

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

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

MANEJO ACTIVO DE LA RUPTURA PREMATURA DE
MEMBRANAS EN EMBARAZOS DE 34 A 37 SEMANAS

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
MEDICO ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
DR. JORGE BOLAÑOS BAÑOS



IMSS



CENTRO MEDICO LA RAZA
Unop. de Gineco-Obstetricia
Unidad de Enseñanza e Investigación
MEXICO, D. F.,

ASESOR:

DRA. GUADALUPE VELOZ MARTINEZ

SEPTIEMBRE 2004



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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO**

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

**MANEJO ACTIVO DE LA RUPTURA PREMATURA DE
MEMBRANAS EN EMBARAZOS DE 34 A 37 SEMANAS**

**TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :**

**MEDICO ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**P R E S E N T A
DR. JORGE BOLAÑOS BAÑOS**

**ASESOR
DRA. GUADALUPE VELOZ MARTINEZ**

FOLIO: 2003 – 692 – 035

MEXICO D. F. SEPTIEMBRE DEL 2004



NOMBRE: Bolaños Baños
Jorge
FECHA: 27/09/04
FIRMA: al

AGRADECIMIENTOS

A DIOS .

Por darme vida y salud necesaria para llegar a este momento.

A MIS PADRES : FRANCISCA Y LONGINO

A ti madre porque al final logramos lo que tanto anhelábamos aunque ya no estés conmigo siempre te recordare, a ti padre por tu apoyo comprensión y paciencia.

A MIS HERMANOS : ANA, PACO, GRACIANO, OSCAR Y EN ESPECIAL A JOSE JUAN

Por su apoyo incondicional, y por estar siempre pendiente en los momentos más difíciles, y recuerda Juan siempre vivirás en mi corazón.

A LA DRA. GUADALUPE VELOZ .

Por su apoyo y enseñanza transmitida para la realización de este trabajo.

A LA DRA. MA. DE LOS ANGELES GUZMAN .

Por la paciencia y apoyo desinteresado para la realización de este trabajo.

A LOS MEDICOS DEL CMN LA RAZA .

Gracias a todos por los conocimientos transmitidos generosamente.

INDICE

• RESUMEN	1
• MARCO TEORICO	2
• PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
• JUSTIFICACION	15
• OBJETIVOS	16
• HIPOTESIS	17
• UNIVERSO DE TRABAJO	18
a) Características de la población	18
b) Criterios de inclusión	18
c) Criterios de exclusión	18
d) Criterios de eliminación	19
e) Definición y medición de variables	19
f) Material y métodos	24
g) Diseño de estudio	24
h) Análisis estadístico	24
i) Recursos	25
• RESULTADOS	26
• TABLAS Y GRAFICAS	30
• DISCUSIÓN	59
• CONCLUSIONES	62
• BIBLIOGRAFIA	63
• ANEXOS	65
	68

RESUMEN

Manejo activo de la ruptura prematura de membranas en embarazos de 34 a 37 semanas.

Dr. Jorge Bolaños Baños, Dra. Ma. Guadalupe Veloz Martínez., Dra. Ma. De Los Ángeles Guzmán Ibarra.

Objetivo. Investigar si el manejo activo de la ruptura prematura de membranas en embarazos de 34 - 37 semanas disminuye la incidencia de cesáreas y morbilidad infecciosa materno-fetal.

Metodología. Es un estudio de casos y controles, retrospectivo, observacional y comparativo. Se compararon 2 grupos de pacientes con embarazo de 34 a 37 semanas y RPM, el grupo 1, 42 casos con manejo activo (inició inductoconducción de trabajo de parto al ingreso al hospital) y el grupo 2, 26 casos de manejo conservador (se administraron inductores de madurez pulmonar fetal y se esperó el efecto de los mismos, para interrumpir el embarazo). Algunas de las variables analizadas fueron: edad gestacional, tiempo transcurrido entre la RPM y el nacimiento, vía de interrupción del embarazo, indicación de cesárea, complicaciones y días de estancia hospitalaria de la madre y del producto. Se realizó estadística descriptiva con frecuencia simple de las variables nominales y medidas de tendencia de control y de dispersión de las variables numéricas mediante el paquete estadístico SPSS 10.

Resultados. Se analizaron 68 expedientes que cumplieron con los criterios de inclusión. El rango de edad mas frecuente en ambos grupos de 22-26 años con una media de 27.2 años. El 37% eran primigestas, el 18% con el antecedente de una cesárea y el 16% con antecedente de un aborto. Con respecto a la edad gestacional el 44% con 34 semanas, el 16% con 35 semanas, el 22% con 36 semanas y el 18% con 37 semanas. El tiempo de evolución de la RPM a su ingreso al hospital el 66% ingresaron antes de las 6 horas, con respecto al tiempo de latencia en el grupo 1 el 23.8% y el 11.5% en el grupo 2 tuvieron resolución del embarazo dentro de las primeras 12hrs. La vía de interrupción del embarazo en el grupo 1 el 71.4% ocurrió por vía vaginal y el 28.5% por vía abdominal, en el grupo 2 el 36.6% por vía vaginal y el 65.3% por vía abdominal observandose significancia estadística. La indicación de cesárea mas frecuente en el grupo 1 fue el trabajo de parto estacionario con el 16.5% y en el grupo 2 las condiciones cervicales desfavorables para inductoconducción con el 26.9%. El tiempo de estancia hospitalaria tanto materna como del producto fueron mayores en el grupo 2 con significancia de $P=0.018$ estancia materna y $P=0.000$ de los productos. La complicación materna más frecuente en ambos grupos fue la deciduitis con un 4.7 y 15.3% respectivamente y de las complicaciones de los productos, las de tipo respiratorio fueron similares en ambos grupos, en forma global la morbilidad fue mayor en el grupo 2. Por ultimo se presentaron 4 muertes perinatales , 1 en el grupo 1 y 3 en el grupo 2 todas secundarias a la prematurez presentada.

Conclusiones. El manejo expectante de la RPM cuando el embarazo es igual o mayor a 34 semanas no ofrece beneficios al producto, incrementa la incidencia de cesáreas, los días de estancia del binomio y por lo tanto costos de la atención médica. Además hubo mayor número de muertes perinatales en el grupo de manejo expectante, que en el de manejo activo.

MARCO TEORICO

La ruptura prematura de membranas en embarazos pretérmino constituye un problema clínico. Durante las últimas décadas se han publicado muchos estudios con resultados divergentes maternos y neonatales. Los informes antiguos recalcan mayor incidencia de corioamnioítis por latencia prolongada y mayor mortalidad perinatal, la norma en general es un sistema de atención intensiva con inducción del trabajo de parto cuando la gestación es igual o mayor a 34 semanas.

La incidencia comunicada de rotura prematura de membranas es muy variable, tal vez como reflejo de la demografía de la población, el tipo de estudio, el intervalo de estudio, el método diagnóstico. En total, casi el 10% de los embarazos se complican con rotura prematura de membranas.

Fundamentalmente el debate en la rotura prematura de membranas es concerniente al manejo conservador comparado con el activo. El punto de vista conservador sostiene el trabajo de parto espontáneo ocurrirá en el 90% de los casos, especialmente en las múltiparas, dentro de las siguientes 24 horas, pero el periodo entre la ruptura de las membranas y el parto ha sido asociado con el incremento de los riesgos de sepsis y morbilidad perinatal. Por otro lado muchos autores han señalado el incremento de cesáreas con el manejo activo de la rotura prematura de membranas, especialmente en casos con cervix inmaduro, aunque existen autores que han encontrado que el manejo expectante no disminuye la incidencia de cesárea, pero si incrementa las infecciones perinatales.

En base a estos antecedentes, es necesario conocer cual es el manejo de las pacientes embarazadas con rotura prematura de membranas a una edad gestacional mayor de 34 semanas en nuestro hospital, en que porcentaje de pacientes con manejo activo se presenta

trabajo de parto con atención del mismo por vía vaginal, y en que porcentaje de pacientes se interrumpirá la gestación vía abdominal, además de conocer cuales son las indicaciones para ello, siendo estos los principales objetivos del presente estudio.

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

DEFINICIÓN

Es la ruptura de las membranas por lo menos una hora antes de iniciado el trabajo de parto, cuando se habla de un embarazo a término (a partir de las 37 semanas). En un embarazo pretérmino en cualquier momento.

La ruptura prematura de membranas es una emergencia obstétrica. Sea cual fuere el tiempo gestacional. Se puede hablar de un tiempo de latencia, que es el periodo que transcurre entre la ruptura y el inicio del trabajo de parto, este es muy variable. Se dice que es una RPM prolongada, cuando es de 24hrs o más.

La ruptura espontánea de las membranas fetales suele ser un componente normal en la evolución del trabajo de parto y el parto mismo; suele ocurrir después del inicio del primero. Se considera ruptura prematura de membranas a la que ocurre antes del inicio del trabajo de parto; cuando la edad gestacional es menor de 37 semanas, se dice que hay una RPM pretérmino.

INCIDENCIA.

Varia del 2 al 18% e informes recientes muestran cifras de 14 al 17%. Las diferencias entre estos datos tal vez sea producto de diversidad en los grupos y contribución de factores de riesgo maternos y fetales. De 60-80% de RPM ocurren en pacientes a término (1).

ETIOLOGÍA Y PATOGÉNESIS.

La RPM puede producirse por una menor resistencia de las membranas, por un aumento de la presión intrauterina o por ambos. Sin embargo, la posibilidad de que una presión intrauterina intensa sea una causa independiente de RPM no está apoyada por las observaciones clínicas. Las pacientes pueden tolerar fuertes contracciones intrauterinas y grandes presiones intrauterinas originadas por un polihidramnios durante periodos prolongados sin que se rompan las membranas. Por tanto a efectos prácticos, la causa de la RPM es una reducción de la resistencia de las membranas. Las membranas pueden perder su fuerza tensil por efecto de proteasas bacterianas, otros productos del metabolismo bacteriano o por distensiones repetidas debidas a las contracciones uterinas. Las membranas debilitadas por cualquiera de estos mecanismos podrían romperse bajo el efecto de una presión normal.

La evidencia que implica a la infección como un factor fundamental en la debilitación y rotura de las membranas es experimental y clínica. La mayoría de los investigadores coinciden en que la fuente de infección son las bacterias que suelen estar presentes en la vagina o en el cervix. El mecanismo de la infección ascendente no está claro. En circunstancias normales, las membranas están separadas de la flora vaginal por el cérvix y el moco endocervical. Es posible que una actividad uterina no reconocida provoque cambios cervicales que faciliten la infección ascendente.

Otros factores que pueden facilitarla son la incompetencia cervical, las exploraciones pélvicas repetidas y el coito (2).

MECANISMOS

Se han identificado muchos factores de riesgo de RPM. Sin embargo, el mecanismo unificador final de todos los casos es una debilidad de la membrana corioamniótica (relativa o absoluta, local o generalizada) que permite su rotura.

En el tercer trimestre, el amnios consta de una sola capa de células epiteliales. El corion es más grueso, formado por cuatro a seis capas celulares; hay una membrana basal bajo amnios y corion; entre estas capas hay una zona de tejido conectivo que contiene haces de colágena, fibrillas reticulares y fibroblastos.

Específicamente, la RPM se vincula con una disminución del contenido de colágena de tipo III en la membrana amniótica. Además se ha demostrado mayor actividad colagenolítica en membranas amnióticas rotas prematuramente. La tripsina enzima proteolítica que se halla en el líquido amniótico, fragmenta preferentemente colágena de tipo III.(3)

Otras fuentes potenciales de agresión proteolítica a la membrana corioamniótica son las proteasas del líquido seminal, las proteasas bacterianas secretadas por la flora cervicovaginal y proteasas maternas secretadas en respuesta a coriamnioitis. Los leucocitos que infiltran las membranas fetales como parte de la respuesta inflamatoria de la corioamnióitis, pudieran secretar elastasa, que a semejanza de la tripsina, fragmenta selectivamente colágena de tipo III. (4,5)

Las bacterias pueden debilitar las membranas fetales, tal vez por proteólisis secundaria a la activación del sistema peroxidasa- peróxido de hidrógeno-halogenuro en las membranas fetales y los macrófagos placentarios.

CLASIFICACION

Se puede dividir en: artificial o provocada, y espontánea o natural

DIAGNOSTICO.

Los antecedentes y la exploración física solos pueden ser insuficientes para confirmar el estado de las membranas cuando se diagnostica su rotura prematura. Pudiere no haber líquido en la vagina para la valoración, y en ocasiones está contaminado con orina, moco cervical, agua de baño, secreciones vaginales, sangre o meconio. Debido a estas dificultades se han desarrollado múltiples métodos citológicos, bioquímicos, colorimétricos y sonográficos para detectar la rotura de membranas. A pesar de avances significativos en la tecnología, no se ha encontrado una prueba que sea completamente precisa, y el diagnóstico todavía requiere la integración de factores de interrogatorio, exploración física y pruebas de laboratorio.

Visualización de liquido amniótico en la vagina.

El diagnóstico de RPM resulta fácil cuando existe líquido amniótico en la bóveda vaginal. Si no hay liquido, una ligera presión sobre el útero y el movimiento del feto pueden provocar su salida. Es útil en ocasiones pedir a la paciente que tosa o se flexione hacia delante. Hay que recoger el líquido para las pruebas de laboratorio sobre la pala inferior del espéculo antes de entrar en contacto con la pared vaginal.

Prueba de la nitrazina

El pH vaginal suele ser de 4.5-5.5. El líquido amniótico suele tener un pH de 7.0-7.5. Las tiras de nitrazina se ponen rápidamente de color azul intenso si el líquido vaginal tiene un pH alcalino. Las membranas es probable que estén intactas si el color de la tira permanece amarillo o se torna ligeramente amarillo-aceituna (pH 5.0-5.5). Las soluciones antisépticas ,

la orina , la sangre y las infecciones vaginales modifican el pH vaginal y dan lugar a resultados falsos positivos. La prueba de la nitrazina da un 12.7% de falsos negativos y un 16.2% de falsos positivos.

Prueba de arborización.

La arborización se debe al secado de las sales que contiene el líquido amniótico. Para realizar la prueba se coloca una muestra de líquido sobre un portaobjetos y se deja secar. En las pacientes con menos de 28 semanas de gestación es preferible calentar gotas secas del líquido con esta próxima al 100% si la prueba de la nitrazina y la de arborización son positivas.

Prueba de la evaporación.

Para la prueba de la evaporación , se calientan las muestras endocervicales hasta que se evapore su contenido en agua. Si queda un residuo blanco es señal de que existe líquido amniótico. Si el residuo es marrón , las membranas están intactas.

Examen ecográfico.

La ecografía no debe ser el primer medio para diagnosticar RPM. Pueden aparecer falsos positivos en pacientes con oligohidramnios originado por causas diferentes a la RPM, y falsos negativos en pacientes en la que la pérdida de líquido es discreta. Sin embargo, podemos asumir que se ha producido RPM si la exploración ecografía muestra poco líquido en el útero o ninguno. Por el contrario, la presencia de una cantidad normal de líquido hace bastante improbable el diagnóstico de RPM.

Se han utilizado varias técnicas semicuantitativas para calcular la cantidad de líquido amniótico a partir con lo detectado con la ecografía. En opinión de muchos investigadores, la ausencia de una bolsa de líquido con un diámetro vertical mayor de 2cm indica oligohidramnios. Otros emplean una aproximación cualitativa subjetiva del sujeto que

realiza la exploración. El método más utilizado es la técnica de los cuatro cuadrantes, que consiste en medir los diámetros verticales de los depósitos de líquido más grandes que se ven en cada uno de los cuatro cuadrantes del útero. Se suman los diámetros y el resultado es el índice de líquido amniótico.

Fibronectina fetal.

La fibronectina fetal es una glucoproteína de elevado peso molecular presente en grandes cantidades en el líquido amniótico. Esta sustancia puede detectarse en el endocérvix o en la vagina de pacientes con RPM mediante ELISA. La prueba parece ser muy precisa y no se ve afectada por la presencia de sangre, aunque si puede interferir el meconio.

PROBLEMAS MATERNOS Y FETALES ASOCIADOS A LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

INFECCIÓN.

La infección corioamniótica se observa con frecuencia en paciente con RPM, y una parte significativa del control de estas pacientes debe ir dirigido a la detección precoz de la infección. La incidencia global de la corioamnioitis es de 4.2 al 10.5%. La aparición de infección coriamniótica después de la rotura prematura de membranas parece ser mayor en hospitales que asisten a clases socioeconómicas bajas de la población que en las instituciones en las que se atiende a las clases más acomodadas.

El diagnóstico de la corioamnioitis es clínico. Requiere de la presencia de fiebre (> o igual 37.8°) y al menos dos de los siguientes trastornos: taquicardia materna, taquicardia fetal, dolor uterino, olor fétido de líquido amniótico o leucocitosis materna. La corioamnioitis histológica, caracterizada por varios grados de infiltración de leucocitos polimorfonucleares del coriamnios, se observa con más frecuencia que el cuadro clínico. (7)

El riesgo global de corioamnioitis tras la RPM es de aproximadamente el 20%. Este riesgo está inversamente relacionado con la edad gestacional en el momento de la rotura. Beydoun y Yasin comunicaron una incidencia de corioamnioitis del 58.6% en pacientes con RPM antes de las 28 semanas de gestación. Ello contrasta con una incidencia inferior al 10% cuando la RPM se produce después de la semana 36.

La gran incidencia de corioamnioitis y de infección neonatal cuando se produce RPM en embarazos muy lejos del término puede deberse a una menor actividad antimicrobiana del líquido amniótico. La actividad antibacteriana del líquido es baja en los primeros estadios de la gestación y va aumentando con la edad gestacional.

Algunos investigadores han encontrado que la incidencia de infección corioamnioitis después de la RPM se relaciona con la duración del período latente entre la rotura de las membranas y el nacimiento del feto. Burchell observó que el 1.7% de sus pacientes presentaban fiebre en las 24 horas siguientes a la RPM, el 7.5% entre 24 y 48 horas y el 8.6% después de las 48 horas. En otro estudio, el 10% de las pacientes presentaban histología evidente de infección 12 horas después de la rotura de membranas, el 30% en 24 horas, el 45% en 48% y el 48% en 72 horas. (2)

Las bacterias que con más frecuencia aparecen en el líquido amniótico y en la placenta de pacientes con corioamnioitis son *Mycoplasma hominis*, *bacteroides bivius*, *Gardnerella vaginalis*, estreptococo del grupo B, peptostreptococo, *Escherichia coli*, *Fusobacterium sp.* Y enterococo. Casi todos estos microorganismos forman parte de la flora normal de la vagina, aunque algunos son más virulentos que otros. El estreptococo del grupo B y la *E. Coli* sólo están presentes en el 20% de casos de coriamnioitis, pero son los responsables del 67% de los casos de bacteriemia materna o fetal. (8)

Los microorganismos son fuente de proteasas (colagenasas) que pueden debilitar las

membranas directamente. Los macrófagos deciduales de la paciente son la primera línea celular de defensa del huésped contra la infección bacteriana. Por igual que la interleucina 1 y el factor de necrosis tumoral , también está aumentada en el líquido amniótico de mujeres con invasión microbiana de la cavidad amniótica. El neutrófilo pudiera tener contribución importante en los mecanismos encargados de la rotura de membranas.

El sistema peroxidasa hidrógeno-peróxido de halógeno de los neutrófilos es activado por productos microbianos y también tiene actividad citotóxica que contribuyen a la rotura de membranas.^{9,10,11,12,13,14}

El riesgo de morbilidad infecciosa posparto para la madre con corioamnioitis es menor que la posibilidad de infección para el recién nacido. Sólo el 5.1% del total de mujeres con corioamnioitis que tienen partos vaginales desarrollan sepsis , mientras que un 10-20% de sus bebés presentan infección clínica. La morbilidad infecciosa materna se incrementa en cinco veces cuando la paciente da a luz por cesárea. La infección materna después de la RPM puede ser grave y tiene una tasa de mortalidad global de 1 por cada 5.400 casos.

Las pruebas de laboratorio resultan útiles para verificar o predecir el desarrollo de infección. El test hematológico más utilizado es el recuento de leucocitos maternos. Las pacientes con RPM y coriamnioitis suelen tener entre 12.000-15.000 leucocitos por mm³ y con desviación hacia la izquierda. Otra prueba es la determinación de proteína C reactiva (PCR) sustancia que aumenta significativamente en pacientes con infección neoplasias y necrosis hística.

La tinción de Gram del líquido amniótico es útil para confirmar el diagnóstico de amnioitis. Algunos autores emplean una gota del sedimento obtenido tras centrifugar, la presencia de cualquier bacteria es diagnóstico de infección. Otro estudio de líquido amniótico válido

para el diagnóstico es la determinación de la esterase leucocitaria. Una prueba positiva tiene una sensibilidad del 91% y un valor predictivo positivo del 95% para diagnosticar corioamnioitis. (2)

ENFERMEDAD DE LA MEMBRANA HIALINA

Son muchos los estudios que indican que la enfermedad de membrana hialina (EMH) es la principal amenaza para el feto cuando se produce una RPM antes de llegar a término; existe una importante relación entre la edad gestacional y el desarrollo de membrana hialina y corioamnioitis en pacientes con RPM, datos basados en Mercer y cols, se indica que la EMH sólo afecta al 2-3% de los RN con RPM a las 33-34 SDG, en tanto que la corioamnioitis se observó en el 18% de estos embarazos. A las 32 SDG el riesgo de EMH es mayor que el de infección. Según este estudio, parece claro que la decisión de esperar a que avance la maduración pulmonar fetal puede primar sobre otras consideraciones antes de las 32 SDG, mientras que la tendencia dominante a partir de las 32 SDG debe ser el parto.

HIPOPLASIA PULMONAR.

Una secuela muy temida de la RPM prétermino es la hipoplasia pulmonar. Esta complicación es frecuente cuando la RPM se produce antes de la semana 26 y el periodo de latencia se prolonga durante más de 5 semanas. Se caracteriza por un sufrimiento respiratorio severo, que aparece inmediatamente después del nacimiento y requiere la máxima asistencia ventilatoria. A la exploración radiológica, los pulmones aparecen claros y pequeños. La evolución se caracteriza por el desarrollo de neumotórax múltiples y enfisema intersticial. El pronóstico suele ser fatal, y los sobrevivientes sufren con

frecuencia displasia broncopulmonar crónica. (15)

ABRUPTIO PLACENTAE.

Las pacientes con RPM tienen una incidencia de abrupcio placentae próximo al 6%, significativamente mayor que el 2% en pacientes con membranas intactas. Suele aparecer dentro del marco de un oligohidramnios prolongado y severo. La razón de la elevada incidencia de abrupcio en pacientes con RPM es el descenso progresivo de la superficie intrauterina, que da lugar a una desinserción de la placenta.

SUFRIMIENTO FETAL.

Los patrones de monitorización de la frecuencia cardíaca fetal anormales se producen aproximadamente en el 7.9% de las paciente con RPM en comparación con el 1.5% entre las pacientes con membranas intactas. Las alteraciones más frecuentes son las aceleraciones variables, que reflejan una compresión del cordón umbilical originada por oligohidramnios. Como consecuencia la tasa de nacimientos por cesárea en pacientes con RPM es alta.

MALFORMACIONES FETALES.

Las malformaciones faciales y esqueléticas pueden producirse como consecuencia de una RPM prolongada. Como sucede en la hipoplasia pulmonar, la mayoría de estas malformaciones se observan cuando la RPM se produce antes de las 26 semanas y tras un periodo de latencia de 5 semanas o más. (15)

ANOMALIAS CONGENITAS.

Un hecho importante a considerar al planear la estrategia terapéutica es la elevada incidencia de malformaciones congénitas mayores cuando la RPM está muy lejana al término. En las series de UCLA, 6 de 77 muertes perinatales (8%) fueron originadas por malformaciones congénitas múltiples.

TRATAMIENTO.

Pacientes con ruptura prematura de membranas entre las 32 y las 36 semanas.

La complicación más frecuente en las pacientes con RPM entre las 32 y las 36 semanas es la corioamnioititis. Por tanto, el tratamiento debe ir dirigido hacia el parto. Si el cervix está maduro, se debe intentar la inducción con oxitocina. Por desgracia, el cervix de la mayoría de estas pacientes no está maduro y la inducción tiene grandes posibilidades de finalizar en cesárea. Hay que adquirir un compromiso entre los riesgos que supone esperar y los riesgos de la inducción mediante una conducta expectante combinada con un tratamiento antibiótico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Siendo este un hospital de tercer nivel, y por tanto de concentración, observamos un índice elevado de pacientes con embarazos pretérmino (34 a 37 SDG) con ruptura prematura de membranas, en las cuales consideramos que un manejo activo, ofrecería mejores resultados maternos y perinatales, así como los costos hospitalarios si se compara con el manejo expectante.

Por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿El manejo activo de la RPM ofrece beneficios maternos y fetales cuando la gestación esta entre las 34-37 semanas, comparado con el manejo conservador?

JUSTIFICACION.

Debido a que en los últimos años se ha dado un incremento importante en el número de cesáreas en embarazos con ruptura prematura de membranas. El que se realice este trabajo nos abrirá la posibilidad de que un manejo activo de las pacientes con embarazos de 34 -37 semanas disminuya la frecuencia de cesáreas y la morbilidad infecciosa, así como los costos hospitalarios.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Investigar si el manejo activo de la RPM en embarazos de 34 - 37 semanas disminuyen la incidencia de cesárea y morbilidad infecciosa materno-fetal.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Conocer la incidencia de cesárea en embarazos de 34-37 semanas con RPM.
- Conocer cuales son las indicaciones de cesárea en embarazos de las 34-37 semanas de gestación con ruptura prematura de membranas.
- Investigar si la morbilidad infecciosa materna y fetal es menor en las pacientes con manejo activo.
- Conocer si el manejo activo de la ruptura prematura de membranas en embarazos de 34-37 semanas de gestación, disminuye la frecuencia de cesáreas.
- Conocer si la incidencia de distress respiratorio es similar en el grupo de manejo activo y manejo expectante.

HIPOTESIS.

- El manejo activo de la RPM ofrece beneficios maternos y fetales cuando la gestación esta entre las 34 -37 semanas, comparado con el manejo conservador, con un OR mayor de 3 para la diferencia entre ambos grupos.

UNIVERSO DE TRABAJO

A) CARACTERISTICAS DE LA POBLACION EN ESTUDIO :

Pacientes embarazadas derechohabientes del IMSS que demanden atención médica en el HGO # 3 con diagnóstico de ruptura prematura de membranas en embarazos de las 34-37 semanas de gestación, en el periodo comprendido del primero de diciembre del 2003 al 29 de febrero del 2004.

B) CRITERIOS DE INCLUSION.

- Mujeres con embarazos de 34 a 37 semanas de gestación con ruptura prematura de membranas.
- Edad gestacional confirmada.
- Que se corrobore la rotura prematura de membranas por métodos clínicos (Tarnier, Valsalva), por laboratorio (cristalografía) o por gabinete (ultrasonido).
- Embarazadas con rotura prematura de membranas con producto único y presentación cefálica.
- Embarazadas cuya pelvis sea adecuada para interrupción vía vaginal, y que se haya corroborado una adecuada implantación placentaria.

C) CRITERIOS DE EXCLUSION.

- Embarazadas con ruptura prematura de membranas y que cuenten con el antecedente de importancia una cesárea previa con periodo intergenésico corto, o cesárea iterativa

- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta o placenta previa.
- Desproporción céfalo pélvica.
- Sufrimiento fetal.

D) CRITERIOS DE ELIMINACION.

- Todas aquellas pacientes que no tengan expediente completo.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

- **EDAD.**

Def. conceptual. Tiempo de vida contado a partir del nacimiento.

Def. operacional. Número de años de vida de la paciente.

Se medirá en escala cuantitativa discreta.

- **GESTAS.**

Def. conceptual. Número de embarazos.

Def. operacional. Antecedente en el número de embarazos de la paciente.

Se medirá en escala cuantitativa discreta.

- **PARAS.**

Def. conceptual. Número de partos.

Def. operacional. Antecedente del número de partos de la paciente.

Se medirá en escala cuantitativa discreta.

- **ABORTOS.**

Def. conceptual. Número de abortos.

Def. operacional. Antecedente del número de abortos de la paciente.

Se medirá en escala cuantitativa discreta.

- **CESAREAS**

Def. conceptual. Número de cesáreas.

Def. operacional. Antecedente del número de cesáreas de la paciente.

Se medirá en escala cuantitativa discreta.

- Fecha del último evento obstétrico.

Def. conceptual. Periodo transcurrido entre el último evento obstétrico y el actual.

Def. operacional. Tiempo en años transcurrido entre la resolución del embarazo anterior por parto eutócico o vía cesárea y la resolución del embarazo actual.

Variable cuantitativa en años

- Vía de interrupción del embarazo

Def. conceptual- manera en que se termina el embarazo

Def. operacional: vía final de interrupción del embarazo, que puede ser por vía vaginal (parto eutócico) o por vía abdominal (cesárea).

Variable dicotómica nominal con dos posibilidades; parto o cesárea.

- Edad gestacional.

Def. conceptual. Tiempo de embarazo partir de la última fecha de menstruación.

Def. operacional. Número de semanas de embarazo a partir de la última fecha de menstruación.

Se medirá en semanas con una escala cuantitativa discreta.

- Tiempo de evolución de RPM al ingreso.

Def. conceptual. Tiempo transcurrido entre la RPM y el ingreso de la paciente.

Def. Operacional. Periodo que transcurre entre la salida de líquido transvaginal y

la llegada de la paciente al hospital.

Se medirá en horas y en escala de medición cuantitativa discreta.

- Tiempo transcurrido entre la RPM y el nacimiento del producto.

Def. conceptual. Periodo transcurrido entre la RPM y la resolución del embarazo.

Def. operacional. Tiempo transcurrido en horas de la RPM y la interrupción del embarazo ya sea vía vaginal o vía abdominal.

Se medirá en horas y en escala cuantitativa discreta.

- Indicación de cesárea.

Def. conceptual. Indicación de interrupción del embarazo vía abdominal.

Def. operacional. Motivo o causa por la que la interrupción del embarazo sea vía abdominal.

Es una variable categórica medida en escala nominal.

- Días de estancia hospitalaria materna.

Def. conceptual. Tiempo de estancia de la madre desde su hospitalización a su egreso.

Def. operacional. Periodo en días transcurridos desde la hospitalización de la madre y el día de su egreso.

Se medirá en días y en escala cuantitativa discreta.

Complicaciones maternas.

Def. conceptual. Alteración que se presente en la madre.

Def. operacional. Problema o alteración presente en la madre durante su estancia hospitalaria.

Variable categórica medida en escala nominal.

- **APGAR**

Def. conceptual. Escala de valoración del RN.

Def. operacional. Escala de valoración del RN al minuto y 5 minutos para conocer las condiciones en las que nace un producto tomando en cuenta la coloración, FC, FR, tono y reactividad.

Se medirá de acuerdo a la calificación que se obtenga y es una variable cuantitativa discreta.

- **SEXO DEL PRODUCTO**

Def. conceptual. Características físicas que determinan al individuo como hombre o mujer.

Def. operacional. Se valorará según el fenotipo variable dicotómica: masculino o femenino.

Variable dicotómica con dos posibilidades: 1. hombre, 2. mujer.

- **PESO DEL PRODUCTO**

Def. conceptual. Cantidad resultante de la acción de la gravedad sobre un cuerpo.

Def. operacional. Cantidad en gramos que marque la báscula al colocar al paciente.

Es una variable cuantitativa continua y se medirá en gramos.

- **Semanas de gestación por Capurro.**

Def. conceptual. Escala de estimación de edad gestacional del RN.

Def. operacional. Escala de valoración de edad gestación del RN tomando en cuenta sus características físicas.

Se medirá en semanas y es una variable cuantitativa discreta.

- **Complicaciones del RN.**

Def. conceptual. Problema o alteración presente en el RN.

Def. operacional. Problema o alteración del RN que se presente desde su nacimiento y hasta el día de su egreso.

Variable categórica medida en escala nominal.

- Días de estancia hospitalaria del RN.

Def. conceptual. Tiempo de estancia del RN desde su nacimiento y hasta el día de su egreso.

Def. operacional. Periodo transcurrido en días desde su nacimiento y hasta el día de su egreso.

Variable cuantitativa discreta se contará en días.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Será a conveniencia y se incluirán a todas las pacientes con embarazo de 34-37 semanas de gestación con ruptura prematura de membranas confirmada que ingresen al hospital entre el 1º de Diciembre del 2003 al 29 de febrero del 2004.

MATERIAL Y METODOS.

Serán incluidas las pacientes que ingresen al hospital con diagnóstico de embarazo de 34 a 37 semanas y RPM. Se confirmará la edad gestacional y el diagnóstico de RPM, se integraran 2 grupos de estudio, el grupo 1 de manejo activo que incluirá a todas aquellas pacientes que se les dio manejo activo, esto es inductoconducción en cuanto la paciente ingresó al hospital y el grupo 2 o de manejo conservador, que será el de pacientes a las que se les dio inductores de madurez pulmonar fetal y se procuró esperar el efecto de los mismos, con manejo expectante.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizará un estudio longitudinal, retrospectivo, observacional, y comparativo.

Se analizaran y se compararan los resultados maternos y fetales, los días de estancia del binomio y la incidencia de cesáreas el grupo de manejo activo y de manejo conservador.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se empleará estadística descriptiva con frecuencias simples de las variables nominales y medidas de tendencia central y de dispersión de las variables numéricas.

Con RM (OR) para la comparación entre ambos grupos, tomando como válido un OR mayor de 3 entre ambos grupos para significancia estadística.

Con alfa de 0.5

Beta de 20 %

IC 95%

RECURSOS HUMANOS.

- Un médico residente de tercer año de Ginecología y Obstetricia encargado de la recolección de datos, residentes de 2º, 3º y 4º grados en diferentes turnos , que colaboraran en la captación de pacientes. Médicos de base que avalen los diferentes tratamientos e indicaciones médicas. Médicos pediatras que valoren y atiendan a los niños posterior al evento obstétrico.

RECURSOS MATERIALES

Unidad hospitalaria de 3er nivel con quirófano, labor, salas de expulsiones, laboratorio, ultrasonido, cardiotocografía, medicamentos, material quirúrgico y de curación, recursos que serán usados en este tipo de pacientes.

Equipo de computo y papelería. Instalaciones apropiadas y personal médico y de enfermería altamente capacitado para la atención de prematuros.

RECURSOS FINANCIEROS.

Los gastos de hospitalización, laboratorio, gabinete y procedimientos inherentes al evento obstétrico serán cubiertos por el IMSS ya que se trata de pacientes derechohabientes. Los gastos corrientes serán cubiertos por los investigadores.

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS.

Por ser un trabajo retrospectivo, no requiera consentimiento de la paciente, ya que se trabajará con expedientes, sin maniobras experimentales.

RESULTADOS

En el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Centro Medico Nacional La Raza, en el periodo comprendido del primero de diciembre del 2003 al 29 de febrero del 2004, se lograron captar un total de 76 pacientes con el diagnostico de embarazo de 34-37 semanas con ruptura prematura de membranas, de los cuales sólo 68 cumplieron con los criterios de inclusión. Se dividieron en dos grupos: grupo 1 con 42 pacientes las cuales correspondían al grupo de manejo activo y grupo 2 con 26 pacientes que integraban al grupo de manejo conservador.

En relación a la edad de las pacientes se observó que el rango de edad más frecuente en ambos grupos fue de los 22-26 años, con una media de 27.2 años. GRAFICA No 1

Dentro de los antecedentes obstétricos observamos en ambos grupos una elevada frecuencia de pacientes primigestas con 25 casos en total (37%), con cesárea previa 18 (26%), y 11 casos (16%) con el antecedente de un aborto.

TABLA No 1 GRAFICAS No 2,3,4,5.

Con respecto a la edad gestacional, hubo 30 pacientes con 34 semanas (44%), 18 en el grupo 1 y 12 en el grupo 2.

11 con 35 semanas (16%), 6 del grupo 1 y 5 del grupo 2.

15 con 36 semanas (22%), 10 del grupo 1 Y 5 del grupo 2

12 (18%) con 37 semanas, 8 en el grupo 1 y 4 en el grupo 2

Hubo una media de 35.13 semanas. TABLA No 2

GRAFICA No 6.

En relación al tiempo de evolución en horas entre la RPM y el ingreso al hospital, se observó que en ambos grupos la mayoría de la pacientes ingresaron antes de 6 horas de ocurrida la RPM 66.1%, con una media de 10.6 horas.

TABLA No 3 GRAFICA No 7

Con respecto al tiempo de latencia de la RPM y el nacimiento del producto en el grupo 1, 10 pacientes (23.8%) tuvieron resolución del embarazo dentro de las primeras 12 horas, comparado con el grupo 2 donde sólo ocurrió en 3 pacientes (11.5%).

TABLA No 4 GRAFICA No 8

En relación a la vía de interrupción del embarazo, en el grupo 1 el 71.4% ocurrió por vía vaginal y el 28.5% por vía abdominal, contraste con el grupo 2 donde el 36.6% fue por vía vaginal y el 65.3% por vía abdominal. Observándose significancia estadística, con una $P = 0.050$,

TABLA No 5 GRAFICA No 9

Dentro de las indicaciones de cesárea, en grupo 1 la indicación más frecuente fue el trabajo de parto estacionario con 7 casos (16.5%), y en el grupo 2 las condiciones cervicales desfavorables para inductoconducción con 7 casos (26.9%).

TABLA No 6 GRAFICA No 10

Con respecto al tiempo de estancia hospitalaria materna se observó en el grupo 1 una frecuencia mayor en el rango de 1 a 3 días con un 57.1%, no así en el grupo 2 donde el rango más frecuente fue de 4-6 días con 50%. Observándose significancia estadística con valor de $P = 0.018$ GRAFICA No 11.

Se observó un bajo índice de complicaciones maternas, la más frecuentes en ambos grupos fue la deciduitis con el 4.7% en el grupo 1 y 15.3% en el grupo 2. Aunque no tuvo significancia estadística, numéricamente es importante recalcarlo por el número de pacientes que conformaron cada grupo.

TABLA No 7 GRAFICA No 12.

En cuanto a las condiciones del RN al nacimiento, fueron valorados por medio de la escala de Apgar, donde se observó que el 50% obtuvo una calificación de 8 al minuto, y el 67.6% presentó un Apgar de 9 a los 5 minutos, con respecto al sexo el 39.7% fue masculino y el 60.2% femenino, en relación al peso se observó una media de 2,378 gramos.

GRAFICA No 13,14,15,16

Dentro de las complicaciones que se presentaron en el RN, la más frecuente en ambos grupos fue el que se consideraran potencialmente infectados por el antecedente de RPM. Las complicaciones respiratorias fueron similares en ambos grupos, sin embargo en forma global en el grupo de manejo conservado, la morbilidad fue mayor, con una χ^2 de 5.83 y una P de 0.015, intervalo de confianza 95% con un 40.4% y un 46.1% respectivamente.

TABLA 8, GRAFICA 17.

Con respecto a la estancia hospitalaria de los productos, los recién nacidos del grupo de manejo conservador permanecieron hospitalizados más tiempo, en ambos grupos el rango más frecuente fue de 1-5 días, 61% de los recién nacidos del grupo de manejo conservador, permaneció por más de 6 días, observándose significancia estadística con una P de 0.000 .

TABLA No 9 GRAFICA No 19

Por ultimo cabe señalar que se presentaron 4 muertes perinatales, 1 en el grupo 1, y 3 en el grupo 2, esto corresponde al 2.3% y 11.5%l respectivamente. Las muertes fueron secundarias a complicaciones por prematurez.

GRAFICA No. 18

TABLA No 1.

SE MUESTRA LOS ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE LAS PACIENTES, CON MAYOR FRECUENCIA DE PACIENTES PRIMIGESTAS EN AMBOS GRUPOS.

ANTECEDENTE OBSTETRICO	GRUPO 1 MANEJO ACTIVO	GRUPO 2 MANEJO CONSERVADOR	PORCENTAJE
GESTAS			
1	15	10	36.8
2	10	11	30.9
3	12	3	22.1
4	3	1	5.9
5	1	0	1.5
6	0	1	1.5
7	1	0	1.5
TOTAL	42	26	100%
PARAS			
0	25	16	60.3
1	8	8	23.5
2	6	2	11.8
3	3	0	4.4
TOTAL	42	26	100%

CESAREA			
0	35	15	73.5
1	7	11	26.5
TOTAL	42	26	100%
ABORTOS			
0	33	22	80.9
1	8	3	16.2
2	0	1	1.5
3	1	0	1.5
TOTAL	42	26	100%

TABLA No 2

MUESTRA LA EDAD GESTACIONAL DE LAS PACIENTES, OBSERVANDOSE QUE LA EDAD GESTACIONAL PREDOMINANTE EN AMBOS GRUPOS FUE DE 34 SEMANAS.

EDAD GESTACIONAL	GRUPO 1 MANEJO ACTIVO	GRUPO 2 MANEJO CONSERVADOR	PORCENTAJE
34	18	12	44.1
35	6	5	16.2
36	10	5	22.1
37	8	4	17.6
TOTAL	42	26	100%

TABLA No 3

MUESTRA EL TIEMPO DE EVOLUCION EN HORAS DE LA RPM AL INGRESO AL HOSPITAL, OBSERVANDOSE UB MAYOR PORCENTAJE EN EL RANGO DE 0-6 HRS EN AMBOS GRUPOS.

TIEMPO EVOLUCION DE RPM AL INGRESO	GRUPO 1 MANEJO ACTIVO	GRUPO 2 MANEJO CONSERVADOR	PORCENTAJE
0-6 HORAS	29	16	66.1
7-12	8	6	20.5
13-18	3	2	7.3
19-24	1	2	4.4
+24	2	0	2.9
TOTAL	42	26	100%

TABLA No 4

MUESTRA EL TIEMPO DE LATENCIA DE LA RPM Y EL NACIMIENTO DEL PRODUCTO, OBSERVANDO QUE EL TIEMPO FUE MENOR EN LAS PACIENTES CON MANEJO ACTIVO COMPARADO CON LAS PACIENTES CON MANEJO CONSERVADOR.

TIEMPO LATENCIA DE LA RPM	GRUPO 1 MANEJO ACTIVO	GRUPO 2 MANEJO CONSERVADOR	PORCENTAJE
0-6 HRS	2	0	2.9
7-12	8	3	16.1
13-18	6	2	11.7
19-24	7	3	14.7
25-30	3	2	7.3
31-36	3	4	10.2
37-42	1	0	1.4
43-48	5	4	13.2
+48	7	8	22.0
TOTAL	42	26	100%

TABLA No 5

SE OBSERVA QUE LA VIA DE INTERRUPCION DEL EMBARAZO POR PARTO EUTOCICO FUE MAYOR EN EL GRUPO DE MANEJO ACTIVO, EN CONTRASTE CON LA RESOLUCION VIA ABDOMINAL DONDE FUE MAS FRECUENTE EN EL GRUPO DE MANEJO CONSERVADOR.

VIA DE INTERRUPCION EMBARAZO	GRUPO 1 MANEJO ACTIVO	GRUPO 2 MANEJO CONSERVADOR	PORCENTAJE
PARTO	30	9	57.4
CESAREA	12	17	42.6
TOTAL	42	26	100%

TABLA No 6

MUESTRA LAS INDICACIONES DE CESAREA, OBSERVANDOSE CON MAYOR FRECUENCIA EL TRABAJO DE PARTO ESTACIONARIO, SEGUIDO DE LA CESAREA PREVIA Y DE LAS CONDICIONES CERVICALES DESFAVORABLES PARA INDUCTOCONDUCCION.

INDICACION DE CESAREA	GRUPO 1 MANEJO ACTIVO	GRUPO 2 MANEJO CONSERVADOR	PORCENTAJE
• CESAREA PREVIA + RPM	2	4	20.6
• TRABAJO PARTO ESTACIONARIO + RPM	7	1	27..5
• CESAREA PREVIA + T DE P	2	2	13.7
• CONDICIONES CERVICALES DESFAVORABLES PARA IC	0	7	24.1
• FALTA PROGRESION DE T DE P	1	1	6.8
• PERDIDA GESTACIONAL RECURRENTE	0	1	3.4
• OLIGO SEVERO + T DE P	0	1	3.4
TOTAL	12	17	100%

TABLA No 7

MUESTRA LAS COMPLICACIONES MATERNAS, Y COMO ES DE ESPERARSE LA MORBILIDAD INFECCIOSA LA MAS FRECUENTA EN AMBOS GRUPOS.

COMPLICACION MATERNA	GRUPO 1 MANEJO ACTIVO	GRUPO 2 MANEJO CONSERVADOR	PORCENTAJE
• NINGUNA	38	20	85.3
• DECIDUITIS	2	4	8.8
• ILEO METABOLICO	1	0	1.5
• PREECLAMPSIA LEVE	1	0	1.5
• PREECLAMPSIA SEVERA POSTPARTO	0	1	1.5
• TROMBOSIS VENOSA PORFUNDA MPI	0	1	1.5
TOTAL	42	26	100%

TABLA N o 8

MUESTRA LAS COMPLICACIONES DEL PRODUCTO, PREDOMINANDO LAS SECUNDARIAS A LA PREMATUREZ PULMONAR, CON REPORTE DE 4 MUERTES PERINATALES, 3 DE LAS CUALES OCURRIERON EN EL GRUPO DE MANEJO CONSERVADOR.

COMPLICACION DEL PRODUCTO	GRUPO 1 MANEJO ACTIVO	PORCENTAJE	GRUPO 2 MANEJO CONSERVADOR	PORCENTAJE
• NINGUNA	18	42.8	7	26..9
• POTENCIALMENTE INFECTADO (PI)	22	52..3	19	73
• SX. MEMBRANA HIALINA	0	0	2	7.6
• SDR	4	9.5	4	15..3
• SX ICTERICO	4	9.5	4	15. 3
TOTAL	48*		36*	

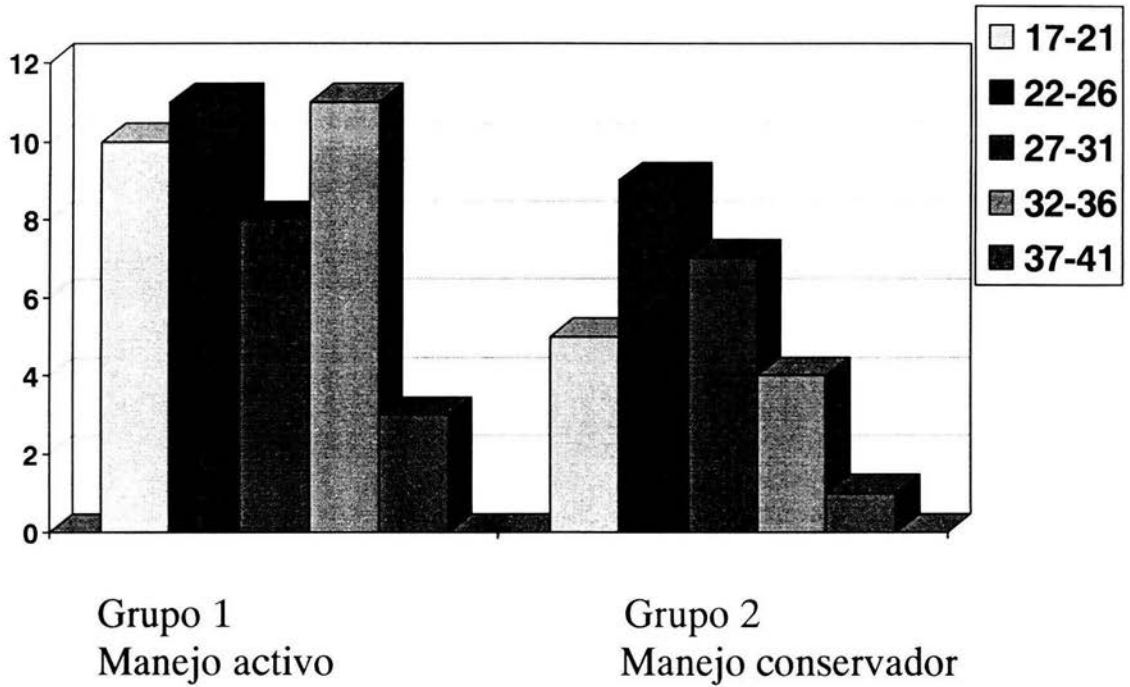
* 7 Recién nacidos con más de 1 diagnóstico en cada grupo. .

TABLA No 9

SE OBSERVA LA ESTACIA DEL PRODUCTO, CON RANGO MAS FRECUENTE DE 1-5 DIAS.

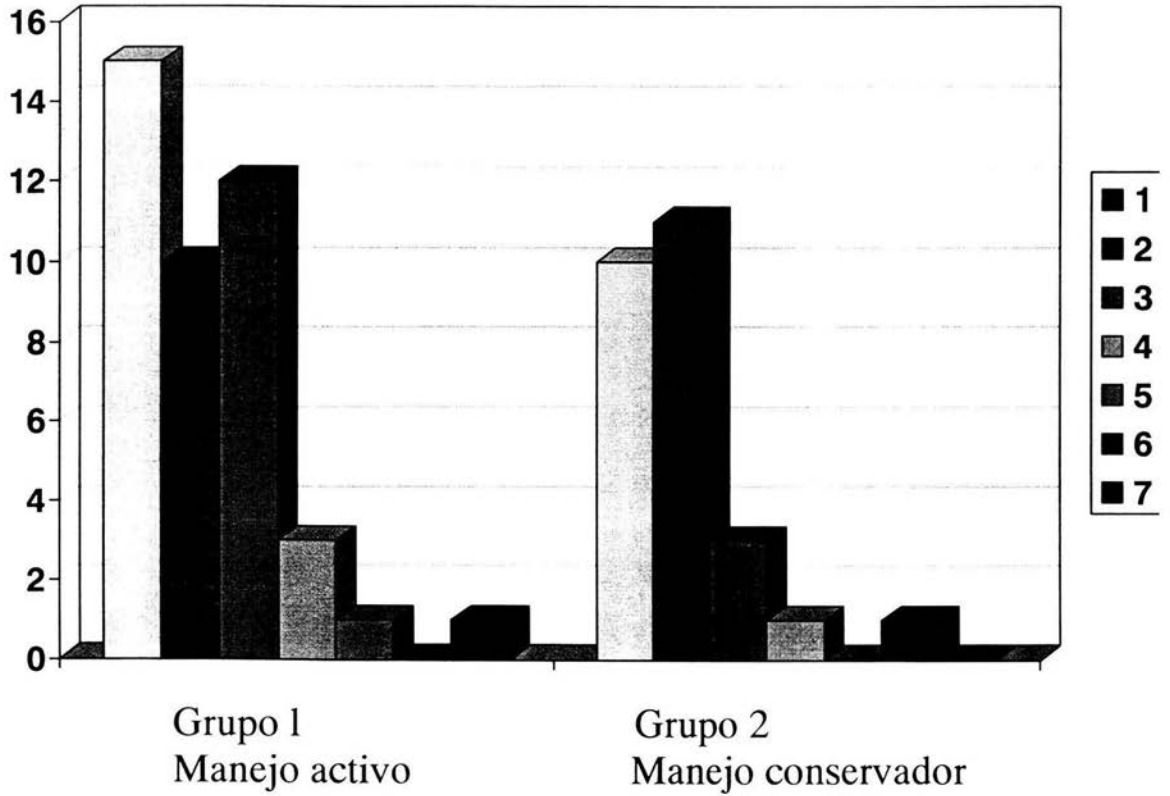
DIAS ESTANCIA DEL PRODUCTO	GRUPO 1 MANEJO ACTIVO	GRUPO 2 MANEJO CONSERVADOR	PORCENTAJE
1-5 DIAS	23	10	48.5
6-10	12	6	26.4
11-15	2	4	8.8
16-20	4	3	10.2
21-25	1	3	5.8
TOTAL	42	26	100%

EDAD DE LAS PACIENTES



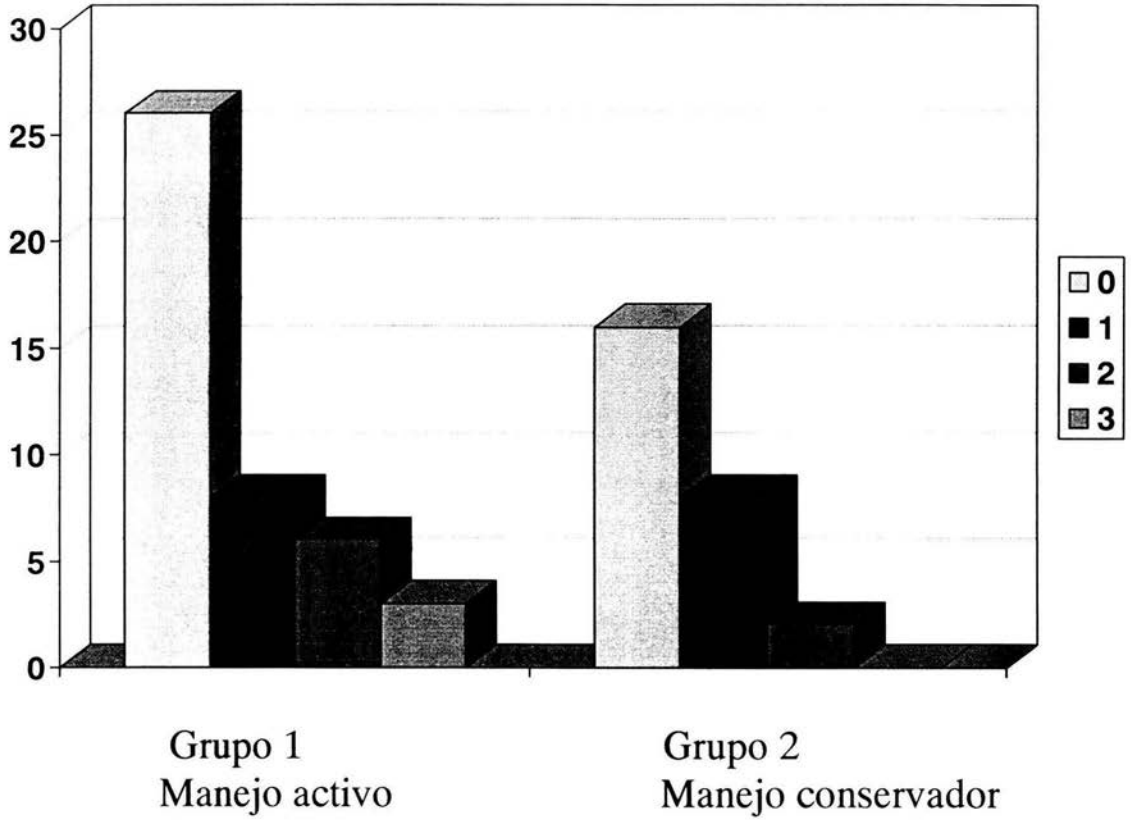
Grafica No 1

NUMERO DE EMBARAZOS



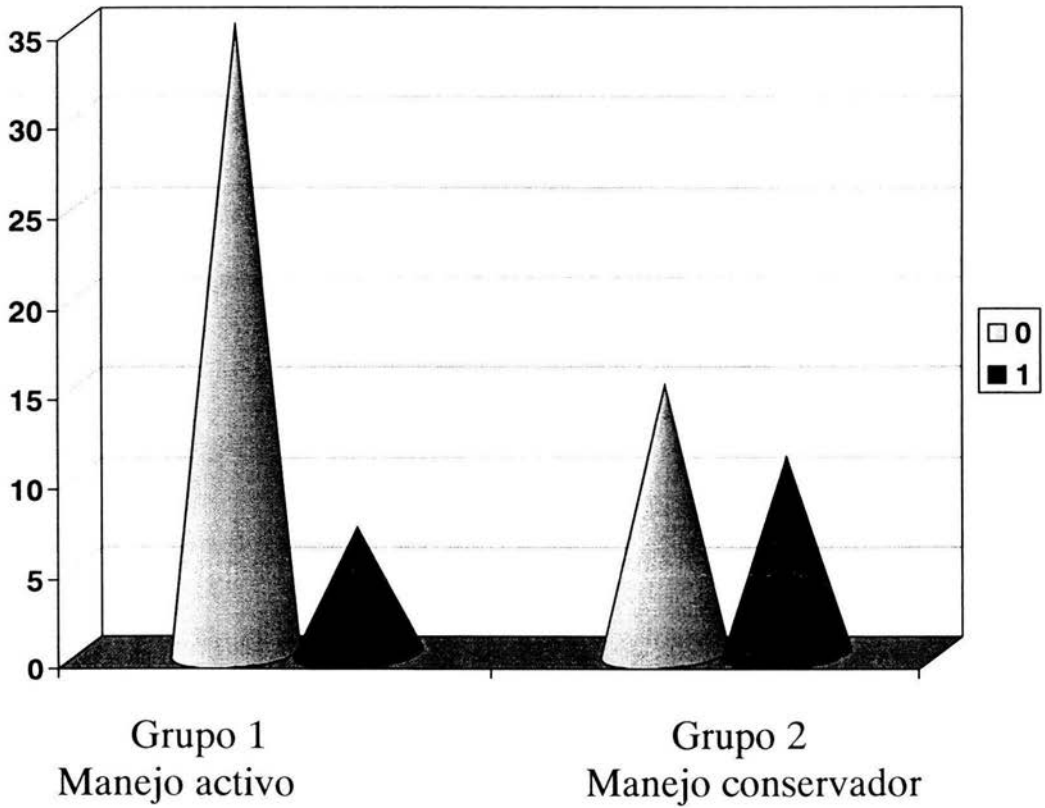
Grafica No 2

NUMERO DE PARTOS



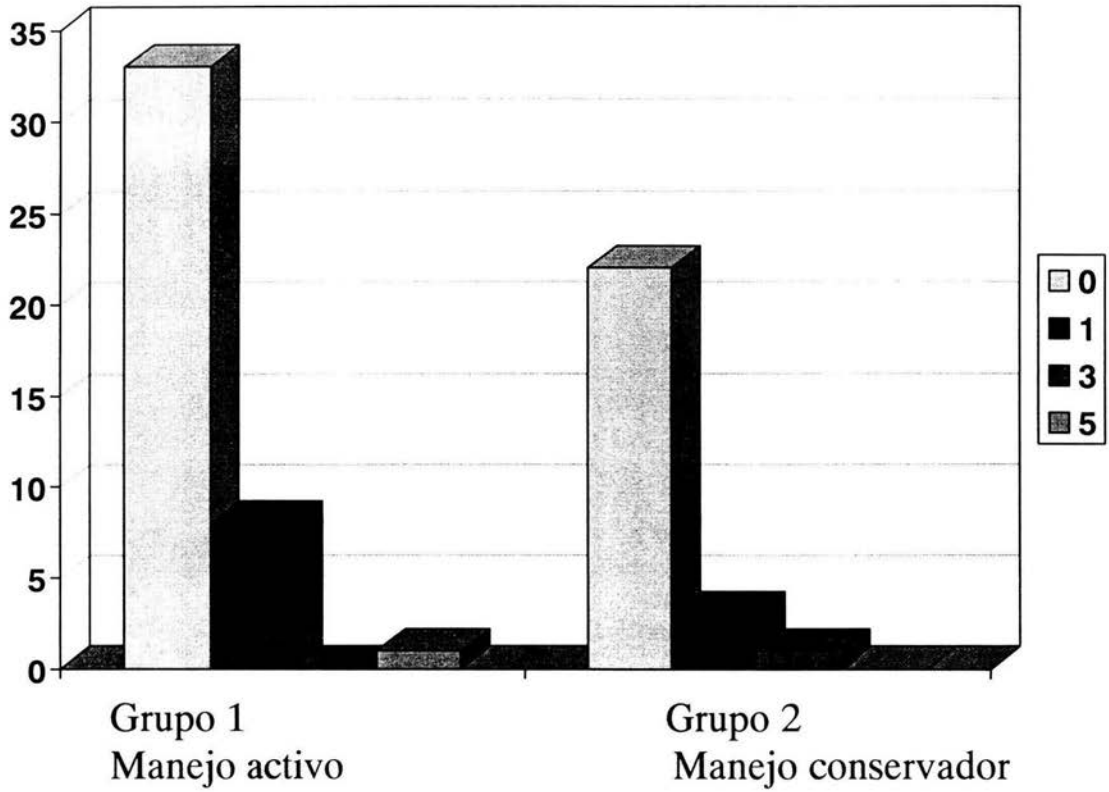
Grafica No 3

NUMERO DE CESAREAS



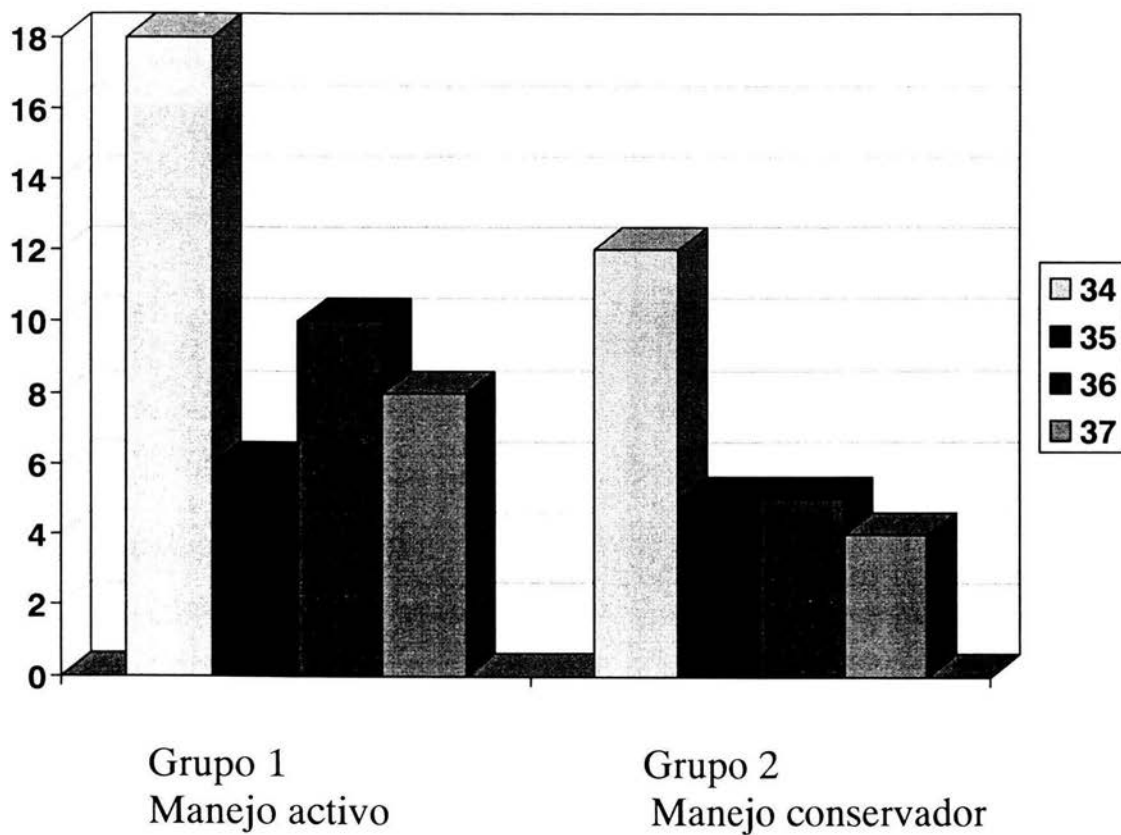
Grafica No 4

NUMERO DE ABORTOS



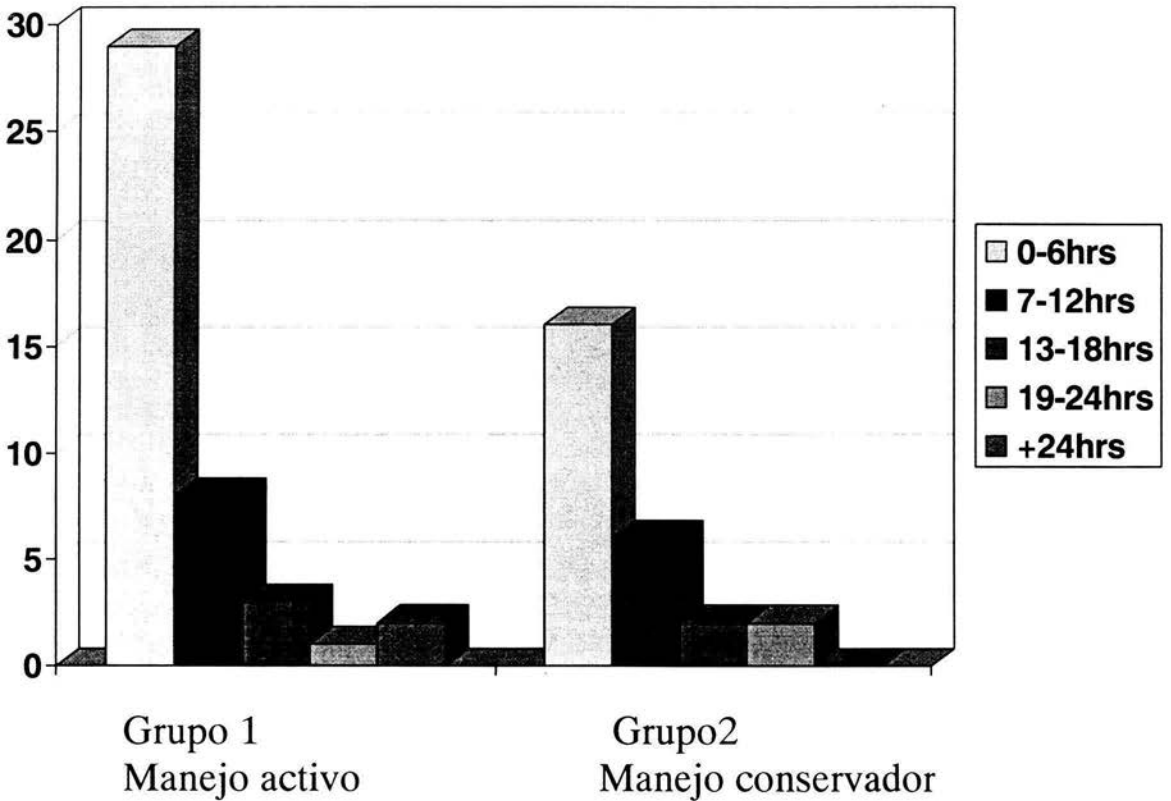
Grafica No 5

EDAD GESTACIONAL



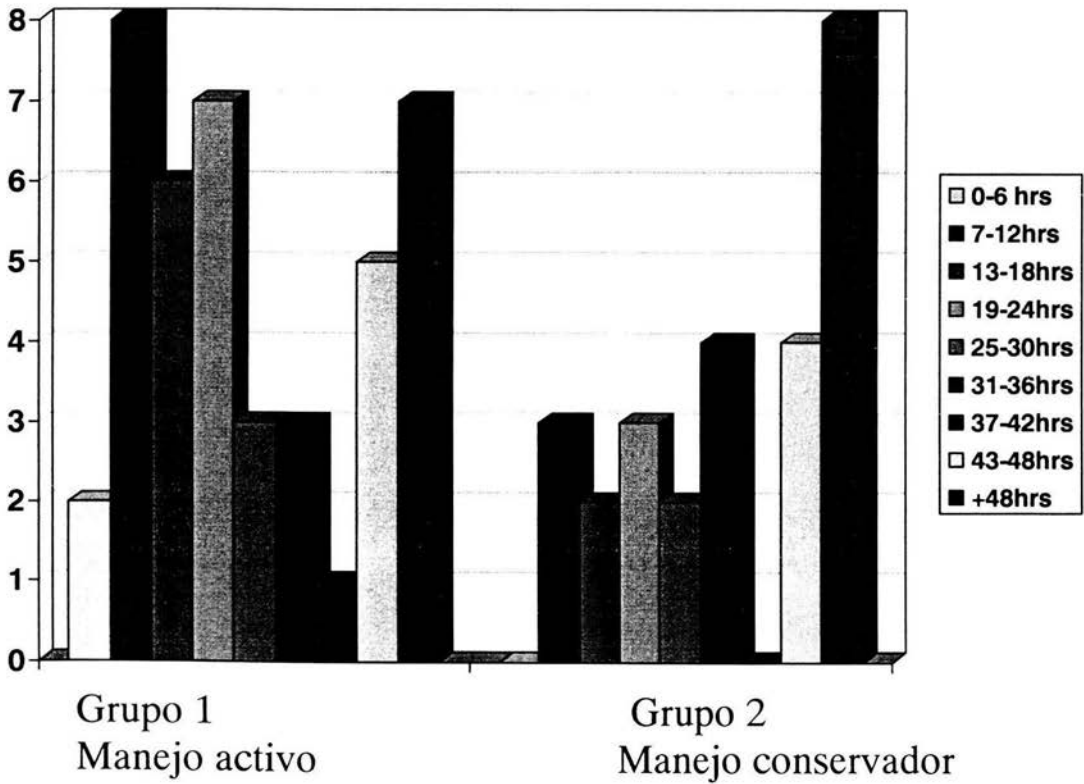
Grafica No 6

TIEMPO DE EVOLUCION EN HORAS DE LA RPM AL INGRESO



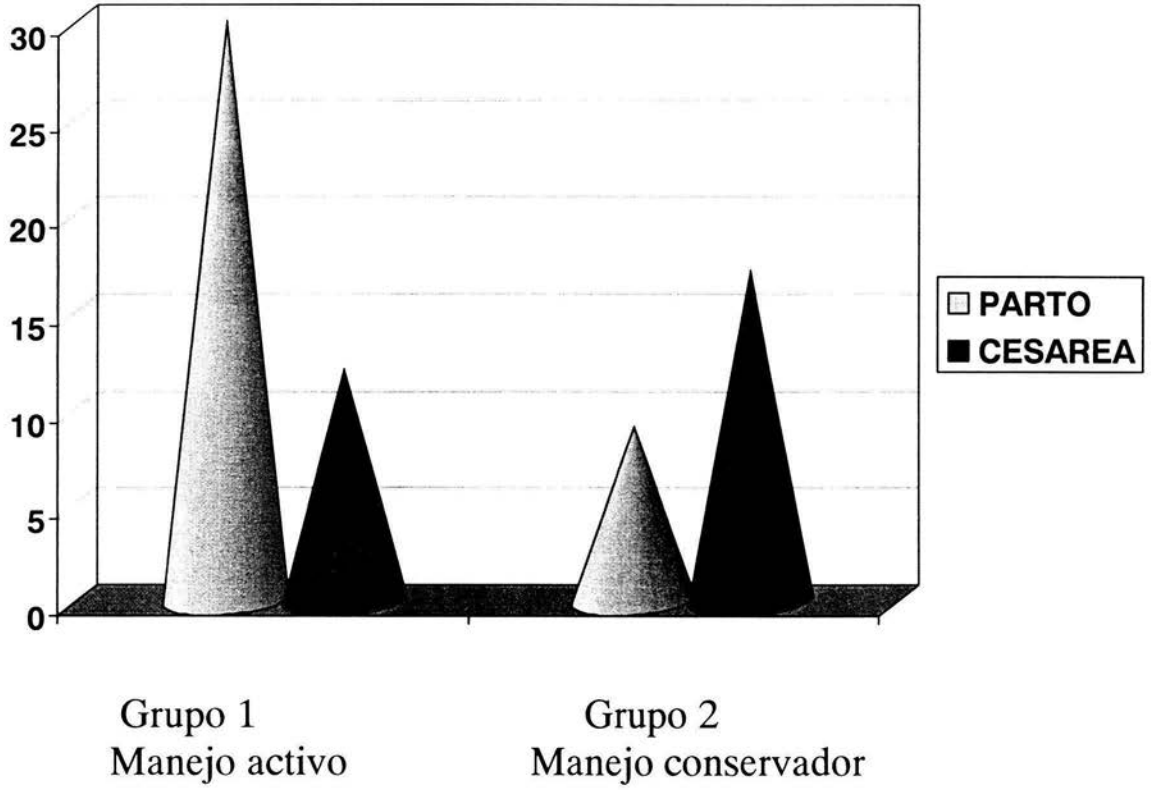
Grafica No 7

TIEMPO DE LATENCIA DE LA RPM



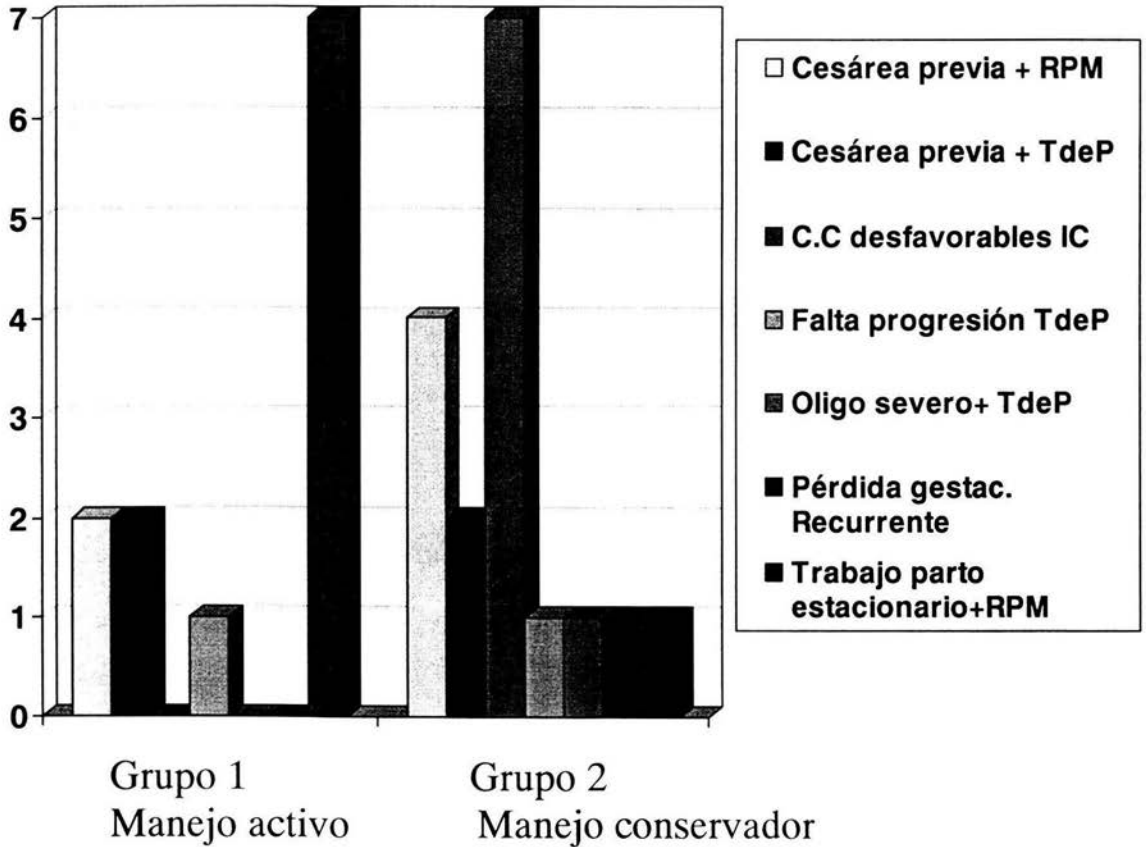
Grafica No 8

VIA DE INTERRUPCION DEL EMBARAZO



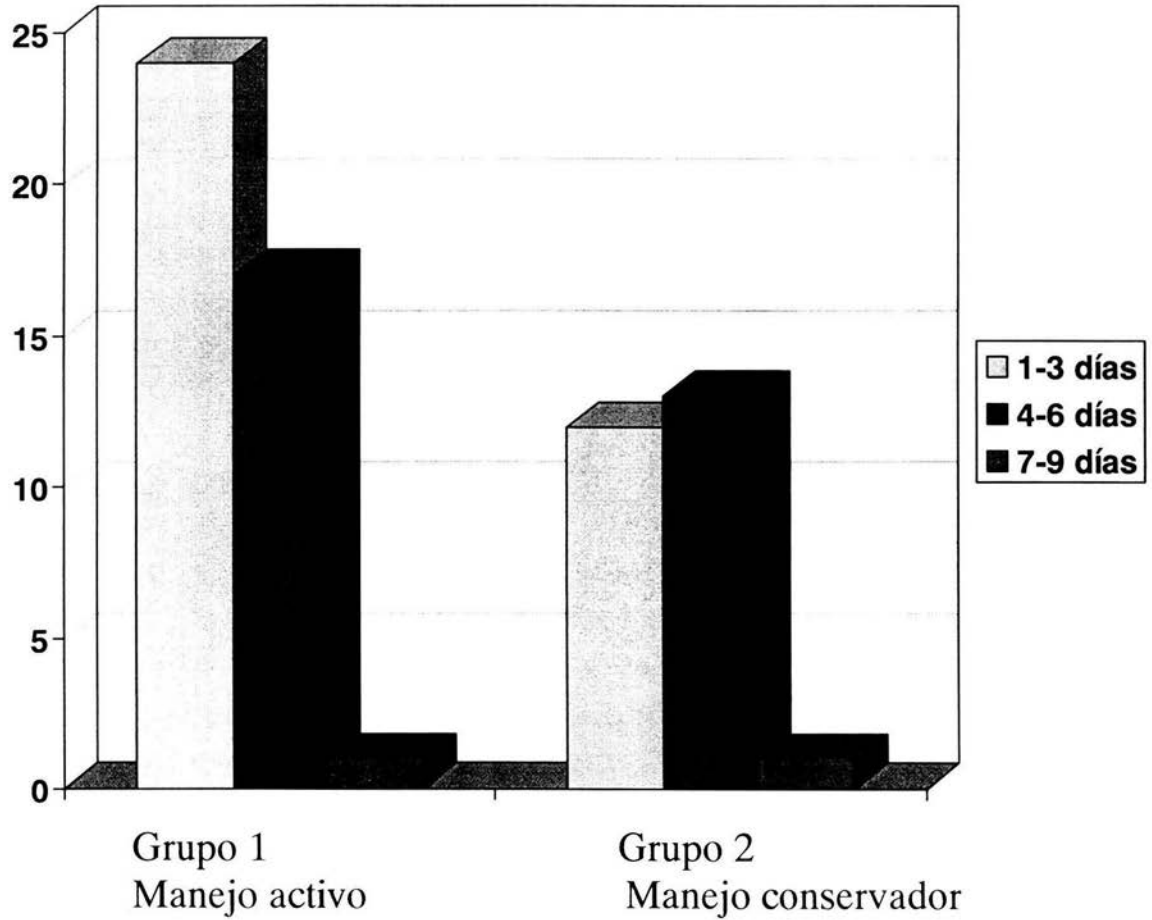
Grafica No 9

INDICACIONES DE CESAREA



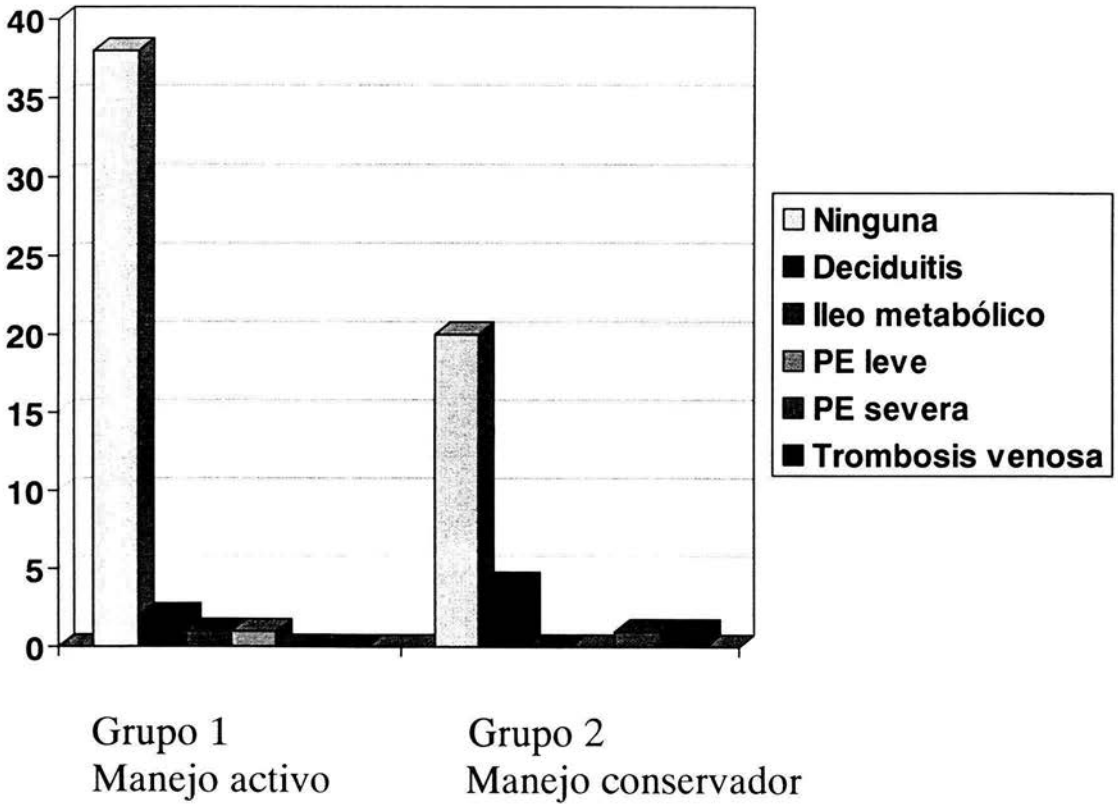
Grafica No 10

DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA MATERNA



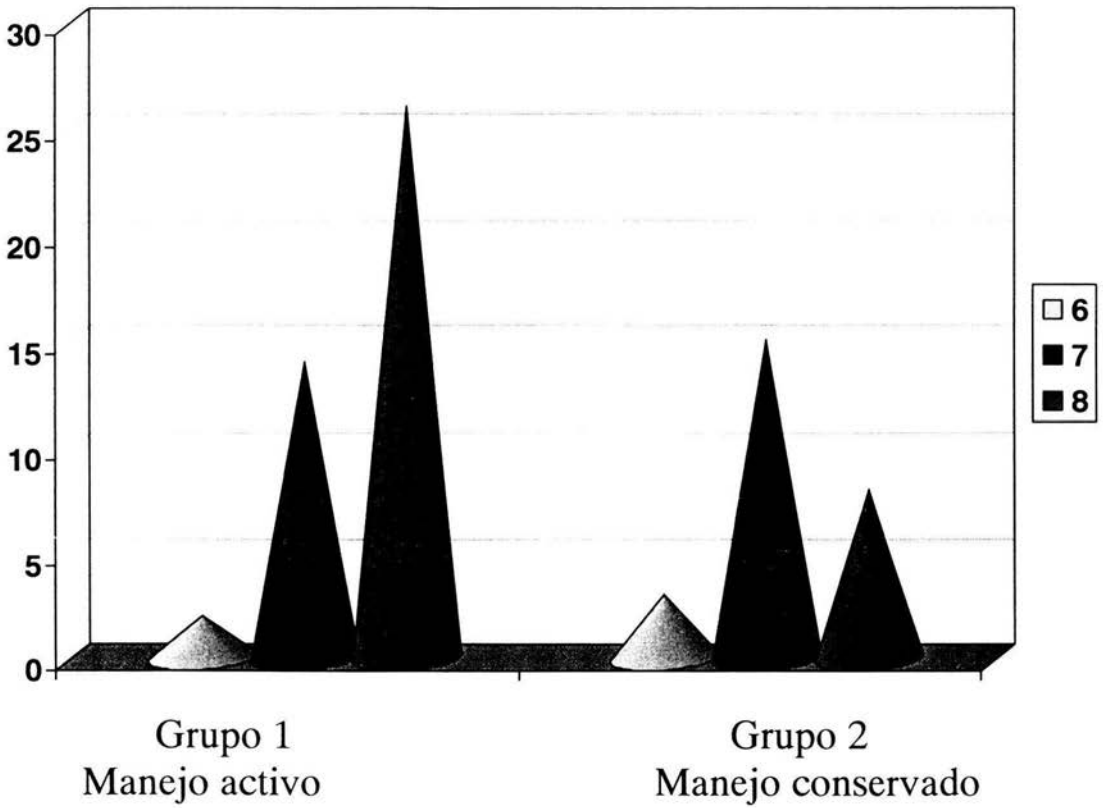
Grafica No 11

COMPLICACIONES MATERNAS



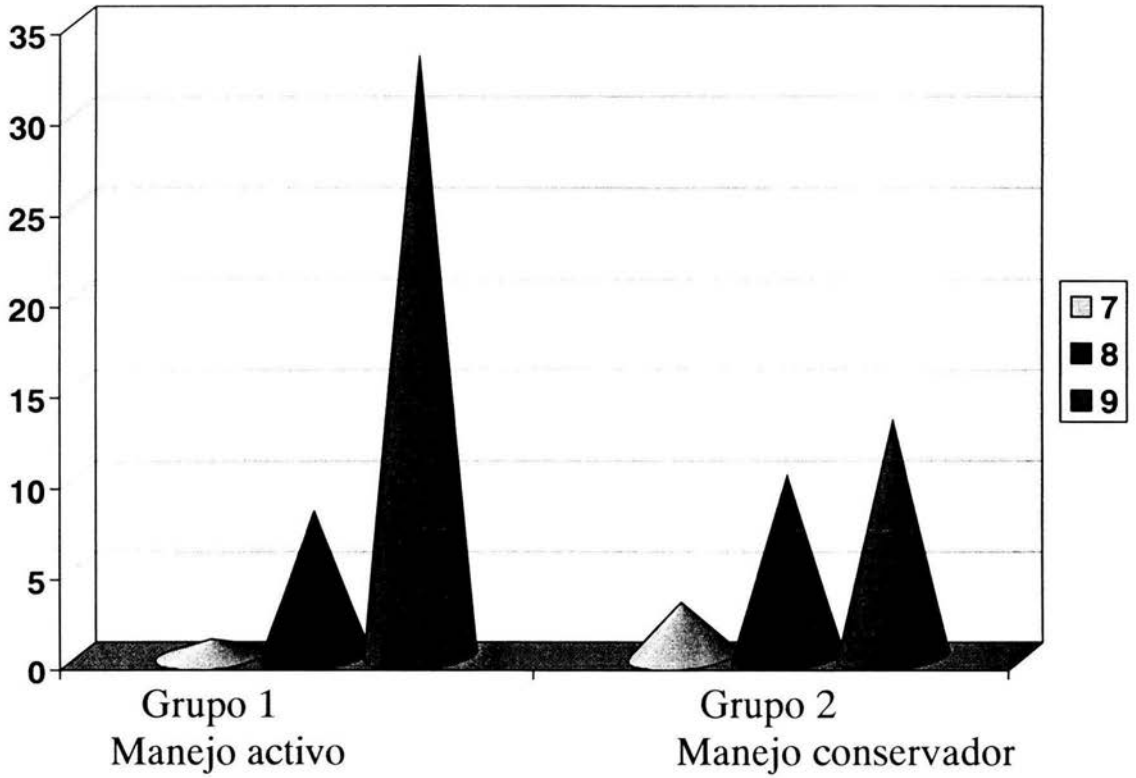
Grafica No 12

APGAR AL MINUTO



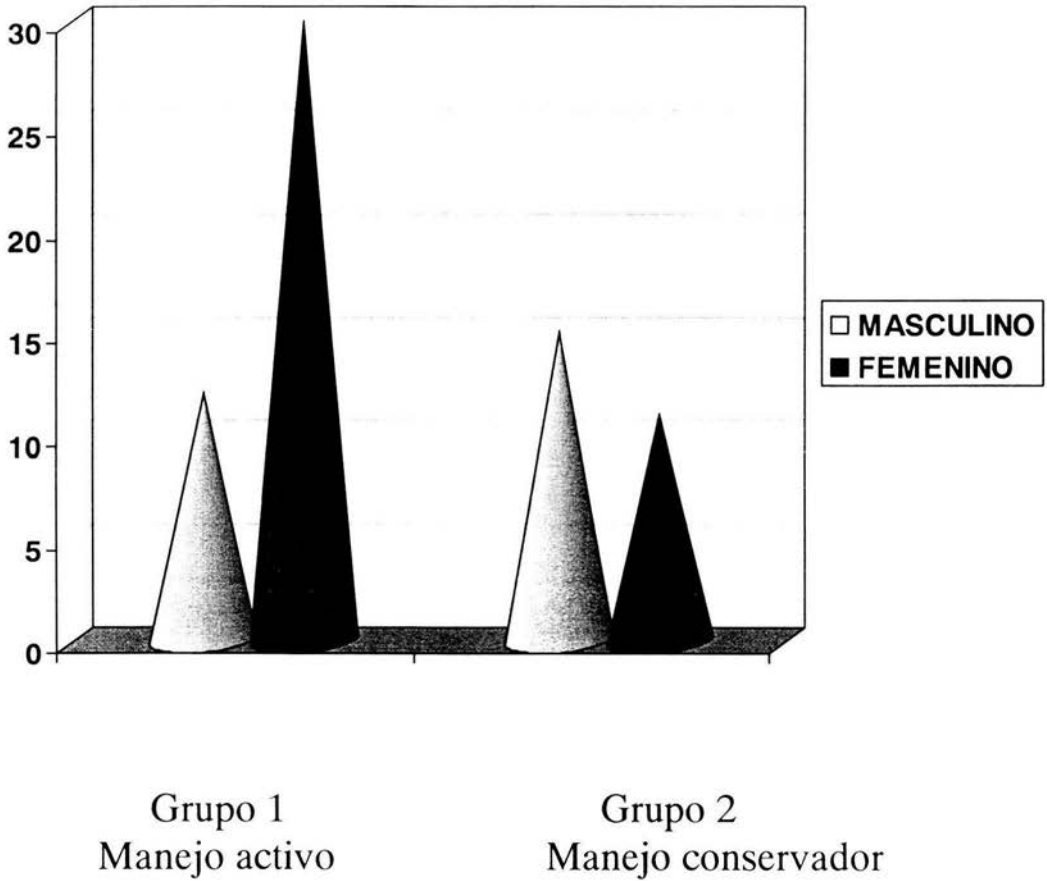
Grafica No 13

APGAR A LOS 5 MINUTOS



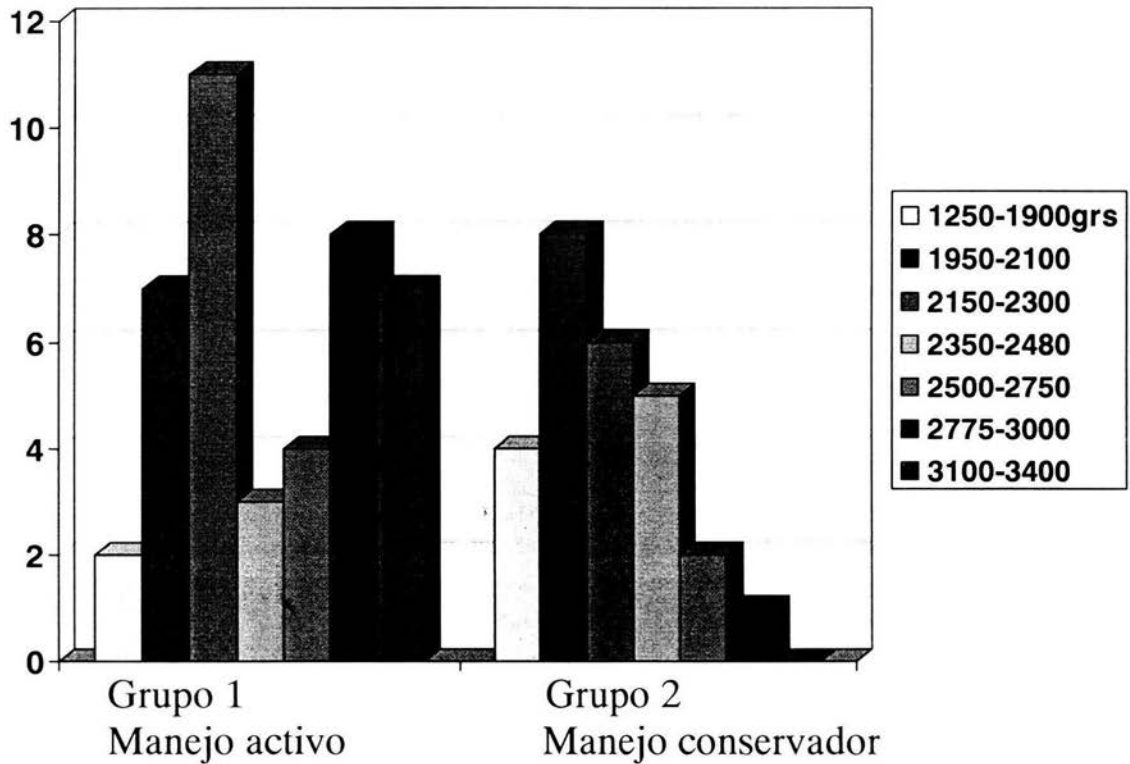
Grafica No 14

SEXO DEL PRODUCTO



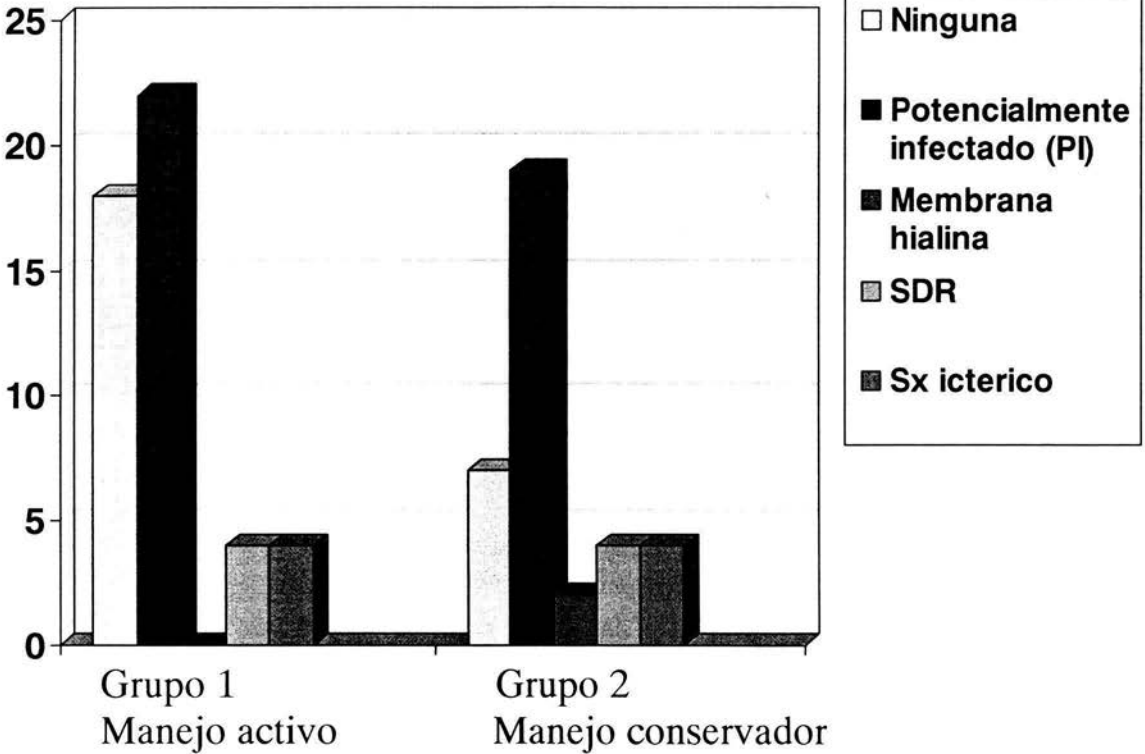
Grafica No 15

PESO DEL PRODUCTO



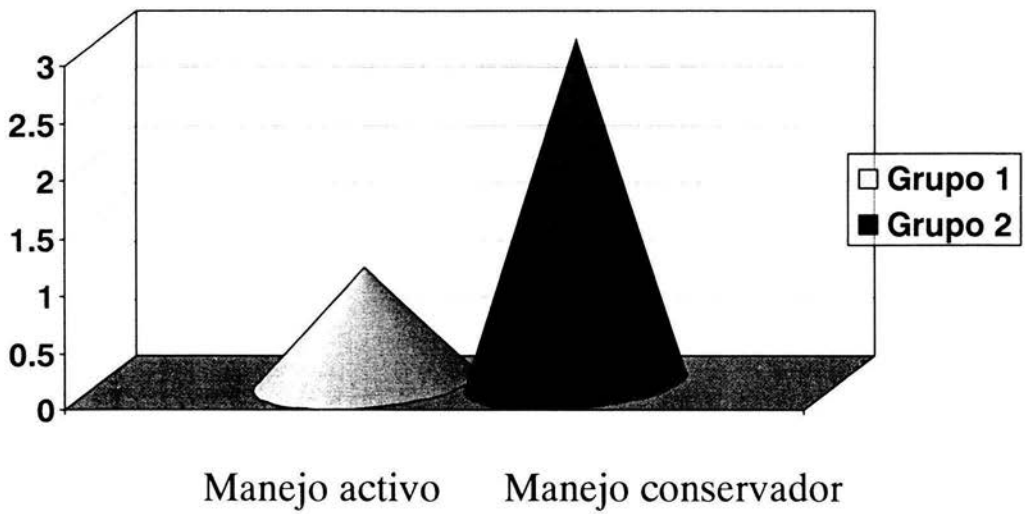
Grafica No 16

COMPLICACIONES DEL PRODUCTO



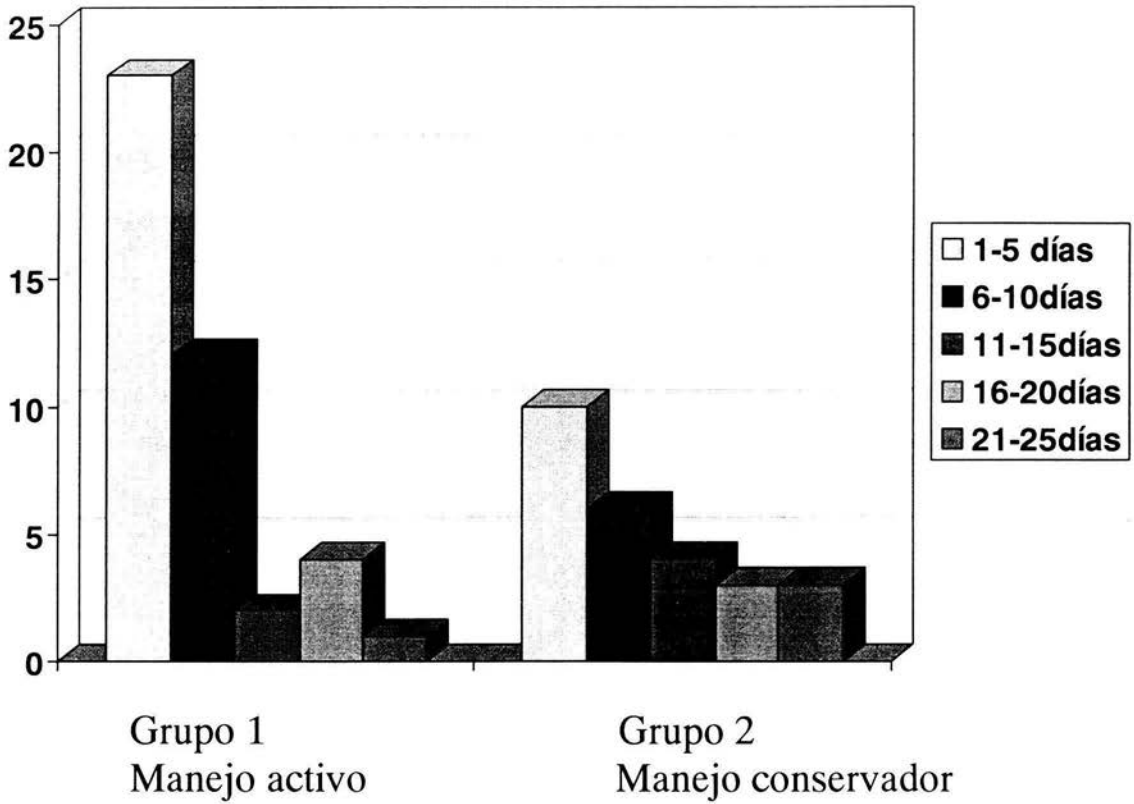
Grafica No 17

MUERTE PERINATAL



Grafica No 18

DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA DEL RN



Grafica No 19

DISCUSION

La literatura internacional sugiere que en embarazos mayores de 34 semanas de edad gestacional, se realice manejo activo, ya que los inductores de madurez pulmonar fetal no ofrecen mayores beneficios en estas semanas (3,4,6,8), consideramos y entendemos, que interrumpir una gestación en la semana 34 y quizá la 35 genere inquietud en algunos médicos, dada la posibilidad de que el recién nacido desarrolle síndrome de distress respiratorio, enfermedad de membrana hialina o al menos taquipnea transitoria del recién nacido, y que por tal motivo algunos médicos decidan aplicar fármacos inductores de madurez pulmonar fetal y esperar su efecto, esto obviamente se lleva al menos 48 horas, después del ingreso de la paciente a un hospital. En el presente estudio encontramos que con el manejo conservador, se incrementó la morbimortalidad de los productos, así como los días de estancia del binomio y la incidencia de las cesáreas, en base a estos resultados, la propuesta es apegarse a lo establecido internacionalmente e iniciar manejo activo en los embarazos iguales o mayores a 34 semanas.

El incremento de la morbilidad, días de estancia del binomio y cesáreas, se traduce en mayores costos para los hospitales. Se apreció que en las pacientes del grupo de manejo conservador la indicación mas frecuente de cesárea fue el que presentarán un cervix desfavorable para iniciar una inductoconducción de trabajo de parto, sin embargo al analizar los expedientes, nos percatamos que no se intento madurar el cervix y resolver por vía vaginal, ya que no había otras indicaciones para realizar las cesáreas.

Las complicaciones observadas en la madre y en los recién nacidos pretermino con antecedente de RPM son los relacionados con la prematuridad y la infección, esto no difiere con lo reportado internacionalmente. La prematuridad secundaria a la interrupción del embarazo provoca problemas en el neonato, las reportadas como más frecuentes son : síndrome de distrés respiratorio, ictericia multifactorial, enterocolitis necrozante, y hemorragia intraventricular. (10,11,12).

De las complicaciones de los productos, las de tipo respiratorio se presentaron de forma similar en ambos grupos, pese a que a las pacientes de 34 semanas de gestación del grupo de manejo conservador se les aplicó inductores de madurez pulmonar, confirmando lo que reporta la literatura, que a ésta edad gestacional los inductores de madurez pulmonar no ofrecen mayores beneficios a los productos.

Con respecto a las complicaciones maternas la literatura internacional informa la presencia de corioamniotitis de un 4.2 – 10.5%. (7). En este estudio se presentó en un 9% en forma global, sin embargo cabe mencionar que la mayor frecuencia se presentó en el grupo de manejo conservador con el 15.3%, comparado con 4.7% del grupo de manejo activo.

Aunque el tamaño de la muestra es pequeño, consideramos relevantes estos resultados ya que apreciamos que el manejo conservador en estos casos, no ofreció beneficio alguno, ya que las complicaciones de tipo respiratorio que se presentaron fueron similares en ambos grupos. Creemos conveniente continuar esta línea de investigación, enfocándose específicamente a los embarazos de 34 semanas, que si bien la literatura reporta un riesgo

bajo 2-3% de membranas hialina en esta semana (5,6,7), es la edad gestacional en la que se puede generar controversia respecto al manejo conservador.

CONCLUSIONES

- Los productos de 34 a 37 semanas de edad gestacional evolucionan con menor morbimortalidad cuando se establece manejo activo desde su ingreso al hospital.
- El manejo conservador se relaciona con mayor probabilidad de morbilidad infecciosa.
- Los costos de hospitalización disminuyen con el manejo activo, ya que son menos días de estancia del binomio, así como la incidencia de cesáreas.
- El que las pacientes con manejo activo tuvieran mayor número de partos, contribuye a disminuir la incidencia de cesárea y es favorable desde el punto de vista reproductivo, con menor tiempo de recuperación de la paciente, menor riesgo de infección puerperal y pronta reintegración a su vida laboral y familiar.
- Debemos propiciar la implantación del manejo activo en estas pacientes, así como la unificación del criterio del personal médico y la información adecuada y oportuna a la paciente para un mejor resultado perinatal.
- Se puede afirmar que el manejo activo en embarazos de 34 a 37 semanas de gestación con RPM ofrece mayores beneficios al binomio, comparado con el manejo conservador.

BIBLIOGRAFÍA

1. Duff Patrick MD, Chang Jeffrey R. MD “Rotura prematura de membranas”. *Clinicas Obstétricas y Ginecológicas* 1991; 4:657.
2. Arias Fernando MD. “Guía Práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo. Editorial Mosby, 1994; 101-111.
3. Vadillo Ortea F, Gonzalez Avila G, Karchmer S, et al. Collagen metabolism in premature rupture of amniotic membranes. *Obstet. Ginecol* 1990;75:84.
4. O'Brien WF, Knuppel RA, Morales WJ, et al. Amniotic fluid alpha-1-antitrypsin concentration in premature rupture of the membranes. *Am J Obstetr Gynecol* 1990;162:756.
5. Harger JH, Hsing AW, Tuomala RE, et al. Risk factors for preterm premature rupture of fetal membranes: a multicenter case-control study. *Am J Obstetr Gynecol* 1990;163:130.
6. Iams Jay D., MD. Diagnostico y predicción del parto pretermino, *Clinicas Obstétricas y Ginecológicas* 4,1995:647.
7. Arias Fernando MD. “Guía practica para el embarazo y el parto de alto riesgo”, Editorial Mosby, 1994;113.

8.Romero R, Quintero R, Ayarzun E, et al. Intraamniotic infection and the onset of labor in preterm premature rupture of the membranes, Am J Obstet Gynecol 1988;159:661.

9.Casey ML, Cox SM, Beutler B, et al. Cachectin/tumor necrosis factor formation in human deciduas: potential role of cytokines in infection-induced preterm labor. J clin Invest 1989;83:430.

10.Santhanam U, Avila C, Romero R, et al, Cytokines in normal and abnormal parturition: elevated amniotic fluid interleukin-6 levels in women with premature rupture of membranes associated with intrauterine infection. Cytokine 1991; 3:155.

11.Romero R, Brody DT, Oyarzun E, et al, infection and labor:III interleukin-1 a signal for the onset of parturition. Am J Obstet Gynecol 1989;160:1117.

12.Romero R, Durum S, Dinarello CA, et al. Interleukin-1 stimulates prostaglandin biosynthesis by human amnion. Prostaglandins 1989;37:13.

13.Romero R, Manogue KR, Mitchell MD, et al, Infection and labor: IV:Cachectin tumor necrosis factor in the amniotic fluid of women with intraamniotic infection and preterm labor. Am J Obstet Gynecol 1989; 161:336.

14.Schoonmaker JN, Lawellin DW, Lunt B, et al. Bacteria and inflammatory cells reduce chorioamniotic membrane integrity and tensile strength. Obstet Gynecol 1989;74:590.

15. Nicolini U, Fisk NM, Rodeck CH, et al, Low amniotic pressure in oligohydramnios, is this the cause of pulmonary hypoplasia? *Am J Obstet Gynecol* 1989;161:1089.

HOJA CONTROL

NOMBRE _____

NO .AFILIACIÓN _____

FECHA _____

EDAD _____ FUM _____

GESTAS _____ PARAS _____ CESAREAS _____ ABORTOS _____

EDAD GESTACIONAL _____

TIEMPO EVOLUCION RPM AL INGRESO _____

TIEMPO DE LATENCIA ENTRE RPM Y MÉTODO DE INTERRUPCION

MÉTODO DE INTERRUPCION PARTO _____ CESAREA _____

TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA _____

INDICACIÓN DE CESAREA _____

DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA _____

COMPLICACIONES _____

DATOS DEL PRODUCTO APGAR _____ SEXO _____ PESO _____

SDG _____

COMPLICACIONES _____

DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA _____