

11217
205

201



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios Superiores

Luc

TIEMPO DE COLONIZACION, CAMBIOS ANATOMOPATOLOGICOS Y
CORRELACION CLINICA SALPINGIANA EN LA RUPTURA PREMATURA
DE MEMBRANAS

T E S I S

Que para obtener el título en la especialidad de
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

p r e s e n t a

DR. JOSE EVERARDO VALENZUELA CISNEROS



Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3
Centro Médico "La Raza"
IMSS

México, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1988



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.

CONTENIDO

	Pág.
I INTRODUCCION	1
II MATERIAL Y METODOS	8
III RESULTADOS	11
IV COMENTARIOS	19
V RESUMEN	24
VI CONCLUSIONES	27
VII BIBLIOGRAFIA	28

I.- INTRODUCCION.-

La ruptura prematura de membranas, fue descrita en 1905 por Stoeckel - como: "aquella que ocurre previamente al inicio del trabajo de parto". de finición vigente hasta nuestros días (8) (11).

De acuerdo con estudios recientes, la ruptura prematura de membranas - se presenta con una frecuencia de 4.5 a 7.6 % de todos los partos. Aun- que Gunn y colaboradores reunieron la incidencia de estudios anteriores - con unos límites del 2.7 al 17 % con un promedio del 10 % (5). En nuestro hospital varía de 3.4 a 15.8 % con un promedio de 9 %.

ETIOLOGIA.

La etiología de la ruptura prematura de membranas (RPM), no es bien conocida, sin embargo un número creciente de datos experimentales y clínicos inculpa directa o indirectamente a la infección genital como causa principal (8) (15) (16), algunas otras circunstancias se asocian con la RPM. Pacientes con incompetencia cervical, polihidramnios, gestaciones múltiples, así como fumadoras, también se ha asociado el cdito reciente con la corioamnioitis histológica y la RPM. (15) (16).

Recientemente la RPM se ha asociado factores dietéticos nutricionales. (16).

Es evidente que no existe una causa única de RPM y sea cual sea el mecanismo inicial, el resultado final es el adelgazamiento y degeneración del corion y amnios, produciendo un defecto local incapáz de resistir las tensiones relacionadas con el embarazo.

DIAGNOSTICO

Dentro de los métodos diagnósticos de la RPM, se utilizan por su simplicidad y exactitud: La observación directa de pérdida líquida transvaginal o transcervical mediante exploración armada, pudiendo emplearse la maniobra de Ternier.

Otros métodos son: La detección del patrón de cristalización y la determinación del pH vaginal, utilizándose el test de papel de nitracina para el pH, más alcalino del líquido amniótico en comparación al pH más ácido de las secreciones vaginales, sin embargo, se pueden tener resultados falsos positivos por alteraciones del pH en la cervicitis o en la presencia de semen, orina alcalina o sangre de la vagina. (6) (9) (20) (23).

La detección del patrón de cristalización, da falsos positivos por exceso en el moco cervical y da falsos negativos por sangre, meconio o grandes cantidades de desecación vaginal. Su exactitud, sin embargo, es del rango del 93 al 96 %.

En casos dudosos se ha recurrido a pruebas bioquímicas (actividad de diamino oxidasa y detección de glucosa y fructosa), así como pruebas histoquímicas. (23)

En 1970, Atlay y Sutherst diagnosticaron la RPM inyectando un contraste azul de Evans intraamnióticamente y observando después la progresión del medio de contraste, a través del cérvix. Otro medio de contraste utilizado, es el azul de metileno, observándose efectos indeseables en el —

producto (hemólisis neonatal o hiperbilirrubinemia marcada) (5), por lo que se ha tendido a abandonar este medio de contraste. Incluso en los ca sos en que el diagnóstico de RPM no está claro, la inyección de contraste intraamniótico tiene bastantes contraindicaciones. Primero, la amniocentesis acarrea un riesgo de trauma e infección. Segundo, que puede producir un resultado falso positivo por la filtración de la tinción extraovular. Tercero, si las membranas no están rotas, la amniocentesis puede — conducir a la RPM. Cuarto, el contraste puede afectar al feto, además — las pacientes con grietas pequeñas o transitorias, pueden no tener el mis mo riesgo de complicaciones que las de una RPM franca, el diagnóstico esta blecido por estas técnicas invasivas, puede no alterar el tratamiento. — (5). Actualmente en nuestro Hospital, se está utilizando el Ultrasono-nograma para el diagnóstico de RPM, pero no es un método exacto, sobre to do si la pérdida de líquido amniótico es poca.

JUSTIFICACION

Debido al tipo de pacientes de alto riesgo, que es atendido en nuestro Hospital de Tercer Nivel, un gran número de éstas requieren de un método de esterilización, tanto voluntaria como por indicaciones médicas.

La esterilización, acompañando a una cesárea representa una oportunidad. La esterilización post-parto deberá realizarse en las mejores condiciones, en las primeras 24 horas posterior al alumbramiento.

La salpingoclasia post-parto y transcesárea son dos de los métodos quirúrgicos de control definitivo de la fertilidad, más ampliamente utilizados por su fácil realización y baja morbilidad, sin embargo existen ciertos factores que pueden considerarse dentro de un rango potencial de morbilidad como lo son: la RPM, antecedentes de infección o infestación genital durante la gestación, la revisión de la cavidad uterina post-parto -- por retención de restos placentarios, por alteraciones de la contractilidad uterina, por partos fortuitos que pudieran de un modo u otro, alterar el transcurso post-operatorio normal.

Varios de estos factores se encuentran frecuentemente en nuestras pacientes, que en su mayor parte, provienen de un medio socioeconómico y cultural medio bajo y bajo, teniendo un riesgo reproductivo elevado.

La infección de la cavidad amniótica, después de la RPM, ya sea espontánea o artificial, ocurre por la contaminación directa a través del orificio cervical, generalmente en forma ascendente. (21) (1) (4) existiendo

otras vías de contaminación, como son: la hematogena, a través de las trompas de Falopio en forma descendente.

Algunos estudios correlacionan las alteraciones histológicas de salpingitis, con cultivos bacterianos positivos, sin embargo, la morbilidad - postoperatoria no parece estar correlacionada, esto en pacientes con menos de 24 horas de FPM. (12) (17).

Todos los factores anteriormente descritos, son de suma importancia, - ya que son causa conocida de diseminación de flora bacteriana habitual y no habitual en el tracto genital femenino, lo cual ha condicionado que no se efectúen los procedimientos de esterilización en estas pacientes, sin embargo, no conocemos el tiempo en que ocurre la colonización bacteriana en las salpinges y el tiempo en que se presentan los cambios histológicos de infección e inflamación en ellas y la correlación, motivo por el cual nace la inquietud del presente trabajo.

OBJETIVO

El presente estudio pretende determinar el lapso de tiempo entre RPM y la colonización bacteriana por gérmenes aerobios, anaerobios y hongos a nivel de salpinges, así como los cambios histopatológicos a este nivel, y tratar de establecer una correlación clínica, para determinar parámetros de seguridad tendientes a prevenir la morbilidad infecciosa puerperal en aquellas pacientes que desean salpingoclasia post-parto o transcesárea como método de control definitivo de la fertilidad. Considerando que se pueden realizar estos procedimientos quirúrgicos en pacientes que tienen el antecedente de RPM, de más de 6 horas y que se les ha manejado con antibióticos en forma profiláctica.

II.- MATERIAL Y METODOS.-

Se estudiaron 45 pacientes que voluntariamente solicitaron oclusión tubaria bilateral como método definitivo de planificación familiar, en el lapso de tiempo comprendido de julio de 1987 a enero de 1988, en la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 del Centro Médico La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se incluyeron 30 pacientes con R.P.M. que no presentaron datos clínicos de amniotitis, con una evolución de la misma que oscilo de 6 a más de 24 horas y 15 pacientes como grupo control, en las cuales no hubo R.P.M. distribuyendose las 45 pacientes, en 3 grupos de 15 cada uno en la forma siguiente:

GRUPO I 15 pacientes a las que se les efectuó oclusión tubaria bilateral transcesárea o post-parto, sin antecedente de R.P.M.

