



11217
105
2EJ

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL TACUBA
ISSSTE

**MANEJO CONSERVADOR DE RUPTURA
PREMATURA DE MEMBRANAS
EN EMBARAZOS PRETERMINOS**

**TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA**

**P R E S E N T A
DRA. MA. TERESA OROZCO RAMIREZ**

MEXICO, D. F.

FEBRERO 1995



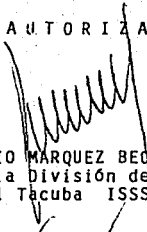
UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

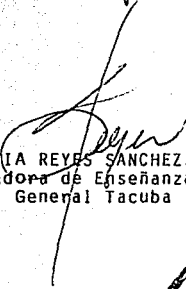
DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

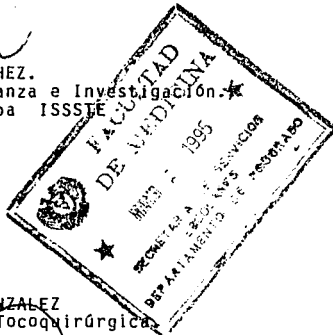
Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

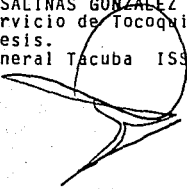
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

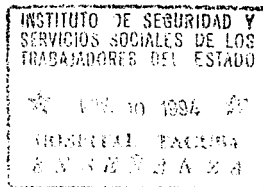
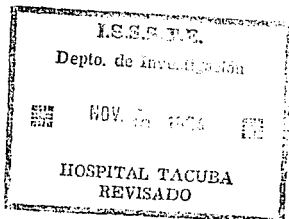
AUTORIZACION


DR. MARCO ANTONIO MARQUEZ BECERRA.
Coordinador de la División de Ginecología y Obstetricia
Hospital General Tacuba ISSSTE.


DRA. ELVIA REYES SANCHEZ.
Coordinadora de Enseñanza e Investigación.
Hospital General Tacuba ISSSTE.




SR. OSCAR SALINAS GONZALEZ
Jefe del Servicio de Tocoquirúrgica.
Asesor de Tesis.
Hospital General Tacuba ISSSTE.



DEDICATORIA

A DIOS Y A MIS PADRES:

Que con él esten, por todo -
el amor y apoyo que siempre
me dieron. A Dios por permi
tirme llegar hasta aquí.

A MI ESPOSO RICARDO:

Con todo mi amor por su apoyo,
paciencia, comprensión, confian-
za y amor que me han tenido siem-
pre.

A MI HIJA MABEL:

Gran alegría de mi existencia
y estímulo para realizar este
esfuerzo y por su constante -
sacrificio al soportar mi au-
sencia y el esperar para ver-
me al otro día.

A MIS HERMANOS:

Por el gran apoyo que me han - -
brindado para salvar los esco---
llos de la vida.

A MI FAMILIA POLITICA:

Por el apoyo que siempre me -
han brindado.

A G R A D E C I M I E N T O S

DR. MARQUEZ:

Por su enseñanza y gran apoyo que me guió a realizar lo que hoy termino.

DR. SALINAS:

Por su alto sentido de responsabilidad, por su enseñanza incondicional sin limitaciones, por su paciencia en mi formación profesional y por su colaboración en esta tesis.

DR. MENDEZ:

Por su enseñanza, paciencia y gran apoyo en mi formación profesional.

A MIS PROFESORES:

Dr. Roberto Alquisiris Tellez.
Dr. Rafael Buitrón García.
Dr. Alfonso de la Garza Benitez.
Dr. Sergio Fuentes Morales.
Dr. Lourdes Martínez Rodríguez.
Dr. Rubén Martínez Jiménez.
Dr. José Ramírez Solano.
Dr. José Romero Rivera.
Dr. Rene Toro Calzada.
Dra. Isabel Viloria.

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION.....	1
I. MARCO TEORICO	
DEFINICION DEL PROBLEMA.....	2
ANTECEDENTES.....	3
Parto prematuro.....	3
Ruptura prematura de membrana.....	8
Corioamnioitís.....	13
JUSTIFICACION.....	14
HIPOTESIS.....	14
OBJETIVO GENERAL.....	15
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	15
II. MATERIAL Y METODOS	
DISEÑO.....	16
DEFINICION DE UNIVERSO.....	17
TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	17
DEFINICION DE LOS SUJETOS EN OBSERVACION.....	17
DEFINICION DEL GRUPO CONTROL.....	17
CRITERIOS DE INCLUSION.....	18
CRITERIOS DE EXCLUSION.....	18
CRITERIOS DE ELIMINACION.....	18
CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.....	18

III. ASPECTOS ETICOS.....	19
RIESGO DE LA INVESTIGACION.....	19
IV. BIOSEGURIDAD.	
ESPECIFICAR IMPLICACION Y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD.	19
V. ORGANIZACION.	
RECURSOS HUMANOS.....	19
RECURSOS MATERIALES.....	20
TABLAS Y GRAFICAS.....	21
RESULTADOS.....	32
DISCUSION.....	34
CONCLUSIONES.....	36
BIBLIOGRAFIA.....	37

I N T R O D U C C I O N

El nacimiento pretérmino y las complicaciones que esto acarrea. encontrándose entre las principales el síndrome de distress respiratorio; siendo un problema de salud en el mundo ocasionando aumento en los días estancia de los neonatos. en los centros hospitalarios y los problemas psicológicos en la madre, así como las secuelas a futuro en el neonato como dificultad en el aprendizaje, desordenes en el comportamiento y atención entre otros; brinda estímulos para poder prevenir o disminuir este tipo de problemas como el uso de inductores de la maduración pulmonar fetal tratando de completar el esquema de 48 hrs. bajo vigilancia estricta de la madre para que no sean mayores las complicaciones que el beneficio, como es la corioamnioitis.

