



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO ANZOÁTEGUI
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**COMPLICACIONES MATERNO FETALES POR RUPTURA
PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES DEL
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. LUIS RAZETTI”.**

Asesorado por:

Dr. Rangel Jiménez

Autor(es):

Br. Adinolfi, Gennara CI: 27.351.758

Br. Garcia Patricia C.I 27.078.230

Br. Garcia Maria Luisa C.I 26.208.660

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de Médico
Cirujano.

Barcelona, mayo de 2025.



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO ANZOÁTEGUI
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**COMPLICACIONES MATERNO FETALES POR RUPTURA
PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES DEL
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. LUIS RAZETTI”.**

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de Médico
Cirujano.

Barcelona, mayo de 2025.

RESOLUCIÓN

De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajo de grado:

“Los trabajos de grado son de la exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente, y solo podrán ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo Respectivo, quien deberá participarlo previamente al Consejo Universitario, para su autorización”.





UNIVERSIDAD DE ORIENTE

NÚCLEO ANZOÁTEGUI

ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**COMPLICACIONES MATERNO FETALES POR RUPTURA PREMATURA
DE MEMBRANAS EN GESTANTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO
“DR. LUIS RAZETTI”.**

AUTOR(ES): Adinolfi, Gennara. García, Patricia. García, María Luisa.

RESUMEN

La ruptura prematura de membranas (RPM) es una entidad asociada a complicaciones maternas y fetales con una alta tasa de morbilidad; estudiar los factores asociados a dichas complicaciones son un pilar fundamental para dirigir tratamientos oportunos y preventivos. **Objetivo:** Analizar las complicaciones materno fetales en gestantes con ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital “Dr. Luis Razetti” durante el periodo comprendido entre 01 de junio al 30 de noviembre del año 2024. **Material y Métodos:** Investigación descriptiva, prospectiva, transversal y unicéntrica que incluyó 105 gestantes con RPM. **Resultados:** edad media de $25,0 \pm 7,1$ años, provenientes de zonas urbanas (79,0%), nivel educativo de secundaria (66,7%) y ocupaciones del hogar (89,5%). Sin antecedentes ni hábitos psicobiológicos de importancia, con edad de menarquia adecuada (98,1%), sexarquia temprana (65,7%), dos o más gestas previas (47,6%). Las complicaciones maternas más frecuentes fueron la infección del tracto urogenital (14,3%), fiebre puerperal (11,4%) y corioamnionitis (8,6%) en relación con las complicaciones infecciosas gestacionales ($p 0,030$; OR 3,15 IC 95% 1,08 - 9,16), etiología infecciosa de la RPM ($p 0,001$; OR 4,37 IC 95% 1,74-10,92) y el manejo expectante de la RPM ($p 0,002$; OR 3,73 IC 95% 1,57 – 8,83) con una mortalidad de 0%, mientras que las complicaciones fetales/neonatales más frecuentes fueron el sufrimiento fetal agudo (26,7%), anhidramnios (16,1%) y oligohidramnios (10,4%), solo 9 casos de óbito fetal (8,6%). En cuanto a las complicaciones neonatales/fetales no se evidenció relación de riesgo ni asociación significativa con las variables estudiadas. Se indicó manejo expectante en 35,2% aunque la conducta final más frecuente fue el parto (54,3%) y la cesárea segmentaria (43,8%). **Conclusión:** La alta tasa de complicaciones maternas estuvo estrechamente relacionada a los procesos infecciosos durante la gestación, no encontrando asociación entre estas variables y las complicaciones fetales/neonatales.

Palabras clave: ruptura prematura de membranas, complicaciones, infección cervicovaginal o urinaria.

ÍNDICE

RESOLUCIÓN	iii
RESUMEN.....	iv
ÍNDICE	v
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	viii
AGRADECIMIENTOS	ix
DEDICATORIA	x
INTRODUCCIÓN	13
OBJETIVOS	19
MARCO METODOLÓGICO.....	20
Tipo de investigación	20
Población y muestra de estudio	20
Recopilación de datos	21
Criterios de inclusión	21
Criterios de exclusión	21
Técnica e Instrumento de recolección de datos	22
Procesamiento estadístico	23
RESULTADOS.....	24
CONCLUSIONES	57
RECOMENDACIONES.....	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60

ANEXOS	64
METADATOS PARA TRABAJO DE GRADO, TESIS Y ASCENSO	70

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de las gestantes con ruptura prematura de membranas.....	
Tabla 2. Características médicas previas de las gestantes con ruptura prematura de membranas de acuerdo a antecedentes personales, comorbilidades y hábitos psicobiológicos.....	
Tabla 3. Características médicas previas de las gestantes con ruptura prematura de membranas de acuerdo a antecedentes ginecoobstétricos.	
Tabla 4. Complicaciones maternas y fetales secundarias a la ruptura prematura de membranas.....	
Tabla 5. Manejo realizado en las pacientes con diagnóstico de ruptura prematura de membranas.....	
Tabla 6. Relación entre los antecedentes ginecoobstétricos con el desarrollo de complicaciones maternas.....	
Tabla 7. Relación entre los antecedentes ginecoobstétricos con el desarrollo de complicaciones fetales.....	
Tabla 8. Relación entre las variables de gestación actual con el desarrollo de complicaciones maternas.....	
Tabla 9. Relación entre las variables de gestación actual con el desarrollo de complicaciones fetales.....	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

- Gráfico 1.** Histograma de distribución de la edad materna en la muestra.....
- Gráfico 2.** Histograma de distribución de la edad gestacional en semanas de la muestra.....
- Gráfico 3.** Ruptura prematura de membranas de acuerdo a procedencia rural o urbana.....
- Gráfico 4.** Ruptura prematura de membranas de acuerdo a nivel educativo.....
- Gráfico 5.** Ruptura prematura de membranas de acuerdo a ocupación.....
- Gráfico 6.** Ruptura prematura de membranas de acuerdo a la presencia de antecedentes y comorbilidades.....
- Gráfico 7.** Ruptura prematura de membranas de acuerdo a antecedentes ginecoobstétricos de menarquia y sexarquia.....
- Gráfico 8.** Ruptura prematura de membranas de acuerdo a antecedentes ginecoobstétricos gestaciones, partos, cesáreas y abortos previos.....
- Gráfico 9.** Complicaciones maternas y fetales secundarias a la ruptura prematura de membranas.....
- Gráfico 10.** Conducta final realizada en las pacientes con diagnóstico de ruptura prematura de membranas.....

AGRADECIMIENTOS

Llegar al final de esta etapa representa mucho más que la culminación de una tesis; simboliza el cierre de un ciclo de aprendizaje, esfuerzo, crecimiento personal y profesional. Este logro no habría sido posible sin la compañía, guía y apoyo de personas e instituciones que, con generosidad y vocación, dejaron huella en nuestra formación.

En primer lugar, deseamos expresar el más sincero y profundo agradecimiento a nuestro tutor de tesis, quien fue verdadero pilar durante este proceso. Su paciencia, dedicación y compromiso fue fundamental para el desarrollo de este trabajo. No solo aportó sus conocimientos técnicos y científicos, sino también un acompañamiento humano que marcó una diferencia significativa en los momentos de duda, cansancio y desafíos.

Agradecemos también a todos los docentes que nos acompañaron a lo largo de la carrera. Cada clase fue una pieza clave en la construcción de nuestra identidad profesional. Sus enseñanzas, exigencias y pasión por la medicina alimentaron nuestra vocación y motivación para superarnos día tras día. La medicina no se aprende en soledad, y ustedes fueron faros que iluminaron nuestro camino académico. Siendo ejemplo de entrega y empatía que muchos de ustedes encarnaron, y que hoy intentamos hacer parte de nuestra propia práctica.

A la universidad, nuestro más sincero reconocimiento. Esta institución ha sido mucho más que un espacio de formación académica: ha sido el segundo hogar durante años de estudio, esfuerzo y transformación. Aquí descubrimos nuestra vocación, enfrentamos nuestros límites y descubrimos lo capaz que somos de superar cualquier evento y desafío. Gracias por brindarnos las herramientas, los recursos y el entorno propicio para crecer, investigar, cuestionar, aprender con libertad y rigor.

DEDICATORIA

Gracias a Dios, a mi familia y a mi compañeras por estar presentes en este camino, esta carrera no solo nos ha formado como médicos, nos construyó una armadura, y a la vez nos ha dejado un corazón más noble.

Gennara Adinolfi.

DEDICATORIA

Agradezco en primer lugar a Dios, por ser la fuente inagotable de sabiduría, fortaleza y guía a lo largo de este camino. A mi madre, gracias por ser mi mayor sostén, mi ejemplo de amor incondicional, sacrificio y valentía. Tu presencia, tus abrazos, tus oraciones y tu fe me acompañaron incluso cuando yo dudaba de mí misma. Esta tesis lleva tu nombre, porque en cada página está tu esfuerzo reflejado. A mi padre, gracias por ser un pilar firme en mi vida, por enseñarme a nunca rendirme, a actuar con integridad y a confiar en mis capacidades. Tu ejemplo ha dejado huellas profundas en quien soy y este logro también es tuyo.

A mi tío y a mi abuelo, quienes ahora me acompañan desde el cielo. Mi tío, por amarme como una hija, por darme la oportunidad y el honor de hacer vida en su casa todos estos años de carrera, por su orgullo y admiración que siempre tuvo hacia mi incluso siendo una niña. A mi abuelo, por enseñarme con su ejemplo el valor del esfuerzo, la honestidad y la dedicación. Su recuerdo es una luz constante en mi vida académica y personal. A mi abuela, gracias por tu ternura, tus consejos sabios y tu amor inmenso. Tu presencia ha sido un refugio seguro en los momentos de dificultad y una inspiración silenciosa para seguir adelante con fe y determinación.

También extendo mi agradecimiento con enorme cariño a mis tías, Martha y Maribel, por su apoyo constante, sus palabras de aliento y por ser más que tías. Su amor ha sido una bendición en este proceso. Finalmente, a mis primos Isabel y Andrés, con quienes no solo comparto lazos de sangre, sino ahora también la vocación profesional. Gracias por estar siempre, por acompañarme con empatía y alegría, por cada conversación, cada desvelo compartido y cada palabra de aliento. Me llena de orgullo haber crecido con ustedes y vernos hoy convertidos en colegas. Este logro también les pertenece.

Patricia García.

DEDICATORIA

Agradezco primero a Dios, por darme la fortaleza y sabiduría para terminar el proyecto de graduación, creo firmemente que, sin su presencia en mi vida, esto no sería posible.

A mis padres, Mary Carolina y Lesmen, quienes siempre me han brindado su apoyo y amor incondicional para poder cumplir todas mis objetivos personales y académicos. Gracias por creer en mí, incluso en los momentos más difíciles. Sin su guía y motivación, este título no habría sido posible.

A mi nona, que desde la distancia siempre ha estado presente en mi camino. Con su cariño me han impulsado siempre a perseguir mis metas y nunca abandonarlas frente a las adversidades. A mi nono, quien a pesar de no estar en este plano terrenal, siempre he sentido su bendición desde el cielo, iluminando y guiando mis pasos para lograr mi meta.

A mis hermanos, María Laura, Lewis, Lesmen; y mis primos, José Miguel, José Leonardo, Micaela. Ustedes han sido mis compañeros de aventuras y mis confidentes, por estar ahí en los momentos difíciles y por celebrar conmigo los logros y alegrías. No importa la distancia, ustedes son mi refugio y mi fortaleza.

A mis bebés, Andrea Tenías y María Gabriela Marcano, por su apoyo incondicional y cariño, por siempre estar para mí cuando las necesito. Ustedes hicieron este camino más bonito. A mis amigas Nathalia y María Virginia, por brindarme su apoyo, cariño y estar para mí en los buenos y malos momentos. A mis amigos, Andreíta, Ana, Sthefany, Neill, quienes estando a la distancia siempre se han sentido presente cuando los he necesitado. Gracias a todos, por escucharme, por levantarme cuando he caído y recordarme lo lejos que he llegado

María Luisa García

INTRODUCCIÓN

La Sociedad Americana de Ginecología y Obstetricia define la ruptura prematura de membranas (RPM) como la ruptura de membranas ovulares en cualquier momento antes del inicio del trabajo de parto, independientemente de la edad gestacional ⁽¹⁾. Es una causa importante de morbilidad y mortalidad perinatal, que complica el 13% a 60% de los embarazos que cursan con RPM. Constituye una de las principales causas de prematuridad e infección, que a su vez es la principal causa de muerte neonatal, siendo las consecuencias más importantes el parto pretérmino, bajo peso al nacer y la infección neonatal. La muerte fetal puede ocurrir en 1 a 2% de los casos de RPM de manejo conservador ⁽²⁾.

La RPM en cualquier momento aumenta el riesgo de infección intraamniótica (corioamnionitis), en el recién nacido (sepsis), o ambos, presentación fetal anormal, desprendimiento prematuro de placenta. Los estreptococos del grupo B y *Escherichia coli* son causas comunes de infección. Otros microorganismos en la vagina también pueden causar infecciones. La rotura prematura de membranas puede aumentar el riesgo de hemorragia intraventricular en los recién nacidos; esta puede dar lugar a trastornos del neurodesarrollo como una parálisis cerebral ⁽²⁾.

