabamba.

Se encontró que la mayoría de gestantes con RPM tenía entre 20-24 años; con grado de instrucción primaria incompleta, convivientes y procedentes de la zona rural, una edad gestacional de 37- 41 semanas, con 7 atenciones prenatales a más, multíparas, la mayoría tuvo un periodo de latencia menor de 12 horas.

Finalmente se determinó que no existe relación significativa entre los factores obstétricos y periodo de latencia de la rotura prematura de membranas.

La presente tesis está estructurada de la siguiente manera:

CAPÍTULO I: en el cual se consignan la definición y delimitación del problema, formulación del problema, los objetivos y la justificación de la investigación.

CAPÍTULO II: conformado por los antecedentes, las teorías sobre el tema, la hipótesis y las variables.

CAPÍTULO III: correspondiente al diseño metodológico.

CAPÍTULO IV: comprende la discusión y análisis de los resultados.

Finalmente están las conclusiones y las recomendaciones, fruto de la investigación así como las referencias bibliográficas y los anexos.

La autora

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema.

La Rotura Prematura de Membranas (RPM) es la solución de continuidad de las membranas permitiendo la salida del líquido amniótico, después de las 22 semanas de edad gestacional y se considera hasta antes del inicio del trabajo de parto (1).

Se considera un problema de salud pública debido a su asociación con los altos índices de morbilidad perinatal y materna. A nivel mundial la RPM tiene una incidencia de 16 - 21% de todos los embarazos, dependiendo de las poblaciones estudiadas, en promedio puede decirse, que un 10% de los embarazos son afectados por un cuadro de RPM. Alrededor de un 80% de los casos ocurre después de las 37 semanas (RPM de término), y el 20% restante se presenta en embarazos de pretérmino. Este último grupo contribuye con un tercio de los casos de partos prematuros espontáneos con un importante impacto en la morbilidad perinatal, pues es responsable de alrededor de un 10% del total de las muertes perinatales. La RPM también se asocia a un aumento de la morbilidad materna, debido a un significativo incremento en la incidencia de corioamnionitis clínica e infección puerperal (3, 4).

En el Perú, en el 2013 se presentaron 1059 casos haciendo un 60,1% (5) y en Cajamarca (2014), la incidencia es de 8,78% de casos con un total de 539 gestantes con RPM (6).

En Cajabamba esta situación no es diferente y a pesar de que no se tiene una cifra estadística de la incidencia; sin embargo se considera que es alta por la frecuencia con que acuden las gestantes con esta complicación en diferentes edades gestacionales y con diferentes periodos de latencia. Su etiología no está bien determinada, pero se conoce que existen diferentes factores de riesgo que puede

conllevar a que se produzca una Rotura Prematura de Membranas, entre estos pueden citarse a los factores obstétricos como la paridad, edad gestacional, atenciones prenatales y antecedentes de rotura prematura de membranas; sin embargo en la región de Cajamarca no se conoce con exactitud cuál es la influencia de estos factores en el desencadenamiento de tal complicación, es por ello que se pretende realizar el presente trabajo de investigación cuyo objetivo fundamental es determinar algunos factores obstétricos que influyen en el periodo de latencia de la ruptura prematura de membranas, en el Hospital Nuestra Señora Del Rosario de Cajabamba, 2015.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores obstétricos que influyen en el Periodo de Latencia de la Rotura Prematura de Membranas, en el Hospital Nuestra Señora del Rosario Cajabamba, 2015?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar los factores obstétricos que influyen en el Periodo de Latencia de la Rotura Prematura de Membranas, en el Hospital Nuestra Señora del Rosario Cajabamba, 2015.

1.3.2. Objetivos Específicos:

1. Caracterizar socioculturalmente a las gestantes con Rotura Prematura de Membranas.
2. Establecer algunos antecedentes obstétricos de las gestantes con Rotura Prematura de Membranas.
3. Determinar algunos factores obstétricos que influyen en el Periodo de Latencia de la Rotura Prematura de Membranas.

1.4. Justificación de la investigación

Dentro de las principales causas directas de muerte materna registradas en el Perú se mencionan a las infecciones relacionadas al embarazo. Dentro de ellas cabe resaltar la corioamionitis (2) originada mayormente por la RPM, complicación que puede ser evitada si oportunamente se diagnostica y se brinda un manejo adecuado.

En el Hospital Nuestra Señora del Rosario Cajabamba, en la práctica cotidiana, con frecuencia se observa el ingreso de gestantes con RPM al servicio de emergencia, que en muchos de los casos culminan en complicaciones mayores tanto para la madre como para el niño.

La RPM es una patología frecuente en las pacientes gestantes, que se puede manifestar por medio de una clínica evidente, su incidencia es alta, tanto a nivel nacional como regional y local y las repercusiones que trae consigo constituyen un serio problema de salud pública.

La presente investigación tiene como objetivo determinar los factores obstétricos que influyen en el Periodo de Latencia de la RPM, en el Hospital Nuestra Señora del Rosario Cajabamba; los resultados y su análisis, de una parte aportarán a la teoría y de otra, permitirán plantear estrategias dirigidas a las gestantes a fin de que estas puedan identificar de manera precoz los factores de riesgo y solicitar ayuda oportunamente a fin de recibir un tratamiento en el momento indicado, previniendo así futuras complicaciones tanto en ella misma como en su recién nacido. De esta manera se estará contribuyendo a la disminución de los índices de morbilidad materna y perinatal, hecho que beneficiará no solo a las gestantes y recién nacidos sino también a la familia y a la sociedad, así como a los servicios de salud.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Cedeño M, García P. (Ecuador, 2012), en su estudio encontraron que la RPM tiene importantes repercusiones en los resultados perinatales, ya que es la causa de más del 30% de los partos pretérminos, comprobó una alta distribución de casos entre las gestantes de 34 - 37 semanas de gestación y 30 - 33 semanas de gestación con un resultado de 67% y 33% respectivamente. El 72 % de la población encuestada fueron multigestas, un 14 % en pacientes segundigestas al igual que las primigestas. El 62 % de gestantes que tuvieron controles prenatales incompletos, el 29 % presentaron controles completos y el 9 % restante no reportaron controles. De la población encuestada el 48% tiene entre 22 - 28 años de edad; seguido de un 23% de gestantes entre 16 y 21 años, el 14 % fueron de 29 y 34 años, el 10 % < de 15 años al igual que las gestantes > de 35 años. Pudieron identificar que 90% de las gestantes con RPM Pretérmino se encuentran actualmente en unión libre, el 5 % se encuentran solteras y un 5% restante están casadas. De las gestantes con RPM Pretérmino en estudio el 66 % presentaron instrucción primaria, el 24 % presentaron instrucción secundaria; un 5 % adquirieron instrucción superior y el 5 % restante eran analfabetas. El 67% vivían en áreas rurales y el 33% restante en áreas urbanas (7).

Pinto I. (Ecuador, 2013), determinó que a la edad igual o menor de 18 años le corresponde el 23,2%; mientras que el grupo de edad comprendida entre 19 y 34 años, es de 66,1% y de 35 y más años el 10,7%. La RPM se presenta con mayor porcentaje en el grupo con instrucción secundaria en el 62,5%, seguido de la instrucción primaria en el 29%, mientras que a la instrucción superior le correspondió el 8,9%, y a aquellas con ningún nivel de instrucción el 1,8%. Pudo identificar

claramente que en el grupo estudiado predomina la unión libre en el 66,1%, frente a un 16,1% de las pacientes que están casadas, el 12,5 % de solteras y en menos cantidad el estado de separada con un 5,4 %. La mayoría de las pacientes son nulíparas independiente del número de gestas que hayan tenido con el 60,7%, las primíparas con un 21,4 % y las multíparas con el 17,9%. El 64,3% tuvo 5 controles prenatales es el nivel eficiente mínimo o superior a 5, mientras que el 32,1% tuvieron 4 o menos controles, y un 3,6% sin ninguna atención prenatal (8).

Burgos W. (Ecuador, 2013), en su estudio determinó que, según la edad de la paciente el mayor porcentaje de Ruptura Prematura de Membrana se presentó en pacientes de 19 y 20 años de edad el 28% respectivamente, en pacientes de 18 años se presentó en un 24% y en pacientes de 17 años el 20% siendo este el menor porcentaje. En cuanto al estado civil el mayor porcentaje de Ruptura Prematura de Membrana se presentó en pacientes de unión libre con 48% y el menor porcentaje se presentó en pacientes casadas con 24%. En relación a la residencia, corresponde a área urbana en el 80% y área rural en un 20%. En lo referente a la edad gestacional el mayor porcentaje de Ruptura Prematura de Membranas se presentó en pacientes con 31 y 40 semanas de gestación en el 72%, mientras que en pacientes con gestaciones de 20 y 30 semanas en el 28%. Según la paridad se presentó en pacientes primigestas con el 60% mientras que el menor porcentaje se presentó en pacientes multíparas con el 48%. Las pacientes que acudieron con mayor frecuencia a los controles prenatales están con el 56%, seguido por primera vez con el 24% y las pacientes que no tuvieron controles en el 20% (9).

