

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“COMPLICACIONES MATERNAS ASOCIADAS A RUPTURA
PREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES DE 28 A 34
SEMANAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA 2011-
2012”**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR:

KATIA CROVETTI TANTARICO DÍAZ

Bachiller en Medicina

CAJAMARCA – PERÚ

2013

**COMPLICACIONES MATERNAS ASOCIADAS A RUPTURA
PPREMATURA DE MEMBRANAS EN GESTANTES DE 28 A 34
SEMANAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA 2011-
2012**

Asesor:

MC. Jorge Arturo Collantes Cubas

Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina Humana de la
Universidad Nacional de Cajamarca. Médico Cirujano del Hospital
Regional de Cajamarca; especialista en Ginecología y Obstetricia

DEDICATORIA

A mis padres, América y Victor, a quienes amo profundamente, gracias por su apoyo incondicional, su espíritu alentador, su ejemplo de honestidad, superación, humildad y valentía; por su valioso tiempo y por confiar en cada paso que he dado...haciendo que todo sea posible, porque sin ellos no sería lo que ahora soy Dios me los bendiga una eternidad.

A mis hermanos por su cariño tan inmenso que me brindan, con ustedes a mi lado la vida es realmente hermosa.

A mis queridos tíos Jose, Carmela, Fracsila, por enseñarme con su ejemplo lo importante que es salir adelante y triunfar en la vida, pues como dicen no hay victoria sin esfuerzo.

A los médicos, mis maestros y amigos, del Hospital Regional de Cajamarca por compartir sus años de experiencia profesional, por sus enseñanzas y consejos, gracias por enseñarme que debo desarrollarme integralmente en todos los aspectos de mi vida y sobre todo que debo preservar la ética frente al mercado...Muchas gracias!

AGRADECIMIENTO

A Dios por la oportunidad de vivir, regalarme una familia maravillosa y mostrarme tantas veces su existencia.

A mis padres, por el apoyo incondicional que me dieron a lo largo de la carrera y amor inexplicable para mi superación personal.

A la Universidad Nacional de Cajamarca, mi Alma Máter, en especial a la Facultad de Medicina Humana, por acogerme estos siete años y brindarme los conocimientos necesarios para ser médico.

Y a todas aquellas personas que hicieron posible la elaboración de este trabajo, quienes me brindaron su disposición, apoyo y conocimiento para llevarlo a cabo.

ÍNDICE

	PÁG.
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTOS	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	01
 CAPITULO I	
 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	03
1.2 Formulación del Problema	05
1.3 Objetivos de la Investigación	05
1.3.1 Objetivo General.....	05
1.3.2 Objetivos Específicos.....	06
1.4 Justificación de la investigación.....	06
1.5 Limitaciones del estudio	07
1.6 Viabilidad del estudio	07
 CAPÍTULO II:	
 MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes de la investigación	08
2.2 Bases teóricas.....	11
2.3 Definiciones conceptuales	14

2.4 Formulación de hipótesis	16
CAPÍTULO III:	
METODOLOGÍA	
3.1 Diseño metodológico	17
3.2 Población y Muestra	17
3.3 Técnicas de recolección de datos	18
3.4 Técnicas para el procesamiento de información	19
CAPITULO IV:	
RESULTADOS	20
CAPITULO V:	
DISCUSIÓN	30
CAPITULO VI:	
CONCLUSIONES	34
CAPITULO VII:	
RECOMENDACIONES	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
ANEXOS	42

RESUMEN

Introducción: La ruptura prematura de membranas es la solución de continuidad de la membrana corioamniótica antes del inicio del trabajo de parto, esta complicación del embarazo se encuentra asociada a otras complicaciones maternas como son corioamnionitis, endometritis desprendimiento prematuro de placenta y sepsis .

Autor: Katia C. Tantarico Díaz
Collantes C.

Asesor: M. C. Jorge A.

Objetivo: Determinar las complicaciones maternas asociadas a Ruptura prematura de membranas en gestantes de 28 a 34 semanas.

Materiales y métodos: Fue un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal en pacientes hospitalizados en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, fueron incluidas en el trabajo: 80 historias clínicas de gestantes con ruptura prematura de membranas entre las 28 y 34 semanas que cumplieron los criterios de inclusión. Para el análisis estadístico se recolectaron los datos utilizando una ficha de recolección de datos.

Resultados y Conclusiones: Se incluyeron en el estudio 80 pacientes, 17 presentaron complicaciones maternas siendo un porcentaje de 21.3%, la complicación materna más frecuente fue la corioamnionitis con un 13.8%, la vía de parto más frecuente fue vaginal con un 63.8%, el periodo de latencia en relación con complicaciones maternas fue mayor en días con 75%.

ABSTRACT

Background: Premature rupture of membrane is the break in continuity of the chorioamniotic membrane before the start of the labor, this pregnancy complication also joins maternal complications as they are chorioamnionitis and puerperal infections, premature generosity of placenta and sepsis between other ones.

Author: KatiaC. Tantarico Díaz **Advisor:** M. C. Jorge A. Collantes C.

Objective: To determinate the complications maternal associated to premature Ruptura of membranes in pregnant women of 28 to 34 weeks.

Materials and methods: A descriptive, retrospective and transverse study in patients hospitalized in the Service of Gineco Obstetricia of the Regional Hospital of Cajamarca, they were included at work: 80 case histories of a total of 120 cases of pregnant women with premature rupture of membranes of 28 to 34 weeks, that kept the criteria of inclusion. For the statistical analysis they gathered data using a collecting chip of data.

Results and conclusions: The study included 80 patients, 17 presented maternal complications being 21,3 %, the maternal complication more frequent it was the chorioamnionitis with a 13,8 %, the road of more frequent childbirth was vaginal with a 63,8 %, the latency period relating to complications maternal was major in days with 75 %.

INTRODUCCION

La ruptura prematura de membranas es la solución de continuidad de la membrana corioamniótica antes del inicio del trabajo de parto. Esta complicación del embarazo tiene una prevalencia del 10% de los embarazos y 20% de los casos ocurre en gestantes pretérminos. La Ruptura Prematura de Membrana en los embarazos pretérminos es responsable de un tercio de los casos de partos prematuros y del 10% de las muertes perinatales; también se asocia a un aumento de las complicaciones maternas dada por corioamnionitis e infecciones puerperales, desprendimiento prematuro de placenta.

La ruptura prematura de membranas según las estimaciones disponibles a nivel mundial ocurren en el 10% de todos los embarazos, y de estos el 20% ocurre antes de las 37 semanas. En América latina se estima que 25 a 30% de los nacimientos pre término son producto de ruptura prematura de membranas. En el Perú las estadísticas sobre ruptura prematura de membranas son escasas, hay un informe presentado por la organización mundial de la salud donde se estima la ruptura prematura de membranas en 3 departamentos del país encontrando tasas de 10% de todas las gestaciones.

Las complicaciones maternas por una ruptura prematura de membrana en gestantes es uno de los problemas frecuentes que requieren atención inmediata. Actualmente el manejo de estas pacientes con ruptura prematura de membranas ha cambiado en los últimos años. El mayor problema se presenta en la atención de gestantes entre 28 y 34 semanas con ruptura prematura de membranas, para su manejo unos proponen una alternativa conservadora hasta más allá de las 34 semanas y otros la intervención rápida.

