

11217

36
29



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
Hospital de Ginecología y Obstetricia
Centro Médico La Raza
Instituto Mexicano del Seguro Social

IMPACTO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN LA INCIDENCIA DE LA INFECCION PUERPERAL

TESIS DE POSTGRADO
para obtener el Título en la Especialidad de
GINECOOBSTETRICIA

presenta

DR. DANIEL LUIS RENE DUCOING DIAZ



IMSS

México, D. F.

1996

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



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.

IMPACTO DE LA RUPTURA DE MEMBRANAS
EN LA INCIDENCIA DE LA INFECCION PUERPERAL.

HOSPITAL GENERAL DE ZONA 2 A

GINECOOBSTETRICIA

AUTOR : DR. DANIEL LUIS RENE DUCOING DIAZ.

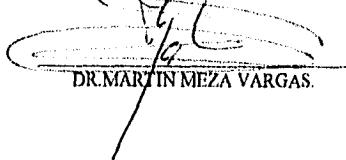
ASESOR : MARTIN MEZA VARGAS.

PROFESOR DE GINECOOBSTETRICIA



DR. MARTIN MEZA VARGAS.

JEFE DE EDUCACION MEDICA E INVESTIGACION



DR. MARTIN MEZA VARGAS.

INDICE

INTRODUCCION	1
OBJETIVO	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
HIPOTESIS	6
MATERIAL Y METODOS	7
RESULTADOS	11
CONCLUSIONES	23
BIBLIOGRAFIA	24

INTRODUCCION

LAS MEMBRANAS OVULARES SON DOS : UNA INTERNA (EL AMNIO) Y OTRA EXTERNA (EL CORDÓN). EL CORIÓN LEVE, CUANDO EL HUEVO LLEGO AL TERCER MES Y MEDIO O CUARTO MES, SE PEGO A TRAVES DE LA DECIDUA REFLEJA CON LA CADUCA PARIETAL, DE TAL MANERA QUE ALGUNOS AUTORES CONSIDERAN QUE LAS ENVOLTURAS DEL HUEVO SON TRES : DE ADENTRO HACIA AFUERA SERÍAN EL AMNIO, EL CORION, Y LA CADUCA, RESULTANDO DE LA FUSIÓN DE LAS CADUCAS REFLEJA Y PARIETAL.

PROPIAMENTE ENVOLTURAS DEL HUEVO SON NADA MAS EL AMNIO Y EL CORION. CUANDO EL HUEVO ESTA A TERMINO , EL CORION ES UNA MEMBRANA CON UNA ARMAZON CONJUNTIVA RECUBIERTA POR U EPITELIO , ES UNA MEMBRANA RESISTENTE DE COLOR BLANCO OPACO, QUE ESTA INTIMAMENTE ADHERIDA A LA CADUCA, DE TAL MANERA QUE CUANDO SALE LA PLACENTA Y SALEN LAS MEMBRANAS , ASI COMO A NIVEL DE LA PLACENTA SE DESPEGA TAMBIÉN LA CAPA ESPONJOSA DE LA CAPA COMPACTA DE LA CADUCA PARIETAL , DE TAL MANERA QUE EL ESPESOR DEL CORION ESTA DETERMINADO EN PARTE POR SUS PROPIAS CAPAS HISTOLÓGICAS , Y EN PARTE POR LOS FRAGMENTOS DE CAPA COMPACTA DE DECIDUA QUE SE VIENEN CON ÉL CUANDO SE DESPEGAN DE LAS MEMBRANAS.

EL CORION ESTA SEPARADO DE LA CADUCA POR UN TEJIDO SUMAMENTE SÓLIDO, DE TAL MANERA QUE SON INDISOCIABLES EN LA PRACTICA EL CORION Y LA CADUCA ; EN CAMBIO ESTA SEPARADO DEL AMNIO POR UN TEJIDO SUMAMENTE LAXO, DE TAL MANERA QUE ES POSIBLE Y AÚN FACIL DESPEGAR EL CORION Y EL AMNIO.

EL CORION LIBRE RECUBRE COMPLETAMENTE EL HUEVO, Y EL ESPESOR DEL CORION ES TANTO MAS GRUESO, Y LA MEMBRANA ES POR ENDE TANTO MAS RESISTENTE CUANTO MAS CERCA DE LA PLACENTA ESTÁ, DE MANERA QUE EL PUNTO MAS DEHIL DEL CORION ES EL POLO OPUESTO DE LA PLACENTA.

VENDRÍA DESPUES HACIA ADENTRO EL AMNIO, QUE ES TAMBIEN UNA ARMAZON CONJUNTIVA EXTERNA Y UN EPITELIO INTERNO. EL EPITELIO DEL AMNIO TIENE LA PARTICULARIDAD DE SER UN EPITELIO SECRETOR, DE MANERA QUE ES A SUS EXPENSAS DONDE ELABORA CUANDO MENOS LA MAYOR PARTE DEL LIQUIDO AMNIÓTICO, TIENE SUS PORCIONES MAS RESISTENTES MIENTRAS MAS CERCA ESTÉN LA PLACENTA ; LA PORCIÓN MAS DEBIL ESTA EN EL OPUESTO DE LA PLACENTA.

LA FUNCIÓN DE LAS MEMBRANAS ES EMINENTEMENTE PROTECTORA ; DESDE LUEGO CONSERVAN LA INTEGRIDAD DEL PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN, QUE SE ENCUENTRA NADANDO EN LA CAVIDAD AMNIÓTICA Y LO PROTEGEN CONTRA TODOS LOS AGENTES EXTERIORES, FUNDAMENTALMENTE CONTRA LAS INFECCIONES.

EL AMNIO ES UNA MEMBRANA QUE SE INFECTA MUY FACILMENTE Y LA INTEGRIDAD DEL AMNIO PROTEGE AL LIQUIDO AMNIÓTICO, AL AMNIO MISMO Y SOBRE TODO AL PRODUCTO, CONTRA LA INFECCIÓN QUE PODRÍA PENETRAR A TRAVES DE LA VAGINA Y DEL CONDUCTO CERVICAL PARA LLEGAR AL PRODUCTO.

EL LIQUIDO AMNIÓTICO ENCERRADO POR LA CAVIDAD AMNIOTICA Y EN EL QUE SE ENCUENTRA SUSPENDIDO EL PRODUCTO, AL FINAL DEL EMBARAZO ES DE

APROXIMADAMENTE ENTRE 500 Y 800 ml. ESTE ES UN LIQUIDO TRANSPARENTE, LIGERAMENTE TURBIO, CUYO OLOR ES MUY PARECIDO AL SEMINAL Y EN CUYA COMPOSICION SE ENCUENTRA EN SU MAYORIA CONFORMADO DE AGUA, PRODUCTOS DEL CATABOLISMO DE LAS PROTEINAS, DE LAS GRASAS DE LOS HIDRATOS DE CARBONO Y SALES MINERALES.

EL LIQUIDO AMNIÓTICO CONTIENE ADEMAS ALGO DE SECRESION DE LAS GLANDULAS SEBÁCEAS DE LA PIEL DEL PRODUCTO; ESTA SE LE DENOMINA "VERNIX CASEOSO" O "BARNIZ CASEOSO", OTROS AUTORES LO DENOMINAN "UNTO SEBÁCEO". UNA PARTE DE ESTE UNTO SE DESPRENDE DEL PRODUCTO Y PASA A FORMAR PARTE DEL LIQUIDO AMNIÓTICO; IGUALMENTE SE ENCUENTRA EN EL LIQUIDO AMNIÓTICO, PARTE DE LOS VELLLOS QUE SE DESPRENDEN DE LA PIEL DEL PRODUCTO Y A ESTOS VELLLOS SE LE LLAMA "LANUGO", DE TAL MANERA QUE EL LIQUIDO AMNIÓTICO TAMBIEN CONTIENE ALGO DE LANUGO.

EL ORIGEN PRINCIPAL DEL LIQUIDO AMNIÓTICO ES EL AMNIO MISMO, EL EPITELIO DEL AMNIO QUE TIENE LA CAPACIDAD DE SECRETAR. PERO ADEMAS, SE PIENSA QUE EL ORIGEN DEL LIQUIDO AMNIÓTICO ESTA EN LA ORINA DEL PRODUCTO.