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Fabián E. (Lima, 2009), durante su estudio encontró 1127 casos de RPM representando el 6,47% del total de partos atendidos a dicho periodo. El 41,9% fueron nulíparas, 25,6% correspondieron a primíparas, 29,1% son multíparas, el 3,4% son gran multíparas. El 10,8% presentó RPM durante algún embarazo anterior (10).

Muñoz G, Levano J, Paredes J. (Lima, 2010), en su estudio concluyeron que de las 140 historias clínicas de gestantes a término que ingresaron con el diagnóstico de RPM, el 82,8% era nulíparas y 16,2% multíparas (11).

Ybaseta J, Barranca M, Fernández I, Vásquez F. (Pisco, 2012), concluyeron que la mayoría de gestantes presentan edades entre 20 y 34 años con el 77%, seguido del grupo mayor o igual de 19 años con el 17% y con el 6% el grupo mayor de 34 años. El 65% de las pacientes fueron multíparas, 33% nulíparas y 2% gran multíparas (12).

Gutiérrez M, Martínez P, Apaza J. (Ayacucho, 2014), en su estudio determinaron que del total de pacientes que presentaron RPM pretérmino, un 29,6% (21 pacientes) refirieron haber presentado ruptura prematura de membranas en partos anteriores (13).

Laguna, J. (Lima, 2015), en su investigación, determinó que de los 109 casos de RPM estudiados, el 62,4% corresponden a gestantes con RPM antes de las 37 semanas de gestación, mientras que el restante 37,6% corresponden a RPM a término. El 57,8% de las gestantes tuvieron menos de 6 controles prenatales, es decir atenciones prenatales insuficientes, de estas 4 pacientes no tuvieron ningún control prenatal, mientras que el 42,2% fueron controladas adecuadamente. En cuanto a la paridad el 60,6% de las gestantes son nulíparas, y el 39,4% ha tenido al menos un parto. El 7,3% de las gestantes presentaron en la historia clínica antecedente de RPM en una gestación anterior (14).

2.1.3. Antecedentes Locales:

Cachi, S. (Cajamarca, 2015), en su estudio, determinó que según la edad gestacional el 27% de gestantes pertenece al grupo etáreo entre 20 a 24 años, el 25,8% pertenece al grupo de 25 a 29 años, 22,5% corresponde al grupo de 15 a 19 años, 17,4% pertenece a edades entre 30 a 34 años y el 0,6% pertenece al grupo atareó de 40 a 44 años. En cuanto al grado de instrucción el 33,7% de las gestantes tienen secundaria completa, el 19,1% tiene primaria incompleta, seguidamente de las gestantes que tienen primaria completa con un 18,5% y 3,4% tiene superior universitaria. El 73% de gestantes pertenecen a la zona urbana y el 27% pertenece a la zona rural. En cuanto al estado civil el 52,8% de las gestantes son convivientes, el 31,5% son solteras y el 15,7% son casadas. En relación a la gravidez, el 48,9% son pacientes primigestas, 27% son segundigestas y 24,1% multigestas (15).

2.2. Teorías

2.2.1. Rotura prematura de membranas (RPM)

2.2.1.1 Definición

Rotura de las membranas corioamnióticas después de las 22 semanas de gestación y antes del inicio del trabajo de parto (1).

RPM prolongada: Rotura prematura de membranas mayor de 24 horas (1).

Al hablar de RPM se debe tener en cuenta el periodo de latencia, es el tiempo transcurrido desde el inicio de la rotura de las membranas hasta el inicio del trabajo de parto (2).

2.2.1.2 Categorías

La rotura de membranas se clasifica en dos categorías generales:

- a. Rotura prematura de membranas a término: después de 37 semanas de gestación.
- b. Rotura prematura de membranas pretérmino: antes de las 37 semanas de gestación, la cual a su vez se divide en:
 - RPM previsible: ruptura prematura de membranas en gestaciones menores de 23 semanas.
 - RPM lejos del término: ruptura prematura de membranas en gestaciones de 24 a 32 semanas.
 - RPM cerca de término: ruptura prematura de membranas en gestaciones de 33 a 36 semanas (16).

2.2.1.3 Incidencia

La incidencia es de 16% a 21% en embarazos a término y 15% a 45% en el embarazo pretérmino (1, 2).

A nivel general, en promedio puede decirse, que un 10% de los embarazos son afectados por un cuadro de RPM. Alrededor de un 80% de los casos ocurre después

de las 37 semanas (RPM de término), y el 20% restante se presenta en embarazos de Pretérmino. Este último grupo contribuye con un tercio de los casos de partos prematuros espontáneos con un importante impacto en la morbilidad perinatal, pues es responsable de alrededor de un 10% del total de las muertes perinatales. La RPM también se asocia a un aumento de la morbilidad materna, debido a un significativo incremento en la incidencia de corioamnionitis clínica e infección puerperal. El nacimiento previo a las 37 semanas cumplidas debe planearse para que ocurra en centros terciarios, con el objeto de proporcionar un cuidado adecuado al recién nacido (2, 3).

2.2.1.4 Fisiopatología

La expresión membranas fetales se aplica a la estructura anatómica que incluye el corion y el amnios. Desde una perspectiva estructural, el corioamnios está compuesto por ocho capas, descritas por Bourne en 1960, de las cuales cinco hacen parte del amnios y tres del corion (15, 16).

El amnios se deriva del citotrofoblasto y está compuesto por cinco capas: el epitelio amniótico (en contacto con líquido amniótico), que descansa sobre la membrana basal; luego se halla la capa compacta, que forma el esqueleto fibroso y le da la resistencia al amnios; la siguiente es la capa de fibroblastos, que es la más delgada y está compuesta de células mesenquimales y macrófagos dentro de una matriz extracelular; le sigue la capa intermedia o esponjosa, la cual separa el amnios del corion y se caracteriza por tener abundante cantidad de proteoglicanos y glicoproteínas hidratadas que le dan la apariencia “esponjosa” y a su vez le permite al amnios deslizarse sobre el corion, que se encuentra firmemente adherido a la decidua materna. Al corion, en contacto con la decidua materna, lo componen tres capas (reticular, membrana basal y trofoblastos) y, a pesar de ser más delgado que el amnios, tiene mayor resistencia (16).

Los componentes estructurales principales de estas capas son células y matriz extracelular. La matriz extracelular está compuesta por una variedad de componentes de colágeno y no colágeno como microfibrillas, elastina, laminina y fibronectina, que le dan la fuerza tensil a las membranas, especialmente a través de las fibras de colágeno tipos I y III de la capa compacta y tipo IV de las membranas

basales. Este colágeno es degradado por una variedad de enzimas tipo metaloproteinasas tales como colagenasas y gelatinasas (16).

2.2.1.5 Mecanismo de la rotura de membranas

Las membranas que se rompen prematuramente, a diferencia de las que se rompen intraparto, tienen en el sitio de contacto con el cérvix un defecto focal llamado “zona de morfología alterada” (ZMA), caracterizada por marcado edema, alteración del tejido conjuntivo, adelgazamiento de la capa de trofoblastos, adelgazamiento o ausencia de la decidua y apoptosis aumentada, asociado con una disminución importante en la densidad del colágeno tipos I, III y V. Por lo anterior, cuando la presión intrauterina aumenta y ejerce presión sobre esta zona se produce la ruptura de las membranas. Estudios preliminares sugieren que los cambios en la zona de morfología alterada, junto con una disminución marcada de la elasticidad secundaria a la disminución de los niveles de colágeno, son más evidentes en los casos de RPM pretérmino (16).

Las teorías implicadas en el mecanismo de la ruptura de las membranas más aceptadas son: sobredistensión mecánica en RPM a término e infección en RPM pretérmino, por activación de las metaloproteinasas que producen pérdida de contacto de las células de la matriz e inducen un mecanismo autocrino-paracrino a través de citoquinas inflamatorias (16).

Se ha evidenciado también que aquellas entidades que conllevan a la disminución del contenido de colágeno, alteración en su estructura o aumento en su actividad colagenolítica, se asocian con RPM, entre ellas:

Disminución del contenido de colágeno. Como ejemplo se encuentran aquellos embarazos que cursan con fetos afectados por el síndrome de Ehler-Danlos. Esta entidad hace parte de un grupo de enfermedades hereditarias que alteran la estructura y función del colágeno y se asocian en forma importante con RPM.

Alteración de la estructura del colágeno. La disminución en los niveles de cobre y ácido ascórbico, en pacientes fumadoras o con déficit nutricionales, pueden contribuir a alteración de la estructura del colágeno.

Actividad colagenolítica aumentada. La degradación del colágeno y la fibronectina es mediada por las metaloproteinasas de la matriz celular (MMP), producidas por la membrana basal, los fibroblastos del amnios y los trofoblastos del corion, y cuya acción es bloqueada principalmente por los inhibidores específicos de tejido —TIMP—. La integridad de las membranas fetales se mantiene a lo largo de la gestación debido a una combinación de la baja actividad de MMP y mayor concentración de TIMP. En el momento del parto (en embarazos a término) o en casos de infección (en embarazos pretérmino) el equilibrio entre MMP y TIMP se altera y se produce degradación proteolítica de la matriz extracelular de las membranas fetales. La infección induce una respuesta inflamatoria materno-fetal que aumenta la producción y liberación de citoquinas inflamatorias (interleuquina [IL]-1, IL-6, IL-8) y factor de necrosis tumoral, las cuales inducen producción de prostaglandinas que llevan a maduración cervical y aumento de la contractilidad miometrial. La elevación de estos mensajeros biológicos (citoquinas y prostaglandinas) son considerados marcadores de parto pretérmino y RPM.

