

Caracterización clínica y epidemiológica de gestantes con rotura prematura de membranas

Clinical and epidemiological characterization of pregnant women with premature rupture of membranes

Frank Ariel Castañeda Urdaneta¹

Joel Reynaldo Chiang¹

Javier Jordan Mendoza Mulén^{2*}

Fabier Castro Montané²

¹Facultad de Medicina No. 1, Universidad de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba, Cuba.

²Facultad de Medicina No. 2, Universidad de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: jmendoza@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: Se entiende por rotura prematura de membranas la rotura de las membranas ovulares antes de inicio del parto, con la consiguiente salida de líquido amniótico y comunicación de la cavidad amniótica con el endocérvix y la vagina.

Objetivo: Caracterizar desde el punto de vista clínico y epidemiológico a gestantes con rotura prematura de membrana.

Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo y transversal de 110 gestantes diagnosticadas con rotura prematura de membrana en el Hospital Ginecoobstétrico Docente Tamara Bunke Bider de la provincia de Santiago de Cuba, de enero del 2017 a diciembre del 2018.

Resultados: El rango de edad más significativo fue 15 a 19 años. El antecedente que predominó fue la hipertensión arterial, con 50 %, mientras que la nuliparidad predominó en 54 %. Las pacientes de la raza negra representaron 72 %.

Conclusiones: La rotura prematura de membranas es más frecuente en nulíparas en edad juvenil de la raza negra, que se encuentran en el tercer trimestre de la gestación y con hipertensión arterial. Las complicaciones continúan siendo las corioamniocentesis y las infecciones puerperales; en tanto, es más usual el tiempo menor a 6 horas entre la rotura prematura de membranas y la consulta.

Palabras clave: rotura prematura de membranas; endocérvix; membranas ovulares.

ABSTRACT

Introduction: Premature rupture of membranes is considered as the rupture of the ovular membranes before the onset of labor, with the release of amniotic fluid and communication of the amniotic cavity with the endocervix and the vagina.

Objective: To characterize from the clinical and epidemiological point of view pregnant women with premature rupture of membranes.

Methods: A cross-sectional descriptive observational study was carried out during the indicated period of 110 pregnant women diagnosed at the Southern Maternal Tamara Bunke Bider in Santiago de Cuba province from January, 2017 to December, 2018.

Results: The most significant age range was 15 to 19 years. The antecedent that predominated was arterial hypertension with 50 %, while nulliparity predominated in 54%. Black patients accounted for 72 %.

Conclusions: Premature rupture of membranes is more frequent in nulliparous young adults of the black race, who are in the third trimester of pregnancy and with arterial hypertension. Complications continue to be chorioamniocentesis and puerperal infections; it is more common the time lower than 6 hours between the rupture of membranes and the pregnant visit.

Key words: premature rupture of membranes; endocervix; ovular membranes.

Recibido: 31/10/19

Aprobado: 20/12/19

Introducción

La ruptura prematura de membranas (RPM) se define como la ruptura espontánea de las membranas corioamnióticas producida antes del inicio del trabajo de parto, en una gestación posterior a las 22 semanas hasta una hora antes del inicio del trabajo de parto. Cuando la ruptura prematura de membranas ocurre antes de las 37 semanas es conocida como ruptura prematura de membranas pretérmino.⁽¹⁾

Según la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente 40 % de los partos prematuros están precedidos de ruptura prematura de membranas, la incidencia de la ruptura prematura de membranas varía entre 1,6 y 21,0 %, con un promedio de 10 % de embarazos. Ochenta por ciento de los casos ocurre después de las 37 semanas y 20 % restante se presenta en embarazos pretérminos.⁽¹⁾

Este resulta un cuadro grave para el pronóstico perinatal cuando se trata de un embarazo pretérmino y su importancia está en relación inversa a la edad gestacional en que se produce: mientras más temprano aparece peores serán los resultados. En el embarazo de más de 35 semanas (feto viable) el pronóstico es bueno, aunque no está exento de complicaciones.⁽²⁾

La rotura prematura de membranas tiene un incremento creciente en el mundo y va en aumento en Cuba. Aunque existen numerosas publicaciones sobre el tema y son de dominio general sus factores de riesgo y los protocolos más adecuados para su tratamiento, los especialistas en obstetricia y neonatología y los administrativos deben mantener un seguimiento del comportamiento de esta enfermedad por los riesgos que implica en la calidad de vida del recién nacido y en la repercusión psicológica en la pareja y la familia cuando no se logra la sobrevivencia.

