

11217

63
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
E INVESTIGACION
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO S. S.
DIVISION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

MORBI - MORTALIDAD MATERNO - FETAL EN EMBARAZOS PRETERMINO CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN :
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :

DR. JESUS GONZALEZ NARVAEZ



MEXICO D. F. **TESIS CON FALLA DE ORIGEN** ABRIL 1993



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 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.

THESSIS

ILLIBLE

TABLA DE CONTENIDO

| | PAGINA |
|----------------------------------|--------|
| RESUMEN | |
| I. INTRODUCCION | 1 |
| ANTECEDENTES | |
| SITUACION ACTUAL | |
| OBJETIVOS | |
| JUSTIFICACION | |
| II. MATERIAL Y METODOS | 9 |
| III. RESULTADOS | 11 |
| IV. DISCUSION | 18 |
| V. CONCLUSIONES | 22 |
| VI. ANEXOS : | 23 |
| VII. BIBLIOGRAFIA | 29 |

RESUMEN

El manejo de las pacientes que presentan ruptura prematura de membranas cuando el producto no es de término ha representado a través de los años un manejo discutible. Para evaluar los riesgos-beneficios que en el manejo a este diagnóstico se ha realizado fue necesario analizar la morbi-mortalidad que tanto materna como fetal se han presentado. Se analizaron expedientes correspondientes a los años 1990, 1991 y 1992, encontrándose casos completos en número de 81, 93 y 83, respectivamente, analizándose no solo la morbi-mortalidad sino la edad de la paciente, estado civil, ocupación, semanas de gestación; en cuanto al producto, se valoró su presentación, peso, apgar y capurro. De esta manera se observó que la edad promedio correspondía a 23.3 años, en su mayoría casadas, con un promedio de semanas de gestación de 32.3 y con un tiempo de ruptura de 3 horas hasta 35 días; de las enfermedades asociadas al embarazo en orden de frecuencia correspondían a cervicovaginitis, infección de vías urinarias, preeclampsia, diabetes gestacional y otras como artritis reumatoide y miomatosis uterina.

La presentación céfalica como es de esperarse representó la mayor frecuencia; sin embargo, la presentación pélvica se mantiene constante del 18 al 20%.

La valoración del capurro representó el 45.3% de error diagnóstico al ser estos de término, las complicaciones fetales en orden de frecuencia fueron: distres respiratoria, sepsis neonatal, asfixia al nacimiento, sufrimiento fetal agudo y membrana hialina. El porcentaje de obitos correspondió al 9.8, 8.6 y 11% para cada año y la mortalidad fetal, correspondió al 26, 22 y 23 %, respectivamente. En cuanto a las malformaciones congénitas observadas, estuvieron anencefalos, hidrocefalo, TORCH, luxación congénita de cadera, síndrome de Sckel y otras inespecíficas, como son: cuellos y manos cortas entre otras.

En cuanto a las complicaciones maternas en orden de frecuencia correspondieron a corioamnionitis, retención de fragmentos, deciduitis, pseudoacretismo placentario e infección de herida quirúrgica a nivel de pared abdominal con dehiscencia de la misma, sin presentarse alguna defunción materna en este estudio.

INTRODUCCION

ANTECEDENTES. La ruptura prematura de membranas se define como la expulsión de líquido amniótico previa a la iniciación de trabajo de parto, las complicaciones son menos serias cuando la ruptura tiene lugar en época mas cercana al término del embarazo, la causa específica de la ruptura es desconocida y normalmente ocurre inesperadamente en una mujer cuyo embarazo habia progresado aparentemente normal.

Las mayores complicaciones de la ruptura son la iniciación del trabajo de parto y con esto la expulsión de un producto prematuro; y por otro la infección uterina ascendente, de las complicaciones maternas observadas son la corioamnioitís, Vintzileos 1986 (7), deciduitis llegando inclusive a producir sepsis materna, otros autores como Nelson en 1986(6) reportan a la ruptura de membranas como factor predisponente para la aparición de abrupto placentai principalmente en el manejo conservador. De las complicaciones fetales se encuentra la prematuréz relacionandose como distress respiratorio como lo menciona Jones L. S. en 1975(5), productos con enfermedad hialina, oligohidramnios severo capaz de producir malformaciones por compresión como el síndrome de Potter descrito por Fantel en 1975, y otras complicaciones como son la neumonia congenita, onfalitis y de igual modo septicemia fetal.

La ruptura prematura de las membranas aumenta la morbimortalidad materna a expensas de la infección, la

frecuencia y gravedad de ésta se encuentra estrechamente vinculada con la duración del periodo de latencia cuando el mismo supera las 24 horas el riesgo se incrementa significativamente. El principal factor determinante de la alta morbimortalidad neonatal es la inmadurez del recién nacido, que se exterioriza fundamentalmente por la enfermedad de membrana hialina, la anticipación del momento del parto produce también un incremento de la incidencia de presentaciones pelvianas, cuya letalidad por se es mayor que el de las cefálicas, el riesgo de que el feto y el recién nacido presenten infección aumenta proporcionalmente con la duración del periodo de latencia. Según algunos autores, pasadas las 24 horas las cifras oscilan entre el 5 y el 25% de los casos. La zona más débil de las membranas es la que se presenta sobre el orificio cervical interno, desde la mitad de la gestación, a las membranas que están obturando esta zona se les denomina membrana cervicales a diferencia de las membranas que están adosadas a la decidua y se apoyan con la pared uterina, las cervicales se hallan en contacto con el moco y otros elementos del orificio interno, estas membranas cervicales están pobremente nutridas en comparación al resto, el endometrio y la decidua tienen menor desarrollo, a nivel del orificio cervical las membranas se hallan sólo en contacto con la decidua capsular, también a este nivel soportan la mayor tensión y estiramiento por ausencia de la pared uterina, estos hechos hacen que las membranas cervicales presenten características fisiológicas de soporte,

