



HOSPITAL LUIS CASTELAZO AYALA H. G. O. 4
JEFATURA DE ENSEÑANZA

TESIS:
PROSTAGLANDINA INTRACERVICAL EN EMBARAZOS DE
TERMINO CON RUPTURA DE MEMBRANAS.

TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
MEDICO EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

PRESENTA:
DR. JAIME BLANQUET GARCIA.

ASESOR:
DR. JOSE FUGAROLAS MARIN.

MEXICO, D. F. FEBRERO DE

1995



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.



11217
19
REJ

HOSPITAL LUIS CASTELAZO AYALA H. G. O. 4
JEFATURA DE ENSEÑANZA

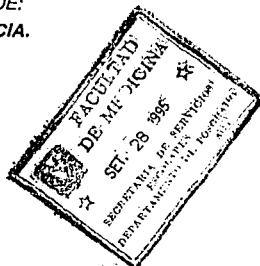
TESIS:
PROSTAGLANDINA INTRACERVICAL EN EMBARAZOS DE
TERMINO CON RUPTURA DE MEMBRANAS.

TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
MEDICO EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

Blanco

PRESENTA:
DR. JAIME BLANQUET GARCIA.

ASESOR:
DR. JOSE FUGAROLAS MARIN.



NZA
H. G. O. 4
"LUIS CASTELAZO AYALA"
IMSS

MEXICO, D. F. FEBRERO DE

1995

I N D I C E

- CAPITULO 1. INTRODUCCION.
 DEFINICION.
 ANTECEDENTES.*
- CAPITULO 2. MEMBRANAS FETALES.
 CARACTERISTICAS DE LA PGE2*
- CAPITULO 3. DESCRIPCION DEL TRABAJO
 TIPO DE ESTUDIO.
 METODOLIGIA.
 GRAFICAS.
 RESULTADOS.*
- CAPITULO 4. CONCLUSIONES.*

REFERENCIAS

CON ADMIRACION Y RESPETO A:

MIS PADRES

ESPOSA E HIJOS

INTRODUCCION

LA INDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO POR RAZONES OBSTETRICAS Y MEDICAS ES UN METODO ACEPTADO DE LA PRACTICA ACTUAL DE LA ESPECIALIDAD.

LAS TECNICAS MAS EMPLEADAS SON LA AMNIOTOMIA QUIRURGICA, INDUCCION CON OXITOCINA INTRAVENOSA, Y EN OCASIONES DE EMPLEAN COMBINACIONES DE AMBOS METODOS. LAS CONDICIONES DEL CERVIX UTERINO SON FACTORES DETERMINANTES EN EL BUEN RESULTADO DE LA INDUCCION. Y CUANDO ESTE NO ES FAVORABLE, CONSTITUYE UN DATO DE MAL PRONOSTICO, Y SI SE INDUCE EL PARTO ESTA SITUACION SERA PROLONGADA E IMPLICA DIVERSOS RIESGOS.(1).

LA FRECUENCIA DE CESAREA EN CASO DE INDUCCION FALLIDA EN ESTAS PACIENTES LLEGA INCLUSO AL 50%. POR LO ANTERIORMENTE DICHO ES NECESARIO ALGUN METODO PARA MODIFICAR EL CERVIX LO CUAL PERMITIRA UNA CULMINACION SATISFACTORIA CUANDO DE INDUSCA EL TRABAJO DE PARTO.

EL CERVIX UTERINO ESTA COMPUESTO POR FIBRAS DE COLAGENA Y FIBRAS MUSCULARES LIMITADAS A SU UNION CON EL CUERPO, A NIVEL DEL ISTMO. EL REBLANDECIMIENTO O MADURACION DEL CERVIX ES RESULTADO DE LA REDISPOSICION INTRINSECA DE LOS HACES RIGIDOS DE COLAGENA, EN UN ORDEN MAS FLEXIBLE; ESTE ES UN PROCESO DINAMICO QUE CONLLEVA DESTRUCCION DE LA COLAGENA Y ALTERACION EN LA CONCENTRACION DE GLUCOPROTEINAS Y GLUCOSAMINOGLICANOS. DURANTE EL EMBARAZO ESTO OCURRE GRADUALMENTE Y DA COMO RESULTADO REBLANDECIMIENTO,

ACORTAMIENTO Y DILATACION PARCIAL DEL CERVIX (4). LAS PROSTAGLANDINAS CONSTITUYEN UNO DE LOS GRUPOS DE SUSTANCIAS BIOLÓGICAMENTE ACTIVAS MAS POTENTES QUE SE HAN DESCUBIERTO Y DE MAYOR DISTRIBUCION EN EL ORGANISMO, UNA DE LAS APLICACIONES E INTERVENCIONES DE MAYOR IMPORTANCIA EN LA PRACTICA, LO CONSTITUYE EL CONTROL DE LA REPRODUCCION Y EL PARTO. EN LO QUE CONCIERNE AL EMBARAZO (6). LOS ESTUDIOS EN ANIMALES SUGIEREN QUE LA ACCION DE LAS PROSTAGLANDINAS EXOGENAS, BASICAMENTE SE EJERCE EN EL ENDOMETRIO Y EL CERVIX UTERINO, FACTOR ESPECIALMENTE IMPORTANTE EN LO QUE RESPECTA A LA PGE2. TAMBIEN SE HA REPORTADO QUE LA PGF2 ALFA, ACTUA A TRAVES DE OVARIOS PARA DISMINUIR LA SECRECION DE PROGESTERONA, TAL VEZ CON LIBERACION DE RELAXINA.(5).

ESTAS SUSTANCIAS ACTUAN COMO HORMONAS LOCALES EN EL SITIO DE LA LIBERACION Y NO UN ORGANO BLANCO DISTANTE.(7). SU ACCION ES MEDIADA A NIVEL MOLECULAR PR EL MONOFOSFATO CICLICO DE ADENOSINA (AMP_o) INDEPENDIENTEMENTE DE LA ACTIVIDAD DE RECEPTORES BETA, LOS NEXOS O UNIONES DE INTERSTICIO QUE ESTAN EN GRAN NUMERO ENTRE LAS FIBRAS DEL MUSCULO LISO DEL MIOMETRIO, TIENE COMO FUNCION UNIR LAS CELULAS MIOMETRIALES, Y QUE PERMITEN LA CONTRACTILIDAD SINCRONIZADA DURANTE EL PARTO, ACTUALMENTE SE REPORTA LA POSIBILIDAD DE APLICAR PROSTAGLANDINAS EN FORMA LOCAL.(6). LA APLICACION CERVICAL DE PGE2, EN GEL DE JILOSA MEJORA LAS CONDICIONES DEL CERVIX PARA LA INDUCCION.(8). OTRO FACTOR IMPORTANTE ESTUDIADO POR ERNEST.(6) ES QUE EL PH ENCONTRADO EN EL CANAL VAGINAL DE LAS PACIENTES CON RPM, Y QUE FACILITA EL DESARROLLO DE PROCESOS INFECCIOSOS POR PARTE DE GERMEEN GRAM NEGATIVOS. (9).

ETIOPATOGENIA DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS. LA FRECUENCIA DE RPM, VARIA DE UN CENTRO HOSPITALARIO A OTRO PERO EN GENERAL SE PRESENTA ENTRE EL 2.7% Y EL 17% DE TODOS LOS EMBARAZOS. EXISTEN DIFERENTES FACTORES QUE LAS PROMUEVEN Y ESTA ESTABLECIDO QUE EXISTEN DEFECTOS ESTRUCTURALES Y MECANICOS ASOCIADOS DE MANERA ESPECIFICA AL SITIO DE LA RUPTURA, ADEMAS DE QUE LAS MEMBRANAS DE LAS PACIENTES CON RPM, PUEDEN SER INTRINSECAMENTE DEFECTUOSAS. TOMANDO EN CONSIDERACION QUE EL COMPONENTE ESTRUCTURAL MAS IMPORTANTE DEL AMNIO ES LA COLAGENA, A PARTIR DE 1985 SE HA SEÑALADO A ESTA PROTEINA COMO LA POSIBLE RESPONSABLE DEL DEFECTO DE LA RPM, SE CONSIDERAN TRES ASPECTOS IMPORTANTES EN LA PATOLOGIA DESCRITA Y SON: AUMENTO DE LA PRESION INTRAUTERINA, DISMINUCION DE LA RESISTENCIA DE LAS MEMBRANAS Y MOVILIDAD INTERNA DEL PRODUCTO, ADEMAS FACTORES DE RIESGO COMO: ANTECEDENTES DE RPM O PARTO PRETERMINO, CIRUGIA CERVICAL PREVIA, HEMORRAGIA VAGINAL, PATOLOGIA PLACENTARIA: PLACENTA PREVIA, DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA NORMALMENTE INSERTADA, INSERCIÓN MARGINAL DE CORDON, (1,6,8).

TRATAMIENTO EN LAS PACIENTES CON RPM, Y CERVIX FAVORABLE O NO ESTA INDICADA LA INDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO, SE LOGRA UNA MAYOR DURACION DEL PERIODO LATENTE, QUE SE CORRELACIONA CON MAYOR RIESGO DE INFECCION MATERNA Y NEONATAL. INDUCIR EL TRABAJO DE PARTO EN LA RPM CON CERVIX DESFAVORABLE EN LA ACTUALIDAD ES UN METODO DEMOSTRABLE EN OTROS PAISES CON EL USO DE LA PGE2 INTRACERVICAL, (11,12,13).

DEFINICION

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.- ES LA SALIDA DE LIQUIDO AMNIOTICO A TRAVES DE UNA SOLUCION DE CONTINUIDAD (ESPONTANEA), DE LAS MEMBRANAS CORIOAMNIOTICAS POR LO MENOS DOS HORAS ANTES DEL INICIO DEL TRABAJO DE PARTO.

RUPTURA PRECOZ DE MAMBRANAS.- ES LA RUPTURA DEL CORIOAMNIOS QUE OCURRE YA INICIADO EL TRABAJO DE PARTO ANTES DE QUE ESTE LLEGUE A SU FACE ACTIVA, O SEA ANTES DE LOS 4 CM DE DILATACION CERVICAL.

PERIODO DE LATENCIA.- ES EL INTERVALO QUE OCURRE ENTRE EL MOMENTO DE LA RUPTURA DE MEMBRANAS Y EL INICIO DEL TRABAJO DE PARTO.(8).

PERIODO DE INTERVALO.- ES EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA RUPTURA DE MEMBRANAS Y EL NACIMIENTO DEL PRODUCTO. (9).

EMBRIOLOGIA DE LAS MEMBRANAS CORIOAMNIOTICAS.

EL AMNIOS SE FORMA ENTRE EL SEPTIMO Y OCTAVO DIA DEL DESARROLLO. (10). HAY TEORIAS SEGUN LAS CUALES EL AMNIOS SE FORMA POR DELAMINACION DEL CITOTROFOBlasto, O BIEN COMO EXTENSION DEL ECTODERMO FETAL. (11), INICIALMENTE, EL AMNIOS HUMANO ES UNA PEQUEÑA VESICULA QUE SE TRANSFORMA EN SACO Y CUBRE LA CARA DORSAL DEL EMBRION. CONFORME CRECE, EL AMNIOS RODEA DE MANERA GRADUAL AL EMBRION Y PROTRUYE HACIA LA CAVIDAD AMNIOTICA. CONFORME EL AMNIOS CONTINUA EXPANDIENDOSE, ENTRA EN CONTACTO CON LA CARA INTERNA CONTRALATERAL DEL CORION, ENTRE LOS MESES

CUATRO Y QUINTO DE LA GESTACION Y ELLO PRODUCE OBLITERACION DEL CELOMA EXTRAEMBRIONARIO.

ANATOMIA DE LAS MEMBRANAS FETALES.

EL AMNIOS NORMALMENTE TIENE DE 0.2 A 0.5 MM DE GROSOR. (10). Y SU EPITELIO COMPRENDE UNA CAPA DE CELULAS CUBICAS MO CILIADAS SOBREPUESTAS A UNA DE TEJIDO CONECTIVO DENSO, EL CUAL CONTIENE UNA ELEVADA CONCENTRACION DE FILAMENTOS DE COLAGENA. (12). LA COMBINACION DE ESTAS DOS CAPAS LE PROPORCIONA UN ESPESOR DE CASI 0.5 A 11 MM, EL ANALISIS DE MICROGRAFIA ELECTRONICA DEL AMNIOS MUESTRA UN DESARROLLO EXTENSO DE ESPACIOS INTRACELULARES, EN EPITELIO DE UNA SOLA CAPA, CON CONDENSACION DE MATERIAL AMORFO, ENTRE LAS CAPA BASAL Y LA CAPA DE TEJIDO CONECTIVO. LA TINCION RETICULAR DEL TEJIDO CONECTIVO DEMUESTRA UN RETICULO DENSO SIENDO ESTE TEJIDO EL QUE LE BRINDA MAYOR FUERZA A LAS MAMBRANAS FETALES. (12).

EL CORION TIENE UN PROMEDIO DE CUATRO A SEIS CELULAS DE GROSOR, Y MIDE 0.04 .4 MM (12). Y AUNQUE ES MAS GRUESO QUE EL AMNIOS SE HA DEMOSTRADO QUE ESTE ULTIMO TIENE MAYOR FUERZA TENSORA ADICIONAL MAYOR QUE LA QUE TIENE INDIVIDUALMENTE. EN LA ULTIMA MITAD DEL EMBARAZO NO SE HA DEMOSTRADO ACTIVIDAD MITOTICA, LA CAVIDAD AMNIOTICA AUMENTA POR ESTIRAMIENTO E HIPERTROFIA DE LAS CELULAS YA EXISTENTES. LAS CELULAS EPITELIALES DE LA SUPERFICIE REFLEJADA DEL AMNIOS QUE REVISTE EL UTERO SON CUBOIDES, MIENTRAS QUE LA DE LA SUPERFICIE PLACENTARIA SON CILINDRICAS. ESTO ES DEBIDO A LA TENSION EJERCIDA CONSTANTEMENTE DURANTE EL CRECIMIENTO FETAL, ADEMAS DE LA APLICADA POR LAS CONTRACCIONES UTERINAS DE BRASTON HICKS, A LAS CELULAS SUPERFICIALES EN COMPARACION CON LA POCA TENSION SOBRE LA

SUPERFICIE PLACENTARIA, LA CUAL ESTA ADHERIDA A LA MASA TISULAR ADYASENTE.

EN RESUMEN DIREMOS QUE EL AMNIO ESTA FORMADO POR CINCO CAPAS DE CELULAS EPITELIALES QUE CUBREN LA CARA FETAL, UNA CAPA BASAL, UNA CAPA COMPACTA, UNA CAPA DE FIBROBLASTOS Y POR ULTIMO UNA CAPA DE CELULAS ESPOJOSAS QUE SE ADHIERE AL CORION, EL AMNIO ES FINO, AVASCULAR Y TRANSPARENTE, LIMITA LA ACTIVIDAD AMNIOTICA Y ENVUELVE AL CORDON UMBILICAL CONTINUANDOSE HASTA LA PIEL FETAL EN EL OMBLIGO SIENDO LA MEMBRANA MAS RESISTENTE PUES SOPORTA PRESIONES CERCANAS A 300 GRS, POR CM2, EL CORION CONSTA DE CUATRO CAPAS CELULARES A SABER: UNA CAPA DE FIBROBLASTOS, UNA RETICULAR, UNA PSEUDOMEMBRANOSA BASAL Y UNA TROFOBASTICA, EL AMNIO SE SEPARA CON FACILIDAD DEL AMNIO FORMANDO BOLSAS AMNIOCORIALES QUE CUANDO SE ROMPEN PUEDEN INTERPRETARSE ERRONEAMENTE COMO VERDADERA RUPTURA DE MEMBRANAS. ES PRACTICAMENTE AVASCULAR EXCEPTO A NIVEL PLACENTARIO, TAMBIEN ES TRANSPARENTE Y SE SITUA ENTRE LA CADUCA Y EL AMNIO, MANTENIENDO CONTACTO INTIMO CON EL TAPON MUCOSO A NIVEL DEL ORIFICIO CERVICAL INTERNO.

PROPIEDADES FISICAS DE LAS MEMBRANAS FETALES.

