



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

"Ruptura prematura de las membranas ovulares y las complicaciones maternas, Hospital San Bartolomé, diciembre 2002 - diciembre 2003"

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Gineco-Obstetricia

AUTOR

Lourdes Edith PADILLA MAGUIÑA

ASESOR

Fernando BAUTISTA RODRÍGUEZ

Lima, Perú

2009



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Padilla L. Ruptura prematura de las membranas ovulares y las complicaciones maternas, Hospital San Bartolomé, diciembre 2002 - diciembre 2003 [Trabajo de Investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2009.

AGRADECIMIENTOS:

A nuestros valiosos Maestros
Que con su enseñanza y ejemplo
Nos mostraron el camino a seguir:

Dr. Fernando Bautista Rodríguez

Dr. Julio Cano

Dr. Santiago Cabrera Ramos

Dra. Flor Carvallo Ñiquen

Dr. Nicolás Medina Hidalgo

INDICE

I.	RESUMEN.....	4
II.	INTRODUCCION.....	5
III.	MATERIAL Y METODOS	10
IV.	RESULTADOS	12
V.	DISCUSION	22
VI.	CONCLUSIONES	26
VII.	RECOMENDACIONES	27
VIII.	BIBLIOGRAFIA	29
IX.	ANEXO	33

I. RESUMEN

OBJETIVO:

Evaluar comparativamente los resultados de las gestantes que presentaron la interurrencia de Ruptura Prematura de Membranas (RPM) con aquéllas que no la tuvieron.

Diseño: Estudio retrospectivo transversal de casos y controles.

Población: Se evaluó un total de 4,551 pacientes de los cuales 530 presentaban Ruptura Prematura de Membrana RPM (Grupo A) y el grupo de 4,021 pacientes que no presentaban esta complicación (Grupo B); la población se eligió en forma aleatoria simple hasta completar la población deseada, dicho trabajo se realizó en el período comprendido entre Diciembre 2002 a Diciembre 2003 en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".

Resultados: Incidencia de RPM 11.6 % . Corioamnionitis en RPM 45 casos (grupo A) ; 4 casos (grupo B) con significancia estadística.

Endometritis puerperal 91 casos (grupo A), 13 casos (grupo B).

Infección de herida operatoria 91 casos (grupo A) y 4 casos (grupo B).

Infección de episiorrafia 68 casos (grupo A) y ningún caso (grupo B) con significancia estadística..

CONCLUSION:

Las gestantes que presentan ruptura prematura de membranas, luego tienen mayores complicaciones de infección de herida operatoria,

endometritis puerperal y corioamnionitis.

Palabra Clave: ruptura prematura de membranas (RPM).

II. INTRODUCCION

Se define ruptura prematura de membranas (RPM) a la ruptura del corioamnios antes del inicio del parto. Cuando éste evento ocurre antes de las 37 semanas de gestación, se denomina ruptura prematura de membranas pre – término (1,2,3,22).

Según las estadísticas, la mayor parte de las RPM ocurren al término de la gestación, pero la intensidad de su impacto negativo sobre el binomio madre – niño es mayor antes de las 37 semanas (13,14,15).

Aproximadamente, el 80% de todas las RPM inician en forma espontánea el trabajo de parto dentro de las siguientes 24 horas(19); pero aquéllos casos que cursan con un período de latencia mayor, pueden presentar complicaciones materno perinatales importantes (6).

La mayoría de los estudios señalan que los riesgos son mayores cuanto más temprana es la edad gestacional en la que se produce la RPM (3,11,12) y sobretodo cuando el período de latencia se prolonga más allá de las 48 horas, ya que la tasa de cesáreas se incrementa (6) y con ello se incrementa el riesgo de producirse endometritis puerperal é infección de herida operatoria (13,14,22)

Conociendo las complicaciones de morbilidad maternas asociadas a RPM se podrán instaurar programas educativos que desde etapas pre

gestacionales incidan en el conocimiento de ésta patología, para prevenirla y reconocerla oportunamente con la finalidad de contribuir a la disminución de la elevada morbi mortalidad materna perinatal que aqueja a la población peruana (19,20).

MARCO TEORICO:

La RPM ocurre en 4 – 14% de los partos. En el Hospital Edgardo Rebagliatti tiene una frecuencia que alcanza el 7% , en el Hospital María Auxiliadora 15.7% (19) y en el Hospital Arzobispo Loayza 8.1% (23)

La RPM es el factor asociado más importante en la ocurrencia del parto pre-término y predispone al prolapso del cordón umbilical, a corioamnionitis y muerte perinatal (13,14). Si la RPM se prolonga, puede presentarse flexión exagerada del feto, amputación de los miembros por bridas intra-amnióticas, retardo del crecimiento é hipoplasia Pulmonar (1,2,3,7).

En la mayoría de los casos se desconoce la etiología de la RPM, pero se han identificado ciertas condiciones predisponentes:

1. ***Alteración de las propiedades físicas de las membranas.***

El colágeno y la elastina jugarían un rol importante en la conservación de la integridad de la membrana corioamniótica. La literatura es consistente en señalar que las membranas de los embarazos con RPM son más delgadas y tienen menos elasticidad y resistencia que aquellas que permanecen íntegras hasta su ruptura

durante el trabajo de parto. Por otro lado, existe evidencia de que las proteasas locales elaboradas por fibroblastos, macrófagos y bacterias, juegan un rol en la remodelación molecular de la membrana corioamniótica(3,4,5,6,13).

