

11217

65
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA

HOSPITAL GENERAL
DR. GONZALO CASTAÑEDA GONZALEZ
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO

FRECUENCIA DE RUPTURA DE
MEMBRANAS EN EL HOSPITAL GONZALO
CASTAÑEDA DEL ISSSTE

TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE LA
ESPECIALIDAD DE MEDICO EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
DRA. MA. TERESA ROMERO BECERRIL

ASESOR:
DR. ALFREDO ALANIZ SANCHEZ

MEXICO, D. F.

FEBRERO 1990



0275891



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres y hermanos:

Por su comprensión y apoyo porque su ayuda ha contribuido a lograr este proyecto.

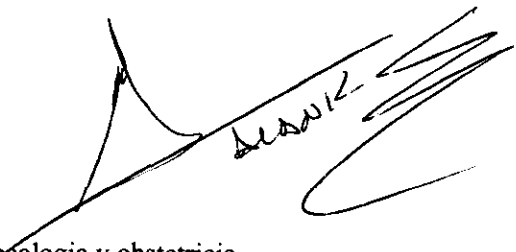
A mis profesores y compañeros.

Gracias por compartir sus conocimientos y experiencias.

A mi esposo Paulino

Por su amor y apoyo

AUTORIZACIONES



Dr. Alfredo Alaniz Sanchez.

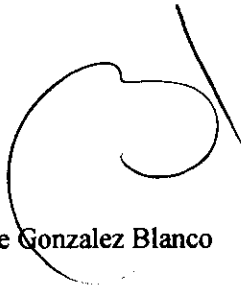
Profesor Adjunto al curso de Ginecología y obstetricia

Asesor de Tesis



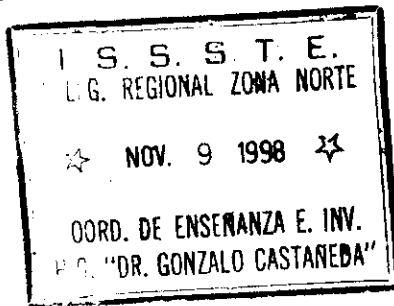
Dr. Luis Bayardi Ortiz Petrichioli

Profesor titular al curso de Ginecología y obstetricia.



Dr. Enrique Gonzalez Blanco

Jefe del servicio de Enseñanza.



INDICE

Marco teórico	1
Antecedentes	2
Justificación	8
Hipótesis	9
Objetivo general	9
Materiales y métodos	9
Criterios de exclusión, tamaño de la muestra	10
Cédula de recolección de datos	12
Aspectos éticos	13
RESULTADOS	15
CONCLUSIONES	17
Tablas	19
Gráficas	21
Bibliografía	26

MARCO TEORICO

La ruptura prematura de membranas se define como la salida de líquido transvaginal en cualquier tiempo antes del inicio de las contracciones uterinas, anteriormente se imponía un límite de seis horas para considerar contaminado el líquido amniótico hoy en día no hay un periodo latente específico en el cual se pueda asegurar que no hay contaminación, pues se ha demostrado que hay contaminación de líquido amniótico e incluso datos de corioamnionitis con membranas íntegras, esto se ha atribuido básicamente a la apertura del orificio cervical. (1).

No existe acuerdo general sobre el concepto de ruptura prematura de membranas (RPM), esta definición no la aceptan todos los autores y son muchos los que consideran que debe transcurrir un lapso que oscila, como mínimo, entre 1 y 12 horas, sin que se inicien las contracciones del parto, una vez rotas las membranas. Se definiría entonces RPM como aquella situación en la que, una vez rotas las membranas el parto se produce en las siguientes doce horas y en este lapso se le conoce como periodo de latencia (17).

No se conoce con exactitud las causas de la RPM. Teóricamente, es posible especular sobre los factores que pueden dar lugar a esta situación, como la debilidad de las membranas, en este sentido, probablemente actúa la infección de las membranas (corioamnionitis), al disminuir su resistencia.

El aumento de la presión intrauterina, tal situación puede presentarse en el polihidramnios, en las malformaciones fetales ó también insuficiencia cervical. Factores traumáticos, por métodos diagnosticos como la amnioscopia y amniocentesis pueden desencadenar la RPM. aunque esta complicación es poco frecuente. Otros factores que pueden favorecer la RPM, por mecanismos no bien conocidos, tales como la multiparidad, edad avanzada, hemorragias durante el embarazo, malformaciones uterinas, prematuridad, y bajo peso fetal.(17).

ANTECEDENTES

La ruptura de membranas , es la patología obstétrica más frecuente, es la entidad que viene a complicar la evolución normal del embarazo ,es una de las complicaciones con más repercusión perinatal , esta situación aporta un tercio de los prematuros ,quienes ingresan a la unidad de cuidados intensivos neonatales y es causa indirecta de la quinta parte de la muerte de los neonatos.

El papel del obstetra es muy importante ya que viene a ser una especie de intermediario entre el neonatólogo y la madre, contrariamente a lo que podría esperarse parece ser que la duración prolongada de la ruptura de membranas no modifica substancialmente la presentación de sepsis en el recién nacido prematuro. (1)(5).

La frecuencia informada en la literatura va de un 2% a 10.7%, dependiendo del nivel socioeconómico de los países, en Estados Unidos la

El aumento de la presión intrauterina, tal situación puede presentarse en el polihidramnios, en las malformaciones fetales ó también insuficiencia cervical. Factores traumáticos, por métodos diagnósticos como la amnioscopia y amniocentesis pueden desencadenar la RPM. aunque esta complicación es poco frecuente. Otros factores que pueden favorecer la RPM, por mecanismos no bien conocidos, tales como la multiparidad, edad avanzada, hemorragias durante el embarazo, malformaciones uterinas, prematuridad, y bajo peso fetal.(17).

