



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

" FACULTAD DE MEDICINA "
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL
DR. GONZALO CASTAÑEDA
I . S . S . S . T . E .

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS :
FACTORES DE RIESGO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LA ESPECIALIDAD :
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DR. SALOMON CALDERON LOPEZ

ASESOR DE TESIS
DR. SUSANO GOMEZ JIMENEZ



ISSSTE

MEXICO, D.F.

1995



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



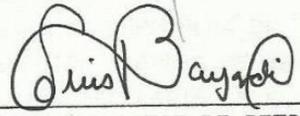
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

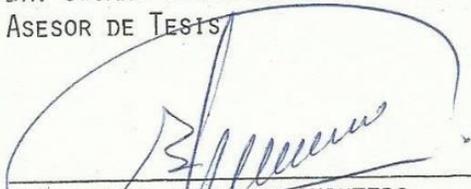
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

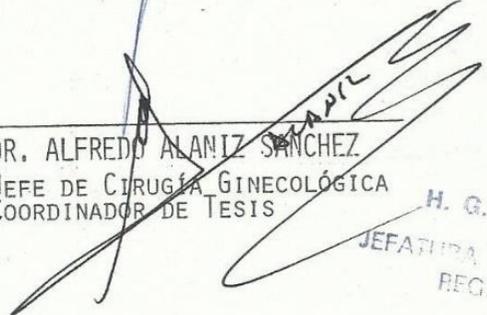
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.


DR. SERGIO VILLALOBOS VALENCIA
COORDINADOR DEL SERVICIO DE
GINECOOBSTETRICIA


DR. LUIS BAYARDI ORTIZ DE PETRICIOLI
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD


DR. SUSANO GOMEZ JIMENEZ
ASESOR DE TESIS


DR. EFRAIN PALACIOS QUINTERO
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DEL
HOSPITAL GENERAL DR. GONZALO CASTAÑEDA


DR. ALFREDO ALANIZ SANCHEZ
JEFE DE CIRUGÍA GINECOLÓGICA
COORDINADOR DE TESIS

ISSSTE.
H. G. "DR. GONZALO CASTAÑEDA"
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
REGISTRO DE CONSTANCIAS Y
RECONOCIMIENTOS
LIBRO NUM. 1 FOLIO NUM. 16 FOLIO NUM. 61
FECHA DE EMISIÓN 02/01/95
JEFE DE ENSEÑANZA _____

A MI ESPOSA:
MARTHA DELIA, LA COMPAÑERA DE
MI VIDA DE QUIÉN SIEMPRE HE TENIDO
LA COMPRESIÓN, EL CARÍO Y EL APOYO

A MIS HIJOS:
CÉSAR AUGUSTO
JUAN CARLOS
SALOMÓN

CON ESPECIAL Y PROFUNDO
AGRADECIMIENTO, A TODOS LOS
MÉDICOS ADSCRITOS DEL SERVICIO,
QUIENES SUPIERON GUIARME DURANTE
MI FORMACIÓN

C O N T E N I D O

	PÁG.
RESUMEN	1
INTRODUCCION	3
ANTECEDENTES	6
HIPOTESIS	20
OBJETIVO GENERAL	21
OBJETIVO ESPECIFICO	21
MATERIAL Y METODOS	22
RESULTADOS	23
CONCLUSIONES	25
FIGURAS	27
BIBLIOGRAFIA	45

RESUMEN

SE REALIZÓ UN SEGUIMIENTO A UN GRUPO DE MUJERES EMBARAZADAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL DR. GONZALO CASTAÑEDA ISSSTE, LA EVALUACIÓN DE ASOCIACIÓN CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y FACTORES DE RIESGO: ABORTOS PREVIOS, - CESÁREAS ANTERIORES, PERIODO INTERGENÉSICO CORTO, CERVICO VAGINITIS, INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, ACTIVIDAD COITAL EN 3ER. TRIMESTRE DEL EMBARAZO, ANTECEDENTE DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PREVIA, CON UN GRUPO DE CONTROL CON DETECCIÓN DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN EMBARAZOS A TÉRMINO, EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE DICIEMBRE DE 1992 A JUNIO DE 1993.

SE CONTÓ CON UN TOTAL DE 100 PACIENTES, GRUPO DE ESTUDIO DE 50- Y GRUPO DE CONTROL DE 50 PACIENTES. A TODAS LAS PACIENTES SE LES REALIZÓ UNA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA, EXAMEN FÍSICO Y DE LABORATORIO.

LA EDAD PROMEDIO DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA FUE DE 28.6 PARA EL GRUPO DE ESTUDIO Y 29.2 PARA EL GRUPO CONTROL, CON UN RANGO DE EDAD DE 16 A 40 AÑOS, CON UNA MODA DE 26-30 AÑOS.

DE LA SERIE ESTUDIADA SE DETECTARON 9 PACIENTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PARA EL GRUPO ESTUDIO, REPRESENTANDO UN 18%. LOS FACTORES QUE MÁS INCIDIERON PARA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ANTECEDENTE DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PREVIA, ACTIVIDAD COITAL Y TABAQUISMO CON RIESGO RELATIVO DE 1.5, CERVICO VAGINITIS Y ABORTOS PREVIOS .8.

EN CONCLUSIÓN LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS EN ESTE ESTUDIO SUGIEREN QUE EN PACIENTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS INCREMENTÓ SIGNIFICATIVAMENTE LA INCIDENCIA POR FACTORES DE RIESGO, ASÍ COMO LA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO.

SUMMARY

IT WAS DONE A CONTINUATION A GROUP TO PREGNANCY WOMEN IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY SERVICE TO THE GENERAL HOSPITAL DR. GONZALO CASTAÑEDA ISSSTE, ASSESS OF ASSOCIATION WITH PRETERM PREMATURITY OF MEMBRANES AND RISK FACTORS: ABORTION PREVIOUS, SECTION CESAREAN, PERIOD INTERGENESIC SHORT, CERVICAL INFECTION, URINARY TRACT INFECTION, COITUS ACTIVITY IN TRIMESTER THIRD OF PREGNANCY ANTECEDENT OF PRETERM PREMATURITY RUPTURE OF MEMBRANES TO FINAL -- PREGNANCY, DURING DECEMBER 1992 TO JUNE 1993.

IN THIS STUDY ONE HUNDRED PATIENTS WERE TO USED A STUDY GROUP WITH FIFTY PATIENTS AND CONTROL GROUP FIFTY PATIENTS TOO, A HISTORY CLINIC COMPLETE WAS DONE EACH, PHYSICAL EXAMINATION AND LABORATORY EXAMINATION.

MEAN AGE OF THE STUDIED POPULATION WAS 28.6 FOR THE STUDY GROUP AND 19.2 FOR THE CONTROL GROUP, WITH AGE RANK BETWEEN 16 TO 40 YEARS OLD. THE MODE RESULTANT WAS 26-30. IN THE SERIES STUDIED WAS DETECTED 9 PATIENTS WITH PRETERM PREMATURITY OF MEMBRANES FOR THE STUDY GROUP REPRESENT 18%, THE FACTOR THAT MORE AFFECT IN - PRETERM PREMATURITY OF MEMBRANES ANTECEDENT OF PRETERM RUPTURE OF MEMBRANES PREVIOUS, COITUS ACTIVITY AND CIGARETTE SMOKING WITH RISK RELATIVE OF 1.5 CERVICAL INFECTION AND ABORTION PREVIOUS .8

IN CONCLUSION IN THIS STUDY THE WHERE ASSES FOUND SUGGEST THAT IN PATIENTS WITH PRETERM PREMATURITY OF MEMBRANES TO ME AN IN INCREASE IN INCIDENT FOR RISK FACTOR, LIKE THIS PREGNANCY ENDING.

INTRODUCCION

LA AMNIOREXIS ES EL PROCESO QUE ORIGINA LA SALIDA DE LÍQUIDO - AMNIÓTICO Y PUEDE OCURRIR ANTES O DURANTE EL TRABAJO DE PARTO. LA RPM ES LA AMNIOREXIS SIN TRABAJO DE PARTO, INDEPENDIENTEMENTE DE LA EDAD GESTACIONAL; ANTES DE LAS 37 SEMANAS DE GESTACIÓN SUELE REFERIRSE COMO ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PRETÉRMINO.

LOS PARTOS PREMATUROS ES UNA DE LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES DE - MORBI-MORTALIDAD EN AMÉRICA Y EUROPA Y LA RPM OCURRE EN UNA SIGNIFICATIVA PROPORCIÓN 15-40% (7,10) DE LOS PARTOS PRETÉRMINO.

PUESTO QUE LA MAYOR PARTE DE LAS PACIENTES CON RPM TIENE SU PARTO EN LAS 48 HORAS SIGUIENTES A LA ROTURA, SU SIGNIFICADO DEPENDE DE LA EDAD GESTACIONAL DEL FETO CUANDO ESTO OCURRE. AUNQUE LA MAYOR PARTE DE LOS CASOS OCURRE A TÉRMINO SU IMPACTO PREVIENE PREDOMINANTEMENTE DEL 20-40% QUE OCURRE ANTES DE LA SEMANA - 37 DE GESTACIÓN.

EL INTERVALO MÍNIMO DE LATENCIA QUE SE REQUIERE ANTES DE DIAGNOSTICAR RPM NO SE HA DEFINIDO CON CLARIDAD EN LAS PUBLICACIONES OBSTÉTRICAS, DESDE EL PUNTO DE VISTA HISTÓRICO ESTE INTERVALO HA VARIADO DE CERO A 12 HORAS; EN LA ACTUALIDAD SE REQUIERE DE UN INTERVALO DE LATENCIA MÍNIMO PARA CUMPLIR CON LA DEFINICIÓN. (5,9).

CONFORME EL PERIODO DE LATENCIA SE ESTIENDE A MÁS DE 48 HORAS - AUMENTA EL RIESGO DE MORBILIDAD FEBRIL ANTEPARTO PUERPERAL O DE AMBOS TIPOS (6), PUESTO QUE LA CESÁREA TAMBIÉN CONSTITUYE UN -- FACTOR DE RIESGO IMPORTANTE DE INFECCIÓN PUERPERAL, SON IMPORTANTES LAS ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO PARA DISMINUIR AL MÍNIMO-- LA POSIBILIDAD DE EXTRACCIÓN POR VÍA ABDOMINAL EN PRESENCIA DE-- RPM.

UN PERIODO DE LATENCIA PROLONGADO (MÁS DE 48 HORAS) HA SIDO CORRELACIONADO CON SOBREVIVENCIA MEJORADA PERINATAL; EL MAYOR RIESGO ASOCIADO CON EL MANEJO EXPECTANTE INCLUYE CORIOAMNITIS, SEPSIS MATERNO Y FETAL, NACIDOS MUERTOS, PROLAPSO DE CORDÓN, DIFICULTAD RESPIRATORIA Y DEFORMACIONES FETALES; CONSIDERACIONES EN EL MANEJO DE LA PACIENTE CON RPM PUEDE INCLUIR UNA CUIDADOSA EVALUACIÓN POR DESARROLLO DE LAS COMPLICACIONES POTENCIALES (1,6).

SE HA RELACIONADO UNA INCIDENCIA DE RPM DE TODOS LOS EMBARAZOS ANTES DEL INICIO DE PARTO 6-12% (3) EN PRESENCIA DE UN CERVIX - DESFAVORABLE, DOS COMPLICACIONES PUEDEN OCURRIR INFECCIÓN CUANDO LA INDUCCIÓN ES POSPUESTA, INDUCCIÓN FALLIDA A CESÁREA, PARTO CUANDO LA INDUCCIÓN ES TENTATIVA TAMBIÉN PRONTO; POR LO TANTO EL MANEJO DE ESTA CONDICIÓN ES CONTROVERSIAL.

EL BAJO PESO AL NACER EN PARTOS PRETÉRMINO ES UN CONDICIONADOR DE CAUSA MORBI-MORTALIDAD PERINATAL Y UN PROBLEMA MAYOR DE SALUD EN LOS ESTADOS UNIDOS, PARTOS INCLUIDOS EN EL RETARDO DE CRECIMIENTO FETAL, SON CAUSA DE BAJO PESO AL NACER, PROBLEMAS MÉDICO MATERNO (RPM) ANTES DEL PLAZO Y PARTO IDEOPÁTICO PREMATURO, PARTOS RELACIONADOS CON RPM REPRESENTA ESPECIALMENTE UN PROBLEMA DIFÍCIL, NO SOLAMENTE TRATAMIENTO LIMITADO CUANDO LA RPM OCURRE ANTES DEL TIEMPO, PERO ESOS PARTOS SON PARTICULARMENTE COMUNES ENTRE MUJERES INDÍGENAS Y AQUELLAS DE STATUS SOCIO-ECONÓMICO BAJO. TALES TÉCNICAS COMO RIESGOS DE OPINIÓN, EDUCACIÓN DE PACIENTES, CUIDADOS INTENSIVOS PRENATALES Y ALGUNAS DRUGAS TOCOLÍTICAS MOSTRADAS, PROMESA EN PREVENCIÓN DE NACIMIENTOS CON BAJO PESO AL NACER (25).

DEBIDO AL PARTO PREMATURO IDEOPÁTICO POR IDENTIFICACIÓN DE ALTO RIESGO, MUJERES CON SIGNOS DE PARTO PRETÉRMINO TEMPRANO EN CURSO, PERO PARTOS CON BAJO PESO AL NACER RELACIONADOS CON RPM NO SON CONOCIDOS DE SER PREVISIBLES POR CUALQUIER TÉCNICA DISPONIBLE ACTUAL (6,17).

AUNQUE FACTORES TALES COMO MADRES FUMADORAS Y ALTERACIONES EN LA FLORA VAGINAL NORMAL, TIENEN RELACIÓN CON UN AUMENTO EN EL RIESGO DE RPM, CLÍNICAMENTE NO ES ÚTIL COMO INDICADO, ES CONOCIDO QUE ES ESPECÍFICO A DELINEAR UN GRUPO DE MUJERES CON AUMENTO EN EL RIESGO DE RPM.

ALGUNOS ESTUDIOS PUBLICADOS RECIENTEMENTE, HAN SUGERIDO VARIOS FACTORES DE RIESGO PARA LA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PRETÉRMINO, NO OBSTANTE FUERON PEQUEÑOS DATOS INCONTROLADOS O NO ENFOCADOS ESPECÍFICAMENTE EN FACTORES DE RIESGO POR EJEMPLO SANGRADO EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO Y UNA HISTORIA DE PARTO-PRETÉRMINO, HAN SIDO VINCULADOS CON RPM PRETÉRMINO, FUMADORA DE CIGARRO O CIRUGÍA GINECOLÓGICA TAMBIÉN HAN SIDO RELACIONADAS -- CON RPM PRETÉRMINO; INFECCIONES INTRAUTERINAS TALES COMO LA PRESENCIA DE ESPECIES BACTEROIDES E HISTOLÓGICAMENTE CON LA PRESENCIA DE CORIOAMNIOTIS (14,16,29).

EL MAYOR RIESGO ASOCIADO CON EL MANEJO EXPECTANTE INCLUYE ADEMÁS DE CORIOAMNIOTIS, ENDOMETRITIS, SEPSIS MATERNO Y FETAL, NACIDOS MUERTOS, PROLAPSO DE CORDÓN, DIFICULTAD RESPIRATORIA.

ANTECEDENTES

ORIGEN

EL AMNIO SE FORMA ENTRE EL SÉPTIMO Y OCTAVO DÍAS DEL DESARROLLO DEL EMBRIÓN NORMAL. EN ESTA ETAPA LAS CÉLULAS DE LA MASA CELULAR INTERNA O EMBRIOBLASTO SE DIFERENCIA DE DOS CAPAS: UNA PLANA DE CÉLULAS CÚBICAS CONOCIDA COMO HIPOBLASTO, CRECIENDO DE MODO GRADUAL PARA CONVERTIRSE EN CAVIDAD AMNIÓTICA, REVESTIDA POR CÉLULAS LLAMADAS AMNIOBLASTOS INICIALMENTE EL AMNIO HUMANO ES UNA PEQUEÑA VESÍCULA QUE SE TRANSFORMA EN SACO Y CUBRE LA CARA DORSAL DEL EMBRIÓN, CONFORME EL AMNIO CONTINÚA EXPANDIÉNDOSE ENTRA EN CONTACTO CON LA CARA INTERNA DEL CORIÓN, ENTRE EL 4TO. Y 5TO. DÍA DE GESTACIÓN Y ELLO PRODUCE OBLITERACIÓN DEL CELOMA EXTRAEMBRIÓNARIO.

NORMALMENTE EL AMNIO TIENE DE 0.2 A 0.5 MM. DE GROSOR, EL EPITELIO ESTÁ FORMADO POR UNA SOLA CAPA DE CÉLULAS CÚBICAS NO CILIADAS, EN EL TERCER TRIMESTRE EL AMNIO CONSTA DE UNA CAPA DE CÉLULAS EPITELIALES SOBREPUESTAS A UN TEJIDO CONECTIVO. EL CORIÓN, TIENE UN PROMEDIO DE CUATRO A SEIS CÉLULAS DE GROSOR Y MIDE DE 0.04 A 0.4 MM.

LAS DOS MEMBRANAS ACTÚAN EN CONJUNTO PARA DAR A LA MEMBRANA PRODUCTO DE SU COMBINACIÓN, UNA FUERZA TENSORA ADICIONAL MAYOR A LA QUE TIENEN NORMALMENTE.

LAS MEMBRANAS CORIO AMNIÓTICAS POSEEN PROPIEDADES DINÁMICAS DE MATERIAL VISCOELÁSTICO, LAS MEMBRANAS TIENEN LA CAPACIDAD DE ADAPTARSE A DEFORMACIONES CON RECUPERACIÓN DE SU ESTADO ORIGINAL; DEBIDO A SU CONTENIDO DE ELASTINA.

MEMBRANAS Y COLÁGENA

LA INTEGRIDAD DEL AMNIO Y LA RPM ES IMPORTANTE, SE HA SUGERIDO EN NUMEROSOS ESTUDIOS LA ARQUITECTURA DE LA MEMBRANA AMNIÓTICA Y CANTIDAD DE COLÁGENA PRESENTE EN LAS MEMBRANAS ESTÁN MODIFICADAS EN PACIENTES CON RPM.

LA ULTRAESTRUCTURA DE LAS MEMBRANAS A TÉRMINO Y PRETÉRMINO DESPUÉS DE LA ROTURA DEL GROSOR DE LA MEMBRANA CERCA DEL SITIO DE LA ROTURA, LOS CONDUCTOS INTERCELULARES CERCANOS AL SITIO DE IMPLANTACIÓN SE DILATAN Y RAMIFICAN LA CAPA TROFOBLÁSTICA DE LAS MEMBRANAS DE TÉRMINO, ES MÁS DELGADA Y NO POSEE CÉLULAS EN DEGENERACIÓN Y TANTO LOS FIBROBLASTOS COMO LA CAPA ESPONJOSA TIENEN MENOS FIBRAS DE COLÁGENA Y ESTÁ MENOS ORGANIZADA CERCA DEL SITIO DE LA ROTURA.

SE HA INFORMADO QUE EL CONTENIDO DE COLÁGENA ES MUCHO MENOR EN PACIENTES CON RPM QUE EN QUIENES NO TIENEN ESTE TRASTORNO. EL CONTENIDO DISMINUIDO DE COLÁGENA Y LA CONSERVACIÓN DE SU ARQUITECTURA PUEDE PREDISPONER A LAS MUJERES CON RPM (5,9).

DIAGNÓSTICO DE ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS:

PHILLIP EN 1929 MOSTRÓ EL USO DE LA IDENTIFICACIÓN MICROSCÓPICA DE LANUGO PARA LA CONFORMACIÓN DE ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS HASTA 1991 EN QUE SE VALORÓ LA UTILIDAD DEL CLORHIDRATO DE FENAZOPIRIDINA EN EL DIAGNÓSTICO DE RPM. LAS PUBLICACIONES OBSTÉTRICAS HAN MOSTRADO INTERÉS CONTINUO EN LA IMPORTANCIA DEL ESTABLECIMIENTO PRECISO DE DICHO DIAGNÓSTICO. DESAFORTUNADAMENTE NO HAY PARÁMETRO PARA COMPARAR LAS NUEVAS MODALIDADES; POR EJ. COMPARAN LA PRECISIÓN DE LA NITRAZINA COMO INDICADOR DE LA ROTURA DE MEMBRANAS CON UN ESTANDAR SELECCIONADO AL AZAR, COMO LA CRISTALIZACIÓN EN HELECHO O LOS ANTECEDENTES DE LA PACIENTE.

SE CUENTA CON PRUEBAS DIAGNÓSTICAS QUE AYUDAN AL MÉDICO A CONFIRMAR EL DIAGNÓSTICO DE ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS:

ANTECEDENTES Y EXPLORACIÓN FÍSICA

- ANTECEDENTES
- OBSERVACIÓN DE AMNIORREXIS
- ALTURA DEL FONDO UTERINO
- OLOR

PROPIEDADES DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO

- CRISTALIZACIÓN EN HELECHO
- PH
- PAPEL TORNASOL
- AZUL DE BROMOTIMOL
- NITRAZINA
- DIAMINOXIDAZA

ULTRASONOGRAFÍA E INYECCIÓN DE COLORANTE

- ULTRASONOGRAFÍA
- AZUL DE EVANS
- FLUORESCEINA SÓDICA
- AZUL DE METILENO
- INDIGO CARMÍN
- CLORHIDRATO DE FENAZOPIRIDINA

MICROSCOPIA/TINCIÓN CITOLÓGICA

- LANUGO
- SUDAN III
- TRICRÓMICA DE MASSON
- DE PAPANICOLAU
- PINACIANOL
- NARANJA DE ACRIDINA
- SULFATO AZUL DEL NILO
- IDENTIFICACIÓN DE CÉLULAS DEL VERMIX
- VAGINAL

LOS ANTECEDENTES Y LA EXPLORACIÓN FÍSICA SOLOS PUEDEN SER INSUFICIENTES PARA CONFIRMAR EL ESTADO DE LAS MEMBRANAS CUANDO SE DIAGNOSTICA RPM, EN OCASIONES NO EXISTE LÍQUIDO EN VAGINA PARA LA VALORACIÓN O EN OTRAS OCASIONES ESTÁ CONTAMINADO CON ORINA, MOCO CERVICAL, AGUA DE BAÑO, SECRECIONES VAGINALES, SANGRE O MECONIO.

SE HAN DESARROLLADO MÉTODOS CITOLÓGICOS, BIOQUÍMICOS Y SONOGRÁFICOS PARA DETECTAR LA ROTURA DE MEMBRANAS; PERO AUN CON LOS AVANCES ACTUALES NO SE HA ENCONTRADO UNA PRUEBA QUE SEA COMPLETAMENTE PRECISA, POR CONSIGUIENTE EL DIAGNÓSTICO REQUIERE DE LA INTEGRACIÓN DE FACTORES DE INTERROGATORIO, EXPLORACIÓN FÍSICA Y PRUEBAS DE LABORATORIO (12,9).

CITOLOGÍA:

IDENTIFICACIÓN DE LANUGO:

LA PRIMERA TÉCNICA MICROSCÓPICA PARA LA DETECCIÓN DE LA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PHILLIP Y WILLIAMS EN LA DÉCADA DE LOS 20, ELLOS TRATABAN DE IDENTIFICAR EL LANUGO Y CRISTALES DE ÁCIDO ÚRICO EN EL LÍQUIDO VAGINAL, EL HALLAZGO DE CABELLO ERA ESPECÍFICO Y LA IDENTIFICACIÓN DE CRISTALES DE URATO ES INESPECÍFICA POR TAL MOTIVO SE ABANDONÓ LA TÉCNICA.

TINCIÓN PARA LÍPIDOS:

EN 1936 VON NUMERS PROPONE QUE LA IDENTIFICACIÓN DE PARTÍCULAS GRASAS EN LA VAGINA SE CONSIDERARA SIGNO DE ROTURA DE MEMBRANAS.

SE TOMABA FROTIS DE SECRECIÓN VAGINAL, SE DEJABA SECAR AL AIRE Y SE TEÑÍA CON SUDAN III, PROCEDIMIENTO MEDIANTE EL CUAL SE IDENTIFICAN FÁCILMENTE GOTAS DE GRASA LIBRES Y CÉLULAS EXPULSADAS DE GLÁNDULAS SEBÁCEAS FETALES, TINCIÓN ROJO NARANJA, POSTERIORMENTE EN EL AÑO DE 1965 SE INTRODUCE LA TINCIÓN DE SULFATO

AZUL DE NILO PARA IDENTIFICACIÓN DE CÉLULAS EPITELIALES DESCAMADAS. AL IGUAL QUE LA TINCIÓN CON SUDAN III, ESTA TIENE UTILIDAD LIMITADA EN LOS PRODUCTOS PRETÉRMINO PORQUE HAY MENOS DE -- 10% DE CÉLULAS FETALES ANTES DE LA SEMANA 36.

IDENTIFICACIÓN DE CÉLULAS FETALES:

EN EL AÑO DE 1942 BURGUEOIS PROPONE UN MÉTODO ESPECÍFICO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE CÉLULAS FETALES CON TINCIÓN TRICRÓMICA DE MASSON CON LA QUE LAS CÉLULAS SE VISUALIZAN TRANSLÚCIDAS POLIGONALES Y POLICROMÁTICAS, CON RESTOS NUCLEARES EN DEGENERACIÓN Y GRÁNULOS CITOPASMÁTICOS Y LAS CÉLULAS VAGINALES TIENEN UN NÚCLEO BIEN DESARROLLADO Y CITOPLASMA GRANULAR.

FUE EN EL AÑO DE 1957 QUE SE INTRODUCEN LOS CRITERIOS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE VERMIX CASEOSA POR TINCIÓN DE PAPANICOLAU, REQUERÍA MUCHO TIEMPO, COMPLICADO Y DIFÍCIL PARA LOS NO ACOSTUMBRADOS A PREPARAR LAMINILLAS, AUNADO A LA INTERPRETACIÓN DIFÍCIL COMO RESULTADO SE PROBÓ EL CLORURO DE PINOCIANOL UN COLORANTE DERIVADO DE LA ANILINA, PARA LA IDENTIFICACIÓN DE CÉLULAS FETALES. CON ESTA TÉCNICA FÁCIL DE REALIZARSE MOSTRÓ SU GRAN ACEPTACIÓN POR ESTUDIANTES DE MEDICINA, INTERNOS Y RESIDENTES. LAS CÉLULAS FETALES SIN NÚCLEO PODRÍAN DISTINGUIRSE FÁCILMENTE DE LAS VAGINALES NUCLEADAS. OTRAS TÉCNICAS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE CÉLULAS FETALES QUE SE INTRODUCIERON Y POSTERIORMENTE SE ABANDONARON COMO LA TINCIÓN CON NARANJA DE ACRIDINA Y LA INTERPRETACIÓN POR MICROSCOPIA DE FLUORESCENCIA.

EL ESTUDIO CITOLÓGICO ACTUALMENTE NO ES UN MÉTODO AMPLIAMENTE ACEPTADO PARA LA DETERMINACIÓN DE ROTURA DE MEMBRANAS.

INTERPRETACIÓN DE CITOLOGÍA VAGINAL:

AL EXISTIR UNA DIFERENCIA EN LA CALIDAD DE TINCIÓN DE LAS CÉLULAS VAGINALES SUPERFICIALES DESPUÉS DE LA ROTURA DE MEMBRANAS,

HALLAZGO COMUNICADO POR GOLDFINE EN 1955. ANTES DE LA EXPOSICIÓN AL LÍQUIDO DE LAS CÉLULAS SUPERFICIALES SE TEÑÍAN DE ROJO Y SE OBSERVABAN EN CÚMULOS CON POCAS CÉLULAS BASÓFILAS INTERMEDIAS Y MUCHOS LEUCOCITOS. DESPUÉS DE LA ROTURA DE MEMBRANAS -- LAS CÉLULAS SUPERFICIALES SE TEÑÍAN DE AZUL, LAS INTERMEDIAS - AUMENTABAN DE NÚMERO Y SE IDENTIFICABAN POCOS LEUCOS. ESTAS - SUPOSICIONES Y LA CONFIABILIDAD DEL MÉTODO SE PUSIERON EN DUDA Y LA TÉCNICA NUNCA GANÓ AMPLIA ACEPTACIÓN.

MEDICIÓN DEL PH:

DESDE EL AÑO DE 1933 SE UTILIZARON MÉTODOS COLORIMÉTRICOS PARA ESTUDIAR LA CONCENTRACIÓN DE HIDROGENIOINES EN LA VAGINA DE MUJERES A TÉRMINO Y ENCONTRÓ QUE EL PH ES ÁCIDO DE 5.2 A 6.0, EL LÍQUIDO AMNIÓTICO ES ALCALINO CON PH DE 7.0 A 7.7. DESPUÉS DE LA ROTURA DE MEMBRANAS EL PH VAGINAL CAMBIABA DE 6.0 A 8.1, EL PH DE LÍQUIDO AMNIÓTICO ES CASI DE 7.2 ANTES DE MITAD DE GESTACIÓN Y DECLINA A 7.1 A TÉRMINO (9).

PAPEL TORNASOL:

INTRODUCIDA PARA LA DETECCIÓN DE ROTURA DE MEMBRANAS, ES UNA - DE LAS PRIMERAS PRUEBAS COLORIMÉTRICAS CON PAPEL TORNASOL. ES - TE INDICADOR ERA MUY IMPRECISO LO CUAL LLEVÓ A LA INTRODUCCIÓN DE OTROS MÉTODOS PARA ANÁLISIS DE PH.

AZUL DE BROMOTIMOL:

ES UN INDICADOR QUE CAMBIA DE COLOR NARANJA A AZUL VERDOSO EN UN PH DE 6.0 A 7.6. EN 1932 SE INTRODUCE UN MÉTODO EN EL CUAL SE UTILIZABA AZUL DE BROMOTIMOL EN EL LÍQUIDO VAGINAL. TEMESVARY EN EL AÑO DE 1933 UTILIZA TIRAS DE PAPEL FILTRO HUMEDECIDAS DE AZUL DE BROMOTIMOL AL 0.2% EN SOLUCIÓN ALCOHÓLICA Y ENVUELTAS EN GASA PARA PROBAR EL PH VAGINAL.

EN EL AÑO DE 1935 OTROS AUTORES DEMOSTRARON QUE LAS REACCIONES POSITIVAS FALSAS PUDIERAN SER RESULTADO DE CONTAMINACIÓN DE --

LAS SECRECIONES VAGINALES POR SANGRE QUE ES ALCALINA Y QUE LA PRECISIÓN DE LA PRUEBA DE AZUL DE BROMOTIMOL DISMINUÍA A MEDIDA QUE AUMENTE LA ROTURA DE MEMBRANAS.

NITRAZINA

ES UN INDICADOR EN PAPEL IMPREGNADO POR DISULFONATO DE DINITROFENALAZONAFTOL SÓDICO. EL PAPEL TIENE UN RANGO DE PH DE 4.5 A 7.5 Y SUPRE CAMBIOS, SIETE DE COLOR CARACTERÍSTICOS A DIFERENCIA DEL AZUL DE BROMOTIMOL (QUE CAMBIA DE COLOR EN UN AMPLIO RANGO DE PH), LA NITRAZINA TIENE UN RANGO ESTRECHO DE 6.4 A 6.8 ESTO SE RECONOCE AMPLIAMENTE COMO EVIDENCIA DE ROTURA DE MEMBRANAS (9).

ARBORIZACIÓN

EL MOCO CERVICAL EXTENDIDO EN UNA LAMINILLA Y SECADO AL AIRE PRODUCE CRISTALIZACIÓN, PARECIDO A UN PATRÓN PALMEADO, ESTE FENÓMENO SE DENOMINÓ REACCIÓN EN HOJAS DE HELECHO, SE DEMOSTRÓ QUE LA ARBORIZACIÓN NO ES ESPECÍFICA DEL MOCO CERVICAL, TAMBIÉN OCURRE EN MUCHOS LÍQUIDOS CORPORALES INCLUYENDO EL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO IDENTIFICANDO PROTEÍNAS Y ELECTROLITOS COMO COMPONENTES NECESARIOS PARA LA CRISTALIZACIÓN; LA ARBORIZACIÓN ES CONSTANTE HASTA DESPUÉS DE LA SEMANA 12 DE GESTACIÓN. CONCENTRACIONES ELEVADAS DE SANGRE ALTERAN LA ARBORIZACIÓN Y LA MORFOLOGÍA DE LOS CRISTALES CAUSANDO UN PATRÓN DE ARBORIZACIÓN "ESQUELETIZADA".

ALFA FETO PROTEÍNA

LA AFP ES PRODUCIDA POR EL LÍQUIDO FETAL Y EL SACO VITELIN SE ENCUENTRA EN EL LÍQUIDO AMNIÓTICO DURANTE TODA LA GESTACIÓN, TENIENDO CONCENTRACIONES BAJAS DE ORINA, LÍQUIDO VAGINAL Y SEMINAL. LA CONCENTRACIÓN DE AFP EN EL LÍQUIDO AMNIÓTICO ALCANZA SU MÁXIMA A LAS 14 SEMANAS DE GESTACIÓN Y POSTERIORMENTE DISMINUYE. EN 1983 HUBER REFIERE QUE LAS CIFRAS AFP EN EL LÍQUIDO

VAGINAL DE EMBARAZADAS A TÉRMINO AUMENTA DESPUÉS DE LA ROTURA DE MEMBRANAS PERO NO ERAN SUFICIENTEMENTE ALTAS PARA DISTINGUIR ENTRE MEMBRANAS ROTAS Y MEMBRANAS ÍNTEGRAS. ALREDEDOR DEL AÑO 1986 UNA PRUEBA ANTICUERPO MONOCLONAL RÁPIDA COLORIMÉTRICA PARA LA DETERMINACIÓN DE AFP EN EL LÍQUIDO VAGINAL CON SENSIBILIDAD DE 98% PARA DETECTAR RPM A UNA EDAD GESTACIONAL SUPERIOR A 36 - SDG.

FACTORES DE RIESGO PARA RPM

GRAN PARTE DE FACTORES DE RIESGO ESPECÍFICOS DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS DEPENDEN DEL CONOCIMIENTO DE LOS MECANISMOS DE INTEGRIDAD DE LAS MEMBRANAS FETALES NORMALES Y LAS CAUSAS MECÁNICAS QUE ORIGINAN SU ROTURA; NO OBSTANTE MUCHOS OTROS FACTORES NO TIENEN EXPLICACIÓN CLARA, ESTO MANIFIESTA QUE ACTUALMENTE AÚN NO SE DISPONE DE UN CONOCIMIENTO COMPLETO DEL PROCESO.

UNA EVALUACIÓN DE LA EPIDEMIOLOGÍA DE RPM PRECISA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO QUE PUDIERAN ALTERARSE PARA LA DISMINUCIÓN DE LA INCIDENCIA DEL PROCESO EN FORMA FAVORABLE. (9)

FACTORES DE RIESGO POTENCIALMENTE REMEDIABLES:

LA INFECCIÓN COMO FACTOR DE RIESGO EN LA MECÁNICA NO SE RELACIONA DIRECTAMENTE CON LA CERVICOVAGINITIS, SE HA ENCONTRADO UNA INCIDENCIA MAYOR DE T. VAGINALIS Y ESTAFILOCOCOS EN MUJERES MEDIANTE ESTUDIOS DE CULTIVOS VAGINALES EN MUJERES QUE PRESENTARON RPM A PRINCIPIOS DEL SEGUNDO TRIMESTRE EN BUSCA DE T. VAGINALIS, LEVADURAS, MYCOPLASMA HOMINIS, UREAPLASMA UREALYTICUM, ASÍ COMO BACTERIAS AEROBIAS Y ANAEROBIAS. LA VAGINOSIS BACTERIANA ES SOLO UNA DE LAS MUCHAS CAUSAS DE UN PH VAGINAL 4.5 SIN EMBARGO OTROS AUTORES ENCONTRARON AUMENTO CONSIDERABLE CUANDO EL PH VAGINAL SE ENCONTRABA POR ARRIBA DE ESTA CIFRA EN PACIENTES CONSIDERADAS CON RIESGO DE TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO (20, 21). LA COLONIZACIÓN DE LA VAGINA CON ESTREPTOCOCCO DEL GRUPO B,

SE HA IDENTIFICADO TAMBIÉN COMO FACTOR DE RIESGO DE RPM, SIENDO DOS VECES MAYOR ENTRE PACIENTES QUE SUFREN RPM, DE TODAS LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS.

OTRO FACTOR CONSIDERADO COMO CAUSA DE RP INCLUYE UN CERVIX INCOMPETENTE, HECHO NO BIEN DEMOSTRADO, SIN EMBARGO EXISTE RIESGO CON LA APLICACIÓN DE CERCLAJE QUIRÚRGICO.

EXISTEN RIESGOS EN ALGUNOS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS PRENATALES, TALES COMO LA AMNIOCENTESIS EN EL SEGUNDO TRIMESTRE, ASÍ COMO DESPUÉS DE LA TOMA TRANSCERVICAL DE VELLOSIDADES CORIÓNICAS PARA BIOPSIA (23).

ESTUDIOS REALIZADOS RELACIONAN EL TABAQUISMO COMO FACTOR DE RIESGO PARA RPM, ENCONTRANDO QUE EL FUMAR DUPLICA SU INCIDENCIA. ALGUNAS DEFICIENCIAS DE OLIGOELEMENTOS MATERNOS ASÍ COMO DE VITAMINAS HAN SIDO RELACIONADOS CON RPM, YA QUE EL COBRE Y LA VITAMINA C SON IMPORTANTES PARA EL METABOLISMO Y LA MADURACIÓN NORMAL DE LA COLÁGENA, PREFERENTEMENTE EN MUJERES DE NIVEL SOCIOECONÓMICO BAJO. NO HAY INFORMES DE ESTUDIOS DE EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS POTENCIALES DE LA REPOSICIÓN DIETÉTICA SOBRE RPM DE TALES DEFICIENCIAS MINERALES Y VITAMÍNICAS Y NINGUNA PUEDE CONSIDERARSE CON CERTEZA QUE TENGA EFECTO SOBRE LA INCIDENCIA DE RPM (9).

UN FACTOR DE RPM NO CONFIRMADO ES EL COITO, CONSIDERADO EN EL TERCER TRIMESTRE COMO CAUSA DE RPM SÓLO CUANDO EXISTEN DATOS HISTOLÓGICOS DE INFLAMACIÓN DE LA MEMBRANA CORIOAMNIÓTICA, AL SER SOMETIDAS LAS MEMBRANAS FETALES A ENZIMAS PROTEOLÍTICAS SEMINALES DE LOS ESPERMATOZOIDES.

SE ASEGURA QUE LAS EXPLORACIONES CERVICU UTERINAS SERIADAS AUMENTAN EL RIESGO DE RPM AL ESTIMULAR LA SÍNTESIS DE PROSTAGLANDINAS O CAUSAR CONTAMINACIÓN BACTERIANA DE LAS MEMBRANAS FETALES.

FACTORES DE RIESGO DE RPM NO REMEDIABLES:

UN FACTOR DE RIESGO PARA RPM QUE SE PRESENTA CON MAYOR FRECUENCIA ES LA RPM OCURRIDA EN UN EMBARAZO PREVIO, UN PORCENTAJE DERIVA EN RUPTURA PRETÉRMINO ES DE 21% EN COMPARACIÓN CON 14/17% PARA LA POBLACIÓN OBSTÉTRICA GENERAL, EL ANTECEDENTE DE PARTO - PRETÉRMINO TAMBIÉN ELEVA AL DOBLE EL RIESGO PARA RPM.

MUJERES CON ENFERMEDAD GENERALIZADA DE TEJIDO CONECTIVO NO ES RARO QUE PRESENTEN RPM, DADA LA IMPORTANCIA DEL TEJIDO PARA PRESERVAR LA INTEGRIDAD DE LAS MEMBRANAS FETALES. EL SÍNDROME DE EHLERS DANLOS, CON MANIFESTACIONES QUE INCLUYEN ESFACELACIÓN FÁCIL, PIEL FRÁGIL Y HIPEREXTENSIBLE, LAXITUD ARTICULAR Y RPM. OTRAS ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO, COMO SÍNDROME DE MARFÁN, SEUDOXANTOMA ELÁSTICO Y CUTIS LAXA NO PREDISPONEN A LAS MUJERES RPM.

LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS QUE PUDIERAN LESIONAR LA INTEGRIDAD DEL CUELLO UTERINO NO AUMENTAN EL RIESGO DE RPM, NO SE HA DEMOSTRADO QUE EL ABORTO INDUCIDO AFECTA LA TASA DE RPM, AUNQUE LA PRESENCIA DE DOS O MÁS ABORTOS DE ÉSTE TIPO LO DUPLICÓ, DE IGUAL FORMA UN AUMENTO SIMILAR DE RIESGO PARA RPM DE 5-12% DESPUÉS DE DILATACIÓN Y LEGRADO, BIOPSIA CERVICAL Y OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS CERVICO UTERINOS.

LA HEMORRAGIA VAGINAL ANTEPARTO CON DURACIÓN MAYOR DE UN TRIMESTRE HA SIDO SEÑALADA COMO FACTOR DE RIESGO SIGNIFICATIVO PARA RPM, NO OBSTANTE NO SE INCLUYEN PLACENTA PREVIA Y DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMAL INSERTA, ANOMALÍAS VINCULADAS POR IMPLANTACIÓN DE RPM, PERO QUE NO CONSTITUYEN FACTORES DE RIESGO CLARAMENTE INDEPENDIENTES, OTRA ANOMALÍA PLACENTARIA QUE AUMENTA EL RIESGO DE RPM ES LA INSERCIÓN MARGINAL DEL CORDÓN UMBILICAL EN UN 66% DE LAS PLACENTAS EN RAQUETA.

CONSIDERADO COMO RIESGO POTENCIAL PARA RPM ES EL CRECIMIENTO EXCESIVO DEL ÚTERO, COMO PUDIERA OCURRIR EN UN EMBARAZO MÚLTIPLE O POR POLIHIDRAMNIOS, LA FALTA DE ESTUDIOS COMO DATOS DE APOYO IMPIDEN CONFIRMAR ESTA RELACIÓN.

FACTORES DIVERSOS CUYO VÍNCULO CON RPM NO HA SIDO DEMOSTRADO INCLUYE ANOMALÍAS CONGÉNITAS FETALES, PRESENTACIONES ANÓMALAS Y - TRAUMATISMOS MATERNOS.

SÓLO EL 1% DE LAS MUJERES CON RPM SUFREN ROTURA DE MEMBRANAS DURANTE ACTIVIDADES EXTENUANTES, COMO EL LEVANTAMIENTO DE PESAS Y EL TROTE, EN TANTO QUE EL 25% SUFREN AMNIOREXIS DURANTE ACTIVIDAD LEVE O MODERADA.

MECANISMOS DE RPM

SE HAN IDENTIFICADO MUCHOS FACTORES DE RIESGO DE RPM, SIN EMBARGO, EL MECANISMO UNIFICADOS FINAL DE TODOS LOS CASOS ES LA DEBILIDAD DE LA MEMBRANA CORIOAMNIÓTICA (RELATIVA O ABSOLUTA, LOCAL O GENERALIZADA) QUE PERMITE SU ROTURA.

EN EL TERCER TRIMESTRE EL AMNIO CONSTA DE UNA SOLA CAPA DE CÉLULAS EPITELIALES, EL CORIÓN ES MÁS GRUESO, FORMADO POR CUATRO A SEIS CAPAS CELULARES, HAY UNA MEMBRANA BASAL BAJO EL AMNIO Y CORIÓN, ENTRE ESTAS CAPAS HAY UNA ZONA DE TEJIDO CONECTIVO QUE CONTIENE HECES DE COLÁGENA, FIBRILLAS RETICULARES Y FIBROBLASTOS.

LAS MEMBRANAS FETALES CONFORME AUMENTA LA EDAD GESTACIONAL SON SUJETAS A MUCHAS TENSIONES, TAL VEZ POR EL EFECTO DE ESTA DISTENCIÓN LOS ESTUDIOS MORFOLÓGICOS DE LAS MEMBRANAS FETALES A TÉRMINO MUESTRAN UN ASPECTO APLANADO Y DISTENDIDO DE LAS CÉLULAS EPITELIALES AMNIÓTICAS EN LUGAR DEL SACO MÁS DISTANTE DE LA PLACENTA.

LOS CAMBIOS MORFOLÓGICOS DE LAS MEMBRANAS A TÉRMINO EN PACIENTES CON RPM SON TODAVÍA MÁS EXTREMOS QUE QUIENES NO LA PRESENTAN, TÉCNICAS BIOQUÍMICAS DEMUESTRAN UNA DECLINACIÓN DEL CONTENIDO DE COLÁGENA DEL AMNIO ROTO PREMATURAMENTE. LA RPM PRE-TÉRMINO SE VINCULA CON UNA DISMINUCIÓN DE CONTENIDO DE COLÁGENA DE TIPO III EN LA MEMBRANA AMNIÓTICA, ADEMÁS SE HA DEMOSTRADO MAYOR ACTIVIDAD COLAGENOLÍTICA EN MEMBRANA AMNIÓTICAS ROTAS PREMATURAMENTE.

OTRAS FUENTES POTENCIALES DE AGRESIÓN PROTEOLÍTICA A LA MEMBRANA CORIO AMNIÓTICA SON LAS PROTEASAS DEL LÍQUIDO SEMINAL, LAS PROTEASAS SECRETADAS POR LA FLORA CÉRVICO VAGINAL Y PROTEASAS MATERNAS SECRETADAS EN RESPUESTA A CORIOAMNIOTIS. LOS LEUCOS QUE INFILTRAN LAS MEMBRANAS FETALES COMO PARTE DE LA RESPUESTA INFLAMATORIA DE LA CORIOAMNIOTIS PUDIERA SECRETAR ELASTASA, -- QUE ASEMEJA A LA TRIPSINA Y FRAGMENTA SELECTIVAMENTE COLÁGENA DE TIPO III.

LAS BACTERIAS PUEDEN DEBILITAR LAS MEMBRANAS FETALES, TAL VEZ POR PROTEOLISIS SECUNDARIA A ACTIVACIÓN DEL SISTEMA PEROXIDAZA PERÓXIDO DE HIDRÓGENO-HALOGENURO EN LAS MEMBRANAS FETALES Y -- LOS MACRÓFAGOS PLACENTARIOS; BACTEROIDES FRAGILIS Y PEPTO ESTREPTOCOCOS Y FUSOBACTERIUM MICRO ORGANISMOS QUE SUELEN AISLARSE DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO EN EL TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO ASÍ COMO OTRAS BACTERIAS VAGINALES COMUNES (LACTOBACILOS, STAPHYLOCOCCUS EPIDERMIS) TIENEN UNA ACTIVIDAD SIGNIFICATIVA DE FOSFOLIPASA A2. LAS BACTERIAS INTRAUTERINAS TAMBIÉN PUEDEN CAUSAR DE MANERA INDIRECTA SÍNTESIS DE PROSTAGLANDINAS POR ACTIVACIÓN DE MACRÓFAGOS, DICHA SÍNTESIS ORIGINA ENTONCES UN AUMENTO DE LA ACTIVIDAD CONTRACTIL DEL ÚTERO QUE TAMBIÉN PUDIERA DEBILITAR LAS MEMBRANAS FETALES.

ESTUDIO DE LA PACIENTE

EL ANTECEDENTE DE PÉRDIDA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO INFORMADO DE LA PACIENTE ES UNA DE LAS CLAVES MÁS IMPORTANTES PARA EL DIAGNÓSTICO DE ROTURA DE MEMBRANAS, LA PACIENTE PUEDE REFERIR CHORRO DE LÍQUIDO AMNIÓTICO O AUMENTO DE LA HUMEDAD PERINEAL, LA IUE PUEDE CONFUNDIRSE CON SÍNTOMAS DE LA ROTURA DE MEMBRANAS.

EXPLORACIÓN DE LA PACIENTE

UN PASO IMPORTANTE PARA LA CONFIRMACIÓN DE ROTURA DE MEMBRANAS ES LA EXPLORACIÓN FÍSICA, MEDIANTE ESPEJO ESTÉRIL; EL SIGNO MÁS CONFIABLE DE ROTURA ES LA OBSERVACIÓN DIRECTA DEL FLUJO DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO PROVENIENTE DEL CUELLO UTERINO HACIA VAGINA, SI ESTO NO ES POSIBLE INICIALMENTE, LA APLICACIÓN FUNDICA POR COMPRESIÓN LEVE O EL QUE LA PACIENTE TOSA O PUJE CON UNA MANIOBRA DE VASALBA PUDIERA INDUCIR LA SALIDA DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO, LA SALIDA DE MECONIO SUELE VERIFICAR EL DIAGNÓSTICO, PUEDE SER DIFÍCIL EN ALGUNOS CASOS DISTINGUIR EL LÍQUIDO AMNIÓTICO DE ORINA, MOCO Y LÍQUIDO SEMINAL ESPECIALMENTE CUANDO NO SE OBSERVA SALIDA DE LÍQUIDO DEL CUELLO CERVICAL, (TARNIER).

PRUEBAS CLÍNICAS

POSTERIORMENTE SE EFECTUARÁ TOMA DE LÍQUIDO DEL FONDO DEL SACO POSTERIOR, CON UN APLICADOR CON PUNTA DE ALGODÓN, TENIENDO ESPECIAL ATENCIÓN DE EVITAR CONTAMINACIÓN POR MOCO CERVICAL, MIDIENDO EL PH CON PAPEL DE NITRAZINA; CUANDO ES MAYOR DE 7.0 ES UN RESULTADO POSITIVO, REALIZANDO UN FROTIS SOBRE LA LAMINILLA EFECTUANDO EL ESTUDIO MICROSCÓPICO PARA LA DETECCIÓN DE LA ARBORIZACIÓN DESPUÉS DE DEJAR SECAR LA LAMINILLA AL AIRE DURANTE 5/7 MIN.

HALLAZGOS

CUANDO EXISTE SALIDA FRANCA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO (TARNIER) O LAS PRUEBAS DE NITRAZINA Y ARBORIZACIÓN SON POSITIVAS, SE CON-

FIRMA LA ROTURA DE MEMBRANAS, CUANDO LAS TRES PRUEBAS SON NEGATIVAS SE SUPONE QUE LAS MEMBRANAS ESTÁN INTACTAS, ADEMÁS DEBE HACERSE UNA VALORACIÓN ULTRASONOGRÁFICA DE LA SITUACIÓN, EL HALLAZGO DE UNA DISMINUCIÓN IMPORTANTE DE LÍQUIDO AMNIÓTICO APOYA EL DIAGNÓSTICO DE RPM, PERO NO EXCLUYE OTRAS CAUSAS DE OLIGOHIDRAMNIO, COMO ANOMALÍA FETAL, INSUFICIENCIA ÚTERO PLACENTARIA POR EL CONTRARIO UNA CANTIDAD NORMAL DE LÍQUIDO AMNIÓTICO NO EXCLUYE LA ROTURA DE MEMBRANAS.

INYECCIÓN INTRAAMNIÓTICA DE COLORANTE

SI EL DIAGNÓSTICO ES DUDOSO DESPUÉS DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA Y EL ULTRASONIDO, PODEMOS HACER UNA PRUEBA CON COLORANTE ES PREFERIDO EL ÍNDIGO CARMÍN; EL AZUL DE METILENO DEBE EVITARSE POR RIESGO DE HEMOLISIS FETAL. EN 10 ML. SOL. SALINA SE DILUYE 1 ML DE ÍNDIGO CARMÍN Y BAJO GUÍA ULTRASONOGRÁFICA SE INYECTAN DE 1 A 2 ML DE COLORANTE DILUIDO A TRAVÉS DEL ABDOMEN EN CAVIDAD AMNIÓTICA, DESPUÉS BAJO EXPLORACIÓN CON ESPEJO VAGINAL PARA OBSERVAR EL DRENAJE DE COLORANTE OTRA VEZ DE CERVIX O EN SU DEFECTO SE COLOCA UN TAPÓN QUE SE VA A RETIRAR HORAS MÁS TARDE Y SE REVISAR PARA LA TINCIÓN POR EL COLORANTE.

HIPOTESIS

LOS FACTORES DE RIESGO EN MUJERES EMBARAZADAS COMO INFECCIONES URINARIAS, TABAQUISMO, CERVICO-VAGINITIS, ACTIVIDAD COITAL EN EL TERCER TRIMESTRE, ABORTOS PREVIOS, CESÁREAS PREVIAS INCREMENTAN LAS PROBABILIDADES DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

OBJETIVO GENERAL

COMPARAR LA RELACIÓN EN PACIENTES EMBARAZADAS QUE PRESENTAN ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS CON FACTORES DE RIESGO EN EL HOSPITAL GENERAL GONZALO CASTAÑEDA CON PACIENTES EMBARAZADAS GRUPO CONTROL CON ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PREVIAMENTE DETECTADAS.

OBJETIVO ESPECIFICO

- = DETERMINAR MEDIANTE UN GRUPO CONTROL Y UN GRUPO ESTUDIO EN EL HOSPITAL GENERAL GONZALO CASTAÑEDA LA PRESENCIA DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN MUJERES EMBARAZADAS.
- IDENTIFICAR LA INCIDENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO QUE INCREMENTAN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.
- RATIFICAR LA NECESIDAD DE LA UTILIDAD DE UN DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE LOS FACTORES DE RIESGO.
- PRESENTAR LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL DESARROLLO DEL ESTUDIO.

MATERIAL Y METODOS

SE CAPTARON 100 PACIENTES EMBARAZADAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GRAL. GONZALO CASTAÑEDA DEL ISSSTE, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE DICIEMBRE DE 1992 A JUNIO DE -- 1993; POR CONSULTA EXTERNA O URGENCIAS CON LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS, PACIENTES DERECHOHABIENTES CON EDAD GESTACIONAL ENTRE 24 Y 37 SEMANAS DE GESTACIÓN CORROBORADO CLÍNICAMENTE Y POR FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN O USGO CON FACTORES DE RIESGO PARA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS, CERVICO VAGINITIS, INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, ANTECEDENTE DE ABORTOS O CESÁREAS PREVIAS NULI O MULTÍPARAS, PERIODO INTERGENÉSICO CORTO, ACTIVIDAD COITAL EN TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO, TABAQUISMO DURANTE EL EMBARAZO - (+ DE 3 CIGARRILLOS X DÍA), SIENDO EXCLUIDAS AQUELLAS PACIENTES CON ENFERMEDADES SISTÉMICAS REPRESENTANDO 50 PACIENTES PARA EL GRUPO ESTUDIO, COMPARATIVAMENTE CON EL GRUPO CONTROL EN EL FUERON INCLUIDAS 50 PACIENTES EMBARAZADAS DERECHOHABIENTES, EN EDAD REPRODUCTIVA INGRESADAS POR EL SERVICIO DE URGENCIAS CON DETECCIÓN DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS POR CLÍNICA O POR LABORATORIO, AMBOS GRUPOS FUERON SEGUIDOS HASTA LA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO.

A TODAS LAS PACIENTES SE LES REALIZARON ESTUDIOS DE LABORATORIO ASÍ COMO UNA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA, EXAMEN FÍSICO, PARA PACIENTES CON RUPTURA DE MEMBRANAS POR LA VISUALIZACIÓN DIRECTA - DE FLUIDO AMNIÓNICO EN FORNIX VAGINAL POSTERIOR CON EXAMINACIÓN DE ESPEJO DE ALL GRAVES ESTÉRIL (TARNIER) O POR LA PRUEBA DE -- CRISTALIZACIÓN. LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS FUE DEFINIDA COMO AMNIOREXIS 1HRS DE INICIADO EL TRABAJO DE PARTO.

SE APLICARON MEDIDAS ESTADÍSTICAS DE TENDENCIA CENTRAL PARA DATOS AGRUPADOS, ANÁLISIS DE RIESGO RELATIVO A TRAVÉS DE X^2 .

RESULTADOS

DURANTE EL PERIODO DE DICIEMBRE DE 1992 A JUNIO DE 1993 SE CAPTARON EN EL HOSPITAL GRAL. GONZALO CASTAÑEDA DEL ISSSTE PACIENTES DERECHOHABIENTES, EN EDAD REPRODUCTIVA, CON EMBARAZOS DE MÁS DE 24 SEMANAS POR FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN Y CLÍNICAMENTE O POR ULTRASONIDO OBSTÉTRICO Y PACIENTES CON EMBARAZOS A TÉRMINO CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS. 50 PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO PARA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS, EMBARAZOS DE 24 SEMANAS CON SEGUIMIENTO HASTA EL FINAL DEL MISMO Y 50 PACIENTES GRUPO CONTROL EN EDAD REPRODUCTIVA CON EMBARAZOS A TÉRMINO CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS DETECTADOS A SU INGRESO HOSPITALARIO CLÍNICAMENTE O POR LABORATORIO.

DENTRO DE LAS VARIABLES QUE SE TOMARON EN CUENTA SE INCLUYERON EL RANGO DE EDAD, EL CUAL FLUCTUÓ ENTRE 16 A 40 AÑOS DE EDAD MATERNA, CON UNA MEDIA DE 28.6 PARA EL GRUPO ESTUDIO Y 29.2 PARA EN GRUPO CONTROL, CON UNA MODA DE 26-30 AÑOS (CUADRO I).

LA FRECUENCIA DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PARA EL GRUPO SUJETO A ESTUDIO 9 PACIENTES FUERON DETECTADAS LO QUE REPRESENTA UN 18% DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS, COMPARADO CON REPORTES DE EASTMAN 12.11%, ROVINSKY 12.53%, FLOWERS Y COLS 15.8% (9), EL RANGO DE EDAD FUE DE 26 A 40 AÑOS Y 41 PACIENTES SIN RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS LO QUE REPRESENTA EL 82% DE LAS PACIENTES SUJETAS A ESTUDIO (CUADRO II).

PARA LA RELACIÓN DE VARIABLES POR RIESGO RELATIVO, CON ANTECEDENTE DE INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS FUE DE 6 PARA EL GRUPO CONTROL Y 10 PARA EL GRUPO ESTUDIO CON RR .5, INFECCIONES CERVICOVAGINALES 11 PACIENTES PARA EL GRUPO CONTROL Y 12 PARA EL GRUPO ESTUDIO CON RIESGO RELATIVO DE .8, ANTECEDENTE DE TABAQUISMO DURANTE EL EMBARAZO (MÁS DE 3 CIGARRILLOS POR DÍA) 3 PARA EL --

GRUPO CONTROL Y 2 GRUPO ESTUDIO CON RIESGO RELATIVO DE 1.5 PACIENTES CON ANTECEDENTES DE CESÁREAS PREVIAS 8 GRUPO CONTROL Y 11 GRUPO ESTUDIO CON UN RIESGO RELATIVO DE .6, ANTECEDENTES DE ABORTOS PREVIOS 11 PARA EL GRUPO CONTROL Y 13 PARA EL GRUPO ESTUDIO CON RIESGO DE .8. ACTIVIDAD COITAL DURANTE EL TERCER -- TRIMESTRE DEL EMBARAZO 15 PACIENTES PARA EL GRUPO CONTROL Y 11 PACIENTES PARA EL GRUPO ESTUDIO RIESGO RELATIVO DE 1,5 AL IGUAL QUE PARA PACIENTES CON ANTECEDENTES DE RPM PREVIA 3 PARA EL -- GRUPO CONTROL Y 2 PARA EL GRUPO ESTUDIO RIESGO RELATIVO DE 1.5.

ESTO TAL VEZ DEBIDO AL TAMAÑO DE LA MUESTRA, YA QUE LA MAYOR SIGNIFICANCIA FUE REPRESENTADA EN PACIENTES SUJETAS A ESTUDIO PARA PACIENTES CON ANTECEDENTES CON RUPTURA PREVIA DE MEMBRANAS, ACTIVIDAD COITAL DURANTE EL EMBARAZO, ASÍ COMO PACIENTES CON TABAQUISMO.

ESTO INFLUYE EN LA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO, YA QUE SE INCREMENTAN LAS CESÁREAS 16 PARA EL GRUPO CONTROL (32%) Y 17 PARA EL GRUPO SUJETO A ESTUDIO (34%) POR EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y A UN CERVIX DESFAVORABLE PARA INDUCTO CONDUCCIÓN.

CONCLUSIONES

LA RUPTURA DE MEMBRANAS ES UNA DE LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN EM EMBARAZO QUE TIENEN IMPACTO NOTORIO EN LA MORBI-MORTALIDAD NEONATAL Y MATERNA, SU APARICIÓN ES CAUSA INDIRECTA O DIRECTA DE GRAN PARTE DE LOS PARTOS PREMATUROS.

CONTINUA SIENDO FRUSTRANTE QUE UNO DE LOS PRINCIPALES FACTORES - PREDISPONENTES DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS SE EL ANTECEDENTE MISMO.

LA INCIDENCIA DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ES MUY VARIABLE TAL VEZ COMO REFLEJO DE LA DEMOGRAFÍA DE LA POBLACIÓN, EL TIPO - DE ESTUDIO (PROSPECTIVO O RETROSPECTIVO) EL INTERVALO DE ESTUDIO EL MÉTODO DIAGNÓSTICO, EL INTERVALO DE LATENCIA PARA CUMPLIR CON LA DEFINICIÓN DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y LA EDAD GESTACIONAL CON QUE SE HIZO EL DIAGNÓSTICO. LOS FACTORES QUE HOY SE PIENSA TIENEN MAYOR PESO EN LA INCIDENCIA DE CORIO AMNIOTIS INCLUYEN INFECCIÓN ASCENDENTE, PREDISPOSICIÓN MATERNA A PROCESOS - INFECCIOSOS FRECUENCIA DE TACTOS CERVICALES Y COLONIZACIÓN BACTERIANA DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO ANTES DE LA RUPTURA DE MEMBRANAS.

LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS SE RELACIONA CON CONTROVERSIAS EN EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO. LA CARENCIA DE UN PARÁMETRO PARA CONFIRMAR RPM DIFICULTA LA DETERMINACIÓN DE CUÁL PRUEBA DIAGNÓSTICA ES LA MEJOR Y LA MÁS CONFIABLE, PARECE QUE - LOS MÉTODOS MÁS ANTIGUOS DE LA CONFIRMACIÓN DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS QUE DEPENDEN DE PROPIEDADES INHERENTES AL LÍQUIDO AMNIÓTICO, SON LOS MEJORES DE QUE SE DISPONE EN LA ACTUALIDAD: CRISTALIZACIÓN EN HELECHO Y PAPEL DE NITRAZINA AUNADOS A - LOS ANTECEDENTES DE LA PACIENTE.

LO QUE RESULTA APARENTE ES QUE LA INTEGRIDAD DE LAS MEMBRANAS - SE DEBILITA PERMITIENDO LA RUPTURA EN ZONAS SUSCEPTIBLES LOCALES; AÚN MÁS CONFORME SE DEBILITAN LAS MEMBRANAS CUALQUIER FACTOR QUE AUMENTE EL ESTRES MECÁNICO EN ESA ZONA CIERTAMENTE PRE- DISPONE A LA RUPTURA PREMATURA.

EN EL PRESENTE ESTUDIO DEL TOTAL DE LAS PACIENTES CAPTADAS 100, 50 CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS COMO GRUPO CONTROL Y 50 - PACIENTES SUJETAS A ESTUDIO CON FACTORES DE RIESGO PARA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS, DE LAS CUALES 9 DEL GRUPO DE ESTUDIO -- PRESENTARON QUE REPRESENTA 16% EN COMPARACIÓN CON ESTUDIOS REALIZADOS CON OTROS AUTORES GUNN Y COLS 10,73%, FLOWERS Y COLS -- 15,8%, MOSTRANDO INCREMENTO EN LAS PACIENTES CON ANTECEDENTES DE FACTORES DE RIESGO PARA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS, PARA PARIDAD ANTECEDENTE DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS, ABORTOS PREVIOS, INFECCIONES CERVICO VAGINALES, INFECCIONES URINARIAS, - ACTIVIDAD COITAL DURANTE TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO.

AÚNQUE NO SE HA DEMOSTRADO DE MANERA PROSPECTIVA QUE PUEDA INFERIRSE DE LA INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA CORRECCIÓN DE FACTORES POTENCIALMENTE REMEDIABLES PARA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS, PUDIERA PERMITIR UNA DISMINUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS. SIN EMBARGO PUESTO QUE NO SE HA IDENTIFICADO UN MECANISMO TRATABLE DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y CASI TODAS LAS MUJERES QUE LA PRESENTAN NO TIENEN SÍNTOMAS PREDICTIVOS O UN FACTOR DE RIESGO REMEDIABLE IDENTIFICADO NO ES PROBABLE QUE TALES ACCIONES TENGAN IMPACTO SIGNIFICATIVO SOBRE LA INCIDENCIA GLOBAL DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

LA CORRECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PUDIERA PERMITIR UNA DISMINUCIÓN SELECTIVA DE LA INCIDENCIA DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

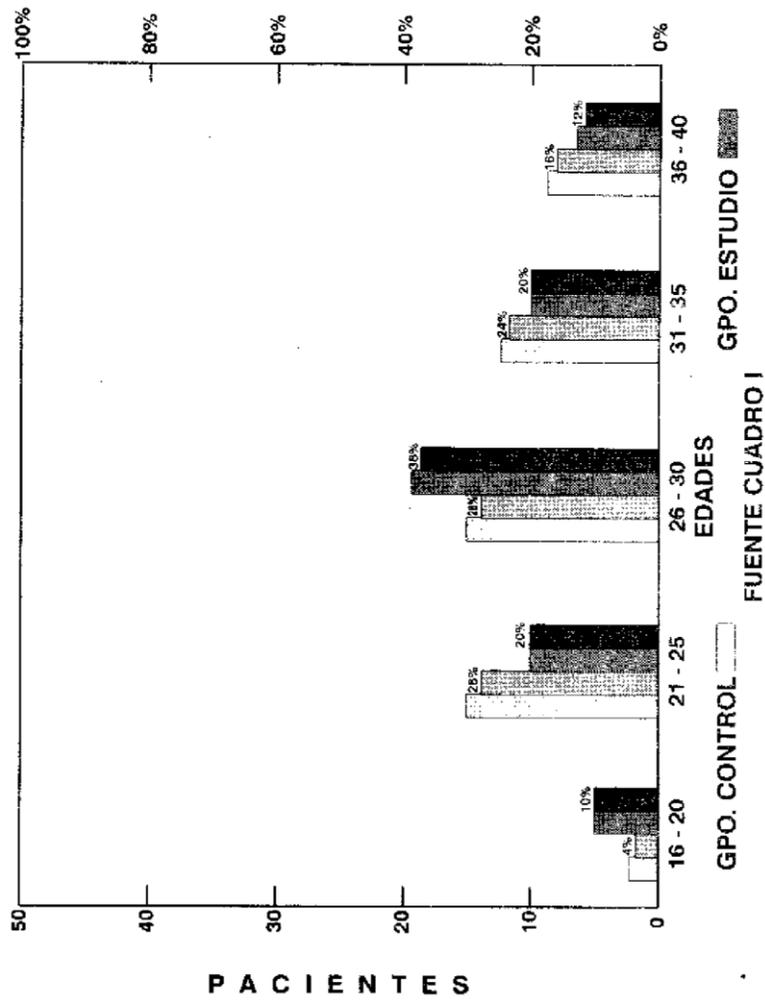
CUADRO 1

DISTRIBUCION DE PACIENTES EMBARAZADAS POR GRUPOS DE EDAD

GRUPO CONTROL			GRUPO ESTUDIO		
EDAD	NO. PAC.	%		NO. PAC.	%
16 - 20	2	4		5	10
21 - 25	14	28		10	20
26 - 30	14	28		19	38
31 - 35	12	24		10	20
36 - 40	8	16		6	12
TOTAL--->	50	100%		50	100%

FUENTES: CEDULAS DE RECOLECCION DE DATOS.

GRAFICA 1
DISTRIBUCION DE PACIENTES EMBARAZADAS
POR GRUPOS DE EDAD

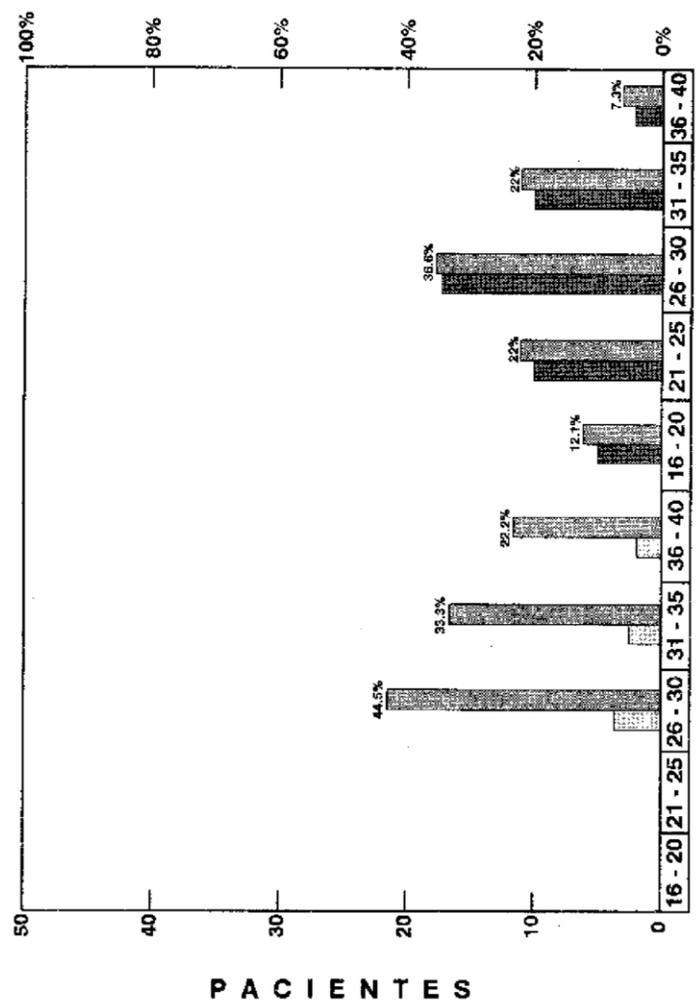


CUADRO II
FRECUENCIA DE PACIENTES CON RUPTURA DE MEMBRANAS
GRUPO ESTUDIO

CON RUPTURA DE MEMBRANAS			SIN RUPTURA DE MEMBRANAS			TOTAL
EDAD	NO. PAC.	%	NO. PAC.	%		
16 - 20			5	12.1%		5
21 - 25			9	22%		9
26 - 30	4	44.5%	15	36.6%		19
31 - 35	3	33.3%	9	22%		12
36 - 40	2	22.2%	3	7.3%		5
					TOTAL DE	
TOTAL	9	100%	41	100%	PACIENTES	50

FUENTE: CEDULAS DE RECOLECCION DE DATOS Y EXPEDIENTES CLINICOS

GRAFICA II
 FRECUENCIA DE PACIENTES CON RUPTURA DE MEMBRANAS



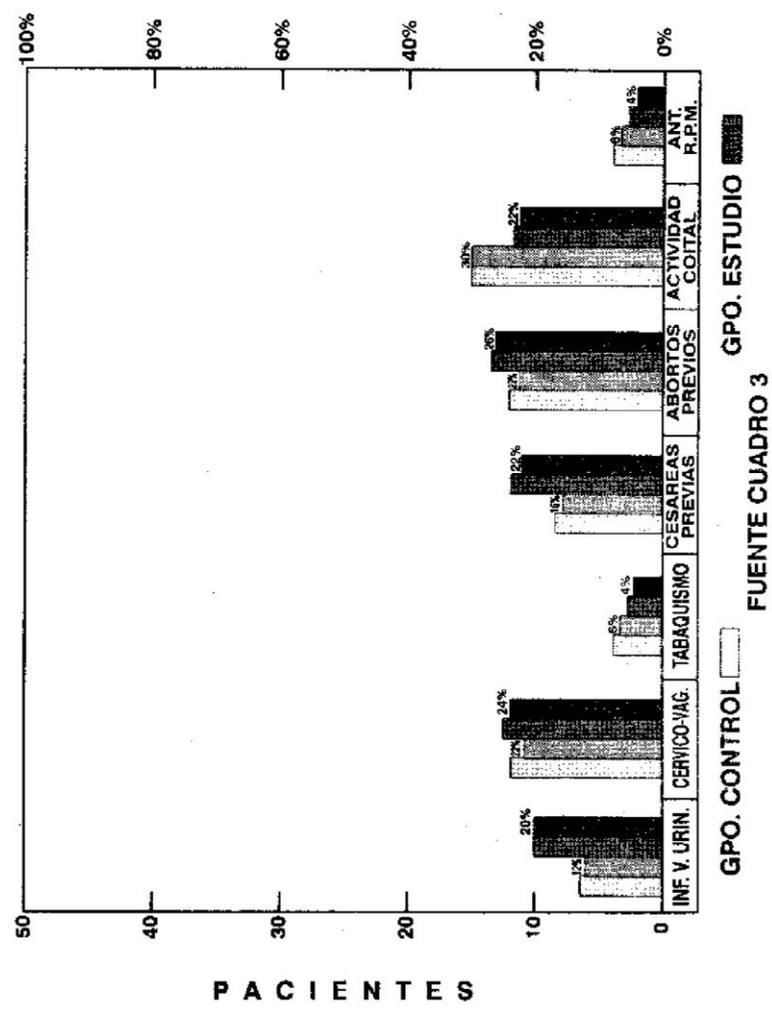
CON RUPTURA DE MEMBRANAS SIN RUPTURA DE MEMBRANAS
 FUENTE CUADRO II

CUADRO III
RELACION DE PACIENTES POR VARIABLES DE R.P.M.

FACTOR	CONTROL	%	ESTUDIO	%	TOTAL
INF. V. URIN.	6	12	10	20	16
CERVICO-VAG.	11	22	12	24	23
TABAQUISMO	3	6	2	4	5
CESAREAS PREV.	8	16	11	22	19
ABORTOS PREV.	11	22	13	26	24
ACT. COITAL	15	30	11	22	26
ANT. R.P.M.	3	6	2	4	5

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

GRAFICA III
 RELACION DE PACIENTES POR VARIABLES DE R.P.M.



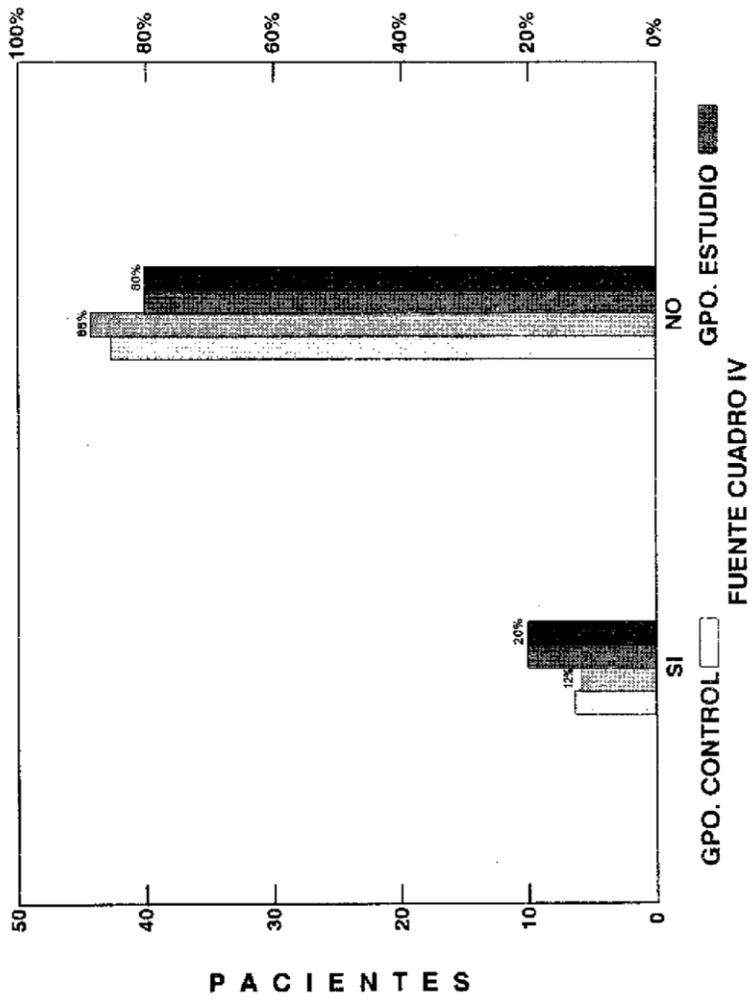
GPO. CONTROL GPO. ESTUDIO
 FUENTE CUADRO 3

CUADRO IV
RELACION DE VARIABLES POR RIESGO RELATIVO.

FACTOR	CONTROL	%	ESTUDIO	%	R. R.
SI I.V.U.	6	12	10	20	.5
NO I.V.U.	44	88	40	80	
CERVICO-VAG.	11	22	12	24	.8
NO CERVICO-VAG.	39	78	38	76	
TABAQUISMO	3	6	2	4	1.5
NO TABAQUISMO	47	94	48	96	
CESAREAS PREV.	8	16	11	22	.6
NO CESAREAS PREV.	42	84	39	78	
ABORTOS PREV.	11	22	13	26	.8
NO ABORTOS PREV.	39	78	37	74	
ACT. COITAL	15	30	11	22	1.5
NO ACTIVIDAD COITAL	35	70	39	78	
R.P.M. PREVIA	3	6	2	4	1.5
NO R.P.M. PREVIA	47	94	48	96	

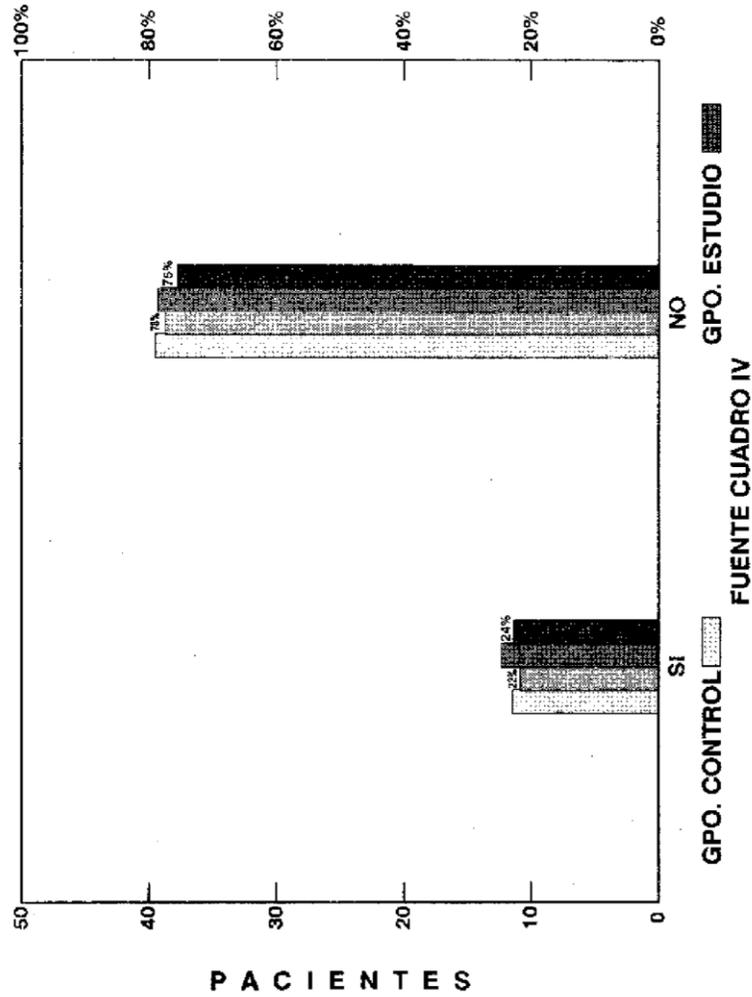
FUENTE: CUADRO III

GRAFICA IV-1
DISTRIBUCION % DE FACTORES DE RIESGO
(FACTOR I.V.U.)

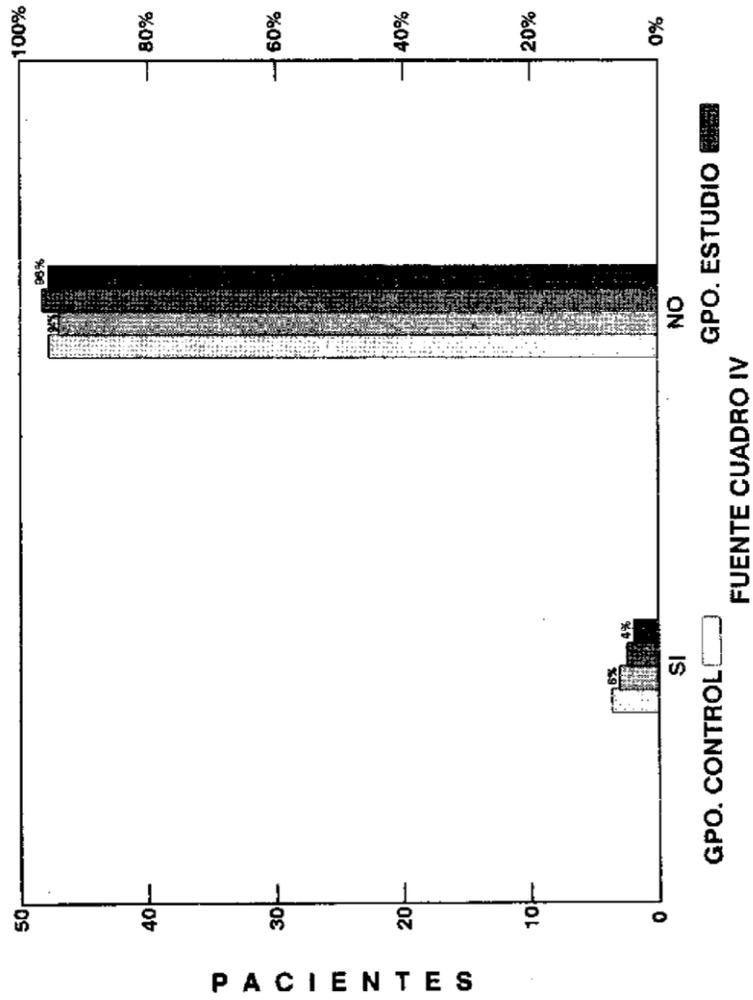


GPO. CONTROL FUENTE CUADRO IV
GPO. ESTUDIO

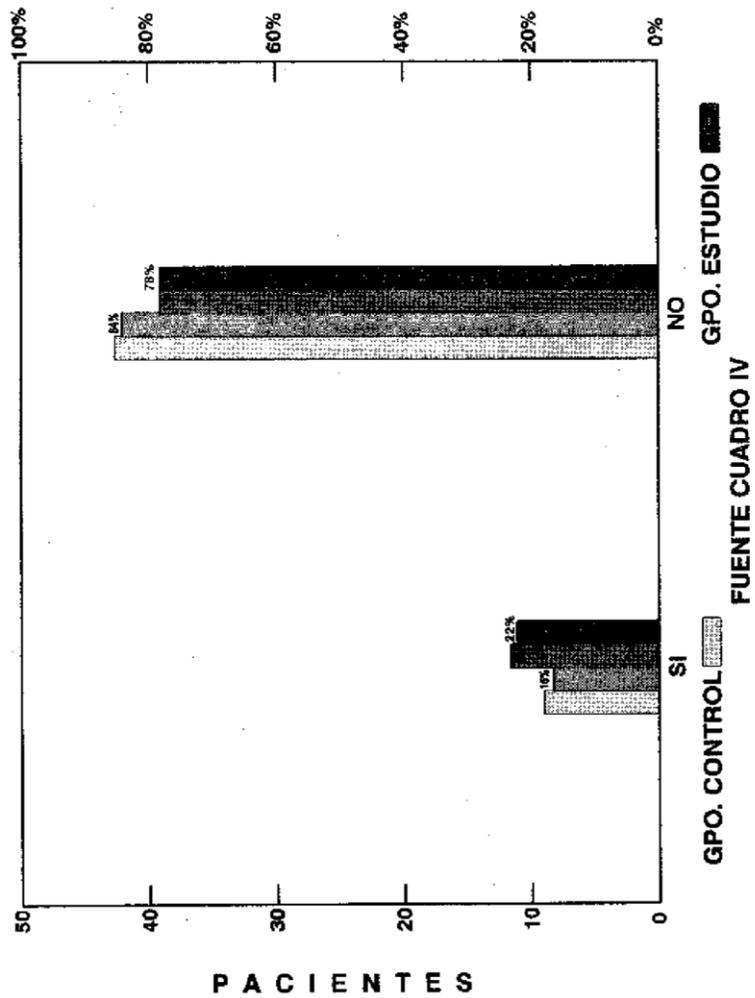
GRAFICA IV-2
DISTRIBUCION % DE FACTORES DE RIESGO
(FACTOR CERVICO-VAG.)



GRAFICA IV-3
 DISTRIBUCION % DE FACTORES DE RIESGO
 (FACTOR TABAQUISMO)

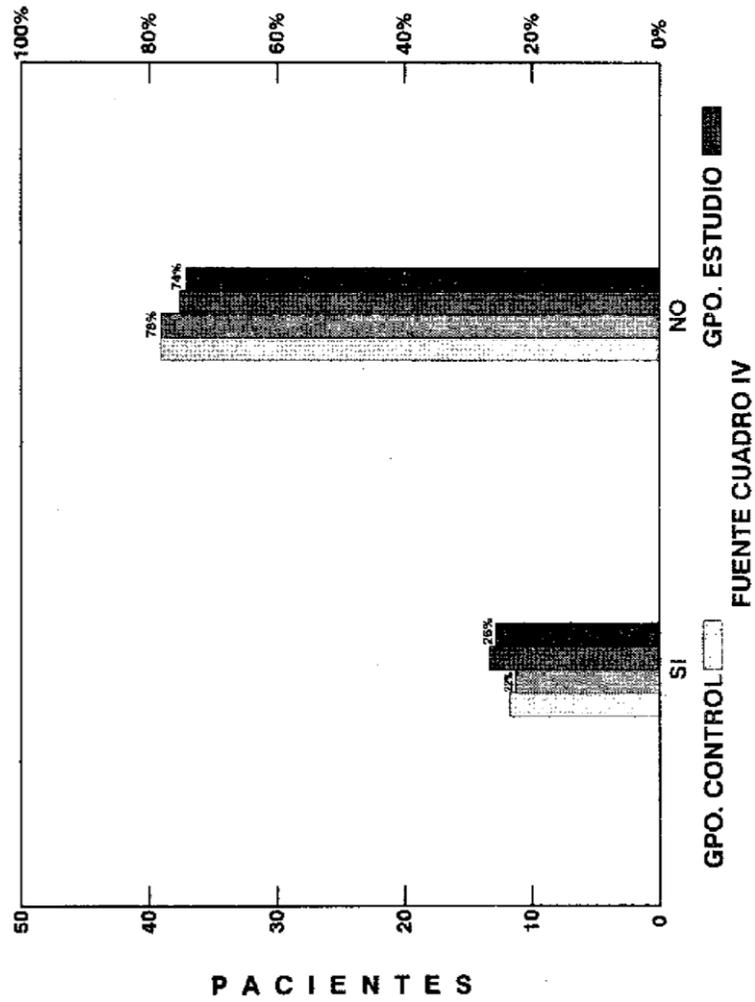


GRAFICA IV-4
 DISTRIBUCION % DE FACTORES DE RIESGO
 (FACTOR CESAREAS PREVIAS)

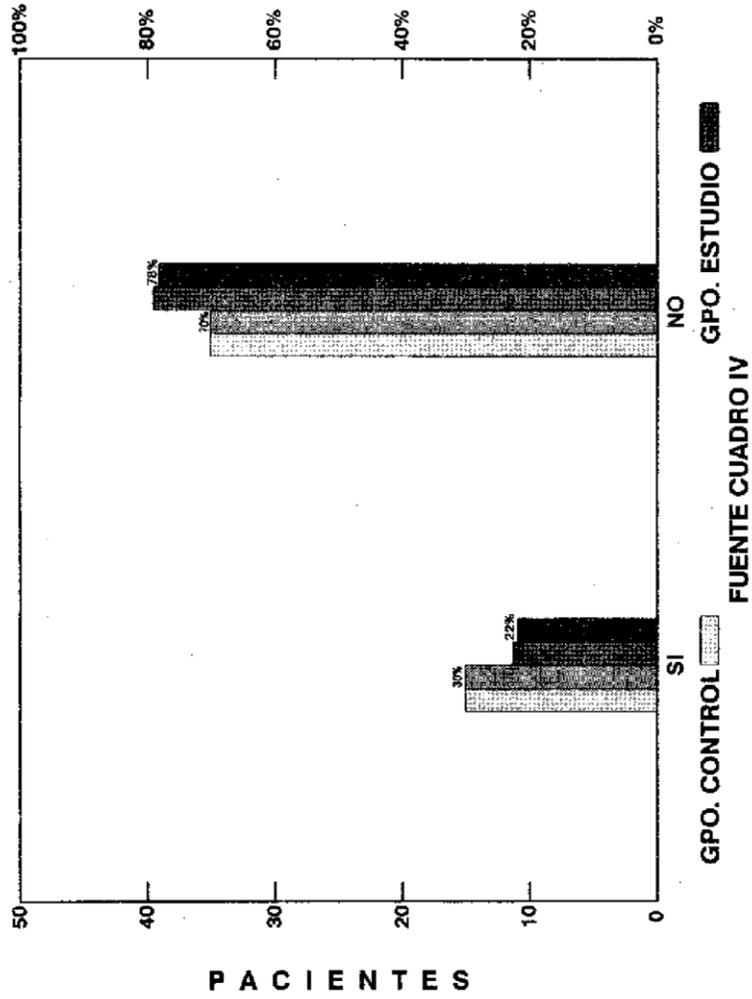


FUENTE CUADRO IV

GRÁFICA IV-5
DISTRIBUCION % DE FACTORES DE RIESGO
(FACTOR ABORTOS PREVIOS)

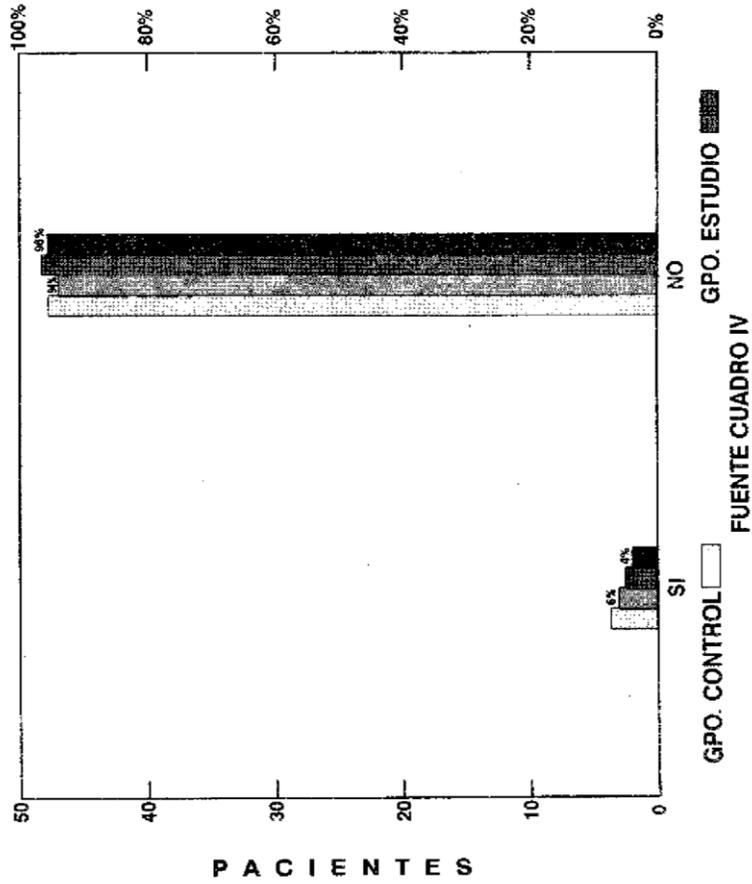


GRAFICA IV-6
DISTRIBUCION % DE FACTORES DE RIESGO
(FACTOR ACTIVIDAD CAPITAL)



PACIENTES

GRAFICA IV-7
DISTRIBUCION % DE FACTORES DE RIESGO
(FACTOR R.P.M. PREVIA)



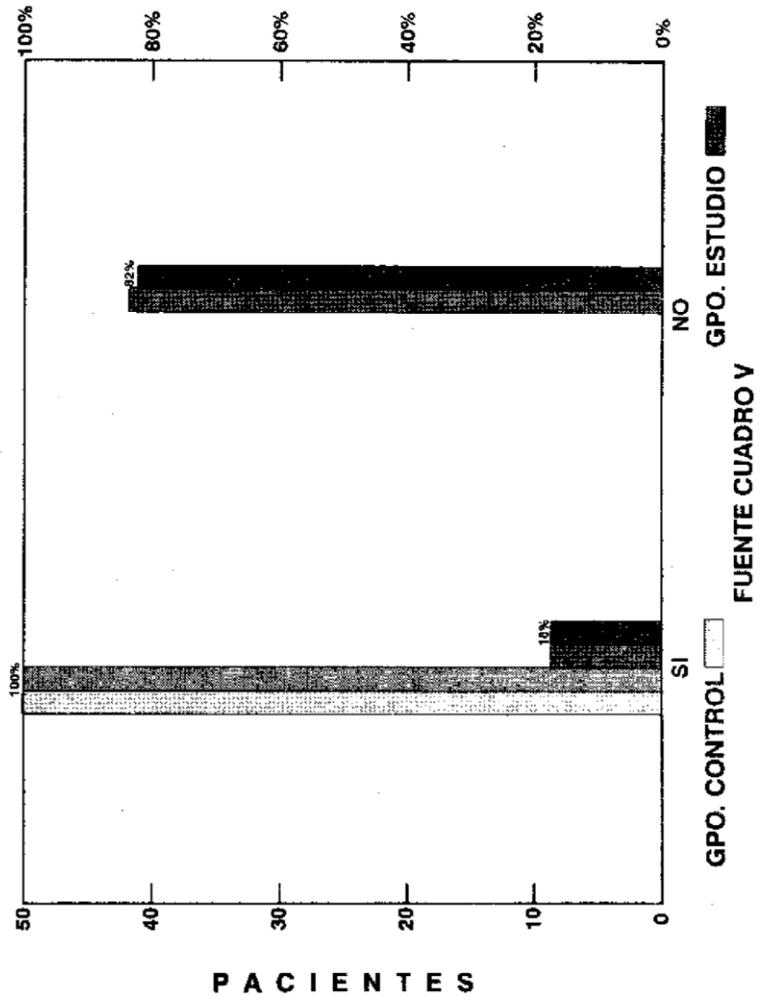
PACIENTES

CUADRO V
DISTRIBUCION DE PACIENTES POR CIENTO CON RUPTURA DE MEMBRANA
CUADRO COMPARATIVO

	GRUPO DE CONTROL		GRUPO DE ESTUDIO	
	NO. PAC.	%	NO. PAC.	%
PAC. CON RPM.	50	100	9	18
PAC. SIN RPM.	—	—	41	82
TOTAL	50	100	50	100

FUENTE: CEDULAS DE RECOLECCION DE DATOS.

GRAFICA V
DISTRIBUCION DE PACIENTES % CON RUPTURA DE MEMBRANA
CUADRO COMPARATIVO



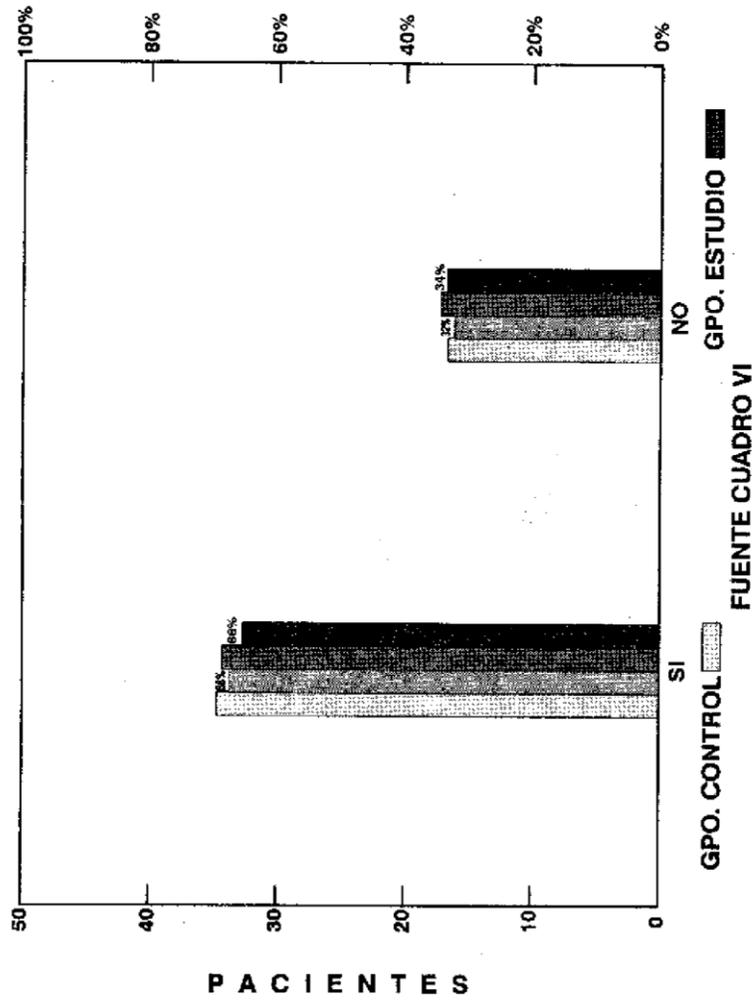
CUADRO VI

DISTRIBUCION DE PACIENTES POR VIA DE TERMINACION DEL EMBARAZO.

VIA DE NACIMIENTO	GRUPO CONTROL		GRUPO DE ESTUDIO	
	NO. PAC.	%	NO. PAC.	%
PARTO	34	68	33	66
CESAREA	16	32	17	34
TOTAL	50	100	50	100

FUENTE: CEDULAS DE RECOLECCION DE DATOS Y EXPEDIENTES CLINICOS

GRAFICA VI
DISTRIBUCION DE PACIENTES POR VIA DE TERMINACION DEL EMBARAZO



BIBLIOGRAFIA

1. JAY D. IAMS REBECA STILSON, FRANCES F. JHONSON SYMPTOMS THAT PRECEDE PRETERM LABOR AND PRETERM RUPTURE OF MEMBRANES AM J OBSTET GYNECOL 1990; 162: 486-90
2. ASRAT D.F. LEWIS T.J. GARITE C.A. MAJOR RATE OF RECURRENCE - OF PRETERM PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES IN CONSECUTIVE PREGNANCIES AM J. OBSTET GYNECOL 1991; 165:111-5
3. CHARLES J LOCKWOOD, KATLEEN COSTIGAN, ALESSANDRO GHIDINI, DOUBLE-BLIND, PLACEBO-CONTROLLED TRIAL OF PIPERACILLIN PROPHYLAXIS IN PRETERM MEMBRANE RUPTURE AM J OBSTET GYNECOL 1993;169: 970-6
4. GEORGE LARRY MAXWELL AND WILLIAM J. WATSON. PRETERM PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES: RESULTS OF EXPECTANT MANAGEMENT IN PATIENTS WITH CERVICAL CULTURES POSITIVE FOR GROUP B STREPTOCOCCUS OR NEISSERIA GONORRHEASE AM J OBSTET GYNECOL 1992; 166: 945-9
5. KATHERINE D. WENSTROM, CARL P. WEINER, WINSTON CAMPBELL. CLÍNICA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 1992; 2:257-67
6. DANIEL GAUTHIER, WILLIAM J MEYER AND ANDRE BIENIARZ, EXPECTANT MANAGEMENT OF PREMATURE OF MEMBRANES WITH AMNIOTIC FLUID CULTURES POSITIVE FOR UREAPLASMA UREALYTICUM ALONE AM J OBSTET GYNECOL 1994; 170:587-90
7. EDEM E. EKWO, CAROL A. GOSSELINK, ROBERT WOOLSON. COITUS LATE IN PREGNANCY: RISK OF PRETERM RUPTURE OF MEMBRANES AM J OBSTET GYNECOL 1993; 168: 22-31
8. JUAN MANUEL ESCOBEDO LOBATÓN, MA, ELENA BENAVIDES COVARRUBIAS, LUIS BENAVIDES DE ANDA. RUPTURA DE MEMBRANAS MORBI-MORTALIDAD EN EMBARAZOS MENORES DE 36 SEMANAS GINEC OBSTET Mex 1992; 60: 247-250

9. PATRICK DUFF MD R. JEFFREY CHANG, ROY M. PITKIN INTERAMERICANA CLÍNICAS OBSTÉTRICAS Y GINECOLÓGICAS 1991; 4
10. JAMES HARGER, ANN W. HSING, RUTH E. TUOMALA, RONALD GIBBS RISK FACTORS FOR PRETERM PREMATURE RUPTURE OF FETAL MEMBRANES: A MULTICENTER CASE-CONTROL STUDY AM J OBSTET GYNECOL 1990; 163: 130-7
11. ESCHENBACH DA. INTRAUTERINE INFECTION AND PREMATURE MEMBRANE RUPTURE CURR-OPIN OBSTET GYNECOL 1982; 1: 23-6
12. MAC GRKGOR JA FRENCH JI SEO K. ANTIMICROBIAL THERAPY IN PRETERM PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES: RESULTS OF A PROSPECTIVE DOUBLE-BLIND, PLACEBO-CONTROLLED TRIAL OF ERYTHROMICIN AM J OBSTET GYNECOS 1991; 165: 632-40
13. BODY G FORVEILLE P. LOMSEFFER J KONE M. LANSAC SPONTANEOUS RUPTURE OF MEMBRANES BEFORE 28 WEEKS OF AMENORRHEA OBSTETRICAL AND PERINATAL OUTCOME J OBSTET GYNECOL BIOL. REPROD.
14. BERARDI JC HUTIN, GODARD J. MADINIER, DELANETE. THE VALUE OF REACTIVE PROTEIN IN THE DETECTION OF CHORIOAMNIOITIS IN CASES OF RUPTURE PREMATURE OF MEMBRANES. REV. FRA. GYNECOL OBST 1991; 86: 229-32
15. ANDRES ROBERT J ROLE OF INFECTION IN THE ETIOLOGY OF PREMATURE LABOR AND PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES REV CHIL OBSTET GYNECOL 1989; 54: 269-71
16. DARBY MJ CARITIS SHEN SC PLACENTAL ABRUPTION IN THE PRETERGESTATION: AN ASSOCIATION WITH CHORIOAMNIOITIS OBSTET GYNECOL 1989; 74: 88-92
17. MORETTI M. SILBAI FM MATERNAL AND PERINATAL OUTCOME OF EXPECTANT MANAGEMENT OF PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES IN THE MEDTRIMESTER AM J OBSTET GYNECOL 1988; 159: 390-396
18. BARRAGAN JC LLORET BROTONS J ALLIEN P. INCIDENCIA DE AMNIOITIS Y MORTALIDAD PERINATAL EN PACIENTES CON RUPTURA DE MEMBRANA

NAS ANTES DE LA SEMANA 34 Y RECIÉN NACIDOS DE MUY BAJO PESO
CLIN INV GYNECOL OBSTET 1990; 17: 368-363

19. MAURICE LJ Y COLS NON INTERVENTION IN PREMATURE OF THE MEMBRANES SURG GYNECOL AND OBSTET 1986; 163 5-10
20. ROMERO R. QUINTERO OYARZUN E. INTRAAMNIOTIC INFECTION AND ON SET OF LABOR IN PRETERM PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES AM J OBSTET GYNECOL 1988; 159: 661-6
21. COULTRIP LL GROSSMAN JH EVALUATION OF RAPID DIAGNOSTIC TES IN THE DETECTION OF MICROBIAL INVASION OF THE AMNIOTIC CAVITY AM J OBSTET GYNECOL 1992; 167: 1231-42
22. GAUTHIER MEYER BIENEARZ A. BIOPHYSICAL PROFILE AS PREDICTOR OF AMNIOTIC FLUID CULTURE RESULTS OBSTET GYNECOL 1992; 80: 102-5
23. FEINSTEIN SJ VITZILEOS LODEIRO CAMPBELL WEINBAUM. AMNIOCENTESIS WITH PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES. OBSTET GYNECOL 1986; 68: 147-52
24. ROMERO R SIRTORI M. AYARZUN E ET AL INFECTION AND LABOR PREVALENCE OF INTRAAMNIOTIC INFECTION IN WOMEN WITH PRETERM LABOR AND INTACT MEMBRANES AM J OBSTET GYNECOL 1989; 161: 817-24
25. KEIRSE MJ OHLSSON TRAFERS, KANDHAR H. PRELABOR RUPTURE OF MEMBRANES PRETERM. NEW YORK: OXFORD UNIVERSITY 1989; 666-93.
26. NEWTON ER CLARK M GROUP B STREPTOCOCCUS AND PRETERM RUPTURE OF MEMBRANES OBSTET GYNECOL 1988;71: 198-202
27. COX SM WILLIAMS LEVENO KJ THE NATURAL HISTORY OF PRETERM RUPTURED MEMBRANES; WHAT TO EXPECTAN OF MANAGEMENT OBSTET GYNECOL 1988; 71: 558-82
28. OHLSSON A. TREATMENTS OF PRETERM PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES A META-ANALYSIS AM J OBSTET GYNECOL 1989; 160: 820-906

29. J.M. ERNEST PAUL J. MEIS MARY LOU MORE VAGINAL PH: A MARKER OF PRETERM PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES OBSTET GYNECOL 1989; 74: 734-7
30. H. VERLEANEN MD AND P. DERDE PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES A TERM IN NULLIPAROUS WOMEN: A HAZARD, GYNECOL OBSTET 1990; 76: 671-4
31. JAMES A. HARDING, DAVID M. JACKSON DAVID F. LEWIS CORRELATION OF AMNIOTIC FLUID INDEX AND NONSTRESS IN PATIENTS WITH PRETERM PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES AM OBSTET GYNECOL 1991; 165: 1088-94
32. JULIANNE S TOOHEY, DAVID F LEWIS A. HARDING DOES AMNIONITC FLUID INDEX AFFECT THE ACCURACY OF ESTIMATED FETAL WEIGHT IN PRETERM PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES. AM J OBSTET GYNECOL 1991; 1060:2
33. D. M. RIB DAVID SHERER AND JAMES WOOD MATERNAL AND NEONATAL OUTCOME ASSOCIATED WITH PROLONGED PREMATURE OF MEMBRANES BELOW 26 WEEKS GESTATION AM J PERINATOLOGY 193; 10: 169-72