Los factores de riesgo asociados a la rotura prematura de membranas se observan principalmente en embarazos pretérmino. Entre los diferentes factores descritos caben destacar los siguientes:⁽³⁻⁶⁾

- Rotura prematura de membranas en embarazos anteriores: Esta asociación es mayor en embarazos pretérmino. El *Preterm Prediction Study* encontró una recurrencia de RPM pretérmino de 13.5 % comparado con un riesgo de recurrencia de 14.1 % en

ausencia de dicho antecedente (RR:3.3, IC 95 % 2.1-5.2). En algunas publicaciones la tasa de recurrencia alcanza 32 %.

- Infección del tracto genital inferior: La frecuencia de rotura prematura de membranas es mayor en mujeres con infecciones del tracto genital, en particular en presencia de vaginosis bacteriana. Los gérmenes que habitualmente habitan el tracto genital inferior tienen la capacidad de producir fosfolipasa, que estimula la síntesis de prostaglandinas, las que generan contracciones uterinas.
- Hemorragias de la primera y segunda mitad del embarazo: Esta asociación es significativa y aumenta el riesgo de rotura prematura de membranas de 3 a 7 veces.
- Tabaquismo: El riesgo de rotura prematura de membranas en fumadoras es 3 a 4 veces mayor que en no fumadoras. Otros factores descriptos asociados a la rotura prematura de membranas son los siguientes: polihidramnios, malformaciones uterinas, embarazo múltiple, acortamiento cervical, desprendimiento placentario, collagenopatías, anemia, bajo nivel socioeconómico, trauma abdominal.

El diagnóstico de RPM se basa en la constatación de la salida de líquido amniótico. En 80-90 % es evidenciable al colocar un espéculo, tras realizar maniobras de valsalva. En 10-20 % de los casos aparecen dudas en el diagnóstico, ya sea porque la pérdida de líquido es intermitente, no se evidencia hidrorrea en vagina durante la exploración física, existe contaminación por secreciones cervicales, semen, sangre, orina.

En el caso de no presentar hidrorrea franca, se optará por realizar las siguientes pruebas diagnósticas:

- Comprobación de pH vaginal (normal pH 3,4-5,5): Es un test colorimétrico. El líquido amniótico es alcalino (pH > 6.5). Presenta positivos falsos (semen, orina, sangre, vaginosis bacteriana) y negativos falsos (candidiasis).
- Ecografía fetal: Evidencia oligoamnios no existentes previamente. Presenta una escasa sensibilidad y especificidad.

Ambas pruebas son poco específicas y no concluyentes, por lo que en casos seleccionados en los que persiste la duda diagnóstica se recurrirá a pruebas bioquímicas: la *insulin-like growth factor binding protein-1* (IGFBP-1) (*PROM test*®, *Amnioquick*®), que es una proteína sintetizada en el hígado fetal y en la decidua, la cual está presente en el líquido amniótico a grandes concentraciones y su concentración mínima está en la sangre materna; su sensibilidad varía de 74-100 % y su especificidad de 77-98 %; y la *placental alpha microglobulin-1* (PAMG-1) (*Amnisure*®), que es una proteína que se sintetiza en la decidua, con una concentración en el líquido amniótico de 100-1000 veces superior a la que se presenta en la sangre materna; está ausente en muestras biológicas como el semen u orina y presenta una sensibilidad cercana a 99 % y una especificidad que varía de 88-100 %.

Las dos pruebas poseen similar sensibilidad y especificidad, por lo que pueden ser utilizadas indistintamente en los casos en los que exista la duda diagnóstica de rotura de membranas.

La amniocentesis diagnóstica se realiza en casos muy seleccionados, el diagnóstico definitivo puede realizarse instilando fluoresceína en la cavidad amniótica mediante amniocentesis. La detección de fluoresceína en la vagina a los 30-60 minutos confirma el diagnóstico de RPM, aunque pasado este tiempo pierde especificidad.