GRUPO II 15 pacientes con antecedente de R.P.M. de 6 a 24 horas, a las que se les efectuó oclusión tubaria bilateral transcesárea.

GRUPO III 15 pacientes con antecedente de R.P.M. de más de 24 horas a las que se les efectuó oclusión tubaria bilateral transcesárea.

Se excluyeron aquéllas pacientes que manifestaron datos clínicos de amniotitis como lo son: Fiebre mayorde 38°C, aumento de la temperatura local genital, fetidez de líquido amniótico, taquicardia mayor de 100 por minu-

to.

El diagnóstico de R.P.M., se realizó por los datos arrojados al interrogatorio de las pacientes y en forma clínica, cuando la exploración directa, ayudándose de la maniobra de Turner, se encontró la salida franca de líquido amniótico transcervical.

Cuando hubo duda de la R.P.M. a la exploración clínica, se utilizó la cristalografía para corroborarla.

El procedimiento quirúrgico de oclusión tubaria, fué la salpingoclasia bilateral tipo Pomeroy modificada.

Una vóz obtenidos los fragmentos tubarios, se procedió a cortarlos en 2 porciones, para cada uno de los fragmentos, todo esto, con una técnica estéril. Una porción de cada trompa fué depositada en un medio de transporte comercial (Trans-Cul), y se envió inmediatamente al laboratorio de Microbiología del propio hospital.

En el laboratorio de microbiología, se tomó una muestra para extendido directo, con tinción de Gram y el resto de la muestra, se sembró en medios de cultivo específicos.

Si la muestra fué tomada en el transcurso de la mañana, el espécimen - fué sembrado de inmediato, si fué tomada por la tarde o por la noche, la muestra permaneció en refrigeración hasta la mañana siguiente.

Los medios de cultivo específicos fueron: Agar Sangre, Agar Chocolate, Agar GC, Manital, E.M.B., Thayer Martin y Biggy para microorganismos aerobios. Para los anaerobios: Hemina mena diona, Bilis de Buey, Tinglicolato, éste último en el que se desarrollan también aerobios y hongos.

En el laboratorio, el Trans-Cul fué inoculado en cada uno de los medios selectivos. Los medios de aerobios se incubaron a 37°C, por espacio de - 24 horas y los anaerobios, a la misma temperatura, por 48 horas en Jarra Gaspak con atmosfera de anaerobios.

Los cultivos positivos fueron identificados, de acuerdo a la característica morfológica de cada colonia.

La porción sobrante de cada salpinge, no utilizada para estudio bacteriológico, fué depositada en un frasco con formal y enviada al Servicio de Patología, para investigar alteraciones de tipo inflamatorio al microscopio de luz.

Es estudio fué hecho en forma prospectiva, siendo llevada a cabo, por medio del método doble ciego, es decir, ni el patólogo ni el microbiólogo conocían los resultados uno del otro.

Los medios de cultivo para anaerobios, fueron proporcionados por el departamento de Microbiología del Hospital General del Centro Médico La Raza.

III.- RESULTADOS .-

- 1) Se estudiarán 45 pacientes los cuales se distribuyeron en tres grupos según el tiempo de RPM, teniendo un grupo control.
- 2) La edad de las pacientes varió de 18 a 39 años con una media de 26 años.

GRUPO	TIEMPO . DE R P M	No. PAC
I	GRUPO CONTROL SIN RPM	15
II	DE 6 A 24 HORAS	15
III	DE MAS DE 24 HORAS	15
T O T A L		45

- 3) El número de gestaciones de las pacientes estudiadas fue de un mínimo de 2 a un máximo de 5, con una media de 3.28

GRUPO	GESTACION MINIMA	MAXIMA	MEDIA
I	2	5	3.13
II	1	6	3.40
III	2	6	3.33

- 4) La paridad de las pacientes estudiadas varió de 0 a 4 con media de 2.93

GRUPO	PARIDAD MINIMA	MAXIMA	MEDIA
I	1	3	2.6
II	1	3	2.7
III	0	4	3.5

5) El número de abortos de las pacientes estudiadas varió de 0 a 2 con una media de 0.53

GRUPO	MINIMO	MAXIMO	MEDIA
I	0	1	0.4
II	0	2	0.9
III	0	1	0.3

6) El número de cesáreas fue de 1 a 3 con una media de 2.26

GRUPO	MINIMO	MAXIMO	MEDIA
I	1	3	2.4
II	1	3	2.8
III	1	2	1.6

5) El número de abortos de las pacientes estudiadas varió de 0 a 2 con una media de 0.53

GRUPO	MINIMO	MAXIMO	MEDIA
I	0	1	0.4
II	0	2	0.9
III	0	1	0.3

6) El número de cesáreas fué de 1 a 3 con una media de 2.26

GRUPO	MINIMO	MAXIMO	MEDIA
I	1	3	2.4
II	1	3	2.8
III	1	2	1.6

7) El tiempo de duración de R P M .

GRUPO	MINIMO	MAXIMO	MEDIA
I	-	-	-
II	8	23	16.26
III	25	36	28.53

8) El número de exploraciones vaginales .

GRUPO	MINIMO	MAXIMO	MEDIA
I	1	3	1.8
II	2	5	2.1
III	1	6	2.93

9) Evolución puerperal .

GRUPO	E V O L U C I O N
I	NORMAL .
II	I CASO DECIDUOMIOMETRITIS (6.6%)
III	II CASOS DECIDUOMIOMETRITIS (13.3%)

10) Uso de antimicrobianos.

GRUPO	PACIENTES	%	ANTIMICROBIANOS
I	—	—	—
II	7	46.2	P.S.C.
	2	13.2	GENTAMICINA .
	2	13.2	AMPICILINA .
	4	26.4	P.S.C. + GENTAMICINA.
III	6	39.6	P.S.C.
	2	13.2	GENTAMICINA .
	3	19.8	AMPICILINA .
	4	26.4	P.S.C. + GENTAMICINA.

P.S.C. Penicilina sodica cristalina.

II) Resultados microbiológicos de las salpinges.

GRUPO	HRS. RPM	PAC	%	RESULTADOS MICROBIOLÓGICOS	A. ESTADÍSTICO
I	-	2	13.3	<i>Staphylococcus epidermidis</i>	
II	19	1	6.66	<i>Streptococcus fecalis</i>	$X^2 = 5.54$ gL = 1 P < 0.02 S
	21	1	6.66	<i>Klebsiella rhinoscleromatis</i>	
	23	1	6.66	<i>Staphylococcus aureus</i>	
	11	1	6.66	<i>Candida albicans</i>	
			26.64		
III	28	1	6.66	<i>Escherichia coli</i>	$X^2 = 11.016$ gL = 1 P < 0.001MS
	25 y 29	2	13.30	<i>Staphylococcus aureus</i>	
	28	1	6.66	<i>Pseudomona aureoginosa</i>	
	32	1	6.66	<i>Bacteroides fragilis</i>	
			33.28		

12) Resultados histopatológicos de salpinges.

GRUPO	HRS. RPM	PAC.	%	RESULTADOS HISTOPATOLOGICOS	A. ESTADISTICO
I	—	1	6.66	Salpinges congestivas (S epidermidis)	
	18	1	6.66	Salpingitis crónica	X = 7.62
	14	1	6.66	Salpinges congestivas (S. fecalis)	gL = 1
	23	1	6.66	Salpingitis aguda (S. aureus)	P < 0.01 = S
			19.98		
	28 y 36	2	13.30	Salpinges congestivas (Ea. E. coli)	X = 22.2
	25 y 34	2	13.30	Salpingitis crónica	gL = 1
	25	1	6.66	Salpingitis aguda (S. aureus)	P < 0.001 = MS
			33.26		

IV.- COMENTARIO.-

El presente trabajo, trató de encontrar el tiempo en que ocurre colonización salpingeana, en aquellas pacientes a las que se les practicó salpingoclasia bilateral y tenían el antecedente de R.P.M., con el objeto de determinar un tiempo promedio de seguridad en el cual se puedan efectuar esos procedimientos quirúrgicos, sin riesgo de presentar infección pélvica.

La edad de las pacientes varió de 18 a 37 años, es de hacer notar la decisión de efectuar una esterilización en algunas pacientes jóvenes, sin embargo, se aclara que ésto fué, debido a que se trataba de pacientes con alto riesgo reproductivo, por cesáreas de repetición.

La edad promedio fué de 27 años, lo cual consideramos muy adecuado, dado que son pacientes que cursan con embarazos de alto riesgo, encontrándose se esta edad promedio, en la década ideal, para la procreación.

El número de gestaciones en las pacientes estudiadas, reporta una media de 3.28 embarazos, lo cual nos parece aceptable, de acuerdo a nuestras políticas de población.

La paridad de las pacientes estudiadas varió de 0 a 4 con una media de 2.93 partos, siendo éstos resultados menores al de las gestaciones, dado que nuestras pacientes cursan con embarazos de alto riesgo, existiendo un índice mayor de indicación de cesáreas.

El número de cesáreas varió de 1 a 3 con una media de 2.26, elevado en

relación a la población general por lo explicado en el párrafo anterior.

El promedio de abortos fué de 0.53 igual al de la población general.

En relación al tiempo de duración de R.P.M. por grupos fué de 8 a 23 - horas para el grupo II, con una media de 16.26 horas, para el grupo III - varío de 25 a 36 horas con una media de 28.53 horas.

El número de exploración vaginal por grupo, fué de 1 a 3 para el grupo I con una media de 1.8., para el grupo II varío de 2 a 5 con una media de 2.1 exploraciones. En el grupo III varío de 1 a 6 con una media de 2.93 exploraciones, cifras consideradas aún altas, dado que muchas pacientes - fueron ingresadas con la indicación de interrupción de la gestación por - vía abdominal, por lo que no deberían explorarse nuevamente, ya que el - tacto vaginal esta contraindicado, cuando existe R.P.M., sin embargo, es- to es comprensible dado que es un hospital con personal becario.

Los antimicrobianos usados en forma profiláctica por grupos: En el - grupo control no se usaron, para el grupo II y III fué similar. El anti- biótico más utilizado fué la Penicilina sódica cristalina (PSC) hasta en on un 50 % de los pacientes, lo siguió en orden de frecuencia la asocia- ción de P.S.C. + gentamicina en un 25 % y para el resto de pacientes se - uso Ampicilina o Gentamicina. El número de dosis fué mínimo una aplica- ción.

Los resultados microbiológicos de las salpinges reportan que en las pg cientes del grupo I, se encontraron dos cultivos positivos a Staphylococ-

cus epidermis, bacteria que esta dentro de la flora cervicovaginal (1) -- (2) (3) (10) (14) (16) (18) y que se puede encontrar en cultivos de líquido amniótico, aun sin el antecedente de RPM (1) (16). Los resultados del grupo II reportaron cuatro cultivos positivos, uno con Streptococcus fecalis, otro con Klebsiella rhinoscleromatis, otro con Staphylococcus aureus y el último con Candida albicans, de igual forma en su mayoría microorganismos de la flora cervicovaginal, (1) (7) (10) (14) (16) (18) (22). Los cultivos positivos del grupo III fueron 5 uno con E. Coli, dos con Staphylococcus aureus, otro con Pseudomona aureoginosa, el último con Bacteroides fragilis. Este último del grupo de los anaerobios por lo que es una cifra muy baja de positividad a este grupo, que como esta reportado en la literatura mundial se ha comprobado que el número de anaerobios aislados disminuye a medida que evoluciona la gravidéz, mientras que los gérmenes facultativos persisten relativamente constantes (16)(17) (22), sin embargo, la cifra a la positividad para estos, consideramos que es baja y creemos se debe a mayor dificultad, para el proceso de éste tipo de cultivos.

Los resultados histopatológicos por grupos, fueron como sigue: en el grupo I se reportó un caso con Salpinges congestivas, éste mismo caso fué cultivo positivo a S. epidermis, en el grupo II se reportan 3 pacientes -- con las siguientes alteraciones: una con Salpingitis crónica, sin relación con cultivo positivo. El segundo caso con datos de Salpinges congestivas y cultivo positivo a S. Faecalis, el último caso con datos de Salpingitis aguda y cultivo positivo a S. Aureus. En el grupo III, se reportan 4 casos con alteraciones; el primero con datos de Salpinges congestivas y cultivo positivo a E. Coli, un caso con datos de Salpinges congestivas sin cultivo positivo, otro caso con datos de Salpingitis crónica sin cultivo

positivo y el último caso con datos de Salpingitis aguda y cultivo positivo a *S. Aureus*, como puede apreciarse en el cuadro de resultados histopatológicos, en la mayoría de los casos con alteraciones, encontró correlación con los cultivos positivos, como esta reportado por otros autores en la literatura mundial. (12) (17) (21)

El análisis estadístico de los resultados bacteriológicos comparando al grupo control con el grupo problema de 6 a 24 horas de RPM, dió una χ^2 de 5.54 que con 1 grado de libertad dió una $P < 0.02$ que es significativa, lo que indica que después de 18 horas de RPM, existe una gran probabilidad de colonización salpingiana. Resultado contrario a nuestro estudio preliminar (7), y acorde con los resultados de otros autores (12).

Esta probabilidad de colonización salpingiana, posterior al tiempo promedio de colonización, que es de 18.5 horas para el grupo II se corroboró al comparar el grupo control con el grupo problema número III (RPM de más de 24 horas), que nos dió una χ^2 de 11 a 16 que con 1 grado de libertad dió una $P < 0.001$ altamente significativo.

En relación a las alteraciones Anatomopatológicas, al comparar el grupo control que reportó un caso con Salpinges Congestivas (6.66%), con el grupo II que reportó 3 casos (19.98), con alteraciones histopatológicas (ver cuadro de resultados histopatológicos), dió una χ^2 de 7.62 que con 1 grado de libertad dió una $P < 0.01$ significativa. Esto significa que después del tiempo promedio de 18 horas para este grupo problema, existe probabilidad de cambios Anatomopatológicos en las Salpinges, lo que se corroboró al comparar el grupo control con el grupo III (tiempo promedio de RPM de

28.4 horas), que dió una χ^2 de 22.2 que con 1 grado de libertad dió una $P < 0.001$ muy significativa, que correlaciona los cultivos positivos con los cambios anatomopatológicos.

En relación a la evolución puerperal no se encontró correlación significativa, con los datos anatomopatológicos y los cultivos positivos, en el grupo I no se presentó morbilidad, en el grupo II se presentó un caso con deciduomiotritis leve, en el grupo III se presentaron 2 casos con datos de deciduomiotritis leves en el puerperio, estos 3 casos fueron manejados con antibióticos cubriendo Gram(+) y Gram(-), con respuesta satisfactoria, siendo egresados a las 72 horas con manejo antimicrobiano, hasta terminar esquema. Este índice de morbilidad puerperal, es semejante al reportado por otros autores. (12) (17) (21).

V.- RESUMEN.-

Se realizó un estudio prospectivo en 45 pacientes que voluntariamente solicitaron Salpingoclasia bilateral, como método definitivo de Planificación Familiar, en el lapso comprendido de Julio de 1987 a enero de 1988, en la Unidad Ginecológica del Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 del Centro Médico La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se trató de encontrar el tiempo en que ocurre la colonización salpingiana, los cambios anatómopatológicos y si existe correlación clínica, en aquellas pacientes Salpingoectomizadas, con antecedentes de R.P.M., con la finalidad de establecer parámetros de seguridad, para aquellas pacientes que desean o esta indicada médicamente una Salpingoclasia post-parto o transcesárea con un mínimo de riesgos de morbilidad infecciosa puerperal.

Se distribuyeron en 3 grupos de 15 pacientes cada uno, el grupo I, -- grupo control sin antecedentes de R.P.M., grupo II con R.P.M. de 6 a 12 -- horas, al grupo III con R.P.M. de más de 24 horas. Solo se aceptaron pacientes que no manifestaron datos de amniotitis.

La edad de las pacientes varió de 18 a 37 años, con una edad promedio de 27, el número promedio fué de 3.28 con una paridad que varió de 0 a 4 con una media de 2.93 partos. El promedio de las cesáreas fué de 2.26.

A las 30 pacientes del grupo II y III, se les efectuó Salpingoclasia bilateral transcesárea, las otras 15 pacientes formaron el grupo control y se les efectuó Salpingoclasia post-parto o transcesárea.

En relación al tiempo de duración de R.P.M., por grupos fué: de 8 a 23 horas para el grupo II con una media de 10.26 horas y para el grupo III, varió de 25 a 36 horas, con una media de 28.53 horas.

El número de exploraciones vaginales fué para el grupo I de 1 a 3 con una media de 1.8. Para el grupo II de 2 a 5 con media de 2.1 exploraciones. Para el grupo III varió de 1 a 6 con una media de 2.53 exploraciones.

Los antimicrobianos usados profilácticamente en el grupo II y III, fueron del tipo de PSC en 50 %, PSC + Gentamicina en un 25 %, el 12.5 % manejado con Ampicilina, el otro 12.5 con Gentamicina. Se les administró mínimo una dosis.

Los resultados microbiológicos reportaron para el grupo I, 2 cultivos positivos a *S. epidermidis*. Grupo II un cultivo positivo a *E. Faecalis*, otro *K. rhinoscleromatis*, otro *S. Aureus*, al último con *C. albicans*. Para el grupo III, un cultivo positivo a *E. coli*, dos con *S.Aureus*, otro *P. Auroginea*, al último con *B. fragilis*. Predominando el grupo de *Aerobias*.

El análisis estadístico para el grupo II, en comparación al grupo I, dió una χ^2 de 5.54 que con 1 grado de libertad dió P. <0.02 significativo, el grupo III en comparación al grupo I dió una χ^2 de 11 a 16 que con 1 grado de libertad dió una P <0.001 muy significativa.

En relación a alteraciones anatomopatológicas al comparar el grupo control con el grupo II, dió una χ^2 de 7.62 que con 1 grado de libertad dió

una $P < 0.01$ significativa. Al comparar el grupo I con el grupo III dió una χ^2 de 22.2 que con 1 grado de libertad dió una $P < 0.001$ muy significativo, encontrando corrrelación entre los cultivos positivos con los cambios anatomopatológicos.

No se encontró corrrelación clínica significativa en relación a los col cultivos positivos y los cambios anatomopatológicos.

VI.- CONCLUSIONES.-

- 1.- Ocorre colonización Salpingiana, posterior de 12 horas de R.P.M.
- 2.- Se presentan cambios inflamatorios en Salpinges, posterior a 12 horas de R.P.M.
- 3.- Existe correlación entre cultivos positivos y alteraciones anatomopatológicas hasta en un 62.5 %.
- 4.- No se encontró correlación clínica significativa, con los hallazgos anatomopatológicos y los cultivos positivos.
- 5.- Se puede efectuar Salpingoclasia en pacientes con antecedentes de R.P.M. de hasta 12 horas de evolución, sin datos de amniotitis y cubiertos con profilaxis antibiótica, con un riesgo mínimo de morbilidad infecciosa post-quirúrgica.
- 6.- Se debe modificar el criterio que señala, no se realice Salpingectomía, en aquellas pacientes que tengan el antecedente de R.P.M. de más de 6 horas de evolución, lo que permitirá efectuar Salpingectomías en aquellas pacientes de alto riesgo que así lo ameritan.

VII.- BIBLIOGRAFIA.-

- 1.- Acosta E., Duva J.. Estudio Bacteriológico del Líquido Amniótico Durante el Embarazo y el Parto. Gineco Obstet Mex. 48(250) ; 373-381. 1980.
- 2.- Alger L. M.D. Microbiología de la Ruptura prematura de membranas. antes de término. Clínicas Obstetricas y ginecológicas 955-968. 1986.
- 3.- Beastler JG, Onderdonk AB, Drudo E, et al. Quantitative bacteriology of the vaginal flora. J infect Dis 1977; 136:277.
- 4.- Benirschke K. Route and Types of Infection in the Fetus an the New-born. Am J Dis Child. 99:714,1960.
- 5.- Blanco J.D. Ruptura de las Membranas en la gestación pretérmino. Clínic Obst Gynecol. 1984 I : 79.
- 6.- Carlyle Crenshaw, Ruptura Prematura de membranas. Clin Obst y Gynecol 933-954 1986.
- 7.- Collomb J., Sevilla A., Valenzuela J., Tiempo de Colonización Bacteriana por Gérmenes Aerobios e Inflamación Salpingiana en la Ruptura Prematura de Membranas. Tesis de especialidad en Ginecología y Obstetricia. Centro Médico La Raza I.M.S.S. 1987.
- 8.- Evaldson G. et al. Premature Rupture of the Membranes and Ascending -

ESTA TESIS NO PUEDE SALIR DE LA BIBLIOTECA

Infeccion. Br J Obstet Gynecol. 89;793 001. 1982.

- 9.- Friedman.ML, McElin TW. Diagnosis of ruptured fetal membranes; clinical study and review of the literature. Am J. Obstet Gynecol 104: - 544-565.. 1969.
- 10.- Gibbs R.S.MD. Clinical Risk Factors for Puerperal Infection. Obstet Gynecol. 55(5);178-182. 1980.
- 11.- Gibbs AS. Blanco JD. Premature Rupture of the Membranes Obstet Gynecol 60: 671. 1982
- 12.- Laros A., et al. Puerperal Tubal Ligation Morbidity, Histology, and Bacteriology. Obstet Gynecol. 41(3);397-403. 1973.
- 13.- Linder JGEM, Plantema FHF, Hoogkamp-Korstanje JAA. Quantitative studies of the vaginal flora of healthy women and of obstetric and gynecologic patients. J Med Microbiol 1978;11:233.
- 14.- Naeye RL. Factors that Predispose to Premature Rupture of the Fetal Membranes. Obstet Gynecol 1982; 60:93.
- 15.- Naeye RL, Peters EC. Causes and Consequences of Premature Rupture of Fetal Membranes. Lancet. 1980; 1:192
- 16.- Miller Jr., MD. Microbiología de la Ruptura Prematura de Membranas. - Clínica Obstétrica y Ginecológica 933-954. 1986.

- 17.- Phillips A. et al. Acute Salpingitis Subsequent to Tubal Ligation. -
Obstet Gynecol. 67(3) (Supplement) 55-58s. 1966.
- 18.- Provedourakis C. Isolation of Pathogenic Bacteria in the Amniotic - -
Fluid During Pregnancy and Labor. Am J Obstet Gynecol. 106:400, 1970.
- 19.- Sautter AL, Brown WJ. Sequential vaginal cultures from normal young -
women. J Clin Microbiol 1980;11:479.
- 20.- Smith RP. A Technic for the detection of rupture of the membranes, a
review and preliminary report. Obstet Gynecol 48:172. 1976.
- 21.- Spore WW; et al. Bacteriology of Post Partum Oviducts and Endometrium.
Amer J Obstet Gynecol 107:572. 1976.
- 22.- Walos H., et al. Gérmenes Aislados en Ruptura Prematura de Membranas.
Ginec Obstet Mex. 53;247-251. 1985.
- 23.- Wishart MM, Jenkins DT, Knott ML. Measurement of Diamine Oxidase Acti
vity in vaginal fluid: aaid to diagnosis of rupture fetal membranes.
Aust NZ. J Obstet Gynecol 19:23, 1979.