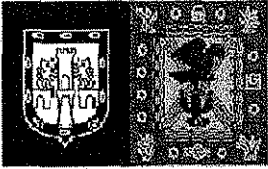


11217 265



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México La Ciudad de la Esperanza



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION
EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

RESULTADO PERINATAL EN PACIENTES CON RUPTURA PREMATURA DE
MEMBRANAS PRETERMINO MANEJADAS CON TRATAMIENTO
CONSERVADOR ACTIVO

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

PRESENTADO POR
DRA. MARÍA ELENA SOLANO GONZALEZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DIRECTOR DE TESIS
DR. MANUEL CASILLAS BARRERA

- 2003 -



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 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.

**RESULTADO PERINATAL EN PACIENTES CON RUPTURA PREMATURA DE
MEMBRANAS PRETERMINO MANEJADAS CON TRATAMIENTO**

CONSERVADOR ACTIVO.

Autor : Dra. María Elena Solano González.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: María Elena Solano González
FECHA: 14 OCTUBRE 07
FIRMA: [Signature]

Vo. Bo.

Dr. José Antonio Memije Neri.

[Signature]

**Profesor Titular del curso de
Especialización en Ginecología y Obstetricia.**

Vo.Bo.

Dr. Roberto Sánchez Ramírez

[Signature]

Director de Educación e Investigación.



**DIRECCION DE EDUCACION
E INVESTIGACION
SECRETARIA DE
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL**

[Signature]

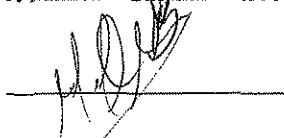


**DIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM**

**RESULTADO PERINATAL EN PACIENTES CON RUPTURA PREMATURA DE
MEMBRANAS PRETERMINO MANEJADAS CON TRATAMIENTO
CONSERVADOR ACTIVO.**

Vo.Bo.

Dr. Manuel Casillas Barrera.



DIRECTOR DE TESIS.

INDICE.

INTRODUCCIÓN	1
MATERIAL Y METODOS	5
RESULTADOS	6
DISCUSIÓN	9
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	13
ANEXOS.	

INTRODUCCIÓN.

La Ruptura Prematura de Membranas se define como la salida de líquido amniótico a través de una solución de continuidad de las membranas ovulares en embarazos mayores de 20 semanas y por lo menos dos horas antes del inicio de trabajo de parto, cuando la ruptura se presenta antes de las 36 semanas de gestación se denomina ruptura prematura de membranas pretérmino,^{1,2} es uno de los problemas más controversiales de la obstetricia actual, ya que se debe enfrentar la situación de valorar la edad gestacional, la presencia o no de infección, la madurez fetal y posteriormente tomar la decisión de instalar un tratamiento encaminado a mejorar los riesgos potenciales de la prematurez.

La incidencia varía desde un 1.5 hasta un 14%, siendo del 40% en los embarazos pretérmino.³⁻⁶ Y está asociada a muerte perinatal en un 10% de los casos, su etiología es desconocida, sin embargo, existen factores predisponentes como son: multiparidad, corioamnioitis, hipertonia uterina, infecciones, etc, el mecanismo unificador final de todos los casos es una debilidad de la membrana corioamniótica con disminución de colágena tipo III inducida por mecanismos de inflamación ocasionada generalmente por un proceso infeccioso, entre los agentes más comunes están: Streptococcus del grupo B, Neisseria gonorrhoea, E. Coli. La principal función de las membranas corioamnióticas es la de protección, sin embargo, cuando ocurre ruptura de membranas en un 80-90% de los casos inicia

la actividad uterina en las primeras 24 horas, en un 20% de los casos excede las 24 horas, y solo un 10% ocurre a las 48 horas.^{3,7-10}

El diagnóstico de la RPM se debe corroborar en toda mujer con embarazo mayor de 20 semanas que refiera salida de líquido transvaginal de manera súbita, los métodos utilizados con mayor frecuencia son: 1.La maniobra de Tarnier rechazando la presentación fetal y observando la salida de líquido por canal vaginal; 2.La prueba del Helecho: observando la cristalización de proteínas, mucina y electrolitos, utilizada a partir de las 12 semanas, tiene una sensibilidad del 99% y especificidad del 98%, 3,La determinación de células naranja, 4.La prueba de Iannetta que determina la presencia de células fetales, estos métodos son utilizados a partir de las 32 semanas posteriormente aumenta el riesgo de falsos positivos, el ultrasonido se utiliza para evaluar que cantidad de líquido amniótico, es un método complementario y no debe utilizarse como recurso para el diagnóstico.¹¹⁻¹³

Entre las complicaciones, la más importante es la corioamnioitis ya que incrementa la tasa de mortalidad perinatal, asociada de manera indirecta con el periodo de latencia y el peso del producto.

El síndrome de dificultad respiratoria (SDR) es responsable del 56% de la mortalidad perinatal y se ha asociado a una menor edad gestacional, otra de las complicaciones de la prematurez es que el sistema enzimático no se ha desarrollado lo suficiente para permitir el normal funcionamiento de algunos órganos, siendo más evidente en el hígado y explica la elevada incidencia de ictericia en el recién nacido prematuro.¹³

El manejo de la RPM es controversial y dependerá de la edad gestacional, la principal interrogante es si se debe seguir un tratamiento conservador (expectante) o un tratamiento conservador activo iniciando tocolisis, corticoesteroides para inducir maduración pulmonar y antibióticos profilácticos. En el manejo conservador se inicia vigilancia estrecha con los criterios de Gibbs y posteriormente se valora la interrupción del embarazo en caso de aparecer datos de corioamnionitis.¹⁴⁻¹⁶

En un estudio realizado por Eroiz-Hernández se encontró un mejor pronóstico en los neonatos de madres que se manejaron conservadoramente, Varner y colaboradores con el uso de corticoesteroides observaron una disminución en la incidencia de Membrana Hialina y de muerte neonatal¹⁷⁻¹⁹

El uso de corticoesteroides para maduración pulmonar es controversial, sin embargo se ha observado una disminución de la incidencia de SDR en pacientes manejados con esteroides, la dosis recomendada de betametasona es de 12 mg IM cada 24 horas por 48 horas y de dexametasona 6 mg IM cada 12 horas por 48 horas.^{10,20-23}

El uso de tocolíticos tiene la finalidad de prolongar el periodo de latencia y de esta manera completar el esquema de maduración pulmonar.²⁴⁻²⁵

Los propósitos inmediatos del uso de antibióticos es eliminar la infección subclínica existente y prevenir una infección ascendente, el fármaco más recomendado es la penicilina sódica cristalínica o ampicilina de manera profiláctica.²⁷⁻³⁰

Algunos autores recomiendan la amnioinfusión, la aplicación de crioprecipitados y fibrinógeno, aún no se tienen resultados concluyentes de esta aplicación.³¹⁻³³

El propósito de la investigación es conocer los resultados perinatales en las pacientes con ruptura prematura de membranas pretérmino manejadas con tratamiento conservador activo en el Hospital Materno Infantil de Inguarán.

MATERIAL Y METODOS.

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal en el Hospital Materno Infantil de Inguarán en el periodo del 01 de enero de 1998 al 31 de diciembre del 2000, con la revisión de 230 expedientes clínicos de pacientes con embarazo pretérmino (26 a 36 semanas de gestación), con diagnóstico de Ruptura Prematura de Membranas Pretérmino a los cuales se les dió manejo conservador activo, excluyéndose del estudio los expedientes incompletos, embarazos de término y pacientes con periodo de latencia menor de 24 horas y se eliminaron los expedientes de los pacientes que se trasladaron a otra unidad.

Se utilizó un formato para la recolección de datos considerando para su análisis una variable compleja, la cuales se subdividió en dos grandes grupos: Complicaciones perinatales y los tipos de medicamento que integraron el tratamiento conservador, las variables complementarias analizadas fueron: la frecuencia cardiaca fetal, Apgar, Silverman-Andersen, Capurro, SDR, sepsis, ictericia. Se utilizó una base de datos en Excell para el análisis estadístico, siendo una investigación sin riesgo.

RESULTADOS.

Se revisaron un total de 230 expedientes, eliminándose el 37.39% por no cumplir con los criterios de inclusión. Se incluyeron 144 pacientes en el estudio, el rango de edad gestacional fue de 27 a 35.5 semanas de acuerdo a la fecha de última menstruación, con una media de 31.6 semanas, y una $\sigma =$ de 2.11; Y de acuerdo a los resultados obtenidos por ultrasonido el rango fue de entre 25.7 a 36.5 semanas, con una media de 31.83 semanas, con una $\sigma =$ de 2.35.

El diagnóstico de RPM se realizó por clínica en 10 pacientes, por clínica y cristalografía en una paciente, por clínica y ultrasonido en 114 pacientes y por clínica, cristalografía y ultrasonido en 19 pacientes.

En 11 pacientes (7.06%) se presentó como complicación materna la corioamnioitis, siendo más frecuente en embarazos de 30 semanas y con un periodo de latencia mayor de 48 horas, cuadro 1.

En el manejo de las pacientes con ruptura prematura de membranas pretérmino se utilizó antibioticoterapia, corticoesteroides y agentes tocolíticos.

En el uso de antibiótico los más utilizados fueron la PSC utilizando un promedio de 11 dosis (5 millones de U I.V. cada 4 horas) y la Gentamicina que se utilizó con promedio de 5 dosis (80 mg I.V. cada 8 horas), el metronidazol se utilizó en un caso, pero no se documentó la indicación, cuadro 2.

Con el uso de esteroides se observó que el más utilizado fue la Dexametasona con un promedio de 5 dosis, no hubo diferencia entre la posología

y las semanas de gestación, la Hidrocortisona se utilizó en 4 pacientes con dosis desde 100 mg hasta 1000 mg no se encontró diferencia entre las pacientes a las que se les administró dexametasona.

Con el uso de tocolítics la Indometacina se administró con dosis máxima de 6, (supositorio 100mg), con una media de 2.70 y una $\sigma =$ de 0.99, la Orciprenalina se utilizó en 12 casos en infusión continua, con una media de 8.33, mientras que el salbutamol se utilizó en un caso.

Las complicaciones perinatales de la RPM dependieron principalmente de la edad gestacional, se valoró la frecuencia cardiaca fetal, identificando un promedio de 142 latidos por minuto, con un rango de 120 a 160 minuto. Para las complicaciones perinatales, la más frecuente fue el Síndrome de Dificultad Respiratoria (Enfermedad de Membrana Hialina), observando que el grado III y grado IV y el uso de ventiladores en fase III ocurrieron en prematuros con edad gestacional temprana (30 semanas), y con un peso inferior a los 2000grs, al comparar la edad gestacional en menores de 34 semanas de gestación vs. los de más de 34 semanas y el uso de ventiladores se obtuvo una X^2 de 8.78 con una $p=0.05$ y obteniendo además un Odds Ratio de 2.17, cuadro 3.

Únicamente se presentó neumonía en 2 pacientes los cuales presentaron periodo de latencia mayor de 72 horas.

En el cuadro 4 se mencionan el valor del Apgar y de Silverman obtenidos de acuerdo a las semanas de gestación. Al realizar la correlación entre la edad

gestacional y la clasificación de Apgar se obtuvo un $r=0.35$ para un minuto y una $r=0.36$ a los cinco minutos, con respecto al Silverman-Andersen fue de $r= - 0.22$.

Otras complicaciones observadas fueron: hiperbilirrubinemia en 23 pacientes, ictericia leve en 21 casos, ictericia severa en 3 casos. síndrome anémico en 8 casos, desnutrido in útero en 3 casos, potencialmente infectado en 80 casos, incompatibilidad a ABO en 2 casos, incompatibilidad a Rh en 3 casos, se encontró un paciente con hemorragia intraventricular.

El peso promedio de los neonatos varió desde 1250 grs hasta 2206 grs, en cuanto a la valoración por Capurro se identificó que hubo discordancia hasta de dos semanas en relación a la edad gestacional calculada por fecha de última menstruación, cuadro 4.

El promedio de estancia en UCIN fue de 6 días con un rango entre 2 a 72 días, fueron egresados el 92.36%, que se canalizaron a clínica de estimulación temprana y el 7.65% fallecieron (11 pacientes), cuadro 5.

La vía de resolución del embarazo fue parto espontáneo en 54 casos (37.5%), parto inducido en 12 casos (8.33%), cesárea electiva en 71 casos (48.61%), cesárea de urgencia en 7 casos (4.86%).

DISCUSION.

La RPM pretérmino sigue siendo en la actualidad, uno de los temas más controversiales en la Obstetricia, cuando la RPM se presenta antes de las 36 semanas de gestación, deberá valorarse los peligros de la prematurez asociada a la interrupción del embarazo, frente a las complicaciones de septicemia por lo que se debe evaluar a conciencia cada caso en particular.

En nuestro Hospital, se realiza el diagnóstico de RPM en la mayoría de los casos por clínica y se evalúa por ultrasonido, y posteriormente se inicia la administración de esteroides, para inducir madurez pulmonar principalmente Dexametasona completando 6 dosis, se inicia antibioticoterapia principalmente con PSC a razón de 5 millones de U I.V. cada 4 hrs, generalmente a las 48 horas de completar el esquema de maduración fetal se interrumpe el embarazo, la vía de resolución fue de parto espontaneo en 37.5% de los casos mientras que el de cesarea electiva fue de 48.61%. esto varia de acuerdo al criterio de cada médico, en cuanto al diagnóstico existen varios métodos que se pueden realizar con recursos del hospital, como son la prueba de la flama y la prueba del Helecho que de acuerdo a la literatura tiene una sensibilidad del 99% y una especificidad del 98%.

En la granmayoríase realizó ultrasonido como un método diagnóstico, mientrasque en la literatura se reporta como un método complementario que

únicamente valora la cantidad de líquido amniótico y es útil solamente si se tienen resultados previos para realizar una comparación.¹¹⁻¹³

La complicación materna observada fue la corioamnioitis con un 7.06% que es similar a la reportada en la literatura internacional, que estuvo relacionada con un tiempo de latencia mayor de 48 horas y una menor edad gestacional.

En contraste con lo reportado por la literatura revisada, respecto al uso de antibióticos, las complicaciones perinatales estuvieron más relacionadas a la edad gestacional. Algunos autores mencionan que se debe utilizar antibióticos si durante la vigilancia de estas pacientes se presentan datos clínicos y/o de laboratorio de infección,³⁰ en los RN revisados que presentaron sepsis no se aisló el germen patógeno, lo que nos puede hacer reflexionar que el uso de antibióticos en la RPM puede beneficiar al binomio madre – hijo al disminuir la severidad de las complicaciones.

En cuanto al uso de inductores de madurez pulmonar las complicaciones y la fase de ventilación asistida requerida estuvieron relacionadas igualmente con la edad gestacional y el periodo de latencia, y no así con el esquema de madurez otorgado, la edad más frecuente de presentación fue de 30 semanas, por lo que es tema de controversia, algunos autores refieren que con el uso indiscriminado de esteroides se favorecería el desarrollo de infecciones, por lo que su uso en nuestro hospital debe estar bajo vigilancia ya que generalmente al administrar un esquema de maduración pulmonar se piensa que el feto está protegido y no se realizan estudios para valoración de madurez pulmonar.

El uso de tocolíticos está indicado únicamente para completar los esquemas de maduración se menciona en la literatura que el tiempo máximo para su utilización no debe exceder de 48 horas ya que a un mayor tiempo de latencia se incrementa el riesgo de infección.^{15,17}

Con respecto a las complicaciones perinatales, la frecuencia cardiaca fetal se mantuvo en un promedio de 142 latidos por minuto, a este tipo de pacientes se debe monitorizar al feto in útero, para detectar cualquier dato de infección o de sufrimiento fetal.

Las complicaciones respiratorias relacionadas con la edad gestacional se obtuvo una $X^2 = 8.78$, por lo que estadísticamente existe diferencias, aumentando al doble el riesgo de presentar una complicación cuando son menores de 34 semanas de gestación, por lo que debe enfatizarse en el seguimiento de estos pacientes.

En la evaluación del Capurro hubo discordancia hasta por dos semanas con referencia a la edad gestacional, por lo que sería recomendable evaluar el uso de otras escalas para la valoración de edad gestacional en pacientes prematuros como Ballard.

En el estudio se obtuvo un porcentaje de muerte de 7.6% menor al reportado en la literatura que es de 10%.⁷

Se debe tener en cuenta que en el manejo de estas pacientes, es importante la participación del Obstetra y Neonatólogo y evaluar cada caso en forma particular, principalmente en embarazos con edad gestacional menor a 34 semanas por el riesgo de complicaciones respiratorias.

El médico neonatólogo, requiere contar con una área específica y tecnología e instrumentos necesarios para lograr un resultado óptimo para el neonato y de esta manera mejorar su calidad de vida.

A pesar de que el hospital cuenta con material y equipo limitado el porcentaje de muerte fue menor a la reportada a nivel internacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. INPer. Ruptura prematura de membranas. Norma 33. *Normas y procedimientos de obstetricia y ginecología*. INPer.1998.151-58.
2. Pitkin RM, Scott JA. *Ruptura prematura de membranas*. Clínicas obstétricas y ginecológicas. McGraw-Hill Interamericana,1998.
3. Parry S, Strauss JF. *Premature rupture of the fetal membranes*. N Engl J Med. Mar 5 ,1998;338(10)663-70.
4. Bryant-Greenwood GD, Millar LK. *Human fetal membranes: their preterm premature rupture*. Biol Reprod,2000;63(6)1575-9.
5. J. Ausin, González M. Ruptura prematura de membranas. Gonzalez M, Del Sol J.R, *Obstetricia*. Barcelona. Masson, 4ª edición 1997: 479-533.
6. Llaca R, Fernández A.J . Ruptura prematura de membranas. *Obstetricia clínica*. México: Interamericana. 2000.275-282.
7. French A, Mc Gregor J.A. *The Pathobiology of Premature Rupture of Membranes*. Seminars in Perinatology.1996;Vol 20. 344-68.
8. Theunissen J, Von Lierde M. *Preterm Premature Rupture of The Membranes. Neonatal Outcome in 215 Cases of An Active Conservative Management*. J. Perinat. Med. 1989;17(6) 423-32.
9. Scott N. *Premature rupture of the membranes: An Evidence-Based Approach to Clinical Care*. 2001;18(7)397-412.
10. ACOG. Practice Bulletin. *Premature Rupture of Membranes*. 1998.No.1.
11. Ianneta O: *A New Simple Test for Detecting Rupture of The Fetal Membranes*. Am J Perinatol.1990;63:575-7.
12. Mercer BM. *Management of preterm premature of the membranes*. Clin Obstet Gynecol.1998;41(4) 870-82.
13. Mc. Courdy M. Jr and Seeds J. *Oligohidramnios problems and treatment*. 1993;(17) 183-86.
14. Ancel P. *Very and moderate preterm births: are the risk factors different?*. British Journal of Obstetrics and Gynecology. 1999; 106. 1162-1170.

15. Hadley C, Hain D, Gabbe S. *Risk factors for preterm premature of the fetal membranes*. AM J. Perinatol. 1990;7(4).374-9.
16. Villagrana A., Zezati J. *Resultado perinatal del embarazo pretermino con ruptura prematura de membranas*. Revista de Perinatología. 1996; (5) 344-68.
17. Eroiz_Hernández J, Trejo-A. *Manejo conservador en embarazos de 28-34 semanas. Ensayo clínico aleatorio*. Ginecol Obstet Mex. 1997;65. 43-9.
18. Varner M, Galasic R. *Conservative management of premature rupture of membranes*. Am J Obstet Gynecol . 1997 140, 39-45.
19. Olofsson P. et al: *How Swedish Obstetricians manage premature rupture of the membranes in preterm gestations*. Am J Obstet Gynecol, 1998 vol. 159 pag.1028-34.
20. *Antenatal corticosteroids therapy for the fetal maturation*. ACOG comitte opinion . 1994; 47.
21. James A *The effect of muitidose antenatal betamethasone on maternal and infant outcomes*. Am J Obstet Gynecol . 2001;(7) 196-202.
22. Vermillan ST. *Effectivenes of antenatal corticosteroid administration after preterm premature rupture of the membranes*.2001;Am J Obstet Gynecol.184(5) 184-191.
23. Crowley P. *Antenatal cortocosteroids prior to preterm delivery*. Cochrane Review. In The Cochrane Library Issue 1. Software 1998.
24. Fortunato S, Wett S, Egglester M. *Prolongation of the latency period in preterm rupture premature rupture of the membranes using prophylactic antibiotics and tocolysis*. J Perinatol 1999; 252-6.
25. Angeles C, Mendez J, Valdes J. *Ruptura prematura de membranas en embarazos pretermino* Ginecol Obstet Mex 1988;50(8) 207-12.
26. Allen SR. *Tocolytic therapy in preterm PROM*. Clin Obstet Gynecol 1998.41(4) 842-8.
27. Christmas J,Cox, SM,Andrew W. *Expectant management preterm . Effects of an antimicrobial therapy*. Obstet and Gynecol 1997; 80(5) 759-62.
28. Bar J. *Effect on antibiotic therapy in preterm premature rupture of the membranes on neonatal mortality and morbidity*. J Perinatology. 2000;17(5) 237-41.

29. Locksmith G. *Antibiotic therapy in preterm rupture of membranes* . Clin Obstet Gynecol 1998;41(4) 864-9.
30. Kenyon S. *Antibiotics for preterm premature rupture of membranes*. In Cochrane Database System 2000; 001058.
31. Quintero R. *Treatment of iatrogenic previable premature of membranes with intraamniotica injection of plateles and cryoprecipitate (amniopatch) preliminary experience*. Am J Obstet Gynecol 1999;181(3) 1-9.
32. Elovitz M. *The role of thrombin in preterm parturition*. Am J Obstet Gynecol . 2001; 185(5) 1059-63.
33. Sciscione AC. *Intracervical fibrin sealants: a potential treatment for early preterm rupture of the membranes* .

CUADRO 1. RELACION DE PACIENTES CON EL USO DE ANTIBIÓTICO Y PRESENCIA DE INFECCIÓN.

SEMANAS DE GESTACION	NÚMERO DE PACIENTES	PERIODO DE LATENCIA	PSC*	AMP*	AMIKACINA*	METRONIDAZOL*	GENTAMICINA*	SEPSIS+	CORIOAMNIOITIS+	POTENCIALMENTE INFECTADO+
27	1	72	12		6		14	1		
28	13	84	76				6	5	1	7
29	8	81	24		8			1	1	5
30	22	64.38	19	3	18	6	18	4	5	13
31	26	89.07	22	12				4	1	13
32	16	80.5	23	12			10	2	1	12
33	25	68.38	16	18			4	3	1	15
34	21	78.30	24				6	1	1	12
35	12	63.33	16				6	6	1	6

Fuente: Archivo clínico del Hospital Materno Infantil Inguaran. 1998-2000.

PSC: Penicilina sódica cristalínica.

AMP: Ampicilina.

* Dosis promedio utilizada.

+ Número de casos.

CUADRO 2 ANTIBIÓTICOS UTILIZADOS EN EL TRATAMIENTO CONSERVADOR ACTIVO.

ANTIBIÓTICO	DOSIS	DOSIS	MEDIA	DESVIACIÓN ESTANDAR
	MAXIMA	MINIMA		
P.S.C	60	2	11.15	13.58
AMPICILINA	18	4	7.94	4.84
METRONIDAZOL	3			
AMIKACINA	6	3	4.83	1.30
GENTAMICINA	24	3	5.76	5.40

Fuente: Archivo clínico del Hospital Materno Infantil Inguaran. 1998-2000.

CUADRO 3 RELACION DE PACIENTES Y COMPLICACIONES CON EL USO DE INDUTORES DE MADURACION PULMONAR Y TOCOLITICOS.

SEMANAS DE GESTACION	DEXA	HTZ MG/D	IND	ORCIP	SALB	SDR/CASOS	VENTILADOR CASOS.	SAP
27	6		3	1		EMH III/1	FASE III	
28	5.8	250/6	3			EMH I/7CASOS EMH III/3 EMH III-IV /1	FASE I/7 FASE III/4	
29	6					EMH I/4 EMH III/1	FASE I/6 FASE III/1	5
30	5.4	100/6				EMH I/10 EMH II-III/1 EMH III/1 EMH IV/1	FASE I/10 FASE I-III/1 FASE III/3 INTUBADO/1	6
7031	5.5		3			EMH I/9 EMH III/1	FASE I/10 INTUBADO /1	4
32	5.8	300/3				EMH I/4	FASE I/5 FASE II/1	6
33	5.6	1000/1		1	1	EMH I/8 EMH IV/1	FASE I/11 FASE II/2 FASE III/1 FASE II-I/1	9
34	5.8					EMH I/8	FASE I/7	6
35	4.75		3	11		EMH I/5 EMH III/1	FASE I/5 FASE III/1	

Fuente: Archivo clinico del Hospital Materno Infantil Inguaran. 1998-2000.

DEXA: DEXAMETASONA.

HTZ: HIDROCORTISONA.

IND: INDOMETACINA

ORCIP: ORCIPRENALINA.

SALB: SALBUTAMOL

SDR: SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.

SAP: SINDROME DE ADAPTACION PULMONAR.

CUADRO 4 VALORACION INICAL DEL RECIEN NACIDO.

SEMANAS DE GESTACION	APGAR AL MINUTO	APGAR A LOS CINCO MINUTOS	A SILVERMAN	PESO	CAPURRO	FCF
27	3	5	0	1250	30	140
28	5	7	2	1136	29	142
29	6	8	2	1223	30	139
30	7	8	1	1635	32	141
31	7	8	1	1777	34	145
32	7	8	1	1945	34	142
33	6	8	1	2007	33	142
34	7	8	1	2211	34	141
35	7	8	1	2206	34	145

Fuente: Archivo clínico del Hospital Materno Infantil de Inguaran. 1998-2000.

FCF Frecuencia cardiaca fetal.

CUADRO 5. PORCENTAJE DE MUERTE FETAL

SEMANAS DE GESTACIÓN	NUMERO DE PACIENTES	DIAS DE ESTANCIA UCIN	PORCENTAJE DE MUERTE FETAL
27	1	4	0.694
28	13	37	2.77
29	8	31	
30	22	20	2.77
31	26	13	0.694
32	16	16	
33	25	82	0.694
34	21	5	
35	12	5	

Fuente Hospital Materno Infantil Inguaran 1998-2000.

UCIN Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales