



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
UMAE HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA
"LUIS CASTELAZO AYALA" IMSS

RESULTADO MATERNO Y PERINATAL DEL MANEJO CONSERVADOR DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
PRESENTADO POR

DR. CARLOS AUGUSTO DE LA CRUZ VAZQUEZ

ASESOR:

Dr. SERGIO ROSALES ORTIZ

México, D.F. Marzo del 2010





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.

HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA
"LUIS CASTELAZO AYALA"
IMSS

**RESULTADO MATERNO Y PERINATAL DEL MANEJO CONSERVADOR
DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.**

DR. GILBERTO TENA ALAVEZ
DIRECTOR GENERAL
HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA "LUIS CASTELAZO AYALA"

DR. CARLOS EMIRO MORAN VILLOTA
RECTOR DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD.
HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA "LUIS CASTELAZO AYALA"

DR. SERGIO ROSALES ORTIZ
INVESTIGADOR ASOCIADO
JEFATURA DE ENSEÑANZA
HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA "LUIS CASTELAZO AYALA"

AGRADECIMIENTOS

A mis padres

Por bríndame su apoyo.
Por ser mis primeros maestros en la vida.
Madre que en el cielo estas Te amo.

A mis hermanos

Ernesto y Jazzo, por su apoyo constante.

A mi esposa Sandra

Por su cariño y comprensión.

A mi hijo Carlos Isaac

Que eres el motor para seguir adelante.

Al Dr. Sergio Rosales Ortiz

Por la colaboración en este proyecto de investigación y aporte de sus conocimientos.

A mis maestros

Por impartirme sus conocimientos y tenerme tanta paciencia.

Al HGO 4 “Luis Castelazo Ayala”

Por ser mi hogar y permitirme formar parte de esta gran institución.

INDICE

| | |
|----------------------------|----|
| RESUMEN | 5 |
| INTRODUCCION | 6 |
| JUSTIFICACION | 8 |
| MATERIAL Y METODOS | 9 |
| RESULTADOS | 11 |
| DISCUSION | 13 |
| CONCLUSION | 14 |
| ANEXOS. | |
| HOJA DE CAPTACION DE DATOS | 16 |
| TABLAS Y GRAFICAS | 17 |

RESUMEN

Rosales-Ortiz S, De la Cruz C. Resultado materno y perinatal del manejo conservador de la ruptura prematura de membranas en el servicio de perinatología del Hospital Luís Castelazo Ayala del Instituto Mexicano del seguro social.

OBJETIVO: Describir el resultado materno y perinatal del manejo conservador de la ruptura prematura de membranas con embarazos de 27-33 semanas en el servicio de perinatología del Hospital Luís Castelazo Ayala.

METODOLOGÍA; Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional y longitudinal. Se incluyeron en el estudio a pacientes con diagnóstico de ruptura de membranas pretérmino en manejo conservador, analizando el resultado materno y perinatal.

Se entiende como resultado materno a la evaluación del estado de salud de la madre durante y posterior al manejo conservador: corioamniotitis, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, dehiscencia de herida quirúrgica, prolapso de cordón umbilical y muerte materna. Se considero como resultado perinatal a la evaluación desde el momento del nacimiento hasta los 28 días del mismo, hemorragia intraventricular, síndrome de dificultad respiratorio, neumonía, sepsis temprana, enterocolitis necrozante, atelectasia primaria, asfisia perinatal y muerte fetal.

Resultados. El 25.76% de los pacientes con ruptura prematura de membranas preterminos no culminaron el manejo conservador, En general de acuerdo al presente trabajo, la morbilidad materna, se basa principalmente en corioamniotitis. No se presentó muerte materna, problemas en relación a dehiscencia de herida quirúrgica, prolapso de cordón y desprendimiento prematuro de membranas normoinserta.

La paciente sometida a tratamiento con esquema de madurez pulmonar completo disminuyó los días de estancia hospitalaria fetal, ninguna muerte fetal, el 10.35 % la vía de interrupción del embarazo fue parto vaginal.

Sin embargo el grupo sometido a manejo conservador sin completar esquema de madurez pulmonar incremento los días de estancia hospitalaria, la muerte fetal en el 10% y el 100% de los embarazos la vía de interrupción del embarazo fue abdominal.

La edad gestacional de 27-29 semanas al inicio del manejo conservador en pacientes con esquema de madurez pulmonar incompleta represento el 30%, sin embargo el grupo con esquema de madurez completo con edad gestacional de 27-29 semanas fue el 58.65% .

Conclusión. El manejo conservador de ruptura prematura de membranas mejora el resultado perinatal sin exposición a la muerte materna.

INTRODUCCION.

La ruptura prematura de membranas pretermino (RPMp) se define con la ruptura de membranas corioamnióticas antes de las 37 semanas de gestación (sdg), ocurre en el 3% de los embarazos y representa aproximadamente 120,000 embarazos anualmente. (1)

El mayor riesgo significativo de fetos con RPMp es asociado a síndrome de dificultad respiratoria, enterocolitis necrozante, hemorragia intraventricular y sepsis neonatal. La mayor tasa de mortalidad perinatal ocurre en RPMp en menores de 32 sdg y peso al nacer menor de 1500grs. (2)

El manejo conservador de RPMp esta asociado a mayor riesgo de morbilidad materna. Como son desprendimiento prematuro de placenta normoinserta en 4-12%, prolapso de cordón en el 1 al 2%, morbilidad materna en el 0.03%. (3)

La RPMp se diagnostica en base a la historia clínica, espéculoscopia directa, prueba nitrazina, cristalografía, ultrasonido obstétrico. (4)

Durante el manejo conservador la vigilancia fetal se base en estudio diario de laboratorios, prueba sin estrés, perfil biofísico, como predictores de infección intraamniótica, la utilización de antibiótico e inductores de madurez pulmonar. (5)

Carol y colaboradores, estudiaron temperatura, frecuencia cardiaca fetal, proteína C reactiva como predictores de infección intraamniótica en 75 embarazos encontrando una predicción pobre para infección durante el manejo conservador. La leucocitosis es un parámetro no específico en ausencia de clínica de infección, especialmente si se utilizó corticoesteroides antenatales, dentro de 5 a 7 días ya que puede incrementar hasta 30,000. Lewis y colaboradores, estudiaron la interleucina 6(IL-6) es un buen predictor de infección neonatal en el 75%. (6)

La prueba sin estrés, la progresión de reactividad a no reactividad en el 90% de los casos se asocia a sepsis neonatal. Sin embargo no debe de usarse como prueba para tomar decisiones. (7)

El perfil biofísico como predictor de infección intraamniótica, no se modifica significativamente: la frecuencia cardiaca fetal incrementa, los movimientos fetales disminuyen, no altera los movimientos corporales ni tono fetal. (7)

Keynon y colaboradores, estudiaron acerca de los antibióticos en el manejo conservador aumento el periodo de latencia y disminución de la morbi-mortalidad materna y neonatal. El uso profiláctico de antibióticos y esteroides ayudan a reducir los riesgos de la morbilidad neonatal dependiente de la edad. La terapia agresiva con antibióticos se ha asociado con una reducción significativa, de la morbilidad dependiente de la edad. (8)

Mercer, encontró una reducción de la morbilidad materno-fetal y demostró una reducción de SDR a la utilización de antibiótico. Egarter encontró reducción de la hemorragia intraventricular y de sepsis, sin embargo no hubo beneficio en la enterocolitis necrozante ni en el síndrome de dificultad respiratoria. (9)

En el manejo conservador el periodo de latencia mayor de 14 días no demostró mejoría materna fetal. (10,11)

JUSTIFICACIÓN

La ruptura prematura de membranas pretermino ocurre en el 3 % de los embarazos y contribuye aproximadamente 1 de cada 3 partos pretérminos con aumento en la morbi-mortalidad perinatal. Los fetos de estas pacientes tienen alto riesgo de presentar infección neonatal, morbilidad por prematurez como síndrome de dificultad respiratoria y por lo tanto, mayor número de días de estancia en la unidad de cuidados intensivos neonatales o bien muerte neonatal. El manejo conservador de ruptura prematura de membranas preterminos, mejora el resultado neonatal ya que permite la aplicación de corticoesteroides prenatal e incremento de peso.

En el Hospital Luís Castelazo Ayala, las pacientes con RPMp entran a manejo conservador siempre que cumplan con los requisitos establecidos, por lo que consideramos de importancia conocer si el manejo conservador de la RPM es adecuado en el resultado materno y perinatal que se lleva a cabo en nuestro hospital.

MATERIAL Y METODO.

El objetivo del protocolo fue conocer el resultado materno y perinatal del manejo conservador de la ruptura de membranas con embarazo de 27-33 semanas en el servicio de perinatología del Hospital Luis castelazo Ayala.

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional, longitudinal. Se incluyeron en el estudio a todas las pacientes con el diagnóstico de ruptura prematura de membranas pretermino internadas en el servicio de perinatología del Hospital Luis Castelazo Ayala, con embarazo de 27 a 33 semanas por fecha de última menstruación confiable o extrapolando la edad gestacional por ultrasonido realizado antes de la semana 16, a partir del 01 de enero del 2008 a 31 de diciembre del 2009.

El diagnóstico de ruptura prematura de membranas se considero de acuerdo al historial médico, pérdida transvaginal líquida, pruebas de ruptura de membranas basadas en cristalografía, prueba de nitrazina y ultrasonido.

La cristalografía consiste en la toma de líquido en fondo de saco posterior vaginal mediante un hisopo estéril y extenderlo en una laminilla de cristal, la presencia de imágenes de hebrecho, se considera prueba positiva. La prueba de nitrazina, es una tira reactiva que cambia de color de amarillo a azul cuando es expuesta a cualquier líquido alcalino. El ultrasonido puede orientar a pérdida de líquido amniótico mediante la medición del pool mayor, no es diagnostico es indispensable para ingresar a paciente a manejo conservador.

Los pacientes son candidatas a manejo conservador siempre y cuando cumplan con los requisitos de las normas del IMSS, feto vivo, sin trabajo de parto, líquido amniótico dentro de los parámetros normales, peso fetal de viabilidad, pool mayo de 2 centímetros, sin evidencia de infección, perfil biofísico de igual 6 ó mayor, consentimiento informado aceptado, ausencia de malformaciones congénitas y embarazo múltiple. Los criterios maternos para manejo conservador, ausencia de datos clínicos y de laboratorio de infección, no trabajo de parto, ausencia de enfermedad materna con inmunosupresión o con tratamiento con esteroides.

Durante el manejo conservador se somete a un protocolo de vigilancia para la detección oportuna de las posibles complicaciones maternas y fetales. Se mantiene hospitalizada en reposo absoluto, se toma la temperatura y frecuencia cardiaca cuatro veces al día, determinación diaria de leucocitos y bandas, se evitara tacto vaginal al menor que presente trabajo de parto o hay que inducirlo, se inicia antibióticos doble esquema a base de ampicilina y clindamicina, en caso de alergia a la penicilina, iniciar con amikacina, inductor de madurez pulmonar a base de dexametasona o betametasona, perfil biofísico diariamente descrita por Manning(PSS, movimientos respiratorios, movimientos corporales, tono fetal y pool mayor de líquido amniótico).

Resultado materno se considera el estado de salud durante y después del manejo conservador, la cual incluye, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, prolapso de cordón umbilical, corioamniotitis y muerte materna.

La corioamniotitis se considera como la presencia dos o mas de los siguientes criterios: temperatura igual o mayor de 38 grados, leucocitosis igual o mayor de 16,000

mm3, fetidez del líquido amniótico, hipersensibilidad uterina, taquicardia fetal, taquicardia materna.

Prolapso de cordón umbilical. Se considera como la presencia del cordón que ha salido de la cavidad uterina y se encuentra en vagina o fuera de ella.

Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta: se diagnostica mediante la triada clásica hipertensión uterina, sangrado tranvaginal y sufrimiento fetal.

El resultado perinatal se evaluó por la obtención de los siguientes datos; edad gestacional del recién nacido por la escala de capurro, la valoración de la escala de apgar al minuto y a los 5 minutos, el peso del recién nacido en gramos, hemorragia intraventricular, síndrome de dificultad respiratoria, enterocolitis necrozante, atelectasia primaria y muerte perinatal.

La hemorragia intraventricular se diagnostica por ultrasonido de la cabeza fetal. La enterocolitis necrozante con la presencia de distensión abdominal, intolerancia la vía oral de más de 24 horas, con evidencia radiológica de aire intramural, perforación o evidencia de meconio en la cavidad abdominal por cirugía. Síndrome de dificultad respiratorio con asfixia, presencia de quejido respiratorio, tiros intercostales, cianosis, hipoxia acidosis. Atelectasia primaria: reflujo gastroesofágico, trastornos de deglución, radiográficamente presencia de colapso pulmonar, elevación diafragmática, desplazamiento mediastínico, estrechamiento de los espacios intercostales.

La muerte perinatal será aquella que se presente 7 días antes del nacimiento o durante el periodo neonatal.

RESULTADOS.

Se analizaron 52 pacientes con ruptura prematura de membranas en manejo conservador en un periodo de dos años del 01 de enero del 2008 al 31 de diciembre del 2009. De las cuales se excluyeron del estudio 13 pacientes por pérdida del expediente, embarazo múltiple, no deseo continuar con el manejo establecido del Hospital Luis Castelazo Ayala.

De los 39 expedientes de pacientes con ruptura prematura de membranas en manejo conservador, 10 pacientes no completaron esquema de madurez pulmonar por las siguientes razones, enlistan en la tabla 1 y 2.

Dentro del grupo que no culminó con el manejo conservador no se presentó ninguna complicación materna.

Las complicaciones fetales observadas fueron sepsis neonatal, síndrome de dificultad respiratoria y neumonía, de los cuales la mortalidad fetal fue un caso equivalente al 10% secundario a sepsis temprana con la aplicación de una sola dosis de inductor de madurez pulmonar.

En este grupo con inductor de madurez pulmonar incompleta fue en todas a base de dexametasona distribuidas de la siguiente manera 1 dosis 3 pacientes, 2 dosis 4 pacientes y 3 dosis 5 pacientes.

El tiempo hospitalario fetal, se enlistan en la tabla 4.

En la tabla 5 se enlistan la media y el rango de los exámenes de laboratorio que presentaron las pacientes a su ingreso, examen general de orina se reportaron en todas las pacientes saliendo patológico en 1 solo caso.

El tiempo de ruptura prematura de membranas en estas pacientes en manejo conservador que no completaron esquema de inductor de madurez pulmonar fue menor de 36hrs. El tiempo hospitalario del recién nacido se representa en la grafica 2

El peso fetal al nacer fue; el menor de 1130 grs y el mayor de 2155 grs, con la media de 1631 grs.

El peso fetal de egreso del servicio de pediatría fue: el menor de 1675 grs y el mayor de 2200 grs, con la media de 1865 grs.

El lugar a donde ingresaron los recién nacidos en pacientes con manejo conservador con esquema de madurez incompleta 50% a Unidad de cuidados intermedio y 50% a Unidad de cuidados intensivos y de estos últimos todos intubados.

Los pacientes con manejo conservador con esquema de madurez pulmonar completa fueron 29, de las cuales la indicación de interrupción del embarazo se enlistan en la tabla 5 y 6.

Dentro del grupo que culminó con esquema de madurez pulmonar completo no se presentó ninguna mortalidad materna.

Las complicaciones fetales observadas fueron sepsis neonatal, síndrome de dificultad respiratoria y neumonía principalmente, sin embargo en 1 caso se presentó ambigüedad de genital, no se presentó mortalidad fetal.

En este grupo con inductor de madurez pulmonar completa fue a base de dexametasona en 28 pacientes y con betametasona 1 paciente. Todas cumplieron con periodo de latencia.

El tiempo hospitalario fetal, se enlista en la tabla 9.

El tiempo hospitalario materno con un promedio de 8.1 días. El menor de 4 días y la mayor de 28 días.

La edad materna en promedio fue de 29.5 años, la menor de 19 años y la mayor de 43 años.

El inicio del manejo conservador de acuerdo a la edad gestacional se expone en la grafica 3.

La resolución del embarazo en pacientes en manejo conservador con esquema de madurez pulmonar completo fue 26 cesáreas y 3 cesáreas.

El tiempo de ruptura prematura de membranas en estas pacientes en manejo conservador con esquema de inductor de madurez pulmonar se representa en la grafica 4

El tiempo hospitalario del recién nacido en manejo conservador con esquema de madurez pulmonar completo.

El tiempo hospitalario del recién nacido se enlista en la tabla 11

El peso fetal al nacer fue; el menor de 490 grs y el mayor de 1995 grs, el peso fetal de egreso del servicio de pediatría fue: el menor de 950 grs y el mayor de 2425 grs, con la media de 1844 grs.

El lugar a donde ingresaron los recién nacidos en pacientes con manejo conservador con esquema de madurez completa 51.75% a Unidad de Cuidados intermedio y 48.25% a Unidad de Cuidados Intensivos y de este últimos 85.70% fueron intubados.

DISCUSIÓN

El tratamiento de ruptura prematura de membranas pretermino esta dirigido a la reducción de la morbi-mortalidad perinatal a causa de la prematurez y hacia a la identificación de los que están a mayor riesgo de desprendimiento de placenta o de compromiso fetal durante el periodo de latencia.

En general de acuerdo al presente trabajo, la morbilidad materna, se basa principalmente en corioamniotitis. No se presento muerte materna, problemas en relación a dehiscencia de herida quirúrgica, prolapso de cordón y desprendimiento prematura de membranas normoinserta.

La paciente sometida a tratamiento con esquema de madurez pulmonar completo disminuyo los días de estancia hospitalaria fetal, ninguna muerte fetal, el 10.35 % la vía de interrupción del embarazo fue parto vaginal.

Sin embargo el grupos sometido a manejo conservador sin completar esquema de madurez pulmonar incremento los días de estancia hospitalaria, la muerte fetal en el 10% y el 100% de los embarazo la vía de interrupción del embarazo fue abdominal.

La edad gestacional de 27-29 semanas al inicio del manejo conservador en pacientes con esquema de madurez pulmonar incompleta represento el 30%, sin embargo el grupo con esquema de madurez completo con edad gestacional de 27-29 semanas fue el 58.65%

Por lo que consideramos que los pacientes con ruptura prematura de membranas sometidas a manejo conservador con esquema de madurez pulmonar tienen mejor pronostico materno – fetal.

CONCLUSIÓN

El objetivo del manejo conservado de la ruptura prematura de membranas pretermino, es mejorar el resultado prenatal preservando siempre el bienestar materno, este manejo esta dado por la relación entre la edad gestacional, condición materna y estado fetal, el 95% de las pacientes son candidatas a manejo conservador.

El prolongar el embarazo, permite ganancia de peso, protección fetal a través del esquema de madurez pulmonar, con lo que se logra disminuir la morbi mortalidad perinatal en embarazos menores de 34 semanas, las pacientes candidatas a este manejo deben de vigilarse tanto a ellas como al feto de manera constante, se debe de explicar de los beneficios riesgos y complicaciones al cual serán sometidos.

ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Nombre.

Edad.

Fecha de la RPM: tiempo de RPM

Estudios para dx de RPM.

Usg cristalografía prueba de nitrazina

Clínico maniobra de valsalva maniobra de tarnier.

Edad gestacional.

Enfermedad concomitante previa a la RPM: IVU Cervicovaginitis otros.

Tiempo del manejo conservador.

| | | | | | | |
|------------|--|--|--|--|--|--|
| Fecha | | | | | | |
| Plaquetas | | | | | | |
| Hb | | | | | | |
| Leucos | | | | | | |
| Linfocitos | | | | | | |
| Bandas | | | | | | |

Inductores de madurez pulmonar (tipo y dosis).

Antibióticos (tipo, dosis y tiempo)

| | | | | |
|------------------|--|--|--|--|
| Fecha | | | | |
| PSS R/no R. | | | | |
| Usg obstétrico | | | | |
| Perfil biofísico | | | | |

Recién nacido: fecha:

Sexo Peso Talla EG FUM USG Capurro o Ballard.

Apgar Silverman Datos de sepsis neonatal Características de L.A.

Destino del RN. Cuidado fisiológico UTIN UCIN cuidados especiales.

Muerte neonatal fecha.

Tiempo de hospitalización

Maternos días de estancia intrahospitalaria.

Fecha

Desprendimiento prematuro de membrana normo inserta. Fecha

Corioamnionitis. Fecha

Muerte materna fecha

Infección de herida quirúrgica. Fecha

Complicaciones tromboticas fecha

Tabla 1. Indicaciones maternas de interrupción del embarazo en pacientes no candidata a manejo conservador.

| <i>Indicación</i> | <i>Numero</i> | <i>%</i> |
|-------------------|---------------|----------|
| Trabajo de parto | 3 | 30% |
| Corioamnioitis | 2 | 20% |
| Total | 5 | 50% |

Tabla 2. Indicaciones fetales de interrupción del embarazo en pacientes no candidata a manejo conservador.

| <i>Indicación</i> | <i>Numero</i> | <i>%</i> |
|-------------------------------|---------------|----------|
| PBF* bajo sin oligohidramnios | 0 | 0 |
| PBF* bajo con oligohidramnios | 5 | 50% |
| Total | 5 | 50% |

Tabla 3. Las complicaciones fetales en este grupo de manejo conservador con esquema de madurez pulmonar incompleto.

| <i>Complicaciones fetales</i> | <i>Números</i> | <i>%</i> |
|-------------------------------------|----------------|----------|
| Sépsis temprana | 4 | 40% |
| Síndrome de dificultad respiratoria | 2 | 20% |
| Neumonía | 4 | 40% |
| Total | 10 | 100% |

Tabla 4. Tiempo hospitalario del feto en manejo conservador con esquema de madurez pulmonar incompleto.

| <i>Tiempo hospitalario</i> | <i>Días</i> | <i>%</i> |
|----------------------------|-------------|----------|
| 0-7 días | 0 | 0 |
| 8-14 días | 1 | 10% |
| 15-21 días | 4 | 40% |
| 22-28 días | 3 | 30% |
| Más de 28 días | 2 | 20% |

Tabla 5.- resultados de laboratorio al ingreso de pacientes en manejo conservador de ruptura de membranas remota de término.

| <i>Laboratorio</i> | <i>Promedio</i> | <i>Rango</i> | <i>Unidades</i> |
|--------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|
| Hemoglobina | 11.38 | 8.1-12 | Gr/dl |
| Plaquetas | 227,100 | — 190,000- 291,000 | Mm3 |
| Leucocitos | 11.52 | 7,500-14,380 | Mm3 |

Tabla 6 indicaciones maternas de la interrupción del embarazo con manejo conservador con esquema de madurez completa.

| <i>Indicación</i> | <i>Números</i> | <i>%</i> |
|-------------------|----------------|----------|
| Trabajo de parto | 4 | 13.8% |
| Corioamnioitis | 1 | 3.5% |
| Total | 5 | 17.25% |

Tabla 7 Indicaciones maternas de la interrupción del embarazo con manejo conservador con esquema de madurez completa

| <i>Indicación</i> | <i>Números</i> | <i>%</i> |
|------------------------------|----------------|----------|
| PBF bajo sin oligohidramnios | 15 | 62.50% |
| PBF con oligohidramnios | 9 | 20.25% |
| Total | 24 | 82.75% |

Tabla 8. Las complicaciones fetales con manejo conservador con esquema de madurez completa.

| <i>Complicaciones fetales</i> | <i>Numero</i> | <i>%</i> |
|-------------------------------------|---------------|----------|
| Sepsis temprana | 11 | 37.90% |
| Síndrome de dificultad respiratoria | 6 | 20.68% |
| Neumonía | 7 | 24.13% |
| Hemorragia interventricular | 1 | 3.45% |
| Atelectasia primaria | 1 | 3.45% |
| Hipoplasia pulmonar | 2 | 7.0% |
| Asfixia perinatal | 1 | 3.45% |

Tabla 9. Tiempo hospitalario del feto con manejo conservador con esquema de madurez completa

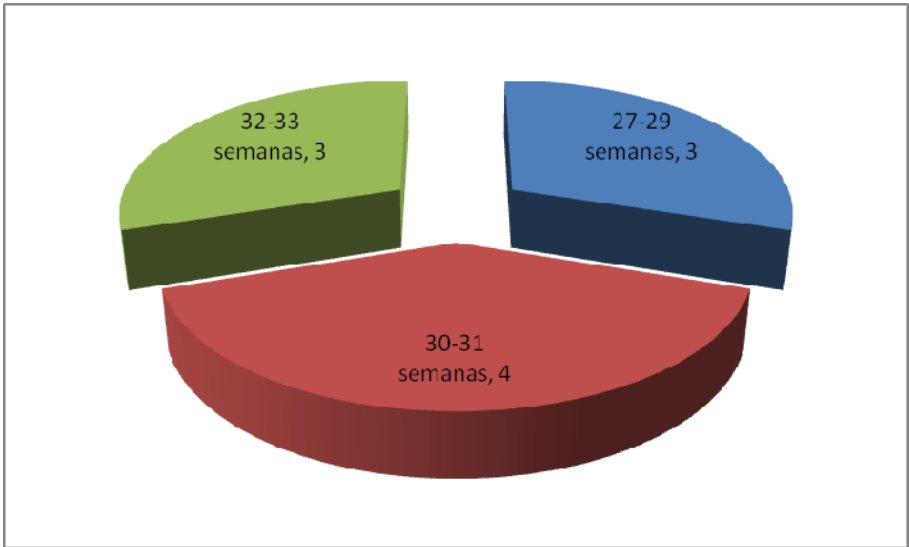
| <i>Tiempo hospitalario</i> | <i>Días</i> | <i>%</i> |
|----------------------------|-------------|----------|
| 0-7 días | 0 | 0 |
| 8-14 días | 5 | 17.24% |
| 15-21 días | 4 | 13.79% |
| 22-28 días | 7 | 24.13% |
| Más de 28 días | 14 | 44.82% |

Tabla 10.- resultados de laboratorio al ingreso de pacientes en manejo conservador con esquema de madurez pulmonar completa de ruptura de membranas remota de término.

| <i>laboratorio</i> | <i>Promedio</i> | <i>Rango</i> | <i>Unidades</i> |
|--------------------|-----------------|----------------------|-----------------|
| Hemoglobina | 11.88 | 10.3-13.8 | Gr/dl |
| Plaquetas | 237,750 | 134,000- 413,0000 | Mm3 |
| leucocitos | 10.60 | 8,800 -14,900 | Mm3 |

Tabla 11. Tiempo hospitalario del recién nacido en manejo conservador con esquema completo de inductor pulmonar.

| <i>Días</i> | <i>Tiempo hospitalario</i> | <i>%</i> |
|----------------|----------------------------|----------|
| 1-7 días | - | - |
| 8-14 días | 5 | 17.25% |
| 15-21 días | 4 | 13.80% |
| 22-28 días | 7 | 24.15% |
| Mas de 28 días | 13 | 44.85% |



Gráfica 1. Inicio del manejo conservador de acuerdo a la edad gestacional.

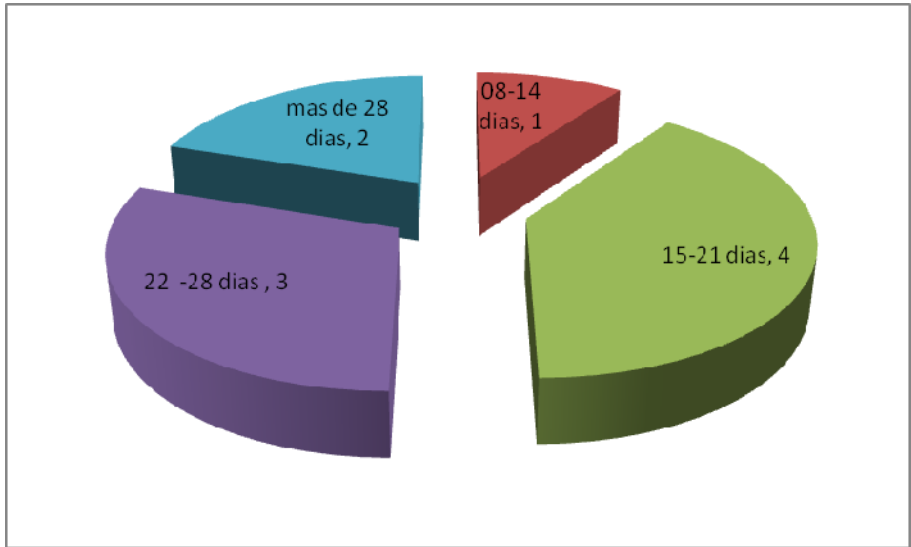
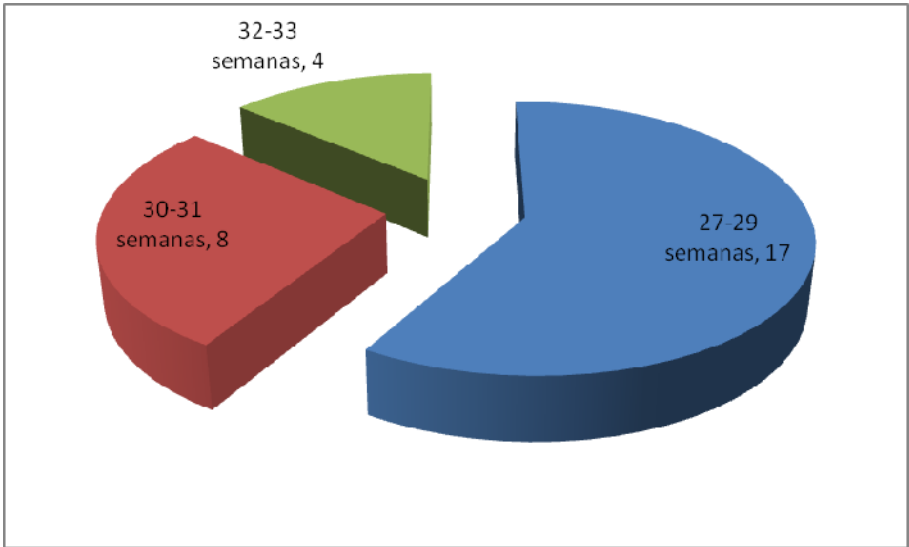
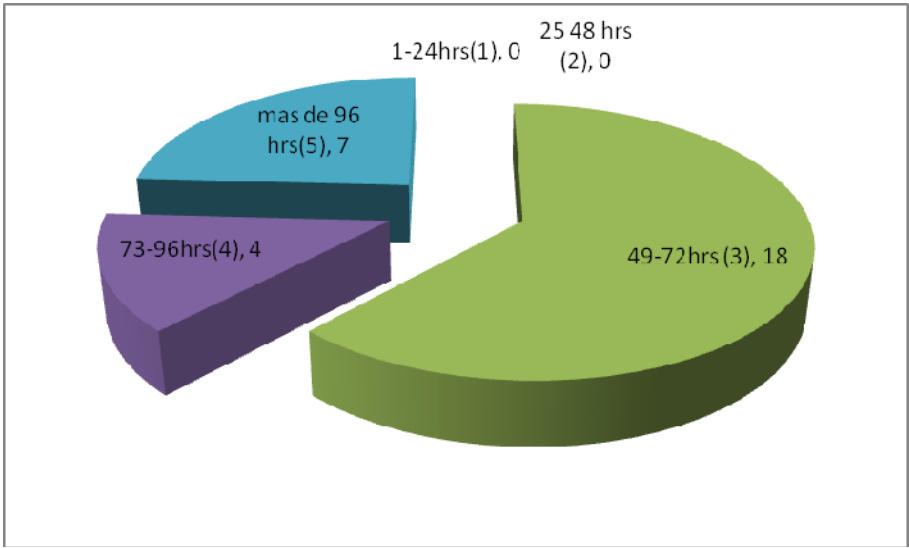


Grafico 2. Tiempo hospitalario del recién nacido en manejo conservador con esquema de madurez pulmonar incompleto.



Grafica 3. Inicio del manejo conservador de acuerdo a la edad gestacional.



Grafica 4. tiempo de ruptura de membranas en pacientes con manejo conservador.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramsey P, Lieman J, Brumfield C, et al. Chorioamnionitis increases neonatal morbidity in pregnancies complicated by preterm premature rupture of membranes. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 1162-1163.
2. Mercer B, Hnat M, Thurnau G, et al. Perinatal outcomes in women with preterm rupture of membranes between 24 and 32 weeks of gestation and a history of vaginal bleeding. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:164-163.
3. Goldenberg R, Hauth J, Andrews W, et al. Intrauterine infection and preterm delivery. *N Engl J Med* 2000; 342:500-507.
4. Paumier A, Gras-Leguen C, Branguer B, et al. Premature rupture of membranes before 32 weeks of gestation: prenatal prognosis factors. *Gynecol Obstet Fertil* 2008; 36:748-56.
5. Harding J, Pang J, Knight , et al. Do antenatal corticosteroids help in the setting of preterm rupture of membranes? *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:131-139.
6. Romero R. Premature Rupture of the membranes. In Reece E.A, Hobbins J,ed. *Medicine of the fetus and mother*. Philadelphia: Lippincot Raven, 1999: 1581 - 1598.
7. Mercer B. Preterm premature rupture of the membranes. *Obstet Gynecol* 2003; 101:178-93.
8. Lamont. Recent evidence associated with the condition of preterm prelabour rupture of the membranes. *Current opinion in Obstet Gynecol* 2003; 15:91-99.
9. Khashu M, Nayaranan M, Bhargara S, et al. Factors and outcomes associated with latency in preterm rupture. *J Matern Fetal Neonatal* 2008; 21: 821-825.
10. Kenyon S, Boulvain M, Neilson J, et al. Antibiotics for preterm Rupture of the membranes: A systematic review. *Obstet Gynecol* 2004; 104:1051.
11. Pasquier J, Picaud J, Rabilloud M, et al. Neonatal outcomes alter elective delivery management of preterm premature rupture of the membranes before 34 week's. *Eur J Obstet Gynecol* 2009; 1016:1-6.

12. Pasquier J, Rabilloud M, Picaud J, et al. Modeling the duration of the latency period after preterm premature rupture of the membranes according to maternal and pregnancy characteristics. *Eur J Obstet Gynecol* 2008; 139:157-163.