Los factores asociados con la RPM pueden incrementar la expresión de MT1-MMP, MMP-2 y MMP-3 de las membranas ovulares e inducir la expresión o liberación de MMP-9. Estos factores reducen los niveles del inhibidor tisular de las metaloproteinasas TIMP-2. MT1-MMP y bajos niveles de TIMP-2 activan MMP-2 a su forma activa. MMP-2 activo y MMP-3, junto con otras proteasas, activan MMP-9. Todas estas metaloproteinasas activas pueden degradar las proteínas de la matriz extracelular y causar la ruptura de membranas. Los factores también pueden activar la apoptosis mediada por p53 y el factor de necrosis tumoral (FNT). La acción sinérgica de todos estos factores genera un círculo vicioso de eventos que resultan en ruptura de membranas (16).

2.2.1.6 Etiología

- Traumatismos y complicaciones de procedimientos invasivos.
- Estiramientos de las membranas: Incompetencia cervical, polihidramnios, embarazo múltiple.
- Infección local por Trichomonas, estreptococo grupo B, Clamydia, Ureaplasma.
- Alteraciones de las propiedades físicas de las membranas por déficit de vitamina C, Cobre o Zinc (1).

Factores de riesgo asociados:

- Embarazo múltiple y polihidramnios
- Infección cérvico vaginal
- Infección intraamniótica
- Presentaciones podálica y transversa.
- Antecedente de RPM
- Parto pretérmino
- Traumatismo
- Pruebas auxiliares invasivas. GUÍA
- Hemorragia subcoriónica
- Coito
- Paridad
- Estrato socioeconómico bajo (nutrición inadecuada)
- Abuso de sustancias, incluyendo tabaquismo
- Patología del cuello uterino
- Bajo peso materno
- Metrorragia del segundo y tercer trimestre
- Malformaciones y tumores uterinos
- Embarazo con DIU (1, 18, 19).

2.2.1.7 Diagnóstico

Cualquier mujer embarazada que consulte por salida de líquido por la vagina o en quien se documente disminución en el volumen del líquido amniótico por ecografía, debe ser cuidadosamente evaluada para descartar RPM. El tacto vaginal debe evitarse hasta que el diagnóstico de RPM se haya descartado, a menos que haya signos francos de trabajo de parto. El primer paso para hacer el diagnóstico es realizar especuloscopia con el fin de evaluar la presencia de líquido amniótico en fondo de saco posterior y documentar la ruptura de membranas con ayuda de los test que a continuación se describen. Si el líquido amniótico no es visualizado espontáneamente, se puede provocar su salida a través del orificio cervical mediante maniobras de valsalva, pidiéndole a la paciente que tosa, o rechazando la presentación (1).

2.2.1.8 Pruebas de laboratorio

Se han recomendado diversas pruebas para la evaluación de la RPM, pero sólo dos han trascendido: la del papel de nitracina y la de helecho, también conocida como prueba de cristalización del líquido amniótico (16,17).

- La prueba de helecho

Es la más comúnmente utilizada. La secreción vaginal que se encuentran en el fondo de saco vaginal es recolectada con un aplicador de algodón estéril y extendida en una laminilla de vidrio; luego, por un tiempo suficiente (diez minutos o más), se deja secar al aire (no con calor) y se examina al microscopio para buscar la presencia de un patrón arborizado (helecho). Se han reportado falsos positivos por la presencia de solución salina, moco, o cuando la laminilla no está completamente seca (16).

- La prueba de nitracina

Esta prueba se basa en el hecho de que el pH del líquido amniótico (pH 7,0 a 7,5) es significativamente más alcalino que la secreción vaginal normal (pH 4,5 a 5,5). La prueba se realiza tomando una muestra de secreción de fondo de saco vaginal que se extiende en papel de nitracina. Un cambio a color azul verdoso (pH 6,5) o a azul (pH 7,0) con mucha probabilidad sugiere la presencia de líquido amniótico. Sin embargo, pueden presentarse falsos positivos por la presencia de sangre, orina, semen o agentes antisépticos (16).

- Ecografía

La ecografía ayuda a confirmar la RPM, especialmente cuando la prueba de helecho o de nitracina es dudosa. La RPM usualmente se asocia, con volúmenes de líquido amniótico bajo, pero pueden encontrarse lagos de hasta 2 x 2 cm en presencia de RPM (16).

- Amniocentesis

La amniocentesis puede ser usada para confirmar el diagnóstico de RPM si las pruebas anteriores son dudosas. Éste es un procedimiento invasivo, que requiere la infusión de una ampolla de índigo de carmín (o complejo B) diluido en 10 a 20 ml de SSN estéril en la cavidad amniótica a través de una aguja de amniocentesis; luego

se deja una compresa en la vagina durante 30 a 40 minutos. La presencia de color rojo (o amarillo) en la compresa confirma el diagnóstico de RPM. El azul de metileno no se debe usar porque se ha asociado con anemia hemolítica, hiperbilirrubinemia y metahemoglobinemia (16).

La amniocentesis también puede ser usada para confirmar el diagnóstico de infección intraamniótica (glucosa menor que 16 - 20 mg/dl, gram positivo o cultivo de líquido amniótico positivo) y madurez pulmonar fetal (16).

- Pruebas bioquímicas

Varios marcadores bioquímicos como la fibronectina fetal (fFN), la alfafetoproteína (AFP) y la diamino oxidasa (DAO) han sido propuestos como herramientas para el diagnóstico de RPM, más hay pocos datos que soporten su utilidad debido básicamente a sus costos, por lo que son utilizados solamente cuando el diagnóstico de RPM es altamente sospechoso y no ha sido posible diagnosticarla con las pruebas anteriores (16)

La fibronectina fetal (positiva > 50 ng/ml) es una prueba diagnóstica con alto valor predictivo negativo, es decir, que en una paciente con alta sospecha de RPM pretérmino una prueba negativa de fFN la descarta, pero un resultado positivo no la confirma (16).

La alfafetoproteína tiene una sensibilidad de 88%, una especificidad de 84%, un valor predictivo positivo de 86% y un valor predictivo negativo de 87%.

La diamino oxidasa (DAO) tiene sensibilidad de 83%, especificidad de 95%, valor predictivo positivo de 95% y valor predictivo negativo de 84,5% (16).

2.2.1.9 Diagnóstico diferencial

- Flujo vaginal: blanco, amarillento, asociado a prurito: no es líquido, no cristaliza y no produce oligoamnios.
- Expulsión del tapón mucoso: fluido mucoso, a veces sanguinolento. Es de consistencia mucosa, no cristaliza ni da oligoamnios.
- Incontinencia de orina: en segunda mitad del embarazo. Mayor en multíparas. Es líquida pero no cristaliza ni da oligoamnios.
- Rotura quiste vaginal Infrecuente Pérdida brusca de líquido cristalino por vagina.

- Hidrorrea decidual: Primera mitad del embarazo: líquido claro con tinte amarillo. Desde el espacio entre las deciduas parietal y refleja.
- Rotura bolsa amniocorial: Del espacio virtual entre corion y amnios, por delaminación de éste último.
- La especuloscopia, la microscopia y la ecografia tendrán la última palabra (1, 2, 20).

2.2.2. Factores obstétricos

Es un elemento circunstancia o influencia que contribuye a producir un resultado en la salud materna durante el embarazo, parto o puerperio (21, 22).

2.2.2.1. Paridad

Cantidad de embarazos viables, no cantidad de fetos.

- Nulípara: nunca completó un embarazo, puede haber tenido abortos previos
- Primípara: ha dado a luz sólo un feto o fetos viables
- Multípara: ha completado dos o más embarazos viables (23).

2.2.2.2. Edad gestacional

Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos (24).

2.2.2.3. Atención prenatal

Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal (23).

Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbimortalidad en la vida del ser humano, como es el período

perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna (23).

2.2.2.4. Antecedentes previos

Presencia de RPM en embarazos anteriores (16).

2.2.2.5. Periodo de latencia:

Es el tiempo transcurrido desde el inicio de la ruptura de las membranas hasta el inicio del trabajo de parto (16).

2.3. Hipótesis

Existen factores obstétricos que influyen significativamente en el Periodo de Latencia de la Rotura Prematura de Membranas en pacientes que acuden al Hospital Nuestra Señora del Rosario de Cajabamba.

2.4. Variables

- Variable dependiente

Periodo de Latencia de la Rotura prematura de membranas

- Variable independiente

Factores obstétricos

2.4.1. Conceptualización y operacionalización de variables

TIPO DE VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Variable independiente Factores obstétricos	Paridad	Nulíparas Primíparas Múltiparas	Nominal
	Edad gestacional	28 – 36 ss 37 – 41 ss 42 ss – a más	Ordinal
	Nº de Atenciones Prenatales	Ninguno 1 – 3 4 – 6 7 a más	Intervalo
	Antecedentes previos de Rotura Prematura de Membranas	SI NO	Nominal
Variable dependiente Periodo de latencia de la Rotura Prematura de Membranas		0 - 12 horas >12 horas	Intervalo

CAPÍTULO 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.
- De corte 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 el Periodo de Latencia de la Rotura Prematura de Membranas.
- Correlacional porque determinó la influencia de los factores obstétricos en el Periodo de Latencia de la Rotura Prematura de Membranas.
- Prospectiva porque los datos se recolectaron conforme ocurran los hechos.

