



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NUCLEO DE BOLIVAR
CONSEJO DE ESTUDIO DE POSTGRADO NUCLEO BOLIVAR
COMISION DEL PROGRAMA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.
ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD
POSTGRADO EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



CPGO- TG-05-2024

ACTA DE DEFENSA DEL TRABAJO DE GRADO

Nosotros, DR. JOSE GREGORIO MENDOZA, DR. ANTONIO RUSSO BOSCAN y DRA. ELINMAR PEREZ la Comisión Coordinadora del Programa de Postgrado de Ginecología y Obstetricia, para examinar el Trabajo Especial de Grado Titulado: "Trabajo de Grado intitulado: CARACTERISTICAS CLINICO EPIDEMIOLOGICAS DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO "RUIZ Y PAEZ" DE CIUDAD BOLIVAR. ENERO – SEPTIEMBRE 2024. Presentado por la ciudadana: Dra. LINA NASR, portador(a) de la Cédula de Identidad N° 20.264.426, a los fines de cumplir con el requisito legal para optar al título de ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA; hacemos constar que se realizó la evaluación del mencionado trabajo, además se procedió al examen público, exposición e interrogatorio del aspirante hoy 05 de Diciembre de 2024 a las 09:00 a.m. en el Salón de Clases de Ginecología y Obstetricia ubicada en el Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar–Estado Bolívar.

Finalizada la Defensa del Trabajo de Grado por parte del Postulante, el Jurado Examinador deliberó en privado y emitió por UNANIMIDAD el veredicto de: Aprobado por considerar que se ajustó a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrados dictado en uso de sus atribuciones legales por el Consejo Universitario de la Universidad de Oriente–Venezuela.

En fe de lo anterior se levanta la presente Acta, que avalamos y firmamos conformes conjuntamente con el Coordinador del Programa de Postgrado de Ginecología y Obstetricia, en Ciudad Bolívar a los 05 de Diciembre de 2024.

Jurado Examinador:

DR. JOSE GREGORIO MENDOZA. (Tutor)

DR. ANTONIO RUSSO BOSCAN.

DRA. ELINMAR PEREZ.

DR. CARLOS RODRÍGUEZ SOTILLO
(Coordinador del Postgrado de Ginecología y Obstetricia)

"CUIDAMOS A LA MUJER, PROTEGEMOS LA VIDA"

DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS

Av. Germania – Hospital "Dr. Julio Criollo" (Tórus) 7mo Piso. Parroquia La Catedral/Ciudad Bolívar /Edo. Bolívar – Venezuela; Cód. Postal 8001; correo: postginecologiaobstetricia@gmail.com www.bolivar.udo.edu.ve



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
VICERRECTORADO ACADÉMICO
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
NÚCLEO BOLÍVAR
COORDINACIÓN POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**CARACTERÍSTICAS CLINICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LA
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO
UNIVERSITARIO RUIZ Y PÁEZ DE CIUDAD BOLÍVARENERO
– SEPTIEMBRE 2024**

Asesor:

Dr. José G. Mendoza

Presentado por:

Dra: Lina Nasr Nasr

C.I: 20.264.426

**Trabajo de grado como requisito parcial para optar al título de especialista en
Ginecología y Obstetricia**

Ciudad Bolívar, diciembre, 2024

ÍNDICE

ÍNDICE.....	iii
AGRADECIMIENTOS.....	v
DEDICATORIA	vii
RESUMEN	viii
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN	10
OBJETIVOS	12
Objetivo General.....	12
Objetivos Específicos	12
METODOLOGÍA.....	14
Diseño de estudio.....	14
Universo y muestra	14
Criterios de Inclusión.....	15
Criterios de Exclusión.....	15
Instrumentos	15
Tratamiento Estadístico y Análisis de los Datos	16
RESULTADOS	17
Tabla 1.1	17
Tabla 1.2	18
Tabla 2.1	19
Tabla 3.1	21
Tabla 4.1	23
Tabla 5.1	24
Tabla 5.2	25
Tabla 5.3	27
Tabla 5.4	29

DISCUSIÓN	32
CONCLUSIONES.....	37
RECOMENDACIONES.....	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
APÉNDICES	46
Apéndice A.....	47
Apéndice B	48

AGRADECIMIENTOS

Nunca se logra nada en soledad, siempre hay alguien que mete su mano, da su apoyo o solo está ahí para animar, por eso, con profunda estima y reconocimiento, extiendo mi más sincera gratitud a mis padres porque sin ellos no hubiera sido posible realzar este postgrado.

Así también, agradecida con toda mi familia por su apoyo incondicional.

Agradecida particularmente con todos los especialistas que participaron en mi formación académica.

A mis compañeros por formar parte importante en esta trayectoria, les agradezco su invaluable apoyo, su amistad, solidaridad y palabras de aliento.

Al personal de enfermería por sus palabras de apoyo y consuelo cuando el momento lo requería.

Especialmente agradecida, porque siendo única hija entre varios hermanos, este postgrado me regaló una hermana: mi amiga la Dra. Génesis Guzmán. Con ella empecé este trayecto desde el 1ro de enero de 2022. Me ha brindado su apoyo y amistad en todos los buenos y también difíciles momentos de la carrera.

Un agradecimiento especial al Dr. José G. Mendoza, quien ha sido mi guía, siempre dando su apoyo y orientación a todos. Es el especialista que ha estado más presente en la carrera y es quien “mete sus manos en el fuego” por nosotros.

Agradecida con todos aquellos que en algún momento de una u otra forma me dieron su apoyo y pusieron su granito de arena para alcanzar esta meta, gracias por eso.

Gracias a todos.

Lina Nasr

DEDICATORIA

Dedico este logro de forma muy especial, a mis padres, Nabil Nasr y Nadia Nasr que durante toda mi vida han estado a mi lado, cuidando de mí con desvelo, esfuerzo, paciencia, comprensión y amor absoluto. A mis hermanos Requiem, Sameh y Samer, a mis hijos Selena y Amir. Que Dios me les dé larga vida a todos. Con gran amor a mi hermano Sanad, (Qepd). Se lo prometí sin saber que se iba de esta vida. Aquí estoy cumpliéndote hermano.

Lina Nasr

**CARACTERÍSTICAS CLINICO-EPIDEMIOLOGICAS DE LA
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA EN GESTANTES ATENDIDAS
EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUIZ Y PÁEZ DE
CIUDAD BOLÍVAR ENERO – SEPTIEMBRE 2024**

Nasr N, Lina

Hospital Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar, estado Bolívar

RESUMEN

La ruptura prematura de membranas es un trastorno atendido con frecuencia en pacientes con embarazos a término, asociados a una diversidad de factores fisiológicos y patológicos, pero también se presenta en la condición de pretérmino. La RPM puede generar complicaciones asociadas a morbilidad perinatal, por ello su estudio es de importancia, para incrementar el conocimiento, lo que incide en la atención al paciente con RPM. El objetivo de esta investigación consistió en estudiar las características clínico-epidemiológicas de la ruptura prematura de membrana en gestantes atendidas en el Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar. Enero-septiembre 2024. Se recurrió a una investigación cuantitativa, de campo, prospectiva y transeccional descriptiva. La muestra no probabilística se seleccionó en función de los criterios de inclusión, descartando gestantes que cumplieron con alguno de los criterios de exclusión. Referente a los resultados, se encontró corioamnionitis un 3,6 % (6 gestantes) y riesgo de esta condición, en un 41 %. Igualmente, hemorragia postparto en 1,8 % (3 gestantes) y 0,6 % shock séptico (1 gestante). No se notó incidencia de la edad ni de otros datos sociales en las complicaciones de la RPM. Igualmente, no se pudo comprobar alguna relación entre los antecedentes gineco-obstétricos ni las características del embarazo actual con ruptura prematura de membrana. Las infecciones vulvovaginales, debido a su frecuencia de 85,5 % en las pacientes estudiadas, puede considerarse como un factor de riesgo capaz de promover ruptura prematura de membrana, y las consecuentes complicaciones de esta, dado que se encontró en las 6 gestantes que presentaron corioamnionitis, en todas las 68 gestantes que mostraron riesgo de corioamnionitis, en las 3 gestantes que presentaron hemorragia postparto y en la única gestante que falleció a causa de shock séptico.

Palabras Clave: Ruptura Prematura de Membrana, Características Clínico-epidemiológicas, Complicaciones maternas por RPM.

INTRODUCCIÓN

La Ruptura Prematura de Membranas (RPM) es la pérdida de la continuidad de las membranas amnióticas con salida de líquido amniótico transvaginal que se presenta antes del inicio del trabajo de parto.¹ y se refiere a la ruptura de las membranas antes de la aparición de contracciones uterinas, siendo el factor reconocido que mayormente se asocia al nacimiento prematuro.² De igual forma, se considera una patología obstétrica frecuente, y en el embarazo pretérmino está asociada a la alta morbilidad perinatal. El pronóstico dependerá de la edad gestacional al realizar el diagnóstico, así como de un apropiado manejo de esta entidad de acuerdo con la edad gestacional y las condiciones materno-fetales.³

La RPM al ser una complicación constituye una emergencia obstétrica y perinatal, por cuanto al ocurrir la salida de líquido amniótico se pierde la protección que tiene el feto ante el medio externo.⁴ Diversos mecanismos que pueden ser fisiológicos o patológicos, de forma individual o combinados con otros, pueden ocasionar la RPM, que si ocurre antes de las 34 semanas de gestación, determina riesgo de morbilidad tanto materna como del neonato, así como una elevada probabilidad de prematuridad con todas las consecuencias que se producen debido a ello.^{3,5}

Es conveniente señalar que la patogénesis de la RPM que ocurre de forma espontánea no se ha llegado a comprender completamente⁴, a pesar de que diversos estudios clínicos y epidemiológicos muestran en sus resultados elementos y situaciones capaces de incrementar su riesgo de ocurrencia, logrando identificar un grupo de factores., entre los que se encontraron infecciones en el tracto reproductivo como vaginitis bacteriana, tricomoniasis, clamidia, corioamnionitis y blenorragia.