En relación al momento en que ocurre la RPM, a menor edad gestacional, peor será el pronóstico fetal perinatal debido a su vulnerabilidad a complicaciones como inmadurez, infección y alteraciones en el desarrollo neurológico. Adicionalmente se suman complicaciones maternas como la hemorragia y las infecciones. La rotura prematura de membranas pretérmino prolongada antes de la viabilidad (a < 24 semanas) aumenta el riesgo de deformidades de los miembros (p. ej., posición anormal de las articulaciones) e hipoplasia pulmonar debido a la pérdida del líquido amniótico (denominado secuencia o síndrome de Potter) ⁽²⁾.

Una mujer con ruptura prematura de las membranas está en riesgo de infección intra-amniótica, infección posparto, endometritis y muerte ⁽³⁾. Un neonato nacido de madre con ruptura prematura de las membranas está en alto riesgo de síndrome de dificultad respiratoria, sepsis, hemorragia intraventricular y la muerte ⁽⁴⁾. Las complicaciones poco frecuentes pero graves incluyen la placenta retenida (1-2%), hemorragia (1%), sepsis materna (0,8%) y muerte materna (0,14%) ⁽²⁾.

Las mujeres con RPM tienen un mayor riesgo de parto por cesárea debido a la alta probabilidad de infección y sufrimiento fetal por compresión del cordón umbilical o el desprendimiento de placenta. El síndrome de dificultad respiratoria (10–40%) es la morbilidad aguda grave más común. La morbilidad perinatal grave puede conducir a consecuencias a largo plazo como enfermedad pulmonar crónica, dificultades visuales o auditivas, discapacidades intelectuales, retraso del desarrollo motor, parálisis cerebral o muerte. La hipoplasia pulmonar es una complicación fetal grave que se puede producir después de una ruptura de membranas. Los riesgos de morbilidad y mortalidad fetal y neonatal se ven significativamente afectados por la gravedad del oligohidramnios, duración de la latencia y la gestación en la evolución natural del embarazo tras una RPM. Existen numerosos factores de riesgo de ruptura prematura de membranas y de sus complicaciones obstétricas, como la infección intrauterina a temprana edad gestacional, bajo índice de masa corporal materno, situación socioeconómica precaria, infecciones de transmisión sexual, sangrado vaginal y tabaquismo durante el embarazo, atención prenatal y nutrición inadecuada durante el embarazo ⁽⁵⁾. Tanto la madre como el feto tienen un mayor riesgo de infección después de la RPM ⁽⁶⁾.

La RPM puede ser producida de manera espontánea (RPME) o iatrogénica (RPMI). A las primeras se le adjudican causas multifactoriales como infección, distensión excesiva de las membranas ovulares, causas genéticas (síndrome de Ehlers Danlos), nutricionales, desconocidas o idiopáticas. La iatrogénica se produce de manera involuntaria por el médico al realizar algún procedimiento invasivo ya sea con

finés diagnósticos o terapéuticos. La amniocentesis, la biopsia de vellosidades coriales, la cordocentesis y la fetoscopia son ejemplos de estos. En tal sentido, se estima que se producen entre un 0,5 % y 1,2 % de RPMI después de amniocentesis y entre un 5 % y 30% posterior a fetoscopias en embarazos pretérmino. Los factores de riesgo asociados a esta patología dentro de los cuales encontramos: antecedentes de RPMP, parto pretérmino previo, infección del tracto genital inferior, hemorragia del primer y segundo trimestre del embarazo, tabaquismo, distensión uterina extrema, acortamiento cervical, colagenopatías, trastornos hipertensivos del embarazo, entre muchas otras ⁽⁶⁾.

El manejo clínico de la ruptura prematura de membranas (RPM) se basa en un enfoque individualizado que considera la edad gestacional, la presencia o ausencia de infecciones y el bienestar fetal. Inicialmente, se recomienda hospitalización para monitorear signos de corioamnionitis, actividad uterina y estado fetal. La administración de antibióticos profilácticos ha demostrado prolongar el período de latencia y reducir la incidencia de infecciones neonatales y maternas. Asimismo, en embarazos menores a 34 semanas de gestación, el uso de corticosteroides se indica para acelerar la maduración pulmonar fetal y disminuir el riesgo de síndrome de dificultad respiratoria, enterocolitis necrotizante y hemorragia intraventricular. La tocolisis, por su parte, puede ser considerada brevemente para permitir el efecto completo de los corticosteroides, aunque su uso rutinario no está recomendado debido a los riesgos asociados. En presencia de infección o compromiso fetal, se justifica la finalización del embarazo independientemente de la edad gestacional. Estudios recientes subrayan que el equilibrio entre prolongar la gestación y evitar complicaciones infecciosas es esencial para reducir la morbilidad neonatal. Así, la vigilancia estrecha y el juicio clínico continúan siendo pilares fundamentales en el abordaje de la RPM ^(7,8).

Una vez establecida la ruptura prematura de membranas, la evolución del embarazo depende en gran medida del entorno clínico y de las intervenciones adoptadas. El período de latencia, comprendido entre la ruptura y el parto, es variable y se ve influenciado por factores como el índice de líquido amniótico, la edad

gestacional y la colonización bacteriana vaginal. En embarazos pretérmino, un período de latencia prolongado puede ser beneficioso si se controla adecuadamente, ya que permite una mayor maduración fetal, pero también incrementa el riesgo de infección intraamniótica, compresión del cordón umbilical y complicaciones respiratorias neonatales. Por lo tanto, la toma de decisiones debe contemplar un delicado balance entre los riesgos de la prematuridad y los de una posible infección. La monitorización fetal no invasiva, los controles de temperatura materna y los biomarcadores inflamatorios, como la proteína C reactiva, son herramientas útiles para guiar el momento óptimo del parto. Investigaciones recientes destacan que una vigilancia cuidadosa puede reducir significativamente las complicaciones perinatales sin comprometer la salud materna. De este modo, la RPM continúa representando un reto clínico donde el juicio médico y la evidencia científica deben converger para lograr los mejores desenlaces ^(7,9).

La RPM tiene una incidencia global de 5 % y se presenta en 30 % de nacimientos prematuros. Es del 3 % luego de las 32 semanas, de 28 % entre las 28 - 31 semanas y de 31 % antes de la semana 28. En Europa se calcula que 5 % al 9 % de los nacimientos son pretérmino y en Estados Unidos de Norte América este porcentaje alcanza el 12 % - 13 %. Se desconocen porcentajes en América Latina, sin embargo, estadísticas de algunos hospitales confirman que es cerca de 11 % al 15 %. (5-7) Se estima que un 25 % a 30 % de los recién nacidos pretérmino son producto de rotura prematura de membranas ⁽¹⁰⁾. La mayoría de nacimientos pretérmino presentan discapacidades como por ejemplo parálisis cerebral infantil, dificultades en el aprendizaje y conducta. Por lo tanto, evitar los nacimientos pretérminos es de prioridad en salud obstétrica. Matamoros M, en un estudio realizado durante el año 2000 en el Instituto Hondureño de Seguridad Social de Tegucigalpa (Honduras), concluyó que la frecuencia de ruptura de membranas en parto pretérmino, fue de un 20,7 %, los factores causales agregados más importantes lo constituyeron los idiopáticos en un 60,7 %, seguido de las infecciones genitourinarias en un 28,5 % y anomalías uterinas en un 7,1

%⁽¹¹⁾. Furman L, *et al.*, señalan que las pacientes con rotura prematura de membranas en pretérmino se asociaron con tasas de corioamnionitis, infección urinaria, endometritis y sepsis en el período postparto significativamente más altas comparadas con los controles⁽¹²⁾. Osuna A, en Venezuela, realizó un estudio que reportó que once de las 115 pacientes estudiadas entre enero y abril 2004 con diagnóstico de RPM en edades de gestación entre 28 a 34 semanas, presentaron infección ovular en el trabajo de parto (9,5 %). Se presentó una infección ovular clínica en el 7,1 % y en el 10,3 % con inicio espontáneo del trabajo de parto, sin diferencias significativas. Por otra parte, el 18 % de las mujeres con infección ovular también se presentó infección neonatal, en comparación con el 5,7 % de los recién nacidos que evolucionaron sin infección ovular, lo que resultó en OR = 3,15(IC 95% 0,5517/94)⁽¹³⁾.

Los resultados de 53518 embarazos en el U.S. Collaborative Perinatal Project, revisados reportan una relación de RPM con recién nacidos de bajo peso; sin embargo, no se tomó la edad gestacional y, asimismo, la RPM estaba relacionada de manera causal con 10% de las muertes perinatales⁽¹⁴⁾. Por otra parte, en un estudio prospectivo (2007-2009) de 6.139 embarazos realizado en México, encontraron que después de eliminar por observación clínica los padecimientos que usualmente se acompañan de parto pretermino y bajo peso al nacer padecimientos congénitos, adolescentes con menos de 16 años, diabetes mellitus, hipertensión relacionada con el embarazo, enfermedad cardíaca crónica, abruptio placenta, placenta previa y más de un feto, aproximadamente el 10% de los partos fueron pretermino sin una causa definida y con una mortalidad perinatal de 28%⁽¹⁵⁾. Recientemente se ha demostrado que en muchos casos se considera que la causa de la RPM guarda relación con los procesos infecciosos como cervicitis, vaginitis y colonización por determinados organismos. Además, se dice que la morbilidad y mortalidad neonatal relacionada con infección corioamniótica incluyen neumonía, meningitis y sepsis. La aparición de morbilidad y mortalidad neonatal es inversamente proporcional con la edad gestacional al nacimiento⁽¹²⁾.

En Venezuela según cifras del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), la RPM ocupa el tercer lugar de la morbilidad perinatal, representando 28%, de la misma manera la corioamnionitis materna constituye 42% de las complicaciones perinatales más frecuentes en el proceso del parto, originando complicaciones en el trabajo de parto, puerperio y en la salud del neonato; teniendo esto un gran impacto socioeconómico en el sistema de salud ya que se incrementa la estadía hospitalaria de la madre con uso de antibioticoterapia lo que deriva en un alto costo, por otra parte el neonato también resulta hospitalizado y con tratamiento y estudios que incrementan gastos al sistema de salud. Numerosas enfermedades infecciosas pueden actuar desfavorablemente sobre la evolución del embarazo, lo cual puede afectar al embrión, al feto e incluso al recién nacido, de modo que puede ocurrir un proceso infeccioso en distintos sitios, tales como: útero, vagina, vías urinarias y mamas, de ahí la importancia de determinar los resultados obstétricos y perinatales en las embarazadas que sufren una RPM para de esta forma establecer el tratamiento adecuado con el fin de resguardar la salud materno fetal. En el Estado Anzoátegui 38% de las pacientes con inicio de trabajo de parto presentan RPM que oscilan desde las 4 horas hasta 15 y más horas; es importante mencionar que algunas de estas pacientes apenas están iniciando proceso de trabajo de parto e incluso algunas aun no presentan cambio en el cuello uterino; planteado esto se puede pensar que en un trabajo de parto que se desarrolle normalmente alcanza entre 12 y 18 horas para lograr la dilatación completa; lo que produce a una exposición de más o menos entre 20 y 24 horas con el RPM ⁽¹⁶⁾.

OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar las complicaciones materno fetales en gestantes con ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital “Dr. Luis Razetti” durante el periodo comprendido entre 01 de junio al 30 de noviembre del año 2024.

Objetivos específicos

1. Caracterizar a las gestantes con ruptura prematura de membranas de acuerdo a la edad y características sociodemográficas.
2. Indicar las características médicas previas de las gestantes con ruptura prematura de membranas del Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”.
3. Describir las principales complicaciones maternas y fetales asociadas a ruptura prematura de membranas en la muestra de estudio.
4. Determinar el manejo realizado en las gestantes con ruptura prematura de membranas ingresadas en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”.
5. Relacionar las variables ginecobstétricas y de gestación actual con el desarrollo de las complicaciones maternas y fetales.

MARCO METODOLÓGICO

Tipo de investigación

De acuerdo a las características principales del estudio, la investigación realizada fue de tipo prospectiva y descriptiva, ya que se encargó de puntualizar las complicaciones de la población de gestantes del Servicio de Ginecología y Obstetricia y todas las posibles variables que intervienen en el estudio. De igual forma se clasificó como un estudio de tipo transversal debido a que las variables se obtuvieron en una sola oportunidad a partir de los individuos analizados en un periodo cronológico dispuesto desde el 01 del mes de junio al 30 de noviembre del año 2024.

Población y muestra de estudio

Para efecto de la investigación, la población estuvo conformada por todas las púerperas que se encontraban hospitalizadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Dr. “Luis Razetti” en la ciudad de Barcelona, estado Anzoátegui, durante el periodo previamente especificado.

Se define a la muestra como un “*subconjunto representativo y finito que se extrae de la población accesible*”. En este sentido, una muestra representativa es aquella que por su tamaño y características similares a las del conjunto, permite hacer inferencias o generalizar los resultados al resto de la población con un margen de error conocido. En la presente investigación, la muestra estuvo conformada por las pacientes con ruptura prematura de membranas seleccionadas de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, constituyéndose dicha muestra finalmente por 105 gestantes.

Recopilación de datos

Según Arias (2006) son las distintas formas o maneras de obtener la información, por lo cual es importante identificar el instrumento de recolección de datos, luego aplicarlo y finalmente observar, analizar y registrar la información obtenida.

Al respecto, la recolección de datos se divide en dos enfoques: Cuantitativa y cualitativa. Considerando este último, Arias (2006) menciona que se caracteriza por incluir una serie de métodos con una perspectiva holista e inductiva, y cuyas técnicas de recolección y análisis están dirigidas a datos verbales, textuales y otros datos no numéricos (datos cualitativos). En este sentido, el enfoque cualitativo permite obtener información por medio de entrevistas, observaciones.

