

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-León.

UNAN-León.

Facultad de Ciencias Médicas



**Trabajo Monográfico para optar al Título de Especialista en
Ginecología y Obstetricia**

Título: Ruptura prematura de membranas en pacientes con embarazo pretérmino ingresadas en el servicio de obstetricia del HEODRA en el período de Enero 2010 a Diciembre del 2012

Autora:

Dra.: Yolanda Mercedes García Alonso.

Tutor:

Dra.: Miurel Gámez

Gineco Obstetra

Asesor:

Dr.: Juan Almendárez.

Maestría en Salud Pública

León, Marzo del 2013.

INDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES	3
JUSTIFICACION	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
OBJETIVOS	9
MARCO TEORICO.....	10
DISEÑO METODOLOGICO	18
RESULTADOS	23
DISCUSION	25
CONCLUSIONES.....	28
RECOMENDACIONES	29
BIBLIOGRAFIA	30
ANEXOS	34

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo serie de caso en los servicios de labor y parto, alto riesgo obstétrico, del HEODRA durante los meses de Enero 2010 a diciembre 2012. Con el objetivo de conocer el manejo de la ruptura prematura de membranas, la población de estudio estuvo conformada por 150 pacientes que ingresaron a estos servicios con diagnóstico de embarazo pretérmino con ruptura prematura de membranas de acuerdo a los criterios de inclusión. Se elaboró una ficha tomándose datos del expediente clínico del binomio madre hijo. Los principales resultados fueron que el 44.7% tenía entre 20 a 24 años de edad, 56% fueron multigestas con antecedente de cesárea anterior en el 50%, el 92% se realizó controles prenatales, de las paciente el 64% presentó infección de vías urinarias, 60,7% infección del tracto vaginal y anemia durante el embarazo. El período de latencia encontrado es 30.7 % de 13 a 18 horas de la población estudiada, los métodos diagnósticos más empleados fueron la B.H.C y la clínica, el 88.5%. Respecto al manejo terapéutico de las pacientes, se utilizó eritromicina en un 39.3%, ampicilina 22.7%, En relación al parto se encontró que el 49.3% inicio de forma espontánea siendo la vía de parto vaginal en el 60% la predominante. El 66% de los recién nacidos fueron femeninos, el peso fue en un 30% entre 2,500 y 2999 gr. La edad gestacional por capurro fue en el 70% de 34 - 36 semana, el 63,9%, las complicaciones que presentaron los neonatos el 22.7% presento síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido seguido de sepsis en el 7.3% pero la gran mayoría no presento complicaciones

Dedicatoria

A Dios, ser supremo que nos ilumina y nos fortalece día a día.

A mi querida hijita Oksana de los Ángeles, quien con su silencio y mirada triste supo esperar mi ausencia durante sus cuatro años.

A mis padres pilar fundamental en la culminación de mi carrera, quienes supieron esperar mi llegada y cuidar de mi hija y quienes inculcaron desde niña principios de bien, e impulsaron mis decisiones.

Agradecimiento

Agradezco a Dios por darme fuerza y sabiduría necesarias en la ardua pero reconfortante tarea de brindar salud a la mujer.

A la Dra. Miurel Gámez Y Dr. Juan Almendárez por guiarme en la realización de este trabajo.

A los maestros de maestros, Dra. María Dolores Benavides y Dra. Flor de María Marín Dra. Lidia Ortiz, Dr. José Leonida Esquivel (Chepito) e hijo Dr. Erick Esquivel, Por su enseñanza desinteresada en mi formación.

A todos los maestros de nuestro Hospital, por su aporte diario de la sabiduría y su aporte sincero en esta especialidad

I INTRODUCCIÓN

La ruptura prematura de membranas ovulares es uno de los eventos del estado gravídico que constituye uno de los mayores problemas en obstetricia por las consecuencias que provoca en la morbi-mortalidad feto-neonatal y materna.

La ruptura prematura de membranas pretérmino es la ruptura de las membranas durante el embarazo antes de las 37 semanas de gestación. El Síndrome de Ruptura Membranas Ovulares, presenta una incidencia muy variable (4-25%) y es la causa de aproximadamente de la tercera parte de los partos Pretérminos, mismos que en nuestro país constituye la primera causa de mortalidad neonatal, constituyendo una patología de gran importancia clínica y epidemiológica.

El diagnóstico depende del medio de trabajo y de los recursos que se dispongan, aunque en la actualidad es muy controversial su manejo debido a que existen diferentes protocolos en los cuales las conductas a seguir varían entre diferentes países.

El gobierno de Nicaragua por medio del Ministerio de Salud desde los años ochentas ha impulsado actividades de salud que favorezcan a la población como lo es al binomio madre-niño, sin embargo a pesar de la realización de estas actividades de salud, factores de índole económico-social y cultural, han influido en que no se mejore notoriamente *en* cuanto a la mortalidad perinatal la cual se encuentra dentro de las principales causas de muerte en el país. Además de otros factores, la actual crisis económica que atraviesa el país incide en el comportamiento y manejo de ésta complicación

Pocos problemas continúan siendo tan controversiales en la obstetricia como es el manejo de la ruptura prematura, para ofrecer mejores posibilidades de supervivencia al prematuro. Al intentar manejos conservadores se corre el riesgo de que se presente una infección no detectada tempranamente aumentando de ésta forma, la morbimortalidad perinatal o bien por otro lado, cuando se decide por

una actitud más intervencionista se cae en problemas de prematurez y con ello los riesgos de esta se aumentan. En la etapa neonatal la ruptura prematura de membranas (RPM), se ha asociado a: sepsis neonatal, prematuridad, síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante, displasia broncopulmonar, ductus arterioso permeable y retinopatía por prematurez. A nivel general la sepsis tiene una incidencia de 1 a 10 por cada 1000 nacidos vivos con una mortalidad del 10 al 30%.

Esta tasa varía en distintos países y depende de las condiciones predisponentes a la infección, se ha observado que tiene características cambiantes tanto de un paciente a otro dentro de un mismo grupo etáreo como entre diferentes grupos de edad, así también es notoria la influencia de diversos factores en la evaluación y pronóstico de la misma. De tal manera que la evaluación apropiada y el manejo oportuno de esta entidad y los factores asociados son importantes para mejorar los resultados maternos y neonatales.

II ANTECEDENTES

Se realizó una búsqueda en el registro de estudios clínicos (enero de 2003) del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto (Cochrane Pregnancy and Childbirth Group). La búsqueda identificó 33 estudios clínicos; 19 están incluidos en la revisión y comprenden a más de 6.000 mujeres y sus bebés, y 14 están excluidos.

De los estudios clínicos incluidos, la mayoría se realizó con un número reducido de pacientes, a excepción de Kenyon 2001, que aleatorizó a 4.826 mujeres, y Mercer 1997, que hizo lo propio con 614 mujeres. Se reclutaron mujeres con embarazo de entre 20 y 37 semanas. Diez estudios clínicos evaluaron penicilinas de amplio espectro, administradas como agente único o en combinación. Cinco estudios clínicos evaluaron antibióticos betalactámicos (eritromicina), administrados como agente único o en combinación y uno evaluó la clindamicina y gentamicina; en cinco de los estudios clínicos, las mujeres fueron tratadas sólo con antibióticos orales. En dos de los estudios clínicos, las mujeres fueron tratadas sólo con antibióticos intravenosos. En seis de los estudios clínicos, las mujeres fueron tratadas con una combinación de antibióticos intravenosos y orales. (5,15)

Las medidas de resultado elegidas incluyeron la infección materna, la prolongación del embarazo y varias medidas de morbilidad neonatal. Esta revisión muestra que la administración rutinaria de antibióticos a mujeres con rotura prematura de membranas reduce la morbilidad materna y neonatal. Existe clara reducción en los principales marcadores de morbilidad materna y neonatal que se registra con la administración de antibióticos lo que hace que sea posible una reducción en las muertes, aun cuando el resultado fue estadísticamente no significativo a partir del agrupamiento de los datos disponibles. (11)

Por mucho, el estudio clínico más amplio es UK MRC ORACLE (Kenyon 2001), que aleatorizó a 4.826 mujeres. El significativo aumento de la enterocolitis necrotizante neonatal hallado en este estudio clínico resulta perfectamente

posible, ya que se sabe que la combinación de amoxicilina + ácido clavulánico puede utilizarse para Enterobacter, Citrobacter y Pseudomonas. Uno de los mecanismos de patogenia sugeridos en el caso de la enterocolitis necrotizante neonatal es la colonización microbiana anormal del tracto intestinal por parte de una o algunas especies favorecidas por las competidoras. La combinación de amoxicilina + ácido clavulánico, dado su rango de actividad y efectividad, puede facilitar dicha colonización. Además, el intestino inmaduro tiene la capacidad de absorber las exotoxinas producidas intactas, lo que lesiona la mucosa y desencadena el inicio de la enterocolitis necrotizante. (12)

En 1992, se realizó un estudio descriptivo, prospectivo con el objetivo de determinar la morbimortalidad materno-fetal por ruptura prematura de membranas en el Hospital Bertha Calderón de Septiembre a Noviembre 1991 en la cual la RPM se presentó en el 17% de los nacimientos, 42% eran nulíparas, el 73% tenían entre 19 y 35 años, patologías maternas asociadas están anemia 55%, IVU 22%, cervicovaginitis 6%, el 70% de los partos fue por vía vaginal, se realizó inductoconducción al 33%. Según distribución por edad gestacional el 5% se presentó entre 28 y 32 semanas de los cuales el 48% recibió manejo conservador, presentaron las siguientes complicaciones asfixia 20%, sepsis 20%, muerte neonatal 20%; el 12% correspondió a embarazos de 33 a 36 semanas con el 20% de manejo conservador, las complicaciones fueron en un 24% asfixia grave, muerte neonatal 8%, el 70% de las madres presentaron sepsis ovular, 16% endometriitis y 7% histerectomía ,no se describe el Manejo médico que se utilizó.(2,12)

En 1994, se estudiaron las características clínicas y comportamiento intrahospitalario de la ruptura de membranas en embarazos pretérminos en la sala de labor y partos, la RPM, a través de un estudio descriptivo , retrospectivo durante el 2do semestre de 1993 se presentó en el 3% de embarazos atendidos y en pretérminos fue 32%, el 40% estaba entre 20 y 24 años , el 26% tenían menos de 28 semanas y el 100% de estos fallecieron, en el grupo de 28 a 32 semanas la

mortalidad fue de 20%, el periodo de latencia promedio fue de 38 horas , se utilizó antibiótico en el 88% de los casos, siendo el más usado Gentamicina (3 de cada 4 pacientes), la penicilina cristalina se usó en el 69% y ampicilina en el 27%, en el 17% se realizó cesárea siendo las principales indicaciones SFA 40%, prolapso de cordón 15%.el 77% desarrolló trabajo de parto espontáneo, complicaciones parto prematuro 74%, sepsis 24%.(3)

En el 2003 se realizó un estudio de prevalencia de complicaciones neonatales en pacientes con ruptura prematura de membranas entre las 28 y 34 semanas de gestación⁴, se estudiaron 67 pacientes en quienes las semanas de gestación predominante fue de 30 a 32 (28%), el 63% tuvo un periodo de latencia menor de 3 días, el 70% culminó por vía vaginal, el 50% recibió 1 ciclo completo de corticoides antenatales, el 25% presentó asfixia. En el 75% se utilizó penicilina y gentamicina, ampicilina y gentamicina en 16%, clindamicina en 7% y 1% cefalexina mas eritromicina, en el Recién nacido se utilizó en el 42% penicilina más gentamicina, 33% cefotaxima más amikacina en el 12% ceftazidima mas amikacina, imipenen mas vancomicina en el 9%. De los fallecidos el 100% presentó sepsis neonatal, el 82% requirió ventilación mecánica., el 73% presento distrés respiratorio, neumonía 36%, el 63% tenían menos de 34 semanas, el 46% tenían muy bajo peso al nacer.(1,3)

En el 2004. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo con el objetivo de determinar la eficacia del manejo conservador de la ruptura prematura de membranas en embarazos pretérminos , se incluyeron 12 pacientes, el 84% de las pacientes tenían entre 20 a 24 años, el 58% eran multíparas, el 33% tenia CPN deficientes, 33% no tenía CPN, todas recibieron antibióticos y corticoides, el 75% de las madres recibió penicilina cristalina y gentamicina, el 17% de los neonatos presento asfixia y sepsis , el 8% hemorragia intraventricular y shock séptico, el 33% de los neonatos fallecieron, el 50% de los recién nacidos con menos de 1500 gr. falleció, el 75% de los fallecidos nació por cesárea por indicación obstétrica.
(3).

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en los servicios de labor y parto, alto riesgo obstétrico, y neonatología del hospital Berta Calderón Roque durante los meses de Octubre 2004 a Enero 2006. Con el objetivo de evaluar el comportamiento de la ruptura prematura de membranas y sepsis neonatal. Los principales resultados fueron que la mediana de edad fue más de 22 años con una desviación Standard de 5, el 64.2 % fueron primigesta, más del 50% no se realizó controles prenatales. El 57% de los recién nacidos fueron femeninos, el peso fue en un 45.7% entre 2,500 y 3499 gr. La edad gestacional por capurro fue en el 54.7% de 37 - 41 semana, el 65,7% de las pacientes presentaron infección de vías urinarias, 62,9% cervicovaginitis, un 31,4% reportó anemia durante el embarazo, también prevalecieron estas mismas patologías en el parto.(4)

El período de latencia encontrado fueron, mayor de un día en más del 50% de la población estudiada con una prevaecía de sepsis 89,5%. Los estudios de hemocultivo en un 40,2% no presentó crecimiento bacteriano, sin embargo hubo crecimiento en un 52% a diferentes bacterias predominando la serratias sp, los métodos diagnósticos más empleados fueron la B.H.C y la clínica, el 95,7% fue dado de alta y un 65,7% en los primeros 4 días. El 100% de los neonatos con antecedentes de RPM de 12 horas o más presentaron sepsis con crecimiento bacterianos en un poco más de la mitad de la muestra.(4)

III. JUSTIFICACIÓN

La ruptura prematura de membranas en pretérminos es aún, a pesar de las nuevas intervenciones terapéuticas disponibles, un importante evento obstétrico que desencadena situaciones con un gran impacto en la morbilidad y mortalidad perinatal. Se calcula que aproximadamente de 11 a 16% de los embarazos menores de 37 semanas cursan con esta eventualidad y el 50 a 60% de las mujeres con ruptura prematura de membranas lejos del término tendrá parto en la semana siguiente, siendo uno de los factores más importantes que contribuyen a la carga de morbimortalidad perinatal, resultado de la infección, compresión del cordón y prematuridad. El interés por la calidad de vida continúa siendo tema de prioridad nacional y los estudios realizados hasta hoy aún no llenan las expectativas en la prevención primaria, por que no han tenido seguimiento sistemático a los protocolos de manejo.

El presente estudio se realiza con la finalidad de conocer el manejo del síndrome de RPM para poder ofrecer mejores conocimientos de la situación a nivel local y los resultados servirán para facilitar la toma de decisiones certeras con los medios disponibles en nuestra institución y en los servicios de atención primaria, prevenir morbimortalidad materna y de los recién nacidos, a través de una vigilancia más intensa de los síntomas y signos clínicos previos al suceso y considerar de forma activa la prevención de sus complicaciones.

IV. PROBLEMA

¿Cuál es el manejo de la ruptura prematura de membranas en las mujeres con embarazo pretérmino atendidas en el HEODRA en el período de Enero 2010 a Diciembre del 2012?

V. OBJETIVOS

Objetivo General:

Describir el manejo de la ruptura prematura de membranas en las mujeres con embarazo pretermino ingresadas en ARO y labor y parto del HEODRA en el periodo de Enero del 2010 al 31 de Diciembre del 2012.

Objetivos específicos:

1. Mencionar las características sociodemográficas de las embarazadas que cursan con Ruptura Prematura de Membranas.
2. Identificar las patologías y condiciones que pudieron provocar Ruptura Prematura de Membranas en las pacientes con embarazo pretérmino.
3. Describir el manejo terapéutico de las embarazadas con Ruptura Prematura de Membranas en el servicio de obstetricia.
4. Determinar las características y las complicaciones de los neonatos de madres con antecedentes de Ruptura Prematura de Membranas.

VII MARCO TEORICO

A partir de la 12ª semana de gestación el corion y el amnios se fusionan conformando una sola unidad que contendrá el líquido amniótico y el producto de la gestación. Estas membranas ovulares representan un mecanismo de barrera que separa el ambiente interno (aséptico) del ambiente externo representado por la vagina con sus múltiples microorganismos. El ambiente líquido en que habita el feto permite el movimiento de sus extremidades que requiere para un adecuado desarrollo músculo esquelético.(7)

La ruptura prematura de membranas es la ruptura de las membranas fetales antes del inicio de la labor. En la mayoría de los casos esto ocurre cerca del término, pero cuando la ruptura de las membranas ocurre antes de las 37 semanas de gestación, es conocida como ruptura de membranas pretérmino, que complica el 11 -16% de los embarazos y ocasiona un tercio de los nacimientos Pretérminos. Esto incrementa el riesgo de prematuridad y complicaciones perinatal y neonatal, incluyendo el 1 o 2% de riesgo de muerte fetal. Los médicos deben familiarizarse en el manejo de ruptura de membranas pretérmino porque el rápido diagnóstico y el manejo apropiado puede resultar en mejores resultados.(7)

Etiopatogenia:

La etiología de la RPM es multifactorial. Se han identificado factores de riesgo o condiciones predisponentes para presentar una RPM. El antecedente de parto prematuro, consumo de cigarrillos y/o metrorragia duplicaría el riesgo de RPM. Otros factores coadyuvantes serían la incompetencia cervical, vaginosis bacteriana, DIU in útero y la presencia de la sobredistensión uterina (gestación múltiple, polihidramnios, malformaciones y tumores uterinos). Estos factores sumados a alteraciones estructurales debidas a cambios en la actividad enzimática y la participación de infección bacteriana explicarían la RPM. (1-2)

Complicaciones

Complicaciones de Ruptura de Membranas Pretérmino

Complicaciones Incidencia (4 a 25%)

Parto dentro de 1 semana 50 a 75%

Síndrome de distrés respiratorio 35%

Compresión de cordón 32 a 76%

Corioamnionitis 13 a 60%

Abruptio placentae 4 a 12%

Muerte fetal anteparto 1 a 2%

Una de las complicaciones más comunes es el parto prematuro. El periodo de latencia, el cual es el tiempo desde la ruptura hasta el parto, generalmente es inversamente proporcional a la edad gestacional, en la cual ocurre la Ruptura de membranas muy tempranamente, los neonatos sobrevivientes pueden desarrollar secuelas como mala presentación, compresión de cordón, oligohidramnios, enterocolitis necrotizante, deterioro neurológico, hemorragia intraventricular y Síndrome de distrés respiratorio. (18)

En relación al neonato la probabilidad que haga infección (neumonía, enterocolitis necrotizante, sepsis) con el antecedente de IMCA es bastante alta. Sin embargo la severidad del cuadro dependerá del microorganismo involucrado y de la edad gestacional (a menor edad gestacional mayor riesgo).

Por otro lado, alteraciones como asfixia neonatal, hemorragia intraventricular y prematuridad que habitualmente eran consideradas responsables del daño neurológico, se ha visto que son secundarias al síndrome de respuesta inflamatoria que se produce en el recién nacido como reacción a la infección del líquido amniótico (10,17). De estas patologías la más grave es la hemorragia intraventricular que tiene un 50% de mortalidad. La presencia de asfixia y Síndrome de dificultad respiratoria varía entre un 10 a 45%. Ambas entidades se

vinculan a recién nacidos de bajo peso. En centros especializados la mortalidad sobre los 1000 grs. Disminuye significativamente con un manejo adecuado.

Factores de riesgo y Fisiopatología

Numerosos factores de riesgos están asociados con la ruptura prematura de membranas pretérmino. Las pacientes negras tienen el riesgo incrementado comparado con las pacientes blancas. Otras pacientes con alto riesgo incluyen bajo estatus socioeconómicos, fumadoras, historia de infecciones de transmisión sexual, las que han tenido parto pretérmino previo, sangrado vaginal o tienen sobredistensión uterina (polihidramnios, embarazo multifetal), procedimientos que incluyen cerclaje y amniocentesis. La infección coriódécidual o la inflamación puede causar RPM.

Una disminución del contenido de la colágena ha sido sugerido como predisposición para RPM, múltiples factores predisponen a ciertos pacientes para la ruptura de Membranas Prematuras. (19)

Diagnóstico

El diagnóstico de Ruptura Prematura de Membranas requiere una historia, examen físico y estudios de laboratorios seleccionados. Las pacientes a menudo reportan una derrame súbito de líquido con un goteo continuo, el médico debe preguntar si tiene contracciones, sangrado vaginal o fiebre, esta información es útil para el subsiguiente tratamiento.

El médico debe realizar un examen con espéculo para evaluar la dilatación y borramiento cervicales, importante evitar la examinación digital, ya que se ha demostrado que incrementa la morbilidad y mortalidad, también, la examinación digital disminuye el periodo de latencia en 9 días.

Durante la examinación con el espéculo se toma un cultivo para clamidia y gonorrea, porque las mujeres con estas infecciones tienen 7 veces más el riesgo de tener RPM. Después de retirar el espejo se debe de obtener un escobilleo vaginal y perianal (o anal) para el cultivo de streptococo del grupo B.

Medicaciones

Los Corticosteroides disminuyen la morbilidad y la mortalidad perinatal después de la RPM pretérmino. Un reciente metaanálisis encontró que la administración de corticosteroides después de RPM versus la no administración, reduce el riesgo de síndrome de distrés respiratorio (20 versus 35.4%), la hemorragia intraventricular (7.5 versus 15.9 %) y la enterocolitis necrotizante (0.8 versus 4.6 %) sin el incremento del riesgo de infección materna o neonatal. El régimen más ampliamente utilizado y recomendado incluye Betametazona 12 mg intramuscular diario por dos días, o Dexametazona 6 mg intramuscular cada 12 horas por 2 días.(9, 20)

El instituto nacional de salud recomienda la administración de corticosteroides antes de las 30 a 32 semanas de gestación, asumiendo la viabilidad fetal y no evidencia de infección intraamniótica. El uso de corticosteroides entre 32 y 34 semanas es controversial. La administración de corticosteroides después de las 34 semanas de gestación no es recomendada a menos que halla evidencia de inmadurez pulmonar fetal por amniocentesis. Los Múltiples cursos no son recomendados porque estudios han demostrado que 2 o más cursos pueden resultar en una disminución del peso al nacer, circunferencia cefálica y talla.

Dar antibióticos a pacientes con RPM pretérmino puede reducir las infecciones neonatales y prolongar el período de latencia (10) Un metaanálisis mostró que los pacientes que recibieron antibióticos comparado con las que no recibieron experimentaron una reducción de la endometritis posparto, corioamioititis, sepsis neonatal, neumonía neonatal y hemorragia intraventricular. Un número de regimenes pueden ser usados después de RPM pretérmino. El régimen estudiado por el instituto nacional de la salud usa una combinación de 2gr de ampicilina y 250 mg de eritromicina cada 6 horas por 48 horas, seguido de 250 mg de amoxicilina y 333 mg de eritromicina cada 8 horas por 5 días. Es conveniente administrar antibiótico profiláctico apropiado para streptococo del grupo B durante el parto, aunque los pacientes hayan recibido un curso previo de antibióticos. (20)

Profilaxis antibiótica intraparto para la sepsis neonatal por estreptococo del grupo B un 10 a 20 % de nuestra población embarazada es portadora del estreptococo grupo B en el tracto genital o gastrointestinal inferior. La sepsis neonatal por estreptococo del grupo B (*Streptococcus agalactiae*) es una de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad en recién nacidos de término. La elevada letalidad del cuadro (10%-20%) ha impulsado a organismos de salud pública a proponer diversas estrategias de prevención. La más reciente sugiere que debe administrarse profilaxis antibiótica con penicilina o ampicilina endovenosa en las siguientes circunstancias. (21)

(Recomendación A):

1. Fiebre $\geq 38^{\circ}$ C durante el trabajo de parto
2. Membranas rotas por más de 16-18 horas
3. Antecedentes de recién nacido afectado por enfermedad perinatal por estreptococo grupo B
4. Bacteriuria por estreptococo grupo B en el embarazo actual
5. Cultivo perineal o vaginal positivo para estreptococo grupo B en las últimas 4-6 semanas.

Criterios de Gibbs:

El diagnóstico de coriamnionitis se realiza mediante los siguientes datos clínicos que fueron establecidos por Gibbs y colaboradores:

Temperatura axilar mayor o igual a 38 grados centígrados, acompañada de dos o más de los siguientes signos:

- Sensibilidad uterina anormal.
- Líquido amniótico purulento o de mal olor
- Taquicardia materna mayor de 100 latidos por minutos.
- Taquicardia fetal mayor de 160 latidos por minutos.
- Leucocitosis $>$ de 15000/mm³
- Aumento de la contractibilidad uterina.

- Dolor pélvico al movimiento

Manejo basado en la edad gestacional

34 a 36 semanas

Cuando la Ruptura ocurre entre estas semanas los médicos deberán evitar prolongar la Gestación. Los estudios han demostrado los claros beneficios de la inducción después de las 34 semanas.

Un estudio demostró que el manejo conservador entre las semanas 34 y 36 resultaron en un incremento del riesgo de corioamnionitis y bajo puntaje en el pH del cordón. Aunque los corticoides no están indicados después de las 34 semanas de Gestación, los Médicos deben prescribir antibióticos apropiados para profilaxis para el Streptococo del grupo B No tiene contraindicado la vía vaginal. (22)

32 a 33 Semanas¹¹

Al comprobar la maduración pulmonar deberán inducirse; prolongarla incrementa innecesariamente los riesgos de Amnionitis, compresión del cordón, hospitalización e infección neonatal.

Los Médicos deben balancear el riesgo de distrés respiratorio y otras secuelas del parto prematuro con el riesgo de prolongar el embarazo tales como sepsis neonatal y accidentes del cordón. Se debe administrar un curso de corticosteroides y antibióticos para las pacientes sin documentación de madurez pulmonar y considerar el parto 48 horas después o realizar evaluaciones del estado fetal y de infección intraamniótica hasta las 34 semanas. Las pacientes con amnionitis requieren antibióticos de amplio espectro y todas las pacientes deberían recibir antibióticos profilácticos intraparto para el streptococo del grupo B, si está indicado.

24 a 31 semanas

El parto antes de las 32 semanas de Gestación tiene severas consecuencias en la morbilidad y mortalidad neonatal. En ausencia de infección intraamniótica el

médico debe prolongar la gestación hasta la semana 34. Los médicos deben advertir a los pacientes y los miembros de la familia que a pesar de los esfuerzos, muchos pacientes tendrán su parto en la semana siguiente de la ruptura. Se deberán administrar antibióticos y corticosteroides, con evaluaciones periódicas con monitoreo fetal y ultrasonido. La compresión del cordón umbilical es común entre el 32 y el 76%; por lo tanto el monitoreo fetal diario está indicado. Debe observar de cerca la taquicardia materna o fetal, la Temperatura axilar mayor de 38°C, contracciones regulares, irritabilidad uterina o leucocitosis ya que son posibles indicaciones indicadores de amnioititis. La administración de corticoides puede elevar la cuenta de leucocitos dentro de los 5 a 7 días de la Ruptura de Membranas.(23)

Antes de 24 semanas

La RPM previa a las 24 semanas de embarazo constituye una pequeña fracción de todas las pacientes que sufren este accidente, pero es la que se asocia con la mayor incidencia de morbilidad materna y morbimortalidad perinatal.

El período de latencia tiene una mediana de entre 7 y 21 días. Aproximadamente un 50% de las pacientes tiene su parto después de 1 semana de la RPM, 28% luego de 2 semanas, y 20% después de 1 mes, pero existen numerosos casos con intervalos mayores de 6-8 semanas al parto.

a) Complicaciones maternas:

Las complicaciones maternas son similares a aquellas que se presentan a otras edades gestacionales, pero tienen una incidencia mayor. Varios estudios reportan una frecuencia promedio de corioamnionitis clínica de 40%, pero ésta parece ser una sobre-estimación. Aunque la terapia antibiótica y la interrupción del embarazo se correlacionan con un excelente pronóstico materno en casos de infección.

b) Morbimortalidad perinatal y a largo plazo:

Mortalidad perinatal. La RPM de trimestre medio se asocia con una sobrevida neonatal promedio de 46%. Las tasas de sobrevida sobrepasan discretamente un

10% en casos con RPM antes de las 20 semanas y fluctúan alrededor de un 60-70% en pacientes con RPM entre las 23 y las 24 semanas. La mortalidad perinatal (54%) ocurre a expensas de muertes intrauterinas en un tercio, y de muertes neonatales precoces en dos tercios de los casos. (24)

Morbilidad neonatal. El distrés respiratorio, la hemorragia intraventricular y la sepsis neonatal son las complicaciones más frecuentes entre los neonatos que sobreviven. Aquellos fetos expuestos a oligoamnios prolongado presentan distintos grados de compresión y deformidades de extremidades y cabeza, con una frecuencia de alrededor del 10-20% en fetos con latencia mayor a 4 semanas. En el largo plazo, aproximadamente un 60% de los recién nacidos que sobreviven y son controlados al año de edad, presentan un examen clínico normal. Entre los niños enfermos (40%), las patologías más frecuentemente detectadas son la enfermedad pulmonar crónica y anomalías del desarrollo, incluyendo parálisis cerebral e hidrocefalia. La hipoplasia pulmonar se presenta con una frecuencia variable de 5 a 28% según los criterios de selección de pacientes. Se asocia con una letalidad extremadamente alta (mayor al 70%), debido a la interferencia en la difusión de gases y la hipertensión pulmonar persistente que habitualmente se le asocia. Los factores independientes más importantes para predecir el desarrollo de hipoplasia pulmonar son la edad gestacional en que ocurre la rotura de membranas y la presencia de oligoamnios absoluto persistente. En efecto, un feto cuya madre sufre RPM a las 18 semanas y cursa con oligoamnios absoluto tiene una probabilidad de alrededor del 80% de padecer hipoplasia pulmonar. Por el contrario, la probabilidad disminuye a menos de un 10% si la RPM ocurre a las 25 semanas de embarazo. (12, 25, 26, 27, 28,30)

VI Diseño Metodológico

1. Tipo de estudio:

Descriptivo Serie de caso

2. Área de estudio:

Servicio de alto riesgo (ARO) y de Labor y Parto del departamento de ginecoobstetricia del Hospital escuela Oscar Danilo Rosales.

3. Población de estudio:

Estuvo conformado por las pacientes que ingresaron al servicios de ARO y labor y parto del HEODRA con diagnóstico de embarazo pretérmino con ruptura prematura de membranas durante el periodo comprendido de Enero 2010 a Diciembre del 2012.

4. Criterios de inclusión:

Pacientes con diagnóstico de RPM

Pacientes con partos en este hospital.

Pacientes con RPM mayor a 6 horas de evolución

Pacientes con embarazo pretérmino de 28 a 36 6/7 semanas

5. Criterios de exclusión:

Expedientes con datos incompletos.

Partos extrahospitalarios

Pacientes con embarazo mayor o igual a 37 semanas

6. Método de recolección de la información:

Para obtener la información se diseñó instrumento recolección (ficha de recolección de datos) y utilizó fuente secundaria (expediente clínico, libro de registro de sala de obstetricia, neonatología, estadísticas de este hospital.

7. Procedimiento de recolección de datos:

Se realizó una carta de solicitud a la dirección del HEODRA, donde se planteó los objetivos del estudio, posterior a la autorización se procedió a la revisión de expedientes, recolectando la información en la ficha de datos.

8. Plan de análisis de la información

El procesamiento de la información se realizará mediante la utilización del programa SPSS y los datos obtenidos se presentarán en tablas y gráficos con sus respectivas frecuencias y porcentaje

9. Aspectos Éticos

Se solicita su autorización de la dirección para obtención de la revisión de los expedientes en el estudio, previa explicación de objetivos del mismo. Asegurando que la información obtenida será conocida únicamente por el autor y utilizada para fines del estudio.

10. Procedimiento de análisis de resultado:

Una vez recopilada la información mediante las fichas se realizó distribución de frecuencia y porcentajes, los resultados se presentaron en tablas y gráficos.

Operacionalización de las Variables

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Edad	Número en años cumplidos de las pacientes en estudio al momento de su ingreso	Años cumplidos reportados en expediente Clínico.	<19 a 20-24 a 25-29 a 30 a más
Escolaridad	Nivel académico formalmente alcanzado al momento del ingreso.	Grado o instrucción referido en el expediente clínico	Ninguna Primaria Secundaria Superior
Procedencia	Lugar de permanencia o residencia acostumbrada	Lugar	Urbana Rural
Paridad	Número de partos de cada paciente	Número	Primigesta Multigesta
CPN	Son evaluaciones clínicas periódicas que se le realizan a la embarazada al momento de su Ingreso	Número	Ninguno <4 >=4
Semanas de gestación al ingreso	Tiempo transcurrido desde la FUM hasta el ingreso	Semanas	28-30 31 a 33 34- 36
Periodo de latencia(prolongado)	Tiempo transcurrido entre la RPM y el parto	Horas	<24 horas >=24horas

Forma de inicio del trabajo del parto	Manera de iniciar las contracciones uterinas útiles		Espontáneo Inducido
Forma de terminación del parto	Vía por la que nace el recién nacido		Vaginal Cesárea
Indicación de la interrupción del embarazo	Causa materna o fetal principal que provoque la interrupción de la gestación		Corioamnionitis Sufrimiento fetal Prolapso de cordón Madurez pulmonar
Corticoides antenatales	Tratamiento utilizado para inducir maduración pulmonar	Esquemas utilizados	si no
Antibióticos	fármacos utilizadas para tratar o prevenir infección materna fetal	Esquemas utilizados	- Penicilina cristalina + gentamicina - Ampicilina + gentamicina - Eritromicina
Edad gestacional	Semanas de gestación al momento del nacimiento	Semanas	28 -30semanas 31 – 33 semanas 34 – 36 semanas
Exámenes complementarios	Estudios realizados a la madre y recién nacido para el diagnóstico de enfermedades y seguimiento	Tipo de examen	BHC Cultivo USG EGO

Patología materna durante el embarazo	Patologías mas frecuentes durante el embarazo	HCPB Expediente clínico	IVU Anemia Cervico vaginitis
Peso del bebe	peso del recién nacido en gramos al momento de nacer	HCPB expediente clínico	1000-1499 gr. 1500-1999 gr. 2000-2499 gr. 2500-3499 gr. >3500
Sexo del bebe	Tipo de órganos sexuales que presenta el RN	HCPB	a. Femenino b. Masculino
Sepsis	Infección diseminada caracterizada por la presencia de signos específicos o no de enfermedad sistemática en uno o más órganos.	Expediente clínico	a. si b. no
Forma de diagnostico de la sepsis en el RN	Método o manera de identificar la patología	Expediente clínico	Clínico Clínico + BHC Hemocultivo
Condición del egreso del recién nacido	Estado de salud con el que se egresa el recién nacido	Expediente Clínico	- Alta - Fallecido - Abandonado
complicacions neonatal			Ninguna Sd de disters respiratorio Sepsis Neumonía Enterocolitis necrotizante Hemorragia intraventricula Muerte

Resultados

Según los datos generales de las pacientes estudiadas el 44.7% (67) tenían 20-24 años, seguida de las 25-29 años con 22.5%, El 46.7% (70) tenían educación primaria y de procedencia rural 60.7% (91). **(Tabla 1)**.

De los datos ginecoobstetricos el 56% (84) fueron multíparas, con antecedente de cesárea anterior en el 50%(42), se realizaron mas de 4 Controles Prenatales el 92%. **(Tabla 2). (Gráficos 1 y 2)**.

De las patologías asociadas al embarazo, el 64% (96) presentó infección de vías urinarias, 63.9% (95) presentó Cervicovaginitis, seguida de 60.7% (91) anemia, se reportó 1.4% (2) presentó fiebre materna al momento del diagnóstico de RPM **(Tabla 3)**

El periodo de latencia de la ruptura prematura de membranas encontrada fue en el 30.7 % de 13 a 18 horas ,26.1% de 6-12 horas y se reporta 21.4% mayores de un día **(Gráfico 3)**

Los métodos que se emplearon en las embarazadas para diagnostico de RPM, 88.5% (143) fue por clínica, luego en el 33.7%(56) utilizo test de cristalinización y solo 11.3% (17) de los casos se utilizo USG, **(Tabla 4)**.

En relación al manejo terapéutico de las pacientes, se utilizó el esquema de eritromicina en un 39.3% (59), ampicilina el 22.7% (34) y Penicilina Cristalina en un 20% (30) utilizándose de forma intrahospitalaria corticoide para maduración pulmonar fetal en 36.7%(55) con esquema completo en el 76.4%(42) de estos, seguimiento con USG en el 20% (30) y criterios de Gibbs en el 100%. **(Tabla 5)**

Se encontró que el 49.3%(74) inicio espontáneamente trabajo de parto, se programó cesárea electiva en el 30%(45) por antecedente de cesárea anterior, finalizando el embarazo por vía vaginal en el 60%(90) y el 40% termino en

cesárea de las cuales el 61%(37) fue por cesárea anterior seguido de sufrimiento fetal en el 10%(6), de las complicaciones maternas la corioamnionitis se presentó en el 4%(6) siendo esta la más frecuente ,con muerte materna 0.6%(1) debido a otra causa (shock hipovolémico por acretismo placentario) **(Tabla 6)**

De las características generales de los Recién Nacidos el 66 % fueron femeninos y el resto 33 % masculinos. Según el peso el 30% se encontró entre 2,500-2999 gr, el 21% entre 2,000 - 2,499 gr., seguido del 18% entre 3000 3499 gr. **(Gráficos 4y 5)**

La edad gestacional por Capurro fue el 70% en los de 34 a 36 semanas, el 20.7% de 31 a 33 semanas y 9.3% en los de 28 a 30 semanas .El APGAR a los cinco minutos en su mayoría fue de 7a 10 en el 84% **(Gráficos 6 y 7)**

Los métodos Diagnósticos que se emplearon en los neonatos estudiados, se utilizó la clínica en un 95.3% (62), luego la BHC en el 100% de los casos, se realizó Hemocultivo en 61.4% (43), **(Tabla 7)**

Las complicaciones que presentaron los neonatos el 100% fueron pretérminos, 22.7% presentó síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido seguido de sepsis en el 7.3%.**(Gráfico 8)**

Según el tipo de egreso de los neonatos el 84% fue dado de Alta, se reportó casos de abandono en el 8.7% y fallecidos un 6.4% **(Gráfico 9)**

Discusión de los Resultados

Más de la mitad de las pacientes, del estudio tenía entre 20 –29 años , esto coincide con la edad reproductiva de nuestras pacientes, dato similar a lo encontrado por Altamirano donde encontró un 70% en estas edades en el Hospital Bertha Caldearon Roque en el año 2003, dato que también concuerda con las pacientes en edades reproductivas de los países Latinoamericanos, las multíparas y antecedentes de cesárea previa fueron los grupos de paridad de mayor frecuencia, y la mayoría de las pacientes se realizó sus controles prenatales datos similar con estudios basados en evidencias realizadas por Lumbí en 2004, en el Hospital Bertha Calderón R. donde solo un 45%, se realizó controles prenatales clasificándose como una práctica de mediano uso, a pesar que la literatura internacional en estudios aleatorizados la describen como una práctica comprobada científicamente como beneficiosa. (25)

Aproximadamente el 65 % de la población estudiada presenta uno o más patologías asociadas al embarazo, predominando la infección de vía urinarias en un 64%, teniendo esta patología una estrecha relación para R.P.M. demostrada en estudios nacionales e internacionales, provocando otras alteraciones durante el embarazo parto y puerperio, y la complicación más temida; sepsis neonatal. (6).

Las infecciones del tracto vaginal también predominó durante el embarazo, la literatura internacional la relaciona muy ligados a ruptura prematura de membranas y a la presencia de corioamnionitis en la madre, teniendo mucho crédito la realización de tamizaje en el embarazo y el parto para incidir oportunamente, con el manejo adecuado. (26).

Un lugar importante ocupó la anemia, 60%, la gran mayoría que acude a nuestro centro hospitalario es de bajo nivel socioeconómico, tiene asociado otro tipo de patologías: como la desnutrición, la cual a pesar de práctica de controles prenatales que se realizan nuestras pacientes es la importante los estudios de laboratorios oportunos para corregir dicho déficit.

El periodo de latencia que predominó en las pacientes con R.P.M fue más de un día, iguales datos a los encontrados en estudios realizados en Hospital Bertha Calderón en 2004., este es un porcentaje importante al relacionarlo con la aparición de mayor riesgo de sepsis neonatal, así como infección materna, también se presentó un porcentaje importante en el grupo de 13 a 18 horas, puede deberse a que nuestras pacientes tiene otra patología o mas asociada como factor importante de infección. En el Manejo terapéutico de las pacientes se utilizaron en primer lugar el esquema con eritromicina, seguido de ampicilina y combinación e antibióticos con gentamicina, el cual esta protocolizado en el manejo de esta patología, estudios internacionales lo utilizan, y los resultados obtenidos son beneficiosos en cuanto a que se ha observado una reducción de las patologías infecciosas maternas, y con menor día de hospitalización tanto de la como en el neonato. En relación a las características generales de los recién nacidos, el sexo femenino fue el mayormente afectado, el 66% presento un peso adecuado, dato que no se relaciona con lo reportado en estudios nacionales en los que se reporta un mayor porcentaje en los de muy bajo peso al nacer, esto puede deberse a que la población estudiada presenta una edad gestacional por capurro entre 34 y 36 6/7 semanas y uso de corticoides para inducción de maduración pulmonar fetal.

Los métodos diagnósticos mas empleados en los neonatos estudiados a todos se les realizó B.H.C. y la clínica fueron los más usados, igual a la madre, muy probablemente son los métodos más rápido y fácil de realizar, aunque está protocolizado de igual forma el hemocultivo y restos de exámenes, también se realizaron estudios radiólogos en los neonatos con sospecha de neumonía. Estos

como estudios de gabinete deberían ser rigurosamente realizados, probablemente no se realizaron en un 100% por las propias condiciones precarias de nuestros hospitales. Estudios internacionales realizan estos y otros como parte del manejo integral del neonato como PRC, Monitorización ecográfica y doppler.

Mas de la mitad de estos neonatos presentaron estancia hospitalaria de 1 a 4 días, seguidas de 5 a 10 días en, un pequeño porcentaje permaneció mas de 10 días, estos pueden ser a aquellos con bajo peso al nacer, la gran mayoría fue dada de alta temprano dado que presentaron en su gran mayoría buen apgar al nacer, peso adecuado y más de 34 semanas de gestación por capurro, demostrando además que el 95,7% fue dado de alta y sólo un 6.4 % fue reportado fallecido.

Conclusiones

1. La mayoría de las pacientes del estudio tenían una edad entre 20 a 24 años, predominaron las multigestas y casi todas se realizaron sus controles prenatales.
2. Las patologías asociadas al embarazo fueron en orden de frecuencia la infección de vías urinarias e infecciones del tracto vaginal y anemia.
3. El período de latencia prolongado mayor de 24 horas fue de 21% de las pacientes estudiadas.
4. El esquema de antibiótico utilizado en las pacientes fue principalmente eritromicina en las que no tenían actividad uterina y ampicilina en las que tenían actividad uterina seguido esquema con penicilina cristalina .Agregándose gentamicina a aquellas con más de 12 horas de RPM.
5. Los neonatos estudiados presentaron en su mayoría buen peso al nacer con edad gestacional por capurro más de 34 semanas.
6. Los métodos diagnósticos mas utilizados tanto en la madre como en el neonato; fue la clínica principalmente, Biometría Hemática Completa, Examen General de orina y el hemocultivo.
8. De los recién nacidos su gran mayoría fueron dados de alta, con pequeño porcentaje de muerte perinatal.

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones en base a este estudio son las siguientes

1. Implementar a nivel de atención primaria el llenado correcto de la Historia clínica perinatal básica (H.CP.B) y según normas realización de Examen general de orina, urocultivo, Gram, fresco y cultivo de secreción vaginal para identificar patologías que predisponen al desencadenamiento de RPM

2. Toda paciente que ingrese a la atención secundaria con diagnóstico de Ruptura Prematura de Membrana debe ser sometida a la realización de prueba de tamizaje como urocultivo, hemocultivo, cultivo del líquido amniótico y PCR para lograr una identificación de los gérmenes causales para el manejo correcto de la patología.

4. Implementar rigurosamente y vigilar el cumplimiento del protocolo de manejo en toda paciente con RPM y del neonato de madre con el antecedente de RPM, con la realización pruebas de tamizaje, imagenológicas y criterios de Gibbs de seguimiento.

5. Consejería a las pacientes de acudir precozmente al presentar RPM y prevenir complicaciones.

BIBLIOGRAFIA.

1. Kenyon S, Boulvain M, Neilson J. Antibióticos para la rotura prematura de membranas (Revisión Cochrane traducida). *Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 2. *Ruptura de membranas en Pretérminos*
2. Luíz Cabrero Roura y cols, Riesgo Elevado Obstétrico, 1999 - 2000; 33, 42.
3. Hadley AM Manejo Conservador en Embarazos menos 37 de Gestación. *J Perinatol*. 1990; 7 :374-379.
4. Altamirano, Chester. Prevalencia de complicaciones neonatales en pacientes con ruptura prematura de membranas entre las 28 y 34 semanas de gestación. HBCR.
5. Lumbí, Iván. Eficacia del Manejo conservador de la Rotura prematura de membranas en embarazos pretérminos. HBCR, Managua. Tesis. Residente de III año de Ginecología y Obstetricia. *Ruptura de membranas en Pretérminos*
6. V. Cararach Ramoneda, A. Fortuny Estivill, cols, Medicina Materno Fetal, VII Curso Intensivo, Formación Continua, 1993.
7. Kanayama, Galask, Factores de Riesgo y Prematuridad; *Am J Obstet Gynecol*. 1986; 155 :1043-1048.
8. Hibbard LT. Complicaciones del trabajo de parto y el parto. En: Benson RC, ed. *Diagnóstico y tratamiento en ginecología y obstetricia*. 4 ed. México, DF: El Manual Moderno; 1986.p.33-48.

9. Gómez R Am J Obstet Gynecol 1998; manejo terapéutico, RPM, Embarazos pretérmino, 179:194-202441
10. Gómez R. Parto Prematuro , Infeccion Ovular, Clin in Perinatol 1995; 22:281-342
11. Bejar, anthony M, Factires de riesgo para infeccion Ovular y Neonatal.; Obstet Gynecol 1981; 457-79
12. Ovalle, Hibbard LT, Estudio anatomo patológico de anexos ovulares, RPM y embarazos preterminos. Rev Chil Obstet Ginecol 1995; 60: 252-62
13. Ovalle y cols Complicaciones Neonatales, Rev Med Chile 1998; 126:911-918
14. . Ovalle, Rev Chil Obstet Ginecol 1982; Etudio Multicentrico, RPM, Embarazos Pretermino y uso de antibioticos, 47: 320-331. 1986; 366-84
15. Mercer, JAMA. 1997; Rev, antibioticos en estudio bacteriologicos confirmados en Liquido Amniotico, Tracto Genital, Embarazos Preterminos 278:989-995.
16. Ovalle, Pren Neon Med 1997; Tocolíticos, Embarazos Preterminos y RPM, 2:213-22
17. Vermillion, Am J Obstet Gynecol 2000; Uso de tocolisis, Embarazos Preterminos. 183 : 925-9

18. Ohlsson, Am J Obstet Gynecol 1989; Infecciones Asendentes y Sepsis Neonatal. 160: 890-90
19. . Ovalle, Rev Chil Obstet Ginecol 1998; 63: 282-89Oyarzún E, Germain A, Lira F, Ovalle A y Bernier L. Rotura prematura de membranas. Mesa Redonda. Rev Chil Obstet Ginecol 1994; 59: 165-176.
20. Belady P, Farkouh L, Gibbs R. Intra-amniotic infection and premature rupture of the membranes. Clinics in Perinatology 1997; 24: 43-57.
21. Clinical Obstetrics and Gynecology 1998; 41:810-817, 827-831, 865-891. Apuntes clases año 2000: Rotura prematura de membranas. Facultad de Medicina Universidad de Chile Sede Centro.
22. Cifuentes R. Obstetricia de alto riesgo. Cali Aspro médica; 1994.p.461-76.
23. Sweet RL. Infecciones perinatales. En: Iffy L, Kaminetzki HA, ed. Obstetricia y Perinatología. Principios y práctica. Buenos Aires: Editora Médica Panamericana; 1986.p.1050-85.
24. Anthony M. Degrees of oligohidramnios and pregnancy outcomes in patients with premature rupture of membranes. Am J Obstet Gynecol 1985; 162:66.
25. Romero R, Mazor M. Infección y trabajo de parto pretérmino. Clin Obstet Ginecol 1988; 2:537-65
26. Ernest JM, Givner LB. Un experimento placebo controlado, aleatorio, perspectivo de penicilina en la rotura prematura pretérmino de las membranas. Resumed 1995; 3:13-4.

27. Gibbs RS: Obstetric factors associated with infections of the fetus or newborn in "Infections Diseases of the fetus and newborn infant", de 4. Philadelphia, WB Saunders, 1995, p 1243.
28. Lumbí CH .Utilización de practicas basadas en evidencia en el cuido del embarazo.2003, HBCR.
29. Bonilla C. Efectividad de la Clindamicina tópica y metronidazol en la vaginosis bacteriana, HBCR – 2003.
30. Altamirano E. Complicaciones neonatales en pacientes con RPM, HBCR – 2003.

ANEXOS

Tabla 1. Datos sociodemográficos de las pacientes con embarazo pretérmino con RPM del HEODRA en el periodo de Enero 2010 a Diciembre 2012. (n = 150)

Variables	Valores	Frecuencia	%
Edad	< 19	19	12.7
	20 – 24	67	44.7
	25 – 29	34	22.7
	30 a mas	30	20.0
Escolaridad	Ninguna	31	20.7
	Primaria	70	46.7
	Secundaria	41	27.3
	Superior	8	5.3
Procedencia	Urbana	59	39.3
	Rural	91	60.7

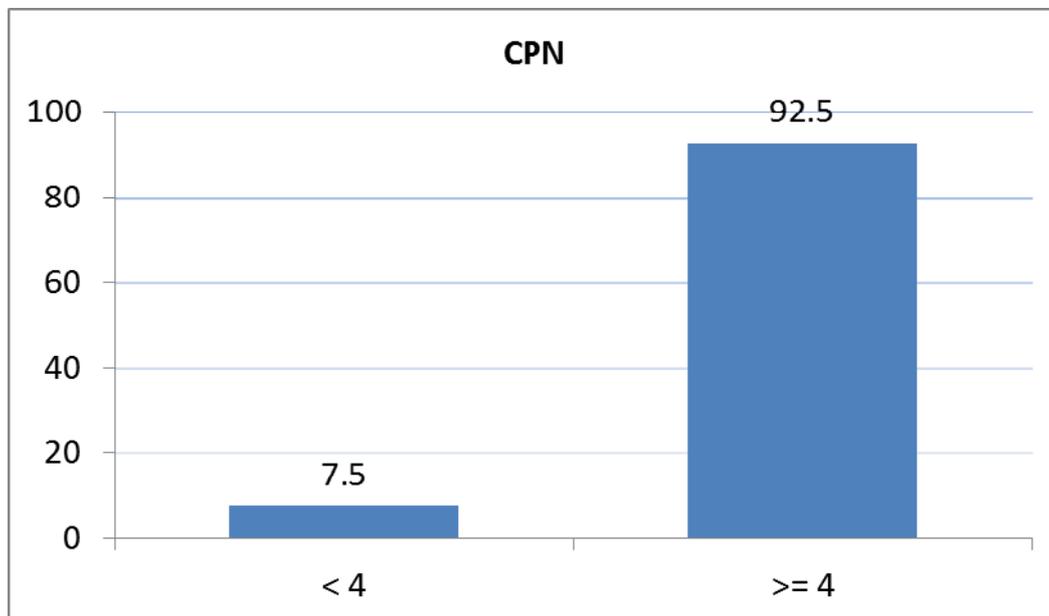
DATOS GINECO-OBSTETRICOS

Tabla 2. Antecedentes ginecoobstetricos de las pacientes con embarazo pretérmino con RPM del HEODRA en el periodo de Enero 2010 a Diciembre 2012. (n = 150)

Variables	Valores	Frecuencia	%
Gesta	Primigestas	66	44.0
	Multigestas	84	56.0
Para	Cesárea Anterior	42	50.0
	Partos vaginal	40	47.6
	Abortos	2	2.4

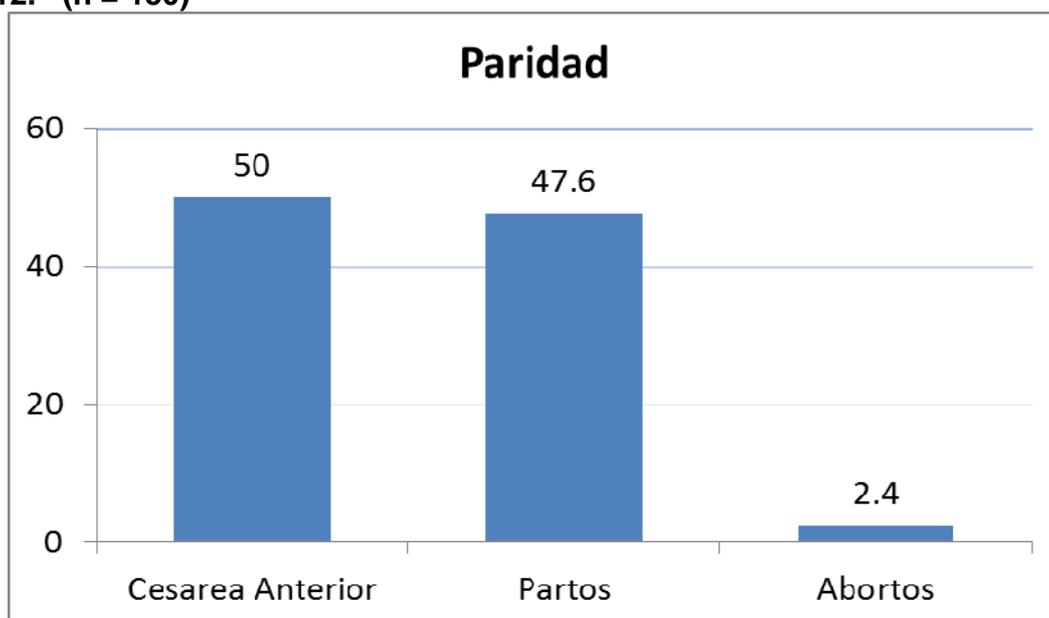
Fuente secundaria

Gráfico 1. Antecedentes ginecoobstetricos(CPN) de las pacientes con embarazo pretérmino con RPM del HEODRA en el periodo de Enero 2010 a Diciembre 2012. (n = 150)



Fuente secundaria

Gráfico 2. Antecedentes ginecoobstetricos de las pacientes con embarazo pretérmino con RPM del HEODRA en el periodo de Enero 2010 a Diciembre 2012. (n = 150)



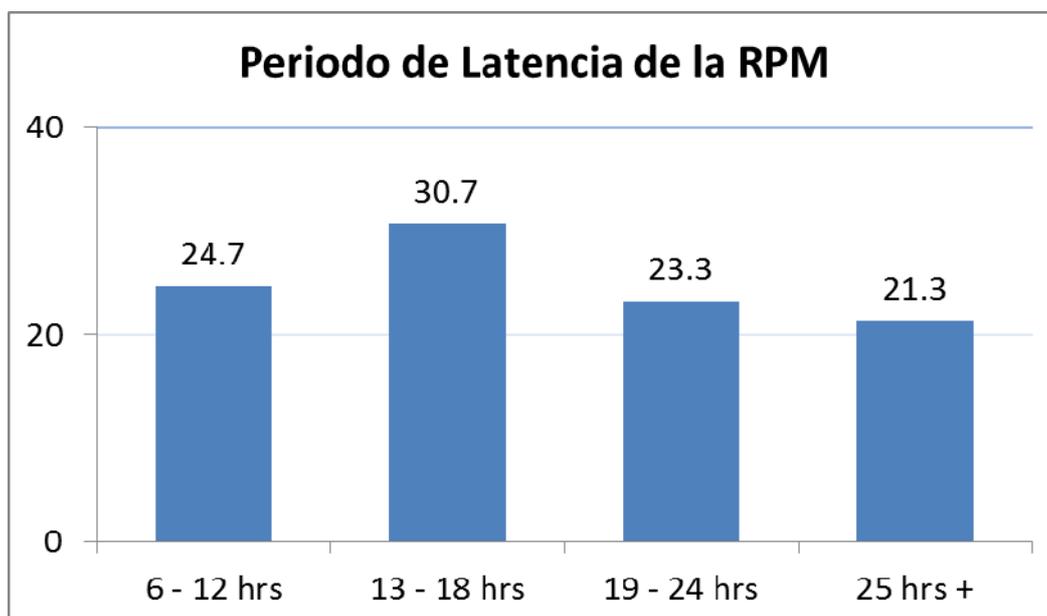
Fuente secundaria

Tabla 3. Patologías presentes el embarazo de las pacientes con RPM del HEODRA en el periodo de Enero 2010 a Diciembre 2012. (n = 150)

Variables	Valores	Frecuencia	%
Cervicovaginitis	Si	95	63.3
	No	55	36.7
Infección Vías Urinarias	Si	96	64
	No	54	36
Anemia	Si	91	60.7
	No	59	39.3
Fiebre Materna	Si	2	1.3
	No	148	98.7

Fuente secundaria

Gráfico 3. Periodo de latencia de la RPM de las pacientes con embarazo pretérmino del HEODRA en el periodo de Enero 2010 a Diciembre 2012. (n = 150)



Fuente secundaria

Tabla 4. Métodos diagnósticos utilizados en las pacientes con embarazo pretérmino con RPM del HEODRA en el periodo de Enero 2010 a Diciembre 2012. (n = 150)

Variables	Valores	Frecuencia	%
Clínica	Si	143	95.3
	No	7	4.7
USG	Si	17	11.3
	No	133	88.7
Test de cristalinización	Si	56	37.3
	No	94	62.7

Fuente secundaria

Tabla 5. Manejo médico en las pacientes con embarazo pretérmino con RPM del HEODRA en el periodo de Enero 2010 a Diciembre 2012. (n = 150)

Variables	Valores	Frecuencia	%
Útero Inhibidores	Si	3	2.0
	No	147	98.0
Corticoides (Hospital)	Si	55	36.7
	Completo	42	76.4
	Incompleto	13	23.6
Antibióticos	Ampicilina	34	22.7
	Penicilina Cristalina	30	20.0
	Metronidazol	1	0.67
	Eritromicina	60	40.0
	Gentamicina	2	1.33
	Ampicilina + Gentamicina	17	11.3
	P.Cristalina + Gentamicina	1	0.67
Ninguno	3	2.0	
USG	Si	30	20.0
	No	120	80.0
BHC	Si	146	97.3
	No	4	2.6
Hemocultivo	SI	5	3.3
	No	145	96.6
Criterios de Gibbs	SI	150	100
	No	0	

Fuente secundaria

Tabla 6. Dato relacionados al parto en las pacientes con embarazo pretérmino con RPM del HEODRA en el periodo de Enero 2010 a Diciembre 2012. (n = 150)

Variables	Valores	Frecuencia	%
Trabajo de Parto	Esponáneo	74	49.3
	Inducción	31	20.7
	Cesara electiva	45	30.0
Vía del Parto	Vaginal	90	60.0
	Cesárea	60	40.0
Indicación de la Cesárea	Cesárea Anterior	37	61.7
	Corioamnionitis	5	8.3
	Estado Fetal Inseguro	6	10.0
	Gemelar	2	3.3
	Transverso	2	3.3
	Pélvico	5	8.3
	Placenta Previa	2	3.3
	Oligoamnios Severo	1	1.7
Complicaciones	Prolapso de Cordón	1	10.0
	Corioamnionitis	6	60.0
	Cesárea Corporal	1	10.0
	*Muerte Materna	1	10.0

Fuente secundaria

Gráfico 4. Distribución porcentual según el sexo de los recién nacidos de madres con antecedentes de ruptura prematura de membrana ingresada en el HEODRA de enero 2010 a diciembre 2012. (n = 150)

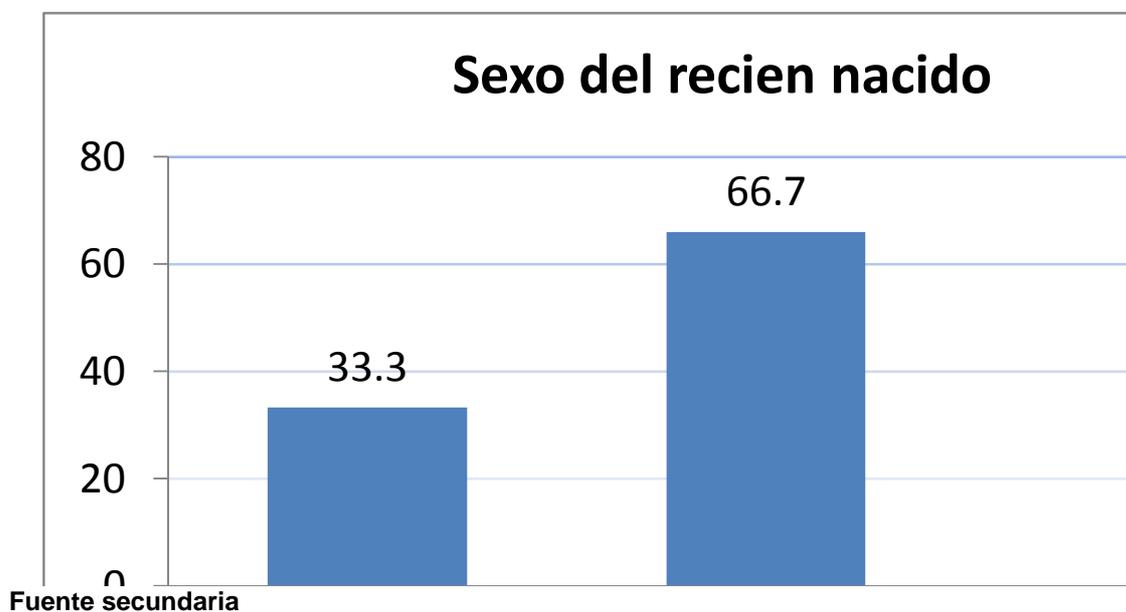
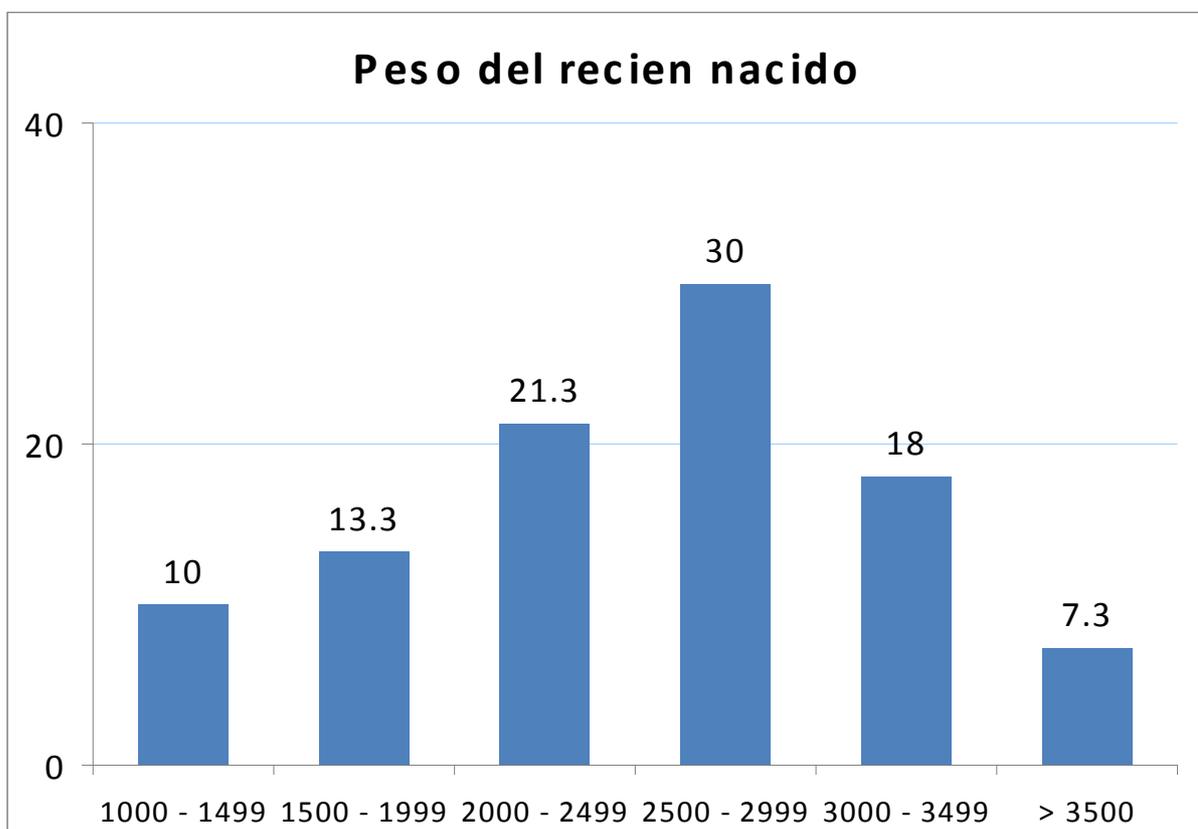


Tabla 7. Métodos diagnósticos utilizados en los recién nacidos de madres con antecedentes de ruptura prematura de membrana ingresada en el HEODRA de enero 2010 a diciembre 2012. (n = 150)

Variables	Valores	Frecuencia	%
Clínica	Si	139	92.6
	No	11	7.3
BHC	Si	146	97.3
	No	4	2.6
Hemocultivo	Si	96	64
	No	54	36

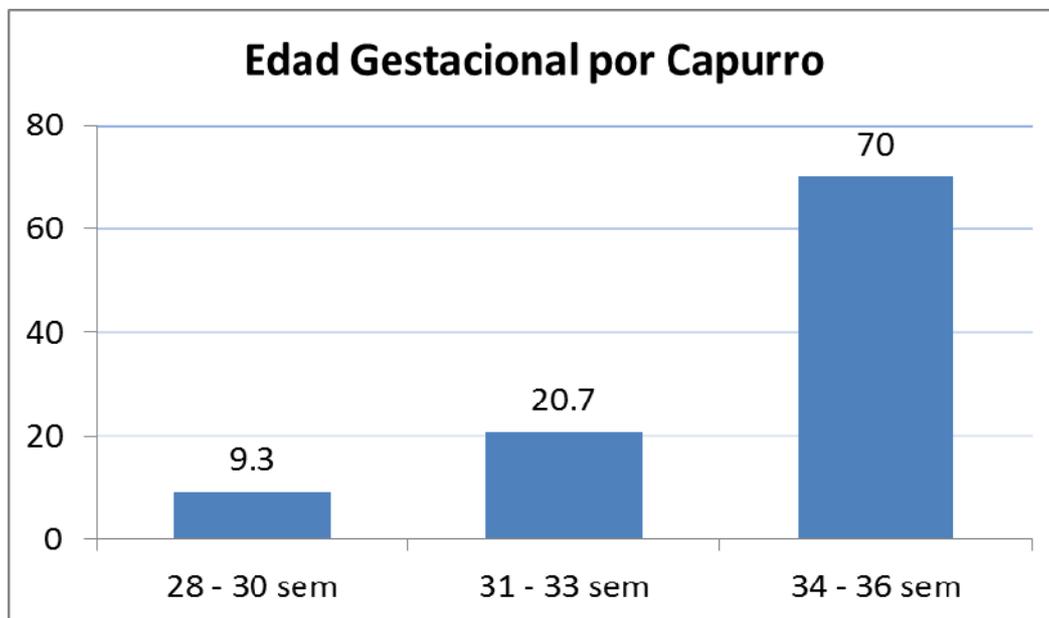
Fuente secundaria

Gráfico 5. Distribución porcentual según el peso de los recién nacidos de madres con antecedentes de ruptura prematura de membrana ingresada en el HEODRA de enero 2010 a diciembre 2012. (n = 150)



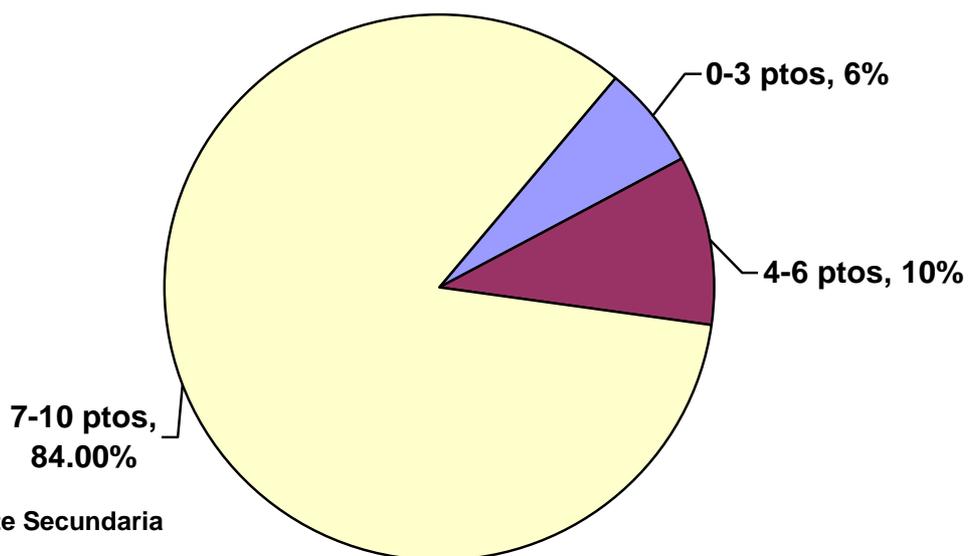
Fuente secundaria

Gráfico 6. Edad gestacional por capurro de recién nacidos de madres con antecedentes de ruptura prematura de membrana ingresada en el HEODRA de enero 2010 a diciembre 2012. (n = 150)



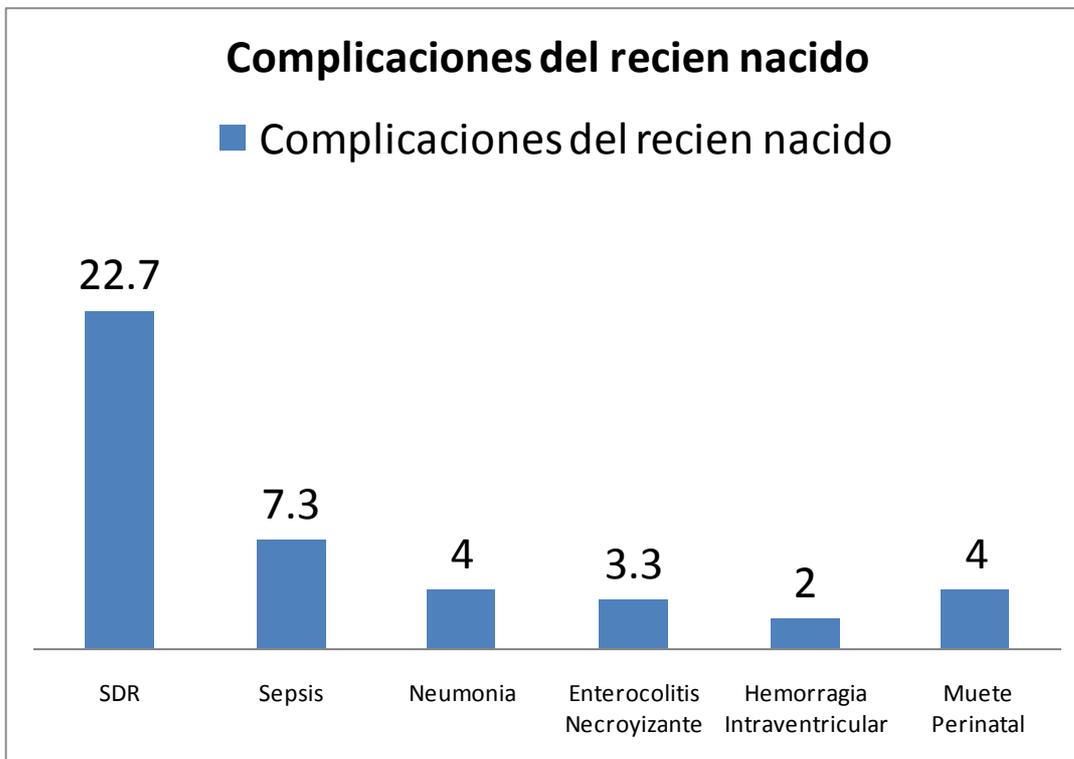
Fuente Secundaria

Gráfico 7. Apgar de recién nacidos de madres con antecedentes de ruptura prematura de membrana ingresada en el HEODRA de enero 2010 a diciembre 2012



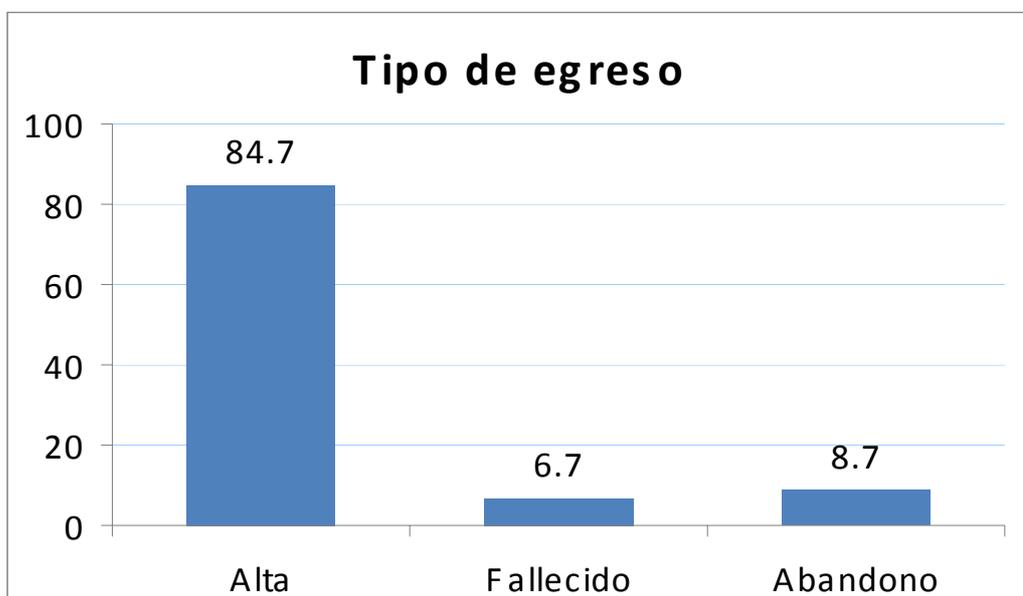
Fuente Secundaria

Gráfico 8. Distribución porcentual de complicaciones s que presentaron los recién nacidos de madres con RPM ingresada en el HEODRA de enero 2010 a diciembre 2012. (n = 150



Fuente secundaria

Grafico 9. Tipo de egreso de los recién nacidos de madres con RPM ingresada en el HEODRA de enero 2010 a diciembre 2012. (n = 150)



Fuente secundaria

Investigación: Manejo de Ruptura Prematura de Membrana pretermino en pacientes ingresadas en el HEODRA

I- DATOS GENERALES DE LA MADRE:

Edad: _____

Escolaridad:

Ninguna _____

Primaria _____

Secundaria _____

Superior _____

Procedência

Urbana _____

Rural _____

II. DATOS RELACIONADOS CON EL EMBARAZO:

Se realizo CPN: SI ___ NO ___ Cuantos: ___ -

Gesta ___ Para: _____ Cesárea: _____ Aborto: _____ Legrado: _____

Patologías encontradas:

Cervicovaginitis: SI: ___ NO: ___

Infección de vías urinarias: SI: ___ NO: ___

Anemia: SI: ___ NO: ___:

IVU: SI: ___ NO: ___

Fiebre materna > de 38oC: SI ___ NO ___

Hospitalizaciones durante el embarazo: SI: ___ NO: ___

Causa: _____

Manejo utilizado en el hospital:

Antibiótico administrado _____

Corticoides: si ___ no ___

Num. de dosis ___

Úteros inhibidores: si ___ no ___

USG:

SI ___ NO ___ Cuantos ___

BHC: SI: ___ NO ___ Hemocultivo: SI ___ NO ___

Criterios de Gibbs: SI ___ NO ___

III-DATOS RELACIONADOS AL PARTO:

Se confirmo el diagnostico de RPM por:

Clínica: _____

USG: _____

Test de cristalinizacion: _____

Tiempo de Ruptura prematura de membranas:

6-12 hrs.: _____ 13-18 hrs.: _____ 19-24hrs.: _____ 25 a más horas.: _____

Trabajo de parto: Espontáneo: _____ Inducido: _____ Conducido: _____

Vía del parto: Vaginal: _____ Cesárea: _____ Causa: _____

Complicación _____

IV- DATOS RELACIONADOS CON EL RECIEN NACIDO:

Sexo: Masculino: _____ Femenino: _____

Edad gestacional: FUM _____ US _____ (si el primero fue < 20 semanas)

Capurro _____ Ballard _____

28-30sem.: _____ 31-33 sem.: _____ 34-36 sem.: _____

Peso en gramos

APGAR a los 5 minutos

1000-1499 _____

<3 _____

1500-1999 _____

4/7 _____

2000-2499 _____

7/9 _____

2500-2999 _____

3000-3499 _____

>3500 _____

DATOS RELACIONADOS A LA HOSPITALIZACIÓN DEL RN

Presentó diagnostico de sepsis: SI _____ NO _____

Como se estableció el diagnostico:

Clínico _____

Confirmado por Bacteriología _____

Clínica mas BHC alterada _____

Complicacion:

Ningun_____

Sd de disters respiratorio_____

Sepsis _____

Neumonía_____

Enterocolitis necroyizante_____

Hemorragia intraventricular_____

Muerte neonatal_____

Condición del egreso: Alta:___ Fallecido:_____ Abandono:___