Se ha demostrado que la actividad proteasa está aumentada y que existen bajas concentraciones de alfa 1 antitripsina (A1AT) en el líquido amniótico (LA) de embarazos con RPM. Además, se ha aislado una proteína antiproteasa en orina y pulmón fetales, lo que apoya la idea de una participación fetal en la protección de la integridad de las membranas(3,6,7,10,).

2. Rol de la infección en la rotura prematura de membranas.

La rotura de membranas puede resultar de una infección cérvicovaginal o intrauterina. La infección bacteriana, directa o indirectamente (vía mediadores de la respuesta inflamatoria), puede inducir la liberación de proteasas, colagenasas y elastasas, que rompen las membranas ovulares (7,11,12,13,14). Los gérmenes pueden alcanzar el LA estando las membranas ovulares rotas o íntegras, pero el oligoamnios favorece la colonización del LA al deprimirse su actividad bacteriostática (8,9,14). La vía de infección puede ser ascendente (a través del canal cervical), hematógena (transplacentaria), canalicular (tubaria) y por medio de procedimientos invasivos (amniocentesis), ó por cordocentesis(1,2,3,4,15,16). Diferentes autores han señalado que el LA tiene actividad bacteriostática, la que se encuentra disminuída en pacientes con RPM

e infección intramniótica, pudiendo constituir éste un factor primario predisponente a la colonización bacteriana (5,6,7,8,9,11,12,13).

Evidencias estadísticas demuestran una relación entre RPM y coito previo (hasta las 4 semanas precedentes) (4).

Lavery y Miller plantearon que el líquido seminal disminuye la resistencia de las membranas por acción prostaglandínica, colagenolítica y por adhesión de bacterias al espermio que transportaría a los gérmenes a través del canal endocervical(3).

3. Condiciones clínicas asociadas.

La mayoría de las "condiciones asociadas a la RPM" determinan una tensión excesiva de las membranas ovulares. Ellas son:

- Polihidramnios
- Embarazo Gemelar
- Malformaciones Uterinas
- Tumores Uterinos

En el caso de incompetencia cervical, la exposición de las membranas a la flora vaginal y la reacción de tipo cuerpo extraño generada por el material de sutura utilizado en su tratamiento, pueden favorecer la rotura ovular(1,16).

El tabaquismo materno aumentaría el riesgo de rotura ovular a través de favorecer la quimiotaxis de neutrófilos que secretan elastasa. Inactivaría además la A1AT, fenómeno cuya intensidad se relaciona

directamente con la cantidad de cigarrillos fumados(9). En un estudio prospectivo, Naeye observó 10.460 pacientes en las cuales RPM se produjo con una frecuencia tres veces mayor en fumadoras respecto de no fumadoras (1,3).

Disminución del riesgo:

El principio importante es trabajar con enfoque de riesgo vinculados con morbi mortalidad desde etapas pre concepcionales y el objetivo primordial radica en disminuir la morbi mortalidad materna perinatal (17,20).

OBJETIVO GENERAL:

Definir las complicaciones maternas asociadas a la ruptura prematura de membranas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Determinar su incidencia.

Determinar la relación entre RPM y complicaciones maternas.

III. MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal de casos y control.

MUESTRA DE ESTUDIO:

Se estudió en dos grupos:

- Grupo A : 530 gestantes cuyo embarazo cursó con RPM
- Grupo B: 4,021 gestantes cuyo embarazo no cursó con RPM.

El Sistema Informático Perinatal del Hospital San Bartolomé brindó los datos desde Diciembre 2002 – Diciembre 2003; del total de partos (4,551) así como de los casos de gestantes que cursaron con RPM (530) que conformaron el grupo A y el resto conformo un grupo de (4,021) pacientes para el grupo B sin esta complicación, en el tiempo establecido.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Gestantes de 37 - 41 semanas

Gestantes que tengan 12 a más horas de RPM

TECNICA Y METODOLOGIA DEL TRABAJO:

Inicialmente, se efectuó un estudio retrospectivo caso-control, de gestantes que cursaron con RPM en el Hospital San Bartolomé durante el período de Diciembre 2002 a Diciembre 2003.

En segundo lugar, en la población de gestantes de todo el año en estudio (4551) se encontró que 530 pacientes presentaban complicaciones con RPM (Grupo A) y el grupo control se conformo por las pacientes (4,021) que no presentaban RPM, (Grupo B).

Para cada grupo se evaluó la incidencia de diversas complicaciones como Corioamnionitis, Endometritis Puerperal, Infección de Herida Operatoria, Infección de Episiorrafias.

En tercer lugar, la recolección de los datos se llevó a cabo en una ficha de recolección de datos y finalizado el reclutamiento se realizó la evaluación epidemiológica de la morbilidad asociada.

Los resultados se trabajaron en tablas de contingencia con la Prueba de Independencia Chi Cuadrado a fin de probar la independencia de RPM con las complicaciones antes mencionadas

Los resultados se analizaron con pruebas de significancia estadística a un nivel de confianza del 95% (chi cuadrado y estadística básica).

IV. RESULTADOS

Cuadro N° 1

Frecuencia de RPM en el HONADOMANI San Bartolomé.