EL LIQUIDO AMNIÓTICO ES DEGLUTIDO POR EL PRODUCTO, PUESTO QUE SE HA ENCONTRADO EN TODO EL TRACTO DIGESTIVO DEL PRODUCTO, LOS COMPONENTES DEL LIQUIDO AMNIÓTICO, QUE NO PODRIAN TENER OTRO ORIGEN MAS QUE LA DEGLUCIÓN. ESTA PERFECTAMENTE DEMOSTRADO QUE EL PRODUCTO EFECTUA MOVIMIENTOS DE DEGLUCIÓN. EL LIQUIDO AMNIOTICO ESTA PUES FORMADO POR ORINA DEL PRODUCTO Y AL MISMO TIEMPO SIRVE PARA AYUDAR AL EQUILIBRIO HÍDRICO DEL ORGANISMO DEL PRODUCTO, PUESTO QUE PUEDE ABSORBER MAS O MENOS SUS PROPIAS NECESIDADES BIOLÓGICAS.

LA FUNCION DEL LIQUIDO AMNIÓTICO, APARTE DE CONTRIBUIR AL MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO HIDRICO DEL PRODUCTO ES TAMBIEN EMINENTEMENTE PROTECTORA. EL LIQUIDO AMNIÓTICO, APARTE DE CONTRIBUIR AL MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO HIDRICO DEL PRODUCTO ES TAMBIEN EMINENTEMENTE PROTECTORA. EL LIQUIDO AMNIOTICO ES UN PRINCIPIO PROTEGE AL PRODUCTO DE LAS ADHERENCIAS QUE PUDIESE HABER ENTRE SU SUPERFICIE Y LA SUPERFICIE INTERIOR DE LAS PAREDES OVULARES, ADHERENCIA QUE PODRIAN DAR LUGAR EN ETAPAS MAS AVANZADAS, A DEFORMACIONES DEL PRODUCTO DE TAL MANERA QUE EN UN PRINCIPIO PROTEGE CONTRA ELLAS. MAS ADELANTE LO PROTEGE CONTRA LOS AGENTES EXTERNOS SOBRE TODO DE NATURALEZA TRAUMÁTICA, ES DECIR AMORTIGUA EL TRAUMATISMO SUFRIDO POR EL ABDOMEN DE LA MADRE, QUE SI NO HUBIESE LIQUIDO AMNIÓTICO IRÍA A DAR DIRECTAMENTE SOBRE EL PRODUCTO. EN CAMBIO, EN UN TRAUMATISMO RECIBIDO EN EL UTERO CON LIQUIDO AMNIÓTICO, SE DISTRIBUYE DE MANERA UNIFORME POR TODAS LAS PAREDES DE ACUERDO CON LAS LEYES HIDRÁULICAS Y ASI REPERCUTE POCO O NADA SOBRE EL ORGANISMO DEL PRODUCTO. IGUALMENTE PROTEGE AL UTERO CONTRA LOS MOVIMIENTOS DEL PRODUCTO. SI NO HUBIESE LIQUIDO AMNIÓTICO, UNA DE DOS, O EL PRODUCTO NO PODRÍA MOVERSE PORQUE NO LO DEJARIAN LAS PAREDES DEL UTERO, O SI SE MUEVE, SUS MOVIMIENTOS SERÍAN DOLOROSOS PARA LA MADRE. TODO ESTO SE EVITA CON LA PRESENCIA DEL LIQUIDO AMNIÓTICO.

EN UN PRINCIPIO ESTE LIQUIDO ES MUCHO MAS ABUNDANTE QUE AL FINAL; SI SE CONSIDERA CON RELACION A LA TALLA DEL PRODUCTO, EL VOLUMEN DEL LIQUIDO AMNIÓTICO PROPORCIONALMENTE ES MUCHO MAYOR QUE EL DEL PRODUCTO. A MEDIDA QUE AVANZA EL EMBARAZO ESTA RELACION VA DISMINUYENDO, Y AL LLEGAR AL FINAL DEL EMBARAZO EL LIQUIDO AMNIÓTICO OCUPA UN VOLUMEN INFERIOR. ESTO

TIENE VARIAS CONSECUENCIAS . LA MOVILIDAD DEL PRODUCTO EN EL INTERIOR DEL ÚTERO, AL PRINCIPIO DEL EMBARAZO ES SUMAMENTE FACIL, PORQUE HAY UNA GRAN MASA LIQUIDA QUE LO RODEA, Y ESTE PUEDE DESALOJARSE BIEN. CONFORME EL EMBARAZO VA AVANZANDO, LA MASA LIQUIDA VA DISMINUYENDO CON RELACION AL TAMAÑO DEL PRODUCTO Y ESTE VA ENCONTRANDO MENOS FACILIDAD PARA DESALOJARSE. LLEGA A TAL GRADO QUE A PARTIR DEL SEPTIMO MES Y MEDIO DE EMBARAZO ES FRANCAMENTE DIFICIL, O CUANDO MENOS ES POCO FRECUENTE QUE EL PRODUCTO HAGA EVOLUCIONES COMPLETAS EN EL INTERIOR DEL ÚTERO; CLARO QUE CONTINUA MOVIENDO SUS MIEMBROS, HACIENDO MOVIMIENTOS INSPIRATORIOS Y ESPIRATORIOS, CONTINUA REALIZANDO MOVIMIENTOS DE ROTACION SOBRE SU EJE, PERO FLEXIONES , VUELTAS COMPLETAS SOBRE SU EJE LONGITUDINAL, ES DIFICIL QUE SE HAGAN A PARTIR DE ESTA EPOCA, PORQUE LA ATMOSFERA LIQUIDA EN LA QUE SE MUEVE EL PRODUCTO ES MUY PEQUEÑA.

EL CORDÓN UMBILICAL POR UNA PARTE SE INSERTA EN EL OMILIGO, POR OTRA PARTE SE INSERTA EN LA PLACENTA. SU LONGITUD AL TERMINO DEL EMBARAZO ES DE 50 A 60 cm , CUANDO ESTA ESTIRADO; ESTE CORDON EN DETERMINADAS ANOMALIDADES DEL EMBARAZO PUEDE SER MAS LARGO (SE HAN DESCRITO CORDONES DE 3 m DE LARGO) ; IGUALMENTE HAY CORDONES MAS CORTOS.

AL TERMINO DEL EMBARAZO, EN UN CORTE TRANSVERSAL DEL CORDON VERÍAMOS QUE SON TRES LOS VASOS QUE LO ATRAVIESAN, UNA VENA Y DOS ARTERIAS UMBILICALES. EXISTE LA CIRCUNSTANCIA CURIOSA DESDE EL PUNTO DE VISTA FISIOLÓGICO DE QUE LA VENA UMBILICAL TIENE LA CONSTITUCIÓN ANATÓMICA DE CUALQUIER VENA Y SIN EMBARGO A SU TRAVÉS CIRCULA SANGRE ARTERIAL PORQUE LA SANGRE VA PASANDO DE LA PLACENTA AL PRODUCTO POR LA VENA UMBILICAL. EN CAMBIO LAS ARTERIAS CUYA CONSTITUCIÓN ANATÓMICA ES ARTERIAL, A TRAVES DE ELLAS PASA SANGRE VENOSA, SANGRE QUE VIENE DEL PRODUCTO CARGADA DE DIOXIDO DE CARBONO PARA DEPOSITARLO EN LA PLACENTA, CIRCULA POR LAS ARTERIAS UMBILICALES.

RODEANDO A LOS VASOS, EN EL CORDON EXISTE UNA SUBSTANCIA COLOIDE LLAMADA GELATINA DE " WHARTON " , ESTA GELATINA LES FORMA UNA ATMOSFERA A LOS VASOS, Y ENVOLVIENDO ESTA GELATINA ESTA EL AMNIO; SOLAMENTE QUE EL AMNIO QUE A NIVEL DEL RESTO DEL HUEVO ES PERFECTAMENTE SEPARABLE DEL CORION Y LA PLACENTA, A NIVEL DEL CORDON, COMO NO HAY CORION, EL AMNIO SE ADHIERE SOLIDAMENTE AL ESTROMA DE LA GELATINA DE WHARTON, DE TAL MANERA QUE NO PUEDE SEPARARSE A MENOS QUE SE ABRA EL CORDON.

A NIVEL DE LA INSERCIÓN PLACENTARIA, EL CORDON PUEDE INSERTARSE EN EL CENTRO DE LA PLACENTA, PERO PUEDE INSERTARSE EN UNA PORCIÓN MAS CERCA DEL BORDE (INSERCIÓN LATERAL) , O BIEN INSERTARSE MUY CERCA DEL BORDE (INSERCIÓN MARGINAL), O BIEN EN EL BORDE MISMO (INSERCIÓN EN RAQUETA) , Y A LA PLACENTA SE LE DENOMINA PLACENTA EN RAQUETA.

PUEDE OCURRIR QUE LOS VASOS DEL CORDON , COMO SUCEDE NORMALMENTE , LLEGUEN PERPENDICULARMENTE A LA PLACENTA Y DESPUES SE RAMIFIQUEN. PERO OCURRE EN OCASIONES QUE LOS VASOS SE SEPARAN ANTES DE LLEGAR A LA PLACENTA, ENTONCES ESTA PORCIÓN DE LOS VASOS ESTÉ RECUBIERTA SOLAMENTE POR EL AMNIO; ESTE TIPO DE INSERCIÓN SE DENOMINA VELAMENTOSA.

LA RUPTURA DE MEMBRANAS PUEDE OCURRIR EN EL MOMENTO EN QUE LA DILATACIÓN CERVICAL ES MAYOR DE 4 CM; DICHA RUPTURA SE PRODUCE POR LA PRESIÓN DE LAS CONTRACCIONES UTERINAS (RUPTURA ESPONTANEA). EN OTRAS

OCASIONES EL OBSTETRA PRODUCE LA RUPTURA ARTIFICIAL DE ELLAS, PRETENDIENDO ACELERAR EL SEGUNDO PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO. TECNICA NO RECOMENDABLE CUANDO EXISTEN PRESENTACIONES MUY ALTAS Y EL TRABAJO DE PARTO NO ES REGULAR.

CONFORME A LA LITERATURA SE HA CONSIDERADO A LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS COMO UNO DE LOS FACTORES MAS IMPORTANTES EN LA INFECCIÓN PUERPERAL, ES POR ELLO QUE EN NUESTRO HOSPITAL, HEMOS ANALIZADO TALES FACTORES PREDISponentES PARA LA INFECCION Y ENCONTRAMOS QUE EN LAS PACIENTES CON INFECCION PUERPERAL , EL ANTECEDENTE DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS SE PRESENTA SOLO O COMBINADO EN EL 12% DE LOS CASOS. LA INCIDENCIA DE INFECCION PUERPERAL EN GENERAL EN EL HOSPITAL ES DE 2.2% Y LA INFECCION POSTCESAREA DE 5.4%, SEGÚN ESTUDIOS RECIENTEMENTE ANALIZADOS.

OBJETIVO

OBJETIVO 1

DETERMINAR SI LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ES DIRECTAMENTE PROPORCIONAL CON LA INFECCION PUERPERAL.

OBJETIVO 2

DETERMINAR SI LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ES INVERSAMENTE PROPORCIONAL A LA INFECCION PUERPERAL.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿LAS MADRES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y AMNIOITIS PRESENTAN

MAYOR FRECUENCIA DE INFECCION NEONATAL EN COMPARACION CON AQUELLAS

MADRES SIN ANTECEDENTES DE RUPTURA DE MEMBRANAS NI AMNIOITIS ?

HIPÓTESIS

HIPOTESIS 1

LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS TIENE UNA RELACION DIRECTAMENTE PROPORCIONAL CON LA INFECCION PUERPERAL.

HIPOTESIS 0 :

LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS TIENE LA MISMA RELACION QUE LA INFECCION PUERPERAL.

HIPOTESIS 1 :

LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ES INDEPENDIENTE DE LA INFECCION PUERPERAL.

TIPO DE VARIABLE : NOMINAL.

ESTADISTICO DE BASE : P

TAMAÑO DE LA MUESTRA : 40 PACIENTES EN CADA GRUPO

TIPO DE MUESTREO : TODOS LOS PACIENTES QUE REUNAN LOS CRITERIOS DE INCLUSION PARA CUALQUIERA DE LOS GRUPOS

A n 1 = 40

B n 2 = 40

n = 80

MATERIAL Y METODOS

SE TRATA DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO, TRANSVERSAL, COMPARATIVO, OBSERVACIONAL.

CRITERIOS DE INCLUSION :

- 1.- MADRES CON ANTECEDENTES DE RUPTURA DE MEMBRANAS Y AMNIOITIS.
- 2.- MADRES SIN ANTECEDENTES DE RUPTURA DE MEMBRANAS Y SIN AMNIOITIS.
- 3.- MADRES CON EMBARAZOS DE 30 SEMANAS DE GESTACION EN ADELANTE.
- 4.- MADRES QUE EN SU ATENCION HAYA SIDO POR PARTO EUTOCICO, FORTUITO, CESAREA, O FORCEPS.

CRITERIOS DE NO INCLUSION :

- 1.- MADRES QUE EN EL MOMENTO DEL PARTO, SE CONTAMINEN CON MATERIA FECAL.
- 2.- MADRES CON PADECIMIENTO INMUNOLOGICOS (POR EJEMPLO LUPUS ERIEMATOSO SISTEMICO, ARTRITIS REUMATOIDE, ETC.).
- 3.- RECIEN NACIDOS HIJOS DE MADRES CON ANTECEDENTES DE TORCH.
- 4.- MADRES CON INFECCION SISTEMICA (SIDA, TUBERCULOSIS, SALMONELOSIS).
- 5.- MADRES TOXEMICAS.
- 6.- MADRES CON ALTERACIONES METABOLICAS.
- 7.- MADRES QUE REUNAN NO LOS CRITERIOS DE INCLUSION Y/O QUE SE LES HUBIERA INICIADO ANTIBIOTICOTERAPIA.

CRITERIOS DE EXCLUSION :

- 1.- MADRES CON EMBARAZO MENOR A 30 SEMANAS DE GESTACION.
- 2.- MADRES CON PADECIMIENTOS INMUNODEPRESIVOS.
- 3.- MADRES CON PADECIMIENTOS INFECCIOSOS.
- 4.- MADRES EMBARAZADAS TOXEMICAS.
- 5.- MADRES EMBARAZADAS TRATADAS CON ANTIMICROBIANOS.
- 6.- MADRES EMBARAZADAS CON PATOLOGIA RENAL.
- 7.- MADRES EMBARAZADAS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS.

UNIVERSO DE TRABAJO

MADRES CAPTADOS EN EL SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA Y/ O PEDIATRIA DURANTE EL PERIODO DE 1o DE SEPTIEMBRE DE 1994 AL 1o DE FEBRERO DE 1995.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

EL INVESTIGADOR RESPONSABLE LLEVARA A CABO EL PROTOCOLO DE INVESTIGACION EN UN LAPSO NO MAYOR DE 15 DIAS A PARTIR DEL 1o DE SEPTIEMBRE DE 1994.

SE PRESENTO EL PROTOCOLO DE ESTUDIO AL SUBCOMITE DE INVESTIGACION DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 2 A, POSTERIORMENTE DE SER APROBADO SE DIO INICIO AL ESTUDIO. LAS MADRES FUERON CAPTADOS POR EL INVESTIGADOR DURANTE 6 MESES, AL TERMINO DEL MISMO SE REALIZO EL ANALISIS ESTADISTICO, ELABORAR CONCLUSIONES

1.- LOS PACIENTE FUERON CAPTADOS EN LAS SALAS DE EXPULSION, LABOR DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA (UTQ) Y QUIROFANOS.

2.- LAS PACIENTES FUERON MADRES ATENDIDAS POR PARTO EUTOCICO, DISTOCICO, FORCEPS, CESAREA Y PARTO FORTUITO.

