

11217

7



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**Facultad de Medicina**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No.3  
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**Resultado Perinatal y Materno  
de la Ruptura Prematura de  
Membranas Pretérmino  
Manejada con Inductores de  
la Madurez Pulmonar**

392790

**TESIS DE POSTGRADO**

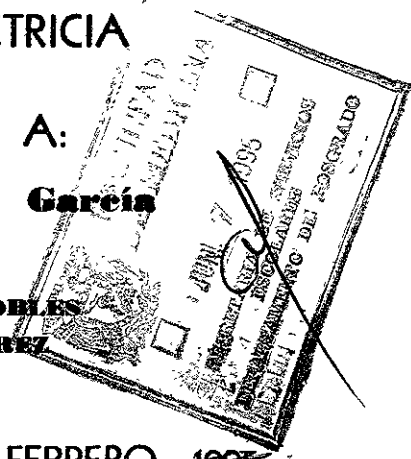
**Que Para Obtener la Especialidad de:  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**P R E S E N T A:**

**Dra. Guadalupe Del Angel Garcia**

**ASESORES:**

**DR. EDUARDO RODRIGUEZ ROBLES  
DR. ELIAS AHUMADA RAMIREZ**



MEXICO, D. F.

FEBRERO 1995

*[Handwritten signature]*

CENTRO MEDICO LA RAZA  
Hosp. de Gineco-Obstetricia  
Instituto de Enseñanza e Investigación

2001



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.

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES Y ENSEÑANZA DE LA QUÍMICA

ESTUDIO DE LA REACCIÓN DE...  
DE LA...  
DE LA...  
DE LA...

... y ...  
...  
...  
...  
...

... ..

... ..

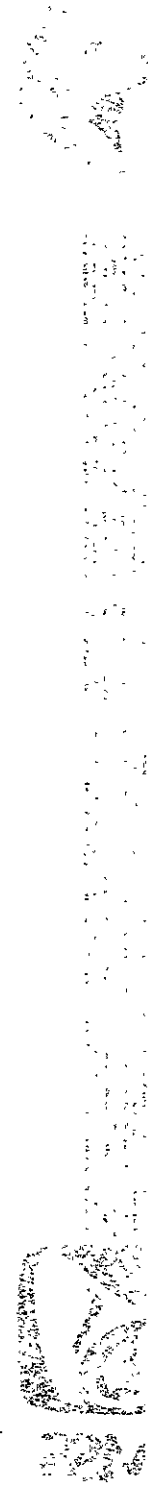
... ..

... ..

... ..

... ..

... ..



**RESULTADO PERINATAL Y MATERNO  
DE LA RUPTURA PREMATURA DE  
MEMBRANAS PRETERMINO MANEJADA  
CON INDUCTORES DE MADUREZ PULMONAR**

A MI ESPOSO FERNANDO  
A QUIEN DOY GRACIAS YA QUE JUNTO CONMIGO  
COMPARTE FRUSTRACIONES Y DESEOS, MOSTRANDO  
SU AMOR Y FERVIDOR PARA SER SIEMPRE ADELANTE

A MI HIJA CARO  
A QUIEN AMO PROFUNDAMENTE  
YA QUE SU AMOR ME IMPULSA  
A SER MEJOR CADA DIA

A MIS PADRES GEORGINA Y JOSE  
QUIENES FORJARON EN MI CON SU AMOR Y  
SU CARINO EL DESEO DE SUPERACION  
Y LA SEMBLA DEL FORTALECIMIENTO.

## INDICE

<b>ANTECEDENTES CIENTIFICOS</b>	<b>1</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>7</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>8</b>
<b>HIPOTESIS</b>	<b>9</b>
<b>MATERIAL Y METODOS</b>	<b>10</b>
<b>CRONOGRAMA</b>	<b>12</b>
<b>ANALISIS ESTADISTICO</b>	<b>13</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>16</b>
<b>DISCUSION</b>	<b>20</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>22</b>

## ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

El tratamiento de la paciente con rotura prematura de membranas pretérmino constituye todavía hoy en día un dilema importante, complica casi 1% de los embarazos y suele originar parto pretérmino, el cual es responsable de un alto índice de morbilidad neonatal (1,2,3 y 4), además puesto que los riesgos del parto pretérmino exceden a los de las infecciones varios grupos, actualmente utilizan el tratamiento conservador con el propósito de lograr madurez pulmonar, esto si no hay trabajo de parto activo, infección ni sufrimiento fetal, esto se basa en pruebas de que el principal factor de riesgo de septicemia neonatal en la ruptura prematura de membranas (R.P.M.) es la prematurez y no la presencia de membranas rotas y de que el crecimiento fetal continúa aún después de la R.P.M., así mismo se incrementa el porcentaje de sobrevida conforme aumenta la edad gestacional. Phelps y col. encontraron que los productos de 28 semanas tenían una sobrevida del 85%, a las 29 semanas de 90% y a las 30 semanas excede el 95% en las instituciones norteamericanas (1,6)

Las complicaciones de la R.P.M para el neonato entran en tres categorías principales:

- a) Morbilidad y mortalidad neonatales vinculadas con la prematurez.
- b) Complicaciones durante el trabajo de parto y el parto
- c) Infección

La morbilidad fetal también depende del peso al nacer y disminuye conforme éste aumenta. Hack y col definieron como morbilidad neonatal mayor al menos una de las siguientes complicaciones de la prematurez:

- I) Neumopatía crónica ( requerimientos de oxígeno a las 36 semanas de edad postmenstrual).
- II) Enterocolitis necrosante o hemorragia intraventricular de grado III o IV (IVH).

{PÁGINA}

La incidencia de morbilidad significativa en sobrevivientes en función del peso al nacer resultó de 55% por debajo de 751 g, 39% de 751g a 1000g, 26% de 1001g a 1250g y 14% de 1251g a 1500g. (1,6).

Seigal y col. informaron que ocurrieron deficiencias neurosensoriales significativas Parálisis cerebral, hidrocefalia, microcefalia, retraso mental, sordera y ceguera en el 18% de los sobrevivientes con peso al nacer entre 501g y 800g, retinopatía por prematurez constituye otra importante causa de morbilidad.

Las pacientes con R.P.M. pretérmino prolongada tienen mayor riesgo de presentar desprendimiento prematuro de placenta (4% en comparación con 0.8% de todos los embarazos) explicable probablemente por el cordón corto, así también hay una mayor incidencia de presentaciones pélvicas del 3.3% al 8.9%, así como mayor relación con RCIU. Miller y col. emitieron la hipótesis de que las mismas circunstancias que conducen a menor crecimiento fetal también provocan disminución de las fuerzas tensoras de las membranas (1,8,10).