Asimismo, influyen factores personales y conductuales como peso corporal y estado nutricional, tabaquismo y abuso de sustancias ^{6,7,8}

Se mostró, además, que la RPM es generada por complicaciones obstétricas como embarazo múltiple, polihidramnios, incompetencia ístmico cervical, hemorragias y trauma durante el embarazo, así como por cambios ambientales referidos a la presión barométrica. En esencia, la etiología puntual y exacta de la RPM es desconocida dado que de acuerdo con lo señalado es de tipo multifactorial. ^{7,8,9.}

Así mismo, considerando la etiología multifactorial de la RPM, vale destacar que es análoga a la amenaza de parto pretérmino, considerándose como factores desencadenantes las infecciones en el tracto genital y el consumo de tóxicos; su importancia radica en el aumento de la morbimortalidad materno-fetal, por cuanto en una elevada proporción de las madres pueden presentarse infecciones graves y en los fetos, se incrementa la ocurrencia de patologías relacionadas a la prematuridad,¹⁰ además de un incremento de anomalías por malformaciones (síndrome de Potter). Se presenta de igual forma, una mayor tasa de desprendimiento placentario, y prolapso de cordón, así como también de sufrimiento y muerte fetales ¹⁰

Es importante destacar que la RPM es una de las complicaciones del embarazo más controvertidas en cuanto a su manejo, por lo que existe mucha discrepancia en cuanto a las opiniones de los especialistas para un manejo adecuado de esta afección. De allí, las decisiones que se tomen deben direccionarse a la preservación de la salud materno-fetal, aunque en algunas oportunidades estas disposiciones pueden hacerse en beneficio de la preservación de la salud materna, afectando directamente la del feto. Estas situaciones se pueden presentar cuando es imposible mantener la prolongación de embarazos que no son de término. En muchos otros casos, como efecto de la RPM se puede generar prematuridad, cuyas complicaciones pondrán en

riesgo la vida del recién nacido, por lo que es preciso que se busque minimizar las consecuencias de las decisiones tomadas.⁸

De este modo, la ruptura prematura de membranas es reconocida como un problema de salud pública, y por lo tanto social, dado que sus múltiples complicaciones afectan tanto a la madre como al hijo, particularmente al producirse de forma temprana en el embarazo. En cuanto a las complicaciones de mayor frecuencia en la embarazada se encuentran la corioamnionitis, el desprendimiento prematuro de placenta, la endometritis y fiebres puerperales. Igualmente, entre las complicaciones del feto o perinatales se tiene la prematurez, que conlleva un bajo peso al nacer, deformidades esqueléticas, sepsis, síndrome de dificultad respiratoria, sufrimiento fetal, y mayor riesgo de mortalidad entre otras afecciones.^{11,12,13}

En esencia la RPM se basa principalmente en que se altera la integridad de las membranas ovulares acarreado la pérdida de líquido amniótico, antes de que se complete el embarazo y antes del inicio del trabajo de parto, pudiendo ser pretérmino o a término. Esta circunstancia determina que el defecto que se ocasiona en la membrana amniótica establezca contacto con el endocérvix y la vagina lo cual se convierte en una situación que incrementa significativamente el riesgo de corioamnionitis, término que describe la infección intra amniótica.⁸

La clasificación de la RPM dependerá de la edad gestacional en la que se presente. Así cuando el defecto ocurra a partir de las 37 semanas de gestación es considerada como RPM a término y si ocurre antes de las 37 semanas de embarazo, es llamada RPM pretérmino, o rotura prematura pretérmino de membranas (RPPM). De igual modo, la misma se puede subdividir en RPPM cerca del término, cuando aparece entre las 34 semanas y menos de 37 semanas, RPPM lejos del término entre las 24 y 34 semanas y RPM previable, si se presenta antes de las 24 semanas de gestación.¹⁴

En vinculación con lo mencionado, la RPM como patología tiene una incidencia promedio del 10% de todos los embarazos a nivel mundial, alcanzando el 80% en embarazos a término y un 20% en embarazos pretérmino, siendo responsable de un 30 a 40% de los partos prematuros, los mismos que producen impacto en la morbilidad y mortalidad neonatal, a los que se les atribuye un 10% del total de las muertes perinatales.¹⁵

En estimados de la Organización Mundial de la Salud, (OMS) se determina que la incidencia de la RPM se ubica a nivel mundial en un promedio de entre el 5 y el 8 % de los embarazos, mientras que por otra parte, estudios provenientes de Latinoamérica ubican su frecuencia entre un 5,7% y un 8,9 %.^{16,17,18} Asimismo, el 10% de todos los embarazos presentan ruptura prematura de membranas y el 25% de ellas se presentan en embarazos pretérmino; por lo cual la RPM pretérmino presenta mayor riesgo para la salud perinatal.¹⁹

De manera similar, en cuanto a algunos países de la región latinoamericana, puede mencionarse además que para la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, (FASGO), la ruptura prematura de membrana se presenta en aproximadamente el 10% de los nacimientos y se asocia a un tercio de los nacimientos de Pretérmino. En la población general corresponde a embarazos de término el 8%, a embarazos de Pretérmino el 3%, y menos del 1% a embarazos del segundo trimestre previos a la viabilidad fetal.²⁰ Considerando lo que sucede en Venezuela, está presente el hecho de que desde hace varios años no se publican cifras oficiales. La situación en el país es tal que hoy en día se desconoce la información actual de tipo oficial que podría ser base para el desarrollo de programas que mejoren la salud de la población.²¹

Pese a ello, están presentes estimaciones del Observatorio Global de Salud de la OMS, que publicó en 2016, una estimación global de la mortalidad materna en 2015,

por regiones. Para ese año, la estimación global de mortalidad materna (MM) para la región de las Américas fue de 52 MM x 100.000 nacidos vivos registrados (NVR), con un rango entre 7 x 100.000 en Canadá y de 359 x 100.000 para Haití. Las estimaciones más bajas de Latinoamérica las mostraron Uruguay con 7 MM x 100.000 NVR, Chile con 22 MM x 100.000 NVR y Costa Rica con 25 MM x 100.000 NVR, mientras que en el caso de Venezuela, de acuerdo con los datos mostrados en esta publicación, se estimó una MM de 95 x 100.000 NVR.²² En el caso de Venezuela es una cifra elevada, pero que se desconocen las causas desglosadas de la mortalidad materna.

Desde la perspectiva de las investigaciones realizadas en torno al tema tratado, es importante mencionar que en un estudio desarrollado en Ecuador, se estableció que la ruptura prematura de las membranas ocurre cuando estas se rompen antes de la semana 37 del embarazo, pudiendo estar entre los factores de riesgo, infecciones en el útero, cérvix o vagina, así como elevado nivel de estiramiento del saco amniótico. Destacaron estos autores que si bien la actuación del especialista orientarse a preservar la salud tanto materna como fetal, en muchas oportunidades, la decisión puede afectar la salud fetal de manera que se pueda preservar la salud materna.²³

En atención a lo planteado, un estudio realizado en Huancavelica, Perú durante 2023, resaltó la importancia de considerar los factores de riesgo relacionados a la ruptura prematura de membranas pretérmino y la práctica de estrategias de intervención según el contexto para el manejo adecuado y oportuno de esta complicación obstétrica; así como para el diseño e implementación de acciones prevención y control ante estos factores de riesgo.²⁴

Sobre esta base, es conveniente mencionar que en un estudio realizado en Caracas Venezuela ha enfatizado que debido a la compleja y frágil histología de las membranas ovulares, (Amnios y Corion), se descarta en múltiples oportunidades el

abordaje directo de la entidad lo cual se basaría en la reparación del defecto propiamente dicho, aunque existen cuantiosos estudios que proponen terapias restaurativas. Esto se debe en general a se ha comprobado que la regeneración y reparación de las membranas es lenta y compleja, por lo que los tratamientos propuestos para reparar o sellar la ruptura no han tenido mayor aceptación.²⁵

Cabe destacar que una de las principales consecuencias de la RPM es la prematuridad, que a su vez se convierte en una importante causa de morbilidad perinatal. De allí, las complicaciones maternas y fetales que se asocian a este defecto ocurren en forma que es inversamente proporcional, tanto a la edad gestacional en la se presenta la rotura, como al volumen residual de líquido amniótico. Igualmente existe una estrecha relación con el intervalo entre la ruptura de la membrana y el nacimiento, considerándose que la mayor proporción de los nacimientos se produce dentro de los siguientes siete días, mientras que en una proporción superior al 75% de los casos, el nacimiento ocurre dentro de las dos siguientes semanas.²⁰

Además, la ocurrencia de la RPM depende de la edad gestacional, pudiendo producirse una asociación con morbilidad perinatal característica en los nacimientos pretérmino por prematuridad. Al respecto, cada año nacen a nivel mundial 15 millones de recién nacidos prematuros, con un estimado de más de un millón de muertes ocasionadas por complicaciones derivadas de la prematuridad.⁸

Respecto a lo mencionado, se tienen estimaciones de que para el año 2020 nacieron en el mundo 13,4 millones de niños prematuros, es decir, antes de que se hubieran alcanzado las 37 semanas de gestación, 26 tomando en cuenta, además, de que las complicaciones derivadas del nacimiento prematuro son la principal causa de mortalidad entre los menores de cinco años, causas que determinaron un aproximado de 900.000 niños fallecidos.²⁷ No obstante, es posible que las tres cuartas partes de estas muertes puedan prevenirse con intervenciones disponibles que son costo

eficaces, considerando que a nivel internacional, la tasa de nacimientos prematuros varía entre el 4% y el 16% de los niños nacidos en 2020.²⁸

Asimismo, se tiene que la RPM es un problema de salud pública en muchos países, lo que incluye a Venezuela, país donde la razón de muerte materna es elevada, pero que presenta un importante subregistro, así como la carencia de datos y cifras que permitan un conocer la realidad acerca de esta situación de salud.²¹ De acuerdo con lo planteado, se tiene que la RPM como una complicación del embarazo también se observa regularmente en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar, pero a pesar de que se han presentado casos de RPM, a su vez con diversas complicaciones, la información que se tiene sobre estas es escasa, tampoco se tienen una información fehaciente sobre los factores determinantes o que han incidido en la presencia del daño en las membranas.

Sobre este particular es importante conocer la incidencia en la ocurrencia de esta patología, puesto que, si se logra identificar y controlar los factores de riesgo, permitiría aumentar la posibilidad de prevenir la ocurrencia de daño en las membranas o mejorar las medidas preventivas para reducir la ocurrencia de esta complicación, es decir, que es importante no solo conocer el grado en que puede prevenirse la RPM, sino la manera de abordarla una vez diagnosticada para que se reduzca el impacto que tiene sobre la madre y el feto, lo que conlleva a la necesidad de realizar este tipo de estudios que generen un mayor conocimiento orientado a la prevención de este trastorno obstétrico y sus complicaciones.

Vale destacar que entre una de las principales complicaciones de la RPM se encuentra la corioamnionitis, considerada como la inflamación aguda de las membranas placentarias (amnios y corion), generalmente de etiología infecciosa, que al mismo tiempo produce la infección del contenido amniótico, que involucra tanto al feto como al cordón y al líquido amniótico. La prevalencia de esta complicación de la

RPM ha sido estimada en 1-2% de los partos a término y 5-10% de los partos pretérmino^{29,30} De igual forma, ante la confirmación de corioamnionitis, se finalizará la gestación independientemente de la edad gestacional, bajo cobertura antibiótica de amplio espectro. Otra complicación de la RPM es la endometritis, a causa común de morbilidad febril postparto, cuya principal etiología actualmente es la cesárea, pero entre otros factores generales se encuentra la infección intraamniótica o corioamnionitis³¹.

Se tiene, además, entre las principales complicaciones de la RPM, la hemorragia postparto, es una de las complicaciones obstétricas más temidas y es una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo³², además está la corioamnionitis por RPM prolongada³³. Asimismo, entre otras complicaciones se encuentra el oligohidramnios que hace referencia a la escasa cantidad de líquido amniótico en el embarazo, y que entre sus causas se encuentra la ruptura de la membrana amniótica antes del parto dado que parte del líquido amniótico puede escapar³⁴.

Se tiene además como una de las más graves complicaciones la sepsis, como respuesta generalizada del organismo a una agresión microbiana. La sepsis es grave de alto riesgo cuando la infección intrauterina se asocia a la ruptura prematura de membranas y presencia de corioamnionitis, lo que condiciona un aumento significativo de la morbilidad materna y perinatal³⁵, que en el caso de la madre puede deberse a un shock séptico, afección clínica que lleva a un estado de hipoperfusión tisular, caracterizado la disminución del riego sanguíneo, con abastecimiento ineficiente a células y tejidos del organismo, siendo potencialmente mortal³⁶.

De acuerdo con todas las ideas expuestas se desarrolló la presente investigación con la cual se busca estudiar las características clínico-epidemiológicas de la ruptura prematura de membrana en gestantes atendidas en el Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar durante el período que va de enero a septiembre de 2024, con la finalidad de hacer una asociación con los factores que pudieran estar generando la RPM y particularmente sus complicaciones.

JUSTIFICACIÓN

La ruptura prematura de membrana (RPM) es un problema obstétrico que incide en el embarazo, asociado a un alto nivel de morbilidad materno-neonatal, convirtiéndose en una problemática de salud pública y una de las complicaciones más frecuentes en gestantes. De este modo, y teniendo en cuenta que los resultados obtenidos de la aplicación de programas para la prevención de la RPM y contra la posibilidad de que se presenten complicaciones no han sido satisfactorios,²² se hace necesario profundizar más en el tema mediante el desarrollo de investigaciones en las que se estudie esta patología con la finalidad de disminuir de forma significativa los índices de morbilidad. ⁹

En consecuencia, un diagnóstico realizado de manera oportuna, así como el manejo apropiado, son vitales para la reducción de la morbilidad materno-fetal que se le asocia, considerando de gran importancia que el abordaje y manejo de la RPM se realice siempre en función de la edad gestacional. ³

En este sentido, para obtener un progreso importante en la toma de decisiones orientadas a un apropiado abordaje de la RPM, patología que reviste una gran importancia de tipo clínico y epidemiológico es necesario que los especialistas establezcan alternativas efectivas, seguras y significantes en la práctica clínica que permitan superar los índices de morbilidad que ocasiona y que afecta tanto a la madre como al neonato. Es por ello por lo que se justifica la realización de estudios de dicha afección de manera que no solo se incremente el conocimiento al respecto, sino que se puedan plantear diversas opciones que propicien una significativa disminución de las consecuencias ocasionadas por la RPM.

En consideración a estos señalamientos es posible exponer que el adecuado conocimiento y abordaje de la RPM, bien para un manejo conservador o para la interrupción del embarazo, conlleva a resaltar lo que implica la decisión que se tome respecto a la línea a seguir puede resultar eficaz, si se logra evitar el impacto de esta patología tanto en la madre como en el feto, referidas a las complicaciones que puede generar la RPM.

Esta condición puede ocasionar complicaciones que conllevan la aplicación de fármacos para su control o la intervención para interrumpir el embarazo. El estudio de dichas complicaciones es importante porque va a permitir, no solo aumentar los conocimientos al respecto, sino que va a servir para brindar una atención de calidad a las pacientes que lo requieran.

De lo anterior se desprende el propósito considerado para el desarrollo de esta investigación al estudiar un tema de relevancia, partiendo del cual se busca estudiar las características clínico-epidemiológicas de la ruptura prematura de membrana en gestantes atendidas en el Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar en el período comprendido entre enero y septiembre de 2024, además de que los hallazgos pueden convertirse en base referencial para otros estudios que se realicen a futuro, que también traten el tema de la RPM.

OBJETIVOS

Objetivo General

Estudiar las características clínico-epidemiológicas de la ruptura prematura de membrana en gestantes atendidas en el Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar. Enero-septiembre 2024.

Objetivos Específicos

1. Identificar los datos sociales de gestantes con ruptura prematura de membrana atendidas en el Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar. Enero-septiembre 2024.
2. Mencionar los antecedentes gineco-obstétricos (Paridad, período intergenésico, cirugías y abortos previos) de las gestantes con ruptura prematura de membrana que integren la muestra de estudio.
3. Describir las características del embarazo actual con ruptura prematura de membrana (Edad gestacional, control prenatal, infecciones vulvovaginales, infecciones del tracto urinario, embarazos múltiples previos, embarazos con RPM previos, hipertensión gestacional, latencia y clasificación de la ruptura) en las gestantes que integren la muestra de estudio.
4. Determinar las complicaciones maternas generadas por la ruptura prematura de membrana en las gestantes que integren la muestra de estudio.

5. Asociar los aspectos sociales, gineco-obstétricos y características del embarazo actual como factores de riesgo que promueven las complicaciones maternas generadas por la ruptura prematura de membrana en las gestantes que integren la muestra de estudio.

METODOLOGÍA

Diseño de estudio

Como diseño de estudio fue considerada una investigación cuantitativa, de campo, prospectiva y transeccional descriptiva. El enfoque cuantitativo se deriva de los objetivos y preguntas de investigación, para posteriormente dar paso a la revisión de la literatura para pasar a la construcción del marco referencial 37. La investigación de campo consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos sin manipular las variables³⁸. Los estudios prospectivos consideran un período de presente. Los diseños transeccionales descriptivos recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado³⁷.

Universo y muestra

En cuanto a este aspecto, conformaron la población, todas las gestantes pretérmino y a término que presentaron ruptura prematura de membrana, atendidas en el Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar durante el período enero-septiembre de 2024. La selección de la muestra no probabilística se hizo en función de los criterios de inclusión, descartando de dichas gestantes aquellas que no cumplieron con uno o más de uno de los criterios de exclusión, por lo que el número total de pacientes incluidas en la muestra objeto de estudio en el transcurso del período comprendido entre enero y septiembre de 2024 fue de 166 gestantes.

Criterios de Inclusión

Con referencia a las pacientes gestantes con ruptura prematura de membrana atendidas en el Hospital Ruiz y Páez de ciudad Bolívar, formaron parte de la muestra de estudio, quienes cumplieron con los siguientes criterios para su inclusión:

- Pacientes gestantes con ruptura prematura de membrana pretérmino y a término.

Criterios de Exclusión

Fueron excluidas de la muestra de estudio, todas aquellas pacientes gestantes con ruptura prematura de membrana que cumplieron con uno o más de los criterios que se muestran a continuación:

- Gestantes con RPM que no logren entender las preguntas del instrumento o se nieguen a participar en el estudio.
- Gestantes con RPM que acuden con fetos muertos.
- Gestantes con RPM con trastornos de coagulación y autoinmunes.
- Gestantes con patologías crónicas no controladas (Asma, diabetes).
- Gestantes con Preeclampsia, Eclampsia, Síndrome Hellp.