En esta investigación se empleó el enfoque cuantitativo, descriptivo. Partiendo del estudio de hechos particulares para llegar al descubrimiento de principios generales para recoger la información necesaria a utilizarse y la revisión bibliográfica adecuada con la finalidad de elaborar principios y normas generales en relación a las complicaciones maternas y fetales por ruptura prematura de membranas en gestantes del servicio de ginecología y obstetricia del hospital universitario “Dr. Luis Razetti”.

Criterios de inclusión

- Gestantes con diagnóstico de ruptura prematura de membranas ingresadas en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”.
- Pacientes púerperas con ruptura prematura de membranas.

Criterios de exclusión

- Aborto espontáneo o la muerte fetal antes de las 22 semanas de gestación.

- Pacientes no gestantes hospitalizadas en Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”.
- Pacientes no hospitalizadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del centro descrito.

Técnica e Instrumento de recolección de datos

El instrumento de recolección de información diseñado por las estudiantes a cargo de este proyecto, autorizado por su tutor a efectos de realizar dicha investigación, permitió la recolección y organización de la información registrada en la población y posteriormente a la elaboración de cuestionarios diseñado por los investigadores con una duración de 5 minutos aproximadamente de carácter confidencial y académico para la formación y elaboración de la presente; de esta manera dar cumplimiento y fundamento a cada uno de los objetivos planteados en la investigación.

Fuentes básicas de información representada por los individuos involucrados en la investigación, y que mediante la emisión de sus opiniones y planteamientos brindaran a la investigación invaluable aportes. Estas fuentes básicas de información, se clasifican en:

Fuentes primarias: Datos registrados en las historias clínicas, encuestas cerradas y que guarden relación directa con la investigación.

Fuentes secundarias: Conformadas por las diferentes instituciones, medios o elementos de búsqueda de documentación e información.

En este caso las fuentes secundarias consideradas fueron: Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”, artículos científicos en revistas médicas, bibliografías.

Procesamiento estadístico

Para el análisis de datos, se utilizará un sistema de almacenamiento especializado y ordenado constituido por la Hoja de Cálculo del programa de Microsoft Office Excel 2016. Los resultados obtenidos se presentarán en tablas y/o gráficos, expresados en frecuencia absoluta y relativa, basados en los objetivos de la investigación con su análisis respectivo, para dar, de este modo, expresión estadística a cada uno de los parámetros estudiados.

RESULTADOS

Tabla 1.

Características sociodemográficas de las gestantes con ruptura prematura de membranas.

(n = 105)

VARIABLES	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJE (%)
RANGOS DE EDAD (años)		
12 – 18 años	18	17,1
19 – 34 años	73	69,5
≥ 35 años	14	13,3
PROCEDENCIA		
Urbana	83	79,0
Rural	22	21,0
NIVEL EDUCATIVO		
Primaria	22	21,0
Secundaria	70	66,7
Superior	13	12,3
OCUPACIÓN		
Ocupación formal	4	3,8
Ocupación informal	3	2,9
Ocupación del hogar	94	89,5
No posee ninguna ocupación	4	3,8

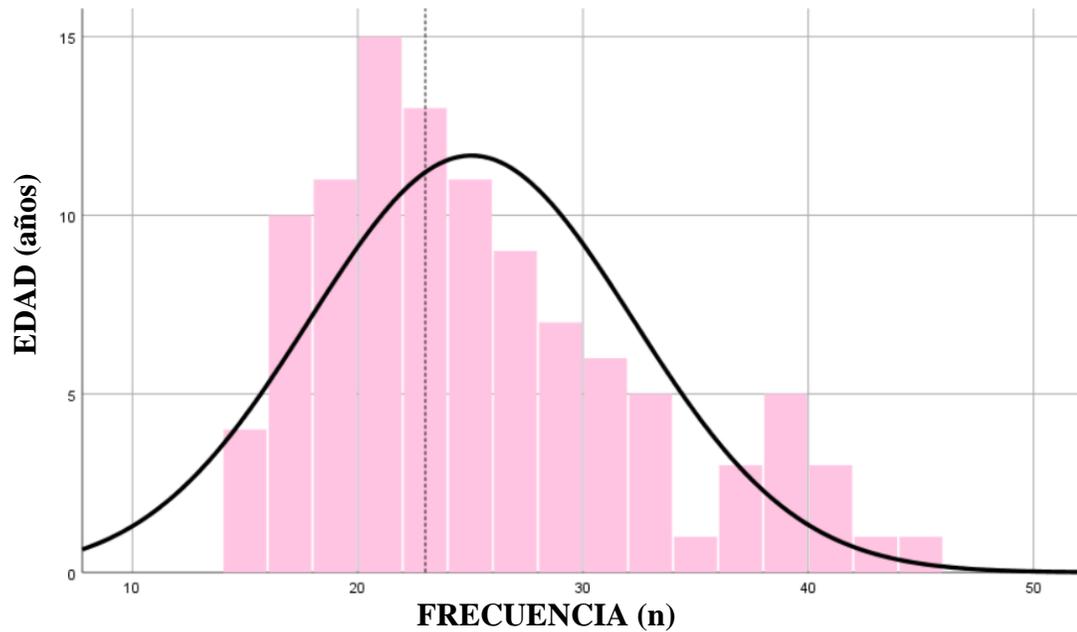
Fuente: instrumento de recolección de datos.

Durante el periodo de estudio especificado 105 gestantes ingresaron al Complejo Hospitalario Universitario “Dr. Luis Razetti” con el diagnóstico de ruptura prematura de membranas, las cuales contaban con una edad media de $25,05 \pm 7,17$ años (mínimo de 15 años, máximo de 44 años y mediana de 23,0 años), se destaca que 17,1% de la muestra se encontraban en periodo de adolescencia (12 a 18 años) y 13,3% se clasificaron como madres de edades avanzadas (≥ 35 años), en su mayoría provenían de sectores urbanos (79,0%), dos tercios de la muestra habían culminado la etapa educativa correspondiente a la secundaria (66,7%) y casi la totalidad de las gestantes se desempeñaban en labores del hogar (89,5%).

En el estudio de casos y controles desarrollado por Emad M, *et al.*, publicado en el año 2022 en Egipto en el cual incluyeron 210 gestantes, divididas en 70 casos con ruptura prematura de membranas y 140 controles comprendido por embarazos normoevolutivos para una proporción 1:2, observando que la edad media del grupo de casos fue de $25,1 \pm 5,3$ (mínimo de 17 y máximo de 39 años), las cuales en un 52,9% habían culminado la secundaria y 38,6% eran analfabetas, casi la totalidad se desempeñaban en labores del hogar (98,6%), pero provenían en un gran porcentaje de zonas rurales (91,4%). Estos hallazgos sociodemográficos fueron altamente similares a los obtenidos en esta investigación, destacando el bajo nivel educativo de las gestantes con ruptura prematura de membranas, factor que indirectamente podría afectar en el desarrollo de esta patología secundario a desconocimiento del adecuado control prenatal y de los signos patológicos de complicaciones gestacionales, especialmente infecciosas, que desencadenen la entidad nosológica estudiada ⁽¹⁷⁾.

Gráfico 1.

Histograma de distribución de la edad materna en la muestra.

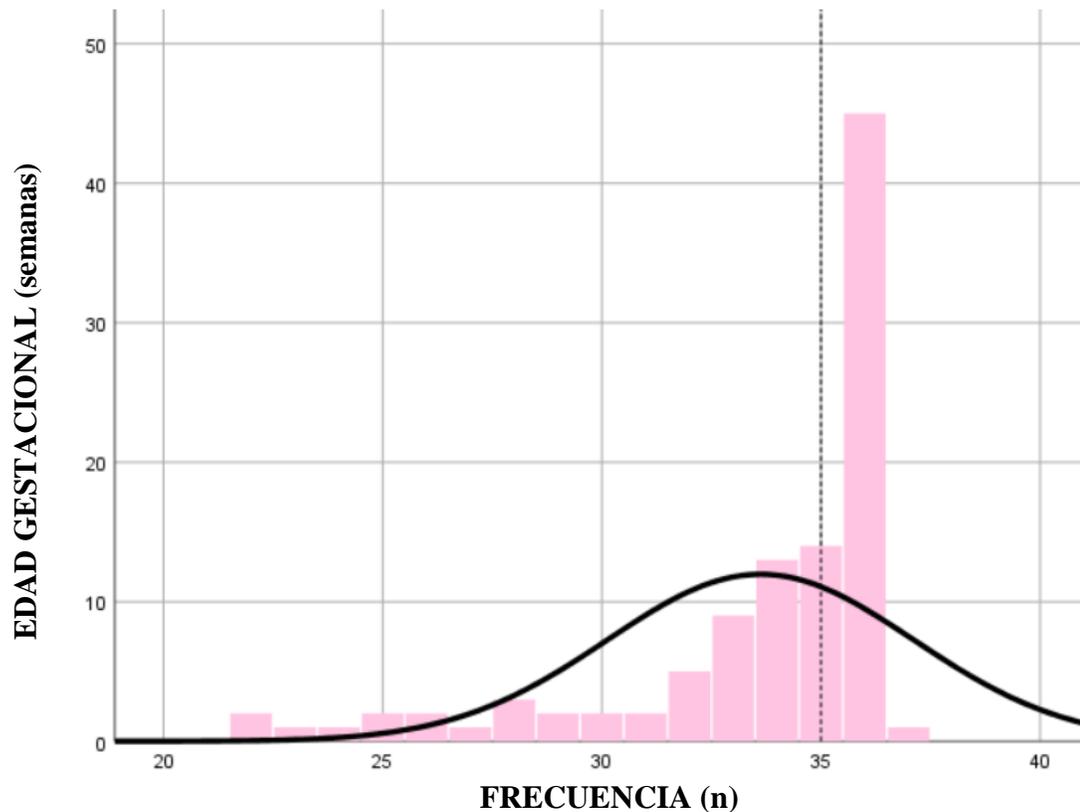


Fuente: instrumento de recolección de datos.

La muestra contaba con una edad media de $25,05 \pm 7,17$ años (mínimo de 15 años, máximo de 44 años), con una mediana de 23,0 años (línea longitudinal punteada). En el histograma de distribución se observa una mayor frecuencia de la patología estudiada en la segunda década de la vida, a pesar de esto, se evidencia también una distribución en decadencia a partir de la mediana precisada con una discreta elevación a los 40 años.

Gráfico 2.

Histograma de distribución de la edad gestacional en semanas de la muestra.

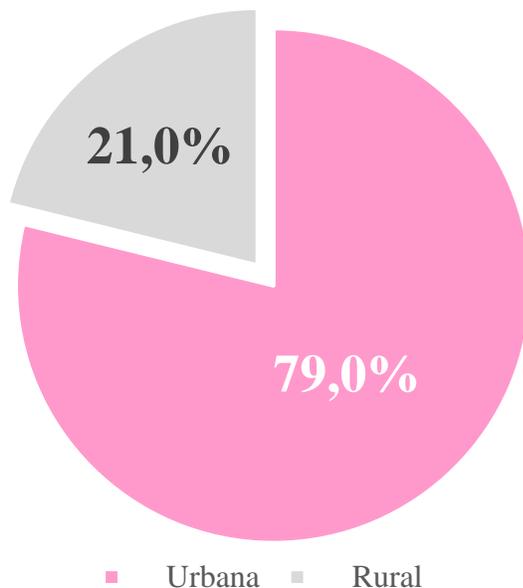


Fuente: instrumento de recolección de datos.

La muestra contaba con una edad gestacional media de $33,62 \pm 3,49$ semanas, con un mínimo de 22 semanas y un máximo de 37 semanas, para una mediana de 35,0 semanas (línea longitudinal punteada). En el histograma de distribución se observa un importante pico de pacientes que se encontraban entre las 35 y 36 semanas de gestación, a pesar de ello la curva de normalidad demuestra una amplitud importante, destacando que la ruptura prematura de membranas se observó con similares frecuencias entre las 22 y 33 semanas de gestación.

Gráfico 3.

Ruptura prematura de membranas de acuerdo a procedencia rural o urbana.

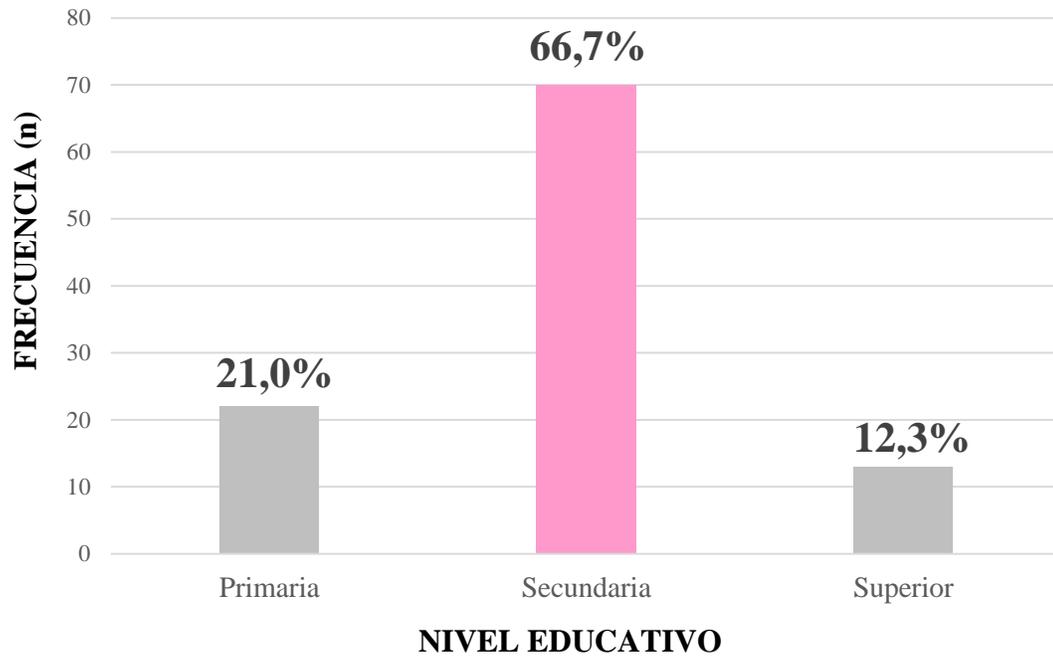


Fuente: instrumento de recolección de datos.