Dado lo anterior, y pensando en las implicaciones de el recién nacido pretérmino; ha dado como resultado la motivación a estudios como este.

DEFINICION DEL PROBLEMA

¿Se puede manejar conservadoramente una paciente con ruptura prematura de membranas, para esperar el efecto máximo de los inductores de maduración pulmonar fetal en embarazo pretérmino?

Tenemos que en embarazo pretérmino con ruptura de membranas el nacimiento del niño será a corto plazo y el riesgo de presentar el síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido o membrana hialina está casi invariablemente asociada a ese producto, cuyo proceso es secundario a una deficiencia parcial o total del factor surfactante que incluye en las fuerzas de tensión superficial alveolar lo que origina eventos fisiopatológicos en la mecánica pulmonar con una disminución en la distensibilidad pulmonar que conduce a la hipoxia, acidosis mixta y deterioro a nivel sistémico la cual inicia desde el primer día de vida extrauterina y se caracteriza por una dificultad respiratoria aguda con taquipnea, quejido respiratorio, aleteo nasal y retracciones intercostales, siendo en un 60% en recién nacidos de menos de 28 semanas y de un 15 a 20% en productos de 32 a 36 semanas con mayor severidad en pacientes masculinos, asfixiados y nacidos por operación cesárea, así como en hijos de madres diabéticas. Por otro lado tenemos que entre los factores que estimulan la maduración del pulmón fetal están los corticoesteroides entre otros; pero con estos se puede demostrar beneficios si el parto ocurre

entre las 24 hrs. y los primeros 7 días después de la terapia por lo que es necesario el manejo conservador en embarazadas con embarazo pretérmino con ruptura prematura de membranas, - esto es vigilando estrechamente que no haya datos de corioamnioitis.

A N T E C E D E N T E S

PARTO PREMATURO

Uno de los problemas durante el embarazo prematuro de -- membranas lo cual se ve agravado si el embarazo es pretérmino aquí analizaremos estos conceptos. Así pues se define como - prematuros a los recién nacidos con una edad gestacional mayor de 20 semanas y menor de 37, y con un peso al nacer mayor de 500 gm y menor de 2500 gm; aunque para los productos de 21 a 27 semanas con peso 501 a 1000 gm se catalogan como productos inmaduros se usa el término preamuturo para el parto que - tiene lugar entre las 20 y 37 semanas, se observa con una frecuencia de 6 al 21% siendo su cuasa desencadenante desconocida pero existen factores estiológicos bien establecidos que son complicaciones obstétricas entre las que tenemos:

Embarazo múltiple por sobre distensión

IVU,

RPM

D.M.

Polihidramnios

Partos prematuros previos

RhE

Cardiopatías maternas.

DPPNI

Placenta previa

Isoinmunización materno-fetal a RH.

Partos prematuros previos

y grupo sanguíneo.

Existen otros factores de riesgo no atribuibles a complicaciones obstétricas y son clasificadas como factores ambientales:

Nivel socioeconómico deficiente estrechamente relacionado con desnutrición, falta de asistencia prenatal especializada, trabajo excesivo, viajes largos, embarazo no deseado y madre soltera.

FACTORES MATERNOS:

Edad siendo más frecuente antes de los 20 años y después de los 30 años; talla más frecuente en menos de 1.50 m. de talla. Paridad; más frecuente en primigestas, anemia: hemoglobina menor de 11 gm; intervalo entre gestaciones menores de 2 años; peso antes del embarazo menor de 45 kg, tabaquismo -- ya que condiciona mayor riesgo de DPPNI, RPM, placenta pequeñas, placenta previa, todos ellos relacionados con hipoxemia materna y fetal, debido a la carboxihemoglobina, así mismo en pacientes que usan narcóticos y adictas al alcohol; par

tos prematuros repetidos, siendo hasta un 18% de partos prematuros en pacientes con partos previos prematuros; enfermedades maternas que conducen a hipoxia fetal crónica y un menor aporte de nutrientes que imposibilitan llevar a término la gestación por indicación médica precisa; defectos estructurales del útero por falta de fusión de los conductos de Müller, puede disminuir la capacidad real del fondo uterino, la alteración de la integridad del cérvix que condicionan la incompetencia ístmico cervical.

Para realizar el diagnóstico tendrá que haber una amenorrea de 20 a 36 semanas que correlacionen con signos clínicos como son fondo uterino menor de 29 cms o por USG DBP menor de 90 mm, obtención de líquido amniótico por amniocentesis o acúmulo vaginal en RPM para la obtención de fosfolípidos; la relación de lecitina esfingomielina 2:1.0 mayor indica maduración pulmonar, la relación 1:1.5 o menos indican inmadures y los valores 1.5 : 1 son transicionales, además pueden haber contracciones uterinas las cuales deberán ser dolorosas detectables por palpación deberán ser 1 en 10 min. de 15 segundos o más podrá o no haber dilatación y borramiento así como podrá o no haber expulsión de tapón mucoso y/o RPM.

