

11217  
160  
22



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

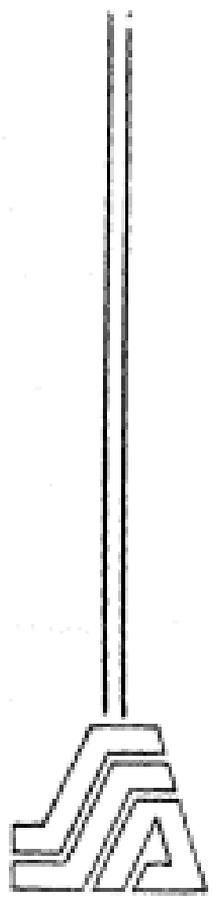
FACULTAD DE MEDICINA  
División de Estudios de Postgrado  
e Investigación  
Hospital General de México  
División de Enseñanza e Investigación

PROFILAXIA ANTIMICROBIANA SEGUN EL TIEMPO  
DE LATENCIA EN LA MORBILIDAD MATERNO-FETAL  
POR RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

TRABAJO DE INVESTIGACION  
T E S I S

Para obtener el Título de Especialista en  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
p r e s e n t a

DR. NESTOR ZUMAYA JAIMES



México, D. F.

1990

FALLA DE ORIGEN



## **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 está 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

	PAG.
RESUMEN	
I.- INTRODUCCION	
A) ANTECEDENTES	1
B) SITUACION ACTUAL	4
C) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
D) JUSTIFICACION	8
E) HIPOTESIS	9
F) OBJETIVOS	9
II.- MATERIAL Y METODOS	9
III.- RESULTADOS	12
IV.- DISCUSION	15
V.- CONCLUSIONES	19
VI.- ANEXOS	
ANEXO 1	20
TABLA I	21
TABLA II	22
TABLA III	23
TABLA IV	24
TABLA V	25
FIGURA 1	26
FIGURA 2	27
FIGURA 3	28

	PAG.
FIGURA 4	29
FIGURA 5	30
FIGURA 6	31
FIGURA 7	32
FIGURA 8	33
WIS.- BIBLIOGRAFIA	34

## RESUMEN

Se estudió en la Unidad de Gineco-obstetricia del Hospital General de México, el efecto del uso de antibiótico administrado en forma profiláctica según el tiempo de latencia de la ruptura prematura de membranas en la morbilidad materno-fetal. Fueron estudiadas 50 pacientes embarazadas ( 34 semanas de gestación o más y producto único vivo intrauterino, y con un mínimo de 2 hrs de tiempo de latencia ), a 25 se administró antibiótico en forma profiláctica al azar y ciego simple a dosis de 5 millones endovenosos c/4 hrs. de penicilina sódica cristalina hasta completar 6 dosis. Se realizó seguimiento clínico tanto de la madre y el producto una vez resuelto el embarazo. Y partiendo de las premisas de que el uso de antibiótico profiláctico no mejora la morbilidad infecciosa materno-fetal, así como que el número progresivo de exploraciones vaginales tiene relación directa con la presencia de infección neonatal y puerperal, como del aumento del período de latencia incrementa la morbilidad infecciosa materno-fetal, se analizaron los datos obtenidos encontrando que: el uso de antibiótico en forma profiláctica no modifica la morbilidad infecciosa materno-fetal; el aumento progresivo del período de latencia aumenta la morbilidad infecciosa en el neonato, el aumento progresivo de exploraciones vaginales repercuten en un aumento en la morbilidad del neonato; la resolución del embarazo mediante intervención cesárea aumenta la morbilidad en la madre.

## I.- INTRODUCCION

### A) ANTECEDENTES

El manejo de la ruptura prematura de membranas, ha sido y sigue siendo un capítulo controversial dentro de la obstetricia y un reto constante del obstetra, quien debe valorar los riesgos contra los beneficios en su decisión terapéutica ya que repercute en la morbilidad y mortalidad materna-perinatal. (1,2,3)

Al correr del tiempo, distintos autores han preconizado esquemas de manejo; a veces interrupcionistas argumentando el alto riesgo de infección y otros más tendencias con servadoras sin interrupción precoz del embarazo con el fin de abatir las tasas de morbimortalidad perinatal, secundarias a prematuras extrema y sus complicaciones. En la actualidad se establece una vigilancia materna estrecha para lograr un diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y adecuado de infección, y no someter a la madre y al producto a un riesgo innecesario (sépsis, muerte, etc.) (2,3,4,5)

Definición: La ruptura prematura de membranas es la salida de líquido amniótico por una solución de continuidad de las membranas ovulares; por lo menos 1 ó 2 horas antes de la iniciación del trabajo de parto. La ruptura precoz de membranas ocurre ya iniciado el trabajo de parto pero antes de que la dilatación cervical, alcance los 4 cms.

La ruptura oportuna de membranas, ocurre con trabajo de parto y con dilatación cervical entre 4 y 8 cms. La ruptura tardía se presenta con producto en período expansivo de dilatación completa. (3)

El período de latencia, es el intervalo de tiempo entre la ruptura de membranas ovulares y el inicio del trabajo de parto. Observándose que al aumento en el tiempo de latencia, hay un incremento en la morbilidad infecciosa en el recién nacido y en la madre. (3,7,8,10)

La incidencia de la ruptura prematura de membranas, ocurre entre el 2-15% de todos los embarazos, con una media del 10%; ocurriendo aproximadamente el 80% de los casos en embarazos de 34 semanas de gestación o más y el 20% restante en embarazos de 35 semanas de gestación o menos. Se desconoce la causa de la ruptura prematura de membranas, y es considerada como multifactorial; ocurriendo la ruptura en una mujer cuyo embarazo había progredido aparentemente normal. (3,7,8)