Este estudio se realizó con la finalidad de observar el comportamiento de la ruptura prematura de membranas entre las semanas 28 a 34 de gestación y determinar las complicaciones maternas en gestantes con esta patología a fin de contribuir en la búsqueda de la mejor conducta gineco-obstetrica frente a este problema, ya que en nuestra región aún no hay estudios que nos permitan saber con exactitud la frecuencia de estas complicaciones, y si el manejo que se da es el más adecuado.

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA

1.1. Definición y delimitación del problema.

La ruptura prematura de membranas según las estimaciones disponibles a nivel mundial ocurren en el 10% de todos los embarazos, y de estos el 20% ocurre antes de las 37 semanas.

(1) En América latina se estima que 25 a 30% de los nacimientos pre término son producto de ruptura prematura de membranas.

(2) En el Perú las estadísticas sobre ruptura prematura de membranas son escasas, hay un informe presentado por la organización mundial de la salud donde se estima la ruptura prematura de membranas en 3 departamentos del país encontrando tasas de 10% de todas las gestaciones. (3)

Las complicaciones maternas por una ruptura prematura de membrana (RPM) en gestantes es uno de los problemas frecuentes que requieren atención inmediata. Actualmente el manejo de estas pacientes con ruptura prematura de membranas ha cambiado en los últimos años. Existe un mejor entendimiento de la fisiología neonatal, mejores cuidados neonatales, nuevos esquemas antibióticos así como el amplio uso de monitoreo materno y fetal.(4) El mayor problema se presenta en la atención de gestantes entre 28 y 34 semanas con ruptura prematura de membranas, para su manejo unos proponen una alternativa

conservadora hasta más allá de las 34 semanas y otros la intervención rápida.(5) Estudios refieren que cuanto mayor es el tiempo transcurrido entre la ruptura de prematura de membranas (Partos únicos con RPM después de completar las 34 semanas) y el parto; se incrementa significativamente la incidencia de parto inducido, infección neonatal, parto operatorio, distrés fetal, condiciones fetales más pobres al nacimiento, e infecciones maternas mayores; concluyendo que los mejores resultados maternos y neonatales son obtenidos si el parto ocurre dentro de las 12 horas después de la ruptura prematura de membranas. (6)

Cuando se decide no dar manejo conservador a una paciente con ruptura prematura de membranas menos de 34 semanas, o cuando inicia labor de parto, o cuando se logra las 34 semanas, nos preguntamos cuál es la mejor vía para el nacimiento, cesárea o parto vaginal. En verdad hay poca evidencia sobre cuál será la mejor vía y usualmente la decisión depende del médico tratante y su experiencia. Los estudios existentes son reportes de casos o experiencias de series y sin llegar a conclusiones firmes. (7)

Por lo tanto es importante conocer cuáles son las complicaciones maternas asociadas con ruptura prematura de membranas en nuestro Hospital, si los actuales programas de manejo han disminuido la morbilidad o la gravedad de las complicaciones. Todo ello en busca de mejores resultados de

atención para la madre y el niño. Un importante y reciente avance es el reconocimiento que una observación activa de programas de manejo conservador está asociada con una menor morbilidad y mortalidad. (8).

El propósito de este estudio es determinar las complicaciones maternas de partos pretérmino entre 28 a 34 semanas con ruptura prematura de membranas.

1.2. Formulación del Problema

¿Cuáles son las complicaciones maternas de la ruptura prematura de membranas en gestantes de 28 a 34 semanas en el Departamento de Gine-Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca en el periodo 2011-2012?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar las complicaciones maternas asociadas a Ruptura prematura de membranas en gestantes de 28 a 34 semanas.

1.3.2. Objetivos Específicos.

- Determinar la frecuencia de corioamnionitis, en gestantes de 28 a 34 semanas con ruptura prematura de membranas.
- Determinar la frecuencia de endometritis, en gestantes de 28 a 34 semanas con ruptura prematura de membranas.
- Determinar la frecuencia de desprendimiento prematuro de placenta, en gestantes de 28 a 34 semanas con ruptura prematura de membranas.
- Determinar la frecuencia de infección de sitio operatorio en gestantes de 28 a 34 semanas con ruptura prematura de membranas.
- Indicar la vía del parto en gestantes de 28 a 34 semanas con ruptura prematura de membranas.
- Determinar en tiempo de latencia en gestantes de 28 a 34 semanas con ruptura prematura de membranas.

1.4. Justificación de la investigación

El parto pretérmino es la mayor causa de mortalidad y morbilidad neonatal, llegando al 65% de muerte neonatal y 50% de daño neurológico en la infancia. La ruptura prematura de membranas es responsable de aproximadamente el 80% de partos pretérminos espontáneos. La diferencia (20%) son partos indicados por razones maternas o fetales. (23-28)

Considerando que la tercera causa de mortalidad materna constituyen las causas infecciosas con el 16 % dentro del cual se incluyen la corioamnionitis, endometritis, infección del tracto urinario, sepsis; es necesario conocer la magnitud y la frecuencia de estas complicaciones. Las evidencias indican que ante una ruptura prematura de membranas en gestantes menores de 34 semanas debería procederse a maduración pulmonar y luego terminar la gestación (manejo activo), mostrando este manejo mejores resultados maternos y neonatales que el que se realiza actualmente en el Hospital Regional de Cajamarca (manejo conservador), terminar la gestación cuando aparecen signos de compromiso materno y/o neonatal. (22-30)

1.5. Limitaciones Del Estudio

No hay limitación alguna para la realización del presente trabajo de investigación.

1.6. Viabilidad Del Estudio

El estudio fue factible porque se contó con el personal capacitado, un registro computarizado de la población en estudio (Sistema de Gestión Hospitalaria-SGH), los recursos materiales, equipos e infraestructura necesarios para ejecutar la investigación, así como con el permiso respectivo de la Oficina de Capacitación y Docencia del Hospital Regional de Cajamarca.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes De La Investigación

2004: Cande V. Ananth Y, Oyelese, Srinivas N.(USA).Este estudio analizo en gestantes con más de 28 semanas de gestación que presentaron RPM, infección intrauterina y oligoamnios como factores de riesgo para desprendimiento prematuro de placenta(DPP) con una muestra de 13,417, donde se encontró que el riesgo de DPP en pacientes con RPM es tres veces mayor en comparación con aquellas gestantes con membranas fetales intactas, además el oligohidramnios no se asoció con desprendimiento prematuro de membranas. (9)

2008: Schreiber J, Benedetti T. Este estudio retrospectivo de 90 embarazos con esta complicación obstétrica tratados conservadoramente fue realizado para delinear los factores de riesgo relativo en una población socioeconómica baja, todos los pacientes fueron puestos en reposo en cama hasta producirse el parto o corioamnionitis, esta fue un problema significativo, ocurriendo en 27% de pacientes. El porcentaje de corioamnionitis no aumentó con un incremento de la duración de la ruptura prematura de membranas. (10)