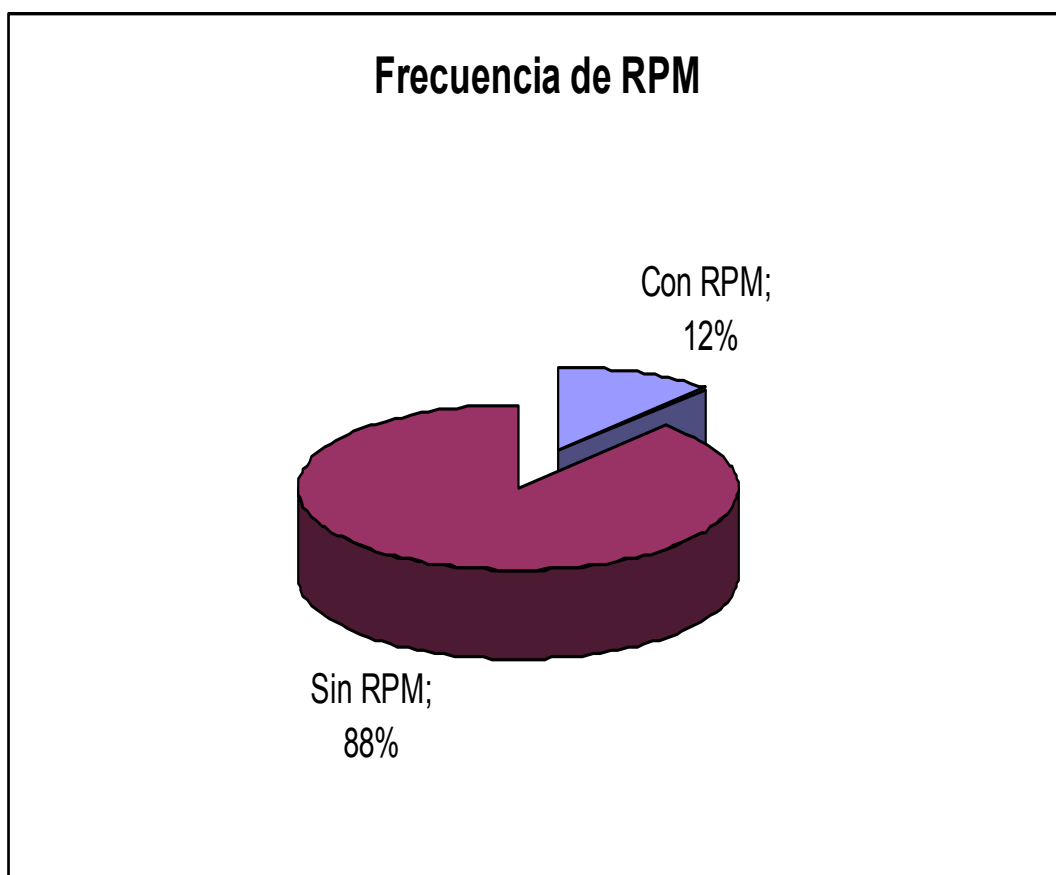
Diciembre 2002 – Diciembre 2003.

Complicación Materna	Frecuencia	Porcentaje
Con RPM	530	11.60%
Sin RPM	4021	88.4%
Total de Partos	4551	100%

Aproximadamente, se presentan 1 caso de RPM por cada 12 gestaciones.

Gráfico N° 1

Distribución de Frecuencia de RPM en el HODANOMANI San Bartolomé. Diciembre 2002 – Diciembre 2003.



Cuadro N° 2

Casos de Corioamnionitis en el HONADOMANI San Bartolomé.

Diciembre 2002 – Diciembre 2003

Frecuencias Observadas (Fo):

Presencia de Corioamnionitis	Grupo A (con RPM)	Grupo B (Control)	Total
Casos de Corioamnionitis	45	4	49
Casos sin Corioamnionitis	485	4017	4502
Total	530	4021	4551

Frecuencias Esperadas (Fe):

Presencia de Corioamnionitis	Grupo A (con RPM)	Grupo B (Control)
Casos de Corioamnionitis	5,71	43,29
Casos sin Corioamnionitis	524,29	3977,71
Total	530	4021

Ho = La presencia de Corioamnionitis es independiente del Grupo

Ha = La presencia de Corioamnionitis no es independiente del Grupo

PRUEBA χ^2

	Grupo A (con RPM)	Grupo B (Control)
Fo	45	4
Fe	5,71	43,29
(Fo-Fe)	39,29	-39,29
(Fo-Fe) ²	1543,70	1543,70
(Fo-Fe) ² /Fe	270,35	35,66

