

I. RESUMEN.....	1
II. INTRODUCCION.....	2
III. JUSTIFICACIÓN.....	2
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
V. OBJETIVOS.....	3
V.1 OBJETIVO GENERAL.....	3
V.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	3
VI. HIPÓTESIS.....	4
VII. MARCO TEORICO.....	4
ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.....	4
DEFINICIÓN.....	4
FRECUENCIA E IMPORTANCIA DE LA RPM.....	4
ETIOLOGÍA.....	5
CLASIFICACION.....	5
DIAGNOSTICO.....	6
TRATAMIENTO COMUN PARA TODOS LOS CASOS.....	6
CONTROLES A EFECTUAR DE FORMA SISTEMATICA.....	6
TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO.....	8
a) TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO.....	8
b) TRATAMIENTO CON CORTICOIDES.....	8
ACTITUD TERAPEUTICA SEGÚN SEMANAS COMPLETAS DE GESTACIÓN.....	10
GESTACIONES DE 36 O MAS SEMANAS.....	10
GESTACIONES DE 31 A 35 SEMANAS.....	10
ANTES DE LAS 31 SEMANAS.....	11
VIII. DISEÑO METODOLOGICO.....	11
1. TIPO DE ESTUDIO.....	11
2. UNIVERSO.....	12
3. POBLACIÓN.....	12
4. TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	12
IX. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	13
X. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	13
XI. MATERIAL Y MÉTODOS.....	14
MANEJO CONSERVADOR.....	14
MANEJO ACTIVO.....	16
CORIOAMNIONITIS CLÍNICA.....	16
INFECCIÓN PUERPERIAL.....	17
SEPSIS NEONATAL PRECOZ.....	17
SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL NEONATO.....	17
SUFRIMIENTO FETAL.....	17
MORTALIDAD PERINATAL.....	17
PERFIL BIOFÍSICO.....	17
PERIODO DE LACTANCIA.....	17
PROTEINA O REACTIVO(PCR).....	18

TEST NO ESTRESANTE(TNS).....	18
XII. VARIABLES.....	18
VARIABLE INDEPENDIENTE.....	18
VARIABLE INDEPENDIENTE.....	18
VARIABLE INTERVINIENTE.....	18
XIII. COSTO DEL ESTUDIO.....	18
XIV. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	19
XV. RESULTADOS.....	19
MATERNOS.....	19
NEONATALES.....	20
XVI. DISCUSIÓN.....	21
XVII. CONCLUSIONES.....	23
XVIII. ANEXOS.....	24
XIX. BIBLIOGRAFÍA.....	24

I.- RESUMEN.

Se presenta un estudio Prospectivo, analítico, comparativo, longitudinal y descriptivo de 53 pacientes que ingresaron al Hospital Materno infantil German Urquidi (HMIGU) de Cochabamba - Bolivia, con RPMP entre 26 y 35 semanas de gestación, en el período comprendido entre de enero a diciembre de 2005, , de los cuales a 28 se le realizo manejo conservador y a 25 manejo activo. Se controlaron con parámetros clínicos para corioamnionitis y paraclínicos como: leucocitosis mayor de 15.000 por mm cúbico, proteína C reactiva (PCR) y perfil biofísico (PB). Test no estresante (TNS)

La edad gestacional al momento de la RPMP por grupos de semanas de gestación fue en promedio 32 semanas para las pacientes con manejo conservador, , y 35 semanas para las pacientes con manejo activo; siendo en porcentaje mas bajo para ambos tipos de manejo las semanas 26 a 27 , con un promedio de 26,5 semanas, con el 13,21 %.

El periodo de latencia varió de acuerdo al tipo de manejo y según las semanas de gestación, siendo para el manejo conservador entre las 26 y 27 semanas de 11,2 días, entre las 28 a 33 semanas 7,3 días, siendo respectivamente 6,4 días para las semanas 34 a 35. En tanto que para el manejo activo, tenemos entre las 26 y 27 semanas de 2,4 días, 28 a 33 semanas 3,8 días y para la semana 34 a 35 de 1,8 días.

El manejo conservador de la ruptura prematura de membranas pretérmino que se hace en el HMIGU se obtuvo en general un resultado perinatal bueno , el 89,3% de los neonatos no tuvieron infección, y el síndrome de dificultad respiratoria no fue tan frecuente (25%),. La frecuencia de sepsis neonatal precoz en el grupo estudiado fue del 10,7%. La mortalidad neonatal con el manejo conservador fue del 3,8 % , comparable con los hallazgos informados en la literatura mundial (3, 03 % , SEGO). Con el manejo activo se obtuvo en general un resultado perinatal aceptable, aunque el 92 % de los neonatos no tuvieron infección, pero si el síndrome de dificultad respiratoria se presento en 32 % de los neonatos. La frecuencia de sepsis neonatal precoz en el grupo estudiado fue del 8% . La mortalidad neonatal de este tipo de manejo fue del 20 % comparable con los hallazgos informados en la literatura médica mundial (26), pero 6 veces mas elevada en relación al grupo de neonatos nacidos del manejo conservador de nuestro estudio, en el mismo periodo de tiempo.

La frecuencia de infección materna en ambos grupo de pacientes fue alta, (35,7% y 28 %respectivamente) sin embargo, la respuesta al tratamiento con antibióticos fue rápida, con corta estancia hospitalaria, sin complicaciones, secuelas o mortalidad .

PALABRAS CLAVES: Ruptura prematura de membranas, manejo conservador, manejo activo, corioamnionitis, leucocitosis, proteína C reactiva, perfil biofísico, Test No Estresante (TNS).

II.- INTRODUCCION.-

Entendemos por ruptura prematura de membranas (RPM) ovulares a la ruptura de membranas ovulares antes del inicio del parto, sea este de termino, antes de termino o después de termino. Sin embargo su trascendencia es muy distinta si ocurre a termino o después de él, ya que su principal consecuencia es el inicio del parto en un periodo mas o menos breve, cuyo riesgo para el feto es tanto mayor cuanto mas lejos este de él.

Los principales riesgos que plantea la RPM para la madre y para el feto son antes de termino, y sobre todo antes de las 34 semanas y especialmente a las 32 semanas, ya que las consecuencias de la prematuridad (Riesgos de distress respiratorio del recién nacido, de hemorragia y leucomalasia peri ventricular, de enterocolitis necrotizante) van a ser tanto mayores, cuanto mas falte para llegar a termino. En todos los casos, además existe mayor riesgo de infección ovular, que afectara tanto a la madre como al feto o recién nacido, y en muchos casos va a obligar a realizar algún tipo de intervención para terminar el embarazo, lo que también puede repercutir en mayor morbimortalidad materno-fetal .

Todo ello va a plantear al obstetra y a todo el equipo de perinatologos dificultades en la toma de decisiones sobre como y cuando terminar el embarazo, sobre si utilizar corticoides o no para prevenir el distress respiratorio, si usar o no antibióticos de forma profiláctica y sobre como diagnosticar precozmente la infección intraamniotica subclínica.

III. JUSTIFICACIÓN

Al ser el HMIGU un centro de referencia de pacientes con patología obstétrica de alto riesgo a nivel nacional, que atiende un volumen poblacional importante, con un protocolo establecido para el manejo de RPM pretérmino menor a 36 semanas, debería saber cual es la cifra no solo de mortalidad, sino de morbilidad por semanas o grupos de semanas de gestación, a fin de tomar las decisiones de la forma mas acertada posible para nuestro medio.

Por lo que surge la necesidad de plantear nuestro problema de investigación .

IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuáles son los resultados perinatales y maternos por grupos de semanas gestación con el manejo expectante de la RPM Pretérmino frente al manejo activo de la RPM Pretermino en el servicio de alto riesgo obstétrico del HMIGU, de enero a diciembre del 2005.

V.- OBJETIVOS

V.1.- OBJETIVO GENERAL.

Conocer cual es la cifra de morbi-mortalidad por grupos de semanas de gestación perinatal y materna con manejo conservador de la RPM frente al manejo activo, en el servicio de alto riesgo obstétrico del HMIGU, de Enero a diciembre del 2005.

V.2.- OBJETIVO ESPECIFICOS

- Señalar la incidencia de RPM pretérmino , según los grupos de semanas de edad gestacional.
- Determinar el periodo de latencia en días desde la RPM pretérmino hasta que se produzca el parto, en las pacientes que recibieron un manejo conservador de la RPM pretérmino frente al manejo activo
- Señalar el índice de morbi-mortalidad perinatal, de acuerdo a grupos de semanas de gestación , en las pacientes que recibieron un manejo conservador de la RPM pretérmino.
- Señalar el índice de morbi-mortalidad perinatal de acuerdo a grupos de semanas de gestación , en las pacientes que recibieron un manejo activo de la RPM pretérmino.
- Determinar la morbi-mortalidad materna en pacientes con RPM pretérmino que recibieron manejo conservador y aquellas que recibieron manejo activo.