3.- LOS PACIENTES QUE REUNIAN LOS CRITERIOS DE INCLUSION SE LES TOMO UNA MUESTRA SANGUINEA CON EL SIGUIENTE LABORATORIO: BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA, UNA DE LA PLACENTA Y 3 MUESTRAS AL RECIEN NACIDO A LAS 24, 48 Y 72 HORAS, ASI COMO UNA MUESTRA DE ASPIRADO GASTRICO PARA CULTIVO. LOS CORDONES UMBILICALES Y LAS PLACENTAS FUERON ENVIADOS A PATOLOGIA.

4.- A LAS MADRES DE LOS RECIEN NACIDOS SE LES TOMO EN LA SALA DE LABOR MUESTRA SANGUINEA : BIOMETRIA HEMATICA Y FROTIS DE CULTIVO CERVICOVAGINAL.

5.- TANTO LAS MADRES COMO LOS RECIEN NACIDOS NO HABRIAN RECIBIDO ANTIBIOTICOS PREVIO A LA TOMA DE LAS MUESTRAS.

6.- LAS MUESTRAS SE ENVIARON AL LABORATORIO PARA SU PROCESAMIENTO Y ANALISIS.

7.- SE MARCO CON UN ASTERISCO DE COLOR NARANJA EN LA HOJA FRONTAL DEL EXPEDIENTE CLINICO PARA TENER CONTROL Y CONOCIMIENTO DE QUE LA PACIENTE YA HABIA SIDO CAPTADA.

8.- EL OBSTETRA COMUNICO AL PEDIATRA DEL SERVICIO DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA QUE PACIENTE ELIGIO Y CAPTO PARA QUE AL MOMENTO DEL NACIMIENTO LE SEAN TOMADOS LOS ESTUDIOS SANGUINEOS CORRESPONDIENTES DE BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA AL CORDON UMBILICAL, ASPIRADO GASTRICO Y CULTIVO DEL MISMO.

9.- EL PEDIATRA DE LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA ENVIO LA PLACENTA COMPLETA AL SERVICIO DE PATOLOGIA EN BOLSAS DE PLASTICO Y FORMOL.

10.- A LOS RECIEN NACIDOS CAPTADOS EN LA UNIDAD TOCOQUIRURGICA SE LES DISTINGUIO DE LA MISMA MANERA CON EL ASTERISCO NARANJA CON LA FINALIDAD DE MEJORAR EL CONTROL DEL ESTUDIO. A ESTOS NIÑOS SE LES TOMO BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA A LAS 24, 48 Y 72 HORAS DE VIDA EXTRAUTERINA, SIEMPRE Y CUANDO DADO LA EVOLUCION DE SU PADECIMIENTO NO HAYAN AMERITADO EL USO DE ANTIMICROBIANOS.

ANALISIS ESTADISTICO:

LOS DATOS OBTENIDOS FUERON MANEJADOS UTILIZANDO LOS PROGRAMAS LOTUS 123R24, EPI6, DEL CDC DE ATLANTA , GEORGIA. ASI SE DETERMINO LAS MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL , Y ANALISIS DE VARIANZA PARA ESTUDIO DE COHORTES.

COMO PRUEBA DE VALIDEZ ESTADISTICA SE UTILIZO LA PRUEBA DE CHI CUADRADA Y T DE STUDENT.

PARA LA ELABORACION DE CUADROS Y GRAFICAS SE UTILIZO PROGRAMA FREELANCE GRAPHICS Y MICROSOFT EXCEL V. 5.0.

VARIABLE INDEPENDIENTE:

MADRE CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y AMNIOITIS A QUIEN PRESENTE SALIDA TRANSVAGINAL DE LIQUIDO AMNIOTICO ANTES DEL INICIO DEL TRABAJO DE PARTO, DE TIEMPO VARIABLE Y QUE CLINICAMENTE PRESENTE ENTRE OTROS DATOS, FIEBRE, TAQUICARDIA, FETIDEZ DE LIQUIDO AMNIOTICO, VULVOVAGINITIS, Y QUE AL MOMENTO DE LA ATENCION DEL PARTO SE DETECTE "CAVIDAD UTERINA CALIENTE ". ESTAS CONSIDERACIONES SE COMPLEMENTARAN CON ESTUDIOS DE LABORATORIO TALES COMO BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA, EXAMEN GENERAL DE ORINA, CULTIVO DE SECRESION VAGINAL. Y PROTEINA C REACTIVA.

VARIABLE DEPENDIENTE:

RECIEN NACIDO CON INFECCION NEONATAL QUE PRESENTE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES DATOS :

A) DISTERMIAS, PALIDEZ, SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RECHAZO A LA VIA ORAL, VOMITO Y DIARREA E HIPOACTIVIDAD.

B) EVOLUCION NEONATAL INMEDIATA SIN APARENTES ALTERACIONES CLINICAS.

AMBOS RECIEN NACIDOS (A Y B) CON ALTERACIONES EN LA BIOMETRIA HEMATICA, LEUCOCITOSIS, BANDEMIA, NEUTROFILIA, PLAQUETOPENIA, BANDAS/ NEUTROFILOS POSITIVOS, BANDAS ABSOLUTAS Y NEUTROFILOS ABSOLUTOS POSITIVOS.

SE TOMARON EN CUENTA SUFRIMIENTO FETAL AL MOMENTO DEL NACIMIENTO, ASI COMO LAS CALIFICACIONES APGAR/SILVERMAN BAJA.

VARIABLE INDEPENDIENTE

SI CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y AMNIOITIS
NO SIN RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y AMNIOITIS

VARIABLE DEPENDIENTE

SI CON INFECCION NEONATAL
NO SIN INFECCION NEONATAL

ESCALAS DE MEDICION DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE : (RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y AMNIOITIS MATERNA). DETERMINISTICA, NOMINAL, DISCRETA Y FINITA,

VARIABLE DEPENDIENTE : (INFECCION NEONATAL). ALEATORIA, NOMINAL, DISCRETA Y FINITA.

DE APROXIMADAMENTE 7000 INGRESOS HOSPITALARIOS AL AREA DE OBSTETRICIA, SE SELECCIONO DE FORMA ALEATORIA A PACIENTES SIN RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS AL QUE SE LE DENOMINO GRUPO CONTROL $n = 38$ Y AQUELLAS PACIENTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS AL QUE SE LE DENOMINO GRUPO DE ESTUDIO $n = 40$. eL GRUPO SIN RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS SE LE DENOMINO GRUPO I O GRUPO NO EXPUESTO Y EL GRUPO CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS SE LE DENOMINO GRUPO II O GRUPO EXPUESTO.

LOS CRITERIOS DE INCLUSION FUERON : PACIENTES CON EMBARAZO MAYOR DE 30 SEMANAS DE GESTACION QUE INGRESARON PARA LA RESOLUCION DE SU EMBARAZO.

LOS CRITERIOS DE EXCLUSION FUERON: PACIENTES CON EMBARAZO DE MENOS DE 30 SEMANAS DE GESTACION O BIEN CON EVIDENTE PATOLOGIA QUE PRESUPONE INMUNOSUPRESION O ENFERMEDADES SISTEMICAS Y/O INFECCIOSAS.

LAS VARIABLES QUE PERMITIERAN COMPARAR AMBOS GRUPOS DIFERENTES A LA EXPOSICION (CONFOUND) FUERON: EDAD, PARIDAD, SEMANAS DE GESTACION, VIA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO, TIEMPO DE RUPTURA DE MEMBRANAS EN HORAS, TIEMPO DE TRABAJO DE PARTO EN HORAS Y REGISTRO DE AMBOS GRUPOS.

PARA EL CONTROL DE LAS VARIABLES SE UTILIZARON LOS DATOS REGISTRADOS EN EL EXPEDIENTE CLINICO Y LA VIGILANCIA MEDICA CONTINUA. TOMANDO EN TODOS LOS CASOS BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA Y CULTIVOS, TANTO DE EXUDADO CERVICO VAGINAL COMO DE LIQUIDO AMNIOTICO.

RESULTADOS

SE INCLUYERON EN TOTAL 78 PACIENTES Y SE SUBDIVIDIERON EN 2 GRUPOS. EN EL GRUPO I SE INCLUYERON A LAS PACIENTES EMBARAZADAS SIN RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS O GRUPO CONTROL, INTEGRADO POR 38 CASOS ($n = 38$). EN EL GRUPO II, CORRESPONDIO A LAS PACIENTES EMBARAZADAS CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS O GRUPO DE ESTUDIO ($n = 40$).

AMBOS GRUPOS MOSTRARON UNA DISTRIBUCION NORMAL Y FUERON DEL TODO HOMOGENEOS RESPECTO UNO DEL OTRO, EN CADA VARIABLE PLANTEADA EN EL ESTUDIO.

RESPECTO A LA EDAD DE LAS MADRES, LA MEDIA, EN EL GRUPO I FUE DE 24.8 Y DE 24.0 EN EL GRUPO II, RESPECTIVAMENTE CON DESVIACION ESTANDAR (DS) DE 5.2 Y 6.9 RESPECTIVAMENTE, PREDOMINANDO LAS PACIENTES DE 23 AÑOS EN EL GRUPO SIN RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y LAS PACIENTES DE 21 AÑOS EN EL GRUPO CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS, MODA DE 23 Y 21 RESPECTIVAMENTE. EN CUANTO AL NUMERO DE GESTACIONES LA MEDIA FUE DE 2.2 Y 1.6 PARA EL GRUPO I Y II RESPECTIVAMENTE, PREDOMINANDO LAS PACIENTES PRIMIGESTAS (MODA DE 1 EN AMBOS GRUPOS). DE LA MISMA MANERA EN EL GRUPO SIN RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS LA MEDIA EN CUANTO A LA EDAD GESTACIONAL FUE DE 39.3 SEMANAS, CON DESVIACION ESTANDAR DE 1.61 Y PARA EL GRUPO CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS FUE DE 37.4 CON DESVIACION ESTANDAR DE 2.77.

DE ESTA MANERA PUEDE DEMOSTRARSE ESTADISTICAMENTE QUE AMBOS GRUPOS FUERON MUY SIMILARES EN CUANTO A LA EDAD DE LAS MADRES, NUMERO DE GESTACIONES Y SEMANAS DE GESTACION.

SE ANALIZA Y CORROBORA TAL SIMILITUD EN LOS GRUPOS EN LA GRAFICA III, OBSERVANDO LA MEDIA Y LA DESVIACION ESTANDAR, INTERVALO DE CONFIANZA DEL 95%, p DE 0.05, 0.026, Y 0.0006 COMO PRUEBA DE CHI CUADRADA PARA LA EDAD, NUMERO DE GESTAS Y EDAD GESTACIONAL, RESPECTIVAMENTE.

ASI TAMBIEN EL TIEMPO QUE LAS MADRES PERMANECIERON EN TRABAJO DE PARTO, CONSIDERANDO LA MEDIA Y LA DESVIACION ESTANDAR FUERON DEL TODO SIMILARES, PUES LA MEDIA FUE DE 8.65 EN EL GRUPO I Y DE 8.57 EN EL GRUPO II, CON DESVIACION ESTANDAR DE 6.7 Y 7.1 RESPECTIVAMENTE (VER GRAFICA IV); p OBTENIDA FUE DE 0.9 LO CUAL SIGNIFICA QUE EN CUANTO A LAS HORAS DE TRABAJO DE PARTO NO HAY DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE LOS DOS GRUPOS.

TAMBIEN EN LA GRAFICA IV SE ILUSTRAN LA MEDIA Y LA DESVIACION ESTANDAR DE RUPTURA DE MEMBRANAS, SIENDO ESTAS RESPECTIVAMENTE DE 16.8 HORAS CON DESVIACION ESTANDAR DE 11.1. AL RESPECTO EL TIEMPO DE RUPTURA DE MEMBRANAS TUVO AMPLIAS VARIACIONES PUES, SI CONSIDERAMOS DOS DESVIACIONES ESTANDAR, CON LO QUE INCLUIAMOS AL 90% DE LA POBLACION, LAS PACIENTES PRESENTARON 5.7 A 38 HORAS DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

PARA EL CONTROL DE LAS VARIABLES UTILIZAMOS BIOMETRIA HEMATICA, CONSIDERANDO HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, LEUCOCITOS Y NEUTROFILOS. RESPECTO A LA FORMULA ROJA Y FORMULA BLANCA LOS HALLAZGOS TAMBIEN FUERON MUY SIMILARES EN AMBOS GRUPOS. (VER GRAFICA I Y II). EN ESTAS GRAFICAS

PUEDE OBSERVARSE LA GRAN SIMILITUD DE LOS VALORES DE TENDENCIA CENTRAL, TANTO PARA EL GRUPO I TANTO PARA EL GRUPO II, RESPECTO A LA HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, LEUCOCITOS Y NEUTROFILOS (VER MEDIA Y AMPLITUD DE LA DESVIACION ESTANDAR).

UNA VEZ COMPROBADO ESTADISTICAMENTE QUE LOS GRUPOS SON ABSOLUTAMENTE COMPARABLES, SE BUSCO ESTABLECER DIFERENCIAS ENTRE EL GRUPO DE ESTUDIO (GRUPO II, CASOS CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS - RPM -) Y EL GRUPO CONTROL (GRUPO I, CASOS SIN RPM). ESPERANDO ENCONTRAR DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS CONFORME A LA HIPOTESIS NULA (H_0) PLANTEADA. ESTO ES LA RPM TIENE IMPACTO SOBRE LA INCIDENCIA DE INFECCION PUERPERAL, MUY PROBABLEMENTE INCREMENTANDOLA.

NO ENCONTRAMOS LO ESPERADO, PUES SOLO SE DETECTO UN CASO DE INFECCION CLINICA EN EL GRUPO II Y DOS CASOS DE INFECCION EN EL GRUPO I. CON TABLAS DE 2 X 2 SE TRATO DE ENCONTRAR DIFERENCIAS ENTRE LOS GRUPOS. ENCONTRANDOSE RAZON DE MOMIOS (OR = ODDS RATIO) DE 0.4, ($0.04 < OR < 5.31$) Y RIESGO RELATIVO DE 0.46 ($0.04 < RR < 5.03$). LO CUAL NO ESTABLECE DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE LOS GRUPOS RESPECTO A LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS-INFECCION (VER TABLA I).

PUESTO QUE SE CONSIDERO LA POSIBILIDAD DE INFECCION SUBCLINICA MANIFESTADA POR LEUCOCITOSIS ($> 16\ 000$ LEUCOCITOS) O NEUTROFILIA ($> 80\%$), SE APLICO NUEVAMENTE EL ANALISIS DE VARIANZA, RESPECTO A LA LEUCOCITOSIS, EL OR FUE DE 1.21 ($0.30 < OR < 4.91$) Y EL RIESGO RELATIVO DE 1.19 ($0.34 < RR < 4.09$). LO CUAL TAMPOCO ESTABLECE DIFERENCIAS ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS GRUPOS EN RELACION A RPM-LEUCOCITOSIS. VALORES SIMILARES SE ENCONTRARON AL ANALIZAR LA NEUTROFILIA (VER TABLA I).

LA PRUEBA DE CHI CUADRADA DIO VALORES DE 0.96, 0.93 Y 0.84, PARA LA INFECCION CLINICA, LEUCOCITOSIS Y NEUTROFILIA RESPECTIVAMENTE . TALES VALORES PERMITEN AFIRMAR , POR SER MAYORES A 0.05 QUE NO EXISTE DIFERENCIA ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA. (TABLA I).

A MAYOR ABUNDAMIENTO, CONOCIENDO QUE LOS TRES CASOS DE INFECCION FUERON POSTCESAREA Y QUE SE HA RECONOCIDO UNA INCIDENCIA DE 5.4% PARA LA INFECCION PUERPERAL POSTCESAREA, ENCONTRAMOS QUE LA INCIDENCIA DE INFECCION EN EL GRUPO EXPUESTO (GRUPO II, CON RPM) FUE DE 2.50%.

DADO QUE SOLO EXISTIERON TRES CASOS DE INFECCION CLINICA EN AMBOS GRUPOS, DOS EN EL GRUPO SIN RPM Y UNO EN EL GRUPO CON RPM, NO PUEDE ESTABLECERSE ANALISIS COMPARATIVO ENTRE LA POBLACION EXPUESTA O NO EXPUESTA A LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS A LOS CULTIVOS Y A LOS GERMENES ENCONTRADOS.

ES DE UTILIDAD SIN EMBARGO ESTUDIAR LOS RESULTADOS DE LOS CULTIVOS, CONSIDERANDO QUE NO SON GERMENES ADQUIRIDOS EN EL HOSPITAL, SINO QUE SON GERMENES QUE LAS PROPIAS PACIENTES PORTABAN A SU INGRESO AL HOSPITAL.

EN EL GRUPO I (GRUPO CONTROL, NO EXPUESTO A RPM) , DE LOS 76 CULTIVOS TOMADOS (38 DE EXUDADO CERVICO VAGINAL Y 38 DE LIQUIDO AMNIOTICO), SOLO EL 26.31% SE REPORTARON COMO POSITIVOS. (LOS CULTIVOS DE EXUDADO CERVICO VAGINAL FUERON POSITIVOS EN EL 39.5% Y LOS CULTIVOS DE LIQUIDO AMNIOTICO,

SOLO EN EL 13.16%). SI DESCARTAMOS AL *Estafilococo epidermidis* y *Candida especie* PUEDEN CONSIDERARSE COMO CONTAMINACION O GERMENES SAPROFITOS.

LOS GERMENES ENCONTRADOS EN ORDEN DE FRECUENCIA FUERON : *E.coli*, *Diferoides*, *Estafilococo coagulasa negativo*, *Estafilococo coagulasa positivo*, *Candida albicans* y *Gardnerella* (VER TABLA II).

EN EL GRUPO EXPUESTO A RPM (GRUPO II) , LOS CULTIVOS SE REPORTARON POSITIVOS EN EL 30% DE LAS MUESTRAS ENVIADAS (24/80). LOS CULTIVOS DEL EXUDADO CERVICO VAGINAL SE REPORTARON POSITIVOS EN EL 40% Y LOS DEL LIQUIDO AMNIOTICO SOLO EN EL 20% (TENDENCIA SIMILAR EN EL GRUPO I).

LOS GERMENES ENCONTRADOS EN ORDEN DE FRECUENCIA FUERON : *E. coli*, *Estafilococo aureus*, *Estafilococo coagulasa negativo*, *Profens* y *Diferoides*.

NO EXISTE CORRELACION ENTRE LOS CULTIVOS DE UNO Y OTRO GRUPO Y LOS CASOS DE INFECCION CLINICA ENCONTRADOS, SIN EMBARGO AL APLICAR LA PRUEBA DE CHI CUADRADA, LOS VALORES FUERON DE 10.76 PARA LA CHI CUADRADA, CON $p < 0.005$ (LO QUE PARECE DEMOSTRAR CORRELACION ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA, A PESAR DE QUE EN EL CASO DE INFECCION CLINICA CON RPM, LOS CULTIVOS CERVICO VAGINALES Y DE LIQUIDO AMNIOTICO SE REPORTARON SIN DESARROLLO (VER TABLA IV).

FINALMENTE SE EFECTUO ESTUDIO HISTOPATOLOGICO DE LA PLACENTA EN TODOS LOS CASOS, LOS RESULTADOS SE MUESTRAN EN LA TABLA V. LAS PLACENTAS SE CONSIDERARON CON ALTERACIONES CUANDO PRESENTABAN MEMBRANAS DE COLOR AMARILLO, COTILEDONES CON REBLANDECIMIENTO O HEMORRAGIA AGUDA, INFILTRACION DE POLIMORFONUCLEARES, EDEMA, CONGESTION VASCULAR Y VASCULITIS EN EL CORDON UMBILICAL.

NO ES POSIBLE ESTABLECER UNA CORRELACION ADECUADA ENTRE LOS HALLAZGOS HISTOPATOLOGICOS Y LA EXPOSICION O NO A LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS, PUES LA RAZON DE MOMIOS (OR) ES DE 0.35 (0.04 < OR < 2.23) Y EL RIESGO RELATIVO ES DE 0.38 (0.08 <

Tabla I

Análisis de Varianza						
	Infección Clínica		Leucocitosis **		Neutrofilia ***	
	+	-	+	-	+	-
con RPM	1	39	5	35	23	17
sin RPM	2	36	4	34	22	16

p: 0.96 OR: 0.46 p: 0.93 OR: 1.21 p: 0.84 OR: 0.98

** más de 16,000 leucocitos. *** más de 80% de Neutrofilos

Tabla II

Resultado de cultivos efectuados (Grupo I , sin RPM)

	Cervicovaginal	porc.	Liq. Amniótico	porc.	Total	porc.
Esch. Coli	4	23,53	1	16,66	5	21,74
Staf. Epid.	4	23,53	1	16,66	5	21,74
Difteroides	3	11,76	0	0,00	3	13,04
Cand. sp.	3	11,76	1	16,66	4	17,39
Stf. C. Neg.	2	11,76	1	16,66	3	13,04
Stf. C. Pos.	1	5,88	1	16,66	2	8,69
Cand. Alb.	1	5,88	0	0,00	1	4,34
Gardnerela	1	5,88	0	0,00	1	4,34
Enterobacter	1	5,88	0	0,00	1	4,34
Cultivos Pos.	15 *	39,50	5 *	13,16	20 **	26,31
Cultivos Neg.	23	60,50	33	86,84	56	73,69
Total	38	100,00	38	100,00	76	100,00

* En una o dos muestras se desarrollaron dos gérmenes.

** 20 cultivos positivos; 25 gérmenes aislados

Tabla III

Resultado de cultivos efectuados (Grupo II, con RPM)

	Cervicovaginal	proc.	Liq. Amniótico	porc.	Total	porc.
Esch. Coli	7	43,75	4	50,0	11	45,83
Staf. Epid.	4	25,00	1	12,5	5	20,83
Cand. Alb.	3	18,75	0	0,0	3	12,50
Staf. Aureus	0	0,00	2	25,0	2	8,33
Staf. C. Neg.	0	0,00	1	12,5	1	4,16
Proteus	1	6,25	0	0,0	1	4,16
Difteroides	1	6,25	0	0,0	1	4,16
Cult. Positivos.	16 *	40	8	20	24 **	30
Cult. Negativos.	24	60	32	80	56	70
Total	40	100	40	100	80	100

* En una muestra se desarrollaron dos gérmenes.

** 24 cultivos positivos, 25 germenes aislados.

ESTE RESULTADO NO DEBE
 SER USADO PARA
 FINESES LEGALES

Tabla IV

**Correlación entre Cultivos y
Ruptura prematura membranas - Infección Puerperal**

	Sin R.P.M.		Con R.P.M.		Total
	Positivos	Negativos	Positivos	Negativos	
Cervicovaginal	15	23	16	24	78
L. Amniótico	5	33	8	32	78
Total	20	56	24	56	156
infectadas	1	1	0	1	

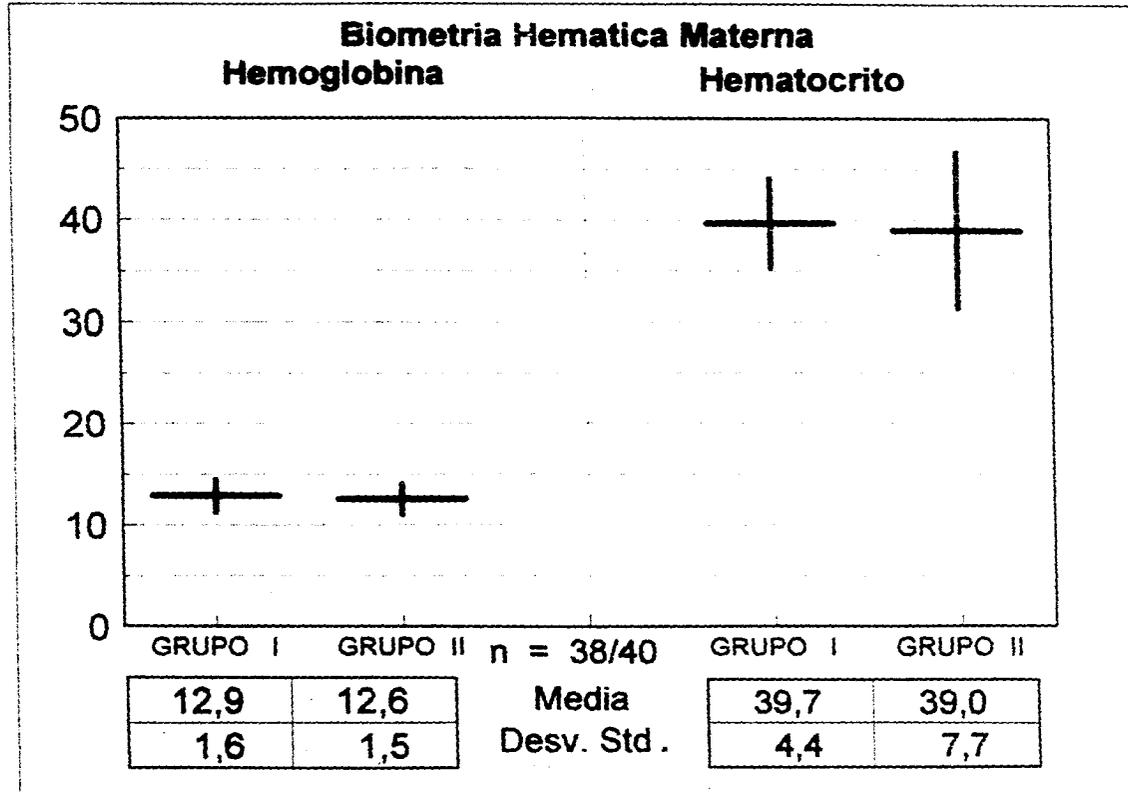
$\chi^2 = 10.76 \quad p = < 0.005$

Tabla V

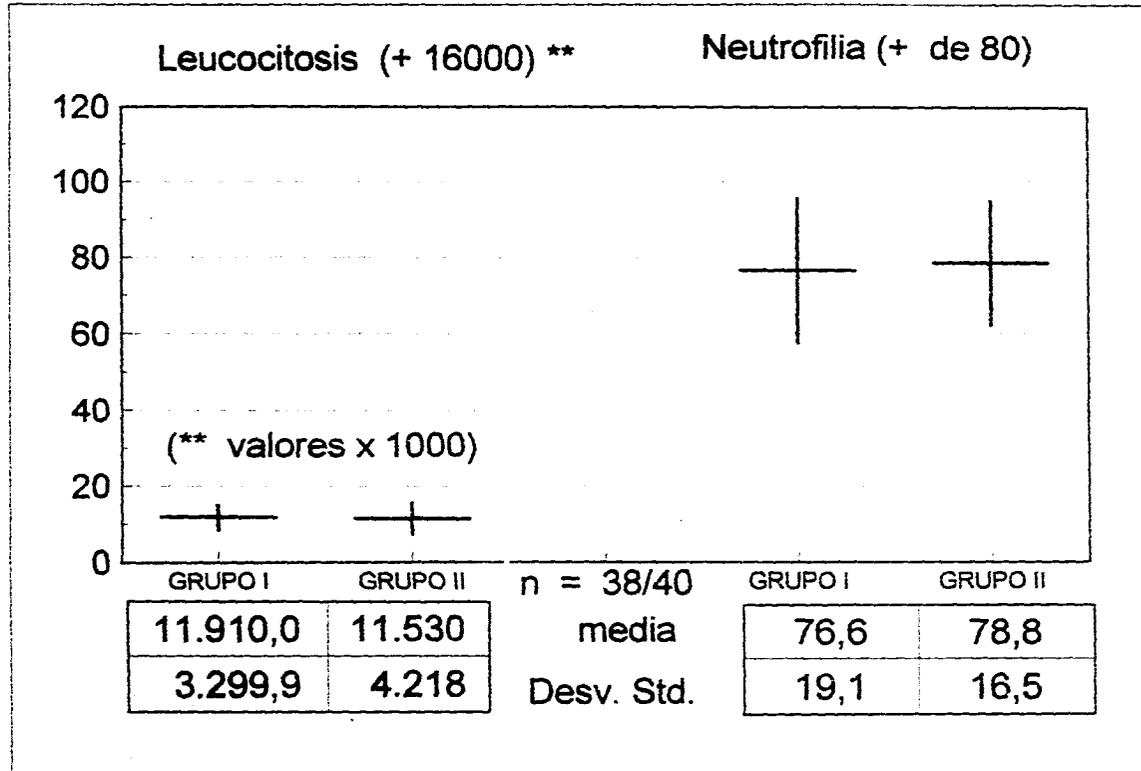
Estudio Histológico de Placentas

	sin R.P.M.	con R.P.M.	Total
Con Alteraciones	5	2	7
Sin Alteraciones	33	38	71
Total	38	40	38

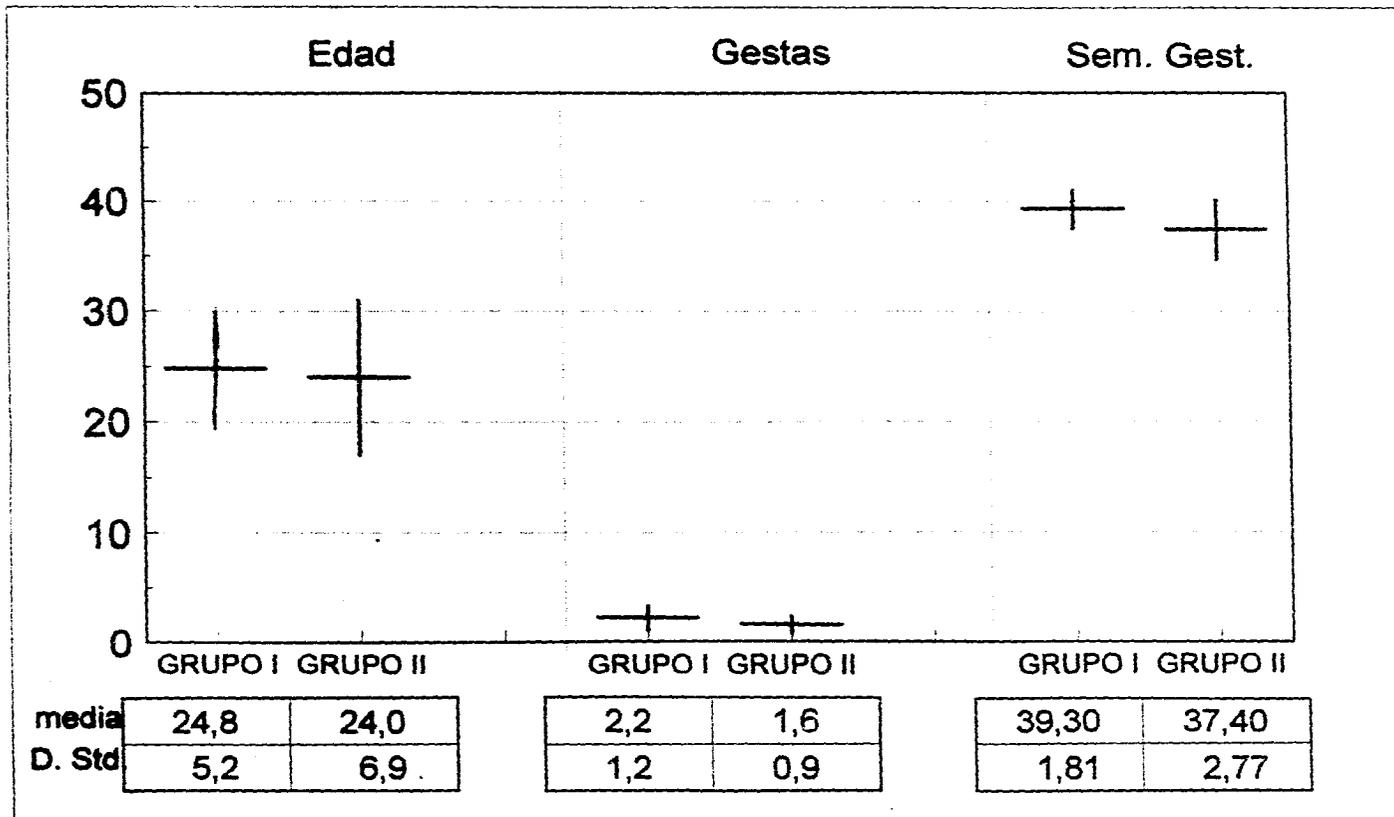
Gráfica I



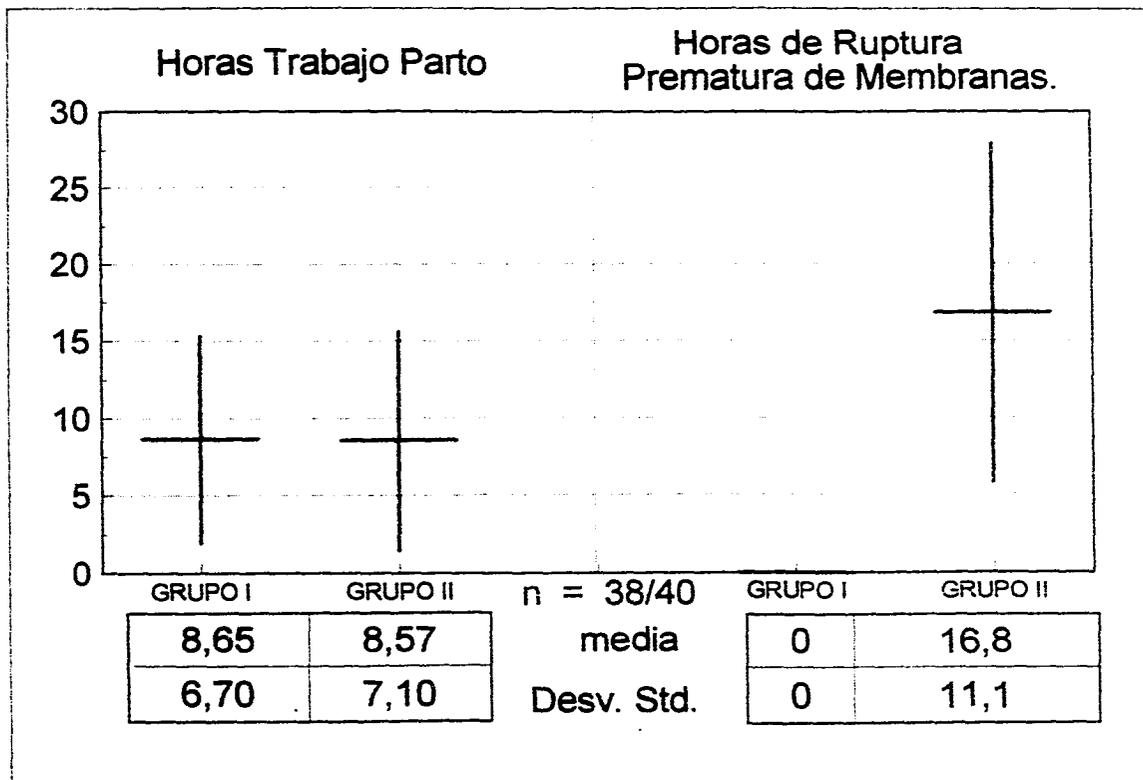
Gráfica II



Grafica III



Gráfica IV



CONCLUSIONES

EN EL PRESENTE ESTUDIO PRESENTADO SE PUEDE CONCLUIR LO SIGUIENTE:

1.- EL ESTUDIO TIENE VALIDEZ ESTADISTICA PUESTO QUE EXISTE SIMILITUD MARCADA ENTRE AMBOS GRUPO, ES DECIR EN EL GRUPO I Y EL GRUPO II.

2.- LA HIPOTESIS NULA (H_0) NO SE DEMUESTRA Y SE CORROBORA QUE NO EXISTE CAMBIO -EFECTO ENTRE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS E INFECCION PUERPERAL.

3.- LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS COMO FACTOR PREDISPONENTE ESPECIFICAMENTE EN ESTE ESTUDIO NO INCREMENTO LA INCIDENCIA DE INFECCION PUERPERAL, POR LO TANTO CREEMOS QUE EXISTEN OTROS FACTORES QUE ASOCIADOS A LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PODRIAN INCREMENTAR LA INCIDENCIA DE INFECCION PUERPERAL. QUIZA EL IMPACTO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS SOBRE LA INFECCION PUERPERAL ESPECIFICAMENTE EN ESTA MUESTRA SEA DEBIDO A QUE POR NORMA DEL SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA SE DEBE APLICAR ANTIBIOTICO TERAPIA TEMPRANA Y NO DEJAR PASAR MAS ALLA DE 8 HORAS ENTRE EL INGRESO DE LA PACIENTE Y LA RESOLUCION DEL EMBARAZO (CONCLUSION QUE PUDIERAN TOMAR EN CUENTA AQUELLOS AUTORES QUE CONSIDERAN A LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS COMO UN FACTOR EN LA INFECCION PUERPERAL).

3.- EN ESTE ESTUDIO CORROBORAMOS LA IMPORTANCIA QUE TIENEN LOS FACTORES PREDISPONENTES, ATRIBUIBLES A LAS PACIENTES, PUES SE DETECTARON CULTIVOS POSITIVOS EN EL EXUDADO CERVICO VAGINAL EN AMBOS GRUPOS (TOMADOS AL INGRESO), ES DECIR QUE LAS PACIENTES A SU INGRESO LLEGAN AL SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA CON INFECCION LATENTE.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- STEVEN R. ALLEN MD. EPIDEMIOLOGY OF PREMATURE RUPTURE OF THE FETAL MEMBRANES. CLINICAL OBSTETRICS AND GINECOLOGY. DECEMBER 1991; 34: 4; 685-91.
- 2.- CALDERON -JAIMES E, ARREDONDO-GARCIA JL, KARCHMER-KRIVINSKI S, Y COLS. RUPTURA DE MEMBRANAS Y CORIOAMNIOITIS, CONCEPTOS ACTUALES EN LA INFECTOLOGIA PERINATAL. 1a DE. 1988: 235-47.
- 3.- BRENA-AQUINO E. CORIOAMNIOITIS. AM HGO No 3 IMSS. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. 2a DE. 1985: 544-8.
- 4.- ROMERO R. MD, GHIDINI A. MD, MAZOR M. MD AND BEHNKE E. MD. MICROBIAL INVASION OF THE AMNIOTY CAVITY IN PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES. CLINICAL OBSTETRICS AND GINECOLOGY. DECEMBER 1991; 34 ;4; 769-77.
- 5.- NEWTON E.R. MD. CORIOAMNIOITIS E INFECCION INTRAAMNIOTICA. CLINICAS OBSTETRICAS Y GINECOLOGICAS. 4; 1993; 749-59.
- 6.- YODER PR, GIBBS RS, BLANCO JD ET AL. A PROSPECTIVE, CONTROLLED STUDY OF MATERNAL AND PERINATAL OUTCOME AFTER INTRAAMNIOTIC INFECTION A TERM. AM J OBSTET GYNECOL. 1983; 145(6): 695-701.
- 7.- MORALES WJ, WASHINGTON SR III, LAZAR AJ. THE EFFECT OF CHORIOAMNIOITIS ON PERINATAL OUTCOME IN PRETERM GESTATION. J PERINATOL 1987; 7(2): 105-110.
- 8.- CAREY JC, YAFFE SJ, CATZ CH. ESTUDIO DE INFECCIONES VAGINALES Y PREMADUREZ: ASPECTOS GENERALES. CLINICAS OBSTETRICAS Y GINECOLOGICAS 4; 1993: 763-72.
- 9.- SANDOVAL MO, MARTINEZ BG, PALACIOS SE Y COLS. EL RECIEN NACIDO POTENCIALMENTE INFECTADO. BOL. MED. HOSP INFANT MEX. 1979; 1: 23-33.