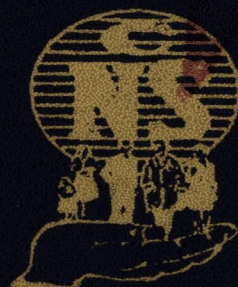




UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA
HOSPITAL OBRERO Nº 2
CAJA NACIONAL DE SALUD



**IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO Y
RESULTADO PERINATAL DE PRODUCTOS ENTRE 21 Y 37
SEMANAS DE GESTACION COMPLICADA CON RPM EN
PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE
GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL
OBRERO Nº 2 DE LA CNS**

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TITULO DE LA ESPECIALIDAD EN

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

INVESTIGADOR: DR. JOSE LUIS ANTEZANA AROSTEGUI

ASESOR: DR. LUIS BAZAN ARTEAGA

**COCHABAMBA – BOLIVIA
MARZO - 2006**

INDICE

	Pagina
Resumen	2
Objetivos	3
Introducción	4
Marco teórico	4
Variables	20
Material y métodos	21
Resultados y Análisis	22
Conclusiones	33
Recomendaciones	34
Bibliografía	35
Anexos	36

RESUMEN

Se realizo un estudio retrospectivo de corte longitudinal en el cual se analizaron 42 pacientes con embarazos de 21 a 37 semanas complicados con RPM, manejados en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Obrero N° 2. Se analizo antecedentes obstétricos, datos de infección cervicovaginal, se utilizo inductores de madurez pulmonar, vía de nacimiento del recién nacido, complicaciones y evolución inmediata del neonato, observándose que las edades maternas mas afectadas con RPM fueron los extremos reproductivos de la mujer entre 18 y 22 años seguida de edades de 38 a 42 años.

La edad gestacional más afectada en este estudio fue entre 34 y 37semanas.

La cristalografía sumada a la clínica y con apoyo diagnostico de la ultrasonografía dan un alto porcentaje de diagnostico certero.

Se utilizo la tinción de Gram. como método para detección de infecciones cervicovaginales, llegando a ser un complemento importante con perspectivas de prevención de RPM.

El antibiótico profiláctico mas utilizado fue la Ampicilina y como segundo esquema antibiótico Ampicilina + Gentamicina en un porcentaje mucho menor. Observándose un bajo porcentaje de infecciones puerperales.

Un alto porcentaje de las pacientes terminaron en cesárea debido al antecedente de cesares previas y al protocolo de manejo de la institución que recomienda como método de interrupción del embarazo la vía alta en edades gestacionales de 28 a 32 semanas.

Se ve una relación directa de cuanto menor el peso del producto mayor la morbimortalidad neonatal.

El mayor número de casos de muerte neonatal se debió a inmadurez orgánica generalizada relacionada directamente con la edad gestacional y el peso de los productos con casi un 100% de mortalidad antes de las 28 semanas de gestación.

Los casos de muerte perinatal no varían con reportes de otros autores en recién nacidos con prematurez extrema debido a la inmadurez orgánica generalizada y no dependiendo en gran medida el efecto de la maduración pulmonar la cual se ha observado útil recién a partir de las 28 semanas de gestación.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

El objetivo general de este trabajo es determinar la asociación entre los factores de riesgo y los resultados del embarazo en pacientes con RPM, así como el resultado perinatal en productos de pacientes entre 21 y 37 semanas de gestación internadas con diagnóstico de RPM en del Hospital Obrero No. 2 de la Caja Nacional de Salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificación de mujeres con mayor riesgo.
- Determinar el grupo etáreo con mayor incidencia de RPM.
- Determinar la asociación con infección urinaria.
- Determinar asociación con infección cervicovaginal.
- Relacionar antecedentes GOB.
- Manejo y conducta obstétrica en la RPM.
- Determinar peso y edad gestacional del producto.
- Conocer la morbilidad y mortalidad perinatal.
- Analizar los resultados de la morbimortalidad perinatal

INTRODUCCIÓN

La RPM en la Obstetricia contemporánea presenta varios dilemas terapéuticos en los cuales no existe una verdad absoluta. Eventualidad que ha sido y sigue siendo un tema de controversias, y un reto para el Gineco Obstetra. La ruptura prematura de membranas es la salida de líquido amniótico por una solución de continuidad de las membranas corioamnióticas antes de iniciado el trabajo de parto regular.

Podemos considerar sin duda la RPM en la actualidad una de las complicaciones más frecuentes e importantes por la prematurez del recién nacido así como por la morbilidad materna que presenta. Con esto podemos considerar probablemente a la RPM como una complicación que se ha presentado desde un inicio con la obstetricia misma.

MARCO TEÓRICO

Existen según reportes antiguos sobre la RPM que hacen referencias sobre el tema como las que aparece en el "Ipsissi-ma verba" de Sorano de Efeso, médico griego, quien muestra conocimientos importantes de la RPM. Paúl de Regina (675-690 AC) médico griego, que en sus escritos enfatiza el hecho de que los partos laboriosos dependen de la madre, del feto o las secundinas y reconociendo que el grosor de las membranas constituye uno de los factores más importantes en la presencia de la RPM, así como el papel en la progresión del trabajo de parto.

En el siglo XV. Roesslin (1517) menciona que las complicaciones del parto en muchas ocasiones son debidas a la presencia de RPM. Posteriormente Montgomery en 1857 reporta un embarazo complicado con RPM de 68 días de evolución, obteniendo un recién nacido viable que fallece poco después del nacimiento.

Existen dos conductas o escuelas de manejo terapéuticas, una conducta conservadora y otra intervencionista. La primera intenta mejorar el desarrollo funcional del producto a fin de disminuir la frecuencia de prematuridad; la intervencionista pretende en primer lugar evitar el proceso infeccioso materno, frente a mayor prematuridad fetal, mayor causa de muerte fetal.

El embarazo mayor de 35 semanas no presenta controversias en la decisión terapéutica, ya que por lo general a esta edad gestacional existe un alto porcentaje de fetos que tienen adecuada madurez pulmonar, dando lugar a tiempo prudente de espera, la RPM tiende a desencadenar trabajo de parto espontáneo. de 12 a 24 horas pasado este tiempo se inductoconduce el trabajo de parto, en casos de cervix desfavorable que no responda la inductoconducción por alguna indicación obstétrica se opta por la interrupción del embarazo por vía abdominal.

El capítulo principal de este problema obstétrico radica en embarazos menores de 34 semanas y aún con mayor importancia en las gestaciones inferiores a las 28 semanas, en donde el juicio clínico determina un manejo conservador o intervencionista, ya que la actitud tomada está en relación a las tasas de morbi-mortalidad perinatal y materna. Existen algunos estudios que han demostrado que el riesgo de infección se incrementa directamente en forma proporcional a la prolongación del tiempo de latencia. Al modificarse el tiempo de latencia se modifica el riesgo de infección según algunos autores. Sin embargo otros investigadores refieren que no hay relación entre el periodo de latencia y el desarrollo de complicaciones materno fetales.

En el Servicio de ginecoobstetricia del Hospital Obrero N° 2 de la CNS establece dentro del protocolo de manejo en embarazos complicadas con RPM, el cual determina interrumpir el embarazo previo diagnóstico madurez fetal, así como si se detectan signos de infección corioamniótica.

FRECUENCIA:

Los reportes actuales de la ruptura prematura de membranas en la literatura mundial, nos indican una frecuencia desde 1.6% hasta el 17% del total de partos atendidos, considerando un promedio de 10%. La frecuencia de RPM en embarazos pretérmino varía de un 15 al 45% del total de pacientes.

En México, Karchmer y Cols en un estudio prospectivo de 1000 casos, reportaron una incidencia de RPM del 3.4% de la población obstétrica en el Hospital de Gineco Obstetricia N° 1 del I.M.S.S., Ahued y Cols reportan una incidencia del 9 % de la RPM.

DEFINICIÓN

Es importante hacer notar que no existe una definición aceptada y reconocida a nivel internacional de lo que es la ruptura prematura de membranas, aunque en esencia todos los autores coinciden en lo mismo.

Ruptura prematura de membranas es la salida de líquido amniótico por una solución de continuidad (espontánea) de las membranas coriamnióticas por lo menos dos horas antes de iniciado el trabajo de parto, independientemente de la edad gestacional.

Ruptura precoz de membranas: es la ruptura de las membranas corioamnióticas que ocurre después de haber iniciado el trabajo de parto pero antes de su fase activa, esto es, antes de los 4 cm. de dilatación.

Período de Latencia, es el intervalo de tiempo entre la ruptura de membranas y el inicio de trabajo de parto.

Periodo de Intervalo es el tiempo transcurrido entre la ruptura de membranas y el nacimiento del producto.

En lo que respecta al periodo de latencia se tiene perfectamente bien determinado que la duración de este es inversamente proporcional a la edad gestacional, es decir a menor edad gestacional, mayor es el periodo de latencia y a la inversa como lo afirma Johnson y Cols.