Instrumentos

El diseño seleccionado para la realización del estudio conlleva el abordaje directo de las gestantes con ruptura prematura de membrana que acudieron al Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar durante el período comprendido entre enero y septiembre de 2024 y pasaron a formar parte de la

muestra. En este caso particular es una hoja de registro, (Ver apéndice A). Asimismo, se llevó a cabo una revisión minuciosa de las historias clínicas de estas pacientes. Es por ello que dicho instrumento consta de dos partes: en la primera, se registraron los datos sociales de las gestantes, mientras que en la segunda parte se registraron los datos provenientes de la revisión de sus respectivas historias clínicas. Además de lo anterior, se proporcionó sustentación legal a la investigación, mediante la firma de un consentimiento informado por parte de las pacientes que sirvió de su aceptación para participar como parte de la muestra de estudio.

Tratamiento Estadístico y Análisis de los Datos

Para el tratamiento estadístico, se consideró realizar el análisis de los datos mediante la estadística descriptiva, la cual, tiene como finalidad, describir los datos, los valores o las puntuaciones obtenidas para cada variable 37. Vale destacar que todo este proceso se hizo mediante la organización y tabulación de las frecuencias absolutas en cuadros estadísticos de frecuencias, para un posterior análisis de las puntuaciones porcentuales logradas.

RESULTADOS

Tabla 1.1

Datos sociales de gestantes con RPM atendidas en el Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar. Enero-septiembre 2024.

Datos sociales de pacientes con RPM				
Variable	Indicador	Rango de Edad	F	%
Datos Sociales de pacientes con RPM	Edad de gestantes con RPM	12-18	37	22,3
		19-24	67	40,4
		25-30	29	17,5
		31-36	24	14,4
		37-46	9	5,4
		Total	166	100
Descriptores de la Edad	Límite inferior		12 años	
	Límite superior		46 años	
	Moda		19	
	\bar{x} (media)		20,06 años	
	Desviación estándar		5,02	
	Intervalo de confianza		95 %	
	Varianza		25,2	

Fuente: Historias clínicas de gestantes, hoja de registro.

Análisis: En la tabla 1.1 se presenta el indicador edad que forma parte de los datos sociales de gestantes atendidas con RPM que formaron parte de la muestra de estudio. Este grupo se conformó con 166 mujeres que se presentaron en cinco rangos de edad, destacando el rango que abarca desde los 19 a los 24 años con 40,4 %. En esta tabla se presentan de igual manera los descriptores de la edad, se tuvo una mínima de 12 años y una máxima de 46 con una moda de 19 años (edad más frecuente) y una media de 20,06 años. La desviación fue de 5,02, mientras que la varianza fue de 25,2 encontrándose un intervalo de confianza del 95 %.

Tabla 1.2

Tabla Datos sociales de gestantes con RPM atendidas en el Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar. Enero-septiembre 2024.

Datos sociales de pacientes con RPM				
Variable	Indicador	Subindicadores	FA	%
Datos Sociales de gestantes con RPM	Tabaquismo	Si	4	2,4
		No	162	97,6
	Consumo de sustancias	Si	3	1,8
		No	163	98,2
	Ocupación	Ama de casa	143	86,1
		Estilista	7	4,2
		Estudiante	5	3
		Funcionaria	4	2,4
		Enfermera	2	1,2
		Otras	5	3
	Estado civil	Soltera	28	16,9
		Casada	16	9,6
		Concubinato	122	73,5

Fuente: Historias clínicas de gestantes, hoja de registro.

Análisis: En la tabla 1.2 se analizan estadísticamente otros datos sociales de gestantes con ruptura prematura de membrana atendidas en el Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar entre enero-septiembre 2024, y para ello se presentan los aspectos más importantes. En cuanto al tabaquismo, se encontró que solo el 2,4 % de estas mujeres fuman, entre media y una cajetilla, desde la adolescencia e incluso durante el embarazo. En relación con el consumo de sustancias (Estupefacientes y psicotrópicas), el 1,8 % de las gestantes abordadas manifestó consumir, aunque de manera ocasional. De acuerdo con la ocupación, los hallazgos mostraron que en el 86,1 % de estas gestantes señalaron ser amas de casa. Respecto al estado civil, predominó con un 73 % la condición de concubinato.

Tabla 2.1

Antecedentes gineco-obstétricos (Paridad, período intergenésico, cirugías y abortos previos) de las gestantes con RPM atendidas en el Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar. Enero-septiembre 2024.

Variable	Indicador	Subindicadores	Resultados	
			FA	%
Antecedentes Gineco-obstétricos	Paridad	0 partos	80	48,2
		1 parto	32	19,3
		2 partos	23	13,9
		3 partos	16	9,6
		4 partos	6	3,6
		≥ 5 partos	9	5,4
		Período intergenésico	0 años	80
	1 año		23	13,9
	2 años		33	19,9
	3 años		16	9,6
	4 años		5	3
	5 años		5	3
	>6 años		4	2,4
	Cirugías previas	Ninguna intervención	122	73,5
		Hernioplastias	5	3
		Cesáreas	27	16,3
		Cesáreas por RPM	3	1,8
		Apendectomía	5	3
		Colecistectomía	1	0,6
		Otras	3	1,8
	Abortos previos	0	145	87,3
1		16	9,6	
2		4	2,4	
3		1	0,6	

Fuente: Historias clínicas de gestantes, hoja de registro.

Análisis: En la tabla 2.1 se presentan los antecedentes gineco-obstétricos de gestantes con ruptura prematura de membrana que integraron la muestra de estudio: Así, considerando la paridad, su análisis mostró que la mayor frecuencia, de 48,2 % correspondió a mujeres primíparas, sin partos anteriores a su ingreso por ruptura prematura de membrana. En el período intergenésico la muestra estudiada evidenció que, al igual que el criterio anterior, destaca también con 48,2% de gestantes sin este período entre un embarazo y otro. El subindicador cirugías previas evidenció que la frecuencia más alta de 73,5 % correspondió a aquellas gestantes que no tuvieron ningún tipo de intervención, seguidas por 16,3 % de cirugías correspondientes a cesáreas. Igualmente, en cuanto al número de abortos anteriores, se pudo notar que el 87,3 % de las gestantes manifestaron no haber sufrido ningún aborto.

Tabla 3.1

Características del embarazo actual de gestantes con RPM atendidas en el Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar. Enero-septiembre 2024.

Variable	Indicador	Subindicadores	Resultados	
			FA	%
Características del embarazo actual	Edad gestacional	≤ 32 semanas	10	6
		33-36 semanas	45	27,1
		37-40 semanas	111	66,9
	Control prenatal	0-3	52	31,3
		4-6	67	40,4
		7-9	37	22,3
		≥ 10	10	6
	Infecciones vulvovaginales	Si	142	85,5
		No	24	14,5
	Infección intrauterina	Si	5	3
		No	78	47
		Riesgo	83	50
	Infección urinaria	Si	14	8,4
		No	152	91,6
	Embarazos múltiples	Si	1	0,6
		No	165	99,4
	Embarazo previo con RPM	Si	3	1,8
		No	163	98,2
	Hipertensión gestacional	Si	14	8,4
		No	148	89,1
		Crónica	4	2,4
	Latencia de la RPM	1-11 horas	98	59
		12-23 horas	43	25,9
1-3 días		11	6,3	
4-6 días		7	4,2	
7-10 días		1	0,6	
>10 días		6	3,6	
Clasificación de la RPM	Lejos del término	10	6	
	Cerca del término	45	27,1	
	A término	111	66,9	

Fuente: Historias clínicas de gestantes, hoja de registro.

Análisis: En la tabla 3.1 se describen las características del embarazo actual con ruptura prematura de membrana mostradas por las pacientes que integraron la muestra de estudio. De este modo, en referencia a la edad gestacional, destacó la frecuencia de 37-40 semanas, con un valor de 66,9 %. En esta línea, se encuentra el control prenatal, destacando la frecuencia de 4-6 controles con 40,4 %. En lo concerniente a las infecciones vulvovaginales, la frecuencia que destacó fue de 85,5 % de este tipo de infecciones, encontrándose la presencia de sífilis tanto tratada como no tratada en 4 pacientes.

Al analizar el indicador infección intrauterina, la frecuencia fue de 3 % y de riesgo de adquirirla, del 50 %, siendo este el valor preponderante. Analizando las infecciones del tracto urinario, la frecuencia más elevada correspondió en un 91,6 % a la inexistencia de estas afecciones, comprobándose su presencia en solo un 8,4 % de la muestra. En cuanto a los embarazos múltiples, solo se encontró solo en un 0,6 % de la muestra, destacando que el 99,4 % de esta no presentó embarazos múltiples. Igualmente, cuando se analizó el indicador ruptura prematura previa, al igual que en el ítem anterior, solo se evidenció en una mínima proporción de 1,8 % contra 98,2 % de gestantes que no la manifestaron.

La hipertensión gestacional también se presentó en esta tabla y se evidenció una frecuencia baja de 8,4 %, así como 2,4 % de hipertensión crónica, con relación al valor predominante de 89,1 % de pacientes que manifestaron no presentar esta condición. El análisis de la latencia de la RPM mostró como valor preponderante el 59 % de gestantes con 1 y 11 horas de latencia de RPM. Asimismo, el análisis de la clasificación de la RPM mostró que en una proporción de 66,9 % las gestantes con RPM estaban en la condición de término.

Tabla 4.1

Complicaciones maternas generadas por la RPM en gestantes atendidas en el Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar. Enero-septiembre 2024.

Variable	Indicador	Subindicadores	Resultados	
			FA	%
Complicaciones maternas generadas por la ruptura prematura de membrana	Corioamnionitis	Si	6	3,6
		No	92	55,4
		Riesgo	68	41
	Endometritis	Si	0	0
		No	166	100
	Hemorragia postparto	Si	3	1,8
		No	163	98,2
	Infección puerperal	Si	0	0
		No	166	100
	Shock séptico	Si	1	0,6
No		165	99,4	

Fuente: Historias clínicas de gestantes, hoja de registro.