Al tener estos datos clínicos se procederá a inhibir pero existen contraindicaciones, para ello relativas y absolutas entre las absolutas tenemos:

- Edad gestacional menor de 20 o mayor de 36.
- Madurez pulmonar del feto conocida.
- Diabetes no controlada en especial cetoacidosis.
- Hipertiroidismo no tratado.
- Cardiopatía orgánica no compensada (contraindicación para el uso de betamiméticos).
- Amniotitis.
- Obito fetal.

Malformación fetal grave.

- Hemorragia uterina intensa u otros signos de DPPNI.
- Nefropatías graves.
- Preeclampsia severa o eclampsia.
- En cuanto a las contraindicaciones relativas tenemos:
- Ruptura prematura de membranas.
- Dilatación cervical mayor de 3 cms, borramiento que exceda a 50% o ambos.

También se procederá a la estimulación de la maduración pulmonar fetal con flucocorticoides la cual esta contraindicada en evidencia de maduración pulmonar por prueba de Clements, antes de las 26 semanas y después de las 34 semanas de amenorrea, ruptura prematura de membranas con signos de infección ovular, infecciones maternas graves, diabetes descompensada y de difícil manejo, anomalías congénitas fetales graves.*

* Esquemas: Betametazona 12 mg cada 24 hrs. y repetir cada semana hasta las 32 semanas.
Dexametazona 8 mg. cada 12 hrs. por 48 hrs. repetir dosis de 8 mg. cada semana hasta la semana 32.

Así mismo se mantendrá en reposo a la paciente. Todo es to con el fin de lograr que el feto tenga una mayor madurez - con los medios más inocuos. También se usará una expansión - volumétrica de líquidos con lo cual probablemente aumente la corriente sanguínea por el útero y puede disminuir la liberación de oxitocina de la neurohipófisis.

Los fármacos tocolíticos que se utilizan están los beta-adrenérgicos entre ellos la isoxuprina, terbutalina, orciprenalina, salbutamol, bufenina, ritofrina, fenoterol, hexoprenalina siendo su acción básica de relajar el útero, al actuar sobre los receptores de éstos con ciertos efectos colaterales entre los que tenemos cierta relajación de los vasos sanguíneos, lo cual produce cierto grado de hipotensión, sobre todo diastólica, la cual por vía refleja puede producir taquicardia materna y fetal, con aumento del gasto cardíaco, así mismo aumentan la glucogenólisis y producen hiperglucemia materna y aumentan el paso de potasio del espacio extra al intracelular lo que conlleva a una hipopotasemia. Otro fármaco empleado son los inhibidores de las prostaglandinas, inhiben su formación a partir del ácido araquidónico entre ellos tenemos la indometacina, la naproxen, el fenopropén con efectos colaterales de disfunción plaquetaria, úlcera gastrointestinal, enmascaramiento de infecciones y más riesgo de hemorragia puerperal, en el feto puede producirse cierre prematuro del conducto arteriense en útero, otras posibilidades son hiperten-

sión pulmonar primaria con inhibición del crecimiento de arterias pulmonares y restricción del crecimiento del riñón fetal.

En cuanto a la ruptura prematura de membrana se designa a esta como la salida de líquido amniótico a través de una solución de continuidad de las membranas ovulares en embarazos mayores de 20 semanas y por lo menos 2 hrs. antes del inicio de trabajo de parto. Se conoce como ruptura precoz cuando esto ocurre cuando hay trabajo de parto entre 1 y 10 cm. de dilatación cuando ocurre después es oportuna. Además puede ser alta cuando se realiza por arriba del orificio cervical interno o baja si la ruptura sucede en la luz del mismo. Así también puede ser incompleta si se rompe el corión en la luz del cerviz y el amnios por arriba del orificio cervical interno y completa cuando se rompen en el mismo sitio; su frecuencia es de 9%; la etiopatogenia se engloba en dos grupos: causas predisponentes: Desarrollo inadecuado de las membranas coriamnioitis local, infiltración sanguínea corioamniótica -- por sangrado del tercer trimestre del embarazo, adherencias entre el orificio cervical interno y las membranas corioamnióticas, multiparidad, edad del embarazo cercana al término, polihidramnios, embarazo múltiples; las causas desencadenantes son hipertonia uterina por desprendimiento prematura de placenta normoinserta, administración errónea, de oxitocicos, movilidad brusca de las extremidades del producto, en presentación pelvia, exploraciones vaginales bruscas, versión por -

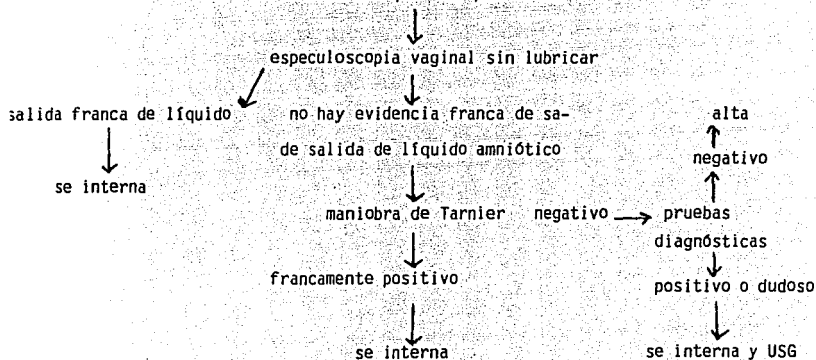
maniobras externas, contusión abdominal.

C.C. salida de líquido por la vagina sin causa, de instalación brusca, indolora, salida continua en cantidad variable dependiendo el sitio y amplitud de ruptura, aumenta con la -- bipedestación, el aspecto del líquido es translúcido, opale-- cente, a veces lechoso, con olor a esperma en ocasiones con-- tiene vérnix caseoso o meconio, por medio de exploración gine-- cológica con espejo vaginal se corrobora la salida de líquido por canal vaginal si esto no sucede se rechaza la presenta-- ción y sale líquido (maniobra de detarnier positiva) o se pide a la paciente que puje (maniobra de valsalva positiva), en oca-- siones se puede apreciar la presentación al tacto se toca di-- rectamente el cuero cabelludo o miembros del producto esto da diagnóstico en 90%; en el 20% restante se hace clínico median-- te pruebas de laboratorio teniendo métodos indirectos como la determinación de PH vaginal siendo este de 3.5 a 4.5 y el del líquido amniótico de 7 se alcaliniza el pH vaginal, se mide -- con tira reactiva de nitrazina, o se toma una muestra del fon-- do del saco y se tiñe con azul de nilo y da positividad con -- pH de 7, puede dar falsas negativas en presencia de infeccio-- nes e infestaciones vaginales que producen que aumente el PH también por la presencia de sangrado, jabón o soluciones anti-- sépticas por lo tanto es útil sólo en 70 a 85%; métodos di-- rectos son la cristalización de líquido amniótico que al se-- carse el agua que tiene, forma cristales en forma de hojas de helecho debido a su contenido de electrolitos, mucina y pro-- teínas útil en el 90 a 95% y después de la semana 21. Otra -

prueba es la de laneta se toma una muestra del fondo de saco sobre un portaobjetos y se flamea por el lado contrario y se torna blanco en donde se encuentran los cristales, otro método serí por USG para valorar cantidad de líquido amniótico el manejo es dependiendo de la edad gestacional y las condiciones obstétricas.

Vías de manejo para diagnóstico de ruptura
prematura de membranas

Antecedente de salida de líquido transvaginal
referido por la paciente



Embarazo no viable menor de 27
semanas se interrumpe embarazo
con consentimiento de la pareja.

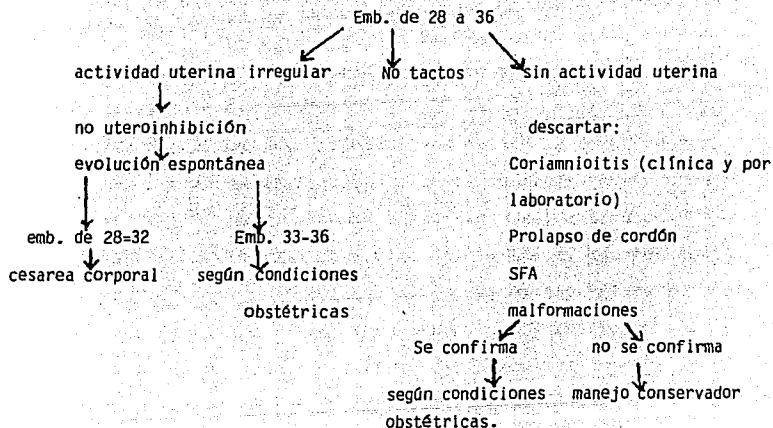
Indicaciones para interrumpir el embarazo de
28 a 36 semanas con manejo conservador.

Datos clínicos

taquicardia o fetal persistente
taquicardia materna mayor 100
hipertemia 38^oC
dolor a la movilización uterina
actividad uterina.
fetidez de líquido amniótico.

Datos de laboratorio

prot C reactiva 2 mg.
BH leucoetosis de 16000
neutrofilos en banda 6%



CORIOAMNIOITIS.

Es una infección localizada a las membranas corio amnióticas de embarazos mayores de 20 semanas, en el 95 al 98% de los casos secundaria a RPM frecuencia de 0.7 a 29.5% promedio 9%; germen de mayor frecuencia gran negativos, anaerobios, cocos, los germen que se aislan con mayor frecuencia son -- *E. coli*, proteus, aerobacter, pseudomona, providencie, bacteroides, peptococo, peptoestreptococo, con menor frecuencia, - estreptococo, neumococo, sth, gonococo y en raras ocasiones - monilias, virus, etc., causas predisponentes RMP, administración de antibióticos en forma profiláctica, hemorragias del - tercer trimestre diabetes y toxemia, causas desencadenante, - tactos repetitivos, amniocentesis, coito y las duchas vaginales su cuadro clínico: coriamnionitis potencial o latente en -- RPM demás de 6 grs. asociada a una o varias causas predisponentes, corioamnionitis asintomática cuando se detectan germen en el cultivo de líquido de la placenta, cordón o estudio clínico del R.N. la corioamnionitis sintomática leve cuando -- existiendo la RMP hay frebícula, taquisfigmia, líquido amniótico fétido, y con alternaciones macroscópicas, útero doloroso, alt. de la FCF y transtornos de la contractividad uterina oligohiposistolía severa cuando hay fiebre más de 40°C taquisfigmia mayor de 120. líquido amniótico purulento, muerte fetal intraútero, shock bacterémico e infección peritoneal. El manejo es antibióticoterapia e interrupción del embarazo de preferencia vía vaginal y tener en cuenta la posibilidad de - césarea histerectomía.

JUSTIFICACION

Al esperar el efecto de los esteroides en la maduración pulmonar del producto en RPM en embarazos pretérmino se disminuye el riesgo de distress respiratorio o membrana hialina, - lo cual disminuye la tasa de morbimortalidad en recién nacido por la enfermedad esto es bajo la vigilancia estricta de la - paciente que no presenta datos de corioamnioitis y se podrá - lograr una mejor sobrevivida en el producto, así mismo disminuirá los gastos médicos por la necesidad de un manejo, intrahospitalario prolongado disminuyendo los días estancia y además logrará una mejor estabilidad emocional en la paciente al tener a su hijo en su domicilio.

H I P O T E S I S

Se logrará una menor incidencia del síndrome de distress respiratorio en productos pretérmino si se espera el máximo - efecto de los inductores de maduración pulmonar, sin que haya riesgo de corioamnioitis ya que se mantendrá en vigilancia -- clínica y por laboratorio. Se disminuirá el riesgo de trauma obstétrico en embarazos de 28 a 33 semanas obteniéndose por - vía abdominal que por vía vaginal.

- Demostrar que disminuye la incidencia de distress respiratorio si se deja actuar los inductores de la maduración pulmonar en RPM en embarazos pretérmino.

MATERIA Y METODOS

DISEÑO

Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, abierto aplicada, exploratoria y clínica; en el servicio de Ginecología y Obstetricia del HG Tacuba dependiente del ISSSTE en el periodo comprendido del 10. de marzo de 92 a junio de 1994, - una vez valoradas en urgencias las pacientes con embarazo de 28 a 38 semanas con RPM, a las cuales se les realizó BH con - diferencial, examen general de orina, prot C reactiva VSG TP TPT, durante su estancia la paciente permaneció en reposo absoluto, decubito lateral izquierdo, sin realizarse tactos vaginales solo el de ingreso para su valoración inicial manejada sin antibióticos y administrando inductores de la maduración pulmonar a base de hidrocortisona, o betametasona dejando fuera de este estudio a las pacientes que cumplieran con - algún punto de los criterios de exclusión (se mencionan más - adelante), posteriormente se manejo con los inductores de maduración pulmonar se decide la vía de nacimiento de acuerdo a las condiciones obstétricas y realizando operación cesarea para embarazos de 28 a 33 semanas y vía vaginal previa valoración de condiciones obstétricas a los embarazos de 34 a 36 semanas.

- * Se tomó FCF, frecuencia cardiaca materna, horaria, curva -- térmica, frecuencia respiratoria, sensibilidad uterina, vigilancia de presencia o ausencia de actividad uterina y características de líquido amniótico.

DEFINICION DE UNIVERSO.

Nuestro universo fueron todas las pacientes que acudieron al hospital General Tacuba con embarazo de 28 a 36 semanas con ruptura prematura de membranas en el periodo de marzo de 1992 a junio de 1994.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Cuarenta y cuatro pacientes con embarazo de 28 a 36 semanas - con RPM sin importar el tiempo de evolución.

DEFINICION DE LOS SUJETOS EN OBSERVACION.

Pacientes con embarazos de 28 a 36 semanas con RPM manejadas con inductores de la maduración pulmonar fetal, sin antibióticaoterapia a las cuales se les dió manejo conservador antes -- descrito.

DEFINICION DEL GRUPO CONTROL.

Pacientes con embarazo de 28 a 36 semanas con tratamiento profiláctico de antibióticos.

CRITERIOS DE INCLUSION

Paciente con embarazo de 28 a 36 semanas.

Ruptura prematura de membranas sin importar tiempo de evolución.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

Los criterios de exclusión fueron: sufrimiento fetal agudo, -
pacientes con datos de corioamnioitis a su ingreso, trabajo de
parto activo a su ingreso, sufrimiento fetal crónico agudiza-
do, inserción anormal de placenta, arritmia cardíaca, enfer-
medad renal materna, hipertiroidismo, diabetes, y aquellos --
factores de riesgo que la conviertan en embarazo de alto ries-
go.

CRITERIOS DE ELIMINACION.

Los criterios de eliminación fueron: trabajo de parto activo;
prolapso de cordón y sufrimiento fetal agudo.

LA CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS INCLUYE:

Nombre, Cédula, edad, edad gestacional, tiempo de ruptura, --
APGAR, silverman, peso al nacimiento, peso al egreso, dis- -
tress respiratorio si o no, corioamnioitis si o no, adminis-
tración de inductores de maduración pulmonar si o no antibió-
ticoterapia si o no, vía de nacimiento, paridad, antecedente
de parto prematuro, VSG, prot C reactiva BH (leucocitosis).

ASPECTOS ETICOS.

RIESGO DE LA INVESTIGACION: Existe un riesgo mínimo de que se desarrolle datos de corioamniotitis y sepsis neonatal pero debido a la vigilancia estrecha de los datos clínicos y de laboratorio esto no se presentó.

BIOSEGURIDAD.

Dentro de las medidas de seguridad para las pacientes estuvieron manejadas intrahospitalariamente, con vigilancia estrecha del pulso, frecuencia cardiaca fetal, temperatura, frecuencia cardiaca materna horaria, datos de laboratorio, BH con diferencial, VSG Prot C reactiva para poder identificar en la forma más temprana datos de corioamniotitis.

RECURSOS HUMANOS.

Entre los recursos humanos contamos con Dr. Oscar Salinas González, médico adscrito del Servicio de Ginecología y Obstetricia, asesor de tesis; Dra. Orozco Ramírez Ma. Teresa realizadora de la tesis y el grupo de residentes y adscritos del Hospital General Tacuba, adscritos en los años 1991-1994; Así como personal de enfermería del servicio de Ginecología y Obstetricia y de laboratorio clínico.

RECURSOS MATERIALES.

Entre los recursos materiales tuvimos que contar con área de hospitalización, canas, estetoscopio de pinard; doptone, cinta métrica; hojas de enfermería, termómetros, hidrocortisona, betametasona.

Laboratorio: reactivo para determinar prot C reactiva VCGM - conteo de leucocitos.

TABLA No. 1		
EDAD	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
15 - 20	12	27.27 %
21 - 25	16	36.36 %
26 - 30	12	27.27 %
31 - 35	2	4.5 %
36 - 40	2	4.5 %

Grupos de edad de las pacientes.

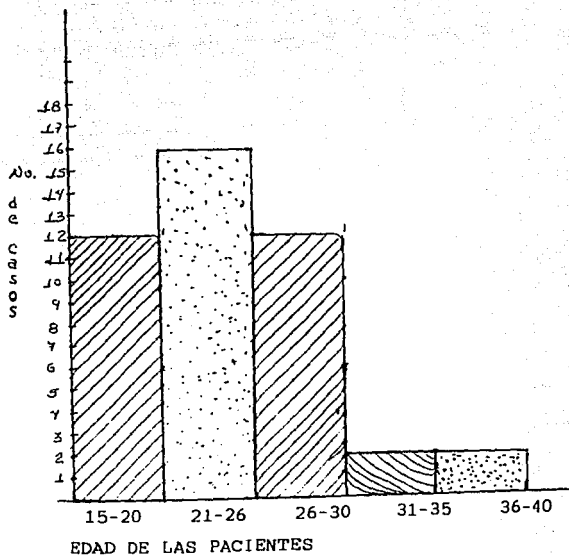


TABLA No. 2		
SEXO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
FEMENINO	16	36.36 %
MASCULINO	28	63.63 %

Sexo de los productos.

SEXO DE PRODUCTOS

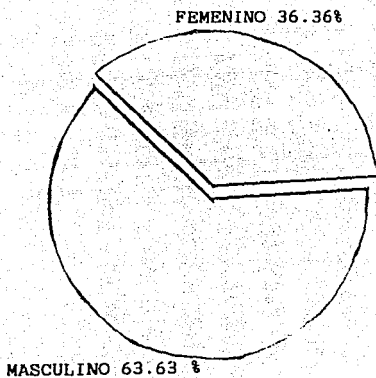
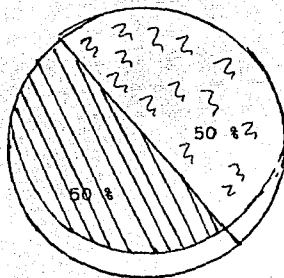


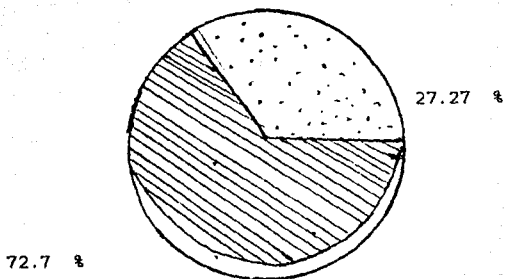
TABLA No. 3		
MANEJO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
CONSERVADOR	22	50%
NO CONSERVADOR	22	50%

Manejo conservador es en aquellas que no se manejo anti-bióticoterapia y no conservador es cuando si se empleo antibióticos.



▨ MANEJO CONSERVADOR
▩ MANEJO NO CONSERVADOR

TABLA No. 4		
ADMINISTRACION DE ESTEROIDES	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
SI	32	72.7 %
NO	12	27.27 %



□ Pacientes que no recibieron esteroides.

▨ Pacientes que si recibieron esteroides.

TABLA No. 5		
DIA	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
- 1	7	21.8 %
1	8	25.1 %
2	17	53.1 %

Dias de tratamiento con esteroides.

TABLA No. 6		
LABORATORIO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
LEUCOCITOSIS	7	15 %
V C G AUMENTADA	3	6.8 %
PROT. C REACTIVA	3	6.8 %

Datos de laboratorio que presentaron las pacientes.

TABLA No. 7		
SIGNOS	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
FIEBRE	2	4.5 %
TAQUICARDIA FETAL	3	6.8 %
TAQUICARDIA MATERNA	3	4.5 %
TAQUIPNEA	2	4.5 %

Datos clínicos presentes en las pacientes en estudio

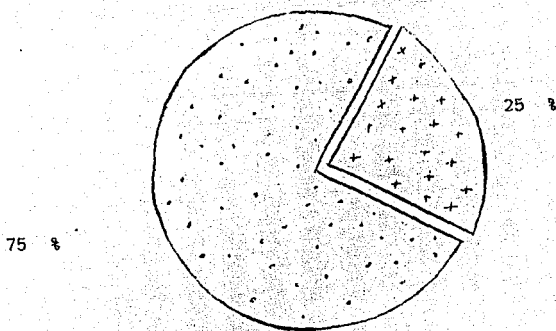
TABLA No. 8

CONDICION OBSTETRICA	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
PRESENTACION PELVICA	5	11.3 %
PLACENTA PREVIA	5	11.3 %
SUPRIMIENTO FETAL	2	4.5 %
CESAREA ANTERIOR	4	9.0 %
EMBARAZO GEMELAR	2	4.5 %
INDUCTO FALLIDA	2	4.5 %
CESAREA ITERATIVA	1	2.2 %
SITUACION TRANSVERSA	1	2.2 %
PERIODO INTERGENESICO CORTO	1	2.2 %
PROCIDENCIA DE HOMBRO	1	2.2 %

Condiciones obstetricas concomitantes en embarazos prétermino con ruptura prematura de membranas.

TABLA No. 9		
T DE P *	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
SI	11	25 %
NO	33	75 %

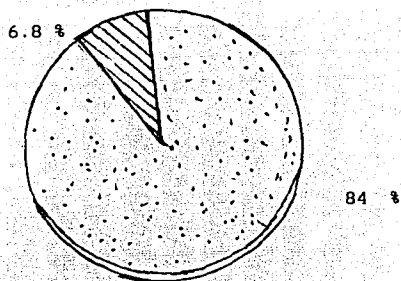
Pacientes que presentaron trabajo de parto.
*trabajo de parto.



- Pacientes que presentaron trabajo de parto
- Pacientes que no presentaron trabajo de parto

TABLA No. 10		
CORIOAMNIOITIS	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
SI	3	6.8 %
NO	41	84 %

No. de pacientes que presentaron datos de corioamnioititis.





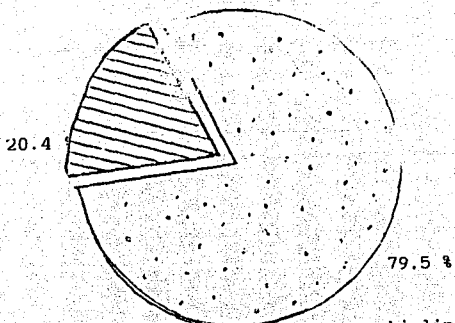
-  Pacientes que presentaron corioamnioititis
-  Pacientes que no presentaron datos de corioamnioititis

TABLA No. 11		
MEMBRANA HIALINA	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE
SI	9	20.4 %
NO	35	79.5 %

Neonatos que presentaron membrana hialina.



- ▨ pacientes que presentaron membrana hialina
- ▣ Pacientes que no presentaron membrana hialina

TABLA No. 12
VIA DE NACIMIENTO Y EDAD GESTACIONAL

CESAREA	28 - 32 SEMANAS	14	34.14 %
	33 - 36 SEMANAS	27	65.85 %
PARTO	28 - 32 SEMANAS	1	30 %
	33 - 36 SEMANAS	2	60 %

R E S U L T A D O S

En el período del estudio se obtuvieron 44 pacientes -- que cumplieron con los criterios de inclusión; dentro de los criterios de exclusión el que más se presentó fue trabajo de parto en 11 de las pacientes (7.5%; tabla No. 9), dentro del grupo de pacientes que se estudiaron el grupo de edad más frecuente se encontró entre los 21 y 30 años en un 28% (tabla 1) de los neonatos que se obtuvieron de estas pacientes predominaron los del sexo masculino 28 un 63.63%. (tabla No. 2), se manejo en las pacientes antibioticoterapia en 22 pacientes -- (50%) sobre todo en pacientes con ruptura de membranas de larga evolución (tabla No. 3); la administración de inductores de la maduración pulmonar fetal se llevo a cabo en 32 pacientes (72.72%) (tabla No. 4), siendo el otro grupo el de control, con 12 (27.27%) en cuanto a los días de tratamiento con esteroides lo más frecuente fue de 48 hrs. en 17 pacientes lo que equiala a 53.1% (tabla No. 5); el tiempo de administración de esteoides fue porque presentaron datos de los criterios de eliminación; de los datos de laboratorio el que más se presnetó fue la leucocitosis en 7 pacientes (15%) en 3 -- (6.8%) pacientes se presentó alteración en VCGmy en 3 (6.8%) se presentó la prot C reactiva aumentada (Tabla No. 6); desde el punto de vista clínico los datos que se obtuvieron con más frecuencia fue taquicardia materna y fetal en 3 pacientes -- (6.8%) (Tabla No. 7); existieron algunos datos desde el punto de vista obstétrico que indicó la cesárea en las pacientes --

siendo las más frecuentes la presentación pélvica y las inserciones anómalas de placenta en 10 pacientes (22.6%) (tabla No. 8): presentándose trabajo de parto en 11 pacientes (25%), (tabla No. 9), presentaron datos de corioamnionitis, 3 pacientes (6.8% Tabla No. 10): y la membrana hialina o síndrome de distress respiratorio se presentó en 9 pacientes (20.4%); para la vía de nacimiento tenemos que prevaleció la cesárea en 43 pacientes (93.18) (tabla No. 12).

siendo las más frecuentes la presentación pelvica y las inserciones anómalas de placenta en 10 pacientes (22.6%) (tabla -- No. 8): presentándose trabajo de parto en 11 pacientes (25%), (tabla No. 9), presentaron datos de corioamniotitis, 3 pacientes (6.8% Tabla No. 10): y la membrana hialina o síndrome de distress respiratorio se presentó en 9 pacientes (20.4%); para la vía de nacimiento tenemos que prevaleció la cesárea en 43 pacientes (93.18) (tabla No. 12).

D I S C U S I O N

El manejo de los inductores de la maduración pulmonar fetal es muy controvertido especialmente cuando hay ruptura prematura de membranas pero sin embargo como se ha visto en este estudio en que se hace notar que si disminuye el riesgo de membrana hialina sin alterar o aumentar el riesgo de corioamnioitis, como observamos en nuestro estudio el mayor número de neomatos prematuros fue en el sexo masculino mencionandose varias teorías de ellos en la literatura ya descrita, se maneja a las pacientes con antibióticoterapia en aquellas con ruptura de membranas de larga evolución para tener grupo de control en nuestro estudio; el manejo con esteroides fue en 32 pacientes, siendo en 17 pacientes manejadas por 48 hrs. o sea el esquema completo, en las otras pacientes en que fue menor el tiempo de administración fue porque presentaron algún criterio de eliminación, entre los datos de laboratorio 7 pacientes presentaron leucocitosis dentro de estas 3 presentaron VSG-M aumentada y proteína C reactiva aumentada en las de más se encontraron estos datos dentro de lo normal de estas pacientes que presentaron alteración en los datos clínicos fueron las que presentaron posteriormente datos de corioamnioitis, así mismo estas mismas pacientes fueron las que presentaron taquicardia materna y fetal; analizando nuestros resultados que existieron un número alto de datos obstetricos que nos obligaron a realizar cesárea en las pacientes por lo la -

D I S C U S I O N

El manejo de los inductores de la maduración pulmonar fetal es muy controvertido especialmente cuando hay ruptura prematura de membranas pero sin embargo como se ha visto en este estudio en que se hace notar que si disminuye el riesgo de -- membrana hialina sin alterar o aumentar el riesgo de corioamnioitis, como observamos en nuestro estudio el mayor número de neonatos prematuros fue en el sexo masculino mencionándose varias teorías de ellos en la literatura ya descrita, se maneja a las pacientes con antibióticoterapia en aquellas con ruptura de membranas de larga evolución para tener grupo de control en nuestro estudio; el manejo con esteroides fue en 32 pacientes, siendo en 17 pacientes manejadas por 48 hrs. o sea el esquema completo, en las otras pacientes en que fue -- menor el tiempo de administración fue porque presentaron algún criterio de eliminación, entre los datos de laboratorio 7 pacientes presentaron leucocitosis dentro de estas 3 presentaron VSG M aumentada y proteína C reactiva aumentada en las demás se encontraron estos datos dentro de lo normal de estas -- pacientes que presentaron alteración en los datos clínicos -- fueron las que presentaron posteriormente datos de corioamnioitis, así mismo estas mismas pacientes fueron las que presentaron taquicardia materna y fetal; analizando nuestros resultados que existieron un número alto de datos obstétricos que nos obligaron a realizar cesárea en las pacientes por lo la --

D I S C U S I O N

El manejo de los inductores de la maduración pulmonar fetal es muy controvertido especialmente cuando hay ruptura prematura de membranas pero sin embargo como se ha visto en este estudio en que se hace notar que si disminuye el riesgo de membrana hialina sin alterar o aumentar el riesgo de corioamnionitis, como observamos en nuestro estudio el mayor número de neonatos prematuros fue en el sexo masculino mencionandose varias teorías de ellos en la literatura ya descrita, se maneja a las pacientes con antibióticoterapia en aquellas con ruptura de membranas de larga evolución para tener grupo de control en nuestro estudio; el manejo con esteroides fue en 32 pacientes, siendo en 17 pacientes manejadas por 48 hrs. o sea el esquema completo, en las otras pacientes en que fue menor el tiempo de administración fue porque presentaron algún criterio de eliminación, entre los datos de laboratorio 7 pacientes presentaron leucocitosis dentro de estas 3 presentaron VSG M aumentada y proteína C reactiva aumentada en las demás se encontraron estos datos dentro de lo normal de estas pacientes que presentaron alteración en los datos clínicos fueron las que presentaron posteriormente datos de corioamnionitis, así mismo estas mismas pacientes fueron las que presentaron taquicardia materna y fetal; analizando nuestros resultados que existieron un número alto de datos obstetricos que nos obligaron a realizar cesárea en las pacientes por lo la -

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Huddleston F. Parto prematuro. En; Clínicas de Ginecología y Obstetricia 1982; 3: 129-141.
- 2.- Brena E. Tapia R. Parto prematuro y embarazo prolongado. Ruptur prematura de membranas. en. Ginecología y Obstetricia. AM-HGO No. 3 I.M.S.S. 3a. ed. 1987: 525-248.
- 3.- Pritchard J. McDonald. Embarazo pretérmino y postérmino y retraso del crecimiento fetal. En; Williams Obstetricia, 3a. ed. 1986: 723-744.
- 4.- Coustan D. Aspectos clínicos de la aceleración prenatal de la maduración pulmonar. En; Clínicas de Perinatología 1987;3: 729-744.
- 5.- Nottler R. Shapiro D. Sustancias tensoactivas del pulmón como forma de reposición. En; Clínicas de Perinatología - 1987;3: 455-504.
- 6.- Lewis P. Farmacología en obstetricia. Ed. Panamericana - 1992: 165-205.
- 7.- Collaborative Group on Antenatal Steroid Therapy. Effect of antenatal dexamethasone administration on the prevention of respiratory distress syndrome. Am. J. obstet Gynecol 1982; 141: 276-287.
- 8.- Doran T. Swyer P. Resultd of a double-blind controlled - study on the use of betamethasone in the prevention of - respiratory distress syndrome. Am J. Obstet Gynecol 1980 130: 313-320.