El tratamiento de la R.P.M. entre las 24 y 34 semanas de gestación es controversial. El tratamiento conservador o expectante implica vigilancia estrecha de la madre y el feto hasta el inicio del trabajo de parto o la aparición de corioamniotitis

Quiénes favorecen el tratamiento conservador han demostrado que la mortalidad y morbilidad neonatales relacionadas con el nacimiento inmediato de un prematuro, son mayores que las correspondientes al riesgo de infección fetal o materna por la espera. Así al permitir que continúe el embarazo, el tratamiento expectante beneficia al feto durante el periodo latente, pues permite el aumento de maduración intrauterina de pulmón, cerebro, ojo, intestino y riñón, en un periodo crítico del desarrollo. NO obstante si el medio interno se vuelve hostil por la infección u oligohidroamnios intenso, el feto estará mejor afuera en la unidad de cuidados intensivos neonatales. (2,3,5,6,7,9,10).

Como se mencionó el oligohidroamnios intenso incrementa el riesgo de mortalidad neonatal. Vintzilev y col. definieron el grado de oligohidroamnios por la medición ultrasónica del mayor acumulo de



{PÁGINA}

líquido amniótico libre. Se consideró como grado máximo de oligohidramnios el de aquellas mujeres cuyo diámetro vertical máximo del acumulo mas notorio del líquido era de menos de 1 cm. encontrando mayor riesgo de muerte perinatal, al causar insuficiencia pulmonar por hipoplasia en tan poco tiempo como seis días y deformidades de posición (menos edematosos en espalda, contracturas por flexión o facies de Potter). Así el asesoramiento y tratamiento de un paciente con R.P.M. se modifica mucho no sólo por la edad gestacional en el momento de la rotura sino también por la duración de ésta y la cantidad de líquido amniótico presente (11,12,13).

La R.P.M. incrementa el riesgo de infección en la madre y el neonato, con una incidencia global de corioamniotitis del 9%, sin embargo el riesgo de infección materna varía dependiendo del estado socioeconómico, la paridad, la duración del periodo latente y el volumen del líquido amniótico.

La R.P.M incrementa el riesgo de infección neonatal desde una incidencia global de casi 0.1% en todos los recién nacidos hasta 1.4% después de la R.P.M no complicada. En los casos en que ésta se acompaña de datos de corioamniotitis clínica (temperatura mayor de 38°C, taquicardia fetal sostenida por arriba de 160/min o presencia de leucocitos o bacterias en el líquido amniótico o gástrico). La infección del recién nacido aumenta hasta 8.7%. Son factores de importancia que incrementan la infección en el recién nacido después de la R.P.M, en orden de importancia: Prematurez, colonización materna con estreptococo del grupo B y sexo masculino. (6,9,14,15,16). El tratamiento prenatal con corticoesteroides produce reducción global de casi 50% en las posibilidades de síndrome de dificultad respiratoria neonatal y los niños recién nacidos entre dos y siete días después de la administración de éstos, muestran un beneficio as notorio que aquellos nacidos fuera de éste intervalo. En contra de las opiniones expresadas en otras revisiones en efecto favorable de los corticoesteroides no se confina a los niños nacidos a las 30 a 34 semanas de gestación.

Este efecto positivo en cuanto a la morbilidad respiratoria tiene un efecto dominante frente a otras formas de morbilidad neonatal. El tratamiento con corticoesteroides disminuye la posibilidad de hemorragia periventricular y enterocolitis necrosante entre un 10% y un 80%. Dos estudios indican una duración

{PÁGINA}

promedio significativamente menor de estancia hospitalaria en éstos recién nacidos. De mayor importancia la mortalidad neonatal temprana disminuye de manera sustancial, esta mayor sobrevivencia no se logró a costa de mayor minusvalía, los niños de los dos grupos de estudio mas grande se han seguido por seis años encontrando que las anomalías neurológicas si acaso aparecen, resultan menos frecuentes en hijos cuyas madres recibieron corticoesteroides (2,3,4,5,7).

Fue Liggins en 1969 el primero en sugerir el uso de corticoesteroides en cordero y 25 años después aún existe controversia en su uso. En una revisión sobre el tema realizado por la Dra Crowley de 23 publicaciones al respecto en la unión americana encontró que la administración de corticoides antenatalmente disminuye en un 50% la posibilidad de SDR, encontrando también que el tiempo de latencia podría disminuir hasta en un 70% el SDR ya que los recién nacidos entre las 24 horas y siete días después de la administración de corticoides es el mas beneficiado Otro autor encontró que en las pacientes a quien no se administran los corticoides y sólo se prolonga el tiempo de latencia de la R P M no se encontró disminución en la aparición del SDR como lo habían postulado otros autores (6).

En un estudio realizado en el hospital de New York en 1981 se encontraron que las principales causas de muerte perinatal eran: Resultado de prematuridad 64% incluyendo en éste grupo las complicaciones de prematuridad y enterocolitis necrosante, resultado de sepsis 16%, óbito intraparto y resultado de anomalías congénitas (6)

El síndrome de dificultad respiratoria es definido como el incremento en el requerimiento neonatal de oxígeno o necesidad de intubación con hallazgo radiográfico de patrón reticulogranular o broncograma aéreo (2,3,6,7)

Análisis clínicos y microbiológicos confirman la aseveración de que la infección local quizá sea primaria de R.P.M., la que se relaciona con R.P.M., la que se relaciona con infección ascendente después de la rotura. Romero y col. analizaron "periodos de incubación" antes del inicio del trabajo de parto en mujeres

{PÁGINA}

con R.P.M. y sugirieron que quienes parían en 24 horas con toda seguridad presentaban infección en el momento de la R.P.M., en tanto que quienes lo hacían en la primera semana posparto, sufrían infección ascendente, que causaba trabajo de parto (18,19).

Durante mucho tiempo se ha considerado que los microorganismos del aparato reproductor y la infección participan en

1 - producción primaria de R.P.M. o producción ascendente de infección, por eso es que ha habido gran interés en la administración de antimicrobianos en mujeres con R.P.M

Dos estudios con grupo control histórico de administración de antibióticos indicaron disminución de morbilidad febril postparto y septicemia neonatal, posteriormente Fortunato y col. combinaron la utilización de un antibiótico de amplio espectro, cefizoxima con tocolisis, y observaron periodos de latencia muy prolongados en mujeres con R.P.M. en comparación con las del grupo control En los últimos años ha habido varios estudios al respecto. El análisis de la tabla de vida mostró que los embarazos se prolongan de forma segura, y la infección neonatal disminuía en mujeres en que se administró ampicilina. En fecha reciente tres estudios aleatorios doble ciego han demostrado datos similares, sugiriendo que hay subgrupos sustanciales de mujeres que experimentan R.P.M. o parto pretérmino por infección primaria subsecuente a infección ascendente En dichas pacientes el uso de antibióticos coadyuvantes puede ofrecer beneficio en cuanto a:

- 1.- Prolongación segura de la gestación al aumentar el periodo favorable de latencia
- 2.- Disminución de la morbilidad infecciosa vinculada con R.P.M. en la madre y el RN.

El uso de antibióticos en éste contexto debe individualizarse porque es posible que ocurran infecciones avasalladoras, casi con certeza el uso de antibióticos en mujeres no seleccionadas con R.P.M. originará casos de sobreinfección con bacterias resistentes. ( 18,19,20,21).

{PÁGINA}

Sin embargo no se debe olvidar que Goldenberg y col. calcularon que la posibilidad de sobrevida de un recién nacido sin minusvalía importante aumenta hasta 3% por cada día de permanencia intrauterina segura entre las semanas 23 y 30 de gestación.(9).

{PÁGINA}

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El parto prematuro se asocia hasta en un 20 a 40% con R.P.M. siendo una de las principales causas de mortalidad perinatal el síndrome de dificultad respiratoria, por lo que se han realizado intentos para reducirlo, entre estos se encuentra el uso de corticoides prenatalmente, incrementando con ésto el tiempo de latencia

Existen controversias en la literatura de si esto pudiera de alguna manera incrementar el riesgo de infección en el neonato o en la madre, estando de acuerdo la mayoría de ellos de que ésto no sucede y sí mejora el pronóstico perinatal.

En el HGO3 una importante causa de morbimortalidad perinatal es la prematurez ocasionada en un gran número de casos por R.P.M., por esto es importante determinar el beneficio que se obtiene en el pronóstico perinatal y materno con la administración de inductores de madurez pulmonar.

{PÁGINA}

## OBJETIVOS

1 - Identificar el resultado perinatal y materno en la ruptura prematura de membranas pretérmino manejada con inductores de madurez pulmonar

1.1.- Identificar si existe incremento en el riesgo de morbilidad infecciosa al prolongar el tiempo de latencia en los productos con R.P.M. manejados con inductores de madurez pulmonar.

1.1.1.- Evaluar si la administración de inductores de la madures pulmonar disminuye la frecuencia de presentación del síndrome de dificultad respiratoria, comparándolo con aquellos casos en los cuales no se aplicó

1.1.1.1.- Identificar si el tiempo de latencia incrementa el riesgo de morbilidad infecciosa en las madres tratadas con corticoides

2.- Comparar el resultado perinatal y materno en las pacientes con R.P.M. pretérmino manejadas con inductores de madurez pulmonar con aquellas en que no se utilizó.

{PÁGINA}

## **HIPÓTESIS**

La administración de inductores de madurez pulmonar en la R.P.M. pretérmino disminuye la frecuencia de aparición del síndrome de membrana hialina, sin incrementar el riesgo de morbimortalidad infecciosa en la madre y el producto.

La administración de inductores de madurez pulmonar en la R.P.M. pretérmino no disminuye la aparición del síndrome de membrana hialina y sí incrementa el riesgo de morbilidad infecciosa en la madre.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Se revisaron expedientes de pacientes que estuvieron hospitalizados en el Hospital de Gineco Obstetricia No 3 con el diagnóstico de R.P.M pretérmino en el periodo comprendido entre Enero y Diciembre de 1994. Y que cumplen con los siguientes criterios

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- 1.-Embarazo entre 28 a 34 semanas
- 2.- Ruptura prematura de membranas corroborada por cristalografía.
- 3.- No datos clínicos de corioamnioítis.
- 4 - Sin trabajo de parto.
- 5.- Sin datos de sufrimiento fetal agudo.
- 6.- Sin enfermedades sistémicas asociadas

### **CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN:**

- 1 - Embarazos menores de 28 semanas y mayores de 34 semanas.
- 2.- Datos clínicos de corioamnioítis
- 3 - Datos de sufrimiento fetal agudo.
- 4.- Con trabajo de parto
- 5 - Con alguna enfermedad sistémica asociada.



## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

1.- Pacientes que durante el manejo presenten:

- a) Datos clínicos de corioamnioítis.
- b) Trabajo de parto.
- c) Sufrimiento fetal agudo.
- d) que impidan la espera del tiempo de latencia.

Se revisaron 32 expedientes de las pacientes que ingresaron al HGO 3, en éste periodo de tiempo con el diagnóstico de R.P.M. pretérmino corroborada por cristalografía y que no tengan trabajo de parto, datos clínicos de corioamnioítis ni de sufrimiento fetal agudo a quienes se dio tratamiento conservador el cual consiste en

- 1 - Seguimiento diario de biometría hemática completa, curva térmica y VSG.
- 2.- Hidratación materna y reposo absoluto
- 3.- Limitar exploraciones vaginales
- 4 - Doble esquema antibiótico (PGSC y Gentamicina)
- 5.- Dexametazona 8 mg IM cada 8 horas por tres dosis.
- 6 - Espera de tiempo de latencia de inductores de madurez pulmonar (48 horas).
- 7.- Interrupción del embarazo por vía abdominal
- 8 - Toma en el neonato en el momento del nacimiento: biometría hemática con diferencial y manejo como potencialmente infectado (.Con doble esquema antibiótico, toma de muestras de laboratorio diariamente y modificación del esquema de acuerdo a evolución.
- 9.- Terminando esquema antibiótico en la madre.

Por otro lado se revisaron 22 expedientes de las pacientes que ingresaron en éste mismo periodo de tiempo con el mismo diagnóstico y que cumplan con los criterios antes mencionados a quien por alguna

{PÁGINA}

circunstancia no se hayan aplicado inductores de madurez pulmonar y se haya terminado el embarazo por vía abdominal

{PÁGINA}

## RESULTADOS

Se revisaron 54 expedientes de pacientes con diagnóstico de RPM pretérmino dividiéndolos en dos grupos: Grupo I. 32 pacientes a quienes se dió manejo conservador (antibioticoterapia o inductores de madurez pulmonar) y Grupo II 22 pacientes a quienes se interrumpió el embarazo por vía abdominal sin inductores de madurez pulmonar.

En el grupo I el promedio de edad gestacional fue de 31.21 semanas con un rango de 29 a 33 semanas, en el grupo II con promedio de 32.17 con un rango de 29 a 32 semanas, corroboradas por Capurro y con un promedio de 79.2 horas de RPM en el momento de interrumpir el embarazo en el grupo I, con un rango de 48 a 240 horas y en el grupo II de 38.5 horas con promedio y rango de 8 a 144 horas.

En el grupo I ocho pacientes (25%) tenían datos sugestivos de corioamnionitis materna (cavidad hipertérmica y fétida) en el momento de interrupción del embarazo y ocho pacientes en el grupo II (36.36%) Todas éstas pacientes manejadas con doble esquema antibiótico en el postoperatorio. (Grafica 1.)

El peso promedio de los productos en el grupo I fue de 1602 g con un rango de 950 g a 2300 g y en el grupo II con un promedio de 1604g con rango de 1000 g a 2440 g .

En el grupo I ocho casos correspondieron al sexo femenino (25%) y 24 masculinos (73%) encontrando que los fallecimientos I correspondió al sexo masculino (50%) y 1 al femenino (50%). En el grupo II 14 correspondieron al sexo femenino (63.3%) y ocho al masculino (36.36%) y de los 12 fallecimientos 9 correspondieron al sexo femenino (75%) y tres al masculino (25%). (grafica 2)

El Apgar promedio en el grupo I fue 6.5/7.9 con un rango de 3/5-8/9 y en el grupo II 5.8/7.8 con un rango de 2/6 a 8/9 (grafica 3).

{PÁGINA}

En el grupo I se encontraron en ocho neonatos datos de infección (25%) ,en tres casos sepsis sin gérmen aislado, uno con neumonía por Clamidia, dos casos de neumonía de probable adquisición in utero, un caso con urocultivo positivo para Klebsiella y un caso de sepsis en que se aisló estreptococo alfa hemolítico de secreción bronquial. En todos los casos con buena respuesta al manejo médico y sólo en un caso ( sepsis con gérmen no aislado) se presentó la muerte del producto, sin embargo éste se encontraba complicado con enterocolitis necrotizante EIII Bell con perforación intestinal y translocación bacteriana. (grafica 4.)

En el grupo II se encontró en siete neonatos datos de infección (31.81%). cuatro casos con septicemia, dos neumonía por Clamidia y un caso neumonía por Pseudomona, falleciendo los cuatro pacientes con sepsis, con diagnósticos agregados de enfermedad de membrana hialina, hemorragia intracraneana o inmadurez orgánica generalizada

En cuanto a neonatos que requirieron intubación en el grupo I (9) 28.12% contra veintitres no intubados ( 71 87%) Mientras que en el grupo II , 17 intubados (77.27%) contra cinco no intubados (22.72%).(grafica 5) Presentandose SDR severa en doce pacientes del grupo II ( 54.54%) y sólo en diez del grupo I 31.25%, siendo en todos los casos leve y recuperable, no así en el grupo II en que fue causa de la muerte en las doce pacientes. (grafica 6)

El promedio de días estancia en el grupo I fue de 26.03 días con un rango de 8 a 72 días, mientras que en el grupo II 27.2 con un rango de 12 horas a 164 días Siendo enviados en ambos grupos a nutrición parenteral cuando fue necesario.

En cuanto a la mortalidad se encontró en el grupo I dos fallecimientos correspondiendo 6.25%, uno por ECN y el otro secundario a ICC por PCA y CIA así como neumonía in utero.

{PÁGINA}

en el grupo II se encontraron doce fallecimientos (54.54%) en todos ellos diagnóstico de EMH, así como otros diagnósticos agregados tales como: inmadurez orgánica generalizada, falla orgánica múltiple, septicemia y ECN .

SE encontraron otras patologías agregadas tales como ictericia multifactorial que requirió fototerapia, PCA en el grupo I ocho casos ( 21.87%) y en el grupo II tres casos (13.63%) a los cuales se realiza manejo con indometacina a excepción del paciente del grupo I en que se asoció con CIA e ICC y causó la muerte del neonato.

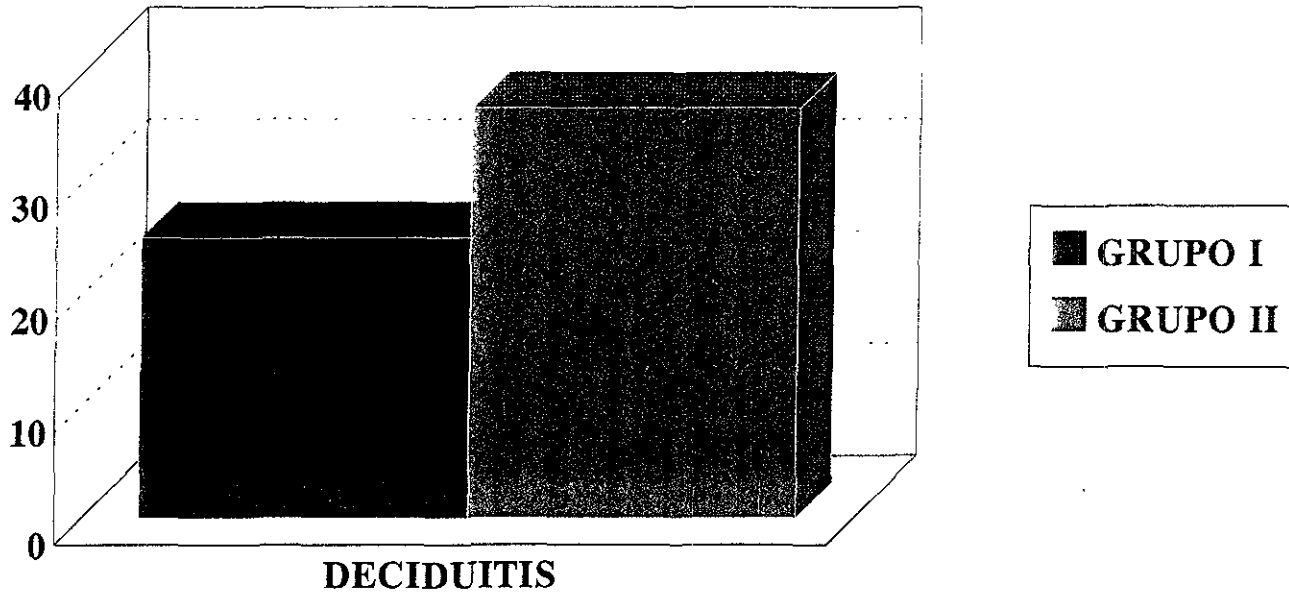
HIV(lesión hipoxico isquémica) en tres casos del grupo I (9.37%) y cinco casos del grupo II (22.72%).

Sólo un paciente del grupo I (3.1%) presentó datos de deciduitis, siendo manejada con doble esquema antibiótico ameritando internamiento por ocho días.

# HGO 3

## DATOS SOSPECHOSOS DE DECIDUITIS MATERNA COMPARATIVO DE DECIDUITIS

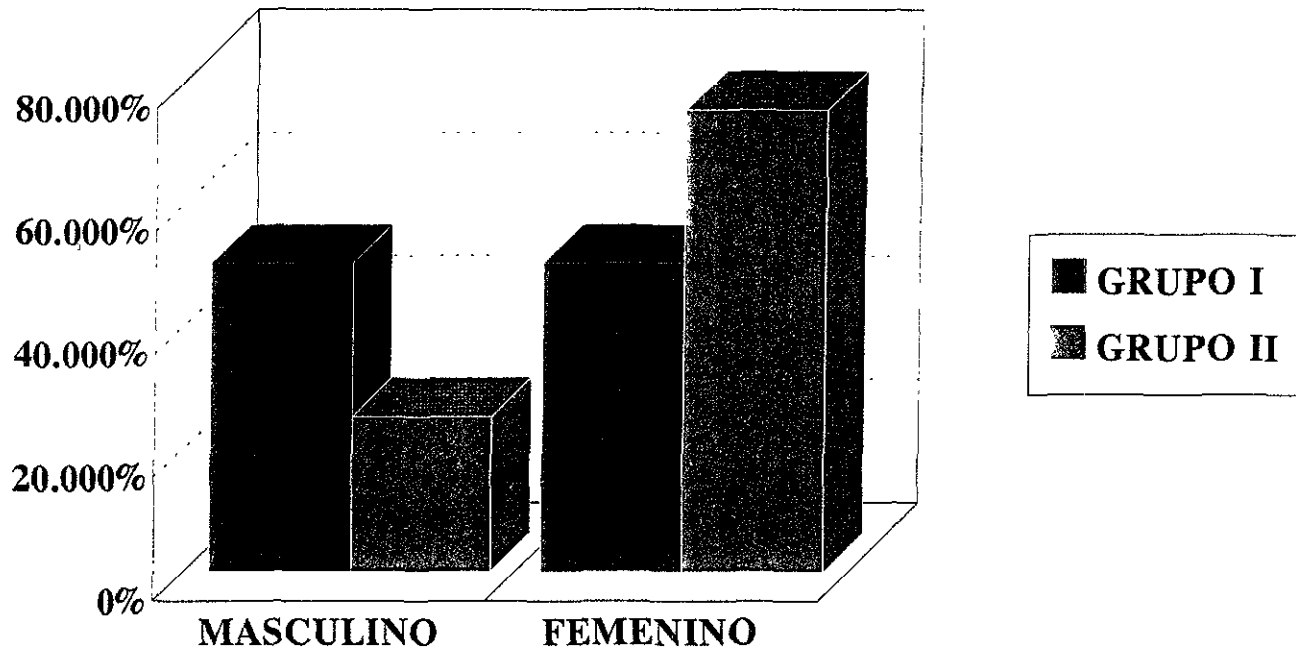
---



**GRAFICA UNO**  
**FUENTE: HGO3**

# HGO 3

## DEFUNCION SEGUN EL SEXO

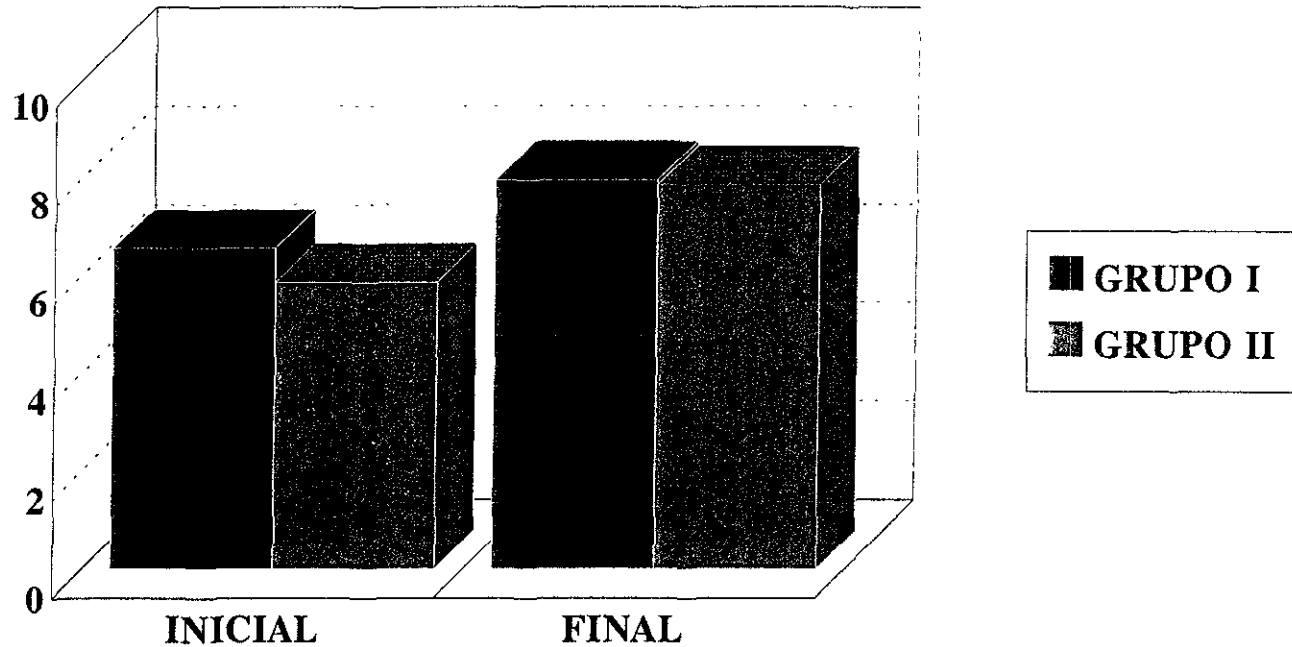


**GRAFICA DOS**  
**FUENTE: HGO3**

# HGO 3

## CALIFICACION DE APGAR

---



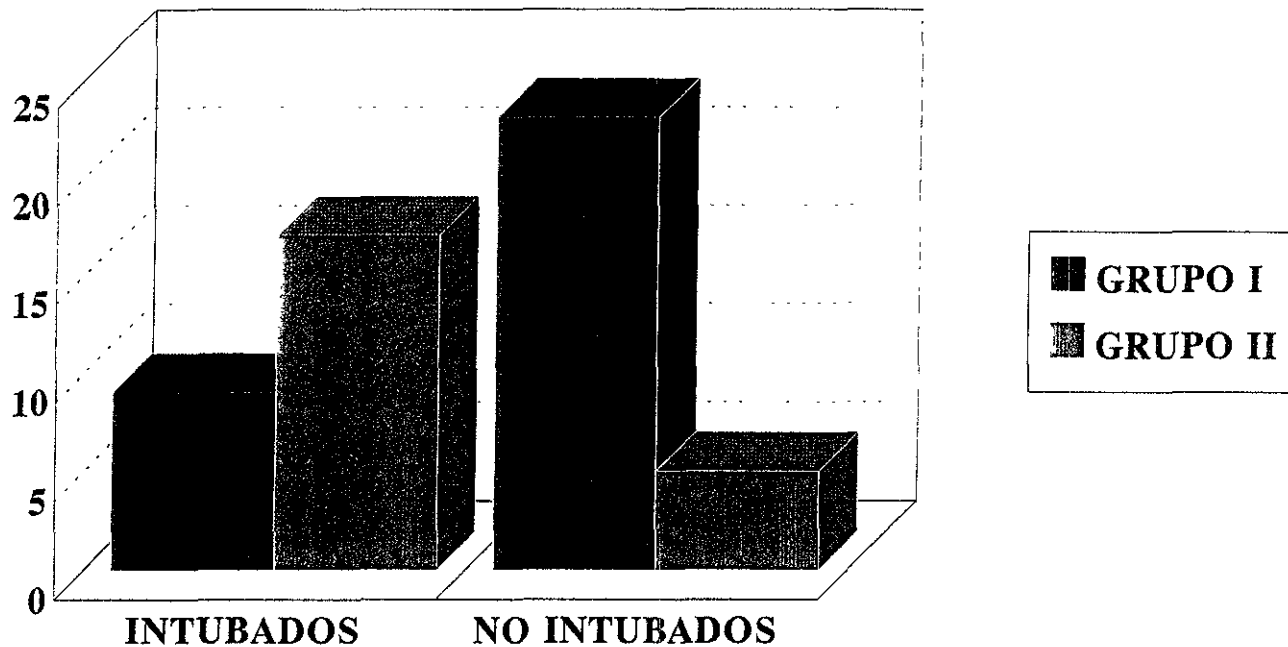
**GRAFICA TRES**  
**FUENTE: HGO3**



# HGO 3

## NEONATOS QUE REQUIRIERON INTUBACION

---

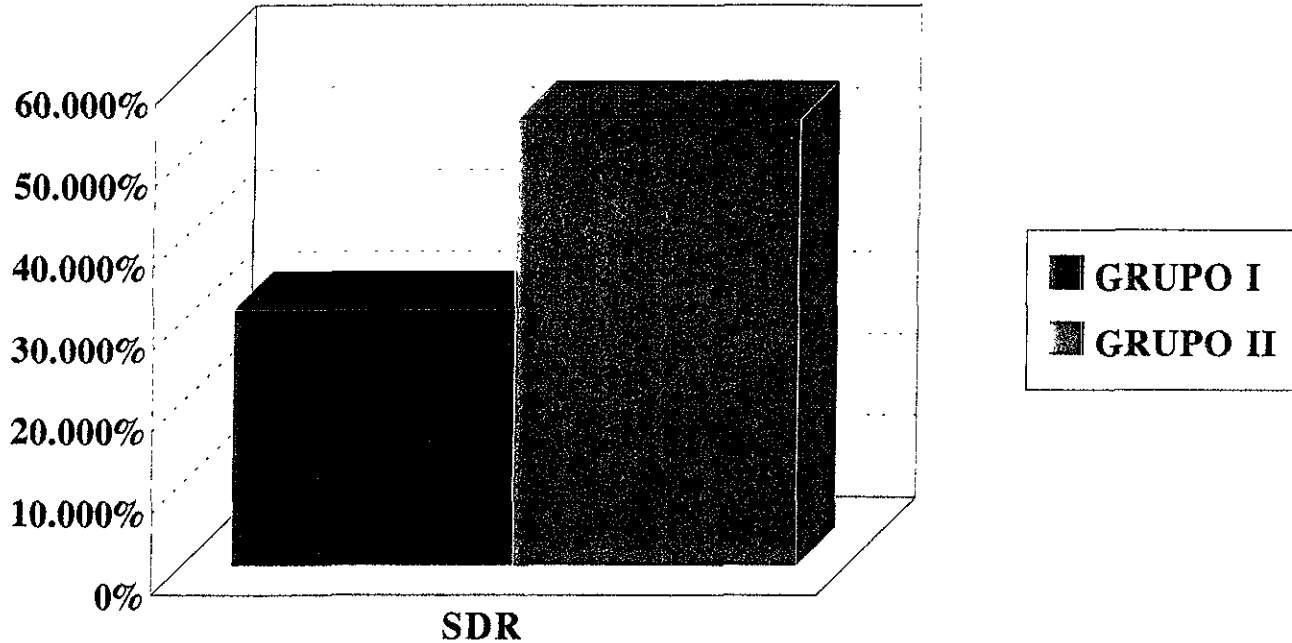


**GRAFICA CINCO**  
**FUENTE: HGO3**

# HGO 3

## SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

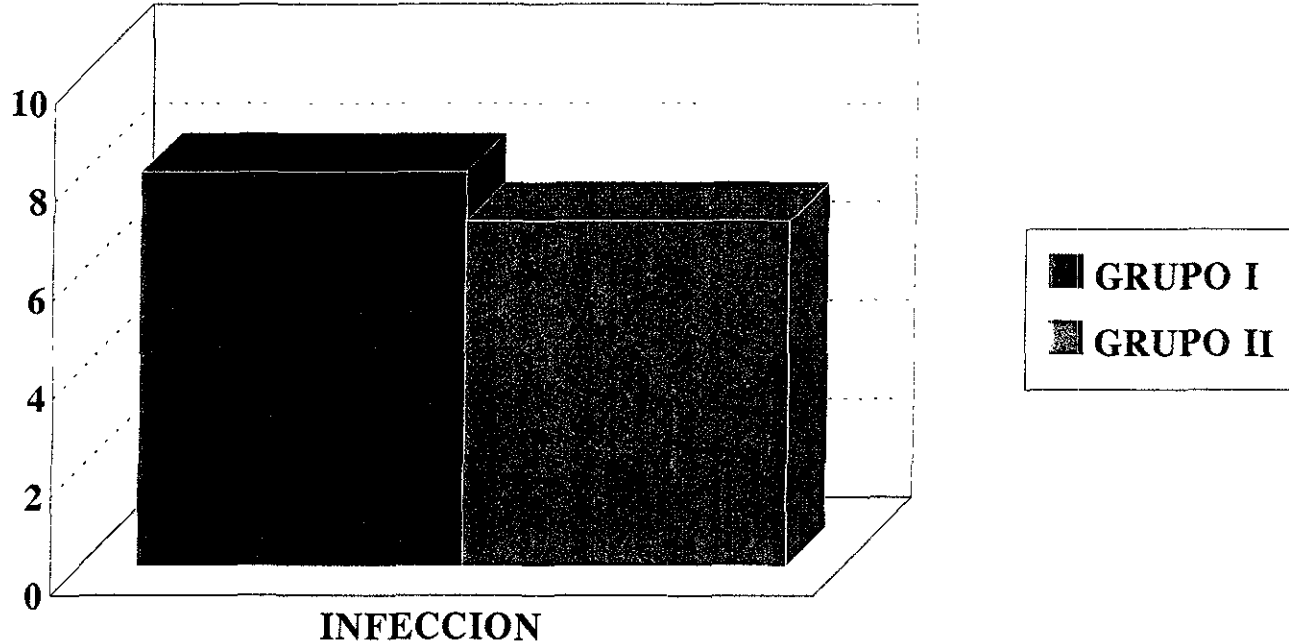


**GRAFICA SEIS**  
**FUENTE: HGO3**

# HGO 3

## DATOS DE INFECCION EN EL NEONATO

---

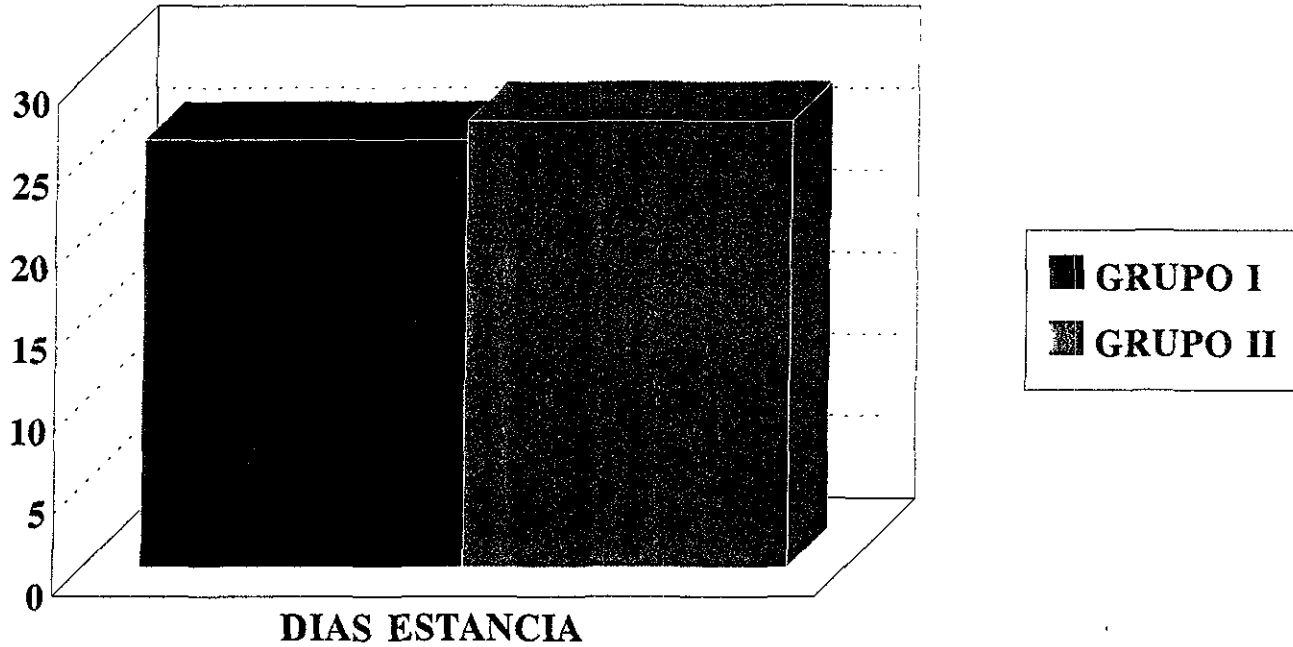


**GRAFICA CUATRO**  
**FUENTE: HGO3**

# HGO 3

## DIAS ESTANCIA

---

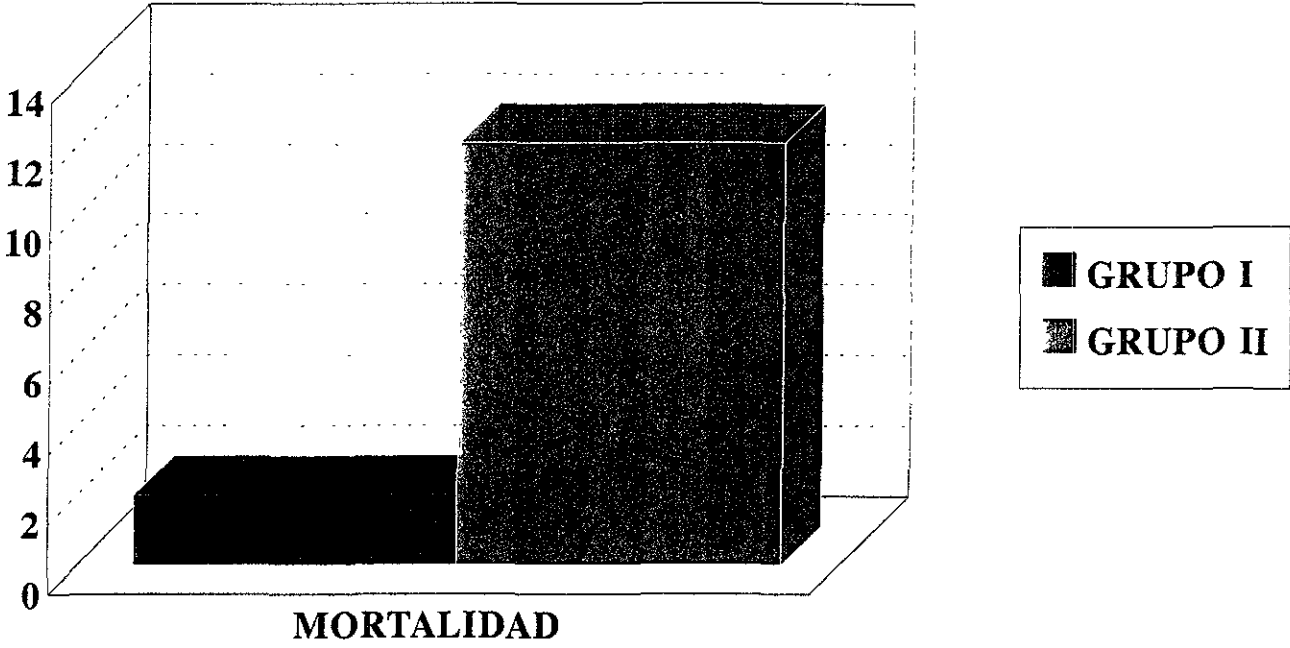


**GRAFICA SIETE**  
**FUENTE: HGO3**

# HGO 3

## MORTALIDAD

---



**GRAFICA OCHO**  
**FUENTE: HGO3**

{PÁGINA}

## DISCUSION

El análisis de los resultados obtenidos en el presente estudio permite elaborar algunas de las siguientes consideraciones:

- 1 - La presencia de datos de deciduitis materna no se incrementó en aquellos pacientes con RPM de larga evolución en quien se tuvo que esperar tiempo de latencia de inductores de madurez pulmonar
- 2.- La morbilidad infecciosa en el neonato tampoco se vió incrementada en el grupo manejado conservadoramente, lo que nos permite concluir que el tiempo de latencia no es el único factor que influye para la presentación de ésta. Encontrando incluso en menor porcentaje en éste grupo tal vez condicionado por un inicio mas temprano del manejo de los antimicrobianos, así como la limitación de exploraciones vaginales
- 3.- Los resultados obtenidos de comparar ambos grupos muestran que no existe una diferencia importante en cuanto a la calificación de Apgar en ambos grupos.
4. Del grupo no manejado con inductores de madurez pulmonar requirió ventilación mecánica un número alto de neonatos secundario a la presentación de EMH severa y progresiva comparada con el grupo I en el cual se requirió en menor número los ventiladores y el SDR fue leve en todos los casos. Lo cual concuerda con lo reportado en la literatura.
- 5.- Se encontró una diferencia importante en cuanto a la mortalidad en ambos grupos siendo mayor en el grupo II 54.54% VS 6 28% del grupo I.
- 6.- En cuanto a la mortalidad según el sexo esto fue mayor en femenino que en masculino, lo que no coincide con lo reportado en la literatura.
- 7.- El uso de IMP ( inductores de la madurez pulmonar) disminuye la frecuencia de presentación así como la severidad del síndrome de dificultad respiratoria.
- 8.- El tiempo de latencia no incrementa el riesgo de morbilidad infecciosa materna ni neonatal.
- 9.- El manejo conservador de la RPM pretérmino permite disminuir en forma importante la mortalidad neonatal.

{PÁGINA}

10.- No se incrementa el promedio de días estancia hospitalaria en los productos manejados conservadoramente.

{PÁGINA}

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Anthony R M. et al. Rotura prematura de membranas. *Clínicas de Ginecología y Obstetricia* 1992;2:247-336.
- 2.- J C. Vielle tratamiento en la rotura prematura de membranas antes del término. *Clin perinatol* 1985;85-96.
- 3.- Crowley P y col. The effects of corticosteroid administration before preterm delivery: an overview of the evidence from controlled trials. *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 1990;97:11-25.
- 4.- Richard L et al. The relationship between premature rupture of the membranes and the respiratory distress syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1976;124:712-17
- 5.- H.R. Gamusu. Antenatal Administration of betametasona to prevent respiratory distress syndrome in preterm infants: report of a UK multicentre trial. *Br J Obstet Gynecol* 1989;96:401-10
- 6.- Maurice L. et al. Non intervention in premature rupture of the amniotic membranes *Surg Gynecology and Obstetrics* 1986;163:5-9
- 7 - Walter J et al The effect of antenatal dexamethasone administration on the prevention of respiratory distress syndrome in preterm gestations with RPM. *Am J Obstet Gynecol* 1986;154:591-95
- 8.- R. Goden et al Does prolonged preterm premature rupture of the membranes predispose to abruptio placentae?. *Obstetrics Gynecology* 1989;74:347-50



{PÁGINA}

- 9.- Per Olav Dale et al Duration of the latency period in preterm premature rupture of the membranes, maternal and neonatal consequences of expectant management. Eur J Obst Gynecol reproductive Biology 1989;30 257-62.
- 10.- Anthony M et al. Oligohydramnios. A review. Obstetrical and Gynecological Survey 1991;46:325-335.
- 11.- Jeffrey F. et al Oligohydramnios: A review. Obstetrical and gynecological Survey 1991;46:325-335
- 12.- Nicholas M. et al. Diagnostic and therapeutic transabdominal amnioinfusion in oligohydramnios. Obstetrics and Gynecology. 1991;78 270-78.
- 13.- M. Blott and Greenough. Neonatal outcome after prolonged rupture of the membranes starting in the second trimester. Obstetrical and Gynecological Survey 1988;64:451-62.
- 14 - Arne Ohlsson et al. An analysis of antenatal test to detect infection in preterm premature rupture of the membranes. Am J Obstet Gynecol 1990;162:809-18
- 15.- Kyung Sec et al. Preterm birth associated with increased risk of maternal and neonatal infection. Obstetrics and Gynecology 1992;79 75-80.
- 16.- Walter J.M et al. Reduction of group estreptococcal maternal and neonatal infection in preterm pregnancies with premature rupture of membranes through a rapid identification test. Am J Obstet Gynecol 1987;157:13-16
- 17.- Sven M et al. Fetal and Infant outcome of pregnancies with very early rupture of membranes. Acta obstet Gynecol Scand 1991;70 119-24

{PÁGINA}

18.- Eberhar M H et al Hystologic chorioamnionitis and preterm deliver in different patient populations.

Obstetrics and Gynecology 1990,75:622-26

19 - Matthew M.J. et al Antibiotic therapy in preterm premature ruptur of membranes a randomized.

Prospective, double-blind trial Am J Obstet Gynecol 1990,163:743-47.

20.- Erol Amon et al Ampicilin prophylaxis in preterm premature rupture of the membranes: A prospective

randomized study. Am J Obstetrics and Gynecology 1998;159 539-543.

21 - Walter JM et al Use of ampicilin and corticosteroids in premature rupture of membranes: A

randomized study Obstetrics and Gynecology 1989,73:721-26.