Análisis: La tabla 4.1 muestra las complicaciones maternas generadas por la ruptura prematura de membrana en gestantes que integraron la muestra de estudio. Al analizarlas se encontraron tres tipos de complicaciones referidas en primera instancia a la corioamnionitis, que se encontró en 3,6 % de la muestra de 166 gestantes, es decir que 6 gestantes presentaron esta complicación. Por otra parte, el riesgo de corioamnionitis se evidenció en 68 gestantes, para un 41 % de la muestra estudiada. Respecto a la endometriosis, no se ubicaron gestantes que la evidenciaran. Por su parte, la hemorragia postparto se ubicó en una baja proporción del 1,8 % de gestantes. Asimismo, vale mencionar respecto a la infección puerperal, que no se encontraron evidencias en la muestra estudiada. No obstante, respecto al shock séptico, se ubicó un 0,6 %, es decir, una gestante, que falleció por tal causa.

Tabla 5.1

Asociación de la edad con las complicaciones maternas de la RPM en gestantes atendidas en el Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar. Enero-septiembre 2024.

Variable	Edad			Corioamnionitis				Hemorragia postparto		Shock séptico	
				Riesgo		Presencia		F	%	F	%
	Rango	F	%	F	%	F	%				
Edad asociada a complicaciones maternas de la RPM	12-18	37	22,3	17	10,2	0	0	3	1,8	1	0,6
	19-24	67	40,4	32	19,2	4	2,4	0	0	0	0
	25-30	29	17,5	10	6	0	0	0	0	0	0
	31-36	24	14,4	7	4,2	2	1,2	0	0	0	0
	37-46	9	5,4	2	1,2	0	0	0	0	0	0
	166		100	68	41	6	3,6	3	1,8	1	0,6

Fuente: Historias clínicas de gestantes, hoja de registro.

Análisis: La tabla 5.1 muestra la asociación de aspectos sociales, en este caso la edad, como factor de riesgo de la aparición de complicaciones maternas generadas por la ruptura prematura de membranas en las pacientes que integraron la muestra de estudio. Con atención a ello, al relacionar la corioamnionitis con la edad de las pacientes, particularmente el riesgo de que se produjera se encontró en un 41 %, pero el valor más alto de esta proporción fue el de 19,2 % que se evidenció en el rango de edad comprendido entre 19 y 24 años. Se pudo apreciar un diagnóstico de corioamnionitis en 2,4 % de la muestra estudiada, igualmente en el rango de edad de 19 a 24 años. Con relación a la hemorragia postparto, los valores encontrados fueron bajos, de 1,8 %, ubicados totalmente en el rango de edad de 12 a 18 años. Referente al shock séptico como complicación de la ruptura prematura de membranas, en la muestra estudiada se encontró una gestante de 16 años, (0,6 %,) quien falleció por esta causa, aunque el neonato sobrevivió a la condición de la madre cuya muerte se produjo después del nacimiento.

Tabla 5.2

Asociación de aspectos sociales con las complicaciones maternas de la RPM en gestantes atendidas en el Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar. Enero-septiembre 2024.

Variable	Indicador	Subindicados	FA	%	Corioamnionitis		Riesgo de Corioamnionitis		Hemorragia postparto		Shock séptico	
					F	%	F	%	F	%	F	%
Aspectos sociales asociados a complicaciones maternas de la RPM	Tabaquismo	Si	4	2,4	0	0	3	75	0	0	0	0
	Consumo de sustancias	Si	3	1,8	1	33,3	0	0	0	0	0	0
	Ocupación	Ama de casa	143	86,1	6	4,2	68	47,5	2	1,4	1	0,7
	Estado civil	Concubinato	122	73,5	5	4,1	59	48,4	2	1,6	0	0

Fuente: Historias clínicas de gestantes, hoja de registro

Análisis: La tabla 5,2 se presenta la relación de las complicaciones encontradas con el tabaquismo. Vale destacar que se tabularon los aspectos que tuvieron mayor proporción porcentual. Al respecto, solo se encontraron 4 gestantes que fuman, es decir, el 2,4 % del total de las 166 mujeres que integraron la muestra, sin embargo, de las 4 fumadoras, (incluso durante el primer trimestre del embarazo), 3 presentaron riesgo de corioamnionitis, o sea, un 75 % de este subgrupo de cuatro mujeres. Respecto a la asociación de las complicaciones con el consumo de sustancias se encontró que una de estas 3 mujeres fue diagnosticada con corioamnionitis, lo que equivale al 33,3 %. Así mismo, en cuanto a la ocupación, de las 143 mujeres que

declararon ser amas de casa, 68 de ellas, o sea el 47,5 %, presentaron riesgo de corioamnionitis.

De igual modo, el 48,4 % de las 122 gestantes que indicaron vivir en concubinato también presentaron riesgo de corioamnionitis. En esta línea, al asociar los aspectos sociales con el shock séptico, se pudo evidenciar que esta se desempeñaba como ama de casa.

Tabla 5.3

Asociación de antecedentes gineco-obstétricos como factores de riesgo de las complicaciones maternas de la RPM en gestantes atendidas en el Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar. Enero-septiembre 2024.

Variable	Indicador	Sub-indicadores	FA	%	Complicaciones de la RPM							
					Corioamnionitis (6 gestantes)		Riesgo de Corioamnionitis (68 gestantes)		Hemorragia Postparto (3 gestantes)		Shock séptico (1 gestante)	
					F	%	F	%	F	%	F	%
Antecedentes gineco-obstétricos	Paridad	0 partos	80	48,2	3	1,8	39	23,5	3	1,8	1	0,6
		1 parto	32	19,3	2	1,2	19	11,4	0	0	0	0
	Período intergenésico	0	80	48,2	3	1,8	42	23,3	3	1,8	1	0,6
		2	33	19,9	1	0,6	13	7,8	0	0	0	0
	Cirugías previas	0	12	73,5	4	2,4	55	33,1	3	1,8	1	0,6
		intervención Cesáreas	2	27	16,3	2	1,2	12	7,8	0	0	0
Abortos previos	0	14	87,3	5	3	8	4,8	3	1,8	1	0,6	
	5	1	16	9,6	1	0,6	10	6	0	0	0	0

Fuente: Historias clínicas de gestantes, hoja de registro.

Análisis: En la tabla 5.3 se muestra la asociación de los antecedentes gineco-obstétricos con las complicaciones maternas RPM. Respecto a la paridad, los resultados mostraron que 48,2 % de las gestantes indicaron no tener partos previos, y un 19,3 %, solo 1 parto, sumando 67,5 % ambos aspectos del grupo total de pacientes. En esta proporción se ubica el 1,8 % (3 gestantes de 6), que mostraron diagnóstico de corioamnionitis, el 23,5 % presentó riesgo de corioamnionitis, el 1,8 % hemorragia postparto (las 3 gestantes que mostraron esta situación) y el 0,6 % shock séptico, es decir la única gestante que presentó este cuadro clínico.

Respecto al período intergenésico de 0, que corresponde a 80 gestantes para 48 ,2 %, grupo en el cual se ubicó el 1,8 % de las gestantes con corioamnionitis, (3 de 6 gestantes), el 23,5 % de las gestantes con riesgo de corioamnionitis, (42 de 68 gestantes) 1,8 % de las gestantes con hemorragia postparto, (las 3 gestantes) y 0,6 % con shock séptico, (la única gestante que lo presentó). De igual forma, en cuanto a las cirugías previas, el 73,5 % de las gestantes de la muestra en estudio evidenció no haber sufrido ningún tipo de intervención, sin embargo, en este subgrupo se ubicaron también, 4 de las 6 gestantes con corioamnionitis, las 3 con hemorragia postparto y la gestante que falleció a causa de shock séptico. En el grupo de las gestantes a quienes se les practicó cesárea por causas diferentes a RPM, 27 en total, 2 de ellas presentaron corioamnionitis y 12 riesgo de corioamnionitis, Al asociar las proporciones de gestantes de ambos grupos que presentaron complicaciones se nota que no hubo una incidencia significativa cuando presentaron por lo menos 1 cesárea. De igual forma, en cuanto a los abortos el 87,3 % no manifestó haber sufrido pérdidas previas y después destaca 1 pérdida en 9,6 %, donde solo se ubican 1 gestante con corioamnionitis y 10 con riesgo de corioamnionitis.

Tabla 5.4

Asociación de características del embarazo actual como factores de riesgo de las complicaciones maternas de la RPM en gestantes atendidas en el Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar. Enero-septiembre 2024.

Variable	Indicador	Sub-indicadores	FA	%	Complicaciones de la RPM							
					Corioamnionitis (6 gestantes)		Riesgo de Corioamnionitis (68 gestantes)		Hemorragia Postparto (3 gestantes)		Shock séptico (1 gestante)	
					F	%	F	%	F	%	F	%
Características del embarazo actual	Edad gestacional	37-40 semanas	111	66,9	2	1,2	46	27,7	2	1,2	0	0
	Control prenatal	4-6	67	40,4	4	2,4	26	15,6	2	1,2	1	0,6
	Infecciones vulvo-vaginales	Si	142	85,5	6	3,6	68	40,9	3	1,8	1	0,6
	Infección intrauterina	Infección	5	3	5	3	1	0,6	0	0	1	0,6
		Riesgo	83	50	1	0,6	68	40,9	0	0	0	0
	Infección urinaria	Si	14	8,4	0	0	3	1,8	0	0	0	0
	Embarazos múltiples	Si	1	0,6	0	0	1	0,6	0	0	0	0
	Embarazo previo con RPM	Si	3	1,8	0	0	0	0	0	0	0	0
	Hipertensión gestacional	Si	14	8,4	2	1,2	8	4,8	1	0,6	1	0,6
		Crónica	4	2,4	0	0	3	1,8	0	0	0	0
	Latencia de la RPM	1-11 horas	98	59	4	2,4	1	0,6	2	1,2	1	0,6
	Clasificación de la RPM	Término	111	66,9	2	1,2	41	24,7	2	1,2	0	0

Fuente: Historias clínicas, hoja de registro

Análisis: En la tabla 5.4 se presenta el análisis estadístico de la asociación de las características del embarazo actual como factores de riesgo en la ruptura prematura de membranas y las complicaciones generadas por esta alteración. Se tiene en cuanto a la edad gestacional que, de las gestantes con corioamnionitis, solo el 1,2 % del total se ubicó en el rango de edad gestacional de 37-47 semanas. Asimismo, el 27,7 % de las gestantes con riesgo de corioamnionitis se encontró en este rango, y el 1,2 de las gestantes que presentaron hemorragia postparto.

Referente al número de controles prenatales, la mayor frecuencia se encontró en el rango de 4 a 6 controles en el que se ubicó el 2,4 % de las gestantes con corioamnionitis (4 gestantes), 15,6 % de las gestantes con riesgo de corioamnionitis, 1,2 % de las gestantes con hemorragia postparto y 0,6 % de gestantes con shock séptico (1 gestante).

En lo relativo a las infecciones vulvovaginales, de 85,5 % del total (142 gestantes) se tiene que todas las pacientes con corioamnionitis presentaron infecciones vulvovaginales en su puntuación porcentual de 3,6 % mientras que el 40,9 % del total de gestantes con riesgo de corioamnionitis también presentaron infecciones vulvovaginales, al igual que la totalidad de las gestantes con hemorragia postparto y la gestante que presentó shock séptico.

Sobre la infección intrauterina, la presentaron 3 % las pacientes con corioamnionitis (5 gestantes de las 6), 47,6 % de las gestantes con riesgo de corioamnionitis y la gestante (0,6 %) que sufrió shock séptico. La infección urinaria solo la presentó el 1,8 % de las gestantes con riesgo de corioamnionitis. Además, solo se encontró 1 embarazo múltiple que presentó corioamnionitis. De igual forma, de 3 pacientes (1,8 % del total) que evidenciaron cesáreas por RPM, ninguna de ellas presentó complicaciones. De las gestantes con hipertensión gestacional, el 1,2 % (2

gestantes) presentó corioamnionitis, el 4,8 % (8 gestantes) riesgo de corioamnionitis, el 0,6 % (1 gestante) hemorragia postparto y 0,6 % (1 paciente), shock séptico.

La latencia de la RPM, en su rango más frecuente de 1 a 11 horas, al asociarse con las complicaciones mostró que el 2,4 % presentó corioamnionitis, 0,6 % riesgo de corioamnionitis, 1,2 % hemorragia postparto y 0,6 % shock séptico. En esta línea, la clasificación de la ruptura prematura de membrana de mayor proporción respecto al total fue la RPM a término, encontrándose 1,2 % corioamnionitis, 24,7 % con riesgo de corioamnionitis, y 1,2 % de hemorragia postparto.

DISCUSIÓN

De acuerdo con todos los planteamientos y los resultados alcanzados en el trayecto de esta investigación es preciso señalar que ruptura prematura de membrana amnióticas es un trastorno que ocurre con la ruptura de dichas membranas antes de que se presenten las contracciones uterinas propias del parto, lo que la convierte en una de las patologías obstétricas manejadas de manera regular en la atención a gestantes que ingresan con esta condición³, generalmente al final del embarazo, pero cuando es clasificada como pretérmino, se asocia directamente con morbilidad perinatal. Así, para desarrollar la investigación, se recurrió a 166 gestantes que cumplieron con los criterios de inclusión, atendidas por RPM en el Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar, durante enero-septiembre de 2024.

En cuanto a las complicaciones de RPM, se encontraron 6 casos de corioamnionitis, 3,6 % de la muestra, hemorragia postparto 3 casos para 1,8 % y shock séptico se produjo en 1 caso para un 0,6 % de la muestra (Esta madre falleció debido a dicha complicación). Esta muerte por shock séptico es una situación que responde a lo publicado por Almaras, García y Ramírez (2024) en su estudio sobre factores desencadenantes del shock séptico en mujeres con tratamiento post-cesárea en las comunidades rurales³⁶. El riesgo de corioamnionitis se ubicó en el 41 % de estas gestantes. Al asociar estas complicaciones de la RPM con rasgos como la edad, se pudo determinar que los casos encontrados se ubicaron en su mayoría en el rango de edades de 14-24 años, de los cuales el 21,7 % mostró riesgo de corioamnionitis, con tendencia hacia la mínima, es decir hacia los 19 años. También se encontró que el 2,4 % de este grupo etario presentó un cuadro de corioamnionitis. No obstante, se ubicó también esta afección en edades fuera de este grupo, particularmente de 33 y 34 años. Estos hallazgos no fueron significativos respecto a la incidencia de la edad en

las gestantes que mostraron tanto corioamnionitis como el riesgo de padecerlo, coincidiendo con Díaz (2017)⁴¹, quien afirma que las gestantes entre los 20 y 34 años resultan las que tienen menor riesgo de padecer RPM.

Por otra parte, la hemorragia posparto se mantuvo exclusivamente el rango de edad de 12 a 18 años, y con un 1,8 % fue una incidencia muy baja de solo 3 gestantes respecto al total de 166 gestantes. Igualmente, con solo 0,6 % de incidencia de shock séptico, o sea 1 gestante en todo el grupo y período estudiado, no se encontró relación entre este trastorno y la edad.

Al asociar el resto de los aspectos sociales con las complicaciones de la RPM, los resultados mostraron que, de 4 gestantes fumadoras, el 75 % de ellas presentaron riesgo de corioamnionitis, En cuanto a las 3 mujeres consumidoras ocasionales de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, el 33,3 % (1 gestante) de este subgrupo, presentó corioamnionitis.

La ocupación de la muestra de 166 gestantes estudiadas, en su mayoría se registró como ama de casa, para un 86,1 %. Al mismo tiempo, las 6 pacientes que presentaron corioamnionitis presentaron esta ocupación, así como el 51 % de gestantes del mismo subgrupo, mostró riesgo de corioamnionitis. 2 de las 3 pacientes con hemorragia postparto también son amas de casa y la única gestante con shock séptico, también señaló realizar esta ocupación. A pesar de estos resultados, no se pudo mostrar que este tipo de ocupación sea un factor de riesgo dada que muchas se encuentran en la adolescencia y alegan ser amas de casa. En realidad, no se pueden mantener por sí mismas y se ubican en esta categoría al no existir otra clasificación que identifique a personas que no estudian ni trabajan y que por lo tanto, no son capaces de sostenerse a sí mismas. A pesar de esta inferencia, no se encontró relación de esta circunstancia sobre las complicaciones de la RPM. De la misma manera, en

una elevada proporción (73,5 % de la muestra de gestantes), la situación civil que se encontró fue la de concubinato.

Se muestra la asociación de antecedentes gineco-obstétricos como factores de riesgo de las complicaciones maternas RPM. Respecto a la paridad, los resultados mostraron que 48,2 % de las gestantes no indicaron tener partos previos. En esta proporción se ubica el 1,8 % (3 pacientes de 6), que mostraron diagnóstico de corioamnionitis, el 23,5 % presentó riesgo de corioamnionitis, el 2,4 % hemorragia postparto (las 4 gestantes que mostraron esta situación), de acuerdo con los resultados encontrados en la literatura³². y el 0,6 % shock séptico, es decir la única paciente que presentó este cuadro clínico, según plantean OPS/OMS (2019)³⁷. En este sentido, es importante mencionar que en cuanto a la paridad no se evidenció su incidencia sobre las complicaciones de RPM, contrario a lo encontrado en diferentes publicaciones, en similares resultados a lo planteado por Almaras, García y Ramírez (2024)³⁶.

Por su parte, no se encontró evidencia de que en el grupo estudiado, los antecedentes gineco-obstétricos actuaran como factores de riesgo de las complicaciones maternas RPM. Respecto a la paridad, los resultados mostraron que 48,2 % de las gestantes no indicaron tener partos previos. En esta proporción se ubica el 1,8 % (3 gestantes de 6), que mostraron diagnóstico de corioamnionitis, el 23,5 % presentó riesgo de corioamnionitis, el 2,4 % hemorragia postparto (las 4 gestantes que mostraron esta situación) y el 0,6 % shock séptico, es decir la única paciente que presentó este cuadro clínico. En este sentido, es importante mencionar que en cuanto a la paridad no se evidenció una incidencia sobre las complicaciones de RPM, resultados contrarios a lo que planteó López (2023) ²⁴.

Por otro lado, no se encontró que exista una incidencia del período intergenésico sobre las complicaciones de la RPM en esta muestra de estudio por cuanto la mayoría de las gestantes afectadas por estas complicaciones se ubicó en un

período 0 o nulo en gestantes embarazadas primíparas. Considerando las cesáreas previas como un factor de riesgo de RPM, al relacionar las proporciones se pudo notar que hubo más complicaciones en las gestantes a las que nunca se les practicó una cesárea que aquellas que fueron sometidas a una cesárea. En cuanto a los abortos, el rango de mayor frecuencia en la muestra de 166 gestantes fue la de 1 aborto con 9,6% en el cual se evidenció que solo 0,6 % (1 gestantes) mostró corioamnionitis y 0,6 % riesgo de corioamnionitis. Esto difiere en cuanto a los resultados manifestados por Suárez et al (2016) ¹¹.

De acuerdo con los señalamientos anteriores, no se puede reportar una incidencia de los antecedentes gineco-obstétricos sobre las complicaciones maternas RPM, es decir, que los resultados denotan que no actuaron como factores de riesgo de algunas de las situaciones no deseadas relacionadas con la RPM.

Referente a la asociación de las características del embarazo actual se notó que en su mayoría la edad gestacional relacionada con las complicaciones de la RPM se ubicó en el rango de 37 a 40 semanas de gestación, ya próximo al parto y solo se pudo relacionar con el riesgo de corioamnionitis en una proporción del 27,7 % que prácticamente lo tiene una gran parte de las gestantes con RPM. asimismo, el control prenatal no mostró una asociación de incidencia sobre las complicaciones dado que se encontraron en la mayor frecuencia en un rango de 4 a 6 controles.

En lo que concierne a las infecciones vaginales, encontradas en una proporción de 85,5 % de la muestra total, se puede mencionar que todas las gestantes con corioamnionitis (3,6 %) presentaron este tipo de afecciones, el 40,9 % de las pacientes con riesgo de corioamnionitis también presentaron infecciones vulvovaginales, así como todas las gestantes (1,8 % del total) que presentaron hemorragia postparto y la única gestante que sufrió shock séptico.

Vale la mención de que se encontró una elevada incidencia al asociar las infecciones de este tipo con las complicaciones de la RPM, tal como reportan López (2023)²⁴ y la OPS/OMS (2019)³⁹, pudiéndose agregar que incluso en la muestra de gestantes, se encontraron 4 casos de sífilis temprana y latente, tres de ellos no tratados. Esto es de gran importancia, dado que las infecciones vulvovaginales pueden convertirse en un factor de riesgo de la RPM, así como de sus complicaciones, según refirió Pereira (2007)⁴⁰ en los resultados de su investigación titulada: La infección vaginal en gestantes: un serio problema de salud.

Relacionando la infección urinaria, embarazos múltiples previos y embarazos con RPM previos, no se encontró que existiera asociación alguna de estos aspectos con las complicaciones provenientes de la ruptura prematura de membranas en la muestra de estudio. De igual manera, al considerar el análisis de otros aspectos como la hipertensión gestacional, la latencia de la RPM y su clasificación, no se pudo encontrar que existiera una incidencia sobre la aparición de complicaciones dado los bajos valores mostrados con relación a la muestra estudiada de 166 pacientes con RPM.

CONCLUSIONES

Partiendo de todos los señalamientos realizados es importante destacar que respecto a los datos sociales de las 166 gestantes con RPM que integraron la muestra de estudio, la mayoría se ubicó en el rango de edad de los 19 a los 24 años, con una media de 20,5 años y una moda de 19 años, pero encontrándose gestantes de 12 y 13 años. El resto de los datos sociales mostró que el tabaquismo tuvo una proporción de 2,4 %. El consumo de sustancias mostró un 1,8 %. La ocupación destacada fue la de ama de casa y la situación civil, el concubinato.

Analizando los antecedentes gineco-obstétricos, un 48 % de las gestantes con RPM presentaron 0 partos previos mientras el 19,3 % presentó 1 parto. Igualmente, el periodo intergenésico que destacó fue el de 0, con 48,2 % seguido de 2 años de período entre partos. De la misma forma la no realización de intervenciones quirúrgicas destacó con 73,5% del total seguido por 16,3 % de las cesáreas no asociadas a RPM. los abortos previos tuvieron una baja frecuencia, resaltando la frecuencia de 0 abortos con una proporción de 87,3 %.

En cuanto a las características del embarazo actual, la edad gestacional que prevaleció fue de 37 a 40 semanas con 66,9 % al igual que la clasificación de la RPM con idéntica proporción de RPM a término. El control prenatal destacó en un rango promedio de 4 a 6 controles con un 40,4 %. Las infecciones vulvo-vaginales mostraron una elevada frecuencia de 85,5 % del total, mientras que la infección uterina tuvo una proporción de 3 % y un riesgo de 50 %. Asimismo, la infección urinaria junto a los embarazos múltiples previos, embarazos previos con RPM y la hipertensión gestacional presentaron valores bajos de que no llegaron al 10 %.

También, la latencia de la RPM fue muy dispersa con una mínima de 1 hora y máximas que superaron los 10 días.

Referente a las complicaciones se encontró que 6 gestantes presentaron complicaciones: corioamnionitis en un 3,6 %, hemorragia postparto en 1,8 % (3 gestantes) y 0,6 % shock séptico (1 gestantes). También se pudo evidenciar un 41 % de riesgo de corioamnionitis.

Al asociar la edad con las complicaciones, no hubo asociación entre estas. Ni se pudo reportar asociación de las complicaciones de la RPM por tabaquismo y consumo de sustancias, igualmente no se encontró relación de la ocupación más frecuente: ama de casa, ni la situación civil: concubinato. En esencia los datos sociales analizados no incidieron sobre las complicaciones de RPM encontradas en la muestra. En la misma línea, no se comprobó que los antecedentes gineco-obstétricos de las gestantes, incidieran en las complicaciones de la RPM.

Las características del embarazo actual con RPM no mostraron incidencia sobre las complicaciones de la RPM, salvo las infecciones vulvovaginales con una frecuencia de 85,5 %, lo que puede considerarse como un factor de riesgo de RPM, particularmente en sus complicaciones, dado que se encontró en todas las gestantes que presentaron complicaciones y en la totalidad de las 68 gestantes que mostraron riesgo de corioamnionitis, incluyendo la única gestante que falleció a causa de shock séptico.

RECOMENDACIONES

Considerando todos los planteamientos realizados en la investigación, se recomienda la implementación realizar un estudio más detallado sobre los aspectos sociales, biológicos y psicológicos de las gestantes que ingresen al Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar, para lograr una mayor claridad en cuanto a su posible incidencia en la presencia de la RPM.

Tomando en cuenta lo anterior, se recomienda también la realización de estudios prospectivos y longitudinales, que permitan determinar con mayor claridad los factores de riesgo de las complicaciones de la RPM, incluyendo su impacto en los fetos y neonatos, para lo cual es vital un adecuado acceso a las historias clínicas de estos casos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) OMS, (2010). Incidencia mundial de parto prematuro: Revisión sistemática de la morbilidad y mortalidad maternas. Ginebra, Suiza.
- 2) Fajardo W. y Henríquez K. (2020). Guía de Manejo de Ruptura Prematura de Membranas. Universidad El Salvador, San Salvador.
- 3) Araujo K, León L. y Villegas C. (2024). Rotura prematura de membranas: diagnóstico y manejo. Rev Obstet Ginecol venezolana; 84 (1): 59-72.
- 4) Modena A, Kaihura C. y Fieni S. (2004). Prelabor en la ruptura prematura de membranas. Evidencias recientes. Acta bio-medica: Atenei Parmensis. 75:5-10.
- 5) Sánchez N. et al (2013). Morbilidad y mortalidad neonatal en pacientes con rotura prematura de membranas pretérmino. Rev cubana Obstet Ginecol. 39(4)343-353
- 6) Huamán y Loza, (2019). Factores de riesgo asociados a ruptura prematura de membranas en gestantes que acuden al Centro de Salud Chilca. Universidad Privada de Huancayo “Franklin Roosevelt”, Huancayo Perú.
- 7) Abehsera D. (2013). Amenaza de parto pretérmino y rotura prematura de membranas pretérmino. Impacto de la amniocentesis diagnóstica

en la conducta obstétrica. Tesis Doctoral. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

- 8) Gutiérrez, M. (2018). Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. Rev. Peru. ginecol. obstet. vol.64 no.3 Lima jul./sept.
- 9) Meléndez N. y Barja J. (2020). Factores de riesgo asociados con la ruptura prematura de membranas pretérmino en pacientes de un hospital del Callao, Perú. inecol. obstet. Méx. vol.88 no.1 Ciudad de México ene. Epub 30-Ago-2021
- 10) Pellicer A, Hidalgo J, Perales A, Díaz C. (2014). Obstetricia y Ginecología: Guía de Actuación. Editorial Médica Panamericana; Madrid, España.
- 11) Suárez J. et al (2016). La rotura prematura de membranas pretérmino y su relación con las consecuencias maternas y perinatales. Acta Med cent 2016; 10 (3): 40-47.
- 12) Miranda A. (2014). Resultados maternos y perinatales del manejo conservador de la rotura prematura de membranas en embarazadas de 24 a 33 semanas. Acta Méd peruana. 2014; 31 (2): 84-89.
- 13) Meller C. et al (2018). Ruptura prematura de membranas pretérmino. Arch Argent Pediatr; 116 (4): e575-e581.
- 14) Vigil P. et al (2011). Ruptura prematura de membranas. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y ginecología FLASOG; 2011

- 15) García J, Mayorga E, Martínez R. Acciones educativas en la prevención de rotura prematura de membranas en área comunitaria de salud. *Revista Conrado*. 2022;18(89):249-60.
- 16) Flores, G. (2013). Determinación de los principales factores de riesgo maternos en relación con la ruptura prematura de membranas en pacientes atendidas en el Hospital Provincial Docente Ambato periodo 2011-2012. Universidad Técnica de Ambato.
- 17) Morgan F. et al (2008). Factores sociodemográficos y obstétricos asociados con rotura prematura de membranas. *Ginecol Obstet. Mex*. 2008;76(8):468-75
- 18) Guzmán, A. (2005). Complicaciones materno-perinatales en gestantes de 28 a 34 semanas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. Enero 2000-diciembre 2003: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- 19) Marcellín L. y Goffinet F. (2012). Are biological markers relevant for the diagnosis and the prognosis of preterm premature rupture of membranes *Clinical chemistry and laboratory medicine*. 2012;50(6):1015-9.
- 20) FASGO, (2018). Rotura prematura de membranas. Consenso FASGO XXXIII. Córdoba, 5 al 7 de septiembre del 2018. Argentina.
- 21) Blanco, M. (2017). Mortalidad materna en Venezuela. ¿Por qué es importante conocer las cifras? *Rev Obstet Ginecol Venez* vol.77 no.1 Caracas.