3.2 Área de estudio y población

El estudio se realizó en el Hospital Nuestra Señora del Rosario de Cajabamba, ubicado en la provincia con el mismo nombre. Cajabamba es una provincia que se encuentra situada al sur del departamento de Cajamarca, en la sierra septentrional de Perú, está ubicada a 124 Km. al sur de Cajamarca y 60 Km. al Norte de Huamachuco, está a 2,650 metros sobre el nivel del mar.

La población estuvo conformada por las gestantes con Rotura Prematura de Membranas, atendidas en el Hospital Nuestra Señora del Rosario de Cajabamba, que según registro estadísticos de enero a diciembre del 2015 es de 70.

3.3 Muestra

Por ser pequeña la población la muestra fue la misma.

$$n = 70$$

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, atendidas en el Hospital Nuestra Señora del Rosario de Cajabamba.

3.5 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Ser una gestante con RPM.
- Estar en uso completo de facultades mentales.
- Aceptar voluntariamente ser parte de la muestra del presente estudio.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con diagnóstico presuntivo de RPM.

3.6 Consideraciones éticas

En esta investigación primó los siguientes criterios éticos:

Autonomía: en la investigación la prioridad fueron las opiniones vertidas por las gestantes con RPM.

No maleficencia: la información se obtuvo sin lucro personal y sin daño alguno a las gestantes.

Consentimiento informado: luego que la gestante fue informada de los objetivos de la investigación firmó un consentimiento informado consintiendo en formar parte de la investigación.

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

Justicia: se brindó a cada una de las gestantes un trato de equidad, privacidad, anonimato y confidencialidad.

Confidencialidad: la información obtenida de cada gestante no podrá ser revelada, utilizándose solo para fines de investigación.

3.7 Procedimiento, Técnica e instrumento de recolección de datos.

Se solicitó el permiso al director del Hospital para la realización del presente estudio, de igual forma se informó al jefe del servicio de Ginecología y Obstetricia.

En una segunda fase luego de haber hecho firmar el consentimiento informado a las gestantes con RPM y de informarles acerca de la investigación se procedió a recoger la información correspondiente.

La técnica a utilizada fue la encuesta y el instrumento un cuestionario de recolección de datos donde se consignaron datos generales de las gestantes, así como el tiempo de periodo de latencia, y datos de los factores obstétricos como las atenciones prenatales, edad gestacional, paridad, antecedente previo de RPM,

3.8 Procesamiento y análisis de datos.

Procesamiento

Una vez transcrita la información fue codificada para su almacenamiento en la base de datos del paquete EXCEL, para luego ser procesado en el software estadístico SPSS v 21. Los resultados obtenidos fueron vaciados y presentados en tablas estadísticas simples y de contingencia, para el análisis estadístico respectivo.

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 emitir conclusiones relacionadas a los objetivos planteados.

3.9 Control de calidad de datos

La operatividad y funcionalidad del instrumento de recolección de datos (cuestionario) en base a una prueba piloto realizada en 10 gestantes con diagnóstico de RPM.

Se asume un 95% de confiabilidad en la recolección de datos ya que la información fue recogida por la investigadora.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 Caracterización socioculturalmente de las gestantes con Rotura Prematura de Membranas, atendidas en el Hospital Nuestra Señora del Rosario, 2015

Tabla 01: Caracterización de las gestantes con rotura prematura de membranas, atendidas en el Hospital Nuestra Señora del Rosario, 2015

Edad	n°	%
15 - 19 años	5	7,1
20 - 24 años	20	28,6
25 - 29 años	16	22,9
30 - 34 años	11	15,7
35 - 39 años	11	15,7
40 - 44 años	7	10,0
Grado de instrucción	n°	%
Primaria incompleta	34	48,6
Primaria completa	14	20,0
Secundaria incompleta	5	7,1
Secundaria completa	12	17,1
Superior técnica completa	5	7,1
Estado Civil	n°	%
Soltera	4	5,7
Casada	15	21,4
Conviviente	51	72,9
Procedencia	n°	%
Zona urbana	26	37,1
Zona rural	44	62,9
Ocupación	n°	%
Ama de casa	40	57,1
Empleada de hogar	13	18,6
Empleada pública	7	10,0
Empleada privada	9	12,9
Estudiante	1	1,4
Total	70	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

En la presente tabla, se puede evidenciar que, el 28,6% de gestantes que tuvo rotura prematura de membranas pertenece al grupo etáreo de 20-24 años de edad, seguido del grupo de 25-29 años con el 22,9%; un pequeño porcentaje de gestantes perteneció al grupo etáreo de 15-19 años.

La edad cobra importancia porque puede constituir en algunos casos un factor de riesgo para algunas complicaciones obstétricas, en el caso de la RPM en las adolescentes, estas generalmente pertenecen a estratos socioeconómicos bajos, que las puede conllevar a estados de desnutrición, y disminución en el aporte de elementos importantes como el cobre o la vitamina C cuyo déficit puede conllevar a rotura prematura de membranas, en otros grupos, probablemente las mujeres tengan mayor vida sexual activa que conllevan que sean propensas a tener infecciones vaginales que al no ser tratadas provocan la rotura prematura de membranas.

Un significativo porcentaje (10,0%) de gestantes pertenecen al grupo de 40-44 años de edad, que también se puede constituir en factor de riesgo porque en muchos de los casos estas mujeres son multíparas y podrían de igual forma presentar estados de desnutrición que pueden disminuir la longitud tensil de las membranas y ocasionar su rotura.

Estos datos son similares a los hallados por Cachi S. (2014), quien en su estudio, determinó que según la edad el 27% de gestantes pertenece al grupo etáreo entre 20 a 24 años, el 25,8% pertenece al grupo de 25 a 29 años, 22,5% corresponde al grupo de 15 a 19 años, 17,4% pertenece a edades entre 30 a 34 años y el 0,6% pertenece al grupo etáreo de 40 a 44 años.

Cedeño M. y García P. (2012), por su parte muestran resultados diferentes tales como que el 48% cursaba con una edad entre 22-28 años; seguido de un 23% de gestantes entre 16 y 21 años, el 14 % fueron de 29 y 34 años, el 10 % < de 15 años al igual que las gestantes > de 35 años, de igual manera Burgos W.(2013) determinó que a la edad igual o menor de 18 años le correspondió el 23,2%; mientras que el grupo de edad comprendida entre 19 y 34 años, era de 66,1% y de 35 y más años el 10,7%, asimismo Ybaseta J, Barranca M, Fernández I y Vásquez F (2012) concluyeron que la mayoría de gestantes presentan edades entre 20 y 34 años 77%, seguido del grupo mayor o igual de 19 años con el 17% y con el 6% el grupo mayor de 34 años; Laguna, J (2015), observó que el promedio de edad materna fue de 27,83 años, con rangos comprendidos entre los 14 a 42 años de edad. De estas 12

pacientes son gestantes menores de 20 años y 29 pacientes con edad mayor de 34 años.

En cuanto al grado de instrucción de las gestantes, se observó que, un mayor porcentaje en aquellas que tienen primaria incompleta en el 48,6%; y en menor porcentaje en las gestantes con secundaria incompleta y superior técnica completa con un 7,1% en ambas.

Estos datos son similares con los de Cedeño M. y García P. (2013), quienes reportaron que de las gestantes con RPM en estudio, el 66% presentaron instrucción primaria, el 24% instrucción secundaria; un 5% adquirieron instrucción superior. No se encuentra la misma relación con el estudio realizado por Cachi S. (2014), quien encontró que de las gestantes con RPM el 33,7% tenía secundaria completa, el 19,1% primaria incompleta, seguidamente de las gestantes que tenían primaria completa con un 18,5% y 3,4% superior universitaria.

Pinto I. (2013), muestra que el grupo de gestantes con instrucción secundaria representó el mayor porcentaje, con un 62,5%, seguido de mujeres con instrucción primaria en el 29%, mientras que a las mujeres con instrucción superior le correspondió el 8,9% (8).

Ramos y Choque, sostienen que la educación es un factor esencial en la calidad de vida de las personas y en su nivel de salud, y es uno de los pilares sobre los cuales se sostiene el desarrollo humano. Los estudios realizados demuestran que el estado de bienestar aumenta de acuerdo con el nivel de educación, lo cual refleja el impacto positivo de éste en el cuidado de la salud, en el cambio de comportamientos e igualmente, en el acceso y la utilización efectiva y oportuna de los servicios de salud; en el caso de las gestantes es posible que a mayor grado de instrucción será mayor la posibilidad de que tengan un buen número de atenciones prenatales (25).

Realizar el análisis del grado de instrucción es importante ya que a mayor nivel educativo el autocuidado de la salud es mejor, el conocimiento de los signos y signos de alarma serán fáciles de identificar precozmente por parte de las gestantes y recibir un tratamiento oportuno.

Se evidencia que, el 72,9% de las gestantes son convivientes, seguido de un 21,4% que están casadas, y el 5,7% de solteras.