$$X^2 \text{ calculado} = 270,35 + 35,66 = 306,01$$

$$X^2 \text{ tabular} = 3.841 \quad (0.95; 1 \text{ g.l})$$

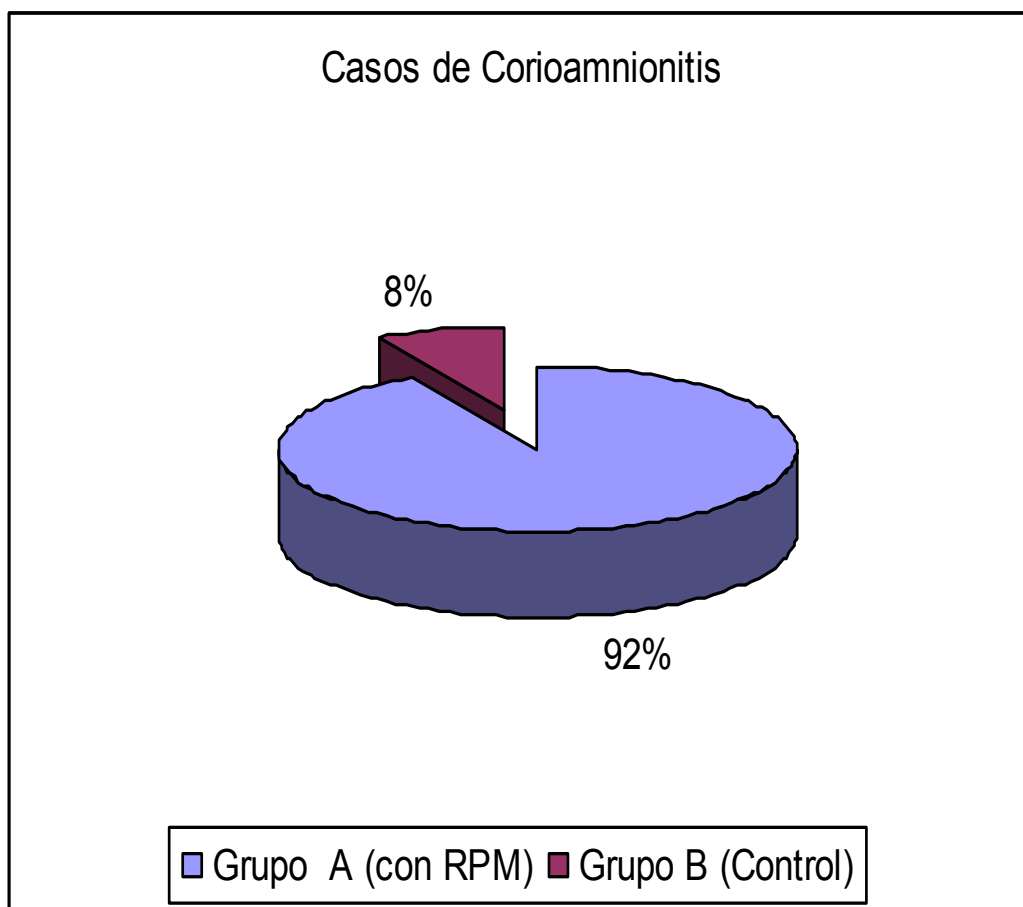
Regla de Decisión:

Como χ^2 calculado = 306.01 > χ^2 tabular = 3.841, rechazamos Ho.

Gráfico N° 2

Casos de Corioamnionitis en el HONADOMANI San Bartolomé.

Diciembre 2002 – Diciembre 2003



Cuadro N° 3

Casos con Endometritis Puerperal en HONADOMANI SAN

BARTOLOME. Diciembre 2002 – Diciembre 2003.

Frecuencias Observadas (Fo)

Presencia de Endometritis Puerperal	Grupo A	Grupo B (Control)	Total
Con Endometritis Puerperal	91	13	104
Sin Endometritis Puerperal	439	4008	4447
Total	530	4021	4551

Frecuencias Esperadas (Fe)

Presencia de Endometritis Puerperal	Grupo A	Grupo B (Control)
Con Endometritis Puerperal	12,11	91,89
Sin Endometritis Puerperal	517,89	3929,11
Total	530	4021

Ho = La presencia de Endometritis Puerperal es independiente del Grupo.

Ha = La presencia de Endometritis Puerperal no es independiente del Grupo.

Prueba X²

	Grupo A	Grupo B (Control)
Fo	91	13
Fe	12,11	91,89
(Fo-Fe)	78,89	-78,89
(Fo-Fe) ²	6223,63	6223,63
(Fo-Fe) ² /Fe	513,93	67,73

$$X^2 \text{ calculado} = 513,93 + 67,73 = 581,65$$

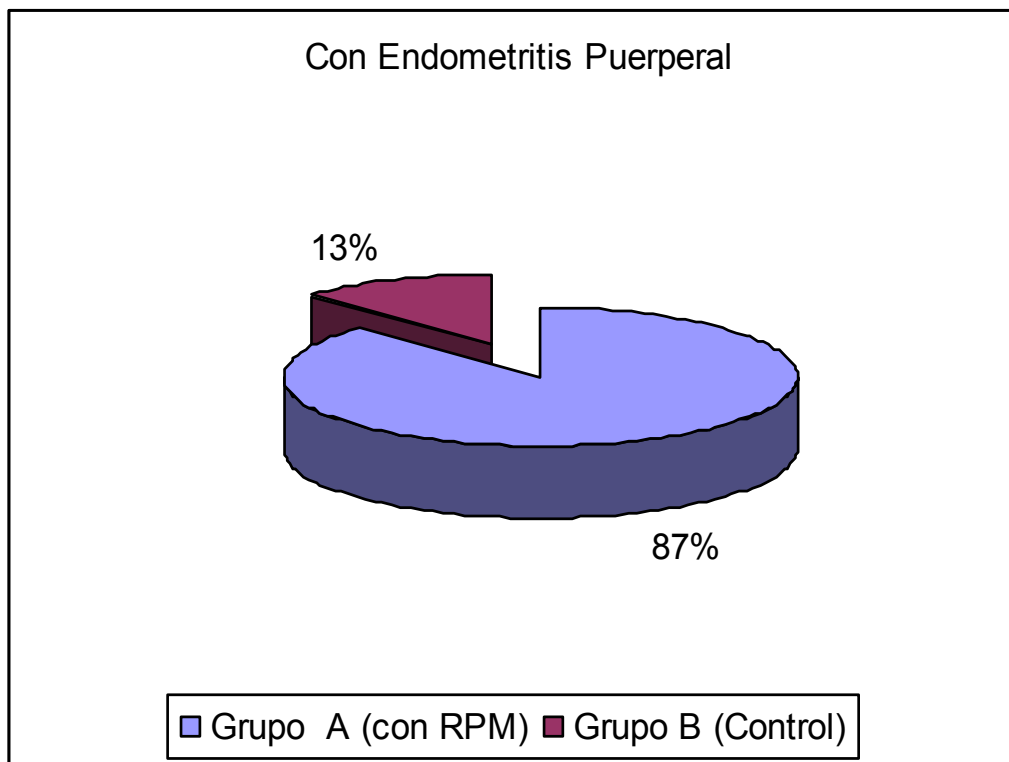
$$X^2 \text{ tabular} = 3.841 \quad (0.95; 1 \text{ g}).$$

Regla de Decisión:

Como x^2 calculado = 581.65 > X^2 tabular = 3.841, rechazamos Ho.

Gráfico N° 3

Casos de Endometritis Puerperal en el HONADOMANI SAN
BARTOLOME. Diciembre 2002 – Diciembre 2003.



Cuadro N° 4

Casos de Infección de Herida Operatoria en el HONADOMANI San
Bartolomé. Diciembre 2002 – Diciembre 2003.

Frecuencias Observadas (Fo)

Ocurrencia de Infección en Herida Operatoria	Grupo A (con RPM)	Grupo B (Control)	Total
Con Infección Herida Operatoria	91	4	95
Sin Infección Herida Operatoria	439	4017	4456
Total	530	4021	4551

Frecuencias Esperadas (Fe)

Ocurrencia de Infección en Herida Operatoria	Grupo A (con RPM)	Grupo B (Control)
Con Infección Herida Operatoria	11,06	83,94
Sin Infección Herida Operatoria	518,94	3937,06
Total	530	4021

Ho = La Ocurrencia de Infección de Herida Operatoria es independiente del Grupo.

Ha = La Ocurrencia de Infección de Herida Operatoria no es independiente del Grupo.

Prueba X²

	Grupo A (con RPM)	Grupo B (Control)
Fo	91	4
Fe	11,06	83,94
(Fo-Fe)	79,94	-79,94
(Fo-Fe) ²	6390,40	6390,40
(Fo-Fe) ² /Fe	577,79	76,13

$$X^2 \text{ calculado} = 577,79 + 76,13 = 653,92$$

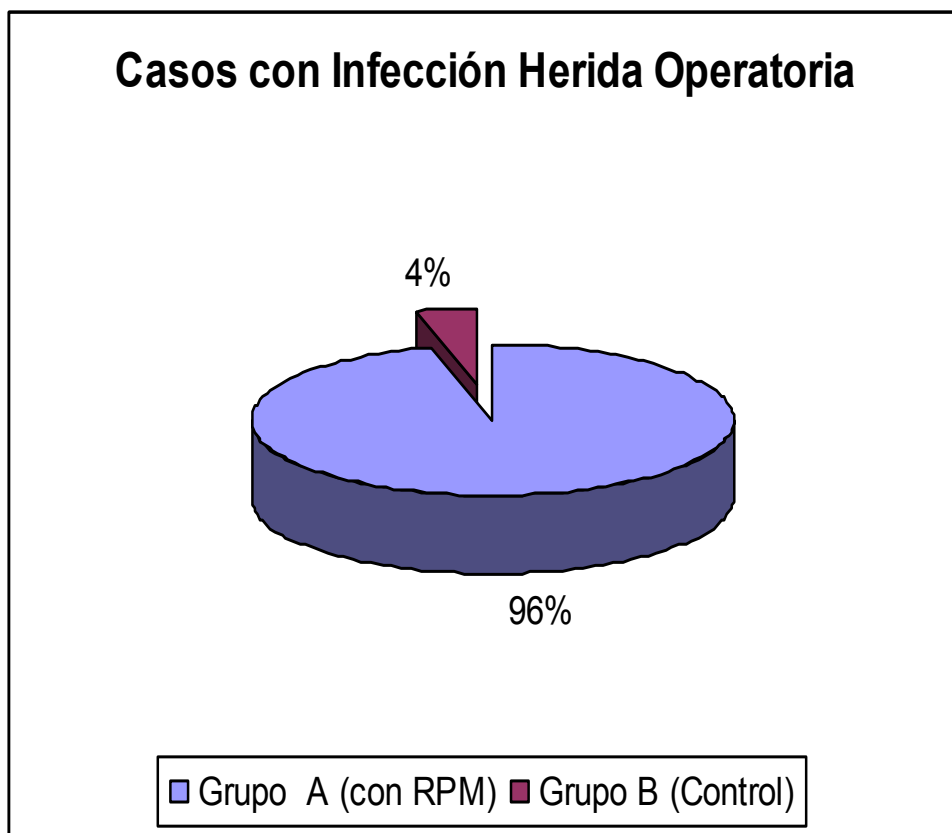
$$X^2 \text{ tabular} = 3.841 \quad (0.95; 1 \text{ g}).$$

Regla de Decisión:

Como x^2 calculado = 653.92 > X^2 tabular = 3.841, rechazamos Ho

Gráfico N° 4

Casos de Infección Herida Operatoria en el HONADOMANI San Bartolomé. Diciembre 2002 – Diciembre 2003.



Cuadro N° 5

Casos de Infección de Episorrafia en el HONADOMANI San

Bartolomé. Diciembre 2002 – Diciembre 2003.