- 22) OMS, (2016). Maternal Mortality. Situation by country. Global Health Observatory (GHO) data. Washington.
- 23) Chávez J, Toledo J, Cedeño M. y García D. (2023). Manejo y tratamiento conservador de la ruptura prematura de membranas pretérmino y su impacto en la morbilidad neonatal. Polo del Conocimiento. Edición N° 85 Vol. 8, N° 8. Pp. 2713-2729
- 24) López T. y Cruz Y. (2023). Factores de riesgo maternos asociados a la ruptura prematura de membranas pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Kimbiri, Cusco 2021. Huancavelica, Perú.
- 25) Rodríguez y Pérez, (2023). Ruptura prematura de membranas ovulares. Revista Digital De Postgrado, 12(2).
- 26) Ohuma E, Moller A, Bradley E, et al. (2023). National, regional, and worldwide estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. Rev. Lancet; 402(10409):1261-1271.
- 27) Perin J, et al. (2022). Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-2019: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. Lancet Child Adolesc Health; 6(2): 106-15.
- 28) OMS (2023) Nacimientos prematuros. Ginebra.
- 29) Chapman E, Reveiz L, Ilanes E, Bonfill Cosp X. (2014). Antibiotic regimens for management of intraamniotic infection. Cochrane Database Syst RevDec 19;(12):CD010976

- 30) Clinic Barcelona, Hospital Universitario. (2024). *Protocolos Medicina Materno-Fetal*
- 31) Chaverri, G. (201). Endometritis Postparto. *Revista Médica Sinergia* ISSN 2215-4523 Vol.1 Num:12 diciembre. pp:21- 25
- 32) Karlsson, H. y Pérez C. (2009). Hemorragia postparto *Anales Sis San Navarra* vol.32 supl.1 Pamplona.
- 33) Allan J. Causes and treatment of postpartum haemorrhage (actualizado en 2008). Disponible en <http://www.uptodate.com>.
- 34) Gómez R, Gómez M. y Salvador Z. (2024). Oligohidramnios: causas, diagnóstico y tratamiento en el embarazo. *Rev. Méd. Reprod. Asistida*.
- 35) Sarduy M, Sánchez N. y Rodríguez A. (2016). Sepsis en pacientes con rotura prematura de membranas pretérmino. *Rev Cubana Obstet Ginecol* vol.42 no.3 Ciudad de la Habana jul.-sept.
- 36) Almaras M, García L. y Ramírez A. (2024). Principales factores desencadenantes del shock séptico en mujeres con tratamiento post- cesárea en las comunidades rurales. *TEPEXI Boletín Científico de la Escuela Superior Tepeji del Río*, Vol. 11, No. 22. 46-50
- 37) Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*, sexta edición, editorial McGrawHill-Interamericana editores, S.A. de C.V. México, D.F.

- 38) Arias, F. (2012). El proyecto de investigación. Introducción a la metodología Científica. Sexta Edición, Editorial Episteme, Caracas, Venezuela.
- 39) OPS/OMS (2019) Sepsis. <https://www.paho.org/es/temas/sepsis>
- 40) Pereira E. et al (2007). La infección vaginal en gestantes: un serio problema de salud Revista Información Científica, vol. 54, núm. 2, abril-junio.
- 41) Díaz V. (2017). Factores de riesgo asociados a ruptura prematura de membranas en gestantes pretérmino, atendidas en el Hospital Vitarte durante el año 2015. tesis de grado de la Universidad Ricardo Palma, Lima Perú.

APÉNDICES

Apéndice A

HOJA DE REGISTRO

INICIALES DE LA PACIENTE	NUMERO DE HISTORIA	FECHA		
PARTE I: ABORDAJE A LAS PACIENTES GESTANTES CON RPM				
CRITERIOS	RESPUESTAS	OBSERVACIONES		
Datos sociales	Edad			
	Peso corporal			
	Tabaquismo			
	Consumo de sustancias			
	Ocupación			
	Estado Civil			
PARTE II: REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS				
Antecedentes Gineco-obstétricos	Paridad			
	Período intergenésico			
	Cirugías previas			
	Abortos previos			
Características del embarazo actual	Edad Gestacional			
	Control Prenatal			
	Infecciones Vulvovaginales			
	Infección Intrauterina			
	Infecciones del tracto urinario			
	Embarazos múltiples previos			
	Hipertensión gestacional			
	Latencia de la RPM			
	Clasificación de la RPM			
Complicaciones maternas generadas por la ruptura prematura de membrana	Complicaciones en la madre	Corioamnionitis		
		Endometritis		
		Hemorragia postparto		
		Infección puerperal		
		Otra		

Apéndice B

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
VICERRECTORADO ACADÉMICO
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
NÚCLEO BOLÍVAR
COORDINACIÓN POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

Ciudad Bolívar, ___/___/___.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, titular de la Cédula de Identidad N°: _____, declaro que he sido informada respecto a la finalidad y los alcances del estudio titulado como: **CARACTERÍSTICAS CLINICO-EPIDEMIOLOGICAS DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO RUIZ Y PÁEZ DE CIUDAD BOLÍVAR ENERO – SEPTIEMBRE 2024** desarrollada por la Dra. Lina Nasr Nasr, C.I: 11.777.550, a cargo del Dr. José Gregorio Mendoza Subero, C.I: 20.264.426

En este sentido declaro que entiendo y conozco la información que me ha sido suministrada y que acepto participar en la muestra de estudio de dicha investigación.

En Ciudad Bolívar, a los _____ días del mes de _____, 2024.

Firma

HOJAS DE METADATOS

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/6

Título	Características clinico-epidemiológicas de la ruptura prematura de membrana en gestantes atendidas en el complejo hospitalario universitario Ruiz y Páez de ciudad Bolívar enero – septiembre 2024
Subtítulo	

Autor(es)

Apellidos y Nombres	Código ORCID / e-mail	
Nasr Nasr Lina	ORCID	
	e-mail:	linanasr@gmail.com

Palabras o frases claves:

ruptura prematura de membrana
características clínico-epidemiológicas
complicaciones maternas por RPM

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/6

Área o Línea de investigación:

Área	Subáreas
Coordinación de Postgrado de Ginecología y Obstetricia	Dpto. de Ginecología y Obstetricia
Línea de Investigación: Ginecología y Obstetricia	

Resumen (abstract):

La ruptura prematura de membranas es un trastorno atendido con frecuencia en pacientes con embarazos a término, asociados a una diversidad de factores fisiológicos y patológicos, pero también se presenta en la condición de pretérmino. La RPM puede generar complicaciones asociadas a morbimortalidad perinatal, por ello su estudio es de importancia, para incrementar el conocimiento, lo que incide en la atención al paciente con RPM. El objetivo de esta investigación consistió en estudiar las características clínico-epidemiológicas de la ruptura prematura de membrana en gestantes atendidas en el Complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar. Enero-septiembre 2024. Se recurrió a una investigación cuantitativa, de campo, prospectiva y transeccional descriptiva. La muestra no probabilística se seleccionó en función de los criterios de inclusión, descartando gestantes que cumplieron con alguno de los criterios de exclusión. Referente a los resultados, se encontró corioamnionitis un 3,6 % (6 gestantes) y riesgo de esta condición, en un 41 %. Igualmente, hemorragia postparto en 1,8 % (3 gestantes) y 0,6 % shock séptico (1 gestante). No se notó incidencia de la edad ni de otros datos sociales en las complicaciones de la RPM. Igualmente, no se pudo comprobar alguna relación entre los antecedentes gineco-obstétricos ni las características del embarazo actual con ruptura prematura de membrana. Las infecciones vulvovaginales, debido a su frecuencia de 85,5 % en las pacientes estudiadas, puede considerarse como un factor de riesgo capaz de promover ruptura prematura de membrana, y las consecuentes complicaciones de esta, dado que se encontró en las 6 gestantes que presentaron corioamnionitis, en todas las 68 gestantes que mostraron riesgo de corioamnionitis, en las 3 gestantes que presentaron hemorragia postparto y en la única gestante que falleció a causa de shock séptico.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/6

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / Código ORCID / e-mail				
	ROL	CA	AS	TU(x)	JU
Dr. José Gregorio Mendoza	ORCID				
	e-mail	ginecoobstetra74@gmail.com			
	e-mail				
	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
Dra. Elinmar Pérez Idrogo	ORCID				
	e-mail	elinmarperez@gmail.com			
	e-mail				
	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
Dr. Antonio Russo	ORCID				
	e-mail	ajrussob@hotmail.com			
	e-mail				
	ROL	CA	AS	TU	JU(x)

Fecha de discusión y aprobación: 2024/12/05

Lenguaje: spa

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/6

Archivo(s):

NBOTES_NNL2024

Alcance:

Espacial:

Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez”, de Ciudad Bolívar, estado Bolívar.

Temporal:

Enero-Septiembre de 2024

Título o Grado asociado con el trabajo:

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Nivel Asociado con el Trabajo:

Postgrado - Especialista en Ginecología y Obstetricia

Área de Estudio:

Coordinación de Postgrado de Ginecología y Obstetricia

Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado:

Universidad de Oriente

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/6



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CU N° 0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI – 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
SISTEMA DE BIBLIOTECA
RECIBIDO POR *Martínez*
FECHA *5/8/09* HORA *5:30*

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

Juan A. Bolaños Cuveto
Secretario



C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/maruja

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 6/6

De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009)
“Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participará al Consejo Universitario” para su autorización.

AUTOR

LINA NASR

C.I: 20.264.426

TUTOR

Dr. JOSE GREGORIO MENDOZA

C.I 11.777.550

JURADO

Dr. ANTONIO RUSSO BOSCAN

C.I 14.145.290

JURADO

Dra. ELINMAR PEREZ

C.I 18012419

POR LA SUBCOMISION DE TESIS