ANTECEDENTES

La ruptura de membranas , es la patología obstétrica más frecuente, es la entidad que viene a complicar la evolución normal del embarazo ,es una de las complicaciones con más repercusión perinatal , esta situación aporta un tercio de los prematuros ,quienes ingresan a la unidad de cuidados intensivos neonatales y es causa indirecta de la quinta parte de la muerte de los neonatos.

El papel del obstetra es muy importante ya que viene a ser una especie de intermediario entre el neonatólogo y la madre, contrariamente a lo que podría esperarse parece ser que la duración prolongada de la ruptura de membranas no modifica substancialmente la presentación de sepsis en el recién nacido prematuro. (1)(5).

La frecuencia informada en la literatura va de un 2% a 10.7%, dependiendo del nivel socioeconómico de los países, en Estados Unidos la

incidencia de ruptura prematura de membranas es muy variable va del 2.7% al 14%, de estos el 1% corresponde a embarazos de pretermino y el 70% a embarazos de termino y puede llegar hasta un 50% en los hospitales de concentración. En México Ahued y col. En una serie de 520 casos refiere frecuencia de 10% y en estudio retrospectivo realizado en el Instituto Nacional de Perinatología se informa de una frecuencia de 9.8% ,en el Instituto mexicano del seguro social ocupa el 3.4% al 15% de todos los embarazos.(1)(5)(7).

La mortalidad perinatal esta estrechamente vinculada a la edad gestacional a la ocurra la ruptura de membranas, así mismo la mortalidad materna por esta patología es extremadamente rara, A pesar de la frecuencia con la que se puede presentar la ruptura de membranas y los elevados riesgos de morbimortalidad por prematurez del producto ó por infección materna , aun existe controversia en cuanto a su definición, manejo, etiología, factores desencadenantes y asociados.(1)(5).

En cuanto a la etiología se reconoce que es multifactorial , los factores asociados para mayor incidencia son: edad, paridad, carencia de control prenatal, condiciones raciaoles, deficiencias nutricionales como la deficiencias de vitamina ácido ascórbico, debido al nivel socioeconómico bajo; otros factores son aumento de la presión intrauterina por polihidramnios o malformaciones fetales, los traumatismos ó intervenciones a nivel cervical,

factores mecánicos como el coito y defectos congénitos de las membranas, Infección genital y urinaria crónica y mal tratada, así como trabajos que requieran grandes esfuerzos.(1)(5). Existe evidencia cada vez mayor que las infecciones vaginales

, están asociadas a trabajo de parto pretermino y rotura de membranas y ambas con corioamnionitis ó infección intraamniótica.(2).

Galash Et.al., demostraron que la E. coli y el Streptococo beta hemolítico puede atacar e invadir las membranas corioanmíóticas in vitro de 6 a 12 horas después de la inoculación , pero el papel de las membranas corioanmíóticas in vitro como una barrera contra el ascenso de las bacterias no ha sido claramente definida. Pero infecciones en el tracto genital femenino especialmente en el cervix , puede causar ruptura de membranas e inducción de trabajo de parto pretermino, este proceso es responsable de algunas muertes prevenibles de infantes ,Knox y Aoerner (3).

La vaginosis bacteriana es común en mujeres sexualmente activas durante el embarazo (18% al 44%) caracterizada por la presencia de numerosas variedades microorganismos cervicovaginales como *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis* , *Ureoplasma urealyticum*, *Mobiluncus sp*, y otros anaerobios como *Bacteroides bivius*, además de la reducción de *Lactobacillus sp.*, especialmente aquellos que producen H₂O₂, con el aumento

del pH vaginal (>4.5) también la concentración de succinato, otros ácidos grasos de cadena corta, poliaminas y metabolitos bacterianos.(3).

Hiller et al.,Algunos microorganismos cervicovagiales producen proteasas que pueden destruir o debilitar la colagena, varios tipos de colagena constituyen la armazón del tejido conectivo, las cuales dan fuerza y elasticidad a las membranas fetales, la elasticidad y la dureza de las membranas; bacterias productoras de colagenasa así como neutrofilos, linfocitos, pueden dañar la dureza de la membranas fetales. La elasticidad y la fuerza requerida para la ruptura de la membrana fetal es porque microorganismos similares producen mucinasa que hidrolizan la protección cervical de mucina así como la Inmunoglobulina A (Ig A), proteasas la cual puede destruir la Ig A de la membrana mucosa, estos factores podrían modificar la entrada de infecciones microflora o substancias que producen las bacterias que producen que penetren las bacterias a través del cervix hacia el segmento uterino y posiblemente hacia la membrana fetal.(3)(4)(6).

La complicación más frecuente y temida es la sepsis del recién nacido, en un estudio realizado en 1972, en mujeres mexicanas que residen en los Angeles se encontró que el tiempo de ruptura de membranas no influye en la frecuencia de amnioítis, la mayor incidencia ocurrió después de las 24 hrs, pero en menos de una semana de evolución, la presencia de amnioítis no necesariamente redunda en sepsis neonatal, los rangos de infección materna y

fetal variaron ampliamente; la infección materna fue del 3-13% mientras que la sepsis en los productos vario del, 0-18% esto se explica por el uso de antibioticos en las madres en Estados unidos de América, en las madres este uso no esta plenamente justificado, es controversial y no se usa de rutina. La complicación materna de más preocupación desde la perspectiva de tratamiento es la corioamnioitis, cuya incidencia en la población obstétrica general varia del 0.5% al 1% de acuerdo a los informes, en pacientes con ruptura de membranas, la incidencia de alcanza 3-31%. Los factores que hoy por hoy tienen mayor peso en la incidencia de la corioamnioitis incluyen infección ascendente ,predisposición materna a procesos infecciosos, frecuencia de tactos cervicales durante el trabajo de parto y colonización de bacterias antes del trabajo de parto.(16).

Se cuenta con pruebas diagnosticas que ayudan al médico a confirmar el diagnostico de ruptura de membranas, es claro que la exploración física tiene posibilidad de establecer inequívocamente el diagnóstico, sin embargo hay ocasiones en que los antecedentes y hallazgos durante la exploración física son incongruentes o equivocos , circunstancia que indica la necesidad de pruebas de confirmación diagnostica. Durante años se han conocido propiedades bioquímicas del líquido amniótico que ayudan a diagnosticar la ruptura de membranas, entre estas se encuentra la cristalización en hehecho,

pruebas de pH, con papel de nitracina (fenaftacina), papel tornasol, azul de bromotimol, diaminooxidasa.

La cristalización del líquido amniótico en helechó, también confiable hoy en día, la progesterona inhibe la cristalización del moco en casi todos los embarazos. A principios de la década de los 60's, se demostró que la cristalización del líquido amniótico confirma la ruptura de membranas aunque esta sea ruptura alta, en esta época se precisó que sangre o meconio podían contaminar el líquido alterando la capacidad de cristalización en helechó, con estas limitaciones se realizaron estudios para determinar que cantidad de sangre, meconio ó cambios de pH alteran la cristalización del líquido amniótico en embarazos de 20 semanas hasta embarazos de término. El pH de 3-5 y de 8-18 cristalizaba a cualquier edad , sangre 1:1 a 1:1000 en inhibición cuando son equivalentes , el meconio no tiene efecto de inhibición. Es más confiable que el papel de Nitracina, falsos negativos 4.8 y 12.7%, falsos positivos 4.4 y 16.2%.

El tratamiento de la ruptura de membranas, dependerá de la edad gestacional a la cual ocurra, el manejo expectante del embarazo pretermino con ruptura prematura de membranas, fue estudiado en pacientes con embarazo de entre las 20 y 36 semanas sin antibióticos profiláctico, ni tocolíticos , ni esteroides y sin maduración pulmonar. Por encima de 47.8% de los pacientes estudiados continuaron su embarazo más de 48 horas, y un

12.9% prolongaron el embarazo por más ó igual de 7 días, la infección materna es más evidente antes de las 28 semanas de gestación y esta asociada con aumento de la mortalidad fetal-neonatal. El manejo expectante de la ruptura de membranas no es tan nocivo , para la calidad de vida, la probabilidad de vida aumenta a razón de que la ruptura de membranas se lleve a cabo después de las 22 semanas de gestación. (9)(10).

JUSTIFICACION

La ruptura de membranas complica el embarazo en su evolución, la más de las veces normoevolutivo, de ahí la importancia de determinar la frecuencia en nuestro medio y así poder normar conductas en cuanto tratamiento profiláctico, conservador, ya que sí bien es cierto que las complicaciones son reducidas, cuando estas se presentan son por necesidad mortales, como la sepsis neonatal. Sobre todo en embarazos pretermino que continua siendo una fuente de morbimortalidad, en estudios recientes se han demostrado una alta tasa de supervivencia y una mortalidad relativamente baja en infantes nacidos después de las 32 semanas de gestación. una encuesta nacional ha subestimado la controversia y la necesidad de un consenso nacional para el manejo de la ruptura prematura de membranas, aunque algunos estudios han demostrado la poca eficacia de la tocolisis en la prolongación significativa del embarazo, estudios más recientes han incorporado terapia con antimicrobianos para

12.9% prolongaron el embarazo por más ó igual de 7 días, la infección materna es más evidente antes de las 28 semanas de gestación y esta asociada con aumento de la mortalidad fetal-neonatal. El manejo expectante de la ruptura de membranas no es tan nocivo , para la calidad de vida, la probabilidad de vida aumenta a razón de que la ruptura de membranas se lleve a cabo después de las 22 semanas de gestación. (9)(10).

JUSTIFICACION

La ruptura de membranas complica el embarazo en su evolución, la más de las veces normoevolutivo, de ahí la importancia de determinar la frecuencia en nuestro medio y así poder normar conductas en cuanto tratamiento profiláctico, conservador, ya que sí bien es cierto que las complicaciones son reducidas, cuando estas se presentan son por necesidad mortales, como la sepsis neonatal. Sobre todo en embarazos pretermino que continua siendo una fuente de morbimortalidad, en estudios recientes se han demostrado una alta tasa de supervivencia y una mortalidad relativamente baja en infantes nacidos después de las 32 semanas de gestación. una encuesta nacional ha subestimado la controversia y la necesidad de un consenso nacional para el manejo de la ruptura prematura de membranas, aunque algunos estudios han demostrado la poca eficacia de la tocolisis en la prolongación significativa del embarazo, estudios más recientes han incorporado terapia con antimicrobianos para

prolongar el embarazo y reducir la mortalidad subsecuente a la ruptura de membranas.

HIPOTESIS

Es muy frecuente la ruptura de membranas en nuestro medio por que las pacientes no llevan una adecuado control prenatal y esto predispone las infecciones urinarias, cervicales, que condiciona ruptura prematura de membranas.

OBJETIVO GENERAL

Identificar la frecuencia de la ruptura de membranas en nuestro medio.

OBJETIVO ESPECIFICO

Identificar las complicaciones más frecuentes así como la mortalidad y morbilidad materno y fetal dependiente de la ruptura de membranas.

MATERIALES Y METODOS.

DISEÑO GENERAL

Se realizara un diseño longitudinal en un periodo que va del 1ro de Junio 97 al 31 de Mayo 98, retrospectivo, observacional y exploratorio ya que

prolongar el embarazo y reducir la mortalidad subsecuente a la ruptura de membranas.

HIPOTESIS

Es muy frecuente la ruptura de membranas en nuestro medio por que las pacientes no llevan una adecuado control prenatal y esto predispone las infecciones urinarias, cervicales, que condiciona ruptura prematura de membranas.

OBJETIVO GENERAL

Identificar la frecuencia de la ruptura de membranas en nuestro medio.

OBJETIVO ESPECIFICO

Identificar las complicaciones más frecuentes así como la mortalidad y morbilidad matero y fetal dependiente de la ruptura de membranas.

MATERIALES Y METODOS.

DISEÑO GENERAL

Se realizara un diseño longitudinal en un periodo que va del 1ro de Junio 97 al 31 de Mayo 98, retrospectivo, observacional y exploratorio ya que

prolongar el embarazo y reducir la mortalidad subsecuente a la ruptura de membranas.

HIPOTESIS

Es muy frecuente la ruptura de membranas en nuestro medio por que las pacientes no llevan una adecuado control prenatal y esto predispone las infecciones urinarias, cervicales, que condiciona ruptura prematura de membranas.

OBJETIVO GENERAL

Identificar la frecuencia de la ruptura de membranas en nuestro medio.

OBJETIVO ESPECIFICO

Identificar las complicaciones más frecuentes así como la mortalidad y morbilidad materno y fetal dependiente de la ruptura de membranas.

MATERIALES Y METODOS.

DISEÑO GENERAL

Se realizara un diseño longitudinal en un periodo que va del 1ro de Junio 97 al 31 de Mayo 98, retrospectivo, observacional y exploratorio ya que

prolongar el embarazo y reducir la mortalidad subsecuente a la ruptura de membranas.

HIPOTESIS

Es muy frecuente la ruptura de membranas en nuestro medio por que las pacientes no llevan una adecuado control prenatal y esto predispone las infecciones urinarias, cervicales, que condiciona ruptura prematura de membranas.

OBJETIVO GENERAL

Identificar la frecuencia de la ruptura de membranas en nuestro medio.

OBJETIVO ESPECIFICO

Identificar las complicaciones más frecuentes así como la mortalidad y morbilidad materno y fetal dependiente de la ruptura de membranas.

MATERIALES Y METODOS.

DISEÑO GENERAL

Se realizara un diseño longitudinal en un periodo que va del 1ro de Junio 97 al 31 de Mayo 98, retrospectivo, observacional y exploratorio ya que

prolongar el embarazo y reducir la mortalidad subsecuente a la ruptura de membranas.

HIPOTESIS

Es muy frecuente la ruptura de membranas en nuestro medio por que las pacientes no llevan una adecuado control prenatal y esto predispone las infecciones urinarias, cervicales, que condiciona ruptura prematura de membranas.

OBJETIVO GENERAL

Identificar la frecuencia de la ruptura de membranas en nuestro medio.

OBJETIVO ESPECIFICO

Identificar las complicaciones más frecuentes así como la mortalidad y morbilidad materno y fetal dependiente de la ruptura de membranas.

MATERIALES Y METODOS.

DISEÑO GENERAL

Se realizara un diseño longitudinal en un periodo que va del 1ro de Junio 97 al 31 de Mayo 98, retrospectivo, observacional y exploratorio ya que

revisaran los expedientes de las pacientes con embarazos mayores de 20 semanas de gestación con ruptura de membranas diagnosticada por clínica ó por la prueba de cristalización de líquido amniótico en la vagina, que se ingresaron al servicio de Tococirugia del Hospital Gonzalo Castañeda del ISSSTE.

CRITERIOS DE INCLUSION

Se incluyeron a todas las pacientes que ingresaron en este periodo con el diagnostico de ruptura prematura de membranas, con embarazo mayor de 20 semanas de gestación, independiente del tiempo de latencia y de la dilatación cervical, así como a pacientes enviadas de otras unidades y no derechohabientes con este diagnostico.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Se eliminaron a las pacientes de las cuales no se encontró expediente, y aquellas a las que no se les corroboró la ruptura de membranas..

revisaran los expedientes de las pacientes con embarazos mayores de 20 semanas de gestación con ruptura de membranas diagnosticada por clínica ó por la prueba de cristalización de liquido amniótico en la vagina, que se ingresaron al servicio de Tococirugia del Hospital Gonzalo Castañeda del ISSSTE.

CRITERIOS DE INCLUSION

Se incluyeron a todas las pacientes que ingresaron en este periodo con el diagnostico de ruptura prematura de membranas, con embarazo mayor de 20 semanas de gestación, independiente del tiempo de latencia y de la dilatación cervical, así como a pacientes enviadas de otras unidades y no derechohabientes con este diagnostico.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Se eliminaron a las pacientes de las cuales no se encontró expediente, y aquellas a las que no se les corroboró la ruptura de membranas..

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Muestra por conveniencia, todas las paciente que se ingresen al Hospital Gonzalo Castañeda, con el diagnostico de ruptura de membranas, esperando un máximo de 150 pacientes.

DEFINICION DE LOS SUJETOS DE OBSERVACION

Se estudiaran pacientes con diagnostico de ruptura de membranas se analizara, el tiempo de latencia, la vía de terminación del embarazo, los antecedentes obstétricos maternos, la edad materna, la edad gestacional más frecuente, los tratamientos establecidos a su ingreso y las complicaciones maternas y fetales que se presentaron.

DEFINICION DEL PLAN Y PROCEDIMIENTO Y PRESENTACION DE LA INFORMACION.

Se realizaran porcentajes, media, mediana y moda de la información.

TIPO DE INVESTIGACION

Diseño longitudinal, retrospectivo, observacional , exploratorio.

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE _____ CEDULA _____

EDAD _____ EMBARAZO DE _____ SEMANAS DE GESTACION.

GESTACION UNICA () MULTIPLE ()

DILATACION CERVICAL DE INGRESO _____ CM.

TIEMPO DE EVOLUCION DE RUPTURA DE MEMBRANAS AL
INGRESO _____ HORAS.

METODO DIAGNOSTICO _____

TIEMPO DE RESOLUCION DEL EMBARAZO. _____ Hrs.

VIA DE TERMINACION DEL EMBARAZO:

PARTO _____

CESAREA _____ INDICACION DE LA CESAREA. _____

TRATAMIENTO ANTIBIOTICO RECIBIDO _____

COMPLICACIONES MATERNAS _____

COMPLICACIONES FETALES _____

PATOLOGIA AGREGADA:

TABAQUISMO () INFECCION DE VIAS URINARIAS ()

CERVICOVAGINITIS () OTRAS _____

EXAMENES DE LABORATORIO _____

OTROS SINTOMAS _____

ASPECTOS ETICOS

Sin riesgo, ya que solo se realizara investigación exploratoria y observacional sin influir en el diagnostico y tratamiento establecido.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

No se requiere por el tipo de estudio.

RECURSOS HUMANOS

La investigación se realizara personalmente por el médico residente.

RECURSOS MATERIALES

Expedientes, hojas, plumas, computadora, impresora, fotocopidora.

PRESUPUESTO

Los gastos que se generen por el presente estudio serán proporcionados por el investigador.

RESULTADOS

Se ingresaron un total de 2592 pacientes, en el servicio de Tococirugia, del Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda", en el período del 1ro de Junio de 1997 al 31 de Mayo de 1998.

Se diagnosticaron con ruptura de membranas (RPM), un total de 141 pacientes (5.4%), el diagnóstico se realizó por clínica (Tarnier) en 131 pacientes siendo el 92.91%, y por cristalografía 10 pacientes que representan el 7.09% de los pacientes, la edad de mayor presentación fue entre los 26 a 30 años con un 39.72%, con edad gestacional entre 35.1 y 40 semanas de gestación (103 pacientes), 73% de las cuales 41.84% (59 pacientes), fueron primigestas y 58.15% (82 pacientes) fueron multigestas.

Los antecedentes más importantes fueron infección de vías urinarias en 58 paciente, cervicovaginitis 12 pacientes, Diabetes mellitus 1 paciente, epilepsia 1 paciente, tromboflebitis 1 paciente, Bartolinitis crónica 1 paciente, gastritis 1 paciente, asmática 1 paciente, estas patologías requirieron hospitalización.

La vía de resolución del embarazo fue por Cesárea 68 pacientes (48.22%), y por parto eutócico 71 pacientes (50.35%).

De las complicaciones maternas se presento una histectomia obstetrica, que corresponde al 0.75%, dos pacientes con corioamnioitis , corroborado con exámenes de laboratorio corresponde 1.4%.

De las complicaciones fetales se obtuvieron dos defunciones fetales una por sepsis y otra por prematuridad del producto. Que corresponde al 2.14%, se observaron las siguientes complicaciones en 21 pacientes de pretermino 7 pacientes con hipocalcemia, hipoglucemia, fiebre, ictericia, sepsis recuperada, Insuficiencia respiratoria del recién nacido, polipnea de adaptación, En pacientes de termino 11, fiebre, ictericia, hipocalcemia asintomatica, 1 paciente con cardiopatía, 1 paciente con trauma obstetrico, polipnea secundaria, y pacientes de posttermino 1 con hipoxia neonatal severa corregida, y dos defunciones.

El tiempo de latencia en promedio fué de 12. horas 13 minutos, se encontraron ruptura de membranas en embarazos menores de 36 semanas en 27 pacientes y en embarazos mayores de 36 semana en 114 pacientes.

Los antibioticos más usados fueron como monoterapia Penicilina sodica cristalina con dosis de 4 millones IV cada 4 hrs en 66 pacientes 46%, Ampicilina en 19 pacientes 13.47%, Gentamicina 17 pacientes 12% , con terapia combinada Gentamicina-Penicilina sodica cristalina 9 pacientes 6.3%,

(otras asociaciones fueron Cefalexina – Gentamicina; Metronidazol-Gentamicina, Amikacina y ceftriaxona), 3 pacientes 2.12%, el resto de los pacientes no recibieron antibiotico porque el tiempo de latencia fue menor a 6 horas.

CONCLUSIONES

1.- En la presente investigacion se encontro que la frecuencia de ruptura de membranas es similar a lo reportado en la literatura mundial y en los estudios que se han realizado en México por el Dr. Ahued, aunque el numero de pacientes que encontró se reprota es mucho más pequeño.

2.- El tiempo de latencia no tiene influencia sobre el pronostico de las complicaciones maternas y fetales.

3.- El diagnostico sigue siendo evidentemente clinico, y una adecuada valoración nos lleva a tener mayor resolucion del embarzo por parto eutócico disminuyendo la morbimortalidad materno-fetal.

4.-Las complicaciones representan un bajo porcentaje, ya que afortunadamente la ruptura de membranas se presenta en mayor proporción en embarazos de termino.

5.-la penicilina sodica cristalina sigue siendo un antibiotico adecuado para proteccion de infecciones intramnioticas, en las dosis acostumbradas, y solo casos muy complicados requieren tratamientos conbinados siendo los

(otras asociaciones fueron Cefalexina - Gentamicina; Metronidazol-Gentamicina, Amikacina y ceftriaxona), 3 pacientes 2.12%, el resto de los pacientes no recibieron antibiotico porque el tiempo de latencia fue menor a 6 horas.

CONCLUSIONES

1.- En la presente investigacion se encontro que la frecuencia de ruptura de membranas es similar a lo reportado en la literatura mundial y en los estudios que se han realizado en México por el Dr. Ahued, aunque el numero de pacientes que encontró se reprota es mucho más pequeño.

2.- El tiempo de latencia no tiene influencia sobre el pronostico de las complicaciones maternas y fetales.

3.- El diagnostico sigue siendo evidentemente clínico, y una adecuada valoración nos lleva a tener mayor resolucion del embarzo por parto eutócico disminuyendo la morbimortalidad materno-fetal.

4.-Las complicaciones representan un bajo porcentaje, ya que afortunadamente la ruptura de membranas se presenta en mayor proporción en embarazos de termino.

5.-la penicilina sodica cristalina sigue siendo un antibiotico adecuado para proteccion de infecciones intramnioticas, en las dosis acostumbradas, y solo casos muy complicados requieren tratamientos conbinados siendo los

más comunes la asociación Penicilina y gentamicina. Se han reportado cambios en la flora de vagina, sin embargo en nuestro medio no se ha tenido que modificar la antibióticoterapia para disminuir infecciones.

6.-El control de las pacientes mejora las infecciones, presentándose en un bajo porcentaje, siendo esto beneficioso para eliminar gérmenes de la vagina que propicien la ruptura de todas las pacientes en las cuales se encontró el antecedente de ruptura y cervicovaginitis, todas habían recibido tratamiento anterior con antibióticos sistémicos y locales, así las enfermedades concomitantes como Diabetes, epilepsia, asma, tromboflebitis, no influyeron en la presentación de la ruptura prematura de membranas.

7.-El ginecoobstetra debe de mantener un adecuado control prenatal de las pacientes tratando de identificar los factores de riesgo, y poder disminuir aun más la frecuencia de esta patología.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

RUPTURA DE MEMBRANAS

TABLA No.1 EDAD

RANGOS	PACIENTES	FRECUENCIA %	FRECUENCIA ACUMULADA
15 - 20	10	7.09	7.09
21 - 25	27	19.14	26.23
26 - 30	56	39.72	65.95
31 - 35	25	17.73	83.68
36 - 40	23	16.31	99.99

TABLA No.2 EDAD GESTACIONAL

RANGOS	PACIENTES	FRECUENCIA %	FRECUENCIA ACUMULADA
20.1 - 25	1	0.7	0.7
25.1 - 30	3	2.12	2.82
30.1 - 35	18	12.76	15.58
35.1 - 40	103	73	88.58
40.1 - 42	16	11.34	99.92

TABLA No.3 RESOLUCION DEL EMBARAZO

GESTAS	PACIENTES	FRECUENCIA %	FRECUENCIA ACUMULADA
PRIMIGESTAS	59	41.84	41.84
MULTIGESTAS	82	58.15	99.99

TABLA No.4 VIA DE TERMINACION DEL EMBARAZO

PROCEDIMIENTO	PACIENTES	FRECUENCIA %	FRECUENCIA ACUMULADA
PARTOS	71	50.35	50.35
CESAREA	68	48.22	98.57

TABLA No.5 ANTIBIOTICOS

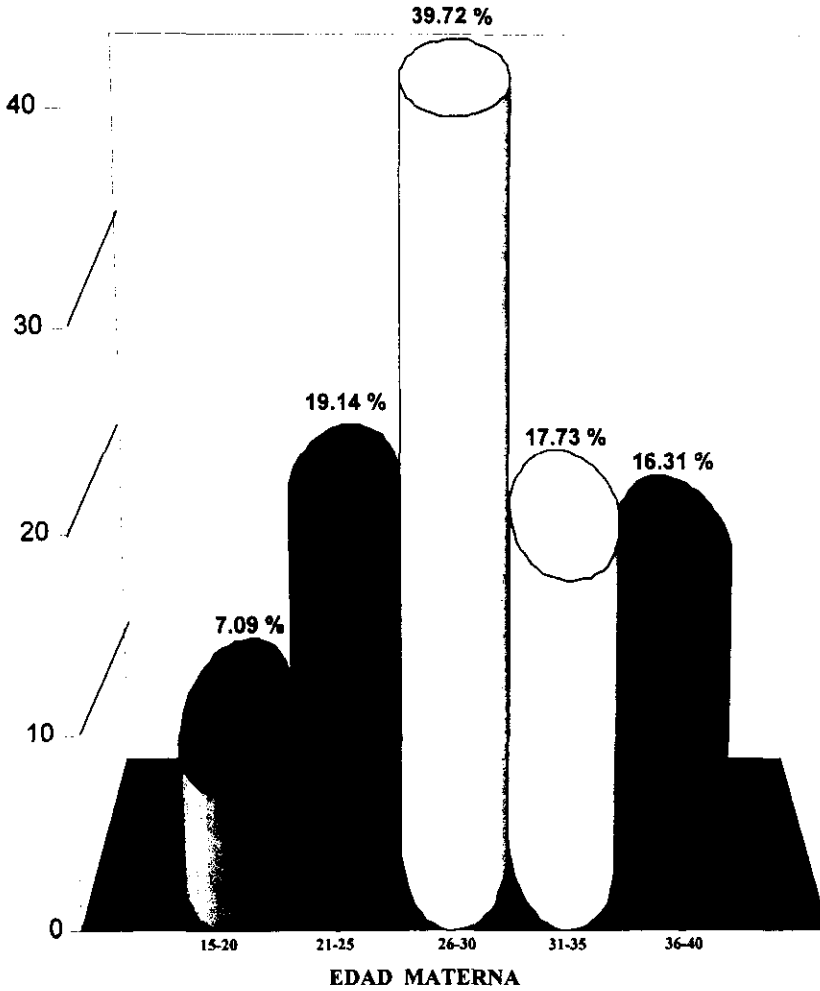
TIPO	PACIENTES	FRECUENCIA %	FRECUENCIA ACUMULADA
PENICILINAS SODICA CRIST.	66	46	46
AMPICILINA	19	13.47	59.47
AMINOGLUCOSI DOS	19	13.47	59.47
GENTAMICINA	17	12	71.47

TABLA 5ª COMBINACION DE ANTIBIOTICOS

COMBINACION	PACIENTES	FRECUENCIA %	FRECUENCIA ACUMULADA
GENTAMICINA - PENICILINA SODICA CRIST.	9	6.30	83.77
CEFALEXINA- GENTAMICINA	1	0.7	84.47
METRONIDAZOL -GENTAMICINA	1	0.7	85.17
AMIKACINA - CEFTRIAXONA	1	0.7	85.87

El resto de los pacientes (27), no recibieron antibioticoterapia.

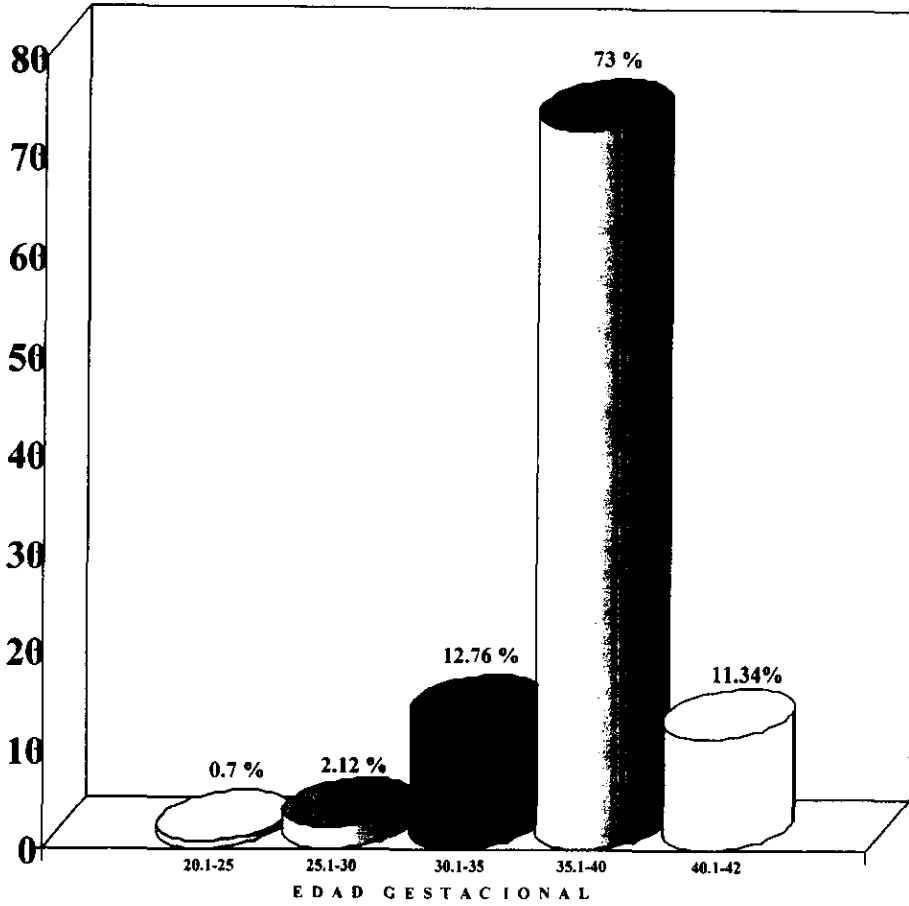
RUPTURA DE MEMBRANAS



FUENTE : Revisión de expedientes

GRAFICA I

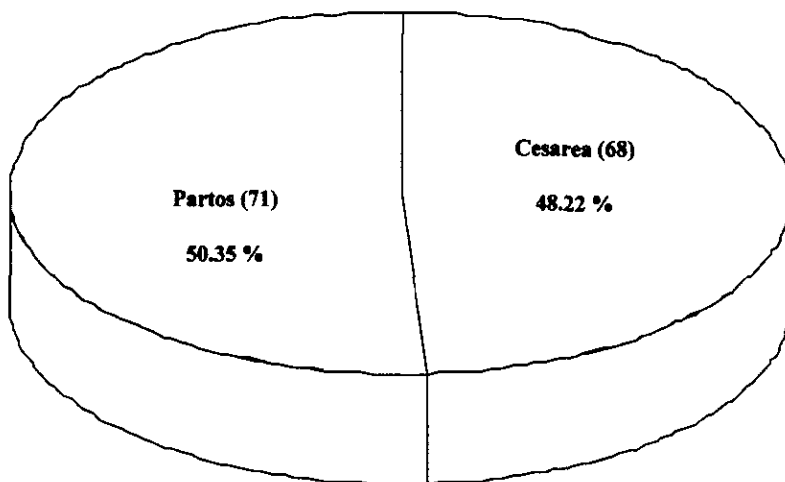
RUPTURA DE MEMBRANAS



FUENTE : Revisión de expedientes

GRAFICA II

RUPTURA DE MEMBRANAS

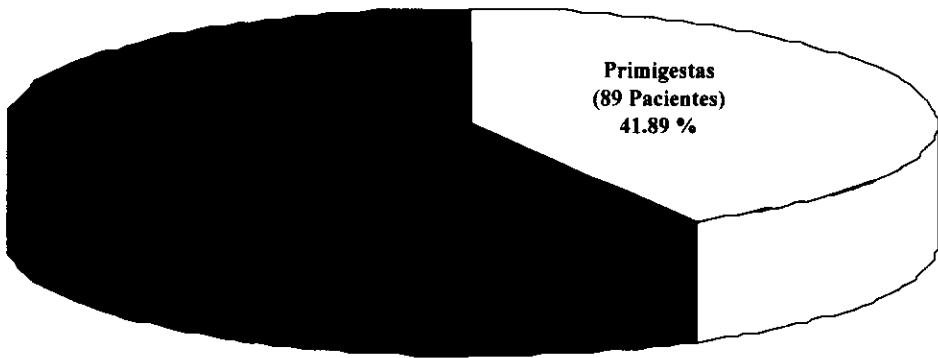


RESOLUCION DEL EMBARAZO

FUENTE : Revisión de expedientes

GRAFICA III

RUPTURA DE MEMBRANAS



PARIDAD

FUENTE : Revisión de expedientes

GRAFICA IV

BIBLIOGRAFIA

- 1.- García S. Ruptura Prematura de Membranas. Medicina en Ginecología , Ostetricia y Perinatología. HGGO No3 CMN "La Raza " IMSS 1994; 463-473.
- 2.- James A, Mc Gregor, and col: Premature rupture of membranes and bacterial vaginosis. Am J Obstet Gynecol 1993; 169 (2): 463-465.
- 3.- Thomas N, Gyr, and col: Permeation of human chorioamniotic membranes by Escherichia coli in vitro. Am J Obstet gynecol 1994; 170(1): 223-227.
- 4.- Vadillo O, González-Avila G, and col: Collagen Metabolism in Premature Rupture of Amniotic membranes. Obstetrics and Gynecology 1990; 75: 84-87.
- 5.- Vadillo O, Pfeffer B y col: Factores dietéticos y ruptura prematura de membranas.Efecto de la vitamina C en la degradación de colágena en el corioamnios. Ginecología y Obstetricia de México 1995; 63: 158-172.
- 6.- Craig V, Lewis D and col: The effect of colonization with group B streptococci on the latency phase of patients with preterm premature rupture of membranes. Am J Obstet gynecol 1993; 169: 1139-1142.

7.- Vadillo O, Hernández A y col: Transición de la forma enzimática latente a activa como un modelo de regulación de la degradación de matriz extracelular en el corioamnios durante el trabajo de parto humano. *Ginecología y Obstetricia de México* 1995; 63: 166-171.

8.- Lewis H, Anderson R and col: Expectant management of preterm premature rupture of the membranes. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171: 350-357.

9.- Brian M, Crocker L and col: Induction versus expectant management in premature rupture of the membranes with mature amniotic fluid at 32 to 36 weeks: A randomized trial. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169(4): 775-781.

10.- Hamid A, Hodson Ch, y col: Premature rupture of the membranes between 20 and 25 weeks' gestation: Role of amniotic fluid volume in perinatal outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170(4): 1139-1144.

11.- Brian A. Hills, ScD: Further studies of the role of surfactant in premature rupture of the membranes. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170: 195-201.

12.- Mara J, Irons S, and col: Preterm rupture of the membranes associated with recent cocaine use. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171: 305-307.

13.- Romero R, Brody D, and col: Infection and labor . Am J Obstet Gynecol 1989;160: 1117- 1123.

14.- Vaughn I, Wiemann C, and col: Prevalence and Risk Factors of Chorioamnionitis Among Adolescents. Obstetrics and Gynecology 1998; 92(2): 254-257.

15.- Joachin H, Flores N: Evolución del neonato de alto riesgo con antecedente de ruptura prematura de membranas en una unidad de cuidados intensivos neonatales. Ginecología y obstetricia de México 1995; 63: 119-122.

16.-Patrick D,MD.Rotura prematura de membranas.Clinicas de obstetricia y ginecologia 1991,3,469-499.

17.-Dexeus S, Carrera J.Tratado de patologia obstetrica.Salvat editoresS:A:1987 Voli 249-252.