Frecuencias Observadas (Fo)

Ocurrencia de Infección de Episorrafia	Grupo A (con RPM)	Grupo B (Control)	Total
Con Infección de Episorrafia	68	0	68
Sin Infección de Episorrafia	462	4021	4483
Total	530	4021	4551

Frecuencias Esperadas (Fe)

Ocurrencia de Infección de Episorrafia	Grupo A (con RPM)	Grupo B (Control)
Con Infección de Episorrafia	7,92	60,08
Sin Infección de Episorrafia	522,08	3960,92
Total	530	4021

Ho = La Ocurrencia de Infección de Episorrafia es independiente del Grupo.

Ha = La Ocurrencia de Infección de Episorrafia no es independiente del Grupo.

Prueba X²

	Grupo A (con RPM)	Grupo B (Control)
Fo	68	0
Fe	7,92	60,08
(Fo-Fe)	60,08	-60,08
(Fo-Fe) ²	3609,61	3609,61
(Fo-Fe) ² /Fe	455,76	60,08

$$X^2 \text{ calculado} = 455,76 + 60,08 = 515,84$$

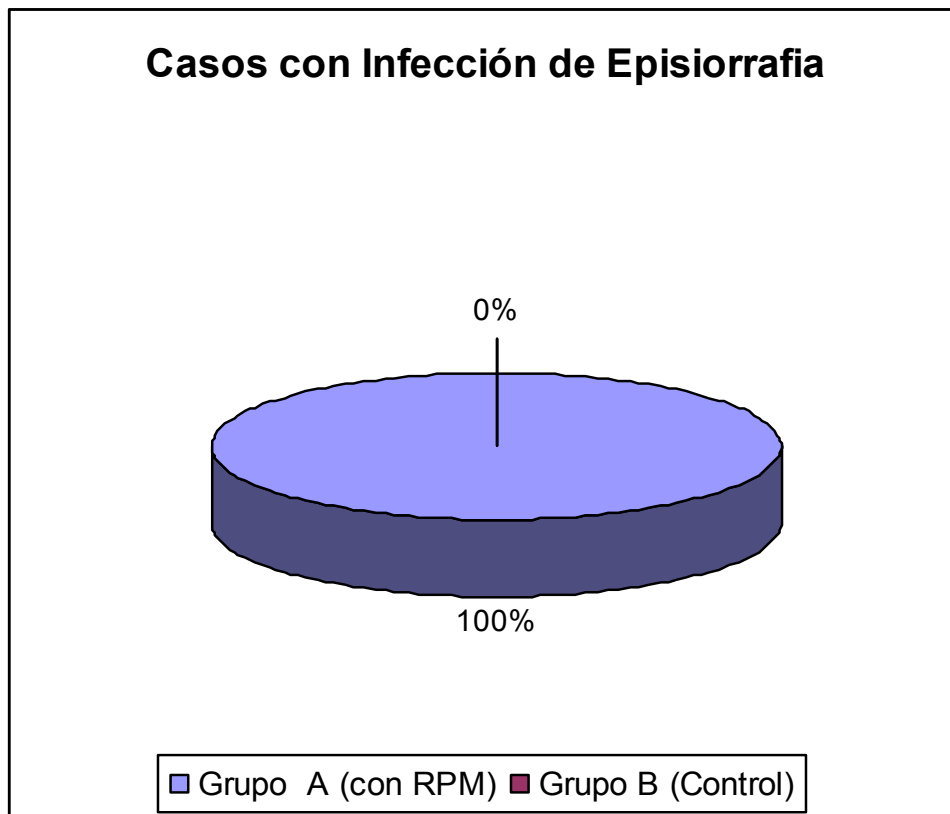
$$X^2 \text{ tabular} = 3.841 \quad (0.95; 1 \text{ g}).$$

Regla de Decisión:

Como x^2 calculado = 515.84 > X^2 tabular = 3.841, rechazamos Ho

Gráfico N° 5

Casos de Infección de Episiorrafia en el HONADOMANI San Bartolomé. Diciembre 2002 – Diciembre 2003.



V. DISCUSION DE RESULTADOS

En el presente trabajo, **Tabla 1; la Incidencia de RPM** (11.6%) se halla dentro del rango descrito por la literatura médica, pero en los límites superiores. En el Hospital Edgardo Rebagliatti se halló una frecuencia de RPM del 7%, mientras que en el Hospital María Auxiliadora 15.7%. y en el Hospital Arzobispo Loayza 8.1% Sería muy importante efectuar otros estudios para determinar las causas que determinan los hallazgos en límites superiores en los Hospitales San Bartolomé y María Auxiliadora que son Hospitales del Ministerio de Salud y que atienden poblaciones económica y socialmente vulnerables, sobretodo el segundo Hospital mencionado.

La Ruptura Prematura de Membranas es una patología que tal como se ha encontrado en éste trabajo, se describe estar asociada a una serie de repercusiones negativas sobre la madre y el niño y precisamente, los esfuerzos están dirigidos a disminuir la morbi mortalidad materno perinatal de allí la relevancia de Estudios dirigidos, finalmente, a lograr éstos objetivos.

Tabla 2 : Casos de Corioamnionitis

Se encontraron 45 casos de Corioamnionitis en el grupo A y 4 casos en el grupo B. En el Hospital Arzobispo Loayza, se halló un frecuencia de 10.1%

El valor crítico de X^2 de la Tabla con 1 grado de libertad y 0.95 de nivel de confianza, curva de 1 cola, encontramos que el valor calculado **3.841** es menor que el **$X^2 = 306.1$** , por lo que se desacredita la Hipótesis Nula que afirma que la presencia de RPM (Grupo A) y la ocurrencia de Corioamnionitis son variables independientes; conduciendo a la conclusión de que en este estudio, la presencia de RPM y la ocurrencia de corioamnionitis son variables dependientes .

Tabla 3 : Casos de Endometritis Puerperal

Se hallaron 91 casos de Endometritis Puerperal en el grupo A y 13 en el grupo B.

Con un grado de libertad y 0.95 de nivel de confianza, curva de 1 cola, el valor crítico tabular de X^2 , se halla que 3.841 es menor que el valor calculado de $X^2 = 581.65$, por lo que descartamos la Hipótesis Nula que afirma que la existencia de RPM en las gestantes del presente estudio y la ocurrencia de Endometritis Puerperal no están relacionadas entre sí, y por tanto, sí son dependientes.

Tabla 4 : Casos de Infección de Herida Operatoria

En éste Trabajo que evalúa los casos de Infección de Herida Operatoria que se presentaron posteriormente a la cesárea de aquéllas gestantes con RPM que tuvieron vía de culminación Alta y es de 91 casos de infección de herida operatoria y 4 casos en el grupo B.

El valor crítico Tabular de X^2 , con un grado de libertad, 0.95 de nivel de confianza, curva de 1 cola, encontramos que 3.841 es menor que el valor calculado de $X^2 = 653.92$, por tanto se descarta la Hipótesis Nula que afirma que son variables independientes, más por lo contrario, tienen dependencia.

Tabla 5 : Casos de Infección de Episiórrafia

Se hallaron 68 casos de infección de episiórrafia en el grupo A y ningún caso en el grupo B de Control.

Nuevamente, el valor crítico de X^2 , con un grado de libertad, con 0.95 de nivel de confianza, curva de 1 cola, se encuentra que 3.841 es menor que el valor calculado $X^2 = 515.84$, por tanto, también en éste caso se descarta la Hipótesis Nula y afirmamos que sí hay dependencia entre ambas variables.

Es importante que como integrantes del Equipo de Salud, trabajemos con esmero y responsabilidad dentro del campo que en la sociedad elegimos y no perdamos la perspectiva conociendo que la presencia de Ruptura Prematura de membranas condicionará en forma directa la ulterior complicación como son la Corioamnionitis, la Endometritis Puerperal, Infección de Herida Operatoria y de Episiórrafias en la madre y todo lo que para su salud, para su entorno familiar, laboral, etc. significa con los gastos incrementados en días/cama, en días de abandono familiar sin menoscabar la importancia de las consecuencias en el feto para su vida actual como integrante de un

núcleo familiar y más adelante como un adulto en un ámbito local, nacional é internacional en muchos casos y con la valía de sus aportes a la sociedad.

Se esboza que podría haber relación entre nivel socio-económico y nivel cultural y la mayor frecuencia de RPM en gestantes que podría ser tema de investigación futura.

VI. CONCLUSIONES

En este estudio se halló que la frecuencia de presentación de RPM en las gestantes que se atendieron, se halla dentro del rango descrito por la literatura médica.

En el presente estudio, se halló que las gestantes que presentaron RPM, tienen mayores posibilidades de culminar su embarazo vía cesárea.

Las gestantes que cursan con RPM, tienen mayores posibilidades de presentar infecciones de Herida operatoria é infecciones de episiorrafia en el post parto.

Las gestantes que cursan su embarazo con RPM, tienen mayores posibilidades de presentar Corioamnionitis y Endometritis Puerperal ,con el consiguiente riesgo para el binomio madre-niño.

VII. RECOMENDACIONES

El adecuado Control Pre natal tiene un efecto protector en el aspecto primariamente preventivo de las complicaciones maternas más frecuentes y primariamente prevenibles con un amplio sustento educativo dirigido no sólo a las gestantes, sino también a las y los adolescentes y sus familias para obtener el soporte emocional que más adelante los incentive a cumplir indicaciones adecuadas para su salud y estar atentos a cualquier signo de alarma, en caso de éste estudio , a los signos visibles de una RPM.

Los niños y adolescentes de hoy, son los adultos de mañana y por tanto la fuerza del país y educándolos adecuadamente no solamente en aspectos académicos sino también para el adecuado cuidado de su salud presente y futura, cuidaremos adecuadamente de nuestro valioso potencial humano para ser mejores como País.

A pesar que durante los controles pre-natales en el HONADOMANI San Bartolomé se hace hincapié de los signos de alarma, existen gestantes de diferentes edades y de diferentes grados de instrucción que no han tomado conciencia acerca de la importancia que tiene para su salud y la de su hijo el estar atentas ante la presencia del signo de alarma de la RPM. Por tanto, considero que sería importante agregar a la currícula de estudios escolares un capítulo que les enseñe en forma ordenada éste aspecto del cuidado de su salud.

De las Historias Clínicas seleccionadas para el presente estudio, se descartaron un número de ellas, sobretodo porque no se había completado su llenado; por lo que es importante recomendar la mejora de éste aspecto imprescindible para llevar a cabo Trabajos de Investigación que redundarán en beneficio de las poblaciones.

VIII. BIBLIOGRAFIA

1. Williams. Obstetricia. 21^a. Ed. Cap 5. Edit. Panamericana 2001; 72 – 91.
2. Gómez R. Ruptura prematura de membranas. Boletín Perinatología 2001; 1(1): 5 - 23.
3. Rivera Z, René. Caba B, Fresia, Smirnow S. Marcia. Aguilera T, Jorge. Fisiopatología de la Ruptura Prematura de Membranas Oculares en embarazos pretérmino. Rev. Chilena Obstetricia y Ginecología 2004; 69(3):249-255.
4. Mc. Laren J, Malak TM. Structural characteristics of term human fetal membranes prior to labour: identification of an area of altered morphology overlying the cervix. Human Reproduction 1999; 14(1):237-241.
5. Gómez, R. Ruptura prematura de membranas. Centro de Diagnóstico e Investigaciones Perinatológicas, CEDIP. Hosp. Dr. Sotero del Río. Pontificia Universidad Católica de Chile. Versión Octubre 2000.
6. Mercer BM. Preterm Premature Ruptura of the Membranas. Obstet Gynecology 2003; 101(1):178-193.
7. Gómez R, Romero R. Patogénesis of preterm labor and preterm premature ruptura of membranas associated with intraamniotic infection. Infectious disease. Clin North Am 1997; 11(1):135-76.

8. Jacobson BO, Holst RM, Wennerholm UB, Anderson B, Lilja H, Hagberg H. Monocyte chemotactic protein-1 cervical and amniotic fluid:inflammation and preterm delivery. Am J Obstet Gynecol 2003;189:1161-67. Medline
9. Maymon E, Romero R, Pacora P, Gervasi MT,Edwin SS, Yoon BH. Matrilysin (matrix metalloproteinase 7) in parturition, premature rupture of membranes and intrauterine infection. Am J Obstet Gynecol 2000. Medline.
10. Parry S, Strawss JF. Premature rupture of the fetal membranes. N England J Med 1998; 338(10):663-671.
11. Mercer BM. PretermPremature Rupture of the Membranes. Obstet Gynecol 2003;101(1):178-93.
12. Lee T, Silver A. Etiology and epidemiology of preterm premature rupture of the membrane. En: Garite TJ. Clinics in Perinatology. WB Sanders &Co 2001;721-34.
13. Vasquez N, Juan C, Vasquez C, Juan y Rodríguez Pablo. Epidemiología de la ruptura prematura de membranas en un hospital Gineco-obstétrico. Revista Cubana Obstet Ginecol v.29 n.2 Ciudad de la Habana. Moyaago. 2003.
14. Nava F. Enriquez M, Hernandez-Valencia M. Condiciones atribuibles y costos de la morbilidad materno-fetal en pacientes con ruptura prematura de membranas después de las 27 semanas de gestaci·n. Rev. Ginecol Obstet Mex. 2003 Jul;71:343-8

15. Pacheco José y Col. Trabajo de Parto Prematuro: Salud Materna y Perinatal. Red Peruana de Perinatología. Lima 1990.
16. Pacheco Romero, José. Manual de Obstetricia. 5ta. Edición, Lima – Perú, 1994.
17. Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Perú 2004. III; 29-30.
18. Ministerio de Salud. Instituto Materno Perinatal. Normas y Procedimientos en la Atención Obstétrica. Lima – Perú. 1995;17- 20.
19. Pacheco, Galdos, Tavera, Urquiza. Salud Materna y Perinatal, Experiencias y Estrategias. Lima – Perú. 1992
20. Organización Panamericana de la Salud. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención maternoinfantil. Serie PALTEX N°7, 2da. Edición 1999.
21. Organización Mundial de la Salud. Manual de Manejo de las Complicaciones del Embarazo y el Parto: Guía para Obstetras y Médicos. 2002; 13.
22. Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Bartolomé: Manual de Normas y Procedimientos de Obstetricia. 1996.
23. Rojas José, Contreras Hugo, Gutierrez Italo, Ramirez T, Correa A. Inducción del Trabajo de Parto en Gestantes a

término con Ruptura Prematura de Membranas.
Ginecol.Obstet. 2003;49(4): 219 – 226.

IX. ANEXO

Ficha de Trabajo :.....

FICHA DE REGISTRO DE RPM

Fecha

N°.....

- 1- Filiación H:C:N°.....
- 2- Nombre y Apellidos.....
- 3- Edad.....
- 4- Edad Gestacional.....
- 5- N° de Controles Pre-natales.....
- 6- Intercurrencia de RPM en embarazo actual: Sí () No ()
- 7- Método de diagnóstico de la RPM.....
- 8- Tiempo de duración de la RPM
- 9- Vía de culminación del embarazo.....
- 10- Presencia de complicaciones:

Corioamnionitis	sí ()	No ()
Endometritis Puerperal	sí ()	No ()
Infección Herida Operatoria	sí ()	No ()
Infección de episiorrafia	sí ()	No ()

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, deaños de edad, identificada conhabiendo sido informada de la importancia que tiene para mi salud y de la de otras gestantes el estudio referente a las Complicaciones Maternas asociadas a la Ruptura Prematura de Membranas, autorizo a la Dra. Lourdes Padilla Maguiña para que me aplique la Ficha de registro de RPM y luego utilice los datos allí registrados para el trabajo de investigación mencionado, sin menoscabo de la publicación a que hubiere lugar. En fé de lo cual, firmo éste consentimiento.

Lima,.....del 2.....

FIRMA.....

Doc.Ident.....

Huella digital.....