LAS MEMBRANAS CORIOAMNIOTICAS POSEEN PROPIEDADES DINAMICAS CARACTERISTICAS DE UN MATERIAL VISCOELASTICO (14). DEBIDO A SU CONTENIDO DE ELASTINA, LAS MEMBRANAS TIENEN LA CAPACIDAD DE

ADAPTARSE A DEFORMACIONES CON RECUPERACION DE SU ESTADO ORIGINAL.

SE HA SUGERIDO QUE CONFORME SE DISTIENDEN LAS MAMBRANAS, YA SEA POR PRESION INTERNA DEBIDA AL TRABAJO DE PARTO O EXTERNA POR INFECCION Y TRAUMATISMOS, SE ADELGAZAN Y PRESENTAN MAYOR SUSEPTIBILIDAD LA RUPTURA PREMATURA.(15). TOPPOZADA Y COLABORADORES DESCUBRIERON ESTE ACONTECIMIENTO EN UN ESTUDIO DE PACIENTES CON TRABAJO DE PARTO A TERMINO, EN QUIENES NOTARON QUE HABIA UN CAMBIO HISTOLOGICO DEFINITIVO DE LAS MEMBRANAS DESPUES DE LA DISTENCION REPETIDA, CON SEPARACION Y FRAGMENTACION DE LA CAPA COMPACTA Y DESPRENDIMIENTO DEL AMNIO DE LA CAPA ESPONJOSA., ESTE CONCEPTO FUE APOYADO POR LEVERY Y MILLER (14). SE CONOCE QUE LOS EFECTOS DE LA PRESION APLICADA A LAS MEMBRANAS CON UN COMPONENTE ELASTICO RECUPERABLE Y OTRO NO RECUPERABLE QUE IDENTIFICARON COMO EXTENSION POR DESLIZAMIENTO, ESTOS AUTORES NOTARON QUE DESPUES DE LA DISTENCION, LA MAMBRANA SE ADELGAZA COMO RESULTADO DE LA EXTENSION NO RECUPERABLE POR DESLIZAMIENTO.

DEFECTOS LOCALES.- LA INTEGRIDAD DE LAS MAMBRANAS FETALES DEPENDE DE LA RESISTENCIA DE LA CAPA DE TEJIDO CONECTIVO DEL AMNIO, AL TEÑIR LAS MEMBRANAS FETALES A TRAVEZ DEL CUELLO CON AZUL DE TRIPANO, BOURNE INTENTO LOCALIZAR LA ZONA DE RUPTURA Y EXAMINARLA HISTOLOGICAMENTE. (17). EXPRESO LA HIPTESIS QUE LA PARTE MAS BAJA DE LAS MEMBRANAS ERA LA QUE TENIA MAYOR APOYO TANTO FISICO COMO NUTRICIONAL, LO QUE PRODUCIA CAMBIOS DEGENERATIVOS A NIVEL DEL SITIO DE LA RUPTURA.

INTENTANDO DEFINIR MEJOR ESTA ALTERACION LOCAL DE LAS MEMBRANAS FETALES BOURSLEI COMPARO LA ULTRAESTRUCTURA DE LAS MEMBRANAS ROTAS, LLEGANDO A LA CONCLUSION DE QUE A PESAR DE QUE LAS MEMBRANAS ROTAS CONSERVAN SU ACTIVIDAD CELULAR, LA MATRIZ EXTRACELULAR PRINCIPALMENTE DE COLAGENA CAMBIA POR COMPLETO DE ORIENTACION (18). LA PRINCIPAL DIFERENCIA SE HALLA EN LA CAPA DE TEJIDO CONECTIVO, DONDE LOS HACES DE COLAGENA SE ENCONTRABAN DISUELTAS.

INSIDENCIA DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.-

EN EL HOSPITAL LUIS CASTELAZO AYALA, PARA 1993.

FRECUENCIA GENERAL 16.8%, CON MORTALIDAD PERINATAL DEL 7%, MORTALIDAD MATERNA DE 0%, ENCONTRADA EN EMBARAZOS ENTRE 37 A 41 SEMANAS CON RPM EL 63.5%, EDAD MATERNA PROMEDIO 28.5 AÑOS, INTERRUPCION DEL EMBARAZO POR VIA ABDOMINAL DEL 56%, POR VIA VAGINAL 44%, CORIOAMNIOITIS EN V20.1%

INSIDENCIA GENERAL.- EN RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS VARIA DE UN 2 A 18%, APROXIMADAMENTE DEL 60% AL 80%, DE LOS CASOS DE RUPTURA OCURRE EN EMBARAZOS DE TERMINO SEGUN REPORTES, (18), UN 2% AL 7% CORRESPONDE A NACIMIENTOS PRETERMINO CON UN 70 A 80% DE MORTALIDAD PERINATAL (18).

EN MEXICO KARCHMER Y COLABORADORES REPORTARON EN UN ESTUDIO PROSPECTIVO QUE ABARCO 1000 CASOS UNA INSIDENCIA DE RUPTURA DEL 3.4% DE LA POBLACION OBSTETRICA DEL H.G.O. NUMERO UNO DEL IMSS (19).

EN EL INPER. PFEFFTER Y COLABORADORES REPORTARON UNA INSIDENCIA DEL 9.8% DEL TOTAL DE NACIMIENTOS EN DICHO INSTITUTO.

LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO SE LLEVO A CABO POR MEDIO DEL PARTO VAGINAL EN GENERAL EN UN 52% Y POR CESAREA A UN 48%, OBTENIENDOSE EN GENERAL UN TOTAL DE PRODUCTOS VIVOS CORRESPONDIENTES A 85%; REPORTANDOSE EN GENERAL UN 7% DE CASOS CON DECIDUITIS CON UNA MORTALIDAD MATERNA del 0%. (21).

LAS INTERROGANTES QUE PLANTEARON PARA LA ELABORACION DE ESTE TRABAJO FUERON:

SI ESTE MEDICAMENTO ES CAPAZ DE DAR UNA PAUTA EFECTIVA EN NUESTRAS PACIENTES.

EL MANEJO TERAPEUTICO CONTEMPORANEO DE LA RPM CONTEMPLA LA INTERRUPCION DE LA GESTACION A CORTO O MEDIANO PLAZO, YA QUE EL FANTASMA DE LA INFECCION MATERNA Y NEONATAL PUDE APARECER SUBITAMENTE Y PROVOCAR COMPLICACIONES AGUDA O SECUELAS DEFINITIVAS EN ESTAS PACIENTES.

EN LA MAYORIA DE LOS CASOS Y DESPUES DE HABER EVALUADO TODAS LAS VARIABLES CLINICAS Y DE GABINETE, ASI COMO EL RESULTADO PERINATAL A LARGO PLAZO EL OBSTETRA TOMA UNA DECISION QUIRURGICA PARA EXTRAER EL FETO, EVITANDO ASI UN TRABAJO DE PARTO PROLONGADO CON EL POSIBLE TRAUMATISMO CEFALICO FETAL Y HEMORRAGIA CEREBRAL EN UN CRANEO QUE AUN NO ESTA PREPARADO PARA ESE EVENTO.

EN LAS PACIENTES QUE CON MAS DE 32 SEMANAS DE GESTACION, LA EXPERIENCIA OBSTETRICA ACTUAL OBLIGA AL MEDICO A LA INTERRUPCION DE LA GESTACION Y EN ESTE GRUPO DE MUJERES EN EL QUE PODEMOS INTENTAR, DE ACUERDO PRINCIPALMENTE A LAS CONDICIONES CERVICALES, UNA INDUCTO CONDUCCION MONITORIZADA PARA RESOLVER EL PROBLEMA. OBJETIVO DEL PRESENTE ESTUDIO.- SE TRATA COMO PRIMERA INSTANCIA DISMINUIR LOS INDICES DE CESAREA EN LA RPM CON EMBARAZO DE

TERMINO, DISMINUIR EL PERIODO DE LATENCIA ASI COMO EL PERIODO DE INTERVALO, EL PORCENTAJE DE CESAREA EN LA RPM EN EL HOSPITAL ES DE 68% Y LA INFECCION MATERNA EN EL 24% DE LOS CASOS, ASI TAMBIEN SE COMPARA LA FRECUENCIA DE INFECCION MATERNA EN PACIENTES CON RPM SIN APLICACION DE DINOPROSTONA TRANSCERVICAL EN GEL.

PROMOVER EN LA MEDIDA QUE SEA POSIBLE AUMENTAR LOS INDICES DE ATENCION DE PARTO VAGINAL EN ESTE TIPO DE PACIENTES.

CARACTERISTICAS DE LA PGE2

NOMBRE GENERICO.- DINOPROSTONA; PROSTAGLANDINA E2,(CON TRIACETINA EN GEL).

NOMBRE QUIMICO.- ACIDO(5Z,11,ALFA,13E,15S,) DIHIDROXI 9 OXO PROSTA 5 13 DIEN 1 OICO.

FORMULA MOLECULAR.- C20H32O5. CON PESO MOLECULAR DE 3525 DALTONS.

CLASE FARMACOLOGICA.- LA DINOPROSTONA ES UNA PROSTAGLANDINA DE LA SERIE E2, TODAS LAS PROSTAGLANDINAS SON DERIVADAS DE LA ESTRUCTURA CARBONOSA DENOMINADA ACIDO PROSTANOICO. LAS PRINCIPALES SERIES DE PROSTAGLANDINAS SE DISTINGUEN POR LAS LETRAS E, F, A, B, C Y D. DEPENDIENDO DE LA ESTRUCTURA DEL ANILLO CICLOPENTANO. EL NUMERO 2 DE LA PGE2 INDICA EL GRADO DE INSATURACION EN LAS CADENAS LATERALES ALQUILCA Y CARBOXILICA. UNA DE LAS CARACTERISTICAS ESTRUCTURALES MAS IMPORTANTES DE TODAS LAS PROSTAGLANDINAS ES EL GRUPO ALFA HIDROXILO EN POSICION C-15. LA ORIENTACION ESTEREOQUIMICA DE ESTE GRUPO HIDROXILO ES CRITICA PARA SU ACCION BIOLOGICA LO QUE SUGIERE QUE LOS SITIOS RECEPTORES SON ESTEREOESPECIFICOS.

INDICACIONES TERAPEUTICAS.-

LA PGE2 ADMINISTRADA EN EL CANAL CERVICAL, ESTA INDICADO PARA EL REBLANDECIMIENTO Y DILATACION DEL CERVIX (MADURACION CERVICAL) EN MUJERES CON EMBARAZO A TERMINO O CERCA DEL MISMO. SE HA DEMOSTRADO QUE EL USO DE PGE2, EN PACIENTES CON CARACTERISTICAS DE INDUCCION DESFAVORABLE, HA MEJORADO EL RESULTADO GENERAL DE LOS INTENTOS DE INDUCCION DEL PARTO.

FARMACOLOGIA HUMANA DE LA PGE2.-

EN ALGUNAS MUJERES EMBARAZADAS, INCLUYENDO POR LO MENOS 5% DE LAS NULIPARAS, EN PROCESO NORMAL DE REBLANDECIMIENTO, BORRAMIENTO Y DILATACION O NO SE PRODUCEN O ES COMPLETO. LA PGE2 EN FORMA DE GEL ADMINISTRADO POR VIA INTRACERVICAL EN DOSIS RELATIVAMENTE BAJAS, TIENE UNA INFLUENCIA FAVORABLE TANTO SOBRE EL CERVIX COMO SOBRE EL MIOMETRIO, INDUCIENDO O ACELERANDO EL PROCESO DE MADURACION, AL TIEMPO QUE INICIA EL PARTO NATURAL O SIMPLIFICA LA INDUCCION, AUNQUE NO SE CONOCE COMPLETAMENTE LOS MECANISMOS EXACTOS, SE ESPECULA QUE LAS ACCIONES FARMACOLOGICAS DE PGE2, ESTAN RELACIONADAS CON SU CAPACIDAD DE REGULAR LOS NIVELES INTRACELULARES DE AMP_c Y EL TRANSPORTE DEL ION CALCIO EN LA MAMBRANA CELULAR (13). EN MUCHOS TEJIDOS LA PGE2, ESTIMULA LA SINTESIS DE AMP_c AL ESTIMULAR LA ADENIL CICLASA 14,15.

AL APLICAR LA PGE2 SE INICIAN LOS CAMBIOS EN EL TEJIDO CONJUNTIVO DEL CERVIX QUE ASEMEJAN A LOS QUE SE OBSERVAN DURANTE LA MADURACION ESPONTANES DEL CERVIX. EL COLAGENO ES PROBABLEMENTE EL PRINCIPAL RESPONSABLE DE LA FIRMEZA DEL CERVIX.

EN EL CERVIX MADURO, LOS HACES FUERTEMENTE ENTRELAZADOS DE COLAGENO ESTAN SEPARADOS POR UNA CANTIDAD ESCASA DE SUSTANCIA FUNDAMENTAL. NORMALMENTE DURANTE LA ULTIMA PARTE DEL EMBARAZO LA ACTIVIDAD DE LA COLAGENA AUMENTA Y LA CANTIDAD DE COLAGENO DISMINUYE. DE LA MISMA MANERA, DESPUES DEL TRATAMIENTO CON PREPIDIL, LAS FIBRAS DE COLAGENO SON SEPARADAS, DISOCIADAS, ESPARCIDAS O SON DISUELTAS EN LA SUSTANCIA FUNDAMENTAL QUE PARECE AUMENTAR. LOS CUELLOS DEL UTERO DE MUJERES CON PARTO ESPONTANEO NORMAL Y DE MUJERES CON PARTO ESPONTANEO NORMAL Y DE MUJERES CON CERVIX INMADURO QUE HABIAN SIDO TRATADAS CON PGE2, TUVIERON APROXIMADAMENTE EL MISMO CONTENIDO DE COLAGENO, MIENTRAS QUE EN LAS PACIENTES CON CERVIX INMADURO Y PARTO PROLONGADO NO TRATADAS EL CERVIX PRESENTA NIVELES MAS ALTOS DE COLAGENO. LOS DATOS SUGIEREN PODEROSAMENTE QUE PGE2 TAMBIEN AFECTA LA HEMODINAMICA LOCAL AUMENTANDO LA CANTIDAD DE FLUJO SANGUINEO HACIA EL CERVIX EN GRAN PARTE COMO SUCEDE EN LAS PRIMERAS ETAPAS DEL PARTO NATURAL.

ESTE AUMENTO DEL VOLUMEN SANGUINEO SE MANTIENE POR LARGO PERIODO DESPUES DE LA ADMINISTRACION INTRACERVICAL COMPARATIVAMENTE CON LA ADMINISTRACION ORAL DE LA PGE2. LA ADMINISTRACION INTRACERVICAL DE PGE2 EN FORMA DE GEL REDUCE AL MINIMO MUCHAS DE LAS REACCIONES ADVERSAS QUE PUEDEN PRESENTARSE CON LA ADMINISTRACION SISTEMICA.

FARMACOCINETICA DE ABSORCIO. - LOS METABOLITOS DE PGE2 SON UTILIZADOS EN LA EVALUACION DE LA ABSORCION DE PGE2 APLICADO POR VIA INTRACERVICAL. UN ESTUDIO REALIZADO POR LA UNIDAD DE FARMACOCINETICA EN MEXICO MIDIO LAS CONCENTRACIONES PLASMATICAS

DE LA PGEM BICICLO (11 DEOXI-13-14-DESHIDRO-15-CETO-13-11-16 CICLO PGE2) EN 38 PACIENTES SOMETIDAS A REBLANDECIMIENTO DEL CERVIX CON PGE2 EN PACIENTES CONTROLES. EN LAS SIETE DE PACIENTES QUE NO RESPONDIERON A PGE2. Y QUE SI RESPONDIERON A LA PGEM BICICLO FUERON APROXIMADAMENTE 18% MAYORES QUE EN LOS CONTROLES. EN LAS PACIENTES QUE RESPONDIERON, LOS VALORES DE PGEM BICICLO FUERON 80% MAYORES QUE EN LOS CONTROLES. (p 0.05).

LOS INVESTIGADORES HAN COMUNICADO QUE NO SE PRESENTARON CAMBIOS SIGNIFICATIVOS EN LAS CONCENTRACIONES PLASMATICAS DE 13-14-DIHDRO-15 CETO-PGF2 DESPUES DE LA APLICACION INTRACERVICAL DE 400 MCG.

DISTRIBUCION.- UTILIZANDO LA DIALISIS DE EQUILIBRIO, UN ESTUDIO IN VITRO INDICA QUE LA PGE2 SE UNE A LA ALBUMINA PLASMATICA HUMANA EN UN 73%, NO SE DISPONE DE OTROS DATOS SOBRE DISTRIBUCION.

METABOLISMO.- LA PGE2ES METABOLIZADA RAPIDAMENTE EN LOS PULMONES, RIÑONES, BAZO E HIGADO. UN SOLO PASO DE UNA DOSIS INYECTADA DE PGE2 EN EL SISTEMA CIRCULATORIO CONVIERTE 90% DE PGE2 EN METABOLITOS. EL METABOLISMO DE PGE2 INVOLUCRA CINCO GRUPOS DE REACCIONES ENZIMATICAS:

DEHIDROGENIZACION DEL GRUPO HIDROXILO C15.

REDUCCION DEL DOBLE ENLACE 13,14 TRANS.

DOS ETAPAS DE B OXIDACION.

OXIDACION.

REDUCCION DE LA CETONA C9 A UN GRUPO A HIDROXILO.

LA PGE2SE ELIMINA DE LA CIRCULACION MUY RAPIDAMENTE. LA VIDA MEDIA INTAVENOSA DE LA PGE2 FUE MENOR DE 30 SEGUNDOS, DESPUES DE 1.5

MINUTOS SOLAMENTE 3.2% DE LA PGE2 ADMINISTRADA ESTABA PRESENTE EN LA SANGRE COMO PGE2.

EXCRECION.- DESPUES DE LA DOSIS I.V. DE 17-18.- PGE2 EL 50% DE LA RADIOACTIVIDAD INYECTADA FUE RECUPERADA EN LA ORINA A LAS 2 HORAS, Y 67% A LAS 12 HORAS. EN HOMBRES UNA DOSIS IV DE 51.8 MCG DE PGE2 PRODUJO LA EXCRECION EN ORINA EN EL TERMINO DE 5 HORAS DE APROXIMADAMENTE 50% DE LA RADIOACTIVIDAD INYECTADA.

PUNTO DE FUSION.- LA PGE2 TIENE UN PUNTO DE FUSION QUE VARIA DE 64o A 71o C.

SOLUBILIDAD.- LA DINOPROSTONA ES FACILMENTE SOLUBLE EN EL COMPONENTE TRIACETINA DE LA FORMULACION DE GEL. ES TAMBIEN SOLUBLE EN ETANOL Y ENTANOL AL 25% EN AGUA. LA SOLUBILIDAD EN AGUA ES TAN SOLO 130 NG% ML.

CONTRAINDICACIONES.- LA PGE2 POR VIA INTRACERVICAL NO SE RECOMIENDA PARA LOS SIG CASOS:

PACIENTES CON CONTRAINDICACION A LOS OXITOCICOS.

PACIENTES EN QUIENES LAS CONTRACCIONES UTERINAS PROLONGADAS SE CONSIDERAN INAPROPIADAS.

PACIENTES CON ANTECEDENTES OPERACION CESAREA.

CIRUGIA MAYOR DE UTERO.

PACIENTES CON ANTECEDENTE DE PARTO TRAUMATICO.

EN LA GRAN MULTIPARA MAS DE 6 PARTOS.

RELATIVA EN PACIENTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

PACIENTES CON HIPERSENSIBILIDAD A LAS PROSTAGLANDINAS.

PACIENTES CON HEMORRAGIA VAGINAL DE ORIGEN DESCONOCIDO DURANTE EL EMBARAZO.

PACIENTES CON PRESENTACIONES QUE NO SEA DE VERTEX.

PRECAUCIONES.- ANTES Y DURANTE EL USO DEL PRODUCTO, DEBERA VIGIARSE CUIDADOSAMENTE LA ACTIVIDAD UTERINA, ESTADO FETAL Y ESTADO DEL CERVIX (BORRAMIENTO Y DILATACION), PARA DETECTAR POSIBLES RESPUESTAS INDESEABLES POR EJEMPLO HIPERTONIA CONTRACTILIDAD UTERINA PROLONGADA O SUFRIMIENTO FETAL. DEBERA CONTEMPLARSE LA POSIBILIDAD DE RUPTURA UTERINA CUANDO LAS CONTRACCIONES MIOMETRICAS INTENSAS SE MANTIENE POR TIEMPO PROLONGADO.

LAS RELACIONES FETO PELVIS DEBERAN EVALUARSE CUIDADOSAMENTE ANTES DE UTILIZAR LA PGE2.

DEBERA TENERSE CUIDADO DEL USO DE LA PGE2 EN PACIENTES CON: ASMA, GLAUCOMA O PRESION INTRAOCULAR AUMENTADA.

LOS ESTUDIOS EN ANIMALES DE VARIAS SEMANAS DE DURACION Y USO DE ALTAS DOSIS HAN DEMOSTRADO QUE LAS PROSTAGLANDINAS DE LA SERIE E Y F, PUEDEN INDUCIR LA PROLIFERACION DE TEJIDO OSEO.

TALES EFECTOS SE HAN OBSERVADO EN RECIEN NACIDOS QUE HABIAN RECIBIDO PGE2 DURANTE TIEMPO PROLONGADO.

DEBERA TENERSE PRECAUCION DE NO PASAR PGE2 AL ESPACIO EXTRAAMNIOTICO PORQUE SE HA ASOCIADO CON HIPERESTIMULACION UTERINA.

LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL SEVERA Y O ENFERMEDAD HEPATICA SEVERA ACOMPAÑADAS DE ABERRACIONES METABOLICAS DEBERAN DOSIFICARSE CON PRECAUCION.

DESCRIPCION DEL TRABAJO.

TIPO DE ESTUDIO.-

LONGITUDINAL, PROSPECTIVO Y OBSERVACIONAL.

UNIVERSO DE ESTUDIO.-

PACIENTES QUE ACUDAN AL HOSPITAL LUIS CASTELAZO AYALA, CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO DE TERMINO Y R.P.M.

DEFINICION DE CRITERIOS.-

PARTICIPAN MEDICOS RESIDENTES DE GUARDIA DURANTE EL TIEMPO DEL ESTUDIO, PARTICIPARAN EN LA CORROBORACION DEL ESTADO PATOLOGICO. EL RESPONSABLE DEL ESTUDIO CAPTURA LOS DATOS DE LAS PACIENTES Y ADMINISTRA PERSONALMENTE EL MEDICAMENTO.SEGUIMIENTO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO POR EL RESPONSABLE DIRECTO CON AYUDA DE LOS RESIDENTES DE GUARDIA.

ANOTANDO LOS CAMBIOS EN LA HOJA DE CAPTURA DE DATOS.

CRITERIOS DE INCLUSION.-

EMBARAZOS DE TERMINO ENTRE LAS SEMANAS 37 A 41 DE GESTACION CON AMENORREA CONFIABLE, RUPTURA DE MEMBRANAS CONFIRMADA, CERVIX DESFAVORABLE, (INDICE DE BISHOP MENOR O IGUAL A 4), COMO MAXIMO 24 HORAS DE RUPTURA A SU INGRESO, QUE SEA VALORADAS EN ADMISION Y ENVIADAS A PISO, CONFIRMACION PROTOCOLARIA, SIN TRABAJO DE PARTO PRESENTACION CEFALICA SIN D.C.P

CRITERIOS DE NO INCLUSION.-

PACIENTES CON ANTECEDENTES DE CESAREA PREVIA INFECTADA.

PACIENTES CON PATOLOGIA AGREGADA ASOCIADA AL EMBARAZO.

PACIENTES CON ANTECEDENTES DE PATOLOGIA INFECCIOSA.

EMBARAZO GEMELAR.

PACIENTES CON DESPROPORCION CEFALO PELVICA.

PACIENTES CON ANTECEDENTE TRAUMATICO RECIENTE.

CRIETRIOS DE EXCLUSION.-

EMBARAZO DE PRETERMINO.

AMENORREA NO CONFIABLE.

R.P.M. NO CONFIRMADA.

INDICE DE BISHOP MAS DE 4.

PRESENTACION PELVICA.

CAPTURA DE DATOS.-

SE TOMARA IDENTIFICACION FORMAL HOSPITALARIA Y SE CONTROLARA DESDE UNA HOJA ESPECIAL DE CAPTURA DE DATOS.

MATERIAL DE INVESTIGACION.-

HUMANO Y QUIMICO (PGE2).

FACILIDADES.-

DEL 5o PISO SUR DEL H.G.O. 4. .L.C.A. Y LOS PISOS A LOS CUALES SE ENVIAN ESTE TIPO DE PACIENTES.

UNIDAD TOCOQUIRURGICA.

FINANCIAMIENTO.-

CON LOS RECURSOS PROPIOS DE LA ATENCION MEDICA DEL I.M.S.S. Y DE LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.

METODOLOGIA.

SE APLICO UNA SOLA DOSIS DE DINOPROSTONA TRANCERVICAL A 50 MUJERES ENTRE 37 A 41 SEMANAS DE GESTACION CON DIAGNOSTICO DE

R.P.M. CORROBORADO POR FORNINIG, PAPEL DE NITRAZINA Y PRUEBA DE IANNETA, DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA RUPTURA.

VIGILANCIA Y ATENCION OBSTETRICA POR EL MISMO MEDICO Y EN LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA, EN 4 PACIENTES SE COMBINO EL USO DE OXITOCINA COMPLEMENTARIA EN EL TRABAJO DE PARTO.

TODAS LAS PACIENTES FUERON EVALUADAS POR EL INDICE DE BISHOP PREVIA APLICACION DE LA PROSTAGLANDINA INTRACERVICAL SIENDO COMO SIGUE. 1 CON 2 PACIENTES (4%), 2 CON 41 PACIENTES (82%), 3 CON 6 PACIENTES (12%), 4 UNA PACIENTE (4%).

EL DIAGNOSTICO DE INFECCION INTRAAMNIOTICA SE DOCUMENTO POR METODOS CLINICOS COMO FIEBRE DESCARGA FETIDA O PURULENTE, TAQUICARDIA MATERNA, Y POR METODOS DE LABORATORIO COMO LEUCOCITOSIS BANDEMIA.

RESULTADOS.

EN 34 PACIENTES EL 68% PRESENTARON PARTO EUTOCICO, 39 PACIENTES EL 78% PRESENTARON PARTO EUTOCICO DENTRO DE LAS PRIMERAS 8 HORAS POSTERIORES A LA APLICACION DEL GEL, EN 16 PACIENTES 32% SE REALIZO CESAREA POR LAS SIG CAUSAS: 6 PACIENTES EL 43%, POR SUFRIMIENTO FETAL AGUDO DIAGNOSTICADO CLINICAMENTE, 4 PACIENTES EL 33% POR CERVIX DESFAVORABLE Y EN 3 PACIENTES 21% POR FALTA DE PROGRESION AL TRABAJO DE PARTO. NO ENCONTRAMOS DATOS DE POLISISTOLIA SOLO EN UNA PACIENTE SE PRESENTO COMO COMPLICACION RETENCION DE PLACENTA.

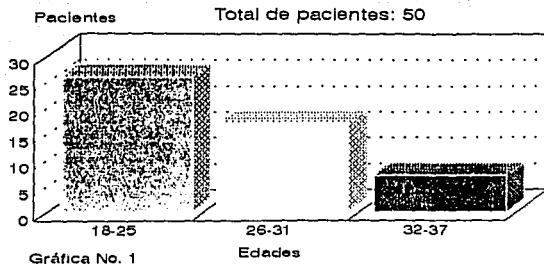
SE ENCONTRO PESO NEONATAL 2500-3500 GRS, EN 96% DE LOS RECIEN NACIDOS. APGAR FUE DE 8-9 EN 34 QUE CORRESPONDE AL 68%, Y 7-8 EN 11

**Y PROPONIENDO LA VIA VAGINAL PARA LA ATENCION DE ESTAS
PACIENTES.**

**Y NO PECAR EN LA EXAGERACION DE LA CONFIANZA PARA DEFINIR
QUE PACIENTE REQUIERE OTRO TIPO DE ATENCION EN EL MOMENTO DE
DETECTAR ALGUN DATO DE COMPLICACION.**

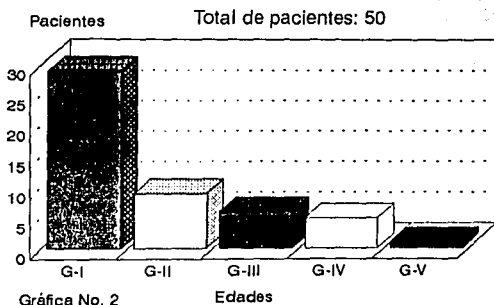
EMBARAZO DE TERMINO Y R.P.M. CON CERVIX DESFAVORABLE

Grupos de edad
Periodo de estudio: 13 marzo al 14 junio 1993

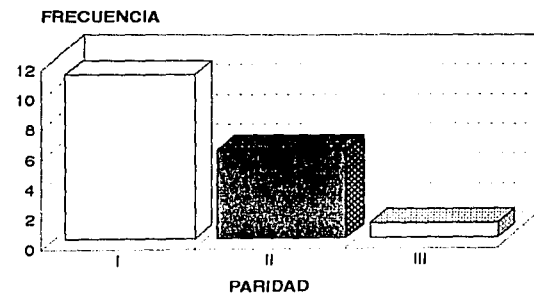


EMBARAZO DE TERMINO Y R.P.M. CON CERVIX DESFAVORABLE

Gestaciones Periodo de estudio: 13 marzo al 14 junio 1993



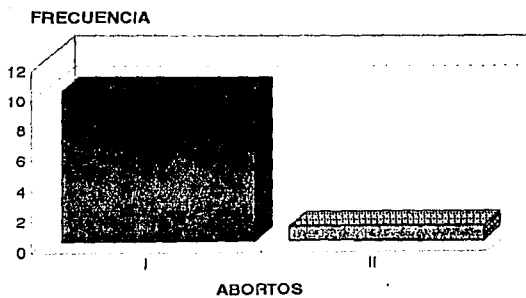
**EMBARAZO DE TERMINO Y R.P.M. CON CERVIX DESFAVORABLE
EN CUANTO A SU PARIDAD**



Número de pacientes: 50

Gráfica N° 3

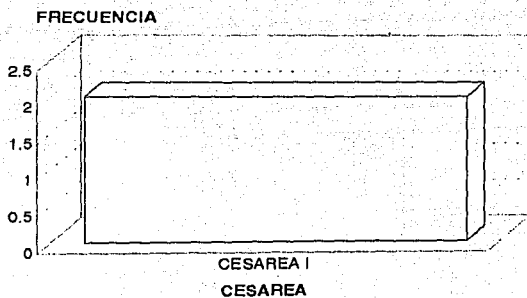
EMBARAZO DE TERMINO Y R.P.M. CON CERVIX DESFAVORABLE
EN CUANTO A LOS ABORTOS



Gráfica N° 4

Número de pacientes: 50

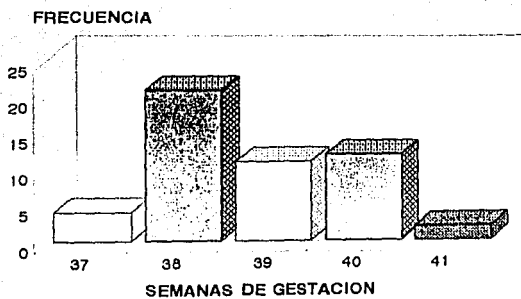
**EMBARAZO DE TERMINO Y R.P.M. CON CERVIX DESFAVORABLE
EN CUANTO A LA CESAREA**



Gráfica Nº 5

Número de pacientes: 50

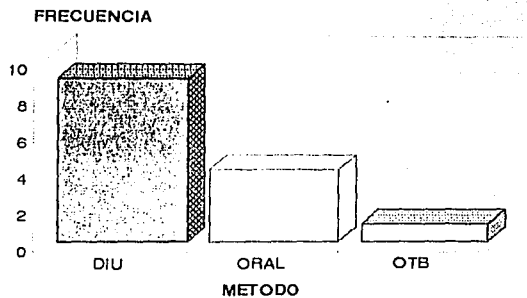
**EMBARAZO DE TERMINO Y R.P.M. CON CERVIX DESFAVORABLE
EDAD EN SEMANAS DE GESTACION**



Número de pacientes: 50

Gráfica N° 6

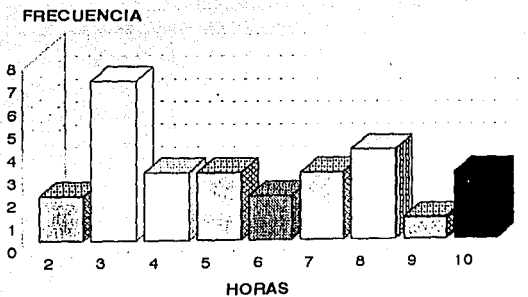
EMBARAZO DE TERMINO Y R.P.M. CON CERVIX DESFAVORABLE
CONTROL DE LA FERTILIDAD



Número de pacientes: 50

Gráfica Nº 7

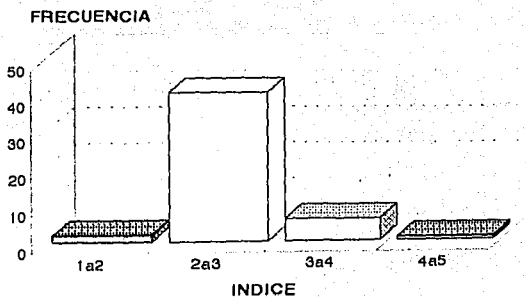
EMBARAZO DE TERMINO Y R.P.M. CON CERVIX DESFAVORABLE
TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE RPM Y APLICACION DE PGE2



Número de pacientes: 50

Gráfica N° 8

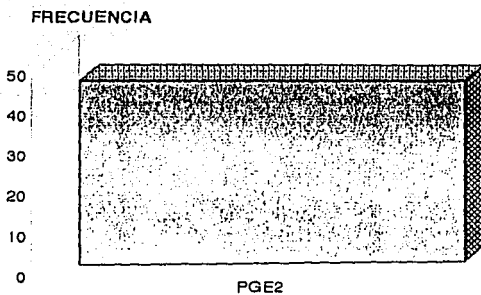
EMBARAZO DE TERMINO Y R.P.M. CON CERVIX DESFAVORABLE
CON RESPECTO AL INDICE DE BISHOP



Número de pacientes: 50

Gráfica Nº 9

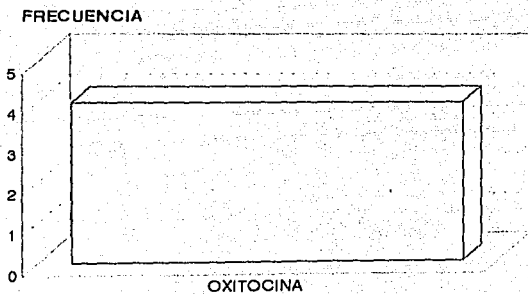
EMBARAZO DE TERMINO Y R.P.M. CON CERVIX DESFAVORABLE
USO DE PROSTAGLANDINA E2



Número de pacientes: 50

Gráfica N° 10

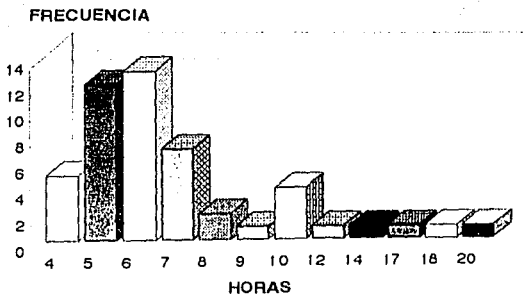
**EMBARAZO DE TERMINO Y R.P.M. CON CERVIX DESFAVORABLE
USO COMBINADO CON OXITOCINA**



Número de pacientes: 50

Gráfica N° 11

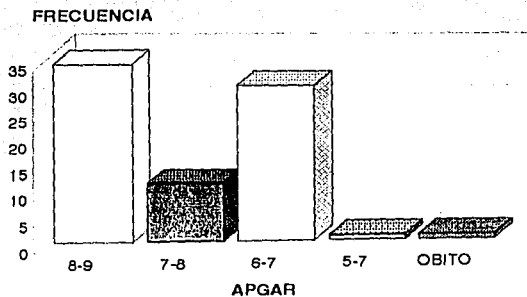
**EMBARAZO DE TERMINO Y R.P.M. CON CERVIX DESFAVORABLE
TIEMPO ENTRE TRATAMIENTO Y RESOLUCION DEL PARTO**



Número de pacientes: 50

Gráfica Nº 12

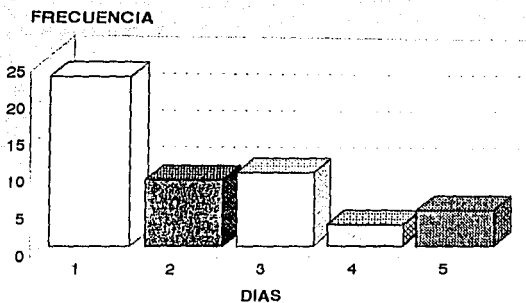
EMBARAZO DE TERMINO Y R.P.M. CON CERVIX DESFAVORABLE
APGAR ALCANZADO POR LOS R.N.



Número de pacientes: 50

Gráfica Nº 14

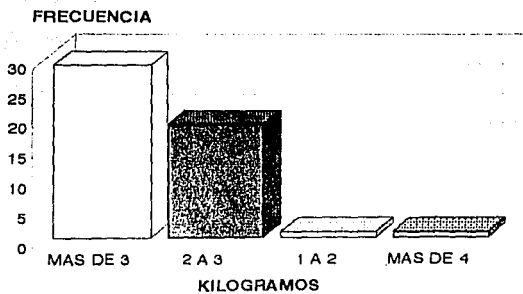
EMBARAZO DE TERMINO Y R.P.M. CON CERVIX DESFAVORABLE
DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA



Gráfica N° 13

Número de pacientes: 50

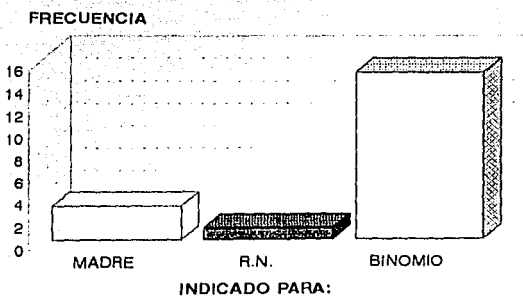
EMBARAZO DE TERMINO Y R.P.M. CON CERVIX DESFAVORABLE
PESO DE LOS PRODUCTOS



Gráfica Nº 16

Número de pacientes: 50

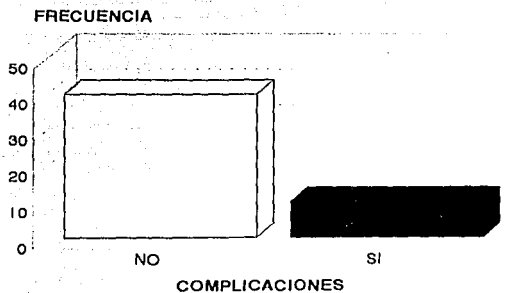
EMBARAZO DE TERMINO Y R.P.M. CON CERVIX DESFAVORABLE
USO DE ANTIBIOTICOTERAPIA



Gráfica N° 15

Número de pacientes: 50

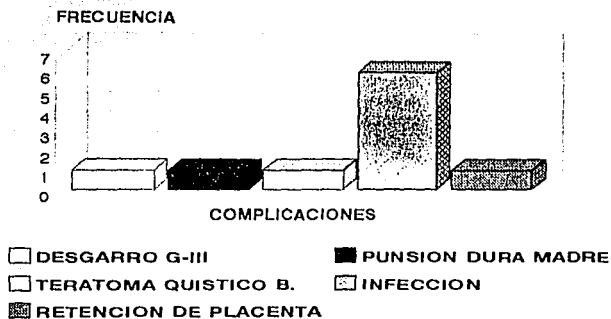
**EMBARAZO DE TERMINO Y R.P.M. CON CERVIX DESFAVORABLE
EN CUANTO A LAS COMPLICACIONES**



Número de pacientes: 50

Gráfica N° 17

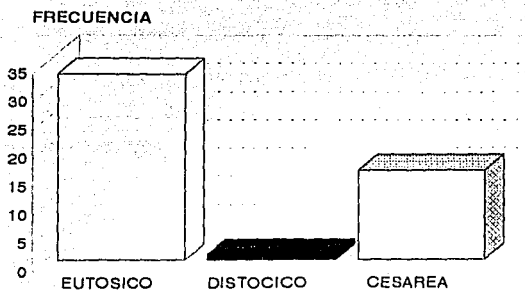
EMBARAZO DE TERMINO Y R.P.M. CON CERVIX DESFAVORABLE
TIPO DE COMPLICACIONES



Número de pacientes: 50

Gráfica N° 18

EMBARAZO DE TERMINO Y R.P.M. CON CERVIX DESFAVORABLE
RESOLUCION DEL EMBARAZO



Gráfica N° 19

Número de pacientes: 50

PACIENTES O SEA EL 22%. Y UN CASO DE 5-6. DE LAS PACIENTES QUE SE SOMETIERON A CESAREA SE ENCONTRO INFECCION MATERNA EN 6 PACIENTES 12%, Y EN NINGUNA CASO DETECTAMOS INFECCION MATERNA CUANDO EL NACIMIENTO FUE POR VIA VAGINAL.

LA EDAD DE LAS PACIENTES FLUCTUA ENTRE LOS 18 A 25 AÑOS CON UN PROMEDIO DE 50%, Y ENTRE 26 A 31 AÑOS EL 33%, EL 75% CORRESPONDIO A PRIMIGESTAS. CON RESPECTO A LA UTILIZACION DE ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO EL 18% UTILIZO DIU, EL 12% METODO ORAL, LOS DIAS DISTANCIA DE LAS PACIENTES SE CONFORMAN COMO SIGUE: UN DIA EL 50% DE LAS PACIENTES, 41% DE 2 A 3 DIAS, 4% 4 DIAS Y 6% MAS DE 5 DIAS. SE UTILIZO ANTIBIOTICOTERAPIA EN LAS PACIENTES QUE PRESENTARON COMPLICACION COMO SIGUE: PARA EL BINOMIO EN 15 PACIENTES QUE REPRESENTA EL 30%, EN 3 PACIENTES SOLO EN LA MADRE QUE CORRESPONDE AL 6%.

CONCLUSIONES.

ES DE UTILIDAD Y MANEJADA EN FORMA CUIDADOSA LA PROSTAGLANDINA INTRACERVICAL, OFRECE VENTAJAS APROPIADAS EN EL TIPO DE PACIENTES QUE SE ANALIZARON FALTARA LA UTILIZACION DE TECNOLOGIA PARA MONITORIZAR LAS VARIABLES IMPORTANTES DE CONTROL TANTO PATA LA MADRE COMO PARA EL FETO.(ULTRASONIDO Y CARDIOTOCOGRAFIA). ASI COMO TAMBIEN INFORMAR AL PERSONAL MEDICO DEL HOSPITAL DE LAS VENTAJAS DEL MEDICAMENTO. Y SU FORMA DE APLICACION PRACTICA.

CONTINUAR CON LA INVESTIGACION DE ESTA TERAPEUTICA RESULTARA DE UTILIDAD PARA OFRECER UNA ATENCION DE MAS ALTA CALIDAD A LAS PACIENTES DEL SEGURO SOCIAL.

ENTREGANDO A LA MADRE UN RECIEN NACIDO EN BUENAS CONDICIONES PARA LA VIDA Y LA FUNCION.

REALIZANDO MENOS OPERACIONES CESAREA POR MIEDO A LAS COMPLICACIONES MAS TEMIDAS COMO LA INFECCION.

Y PROPONIENDO LA VIA VAGINAL PARA LA ATENCION DE ESTAS PACIENTES.

Y NO PECAR EN LA EXAGERACION DE LA CONFIANZA PARA DEFINIR QUE PACIENTE REQUIERE OTRO TIPO DE ATENCION EN EL MOMENTO DE DETECTAR ALGUN DATO DE COMPLICACION.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.-CLINICAS DE PERINATOLOGIA 1985 VOLUMEN 2, 57-68.
- 2.-VADILLO O.R. ET AL GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE MEXICO. 1990;58:67
- 3.-PATRICK D.R. ET AL. MANAGEMENT OF PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES AND UNFAVORABLE CERVIX IN TERM PREGNACY.OBSTETRIC AND GYNECOLOGY 1984;63(5):697-701.
- 4.-KENNETH F.T. ET AL. AM J OBSTET GYNECOLOGY 1985;1:432-435.
- 5.-NOHAN ML. ET AL PREINDUCCION CERVICAL SIFTENING WITH ENCERVICAL PGE2 GEL. ACTA OBSTET GYNECOL SCAND 1987;66:3-7.
- 6.-ULMSTED E.T. ET AL, INTRACERVICAL APPLICATION OF PROSTAGLANDIN GEL FOR INDUCCION OF TERM LABOR. OBSTET GYNECOGY 1991;59 (3):211-215.
- 7.-ROBERT P.P. ET AL. CERVICAL RIPENEING WITH INTRAVAGINAL PROSTAGLANDIN E2 GEL. OBSTET GYNECOLOGY 1983;61(4):457-461.
- 8.- CARL V.S. ET AL. DOUBLE BLINDCOMPARISON OF INTRAVAGINAL PROSTAGLANDIN E2 GEL AND CHIP FOR PREINDUCCION CERVICAL RIPENING. AM J OBSTET GYNECOL 1990;162 (3):234-237.
- 9.- LINDSAY S. PUPKIN J. CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY 1986; 4:969
- 10.- LANNETTA O. A NEW SIMPLE TEST FOR DETECTING RUPRURE OF FETAL MEMBRANES. OBSTET GYNECOL 1984; 63:575
- 11.- VINTZILEOS A. THE FETAL BIOPHISICAL PROFILE IN PATIENT WITH PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES. AN EARLY PREDICTOR OF FETAL INFECCION. AM J. OBSTET GYNECOL 1985;152:510
- 12.- PROCEDIMIENTOS EN OBSTETRICIA. HOSPITAL LUIS CASTELAZO AYALA. I.M.S.S. 1990;111.
- 13.- POLISHUK W. THE PHISICAL PROPIETIES OF FETAL MEMBRANES. OBSTET GYNECOL 1962; 20:204
- 14.- BUORNE G. THE HUMAN AMNION AND CORION . LONDON 1962;175:192
- 15.- TOPPOZADA M. ROLE REPEATED STRETCHING IN THE MECHANISM OF TIMELY RUPTURE OF MEMBRANES. AM J. OBSTET GYNECOL. 1970;108:243
- 16.- AL ZAID N. PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES; CHANGES IN COLLAGEN . AM J. OBSTET GYNECOL. 1988;67:291.
- 17.- LAVERY J.EFFECTS OF PROSTAGLANDIN AND SEMINAL FLUID ON THE HUMAN CHORIOAMNIOTIC MEMBRANES . JAMA. 1981;245.2425
- 18.- STEVEN R. EPIDEMIOLOGY OF PREMATURE RUPTURE OF FETAL MEMBRANES . CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY 1991;34(4) 685.
- 19.- KARCHMER S. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ANALISIS DE 1000 CASOS MEMORIAS DE LAS JORNADAS PRIMERA BIENAL DEL HGO 1

20.- J.M.ERNEST, ET AL VAGINAL PH, A MARKER OF PRETERM PREMATURE RUPTURE OF THE MEMBRANES. OBSTETRIC AND GYNECOLOGY 1989;74(5):734-737.

21.-JOHN W.C. ET AL, PREMATURE RUPTURE OF THE MEMBRANES AND PROLONGED LATENCY.OBSTETRICS AND GYNECOLOGY 1982;57(5):547-55

22.-KENNETH A.K. ET AL, PREMATURE RUPTURE OF THE MEMBRANES AT TERM A COMPARISON OF INDUCED AND SPONTANEUS LABOR, THE JOURNAL OF REPRODUCTIVE MEDECINE. 1982;27(1):29-33.

23.-SEITCHIK J.C. ET AL. OXYTOCIN AUGMENTATION OF DYSFUNCTIONAL LABOR 1, CLINICAL DATA. AM J OBSTET GYNECOLOGY 1982;144:889-894.

24.-ROBERTO.R.I.ET AL ENDOTOXIN STIMULATES PROSTAGLANDIN E2 PRODUCTION BY HUMAN AMNION. OBSTETRIC AND GYNECOLOGY, 1988;71(1):227-228.