2009: Riegel K et al. La rotura prematura de membranas fetales, el riesgo de infección y el pronóstico infantil - una comparación de 2 regiones. Investigó si la RPM y su duración condujeron a un aumento en la mortalidad, morbilidad materna y neonatal así como efectos adversos en el desarrollo cognitivo. Encontrando que la RPM per se no tiene efectos adversos en los resultados a largo plazo de los infantes, pero está asociado con el desarrollo de factores de riesgo de infección perinatal y, en particular, el parto pretérmino. (11)

2009:Dale PO et al. Observó prospectivamente 111 embarazos complicados por RPM entre 20 y 34 semanas de gestación con manejo conservador. La duración promedio del periodo de latencia fue de 7 días (0 a 109 días). La duración del periodo de latencia fue inversamente proporcional a la edad gestacional al RPM. La muerte intra útero fue en 9.9% de los embarazos. Corioamnionitis clínica se presentó en 12.6% de los embarazos; 7.6% de los neonatos desarrolló sepsis. Ninguno de los neonatos murió como consecuencia de sepsis. Del 41% de neonatos que desarrollo distrés respiratorio, 7.6% murió. La tasa de mortalidad neonatal fue de 18.6%.(12)

2009: Theunissen I y Van Lierde M. Los resultados neonatales en 215 casos de un tratamiento conservador activo (En un estudio de 215 embarazos únicos con ruptura prematura de membrana y

manejados conservadoramente (tocólisis y terapia antibiótica) encontraron que los resultados están principalmente determinados por la edad gestacional al momento de la ruptura prematura de membranas. La administración de corticoides no añadió riesgos. La sospecha clínica de corioamnionitis incrementó el riesgo de infección neonatal. Un periodo prolongado de latencia (≥ 7 días) no incrementó el riesgo de infección neonatal o materna. Cuando el parto ocurrió después de las 35 semanas y antes de las 37 semanas, el neonato pretérmino después de la ruptura prematura de membrana tuvo una menor incidencia de enfermedad de membrana hialina y muerte neonatal cuando se comparó con el grupo control. Estos resultados están a favor de un manejo conservador activo de la ruptura prematura de membrana. (13)

2010: Buchanan S, Crowther C, Levett K, Middleton P, Morris J. (USA) En este trabajo se valoró el parto temprano programado versus conducta expectante para mujeres con rotura prematura de membranas antes del trabajo de parto prematuro antes de las 37 semanas. Se incluyeron siete ensayos que reclutaron 690 mujeres con rotura prematura de membranas sin trabajo de parto. Las mujeres tenían entre 25 y 36 semanas de embarazo. En donde se encontró que un parto temprano incrementa la endometritis (RR 2.32, 95% CI 1.33 a 4.07), pero que el parto temprano programado disminuye la tasa de corioamnionitis (RR 0.44, 95% CI 0.17 a 1.14). Además de haber una significativa reducción de la estancia

hospitalaria por parte de la madre (MD1.13 días, 95% CI -1.75 a -0.51 días). (14).

2.2. Bases Teóricas

La Ruptura Prematura de Membranas es la pérdida de la integridad de las bolsas fetales antes del inicio del trabajo de parto, ya sea a término o pretérmino del embarazo. (15)

La membrana corioamniótica es un órgano poco apreciado pero altamente especializada. Usualmente agradecido sólo por su capacidad de rodear al feto en desarrollo y al líquido amniótico, el corion amnios con su matriz de tejido conectivo de soportes es considerado como un microcosmos endocrino y una obra maestra. En 1962, Bourne describió cinco capas distintas de tejido amniótico. La superficie interna, es una capa ininterrumpida de epitelio cúbico simple, que se considera derivado del ectodermo embrionario. Este epitelio está fijado firmemente a una membrana basal que se conecta con la capa acelular compacta, compuesta en su mayor parte de colágeno tipo I, III, y V. En el lado externo de la capa compacta hay una fila de células mesenquimáticas semejantes a fibroblastos (que están dispersos con amplitud al término de la gestación). Es probable que estas células deriven del mesodermo embrionario. En el amnios también hay unos pocos macrófagos fetales. La capa más externa del amnios es la zona esponjosa, relativamente acelular, contigua a la segunda membrana fetal, el corion liso. El amnios es responsable de

virtualmente la totalidad de la fuerza de tensión (resistencia al desgarro y rotura) de las membranas fetales. (22-23)

La fuerza de tensión de la membrana corioamniótica se incrementa hasta las 20 semanas de gestación y luego llega a una meseta hasta las 39 semanas de gestación, donde cae dramáticamente. (16)

La epidemiología de la ruptura prematura de membrana ha sido bien definida, pero la exacta etiología todavía no ha sido entendida. Sin embargo usando la asociación de factores de riesgo clínico, los investigadores en este campo han propuesto varios mecanismos incluyendo: mecánicos, procesos infecciosos o inflamatorios. (17)

La Ruptura Prematura de Membranas, permanece como una causa importante de parto pretérmino y morbimortalidad neonatal. Aunque los fundamentos de la fisiopatología permanecen aun en investigación. El manejo de la ruptura prematura de membrana es uno de las muchas áreas de controversia en medicina. Muchos de los protocolos usados no están basados en datos sólidos. Otras situaciones son raramente encontradas, haciendo esto muy difícil llegar a un esquema de manejo en la cual todos estén de acuerdo. (18)

El manejo de pacientes con ruptura prematura de membranas, sin considerar la edad gestacional, permanece controversial. Generalmente, cuando los pacientes están en trabajo de parto,

tienen infección, o hay un distrés fetal irreversible, hay pocas opciones que no sean el parto. Para aquellas que no están en labor de parto, especialmente en edades gestacionales prematuras la complejidad de las muchas combinaciones de decisiones para llevarse a cabo con relación al mejor método para evaluar a las pacientes, prolongar la gestación, reducir las complicaciones de prematuridad, y elegir el tiempo y la vía del parto hacen que el estudio y la solución del problema se torne muy dificultosa. La administración de corticosteroides y antibióticos profilácticos en aquellos pacientes con RPM pretérminos extremo ha mostrado claramente una mejoría en los resultados, pero no se ha establecido fehacientemente por cuánto tiempo puede mantenerse a un feto pretérmino con ruptura prematura de membranas intra útero; hasta que aparezcan signos de infección o llegar a la maduración pulmonar y terminar la gestación. (19)

La terapia tocolítica de la ruptura prematura de membranas continúa siendo un tema controversial. Existen artículos que se centran en los beneficios potenciales y resultados adversos asociados a la tocólisis, por lo que algunos plantean instalar sólo hasta conseguir la maduración pulmonar. (20)

Recientemente existe un incremento de conocimientos acerca de la infección y parto pretérmino que ha creado muchas nuevas preguntas y nos deberían hacer repensar sobre nuestras creencias y estrategias de manejo. Aunque múltiples otras causas de ruptura

prematura de membranas existen, claro está, existen múltiples pruebas que evalúan el líquido amniótico y que identifican la activación de una respuesta inmune e inflamatoria como consecuencia de una invasión microbiana (21). Este test identifica al feto en estadios precoces, antes que se presenten los signos clínicos de infección. Entonces, deberían estos fetos ser tratados con antibiótico en un esfuerzo por esterilizar la cavidad amniótica. Deberían terminar la gestación en aquellas pacientes con invasión microbiana documentada o es posible un manejo más conservador con tratamiento antibiótico agresivo, alterando el curso natural de la ruptura prematura de membranas, evitando partos muy prematuros.