nutricionales. de estructura celular diferente al resto. Por esto el punto más frecuente de la ruptura (punto crítico) es de la zona que contacta con el orificio cervical. Se describen tres mecanismos fisiopatológicos de la ruptura bien diferenciados: 1) Por alteración de la estructura de las membranas cervicales, la ruptura ocurre espontáneamente, antes de que se produzcan cambios importantes en la madurez, posición o dilatación del cuello uterino, el análisis de las membranas en el lugar de la ruptura muestra alteraciones degenerativas: el epitelio de células cuboideas se necrosa y se convierte en tejido amorfo, las capas restantes se fusionan en un tejido reticular con desaparición de núcleos celulares. 2) Por deformación y estiramiento a nivel del orificio cervical, la ruptura ocurre espontáneamente después de cambios funcionales del segmentocervix acompañados por las contracciones uterinas, ante la mínima dilatación del cervix las membranas comienzan a deformarse en este punto por estar desprovistas del soporte que les ofrece la pared uterina, el examen histológico de las membranas en el lugar de la ruptura muestra en estos casos la separación y ruptura del epitelio cuboideo de características normales, investigaciones in vitro demostraron que al término de la gestación y cuando la dilatación cervical es de 3 cm el corion y el amnios juntos soportan una presión hasta de 30 mmHg, esta resistencia disminuye a 200 mmHg cuando sólo queda íntegro el amnios y a 140 mmHg cuando sólo queda el corion (24). En la ruptura antes del término del embarazo el amnios

y el corion se rompen simultáneamente. esto se debe a la fuerte adherencia de ambos con la capa esponjosa que los une. 3) Mecanismo de formación y de ruptura de dos sacos ovulares. en éstos casos se produce una acumulación de líquido amniótico en el espacio virtual amniocorial por filtración a través del amnios o por secreción. El líquido acumulado por presión hidrostática va disecando el espacio amniocorial para finalmente depositarse en el polo inferior entre el corion y el amnios íntegro se forma una segunda bolsa, ésta se rompe en una etapa posterior por el mecanismo anteriormente mencionado. Etiología, con excepción de los traumatismos, los factores causales de la ruptura prematura son pocos conocidos y algunos muy discutidos, dentro de los traumáticos los tactos vaginales, la colocación de amioscopios, catéteres para registrar la presión intrauterina, sondas. son maniobras que pueden producir una amniotomía accidental involuntaria, infecciosas asociándose a la tricomoniasis como una alta incidencia de la ruptura. de este hecho se deduciría que la infección local debilita a las membranas cervicales. Incompetencia ístmico-cervical al aumentar la dilatación cervical disminuye el soporte de las membranas cervicales, produciéndose una hernia del saco ovular en ese punto, luego las membranas se pueden romper en ausencia de contracciones por estiramiento, acción traumática (coito, tactos, etc) ó mayor exposición a los gérmenes vaginales. Nutricionales como lo son: el déficit de vitamina C y el cobre, algunos autores (24) sostienen que el ácido ascórbico son importantes para el

mantenimiento de la estructura normal de las membranas, se ha observado asociación entre el déficit acentuado de vitamina C o de cobre y la ruptura de membranas.

La embarazada acude por lo general en forma espontánea y refiere haber tenido una pérdida de líquido, el interrogatorio debe dirigirse en estos casos a establecer con mayor precisión posible el color, la cantidad y en especial la fecha y hora del comienzo de la pérdida, en el 95% el diagnóstico se confirma fácilmente por el examen genital externo al visualizar la zona vulvar se puede ver fluir al líquido amniótico blanco claro, a veces ligeramente opaco o amarillento o teñido de meconio, su olor es característico semejante al semen o al de hipoclorito de sodio, después de las 32 a 35 semanas se puede observar la vernix de origen fetal, si por la simple inspección el cuadro no se aclara, se introducirá un espéculo esterilizado y seco, previo lavado perineal con alguna sustancia antiséptica no irritante, se comprobará la pérdida del líquido por el orificio cervical, si éste no fluye en forma espontánea, se puede presionar el fondo uterino para favorecer su salida, en caso positivo se recogerá en una pipeta esterilizada el líquido depositado en el fondo de sacos posterior para las pruebas confirmatorias de laboratorio, si aún así fuera imposible visualizar obtener líquido amniótico con el espéculo todavía colocado, se levantará la presentación con una mano y con la otra se presionará el fondo uterino para facilitar la salida del líquido, o bien mediante el tacto vaginal elevar la

presentación para facilitar la salida del líquido. Aún en duda las pruebas auxiliares de diagnóstico que demuestran mayor confiabilidad son la prueba del pH, de la cristalización, de la tinción de las células de la piel fetal, glóbulos lipídicos y de la presencia de fosfatidilglicerol, logrando con alguno de estos métodos la confirmación diagnóstica. El diagnóstico diferencial se debe establecer con la emisión involuntaria de orina, el flujo vaginal abundante, la ruptura alta de membranas (discutida) y el raro saco ovular doble.

SITUACION ACTUAL Se han reportado en diferentes estudios en relación a la morbimortalidad materna con respecto a la ruptura prematura de membranas, según el IMSS la frecuencia en cuanto a la complicación con corioamniotitis varia desde 0.7 hasta el 29.5% con un promedio de 11%, el alumbramiento se complica en el 2 al 8% de los casos con retención de fragmentos placentarios, siendo más frecuente mientras menor edad tenga el embarazo. En el puerperio la complicación séptica más frecuente correspondio a la endometritis y la mortalidad materna variando del 0 al 3%, generalmente tributaria a infección corioamniótica. En cuanto a la morbi-mortalidad fetal, la complicación fetal predominante es la prematurez que varia de 9 a 40% con un promedio de 20%, asociada a la hipoxia producida por la infección fetal intrauterina, distocias de contracción secundarias al uso inadecuado de oxitocina, trabajo de parto

prolongado, prolapso de cordón y al trauma obstétrico producido por la atención de la distocias de presentación, producen una mortalidad fetal que varía del 2.6 al 11% con un promedio de 6%. En los E.U. en un estudio realizado por Stewart and Taylor en 468 mujeres con ruptura de membranas 33% tuvieron un parto prematuro y el 92% de todas las mujeres no tuvieron complicaciones gravidicas, 6% tuvieron infección de vías urinarias y 3.7% por toxemia, 1.6% polihidramnios y el resto diversas complicaciones menores. La frecuencia de prolapso de cordón fué de 1.7%, la presentación pélvica fué de 7.3%, en 423 neonatos que sobrevivieron después de la ruptura 18 o el 4.4% mostraron signos de laboratorio de infección en el periodo neonatal. La mortalidad perinatal fue de 2.6% durante las primeras 24 horas a 46.7% después de 15 días.

En Chicago en el hospital del Condado de Cook, encargado de atender a personas de escasos recursos, la frecuencia de ruptura represento el 28.7%, siendo la mortalidad perinatal del 90.6% en neonatos con peso de 401 a 1000 gr, 66.7% en pesos de 1001 a 1500, 24.7% en los pesos de 1501 a 2000, 6.9% en los pesos de 2001 a 2500, 1.3 a partir de pesos de 2501 o más. Por tales motivos es necesario establecer la relación existente entre la morbi-mortalidad que tanto materna como fetal se presenta en nuestro medio, tomando en cuenta el nulo seguimiento de a sus complicaciones y de la valoración de su manejo.

OBJETIVOS

- 1) Identificar la morbimortalidad materna en la ruptura prematura de membranas.
- 2) Establecer la morbimortalidad fetal en la ruptura prematura de membranas.
- 3) Conocer las principales causas de ruptura prematura de membranas.

JUSTIFICACION.- Durante la práctica médica obstétrica es común que el médico se encuentre ante la situación de decidir la interrupción del embarazo antes de que el embarazo llegue al término, en estos casos bajo una conducta conservadora llevando el embarazo al término o bajo un tratamiento definitivo con interrupción inmediata una vez detectada la ruptura la resolución del embarazo es llevada a cabo; sin embargo el seguimiento posterior tanto del producto como de la madre es casi nulo, el obstetra ocasionalmente mantiene el seguimiento materno perdiendo el contacto definitivo con el neonato y con esto la valoración del manejo previamente establecido, dejando de ésta manera en duda si realmente se proporcionó un beneficio materno-fetal

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron un total de 257 casos con el diagnóstico de embarazo pretermino con ruptura prematura de membranas, comprendidos en los años 1990 a 1992, excluyendo los expedientes que no tuvieran un seguimiento completo, con embarazo menor de 36 semanas y mayores de 20 todos con el antecedente de ruptura prematura de membranas.

EL diagnostico y número de expediente fueron captados en la unidad de Gineco-Obstetricia y posteriormente revisados y analizados en el archivo general del Hospital General de México así como en el archivo de Pediatría. La información fué obtenida por medio de la hoja de recolección en donde se captó: edad, estado civil, ocupación, número de gestaciones, semanas de gestación, tiempo de ruptura y de terminación del embarazo, manejo médico (antibióticos, inductores de maduración, tocolíticos, oxitócicos) enfermedad asociada al embarazo, datos del producto como presentación, situación, via de terminación del embarazo (parto autócico, fórceps, cesárea), valoración del producto al nacimiento (apgar y capurro) y las complicaciones presentadas posterior al nacimiento y previo al parto como sufrimiento fetal, asfixia al nacimiento (leve, moderada, severa) dificultad respiratoria, sepsis neonatal, membrana hialina, muertes en utero (obitos) y postnatales.

En cuanto a las complicaciones maternas, coriomaniotitis, deciduitis, infección y/o dehiscencia de herida quirúrgica y mortalidad, representaban los datos de complicaciones. Los datos se ordenaron de manera estadística, obteniéndose los datos de población total, media y desviación estandar así como de porcentajes, para de esta manera representar los resultados.

RESULTADOS

Se estudiaron un grupo de 257 casos comprendidos entre los años de 1990 a 1992, obtenidos de manera retrospectiva en los archivos del Hospital de México SSA. correspondientes al año de 1990 se analizaron un total de 81 casos, con edad mínima de 16 años y máxima de 42 con un promedio de 24, del total 25 (43.7%) casadas, 25 (31.2) en unión libre y 21 solteras (26%) primigestas en número de 37 (46%), 11 secundigestas (13.5%), 17 en su tercera gestación (20.9%) y multigestas en número de 15 (18.7%). Las semanas de gestación comprendían de la 25 a la 36 con un promedio de 33.2 (fig.3), un tiempo de ruptura de membranas de 3 horas y un máximo de 23 días con un promedio de 63.8 horas.

El manejo médico realizado a base de ampicilina 28 (43.7%) penicilina 12 (18.7%), gentamicina 6 (9.3%) y otras asociaciones como lo son ampicilina-gentamicina-metronidazol, penicilina-ampicilina-metronidazol todas en número menor de 4, tocolíticos del tipo de la orciprenalina en número de 5 (6.2%), inductores de la maduración en un 6.2% (5 casos). De las enfermedades asociadas al embarazo cervicovaginitis en un número de 4 (5%) y un caso de manera correspondiente infección de vías urinarias, preeclampsia, diabetes mellitus, miomatosis uterina.

En cuanto a la presentación del producto 67 casos (82.71%) tuvieron presentación cefálica y 14 en presentación pélvica (17.28%) fig.2, teniendo como vía de terminación del

embarazo el parto eutócito en 43 pacientes (53%), operación cesárea en 23 casos (28.3%), fórceps en 7 pacientes (11.1%) y parto pélvico en 6 (7.4%), utilizando la valoración de apgar al minuto comprendida desde uno hasta 3 siendo el promedio 6 y a los 5 minutos el intervalo correspondía de uno a nueve siendo el promedio 8. A la valoración del capurro 43 neonatos (53%) presentaron una edad gestacional mayor de 36 semanas y 37 neonatos (46.2%) una edad menor de 36 semanas (fig.3). Los pesos de los productos comprendían de los 700 gr. a los 3400gr. con un promedio de 2247, con datos de sufrimiento fetal agudo en 10 (15.6%), asfixia al nacimiento leve en 11 neonatos (13.7%), moderada en 3 (3.7%) y severa en 7(8.7%) posteriormente desarrollaron dificultad respiratoria 29 productos (45.3%), membrana hialina en 5(7.8%), sepsis neonatal en 15(23.4%). Malformaciones congénitas en número de 3 respectivamente anéncefalo, hidrocefalia con pia izquierdo en talo varo y por último malformaciones caracterizadas por macroglosia, hipertelorismo, epicanto, cuello y manos cortas.

En cuanto al número de obitos se presentaron un total de 8 correspondientes al 9.8%, la mortalidad total observada en la población correspondió a 21 casos o sea el 26%.

En cuanto a la morbilidad materna la que más frecuente se presentó fué corioamniotitis en 21 casos (26.2%) fig.5, retención de fragmentos en 10 (18.6%), deciduitis en 2 (2.5%) y un caso de infección de la herida quirúrgica de pared abdominal, sin presentarse alguna defunción materna.

Con respecto a 1991 se analizaron un total de 93 pacientes comprendidas entre las edades de 17 a 38 años con un promedio de 24, casadas un 41% o sea 39 pacientes, en unión libre el 36% (34 pacientes) y solteras en el 20% (19 pacientes) en cuanto a paridad, primigestas en numero de 34 (36.5%), secundigestas en 24 (25.8%) y 35 (37.7%) repartidos en multigestas, con el antecedente de aborto en 11 casos (11.92%) con edad minima de semanas de gestación de 25 y máxima de 36 con un promedio de 30.5 semanas, con un tiempo de ruptura desde dos horas hasta 35 días en un promedio de 3.9 días recibiendo manejo médico a base de ampicilina en el 55.9% (52 casos) PSC en 8 (8.6%) ampicilina-gentamicina en (7.5%) y otros medicamentos como lo son la gentamicina exclusivamente en 3, amikacina y mandelamine de manera unitaria; manejo de tocolíticos en el 15% (14 casos) orciprenalina en 13 isoxuprina en un caso, recibiendo manejo con inductores de maduración un total de 21 pacientes correspondientes al 22.5%, 16 a bases de hidrocortisona y 5 con dexametazona. Enfermedades asociadas al embarazo, cervicovaginitis en 4 (4.35%) e infección de vias urinarias y diabetes mellitus con dos respectivamente (2.1%).

Valorando la presentación del producto, presentación cefálica en 74 (79.56%), pélvico en 15 (16.1%) fig.2, y situación transversa en 3 (3.2%), para la terminación del embarazo por vía parto eutócico se presentó en el 65.5% (61 casos), cesárea en el 21% (26 casos) y fórceps en 3 (3.2%) Al nacimiento la valoración del apgar al

minuto comprendía desde uno hasta nueve siendo la media de 6. igualmente a los cinco minutos el rango se encontraba de uno a nueve; sin embargo la media se encontraba en 8, para el capurro 34 presentaron un embarazo mayor de 36 semanas (36.9%) y menores de 36 en 58 (63%) fig.4, los pesos de los productos comprendían de 500 gr. hasta 3375 gr. con un promedio de 2104 gr.. datos de sufrimiento fetal se presentaron en 16 productos (17.39%) con asfixia leve al nacimiento 14 (15%), moderada en 13 (14.1%) y severa en 4 (4.3%); desarrollo de dificultad respiratoria en 59 casos. (64%) sépsis neonatal en número de 59 (64%) un neonato desarrollo membrana hialina. malformaciones congénitas en número de 6. Sx de Sckel (microcefalia, micrognasia, cara de pájaro). Pb TORCH con moldeamiento cefálico, labio y paladar hendido. tumor en fosas renales con edema de partes blandas y otro con moldeamiento craneal. El número de obitos correspondió a 8 (8.6%) y una mortalidad total de 21 (22.8%).

En cuanto a la morbilidad materna 22 presentaron corioamnionitis (23.9%). retención de fragmentos en 17 (18.47%), deciduitis en 5 (5.4%), acretismo placentario en 3 (3.2%) un caso con infección de herida quirúrgica a nivel de pared abdominal sin presentarse alguna defunción materna durante los 93 casos. Por último en el año de 1992 se estudiaron un total de 83 pacientes entre edades de 16 a 44 años con un promedio de 22, la mayoría de la población casada (47.5%) 38 casos, 26 en unión libre (32.5%) y solteras en número de 19 (22.4%), siendo primigestas el 46% (37

pacientes secundigestas en el 21% (18 pacientes) en su tercera gestación 14 pacientes (17%), y 11 casos repartidos en pacientes multigestas, con el antecedente de aborto en 5 casos (5%). los embarazos comprendían una edad gestacional mínima de 20 semanas y máxima de 36 con un promedio de 33 (fig.3). un tiempo de ruptura desde 3 horas hasta 21 días, con un promedio de 71.8 horas, 4 pacientes (4.9%) horas 4 pacientes (4.9%) con infección de vías urinarias como enfermedad asociada, 2 pacientes (2.4%) con cervicovaginitis artritis reumatoide y preeclampsia leve respectivamente; recibieron manejo médico a base de ampicilina en 40 casos (49.3%) PSC-ampicilina en 11 (13.5%), PSC en 10 (12.5%), siendo estos manejos los más frecuentes; manejo con tocolíticos en 4 (4.9%), 3 con orciprenalina y uno con indometacina, manejo con inductores de la maduración en 5 pacientes (6.1%), 4 con hidrocortisona y uno con dexametazona, oxitocina fué administrada en 6 casos (7.4%). La presentación que adquirió el producto durante el embarazo en el 81% correspondió a la presentación céfalica (66 casos) y en el 20% a la presentación pélvica, como vía de terminación del embarazo correspondió al parto eutócico en un número de 53 (65%), cesárea en el 23% (19 casos), parto pélvico en el 8.6% (7 casos, y aplicación de fórceps en 3 pacientes (3.7%). La valoración del apgar al minuto comprendía desde uno hasta 8, con un promedio de 6 minutos, a los 5 minutos con un rango desde uno hasta 9 sin embargo con un promedio de 8; en la valoración del capurro 34 (41.9%)

correspondía a una edad gestacional mayor de 36 semanas, mientras que el 58% (47 casos) correspondía a embarazo menor de 36 semanas. el peso de los productos comprendían de 560 a 3500gr con un promedio de 2107 gr, datos de sufrimiento fetal se presentaron en número de 16 (19.7%), con asfixia leve al nacimiento un 6.1% (5 casos), moderada y severa en 7 respectivamente (8.6%), desarrollaron síndrome de dificultad respiratoria un número de 45 (55%), tres pacientes con desarrollo de membrana hialina (3.7%), sepsis neonatal en 15 (18.5%), malformaciones congénitas en número de 5; anencefalo, Pb TORCH, hidrocefalia, Sx dismórfico facial, hipospadias, otros dos presentaron equimosis en extremidades inferiores y maceración respectivamente. el número de obitos correspondió al 11% (9casos), con una mortalidad total de 19 productos o sea el 23% (fig.1).

En cuanto a la morbilidad materna corioamnioitís se presentó en 30 pacientes (37%) retención de fragmentos en 11 (13.5%) y respectivamente se presentó deciduitis e infección de herida quirúrgica a nivel de pared abdominal en una ocasión, de igual manera no se presentó alguna defunción materna en estos pacientes.

De manera general obteniendo el promedio de los tres años para cada dato se observó que la edad comprendía a 23.3 años, casadas en el 39.9%, solteras en el 22.8% y en unión libre en el 33.3%; primigestas en el 20.1% mismo porcentaje para secundigestas y 36% en pacientes en su tercera gestación y multigestas. De las enfermedades

asociadas al embarazo siendo estas de hallazgo se encontro a cervicovaginitis en el 3.9%, infección de vías urinarias en el 2.6%. Diabetes mellitus, preeclampsia y miomatosis uterina en el 1.1%. De la presentación que adquirió el producto correspondio en el 61% a la presentación cefálica y 18% a la pélvica. Como vía de terminación del embarazo en el 61% via parto eutócico, en el 24% por medio de cesárea, en el 9.3% con la aplicación de fórceps y el resto (5.1%) por medio del parto pélvico. En la valoración del neonato el apgar al minuto correspondio a 6 y a los 5 minutos el valor fue de 8, con capurro mayor de 36 semanas correspondio al 45.6% y en el 56.4% a un embarazo menor de 36 semanas, el peso promedio fue de 2152, con signos de sufrimiento fetal agudo en el 17.5%, asfixia al nacimiento en el 11.6% leve, moderada en el 8.8% y severa en el 7.2%. posteriormente distress respiratoria en el 54.7%, sépsis neonatal en el 35.9% y membrana hialina en el 4.2% (fig.6), las malformaciones congénitas encontradas correspondieron al 5.3%. La mortalidad perinatal en el 9.4 correspondio a muerte intrauterina (obitos) y el 23.9% a muertes postnatales con una totalidad de muertes perinatales del 33%. De las complicaciones maternas corioamniotitis como causa principal en el 29.0%, retención de fragmentos en el 16.6%, deciduitis en el 2.9% y por último dehiscencia de pared abdominal en el 1%.

DISCUSION

La ruptura prematura de membranas como es sabido representa la principal causa de prematuridad y las complicaciones que esto conlleva como lo son la asfixia al nacimiento, distress respiratoria (5,18,19), sepsis neonatal (11,12) membrana hialina y mortalidad fetal; por otro lado en cuanto a la madre corioamnionitis representa la principal complicación (fig.5), seguida de retención de fragmentos, deciduitis, ocasionalmente infección de herida quirúrgica a nivel de pared abdominal, sin presentarse en alguno de estos casos alguna defunción materna. Como se puede observar la edad gestacional media corresponde a la semana 32-33 (fig.3) en los tres grupos de estudio, en esta edad gestacional y aun menor es cuando se encuentran las contracciones fisiológicas de Braxton Hicks con aumento de la presión hidrostática intrauterina y con esto distensión de las membranas ovulares presentando con esto un factor para que se produzca la ruptura. En cuanto a la relación existente entre ruptura de membranas y enfermedad asociada esta fué secundariamente analizada por esto la frecuencia es escasa sin embargo en orden de frecuencia la cervicovaginitis como lo refieren Maxwell (9), Schwarcz (24) resultó la de mayor asociación, posteriormente infección de vías urinarias, diabetes mellitus, preeclampsia, artritis reumatoide, miomatosis uterina e hipertiroidismo estuvieron presentes, tales enfermedades como lo menciona Schwarcz (24) son capaces de

lesionar la estructura de la membrana, en el caso de cervicovaginitis e infección de vías urinarias por medio de la lesión directa ocasionada por las bacterias, por daño sistémico como lo es la perfusión materno fetal y con esto carencia en la nutrición de la membrana como sucede en la diabetes y estados hipertensivos del embarazo, daño directo a los tejidos con lesión directa de la colagena y tejido conectivo propios de la artritis reumatoide, factores mecánicos como lo son la micomatosis uterina, siendo la asociación de estos factores la causa de la ruptura o bien la exageración de uno de ellos. Definitivamente que la presentación cefálica es la que con mayor frecuencia se presenta; sin embargo es importante mencionar como la presentación pélvica se mantiene constante en el 16,18 y 20% (fig.2) en tres grupos de estudio consideramos de esta manera a la presentación pélvica como un factor importante en la ruptura debido a los movimientos directos que con las extremidades el feto realiza sobre el punto crítico de ruptura de las membranas cervicales, condicionando un factor mecánico y aunado a algún otro ya sea infeccioso o sistémico la ruptura se produce. En cuanto al tiempo de evolución de ruptura y el aumento de morbilidad materno-fetal el resultado fue variable, de modo tal que se encontro un tiempo promedio de 74 hs para presentarse tanto sepsis neonatal como corioamniotitis, considerando que existen de igual modo tanto factores como lo son infecciones vaginales previas, estado nutricional, enfermedades sistémicas, para el

desencadenamiento de las complicaciones y evolución dependiendo del manejo oportuno de las mismas. La relación existente de mortalidad y ruptura de membranas se encontro en un tiempo mayor de 20 dias y el menor de 8 horas, existiendo un promedio de 6.19 dias, teniendo como principal causa de muerte la prematurez, distress respiratorio y posteriormente sepsis neonatal, en donde los neonatos menores de 30 semanas correspondian al mayor número de defunciones, algunos de ellos coincidiendo con parto pélvico, demostrando de esta manera que el preservar un embarazo cuando está es menor de 30 semanas lo que se ésta condicionando es la mayor propensión del producto a la septicemia y con esto corioamnioitis e infecciones maternas, por lo que previo a la semana 30 o 28 como lo señala Beyound (15) no se debe preservar un embarazo. Las malformaciones congenitas encontradas, no se relacionan de algun modo con la ruptura de membranas como lo son TORCH.S: de Sckel, anecefalia e hidrocefalia entre otras, sin embargo se encontraron lesiones como moldeamiento craneal, edema de partes blandas, equimosis en extremidades inferiores, pie en talo varo, las cuales se pueden considerar como manifestaciones producidas por compresión de dichas estructuras, principalmente por la presencia de oligohidramnios y en base al tiempo de evolución de traumatismo directo con la musculatura uterina y aún mas en contracción, las lesiones dérmicas y óseas comienzan a aparecer. En cuanto a las complicaciones maternas como ya es bien conocido corioamnioitis representa la

principal complicación (fig.5), sin embargo con el manejo a base de antibióticos el cuadro tiende a desaparecer, ocupando el segundo lugar en cuanto a las complicaciones se encontró la retención de fragmentos placentarios y con esto la importancia de la revisión de cavidad posterior a un parto de producto pretérmino. cuatro pacientes durante los tres grupos presentaron dehiscencia de herida quirúrgica a nivel de pared abdominal y por último la deciduitis se presentó sin que representara una real complicación, observándose de esta manera que en todas las complicaciones maternas un manejo inmediato y adecuado son capaces de yugular el cuadro evitando las complicaciones y con esto la muerte materna. Sin embargo esto no justifica la preservación del embarazo hasta la muerte fetal, mayor riesgo a la septicemia neonatal, distress respiratorio, motivos principales de muerte neonatal, principalmente cuando el embarazo es menor de 30 semanas.

CONCLUSIONES

1.- La mortalidad fetal in utero correspondio al 9.4% y la postnatal al 23.9%, con una totalidad del 33.3% de muertes fetales.

2.- Las causas de morbilidad fetal correspondieron a distress respiratoria en el 54.7%, sepsis neonatal en el 35%, sufrimiento fetal agudo en el 27.6% y membrana hialina en el 4.2%.

3.- La morbilidad materna fué del 48.9%, corioamnioititis en el 29%, retención de fragmentos en el 16.6%, deciduitis en el 2.9% y dehiscencia de herida quirúrgica a nivel de pared abdominal en el 1%.

MORBI- MORTALIDAD FETAL EN PACIENTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

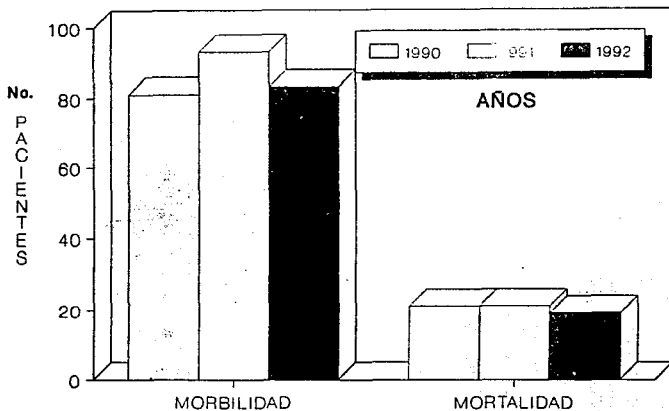


FIGURA 1.

PRESENTACION DEL PRODUCTO

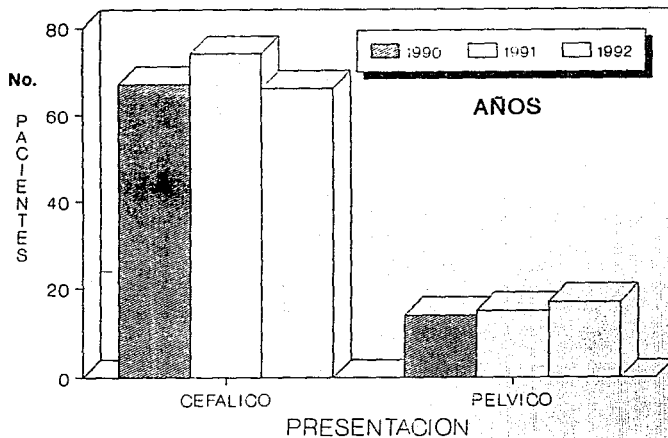


FIGURA 2.

PROMEDIO DE EDAD GESTACIONAL Y RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

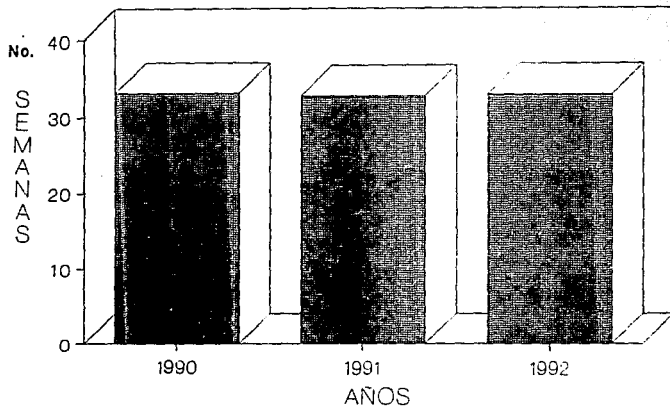


FIGURA 3.

VALORACION DE CAPURRO Y RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

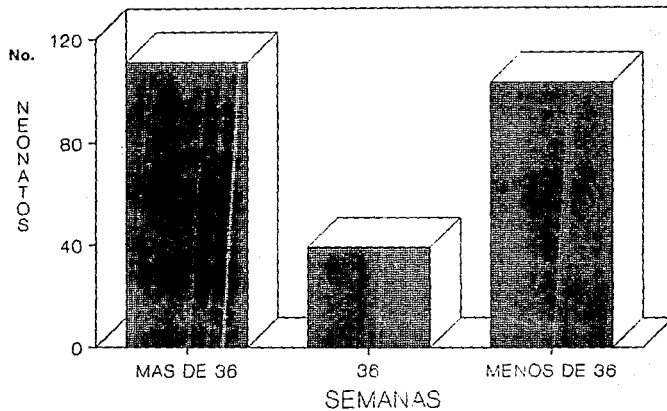


FIGURA 4.

PRESENCIA DE CORIOAMNIOITIS EN LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

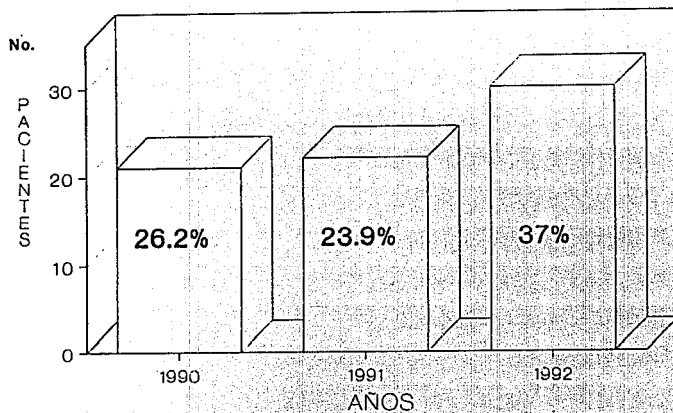


FIGURA 5:

COMPLICACIONES FETALES

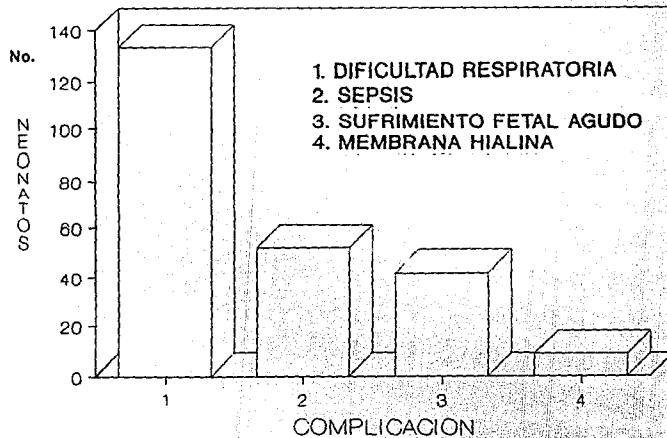


FIGURA 6.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Fouvillois JL; Fapiercik E. Prevention of infection in premature rupture of the membranes. Apropos of 150 cases treated with antibiotics and tocolytics. J-Gynecol-Obstet-Biol-Reprod 1973 Apr-May;2(3) 271-81
- 2.- Head SA. Premature rupture of the fetal membranes. J. Am Osteopath Assoc; 1975 Sep. 75(1); p. 55-7
- 3.- Fantel AG; Shepard TH. Potter syndrome. Nonrenal features induced by oligoamnios. Am J-Dis-Child 1975 Nov. 129(11) P; 1346-7
- 4.- Caspi E; Schrey P; Changes in amniotic fluid lecithin-sphingomyelin ratio following maternal dexametasona administration. Am-J-Obstet-Gynecol; 1975 Jun 1;122;(3) p. 327-31
- 5.- Jones MD; Burd Li; Bowes WA. Failure of association of premature, with respiratory-distress syndrome. N.England-J-Med; 1975 Jun 12; 292(24); p. 1253-7
- 6.- Nelson DM; Srempel LE; Association of prolonged preterm premature rupture of the membranes and abruptio placentae. J-Reprod-Med; 1986 Apr. 31(4); P. 249-53
7. Vintzileos AM; Campell WA. Fetal breathing as a predictor of infection in premature rupture of the membranes. Obstet-Gynecol; 1986 Oct 67(6); P> 813-7
- 8.- Asrat T; Garite TJ. Management of preterm premature of membranes. Clin-Obstet-Gynecol; 1991 Dec 34(4) P.730-41

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

9.-Maxwel GL; Watson WJ. Preterm premature rupture of membranes result of expectant management in patients whit cervical culture positive for group B streptococcus or Neisseria gonorrhoea. Am-J-Obstet-Gynecol;1992 Mar;166(3); P.945-9

10.- Sival DA; Visser GH. Fetal breathing movements are not a good indicator of lung development after premature rupture of membranes and oligohydramnios a preliminary study. Early-Hum-Dev; 1992 feb; 28(2); P. 133-43

11.- Owa JA; Olusanya ID; Esimai VC. The risk of neonatal septicaemi after prolonged rupture of the membranes in Nigeria. Trop-Geogr-Med; 1990 Jul; 42(3); P 217-20

12.- Levine SD. Premature rupture of the membranes and sepsis in preterm neonates. Nurs-Res; 1991 Jan-Feb 40(1); P. 36-41

13.-Okonofua FE; Onwudiegwu U. Preterm premature rupture of the fetal membranes in a low socioeconomic population: result of conservative management. Int-J-Gynaecol-Obstet; 1991 Jan; 34(1); P.35-9

14.-Gonen R; Ohlsson A; Farine D; Milligan JE. Can the non stress test predict congenital sepsis.Am-J-Perinatol; 1991 Mar; 8(2); P.91-3

15.-Druzin ML; Toth M. Nonintervention in premature rupture of the amniotic membranes. Surg-Gynecol-Obstet; 1986 Jul; 163(1); P 5-10

16.-Beydoun SN; Yasin SY. Premature rupture of the membranes before 28 weeks: conservative management. Am-J-Obstet-Gynecol; 1986 sep; 155(3); P.471-9

- 17.- Morales WJ; Diebel ND. The effect of neonatal dexamethasone administration on the prevention of respiratory distress syndrome in preterm gestation with premature rupture of membranes. Am-J-Obstet-Gynecol; 1986 Mar; 154(3); P.591-5
- 18.- Spitzer M; Fleischer A. Impact of perinatal asphyxia mode of delivery, and duration of premature rupture of membranes on the incidence of respiratory distress syndrome. NY-State-J-Med; 1986 Feb;86(2); P. 64-7
- 19.- Birenbaum HJ. Chronic fetal stress and risk of infant respiratory disease syndrome. Obstet-Gynecol; 1986 Aug; 68(2) p.293
- 20.- Richards DS. Complications of prolonged PROM and oligohydramnios. Clin-Obstet-Gynecol; 1991 Dec; 34(3); P.730-41
- 21.- Bachio O, Masahiko M, Mizuno. Clinical effectiveness of a new cervical indwelling catheter in the management of premature rupture of membranes: A Japanese collaborative study. Am J Obstet Gynecol vol 159:3 P. 336-340. apr. 1988
- 22.- Sachio Ogita. MD, Motoharu I. Transcervical amnioinfusion of antibiotics: A basic study for managing premature rupture of membranes. Am J Obstet Gynecol 1988 Jan 158 P. 23-7
- 23.- Sachio Ogita, Masahiko M. Premature Rupture of the membranes managed with a new cervical catheter The Lancet Jun 16 1984 P. 1330
- 24.- Ricardo L. Schwarts Carlos A. Gonzalo D. Obstetricia Edit. El Ateneo. Cuarta edición P. 184-86 1989

25.- Danforth D. Tratado de Ginecología y Obstetricia, cuarta edición. Interamericana 1987. P.466-68.