

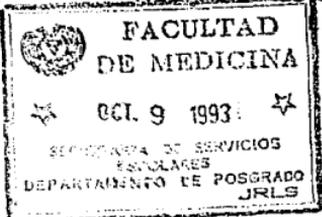
11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL "LUIS CASTELAZO AYALA"

16
2ej



M.S.S.

RESULTADO PERINATAL EN EMBARAZOS MENORES DE 28 SEMANAS CON RPM



ENSEÑANZA
HGO. "LUIS CASTELAZO AYALA"

I. M. S. S.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A .

DR. MA. KARENINA BORREGO GULLETTE

ASESORES: DR. JULIO CESAR RAMOS LEÓN
DR. CARLOS VILLANUEVA REYNOSO



IMSS

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1992



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 está 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.

INTRODUCCION

La ruptura prematura de las membranas corioamnióticas (RPM) ocurre con una frecuencia del 10% de todos los embarazos, y la frecuencia de RPM en embarazos por debajo de las 28 semanas reportada en estudios extranjeros es del 0.85% de todos los embarazos y 23% de todos los casos de RPM.^{1,2,3} En nuestro medio la frecuencia de RPM en embarazos menores de 30 semanas es de 13%.⁴

El manejo conservador que se brinda a una paciente con RPM en embarazos menores de 28 semanas se justifica solo en un número limitado de pacientes si tomamos en cuenta que la morbilidad y mortalidad fetales se ven incrementados con el solo hecho de la RPM independientemente de la edad gestacional y con un aumento de ambas mientras menor sea el embarazo.^{5,6,7}

Las consecuencias de la RPM sobre el feto son más importantes en el grupo de pacientes con embarazos menores de 28 semanas y el tiempo de permanencia in utero con oligohidramnios prolongado influye en forma directamente proporcional.^{8,9,10}

Los resultados neonatales encontrados en la literatura internacional no pueden ser extrapolados a nuestro medio ya que en algunos países de primer mundo un feto de 26 semanas tiene muchas posibilidades de sobrevivir y desarrollarse con un mínimo de secuelas.^{11,12,13} Nosotros, en cambio, tenemos una serie de limitaciones principalmente en el aspecto de medios técnicos para el manejo de productos con peso inferior a los 1000 g, por lo que el objetivo de este estudio es analizar que sucede en nuestro Hospital con los neonatos de madres con RPM antes de las 28 semanas de gestación, independientemente del manejo, a fin de valorar si las

conductas actuales siguen siendo válidas o debemos revalorar nuestras normas en este sentido.

OBJETIVO

Determinar en forma retrospectiva cuál es la frecuencia y el tipo de morbilidad y las causas de mortalidad en los productos nacidos de madres con RPM antes de las 28 semanas de gestación, bajo las normas actuales de manejo de esta patología en nuestro Hospital.

MATERIAL Y METODOS

Entre los meses de julio a octubre de 1992 se revisaron los registros del servicio de admisión hospitalaria del Hospital "Luis Castelazo Ayala" captando a aquellas pacientes que tuvieran como diagnóstico de ingreso el de RPM y embarazo menor de 28 semanas de gestación, además se incluyeron los casos que habiendo ingresado con un diagnóstico diferente se hubieran captado con esta patología y la edad gestacional referida en el 52 piso sur del mismo Hospital.

Una vez localizados los expedientes clínicos se verificaban el diagnóstico y la edad gestacional, excluyendo a aquellas pacientes en las que se descartó la RPM o en las que la edad gestacional fuera mayor de 28 semanas al momento del ingreso.

Se obtuvieron los datos que se anotan en la hoja de recolección que se adjunta a este documento.

RESULTADOS

Después de revisar 35 expedientes clínicos se incluyeron al estudio 14 pacientes que cumplieron con el diagnóstico, excluyendo 24 pacientes por no cumplir con la edad gestacional o con el diagnóstico

RESULTADO PERINATAL EN RPM ANTES DE LAS 28 SDG HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

DATOS MATERNOS:

EDAD: _____ GESTAS: _____ PARA: _____ ABORTOS: _____ CESAREAS: _____ OBITO PREVIO:

SI	NO
----	----

 RPM EN EMBARAZO PREVIO:

SI	NO
----	----

EDAD GESTACIONAL AL INGRESO (X FUN): _____ SDG TIEMPO ENTRE RPM E INTERUPCION DEL EMBARAZO:

DIAS	HORAS
------	-------

CONTROL PRENATAL		
REGULAR	IRREGULAR	AUSENTE

DIAS DE ESTANCIA INTRANSPITALARIA: _____ PERIODO DE LATENCIA: _____

DATOS DE CORTICOMIOTIS:

SI	NO
----	----

 USO DE INDUCTORES:

SI	NO
----	----

USO DE ANTIBIOTICOS:

SI	NO
----	----

FORMA DE INTERUPCION DEL EMBARAZO		
TRABAJO DE PARTO		
ESPONTANEO	INDUCIDO	CESAREA

INDICACIONES DE CESAREA:

DURACION DEL TRABAJO DE PARTO:

HORAS

 PARTO:

EUTOCICO	DISTOCICO
----------	-----------

DATOS FETALES:

EDAD GESTACIONAL: _____ PESO AL NACER: _____ APOGAR:

1 MIN	5 MIN
-------	-------

MALFORMACIONES (DESCRIBIR):

SEPSIS NEONATAL	
SI	NO

MORBILIDAD RESPIRATORIA	
S. D. R.	
MEMBRANA HIALINA	
BRONCODISPLASIA	
HIPOPLASIA PULMONAR	
OTROS	

EVOLUCION NEUROLOGICA

NORMAL: _____

ANORMAL (DESCRIBIR): _____

OTRAS PATOLOGIAS ASOCIADAS (DESCRIBIR)

DÍAS DE ESTANCIA EN UCIN: _____

de RPM y una paciente más que sí tenía el diagnóstico pero cuyo expediente estaba incompleto.

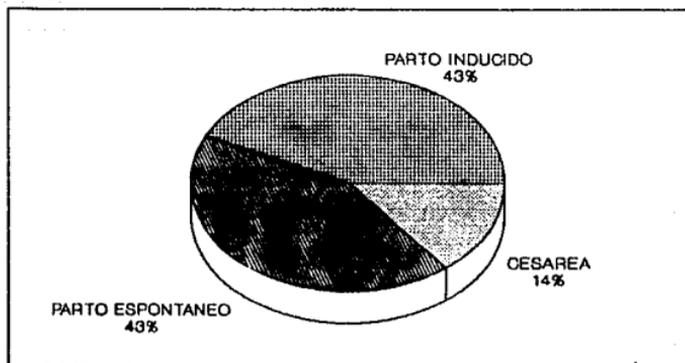
El promedio de edad fue de 28 años, con rango de 17 a 36 años. La media de gestaciones fue de 4, con rango de 1 a 13; la paridad promedio fue de 2, con rango de 0 a 6; la media de abortos fue de 1, con rango de 0 a 10; el promedio de cesareas fue de 0 con rango de 0 a 1. Dos pacientes tenían antecedente de obito previo y otras dos antecedente de RPM en embarazos previos. El promedio de edad gestacional fue de 28 semanas, con un rango de 20 a 27. El periodo de latencia fue de 24 horas en promedio con un máximo de 144 horas. El tiempo transcurrido entre la RPM y la interrupción del embarazo fue de 49 horas en promedio, con un rango de 3 a 185 horas. El promedio de estancia intrahospitalaria fue de 3 días con rango de 1 a 8 días. Seis pacientes presentaron datos clínicos de corioamniotitis. El embarazo se interrumpió por vía vaginal en 12 casos y en 2 por la vía abdominal. De los 12 partos, 6 iniciaron actividad uterina espontanea y 6 fueron inducidos. El tiempo promedio de duración del trabajo de parto fue de 10 horas, con un mínimo de 4 y un máximo de 19 horas. En el grupo de pacientes que tuvieron parto se presentaron como problemas obstétricos asociados un caso de placenta marginal con prolapso de cordón, y dos productos con presentación pélvica. Se utilizaron antibióticos previos a la interrupción del embarazo en 6 casos por presentarse datos clínicos de corioamniotitis. En los dos casos de cesárea las indicaciones fueron desprendimiento prematuro de placenta normoinsera en un caso y en el segundo placenta previa sangrante.

RPM EN EMBARAZOS MENORES DE 28 SEMANAS**Tabla 1. Datos generales de las pacientes**

ANTECEDENTE	PROMEDIO	RANGO
EDAD	28	(17-36)
GESTAS	4	(1-13)
PARIDAD	2	(0 - 6)
CEBAREAS	0	(0 - 1)
ABORTOS	1	(0-10)
EDAD GESTACIONAL	26	(20-27)
LATENCIA	24	(0-144)

RPM EN EMBARAZOS MENORES DE 28 SEMANAS
Vía de Resolución del embarazo (N=14)

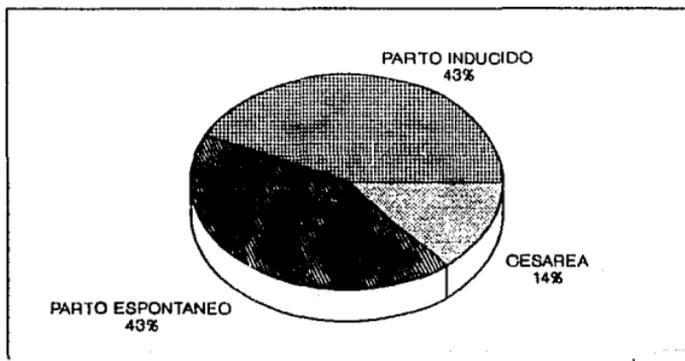
FIGURA 1



**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

RPM EN EMBARAZOS MENORES DE 28 SEMANAS
Vía de Resolución del embarazo (N=14)

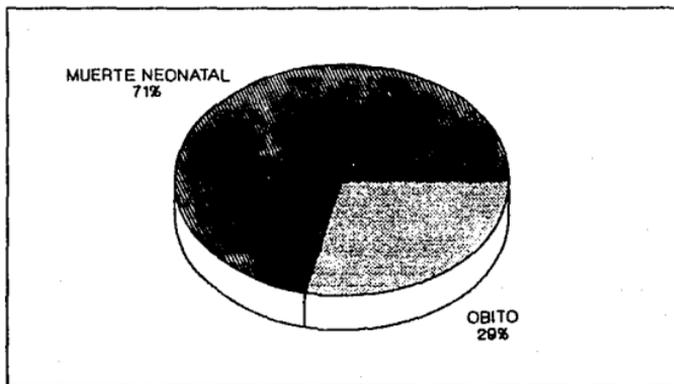
FIGURA 1



RPM EN EMBARAZOS MENORES DE 28 SEMANAS
Tabla 2. Problemas obstétricos asociados

PROBLEMA	Nº PACIENTES
CERCLAJE SHIRODKAR	1
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINBERTA	1
PLACENTA PREVIA SANGRANTE	1
PRESENTACION PELVICA	2
PROLAPSO DE CORDON	1

RPM EN EMBARAZOS MENORES DE 28 SEMANAS
Resultado Perinatal (N=14)
Figura 2



El promedio del peso fetal al nacer fue de 816 g, con rango de 400 a 1700 g. El Apgar al minuto y a los 5 minutos fue de 2 en promedio, con rango de 0 a 5 al minuto y de 0 a 6 a los 5 minutos. No se presentó ningún caso de malformaciones. Cuatro productos fueron obito y los 10 restantes fueron muertes neonatales dentro de las primeras 12 horas de vida extrauterina; ninguno de los productos fue trasladado a UCIN, permaneciendo en el servicio de transición.

DISCUSION

El promedio de edad materna en que se observa con mayor frecuencia la RPM es de 28 años, tanto en nuestro medio como en los reportes internacionales.^{17,18} Con respecto al número de gestaciones, Moretti¹⁷ reportó, en una población de 118 pacientes, un 29% de primigestas y un 84% de pacientes que tuvieron uno o más embarazos previos. El promedio de paridad en estas últimas fue de 1.8 (rango de 0-9), sin que exista diferencia con nuestro grupo, que tuvo un promedio de 2 con un rango de 0 a 6.

Con respecto a otros factores de riesgo tuvimos una paciente con antecedente de cerclaje de tipo Shirodkar, quien tuvo 3 abortos y 3 obitos previos. Taylor en su población de 53 casos tuvo un 7.5% de pacientes con cerclaje previo.

El promedio de semanas de gestación al momento de la RPM fue de 26 semanas, en cambio Moretti tuvo un promedio de 23.1 ± 2.7 . Con respecto al periodo de latencia, en nuestro estudio el promedio fue de 24 horas con un máximo de 6 días, siendo variable en otros reportes, entre 5 horas y 87 días con promedio de 16.8 en el estudio de Taylor y en el estudio de Moretti el promedio fue de 15 días con

un máximo de 152 días, cifras muy elevadas comparadas con las obtenidas en nuestro estudio.

En cuanto a los datos de corioamnioititis, nuestro estudio encontró 6 casos (42.8%). Moretti en su reporte encontró una frecuencia de 33% y Bengston reportó cifras muy similares a nuestro estudio (45.8% de su población de 59 casos).

Ninguna paciente ameritó legrado por retención de restos placentarios. La vía de interrupción del embarazo en nuestro medio difiere, en el caso de embarazos menores de 28 semanas con RPM, de lo reportado en la literatura internacional, donde se refiere una tasa muy alta de cesáreas a partir de las 26 semanas, generalmente por las indicaciones obstétricas clásicas.

Se obtuvo un peso fetal promedio de 816 g, sin diferencia con respecto a otros reportes.

El Apgar promedio al minuto y a los 5 minutos fue de 2, cifra muy semejante a la reportada por Beydoun⁽¹⁾ quien tuvo una población de 69 neonatos, de los cuales 12 tuvieron muerte neonatal temprana y edad gestacional menor de 27 semanas y cuyos pesos variaron de 400 a 1300 g, todos tuvieron Apgar menor de 3 a los 5 minutos y todos murieron por prematuridad, insuficiencia respiratoria y/o sepsis. Sus resultados son totalmente equiparables a los encontrados en el presente estudio en el cual la mortalidad perinatal fue del 100%, con 4 obitos y 10 muertes neonatales tempranas. Estos datos difieren de los reportados por otros autores. Moretti reporta una supervivencia de 85% las 24 y las 26 semanas con un 67% de productos con desarrollo normal. Yu y colaboradores⁽²⁾ reportan una tasa de supervivencia que se ha incrementado con el tiempo, en Australia, de un 32% a un 75%

para productos que nacen entre las 24 y las 28 semanas, con un 32% de productos con desarrollo normal.

La causa directa de la muerte neonatal no se pudo establecer en nuestro estudio en vista de que no se realizo ningun estudio postmortem, pero pensamos que no deben ser diferentes de las reportadas por otros autores: prematuréz extrema, insuficiencia respiratoria y sepsis.

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos en esta población de pacientes muestran que en nuestro Hospital la conducta actual de manejo de pacientes con RPM antes de las 28 semanas es la adecuada en cuanto a la resolución final del problema, es decir, se utiliza la vía adecuada en el momento oportuno y se brindan a la paciente las medidas necesarias para disminuir su morbilidad.

En cuanto a la sobrevida neonatal en productos nacidos de madres con RPM antes de las 28 semanas, esta es nula en nuestro Hospital. No podemos establecer la supervivencia únicamente en cuanto al peso fetal, sin dejar de correlacionar la edad gestacional, esto es, cuántos productos de los que han sobrevivido en nuestro Hospital con peso inferior a 1000 g han sido en realidad productos de gestaciones menores de 28 semanas o productos con retardo del crecimiento o desnutrición pero edades gestacionales mayores sin daño en la maduración.

No podemos adoptar una conducta pasiva a pesar de la mortalidad perinatal encontrada. Se deben buscar soluciones al problema con aplicación en niveles de atención previos, es decir, un mejor control

prenatal, identificación de factores de riesgo para RPM y su solución dentro de las posibilidades del nivel de atención, educación a la paciente para buscar atención oportunamente en caso de RPM.

Sería aventurado generalizar los datos obtenidos en este estudio a todas las pacientes que se atienden o atenderán en un futuro cercano en el Hospital "Luis Castelazo Ayala", partiendo de que es una población pequeña y quizá no representativa del problema real, por lo que es propósito del 5º piso sur de nuestro Hospital ampliar la muestra del estudio con una temática diferente, tal vez con la modificación de algunas conductas de manejo o de vigilancia en estas pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. Ahued-Ahued JR, Guerra-Martinez PF, Segura-Roldan MA, Lowenberg-Favela E, Sangines-Martinez A. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS. Análisis de 520 casos. *Ginec Obstet Mex* 1988; 54:159-83.
2. Bengston JM, VanMarter LJ, Barse VA, Green MF, Tuomala RE, Epstein MF. PREGNANCY OUTCOME AFTER PREMATURE RUPTURE OF THE MEMBRANES AT OR BEFORE 28 WEEKS' GESTATION. *Obstet Gynecol* 1989; 73:921-6.
3. Beydoun SN, Yasin SY. PREMATURE RUPTURE OF THE MEMBRANES BEFORE 28 WEEKS: CONSERVATIVE MANAGEMENT. *Am J Obstet Gynecol* 1986; 155:471-9.
4. Blott M, Greenough A. NEONATAL OUTCOME AFTER PROLONGED RUPTURE OF THE MEMBRANES STARTING IN THE SECOND TRIMESTER. *Arch Dis Child* 1988; 63:1146-50.

5. Graham LM, Gilstrap LC, Hauth JC, Kodak S, Conaster DG. CONSERVATIVE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH PREMATURE RUPTURE OF FETAL MEMBRANES. *Obstet Gynecol* 1982; 59:607-10.

6. Kitchen WH, Permezel MJ, Doyle LW, Ford GW, Rickards AL, Kelly EA. CHANGING OBSTETRIC PRACTICE AND 2-YEAR OUTCOME OF THE FETUS OF BIRTH WEIGHT UNDER 1000 g. *Obstet Gynecol* 1992; 79:268-75.

7. Moretti M, Sibai BM. MATERNAL AND PERINATAL OUTCOME OF EXPECTANT MANAGEMENT OF PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES IN THE MIDTRIMESTER. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 159:390-6.

8. Nimrod C, Varela-Gittings F, Machin G, Campbell D, Wesenberg R. THE EFFECT OF VERY PROLONGED MEMBRANE RUPTURE ON FETAL DEVELOPMENT. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 148:540-3.

9. Seo K, McGregor J, French JI. PRETERM BIRTH ASSOCIATED WITH INCREASED RISK OF MATERNAL AND NEONATAL INFECTION. *Obstet Gynecol* 1992; 79:75-80.

10. Taylor J, Garite TJ. PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES BEFORE FETAL VIABILITY. *Obstet Gynecol* 1984; 64:815-20.

11. Wilson JC, Levy DL, Wilde PL. PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES PRIOR TO TERM: CONSEQUENCES OF NONINTERVENTION. *Obstet Gynecol* 1982; 60:601-6.

12. Yu VYH, Ogill AA, Bajuk B, Astbury J. SURVIVAL AND 2-YEAR OUTCOME OD EXTREMELY PRETERM INFANTS. *Br J Obstet Gynaecol* 1984; 91:640-6.