En dilataciones avanzadas con membranas expuestas tanto las pruebas bioquímicas como la amniocentesis con instilación de fluoresceína pueden presentar positivos falsos.^(4,7)

El presente trabajo tiene como objetivo caracterizar, desde el punto de vista clínico y epidemiológico, a gestantes con rotura prematura de membrana de la provincia de Santiago de Cuba.

Métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal para caracterizar desde el punto de vista clínico y epidemiológico a las pacientes con rotura prematura de membrana del Hospital Ginecoobstétrico Docente Tamara Bunke Bider de la provincia

de Santiago de Cuba, de enero del 2017 a diciembre del 2018. El universo estuvo constituido por las 110 pacientes con este diagnóstico.

A fin de evitar errores estadísticos y teniendo en cuenta la cantidad de pacientes, se decidió trabajar con todas ellas. Para validar los objetivos se realizó una amplia y profunda revisión bibliográfica en la biblioteca del Hospital y en el Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas y de los sistemas allí instalados. Del mismo modo se visitó la biblioteca del Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico Saturnino Lora Torres.

La recolección de los datos se efectuó por el colectivo de autores en el Departamento de Estadística del Hospital Materno Sur mediante la revisión de las historias clínicas. Con la información obtenida se confeccionó una base de datos en el programa SPSS 11.5 (*Statistical Package for Social Sciences*, versión 11.5), lo que permitió aplicarle los cálculos estadísticos pertinentes, utilizando la frecuencia absoluta (fa), que se interpreta como la cantidad de ocurrencia de ese suceso en una categoría de la variable dada, y la frecuencia relativa (fr) de un dato, que es el cociente entre la frecuencia absoluta del dato y el número total de datos, calculada de la forma que aparece a continuación:

La frecuencia relativa es siempre un número menor o igual que 1, puesto que el numerador (frecuencia absoluta de un dato) nunca puede ser mayor que el denominador (número total de datos). La frecuencia relativa puede transformarse en porcentaje al multiplicarla por 100.

$$\left| \text{Frecuencia relativa} = \frac{\text{Frecuencia absoluta}}{\text{Número total de datos}} \right.$$

Los resultados obtenidos tanto para la frecuencia absoluta como para la frecuencia relativa fueron redondeados según la regla matemática a dos números decimales. Si el número siguiente es ≥ 5 se le suma 1 al que le antecede.

Se calculó además el porcentaje (%) en cada caso y se trabajó con un intervalo de confianza (IC) de 95 %.

La media aritmética (\bar{X}) para los datos cuantitativos se calculó de la siguiente manera:

Donde X_i son los valores individuales que asume la variable y n el número de observaciones. Se interpreta como el promedio de datos.

$$\bar{X} = \sum x_i / n$$

La mediana aritmética (Me) para los datos cuantitativos se calculó de la siguiente manera:

Se ordena la serie de datos en forma ascendente o descendente. Se determina la posición por la fórmula $(n+1) / 2$, y se toma en cuenta que, si la serie de datos es impar, se suma 1 y se divide entre 2, y si es par, se realiza lo mismo, pero el valor oscila entre la semisuma del número dado y el sucesor.

Se interpreta como el valor que supera cuanto más a las observaciones menores y es superado a su vez por las observaciones superiores a ella.

Para la redacción del informe final y la confección de los esquemas, tablas y gráficos se empleó el paquete Microsoft Office 2007.

Resultados

Referente a la edad de las gestantes, en este estudio primo el grupo etario de 15 a 19 años (tabla 1).

Tabla 1. Gestantes según edad

Edad (años)	Fa	Fr	%
15-19	40	0,35	35,0
20- 24	10	0,1	10,0
25-29	26	0,24	24,0
30-34	20	0,18	18,0
≥35	14	0,13	13,0
Total	110	1	100,0

X=25 años Me= 23,2 años

En la tabla 2 se representan las edades gestacionales de las pacientes, con mayor incidencia de las que se encontraban entre las 34-38 semanas. Se considera que esto se debe a que en estas semanas el organismo femenino se encuentra apto para desencadenar el trabajo de parto, lo que puede estar en dependencia de la gestante.

Tabla 2. Edad gestacional de las pacientes

Edad gestacional	Fa	Fr	%
≤24 semanas	5	0,04	4,0
24-28 semanas	10	0,1	10,0
29-33 semanas	20	0,18	18,0
34-38 semanas	60	0,54	54,0
≥39 semanas	15	0,14	14,0
Total	110	1	100,0

x=31,5 semanas Me= 36,5 semanas

Al relacionar los números de partos de las gestantes (tabla 3), se observó que las nulíparas fueron las más afectadas, con 60 gestantes, para 54,0 %, y que la mayoría de las pacientes no tenían hijos. En los últimos años en Cuba el promedio es de 2 a 3 hijos por mujeres.

Tabla 3. Gestantes según número de partos

Números de partos	Fa	Fr	%
Nuliparidad	60	0,54	54,0
Primiparidad	25	0,23	23,0
Multiparidad	25	0,23	23,0
Total	110	1	100,0

Al analizar las complicaciones maternas, se apreció que la corioamnionitis estuvo presente en todas las gestantes (tabla 4), seguida de las infecciones puerperales.

Tabla 4. Gestantes según complicaciones maternas

Complicaciones maternas	Fa	Fr	%
Corioamnionitis	110	1	1,0
HRP	15	0,14	14,0
Anemia	40	0,36	36,0
Infección puerperal	20	0,18	18,0

HRP: hematoma retroplacentario

Entre los factores de riesgo asociados a las pacientes, la insuficiencia cervical fue el más frecuente, con 50 pacientes, para 45,0 %, seguida de la cervicovaginitis, que estuvo presente en 20 gestantes, para 18,0 % (tabla 5).

Tabla 5. Gestantes según factores de riesgo

Factores de riesgo	Fa	Fr	%
Déficit nutricional	10	0,1	10,0
Hábito de fumar	15	0,13	13,0
Antecedentes de RPM	5	0,04	4,0
Cervicovaginitis	20	0,18	18,0
Amniocentesis	10	0,1	10,0
Insuficiencia cervical	50	0,45	45,0
Total	110	1	100,0

Discusión

La rotura prematura de membranas es la abertura espontánea de las membranas ovulares antes del inicio del trabajo de parto (hasta una hora) y después de las 22 semanas de gestación, con un peso del producto igual o mayor a 500 gramos. La RPM es aún, a pesar de las nuevas intervenciones terapéuticas disponibles, un importante episodio obstétrico que desencadena situaciones con un gran impacto en la morbilidad y mortalidad perinatales. Se calcula que aproximadamente de 11 a 16 % de los embarazos menores de 34 semanas cursan con esta eventualidad y de 50 a 60 % de las mujeres con RPM lejos del término tendrán el parto en la semana siguiente.⁽¹⁾

La ruptura prematura de membranas es una complicación frecuente del embarazo. Su incidencia alcanza hasta el 15 % en algunos estudios, correspondiendo en la mayoría a embarazos mayores de 34 semanas, con 80 a 98 % de todos los embarazos con RPM.⁽³⁾

Con la gran incidencia de infecciones vaginales en pacientes con RPM pretérmino de la presente investigación, era esperado que las infecciones de las membranas ovulares ocuparan el primer lugar en frecuencia entre las complicaciones maternas. Muchos factores están involucrados en esta asociación, pero la no integridad de las membranas en presencia de contaminación vaginal y cervical ya es suficiente para producir grados diversos de corioamnionitis.

Cabe añadir que la complicación más frecuente de estas pacientes es la infección fetal y corioamniótica, que es mayor en los estratos socioeconómicos bajos de la población y se

incrementa en forma directamente proporcional al 9 periodo de latencia de la ruptura de membranas, cuando el periodo de latencia es mayor a 24 horas la incidencia de corioamnionitis puede ser hasta 24 %. El factor infeccioso es un factor importante en la ruptura prematura de membranas, que se ha descrito en 36 a 50 % de los casos (infección intraamniótica), porcentaje que aumenta a 75 % en pacientes que inician el trabajo de parto. La frecuencia de esta enfermedad en un estudio realizado en Córdoba fue de 10 % de los embarazos en total y en 20 % de los embarazos pretérmino.⁽³⁾

Cuando ocurre una rotura prematura de membranas —en forma independiente al tratamiento que se brinde— el parto ocurrirá en 50 % de los casos entre la primera semana de haber transcurrido la RPM, según se señala en la bibliografía. Un hecho a tener en cuenta es que, cuando ocurre una RPM en embarazos de menor edad gestacional, el parto derivado de esa rotura se demora más en iniciar. Por otro lado, es menor cuando más tiempo de gestación tiene; es decir, la latencia después de la rotura de la membrana se correlaciona inversamente con la edad gestacional.⁽⁵⁾

Adicionalmente, con gestaciones muy tempranas en las que ha ocurrido una RPM, puede haber un restablecimiento del volumen del líquido amniótico. En muchos de estos casos, la evolución puede ser favorable y tener un mayor tiempo de espera antes de que se interrumpa la gestación. Entre las mujeres con RPM pretérmino, la infección intraamniótica clínicamente evidente se produce en aproximadamente de 15 a 25 %. La infección posparto se produce en aproximadamente de 15 a 20 % de los casos; la incidencia de infección es mayor a edades gestacionales más tempranas. El desprendimiento prematuro de placenta puede complicar de 2 a 5 % de los embarazos e incluso presentar placenta retenida, con RPM pretérmino.⁽⁵⁾

De las pacientes que cursan con ruptura prematura pretérmino, 50 % termina el embarazo en la primera semana, de 15-25 % de los casos padece infección intraamniótica, mientras que de 15-20 % se asocia con infección posparto. Está documentado que el síndrome de respuesta inflamatoria fetal coexiste en 50 % de los fetos. Este síndrome se asocia con invasión microbiana de la cavidad amniótica y corioamnionitis histológica (17 % tiene invasión microbiana de la cavidad amniótica y 68 % tienen síndrome de respuesta inflamatoria fetal). El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta sucede en 2-5 % y produce de 1-2 % de las muertes fetales. La

ruptura prematura pretérmino de membranas en embarazos no viables es poco común y se encuentra en menos de 1 % de los casos, el embarazo finaliza en 40-50 % durante la primera semana y en 70-80 % en las siguientes 2-5 semanas; se asocia con sepsis materna en 1 % de los casos, 10-20 % de los fetos tienen hipoplasia pulmonar e, incluso, 38 % cursan con deformaciones esqueléticas.^(5,6)

Existen diferentes estudios relacionados con este tema. En la provincia de Villa Clara se mantiene una incidencia elevada de este accidente obstétrico; además, se evidencia que ha ido en ascenso en los últimos tiempos y en esa investigación tiene el objetivo de analizar las consecuencias maternas y perinatales de la rotura de membranas pretérmino.⁽²⁾

Se investigó el riesgo de transmisión perinatal del virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) en mujeres con terapia antirretroviral combinada con cargas virales <1000 copias/mL y ruptura de membrana > 4 horas. La duración de la rotura de la membrana no fue un factor de riesgo para la transmisión vertical. En este estudio la monoterapia (OR 6,3, IC 2,4-1,6,6) o falta de terapia antirretroviral (OR 17,4 CI 6,7-45,5) y carga viral > 1000 copias / mL (OR 9,9, IC 1,2-84,5) se asociaron independientemente con infección neonatal. Se sugiere que esta relación entre la terapia antirretroviral combinada y la reducción de la tasa de transmisión vertical puede aplicarse a embarazos complicados por la RPM prolongada y el VIH.

Si el estado materno-fetal, la condición virológica y el tratamiento antirretroviral (ARV) lo permiten, se debe considerar la finalización del embarazo, una vez confirmada la madurez pulmonar. La decisión de la vía y el momento del parto, debe ser individualizada y se basará en el tratamiento ARV recibido, la CV, la duración de la RPM y la progresión del trabajo de parto. Estos son casos especiales para consenso entre obstetras, infectólogos, neonatólogos y la paciente.⁽⁷⁾

En un estudio realizado en México se calculó el índice plaquetas-linfocitos y se encontraron elevados de manera estadísticamente significativa en el grupo con rotura prematura de membranas pretérmino en comparación con el grupo de control. La tendencia al aumento en el conteo plaquetario tanto en el grupo con rotura prematura de membranas de término como en el grupo con RPM pretérmino en comparación con el grupo de control; ambos estadísticamente significativos. Los resultados de este estudio

son de gran importancia por la utilidad diagnóstica de una prueba tan efectiva y accesible como lo es la biometría hemática para obtener el índice plaquetas-linfocitos en pacientes con rotura de membranas pretérmino.⁽⁸⁾

Se considera que la rotura prematura de la membrana antes del término es una de las causas fundamentales de prematuridad, lo que representa un dilema por el peligro de membrana hialina, displasia broncopulmonar, hemorragia intraventricular, retinopatías, parálisis cerebral, así como el riesgo de corioamnionitis y septicemia fetal y neonatal.⁽⁴⁻⁶⁾

Se ha comunicado una frecuencia de 10 %, con causas variadas como traumatismo, infección vaginal, incompetencia cervical, déficit de cobre y vitamina C. Este cuadro implica infección con riesgo materno-fetal, vinculados con el período de latencia y otros riesgos asociados con la inmadurez y los accidentes de parto, y en algunos países representa una de las afecciones más relacionadas con la muerte fetal. Uno de los problemas clínicos comunes que un obstetra se encuentra frecuentemente es la estimación de la madurez fetal, especialmente cuando se halla frente al dilema de escoger entre la prematuridad y el alto riesgo que puede correr el feto si continúa con vida intrauterina.^(9,10)

Como consecuencias de la RPM figuran:⁽¹¹⁾

- La rotura prematura de membranas producida en embarazo a término dará lugar a un inicio espontáneo de trabajo de parto en una proporción de 60 %.
- La RPM producida al inicio de la gestación incrementa el riesgo de aborto.
- Existe riesgo de que se produzca un prolapso de cordón tras la rotura prematura de membranas.
- Infección materna que produce corioamnionitis o infección puerperal.
- Infección neonatal.
- Parto prematuro.
- Deformidades ortopédicas en recién nacidos.
- Hipoplasia pulmonar fetal si la rotura prematura de membranas se produce antes de la semana 25 de embarazo.

En una investigación titulada “Resultados perinatales en la rotura prematura de membranas” de Riveros,⁽¹¹⁾ ginecoobstetra del Hospital Regional de Caacupé, se vieron más afectadas las gestantes en edades de 24 a 35 años, lo que representó 93 %. Sin embargo, los resultados del actual estudio difirieron de los de este último autor.

En cuanto a los números de partos de las gestantes, lo obtenido en esta serie concordó con la investigación realizada por la doctora Nérida La Rosa en el mismo Hospital hace 2 años. No se halló causa específica para ello, pero se debe aclarar que esta manifestación es similar a las causas de baja natalidad en Cuba, donde por lo general la cantidad de hijos por mujeres no excede el número de 2 o 3.

Sarduy-Rodríguez *et al*⁽¹²⁾ demostraron una importante asociación entre la corioamnionitis y el flujo vaginal bacteriano, pues de las 32 pacientes con corioamnionitis, 69 % presentaban flujo vaginal. Asimismo, expusieron que la frecuencia de corioamnionitis varía de una población a otra, complica del 1 a 10 % de los embarazos, aumentando la morbilidad materna y la morbilidad y mortalidad neonatal y se encuentra presente en 5-20 % de las pacientes con RPM pretérmino.

En la revisión realizada por Lugones Botell y Ramírez Bermúdez,⁽¹³⁾ “Rotura prematura de membranas, aspectos de interés para la atención primaria de salud”, se exponen como complicaciones principales de la RPM las infecciones anteparto, intraparto y posparto. Al respecto, se han reconocido la infección ovular y el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica como las complicaciones detectadas más frecuentemente, amén del propio embarazo pretérmino y los cuadros de amenazas comunes a los primeros. Se cree que estas complicaciones pudieran guardar relación con el estado físico de las pacientes, así como con los factores de riesgo.