En el gráfico 3 se observa la marcada diferencia entre la procedencia de las gestantes con ruptura prematura de membranas, proviniendo mayoritariamente de sectores urbanos, especialmente del municipio Bolívar (43,8%) y municipio Sotillo (16,1%).

Gráfico 4.

Ruptura prematura de membranas de acuerdo a nivel educativo.

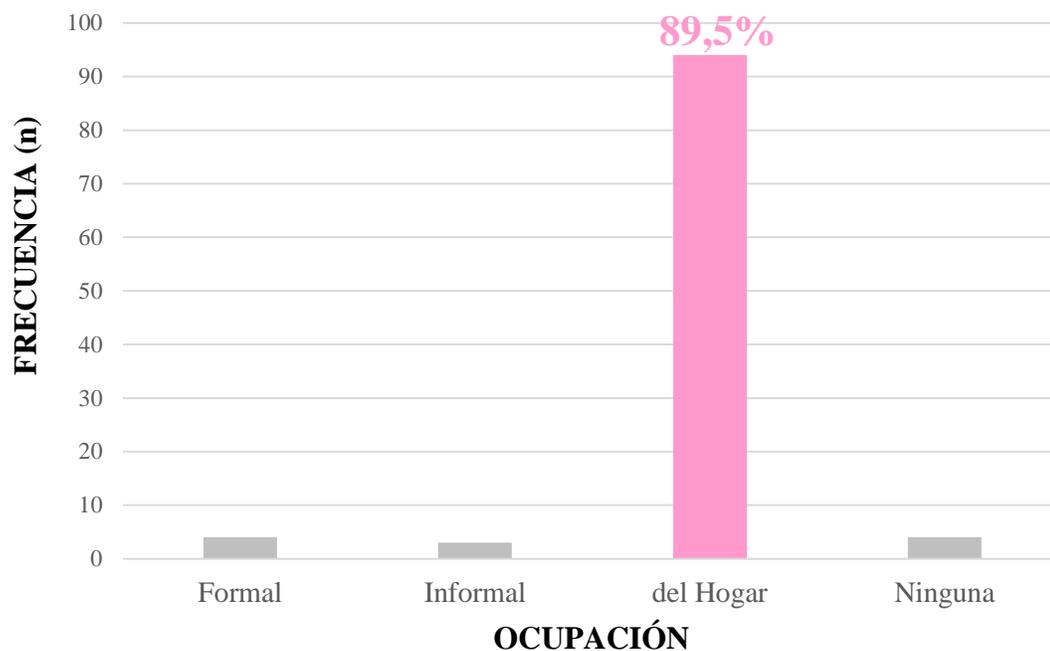


Fuente: instrumento de recolección de datos.

En el gráfico 4 se observa que un gran porcentaje de la muestra alcanzó el nivel de secundaria (66,7%), a pesar de ello, se destaca que solo 12,3% de las gestantes alcanzaron títulos superiores, implicando un nivel educativo bajo para la muestra.

Gráfico 5.

Ruptura prematura de membranas de acuerdo a ocupación.



Fuente: instrumento de recolección de datos.

En el gráfico 5 se observa la superioridad del desempeño del cuidado del hogar como ocupación de las gestantes con ruptura prematura de membranas.

Tabla 2.

Características médicas previas de las gestantes con ruptura prematura de membranas de acuerdo a antecedentes personales, comorbilidades y hábitos psicobiológicos.

(n = 105)

VARIABLES	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJE (%)
ANTECEDENTES PERSONALES Y COMORBILIDADES		
Sin antecedentes	85	80,9
Asma	11	10,4
Miomatosis uterina	8	7,6
Hipertensión arterial sistémica	5	4,7
Litiasis renal	3	2,8
Hipotiroidismo	2	1,9
HIV	2	1,9
Diabetes mellitus	1	0,9
Salpinguectomía por obstrucción tubárica	1	0,9
HÁBITOS PSICOBIOLOGICOS		
Alcohol	0	0,0
Tabaco	0	0,0
Drogas	1	0,9

Fuente: instrumento de recolección de datos.

* La sumatoria de las pacientes en el renglón de antecedentes personales supera la totalidad de la muestra descrita en vista de que algunos casos presentaban más de un antecedente personal en simultáneo.

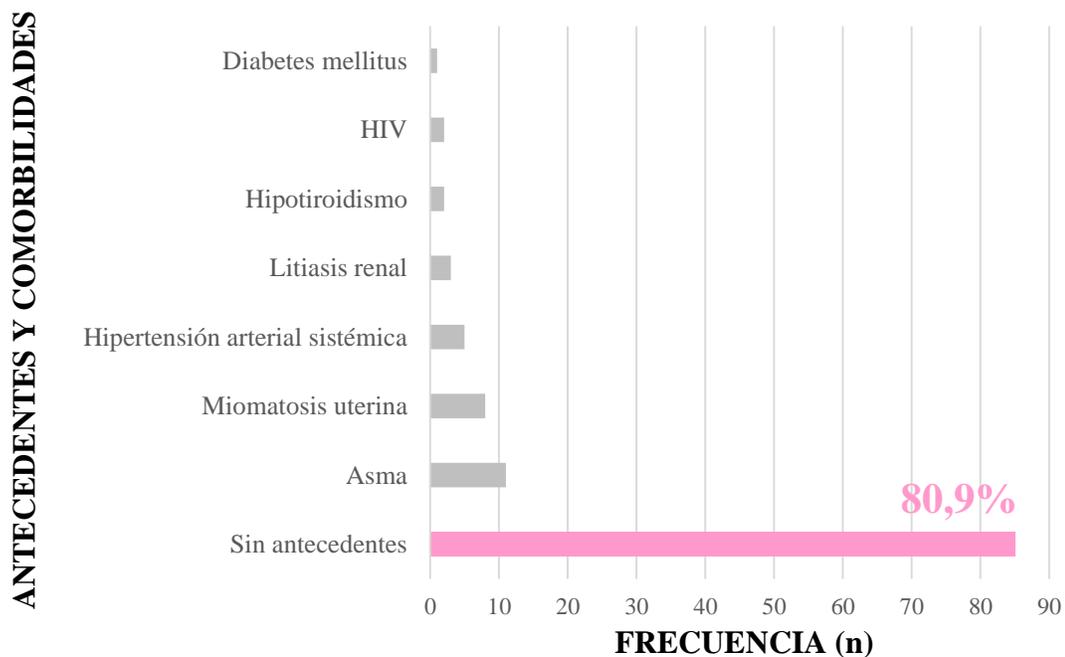
El 80,9% de las gestantes no refirieron antecedentes personales ni comorbilidades, el resto presentaron comorbilidades como asma (10,4%), miomatosis uterina (7,6%) e hipertensión arterial sistémica (4,7%). Se destaca que las gestantes

negaron consumo de alcohol y tabaco, y solo un caso refirió consumo de drogas ilícitas (0,9%).

En el año 2016, Rozi S, *et al.*, demostraron el riesgo de desarrollar parto pretérmino en pacientes fumadoras fue de OR 6,04 (IC 95% 2,52-14,48) en una investigación prospectiva de casos y controles realizada en Pakistán que incluyó una amplia muestra de 1275 gestantes, demostrando la relación entre el hábito tabáquico y el riesgo de complicaciones perinatales como óbito fetal con un OR 4.06 (IC 95% 2,36-6,97), bajo peso al nacer, y puntuación APGAR baja, estos hallazgos no fueron demostrables en esta investigación ya que las gestantes incluidas refirieron no consumir tabaco ⁽¹⁸⁾.

Gráfico 6.

Ruptura prematura de membranas de acuerdo a la presencia de antecedentes y comorbilidades.



Fuente: instrumento de recolección de datos.

La gran mayoría de las gestantes con ruptura prematura de membranas no contaban con antecedentes o comorbilidades de importancia para el desarrollo de la patología estudiada (80,9%), solo se destacan 8 casos con miomatosis uterina (7,6%).

Tabla 3.

Características médicas previas de las gestantes con ruptura prematura de membranas de acuerdo a antecedentes ginecoobstétricos.

(n = 105)

VARIABLES	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJE (%)
MENARQUIA		
Temprana (≤ 8 años)	1	0,9
Adecuada (9 – 15 años)	103	98,1
Tardía (≥ 16 años)	1	0,9
SEXARQUIA		
Temprana (< 18 años)	69	65,7
Adecuada (≥ 18 años)	36	34,3
GESTAS		
Ninguna	12	11,4
Una gesta	43	41,0
Dos o más gestas	50	47,6
PARTOS		
Nulípara	41	39,0
Un parto	44	41,9
2 o más partos	20	19,0
CESÁREAS		
Ninguna	77	73,3
Única	23	21,9
2 o más cesáreas	5	4,7
ABORTOS		
Ninguno	87	82,9
Único	18	17,1

Fuente: instrumento de recolección de datos.

La menarquia promedio en la muestra fue de $12,20 \pm 1,58$ años de edad, con una mediana de 12,0 años (mínimo de 8 años y máximo de 16 años), al clasificar esta variable cuantitativa se demostró que casi la totalidad de la muestra presentó su primera menstruación en edades adecuadas (98,1% entre los 9 y 15 años de edad), observando solo un caso de menarquia temprana (≤ 8 años) y menarquía tardía (≥ 16 años). Por otro lado, la edad media de sexarquia fue de $16,76 \pm 2,86$ años, con una mediana de 17,0 años (mínimo de 9 años y máximo de 30 años de edad), observando que un importante porcentaje de la muestra presentaba sexarquias tempranas (65,7% antes de los 18 años).

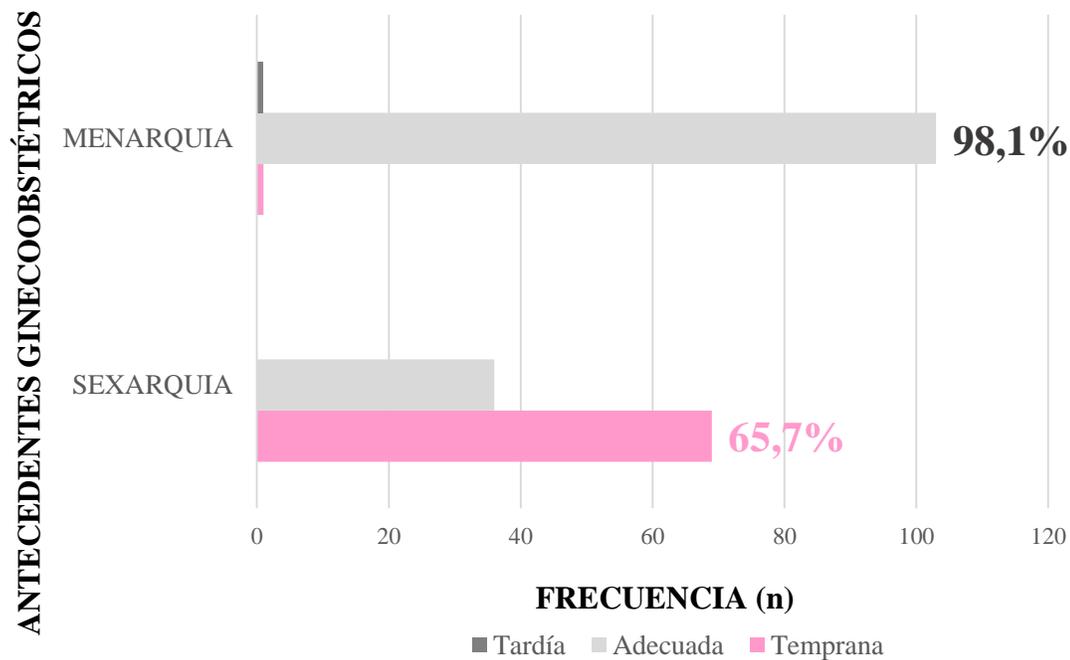
Con respecto al número de gestaciones, en su mayoría las gestantes contaban con dos o más gestas previas (47,6%) o al menos una gestación previa (41,0%), por otro lado, 41,0% contaban con un parto previo, mientras que 39,0% eran nulíparas.

En grandes porcentajes de la muestra, las gestantes no contaban con cesáreas previas (73,3%) ni abortos anteriores (82,9%).