La resistencia de las membranas fetales, se reparte casi enteramente en la línea de tejido conectivo a la que están unidas las células del epitelio amniótico; aunque los estudios sobre las propiedades físicas de las membranas, no han mostrado notables diferencias entre las membranas clínicamente normales y aquellas que se rompen prematuramente. (5,7,8,9)

El contenido de colágena ( y probablemente también la resistencia derivada de la misma ) del amnios, parece disminuir conforme avanza el embarazo, y es significativamente menor en las membranas rotas prematuramente que en los controles; se ha sugerido también que la ruptura de membranas puede tener una etiología enzimática por acción de colagenasas, que también parecen estar implicadas en los cambios del cervix durante el embarazo. (4,1,9)

Así mismo, se encuentran enfermedades que alteran la producción de colágena tipo III; como la desproporción fotopéptica, procesos infecciosos ( cervicovaginitis ), tabaquismo ( que ocasiona disminución de la absorción de ácido ascórbico, importante para la formación y estabilidad de la colágena ); aumento en la presión de líquido amniótico ocasionada por polihidramnios, embarazo múltiple y traumatismos que frecuentemente han ocasionado ruptura prematura de membranas. (4,1,9)

La cantidad de líquido amniótico al término del embarazo, es considerada entre 800 y 1000 centímetros cúbicos. Sus componentes son diversos y se han encontrado obviamente, productos de secreción metabólica del feto: ácido ascórbico, ácido láctico, creatinina, glucosa, ácido úrico, proteasas, enzimas líticas, prostaglandinas, lecitina, y cuya composición no se ha asociado con la etiología de la ruptura prematura de membranas. (5,7,8)

Aunque en un buen número de casos la salida espontánea de líquido amniótico por vía vaginal o su observación al introducir un espéculo vaginal no deja dudas diagnósticas, en otros casos sobre todo si se trata de embarazos de poca edad gestacional o la ruptura lleva varios días de haber ocurrido se requiere de otros procedimientos diagnósticos para corroborar su existencia.

Han sido múltiples los procedimientos que con este fin se han descrito y trata de demostrar que el líquido obtenido por vagina es líquido amniótico ya sea por la presencia de lanugo, cabellos, glóbulos de grasa o escamas fetales, por cambios del pH vaginal, por arborización característica de los electrolitos del líquido amniótico o por la salida de sustancias colorantes previamente introducidas por amniocentesis a través de la ruptura de las membranas corioamnióticas. En nuestro medio, los procedimientos más usados por su sencillez, bajo costo y alta certeza son la cristalización del líquido amniótico y la prueba de la flama, procedimiento descrito en Brasil por Tanaka e introducido a nuestro medio por Repper y cols.

### B) SITUACION ACTUAL

La importancia del tema, estriba en las repercusiones observadas en el aumento de la morbi[mortalidad, materna y fetal a raíz de la ruptura prematura de membranas. Las mayores complicaciones, son la iniciación del trabajo de parto y la infección intrauterina asociado; tanto en -

la madre como en el producto. (2,3,4,6,7,9,10)

El periodo de latencia, es en embarazos de término menor de 24 hrs. en el 51-95% de los casos y menor de 72 hrs.- en casi el 100% de los casos; en embarazos pretérmino es de 24 hrs. o menos en el 25-50% de los casos y mayor de 24 días hasta en el 10% de las pacientes. (5,7)

La infección intrauterina secundaria, es una continua amenaza; amniocitis, esofelitis, neumonía congénita, septicé - mia fetal, son las complicaciones más graves en el producto. En la madre como en el producto, la septicé - mia y el - shock séptico han ocurrido a menudo, como resultado de la ruptura de membranas. En el producto a término, el mayor riesgo es el de sépsis neonatal. (1,2,7,10)

En cuanto a la mortalidad perinatal, se reportan tasas de 2.6-11% en comparación con una mortalidad general del 2 al 4%; estas cifras se incrementan a tasas del 25-50% - cuando se asocian ruptura prematura de membranas y prematuros; los casos de procesos infecciosos elevan tasas hasta un 15%. (2,4,5,9,10)

La complicación materna más frecuente, es la presencia de amniocitis, la cual ocurre entre el 3-20% de los casos incrementándose significativamente cuando el periodo de latencia rebasa las 48 hrs.; la incidencia de amniocitis en la población obstétrica general es del 5-3%. La mortalidad materna, es también afectada e incrementada en forma

cuando el período de latencia es mayor de 48 hrs. (5,7,9)

AMNIOITIS	INCIDENCIA
POBLACION GENERAL	9.1%
RUSELL *	5.3%
CLARCK *	11.8%
EVALL *	11.8%
LAINER **	20.2%
WILSON **	16.8%
AMUED *	9.1%
AMUED **	26.4%
KARCHMER **	10.3%
WLOVICH **	26.4%

\* En general sin importar período de latencia.

\*\* Con período de latencia mayor de 24 hrs.