2.3. Definiciones Conceptuales

Ruptura Prematura De Membranas: es la disolución de continuidad de la membrana corioamniótica antes del inicio del trabajo de parto. Esta complicación del embarazo tiene una prevalencia del 10% de los embarazos y 20% de los casos ocurre en gestantes pretérminos. La Ruptura Prematura de Membrana en los embarazos pretérminos son responsable de un tercio de los casos de partos prematuros y del 10% de las muertes perinatales; también se asocia a un aumento en la morbilidad materna infecciosa dada por corioamnionitis e infecciones puerperales. (20)

Corioamnionitis Clínica: Es diagnosticada en presencia de fiebre materna $>37.8^{\circ}\text{C}$ asociada a dos o más de las siguientes condiciones: pérdida de líquido amniótico fétido o purulento, sensibilidad uterina anormal, leucocitosis materna (>15000 cel/mm³) con desviación a la izquierda, taquicardia materna (>100 lat/min) y taquicardia fetal (>160 lat/min). (21)

Endometritis: Fiebre Materna ($>38^{\circ}\text{C}$) y dolor uterino documentada en 2 ocasiones al menos entre 6 horas después de un periodo de 24 horas de observación. (22)

Periodo de Latencia: tiempo transcurrido entre la ruptura prematura de membranas y el parto. (23)

Sepsis: es aquel síndrome de respuesta inflamatoria sistémica asociada a la evidencia o alta sospecha clínica de uno o más focos infecciosos. (24)

Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica(SIRS): incluye, aunque no se limitan a dos o más de las siguientes condiciones (25):

- 1.- Temperatura $> 38^{\circ}\text{C}$ o $< 36^{\circ}\text{C}$
- 2.- Frecuencia cardiaca > 90 x minuto
- 3.- Frecuencia Respiratoria > 20 x minuto
- 4.- Leucocitos $> 12\ 000$ o $< 4000/$ mm²

2.4. Formulación De Hipótesis

Como es un trabajo descriptivo, la hipótesis es implícita

CAPÍTULO III:

METODOLOGÍA

3.1 Diseño Metodológico

El presente trabajo de investigación es de tipo retrospectivo porque se revisó historias clínicas del período comprendido entre el 2011- 2012, de Método Descriptivo porque permitió la descripción de los hechos tal y como se presentaron y de Corte Transversal porque la medición de las variables se realizó una sola vez en un determinado tiempo.

3.2 Población De Estudio

Para el presente trabajo de investigación, la población de estudio fueron todas las gestantes de 28 a 34 semanas según fecha de última regla confiable y/o Ecografía del 1er. Trimestre, que ingresaron al Hospital regional de Cajamarca con diagnóstico de ruptura prematura de membranas.

- **Criterios de inclusión:**

Fueron incluidas en el trabajo: gestantes de 28 a 34 semanas según fecha de última regla confiable y/o Ecografía del 1er. Trimestre, que ingresaron al Hospital Regional de Cajamarca con diagnóstico de Ruptura Prematura de Membranas Pretérmino (RPMp) en el periodo comprendido entre enero a

diciembre 2011-2012; con fetos únicos. La RPM pretérmino deberá haber sido confirmada con test de Fern, o visión directa del líquido amniótico a través de la especuloscopía o la combinación de estos.

- **Criterios de exclusión:**

Fueron excluidas del presente estudio pacientes con preeclampsia severa, fetos anómalos, retardo de crecimiento intrauterino, polihidramnios, en trabajo de parto y/o corioamnionitis al ingreso, gestantes con diagnóstico de tuberculosis, SIDA, prueba de reagina plasmática rápida reactivo para sífilis y aquellas que no vinieron a control por consulta externa post parto.

Pacientes con historia clínica incompleta.

3.3. Técnicas De Recolección De Datos

Se realizarán las coordinaciones respectivas con la Dirección y jefatura del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, para la autorización y coordinación respectiva y así ingresar a los archivos respectivos.

A continuación se procedió a revisar el libro de ingresos y altas del Servicio de Ginecología del Hospital Regional de Cajamarca, además del libro de emergencias, seleccionando a todas las pacientes con diagnóstico de ruptura prematura de membranas entre las 28 y 34

semanas. En la central de estadística de dicho hospital se obtuvieron el número de historias clínicas de los pacientes seleccionados, para luego revisar cada una de ellas en la Oficina de Registro Central.

Mediante la ficha de recolección de datos (ver anexo 1) se recolectó la información necesaria para así analizar las variables del presente estudio.

3.4. Técnicas Para El Procesamiento De Información

Los datos obtenidos durante la investigación, por medio de la ficha de recolección de datos, se ordenarán y procesarán en una computadora personal, valiéndonos del programa SPSS 17.0. Se estudiarán las variables obtenidas en la consolidación, se procesará estadísticamente.

La presentación de los resultados se hará en tablas (simples y de contingencia) y gráficos estadísticos adecuados, según la distribución de frecuencias cualitativas y cuantitativas.

Para el análisis de las variables utilizaremos la estadística inferencial teniendo en cuenta la participación del azar en los resultados, utilizando la prueba Z para proporciones en las variables cuantitativas con nivel de significancia del 5% ($p < 0.05$)

CAPITULO IV

RESULTADOS

En el periodo de estudio comprendido entre los años 2011 y 2012 se encontró una población de 80 gestantes con diagnóstico de ruptura prematura de membranas entre las 28 y 34 semanas, de las cuales se encontró que el 21,3% (IC95%: 12,3-30,3) presentaron

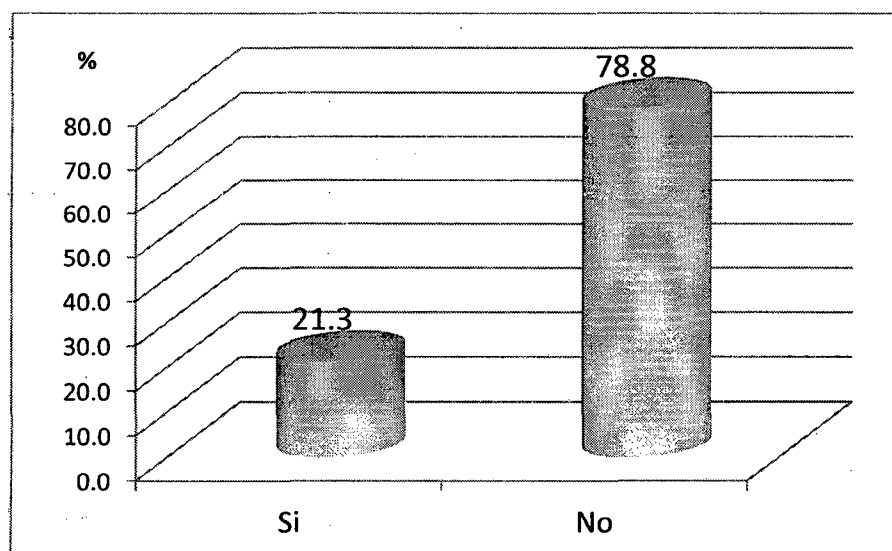
Tabla Nº 1
Complicaciones maternas en RPM en gestantes entre 28 y 34 semanas.

Complicaciones	Nº	%	IC: 95%
Si	17	21,3	(12,3-30,3)
No	63	78,8	(69,8-87,8)
Total	80	100,0	

Fuente: Elaboración del investigador, a partir del archivo de historias clínicas del HRC

IC: Intervalo de Confianza al 95%.

Gráfico Nº 1
Complicaciones maternas en RPM en gestantes entre 28 y 34 semanas.



Según el tipo de complicaciones en gestantes con RPM entre las 28 y 34 semanas, la que tuvo mayor frecuencia fue corioamnionitis con un 13.8% (IC95%: 6,2-21,4), siguiendo en frecuencia endometritis con un 3.8%, lo mismo que infección de sitio operatorio y desprendimiento prematuro de placenta.

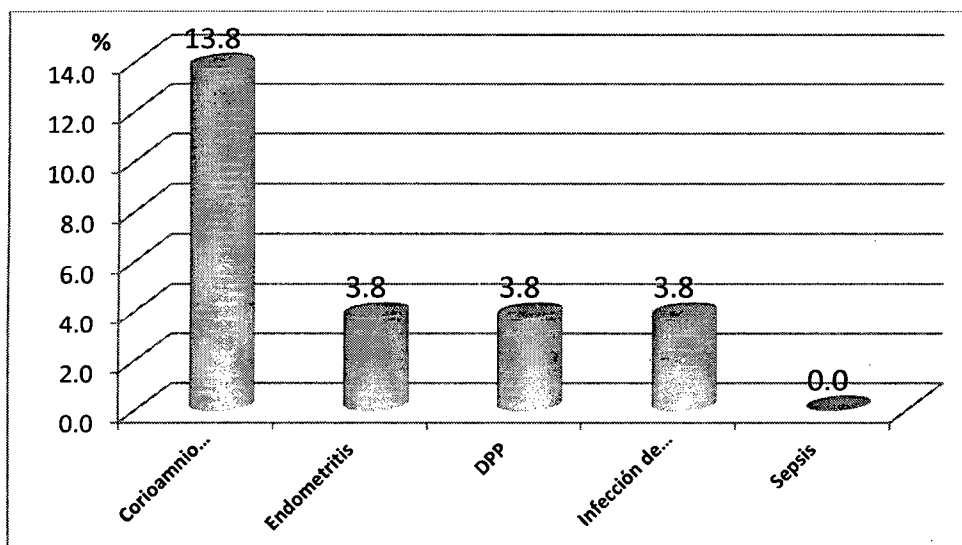
Tabla Nº 2
Tipo de complicaciones maternas en RPM en gestantes entre 28 y 34 semanas.

Complicaciones Materna	Si		No		IC:95%	
	Nº	%	Nº	%	Si	No
Corioamnionitis	11	13,8	69	86,3	(6,2-21,4)	(78,8-93,8)
Endometritis	3	3,8	77	96,3	(0,0-08,0)	(92,2-100)
DPP	3	3,8	77	96,3	(0,0-08,0)	(92,2-100)
Infección de sitio operatorio	3	3,8	77	96,3	(0,0-08,0)	(92,2-100)
Sepsis	0	0,0	0	0,0	---	---

Fuente: Elaboración del investigador, a partir del archivo de historias clínicas del HRC

IC: Intervalo de Confianza al 95%.

Gráfico Nº 2
Tipo de complicaciones maternas en RPM en gestantes entre 28 y 34 semanas.



La mayor tasa de complicaciones maternas en gestantes con RPM entre las 28 y 34 semanas según el grupo etario fue para corioamnionitis predominando con un 90.9% las mayores de 35 años, para endometritis el 100% estuvo dado por pacientes mayores de 35 años, desprendimiento prematuro de placenta el mayor porcentaje se dio en mayores de 35 años con un 66.7%, lo mismo ocurrió en infección de sitio operatorio con un porcentaje de 66.7 para las mayores de 35 años.

Tabla Nº 3
Edad de la madre según complicaciones maternas con RPM en gestantes entre 28 y 34 semanas.

Complicaciones Materna	Edad Materna (años)						Chi-Cuadrado	
	< 20		20 a 35		>35		Valor	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Corioamnionitis	0	0.0	1	9.1	10	90.9	3.3	0.194
Endometritis	0	0.0	0	0.0	3	100.0	1.4	0.492
DPP	1	33.3	0	0.0	2	66.7	1.0	0.598
Infección de sitio operatorio	0	0.0	1	33.3	2	66.7	1.2	0.547
Sepsis	0	0.0	0	0.0	0	0.0	---	---

Fuente: Elaboración del investigador, a partir del archivo de historias clínicas del HRC

Para las complicaciones maternas en pacientes con RPM entre las 28 y 34 semanas relacionado con el número de gestaciones, en Corioamnionitis se presentó mayor porcentaje en multigestas con un 63.6%, en endometritis fue mayor en multigestas con un 100%, para desprendimiento prematuro de placenta presentó mayor porcentaje se dio en primigestas con un 66.7% y en infección de sitio operatorio presentó mayor frecuencia las pacientes multigestas con un 66.7%.

Tabla Nº 4
Número de gestaciones según complicaciones maternas en RPM en gestantes entre 28 y 34 semanas.

Complicaciones Materna	Gestación				Chi-Cuadrado	
	Primigesta		Multigesta		Valor	p
	Nº	%	Nº	%		
Corioamnionitis	4	36.4	7	63.6	0.7	0.791
Endometritis	0	0.0	3	100.0	2.1	0.149
DPP	2	66.7	1	33.3	0.9	0.337
Infección de sitio operatorio	1	33.3	2	66.7	0.1	0.810
Sepsis	0	0.0	0	0.0	---	---

Fuente: Elaboración del investigador, a partir del archivo de historias clínicas del HRC

De las gestantes con diagnóstico de ruptura prematura de membranas entre las 28 y 34 semanas, el mayor porcentaje se presentó en aquellas con periodo de latencia en días con un 75%.

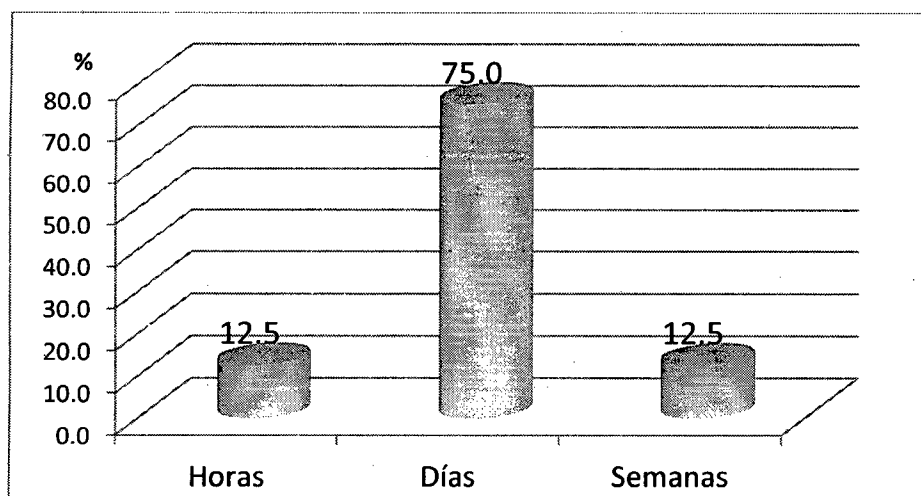
Tabla N° 5
Gestantes con entre 28 y 34 semanas con RPM,
según período de latencia .

Período de latencia	Nº	%	IC:95%
Horas	10	12,5	(05,3-19,7)
Días	60	75,0	(65,5-84,5)
Semanas	10	12,5	(05,3-19,7)
Total	80	100,0	

Fuente: Elaboración del investigador, a partir del archivo de historias clínicas del HRC

IC: Intervalo de Confianza al 95%.

Gráfico N° 4
Complicaciones maternas en RPM en gestantes entre 28 y 34 semanas,
según período de latencia .



Para las complicaciones maternas en pacientes con RPM entre las 28 y 34 semanas relacionado con el periodo de latencia, se obtuvo en corioamnionitis la mayor frecuencia fue en días con un 54.5%, en endometritis la mayor frecuencia se observó en semanas, en desprendimiento prematuro de placenta la mayor frecuencia se observó en horas y en infección de sitio operatorio se dio en días.

Tabla Nº 6
Período de latencia según complicaciones maternas en RPM en gestantes entre 28 y 34 semanas.

Complicaciones Materna	Período de latencia						Chi-Cuadrado	
	Horas		Días		Semanas		Valor	p
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Corioamnionitis	0	0.0	6	54.5	5	45.5	13.4	0.001
Endometritis	0	0.0	1	33.3	2	66.7	8.4	0.015
DPP	2	66.7	0	0.0	1	33.3	1.5	0.472
Infección de sitio operatorio	0	0.0	2	66.7	1	33.3	1.5	0.472
Sepsis	0	0.0	0	0.0	0	0.0	---	---

Fuente: Elaboración del investigador, a partir del archivo de historias clínicas del HRC

p< 0.05: Relación significativa

Para las complicaciones maternas en pacientes con RPM entre las 28 y 34 semanas relacionado con la edad gestacional se obtuvo que aquellas pacientes entre las 32 y 34 semanas presentaron mayor frecuencia con un porcentaje de 54.5%, a diferencia de endometritis que presentó mayor frecuencia entre las semanas 28 a 31 semanas, en desprendimiento prematuro de placenta se presentó mayor porcentaje entre las semanas 28 a 31 con un 66.7% lo mismo que infección de sitio operatorio.

Tabla Nº 7
Edad gestacional según complicaciones maternas en RPM en gestantes entre 28 y 34 semanas.

Complicaciones Materna	Edad Gestacional				Chi-Cuadrado	
	28 a 31		32 a 34		Valor	p
	Nº	%	Nº	%		
Corioamnionitis	5	45.5	6	54.5	0.8	0.377
Endometritis	2	66.7	1	33.3	1.5	0.219
DPP	2	66.7	1	33.3	1.5	0.219
Infección de sitio operatorio	2	66.7	1	33.3	1.5	0.219
Sépsis	0	0.0	0	0.0	---	---

Fuente: Elaboración del investigador, a partir del archivo de historias clínicas del HRC

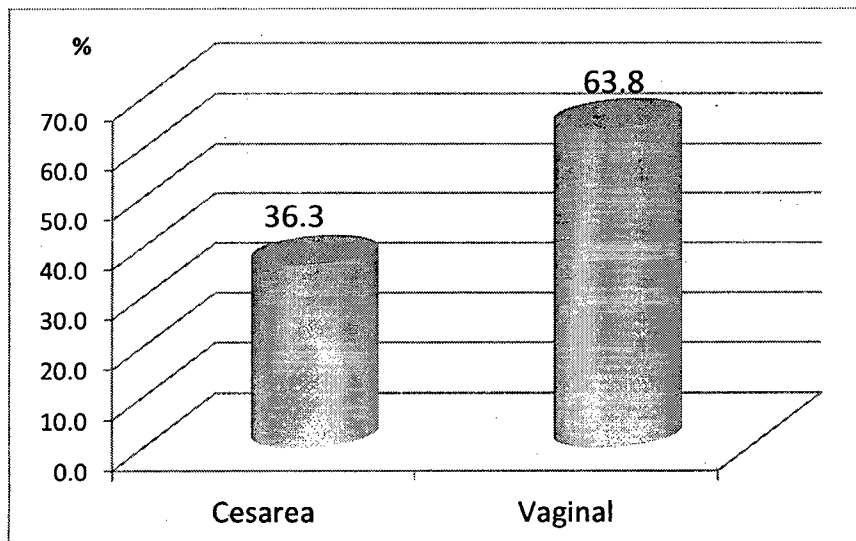
Del total de pacientes con ruptura prematura de membranas entre las 28 y 34 semanas presentaron mayor frecuencia de parto vaginal con un porcentaje de 63.8% en comparación con parto por cesárea que fue de 36.3%.

Tabla N° 8
Gestantes con ruptura prematura de membranas entre 28 y 34 semanas, según vía de parto .

Vía de parto	Nº	%	IC:95%
Cesarea	29	36,3	(25,8-46,8)
Vaginal	51	63,8	(53,3-74,3)
Total	80	100,0	

Fuente: Elaboración del investigador, a partir del archivo de historias clínicas del HRC

Gráfico N° 3
Complicaciones maternas en RPM en gestantes entre 28 y 34 semanas, según vía de parto .



De las gestantes con ruptura prematura de placenta entre las 28 y 34 semanas que presentaron corioamnionitis el 9,1% se le realiza parto vaginal, mientras que el 90,9% se le realizó parto por cesárea, en endometritis el mayor porcentaje se dio en parto vaginal, en desprendimiento prematuro de placenta el 100% se dio parto por cesárea y en infección de sitio operatorio el 100% se dio en parto por cesárea.

Tabla N° 9
Vía de parto según complicaciones maternas en RPM en gestantes entre 28 y 34 semanas.

Complicaciones Materna	Vía de Parto			
	Vaginal		Cesarea	
	Nº	%	Nº	%
Corioamnionitis	1	9.1	10	90.9
Endometritis	2	66.7	1	33.3
DPP	0	0.0	3	100.0
Infección de sitio operatorio	0	0.0	3	100.0
Sepsis	0	0.0	0	0.0

Fuente: Elaboración del investigador, a partir del archivo de historias clínicas del HRC

p< 0.05: Relación significativa

De las gestantes con ruptura prematura de placenta entre las 28 y 34 semanas, aquellas que tuvieron edad gestacional entre 32 y 34 semanas tuvieron mayor frecuencia en el periodo de latencia en horas con un porcentaje de 100%, mientras que, las pacientes con edad gestacional entre 28 y 32 semanas presento mayor porcentaje en semanas con un 70%.

Tabla Nº 10
Edad gestacional en gestantes entre 28 y 34 semanas con RPM
y período de latencia.

Edad gestacional	Período de latencia					
	Horas		Días		Semanas	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
De 28 a 31	0	0.0	20	33.3	7	70.0
De 32 a 34	10	100.0	40	66.7	3	30.0
Total	10	100.0	60	100.0	10	100.0

Fuente: Elaboración del investigador, a partir del archivo de historias clínicas del HRC

DISCUSIÓN

La Rotura Prematura de Membranas es una de las causas importantes del parto pretérmino y morbilidad neonatal. Aunque los fundamentos de la fisiopatología permanecen aún es poco clara.

En este estudio se ha determinado que de un total de 80 gestantes con ruptura prematura de membranas entre las 28 y 34 semanas presentaron complicaciones maternas un 21.3%, entre las que tenemos corioamnionitis con un 13.8%, endometritis 3.8, desprendimiento prematuro de placenta con un 3.8%, infección de sitio operatorio con un 3.8%, no se presentó ningún caso de sepsis.

La corioamnionitis fue la complicación más frecuente con un 13,8% coincidiendo con Dale P et a, quien en su estudio encontró un 12.6% con una población de 111 pacientes y entre las edades de 26 a 34 semanas.(12) Lo mismo que en otras publicaciones quienes nombran un 15%.(31)

En cuanto al desprendimiento prematuro de placenta encontramos que fue un 3.8 % en a gestantes con RPM entre las 28 y 34 semanas, en contraste con lo que dice las estadísticas presentadas en los trabajos de Ananth C. et al en donde concluye que aquellas gestantes que presentan ruptura prematura de membranas tienen riesgo incrementado de presentar desprendimiento prematuro de placenta.(9) Holmgren P refiere que hay un asociación clínica entre

la ruptura prematura de membranas y el desprendimiento prematuro de placenta y que aumenta mientras más temprano se produce el RPM. (32) Suzuki S refiere que hay un riesgo incrementado entre aquellas pacientes que presentan RPM y corioamniotitis de presentar desprendimiento prematuro de placenta. (33)

En nuestro trabajo encontramos el porcentaje de partos por vía vaginal en gestantes con RPM entre las 28 y 34 semanas fue mucho mayor con un 63.8%, en comparación con el parto por cesárea con 21 pacientes y 36.3%, correspondiendo a algunos estudios donde señalan que al respecto no hay consenso en la literatura sobre el óptimo manejo de partos pretermino asociados a RPM, no hay un progreso desde hace 15 años para responder el hecho de cuál de las dos vías es la más adecuada. Revisando la literatura, Mousiolis et al concluye que no hay diferencia significativa en la elección de las dos vías hasta antes de las 28 semanas. (34) Mercer quien publica un estudio con 343 casos complicados con RPM y concluye que la cesárea podría no ser generalmente sugerida en estos casos. Con respecto a la vía de parto en las complicaciones maternas asociadas a la ruptura prematura de membranas. (35) Con respecto a la vía de parto en las complicaciones maternas asociadas a la ruptura prematura de membranas, en nuestro trabajo se encontró que en la corioamnionitis el 90.9 % fueron cesáreas.

En nuestro estudio se encontró que el periodo de latencia en semanas fue mayor entre las edades gestacionales de 28 a 31

semanas con un 70%, en comparación con las edades gestacionales de 32 a 34 semanas, donde el mayor porcentaje en el periodo de latencia estuvo dado en días coincidiendo con muchos estudios donde refieren que el periodo de latencia esta inversamente relacionado con la edad gestacional, un reciente estudio Nayot et al. reporta que la prolongación del embarazo por más de 72 horas fue observado en 67% de gestantes entre las 25 y 28 semanas, pero solamente en el 10% entre las 33 y 36 semanas. (36) Melamed et al en un estudio retrospectivo de 66775 casos también demostró una correlación significativa entre el periodo de latencia y la edad gestacional ($P < .001$, $r = -0.63$), siendo inversamente proporcional con este. (37)

El periodo de latencia en relación con la corioamnionitis también fue encontrado en nuestro estudio concordando con el estudio de Themistoklis donde encuentra relación significativa ($P < .001$) entre el periodo de latencia y la corioamnionitis clínica concluyendo que en una significativa reducción del periodo de latencia. (38) Test G encuentra en su estudio una relación significativa ($P < .001$) entre el prolongado periodo de latencia y la corioamnionitis. (39) Theunissen I y Van Lierde M en un estudio de 215 embarazos únicos con RPM y manejados conservadoramente (tocólisis y terapia antibiótica) encontraron que los resultados están principalmente determinados por la edad gestacional al momento de RPM. Un periodo prolongado

de latencia (≥ 7 días) no incrementó el riesgo de infección neonatal o materna. (13)

CONCLUSIONES

De las 80 gestantes con ruptura prematura de membranas entre las 28 y 34 semanas, 17 presentaron complicaciones maternas siendo un porcentaje de 21.3%.

Las complicaciones maternas más frecuentes asociadas a ruptura prematura de membranas en gestantes de 28 a 34 semanas fueron la corioamnionitis.

Las frecuencias de complicaciones fueron: corioamnionitis (13.8%), endometritis (3.8%), infección de herida operatoria (3.8%), Desprendimiento prematuro de placenta (3.8%) y sepsis (0%) en gestantes de 28 a 34 semanas con RPM.

La vía del parto de más usada en gestantes con RPM fue el parto vaginal con un porcentaje de 63.8%.

El periodo de latencia en días se relaciona con mayor frecuencia de complicaciones materna.

RECOMENDACIONES

Continuar con investigaciones en ruptura prematura de membranas en embarazos pretérminos, por ser un problema de Salud Pública y por sus complejas repercusiones maternoperinatales.

Ya que se encontró a la corioamnionitis como complicación materna más frecuente, se debería revisar el protocolo que se les brinda a las pacientes con respecto a esta patología.

Se debe de mejorar el llenado de las historias clínicas ya que es un documento valioso para trabajos futuros en todas las áreas.

CAPITULO V:

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gunn GC, Mishell DR, Morton DG. Premature rupture of the fetal membranes: A review. *Am J Obstet Gynecol.* 1970;106:469-483
2. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet.* 2008;371:75-84.
3. Zavaleta PN, Inga L M. Primera Encuesta Global de OMS en salud Materna y perinatal 2005: Resultados Perú. Primera edición, Perú 2007.
4. Kenyon S, Bouvain M, Neilson JP. Antibiotics for preterm rupture of membranes. *Cochrane Data base of Systematic Reviews* 2010, Issue 8. Art. No.: CD001058. DOI: 10.1002/14651858.CD001058.pub2
5. Strevens H, Allen K, Thornton JG. Management of premature prelabor rupture of the membranes. *Ann N.Y. Acad Sci.* 2010;1205:123-9.
6. Pajntar M, Verdenik I. Maternal and neonatal outcome related to delivery time following premature rupture of membranes. *Int J Gynecol.* 2007; 58: 281-6.
7. Mousiolis A, Papantoniou N, Mesogitis S, Baglatzi L, Baroutis G, Antsaklis A. Optimum mode of delivery in gestations

- complicated by preterm premature rupture of the membranes. *J mater Fetal Neonatal Med.* 2011; Jul25(7):1045-47
8. Hájek Z, Horáková V, Koucký M, Dokoupilová M. Acute or expectant management in premature labour with preterm premature rupture of the membranes?. *Ceska Gynekol.* 2012 Aug;77(4):341-6.
 9. Cande V, Anant Y, Srinivas N, Preterm Premature Rupture of Membranes, Intrauterine Infection, and Oligohydramnios: Risk Factors for Placental Abruption. *Obstet Gynecol.* 2004;104:71–7.
 10. Schreiber J, Benedetti T. Conservative management of preterm rupture of the fetal membranes in a low socioeconomic population. *Am J Obstet Gynecol.* 2008; 136: 92-96.
 11. Riegel K, Sohne B, Fisher P, Ort B, Wolke D, Osterlund K. Premature rupture of fetal membranes, risk of infection and infant prognosis- a comparison of 2 regions. *Z Geburtshilfe Neonatol.* 2009; 203(4): 152-60.
 12. Dale Po, Tambo T, Bendvold E, Moe N. Duration of the latency period in preterm premature rupture of the membranes. Maternal and neonatal consequences of expectant management. *Obstet Gynecol* 2009; 71(32): 19-26
 13. Theunissen I, Van Lierde M. Preterm premature rupture of the membranes: neonatal outcomes in 215 cases of an active of an

- active conservative management. *J Perinat Med* 2009; 17(6): 423-32.
14. Buchanan SL, Crowther CA, Levett KM, Middleton P, Morris J. Planned early birth versus expectant management for women with preterm prelabour rupture of membranes prior to 37 weeks' gestation for improving pregnancy outcome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 3. Art. No.: CD004735. DOI: 10.1002/14651858.CD004735.pub3
 15. Gary Cunningham, Norman Gant. *Williams Obstetricia 21ª Edición Editorial Médica Panamericana.2004 p.811*
 16. Eva K Pressman MD. Physical properties of the chorioamnion throughout gestation. *Am J Obstet Gynecol.* 2009; 187: 672-5.
 17. Kelly T. The pathophysiology of premature rupture of the membranes. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2005; 7(2): 140-5.
 18. Lee RM, Major CA. Controversial and special situations in the management of preterm premature rupture of membranes. *Clin Perinatol.* 2001; 28(4):877-84.
 19. Garite TJ. Corticosteroids and fetal pulmonary maturity. Lyons CA, *Clin Obstet Gynecol.* 2009;45(1):35-41.
 20. Fontenot T, Lewis DF Tocolytic therapy with preterm premature rupture of membranes. *Clin Perinatol.* 2001; 28(4):787-96.
 21. Newton ER. Chorioamnionitis and intraamniotic infection. *Clin Obstet Gynecol.* 1993;36:795.

22. Reece, Albert e. y Hobbins John C. Clinical Obstetrics. The Fetus and Mother. (2007) 3a ed. Edit. Panamericana. p.152
23. Rodrigo Cifuentes B. Ginecología y Obstetricia Basadas en Las Nuevas Evidencias.2009. 2da Ed. Edit.Distribuna. p.130-145
24. Andreyko JL, Chen CP, Shennan AT, Milligan JE. Results of conservative management of premature rupture of the membranes. Am J Obstet Gynecol. 2006; 148 (5): 600-4.
25. Miller JM Jr, Brazy JE, Gall SA, Crenshaw MC Jr, Jelovsek FR. Premature rupture of the membranes: maternal and neonatal infectious morbidity related to betamethasone and antibiotic therapy. J Reprod Med. 2008; 25(4): 173-7.
26. Ian A. Grable. Cost-effectiveness of induction after preterm premature rupture of the membranes. Am J Obstet Gynecol. 2009; 187: 1153-8.
27. Mercer BM, Crocker L, Boe N, Sibai BM. Inducction versus expectant management in premature rupture of the membranes with mature amniotic fluid at 32 to 36 weeks: a randomized trial. Am J Obstet Gynecol. 2006; 169: 775-82.
28. Cox SM, Levano KJ. Intentional delivery versus expectant management with preterm ruptured at 30 –34 weeks gestation. Obstet Gynecol. 2005; 86:875-9.
29. Vasso Terzidou; Phillip R. Bennett. Preterm Labor. Current Opinion in Obetric and Gynecology. 2009; 14: 105-13.

30. Stephen T. Vermillion MD. Neonatal sepsis after bethametasone administration to patients with preterm premature rupture of membranes. *Am J Obstet & Gynecol.* 2009;181(4):12-9.
31. Newton E. Chorioamnionitis and intraamniotic infection. *Clin Obstet Gynecol* 1993; 36:795.
32. Holmgren P, Olofsson J. Preterm premature rupture of membranes and the associated risk for placental abruption. Inverse correlation to gestational length. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1997 Sep;76(8):743-7.
33. Suzuki S, Hiraizumi Y, Yamashita E, Yonezawa M. Clinical significance of singleton pregnancies complicated by placental abruption associated with histological chorioamnionitis. *J Nippon Med Sch.* 2010 Aug;77(4):204-8.
34. Mousiolis A, Papantoniou N, Spyros M. Optimum mode of delivery in gestations complicated by preterm premature rupture of the membranes. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine.* 2012; 25(7): 1044–1049
35. Mercer BM, Lewis R. Preterm labor and preterm premature rupture of the membranes. Diagnosis and management. *Infect Dis Clin North Am.* 2007;11:177–201
36. Nayot D, Penava D, Da Silva O, Richardson BS, de Vrijer B. Neonatal outcomes are associated with latency after preterm

- premature rupture of membranes. J Perinatol. 2012 Mar 15; 34(8) 345-7.
37. Melamed N, Hadar E, Ben-Haroush A, Kaplan B, Yogev Y. Factors affecting the duration of the latency period in preterm premature rupture of membranes. J Matern Fetal Neonatal Med. 2009;22:1051-6.
38. Themistoklis D, Stamatios P, Chrysoula Margioulou-Siarkou, George Mavromatidis. Parameters affecting latency period in PPRM cases: A 10-year experience of a single institution. Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine. 2013.23(6)234-8.
39. Test G., Levy A., Wiznitzer A., Mazor M., Holcberg G., Zlotnik A., Sheiner E. Factors affecting the latency period in patients with preterm premature rupture of membranes. Arch Gynecol Obstet 2011; 283:707–710.

CAPITULO VI:

ANEXOS

ANEXO I

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS EN GESTANTES ENTRE LAS
28 Y 34 SEMANAS**

FILIACIÓN:

NOMBRE:.....

EDAD:..... **G_ P_ _ _ _**

HISTORIA CLINICA:.....

F. INGRESO:...../...../.....

EGI:

EGP:

CARACTERÍSTICAS MATERNAS

CPN: (SI) (NO)

VÍA DEL PARTO : CESÁREA () VAGINAL ()

Indicación: Parto Pretérmino

Sepsis

Corioamnionitis

Otros:..... (especificar)

IX COMPLICACIONES MATERNAS

SEPSIS ()

CORIOAMNIONITIS ()

ENDOMETRITIS ()

INFECCION DE SITIO OPERATORIO ()

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA ()

X. PACIENTE CON CONTROL POST PARTO: SI NO

**XI. EVALUACIÓN POR EMERGENCIA POR EMERGENCIA
DURANTE EL PRIMER MES, DIAGNOSTICO Y MANEJO:
SI NO**

DIAGNOSTICO:

MANEJO