Sin embargo, en ocasiones en algunas áreas de salud, no se les da el adecuado seguimiento a aquellas pacientes incluidas en el Programa de Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo por el riesgo de presentar alguna enfermedad durante el embarazo. Para dar por concluido, la rotura prematura de membranas es más frecuente en nulíparas en edad juvenil de la raza negra, que se encuentran en el tercer trimestre de la gestación y con hipertensión arterial. Las complicaciones continúan siendo las corioamnionitis y las infecciones puerperales; en tanto, es más usual el tiempo menor a 6 horas entre la RPM y la consulta.

Referencias bibliográficas

1. Aguirre Guispe LM. Características de las gestantes con ruptura prematura de membranas pretérmino atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales – Comas 2014 [tesis de grado]. Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2015 [citado 23/10/2019]. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1580/3/aguirre_l.pdf
2. Suárez González JA, Gutiérrez Machado M, Noorani Rozan AR, Gaibor Iza VP. La rotura prematura de membranas pretérmino y su relación con las consecuencias maternas y perinatales. Acta Médica del Centro. 2016 [citado 23/10/2019];10(3):40-7. Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/684/814>
3. Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona. Rotura prematura de membranas a término y pretérmino. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2016 [citado 23/10/2019]. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/rotura%20prematura%20de%20membranas%20hpc-hsjd.pdf>
4. Susacasa S, Betular A, Meller C, Messina A, Zlatskes R. Rotura prematura de membranas en el embarazo de pretérmino (rpmp). Buenos Aires: Consenso SOGIBA; 2017 [citado 23/10/2019]. Disponible en: http://www.sogiba.org.ar/images/RPMP_Consenso_SOGIBA_2017.pdf
5. Gutiérrez Ramos M. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. Rev Peru Ginecol Obstet. 2018 [citado 23/10/2019];64(3):405-14. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000300014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Rodríguez-Bosch MR, Miranda-Araujo O, Reséndiz-Rossetti AE. Tratamiento de la ruptura prematura de membranas pretérmino (24-33.6 semanas): evidencia científica reciente. Ginecol Obstet Mex. 2018 [citado 23/10/2019];86(5):319-34. Disponible en: <https://ginecologiayobstetricia.org.mx/secciones/articulos-de-revision/tratamiento-de-la-ruptura-prematura-de-membranas-pretermino-24-33-6-semanas-evidencia-cientifica-reciente/>
7. Mezzabotta L, Votta R, Nores Fierro J, Santiago O. Rotura prematura de membranas. Consenso FASGO XXXIII. Córdoba: FASGO; 2018 [citado 23/10/2019]. Disponible en:

http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_FASGO_2018_Rotura_prematura_de_membranas.pdf

8. Zavala-Garcia A, Navarro-Torres-Arpi P, Padilla-Amigo C, Lara-Barragan-Bernald IA. Utilidad diagnóstica del biomarcador relación plaquetas-linfocitos en rotura prematura de membranas de término y pretérmino. Perinatol Reprod Hum. 2018 [citado 23/10/2019];32(4):151-54. Disponible en:

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0187533718301249?token=7C7A58C55063B5FAF8B13DB93C36A47663027A10ED445BE63ABD79FAD7140967858BF5539E93F0CD47E9A0336719D4F9>

9. Saavedra D, Valdés S, Bardales J, Essien J, De la Torre Y. Morbimortalidad perinatal de la rotura prematura de membrana en el embarazo pretérmino. Clin Invest Gin Obst. 2006 [citado 23/10/2019];33(3):102-6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-morbimortalidad-perinatal-rotura-prematura-membrana-13087819>

10. Iglesias Moya J. Rotura prematura de membranas. Revisión de la matrona. Revista Médica Electrónica Portales Médicos. 2016 Sep [citado 23/10/2019]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/rotura-prematura-membranas/>

11. Riveros J. Resultados perinatales en la rotura prematura de membranas. Rev Nac (Itauguá). 2011 [citado 23/10/2019];3(1):52-64. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/hn/v3n1/v3n1a06.pdf>

12. Sarduy-Rodríguez MC, Sánchez-Ramírez N, Rodríguez-Martínez A. Sepsis en pacientes con rotura prematura de membranas pretérmino. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2016 [citado 27/10/2019];42(3). Disponible en: <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/76/74>

13. Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M. Rotura prematura de membranas, aspectos de interés para la atención primaria de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2010 [citado 27/10/2019];26(4):682-93. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v26n4/mgi11410.pdf>