En el estudio de Telayneh AT, *et al.*, en el año 2023 en Etiopía incluyeron 315 gestantes de las cuales 60 presentaron ruptura prematura de membranas, estas en 66% de los casos eran desempleadas, 57,5% no contaban con educación, en su mayoría provenían de zonas rurales (54%), además 66% de las mismas contaban con al menos dos a cuatro gestaciones previas, solo 26,4% referían abortos previos. Dentro de los antecedentes personales el más común fue hipertensión arterial (72,7%) seguido de diabetes mellitus (9,1%). Todos estos hallazgos en el grupo de gestantes con RPM son altamente similares a los obtenidos en esta investigación en relación a las características sociodemográficas, antecedentes personales y ginecoobstétricos ⁽¹⁹⁾.

Gráfico 7.

Ruptura prematura de membranas de acuerdo a antecedentes ginecoobstétricos de menarquia y sexarquia.

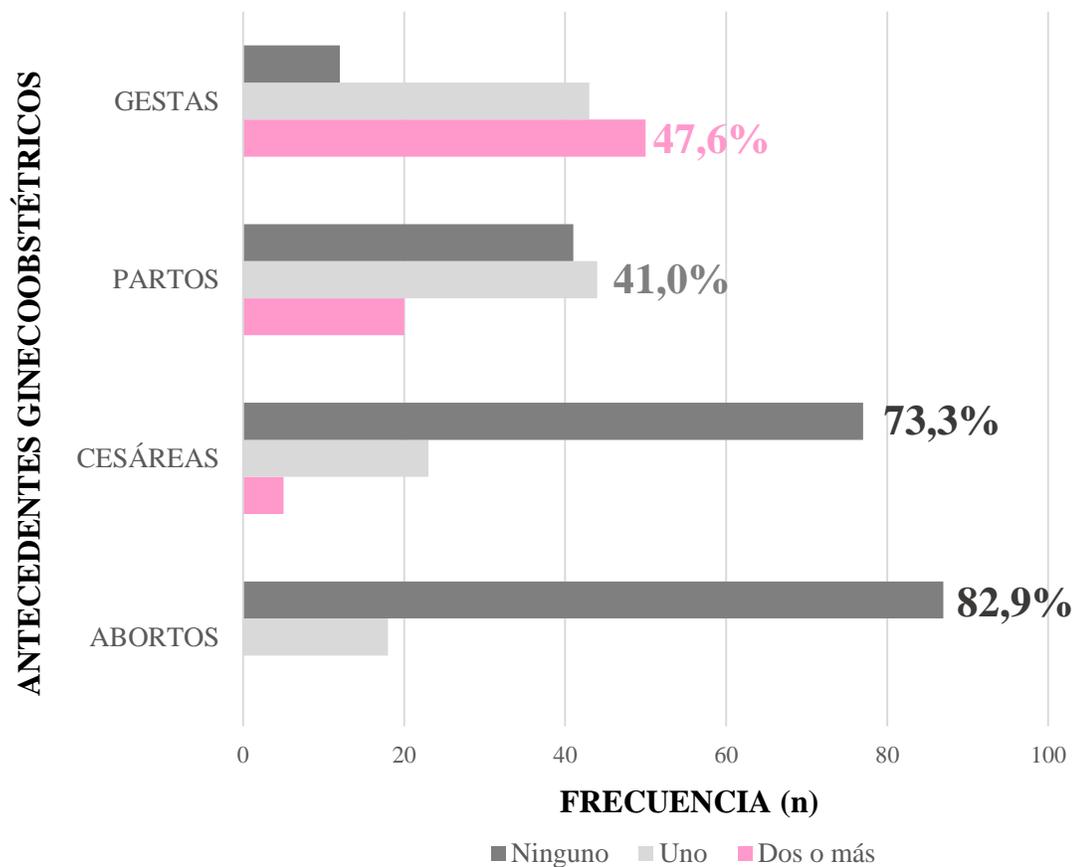


Fuente: instrumento de recolección de datos.

La menarquia en la muestra se evidenció en edades adecuadas (entre los 9 y 15 años de edad), al contrario, se observó que casi dos tercios de la muestra refirieron sexarquia temprana (65,7%), es decir antes de los 18 años de edad.

Gráfico 8.

Ruptura prematura de membranas de acuerdo a antecedentes ginecoobstétricos gestaciones, partos, cesáreas y abortos previos.



Fuente: instrumento de recolección de datos.

En grandes rasgos la muestra estudiada de acuerdo a la gráfica 7 que abarca los antecedentes ginecoobstétricos se caracterizaba por contar en su mayoría con al menos dos gestaciones previas (47,6%), las cuales fueron predominantemente finalizadas a través de la vía vaginal (41,0%). Destacando que en porcentajes importantes no se encontraron cesáreas anteriores (73,3%) ni abortos previos (82,9%).

Tabla 4.

Complicaciones maternas y fetales secundarias a la ruptura prematura de membranas.
(n = 105)

VARIABLES	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJE (%)
COMPLICACIONES MATERNAS		
Ninguna	67	63,8
Infección del tracto urogenital	15	14,3
Fiebre puerperal	12	11,4
Corioamnionitis	9	8,6
Endometritis	1	0,9
Sepsis	1	0,9
COMPLICACIONES FETALES Y NEONATALES		
Ninguna	55	52,3
Sufrimiento fetal agudo	28	26,7
Anhidramnios	17	16,1
Oligohidramnios	11	10,4
Presentación fetal anormal	3	2,8
Sepsis neonatal temprana	3	2,8
Hidrops fetal	1	0,9
OBITO FETAL	9	8,6

Fuente: instrumento de recolección de datos.

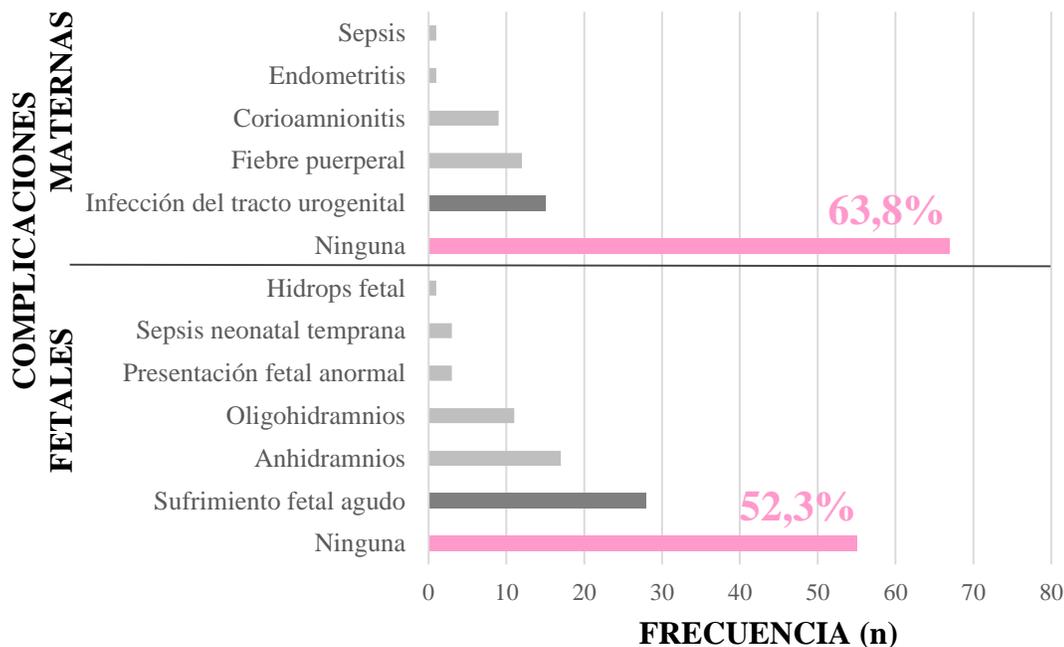
En la mayoría de los casos no se presentaron complicaciones maternas (63,8%) ni fetales/neonatales (52,3%) a pesar de ello se destaca que todas las complicaciones maternas fueron secundarias a procesos infecciosos, siendo más frecuentes la infección del tracto urogenital (14,3%), la fiebre puerperal (11,4%) y la corioamnionitis (8,6%). Afortunadamente no se evidenciaron muertes maternas en la muestra.

Por otro lado, las complicaciones fetales/neonatales más frecuentes secundarias a la ruptura prematura de membranas fueron el sufrimiento fetal agudo (26,7%), anhidramnios (26,7%), oligohidramnios (10,4%), y se evidenciaron 9 casos de óbito fetal (8,6%).

En el estudio de diseño descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo presentado por Corpus R en el 2019 cuya muestra estuvo constituida por 105 historias clínicas de gestantes en Perú entre 24 y 36 semanas con diagnóstico de ruptura prematura de membranas, las cuales contaban con características sociodemográficas parcialmente similares a las encontradas en esta investigación, destacándose que estas contaban con edades entre los 24 y 34 años de edad (68,6%), con nivel educativo predominantemente de secundaria (38,1%) multigestas (61,0%) con control prenatal inadecuado (59,0%) pero que provenían en su mayoría de zonas rurales (56,2%). Posterior a la ruptura prematura de membranas 28,6% presentaron complicaciones, ocupando el primer lugar la corioamnionitis (13,3%), seguida de la infección de la herida quirúrgica (6,7%) la hemorragia postparto (4,8%) y sepsis (1,8%). En la investigación de Corpus R, al igual que en este estudio, se destacan que las complicaciones maternas son predominantemente de etiología infecciosa ⁽²⁰⁾.

Gráfico 9.

Complicaciones maternas y fetales secundarias a la ruptura prematura de membranas.



Fuente: instrumento de recolección de datos.

Se observa en el gráfico 9 que las complicaciones fetales/neonatales fueron más frecuentes que las complicaciones maternas; estas últimas fueron comprendidas en su totalidad por procesos infecciosos siendo más predominante las infecciones del tracto urogenital, mientras que las complicaciones fetales/neonatales fueron secundarias a la disminución del líquido amniótico secundario a la ruptura de membranas, destacándose el sufrimiento fetal agudo, anhidramnios y oligohidramnios.

Tabla 5.

Manejo realizado en las pacientes con diagnóstico de ruptura prematura de membranas.

(n = 105)

MANEJO	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJE (%)
Manejo expectante	37	35,2
Uso de tocolíticos	24	22,9
Antibióticoterapia	88	83,8
Sulfato de magnesio	12	11,4
CONDUCTA FINAL		
Cesárea segmentaria	46	43,8
Parto	57	54,3
Legrado uterino	2	1,9

Fuente: instrumento de recolección de datos.

Las pacientes fueron ingresadas en el centro de estudio donde más de un tercio de las mismas recibió manejo expectante (35,2%), a las cuales se les indicó tocolíticos (22,9%) y en menor porcentaje Sulfato de Magnesio (11,4% MgSO₄). A la gran mayoría de los casos se le indicó antibióticoterapia, dentro de las cuales se indicó posterior al trabajo de parto en 41,9%, en 18,1% de los casos se indicó de manera profiláctica y en 24,8% posterior al diagnóstico de RPM. De la muestra en general un 15,2% no recibió antibióticoterapia en ninguna etapa.

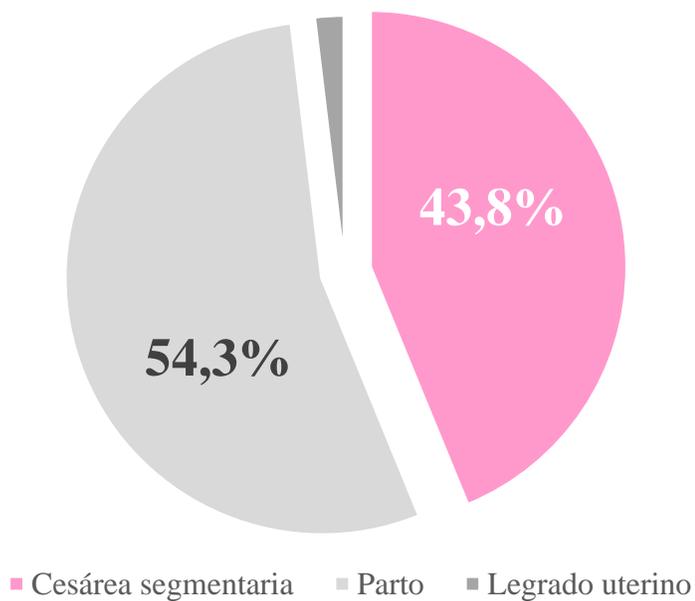
A pesar del manejo expectante indicado, se llevó a cabo el trabajo de parto en 54,3% de las gestantes, y en casi la mitad de la muestra (43,8%) se realizó cesárea segmentaria, teniendo en cuenta que la indicación más frecuente de la misma fue por sufrimiento fetal agudo (21,0%), seguido de cuello no apto para inducción (10,5%) y trabajo de parto distócico (5,7%).

Solo dos de los ocho casos de óbito fetal se llevaron a legrado uterino (1,9%).

En el estudio prospectivo desarrollado por Abebe T, *et al.*, en Etiopia y publicado en el año 2024 en el cual incluyó 160 gestantes con ruptura prematura de membranas, las cuales contaban con edades gestacionales entre las 28 y 36 semanas + 6 días, en su mayoría eran nulíparas (52%) y pocas contaban con antecedente de ruptura prematura de membranas en gestaciones precias (9%), características similares a las observadas en esta investigación; en general las complicaciones maternas más frecuentemente presentadas fueron desprendimiento de placenta (13%) y corioamnionitis (7%) finalizando la gestación en 83% a través de parto vía vaginal, y 17% a través de cesárea segmentaria. Por otro lado, entre las complicaciones fetales y/o neonatales se observó asfixia neonatal (26%), con un porcentaje de óbitos fetales de 17% y de mortalidad neonatal de 5%. Se destaca la similitud de la superioridad de la finalización del embarazo a través de parto, al igual que los hallazgos acá observados (21).

Gráfico 10.

Conducta final realizada en las pacientes con diagnóstico de ruptura prematura de membranas.



Fuente: instrumento de recolección de datos.

En el gráfico 10 se observa discreta diferencia entre la conducta final de las gestantes con ruptura prematura de membrana, con porcentajes similares entre parto (54,3%) y cesárea segmentaria (43,8%).

Tabla 6.

Relación entre los antecedentes ginecoobstétricos con el desarrollo de complicaciones maternas.

(n = 105)

VARIABLE	COMPLICACION MATERNA		TOTAL [‡]	p	OR IC 95%
	PRESENTE	AUSENTE			
SEXARQUIA					
Temprana	22 (31,9%)	47 (68,1%)	69 (65,7%)	0,880	0,93 (0,39-2,20)
Edad adecuada	12 (33,3%)	24 (66,7%)	36 (34,3%)		
MENARQUIA					
Temprana tardía	1 (50,0%)	1 (50,0%)	2 (1,9%)	0,591	2,12 (0,12-34,9)
Edad adecuada	33 (32,0%)	70 (68,0%)	103 (98,1%)		
GESTACIONES					
Primigestas	6 (50,0%)	6 (50,0%)	12 (11,4%)	0,166	2,32 (0,68-7,82)
Dos o más gestas	28 (30,1%)	65 (69,9%)	88,6%)		
PARIDAD					
Nuliparidad	13 (31,7%)	28 (68,3%)	41 (39,0%)	0,906	0,95 (0,41-2,20)
Uno o más partos	21 (32,8%)	43 (67,2%)	64 (61,0%)		
CESÁREAS PREVIAS					
Presentes	7 (25,0%)	21 (75,0%)	28 (26,7%)	0,333	0,61 (0,23-1,6)
Ausentes	27 (35,1%)	50 (64,9%)	77 (73,3%)		
ABORTOS PREVIOS					
Presentes	9 (50,0%)	9 (50,0%)	18 (17,1%)	0,362	0,40 (0,14-1,13)
Ausentes	25 (28,7%)	62 (71,3%)	87 (82,9%)		
ANTECEDENTE DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS					
Presentes	6 (30,0%)	14 (70,0%)	20 (19,0%)	0,800	0,87 (0,30-2,51)
Ausentes	28 (32,9%)	57 (67,1%)	85 (81,0%)		
TOTAL[†]	34 (32,4%)	71 (67,6%)	105 (100%)	-	-

Fuente: instrumento de recolección de datos.

[†] Corresponde al total de presencia o ausencia de complicaciones maternas en la muestra.

[‡] Corresponde a la totalización de las categorías en las filas (variables asociadas a los antecedentes ginecoobstétricos)

Como se describió anteriormente, más de dos tercios de la muestra (67,6%) desarrollaron complicaciones maternas sin existir mortalidad en la misma, en vista de este importante porcentaje se establecieron las relaciones de riesgo y de asociación estadística entre los antecedentes ginecoobstétricos como la menarquia en edades tempranas o avanzadas, la sexarquia temprana, la nuliparidad, primigestación, la presencia de cesáreas y abortos anteriores con el desarrollo de dichas complicaciones maternas a través de la prueba estadística de correlación bivariable de CHI cuadrado, evidenciando que ninguno de estos antecedentes ginecoobstétricos se encontraban en relación con el desarrollo de complicaciones maternas ($p > 0,05$), no estableciéndose tampoco relación de riesgo significativa a través de la razón de momios (Odd ratio).

A pesar del resultado estadístico obtenido, se destaca que las gestantes con menarquia temprana o avanzada, primigestas y con abortos previos contaban con mayores porcentajes de complicaciones maternas (50% de cada grupo) en comparación con la contraparte que no precisaba de estas variables.

Tabla 7.

Relación entre los antecedentes ginecoobstétricos con el desarrollo de complicaciones fetales.

(n = 105)

VARIABLE	COMPLICACION FETAL		TOTAL [†]	p	OR IC 95%
	PRESENTE	AUSENTE			
SEXARQUIA					
Temprana	30 (43,5%)	39 (65,7%)	69 (65,7%)	0,524	0,76 (0,34-1,72)
Edad adecuada	18 (50,0%)	18 (50,0%)	36 (34,3%)		
MENARQUIA					
Temprana tardía	2 (100%)	0 (0,0%)	2 (1,9%)	0,243	6,18 (0,28-131,9)
Edad adecuada	46 (44,7%)	57 (55,3%)	103 (98,1%)		
GESTACIONES					
Primigestas	3 (25,0%)	9 (75,0%)	12 (11,4%)	0,126	0,35 (0,09-1,39)
Dos o más gestas	45 (48,4%)	48 (51,6%)	93 (88,6%)		
PARIDAD					
Nuliparidad	17 (41,5%)	24 (58,5%)	41 (39,0%)	0,484	0,75 (0,34-1,66)
Uno o más partos	31 (48,4%)	33 (51,6%)	64 (61,0%)		
CESÁREAS PREVIAS					
Presentes	17 (60,7%)	11 (39,3%)	28 (26,7%)	0,063	2,29 (0,94-5,55)
Ausentes	31 (40,3%)	46 (59,7%)	77 (73,3%)		
ABORTOS PREVIOS					
Presentes	9 (50,0%)	9 (50,0%)	18 (17,1%)	0,688	0,81 (0,29-2,24)
Ausentes	25 (28,7%)	62 (71,3%)	87 (82,9%)		
ANTECEDENTES DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS					
Presente	9 (45,0%)	11 (55,0%)	20 (19,0%)	0,943	0,96 (0,36-2,56)
Ausente	39 (45,9%)	46 (54,1%)	85 (81,0%)		
TOTAL[†]	48 (45,7%)	57 (54,3%)	105 (100%)	-	-

Fuente: instrumento de recolección de datos.

[†] Corresponde al total de presencia o ausencia de complicaciones fetales/neonatales en la muestra.

[‡] Corresponde a la totalización de las categorías en las filas (variables asociadas a los antecedentes ginecoobstétricos)

Al igual que lo observado con las complicaciones maternas en la tabla previamente descrita, tampoco se observó relaciones de riesgo y de asociación estadísticamente significativa entre los antecedentes ginecoobstétricos como la menarquia en edades tempranas o avanzadas, la sexarquia temprana, la nuliparidad, primigestación, la presencia de cesáreas y abortos anteriores con el desarrollo de complicaciones fetales a través de la prueba estadística de correlación bivariable de CHI cuadrado ($p > 0,05$), no estableciéndose tampoco relación de riesgo significativa a través de la razón de momios (Odd ratio).

A pesar del resultado estadístico obtenido, se destaca que las gestantes con menarquia temprana o avanzada y con cesáreas previas contaban con mayores porcentajes de complicaciones fetales en comparación con la contraparte que no precisaba de estas variables, pero la superioridad porcentual no es marcada.

Tabla 8.

Relación entre las variables de gestación actual con el desarrollo de complicaciones maternas.

(n = 105)

VARIABLE	COMPLICACION MATERNA		TOTAL [‡]	p	OR IC 95%
	PRESENTE	AUSENTE			
CONTROL GESTACIONAL					
No controlado	23 (29,9%)	54 (70,1%)	77 (73,3%)	0,362	0,65 (0,26-1,62)
Controlado	11 (39,3%)	17 (60,7%)	28 (26,7%)		
INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZÓ EL CONTROL GESTACIONAL					
Pública	33 (32,7%)	68 (67,3%)	101 (96,2%)	0,748	1,45 (0,14-14,53)
Privada	1 (25,0%)	3 (75,0%)	4 (3,8%)		
COMPLICACIONES GESTACIONALES					
Presentes	29 (38,7%)	46 (61,3%)	75 (71,4%)	0,030	3,15 (1,08-9,16)
Ausentes	5 (16,7%)	25 (83,3%)	30 (28,6%)		
ETIOLOGÍA					
INFECCIOSA	16 (57,1%)	12 (42,9%)	28 (26,7%)	0,001	4,37 (1,74-10,92)
IDIOPÁTICA	8 (15,1%)	45 (84,9%)	53 (50,5%)		
HIPERTENSIVA	5 (35,7%)	9 (64,3%)	14 (13,3%)	0,775	1,18 (0,36-3,86)
MANEJO EXPECTANTE					
Indicado	19 (51,4%)	18 (48,6%)	37 (35,2%)	0,002	3,73 (1,57-8,83)
No indicado	15 (22,1%)	53 (77,9%)	68 (64,8%)		
CONDUCTA FINAL*					
Cesárea	12 (26,1%)	34 (73,9%)	46 (44,7%)	0,326	0,65 (0,27-1,53)
Parto	20 (35,1%)	37 (64,9%)	57 (55,3%)		
TOTAL[†]	34 (32,4%)	71 (67,6%)	105 (100%)	-	.

Fuente: instrumento de recolección de datos.

† Corresponde al total de presencia o ausencia de complicaciones maternas en la muestra.

‡ Corresponde a la totalización de las categorías en las filas (variables asociadas a la gestación actual)

* Ajustado a los 103 casos, excluyendo los casos de legrado uterino.

Cuando se toman en cuenta distintos factores asociados a la gestación actual en relación al desarrollo de complicaciones maternas se demostró que 38,7% de las pacientes que presentaron complicaciones durante el embarazo desarrollaron posteriormente complicaciones maternas, en comparación a solo 16,7% de las que no presentaron complicaciones durante el embarazo. Este hallazgo resultó estadísticamente significativo a través de la prueba estadística de CHI cuadrado, obteniendo una p 0,030, a la aplicación de la razón de momios (Odd ratio) se demostró que las pacientes que durante la gestación presentaron complicaciones tienen 3,15 veces más riesgo de complicarse posterior al diagnóstico de ruptura prematura de membranas (OR 3,15 IC 95% 1,08 - 9,16). Se destaca que el 71,4% de la muestra refirió complicaciones gestacionales, siendo la más frecuente las infecciones vaginales (41,9%), las infecciones urinarias (37,1%) y la anemia (10,4%).

En el estudio observacional, analítico, de casos y controles desarrollado por Meléndez N y Barja-Ore J y publicado en el año 2020, en el cual incluyen 32 pacientes con RPM que comprenden el grupo de casos y 64 gestantes con embarazos normoevolutivos que comprenden el grupo de controles, cuyo grupo de casos contaban con bajo nivel educativo (básico 78,1%) y se desempeñaban en labores del hogar (68,7%) siendo estas variables sociodemográficas similares a lo obtenido en esta investigación. A su vez, demostraron que la presencia de infecciones cervicovaginales (2,5%), la infección urinaria (71,9%) y la anemia (68,8%) eran factores que representaban riesgo significativo para el desarrollo de ruptura prematura de membranas, hallazgo similar al obtenido ⁽²²⁾.

Este planteamiento lo sostiene el estudio realizado por Yan C, *et al.*, en el año 2022 en China, en el cual recolectaron muestras vaginales de 48 pacientes con RPM y 54 gestantes con embarazos normoevolutivos determinando que la composición microbiológica vaginal del grupo de pacientes con RPM fue significativamente diferente al grupo control, observando una mayor diversidad de microorganismos, con abundancia de *Lactobacillus iners*, *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella bivia*,

Ochrobactrum sp, *Prevotella timonensis*; se evidenció una disminución de bacterias autóctonas y aumento de bacterias patogénicas, concluyendo que se deben realizar pesquisas diagnósticas para indicar tratamientos preventivos en caso de hallar infecciones cervicovaginales o alteraciones en la composición microbiológica vaginal (23).

No solo la presencia de procesos infecciosos durante la gestación aumentó el riesgo de desarrollar complicaciones maternas posterior a la ruptura prematura de membranas, sino que también aquellos procesos infecciosos no resueltos que comprendieron la etiología más común de la ruptura prematura de membranas, aumentaron también el riesgo de complicaciones maternas posterior a este evento de interés, demostrándose que el 57,1% de las gestantes cuya etiología era de origen infeccioso presentaron complicaciones maternas. Estas variables se sometieron a la prueba de correlación bivariable de CHI cuadrado obteniendo una p 0,001, y a través de razón de momios (Odd ratio) se demostró que las gestantes con procesos infecciosos activos que constituyeron la etiología de la RPM presentaban 4,37 veces más riesgo de desarrollar complicaciones maternas posteriores (OR 4,37 IC 95% 1,74-10,92).

Lo contrario se observó en gestantes con etiología idiopática de la ruptura prematura de membranas, constituyendo bajos porcentajes de complicaciones maternas (15,1%) que, en comparación con las otras etiologías, esta representó un factor protector en cuanto al desarrollo de complicaciones maternas al aplicar razón de momios (OR 0,17 0,07-0,45) asociándose significativamente a mejor desenvolvimiento (p 0,000).

Se destaca que más de la mitad de las pacientes a las cuales se les indicó manejo expectante de la RPM desarrollaron complicaciones maternas (51,4%), esta asociación se demostró estadísticamente significativa al aplicar la prueba de CHI cuadrado, obteniendo una p 0,002 y se observó, al análisis de riesgo mediante razón de momios (Odd ratio) que las gestantes a las cuales se les indicaba manejo expectante

contaban con 3,73 veces más riesgo de desarrollar complicaciones maternas en comparación a las cuales se llevaban a conducta final en primera instancia (OR 3,73 IC 95% 1,57 – 8,83)

El control gestacional, la institución donde se desarrolló dicho control gestacional, la etiología hipertensiva de la RPM, y la conducta final, el uso de tocolíticos o sulfato de magnesio no demostraron asociación estadísticamente significativa ($p > 0,05$).