Presumiblemente el grupo de gestantes casadas y convivientes están sujetas a una vida sexual más activa en comparación con las solteras, ello podría aumentar el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual que serían las responsables de

una rotura prematura de membranas; sin embargo, podrían existir otros factores de riesgo independientes al estado civil.

Los presentes datos difieren con los reportados por Cedeño M. y García P. (2012), ellos identificaron que el 90% de las gestantes con RPM eran convivientes, el 5 %, solteras y el 5% restante casadas. Pinto (2013), pudo identificar que en el grupo estudiado predominó la unión libre en el 66,1%, frente a un 16,1% de las gestantes casadas, el 12,5 % de ellas eran solteras. Burgos W, en su estudio realizado el 2013, la Ruptura Prematura de Membrana se presentó en pacientes convivientes con 48%, pacientes solteras con el 28% y el menor porcentaje se presentó en pacientes casadas con 24% y Cachi S. (2014), en su estudio señala que el 52,8% de las gestantes son convivientes, el 31,5% son solteras y el 15,7% son casadas.

Referente a la procedencia, se observó que, el mayor porcentaje de gestantes son procedentes de la zona rural con 62,9%, seguido del grupo de gestantes procedentes de la zona urbana con 37,1%.

Estos datos se deben posiblemente por la referencia que realizan diversos establecimientos de salud de la zona rural, mientras que gestantes de la zona urbana acuden a ser atendidas en las clínicas o acudir al Hospital Regional de Cajamarca. De otra parte las gestantes de la zona rural están expuestas a mayores factores de riesgo que las puede conllevar a presentar una rotura prematura de membranas.

Francisco al respecto sostiene que la dificultad de comunicación con el personal de salud y las barreras lingüísticas es ampliamente referida por las mujeres de la zona rural. Esto es un factor importante ya que las recomendaciones sobre los signos y síntomas de alarma realizadas en el control prenatal, pueden verse comprometido por los problemas de comunicación (26).

Estos datos se asemejan a los hallados por Cedeño M. y García P. (2012), quienes encontraron en su estudio que el 67% vivían en áreas rurales y el 33% restante en áreas urbanas; sin embargo, difieren con los encontrados por Burgos W. (2013), quien encontró el 80% en área urbana y 20 % en el área rural; al igual que Cachi (2014), que reportó que el 73% de gestantes pertenecientes a la zona urbana y el 27% a la zona rural.

Los resultados sobre ocupación indicaron que, el 57,1% de las gestantes que presentaron RPM, son amas de casa; el 18% son empleadas del hogar.

Las amas de casa están más propensas a tener algunas complicaciones obstétricas en la mayoría de las veces radican en el tipo de trabajo que desempeñan: rutinario, desagradecido e infravalorado. Es más, las tareas del hogar implican una pesada carga para el aparato locomotor; la actividad física recae, sobre todo, en huesos, músculos y articulaciones, ello asociado al poco consumo de líquido, las puede conllevar a infecciones de las vías urinarias cuyos gérmenes van a producir colagenasas que a su vez a disminuir la longitud tensil de las membranas ovulares, ocasionando su rotura prematura (27).

También se observa que el menor dato obtenido es de estudiantes 1,4%, debido a que estas tienen una ocupación libre de actividad física, son menos propensas a tener algún traumatismo durante el embarazo, por lo general dependiente económica y emocionalmente de los padres, por lo que en muchas ocasiones su alimentación no puede ser la ideal a la que le corresponde como gestante, generándose estados de desnutrición o déficit de oligoelementos.

4.2. Identificación de algunos antecedentes obstétricos de las gestantes con Rotura Prematura de Membranas, atendidas en el Hospital Nuestra Señora del Rosario, 2015

Tabla 02: Antecedentes obstétricos de las gestantes con rotura prematura de membranas, atendidas en el Hospital Nuestra Señora del Rosario, 2015

Paridad	n°	%
Primípara	25	35,7
Múltipara	45	64,3
Edad gestacional	n°	%
28 ss - 36 ss	10	14,3
37 ss - 41 ss	57	81,4
42 ss – más	3	4,3
N° de atenciones prenatales	n°	%
Ninguno	3	4,3
1 – 3	7	10
4 – 6	17	24,3
7 – más	43	61,4
Antecedentes de rotura prematura	n°	%
Si	8	11,4
No	62	88,6
Total	70	100,0

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

En la presente tabla se observa referente a la paridad que, el mayor porcentaje de gestantes con rotura prematura de membranas fueron múltiparas con un 64,3%; seguido de las primíparas con un 35,7%.

El estudio realizado por Pinto I. (2013), no guarda relación con los datos hallados, en cuanto a la paridad quien indica que la mayoría de las pacientes, en su estudio, fueron nulíparas con el 60,7%; las primíparas con un 21,4% y las múltiparas con el 17,9%. Otros estudios también difieren de los encontrados en el presente estudio con los encontrados por Burgos W. (2013), quien en su estudio, señala que la mayoría de pacientes son primíparas en el 60% mientras que el menor porcentaje se presentó en pacientes múltiparas en el 48%. Por otro lado, Fabián E (2009), encontró que el 41,9% fueron nulíparas, 25,6% correspondieron a primíparas, 29,1% (59 pacientes) son múltiparas. Muñoz G, Levano J. y Paredes J. (2010), encontraron que 82,8% era nulíparas y 16,2% múltiparas.

La multiparidad es un factor de riesgo importante por el déficit nutricional y de oligoelementos lo que provoca que las membranas ovulares sufra una serie de cambios estructurales como la disminución del contenido de colágeno que la debilitan a lo largo de la gestación (8).

En cuanto a la edad gestacional, se obtuvo que, el 81,4% de gestantes con RPM tuvo una edad gestacional entre las 37 y 41 semanas, es decir que fueron a término; en los embarazos a término, la rotura prematura de las membranas puede ocurrir por diversas razones, pero el evento principal se debe a las modificaciones fisiológicas de las membranas, a la fuerza ejercida por las contracciones uterinas y a la disminución de bacterias de Doderlein quienes producen la acidez vaginal que impide que las gestantes tengan infecciones (29).

Vergara G. (2011), señala que a mayor edad gestacional mayor disminución del contenido de colágeno en las membranas, el cual también puede ser secundario a algunos microorganismos que producen colagenasas, mucinasas y proteasas (3).

Los datos obtenidos difieren con los de Cedeño M. y García P. (2012), quienes encontraron una alta distribución de casos entre las gestantes de 34-37 semanas de gestación y 30-33 semanas de gestación con resultados de 67% y 33% respectivamente. Burgos W. (2013), encontró que el 72% de pacientes presentaron RPM entre las 31 a 40 semanas de gestación y un 28% de gestantes entre 20 a 30 semanas.

Referente a las atenciones prenatales se evidenció que, el 61,4% pertenece a las gestantes que tuvieron de 7 a más atenciones prenatales, seguido de un 24,3% que corresponde a las gestantes que tuvieron de 4 a 6 controles prenatales, el 10% presentaron de 1 a 3 controles y el 4,3% restante no tuvieron ningún control prenatal.

A pesar de que la mayoría de gestantes tuvo un número considerable de atenciones prenatales, aun así se presentó esta patología, probablemente por la presencia de infecciones que conllevan a la producción de colagenasas, las mismas que intervienen en la rotura de las membranas.

La atención prenatal es una oportunidad de comunicación directa con la gestante y su pareja o acompañante para ofrecerle la información y orientación que promueva la construcción conjunta de conocimientos, la aceptación y práctica de conductas saludables y la toma de decisiones responsables y oportunas en el proceso del embarazo, parto, puerperio y cuidados del recién nacido (30).

Cuenca E. (2012), señala que la asistencia a la atención prenatal a una edad temprana de la gestación (primer trimestre); en forma regular y adecuada, se considera factor protector para la no presencia de RPM. Por el contrario el inicio de la atención prenatal en edad tardía, (segundo trimestre) y de manera insuficiente se relaciona con RPM (29).

Los datos obtenidos difieren con los hallados por: Cedeño M. y García P. (2012), quienes encontraron que el 62 % de las gestantes de su estudio tuvieron atenciones prenatales incompletas, mientras que el 29 % tuvieron atenciones completas; el 9% restante no tuvieron controles. Pinto I. (2013), en su estudio determinó que el 64,3% de gestantes tuvo 5 controles prenatales, mientras que el 32,1% de gestantes presentaron 4 o menos controles, y un 3,6% no tuvieron ningún control prenatal. Burgos W. (2013), en su estudio señala que el 56% corresponde a las pacientes que tuvieron más de una atención prenatal, seguida por aquellas que tuvieron una sola atención prenatal con el 24% y las pacientes que no tuvieron controles en el 20%. Laguna J. (2015), en su estudio encontró que el 57,8% de las gestantes tuvieron menos de 6 atenciones prenatales, mientras que el 42,2% fueron controladas adecuadamente.

En cuanto a antecedentes de rotura prematura hay un mayor porcentaje en aquellas que no tuvieron antecedentes de RPM, con un 88,6% seguido de las que en algún embarazo anterior presentó RPM, con un 11,4%,

Estos resultados se asemejan a los hallados por, Fabián E. (2009), quien encontró en su estudio que el 10,8% de gestantes presentó RPM durante algún embarazo anterior y el 89,2% no presentaron RPM en embarazos anteriores. Gutiérrez M, Martínez P. y Apaza J. (2014), en su estudio determinaron que, el 29,6% presentaron RPM en partos anteriores y 70,4% no presentaron RPM en partos anteriores. Laguna J. (2015), en su estudio determinó que el 7,3% de las gestantes presentó antecedente de RPM en una gestación anterior y el 92,7% no presentó antecedentes de RPM.

La teoría señala como factor de riesgo que el antecedente de RPM, en un embarazo anterior conlleva a la probabilidad de que vuelva a presentarse en el embarazo actual (30).

Cedeño M. y García P. (2012), señala que la recurrencia de RPM pretérmino es del 4% si el embarazo anterior llegó a término sin RPM, mientras que en pacientes con

antecedente de RPM pretérmino el riesgo de recurrencia es entre 6 y 13 veces mayor (6).

4.3. Determinación del Periodo de Latencia de la Rotura Prematura de Membranas, en el Hospital Nuestra Señora del Rosario, 2015

Tabla 03: Periodo de latencia de la Rotura Prematura de Membranas en gestantes, atendidas en el Hospital Nuestra Señora del Rosario, 2015

Periodo de latencia	n°	%
0 - < 12 horas	55	78,6
12 horas a más	15	21,4
Total	70	100,0

Fuente: Cuestionario de recolección de datos

En los datos que anteceden se puede evidenciar que el 78,6% de gestantes con rotura prematura de membranas tuvieron un periodo de latencia menor a 12 horas, en tanto en el 21,4% fue mayor de 12 horas.

El período de latencia variará de acuerdo a la edad gestacional; si la edad gestacional es mayor de 36 semanas, el 79% de las pacientes inician trabajo de parto en las primeras 12 horas y entre el 85 - 95% en las primeras 24 horas. Con una edad gestacional entre 28 y 36 semanas, solo el 51% inician trabajo de parto en las siguientes 24 horas. Con gestaciones menores a 28 semanas, este porcentaje baja al 26% (5).

El periodo de latencia suele ser mayor cuando menor sea la edad gestacional por eso se debe interrumpir el embarazo independiente de la edad gestacional (3).

La importancia de detectar de manera precoz la rotura prematura de membranas, permite al personal de salud actuar de manera rápida ya que la RPM se asocia a un aumento de la morbilidad materna, debido a un significativo incremento en la incidencia de corioamnionitis clínica e infección puerperal (5).

4.4. Determinación de los factores obstétricos que influyen en el Periodo de Latencia de la Rotura Prematura de Membranas, en el Hospital Nuestra Señora del Rosario Cajabamba, 2015.

Tabla 04: Periodo de latencia de rotura prematura de membranas en gestantes, según edad, atendidas en el Hospital Nuestra Señora del Rosario, 2015

Edad	Periodo de latencia				Total	
	0 - 12 horas		12 - más horas		n°	%
	n°	%	n°	%		
15 - 19 años	4	80,0	1	20,0	5	7,1
20 - 24 años	14	70,0	6	30,0	20	28,6
25 - 29 años	13	81,3	3	18,7	16	22,9
30 - 34 años	8	72,7	3	27,3	11	15,7
35 - 39 años	9	81,8	2	18,2	11	15,7
40 - 44 años	7	127	0	87,3	7	100
Total	55	78,6	15	21,4	70	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$$\chi^2 = 3,148$$

$$p < 0,677$$

En los datos que anteceden se puede notar que del 28,6% de gestantes pertenecientes al grupo etáreo de 20-24 años con RPM, el 70% tuvo un periodo de latencia entre 0 y 12 horas y el 30% un periodo mayor de 12 horas; del 7,1% de gestantes del grupo etáreo de 15-19 años, el 80% tuvo un periodo de latencia menor de 12 horas, mientras que en el 20% fue mayor de 12 horas.

Independientemente del grupo etáreo al que pertenecieron las gestantes con RPM en el presente estudio se puede señalar que aquellas mujeres con un periodo de latencia menor de 12 horas, probablemente pudieron identificar precozmente la pérdida de líquido amniótico y haber acudido al establecimiento de salud a solicitar ayuda, las razones pueden ser diversas como tener una mayor preocupación por su salud y la de su bebé, tener nivel educativo mayor que la haga comprender la importancia de presentar este signo de alarma o tener presente las indicaciones del personal de salud realizadas en cada atención prenatal; en cambio en el caso de aquellas mujeres que tuvieron RPM con un periodo de latencia mayor de 12 horas, la situación también pudo obedecer a factores como falta de conocimiento sobre la gravedad de este signo, negligencia personal, aunque también pudieron ser atendidas en otro establecimiento de salud, de inicio y derivadas al Hospital Nuestra Señora del Rosario.

Estadísticamente no existe relación significativa entre ambas variables según $P < 0,961$

Tabla 05: Periodo de latencia de rotura prematura de membranas en gestantes, según grado de instrucción, atendidas en el Hospital Nuestra Señora del Rosario, 2015

Grado de instrucción	Periodo de latencia				Total	
	0 -< 12 horas		12 a más horas		n°	%
	n°	%	n°	%		
Primaria incompleta	26	76,5	8	23,5	34	48,6
Primaria completa	12	85,7	2	14,3	14	20
Secundaria incompleta	4	80	1	20	5	7,1
Secundaria completa	9	75	3	25	12	17,1
Superior técnica completa	4	80	1	20	5	7,1
Total	55	79	15	21	70	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$$\chi^2 = 0,616$$

$$p < 0,961$$

De los datos obtenidos se puede apreciar, que del 48,6% de gestantes con rotura prematura de membranas tuvieron primaria incompleta, el 76,5% tuvo un periodo de latencia de 0 a menor de 12 horas y el 23,5% presento un periodo de latencia de 12 horas a más. El 7,1% le corresponde a las gestantes con grado de instrucción secundaria incompleta y superior técnica completa respectivamente, el 80% de las gestantes presentaron un periodo de latencia entre 0 y menor de 12 horas y el 20% restante tuvieron un periodo de latencia de 12 horas a más en ambos grupos.

La educación cobra mucha importancia en las gestantes, ya que depende del grado de instrucción para captar mejor la información brindada por el personal de salud.

En el presente estudio el mayor porcentaje lo presentaron las gestantes con primaria incompleta, posiblemente que no captaron adecuadamente la información brindada, pese a ello es su mayoría identificaron la rotura prematura de membranas precozmente, esto puede deberse a que les preocupa su salud, por eso acudieron inmediatamente al establecimiento de salud, y aquellas gestantes que identificaron la rotura prematura de membranas después de 12 horas, fueron de lugares aledaños y les es difícil llegar a centro de salud.

Estadísticamente no existe relación significativa entre ambas variables según $p < 0.961$.

Tabla 06: Periodo de latencia de rotura prematura de membranas en gestantes, según estado civil, atendidas en el Hospital Nuestra Señora del Rosario, 2015

Estado Civil	Periodo de latencia				Total	
	0 - <12 horas		12 - más horas		n°	%
	n°	%	n°	%		
Soltera	3	75,0	1	25,0	4	5,7
Casada	11	73,3	4	26,7	15	21,4
Conviviente	41	80,4	10	19,6	51	72,9
Total	55	78,6	15	21,4	70	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$$\chi^2 = 0,375$$

$$p < 0,829$$

En la presente tabla se observa que, el 72,9% de las gestantes con RPM son convivientes, de las cuales el 80,4% tuvo un periodo de latencia entre 0 y menor de 12 horas y el 19,6% tuvo un periodo de latencia de 12 horas a más. Del 5,7% de gestantes solteras el 75% tuvo un periodo de latencia de 0 a menor de 12 horas y el 25% presentaron un periodo la latencia de 12 horas a más.

A pesar de que el estado civil no tiene diferencias significativas en el periodo de latencia, es probable que las solteras tengan mayores inconvenientes de acudir a solicitar ayuda a un establecimiento de salud, ya que podrían tratarse de adolescentes que dependen económicamente de sus padres; en el caso de las casadas y las convivientes, una de las razones podría ser el hecho de mantener una vida sexual activa, podría aumentar el riesgo de contraer infecciones y ser responsable de la rotura prematura de membranas, pese a ello identificaron la complicación antes de las 12 horas, esto puede deberse a que fueron orientadas adecuadamente.

López señala que en casos de coito reciente es 11 veces más frecuente la rotura prematura de membranas debido a que las membranas ovulares al ser sometidas a enzimas proteolíticas seminales y permitir el transporte intrauterino de bacterias a través de los espermatozoides (26).

Estadísticamente no existe relación significativa entre ambas variables según $p < 0,829$

Tabla 07: Periodo de latencia de rotura prematura de membranas en gestantes, según procedencia, atendidas en el Hospital Nuestra Señora del Rosario, 2015

Procedencia	Periodo de latencia				Total	
	0 - < 12 horas		12 a más horas		n°	%
	n°	%	n°	%	n°	%
Zona urbana	20	76,9	6	23,1	26	37,1
Zona rural	35	79,5	9	20,5	44	62,9
Total	55	78,6	15	21,4	70	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$$\chi^2 = 0,067$$

$$p < 0,796$$

En la presente tabla se puede apreciar que el lugar de procedencia, el 62,9% de gestantes con RPM proceden de la zona rural, de ellas el 79,5% presentaron un periodo de latencia entre 0 y menor a 12 horas; el 37,1% le corresponde a las gestantes con RPM de la zona urbana, de las que el 76,9% presentaron un periodo de latencia de 0 a menor de 12 horas y el 23,1% tuvieron un periodo de latencia de 12 horas a más.

Las gestantes de la zona rural a diferencia de las gestantes de la zona urbana, captan la información brindada por el personal de salud pero no en su totalidad, esto probablemente por un grado de instrucción bajo, no acudieron a sus controles prenatales en las fechas indicadas, sus viviendas se encuentran alejadas, creen en mitos de su zona y el temor de ser referidas a un centro de salud más especializado y las gestantes de la zona urbana tienen mayores facilidades ya que se cuenta con más centros de salud y probablemente su nivel de conocimiento es mayor.

Estadísticamente no existe relación significativa entre ambas variables según $p < 0,796$.

Tabla 08: Periodo de latencia de rotura prematura de membranas en gestantes, según ocupación, atendidas en el Hospital Nuestra Señora del Rosario, 2015

Ocupación	Periodo de latencia				Total	
	0 - < 12 horas		12 a más horas			
	n°	%	n°	%	n°	%
Ama de casa	32	80,0	8	20,0	40	57,1
Empleada de hogar	9	69,2	4	30,8	13	18,6
Empleada pública	5	71,4	2	28,6	7	10,0
Empleada privada	8	88,9	1	11,1	9	12,9
Estudiante	1	100,0	0	0,0	1	1,4
Total	55	78,6	15	21,4	70	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$$\chi^2 = 1,776$$

$$p < 0,777$$

Se puede notar que, de las gestantes con RPM el 57,1% tuvieron por ocupación su casa de las que 80% presentaron un periodo de latencia entre 0 y menor de 12 horas y el 20% tuvo un periodo de latencia de 12 horas a más; en menor porcentaje se presentó en gestantes estudiantes con un 1,4%, de las que el 100% presento un periodo de latencia entre 0 y menor de 12 horas.

Es esfuerzo físico que realiza una gestante varía de acuerdo a su ocupación. En la ama casa el trabajo que realiza requiere de un gran esfuerzo físico a lo largo de todo el día ya que la carga depende de las exigencias familiares del hogar, lo que aumenta el riesgo de una rotura prematura de membranas.

El riesgo de una gestante que es empleada pública es menor ya que en algún momento de su maternidad tendrá licencia de descanso.

Estadísticamente no existe relación significativa entre ambas variables según $p < 0,777$.

Tabla 09: Periodo de latencia de rotura prematura de membranas en gestantes, según paridad, atendidas en el Hospital Nuestra Señora del Rosario, 2015

Paridad	Periodo de latencia				Total	
	0 - < 12 horas		12 a más horas		n°	%
	n°	%	n°	%		
Primípara	19	76,0	6	24,0	25	35,7
Múltipara	36	80,0	9	20,0	45	64,3
Total	55	78,6	15	21,4	70	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$$\chi^2 = 0,153$$

$$p < 0,696$$

Se puede evidenciar que, del 64,3% de gestantes múltiparas con Rotura Prematura de Membranas, el 80% tuvo un periodo de latencia menor de 12 horas, mientras que en el 20% fue de 12 a más horas; del 35,7% de gestantes primíparas con RPM, el 76,0% tuvo un periodo de latencia menor de 12 horas y el 24% de 12 a más horas.

Tanto en primíparas como en múltiparas los periodo de latencia fueron similares, un porcentaje considerable de gestantes no identificaron precozmente la pérdida de líquido, le resta importancia o son atendidas en otros establecimientos de salud previo a la llegada al Hospital Nuestra Señora del Rosario; sin embargo es preocupante que una gestante acuda a solicitar ayuda con un periodo de latencia mayor de 12 horas por el riesgo de corioamnionitis que puede presentarse en la mujer e infectar al producto.

Pacheco señala que cuando el periodo de latencia se prolonga más de 24 horas se le llamara rotura prematura prolongada (31).

Estadísticamente no existe relación significativa entre ambas variables según $p < 0,696$.

Tabla 10: Periodo de latencia de rotura prematura de membranas en gestantes, según edad gestacional, atendidas en el Hospital Nuestra Señora del Rosario, 2015

Edad gestacional	Periodo de latencia				Total	
	0 - <12 horas		12 a más horas			
	n°	%	n°	%	n°	%
28 ss. - 36 ss.	9	90,0	1	10,0	10	14,3
37 ss. - 41 ss.	44	77,2	13	22,8	57	81,4
42 ss. – más	2	66,7	1	33,3	3	4,3
Total	55,0	78,6	15,0	21,4	70,0	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$$\chi^2 = 1,093$$

$$p < 0,57$$

Puede observarse en la presente tabla que, del 81,4% de gestantes que tuvieron RPM entre las 37 a 41 semanas, el 77,2% tuvo un periodo de latencia menor de 12 horas y el 22,8% un periodo de latencia de 12 horas a más. Del 14,4% de las gestantes que tuvieron RPM entre las 28 y las 36 semanas, el 90% tuvo un periodo de latencia de menor de 12 horas y el 10% un periodo de latencia de 12 horas a más.

En los embarazos a término, la rotura prematura de las membranas puede ocurrir por diversas razones, pero el evento principal se debe a las modificaciones fisiológicas de las membranas y a la fuerza ejercida por las contracciones uterinas ya que la gestante entra en trabajo de parto, lo que permite que el periodo de latencia sea menor ya que esta dará como resultado el parto, disminuyendo así la duración de la RPM; sin embargo, con frecuencia si se produce la RPM en embarazo pretérmino, el periodo de latencia va ser mayor debido que el parto no se desencadena rápidamente.

El período de latencia suele ser mayor cuanto menor sea la edad gestacional (3).

El aumento del volumen uterino genera distensión y adelgazamiento de las membranas, hasta que las fuerzas internas crecientes causan un brote en la porción más delgada y más declive ocasionando así la rotura prematura de las membranas (32).

Estadísticamente no existe relación significativa entre ambas variables según $p < 0,579$.

Tabla 11: Periodo de latencia de rotura prematura de membranas en gestantes, según el número de atenciones prenatales, atendidas en el Hospital Nuestra Señora del Rosario, 2015

N° de atenciones prenatales	Periodo de latencia				Total	
	0 - < 12 horas		12 a más horas		n°	%
	n°	%	n°	%		
Ninguno	2	66,7	1	33,3	3	4,3
1 – 3	6	85,7	1	14,3	7	10,0
4 – 6	15	88,2	2	11,8	17	24,3
7 – más	32	74,4	11	25,6	43	61,4
Total	55	78,6	15	21,4	70	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$$\chi^2 = 1,848$$

$$p < 0,605$$

Los datos que anteceden muestran que el 61,4% de gestantes tuvo de 7 a más atenciones prenatales de 7 a más, el 74,4% presentaron un periodo de latencia menor de 12 horas y el 25,6% tuvieron un periodo de latencia de 12 horas a más. Del 4,3% de gestantes que no tuvieron ninguna atención prenatal, el 66,7% tuvo un periodo de latencia menor a 12 horas y el 33,3% tuvo un periodo de latencia de 12 horas a más.

El número de controles prenatales parece no influenciar sobre el momento en que las pacientes deciden acudir a solicitar ayuda a un establecimiento de salud, ya que en algunos casos las gestantes están con periodos de latencia que se puede manejar profilácticamente, en tanto que en otros casos el periodo de latencia es significativamente grande comprometiendo la salud de la madre y de su recién nacido, pues en ambos casos cuando hay periodo de latencia mayores de 12 horas la madre presenta cuadro de corioamnionitis y el recién nacido de igual forma puede presentar cuadros infecciosos que poder ir de simples a cuadros séptico importantes que en algunos casos cobra la vida de este niño.

Estadísticamente no existe relación significativa entre ambas variables según $p < 0.605$.

Tabla 12: Periodo de latencia de rotura prematura de membranas en gestantes, según antecedentes de rotura prematura de membranas, atendidas en el Hospital Nuestra Señora del Rosario, 2015

Antecedente de rotura prematura de membranas	Periodo de latencia				Total	
	0 - <12 horas		12 -a más horas		n°	%
	n°	%	n°	%		
Si	8	14,5	0	0,0	8	11,4
No	47	75,8	15	24,2	62	88,6
Total	55	78,6	15	21,4	70	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos

$$\chi^2 = 2,463$$

$$p < 0,117$$

En los datos que anteceden se logra evidenciar que el 88% de las gestantes no tuvieron antecedentes, de la cuales, el 75,8% presentó un periodo de latencia de 0 a menor de 12 horas y 24,2% presentó un periodo de latencia de 12 horas a más. Del 11,4% presentaron antecedentes de RPM de la cuales en su totalidad tuvieron un periodo de latencia de 0 a menor de 12 horas.

De los datos obtenidos se puede apreciar que el haber tenido RPM en embarazos anteriores aumenta el riesgo de presentar la misma complicación en otros embarazos.

El tener antecedentes de rotura prematura de membranas parece influir en el periodo de latencia de una nueva rotura prematura de membranas, probablemente a que las gestantes identifican de manera oportuna los síntomas y señales de alarma de dicha complicación y por ende acuden inmediatamente al establecimiento de salud a solicitar ayuda, permitiendo al personal de salud actuar de manera inmediata y evitar complicaciones mayores que comprometan la salud de la madre y del recién nacido ya que el periodo de latencia será menor.

Según los autores Gonzales y Nitola, señalan que tener antecedentes de rotura prematura de membranas aumenta el riesgo de presentar la misma complicación en embarazos posteriores (32).

Estadísticamente no existe relación significativa entre ambas variables según $p < 0,117$

CONCLUSIONES

1. La mayoría de la gestantes con rotura prematura de membranas pertenecieron al grupo etáreo de 20-24 años; el mayor porcentaje de ellas tiene primaria incompleta; son convivientes; amas de casa; y procedentes de la zona rural.
2. Entre los factores obstétricos que presentaron las gestantes con RPM se encontró, mayor frecuencia de multíparas, edad gestacional de 37 a 41 semanas, 7 controles prenatales a más, no tuvieron antecedentes de Rotura Prematura de Membranas y un periodo de latencia menor de 12 horas.
3. Se determinó que los factores obstétricos no influyen en el periodo de latencia de la rotura prematura e membranas.

RECOMENDACIONES

1. A la RED V Cajabamba, se le sugiere, la realización de capacitación continua que permita cambio de actitudes y conductas en el profesional de salud frente a los signos y señales de alarma de las gestantes.
2. Al Director del Hospital Nuestra Señora del Rosario Cajabamba, para que gestione un profesional de salud especialista en neonatología para tener un equipo de salud más completo y poder actuar de manera inmediata ante una complicación.
3. Al personal de salud, no minimizar la detección oportuna de factores de riesgo, que son clave para categorizar a la gestante y brindarle atención especializada si así lo requiriera el caso.
4. Al personal de salud, educar a la gestante en la importancia de la atención prenatal para la prevención de cualquier complicación en el embarazo o su oportuno tratamiento.
5. A los futuros tesisistas interesados en el tema, realizar investigaciones que permitan profundizar el tema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Ministerio de Salud del Perú. Guía de práctica clínica para la atención de Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive. 1ª ed. Perú; 2007.
- (2) Amaya J, Gaitán A. Obstetricia Integral Siglo XXI Bogotá - Colombia; 2010.
- (3) Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. XXXVIII Reunión Anual FASGO 2012 Córdoba - Ruptura Prematura de Membranas. Córdoba; 2012.
- (4) Vergara G. Protocolo Rotura Prematura de Membranas Ovulares (R.P.M). Protocolo. Colombia: E.S.E Clínica de Maternidad Rafael Calvo; 2011.
- (5) Instituto Nacional Materno Perinatal. Boletín Estadístico. Lima – Perú; 2013
- (6) Dirección Regional de Salud. Estadísticas Sanitarias. Cajamarca - Perú; 2014.
- (7) Cedeño M, García P. Factores determinantes para la Rotura Prematura de Membranas en pacientes que ingresan al Hospital Verdí Ceballos Balda, Ciudad Porto Viejo. Tesis. Porto Viejo - Cuba; 2012.
- (8) Pinto I. Ruptura Prematura de Membranas por vaginosis bacteriana, en pacientes sin control prenatal adecuado. Hospital Materno Infantil. Doctora Matilde Hidalgo de Procel. De septiembre del 2012 a febrero 2013. Tesis. Guayaquil - Ecuador; 2013.
- (9) Burgos W. Prevalencia de la Ruptura Prematura de Membranas en edades de 17 a 20 años de edad en el Hospital de la Maternidad Mariano de Jesús. Del 6 de septiembre del 2012, a febrero del 2013. Tesis. Guayaquil - Ecuador; 2013.
- (10) Fabián E. Factores de riesgo materno asociado a la Ruptura Prematura de Membranas Pretérmino en pacientes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Durante el periodo Enero - Diciembre 2008. Tesis. Lima - Perú; 2008.

- (11) Muñoz G, Levano J, Paredes J. Rotura prematura de membranas en gestantes a término: factores asociados al parto abdominal. Revista peruana de Ginecología y Obstetricia. 2010; 56: p. 226-231.
- (12) Ybaseta J, Barranca M, Fernández I, Vásquez F. Factores de riesgos asociados a la Ruptura Prematura de Membranas en pacientes atendidas en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, 2012. Revista médica Panacea. 2014; 4: p. 13 - 16.
- (13) Gutiérrez M, Martínez P, Apaza J. Frecuencia de los Factores de Riesgo Obstétricos en la Ruptura Prematura de Membranas Pretérmino, Hospital Regional de Ayacucho, Perú. Revista Médica Panacea. 2014; 4: p. 70 - 73.
- (14) Laguna J. Prevalencia de los Factores de Riesgo asociados a la Ruptura Prematura de Membranas en gestantes del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el Periodo Enero - Diciembre - 2014. Tesis. Lima; 2015.
- (15) Cachi S. Influencia de las Infecciones de Vías Urinarias en la Rotura Prematura de Membranas. Hospital Regional de Cajamarca. 2014. Tesis. Cajamarca; 2015.
- (16) Vigil P, Sauransky R, Pérez J, Delgado J. Guía clínica de la Federación Americana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia - Ruptura Prematura de Membranas. Guía. Federación Americana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia; 2011.
- (17) Amaya J, Gaytán M. Ginecología y Obstetricia. México; 2011.
- (18) López M, Cobo T, Palacios M, Goncé A. Protocolo Infección Vías Urinarias. Materno fetal; 2012.
- (19) Rivera R, Caba F, Smirnow M, Aguilera J. Fisiopatología de la Ruptura Prematura de Membranas Ovulares en embarazos de pretérmino. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2004; 69(3): p. 249 - 255.
- (20) Ilia R, Valenti E. Ruptura Prematura de Membranas.
- (21) Cunnigham y Cols. Obstetricia de Williams. Vigésima tercera ed. Washington.: Mc. Grawhill; 2011.

- (22) García T et al. Larousse Diccionario Enciclopédico. México, D.F.: Ediciones Larousse; 2010
- (23) Cabero L, Saldiver D, Cabrillo E. Obstetricia y Medicina Materno - Fetal Buenos Aires - Madrid: Panamericana; 2007.
- (24) Ministerio de Salud. Norma y Protocolo para la Atención Prenatal, Parto, Recién Nacido y Puerperio de bajo riesgo. Informe Técnico. Managera; 2008.
- (25) Ministerio de salud. La educación como determinante social de salud
- (26) López O, Ordóñez S. (2008) Artículo de revisión, ruptura prematura de membranas fetales: de la fisiopatología hacia los marcadores tempranos de la enfermedad. Revista, Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 57 N°.
- (27) Instituto gerontológico. Síndrome del ama de casa. Madrid 2015
- (28) Gobierno federal. Prevención, diagnóstico y tratamiento de corioamnionitis México; 2013.
- (29) Cuenca E. Prevalencia y factores asociados a la rotura prematura de membranas en gestantes del hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador- noviembre 2011- noviembre 2012. Tesis. Ecuador; 2012.
- (30) Atauje J, Santisteban C. Complicaciones materno neonatales del manejo activo versus expectante de la Ruptura Prematura de Membranas en gestantes de 34-36 semanas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante julio 2011-julio 2013. Tesis. Lima-Perú; 2006.
- (31) Pacheco J. Ginecología, obstétrica y reproducción. 2^{da} Edición. Ediciones copyright, Lima – Perú; 2007. Pág. 1236 – 1244.
- (32) Gonzales H, Nitola M. Secretaria Distrital de Bogotá, D.C. Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog).

ANEXO 01



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA

CUESTIONARIO DE RECOLECCION DE DATOS



I.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

1.- Edad:

15 - 19 años	()	20 - 24 años	()
25 - 29 años	()	30 - 34 años	()
35 - 39 años	()	40 - 44 años	()
45 - a más.	()		

2.- Grado de instrucción:

Primaria incompleta	()
Primaria completa	()
Secundaria incompleta	()
Secundaria completa	()
Superior técnica incompleta	()
Superior técnica completa	()
Superior universitaria incompleta	()
Superior universitaria completa	()

3.- Estado civil:

Soltera	()
Casada	()
Conviviente	()

4.- Procedencia:

Zona urbana ()

Zona rural ()

5.- Ocupación:

Ama de casa ()

Empleada de hogar ()

Empleada publica ()

Empleada privada ()

Estudiante ()

Independiente ()

II.- ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

1. Paridad

Nulíparas ()

Primíparas ()

Multíparas ()

2. Edad gestacional

28 ss – 36 ss ()

37 ss – 41 ss ()

42 ss – a más ()

3. N° de atenciones prenatales

Ninguno ()

1 – 3 ()

4 – 6 ()

7 a más ()

4. Antecedentes previos de Rotura prematura de membranas

SI ()

NO ()

5. Periodo de latencia

0 - 12 horas ()

>12 horas ()

ANEXO 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yohe 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 partícipe en la investigación "FACTORES OSTÉTRICOS QUE INFUYEN EN EL PERIODO DE LATENCIA DE LA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS, EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO CAJABAMBA, 2015".

Nombre de la paciente: _____

Firma: _____

Fecha: __/__/__

Huella Digital:

