

TESIS DE ESPECIALIDAD EN:  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

TEMA:

"VALUACION DEL MANEJO  
CONSERVADOR DE LA RUPTURA  
PREMATURA DE MEMBRANAS FETALES".

+ DR. JORGE ANTONIO MAGAÑA.

++ DR. F. ALFONSO RIOS MONTIEL.



+ Médico Residente del Tercer año en el Hospital de Gineco-  
Obstetricia Núm. 4 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

++ Médico de Base del Hospital de Gineco-Obstetricia Núm. 4  
Coordinador de la Tesis.

*F. Rios Montiel*



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

#### INTRODUCCION:

Se considera que ha ocurrido una Ruptura Prematura de las Membranas Fetales (RPFM) si dichas estructuras se han desgarrado en cualquier momento antes de la iniciación del trabajo de parto.

Existen considerables controversias respecto a cuál sea el manejo óptimo del embarazo complicado por RPFM; especialmente en lo que se refiere a la conducta a seguir en las pacientes con una edad gestacional de 34 semanas ó menos. La elección a menudo cae entre el parto inmediato, a fin de evitar infecciones aunque con el riesgo potencial de una muerte neonatal debido a prematuridad, y la espera vigilante, en un intento por permitir que prosiga la maduración fetal. Este último método hace que se convierta en riesgo la posibilidad de que ocurra una corioamniotitis ó una infección fetal. (1)

#### ANTECEDENTES HISTORICOS.

La ruptura prematura de membranas es conocida desde los tiempos remotos. Las primeras referencias aparecen en el "Ipiassina Verba" de Sorano de Efeso; gran anatomista y médico Griego, que ha sido mencionado como el más grande Ginecólogo de la antigüedad, en donde se muestra un conocimiento de lo que es la Ruptura Prematura de Membranas similar al que se tiene actualmente.

Paul de Rogina (625-690) el último de los más renombrados Médicos Griegos enfatiza el hecho de que "Los partos laboriosos dependen de la Madre, el Feto ó las Secundinas". Reconociendo que el grosor de las membranas constituye uno de los factores más importantes en la producción de su ruptura; así como, establece que el líquido amniótico juega un papel importante en la progresión del Trabajo de Parto, y que cuando éste se evacua antes de tiempo, el feto sale con dificultad, debido a "Lo seco del medio" proponiendo en esos casos, el empleo de sustancias relajantes, para evitar una gran constricción sobre el producto.

En 1517, Rosslin atribuye las dificultades del parto en muchas ocasiones, a la Ruptura Prematura de Membranas Fetales; Gould y Pyle en el siglo pasado, revisan muchos casos de "Partos Secos", algunos de los cuales, resumidos a continuación:

Montgomery en 1857 reporta un embarazo complicado por una Hidrorrea amniótica de 68 días de evolución, obteniendo un producto viable el cual fallece poco después.

En 1807 se reporta un parto de una mujer después de 23 días que había presentado la ruptura de membranas; en 1875 se señala otro caso con una ruptura de 90 días de duración, y una ocurrida a los 6 meses de gestación, con retención del feto hasta el término del embarazo. Sin embargo, éstos autores no señalan el desarrollo de sepsis en estos embarazos, tan a menudo como era de esperar.

Valonta en el año de 1866, en base a un estudio clínico, enfatiza que el "parto seco" no representa ningún peligro ni obstáculo definitivo en la evolución del trabajo de parto, creencia aún arraigada en numerosas pacientes obstétricas.

En el presente siglo Stocckel en 1905, define la ruptura de las membranas fetales como aquella que ocurre durante el embarazo, antes de que se presente la actividad uterina. (2)

#### DEFINICION:

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia define la Ruptura Prematura de Membranas Fetales como aquella que se presenta antes del inicio de las contracciones uterinas regulares que van a producir la dilatación del cérvix. (2)

Según las normas de nuestro Hospital, se designa: Ruptura Prematura de las Membranas Oculares, a la salida del líquido amniótico por una solución de continuidad total y espontánea de las membranas ovulares, por lo menos dos horas antes de la iniciación del trabajo de parto. (3)

Uno de los problemas más graves que se presentan es la infección, ya sea por invasión ascendente de las bacterias habituales de la vagina o por exploraciones médicas tendientes a elaborar un diagnóstico integral.

#### MATERIAL Y METODO:

Se llevó a cabo un estudio prospectivo de 125 casos de pacientes con embarazo complicado con Ruptura Prematura de Membranas, escogidos al azar en el Hospital de Gineco-Obstetricia Mm. Cuatro

en el presente año (1979) del Instituto Mexicano del Seguro Social. Todos los casos fueron seguidos en forma prospectiva, habiéndose tomado en cuenta los siguientes parámetros:

- FACTORES PREDISPONENTES DE LA R.P.M.
- GESTAS.
- GRUPOS POR EDAD.
- EDAD EN SEMANAS DE EMBARAZO.
- PERIODO DE LATENCIA DE LA R.P.M.
- METODOS DE DIAGNOSTICO DE LA R.P.M.
- INFECCION ANTIOTICA.
- COMPLICACIONES OBSTETRICAS PRESENTES EN EL MOMENTO DE SU ADMISION AL HOSPITAL.
- INTERRUPCION DEL EMBARAZO Y TIPO DE PARTO.
- INDICACIONES DE LA OPERACION CESAREA.
- MORBILIDAD NEONATAL DE PRODUCTOS DE 125 PACIENTES CON R.P.M.
- MORBILIDAD MATERNA DURANTE EL PUERPERIO.
- PESO DEL PRODUCTO.
- MALFORMACIONES CONGENITAS.
- FRECUENCIA DE ANTIBIOTICOS.
- DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA.

La incidencia de la ruptura prematura de membranas se presenta de un 6 a un 12%, con un promedio de un 10%. (4)

La etiología de la Ruptura Prematura de Membranas Espontánea es desconocida. Sin embargo factores tales como: Insuficiencia Ístmico Cervical, placenta previa, preeclampsia, posiciones anormales del feto, polihidramnios, deficiencia en la consistencia de las membranas, aumento de la presión intraamniótica, variable elasticidad de las membranas, fenestración congénita ó adquirida, paridad y pesos de los productos. (5,6).

Otros autores fundan la incidencia de la RPM incrementada en madres con niveles plasmáticos de ácido ascórbico de menos de 0.20 mgrs. por 100 ml; y que procedían de medio socioeconómico bajo. (7).

De los 125 casos sólo 23 pacientes mostraron entidades clínicas que pudiesen ser asociadas como factores de la R.P.M. Ver Cuadro Núm. 1

FACTORES	NUM. DE PACIENTES.
Traumatismos	1
Tensión Intrauterina Aumentada	
Gemelos.	8
Incompetencia Istmo Cervical	5
Presentación Anómala	9
Ninguno	104

Factores Predisponentes Posibles Asociados con la (R.P.M.) en 125 pacientes. Cuadro 1.

Como factores predisponentes ó posibles se presentó 1 caso por traumatismo materno al sufrir una caída. Ocho casos de embarazos gemelares en los que se consideró la tensión intrauterina aumentada. La incompetencia istmo cervical se consideraron pacientes con antecedentes de aborto habitual ó partos prematuros habiéndose presentado en 5 casos; la presentación anómala tales como situación transversa ó presentación pélvica se presentó en 9 casos y finalmente en 104 casos no se detectó ningún factor posible.

Al elaborarse el presente trabajo nos nace con cierta inquietud de preguntarnos: ¿Que función tiene el líquido Amniótico?.- Primero se consideró la función del L.A. como un mecanismo para proteger al feto de traumatismos difundiéndole los impactos, además de lubricar al feto y a las membranas. Investigaciones posteriores han progresado en el conocimiento de las funciones metabólicas y en la aplicación clínica de éste. Por técnicas de isótopos se ha comprobado que existe un total recambio en un período de 3 hrs. Se sabe que el L.A. proviene de trasudado de la placenta, membranas fetales, así como directamente de la orina fetal junto con las secreciones traqueobronquiales y de la piel del feto. Hutchinson sugiere la posibilidad de que el recambio aumente por sí solo la cantidad de agua y Fryebard demostró que el feto deglute 500 ccs. aprox. al día.

Volumen de líquido Amniótico.- Se ha visto que de la semana 11 a 15 el incremento es de 25 ml. al día, así progresivamente hasta la semana 38 en que el volumen es aproximadamente de 1000 mls, descendiendo en forma importante a partir de la semana 40, encontrándose que en la semana 43 existen hasta 100 mls. En el Síndrome de insuficiencia placentaria esta cantidad disminuye, así como en los embarazos prolongados. (8)

#### NUM. DE GESTAS:

En otros estudios efectuados se ha encontrado más frecuentemente la RPM en pacientes grandes multiparas, suponen que en éstas pacientes condiciones cervicales y vaginales que pueden predisponer la aparición de la RPM. Sin embargo en las pacientes grandes multiparas actualmente tienden a ser cada vez menos frecuentes como resultado de las campañas llevadas a cabo por las Instituciones del Sector Salud en favor de la Planificación familiar.

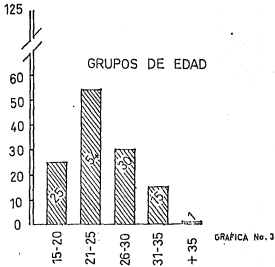
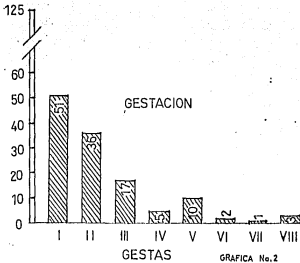
En nuestro estudio realizado en 125 pacientes encontramos 51 casos de pacientes primigestas y 36 secundigestas, en que la incidencia fué mayor, con tendencia a disminuir en las grandes multiparas. Siendo 17 casos en III Gestas, 5 en IV Gestas, 10 en V Gestas, 2 en VI Gestas, 1 en VII Gestas y 3 casos en VIII Gestas que fué la Gesta más alta encontrada. Ver Gráfica No. 2

#### GRUPOS POR EDAD:

En los grupos por edad encontramos en pacientes de 15 a 20 años 25 casos, de 21 a 25 años 54 casos, que fué en éstas la mayor incidencia, de 26 a 30 años 30 casos, de 31 a 35 años 15 casos y finalmente 1 sólo caso en paciente mayor de 35 años. Ver Gráfica No. 3

#### EDAD EN SEMANAS DE EMPARAZO:

Afortunadamente el mayor porcentaje de rupturas prematuras de membranas se presentan en embarazos de 36 semanas ó mas. Se presentaron 70 casos entre la semana 36 a la 40, representando un 56%, de la semana 31 a 35, 31 casos siendo un 24.8%, 15 casos de 20 a 30 semanas correspondiendo un 12% y 9 casos en más de 40 semanas ó sea 7.2% Ver Cuadro No. 4





EDAD EN SEMANAS DEL EMBARAZO

EDAD EN SEMANAS	No. DE CASOS	%
20 a 30 semanas	15	12 %
31 a 35 semanas	31	24,8 %
36 a 40 semanas	70	56,0 %
Mas de 40	9	7,2 %

CUADRO No. 4

PERIODO DE LATENCIA

TIEMPO TRANSCURRIDO	No. DE CASOS.	%
MENOS DE 12 HS	26	20,8 %
DE 13 A 24 HS.	27	21,6 %
DE 25 A 48 HS	49	39,2 %
DE 49 A 72 HS	14	11,2 %
DE 4 A 10 DIAS	6	4,8 %
DE 11 A 30 DIAS	3	2,4 %

CUADRO No. 5

#### PERIODO DE LATENCIA:

El tiempo transcurrido entre la salida del líquido amniótico por ruptura de membranas y el inicio del trabajo de parto es muy variable. Se considera que la mayor parte de los partos ocurren dentro de las primeras 48 horas; de tal manera que ciertos autores encuentran que el parto se verifica en un 90% dentro de las primeras 24 hrs. En nuestros casos se presentó el parto dentro de las primeras 48 hrs en un 81.6%, que correspondieron a 102 casos. De 49 a 72 hrs en 14 casos con un 11.2%; de 4 a 10 días 6 casos con 4.8% y por último en 3 casos con 2.4% de 11 a 30 días. Ver Cuadro No. 5 De tal manera que la incidencia en grandes grupos de población no difiere o varía significativamente como en grandes estudios estadísticos efectuados. (4)

#### MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO DE LA RPM:

El método de diagnóstico más empleado fue el clínico, en contrando 110 casos de las 125 pacientes, representando a un 88%; de los cuales en 26 casos en que existía duda, se corroboró por medio de cristalografías, correspondiendo a un 20.8%. En los demás casos al no existir duda diagnóstica y ser evidente la salida del líquido amniótico no se empleó obviamente otro método. Sólo en 1 caso se efectuó el diagnóstico por medio del Azul de Metileno, correspondiendo a un 0.8%. Langrader (9) en el año 1958 describe un método utilizando azul de metileno para identificar las células escamosas fetales afirmando que las "células escamosas claras" se observan sólo en el líquido amniótico y probablemente en la piel del feto, sin embargo no se ha reportado una diferencia notable entre las células vaginales nucleadas y las células fetales amuceladas. Cuadro No. 6

#### DIFERENCIA AMNIOTICA:

El diagnóstico de infección amniótica fue basado en los siguientes factores: a) RPM, b) Hipertermia igual o mayor de 38°C c) La ausencia de cualquier otro factor causante de la fiebre incluyendo deshidratación y d) Hallazgo al efectuarse la revisión de cavidad uterina de hipertermia. En el Cuadro No. 7 se observa que el mayor porcentaje de infección amniótica ocurrió con RPM de más de 24 hrs.

### METODOS DE DIAGNOSTICO DE \*RPMF.

METODO	No. DE CASOS	%	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.*
CLINICO	110	88 %	
CRISTALOGRAFIAS	26	20.8 %	
AZUL DE METILENO	1	0.8 %	

CUADRO No. 6

### INFECCION AMNIOTICA.

TIEMPO DE LATENCIA	No DE CASOS	%
MENOS DE 12 HS	8	15.38 %
DE 13 A 24 HS	10	19.23 %
DE 25 A 48 HS	19	36.53 %
DE 49 A 72 HS	5	9.61 %
MAS DE 72 HS	10	19.23 %

CUADRO No. 7

Es importante hacer notar que en algunas pacientes la infección amniótica se encontraba presente ya de antemano al ser admitidas al Hospital.

#### COMPLICACIONES OBSTETRICAS PRESENTES EN EL MOMENTO DE SU ADMISION AL HOSPITAL:

La complicación más frecuentemente observada fue lógicamente la infección corioamniótica en 30 casos correspondiendo a un 24%. En Segundo lugar se presentó el Sufrimiento Fetal Agudo en 7 casos, (5.6%); en tercer lugar D.P.P.N.I. y Placenta previa ambos con 3 casos (2.4%) respectivamente. Un Obito fetal y otro con precidencia de alguna extremidad correspondiendo a un 0.8%. Cuadro No. 8

#### INTERUPCION DEL EMBARAZO Y TIPO DE PARTO:

En 85 casos de los 125 se resolvió por vía vaginal, correspondiendo a un 68%, de los cuales 12 casos por diferentes causas obstétricas se aplicó Fórceps; 7 Gemelares, 7 Pélvicos. Fueron estimulados con Oxitocina 48 casos; se interrumpió el embarazo por vía abdominal por Operación Cesárea en 30 casos. Confirmando lo ya dicho anteriormente que la mayoría de los casos fue resuelto por vía vaginal - dentro de las primeras 24 a 48 hrs. Gráfica No. 9

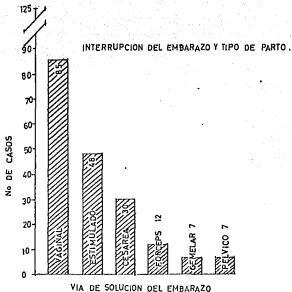
#### OPERACION CESARREA; INDICACIONES:

Analizando las indicaciones de las Cesáreas practicadas en este estudio. Cuadro No. 10, se presentaron 12 casos etiquetados como Malas condiciones cervicales, tomando en cuenta la edad del embarazo y el período de latencia de la RPM así como la madurez cervical. Representando un 9.6%, En 8 casos indicada por Infección Corioamniótica ya sea con datos de infección incipiente o ya establecida (6.4%). Presentación Pélvica en 7 casos (5.6%). Desproporción Cefalopélvica en 6 casos (4.8%); Prematuros 4 casos (3.2%); Inserción baja de placenta en 3 casos (2.4%); Cesárea Iterativa en 2 casos (1.6%). Un caso de D.P.P.N.I. así como otro de Sufrimiento Fetal Agudo (0.8%). Siendo el Total de Cesáreas de 30, de las cuales algunas presentaron más de una indicación.

COMPLICACIONES OBSTETRICAS PRESENTES  
EN EL MOMENTO DE SU ADMISION AL HOSPITAL.

PROCIDENCIA DE MANO O PIE	1	0.8%
INFECCION CORIOAMNIOTICA	30	24%
OBITO FETAL	1	0.8%
SUFRIMIENTO FETAL	7	5.6%
PLACENTA PREVIA	3	2.4%
D.P.P.N.J.	3	2.4%
COMPLICACION	CASOS	%

CUADRO No.8



GRAFICA No.9

OPERACION CESAREA INDICACIONES.

INDICACION	No DE CASOS	%
DESPROPORCION CEFALOPELYICA	6	4.8%
CESAREA ITERATIVA	2	1.6%
SITUACION TRANSVERSA	3	2.4%
PRESENTACION PELVICA	7	5.6%
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	1	0.8%
D. P. P. N. I.	1	0.8%
INSERCIÓN BAJA DE PLACENTA	3	2.4%
INFECCION CORIOAMNIOTICA	8	6.4%
MALAS CONDICIONES CERVICALES	12	9.6%
PREMATUREZ	4	3.2%
GEMELAR, TOXEMIA; OTRAS.	4	3.2%

TOTAL DE CESAREAS 30 DE LAS CUALES ALGUNAS  
TUVIERON MAS DE 1 INDICACION.

CUADRO No. 10

#### MORBILIDAD NEONATAL DE PRODUCTOS DE 125 PACIENTES CON RPM:

La complicación más frecuente encontrada fué el de Síndrome de Sufriente respiratorio en 36 casos, correspondiendo a un 28.8 %. En 21 casos se presentó enteritis, (16.8%) aislándose en la mayoría de ellos E. Coli. Septicemia en 6 casos; mortinatos también en 6 casos (4.8%) respectivamente; Ictericia en 14 Casos; desapareciendo en todos ellos espontáneamente ó bien con Fototerapia (11.2%). Y dos casos de Infección de Vías Urinarias.

En los 36 casos de S.S.R. tuvo que verse implicado la prematuridad de los productos; y por lo tanto la falta de madurez pulmonar; así como la aspiración masiva de líquido amniótico. Cuadro No. 11

#### MORBILIDAD MATERNA DURANTE EL PUERPERIO:

La morbilidad materna se vé aumentada sobre todo en pacientes con RPM. mayor de 48 horas; en el cuadro No. 12 se enumeran el tipo de complicaciones ocurridas durante el puerperio en pacientes con ruptura prematura de membranas. Se encontraron 11 casos de Endometritis (8.8%); 3 casos de dehiscencia de pared abdominal postcesárea (2.4%); 2 casos de dehiscencia de Histerorrafia (1.6%) las cuales terminaron en Histerectomía Abdominal; un caso de distensión abdominal aguda importante resuelto por los medios habituales; y otros 3 casos no relacionados con el antecedente de la ruptura prematura de membranas, tales como 1 caso de Púrpura Trombocitopénica, 1 caso de Flebitis de miembros inferiores y 1 caso de Hemorroides externas acentuadas. No se presentaron muertes maternas en el presente estudio.

#### PESO DEL PRODUCTO:

En el 40.14 % los productos presentaron un peso al nacer por arriba de 2,500 Kgrs. siendo 53 casos. De 1501 a 2000 Kgrs 30 casos correspondiendo el 22.72%, de 1001 a 1500 13 casos (9.84%) y con menos de 1000 grs. 5 casos. Siendo importante en la morbilidad la prematuridad, teniendo como consecuencia inmadurez pulmonar. Cuadro No. 13

#### MALFORMACIONES CONGENITAS:

La incidencia de malformaciones congénitas fué de un 4% habiéndose presentado 3 casos de Hidrocefalia, 1 de Anencefalia y 1 de Luxación congénita de Cadera. Ver Cuadro No. 14

MORBILIDAD NEONATAL EN 125 PACIENTES CON RPM.

GRUPO	No DE CASOS	%
SINDROME DE SUFRIMIENTO RESPIRATORIO	36	28.8%
INFECCION DE VIAS URINARIAS	2	1.6%
SEPTICEMIA	6	4.8%
MORTINATO	6	4.8%
ENTERITIS	21	16.8%
ICTERICIA	14	11.2%
TOTAL	85	68%

CUADRO No. 11

MORBILIDAD MATERNA DURANTE EL PUERPERIO

COMPLICACIONES	No DE CASOS	%
ENDOMETRITIS	11	8.8%
DEHICENCIA DE PARED ABDOMINAL	3	2.4%
DEHICENCIA DE HISTERORRAFIA	2	1.6%
DISTENSION ABDOMINAL AGUDA	1	0.8%
PURPURA TROMBOCITOPENICA	1	0.8%
FLEBITIS	1	0.8%
HEMORROIDES EXTERNAS ACENTUADAS	1	0.8%
OTRAS.	3	2.4%

CUADRO No. 12



PESO DEL PRODUCTO.

PESO	No DE CASOS	%
MENOS DE 1000 gr	6	3.78%
1001 a 1500 gr	13	9.84%
1501 a 2000 gr	30	22.72%
2001 a 2500 gr	31	23.48%
2501 a 3000 gr	28	21.21%
3001 a 3500 gr	20	15.15%
3501 a 4000 gr	5	3.78%

CUADRO No. 13

MALFORMACIONES CONGENITAS

TIPO DE MALFORMACION	No. DE CASOS
HIDROCEFALIA	3
ANENCEFALIA	1
LUXACION CONGENITA DE CADERA	1

CUADRO No 14

#### FRECUENCIA DE ANTIBIOTICOS:

En cuanto a la frecuencia de antibióticos indicados en las pacientes de nuestro estudio; se utilizó Ampicilina en 67 casos, siendo éste el más frecuentemente empleado, correspondiendo a un 73,62%. En 2o. lugar se utilizó la Fenicolina en 8 casos; Kanamicina en 5 casos, Cloranfenicol en 4 casos, Gentamicina en 3; Colimicina en 2 y finalmente la Clindamicina y el Metronidazol ambos con 1 caso c/u. Tomándose en cuenta que el germen más frecuente en nuestro medio es la E. Coli. En algunos centros hospitalarios se emplea profilácticamente la Ampicilina por estar libre de efectos colaterales en el niño; así como por su efectividad contra los gérmenes patógenos del tracto genital, cruza la barrera placentaria, apareciendo éste en el cordón umbilical y líquido amniótico. Aunque la Ampicilina se absorbe bien en el tracto gastrointestinal, esto puede no ocurrir en el Trabajo de Parto, sobre todo si se presenta el vómito. En algunos casos se utilizó más de 1 ó 2 antibióticos. Ver Gráfica No. 15

Se considera efectivo un nivel de 5 mcg/ml del antibiótico (Ampicilina) para que sean destruidos la mayor parte de los patógenos. Siendo la eficacia de la ampicilina relacionada con los organismos encontrados y su sensibilidad. McCallum en un estudio sobre los tipos de bacterias presentes en las pacientes de RPK; encontró E. Coli Estreptococo Fecalis y E. Protous; estreptococo viridans, Hemolítico anaeróbico, así como estafilococo dorado. Robinson encontró que niveles de 5 mcg/ml de ampicilina es efectivo contra E. Protous y E. Coli; contra todas las cepas de Estreptococos y Estafilococos piógenos, y aún en concentraciones inferiores son efectivas vs. Protous Vulgaris, y la Mayor parte de las Cepas de E. Coli.

Sin embargo en el embarazo hay factores que pueden alterar los niveles séricos de éste Antibiótico: A) Tasa de excreción por el riñón, B) Metabolismo Hepático, C) Porcentaje del Antibiótico ligado con el Suero y D) Tasa de difusión en los tejidos, durante el embarazo, estando incrementada en un 50% la tasa de filtración glomerular y el flujo plasmático renal en un 25%, lo que puede condicio-

nar la rápida eliminación de la droga de los niveles circulantes.  
(10).

#### DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA:

Indudablemente que la permanencia prolongada de días cama de hospital se vió favorecida por el tiempo ó período de latencia de ruptura de membranas, ó el tipo y grado de complicación puerperal. En nuestro estudio vemos que el mayor porcentaje fué de 33.6 %, en 42 pacientes fué de 2 días cama hospital; descendiendo progresivamente el número de pacientes, con el número de días, así vemos que en 32 pacientes la permanencia hospitalaria fué de 3 días, representando un 25.6%; 4 días en 12 pacientes (9.6%) 5 días en 16 pacientes (12.3%), 6 días en 6 pacientes (4.8%); 7 días en 7 pacientes (5.6%), 8 días en 2 pacientes (1.6%) y finalmente más de 8 días en 6 pacientes (6.4%). Ver Cuadro No. 16

Hay que tomar en cuenta que a las pacientes que se les practicó Operación Cesárea, el número de días promedio normalmente son de 4 a 5 días.

#### CONCLUSIONES:

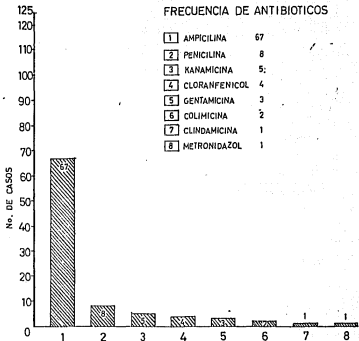
1.- Se vió en el presente estudio que la conducta expectante en la RPM no aumenta gradualmente la morbilidad perinatal. Aunque puede parecer conveniente inducir el parto en muchos casos; sin embargo el manejo agresivo en ausencia de infección no debe efectuarse; puesto que el riesgo de prematuridad sobrepasa al riesgo de la infección.

2.- La mayoría de los casos de ruptura prematura de membranas ocurre en la mitad del segundo trimestre del embarazo, y el parto prematuro ocurre en la mitad aproximadamente del tercer trimestre.

3.- El embarazo con RPM se incrementa el riesgo de morbi-mortalidad materno-fetal, en contra de éste último.

4.- El uso de antibióticos disminuyen la mortalidad perinatal y otros niegan tal efecto, siendo de mayor importancia mantener estéril la región genital.

5.- La amniotitis sintomática puede causar sepsis en el producto en el período neonatal.



GRAFICA No. 15

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

No DE DIAS	No PACIENTES	%
2	42	33.6%
3	32	25.6%
4	12	9.6%
5	16	12.8%
6	6	4.8%
7	7	5.6%
8	2	1.6%
>8	8	6.4%

DIAS DE ESTANCIA HOSPITAL

CUADRO No.16

6.- El Obstetra se vé obligado a inducir el parto por los siguientes factores: Riesgo de infección, pobre pronóstico para el producto y el estado de alarma de la paciente por hospitalización prolongada.

7.- Que la RPM no está relacionada con la edad de la paciente, el número de partos anteriores, la duración del embarazo, ni la posición del feto. Además no se encontró ninguna causa aparente en 104 casos.

8.- Los estudios que utilizan el índice de lecitina/esfingomielina (L/S) del líquido amniótico han demostrado que, en la gran mayoría de los casos de embarazos, la madurez bioquímica del pulmón fetal se alcanza aproximadamente a las 35 semanas de gestación. Un notable aumento de la producción de lecitina ocurre a las 34-35 semanas, mientras que la concentración de esfingomielina permanece estable o posiblemente decae. (1)

9.- A pesar de los importantes avances alcanzados en la atención neonatal, así como en el manejo de los productos con Síndrome de Suficiencia Respiratoria, un buen número de recién nacidos pueden presentar secuelas residuales, neurológicas e intelectuales, así como enfermedad pulmonar crónica.

10.- Por otro lado la RPM coloca a los productos bajo stress siendo este tipo de tensión intrauterina la que podría ser responsable de una producción aumentada de glucocorticoides, favoreciendo la maduración pulmonar, afirmandose que existe un aumento de las inmunoglobulinas producidas por el feto cuando ocurre infección. (1)

11.- Un enfoque prudente para prevenir infecciones, es el de restringir el número de exploraciones vaginales y acortar la duración de la RPM, una vez que el embarazo sea superior a 34 semanas, siendo la conducta apropiada la de terminar el embarazo dentro de las primeras 24 horas.

12.- Si el parto no se ha llevado a cabo mediante la estimulación de oxitocina, dentro de las 24 horas subsiguientes a la RPM deberá considerarse seriamente el extraer el producto por -

Operación Cesárea. Al contrario, para las pacientes cuya edad gestacional sea inferior a 34 semanas, la vigilancia continua, sin manipulación vaginal, tiene mayores probabilidades de beneficiar al feto prematuro que los pasos encaminados a efectuar su extracción. (11, 1).

BIBLIOGRAFÍAS :

- 1.- Fayer, A Jamil.: et al.: Manejo de la Ruptura Prematura de Membranas. Ginecoobstetricia de Postgrado. Vol 4 No. 3. Marzo de 1979
- 2.- Wulfovich, B. M.: Ruptura Prematura de Membranas Fetales, Va lornación de Métodos Diagnósticos. Tesis de Maestría. 618. 53 W 962, 1971
- 3.- Normas de Obstetricia. Departamento de Enseñanza; Hospital - de Ginecoobstetricia No. Uno. I.M.S.S. 1977
- 4.- Hobb, G.A.: Maternal death associated with premature rupture of membranes. Am. J. Obst. Gynco. 98 594- 601, 1967
- 5.- Webster. A.: Management of premature rupture of the fetal - membranes. Obst. Gynco. Surv. 24: 485, 1969
- 6.- Gunn, G.C. MD.; Mitchell, A.R. Jr. MD.; Horton, D.G. M.D.: Premature rupture of the fetal membranes. Am. J. Obstet. Gyncool. 106: 469- 483, 1970
- 7.- Wideman, G.L.; Baird, G.H.; Bolding. O.T.: Ascorbic acid de- ficiency and premature rupture of fetal membranes. Am. J. Obg<sup>u</sup> tet. Gyncool. 88: 592, 1964
- 8.- Ostergard, D.R.: The Physiology and clinical importance amniotic fluid a review. Obstet. and Gyncool. Surv. 25: 297- 319, 1970
- 9.- Langrodor, W: Der Blasensprungschweis und seine probleme. Gynaecologia 145: 257, 1958
- 10.- Still, M.R.: Prophylactic Ampicillin in the control of intra uterine infection. J. Obstet. Gynco. Pr. Gwlth, 74: 412- 418 1967
- 11.- Groderson. E. MD.: Extramembranous pregnancy with amniorrheoa Acta Gyncool. Scand. 55: 60- 71, 1976