En el estudio retrospectivo desarrollado por Endale T, *et al.*, en Etiopía y publicado en el año 2016 en el cual incluyeron 185 gestantes con diagnóstico de ruptura prematura de membranas, las cuales contaban con una edad media de 24,6 años (mínimo de 16 a 41 años), de las cuales 11,9% contaban con edades <18 años y 13,5% ≥ 36 años, proviniendo mayoritariamente de zonas rurales (70,3%). Posterior a la finalización de la gestación, 11,4% desarrollaron sepsis puerperal 6,0% infección del sitio quirúrgico y 3,7% hemorragias postparto como las complicaciones más frecuentes, ubicando la mortalidad materna en 1,6%. Por otro lado, en el estudio mencionan también las complicaciones fetales más comunes, encontrando asfixia neonatal en 57% de los neonatos, 3,8% de los casos fueron óbitos y se ubicó una mortalidad neonatal en 11,9%. Estas características sociodemográficas y la frecuencia de complicaciones maternas, especialmente infecciosas son altamente similares a los obtenidos en este estudio, exceptuando las altas tasas de mortalidad descritas. En cambio, al evaluar los factores estudiados en la investigación desarrollada por Endale T, *et al.*, determinaron que los factores de riesgo significativos para las complicaciones maternas fueron la procedencia rural (OR 4,2 IC 95% 3,96 – 29,4), duración de la ruptura prematura de membranas mayor a 12 horas antes de la finalización del embarazo (OR 5,6 IC 95% 1,3 – 24,1), por otro lado los factores de riesgo significativos para el desarrollo de complicaciones neonatales fueron el pobre control prenatal (OR 3,5 IC 95% 1,4 – 8,6), duración de la ruptura prematura de membranas mayor a 12 horas antes de la finalización del embarazo (OR 12,0 IC 95% 2,8 – 51,7) y bajo peso

al nacer (OR=7,8 IC 95% 1,2 – 51,2), hallazgos que no son compatibles con los obtenidos, en vista de que el control gestacional no se ubicó como un factor de riesgo, y las otras variables no fueron tomadas en cuenta en esta investigación ⁽²⁴⁾.

Tabla 9.

Relación entre las variables de gestación actual con el desarrollo de complicaciones fetales.

(n = 105)

VARIABLE	COMPLICACION FETAL		TOTAL [†]	p	OR IC 95%
	PRESENTE	AUSENTE			
CONTROL GESTACIONAL					
No controlado	38 (49,4%)	39 (50,6%)	77 (73,3%)	0,215	1,75 (0,71-4,28)
Controlado	10 (35,7%)	18 (64,3)	28 (26,7%)		
INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZÓ EL CONTROL GESTACIONAL					
Pública	46 (45,5%)	55 (54,5%)	101 (96,2%)	0,861	0,83 (0,11-6,17)
Privada	2 (50,0%)	2 (50,0%)	4 (3,8%)		
COMPLICACIONES GESTACIONALES					
Presentes	34 (45,3%)	41 (54,7%)	75 (71,4%)	0,901	0,94 (0,40-2,21)
Ausentes	14 (46,7%)	16 (53,3%)	30 (28,6%)		
ETIOLOGÍA					
INFECCIOSA	11 (39,3%)	17 (60,7%)	28 (26,7%)	0,425	0,70 (0,29-1,68)
IDIOPÁTICA	22 (41,5%)	31 (58,5%)	53 (50,5%)	0,383	0,71 (0,32-1,53)
HIPERTENSIVA	8 (57,1%)	6 (42,9%)	14 (13,3%)	0,356	1,70 (0,54-5,29)
COMPLICACION MATERNA					
Presente	15 (44,1%)	19 (55,9%)	34 (32,4%)	0,820	0,90 (0,40-2,06)
Ausente	33 (46,5%)	38 (53,5%)	71 (67,6%)		
MANEJO EXPECTANTE					
Indicado	21 (56,8%)	16 (43,2%)	37 (35,2%)	0,094	1,99 (0,88-4,48)
No indicado	27 (39,7%)	41 (60,3%)	68 (64,8%)		
CONDUCTA FINAL*					
Cesárea	28 (60,9%)	18 (39,1%)	46 (44,7%)	0,005	3,11 (1,38-6,98)
Parto	19 (33,3%)	38 (66,7%)	57 (55,3%)		
TOTAL[†]	48 (45,7%)	57 (54,3%)	105 (100%)	-	-

Fuente: instrumento de recolección de datos.

[†] Corresponde al total de presencia o ausencia de complicaciones fetales/neonatales en la muestra.

[‡] Corresponde a la totalización de las categorías en las filas (variables asociadas a la gestación actual)

El control gestacional, la institución donde se desarrolló dicho control gestacional, la etiología de la RPM, la presencia de complicaciones maternas durante la gestación o posterior a la RPM, la indicación de manejo expectante, la conducta final, el uso de tocolíticos o sulfato de magnesio no demostraron asociación estadísticamente significativa ($p > 0,05$) en el desarrollo de complicaciones fetales. Solo se observó que el 60,9% de las gestaciones que presentaron fetos/neonatos con complicaciones fueron sometidos a cesárea segmentaria, demostrándose relación estadísticamente significativa al aplicar la prueba de CHI cuadrado ($p 0,005$). Para la adecuada interpretación de esta demostrada asociación se debe tener en cuenta que la complicación fetal más comúnmente observada fue el sufrimiento fetal agudo, motivo por el cual se indicó como conducta final la cesárea segmentaria.

Se debe tener en cuenta que más de la mitad de la muestra presentó complicaciones fetales/neonatales no encontrando asociación con las variables ginecoobstétricas estudiadas en la investigación, por lo que se deben tener en cuenta otras variables que demuestren asociación con las complicaciones fetales observadas. Un estudio que lo demuestra es la investigación prospectiva desarrollada por Gupta S, *et al.*, en el año 2020 en el cual incluyó 200 gestantes entre las 34 y 40 semanas de gestación con diagnóstico de ruptura prematura de membranas y sus neonatos, con la finalidad de determinar la correlación entre las complicaciones neonatales y el periodo de latencia entre la RPM y el nacimiento. Dentro de las complicaciones neonatales estudiadas se presentaron: asfixia neonatal (8%) y sepsis neonatal (4%), con una mortalidad del 2%. Por otro lado, las complicaciones maternas fueron: fiebre puerperal (3%) y sepsis punto de partida infección del sitio quirúrgico (2,5%). En esta investigación demostraron que el tiempo entre la instauración de la ruptura prematura de membranas y el nacimiento estaba estrechamente asociado con el desarrollo de sepsis neonatal, el riesgo de presentar esta complicación aumenta drásticamente posterior a las 37 horas del diagnóstico de RPM. La variable del tiempo no fue

estudiada en esta investigación, lo que plantearía una hipótesis para estudios futuros que expliquen las diferentes complicaciones fetales/neonatales acá observadas ⁽²⁵⁾.

Por otro lado, en la investigación explicativa y prospectiva desarrollada por Lanza E y Saud V, en el Complejo Hospitalario Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona, fueron incluidas 100 gestantes con diagnóstico de ruptura prematura de membranas en el periodo de julio a septiembre de 2023, las cuales contaban con una edad media de $23,53 \pm 6,60$ años, 42% alcanzaron nivel educativo de primaria y se desempeñaban mayoritariamente como amas de casa (62%) amas de casa. Al contrario de los hallazgos de esta investigación, en el estudio de Lanza y Saud solo 7% presentaron complicaciones maternas asociadas significativamente a edad mayor a 36 años (p 0,020. OR 7,04. IC 95% 1,08-45,72), hábito tabáquico (p 0,000. OR 20,75. IC 95% 3,53-121,35), alcohólico (p 0,015. OR 6,22. IC 95% 1,21-31,91), mientras que los controles públicos demostraron ser un factor protector ante las complicaciones maternas (p 0,032. OR 0,19. IC 95% 0,03-0,99) por otro lado, solo 14% presentaron complicaciones perinatales asociados a hábito tabáquico (p 0,000. OR 15,04. IC 95% 4,05-55,80) y alcohólico (p 0,006. OR 5,41. IC 95% 1,45-20,14) ubicándose la mortalidad materna en un 3% y perinatal en solo 1% asociada a la duración mayor de 12 horas de la RPM (p 0,038. IC 95% 3,62-8,35), estos hallazgos fueron muy distintos a los encontrados en esta investigación, destacando que ninguna de las gestantes refirió consumo de alcohol o tabaco, a pesar de esto las características sociodemográficas fueron muy similares ⁽²⁶⁾.

CONCLUSIONES

105 gestantes con ruptura prematura de membranas (RPM) cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión dispuestos en esta investigación. Las pacientes contaban con una edad media de $25,05 \pm 7,17$ años destacando que 17,1% de las mismas se encontraban en periodo de adolescencia. En su mayoría provenían de zonas urbanas (79,0%), contaban con nivel educativo de secundaria (66,7%) y se desenvolvían en ocupaciones del hogar (89,5%).

No se observaron antecedentes personales de importancia y no se refirieron hábitos psicobiológicos. De acuerdo a los antecedentes ginecóobstétricos, las gestantes contaban con edad de menarquia adecuada (98,1%), sexarquia temprana (65,7%), contaban con al menos dos o más gestas previas (47,6%) las cuales en su mayoría contaban con al menos un parto previo (41,9%) o una cesárea (21,9%). Solo 17,1% refirieron un aborto previo.

Las complicaciones maternas más frecuentes fueron la infección del tracto urogenital (14,3%), la fiebre puerperal (11,4%) y la corioamnionitis (8,6%) no evidenciando mortalidad materna en la muestra, mientras que las complicaciones fetales/neonatales más frecuentes fueron el sufrimiento fetal agudo (26,7%), anhidramnios (16,1%) y oligohidramnios (10,4%), observando 9 casos de óbito fetal (8,6%).

Se indicó manejo expectante en 35,2% de las gestantes a las cuales se les administró tocolíticos (22,9%), sulfato de magnesio (11,4%) y en su mayoría recibieron antibióticoterapia (83,8%) a pesar de ello, la conducta final más frecuente fue el parto (54,3%) y la cesárea segmentaria (43,8%).

No se observó relación entre los antecedentes ginecoobstétricos de las gestantes con el desarrollo de complicaciones maternas y/o fetales/neonatales, pero se destaca que la presencia de complicaciones gestacionales, siendo frecuentes las infecciones del tracto urogenital, se observaron en relación estadísticamente significativa al desarrollo de complicaciones maternas ($p 0,030$; OR 3,15 IC 95% 1,08 - 9,16), así como también la etiología infecciosa de la RPM ($p 0,001$; OR 4,37 IC 95% 1,74-10,92) y el manejo expectante de la RPM ($p 0,002$; OR 3,73 IC 95% 1,57 – 8,83). En cuanto a las complicaciones neonatales/fetales no se evidenció relación de riesgo ni asociación significativa con las variables estudiadas.

La alta tasa de complicaciones maternas estuvo estrechamente relacionada a los procesos infecciosos durante la gestación, no encontrando asociación entre estas variables y el desarrollo de complicaciones fetales/neonatales; a pesar de ello, se debe tomar en cuenta como pilar fundamental el manejo de los procesos infecciosos durante la gestación, con la finalidad de no solo disminuir el desarrollo de la ruptura prematura de membranas, sino también las complicaciones maternas que esta acarrea y que, a través de diferentes factores, percute indirectamente en la morbimortalidad fetal/neonatal.

RECOMENDACIONES

Se sugiere continuar con la línea de investigación que permita determinar las variables asociadas a la alta tasa de complicaciones fetales/neonatales ya que las variables estudiadas en esta investigación no se encontraron en relación estadísticamente significativa.

Se recomienda orientar a las pacientes embarazadas a acudir regularmente al control prenatal y a la realización evaluaciones clínicas y paraclínicas que permitan el diagnóstico oportuno de procesos infecciosos cervicovaginales y urinarios, ya que estos procesos se demostraron como factores en relación significativa al desarrollo de complicaciones maternas posterior a la ruptura prematura de membranas.

Se debe tener en cuenta que el manejo expectante de la ruptura prematura de membranas aumentó el riesgo de desarrollar complicaciones maternas, por lo que se recomienda indicar dicho manejo de manera individualizada y teniendo en cuenta este desenlace adverso en pro de la supervivencia neonatal.

Se debe realizar el énfasis del cumplimiento del control prenatal a través de charlas educativas y material didáctico de fácil entendimiento que permita a las gestantes comprender la importancia de un adecuado control y diagnóstico de complicaciones infecciosas durante el embarazo no solo a pacientes embarazadas sino también a mujeres en edad fértil que deseen iniciar su vida reproductiva.

Se plantea realizar un manejo multidisciplinario en aquellas gestantes con complicaciones en conjunto a infectología y terapia intensiva en vista del origen infeccioso de las complicaciones presentadas para disminuir la morbimortalidad y los gastos en salud que puedan generarse, además, crear estrategias que permitan la prevención de los casos de riesgo, el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins. Practice Bulletin No. 217: Management of Preterm Labor. *Obstetrics & Gynecology*, 2020; 135(5), e123-e144. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003785>
2. Dars, S. Preterm premature rupture of membranes (PPROM): Current concepts and management. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2015; 35(3), 227-233. <https://doi.org/10.3109/01443615.2014.1003547>
3. Dayal, S. Management of preterm premature rupture of membranes: An update. *Indian Journal of Obstetrics and Gynecology Research*, 2020; 7(3), 295-300. <https://doi.org/10.18231/j.ijogr.2020.058>
4. Azria, E. Premature rupture of membranes: Maternal and fetal outcomes. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2018; 222, 75-81. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.01.028>
5. Wheeler, M. Preterm premature rupture of membranes: Impact on maternal and fetal outcomes. *Journal of Perinatal Medicine*, 2020; 48(3), 227-234. <https://doi.org/10.1515/jpm-2020-0052>
6. Rodríguez, R., & Pérez, D. Factores de riesgo y complicaciones asociadas con la ruptura prematura de membranas. *Revista de Obstetricia y Ginecología*, 2023; 69(1), 45-52. <https://doi.org/10.1016/j.rog.2023.01.004>
7. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 217: Prelabor rupture of membranes. *Obstetrics & Gynecology*, 2020; 135(3), e80–e97. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003700>

8. Caughey, A. B., Robinson, J. N., & Norwitz, E. R. Contemporary diagnosis and management of preterm premature rupture of membranes. *Reviews in Obstetrics and Gynecology*, 2017; 11(1), 8–18.
9. Mercer, B. M. (2015). Preterm premature rupture of the membranes. *Obstetrics & Gynecology*, 126(5), 1059–1073. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001108>
10. World Health Organization (WHO). Preterm birth and its global burden. *WHO Fact Sheet*, May 10, 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
11. Matamoros, M. Estudio de la frecuencia de ruptura de membranas en parto pretérmino en el Instituto Hondureño de Seguridad Social de Tegucigalpa. *Revista de Obstetricia y Ginecología*, 2000; 59(3), 212-218.
12. Furman, L., et al. Preterm premature rupture of membranes and maternal and neonatal outcomes: A review of the literature. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2015 192(4), 1299-1306. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2004.11.026>
13. Osuna, A. Infección ovular y sus efectos en el embarazo pretérmino: Estudio en Venezuela. *Revista Venezolana de Ginecología y Obstetricia*, 2004; 55(4), 232-240. <https://doi.org/10.1016/j.rvg.2004.08.003>
14. U.S. Collaborative Perinatal Project. The relationship of preterm premature rupture of membranes with neonatal outcomes: A large cohort study. *Journal of Pediatrics*, 1972; 80(1), 125-132. [https://doi.org/10.1016/S0022-3476\(72\)80130-2](https://doi.org/10.1016/S0022-3476(72)80130-2)
15. Mexican Study Group. Preterm birth outcomes and related risk factors in Mexican pregnancies. *Journal of Perinatal Medicine*, 2009; 37(2), 130-137. <https://doi.org/10.1515/JPM.2009.030>
16. Mujica Jiménez, L. Estudio sobre la ruptura prematura de membranas y sus complicaciones perinatales en Venezuela. *Revista Venezolana de Ginecología*

y *Obstetricia*, 2016; 69(3), 200-206.

17. Emad M, Ibrahim R, Ahmed M, Abd El-Ghany, Noha A. Prevalence, Risk Factors and Outcome of Prelabour Rupture of Membranes. *MJMR*, 2022; 1(33):40-45
18. Rozi S, Butt ZA, Zahid N, et al. Association of tobacco use and other determinants with pregnancy outcomes: a multicentre hospital-based case-control study in Karachi, Pakistan. *BMJ Open* 2016;6:e012045.doi:10.1136/bmjopen-2016-012045
19. Telayneh AT, Ketema DB, Mengist B, Yismaw L, Bazezew Y, Birhanu MY, et al. Pre-labor rupture of membranes and associated factors among pregnant women admitted to the maternity ward, Northwest Ethiopia. *PLOS Glob Public Health*, 2023; 3(3): e0001702.
20. Corpus R. Complicaciones maternas en la ruptura prematura de membranas pretérmino en el Hospital “Victor Ramos Guardia”, Huaraz, año 2016-2017. Tesis. Facultad de obstetricia y enfermería. 2019. Perú.
21. Abebe T, Nima D, Mariye Y, Leminie A. The magnitude of maternal and neonatal adverse outcomes associated with preterm premature rupture of membrane: A prospective cohort study. *Journal of Neonatal Nursing* 30. 2024;342–348
22. Meléndez-Saravia N, Barja-Ore J. Factores de riesgo asociados con la ruptura prematura de membranas pretérmino en pacientes de un hospital del Callao, Perú. *Ginecol Obstet Mex*. 2020 enero;88(1):23-28.
23. Yan C, Hong F, Xin G, Duan S, Deng X and Xu Y. Alterations in the vaginal microbiota of patients with preterm premature ruptura of membranes. *Front. Cell. Infect. Microbiol*. 2022; 12:858732
24. Endale T, Fentahun N, Gemada D, Aman-Hussen M. Maternal and fetal outcomes in term premature rupture of membrane. *World J Emerg Med* 2016;7(2):147–152

25. Gupta S, Malik S, Gupta S. Neonatal complications in women with premature rupture of membranes (PROM) at term and near term and its correlation with time lapsed since PROM to delivery. *Tropical Doctor*, 2020; 50(1):8-11
26. Lanza E, Saud V. Complicaciones maternas y neonatales asociadas a la conducta obstétrica en pacientes con ruptura prematura de membranas, Complejo Hospitalario Universitario “Dr. Luis Razetti”. Barcelona, Estado Anzoátegui. Periodo Julio-Septiembre 2023. Tesis de grado. Departamento De Ginecología Y Obstetricia. Universidad De Oriente. 2023.

ANEXOS

Anexo 1: Ficha de Recolección de Datos.

I. DATOS DEMOGRÁFICOS

Nombre y Apellido (Iniciales. Ej: M. Pérez):			
Edad:	F.N:	Edo. Civil:	F.U.R
Procedencia:		Ocupación:	
Dirección Actual:		Teléfono:	

II. ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS Y OBSTÉTRICOS

Número de Gestación:	Parto/Cesárea/Aborto Ectópico:
Semanas de Embarazo al momento del Parto:	Motivo de Cesárea:
Fórceps: SI () NO ()	Nº Hijos:
Control Prenatal en Centro de Salud: Privado () Público ()	Número de Consultas por Control:
Comorbilidades:	Nº Parejas Sexuales:
	Pareja Actual: SI () NO ()

Complicaciones en el Embarazo:	Inicio Relaciones Sexuales:
En caso de responder "SI" a la pregunta anterior. ¿Cuáles fueron?	

III. VARIABLES DE ESTUDIO

Indique con una "X" su respuesta.

Variable numero 1	SI	NO
¿Es hipertensa? En caso de la respuesta ser SI, fue diagnosticada antes o durante el embarazo		
IMC materno alto		
IMC materno bajo		
¿Es diabética?		

¿Tabaquismo? ¿De ser la respuesta SÍ, cuántos al día?		
¿Consumo de alcohol? ¿De ser la respuesta SÍ, cuánto?		
Antecedentes de parto pretérmino	SI	NO
Infección cervicovaginal	SI	NO
Polihidramnios	SI	NO
Infección del tracto urinario	SI	NO
Embarazo gemelar	SI	NO

Indique con una X su respuesta

Variable numero 2	Respuesta
-------------------	-----------

Complicaciones maternas	
<p>Corioamnionitis</p> <p>En caso que la respuesta sea SI:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Fiebre materna mayor a 37.8 grados b) Taquicardia materna mayor a 100lpm c) Leucocitosis materna (mayor a 15.000 leucocitos) d) Irritabilidad uterina e) Leucorrea vaginal maloliente 	<p>SI</p> <p>NO</p>
<p>Fiebre puerperal</p> <p>En cuanto que su respuesta sea SI,</p> <ul style="list-style-type: none"> a) A cuánto tiempo después del diagnóstico de RPM b) De cuanto la temperatura c) Cada cuanto tiempo se presentaba 	<p>SI</p> <p>NO</p>
<p>Sepsis</p> <p>(criterios de gibbs)</p>	<p>SI</p> <p>NO</p>

Endometritis	SI__ NO__
Infección del tracto urogenital	SI NO

Variable número 3	Respuesta
Complicaciones Fetales	SI__ NO__
Oligohidramnios	SI NO
Presentación fetal anormal	SI NO
Anhidramnios	SI__ NO__
Sufrimiento fetal	SI__ NO__

Variable número 4	
Manejo expectante	SI NO
Uso de tocolíticos	SI NO

Uso de sulfato de magnesio	SI NO
Uso de antibióticos En caso de la respuesta ser SI, a) De manera profiláctica por posible desarrollo de RPM b) Inmediatamente al diagnóstico de RPM c) Después del trabajo de parto	SI NO

METADATOS PARA TRABAJO DE GRADO, TESIS Y ASCENSO

TÍTULO	“Complicaciones materno fetales por ruptura prematura de membranas en gestantes del hospital universitario “Dr Luis Razetti”
SUBTÍTULO	

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CVLAC / E MAIL
Adinolfi S, Gennara M	ORCID: EMAIL: ivannydelosa@gmail.com
García M, Patricia V	ORCID: EMAIL: patriciagarciamorillo@gmail.com
García P, María L	ORCID: EMAIL: mlgp1096@gmail.com

PALABRAS O FRASES CLAVES:

ruptura prematura de membranas
complicaciones
infección cervicovaginal o urinaria.

METADATOS PARA TRABAJO DE GRADO, TESIS Y ASCENSO

ÁREA	SUBÁREA
Escuela de Ciencias de la Salud	Médico Cirujano
	Ginecología y Obstetricia

RESUMEN (ABSTRACT):

La ruptura prematura de membranas (RPM) es una entidad asociada a complicaciones maternas y fetales con una alta tasa de morbilidad y mortalidad; estudiar los factores asociados a dichas complicaciones son un pilar fundamental para dirigir tratamientos oportunos y preventivos.

Objetivo: Analizar las complicaciones materno fetales en gestantes con ruptura prematura de membranas en pacientes del Hospital “Dr. Luis Razetti” durante el periodo comprendido entre 01 de junio al 30 de noviembre del año 2024. **Material y Métodos:** Investigación descriptiva, prospectiva, transversal y unicéntrica que incluyó 105 gestantes con RPM. **Resultados:** edad media de $25,0 \pm 7,1$ años, provenientes de zonas urbanas (79,0%), nivel educativo de secundaria (66,7%) y ocupaciones del hogar (89,5%). Sin antecedentes ni hábitos psicobiológicos de importancia, con edad de menarquia adecuada (98,1%), sexarquia temprana (65,7%), dos o más gestas previas (47,6%). Las complicaciones maternas más frecuentes fueron la infección del tracto urogenital (14,3%), fiebre puerperal (11,4%) y corioamnionitis (8,6%) en relación con las complicaciones infecciosas gestacionales con una mortalidad de 0%, mientras que las complicaciones fetales/neonatales más frecuentes fueron el sufrimiento fetal agudo (26,7%), anhidramnios (16,1%) y oligohidramnios (10,4%), solo 9 casos de óbito fetal (8,6%). En cuanto a las complicaciones neonatales/fetales no se evidenció relación de riesgo ni asociación significativa con las variables estudiadas. Se indicó manejo expectante en 35,2% aunque la conducta final más frecuente fue el parto (54,3%) y la cesárea segmentaria (43,8%). **Conclusión:** La alta tasa de complicaciones maternas estuvo estrechamente relacionada a los procesos infecciosos durante la gestación, no encontrando asociación entre estas variables y las complicaciones fetales/neonatales.

METADATOS PARA TRABAJO DE GRADO, TESIS Y ASCENSO
CONTRIBUIDORES

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / Código CVLAC / E_MAIL					
Jiménez, Rangel	ROL	CA	AS	TU	JU	X
	ORCID:					
	E_MAIL	Rangeljimenez448@gmail.com				
Dellan, Wilfredo	ROL	CA	AS	TU	JU	X
	ORCID:					
	E_MAIL	wilfredodellan@gmail.com				
Cedeño, Gabriela	ROL	CA	AS	TU	JU	X X
	ORCID:					
	E_MAIL	Gabycaro18@gmail.com				

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN

2025	05	23
AÑO	MES	DÍA

LENGUAJE. SPA

METADATOS PARA TRABAJO DE GRADO, TESIS Y ASCENSO

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
NAZTTG_ASGM2025	Aplicación/msword

ALCANCE:

ESPACIAL: inespacial

TEMPORAL: intemporal

TÍTULO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Médico cirujano

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Pregrado

ÁREA DE ESTUDIO:

Escuela de ciencias de la salud

INSTITUCIÓN

Universidad de Oriente/Núcleo de Anzoátegui

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CUN°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

RECIDO POR *[Firma]*

FECHA 5/8/09 HORA 5:30

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

[Firma]
JUAN A. BOLANOS CUNDEL
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 Telemática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YOC/marija

Apertado Correos 094 / Teléf: 4008042 - 4008044 / 8008045 Telefax: 4008043 / Cumaná - Venezuela

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO

DERECHOS:

De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente 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 participara al Consejo Universitario, para su autorización”

AUTOR

AUTOR

AUTOR

TUTOR

JURADO

JURADO

POR LA SUBCOMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO