

11217



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y
SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO**



PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

TITULO

**MANEJO CONSERVADOR DE LA RUPTURA
PREMATURA DE MEMBRANAS
EN EMBARAZOS PRETÉRMINO**

AUTOR

**DRA ELIZABETH YESENIA MORAN FUENTES
RESIDENTE DE IV AÑO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

ASESOR

0351715

**DR. MAURICIO RAÚL GUTIÉRREZ CASTAÑEDA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA**

OCTUBRE DEL 2005



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

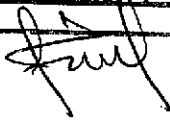
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

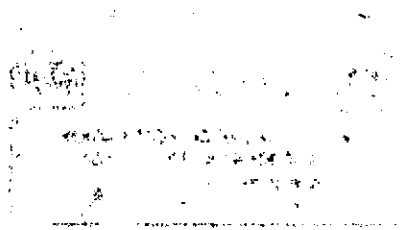
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

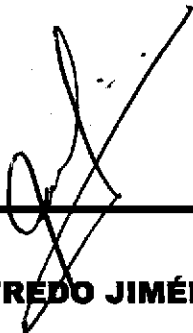
NOMBRE: E. Ysenia Nerián Fink

FECHA: 18 Octubre 2015

FIRMA: 

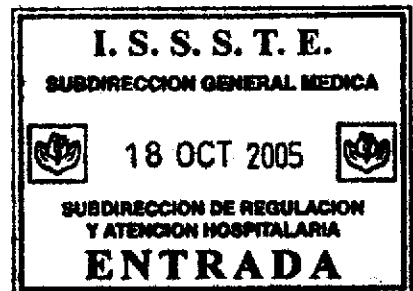


HOJA DE FIRMAS



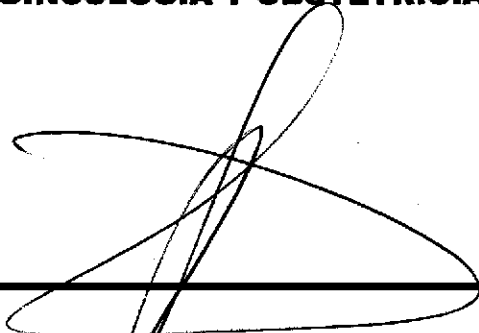
DR. WILFREDO JIMÉNEZ HERNÁNDEZ

**COORDINADOR DE LA JEFATURA DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACIÓN**



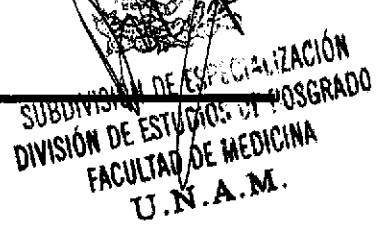
DR. MAURICIO RAÚL GUTIÉRREZ CASTAÑEDA

**PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE
GINCOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE LA U N A M**



DR. RAFAEL RODRÍGUEZ LEDESMA

**COORDINADOR DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA**



INDICE ANALITICO

	PAG
Resumen.....	1
Summary.....	2
Introducción.....	3
Material y Métodos.....	5
Resultados.....	8
Gráfica 1.....	11
Gráfica 2.....	12
Gráfica 3.....	13
Gráfica 4.....	14
Gráfica 5.....	15
Gráfica 6.....	16
Gráfica 7.....	17
Gráfica 8.....	18
Gráfica 9.....	19
Discusión.....	20
Conclusiones.....	23
Bibliografía.....	25

RESUMEN

La rotura prematura de membranas pretérmino es una complicación que se presenta aproximadamente del 1-5% de todos los embarazos, que condiciona una alta incidencia de nacimientos pretérmino. La rotura de membranas es causa del 30-40% de todos los nacimientos pretérmino, ocasionando una alta morbimortalidad perinatal, lo cual nos obliga a valorar el manejo y los resultados de esta unidad hospitalaria. Un total de 104 pacientes, de las cuales 21 pacientes se interrumpió de forma inmediata por causa obstétrica (Presentación anómala, prolapso de cordón, datos de infección intraamniótica, asfixia, perinatal, malformaciones congénitas, restricción en el crecimiento intrauterino etc.) y 83 pacientes manejados en forma expectante. Los neonatos manejados en forma expectante presentaron síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido un 56.6%, sepsis 11.1%, enterocolitis necrosante 7.7% muerte en un 8.8% y hemorragia intraventricular en 15.5 %.

En las complicaciones maternas corioamnionítis clínica del 80.7% sin embargo la sepsis neonatal es mucho menor, Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera 14.4%, Enfermedades hipertensivas del embarazo estadios graves 4.8%. No se presentaron complicaciones secundarias en el puerperio.

Dentro del intervencionista se incluyeron 21 pacientes, no se presentaron complicaciones maternas, las neonatales: síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido 61%, hemorragia intraventricular en 4.7%, sepsis en 9.5%, enterocolitis necrosante de 4.7% y muerte neonatal del 19%. En conclusión el manejo conservador ofrece mejor expectativa de sobrevida neonatal, por menor muerte neonatal y morbilidad respiratoria, y según los resultados de nuestro estudio, todas las variables son mejores en el manejo conservador.

PALABRAS CLAVE: ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS, PRETERMINO, MANEJO EXPECTANTE.

SUMMARY

The premature break of membranes pretérmino is a complication that is presented approximately of the 1-5% of all the embarrassments, which conditions a high incident of births pretérmino. The break of membranes is cause of the 30-40% of all the births pretérmino, causing a high one morbimortalidad perinatal, which obliges us to value the management and the results of this hospital unit. A total of 104 patients, of which 21 patients was interrupted immediately by obstetric cause (anomalous Presentation, prolepses of cord, data of infection intraamniótica, asphyxiation, perinatal, congenital malformations, restriction in the intrauterine growth etc.) And 83 patients handled in expectant form. The newborns handled in expectant form presented SDR a 56.6%, sepsis 11.1%, enterocolitis necrosante 7.7% death in an 8.8% and hemorrhage intraventricular in 15.5%. In the maternal complications corioamnionítis clinical of the 80.7% nevertheless the sepsis neonatal is a lot smaller, DPPNI 14.4%, illnesses hipertensivas of the serious embarrassment 4.8%. Themselves not secondary complications in the puerperal were presented. Inside the interventionist 21 patients were included, themselves not maternal complications were presented, the neonatal: syndrome of respiratory difficulty of the newborn 61%, hemorrhage intraventricular in 4.7%, sepsis in 9.5%, enterocolitis necrosante of 4.7% and neonatal death of the 19%. In conclusion the conservative management offers better expectation of sobrevivida neonatal, in detail neonatal death and respiratory morbidity, and according to the results of our study, all the variables are better in the conservative management.

KEYWORDS: PREMATURE BREAK OF MEMBRANES, PRETERMN, EXPECTANT MANAGEMENT.

INTRODUCCION

La rotura prematura de membranas pretérmino (RPMP), es causa del 30 - 40% de los partos pretérmino, la RPMP es una complicación que se presenta en un 1 a 4% de todos los embarazos. El intervalo de tiempo que transcurre entre la rotura y el parto se define como PERIODO DE LATENCIA. (1,2,5,8,10). Cuando la madre y el feto se encuentran estables suele adoptarse una política de tratamiento expectante en un intento por ganar tiempo adicional, es decir, prolongar el periodo de latencia, con la finalidad de mejorar o favorecer la madurez fetal, sobre todo la madurez pulmonar, ya que la morbilidad y mortalidad perinatal están asociadas sobre todo a complicaciones derivadas del síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido. (2,4,6,22,23)

La RPMP se define como la pérdida de la continuidad de las membranas corioamnióticas, antes de la semana 37 de gestación y después de la semana 24 de gestación según el NATIONAL INSTITUTE HEALTH (NIH), CONSENSUS DEVELOPMENT CONFERENCE Y EL COMITÉ DEL AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG), además de que instalan las bases para el manejo expectante de esta entidad, como es el uso de tocólisis, empleo de esquema de madurez pulmonar fetal con corticoesteroides y el manejo con antibioticoterapia, así como las pruebas de bienestar fetal, y el seguimiento de pruebas bioquímicas para el diagnóstico de infección corioamniótica. Lo anterior se encuentra ya establecido en los protocolos de manejo de Nuestro Hospital para alargar el periodo de latencia al inicio del trabajo de parto.(1,2,3,4,5,6,20,21,22,23)

Actualmente continuamos con el manejo expectante, dado que ha demostrado una mayor sobrevida de los neonatos tratados de esta manera, y un menor número o menor grado de severidad de complicaciones como la membrana hialina, hemorragia intraventricular, síndrome de dificultad respiratoria,

y sepsis neonatal, lo que ha disminuido también el impacto económico en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales.(7,8,9,12)

Para fines de este estudio consideramos al manejo expectante como: monitorización de las constantes maternas y fetales que son indicadores de infección intraamniótica, además de todas las medidas encaminadas a prolongar el embarazo complicado con RPMP, con la finalidad de conseguir la producción de surfactante pulmonar, hasta que exista alguna condición materna o fetal (corioamnionitis clínica, trabajo de parto pretérmino de difícil control, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, y perfil biofísico fetal según criterios de Manning de 6 puntos o menor), en comparación con el manejo intervencionista que se define como la interrupción del embarazo, una vez diagnosticada la ruptura prematura de membranas, en relación a las condiciones obstétricas.(1,2,3,4,5, 19,20)

El objetivo del estudio es conocer la morbilidad y mortalidad fetal, neonatal y materna, así como los resultados perinatales de mujeres con embarazos complicados con RPMP de la semana 28 a la 35 de gestación, derivados del manejo conservador y analizar los resultados que se han obtenido en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez del ISSSTE.

MATERIAL Y METODOS

Se recopilaron a través de la consulta de urgencias de la Unidad de Tococirugía (UTQ) del Hospital General *Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez*, ISSSTE. de Enero de 1996 a Agosto del 2005, incluyó a todas las mujeres sin importar edad, con embarazos complicados con ruptura de membranas entre las semanas 28 y 35 de edad gestacional, únicos o gemelares dobles, por fecha de última menstruación, y confirmada por ultrasonografía. La ruptura se confirmó por clínica, con maniobras de Valsalva y Tarnier, prueba de arborización en líquido amniótico, amnioinfusión con colorante. Se excluyeron aquellas pacientes que a su ingreso a la Unidad de Tococirugía presentaron alguna indicación para interrupción del embarazo, esto es, trabajo de parto pretérmino establecido y/o con dilatación cervical igual o mayor de 4 cm, con malformaciones fetales mayores, con datos clínicos, de laboratorio, o gabinete (Perfil Biofísico) sugestivos de infección intraamniótica, hemorragia transvaginal por placenta previa o abruptio placentae, mujer ya tratada en otra unidad, no aceptar el protocolo de estudio y muerte fetal. El criterio de eliminación fue que no hubiese cuna en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, o que se traslade la paciente a otra unidad hospitalaria por razones administrativas. Para ambos casos se utilizó la carta de consentimiento informado por la paciente, y por la persona legalmente responsable, anexada al expediente en su momento de ingreso a la Unidad de Tococirugía.

Se consideró el manejo expectante como:

1.- CLINICO

- A) Reposo absoluto.**
- B) Posición de Trendelemburg,**
- C) Monitorización horaria de actividad uterina y frecuencia cardíaca fetal,**
- D) Curva de temperatura horaria,**
- E) Apósito vulvar testigo para vigilancia de las características del líquido amniótico,**
- F) No se realizaron tactos vaginales**

2.- LABORATORIO

- A) Estudios paraclínicos como biometría hemática completa con diferencial,**
- B) Proteína C Reactiva y**
- C) Velocidad de Sedimentación Globular cada 24 horas.**

3.- GABINETE.

- A) Ultrasonido a su ingreso por parte del Departamento de Medicina Materno Fetal,**
- B) Monitorización del bienestar fetal cada 48 a 72 horas mediante la realización de perfil biofísico con criterios de Manning**

4.- FARMACOLOGICO

- A) Hidratación**
- B) Uso de tocolíticos de tipo Sulfato de Magnesio,**
- C) Aplicación de esquema de madurez pulmonar con Dexametasona o Betametasona, en su caso con reforzamiento 7 días después.**

La aparición de datos clínicos, laboratorio y de gabinete que indicaran datos de infección intraamniótica incipiente como hipersensibilidad uterina, febrícula de 37.5°C, taquicardia materna 100 latidos por minuto o fetal de 160 latidos por minuto, ausencia de movimientos respiratorios en el perfil biofísico, leucocitosis de 18.000, proteína "C" Reactiva mayor de 2 mg/dl. Velocidad de Sedimentación Globular de 30 mm/h.

De estos embarazos, se investigó vía de resolución, peso, Apgar, sexo, edad gestacional, Hora de RPMP, Diagnóstico de ingreso y de egreso del producto a la unidad de cuidados intensivos neonatales. También de las complicaciones maternas hasta el puerperio mediato.

Los resultados se analizaron bajo porcentuales y estimación de promedios aritméticos para valorar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal según el tipo de manejo instaurado, así como el período de latencia desde su ingreso hasta la resolución del embarazo, que lo mencionaremos en nuestros resultados, fue mayor que lo reportado en la literatura, sin incrementar la morbilidad y mortalidad materna y en su defecto sí la disminución de las complicaciones neonatales, todo esto esquematizado en graficas de pastel y barras.

RESULTADOS.

Se estudiaron 104 pacientes complicados con RPMP, de la semana 27 a la semana 35 de gestación, las cuales se incluyeron 83 de manejo expectante y 21 de manejo intervencionista, por indicación obstétrica de interrupción en forma expedita. (GRAFICA 1)

La distribución por edad materna en años es: 15-18: 8, 19-22:14, 23-26: 13, 27-30: 19, 31-34: 30, 35-38: 15. (GRAFICA 2). La distribución de acuerdo al número de gestaciones: GI 25, GII 34, GIII:21, GIV:12, GV:8, GVI:4 . Las complicaciones maternas que se presentaron: corioamnionítis 75 casos, desprendimiento de placenta normoinserta 12 casos, preeclampsia grave / inminencia de eclampsia: 4 casos, endometritis posparto 0 casos (GRAFICA 3). La vía de interrupción del embarazo fue: 99% cesárea y 1% parto (GRAFICA 4). Las principales indicaciones para cesárea fueron: sospecha clínica de corioamnionítis, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, perfil biofísico con puntuación de 6 o menor, es decir sospecha de asfixia perinatal y preeclampsia/eclampsia.

El número de neonatos se distribuyó de la siguiente manera: para 28 SDG 9, de 29 SDG 8, de 30 SDG 11, de 31 SDG 7, de 32 SDG 25, de 33 SDG 27, de 34 SDG 18, y de 35 SDG 6, para un total de 111 recién nacidos (GRAFICA 5). El rango de peso de los neonatos osciló entre 1045 y 2640 gramos, con promedio de 1409 grs (GRAFICA 6). La puntuación de Apgar a los 5 minutos de los recién nacidos del manejo intervencionista fue: 10 neonatos con puntuación de 7 y 11 con puntuación de 8, y del manejo conservador fue: 39 recién nacidos con puntuación de 8 y 51 recién nacidos con puntuación de 9. (GRAFICA 7).

Dentro de las complicaciones neonatales, el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido (SDR) se presentó en 64 de los 111 neonatos, lo que representa un 57.6%, hemorragia intraventricular 15/111 (13.5%), sepsis neonatal 12/111 (10.8%), y enterocolitis necrotizante 8/111 (7.2%). Se presentaron 12 muertes neonatales, lo que representa 10.8%, 3 extraídos en la semana 28, 5 en la semana 29, 1 en la semana 30, 2 en la semana 32 y 1 en la semana 34. De las cuales 7 muertes fueron por sepsis, 1 por hemorragia intraventricular, 4 por síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido. (GRAFICA 8)

RESULTADOS EN EL MANEJO EXPECTANTE

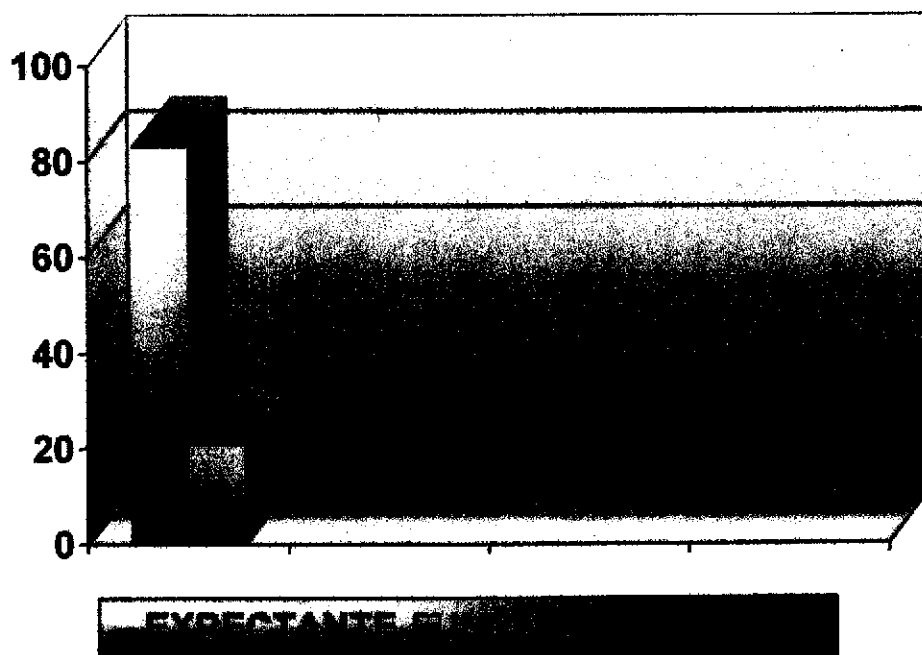
De acuerdo al grupo etario quedaron distribuidas de la siguiente forma (83 pacientes): 15 a 18 años 5 pacientes, 19 a 22 años 10, 23 a 26 años 10, 27 a 30 años 13, 31 a 34 años 28, 35 a 38 años 12 pacientes. (GRAFICA 2). La interrupción del embarazo fue vía abdominal en el 100% (83 casos). (GRAFICA 4). El periodo de latencia, es de 2 días a 28 días, promedio de 14 días. Las complicaciones maternas del manejo expectante que se presentaron en 83 pacientes fueron: desprendimiento prematuro de placenta normoincorta en 12 pacientes 14.4%, corioamnioítis en 67 pac. 80.7%, preeclampsia grave y eclampsia en 4 pac. 4.8%. No se presentaron deciduitis posparto ni mortalidad materna. (GRAFICA 3). La distribución de neonatos por edad gestacional fue: 28 SDG 6, 29 SDG 5, 30 SDG 11, 31 SDG 7, 32 SDG 16, 33 SDG 26, 34 SDG 15, 35 SDG 4 (GRAFICA 5). El Apgar en promedio a los 5 min. en 39 neonatos fue de 8 y 51 neonatos de 9 (GRAFICA 7). El peso promedio es de 2000 grs., con rangos de 1650 a 2640 grs. (GRAFICA 6).

Las complicaciones neonatales fueron (90 neonatos): 8 muertes neonatales 8.8%; sepsis 10 neonatos 11.1%, SDR 51 neonatos 56.6%, hemorragia intraventricular en 14 neonatos 15.5%, enterocolitis 7 neonatos 7.7%. (GRAFICA 8).

RESULTADOS EN EL MANEJO INTERVENCIONISTA

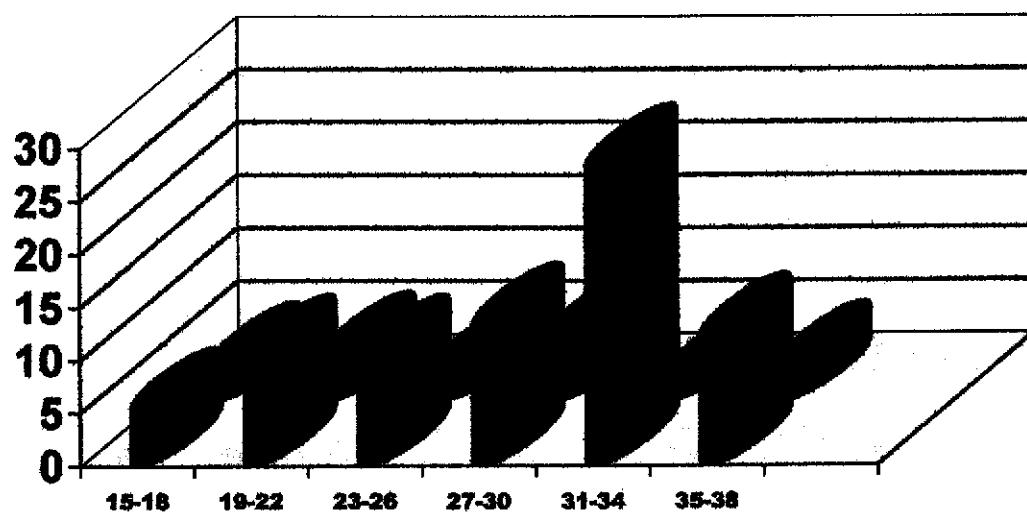
La edad materna en este tipo de manejo reporta (21 pacientes): 15 a 18 años 3, 19 a 22 años 4, 23 a 26 años 3, 27 a 30 años 6, 31 a 34 años 2, 35 a 38 años 3 pacientes.(GRAFICA 2) El tiempo de latencia fue de 4.5 hrs., y la vía de interrupción fue el 99% de cesáreas (20 casos) y 1% por parto (1 caso). (GRAFICA 4). La distribución de neonatos por edad gestacional fue: 28 SDG 3, 29 SDG 4, 30 SDG 1, 31 SDG 1, 32 SDG 6, 33 SDG 2, 34 SDG 2, 35 SDG 2 neonatos. (GRAFICA 5). Las complicaciones neonatales son: mortalidad 4 neonatos 19%, sepsis 2 neonatos 9.5%, SDR 13 neonatos. 61%, hemorragia intraventricular 1 neonato. 4.7%, enterocolitis 1 neonato 4.7%. (GRAFICA 9). El Apgar en promedio a los 5 min. en 10 neonatos es de 7, y en 11 neonatos de 8.(GRAFICA 7). El peso es de 1100 grs. Con rangos que fueron de 1000 grs. A 1600 grs. (GRAFICA 6)

TOTAL DE PACIENTES



GRAFICA 1

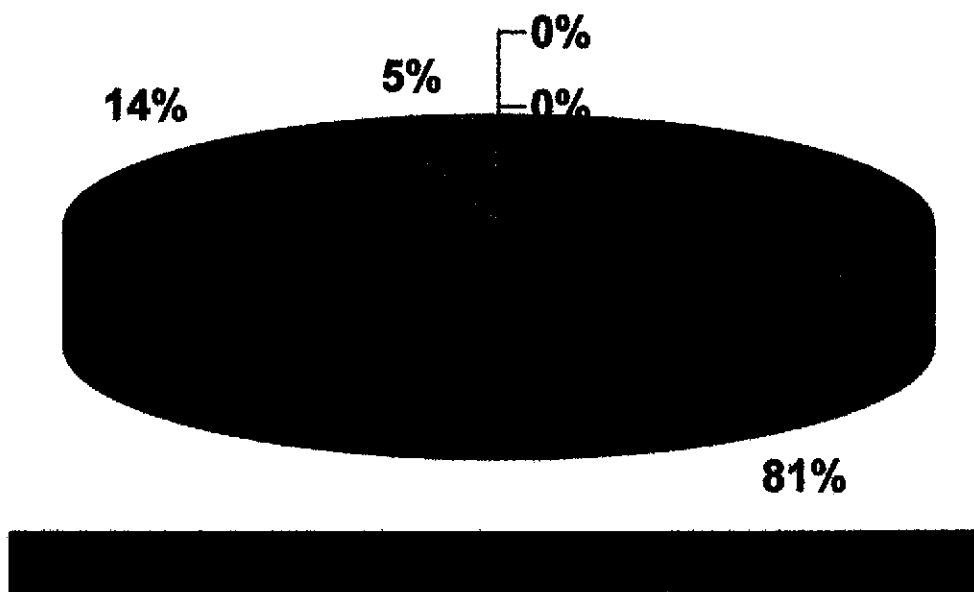
EDAD MATERNA



■ EXPECTANTE ■ INTERVENCIONISTA

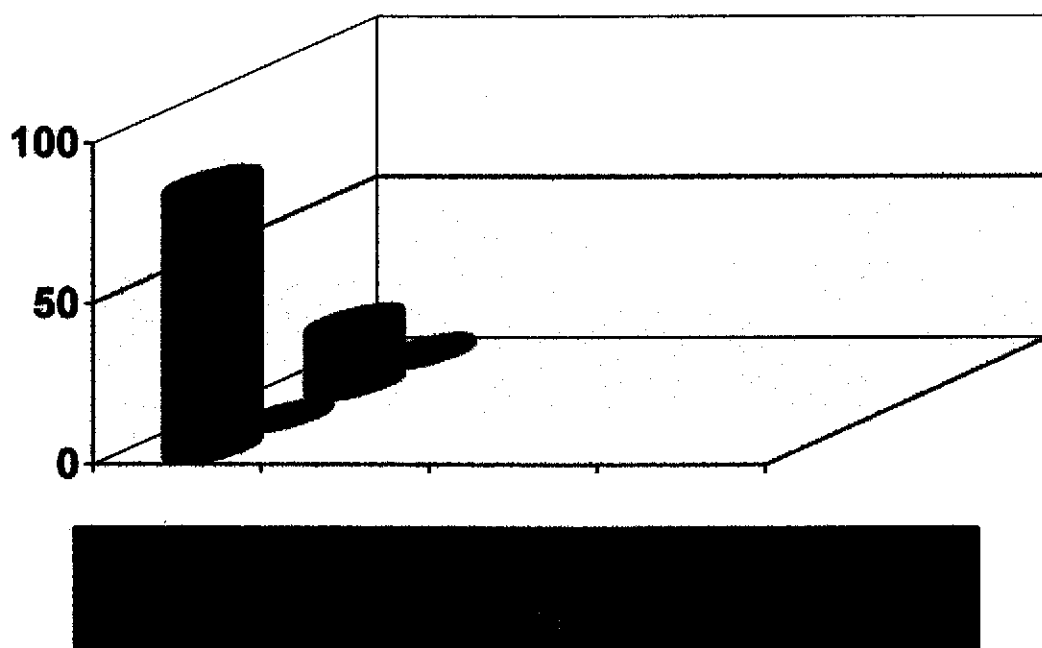
GRAFICA 2

COMPLICACIONES MATERNAS DEL MANEJO EXPECTANTE



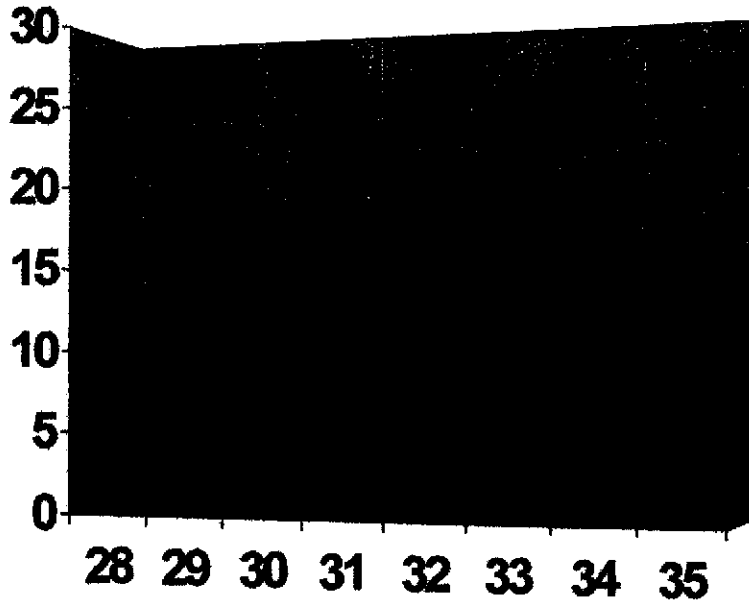
GRAFICA 3

VIA DE INTERRUPCION DEL EMBARAZO



GRAFICA 4

COMPARACION DE LA EDAD GESTACIONAL



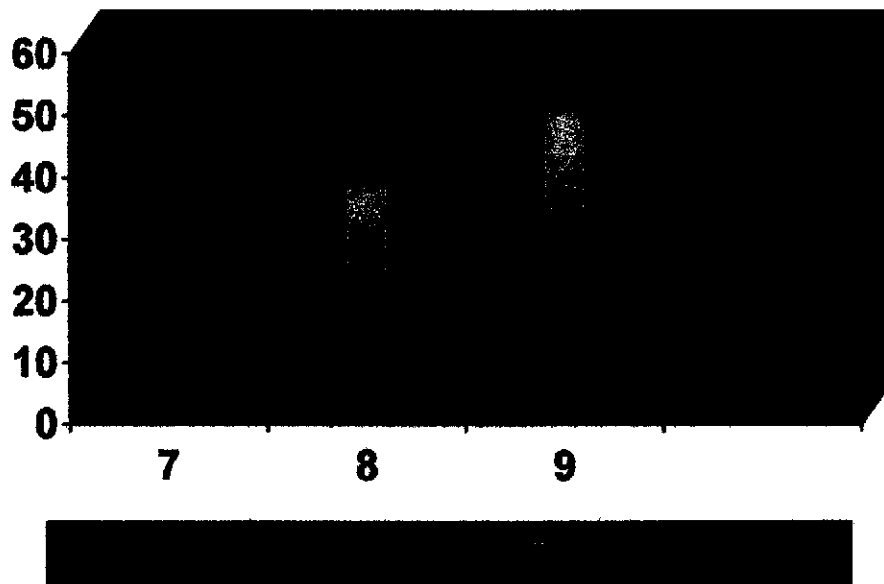
GRAFICA 5

COMPARACION DEL PESO PROMEDIO



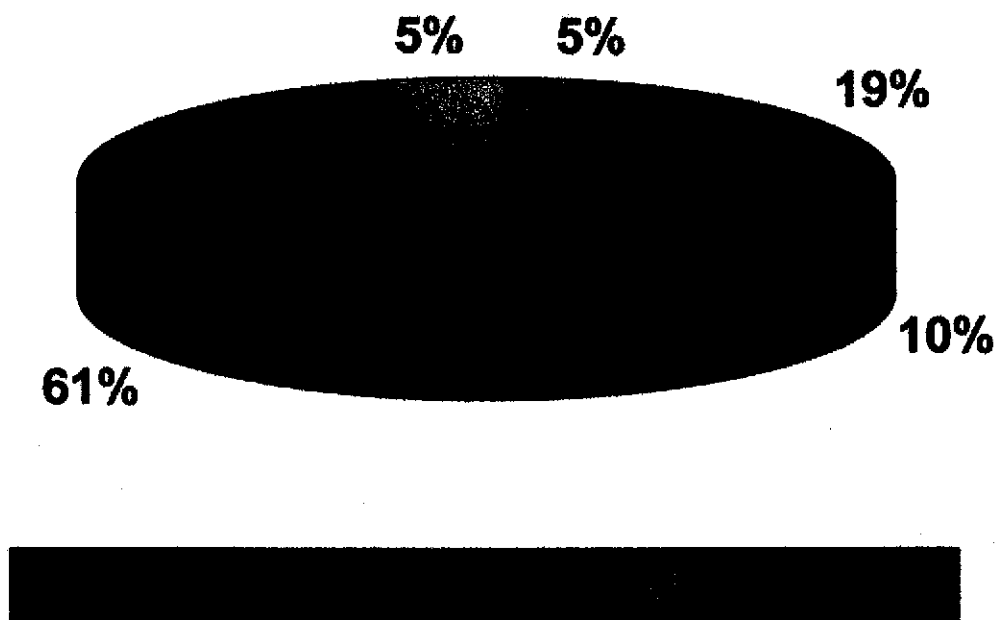
GRAFICA 6

APGAR A LOS 5 MINUTOS



GRAFICA 7

**COMPLICACIONES NEONATALES
EN EL MANEJO INTERVENCIONISTA**



GRAFICA 9

DISCUSION.

El entender la trascendencia de las decisiones y las acciones del ginecoobstetra, representa conocer la evolución natural y las posibles repercusiones de las distintas complicaciones que se presentan en la práctica médica del profesional encargado de la salud materna y fetal. Una de estas complicaciones es la rotura prematura de membranas pretérmino, patología asociada a una elevada morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Para valorar los resultados de un protocolo destinado al manejo de esta complicación, es indispensable analizar los resultados particulares de una institución en relación con los resultados de la practica médica internacional, no solo desde el punto de vista materno, sino desde el punto de vista perinatal, como algo inseparable, es decir los resultados deben ser interpretados de modo conjunto, y de esta manera entender la verdadera trascendencia del buen ejercicio de la medicina materna, fetal y neonatal.

La rotura prematura de membranas pretérmino en nuestro hospital se sucede en un 5-10 % de todos los embarazos, que representa el 7 al 10% como causa de ingreso a la unidad de Tococirugía en nuestro hospital.(7,9,10,11,12)

El grupo etario que se presento con mayor frecuencia de casos fue de 31 a 35 y de 36 a 40 años, esto quizá por el tipo de población que maneja la institución, es decir mujeres trabajadoras, profesionistas que postergan la etapa reproductiva.(5,8,9)

El periodo de latencia observado en nuestro estudio fue en promedio de 14 días, siendo importante mencionar que hay un grupo de pacientes que se manejaron hasta por 28 días, hecho que al compararlo con lo publicado por Mercer(2), quien reporta periodo de latencia de 7 a 12 días, y Egarter(4) de 8.1 a 17.8 días, se observa francamente un incremento en la ganancia de días del periodo de latencia, lo que redundo en que el proceso de madurez pulmonar y multiorgánica se pueda completar, no existiendo diferencia con los mismos autores en relación a las

complicaciones sépticas, maternas y neonatales, ya que esta ultima reporta un 10-12%, y en nuestro estudio se presento en un 10.1% de las complicaciones.(1,5,9,11,12,13).

Es importante subrayar que con el manejo conservador se reportan complicaciones infecciosas maternas en la literatura internacional en un 10%, en nuestro trabajo no existió morbilidad o mortalidad materna. (7,9) El SDR se reporta del 40-60%, en nuestro estudio del 56.6%, la hemorragia intraventricular la encontramos de 14-16%, en lo publicado hasta el 18%. La mortalidad la reportan de 10-12%, en nuestro estudio fue del 8.8%.(6,7,8)

La interrupción del embarazo vía abdominal difiere en la literatura ya que en esta se reportan un 40-45% de cesáreas y el resto eutocia; la causa de interrupción del embarazo vía abdominal en nuestro estudio se debe a que se presento desprendimiento de placenta normoinsera, y datos clínicos de corioamnionítis, asfixia perinatal y preeclampsia / eclampsia.(21,22) 106 recién se obtuvieron de las 28 a las 34 semanas de gestación edad gestacional, solo 5 productos fueron de las semana 35, 7 casos fueron embarazos gemelares dobles en la cual se presento la ruptura de membranas pretérmino, circunstancia que se refleja en el peso de los RN, ya que tenemos un promedio de peso de 2000 grs. Mayor que lo reportado en la literatura de que es de 1500 -1800 grs. ya que ellos incluyen embarazos desde la semana 24 de gestación, Apgar a los 5 minutos es de 9, similar a lo reportado. (2,3,19,20,21)

En nuestro Hospital es indiscutible el hecho que el manejo expectante tiene una menor mortalidad neonatal, que el manejo intervencionista. Me es grato mencionar que siendo este un hospital de segundo nivel como este, con las limitaciones técnicas y económicas, logramos resultado alentadores, similar a hospitales de tercer nivel; otra cosa que quiero señalar, es el período de latencia promedio que nosotros tenemos de hasta 4.5 semanas, que es mayor en un 50% con lo reportado en la literatura, con los protocolos ya establecidos en este Hospital por el Departamento de Medicina Materno Fetal. (1,4,5,6,7)

Ahora en cuanto a los resultados de morbimortalidad con los manejos intervencionistas, continúa mostrando una alta mortalidad, por complicaciones relacionadas con la madurez pulmonar como es la membrana hialina grado III y IV.(20)

El tipo de antibióticos usados en nuestro estudio difiere con la literatura, ellos reportan el uso de ampicilina, amoxicilina más ácido clavulánico, eritromicina o clindamicina en el caso de alergia a la penicilina, debido a sepsis ocasionada por el estreptococo del grupo B. El tipo de gérmenes encontrado en nuestro hospital y en nuestra población difiere con los referidos en la literatura internacional, según el boletín informativo del departamento de Medicina preventiva 054/04 del Hospital General "Fernando Quiroz Gutiérrez". Los gérmenes de UTQ, fueron E.coli, Klebsiella, Staphylococo aureus.(2,3,4,19,20,21,22)

Un mejor control prenatal de las pacientes con una disminución en el índice de infecciones, sobre todo vaginales, disminuyen la incidencia de RPMP. Los agentes causales como causa de RPMP es N. gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Bacteroides, Estreptococo grupo B, E. coli, Klebsiella, y Proteus mirabilis.

CONCLUSIONES.

La rotura prematura de membranas pretérmino es una complicación frecuente en nuestro medio, que representa una elevada tasa de morbimortalidad, por lo cual es conveniente contar con protocolos de manejo adecuado en las instituciones, que permitan una disminución de tales índices de mortalidad y morbilidad.

La embarazada con ruptura de membranas pretérmino lejos de las 37 semanas, se beneficia del tratamiento conservador, la terapia coadyuvante con antibióticos y la valoración seriada del estado materno y fetal, que ofrecen buenas posibilidades para la reducción de la morbimortalidad perinatal. Aunque la administración de corticosteroides y tocolíticos sigue siendo controvertida, hay un beneficio comprobado, sobre todo si se acompaña de antibióticoterapia para la infección intrauterina subclínica.

La embarazada estable con ruptura de membranas pretérmino con manejo conservador en la cual se corrobora la madurez pulmonar fetal, se puede decidir la terminación del embarazo.

En las mujeres con rotura prematura de membranas pretérmino, el manejo intervencionista debe reservarse para pacientes en las cuales al ingreso al hospital existe evidencia de corioamnionítis, malformaciones fetales mayores, trabajo de parto pretérmino, restricción de crecimiento intrauterino, evidencia de asfixia perinatal, hipertensión gestacional grave, madurez pulmonar demostrada y negativa de la paciente al manejo conservador. A este grupo de pacientes se induce el parto expedito cuando es posible y cesárea por indicación obstétricas.

La morbilidad por procesos infecciosos en el neonato es modificable. En los últimos años se ha demostrado una disminución notable de las infecciones perinatales, como amnioititis, septicemia neonatal, y neumonía. Se establece que el tratamiento con antibióticos reduce el riesgo de hemorragia intraventricular.

No se tienen aun un esquema de antibióticos óptimo en el manejo conservador de la ruptura prematura de membranas, en el embarazo pretérmino. Se ha optado por antibioticos de amplio espectro (ceftriaxona-clindamicina, clindamicina-amikacina) mejorando el pronóstico perinatal.

Las pruebas de bienestar fetal, que incluyen un perfil biofísico diario, se relacionan con una baja en la frecuencia de infecciones maternas y fetales. Hay relación entre el puntaje de 6 o menor del perfil biofísico, en la infección materna y neonatal. La adición de este ha permitido el prolongar el periodo de latencia en el manejo conservador de la RPMP. en nuestro hospital.

Se concluye que el manejo conservador en nuestro hospital es importante y adecuado, sin embargo para mejorar dicho manejo se tendra que incluir en el protocolo de manejo cultivo y estudio histopatologico adecuado coriodecidual, para poder mejorar nuestra vigilancia y comparar nuestros resultados con los trabajos publicados, así como continuar con el estudio.

BIBLIOGRAFIA

- 1. JAMES T. CRHISTMAS, MD SUSAN M. COX "Management of preterm Ruptures Membranes: Effects of antimicrobial Therapy" In: Obstetric and Gynecology. November 1998; 80(5):759-76.**
- 2. WALTER J. MORALES "Use of Ampicillin and Corticosteroids in Premature Rupture of Membranes: A Randomized Study" In: Obstetric and Gynecology. May 1989; 73 (5): 721- 726.**
- 3. MERCER, BRIAN M.; ARHEART "Antimicrobial Therapy in Expectant Management of Preterm Premature Rupture of the Membranes" In LANCET. May 1995; 346: 1271-1279.**
- 4. HERALD HEITICH, MD, CHRISTIAN EGARTER, "Concomitant Use of Glucorticoids: A Comparison of two Metanalysis on Antibiotic Treatment in Preterm Premature of Membranes". May 1998; 178: 899-908.**
- 5. PHILIPSON, ELLIOT H; HOFFMAN, DEBORAH "Preterm Premature Rupture of Membranes: Experience with Latent Periods in Excess of Seven Days" In Obstetrical and Gynecological Survey. June 1995; 50(6): 415-416.**
- 6. National Library of Medicine, National Institutes Health, Bethesda, Maryland. "Effect of Corticosteroids for fetal Maturation on Perinatal Outcomes". J. Am Med Assoc 1995; 273: 413-418.**
- 7. Effect of Corticosteroids for fetal maturation on perinatal outcomes. NIH Consensus Development Panel on the Effect OF Corticosteroids for Fetal Maturation on Perinatal Outcomes. JAMA 1995, September 27; 274 (12): 943.**
- 8. Morales W.J. "Preparing the Fetus for preterm birth". Clin Obstetric Gynecology 1993 September; 7 (3): 601-610.**

- 9. Mercer BM, Moretti ML" Erythromycin therapy in preterm premature rupture of the membranes: a prospective, randomized trial of 220 patients." Am J Obstetric Gynecology. 1992 march, 166(3): 794-802.**
- 10. Matsuda Y. Ikenoue T. Hokanishi H. " Premature Rupture of The membranes aggressive versus conservative approach: effect of tocolytic and antibiotic therapy." Gynecology Obstetric Invest 1993; 36(2): 102-7.**
- 11. Ramsey, Patrick S. MD, MSPH, Lieman, JOELLE M. "Corioamnioitis Increases Neonatal Morbidity in Pregnancies complicated by preterm premature rupture of membranes" In Am J Obstetric and Gynecology, April 2005; 192(4): 1162-1166.**
- 12. James R. Woods Jr. "Vitamins C and E: Missing links in preventing preterm premature rupture of membranes?" Am J Obstetric Gynecology, July 2001; 185(1): 5-10.**
- 13. Sims, Emma J. MD " Preterm Premature Rupture of the Membranes is associated with a reduction in neonatal respiratory distress syndrome" Am J Obstetric and Gynecology, August 2002 ; 187(2): 268-272.**
- 14. Cooper, Rachel L. "Obstetric: the preterm prediction study: Maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than thirty-five weeks gestation" Am J Obstetric and Gynecology, November 1996; 175 (5): 1286-1292.**
- 15. Guinn, Debra A. " Risk factors for the development of preterm premature rupture of the membranes after arrest of preterm labor" Am J. Obstetric and Gynecology, October 1995; 173(4): 1310-1315.**
- 16. Bloom, Steven L. "Corticosteroids Use in Special Circumstances: Preterm Ruptured Membranes, Hypertension, Fetal Growth Restriction, Multiple Fetuses" Clinical Obstetric and Gynecology, March 2003; 46(1): 150-160.**

- 17. Christian Egarter, MD, "Antibiotic treatment in preterm Premature rupture of Membranes and neonatal morbidity: A metaanalysis Am J.Obstet Gynecology, February 1995; 174(2): 589- 598.**
- 18. J. M Ernest, MD, "Consecuencias neonatales de la rotura prematura de membranas pretérmino". Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica 1998. pp. 783-785.**
- 19. Bruce Chen, MD y Michael K. Yancey, MD "Corticoesteroides prenatales en la rotura prematura de membranas pretérmino". Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica 1998. pp.787-793.**
- 20. Steven R. Allen, MD "Tratamiento Tocolítico en la rotura prematura de membranas pretérmino". Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica 1998. PP. 797-801.**
- 21. Philip C. Greig, MD, "Diagnóstico de infección intrauterina en mujeres con rotura prematura de membranas pretérmino". Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica 1998 pp. 803-813.**
- 22. Gregory J. Locksmith, MD. "Antibioticoterapia en la rotura prematura de membranas pretérmino". Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica 1998. pp. 817-821.**
- 23. Brian M Mercer, MD "Tratamiento de la rotura prematura de membranas pretérmino". Clínicas Obstétricas y Ginecológicas de Norteamérica.**