

# Ruptura prematura de membranas ovulares en gestantes de 33 y 34 semanas y el síndrome de distrés respiratorio en los recién nacidos

Premature breaking of ovular membranes in 33 and 34 weeks pregnant and the respiratory distress syndrome in newborn

*Jorge Antonio Cabrera Paz<sup>1</sup>, Sandra Cabrera Descalzi<sup>2</sup>*

## RESUMEN

Para establecer la relación entre la ruptura prematura de membranas ovulares en gestantes de 33 y 34 semanas, y el síndrome de distrés respiratorio en recién nacidos, se realizó un estudio prospectivo, observacional, de cohorte transversal en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo, entre el 01 de marzo y el 30 de setiembre del 2005. El universo muestral lo constituyeron todas las gestantes de 33 y 34 semanas que presentaron o no el diagnóstico de ruptura prematura de membranas ovulares, a los cuales se les atendió su parto. No se encontró estadísticamente significativa la presencia de distrés respiratorio entre las gestantes de 33 y 34 semanas complicadas con ruptura prematura de membranas ovulares,  $p = 0,653$  y  $p = 0,348$  respectivamente. El resultado perinatal obtenido desde el punto de vista del distrés respiratorio con una sobrevivencia del 100% en todo los recién nacidos, nos abre una alternativa para la toma de decisión oportuna en embarazos de similar edad gestacional con ruptura de membranas ovulares.

**Palabras clave:** Ruptura prematura de membranas ovulares, distrés respiratorio en recién nacidos.

## ABSTRACT

To know the relationship between premature breaking of ovular membranes in 33 and 34 weeks pregnant and the respiratory distress syndrome in newborn, a prospective, observational of transversal cohort study was done in obstetrics service of the Hospital Docente of Trujillo (Peru), from march 01 to September 30, of 2005. The universal sample was al 33 and 34 weeks pregnant, who showed or not the diagnostic of premature breaking of ovular membranes, and were assisted in their childbirth. The presence of respiratory distress did not show significant relationship among 33 and 34 weeks pregnant with premature breaking of ovular membranes,  $p = 0,653$  and  $p = 0,348$ , respectively). The perinatal result from the point of view of respiratory distress with a 100% survival of all newborn is an alternative for opportune making decision in pregnant with similar gestation age, with breaking of ovular membranes.

**Key words:** Premature breaking of ovular membranes, respiratory distres in newborn.

---

<sup>1</sup> Médico Gineco-obstetra. Doctor en Salud Pública. Docente de la Escuela Profesional de Obstetricia de la UPAO.

<sup>2</sup> Médico cirujano.

## I. INTRODUCCIÓN

Una de las funciones de las membranas ovulares es la de aislar el compartimiento fetal y amniótico de factores externos tales como la población microbiana cervicovaginal. La ruptura prematura de membranas ovulares (RPMO) se define como la solución de continuidad espontánea de la membrana corioamniótica antes del inicio del trabajo de parto. En gestantes con RPMO de término, cerca del 90 % de los partos ocurre dentro de las 48 horas siguientes a la ruptura de membranas. En cambio, en pacientes con RPMO de pretérmino, el periodo de latencia suele prolongarse por más de 24 horas en el 50% de los casos<sup>(1,2)</sup>.

La RPMO es una patología de gran importancia clínica y epidemiológica debido a la frecuencia de complicaciones materno neonatales asociadas: corioamnionitis, endometritis, prematuridad, distrés respiratoria entre otras patologías del recién nacido. La frecuencia oscila entre el 2,7 y 17%, con un promedio de 10% de los embarazos, correspondiendo el 80% para las gestaciones de término y en un 20% a gestaciones de pretérmino, siendo responsable de un 30 a un 40% de los partos prematuros. Se describe que la prematuridad se asocia a mayores complicaciones<sup>(3)</sup>. La oficina de Estadística e Información del Instituto Materno Perinatal de Lima reporta que la ruptura prematura de membrana ovular en el Hospital Edgardo Rebagliati se presenta en un 7%; en el Hospital María Auxiliadora, 15,7%; y en el Instituto Especializado Materno perinatal, en un 10,1%<sup>(4)</sup>; en el Hospital Regional Docente de Trujillo, según el Sistema Informático Perinatal, el promedio de RPMO es el 14%, de los cuales el 26% es de gestaciones de pretérmino<sup>(21)</sup>.

La etiología de la RPMO es desconocida en la mayoría de los casos, sin embargo, se han identificado varias condiciones predisponentes: a) Alteración de las propiedades físicas de las membranas. b) Rol de la infección en la ruptura prematura de membranas. Y c) Condiciones clínicas asociadas: polihidramnios, embarazo gemelar, malformaciones uterinas y tumores uterinos<sup>(5,6)</sup>.

La complicación neonatal más importante en pacientes con RPMO de pretérmino es el distrés respiratorio del recién nacido (SDR) y constituye la causa de muerte de más de un 40 % de los niños en

este grupo. La mayoría de estudios no distingue entre el distrés respiratorio debido a membrana hialina, taquipnea transitoria o hipoplasia pulmonar. Se presenta con una frecuencia promedio de 37%, pero su incidencia puede modificarse dramáticamente con la edad gestacional, la administración prenatal de corticoides y el tratamiento postnatal con surfactante artificial<sup>(7)</sup>.

La paciente con RPMO de pretérmino tiene la indicación de hospitalización para guardar reposo, identificar precozmente los signos asociados a morbilidad infecciosa, vigilar estrechamente la unidad feto placentaria, la aparición de complicaciones asociadas e interrupción del embarazo en el momento oportuno<sup>(6,7)</sup>.

La conducta en gestantes menor de 34 semanas ha sido el expectante, basada en la observación de la unidad feto-placentaria, procurando alcanzar la madurez pulmonar fetal y haciendo énfasis en la detección precoz de signos de infección ovular<sup>(8)</sup>.

La conducta en gestantes de 34 o más semanas es la interrupción del embarazo. Ella se justifica considerando que sobre esta edad gestacional normalmente existe madurez pulmonar fetal; además, la infección es la causa más frecuente de mortalidad perinatal y, por otra parte, existe una relación directa entre periodo de latencia e infección ovular. Respecto a la vía de parto, se practicará cesárea en casos de presentación distócica, sufrimiento fetal, prolapso de cordón, cesárea anterior en ausencia de modificaciones cervicales u otras indicaciones obstétricas. En las demás instancias se ofrece a la paciente la vía de parto vaginal. Al respecto, la literatura señala que el manejo expectante se relaciona con aumento significativo de la morbilidad infecciosa neonatal<sup>(9)</sup>.

Debido a que en nuestro servicio se considerando la conducta expectante hasta las 37 semanas para la finalización del embarazo en gestantes con RPMO de pretérmino, es que surge la necesidad de investigar el tema a fin de tomar la decisión más adecuada en las gestaciones de Pretérmino complicadas con RPMO.

## II. PACIENTES Y MÉTODOS

### 1. Tipo de estudio

Es un estudio prospectivo, de corte transversal, descriptivo y con régimen de investigación libre.

## 2. Tamaño muestral

El universo muestral estuvo conformado por todas las gestantes de 33 y 34 semanas que presenten o no el diagnóstico de RPMO y cuyo parto eutócico o por cesárea fueron atendidos en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo durante el período 01 marzo del 2005 al 30 de setiembre del 2005.

En cada una de las gestantes se evaluó el diagnóstico de ingreso, edad gestacional, fecha y hora de ruptura prematura de membranas ovulares, tiempo de latencia, fecha y hora del parto y datos de complicaciones en el recién nacido: distrés respiratorio (síndrome de membrana hialina, taquipnea transitoria, síndrome de aspiración meconial), sepsis neonatal y asfisia neonatal, o casos de mortalidad. La información correspondiente a cada paciente fue registrada en una hoja de recolección de datos.

El diagnóstico de RPMO fue establecido al ingreso de la paciente a la institución, mediante la anamnesis, visualización de la salida de líquido amniótico a la maniobra de valsalva, test de hehecho, test de Nitrazina o hallazgos específicos de disminución de líquido amniótico por ecografía.

La edad gestacional se estableció por amenorrea confiable o por ecografía del primer trimestre del embarazo, confirmándose con el índice de Capurro para calcular la edad gestacional del recién nacido. Con respecto al cálculo ecográfico de la edad gestacional, ésta presenta una variabilidad de 3 a 7 días para la ecografía realizada en el primer trimestre<sup>(10)</sup>.

El diagnóstico de síndrome de distrés respiratorio fue obtenido de la historia clínica neonatal, en donde se detalló el tipo de patología respiratoria que aqueja al recién nacido: síndrome de membrana hialina, taquipnea transitoria, mala adaptación del recién nacido o hipoplasia pulmonar.

### Criterios de Inclusión

- Gestantes de 33 y 34 semanas con diagnóstico de RPMO, cuyo parto eutócico o por cesárea fue atendido en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo.
- Gestantes de 33 y 34 semanas que ingresaron con trabajo de parto pretérmino y que no presentaron el diagnóstico de RPMO, ni otra condición asociada (preeclampsia, desprendimiento prematuro de membranas, etc.) y cuyo parto

eutócico o por cesárea fue atendido en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo.

- Recién nacidos de gestantes de 33 y 34 semanas que hayan sido o no hospitalizados en el servicio de Neonatología.

### Criterios de Exclusión

- Gestantes de 33 y 34 semanas con diagnóstico de RPMO que presenten otra condición de riesgo o de complicación materno fetal: preeclampsia, placenta previa sangrante, desprendimiento prematuro de placenta, sufrimiento fetal agudo, etc.

## 3. Análisis estadístico

Para el análisis de la información se elaboraron tablas de distribución de frecuencias de doble entrada con sus valores absolutos y relativos. Para determinar si existe relación entre el síndrome de distrés respiratorio del recién nacido y la RPMO en gestantes de 33 y 34 semanas se empleó la prueba exacta de Fisher con un nivel de significancia del 5%<sup>(11,12)</sup>.

Se aplicó la prueba exacta de Fisher cuya expresión es la siguiente:

a	b
c	d

$$p = \frac{(a+b)! (c+d)! (a+c)! (b+d)!}{a! b! c! d! n!}$$

## III. RESULTADOS

Ver cuadros 1 al 8 y gráficas 1a 7.

## IV. DISCUSIÓN

La RPMO es una complicación propia del embarazo que ocurre con una frecuencia de 10%. Un 80% de los casos ocurre después de las 37 semanas, en tanto que el 20% restante se presenta en embarazos de pretérmino. Este último grupo contribuye con más del 50% de los partos prematuros espontáneos y produce un importante impacto en la morbilidad neonatal<sup>(2)</sup>. El manejo de esta entidad asociada es en la actualidad motivo de controversia sopesando en el manejo, los riesgos del síndrome de distrés

respiratorio por la prematuridad y por otro lado el riesgo de infección materno fetal por el periodo de latencia prolongado <sup>(13)</sup>.

El síndrome de distrés respiratorio es la complicación más frecuente del recién nacido pretérmino y contribuye con una significativa proporción de la morbilidad y mortalidad inmediata y a largo plazo. Esta entidad afecta al 15% de neonatos menores de 37 semanas, siendo de mayor proporción en menores de 32 semanas <sup>(14)</sup>. En la presente investigación se observa que el 6,67% y el 2,85% de los recién nacidos de gestantes de 33 y 34 semanas respectivamente complicadas con RPMO presentaron distrés respiratorio, mientras que aquellos que no presentaron RPMO presentaron 3,33 % y 5,71% para las edades gestacionales correspondientes, no existiendo relación estadística entre la presencia de distrés respiratorio y la RPMO ( $p=0,653$ ) (Cuadros 1 y 2). Steinfeld y col. no encuentran diferencia significativa en la morbilidad neonatal de gestantes de 34 y 37 semanas complicadas con RPMO <sup>(15)</sup>. El estudio de Naef y col. encontró una tasa de distrés respiratorio del 5%, mientras que Robertson

y col. reportaron 13% <sup>(13,16)</sup>. Khashoggi TY informa un 15,9% de distrés respiratorio en un estudio realizado en gestantes de 26 a 36 semanas complicadas con RPMO <sup>(17)</sup>.

Son muchos los estudios que indican que el síndrome de membrana hialina es la principal amenaza para el feto cuando se produce una RPMO antes de llegar al término <sup>(1)</sup>. Marshall y Vasilenko encontraron que el 29,8% de las muertes perinatales antes de las 36 semanas fueron originadas por el síndrome de membrana hialina; el 14% se debió a complicaciones de esta patología y el 12,3% a complicaciones del tratamiento <sup>(18)</sup>. En el presente estudio el tipo de distrés respiratorio que afectó a los recién nacidos de gestantes de 33 semanas asociados a RPMO fue el síndrome de membrana hialina (33,3%) y la taquipnea transitoria (33,3%). Por otro lado el 33,3 % de los recién nacidos de 34 semanas que presentaron distrés respiratorio y RPMO presentaron mala adaptación al nacer (Cuadro 4). Es importante detallar que no se encontró aumento en la mortalidad perinatal por ninguno de los tipos de distrés respiratorio mencionados.

**Cuadro 1**  
**DISTRIBUCIÓN DE LOS RECIEN NACIDOS DE 33 SEMANAS**  
**SEGÚN DISTRES RESPIRATORIO Y RPMO.**  
**HRDT. MARZO-SETIEMBRE 2005**

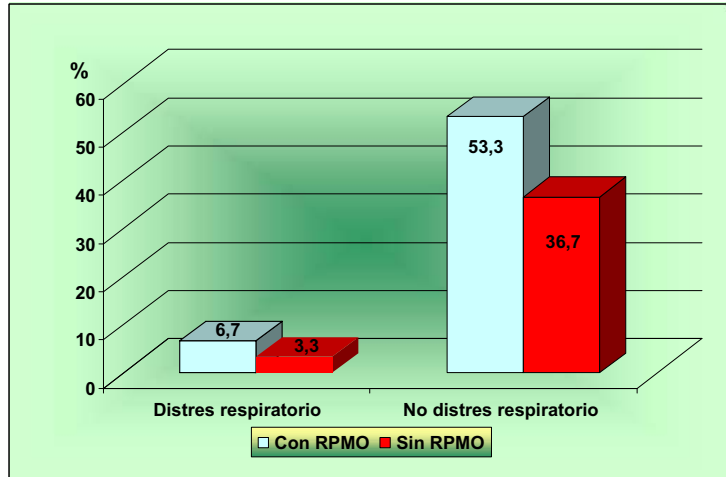
Edad gestacional 33 semanas	Ruptura prematura de membranas				Total	
	Si		No			
Distres Respiratorio	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	2	6,7	1	3,3	3	10
No	16	53,3	11	36,7	27	90
Total	18	60,0	12	40,0	30	100

RR = 1,33 Intervalo de 0,95 de confianza: (0.14; 13.12)

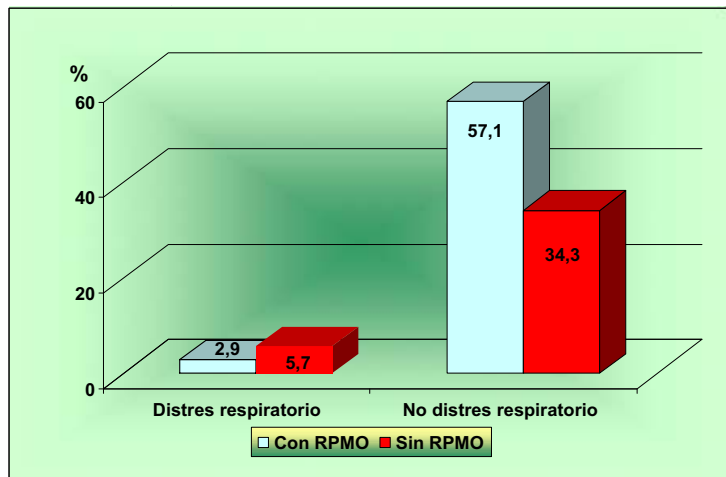
**Cuadro 2**  
**DISTRIBUCIÓN DE LOS RECIEN NACIDOS DE 34 SEMANAS**  
**SEGÚN DISTRES RESPIRATORIO Y RPMO.**  
**HRDT. MARZO-SETIEMBRE 2005**

Edad gestacional 34 semanas	Ruptura prematura de membranas				Total	
	Si		No			
Distres Respiratorio	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	1	2,9	2	5,7	3	8,6
No	20	57,1	12	34,3	32	91,4
Total	21	60,0	14	40,0	35	100

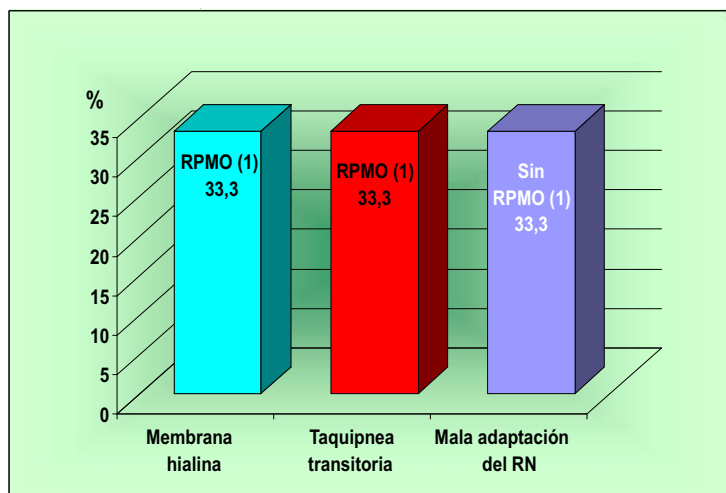
RR = 0,33 Intervalo de 0,95 de confianza: (0.03; 3.34)



Gráfica 1. Distribución de los recién nacidos de 33 semanas según síndrome de distres respiratorio y RPMO. HRDT - Marzo - Setiembre 2005.



Gráfica 2. Distribución de los recién nacidos de 34 semanas según síndrome de distres respiratorio y RPMO. HRDT - Marzo - Setiembre 2005.



Gráfica 3. Distribución de los recién nacidos de 33 semanas según tipo de distres respiratorio y RPMO. HRDT - Marzo - Setiembre 2005.

**Cuadro 3**  
**DISTRIBUCIÓN DE LOS RECIEN NACIDOS DE 33 SEMANAS SEGÚN TIPO DE**  
**DISTRES RESPIRATORIO Y RPMO. HRDT. MARZO-SETIEMBRE 2005**

Edad gestacional 33 semanas	Ruptura prematura de membranas				Total	
	Si		No			
Tipo de distres respiratorio	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Síndrome de membrana hialina	1	33,3	0	0,0	1	33,3
Taquipnea transitoria	1	33,3	0	0,0	1	33,3
Mala adaptación RN	0	0,0	1	33,3	1	33,3
Total	2	66,7	1	33,3	3	100,0

**Cuadro 4**  
**DISTRIBUCIÓN DE LOS RECIEN NACIDOS DE 34 SEMANAS SEGÚN TIPO DE**  
**DISTRES RESPIRATORIO Y RPMO. HRDT. MARZO-SETIEMBRE 2005**

Edad gestacional 34 semanas	Ruptura prematura de membranas				Total	
	Si		No			
Tipo de distres respiratorio	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Síndrome de membrana hialina	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Taquipnea transitoria	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Mala adaptación RN	1	33,3	2	66,7	3	100,0
Total	1	33,3	2	66,7	3	100,0

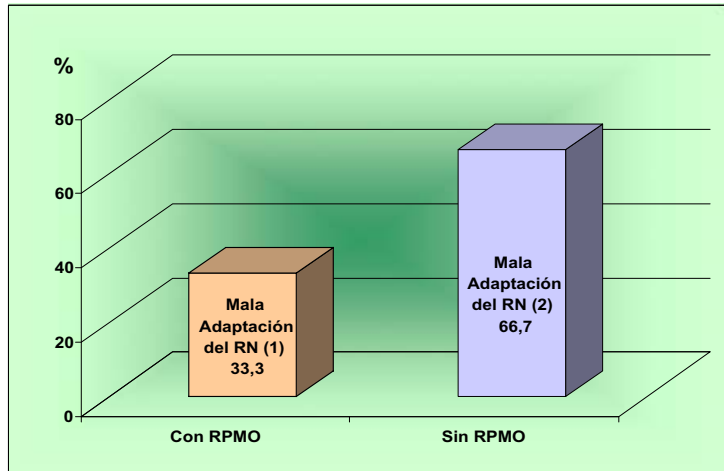
**Cuadro 5**  
**DISTRIBUCIÓN DE LOS RN DE 33 y 34 SEMANAS SEGÚN TIEMPO DE**  
**LATENCIA DE RPMO. HRDT. MARZO-SETIEMBRE 2005**

Tiempo de latencia	33 Semanas		34 Semanas		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 - 2 días	2	11,1	3	14,3	5	12,8
3 - 4 días	3	16,7	2	9,5	5	12,8
5 - 7 días	13	72,2	16	76,2	29	74,4
Total	18	100,0	21	100,0	39	100

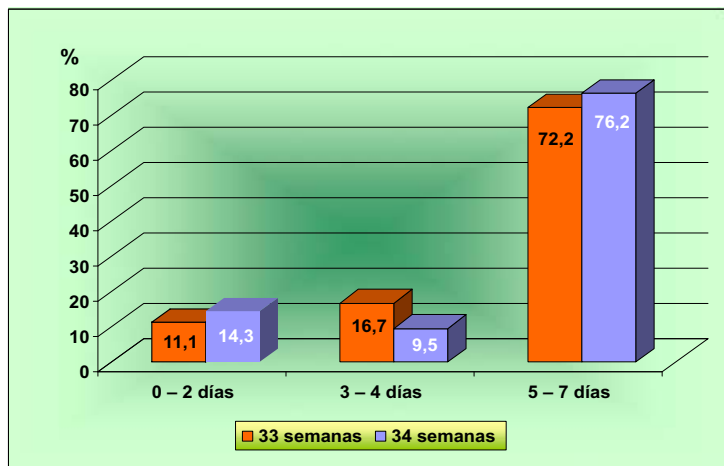
$\chi^2 = 0,48 \rightarrow$  EL TIEMPO DE LATENCIA SE DISTRIBUYE IGUAL EN AMBOS GRUPOS

**Cuadro 6**  
**DISTRIBUCIÓN DE LOS RN DE 33 SEMANAS SEGÚN DISTRES RESPIRATORIO**  
**Y TIEMPO DE LATENCIA DE RPMO. HRDT. MARZO-SETIEMBRE 2005**

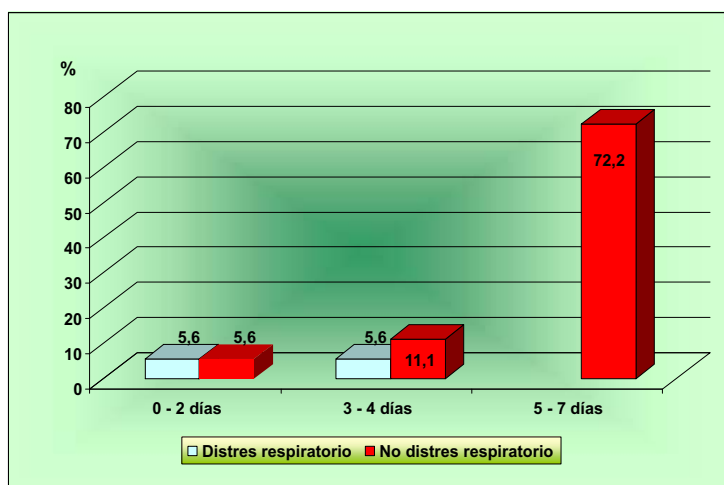
Tiempo de latencia	Distres respiratorio				Total	
	SI		NO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 - 2 días	1	5,5	1	5,6	2	11,1
3 - 4 días	1	5,6	2	11,1	3	16,7
5 - 7 días	0	0,0	13	72,2	13	72,2
Total	2	11,1	16	88,9	18	100,0



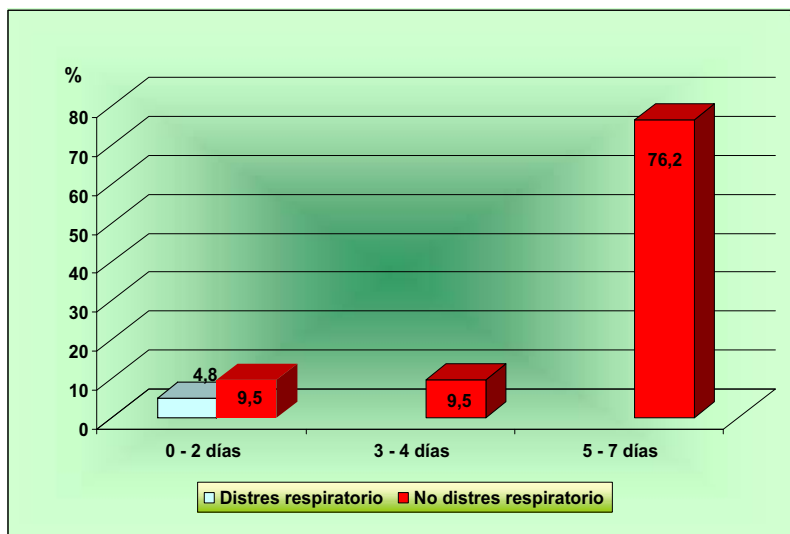
Gráfica 4. Distribución de los recién nacidos de 34 semanas según tipo de distres respiratorio y RPMO. HRDT - Marzo - Setiembre 2005.



Gráfica 5. Distribución de los recién nacidos de 33 y 34 semanas según tiempo de latencia de RPMO. HRDT - Marzo - Setiembre 2005.



Gráfica 6. Distribución de recién nacidos de 33 semanas según Sd. de distres respiratorio y tiempo de latencia de RPMO. HRDT - Marzo - Setiembre 2005.



Gráfica 7. Distribución de recién nacidos de 34 semanas según SD. de distres respiratorio y tiempo de latencia y RPMO. HRDT - Marzo - Setiembre 2005.

Cuadro 7

DISTRIBUCIÓN DE LOS RECIEN NACIDOS DE 34 SEMANAS SEGÚN DISTRES RESPIRATORIO Y TIEMPO DE LATENCIA DE RPMO. HRDT. MARZO-SETIEMBRE 2005

Tiempo de latencia	Distres respiratorio				Total	
	Si		No		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
0 - 2 días	1	4,8	2	9,5	3	14,3
3 - 4 días	0	0,0	2	9,5	2	9,5
5 - 7 días	0	0,0	16	76,2	16	76,2
Total	1	4,8	20	95,2	21	100,0

Cuadro 8

DISTRIBUCIÓN DE LOS RECIEN NACIDOS DE GESTANTES CON RPMO SEGÚN APGAR AL NACER Y EDAD GESTACIONAL. HRDT. MARZO-SETIEMBRE 2005

APGAR al nacer	33 semanas		34 semanas		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 7	2	5,1	2	5,1	4	10,3
7 a 8	3	7,7	5	12,8	8	20,5
9 a 10	13	33,3	14	35,9	27	69,2
Total	18	46,2	21	53,8	39	100,0

\* No existe asociación entre EG y APGAR.



El tiempo de latencia de la RPMO está en relación directa con la maduración pulmonar del recién nacido<sup>(2,3)</sup>. En el presente estudio se encontró que 72,2% de los recién nacidos de 33 semanas sin distrés respiratorio presentaron mayor tiempo de latencia de la RPMO (5-7 días) (Cuadro 5), resultado similar (76,2%) se obtuvo con los recién nacidos de 34 semanas respecto al tiempo de latencia de la RPMO (5-7 días) (Cuadro 6).

En relación al apgar al nacer se encontró que el 89,7% del total de recién nacidos de gestantes complicadas con RPMO presentaron un puntaje de apgar al nacer  $\geq 7$  (Cuadro 7). Neerhoff y col., así como Grisaru-Granovsky y col., encontraron que el 93% y 94,3% de los recién nacidos presentaron apgar al nacer mayor de 7 puntos<sup>(19 y 20)</sup>.

Teniendo en cuenta el buen resultado perinatal encontrado en el estudio entre ruptura prematura de membranas ovulares (RPMO) y la Prematuridad, podemos concluir que el Distrés Respiratorio no es un problema para iniciar el parto a partir de la 34 semana del embarazo.

## V. CONCLUSIONES

- No existe relación entre la ruptura prematura de membranas ovulares y la presencia del distrés respiratorio en recién nacidos de gestantes de 33 y 34 semanas.
- El 66,6 % de los recién nacidos de 33 semanas con distrés respiratorio en gestantes complicadas con ruptura prematura de membranas ovulares presentaron síndrome de membrana hialina y taquipnea transitoria del recién nacido.
- El 33,3 % de los recién nacidos de 34 semanas con distrés respiratorio en gestantes complicadas con ruptura prematura de membranas ovulares presentaron mala adaptación del recién nacido.
- El 72,2% y el 76,2% de los recién nacidos de 33 y 34 semanas respectivamente que no presentaron distrés respiratorio obtuvieron un mayor tiempo de latencia de la ruptura prematura de membranas (5-7 días).
- El 89,7% de los recién nacidos de gestantes de 33 y 34 semanas complicadas con ruptura prematura de membranas ovulares presentaron apgar al nacer, mayor o igual de 7 puntos.

## VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arias F. *Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo*. 2da edición. España: Mosby/Doyma Libros; 2000; 101-11.
2. Pérez A. *Obstetricia*. 3era edición. Santiago de Chile: Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda.; 2003; 659-79.
3. Pacheco J. *Ginecología y Obstetricia*. 1era edición. Lima: Mad Corp S.A.; 1999; 1101.
4. IEMP. "Información estadística: Consolidados". Oficina de Estadística e informática del IEMP.
5. Cuningham Gary. *Williams Obstetricia*. 21ª edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2002.
6. Decherney A., Nathan L. *Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and treatment*. 9na edición. Memphis: The McGraw Hill Companies Inc. 2003.
7. Crowley P. *Prophylactic corticosteroids for preterm delivery*. Cochrane Review. The Cochrane Library, issue 3, 2002.
8. Tanir HM, Sener T, Tekin N, Aksit A, Ardic N. *Preterm Premature rupture of membranes and neonatal outcome prior to 34 weeks of gestation*. Int J Gynaecol Obstet. 2003; 82(2):167-72.
9. Nelson LH, Anderson RL, O'Shea TM, Swain M. *Expectant management of preterm premature rupture of the membranes*. Am J Obstet Gynecol. 1994; 171(2):350-6.
10. Callen P. *Ecografía en Obstetricia y Ginecología*. 4ta edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2002.
11. Armitage, P, Berry, G. *Estadística para la Investigación Biomédica*. 3era edición. Barcelona: Harcourt Brace de España S.A.; 1997.
12. Mormontoy W. *Elaboración del Proyecto de investigación*. 2da edición. Lima: editorial CIMAGRAF S.R.L.; 1994.
13. Naef RW, Albert R, Weber B, Matin R. *Ruptura prematura de membranas en las 34 a 37 semanas: manejo activo versus conservador*. Am J Obstet Gynecol 1998.
14. Lieman JM, Brumfield CG, Carlo W, Ramsey PS. *Preterm premature rupture of membranes: is there an optimal gestational age for delivery?* 1: Obstet Gynecol. 2005; 105(1):12-7.
15. Steinfeld JD, Lenkoski C, Lerer T, Wax JR, Ingardia J. *Neonatal morbidity at 34-37 weeks: the role of ruptured membranes*. Obstet Gynecol. 1999 Jul; 94(1):120-3.
16. Robertson PA, Sniderman SH, Laros RK Jr, Cowan R, Heilbron D, Goldenberg RL, Iams JD, Creasy RK. *Neonatal morbidity according to gestational age and birth weight from five tertiary care centers in the United States, 1983 through 1986*. Am J Obstet Gynecol 166:1629-45.
17. Khasoggi TY. *Outcome of pregnancies with preterm premature rupture of membranes*. Obstet Gynecol, 2000.
18. Marshall JF, Vasilenko P. *Classification of prematurity by gestational age: a concept now mature*. Obstetrics and Gynecology 2002; 99(4 Suppl):855.
19. Neerhoff GM, Cravello C, Haney EI, Silver RK. *Timing of labor induction after premature rupture of membranes between 32 and 36 weeks' gestation*. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1999; 180(2):349-52.
20. Grisaru-Granovsky S, Eitan R, Kaplan M, Samueloff A. *Expectant management of midtrimester premature rupture of membranes: a plea for limits*. J Perinatol. 2003; 23(3):235-9.

## ANEXO 01

### RECOLECCION DE DATOS

#### RELACION ENTRE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS OVULARES EN GESTANTES DE 34 SEMANAS Y EL SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO EN RECIÉN NACIDOS

1. Nombre y apellidos Edad:  
Historia clínica: Fecha de Ingreso:  
Diagnóstico de emergencia:
  
2. Edad gestacional (Al momento del parto):  
33 semanas ( )                      34 semanas ( )  
Fecha y hora de ruptura prematura de membranas:  
Tiempo de latencia:
  
3. Corticoterapia: Completa ( )    Incompleta ( )  
Dexametasona ( )                      Betametasona ( )
  
4. Inicio del parto:  
Espontáneo: ( )                      Inducido: ( )
  
5. Fecha y hora del parto:
  
6. Recién nacido: Historia clínica:  
Edad gestacional por Capurro:  
Apgar: Peso: Sexo:  
Alojamiento conjunto inmediato: Si ( ) No ( )  
Distrés respiratorio: Si ( ) No ( )
  - Sepsis neonatal: Si ( ) No ( )
  - Asfíxia neonatal: Si ( ) No ( )
  - Muerte del recién nacido: Si ( ) No ( )