En nuestro medio, la población tiene una alimentación deficiente y por ende menor resistencia a las infecciones; además de una baja cultura médica con un pobre control prenatal. En nuestra población obstétrica, existen cultivos cervicovaginales positivos a E. coli en la mayoría de los casos después de 6 hrs. de haber sucedido la ruptura de las membranas. (2,10)

La utilidad del uso de antibióticos en forma profiláctica

en la paciente con ruptura prematura de membranas, preteng de reducir la morbilidad materna y la morbilidad perinatal y sin embargo parece incrementar la morbilidad del neonato al nacimiento, cursando estos productos frecuentemente con cuadros infecciosos por cepas resistentes, se - per infecciones o cuadros infecciosos insidiosos. (5,6,7,- 9,10)

Los aspectos básicos para disminuir la morbimortalidad ma - terno-fetal de origen infeccioso, incluyen aislamiento de la paciente, evitar al máximo tactos y exploraciones vagi - nales, así como establecer lo más precozmente posible el diagnóstico de infección, y en su presencia establecer un tratamiento sérgico a base de antimicrobianos y medidas colaterales, así como la interrupción del embarazo por la vía más adecuada, acompañándose de una técnica quirúrgica depurada y cuidadosa al máximo. (2,4,5,6,7,8,9,10)

#### C) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El aumento de la morbimortalidad materno fetal en la rup - tura prematura de membranas, con períodos de latencia pro - longados: tiene complicaciones maternas como la infección intrauterina ascendente y en el producto la sépsis neonatal en relación directa. El uso de antibióticos en forma profiláctica no modifica en forma significativa la apari -

ción de infección mientras no existan datos de la misma y si parece incrementar su uso rutinario la morbilidad del neonato al nacimiento.

Establecer en un grupo de población abierta, los efectos del período de latencia prolongado en la morbilidad infecciosa materno-fetal, definida como sépsis puerperal y sepsis neonatal mediante evaluación clínica. Se estudian 2 grupos de pacientes elegidos al azar, administrando de igual forma antibiótico profiláctico a uno sólo de los grupos por espacio de 24 hrs., el antibiótico elegido fue penicilina sódica cristalina en dosis de 5 millones en forma intravenosa cada 4 hrs. con un total de 6 dosis.

#### D) JUSTIFICACION

La infección intrauterina secundante, es una continua amenaza; amniotitis, meningitis, sepsis congénita, sepsis fetal, son las complicaciones más graves para el producto. En el producto a término, el mayor riesgo es el de sépsis neonatal y las tasas de morbilidad perinatal, pueden elevarse por procesos infecciosos hasta un 15%.

La amniotitis en pacientes con ruptura prematura de membranas, ocurre entre 5 y 20% incrementándose en forma significativa cuando el período de latencia rebasa las 48 hrs.

#### E) HIPOTESIS

La ruptura prematura de membranas trae un aumento de la

morbilidad materno-fetal, la cual se incrementa mientras el período de latencia es progresivamente mayor. Sin observar una modificación importante cuando por el uso de antibióticos en forma profiláctica se modifica el pronóstico en la morbilidad materno-fetal.

#### F) OBJETIVOS: Establecer que:

- 1.- El aumento del período de latencia aumenta la infección neonatal y puerperal.
- 2.- El número progresivo de exploraciones vaginales va en relación directa con la presencia de infección neonatal y puerperal.
- 3.- El uso de antibiótico en forma profiláctica, no mejora la morbilidad infecciosa materno-fetal.

#### II.- MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron 50 pacientes embarazadas, en las cuales se confirmó el diagnóstico de ruptura prematura de membranas mediante cristalografía o prueba de la flama; y embarazo de 14 semanas de gestación o más corroborado mediante fecha de última menstruación; las cuales fueron internadas para tratamiento y resolución del embarazo en la UNIDAD DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO S.S. del 1<sup>o</sup> de octubre al 31 de diciembre de 1969. Fueron incluidas para el estudio aquellas pacientes embarazadas, en las que se confirmó la ruptura de membranas -

por la salida de líquido amniótico transvaginal o mediante cristalografía y/o prueba de la flama; con tiempo mínimo de 2 hrs. entre la ruptura de las membranas y la aparición de trabajo de parto; producto único vivo intrauterino con 36 o más semanas de gestación sin datos de infección clínica, con mínimo de una revisión genital y no ser alérgica a medicamentos betalactámicos.

La asignación de uso de antibiótico profiláctico, fue en forma aleatoria por el método ciego simple, usándose penicilina sodica cristalina a dosis de 5 millones en forma endovenosa cada 4 hrs. por 24 hrs.

Posterior a la resolución del embarazo, se realizó seguimiento de la madre y el producto, evaluando en la madre manifestaciones clínicas de infección ( fiebre, leucosis, involución uterina, dehiscencia de episiorrafia o histiorrafia, deciduoendometritis, uso de antibiótico en forma terapéutica así como complicaciones agregadas y tratamiento quirúrgico agregado ), y días de estancia.

En el producto, se recopiló el peso, Capurro, Apgar, manifestaciones clínicas y laboratorio de infección así como los días de estancia.

Los datos fueron recopilados mediante formato elaborado para la realización del estudio ( anexo 1 ); efectuando recuento por cómputo electrónico, presentando los resultados en tablas y gráficos de acuerdo a la variable en tug

no. Se lleva a cabo la presentación de una discusión y conclusiones logradas en el estudio.

### III.- RESULTADOS

La edad materna resultó con un promedio de edad de  $26.5 \pm 5.71$  años y con un rango de 16 a 43 años para ambos grupos de estudio. La edad gestacional promedio fue de  $38 \pm 1.52$  semanas; con un rango de 36 a 41 y variancia de 3.33. El tiempo de latencia, horas promedio fue de  $16.6 \pm 38.6$  con rango de 7 a 216 hrs. En cuanto al número de exploraciones vaginales el valor promedio correspondió a  $9.5$  tactos  $\pm 1.51$ ; y rango de 4 a 25 tactos.

El antecedente de escurrimiento genital anormal, se encontró en el 100% de las pacientes, donde 1 semana antes de ocurrir la ruptura de membranas y sólo un 2% había recibido tratamiento.

La resolución del embarazo fue obtenida de la siguiente forma: Eutócico en 15 ocasiones, fórceps en 3 y mediante operación cesárea en 12 ocasiones ( TABLA 1 ).

