

MANEJO DE PACIENTES CON RUPTURA
PREMATURA DE MEMBRANAS

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large circular emblem. It features a central figure of a man in a cap and robe, possibly a saint or scholar, with his hands clasped in prayer. Surrounding him are various symbols: a lion, a castle, and a banner with the word 'PLUS'. The outer ring of the seal contains the Latin text 'ACADEMIA CAROLINA + GUATEMALENSIS' at the top and 'S. CAROLUS + S. JOSEPH' at the bottom. The text 'S. ORBIS' is on the left and 'ULTRA' is on the right.

Estudio de 19 pacientes embarazadas con RUPTUR
PREMATURA DE MEMBRANAS, tratadas en e
departamento de obstetricia del Hospita
Nacional Pedro de Bethancourt de Antigu
Guatemala. Enero de 1990 a Diciembre de 1994.

EDWIN EDUARDO MARROQUIN RAMIREZ

INDICE

I.	INTRODUCCION.	1
II.	DEFINICION DEL PROBLEMA.	3
III.	JUSTIFICACION	5
IV.	OBJETIVOS	6
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA.	7
VI.	METODOLOGIA.	20
VII.	PRESENTACION DE RESULTADOS.	26
VIII.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.	33
IX.	CONCLUSIONES.	37
X.	RECOMENDACIONES.	38
XI.	RESUMEN.	39
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	41
XIII.	ANEXOS.	44

I INTRODUCCION

La ruptura prematura de membranas en obstetricia, se presenta en el 6 y 16% de mujeres embarazadas; su manejo y tratamiento es controversial.

La ruptura prematura de membranas ovulares aumenta la morbi-mortalidad materna a expensas de infecciones y esta amenaza el futuro del nuevo ser por la presencia de premadurez, infección y complicación intraparto.

Por lo expuesto se decide realizar el presente estudio, con el fin de dar a conocer el diagnóstico, tratamiento y relación existente con las complicaciones que se pueden dar, en la madre, feto y recién nacido.

Con los resultados obtenidos fue posible establecer el diagnóstico por el método clínico; de las 19 pacientes estudiadas 1 paciente recibió tratamiento completo, 3 pacientes incompletamente y dejando sin tratamiento a 15 pacientes con ruptura prematura de membranas.

Con relación a las complicaciones maternas, fue posible establecer que endometritis y corioamnioitis son las más frecuentes con 1 caso en cada una y hubo 7 casos de premadurez en recién nacidos.

Este estudio se realizó en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala; en el se incluyeron 19 pacientes ingresadas durante cinco años, entre enero de 1990 a diciembre de 1994 con el diagnóstico de ruptura prematura de membranas.

Se revisaron los expedientes clínicos, con base en la boleta de recolección de datos.

II DEFINICION DEL PROBLEMA

La amniorrexia es el proceso que origina salida de líquido amniótico y que puede ocurrir sin trabajo de parto o durante el mismo, independientemente de la edad gestacional, antes de las 37 semanas de gestación suele definirse como ruptura prematura de membranas pretérmino. (4).

Se ha estudiado la ruptura prematura de membranas asociada con infecciones; como las producidas por: Neisseria gonorrhoeae, Estreptococo del grupo B, Trichomona vaginalis y Mycoplasmas. El estado nutricional materno influye por deficiencia de ácido ascórbico, zinc cobre. Otros factores pueden ser el tabaquismo y alteraciones locales de las membranas y anomalías fisiológicas y anatómicas en las membranas ovulares (corion y amnios) por disminución de elasticidad y grosor de las mismas asociada la alteración en el equilibrio entre proteasas y los inhibidores de las proteasas (alfa 1-anti-tripsina, alfa 2 macroglobulinas e inhibidores de colagenasas), con un aumento de actividad proteolítica y prolactina y una disminución del colágeno. (5).

Así, aunque ningún factor aislado parece mantener un papel singularmente prominente en la etiología de ruptura prematura de membranas, es posible indicar que hay factores predisponentes ya mencionados que influyen en la aparición de ruptura prematura (5).

Independientemente de la edad gestacional, la ruptura prematura de membranas se relaciona entre otras cosas, con

una mayor frecuencia de sufrimiento fetal transparto así como infecciones maternas corioamnioiditis 13.33%, endometritis y shock séptico. (19).

El manejo de la ruptura prematura de membranas, ha sufrido cambios durante los últimos años; y se han establecido conductas que varían desde la expectancia hasta la intervención inmediata y provocar el parto.

En el hospital de Antigua Guatemala se evaluó el manejo de diagnóstico y tratamiento de pacientes con ruptura prematura de membranas por lo cual se decide hacer este estudio.

III JUSTIFICACION

La ruptura prematura de membranas continua siendo un problema de manejo en los embarazos pretérmino pues las tendencias son controvertidas.

La mayor parte de las muertes perinatales en pacientes con ruptura prematura de membranas dependen del síndrome de insuficiencia respiratoria, y no se puede dejar por un lado la morbilidad materna post parto.

En este trabajo se pretende evaluar la situación de manejo mediante el diagnóstico y tratamiento de pacientes embarazadas con ruptura prematura de membranas en el Hospital Nacional de Antigua Guatemala.

IV OBJETIVOS

GENERAL:

- 1.- Evaluar el manejo de Diagnóstico y Tratamiento de pacientes embarazadas que presentan Ruptura Prematura de Membranas.

ESPECIFICOS:

- 1.- Describir la edad de las pacientes con Ruptura Prematura de Membranas.
- 2.- Determinar la edad gestacional de pacientes con Ruptura Prematura de Membranas.
- 3.- Identificar los antecedentes que con más frecuencia acompañan a la Ruptura Prematura de Membranas.
- 4.- Establecer el método o métodos diagnósticos más utilizados en el Hospital para Ruptura Prematura de Membranas.
- 5.- Identificar el tratamiento y resolución del parto en los casos estudiados.
- 6.- Describir la incidencia de complicaciones más frecuentes maternas y perinatales.

V REVISION BIBLIOGRAFICA

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

DEFINICION:

Se considera Ruptura Prematura de Membranas (RPM), a la que ocurre antes del inicio del trabajo de parto; cuando la edad gestacional es menor de 37 semanas se dice que hay RPM pretérmino (RPMP). (5).

Se considera período de latencia al tiempo transcurrido entre el momento en que se produce la ruptura y el ^{inicio} parto.

Cuando este período supera las 24 horas, a la ruptura se define como prolongada. (1),(4),(6).

INCIDENCIA

Ocurre entre el 6 y 16% en mujeres embarazadas. En embarazos pretérmino 32.6%, en embarazos a término 6.3%. Unas 48 horas después de RPMP, casi el 80% de las pacientes con feto de edad gestacional de 33 a 36 semanas y 66% de aquellas con feto de 30 a 32 semanas presentan trabajo de parto espontáneo. (5),(19).

ETIOLOGIA

1. PROPIEDADES FISICAS DE LAS MEMBRANAS OVULARES:

Las membranas ovulares están compuestas por elementos celulares (fibroblastos, macrófagos, células epiteliales, células reticulares, tejido conectivo colágeno, fibras elásticas, vasos sanguíneos), dispuestos bien definidos: el amnios y el corion, estas estructuras son muy esenciales ya

que le confiere grosor, elasticidad y resistencia.

En la RPM se ha observado una disminución de elasticidad y grosor de las membranas ovulares cuya alteración en el equilibrio entre proteasas (tripsina, colagenasas, elastasas) y los inhibidores de las proteasas (alfa 1-anti-tripsina, alfa 2-macroglobulina e inhibidores de colagenasa), con aumento de actividad proteolítica, además una disminución de el contenido de colágeno y aumento en concentración de prolactina en las membranas de pacientes con RPM. Por lo que se da la RPM (4), (5), (14), (20).

2. INFECCIONES:

Constituye un agente etiologico primordial en RPMP.

- a. Neisseria gonorrhoeae.
- b. Estreptococos del Grupo B (GBS).
- c. Especies de Bacteroides.
- d. Trichomonas vaginalis.
- e. Chlamydia trachomatis.
- f. Mycoplasmas.

3. PH VAGINAL: Alcalino.

4. ESTADO NUTRICIONAL DEFICIENTE:

- a. Disminución de Acido Ascórbico.
- b. Disminución del Zinc.
- c. Disminución del Cobre.

5. TABAQUISMO Y HEMORRAGIA.

6. CUELLO UTERINO INCOMPETENTE.

7. CONCENTRACION DE PROLACTINA: Alta.

8. Se ha demostrado actividad de Fosfolipasa A2 en la flora vaginal; esta provoca síntesis de prostaglandinas a partir de fosfolípidos nativos de la membrana, causando actividad uterina oculta y RPM.

9. COITO.

10. ANTECEDENTES DE PROM O PARTOS PRETERMINO.

11. ANTECEDENTES DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS GINECOLOGICOS (1), (6), (8), (10), (11), (16), (17).

RIESGO MATERNO:

La Ruptura Prematura de las Membranas Ovulares aumenta la morbi-mortalidad materna a expensas de la infección. La frecuencia y gravedad de ésta se encuentra estrechamente vinculada con la duración del período de latencia.

Cuando el mismo supera las 24 horas (ruptura prolongada) el riesgo se incrementa significativamente:

- a. Corioamnioitis 13.33%.
- b. Endometritis 5.00%.
- c. Shock Séptico.

RIESGO FETO-NEONATAL:

La Ruptura Prematura de las Membranas Ovulares eleva la morbi-mortalidad perinatal, éste riesgo, que en la ruptura prolongada es aún más alto, depende fundamentalmente de:

a. INMADUREZ:

Es el principal factor determinante de la morbi-mortalidad neonatal, por la inmadurez del recién nacido, que se exterioriza por MEMBRANA HIALINA. La anticipación del parto produce también un incremento de la incidencia de presentación pélvica, cuya letalidad es mayor que las cefálicas.

b. INFECCION:

El riesgo de que el feto y el RN presenten esta complicación aumenta proporcionalmente con la duración del período de latencia. Según algunos autores, pasadas las 24 horas de ruptura de membranas las cifras oscilan entre el 5 y el 25% de los casos.

c. ACCIDENTES DEL PARTO:

En la Ruptura Prematura de las Membranas Ovulares, el riesgo de prolapso del cordón y/o partos fetales es significativamente mayor que cuando la ruptura se produce intraparto (1), (14), (16), (19).

PREDICCIÓN DE PROM CON BASE EN LOS SINTOMAS DE LA PACIENTE

En una encuesta de 102 mujeres con PROM, con respecto a sus síntomas durante la semana previa a la ruptura de las membranas fetales, se encontró un aumento en la incidencia de manifestaciones inespecíficas como presión pélvica y secreción vaginal.

Hasta un 68% de las mujeres con PROM negaron haber tenido

contracciones uterinas en la semana previa a la amniorrexis. (5).

DIAGNOSTICO:

El diagnóstico clínico de la RPM está basado en la pérdida repentina, involuntaria y persistente de líquido amniótico por los genitales. La anamnesis y el examen obstétrico adecuado establecen el diagnóstico en más del 90% de los casos.

En los casos de duda existen otros métodos diagnósticos que contribuyen al diagnóstico.

EXAMEN OBSTETRICO:

La palpación abdominal permite apreciar una disminución del volumen y de la altura uterina, las partes fetales se pueden palpar fácilmente y son prominentes. Al inspeccionar los genitales externos puede observarse salida de líquido amniótico en forma espontánea o en relación con el aumento de presión intra-abdominal, obtenida mediante la maniobra de Val-salva (tos o pujo materno).

La introducción del espéculo en la vagina demuestra la presencia de líquido amniótico en el tercio superior de esta o en el fondo del saco vaginal posterior. También puede observarse salida de líquido por el orificio cervical externo del cuello uterino.

EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS COMPLEMENTARIOS:

1. Prueba de Cristalización del Líquido Amniótico:

El líquido obtenido desde el fondo de saco vaginal o

desde el orificio cervical externo del cuello uterino se extiende sobre un porta-objetos, se deja secar a temperatura ambiente y luego se observa al microscópio. La presencia de líquido amniótico se confirma a través de la cristalización de éste, como consecuencia del contenido de cloruro de sodio y proteínas. La falta de cristalización sugiere ausencia de líquido amniótico. La efectividad diagnóstica es del 97%.

La causa de resultados Falsos Negativos se deben a la presencia de elementos que dificultan la visualización: sangre, meconio, secreción vaginal. Exámenes realizados luego de 4 horas de la ruptura.

La causa de resultados Falsos Positivos, por la presencia de elementos que cristalizan en forma parecida: orina, antisépticos como el merthiolate, moco cervical.

2. Determinación del pH Vaginal:

Esta prueba se realiza poniendo en contacto el líquido vaginal que se deberá analizar con papel de nitrazina, que cambia de color según el pH del líquido. El pH vaginal normal es ACIDO a diferencia del pH del líquido amniótico que es ALCALINO, 7.0 - 7.5. Su efectividad diagnóstica es de 97%.

a. TECNICA:

Colocar el papel durante 15 segundos en el sitio de muestreo por colección de líquido. Según el color del pH esta:

AMARILLO	5	
AMARILLO OLIVA	5.5	Integras
VERDE OLIVA	6	
VERDE AZULADO	pH	
	6.5	Rotas
GRIS AZULADO	7	
AZUL PROFUNDO	7.5	

Las causas de resultados Falsos Negativos: insuficiente eliminación de líquido amniótico, por la cual no se eleva el pH del medio vaginal. Aumento de la acidez vaginal en caso de infección. Examen realizado luego de 4 horas de la ruptura.

* Las causas de resultados Falsos Positivos: Presencia de sustancias alcalinas, sangre, semen, exceso de mucus, orina alcalina, jabón.

3. Tinción de Células Fetales con Azul de Nilo (0.1 - 0.5%)

Las células fetales presentes en el líquido amniótico se tiñen de color naranja y pueden ser observadas bajo microscópio. Su efectividad aumenta hacia el término de la gestación con una positividad de 50 a 96%.

4. Estudio Bioquímico:

La medición de los niveles de glucosa, fructosa, y prolactina y el examen colorimétrico para la detección de anticuerpos en líquido amniótico obtenido del canal vaginal, ha sido utilizado en el diagnóstico de RPM. Su efectividad fluctúa entre 90 y 95%.

5. Ultrasonografía:

La presencia de oligoamnios moderado o absoluto, en ausencia de malformaciones urinarias fetales o retardo del crecimiento intrauterino es sospecha de ruptura de membranas.

6. Papanicolau:

Nos puede sugerir:

- a. Seguridad en un 96%
- b. Tiempo requerido para el examen 1 hora.
- c. No se encuentra influido por sangre, soluciones antisépticas, moco cervical.
- d. Se puede utilizar para casos con largo tiempo de ruptura prematura de membranas y se utiliza desde la 28 semana de gestación.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

1. Leucorrea.
2. Incontinencia Urinaria.
3. Eliminación del Tapón Mucoso.
4. Ruptura de Quiste Vaginal.
5. Hidrorrea Decidual.
6. Ruptura de las Pre-bolsas de las Membranas Ovulares. (1), (5), (14).

TRATAMIENTO Y MANEJO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PRETERMINO

El tratamiento inicial de la PPROM debe incluir:

1. CONFIRMACION DEL ROM:

El diagnóstico de ROM pudiera parecer trivial, pero con gran frecuencia es difícil por varios factores, como la presencia de sangre en vagina, escasez de líquido residual e incontinencia urinaria materna. Se puede hacer el diagnóstico adecuado con una simple exploración con espejo del cervix. La salida directa de líquido amniótico a través del orificio externo es el método más confiable de diagnóstico, si no se observa el flujo directo, puede pedirse a la pa-

ciente que tosa o aumente de alguna otra forma la presión intra-abdominal o con pruebas especiales de laboratorio.

2. ESTABLECIMIENTO DE LA EDAD GESTACIONAL:

Después de confirmar el ROM, es indispensable establecer la edad fetal y la presentación, antes de formular un plan de tratamiento. Debe revisarse los datos de los antecedentes menstruales, exploraciones para medición uterina previos momentos de la prueba de embarazo positiva y ultrasonido temprano.

3. VALORACION DE LA MADUREZ PULMONAR FETAL:

Una vez establecida la edad gestacional fetal, puede usarse ultrasonografía para guiar una amniocentesis.

Se analizará el líquido amniótico para valorar la madurez pulmonar fetal y la presencia de infección intra-amniótica, una de las pruebas es la relación de Lecitina-Esfingomielina (L/E), esta se toma mediante vía intra-abdominal.

Cuando no puede obtenerse líquido amniótico por vía abdominal, se puede enviar 1 ml. o más del acumulado en la vagina para análisis de fosfatidilglicerol (PG).

4. EXCLUSION DE TRABAJO DE PARTO:

A diferencia de RPM a término, donde 80 a 90% de las pacientes inicia trabajo de parto en las 24 horas que siguen a la RPMP, en el embarazo pre-término hay una relación inversa entre la edad gestacional en el momento de ROM y el inicio de trabajo de parto. Sin embargo en total, casi 50% de las pacientes con PPROM inician el trabajo de parto en las

24 horas y 90% en la primera semana. La mayor parte de las pacientes con RPMP tienen inicialmente actividad uterina que suele ceder con reposo en cama e hidratación.

5. EXCLUSION DE SUFRIMIENTO FETAL:

Durante la valoración inicial y en las primeras 24 horas siguientes, se recomienda el registro electrónico continuo de la frecuencia cardiaca fetal. Si el feto no muestra signos de sufrimiento agudo en las primeras 24 horas de observación y las contracciones uterinas desaparecen, puede interrumpirse el registro continuo y manejarse de manera expectante a la paciente con pruebas sin estrés diarias prolongadas (ejemplo una hora), a fin de detectar desaceleraciones variables persistentes.

6. EXCLUSION DE INFECCION:

El mejor marcador diagnóstico de corioamniotitis es la fiebre materna, en particular se presenta aunada a leucocitosis, taquicardia fetal, materna o de ambos, secreción vaginal fetida, hipersensibilidad uterina.

El análisis de líquido amniótico obtenido por amniocentesis es hoy el método más utilizado para evaluar la presencia o ausencia de bacterias en la cavidad amniótica. (5).

TRATAMIENTO DE LA PACIENTES CON RPMP

Debe ser selectivo e individualizado. Los autores proponen esquemas de tratamiento con base en los siguientes tres grupos de pacientes: las de 31-35 semanas de gestación, las

de 26-30 y finalmente los previables, con edad gestacional calculada menor de 25 semanas.

RPMP A LAS 31-35 SEMANAS:

Puesto que la supervivencia después de las 31 semanas en las instituciones estadounidenses exceden de 95%, los autores consideran que deben extraerse tales fetos si los estudios indican madurez o infección incipiente:

1. Diagnóstico de PPROM.
2. Toma de muestras de cultivo para Estreptococos Beta Hemolítico y Gonococos de vagina y cervix respectivamente.
3. Obtención de 1 ml. de líquido amniótico del fondo del saco vaginal, para probable envío a análisis de PG (fosfatidilglicerol), en caso de que pacientes no tengan parto inminente y que no puedan hacersele amniocentesis.
4. Paciente en posición de Trendelenburg se aplicara aparatos de registro fetal externos.
5. Se completará valoraciones de clínica que incluye: antecedentes, exploración física y pruebas de laboratorio: Hb, Ht, hematología completa más V/S, exámenes de orina y pruebas de valsalva de laboratorio. Si no control prenatal USG de rutina.
6. Si se realiza amniocentesis y revela un perfil pulmonar maduro o tinción de Gram muestra bacterias (o si la PG es positiva en acumulo vaginal), deberá interrumpirse el embarazo.
7. Si durante la valoración inicial se encuentra que la paciente esta en trabajo de parto, se le permite el naci-

miento por via vaginal o cesárea, según esté indicado.

8. Si está clínicamente infectada, se le administra antibiótico independientemente de la edad gestacional. Se decide de manera individual que antibiótico utilizar y cuando iniciarlo.

Si no se conoce el microorganismo patógeno en la actualidad se recomienda utilizar Ampicilina 1-2 Gramos I.V cada 4-6 horas más Gentamicina 1.5 mg/kg cada 8 horas. Si se requiere cesárea deberá añadirse un antibiótico con mejor cobertura para anaerobios como CLINDAMICINA o METRONIDAZOL. Si se conoce el microorganismo se le dará el antibiotico correspondiente.

RPMP A LAS 25-30 SEMANAS:

1. Se utilizan los mismos recursos de diagnósticos, valoración clínica y vigilancia fetal descritos para pacientes de 31-35 semanas de gestación.
2. No se realiza amniocentesis.
3. En el sub-grupo de pacientes de 25-30 semanas con inmadurez pulmonar y aquellas de más de 31 semanas de edad gestacional es benéfico administrar GLUCOCORTICOIDES para mejorar la madurez pulmonar como dosis de ataque con BETAMETAZONA 12 mg. I.M. repetida a las 24 horas y tratamiento de sostén de 12 mg. cada 7 días.
4. Instaurar la tocolisis a fin de prolongar el período latente y permitir que el estrés de ROM disminuya la incidencia de sufrimiento respiratorio.
5. Administrar antibioticos de amplio espectro para tratar

infecciones ocultas y prolongar la gestación.

6. Es importante que la paciente con RPMP se mantenga hospitalizada hasta el nacimiento.

TRATAMIENTO DE RPMP EN FETO PREVIABLE:

Su supervivencia es mala, las tasas de mortalidad perinatal se encuentran elevadas entre 45-75%.

1. Se maneja en forma expectante sin hospitalización.
2. Se indica reposo en cama en su casa, con autorización de ir al baño, e indicaciones de evitar el coito y cualquier contaminación vaginal.
3. Medir la temperatura con frecuencia.
4. Cuando el feto alcanza la viabilidad por ejemplo 26 semanas de gestación o mas la hospitalización se convierte en una opción razonable.
(5),(6),(11),(14),(19).

Aquí

VI METODOLOGIA

A. TIPO DE ESTUDIO:

Observacional Descriptivo

B. DESCRIPCION DEL SUJETO DE ESTUDIO:

Se estudió el manejo de las pacientes embarazadas que presentaron ruptura prematura de membranas ingresadas al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala; en el período del 1 de Enero de 1990 al 31 de Diciembre de 1990.

C. TAMAÑO DE LA MUESTRA:

19 pacientes que presentaron embarazo asociado a ruptura prematura de membranas.

D. CRITERIOS DE INCLUSION:

Pacientes embarazadas con ruptura prematura de membranas.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Pacientes embarazadas sin ruptura prematura de membranas.

VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA
EDAD:	Edad de la paciente cuando se presenta RPM.	Menor de 15 años. 15 a 20 años. 21 a 25 años. 26 a 30 años. 31 a 35 años. 36 y mas años.	NOMINAL
PARIDAD:	No. de hijos que ha tenido una mujer.	Primigesta. Secundigesta. Pequeña Múltipara Gran Múltipara	1 2 5 5-6 NOMINAL
EDAD GESTACIONAL:	Cálculo en semanas del tiempo transcurrido entre el primer día del último período menstrual y la fecha al momento del diagnóstico de RPM.	Menor de 25 semanas 26 a 30 semanas. 31 a 35 semanas. 36 a 40 semanas.	NOMINAL
HORA DE EVOLUCION RPM.	Tiempo transcurrido de RPM o para poder tomar conducta del manejo.	0 a 8 horas. 9 a 16 horas. 17 a 24 horas. 25 a 32 horas. 33 a 40 horas. 41 a 48 horas. 49 y mas.	NOMINAL
ANTECEDENTES:	Acción anterior que sirve para juzgar hechos posteriores.	Sin antecedentes. RPM anterior. Traumatismo. Parto Pretérmino. Infección Urinaria. Enfermedad de Transmisión sexual. Otros.	NOMINAL
SINTOMAS:	Fenómeno revelador de una enfermedad.	Dolor Pélvico. Salida de líquido vaginal.	NOMINAL

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA
DIAGNOSTICO:	Determinación de una enfermedad por síntomas.	Clínico Bioquímico. USG. otros.	NOMINAL
TIPO DE PARTO:	Solución de un embarazo.	P.E.S. C.S.T.P.	NOMINAL
TRATAMIENTO:	Conjunto de medios empleados para la curación de una enfermedad.	Antibiótico. Esteroides. Uteroinhibidores. Ninguno.	NOMINAL
COMPLICACIONES:	Síntomas distintos a los habituales.	MATERNAS: Corioamniitis. Endometritis. Shock Séptico. Otras. Ninguna. RECIEN NACIDO: Premadurez. Sepsis. Mortalidad. Otras. Ninguna.	NOMINAL

F. RECURSOS:

1. MATERIALES:

FISICOS:

- a. Departamento de archivo clinico del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala.
- b. Biblioteca USAC, Hospital Roosevelt, Hospital General San Juan de Dios, I.G.S.S. Aprofam.
- c. Libros.
- d. Revistas Cientificas.

e. Boleta de recolección de datos.

HUMANOS:

- a. Personas de archivo de Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala.
- b. Personas de las diferentes bibliotecas.

H. PLAN PARA LA RECOLECCION DE LOS DATOS:

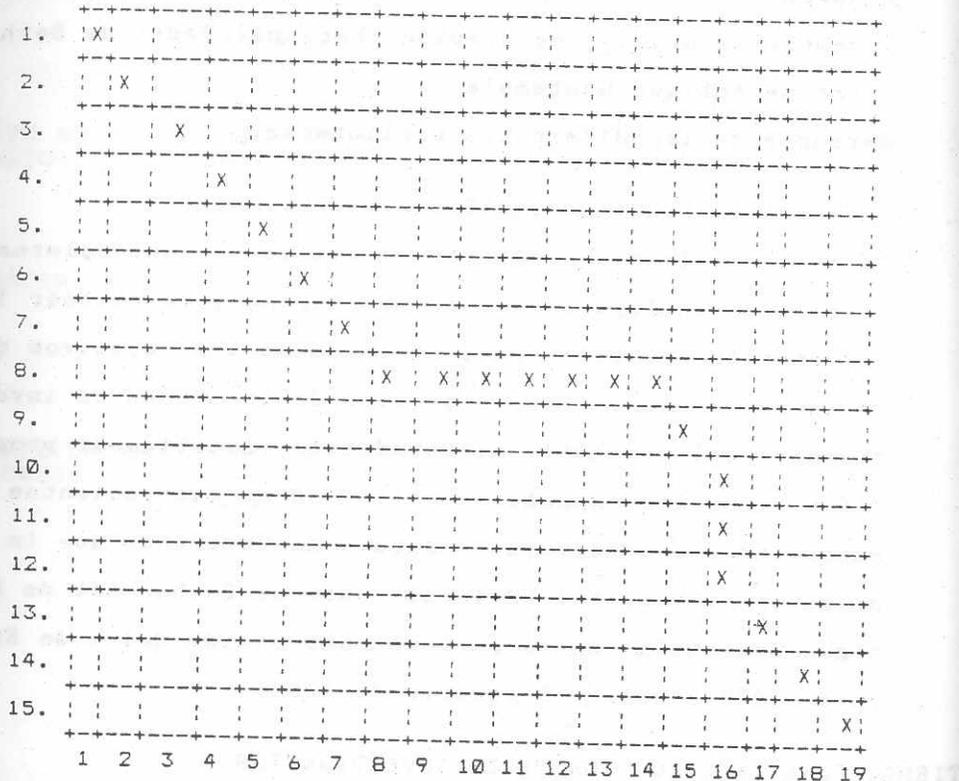
Para la recolección de datos se utilizaron las boletas en ella se incluye los datos necesarios para obtener la información necesaria para el logro de los objetivos de la investigación. Con el permiso de la unidad de investigación del hospital, el estudiante investigador procedió a tomar los expedientes clínicos de las pacientes embarazadas con Ruptura Prematura de Membranas que ingresaron al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala, en el período comprendido del 1 de Enero de 1990 al 31 de Diciembre de 1994.

TIEMPO PARA LA EJECUCION DE LA INVESTIGACION:

Para la ejecución del trabajo de campo se tomo el período comprendido del 1 de Diciembre de 1995 al 15 de Enero de 1996.

GRAFICA DE GANTT

ACTIVIDADES



SEMANAS

1. Selección del Tema del Proyecto de Investigación.
2. Elección del Asesor y Revisor.
3. Recopilación del material bibliografico.
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con asesor y revisor.
5. Aprobación del proyecto por el comite de investigación del Hospital o institucion en donde efectuara el estudio.
6. Aprobación del proyecto por la unidad de tesis.
7. Diseño de los instrumentos que utilizaran para la recopilación de la información y capacitación de los encuesta - dores.
8. Ejecución del trabajo de campo o recopilación de la in - formación.

9. Procesamiento de resultados, elaboración de tablas y gra - ficas.
10. Análisis y discusión de resultados.
11. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
12. Presentación del informe final para correcciones.
13. Aprobación del informe final.
14. Impresión del informe final y tramites administrativos.
15. Examen público de defensa de la tesis.

CUADRO NO. 1

EDAD MATERNA DE LAS 19 PACIENTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ESTUDIADAS EN EL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT DE ANTIGUA GUATEMALA, ENERO DE 1990 A DICIEMBRE 1994.

EDAD MATERNA	NO. de Casos	%
1: Menor de 15 Años.	8	42.11%
2: de 15 a 20 Años.	5	26.31%
3: de 21 a 25 Años.	4	21.05%
4: de 26 a 30 Años.	2	10.53%
5: de 31 a 35 Años.	-	
6: de 36 y más Años.	-	
Total	19	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 2

EDAD GESTACIONAL DE LAS 19 PACIENTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ESTUDIADAS EN EL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT DE ANTIGUA GUATEMALA, ENERO DE 1990 A DICIEMBRE 1994.

EDAD GESTACIONAL	No. de Casos	%
1: Menores de 25 Semanas:	-	
2: de 26 a 30 Semanas:	1	5.27%
3: de 31 a 35 Semanas:	6	31.57%
4: de 36 a 40 Semanas:	12	63.16%
Total	19	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO NO. 3

PARIDAD DE LAS 19 PACIENTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ESTUDIADAS EN EL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT DE ANTIGUA GUATEMALA, ENERO DE 1990 A DICIEMBRE 1994.

PARIDAD	NO. de Casos	%
1. Primigestas.	8	42.10%
2. Secundigesta.	7	36.84%
3. Pequeña Múltipara.	2	10.53%
4. Gran Múltipara.	2	10.53%
Total	19	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO NO. 4

HORA DE EVOLUCION DE RPM DE LAS 19 PACIENTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ESTUDIADAS EN EL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT DE ANTIGUA GUATEMALA, ENERO DE 1990 A DICIEMBRE 1994.

HORAS	NO. de Casos	%
1. 0 a 8 Hrs.	10	52.63%
2. 9 a 16 Hrs.	4	21.05%
3. 17 a 24 Hrs.	3	15.78%
4. 25 a 32 Hrs.		
5. 33 a 40 Hrs.		5.27%
6. 41 a 48 Hrs.	1	5.27%
Total	19	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 5

ANTECEDENTES DE LAS 19 PACIENTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ESTUDIADAS EN EL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT DE ANTIGUA GUATEMALA, ENERO DE 1990 A DICIEMBRE 1994.

ANTECEDENTES	No. de Casos	%
1. Sin Antecedentes.	16	84.21%
2. RPM Anterior.	1	5.27%
3. Traumatismo.	-	
4. Infección Urinaria	-	
5. Enfermedad de Transmisión Sexual.	-	
6. Parto Pretérmino.	-	
7. Otros: ABORTO.	2	10.52%
Total	19	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 6

SINTOMAS DE LAS 19 PACIENTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ESTUDIADAS EN EL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT DE ANTIGUA GUATEMALA, ENERO DE 1990 A DICIEMBRE 1994.

SINTOMAS	NO. de Casos	%
1. Dolor Pélvico.	-	
2. Salida de Líquido Vaginal.	19	100.0%
3. Hemorragia.	1	5.26%
4. Fiebre.	1	5.26%
5. Contracciones.	3	15.78%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Se aclara que en este cuadro las 19 pacientes presentaron salida de líquido por vagina y que de estas mismas hubieron algunas que presentaron más de algún signo o síntoma por lo que se altera el porcentaje.

CUADRO No. 12

COMPLICACIONES DE LAS 19 PACIENTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ESTUDIADAS EN EL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT DE ANTIGUA GUATEMALA, ENERO DE 1990 A DICIEMBRE 1994.

MATERNAS	No. de CASOS	%
1: Corioamniotitis.	1	5.26%
2: Endometritis.	1	5.26%
3: Shock Séptico.	-	
4: Otros.	-	
5: Ninguna.	17	89.47%
Total	19	100%
RECIEN NACIDO	No. de CASOS	%
1: Premadurez.	7	36.83%
2: Sepsis.	-	
3: Mortalidad.	-	
4: Ninguna.	13	63.15%
Total	19	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

VIII ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

A continuación se analiza y discute los resultados encontrados en las diecinueve papeletas de las pacientes que presentaron ruptura prematura de membranas.

Para ello, se tomaron en cuenta las siguientes variables: edad de la paciente, paridad, edad gestacional, hora de evolución de RPM, antecedentes, síntomas, diagnóstico, tipo de parto, tratamiento y complicaciones.

De las 19 pacientes estudiadas en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt por RPM 4 pacientes recibieron tratamiento así: 1 paciente con ampicilina y dexametazona, 2 pacientes solo con ampicilina y 1 solo con dexametazona, las otras 15 pacientes no recibieron ningún tipo de tratamiento. A ninguna paciente se le trato con uteroinhibidores.

En lo que se refiere a las complicaciones maternas se pudo observar que de las 19 pacientes estudiadas solo 2 presentaron complicaciones; 1 con corioamnioiditis y la otra endometritis, en cuanto a recién nacidos la única complicación fue premadurez en 7 pacientes.

Un factor que de acuerdo con la bibliografía médica podría disminuir la premadurez en nacimientos pretérmino, sería la utilización de esteroides combinado con antibióticos.

CUADRO No. 1 EDAD MATERNA

Este cuadro muestra que el grupo de edad más afectado es el de menores de 15 años con 8 casos y un porcentaje de 42.11% y el grupo menos afectado comprende entre las edades de 26 a 30 años con 2 casos y 10.53%.

CUADRO No. 12 COMPLICACIONES MATERNAS Y RECIEN NACIDO

En este cuadro muestra que de las 19 pacientes estudiadas, 17 no presentaron complicaciones con un porcentaje de 89.47%, 1 caso endometritis y 1 caso con corioamnioiditis con un porcentaje de 5.26% respectivamente.

Las complicaciones encontradas en los recién nacidos fue premadurez en 7 casos con un porcentaje de 36.84%, los restantes 12 sin complicaciones con un porcentaje de 63.16%.

IX CONCLUSIONES

1. El grupo de mujeres menores de 15 años es el más afectado con RPM.
2. Las mujeres que presentaron ruptura prematura de membranas el 63.16% que corresponde a 12 casos estaban entre la 36 a 40 semana de gestación.
3. El grupo de pacientes primigestas fue el más afectado con RPM con un 42.10% que corresponde a 8 casos.
4. El síntoma por el que las pacientes consultaron al hospital fue salida de líquido por la vagina.
5. El diagnóstico fue 100% clínico.
6. De las pacientes estudiadas el 78.94% o sea 15 casos no recibieron tratamiento, el 21.05% que corresponde a 4 casos si recibieron tratamiento, de los cuales 3 casos incompletamente y solo hubo 1 caso que se le dio completamente.
7. Las 2 complicaciones maternas que se dieron fue: 1 caso con endometritis y 1 caso con corioamnioiditis.
8. Las complicaciones que se presentaron en los recién nacidos fue premadurez 36.84% que corresponde a 7 casos. No se presentó ningún caso de mortalidad.

X RECOMENDACIONES

1. Se recomienda que en el hospital, a las pacientes con Ruptura Prematura de Membranas que necesiten tratamiento se maneje con antibiótico y esteroides juntos ya que a los cuatro casos que si se les brindo tratamiento solo 1 paciente recibió completamente. Así ayudaría en cierta medida a disminuir la aparición de morbi-mortalidad tanto para la madre feto y recién nacido.

IX RESUMEN

El presente, es un estudio observacional descriptivo realizado con pacientes ingresados en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala, en el período comprendido entre el 1 de Enero de 1990 al 31 de Diciembre de 1994, con diagnóstico de ruptura prematura de membranas.

Se revisaron 19 expedientes clínicos, y por medio de una boleta de recolección de datos (ver anexos) se estudió el manejo de éstas pacientes, diagnóstico, tratamiento y complicaciones.

Se encontró que la incidencia en este hospital es baja, pues únicamente se presentaron 19 casos en los 5 años estudiados.

Las pacientes en las cuales se presentó RPM, estaban comprendidas en su mayoría entre 36 a 40 semanas de gestación con 12 casos y un porcentaje de 63.16%, el grupo más afectado fue el de las primigestas con 8 casos siendo el porcentaje de 42.10%.

Se pudo establecer que el principal síntoma presentado por las pacientes fué salida de líquido por vía vaginal en las 19 pacientes estudiadas. El diagnóstico se pudo obtener por clínica en un 100%.

En cuanto al tratamiento en las pacientes estudiadas 4 pacientes lo recibieron con un porcentaje de 21.06%, 1 paciente completamente con ampicilina y dexametazona, 2 solo con ampicilina y 1 paciente solo dexametazona, las restantes 15 pacientes no recibieron tratamiento siendo 78.94%.

Las pocas complicaciones que se encontraron en madres fueron 1 caso con corioamnioiditis y otro caso con endometritis con un porcentaje de 5.26% respectivamente.

En 7 recién nacidos se presentó premadurez con un porcentaje de 36.84%, los restantes 12 fueron normales 63.16%.

Lo que se recomienda en este tipo de trabajo es dar a conocer esta complicación de ruptura prematura de membranas y la importancia de su manejo diagnóstico y tratamiento para evitar complicaciones de morbi-mortalidad maternas fetal y de RN.

XII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ayala Antonio. Revista de Ginecología y Obstetricia de México. UTILIDAD DE LIQUIDO AMNIOTICO EN RPDM: Pronóstico de infección. Vol. 62 Mayo 1994 Pag. 131-134.
- Awara A.M. Egyptian Medical Journal Ruptura Prematura de Membranas 1992 Feb. 9 (2): 31-7 Document Number 072809.
- Benson Rapaph MANUAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. Editorial Manual Moderno 7ma. Edición 1985. Mexico D.F. Pag. 128-134.
- Clinica de Ginecología y Obstetricia: Temas Actuales. Vol 2 / 1992. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS. Editorial Interamericana Mc. Graw Hill. Pag. 247-253, 257-267, 337-347, 375-379
- Clinica de Ginecología y Obstetricia de Norteamérica RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS. Editorial Interamericana Mc Graw Hill. Vol 4/1991. Pag. 657-662, 665-670, 673-683, 699-705, 711-717, 727-734.
- Daniel R. Mishell. MANAGEMENT OF COMMON PROBLEMS IN GINECOLOGY AND OBSTETRIC. Editorial Orthon Form 1989 Pag. 146-150.
- Dexeus Santiago. Tratado de Obstetricia. FISIOLOGIA OBSTETRICIA. Salvat Editores S.A. Vol 1 / 1985. Pag. 200.
- Escobedo Juan Manuel. Revista de Ginecología y Obstetricia de México. Ruptura Prematura de Membranas.

- MORBI-MORTALIDAD EN EMBARAZOS DE MENOS DE 36 semanas
Vol. 60 Septiembre de 1992. Pag. 247-249.
9. Garrido C. G. Revista Latinoamericana de Perinatología
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS MATERNAL-PERINATAL 1992
10 (2) : 36-42 Documento Number 068693.
10. Hohn T. Queena. ATENCION DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO.
Editorial Manual Moderno. S.A. 1987. Pag. 109-113.
11. L. Pernell Martin. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO GINECOBSTERICO
5ta. Edicion. Editorial Manual Moderno S.A. de Mexico
c.v. Mexico D.F. 1989. Pag. 315-317.
12. Ledger. William J. INFECCIONES EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA.
Editorial Médica Panamericana 1985. Pag. 97-101.
13. Mishell Kirschbaum Morrow. YEAR BOOK OF GINECOLOGY AND
OBSTETRIC. 1989. Pag. 79-81.
14. Perez S. Alfredo. OBSTETRICIA. 2da. Edicion Publicaciones
Técnicas Mediterraneo. Santiago de Chile 1992.
Pag. 511-521.
15. Sandberg Eugene. SYNOPSIS OF OBSTETRICS. Tehin Editio
1980. Pag. 307-308. Copyringh by the cy, Mosby Com
pany.
16. Schwarcz OBSTETRICIA. Editorial e Inmoviliaria Florida
340, Buenos Aires. 4ta. Edicion 1986. Pag. 184-189.
17. Vadillo O. Felipe. Revista de Ginecologia y Obstetricia
de Mexico. FOSFOLIPASA A2 Y RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.
Vol. 62 Mayo 1994. Pag. 143-145.
18. Williams. OBSTETRICIA. 3ra Edicion. Editorial Salvat
1986. Pag. 732-735.
19. Zambrano Elias J. PROTOCOLO RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.
Departamento de Ginecologia y Obstetricia Hospital Roosevelt.

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

No. de Orden _____
 REGISTRO MEDICO _____
 EDAD: Menor de 15 Años _____
 de 15 a 20 Años _____
 de 21 a 25 Años _____
 de 26 a 30 Años _____
 de 31 a 35 Años _____
 de 36 y mas Años _____
 EDAD Menores de 25 Semanas _____
 GESTA- de 26 a 30 Semanas _____
 de 31 a 35 Semanas _____
 de 36 a 40 Semanas _____
 PARIDAD: Primigesta _____
 Secundigesta _____
 Pequeña Multípara _____
 Gran Multípara _____
 HORAS DE 0 a 8 Hrs _____
 EVOLUCION 9 a 16 Hrs _____
 DE RPM: 17 a 24 Hrs _____
 25 a 32 Hrs _____
 33 a 40 Hrs _____
 41 a 48 Hrs _____
 49 y mas Hrs _____
 ANTECE- Sin Antecedentes _____
 CEDEN- RPM Anterior _____
 TES: Traumatismo _____
 Infección Urinario _____
 Enf. Transmisión Sexual _____
 Parto Pretérmino _____
 Otros _____
 SINTOMAS: Dolor Pélvico _____
 Salida de Líquido Vaginal _____
 Hemorragia _____
 Fiebre _____
 Contracciones _____
 METODO Por Clínica _____
 DIAG- Bioquímico _____
 NOSTICO:USG _____
 OTROS _____
 TIPO DE PES _____
 PARTO: CSTP _____

TRATAMIENTO: SI _____ NO _____

1. ANTIBIOTICO _____ CUAL _____ TIEMPO DE UTILIZACION _____
2. ESTEROIDES _____ CUAL _____ TIEMPO DE UTILIZACION _____
3. UTEROINHIBIDOR _____ CUAL _____ TIEMPO DE UTILIZACION _____

COMPLICACIONES: MATERNAS: RECIEN NACIDO:

Corioamnioitís _____ Premadurez _____

Endometritis _____ Sepsis _____

Shock Séptico _____ Mortalidad _____

Otros _____ Otros _____

Ninguna _____ Ninguna _____