

11217



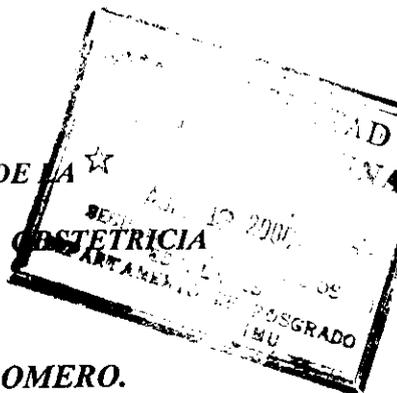
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA  
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No.3.**

126

**" EFECTO DEL TIEMPO DE LATENCIA DE LA DEXAMETASONA  
SOBRE LAS COMPLICACIONES FETALES EN EMBARAZOS DE  
28 - 32 SEMANAS DE GESTACION COMPLICADOS CON RUPTURA  
PREMATURA DE MEMBRANAS "**

**TESIS DE POSTGRADO  
PARA OBTENER EL TITULO DE LA  
ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**



**P R E S E N T A**

**DRA. VERÓNICA QUINANA ROMERO.**

**ASESORES: DR. SAMUEL GUSTAVO PEÑALVA ROSALES.**

**DR. SAMUEL ALVARO LIEVANO TORRES.**



**CENTRO MEDICO LA RAZA  
MEXICO D.F. FEBRERO 2000.**

271138



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.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA  
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No.3.**

**“ EFECTO DEL TIEMPO DE LATENCIA DE LA DEXAMETASONA  
SOBRE LAS COMPLICACIONES FETALES EN EMBARAZOS DE  
28 – 32 SEMANAS DE GESTACION COMPLICADOS CON RUPTURA  
PREMATURA DE MEMBRANAS “**

**TESIS DE POSTGRADO  
PARA OBTENER EL TITULO DE LA  
ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
P R E S E N T A**

**DRA. VERÓNICA QUINTANA ROMERO.**

**ASESORES: DR. SAMUEL OCTAVIO PEÑALVA ROSALES.**

**DR. SAMUEL A. LIEVANO TORRES.**

**MEXICO D.F. FEBRERO 2000.**

A mis padres Francisco y Guadalupe.

A mis hermanos: Benito, Silvia, Juan,  
Bruno, Raymundo, Luis, Oliva,  
David y Francisco.

A todos los médicos del HGO Num. 3 CMR.

Al Dr. Samuel Peñalva.

Al Dr. Samuel Lievano

A todo el personal del HGO Num. 3 CMR.

A todos mis compañeros de la residencia.

Al Dr. Jesús Matus.

# INDICE

	<i>Página</i>
· <i>Introducción</i> .....	<i>1 - 5</i>
· <i>Objetivo</i> .....	<i>6</i>
· <i>Planteamiento del Problema</i> .....	<i>7</i>
· <i>Material y Método</i> .....	<i>8 - 10</i>
· <i>Resultados</i> .....	<i>11 - 23</i>
· <i>Discusión de Resultados</i> .....	<i>24 - 30</i>
· <i>Conclusiones</i> .....	<i>31 - 33</i>
· <i>Bibliografía</i> .....	<i>34- 36</i>

## **INTRODUCCION**

*El manejo de la ruptura prematura de membranas en una gestación de pretérmino continua siendo controversial. Algunos investigadores defienden el parto temprano para evitar la morbilidad séptica y la muerte de la madre y el neonato. Contra estas recomendaciones , se deben evaluar los riesgos, especialmente la ocurrencia de síndrome de dificultad respiratoria (SDR) en el neonato. Otros investigadores consideran el riesgo de SDR como un impedimento más importante para el parto prematuro que el riesgo de infección en el neonato o en la madre y por eso utilizan una política de no intervención, considerando que el SDR es 2 veces más frecuente que la infección (1).*

*La RPM es una complicación seria del embarazo. La prematurez asociada al riesgo de SDR pone en peligro al RN, mientras que la Corioamnioitis pone en peligro al producto y a la madre. El riesgo materno de infección puerperal, sin embargo, ha sido eliminado por el uso de modernos antibióticos. El propósito del manejo de la RPM se enfoca en el balance entre la inmadurez fetal vs la infección, para elegir entre la interrupción del embarazo inmediatamente o el manejo expectante(2).*

*En relación a esto, se ha reportado que la ruptura prolongada de las membranas puede acelerar la maduración pulmonar, por el aumento de cortisol por las células fetales adrenales como una respuesta del feto al estrés in útero, otros estudios no han corroborado estos hallazgos y las observaciones de que la administración materna de glucocorticoides disminuye la incidencia de SDR en infantes de pretérmino agrega mayor controversia a estos resultados(3). También se ha sugerido que la administración materna de glucocorticoides a pacientes con ruptura de membranas seguida por parto temprano resulta en una disminución de la tasa de mortalidad perinatal, con una menor incidencia de SDR, existiendo de este modo una gran diversidad de opiniones sobre este tema, y una controversia en el manejo de pacientes con RPM así como discrepancias significativas en las opiniones involucrando a las ventajas y desventajas de la prolongación del tiempo de latencia y el uso de los glucocorticoides para estimular la maduración pulmonar (4).*

*En relación a este manejo Liggins y Howie en 1972 reportaron el estudio inicial en el que observaron la reducción de la mortalidad neonatal en el embarazo tratado con Betametasona IM comparado con el Tratamiento con placebo, la diferencia más significativa en embarazos*

en que el parto se presentó entre las 28 y 32 SDG, el intervalo entre el Tratamiento y el parto fue más de 1 día y menos de 7 días. No encontrándose efectos adversos en el feto y la madre(5).

Por otra parte Young en un estudio en pacientes con RPM, entre las 27 y 33 SDG tratados con Dexametasona, repetido el Tratamiento a los 7 días si no había ocurrido el parto y si no se sobrepasan las 34 SDG, con un periodo de latencia mayor de 24 hrs, tuvieron una menor incidencia de SDR, 27%, contra un 73% antes de las 24 hrs, observando que una latencia menor de 24 hrs reduce el beneficio de la terapia con corticoesteroides, además refiere que en productos menores de 28 SDG no se observan beneficios significativos(5).

Se ha visto que el tiempo de latencia necesario para que la lecitina alcance unos niveles que permitan una acción adecuada a nivel de tensión superficial alveolar es de 48 hrs, es por ello que hasta pasadas 48 hrs, no se aprecia el aumento de la actividad de fosfocolintransferasa a las 48 y 72 hrs después de la inyección (6).

Existen dos filosofías, parto temprano después de RPM, en embarazos pretérmino y prolongación de el embarazo cuando es factible, parece contradictorio cuando ocurre RPM en el parto prematuro. Los

*planes de manejo sugeridos por varios autores incluyen: manejo conservador sin intervención activa, administración de esteroides seguido por parto, y uso de tocolíticos para prolongar el periodo latente para lograr efectividad de los esteroides(7).*

*De las causas de morbilidad relacionada con parto prematuro, el síndrome de dificultad respiratoria es el más común, con una incidencia de alrededor de 50% en embarazos menores a 33 semanas y tasa de mortalidad de aproximadamente el 15%(8).*

*Se ha visto que la administración de esteroides disminuye del SDR, así mismo la presencia de Hemorragia intraventricular, displasia broncopulmonar, la enterocolitis necrosante, la morbilidad neonatal y materna y la estancia intrahospitalaria en productos pretérmino, efectos que justifican su uso(9)*

*Aunque el uso de glucocorticoesteroides es sujeto de continua controversia , el consenso es que cuando se trate de partos prematuros con membranas intactas , el uso de corticoesteroides antes del parto resulta en una significativa reducción del síndrome de dificultad respiratoria para embarazos de 34 semanas(10). Los beneficios de los corticoesteroides en embarazos de pretérmino complicados por ruptura*

*prematura de membranas, no obstante, ha sido estudiado prospectivamente en una forma aleatoria por unos cuantos autores y con resultados conflictivos.*

## **OBJETIVO**

*- Analizar si con un tiempo de latencia mayor de 48 horas de la dexametasona existe menor frecuencia de complicaciones fetales, en embarazos de 28-32 SDG con ruptura prematura de membranas.*

*- Determinar si la latencia menor de 48hrs de la dexametasona existe una menor diferencia en la frecuencia de complicaciones fetales en embarazos de 28-32 SDG con ruptura prematura de membranas.*

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

*¿La frecuencia de complicaciones fetales en embarazos de 28-32 SDG complicados con RPM , tratados con Dexametasona 8mgrs I.M. cada 8 hrs por 3 dosis, con una latencia mayor 48 hrs es diferente a la frecuencia de complicaciones fetales en embarazos de 28- 32 SDG complicados con RPM, tratados con Dexametasona 8 mgrs I.M. cada 8 hrs por 3 dosis con una latencia menor de 48 hrs ?*

## **MATERIAL Y MÉTODO**

*Se realizó un estudio prospectivo, comparativo, y de tipo coasiexperimental, durante el periodo comprendido de Agosto de 1998 a diciembre de 1999, en el Hospital de Ginecología y Obstetricia Número 3, Centro Médico la Raza. Incluyendose en el estudio 60 mujeres con embarazo de 28 a 32 SDG que presentaban Ruptura prematura de membranas, seleccionadas en dos grupos elegidos aleatoriamente. Se incluyeron mujeres de 15 a 41 años de edad, que cursaban embarazos de 28 a 32 Semanas de gestación por fecha de última menstruación, en quienes se estableció el diagnóstico de Ruptura Prematura de Membranas clínicamente, mediante la realización de exploración vaginal, cristalografía y prueba de la flama. Previo a la inclusión de las pacientes en el estudio autorizaron su ingreso al mismo, mediante su firma en un documento de consentimiento informado.*

*A las pacientes seleccionadas se les aplicó Dexametasona 8 mgrs por vía intramuscular cada 8 hrs en tres dosis, y se estudiaron los resultados con relación a la frecuencia de complicaciones fetales (Síndrome de dificultad respiratoria del Recién Nacido, enterocolitis necrosante y Sepsis ) con un periodo de latencia de 24 a 47 hrs (Grupo*

1) y de 48 a 72 hrs ( Grupo 2 ) posteriores a la aplicación de la última dosis de Dexametasona. Entendiéndose a la latencia como el número de horas transcurridas desde la aplicación de la última dosis de dexametasona y la hora registrada de nacimiento.

Se excluyeron del estudio a las pacientes que presentaban expedientes incompletos, que tenían embarazos menores de 28 SDG y mayores de 32 SDG, o bien que existiera alguna patología materna agregada, que recibieran el esquema de inductores de maduración pulmonar de una forma diferente a la previamente especificada, es decir pacientes con esquemas incompletos o a dosis mayores de las establecidas, o bien a las que su embarazo fue resuelto por parto o bien manejadas fuera de la unidad. En quienes no se corroboró la Ruptura Prematura de Membranas o bien en embarazos con producto óbito.

Por otra parte se aplicó un cuestionario inicial en el cual se registraron datos generales de la paciente, condiciones actuales y registro de tiempo de Ruptura Prematura de Membranas, así como los métodos de diagnóstico de la misma, posteriormente se registraron los datos específicos posteriores a la interrupción del embarazo, condiciones

*al nacimiento del recién nacido, peso, talla, Apgar, Capurro y las complicaciones fetales presentadas.*

## **RESULTADOS**

*Se incluyeron 60 pacientes, atendidas en el servicio de Perinatología de el Hospital de Ginecología y Obstetricia Número 3 Centro Médico la Raza, con las siguientes características : mujeres de 15 a 41 años de edad, con embarazos de 28 a 32 semanas de gestación por fecha de última menstruación, con diagnóstico de Ruptura Prematura de Membranas (RPM), con esquema de inductores de madurez pulmonar, sin patología materna agregada y cuyos embarazos fueron resueltos por cesárea, siendo divididas en dos grupos. El Grupo 1, conformado por 23 pacientes que recibieron esquema de inductores de maduración pulmonar con Dexametasona 8 mgrs I.M. cada 8hrs por tres dosis con una latencia de 24 a 47 hrs (38.3%) y el Grupo 2, 37 pacientes con latencia de 48 a 72 hrs (61.6%).(gráfica 1)*

*El grupo 1 tuvo un promedio de edad gestacional de  $30.7 \pm 1.4$  semanas ( gráfica 2 ) el promedio de horas de RPM fue de  $55.2 \pm 11$  , el promedio de horas de latencia de  $32.3 \pm 8.3$  hrs (gráfica 3) , el total de los productos nacieron vivos, presentando el 17 % asfixia al nacer ( gráfica 4 ), de los cuales 3 fue asfixia severa ( 75% ), no recuperándose el 50%, correspondiendo el 33% del sexo masculino y el 67 % del*

sexo femenino, el 75 % de los casos de asfixia se presentaron en recién nacidos del sexo masculino.

Se presentaron 3 casos de sepsis en este grupo (13%), de los cuales se reporto un periodo de latencia de 34hrs en promedio ( gráfica 5).

No se reporto ningún caso de Enterocolitis Necrosante en este grupo ( gráfica 6 ). Presentandose 10 casos de Síndrome de Dificultad Respiratoria ( 47.4% ) ( gráfica 7 ).

El promedio de peso de estos productos fue de 1680 grs  $\pm$  470, talla promedio de 41.2 cms  $\pm$  3.6, Perímetro cefálico de 29.1 cms  $\pm$  3.7, Apgar promedio 6/8  $\pm$  ( 1 / 0.9 ) y con un Capurro promedio de 31 semanas  $\pm$  2.5 ( tabla 1 ).

El grupo 2 tuvo un promedio de edad gestacional de 30.3 semanas  $\pm$  1.5 (gráfica 2), el promedio de horas de RPM en este grupo fue de 98.1 hrs  $\pm$  20.7, promedio de horas de latencia de inductores de madurez pulmonar de 67.5 hrs  $\pm$  14.1 ( gráfica 3 ), el total de los productos nacieron vivos, presentando 11 recién nacidos

asfixia al nacer (29 %) de los cuales 3 fue asfixia severa (27.2 %) . De los casos reportados de asfixia el 54.5 % correspondio al sexo masculino y el 45.5 % al sexo femenino (gráfica 4).

En este grupo se presentaron 7 casos de sepsis ( 18.9%), con una latencia promedio de 59.4 hrs ( gráfica 5 ).

Se reporto un caso de Enterocolitis Necrosante (2.7 %) (gráfica 6 ), y se presentaron 9 casos de Síndrome de Dificultad respiratoria ( 24.3 %) ( gráfica 7 ).

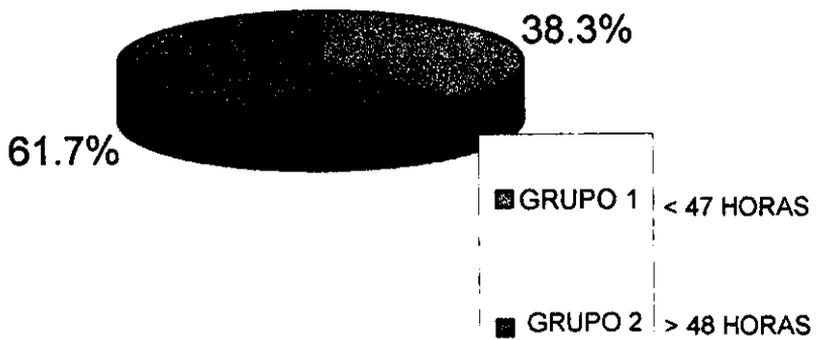
El promedio de peso de los recién nacidos de este grupo fue 1638 grs  $\pm$  452, talla promedio de 41.9cms  $\pm$  3.6, perímetro cefálico 29.6cms  $\pm$  2.7, Apgar promedio 6/8  $\pm$  1.4 / 0.7 y Capurro promedio de 31 semanas  $\pm$  2.6 ( tabla 1 ).

Dentro de las complicaciones estudiadas se encontró haciendo referencia a ambos Grupos ( 1 y 2 ) que de los 10 casos de Sepsis reportados, 3 el 30% correspondió al grupo 1, mientras que 7, el 70% de los casos al grupo 2 . En relación a esta complicación se presentó un caso de un recién nacido con Choque séptico el cual tenía un periodo de latencia de inductores de madurez pulmonar de 48 hrs , y un caso de Septicemia con 52 hrs de latencia de IMP. El único caso de Enterocolitis

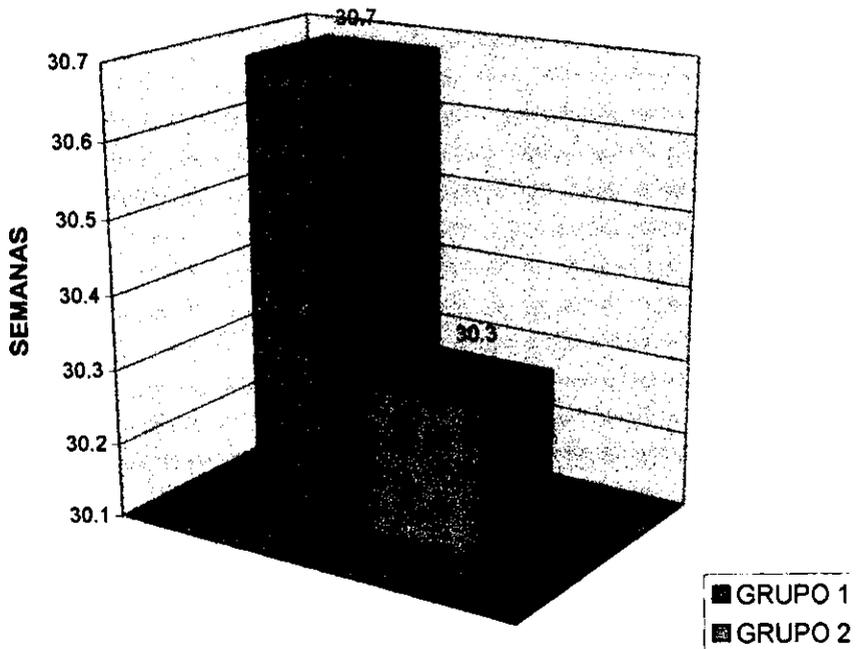
*necrosante registrado se presentó en el grupo 2, y el recién nacido tuvo un período de latencia de IMP de 48hrs. Haciendo mención al Síndrome de Dificultad Respiratoria se encontraron 19 casos, de los cuales 10 casos (52.6%) se presentaron en el grupo 1 y 9 casos (47.3%) en el grupo 2 (gráfica 8).*

*Se detectaron en algunos recién nacidos otra serie de complicaciones y hallazgos como Síndrome anémico (6 casos), un caso en el grupo 1 (16.6%), y 5 casos en el grupo 2 (83.3%), ictericia en 20 recién nacidos, 5 casos en el grupo 1 (25%) y 15 casos en el grupo 2 (75%), un caso de malformación de pabellón auricular en grupo 1, enfermedad de reflujo gastroesofágico 1 caso en el grupo 2, un caso de probable hiperplasia suprarrenal en el gpo 2, trauma obstétrico en 2 pacientes, 1 en el grupo 1 (50%) y otro en el grupo 2 (50%), atresia esofágica un caso en el grupo 1, y un caso de eritema tóxico en grupo 2.*

**GRAFICA1:PORCENTAJE DE RN DE ACUERDO  
AL TIEMPO DE LATENCIA DE LA  
DEXAMETASONA**

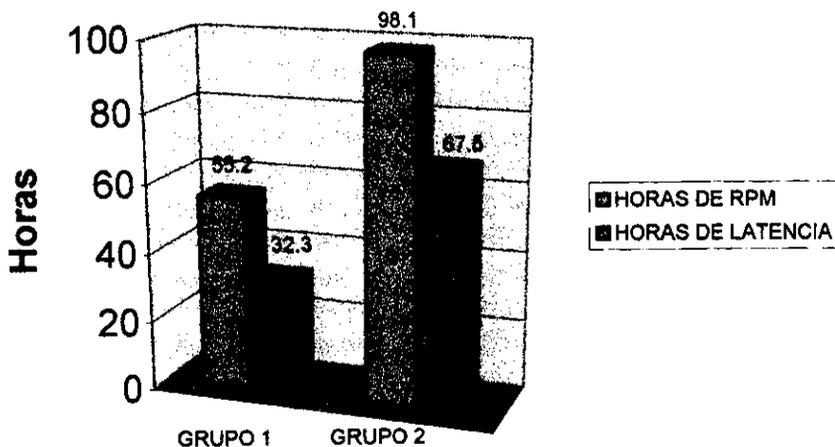


**GRAFICA 2. PROMEDIO DE EDAD GESTACIONAL EN EMBARAZOS COMPLICADOS CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.**



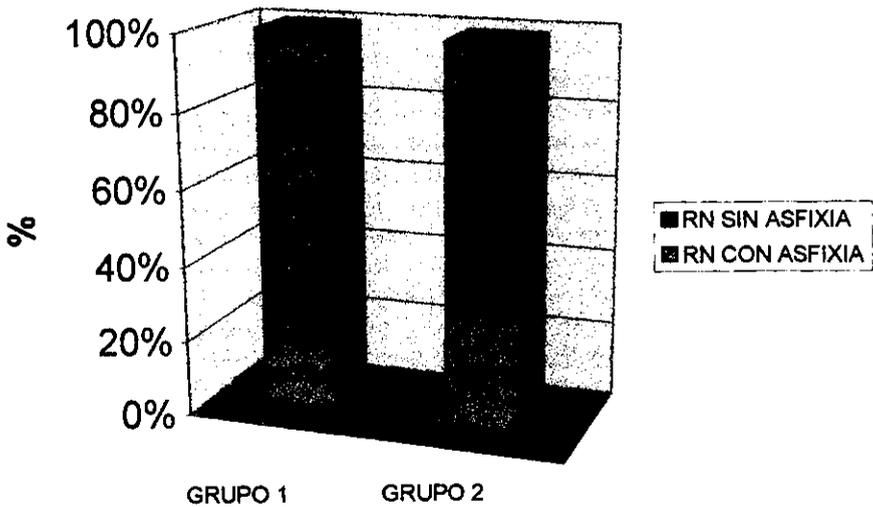
Fuente: Perinatología HGO Num. 3 CMR.

**GRAFICA 3. PROMEDIO DE HORAS DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y PROMEDIO DE HORAS DE LATENCIA DE INDUCTORES DE MADUREZ PULMONAR.**



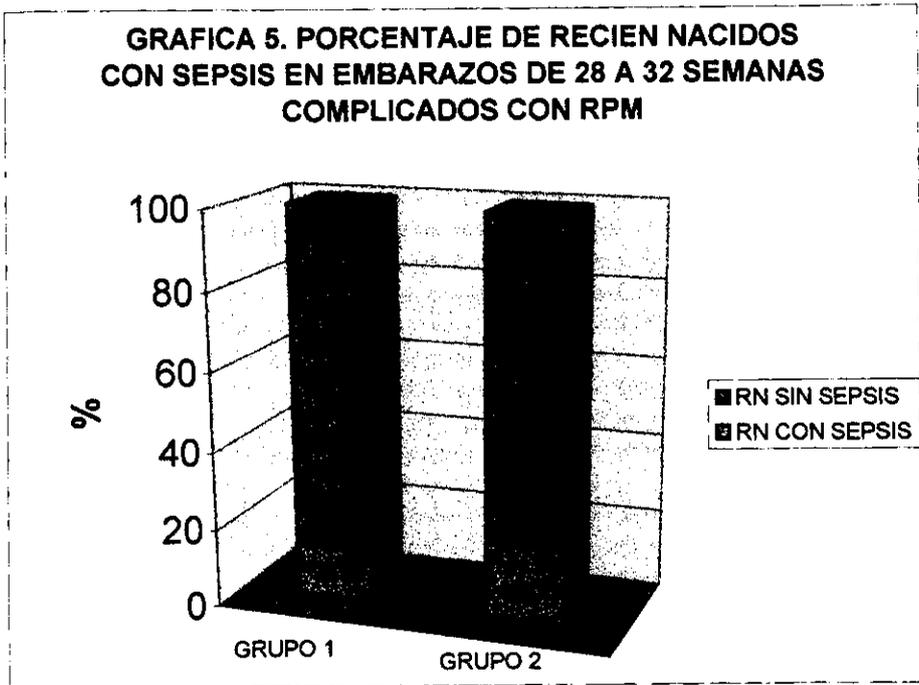
Fuente: Perinatología HGO Num. 3 CMR.

**GRAFICA 4. PORCENTAJE DE RECIEN NACIDOS CON ASFIXIA EN EMBARAZOS DE 28 A 32 SEMANAS COMPLICADOS CON RPM.**



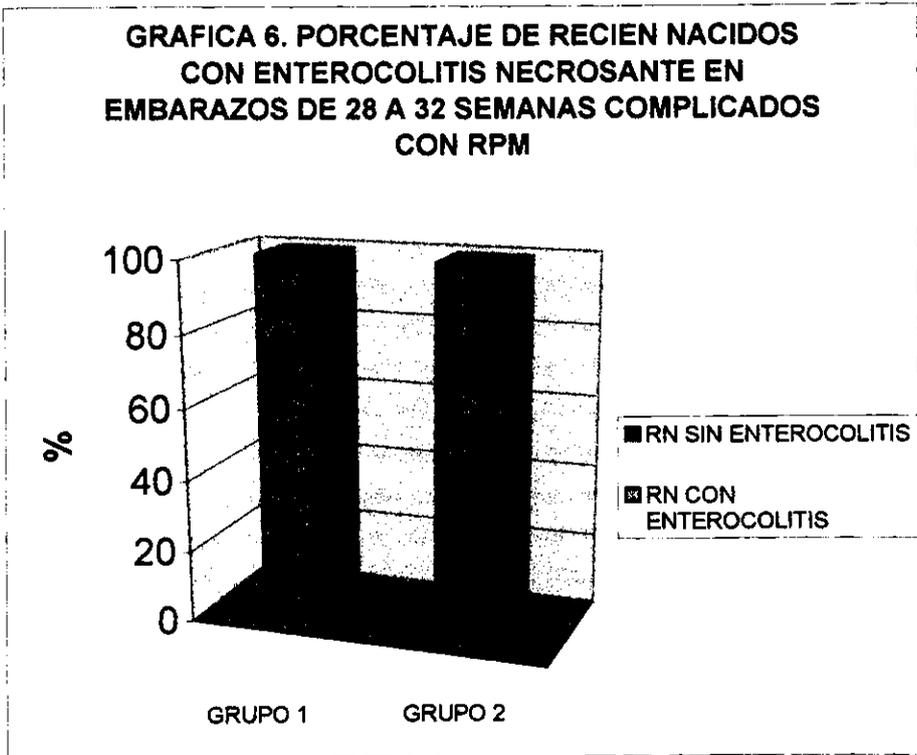
Fuente: Perinatología HGO Num. 3 CMR.

**GRAFICA 5. PORCENTAJE DE RECIEN NACIDOS CON SEPSIS EN EMBARAZOS DE 28 A 32 SEMANAS COMPLICADOS CON RPM**

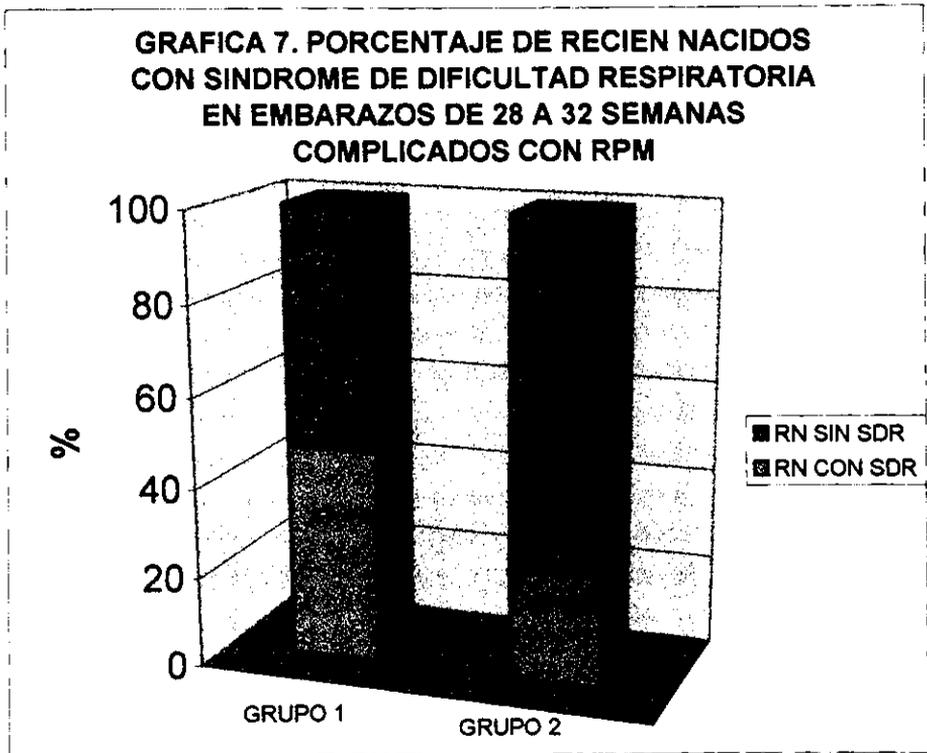


Fuente: Perinatología HGO Num. 3 CMR.

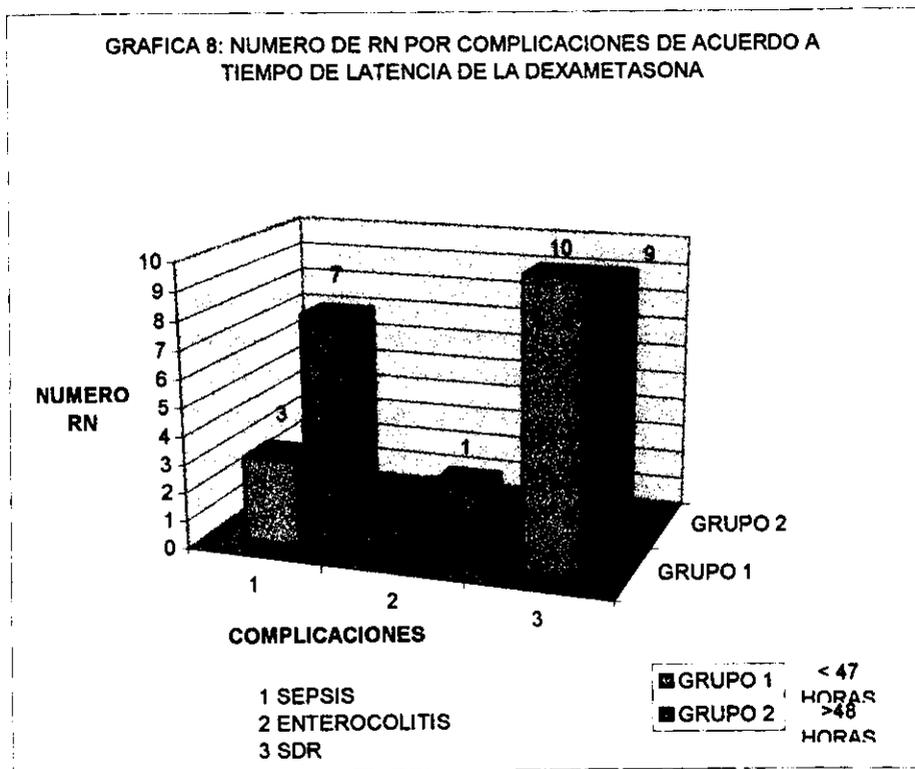
**GRAFICA 6. PORCENTAJE DE RECIEN NACIDOS CON ENTEROCOLITIS NECROSANTE EN EMBARAZOS DE 28 A 32 SEMANAS COMPLICADOS CON RPM**



Fuente: Perinatología HGO Num. 3 CMR.



Fuente: Perinatología HGO Num. 3 CMR.



Fuente: Perinatología HGO Num. 3 CMR.

TABLA 1

HORAS DE LATENCIA	PESO	APGAR	TALLA	CAPURRO
<47 HRS.	1680 grs.	"6/8"	41.2	31 ± 2.5
>48 HRS.	1638 grs.	"6/8"	41.9	31 ± 2.6

Fuente: Perinatología HGO Num. 3 CMR.

## **DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

*Existe controversia en el manejo de pacientes con Ruptura Prematura de Membranas así como opiniones discrepantes que involucran ventajas y desventajas materno – fetales en cuanto a la prolongación del tiempo de latencia y el uso de glucocorticoides para estimular la maduración pulmonar fetal. Esta controversia ha resultado en diferentes conductas, en las que estudios recientes apoyan retrasar la interrupción de el embarazo en pacientes sin complicaciones, para permitir que el feto alcance la madurez pulmonar. Es así como en este estudio el promedio de edad gestacional en el grupo 1 ( latencia con inductores de madurez pulmonar menor de 47 hrs ) y en el grupo 2 ( latencia con inductores de madurez pulmonar mayor de 48 hrs ) fue de  $30.7 \pm 1.4$  semanas para el grupo 1 y de  $30.3 \pm 1.5$  semanas para el grupo 2 , respectivamente, edad gestacional similar a la reportada en otros estudios involucrando este tipo de alteraciones, Joachin (11) en su estudio reporta un promedio de edad gestacional de  $31 \pm 2$  sem, en productos con ruptura prematura de membranas, así mismo reporta que el 38.8 % de los Recién Nacidos presentaron sepsis, mientras que en este*

estudio se encontró una cifra muy inferior a este resultado ya que de el total de la muestra solamente se reportó un 16.6 % de casos de sepsis , correspondiendo el 30 % al grupo 1 y el 70% al grupo 2, incluso la cifra reportada por este autor es alta en comparación a otros estudios, Siegel reporta un 6 %, Bethesda (12) 1.3 % (latencia de 72 hrs ) de productos infectados, quizá por la coexistencia de algún factor asociado como podría ser alguna patología materna agregada, considerandose que cuando la interrupción del embarazo ocurre en las primeras 12 hrs después de la ruptura de membranas la infección tenía que haber estado presente antes de la ruptura, y que de hecho ese factor la podía haber condicionado, mientras que si la interrupción de el embarazo ocurre 72 horas después de la ruptura, la infección es por consecuencia de la ruptura por vía ascendente. Horbar (13) señala en su estudio un 60.3% de casos de Síndrome de Dificultad respiratoria en productos con inductores de madurez pulmonar, mientras que en este estudio se reporta una cifra menor de 31.6 % en el total de la muestra correspondiendo el 52.6% de los casos al grupo 1 y el 47.3 % a el grupo 2.

Sin embargo el reporta una cifra muy similar en cuanto a los casos de sepsis ya que encontró en su estudio una incidencia de el 16.8 % de esta

*complicación cifra similar a la de nuestro estudio ( 16.6% ), además reporta un 25.1 % de casos de enterocolitis necrosante, y en el estudio de el total de la muestra solamente se encontró en el 1.6 %.*

*Leviton (14) señala que los beneficios más frecuentemente citados de los inductores de madurez pulmonar son el decremento de el Síndrome de Dificultad respiratoria en productos prematuros y que los corticoesteroides son especialmente benéficos cuando se administran 24 horas antes de la interrupción de el embarazo, sin embargo en este estudio pudimos observar que realmente se encontró una incidencia muy similar en ambos grupos de estudio en cuanto al Síndrome de Dificultad Respiratoria , 52.6% para el grupo 1 y 47.3 % para el grupo 2, donde un 21 % de los casos se presentó en productos con 24 hrs de latencia o menos y el 79% de los casos en productos con latencia mayor a 24hrs, dato contradictorio a lo reportado por ese autor. En relación a la sepsis Arias (4) enfatiza que la sepsis neonatal se incrementa con la prolongación de la fase de latencia, mayor de 7 días ( > 168 hrs ), encontrando en su estudio que la prolongación de la latencia tuvo ventajas con la disminución de la mortalidad y problemas respiratorios en el recién nacido con latencia > 2 días ( 48 hrs ) pero < a 7 días (<*

168 hrs ), registrando en su estudio que en productos con latencia 48 – 72 hrs ningún caso de sepsis, en el grupo de > 72 – 168 hrs un 6.8% de RN con sepsis y en el grupo de > 168 hrs un 41.6%, con base a sus hallazgos el sugiere que la interrupción de el embarazo no debe ser mayor a 7 días ( 168 hrs ) de latencia, en los resultados encontrados en nuestro estudio observamos con latencia de < 48 hrs se presentó en el 30% de los casos, de 48-72 hrs 60% de los casos y > 72 hrs 10 %.

Difiriendo de los resultados de este estudio debido a que en nuestro estudio incluso se encontró un 30 % de casos de sepsis en productos con latencia menor de 48 hrs , mientras que en el estudio al que se hace referencia no reporto ningún caso, llamandonos así mismo la atención que en el estudio los casos de mayor gravedad por procesos infecciosos como son Choque séptico ( un caso ) y septicemia ( un caso ) se presentaron a las 48 y 52 hrs respectivamente de latencia. Shalev (15), encontró que la latencia mayor de 72 hrs no beneficiaba ni a la madre ni al producto y que solamente prolongaba la hospitalización, sin embargo reporta un 2 % de recién nacidos con sepsis con latencia de 12 hrs y un 2.2 % en el grupo de más de 72 hrs. Morales (8) en su estudio reporta una incidencia de el 25 % de Sx de dificultad respiratoria en productos

con ruptura prematura de membranas, con uso de inductores de madurez pulmonar, reportando el 26 % de los casos en recién nacidos con latencia < 24hrs, de el 27 % con latencia de > 24 – 72 hrs, de 22 % de > 72 – 168 hrs y de 23% > 168 hrs, respectivamente, en nuestro estudio se reportó en recién nacidos con latencia de 24hrs un 21 % , de >24-72 hrs un 63.1%, de > 72 hrs 15.7% , siendo similares los resultados en productos con latencia de 24 hrs, y en los de más de 72 hrs de latencia no así para el grupo de 24- 72hrs ya que en nuestro estudio prácticamente se duplica lo reportado por ese autor. Además reporta que el Síndrome de Dificultad respiratoria fue más frecuente en productos del sexo masculino (63%) vs (40%) de el sexo femenino, nosotros encontramos dentro de los casos de recién nacidos que presentaron asfixia que el 75 % correspondieron a productos del sexo masculino, y de el total de los casos de Síndrome de dificultad respiratoria el 63.5% correspondió a recién nacidos del sexo masculino y el 36.8% a el sexo femenino , cifra muy semejante a lo reportado por Morales . Young (5) menciona que el Síndrome de Dificultad Respiratoria es la principal complicación asociada a la prematurez, el reporta en su investigación un 36% de productos con esta alteración manejados con inductores de madurez

*pulmonar, mientras que compara a este grupo con productos que no recibieron manejo con inductores un 64 % de casos de SDR, además reporta Apgar menor a 6 en el 73% de los recién nacidos a los 5 minutos, en el estudio se reporta este mismo apgar a los 5 min en tan solo el 5% de los recién nacidos ( todos con latencia < 48 hrs ), Young así mismo menciona que en su estudio no se encontró beneficio con esquemas de > 48hrs de latencia, y que sin embargo los esquemas menores de 24 hrs reducen el beneficio de la terapia con esteroides probablemente por el tiempo insuficiente para lograr el efecto del fármaco y la probabilidad de representar dosis insuficientes. Además el observó que la latencia de 24-48hrs se asocia con un incremento en la infección fetal y materna y que este riesgo de infección se duplicaba después de 48 hrs , y que a su vez la latencia de 48-72 hrs incrementaba el cortisol siendo benéfico para el Síndrome de Dificultad respiratoria, y por otra parte el período crítico para prevenir la infección las 24 – 48 hrs de latencia, siendo el tratamiento con dexametasona claramente benéfico para estos casos. Iams (10) al igual que nosotros también encontró una mayor incidencia de SDR en productos del sexo masculino, mientras que en los casos de sepsis no encontró diferencias significativas en cuanto a sexo.*

ESTA TESIS NO DEBE  
SAIR DE LA BIBLIOTECA

*Aunado a lo mencionado Dale (2) reporta en su estudio que la incidencia de complicaciones neonatales fue independiente al tiempo de latencia , encontrando sepsis en el 8.6% de recién nacidos con latencia de < 48hrs, de el 10% de > 48- 144 hrs y de 5.7% en > 144 hrs. En el estudio realizado por Elimian (16), reporta que la repetición del esquema de inductores de madurez pulmonar reduce significativamente la incidencia de Síndrome de Dificultad respiratoria sin incrementar la sepsis neonatal y el crecimiento fetal, ya que se encontró el SDR en el 41% de los recién nacidos en que sólo se aplicó el esquema de inducción de madurez pulmonar en una ocasión y en el 18% de los recién nacidos cuando este esquema se repitió, siendo asociada la aplicación en más de 2 ocasiones de inductores con una reducción del 65 % del SDR, y no encontrándose diferencias en cuanto a la incidencia de sepsis en ambos grupos, si bien el estudio de las complicaciones fetales en relación a la repetición de el esquema de madurez pulmonar no fue el objetivo de nuestro estudio, nos hace ver como se puede brindar más beneficio a el recién nacido el uso de inductores de madurez pulmonar.*

## CONCLUSIONES

*Al finalizar este estudio podemos concluir lo siguiente:*

*1. A un mayor tiempo de latencia de la Dexametasona en embarazos de 28 a 32 semanas de gestación complicados con Ruptura prematura de membranas, se encontró una frecuencia mayor de complicaciones fetales.*

*a - Se presentó sepsis en un 18.9 % del total de los productos con latencia > 48hrs.*

*b- En comparación con un 13.0 % del total de los productos con latencia < 47hrs.*

*c- De los casos de sepsis en el estudio ( 10 ) el 30% correspondió a productos con latencia < 47hrs.*

*d- De los casos de sepsis en el estudio ( 10 ) el 70 % correspondió a productos con latencia > 48hrs.*

*e- Se presentó enterocolitis necrosante, solamente en 1 caso dentro del grupo con latencia > 48hrs.*

*f- Se presentó asfixia neonatal en el 17% de los recién nacidos con latencia < 47hrs*

g- *Se presentó asfixia neonatal en el 29.7 % de los recién nacidos con latencia > 48h*

2. *A un mayor tiempo de latencia de la Dexametasona en embarazos de 28 a 32 semanas de gestación complicados con Ruptura Prematura de membranas, se encontró una frecuencia menor de Síndrome de Dificultad Respiratoria.*

a- *Se presentó Síndrome de dificultad respiratoria en un 47.4% del total de los productos con latencia < 47hrs.*

b- *Se presentó Síndrome de dificultad respiratoria en un 24.3% del total de los productos con latencia > 48hrs.*

c- *De los casos de Síndrome de Dificultad Respiratoria ( 19), el 52.6% correspondió a recién nacidos con latencia de < 47hrs.*

d- *De los casos de Síndrome de Dificultad Respiratoria (19 ), el 43.7 % correspondió a recién nacidos con latencia de >48hrs.*

3. *Las complicaciones de mayor gravedad se presentaron en productos con latencia de 48-72hrs, tales como Choque séptico, septicemia y enterocolitis necrosante.*
4. *El promedio de hrs de latencia para la presentación de sepsis fue de 34hrs.*
5. *La frecuencia de Síndrome de Dificultad respiratoria prácticamente se duplicó en el grupo con latencia < 47hrs.*

*Ante lo cual se concluye que sí bien en productos de 28 a 32 semanas de gestación con Ruptura Prematura de Membranas, la frecuencia de complicaciones es mayor a mayor número de horas de latencia de inductores de madurez pulmonar ( Dexametasona), existe a la vez un menor riesgo de presentar Síndrome de Dificultad Respiratoria, lo cual justifica su uso y el prolongar la latencia de los IMP, bajo una monitorización adecuada.*

**BIBLIOGRAFIA**

1. Simpson G, Harbert G. Use of B-methasone in Management of Preterm Gestation With Premature Rupture of Membranes. *Obstet Gynecol* 1985;66:168-174.
2. Dale O, Tanbo T, Bendvold E, Moe N. Duration of the Latency period in preterm premature rupture of the membranes Maternal and Neonatal consequences of expectant management, *Eropean Journal of Obstetrics and Ginecology and Reproductive Biology* 1989;30:257-262.
3. Shields J, Resnik R. Fetal Lung Maduration and the Antenatal use of Glucocorticoids to prevent The Respiratory Distress Syndrome. *Obstetrical and Gynecological Survey*. 1979;34:343-363.
4. Arias F, Knight A, Tomich P. A retrospective study of the effects of steroid administration and prolongation of the latent phase in patiens with preterm premature rupture of the membranes. *J Obstet Gynecol* 1986; 154:1059-63.
5. Young B, Klein S, Katz M, Wilson S, Douglas G. Intravenous dexamethasone prevention of neonatal respiratory distress: a prospective controlled study. *A M. J. Obstet. Gynecol* 1980;138: 203-209.

6. Cabero I Roura. *Perinatología Tomo I*, Barcelona España, ed Salvat, 1986., 90-112.
7. Nelson L, Meis P, Hatjis Ch, Ernest J, Dillard R, Schey H. *Premature Rupture of membrans : a prospective , randomized evaluation of steroids, latent phase, and expectant management*, *Obstet Gynecol* 1985; 66:55-8.
8. Morales W, Diebel D, Lazar A, Zadrozny D. *The effect of antenatal dexamethasone administration on the prevention of respiratory distress syndrome in preterm gestations with premature rupture of membrans .* *Obstet Gynecol* 1986; 154: 591-5.
9. *Clínicas de Ginecología y Obstetricia Temas Actuales Rotura Prematura de membranas* 1992, vol 2, de Interamericana 315-324.
10. Iams J, Talbert M, Barrows H, Sachs L. *Management of preterm prematurely ruptured membranes: a prospective randomized comparison of observation vs use of steroids and timed delivery*, *Am J. Obstet Gineco* 1985; 151: 32-8.
11. Joachin R, Flores G. *Evolución del Neonato de Alto riesgo con antecedente de Ruptura Prematura de membranas en una unidad de cuidados intensivos neonatales.* *Ginec Obst Mex* 1995; 63 : 119-122.

12. Bethesda M, Collaborative group of antenatal steroid therapy. *Effect of antenatal dexametasone administration on the prevention of respiratory distress syndrome. Am J Obstet Gynecol.* 1981; 141: 276- 285.
13. Horbar J. *Antenatal corticosteroid treatment and neonatal outcomes for infants 501 to 1500 gm in the Vermont – Oxford Trials Network. Am J Obstet Gynecol* 1995; 173: 275-280.
14. Levinton L, Baker S, Hassol A. *An exploration of opinion and practice patterns affecting low use of antenatal corticosteroids. Am J Obstet Gynecol* 1995; 173 :312-315.
15. Shalev E, Peleg D, Eliyahu S. *Comparison of 12 and 72 hour expectant management of premature rupture of membranes in pregnancy. Obstet Gynecol* 1995 ; 85: 766-8.
16. Elimian A, Verma U, Visintainer P. *Efectiveness of multidose antenatal steroids. Obstet Gynecol* 2000; 95: 34-6.