Las causas de operación cesárea fueron: desproporción cefalo pélvica en 3 ocasiones, ruptura prematura de membranas más cesárea anterior en 3; cérvix desfavorable para inducción en 3 ocasiones y sufrimiento fetal agudo en una.

En 7 pacientes se encontró fiebre, leucias fétidas y se usó antibioticoterapia terapéutica, que correspondió al número de madres infectadas, ninguna presentó complicaciones ni ameritó tratamiento quirúrgico agregado.

El peso de los productos, fue en promedio de 2978 grs., con un rango de 1625 a 4500 grs, para ambos grupos.

Nueve productos se infectaron, presentando manifestaciones clínicas de infección 5 y manifestaciones de infección por laboratorio 5.

Conforme al número de tactos y el total de madres infectadas se encontró que; de 1 a 5 tactos no hubo madres infectadas; 6 a 10 tactos se presentaron 5 madres infectadas, 11 a 15 tactos 1 madre infectada y de 16 a más tactos 1 madre infectada. (Figura 1)

La correlación de productos infectados de acuerdo al número de exploraciones vaginales reveló que; de 1 a 5 tactos no hubo productos infectados; de 6 a 10 tactos se presentaron 5 productos infectados; de 11 a 15 tactos 4 productos y de 16 o más tactos ningún producto infectado. (Figura 2)

Fue comparado el número de madres infectadas con el tiempo de período de latencia observando lo siguiente: de 1 a 10 hrs. ninguna madre infectada; 11 a 20 horas 2 infectadas; de 21 a 30 hrs 1 infectada, 31 a 40 hrs 1 infectada y de 41 horas o más 3 madres presentaron infección. (Figura 3). La misma correlación, se realizó con los productos encontrando que de 1 a 10 hrs. ningún producto infectado, 11 a 20 hrs. 2 productos resultaron infectados, 21 a 30 hrs 2 productos, 31 a 40 ningún producto, y de 41 o más horas 5 productos resultaron infectados. (Figura 4).

Producto y madre infectada en forma simultánea se presentó en 3 ocasiones.

Madres infectadas, según el grupo de estudio encontramos que; en el grupo sin antibiótico se presentó una madre infectada y en el grupo con antibiótico se presentaron 6 - pacientes infectados. ( TABLA III; Fig. 5 )

Los productos infectados, se estudiaron según el grupo encontrando que en el grupo sin antibiótico hubo 5 productos infectados y en el grupo con antibiótico 4; representando el 8 y 10% del total de la muestra. ( TABLA III; - Fig. 6 ).

Se evaluó la estancia hospitalaria de la madre, medido en días, resultando un valor promedio de  $2.58 \pm 1.32$  días con rango de 1 a 8 días para el total de madres. Dividiendo - por grupo de estudio se obtuvo un promedio de estancia - para el grupo sin antibiótico de 1.96 y para el grupo con antibiótico de 3.20. ( TABLA IV; Fig. 7 ). De la misma - forma, se evaluó la estancia del producto resultando que el promedio de estancia para el total de la muestra fue - de  $3.8 \pm 3.04$  días; y por grupo de estudio correspondió a 4 días para el grupo sin antibiótico profiláctico y de - 3.64 para el grupo con antibiótico. (TABLA V; Fig. 8). Fueron sometidas a análisis estadístico mediante prueba de T de STUDENT, las siguientes variables: Número de tactos para ambos grupos, resultando  $T = .19$ ;  $P < .84$ .

El análisis del tiempo de período de latencia medido en horas reveló un valor para T = .15 y para P menor de .40. Los días de estancia materna presentaron valor para T de 3.16 y P menor de .002; los días de estancia para el producto mostraron T = .30 y P menor de .61.

#### IV.- DISCUSION

La ruptura prematura de membranas, es un reto constante - para el obstetra y un capítulo controversial dentro de la GINECO-OBSTETRICIA, es un padecimiento en el cual se debe poner especial atención en cuanto a su diagnóstico y tratamiento, ya que intervienen muchos factores agregados a la ruptura de membranas, es importante conocer de que forma influyen en la morbilidad materno-fetal. (3,7,11,12)

Tanto la edad materna, como la gestacional no presentaron diferencia en estos grupos por lo que consideramos no ser determinante en la presencia de infección.

Aunque el 18% de las pacientes presentaron leucorrea fétil y prurito vulvovaginal y que puede ser considerado - como factor etiológico de la ruptura prematura de membranas; ya que es sabido que procesos infecciosos disminuyen la resistencia de las membranas, debe ser contemplada su investigación y tratamiento durante el control prenatal; aunque su presencia no modificó la incidencia de compli-

caciones infecciosas en la madre y el producto.

La resolución del embarazo se dió por parto eutócico en el 70% de los casos, fórceps en el 6% y mediante cesárea en el 24%, encontrando en ésta última un aumento en la frecuencia de infecciones, con un alto número, la única justificación para realizarla fue la de cervice desfavorable para inducción, dicha incidencia de cesárea y de complicaciones infecciosas derivadas de la misma, pueden disminuirse, ya que en la actualidad existen compuestos químicos ( prostaglandinas ) que en un período corto de tiempo pueden dar las condiciones del cervice e incluso establecer trabajo de parto que resuelva el embarazo en poco tiempo, sin exponer al producto y a la madre.

(7,11,13)

Se presentaron 9 productos infectados de los cuales el 55% de ellos sólo presentaron manifestaciones clínicas de infección, siendo necesario corroborar con estudios de laboratorio para poder determinar el proceso de sépsis neonatal.

En la correlación de número de tactos y madres infectadas se observa un valor importante de infección materna entre 8 y 10 tactos, este dato hay que manejarlo con cautela, ya que de las madres infectadas que fueron 7 a 8 se les practicó operación cesárea y esta puede ser la causa de ese aumento de problemas infecciosos en la madre y no la cantidad de exploraciones vaginales.

Entre el número de tactos y los productos infectados la correlación fue significativa, ya que el 100% de los productos infectados se encuentran dentro del valor promedio de tactos y aún arriba del mismo por lo que indica que conforme aumenta el número de exploraciones vaginales se presenta mayor morbilidad fetal (ya que sólo una paciente tuvo 21 exploraciones).

Correlacionando productos infectados con el período de latencia, es evidente que la infección en el producto se presenta de las 11 hrs. en adelante para incrementarse en forma drástica después de las 48 hrs. de ruptura de membranas. (5,7)

De las madres infectadas (7 en total), 6 pacientes pertenecieron al grupo en donde se utilizó antibiótico en forma profiláctica y 1 al grupo en donde no se utilizó antibiótico; dicho resultado es de tomarse con reserva ya que en el grupo en donde se utilizó antibiótico, se vio incrementado en la frecuencia de operación cesárea que puede ser factor importante para desarrollar morbilidad en la madre.

Los productos infectados fueron nueve en total, correspondiendo 5 al grupo en donde no se utilizó antibiótico que representa el 10% del total de la muestra, 4 correspondieron al grupo en donde sí se aplicó antibiótico que representa el 8% del total de la muestra, representando en conjunto 18% de morbilidad fetal (sólo a neonatos).

La estancia hospitalaria externa, se vio incrementada en el grupo en donde se utilizó antibiótico profiláctico, explicándose este aumento por la frecuencia de operaciones cesáreas en este grupo en comparación con el grupo en donde no se utilizó antibiótico.

La estancia hospitalaria del producto, fue evaluada para el total de la muestra y por grupo de estudio, revelando valores muy similares, sin diferencia estadística.

Se realizó análisis estadístico no encontrando significancia en el número de exploraciones vaginales para ambos grupos, así como en el tiempo de latencia al día de estancia del producto. Y si observó diferencia significativa estadística en el tiempo de estancia hospitalaria externa, explicada por el aumento de procesos infecciosos inherentes a la intervención quirúrgica para la resolución del embarazo ( cesárea ).

## V.- CONCLUSIONES

- 1.- El uso de antibiótico en forma profiláctica, no modifica la morbilidad materno-fetal.
- 2.- El aumento progresivo del período de latencia, aumenta la morbilidad en el neonato.
- 3.- El aumento progresivo de exploraciones vaginales, repercute en un aumento en la morbilidad del neonato.
- 4.- La resolución del embarazo mediante intervención cesárea; aumenta la morbilidad en la madre.
- 5.- El antecedente de leucorrea desde 2 semanas antes de la ruptura de membranas; puede ser considerado como un factor etiológico para la presencia de la misma, sin poder establecer su papel real en la intervención de procesos infecciosos en la madre y el producto.

Para estudios posteriores, es importante plantear la necesidad de uniformar los grupos de estudio, en donde se incluyan únicamente partos cesáreos o bien cesáreas para evaluar de forma correcta el efecto del tiempo de latencia y el del número de exploraciones vaginales en la morbilidad de la madre.

**EFFECTO DE LA PROFILAXIS ANTIMICROBIANA . 38**  
**SEGUN EL TIEMPO DE LATENCIA EN LA MORBILIDAD**  
**MATERNO/FETAL**

NUMERO DE PACIENTES: ANTIBIOTICO 11  NO  EDAD: A. SEXO DE EXAMENADO:  MASC.  FEM.

TIEMPO DE LATENCIA:  1-10 DIAS  11-20  21-30  31-40  41-50  51-60  61-70  71-80  81-90  91-100  >100

TIPO DE INFECCION:  LOCAL  SISTÉMICA  MIXTA  OTRO:

LOCALIZACIÓN DEL ORGANISMO:  OROFARINGEA  NASOFARINGEA  NASAL  OTRA:

HAZ ENFERMO:

TIPO DE SÍNTOMA:  LOCAL  SISTÉMICO  MIXTO  OTRO:

LOCALIZACIÓN DE SÍNTOMAS:  OROFARINGEA  NASOFARINGEA  NASAL  OTRO:

COMPLICACIONES:

OTRO:

SEXO DE EXAMENADO:

PROFESIÓN:

EDAD: A. SEXO:  MASC.  FEM. NIVEL DE ESTUDIOS:  PRIMARIA  SECUNDARIA  TERCERIA

INDICACIONES CLÍNICAS DE INFECCIÓN:  SI  NO

INDICACIONES DE INFECCIÓN POR LABORATORIO:  SI  NO

COMPLICACIONES:

SEXO DE EXAMENADO:

TABLA I

## RESOLUCION DEL EMBARAZO

TIPO DE RESOLUCION	NUMERO DE EVENTOS	%
EUPOCIDO	15	70%
FORCEPS	3	6%
CESAREA	12	24%
TOTAL	30	100%

TABLA II

## MADRES INFECTADAS SEGUN EL GRUPO DE ESTUDIO

GRUPO DE ESTUDIO	MADRES INFECTADAS	% TOTAL
SIN ANTIBIOTICO PROFILACTICO	1	29
CON ANTIBIOTICO PROFILACTICO	6	129
TOTAL	7	158

De las pacientes infectadas del grupo con antibiótico profiláctico a 5 se les realizó cesárea.

TABLA III

## PRODUCTOS INFECTADOS SEGUN EL GRUPO DE ESTUDIO

GPO. DE ESTUDIO	PRODUCTOS INFECTADOS	% TOTAL
SIN ANTIBIOTICO PROFILACTICO	5	100
CON ANTIBIOTICO PROFILACTICO	4	91
TOTAL	9	100

TABLA IV

## ESTANCIA HOSPITALARIA INTERNA

GPO. DE ESTUDIO	PROMEDIO EN DIAS
TOTAL DE PACIENTES	1.58
SIN ANTIBIOTICO PROFILACTICO	1.96
CON ANTIBIOTICO PROFILACTICO	1.20

TABLA V

## ESTANCIA HOSPITALARIA DEL PRODUCTO

CPO. DE ESTUDIO	PROMEDIO EN DIAS
TOTAL DE PRODUCTOS	3.8
SIN ANTIBIOTICO PROFILACTICO	4.0
CON ANTIBIOTICO PROFILACTICO	3.64

# MORBILIDAD INFECCIOSA MATERNA SEGUN NUMERO DE TACTOS VAGINALES

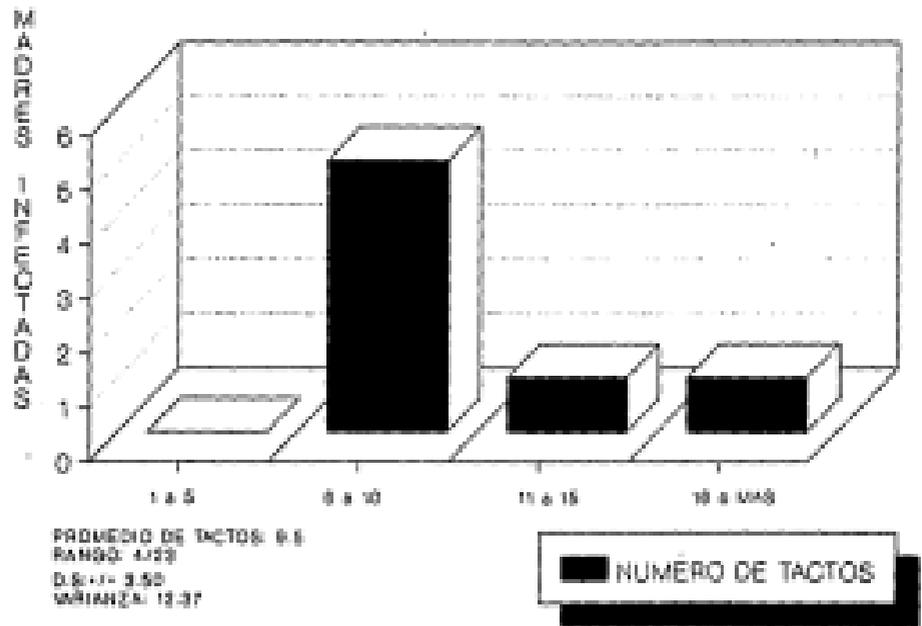


FIGURA 1

## MORBILIDAD INFECCIOSA FETAL SEGUN NUMERO DE TACTOS VAGINALES

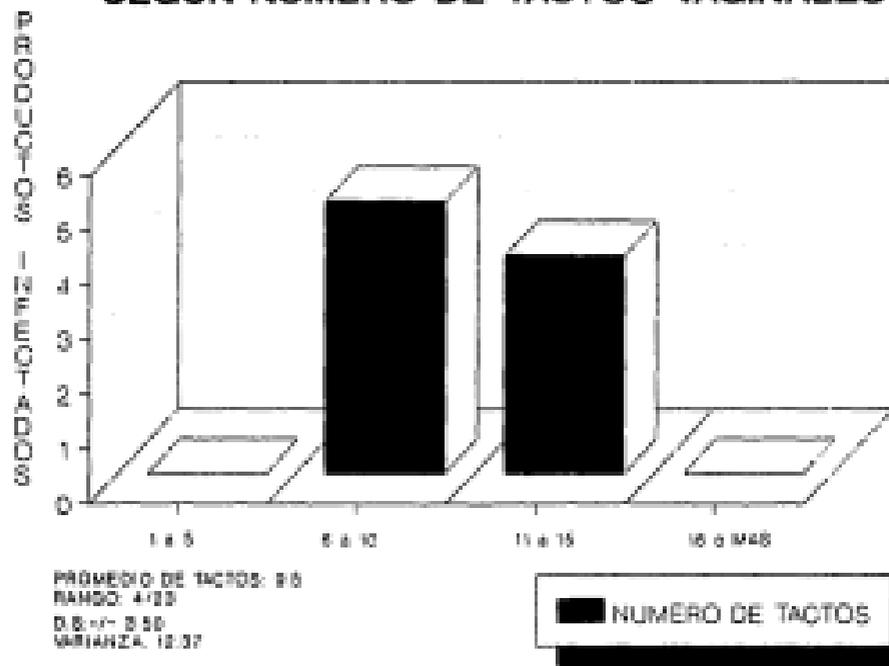


FIGURA 2

## MORBILIDAD INFECCIOSA MATERNA SEGUN TIEMPO DE LATENCIA

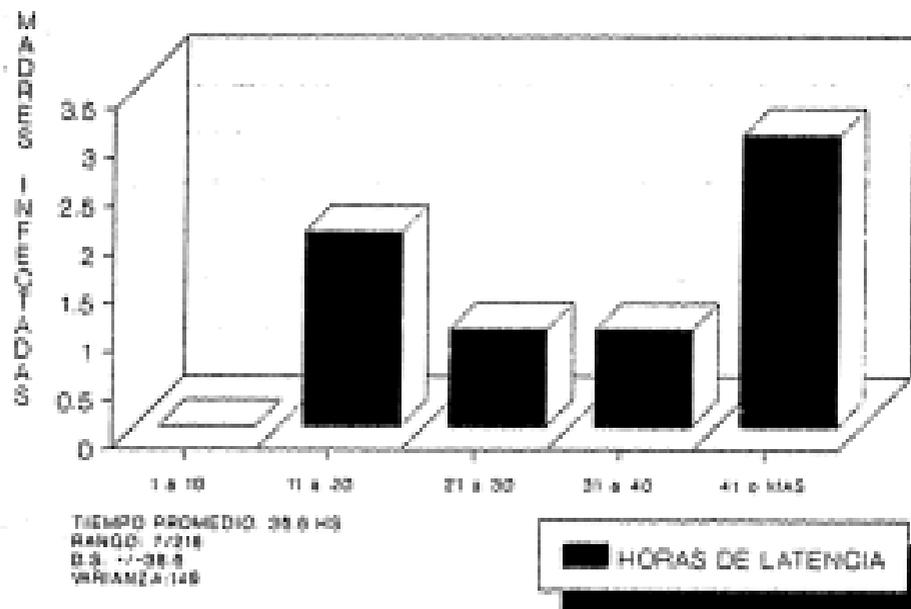


FIGURA 3

## MORBILIDAD INFECCIOSA FETAL SEGUN TIEMPO DE LATENCIA

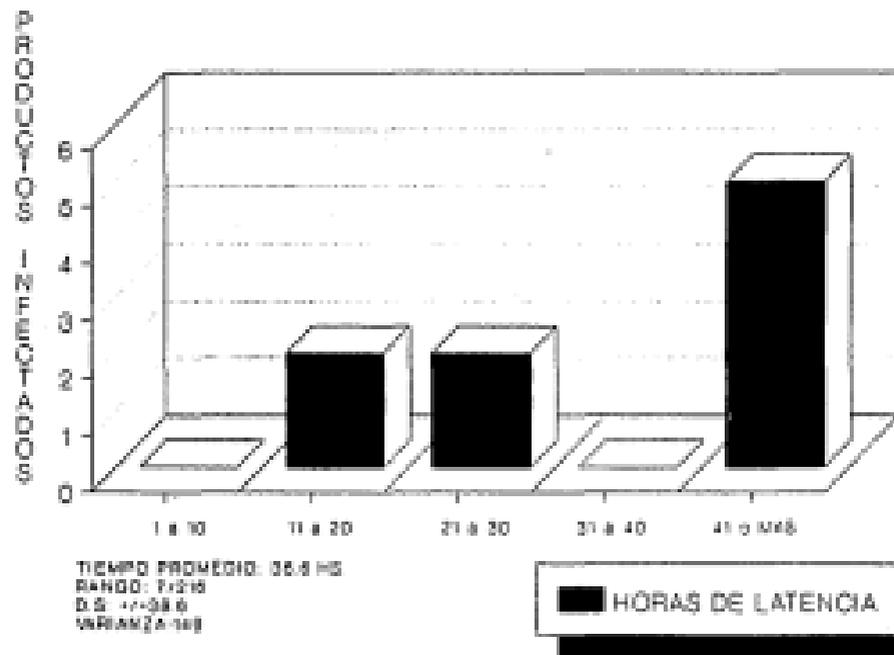


FIGURA 4

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

## MORBILIDAD MATERNA DEL TOTAL DE LA MUESTRA ESTUDIADA

2

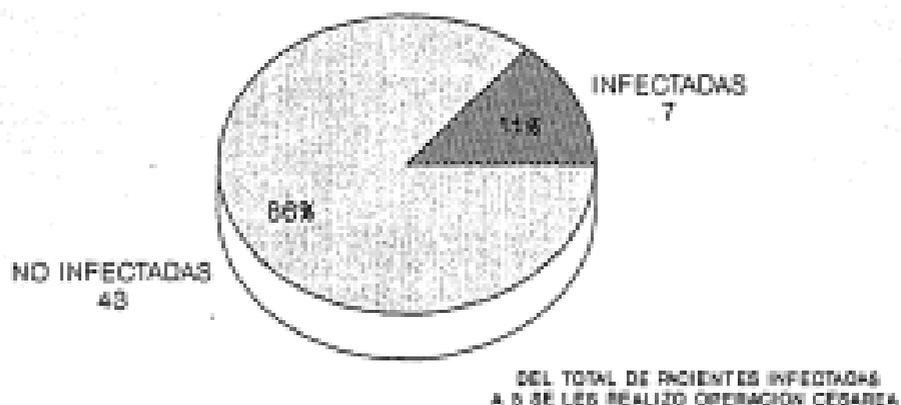


FIGURA 5

## MORBILIDAD FETAL SEGUN GRUPO DE ESTUDIO

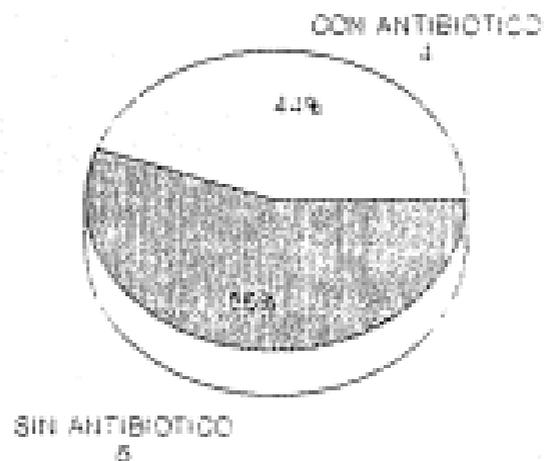


Figura 8

## ESTANCIA HOSPITALARIA MATERNA

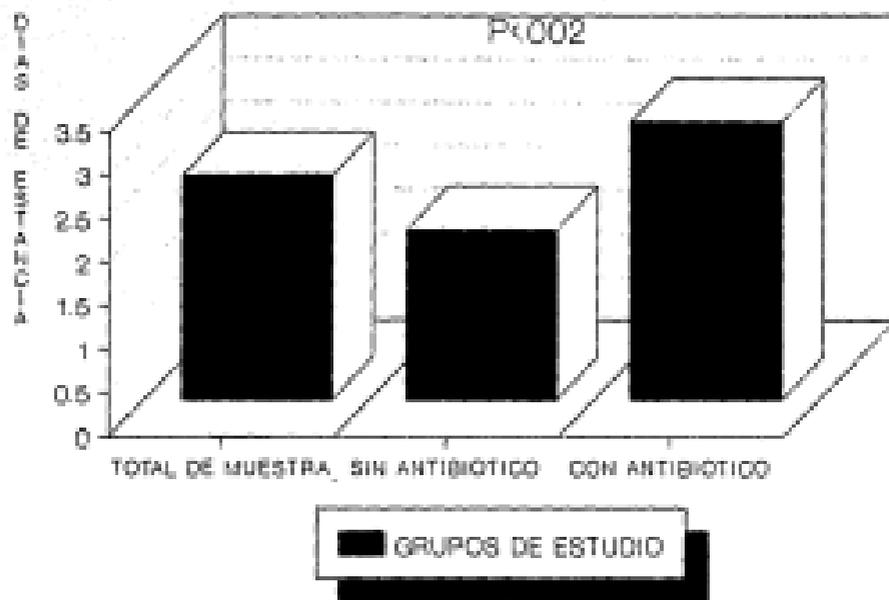


FIGURA 7

## ESTANCIA HOSPITALARIA FETAL

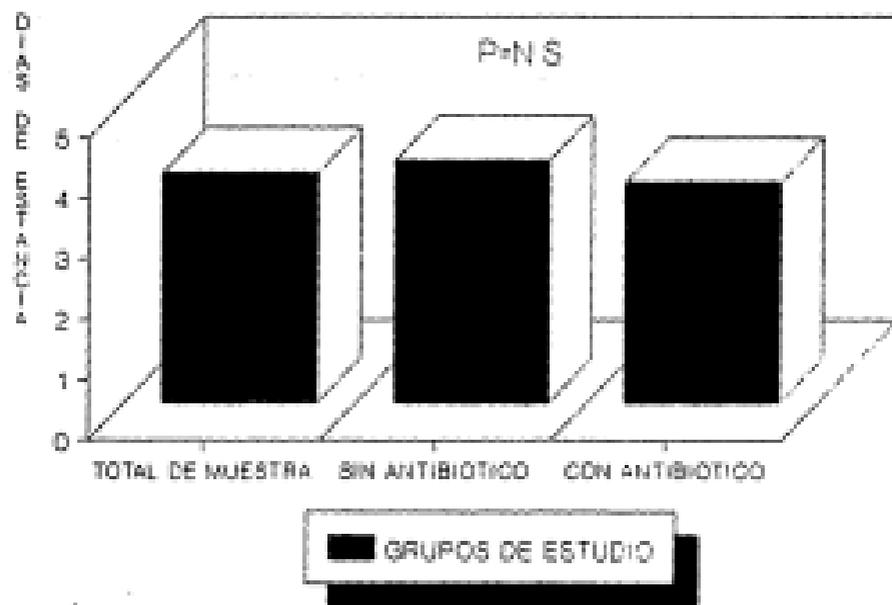


FIGURA 8

## VII.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- BAUER, C.J. Prolonged rupture of membranes associated with a decreased incidence of respiratory distress syndrome. *Pediatrics* 51:7 1974.
- 2.- BLANK, H.A. Amniotic infection syndrome. Pathogenesis morphology and significance in circumstantial mortality *Clin obstet gynecol* 2:70 1959.
- 3.- BREMA, A.E. Ruptura Prematura de Membranas A.M.H.G.O. ] *Ginecología y obstetricia*. México Otco 1980 537-48
- 4.- LEDGER, H.J. Rotura Prematura de membranas e Infec -  
ción Materno Fetal. *Clínicas obstétricas y ginecológicas* Vol. II 337-47. Interamericanas 1979.
- 5.- MARTIN, J.E. Tratamiento de la Rotura Prematura de -  
Membranas. *Clínicas obstétricas y ginecológicas*. Integ  
americanas 205-16 1979.
- 6.- WEBB, G.A. Maternal death associated with Premature  
Rupture of Membranes. *American Journal Obstetric Gy -  
necology* Vol. 98:594 1967.
- 7.- AHUED, AJR. Ruptura Prematura de Membranas. Memorias  
curso teórico Complicaciones médicas del embarazo.  
Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia. Mé -  
xico 1985.
- 8.- FAYET, J.A. HASAN. A.A. Management of Premature Rup -  
ture of membrans. *Obstet and Gynecol* 12:17 1978.

- 9.- CARSTE, T.J. Premature Rupture of the Membranes. The enigma of the obstetrician. Am J Obstet Gynecol. 151: 1009 1985.
- 10.- TOMWASI, N.E.; ANTED, AJN. Infección del líquido amniótico. Ginec Obst Mex. 23:565 1968.
- 11.- WEINTRAUB, C.D.A. Ruptura Prematura de Membranas en el Embarazo menor de 35 semanas. Asociación Mexicana de Ginecología y obstetricia. México 1987.
- 12.- SINOW, C. Bacteriological Findings After Premature Rupture of the Membranes. Arch Gynecol Obstet 244:69 74 1989.
- 13.- COOPERSTOCK, M. Circadian Incidence of Premature Rupture of the Membranes in Term and Preterm Births. Obstetrics & Gynecology Vol.69:6 Jun. 1987.
- 14.- AL-SAID, N.S. Premature Rupture of Fetal Membranes - Changes in Collagen Type. Acta Obstet Gynecol Scand 67: 291-295 1988.