

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
UNAN-Managua

Recinto Universitario Rubén Darío
Facultad de Ciencias Médicas
Hospital Escuela Bertha Calderón Roque



Tesis Monográfica para optar al Título de Especialista en
Gineco-Obstetricia
Informe Final

Tema:

Resultados maternos y perinatales en el manejo conservador de la Ruptura prematura de membranas en embarazos mayor de 34 semanas de Junio 2014 a Diciembre 2016 en el Hospital Bertha Calderón Roque.

Elaborado por: Dra. Leticia Sujey Sanchez Estrada.
MR IV año Gineco-Obstetricia.

Tutor:

Dr. Néstor Javier Pavón Gómez
Médico Gineco Obstetra
Sub Especialista en Medicina Materno Fetal - **INPER México**
Neurosonografía – Neurología Fetal / **Maternal Fetal Medicine Group**
Ecocardiografía Fetal – **Cardio Centro William Soler Habana Cuba**

Managua, 21 de Febrero, 2017.

Dedicatoria:

Dedico este informe final primeramente a DIOS, quien me ha dado fortaleza, salud, valor y perseverancia, para llegar a este punto en mi formación profesional, para poder así alcanzar mis metas, además de su infinito amor y bondad.

A mi esposo e hija, quienes me han acompañado en estos años de formación, su comprensión y apoyo. Por la motivación constante y esa inyección de energía extra para nunca decaer.

A mis padres, por formarme con buenos sentimientos, hábitos valores, los cuales me han ayudado siempre en mis decisiones, y de quienes aprendí con el ejemplo el concepto de ética profesional, sobre todo en el ámbito de salud. A mi Madre, forjadora de mi porvenir, quien me ha brindado su comprensión y apoyo, siendo para mi ejemplo de trabajo, esfuerzo y perseverancia.

A mis maestros, gracias por su tiempo, por su apoyo. Son parte fundamental de este crecimiento como profesional, así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional. En especial al Dr. Néstor Javier Pavón, por haber guiado el desarrollo de este trabajo, su paciencia, apoyo en este proceso y atinadas correcciones y poder llegar a culminación del mismo.

Agradecimiento:

Antes de todo, dar gracias a DIOS, por estar siempre a mi lado en mi caminar, porque lo que un día fue un sueño él lo ha hecho realidad. Por darme una familia pilar fundamental en mi vida.

Agradecer hoy y siempre a mi familia, por el apoyo en mis estudios, brindándome alegría, positividad y fortaleza, indispensables para continuar.

A mis maestros que me apoyaron y permitieron entrar en su vida durante todos estos años.

Un agradecimiento especial al Dr. Néstor Javier Pavón y Dr. Amador, por su colaboración, paciencia, apoyo, sus comentarios en todo el proceso de elaboración de la tesis y sus atinadas correcciones. A la Dra. Sugey Bravo quien con su hospitalidad nos recibió para dar forma a lo que hoy es un informe final.

Son muchas las personas especiales a las que me gustaría agradecer, que se hicieron participes leyendo, opinando, corrigiendo, dando ánimo y compañía en las diferentes etapas de la elaboración de este informe final. En especial al Dr. Serge Amador, que con sus apreciaciones aportó elementos prácticos y de mucho provecho.

Resumen:

A pesar de los avances de la medicina perinatal, la Ruptura Prematura de Membranas ovulares (RPM) continúa como un enigma cuyo manejo casi siempre es poco satisfactorio, y está asociado con un riesgo alto para la madre, el feto y el neonato.

Con este estudio se pretende aportar en la experiencia Nacional del manejo conservador de la RPM, favoreciendo así la actualización de la Norma, con el fin de disminuir los ingresos a UCIN, aumentando las probabilidades de vida del neonato, sin comprometer la morbi-mortalidad materna. Es decir, obtener adecuados resultados maternos y perinatales.

Se ha realizado un estudio de morbi-mortalidad, de tipo Descriptivo, con características: Observacional, retrospectivo, de corte transversal. En 157 pacientes a las que se les dio manejo conservador de la RPM en embarazos mayor de 34 semanas de Junio 2014 a Diciembre 2016 en el Hospital Bertha Calderón Roque.

Los resultados maternos y perinatales encontrados fueron: El 38.22% se encontraron en el grupo etario de 20-24 años. El nivel educativo alcanzado fue la educación secundaria (92.35%). El 65.61% tenían procedencia rural, de las cuales 32.48% cursaban con su segundo o tercer embarazo. El 44.59% de las pacientes tenían asociado una patología infecciosa. La vía de nacimiento más observada fue vaginal. Referente a las complicaciones maternas 97.45% no tuvieron complicaciones en el puerperio. Con respecto a las complicaciones perinatales, 98.18% de los recién nacidos estaban sanos.

Concluyendo que: 1.- La mayoría de las características clínicas de mayor relevancia son modificables.

2.-El 97.45% de las pacientes no tuvieron complicaciones en el puerperio al dar manejo conservador.

3.-El 96.18% de los recién nacidos con manejo conservados no presentaron complicaciones perinatales.

Opinión del Tutor:

Estudios epidemiológicos y clínicos han identificado una serie de factores que incrementan el riesgo de RPM. Estos incluyen: infecciones del tracto reproductivo materno; conductuales (tabaquismo, abuso de sustancias, estado nutricional y relaciones sexuales); complicaciones obstétricas) y cambios ambientales.

Los resultados de los estudios epidemiológicos, clínicos, histológicos, microbiológicos y de biología molecular sustentan que la infección focal y la inflamación juegan un rol primario y secundario en la patogénesis de la RPM y son estos mismos los que incrementan el riesgo de sepsis tanto en la madre como en el Feto y le recién nacido

Quiero felicitar a Dra. Leticia Sánchez por el estudio:

“Resultados Maternos y Perinatales en el Manejo conservador de la RPM”, pues además de ser uno de los primeros en Nuestro Hospital en el que se alcanza una edad gestacional más allá de lo establecido en la Normativa Nacional 109 de Principales Complicaciones Obstétricas, la vigilancia, el seguimiento y el oportuno manejo fueron claves en obtener resultados favorables.

Considero que a partir de aquí podrán establecerse otras líneas de investigación en beneficio de las pacientes y que servirán de base para impulsar cambios a nivel de Nuestra Normativa y reducir así la tasa de mortalidad perinatal.

Dr. Néstor Javier Pavón Gómez
Médico Ginecólogo y Obstetra
Sub Especialista en Medicina Materno Fetal - **INPER México**

Índice:

Introducción	1
Antecedentes	2
Justificación	5
Planteamiento del problema	6
Objetivos	7
Marco Teórico	8
Diseño Metodológico	14
Resultados	25
Discusión de Resultados	27
Conclusiones	28
Recomendaciones	29
Bibliografía	30
Anexos	32

Introducción:

A pesar de los avances de la medicina perinatal, la Ruptura Prematura de Membranas ovulares (RPM) continúa como un enigma cuyo manejo casi siempre es poco satisfactorio, y está asociado con un riesgo alto para la madre, el feto y el neonato.

La frecuencia de RPM oscila alrededor del 5 al 10% de todos los partos y la ruptura prematura de membranas pretérmino ocurre en el 3% de todos los embarazos, y es responsable de aproximadamente un tercio de todos los nacimientos pretérminos. (1)

Existen en la literatura médica opiniones diversas sobre el riesgo materno-feto-neonatal en gestantes con RPM, así como en la conducta obstétrica empleada; la conducta expectante (manejo conservador) ha ganado mucho terreno en los embarazos de Pretérmino frente a la evacuación inmediata. Con el manejo conservador el 50 – 60 % de las mujeres con RPM pretérmino parirá en una semana. La amnionitis y abrupcio placentae están comúnmente asociadas a RPM pretérmino y el riesgo de estas complicaciones aumenta a medida en que la edad gestacional en la cual ocurre la ruptura de membranas es menor. El manejo activo se relaciona con la prevención de la infección y maduración pulmonar para evitar el síndrome de dificultad respiratoria (SDR). (2)

La normativa de complicaciones Obstétricas 108 del Ministerio de Salud de Nicaragua revisada por última ocasión en 2011, establece en sus lineamientos que la finalización de la gestación se debe dar a las 34 semanas. Sin embargo, la evidencia disponible, difiere en finalizar a las 34 semanas la gestación o prolongar el embarazo en la RPM, por lo que es imperativo evaluar el impacto del manejo conservador, dada la alta morbilidad del pretérmino y la necesidad de poder ampliar el rango de edad gestacional para disminuir la morbilidad y mortalidad perinatal sin incremento del riesgo de los procesos infecciosos.

Se hace por tanto de especial relevancia crear lineamientos que permiten incidir en el cambio y actualización de la Norma Nacional garantizando mejorar los resultados maternos y perinatales, con un impacto importante en la economía del país, tras disminuir costos de hospitalización, terapia intensiva, insumos no médicos, personal especializado, instalaciones de alta resolución, entre otros.

Antecedentes:

Antecedentes a nivel mundial:

En el año 2009, se realizó estudio en el centro médico de Downstate, Estados Unidos, sobre Factores de riesgo de prematuridad y la ruptura prematura de membranas. (Howard, 2009) Este fue un estudio prospectivo de la flora vaginal en el embarazo, el cual demostró que de 209 pacientes las que cuales poseía en su flora vaginal a *Trichomona Vaginallis* fueron significativamente más propensas a tener una ruptura prematura de membranas ($p < 0.03$), y las que tenían con predominio *Bacteroides sp.* Tenían más probabilidades de un nacimiento prematuro antes de las 37 semanas de gestación, ($p < 0,03$) y de tener bebés que pesen menos de 2,500 gr ($p < 0,05$). Asimismo, se encontró con Urea plasma *Urealyticum* se determinó que presentaban una mayor frecuencia de partos prematuros ($p < 0,05$)

En México, en el Hospital Civil de Culiacán, Sinaloa, se realizó estudio de casos y controles, entre enero del 2003 y diciembre del 2006 sobre “Factores socio demográficos y obstétricos asociados con la rotura prematura de membranas” (Morgan, Gómez, Valenzuela, Gonzáles, Quevedo, & Osuna, 2008). Se trata de un estudio de casos y controles, no pareados, en el cual se comparó la frecuencia de factores de riesgos en mujeres con y sin rotura prematura de membranas (casos: 1,399; controles: 1,379). Las variables de interés primario fueron: nivel socioeconómico, tabaquismo, antecedentes ginecoobstétricos (compañeros sexuales, embarazos, neonatos, abortos, control prenatal y periodo intergenésico). Habiéndose encontrado: la prevalencia de rotura prematura de membranas fue de 8.9%. El nivel socioeconómico fue similar en ambos grupos. La rotura prematura de membranas se asoció positivamente con tabaquismo, edad de inicio de vida sexual (edad temprana) y periodo intergenésico (principalmente muy corto < 5). El antecedente de dos o más cesáreas se consideró factor protector para la rotura prematura de membranas. La cantidad de compañeros sexuales fue marginalmente significativa ($p = 0.053$). La frecuencia de nacimientos pretérmino fue superior en las pacientes del grupo de casos. La vía de nacimiento fue similar entre ambos ($p = 0.233$).

Otro estudio es el realizado por Vásquez Niebla et al sobre “Epidemiología de la rotura prematura de membranas en un hospital docente ginecoobstétricos "América Arias", Cuba, desde marzo 1998 a marzo 1999 (Vásquez, Vásquez, & Rodríguez, 2003. Se trata de un estudio de cohorte retrospectivo de los eventos del embarazo, parto, el recién nacido y el puerperio. La frecuencia general de ruptura prematura de membranas fue de 17,2 %. De los factores de riesgo estudiados, se encontró asociación estadística significativa con el color blanco de la piel. Durante el embarazo hubo asociación estadística con la sepsis urinaria y el embarazo múltiple. La ruptura prematura de membrana se asoció con fiebre intraparto, parto inducido, sufrimiento fetal y operación cesárea.

En Ecuador, se realizó estudio sobre “factores de riesgo maternos en relación a la ruptura prematura de membranas” realizado en el hospital de Ambuato, en el periodo comprendido entre enero 2011 hasta enero 2012. En el fueron estudiadas 195 pacientes, enfocándose más al factor socio-demográfico, encontrándose que el 68% de las pacientes que presentaron ruptura prematura de membrana viven en el área rural. Además, se correlaciono la residencia el tipo de ruptura prematura de membrana y se calculó un OR: 2,4. Por lo que se estableció que existe 2,4 veces mayor probabilidad de que las pacientes de área rural desarrollen ruptura prematura de membrana.

Se han realizado diversos estudios a nivel latinoamericano acerca de que es lo que causa la RPM.

En el año 2003, en estudio realizado en México, se relacionó el hábito de fumar como el principal factor de riesgo para desarrollar dicha patología. En Nicaragua, la RPM ocupa un porcentaje importante en la morbimortalidad de las mujeres gravídicas y, según un estudio realizado en el 2008, los factores de riesgo que más se asocian con dicha patología son las infecciones de vías urinarias y las cervicovaginitis.

Antecedente a nivel Nacional:

Existen numerosos estudios sobre el abordaje de la RPM. Se encontró un estudio que trata sobre “Factores de riesgo asociados a rotura prematura de membrana en mujeres embarazadas atendidas en el hospital Fernando Vélez Paiz en el periodo comprendido entre enero a julio del 2008”. Este estudio se realizó mediante la revisión de los expedientes clínicos de las embarazadas que fueron atendidas en dicho hospital durante dicho periodo con una muestra reducida. No obstante, en dicho estudio se encontró lo siguiente: En relación a las características socio demográficas, saltó a la vista como factor de riesgo la procedencia, pues se encontró que aquellas mujeres que procedían del área rural tuvieron mayor probabilidad de presentar RPM siendo para los casos 21.7 % y los controles 16.7%. Por otro lado, los antecedentes ginecoobstétricos que presentaron mayor relevancia fueron las gestas, siendo las más afectadas las primigestas con 51.6% los casos, y 35% los controles. Las IVU se destacaron como uno de los principales factores de riesgo para la RPM en el II trimestre del embarazo con 20% para los casos y 3.3% para los controles. Las cervicovaginitis también presentaron asociación con la aparición de RPM en el II trimestre del embarazo con 20% para los casos y el 3.3% para los controles, seguido por el III trimestre con 15% para los casos y el 5% para los controles.

Castillo ML, Norori FDN. Investigaron los Factores de riesgo asociados a ruptura prematura de membranas en mujeres con embarazos de término en el hospital asunción Juigalpa Nicaragua. Marzo -agosto 2014. Los hallazgos más frecuentes fueron, grupo etario 20-34 años (57.4%), área urbana (18.5%), alfabetizadas (86.3%), acompañadas (71.1%), domesticas (92.9%). Los principales factores de riesgos fueron antecedentes de IVU (OR=12.3, IC=95% 3.9-38.5); antecedentes de cervicovaginitis (OR=3.5, IC=95% 2.7-4.5), paridad (OR=10, IC=95% 4.9-21.1), IVU en embarazo actual (OR=15, IC=0.4-1.7), embarazos múltiples (OR=3.1, IC=95% 0.4-1.7). El riesgo atribuible a los factores de riesgos encontrados fue antecedente de IVU 9.8%, antecedente de cervicovaginitis 7.1%, paridad 21%, IVU en embarazo actual 16.4% y embarazos múltiples 7.7%.

Sin embargo, es importante mencionar que no se ha evaluado en nuestro país los resultados maternos en embarazos mayores de 34 semanas, no se encontró ningún antecedente en la base de datos nacional.

Justificación

En la actualidad el nacimiento de un recién nacido pretérmino en Nicaragua, se está convirtiendo en un problema de salud pública, representado por la morbilidad y mortalidad materno- perinatal. Por tanto, el motivo de este estudio es conocer los resultados materno-perinatales que se presentan en las pacientes cuya gestación se lleva más allá de las 34 semanas de gestación al presentarse una RPM, con el fin de poder normar su cumplimiento, individualizando cada caso y poder prolongar la gestación, con buenos resultados maternos y perinatales.

Disminuir el uso de terapia altamente compleja por unidades de mejor capacidad y una resolución de primer o segundo nivel con el fin de disminuir gastos en el sistema de salud, obtener mejores resultados perinatales y ofrecer una mejor sobrevivencia demostrando que no existe mayor riesgo al prolongar la gestación.

Este estudio se lleva a cabo en el Hospital Bertha Calderón Roque, siendo dicho hospital de referencia Nacional. Por lo cual debe continuar a la vanguardia en el manejo de las patologías más comunes y complejas en el embarazo, parto y puerperio. Así mismo en el manejo de las complicaciones más frecuentes neonatales en UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales), dado el número de traslados de pacientes con la patología y/o morbilidad que terminan en parto pretérmino. Siendo en otras situaciones la indicación de finalizar un embarazo pretérmino, el cumplimiento de normas, existiendo condiciones basales óptimas para continuar la gestación. Es decir, que nuestra norma nos conlleva a finalizar el embarazo con RPM a las 34 semanas de gestación, con el consecuente nacimiento de un Recién Nacido Pre-término con Bajo Peso al Nacer, con la consecuente morbi-mortalidad que esto conlleva.

Con este estudio se pretende aportar en la experiencia Nacional del manejo conservador de la RPM, favoreciendo así la actualización de la Norma, con el fin de disminuir los ingresos a UCIN, aumentando las probabilidades de vida del neonato, sin comprometer la morbi-mortalidad materna. Es decir, obtener adecuados resultados maternos y perinatales.

Planteamiento del problema

¿Cuáles fueron los resultados maternos y perinatales en el manejo conservador de la Ruptura prematura de membranas en embarazos mayor de 34 semanas de Junio 2014 a Diciembre 2016 en el Hospital Bertha Calderón Roque?

Objetivo General:

Describir los resultados maternos y perinatales en el manejo conservador de la Ruptura prematura de membranas en embarazos mayor de 34 semanas de Junio 2014 a Diciembre 2016 en el Hospital Bertha Calderón Roque.

Objetivos específicos:

1. Conocer características clínicas y obstétricas de pacientes con RPM que se prolongó la gestación más allá de las 34 semanas.
2. Conocer resultados maternos de gestantes con manejo conservador de RPM mayor a las 34 semanas
3. Describir los resultados perinatales de las gestantes con ruptura prematura de membranas con edad gestacional mayor a 34 semanas

Marco Teórico:

La rotura prematura de membranas (RPM) es la rotura espontánea de las membranas corioamnióticas producidas antes del inicio del trabajo de parto, en una gestación posterior a las 22 semanas de gestación¹. Se presenta con una frecuencia entre 4% y 18% de los partos y es causa de 50% de los partos pretérminos. La RPM pretérmino (RPMPT) se define como la rotura antes de las 37 semanas de gestación, representa 3% de los embarazos y es responsable de una tercera parte de los nacimientos pretérmino. El parto prematuro es la causa principal de morbilidad y mortalidad neonatales². El pronóstico perinatal y el manejo está relacionado con la edad gestacional al momento en que se produce la RPM. Según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, del inglés American College of Obstetricians and Gynecologists), la morbilidad materna principalmente se relaciona con la infección intraamniótica (13%-60%) y la endometritis posparto (2%-13%); en cambio, la morbilidad fetal en pretérminos se relaciona con la enterocolitis necrosante, la sepsis neonatal, el síndrome de dificultad respiratoria y la hemorragia intraventricular. El manejo conservador de la RPMPT va a depender de la edad gestacional. Tiene mejor beneficio en los casos menores de 32 semanas de edad gestacional, ya que el nacimiento inmediato de recién nacidos con un peso menor de 1500 g se asocia con elevadas complicaciones relacionadas con la prematuridad. En las últimas décadas, el problema de prematuridad asociado a RPM se ha ido incrementando. Sin embargo, existe todavía controversia acerca del manejo de las gestantes entre 28 y 33 semanas con RPM. Muchos consideran el manejo conservador y la intervención rápida a las 34 semanas, con la finalidad de prolongar el embarazo, para reducir la morbilidad secundaria a la prematuridad, con vigilancia estrecha de la presencia de infección, desprendimiento prematuro de placenta, trabajo de parto y compromiso fetal debido a compresión del cordón umbilical, entre otros.

¹ Schwarcz R, Diverges C, Gonzalo A, Obstetricia, 5ª Edición, Editorial El Ateneo, 1996

² ACOG Practice Bulletin N. 80: Premature rupture of membranes. Obstet Gynecol. 2007;109(4):1007-1019.

En cambio, después de las 32 semanas de gestación, el principal riesgo para el neonato es una infección y no las complicaciones de la prematuridad. En general, después de las 32 semanas de gestación, la supervivencia es alta y las secuelas poco comunes.³

Conducta:

El parto antes de las 32 semanas de gestación está asociado con un riesgo significativo de complicaciones neonatales serias incluyendo la muerte.

La conducta dependerá de dos factores: La presencia o sospecha de infección ovular y del grado de desarrollo y madurez pulmonar fetal.

Puede ser: Conservadora o evacuante.

En la RPM a las semanas 24 a 34, se requiere tratamiento conservador si no hay infección y la terapéutica con antibióticos durante 5 a 7 días mejora los resultados finales.⁴

Manejo conservador:

El manejo conservador generalmente consiste en prolongación inicial y un continuo monitoreo fetal y materno, combinado con el reposo materno en cama, lo cual aumenta la oportunidad de reaccumulación de LA y el sello espontáneo de las membranas. El feto con RPM pretérmino tiene un riesgo significativo de compresión del cordón umbilical (32 – 76%) y de sufrimiento fetal.

El manejo conservador podría estar dirigido hacia la detección del inicio del trabajo de parto, el riesgo de abrupcio placentae, amnionitis y compresión del cordón umbilical o de sufrimiento fetal.

La combinación de fiebre (38c), con contracciones uterina y/o taquicardia materna o fetal, en ausencia de otro signo de infección, son sugestivos de infección intrauterina por lo que podría iniciarse el trabajo de parto. El conteo materno de leucocitos puede estar artificialmente elevado si se administró corticosteroide antenatal con 5 a 7 días previos. La fiebre materna no siempre está presente en los casos de amnionitis y los síntomas podrían ser equívocos pero

³ Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia Perinatología. Lima: INMP; 2010

⁴ McCaul J, Perry K, Moore J, Martin R, Bucovaz E et al., Adjunctive antibiotic treatment of women with preterm rupture of membranes or preterm labor. Int J Gynaecol Obstet Vol.38 (1992). Pag. 19-24

la amniocentesis puede proveer información suficiente para determinar presencia de infección intrauterina, incluyendo una concentración de glucosa disminuida (16 – 20 gr.), Gram positivo, o un cultivo de líquido amniótico positivo.

Hay que informar a la paciente de todos los riesgos maternos-fetales, el pronóstico y se deberá contar con el consentimiento informado⁵.

Criterios para el manejo conservador:

Fetales:

- Edad gestacional mayor de 34 semanas (comprobadas por USG, estudio de LA, índice de LA) Sin presencia de trabajo de parto. Sin evidencia clínica ni de laboratorio de infección.⁶
- Bienestar fetal normal.
- Feto sin presencia de anomalías incompatibles con la vida.

Maternos:

- Embarazo de término sin inicio de trabajo de parto que reúnen los requisitos anteriores (en latencia, esperar 12 horas si inicia trabajo de parto espontáneamente) y que no hay contraindicaciones para el parto vaginal.

El pronóstico en gestaciones de 20-25 semanas es reservado debido al riesgo a largo plazo de: enfermedad pulmonar crónica (hipoplasia influenciada por la cantidad de líquido amniótico y la presencia de infección.

- Se deberá contar con el consentimiento informado de la paciente para conducta a decidir: manejo expectante o interrumpir el embarazo (inducción del trabajo de parto).

⁵ Riveros J. Resultados perinatales en la rotura prematura de membranas. Rev Nac (Itauguá). 2011;3(1):35-41.

⁶ Romero-Arauz JF, Álvarez-Jiménez G, Ramos León JC. Manejo de ruptura prematura de membranas

Manejo en general del manejo conservador:

1. Antibióticos: el objetivo del uso de antibióticos es prevenir la transmisión vertical de bacterias y disminuir el riesgo de infección materno fetal y han mostrado un mejor pronóstico neonatal al asociarse con corticoesteroides.

En un estudio de la National Institute of Health(NIH) encontró que el uso de antibiótico mejoraba la salud neonatal y reducía el número de infantes con complicaciones (SDR, sepsis neonatal por *Streptococcus del grupo B*, hemorragia intraventricular severa, enterocolitis necrotizante, displasia broncopulmonar y persistencia del conducto arterioso) de un 44% pasó a un 3 a 5 % ($p < 0.05$) (30), también reducía la incidencia de amnionitis de un 32% a un 23%.

La profilaxis intraparto para el *Streptococcus del grupo B* con penicilina IV 5 millones UI como bolo inicial, luego 2.5 millones UI cada 4 horas o Ampicilina 2 grs. stat y luego 1gr. IV cada 4 horas. En pacientes alérgicas a la penicilina se usaba Eritromicina 500mg. IV cada 6 horas o Clindamicina 900mg. IV cada 8 horas.

2. Corticosteroides: Está establecido que la administración de corticosteroides antenatal, en mujeres con alto riesgo de parto inmaduro, es una de las intervenciones obstétricas más efectivas para reducir la morbi-mortalidad perinatal. Estos disminuyen la incidencia de síndrome de distress respiratorio, enterocolitis necrotizante y hemorragia intraventricular. La NIH recomendó la administración de betametasona 12mg IM cada 24 horas por 2 dosis o dexametasona pulmonar), anomalías neurológicas, parálisis cerebral. Se ve 6mg IM cada 12 horas por 4 dosis en embarazos menores de 32 semanas.

El National Institute of Child Health & Human Development Maternal Fetal Medicine Units Network reportó que la incidencia de SDR después del Manejo conservador en RPM pretérmino es del 41% cuando no se administró corticoides⁷. Lewis et al. Encontraron una reducción en la incidencia de SDR la que pasó de 43.6% al 18.4% y una

⁷ Furman B, Shoham I, Bashiria A, Ereza O, Mazora M. Significación clínica y resultado de estudio basado en la rotura prematura de la población. Eur J Obstet Gynecol. 2001;1:122-29.

disminución de la infección perinatal del 5 al 3% cuando se le administró corticoesteroides antenatales.

3. Tocolíticos: el rol de los tocolíticos es controversial en RPM. No hay muchas evidencias sobre su utilidad, pero su uso en el manejo conservador es para dar lugar a que actúen los corticoesteroides y logren inducir la madurez pulmonar fetal.

Crterios de Finalización de la Gestación:

Inicio de trabajo de parto.

Evidencia clínica o de laboratorio de infección:

- PCR > 6 mg/l
- VSG hasta 20 mm/h
- Leucocitosis > 15,000 x mm³
- Fiebre materna T⁰ >37.8⁰C
- Líquido amniótico purulento
- Hipersensibilidad uterina
- Taquicardia materna > 120 por min,
- Taquicardia fetal > 160 por min.

Bienestar fetal comprometido.

Vía de Finalización:

Crterios:

- Presencia de trabajo de parto independientemente de la edad gestacional.
- Evidencia de infección indistintamente de la edad gestacional.
- Bienestar fetal comprometido como: Perfil Biofísico que traduce riesgo de pérdida o pérdida del bienestar fetal, prolapso de cordón.
- Malformaciones incompatibles con la vida.

RPM en edad gestacional mayor de 34 semanas:

El manejo conservador de la RPMPT va a depender de la edad gestacional. Tiene mejor beneficio en los casos menores de 32 semanas de edad gestacional, ya que el nacimiento inmediato de recién nacidos con un peso menor de 1 500 g se asocia con elevadas complicaciones relacionadas con la prematuridad. En las últimas décadas, el problema de prematuridad asociado a RPM se ha ido incrementando. Sin embargo, existe todavía controversia acerca del manejo de las gestantes entre 28 y 33 semanas con RPM.

Muchos consideran el manejo conservador y la intervención rápida a las 34 semanas, con la finalidad de prolongar el embarazo, para reducir la morbilidad secundaria a la prematuridad, con vigilancia estrecha de la presencia de infección, desprendimiento prematuro de placenta, trabajo de parto y compromiso fetal debido a compresión del cordón umbilical, entre otros.

En cambio, después de las 32 semanas de gestación, el principal riesgo para el neonato es una infección y no las complicaciones de la prematuridad. En general, después de las 32 semanas de gestación, la supervivencia es alta y las secuelas poco comunes. No es recomendable el manejo conservador en gestaciones mayores de 34 semanas⁸

⁸ Christmas J, Cox S, Andrews W, Dax J, Leveno K et al. , Expectant management of preterm ruptured membranes: Effects of antimicrobial therapy. Obstet Gynecol Vol.80 (1992). Pag. 759-762.

Diseño Metodológico:

Área de estudio: Se realiza en el Bertha Calderón Roque, en la sala de Alto Riesgo Obstétrico, Labor y Parto

Tipo de estudio: Estudio de Morbi-Mortalidad, de tipo Descriptivo.

Características: Observacional, retrospectivo, de corte transversal.

Población de estudio: Conformada por 157 pacientes con diagnóstico de Ruptura Prematura de Membranas que cursaron con una edad gestacional de mayor de 34 semanas, en el periodo junio del 2014 a diciembre 2016 en el Hospital Bertha Calderón Roque.

Tamaño de la muestra: Igual a la población de estudio.

Unidad de Análisis: Se diseñó una ficha de recolección de datos que respondió a los objetivos específicos. Dicha ficha se llenó con la información de los expedientes clínicos de las pacientes del estudio en el periodo que va de junio del 2014 a diciembre 2016.

Criterios de inclusión:

1. Mujer embarazada 34 semanas de gestación o más.
2. Ausencia de datos de respuesta inflamatoria sistémica.
3. Evidencia de bienestar fetal.
4. Acuerdo del equipo multidisciplinario en la finalización de la gestación.

Criterios de exclusión:

1. Toda paciente que presente criterio de finalización de la gestación, basado en la morbilidad materna y/o que incremente el riesgo fetal.
2. Seropositividad HIV
3. Síndrome hipertensivo gestacional con criterios de severidad.

Procedimiento para la recolección de la información:

La recolección de la información se realizó a través del llenado de la ficha de recolección de datos diseñada para este estudio. La cual fue llenada en base al expediente clínico.

Intervención:

Manejo Expectante: Fueron monitoreadas en sala de Alto Riesgo Obstétrico, en evolución espontánea. Se determinó de forma diaria movimientos fetales, frecuencia cardíaca fetal y signos vitales maternos. Una vez por semana el trazo del ritmo cardíaco, examen ultrasonográfico, biometría hemática completa (BHC), proteína C reactiva (PCR), velocidad de sedimentación globular (VSG). La inducción del parto o indicación de cesárea se realizó de acuerdo a la condición materna u fetal, según indicación obstétrica.

Flujograma de atención de paciente con RPM para su manejo conservador:

1. La paciente acude a la Emergencia o a Consulta externa, estableciendo el diagnóstico de RPM por medio de:
 - a. Historia Clínica: Paciente refiere hidrorrea abundante
 - b. Examen Físico: Salida evidente de Líquido amniótico, maniobra de valsalva, maniobra de Tarnier positiva.
 - c. Pruebas diagnósticas complementarias: Cristalografía, US obstétrico.

2. Una vez establecido el diagnóstico de RPM, se toma como referencia para la edad gestacional, el US obstétrico del primer trimestre, de no tenerlo disponible se utilizará el US más temprano. Decidiendo posteriormente su ingreso a ARO.
3. Se hace la toma inicial de los paraclínicos, para establecer la ausencia o existencia de respuesta inflamatoria sistémica:
 - a. BHC
 - b. PCR
 - c. VSG
 - d. Medición cuantitativa del líquido amniótico
4. Se realiza monitoreo de signos vitales y FCF.
5. Una vez establecida la ausencia de respuesta inflamatoria continuara la vigilancia:
 - a. Temperatura y pulso cada 4 horas
 - b. FCF cada 4 horas
 - c. Control semanal de crecimiento fetal, ganancia de peso e índice de líquido amniótico por ultrasonografía
 - d. BHC, VSG y PCR semanal
6. Finalizar gestación por la vía que se estime conveniente según las condiciones maternas y fetales, incluyendo en el equipo a Medicina materno fetal y Neonatología.

Puntos primarios: Medición de resultados adversos neonatales definidos como muerte neonatal antes del egreso hospitalario, score de Apgar a los 5 minutos menor de 7, o admisión a unidad de cuidados intensivos neonatal.

Puntos Secundarios: Indicación de cesárea, morbilidad materna (definida como infección de herida quirúrgica, endometritis, histerectomía, seroma de herida quirúrgica, absceso de pared).

Instrumento de recolección de la información:

Se diseñó una ficha de recolección de datos para el cumplimiento de los objetivos específicos. El periodo en que se realizó este estudio va de Junio del 2014 a Diciembre del 2016.

Variables:

Con respecto al objetivo Numero 1: Conocer características clínicas y obstétricas de pacientes con RPM que se prolongó la gestación más allá de las 34 semanas:

1. Edad materna
2. Escolaridad
3. Procedencia
4. Paridad
5. Morbilidad materna al momento de la RPM
6. Número de atenciones prenatales
7. Edad gestacional al momento del diagnóstico
8. Semanas de seguimiento de la RPM
9. Método diagnóstico de RPM
10. Vía de nacimiento

Con respecto al objetivo Numero.2: Conocer resultados maternos de gestantes con manejo conservador de RPM mayor a las 34 semanas:

1. Infección de herida quirúrgica
2. Endometritis
3. Histerectomía
4. Seroma de herida quirúrgica
5. Absceso de herida quirúrgica
6. Sin complicaciones

Con respecto al objetivo Numero 3: Describir los resultados perinatales de las gestantes con ruptura prematura de membranas con edad gestacional mayor a 34 semanas:

1. APGAR
2. Peso al nacer
3. Síndrome de distres respiratorio neonatal
4. Hipoglicemia
5. Muerte perinatal
6. Sepsis temprana
7. Asfixia
8. Neumonía
9. Recién nacido sano

Operacionalización de Variables:

Variable	Concepto	Indicador	Tipo de Variable	Valor
Edad materna	Tiempo transcurrido en años desde su nacimiento hasta su ingreso	Expediente clínico	Cualitativa ordinal	15-19 años 20-24 años 25-29 años >30 años
Escolaridad	Nivel educativo alcanzado	Expediente clínico	Cualitativa nominal	Primaria Secundaria Técnico Universitario
Procedencia	Lugar donde habita la paciente	Expediente clínico	Cualitativa nominal	Urbano Rural
Paridad	clasificación de una mujer por el número de niños nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 28 semanas de gestación	Expediente clínico	Cualitativa ordinal	Cero 1-2 3-4 >4
Morbilidad materna al momento de la RPM	Condición de salud presente en la madre al momento del diagnóstico de RPM en la gestación actual	Expediente clínico	Cualitativa nominal	Sana Diabetes Infección de vías urinarias Síndrome hipertensivo gestacional

				Enfermedad inmunológica Obesidad
Número de atenciones prenatales	Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades	Expediente clínico	Cualitativa ordinal	Cero 1-2 3-4 >4
Edad gestacional al momento del diagnóstico de RPM	Tiempo transcurrido entre el primer día del último periodo menstrual normal y el nacimiento	Semanas de gestación	Cualitativa nominal	20-22 SG 22-26 SG 27-31 SG 32-36 SG
Semanas de seguimiento de la RPM	Tiempo transcurrido entre la ruptura de las membranas ovulares y el momento del parto	Expediente clínico	Cualitativa ordinal	1-3 semanas 4-6 semanas 7-9 semanas 10-12 semanas 13-15 semanas 16-18 semanas 19-21 semanas >22 semanas
Método diagnóstico de RPM	Procedimiento que comprueba el	Expediente clínico	Cualitativa nominal	Clinico+Ultrasonido Clínico+Cristalografía

	diagnóstico de RPM			
Vía de nacimiento	Vía por la cual nace el feto	Expediente clínico	Cualitativa nominal	Vaginal Cesárea
Apgar	Valoración del estado general del recién nacido al 1er y al 5to minuto después del nacimiento. Los parámetros clínicos son: frecuencia cardiaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y color	Expediente clínico	Cualitativa nominal	0-2 3-4 5-6 >7
Peso al nacer	Medida antropométrica que determina el peso de una persona	Expediente clínico	Cualitativa ordinal	>1,500 gr 1,500-1999 gr 2,000-2,499 gr 2,500-2,999 gr >3,000 gr
Sepsis temprana	Es la infección aguda con manifestaciones toxico-sistémicas, ocasionadas por la invasión y proliferación de bacterias dentro del torrente sanguíneo	Expediente Clínico	Cualitativa nominal	Si No

	y en diversos órganos que ocurre dentro de las primero cuatro semanas de vida y es demostrada por hemocultivo positivo.			
Asfixia	Supresión del intercambio gaseoso se caracteriza por hipoxemia, hipercapnia y acidosis metabólica.	Expediente Clínico	Cualitativa nominal	Si No
Muerte perinatal	número de recién nacidos que mueren antes de alcanzar los 28 días de edad	Expediente Clínico	Cualitativa nominal	Si No
Neumonía Neonatal	Es aquella que ya está presente al momento de nacer.	Expediente Clínico	Cualitativa nominal	Si No
Síndrome de distres respiratorio neonatal	Patología respiratoria más frecuente en el recién nacido prematuro. Se presenta al	Expediente clínico	Cualitativa nominal	Si No

	nacimiento o poco tiempo después con polipnea y dificultad respiratoria progresiva que precisa oxigenoterapia			
Recién nacido sano	Ausencia de patologías evidentes al momento del nacimiento.	Expediente clínico	Cualitativa nominal	Si No
Hipoglicemia neonatal	Glicemia < 47 mg/dl, independientemente del peso y la edad gestacional	Expediente clínico	Cualitativa nominal	Si No
Complicaciones maternas	Condición de salud presente en la madre en el puerperio	Expediente clínico	Cualitativa nominal	Infección de herida quirúrgica Endometritis Histerectomía Seroma de herida quirúrgica Absceso de pared Sin complicaciones

Cruce de variables:

- Edad gestacional-Escolaridad
- Procedencia-Paridad
- Morbilidad materna-Número de atenciones prenatales
- Método diagnóstico de RPM-Edad gestacional
- Morbilidad materna
- Semanas de seguimiento-Semanas de gestación
- Vía de nacimiento
- APGAR
- Peso del Recién nacido
- Complicaciones maternas
- Complicaciones perinatales

Plan de Análisis:

Se realizó la técnica de observación documental en los expedientes clínicos, utilizando una ficha de recolección de datos. Los datos se registraron en una base de datos elaborada en la hoja de cálculo del programa SPSS versión 22.0, tomando en cuenta todas las variables. El análisis descriptivo y analítico se realizó con el apoyo del paquete estadístico; para la presentación de los datos, se utilizó fundamentalmente la frecuencia, y para el análisis de la información, los porcentajes.

Resultados:

Se realizó un estudio en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el que se describen los resultados maternos y perinatales en 157 pacientes, a las que se les dio manejo conservados de RPM después de las 34 semanas de gestación.

El 38.22% (60 pacientes) se encontraron en el grupo etario de 20-24 años. Teniendo como nivel educativo más alto alcanzado por las pacientes la educación secundaria en un 92.35% (110 pacientes). Cuadro No 1.

De las pacientes en estudio, 103 (65.61%) tenían procedencia rural. De las cuales 51 (32.48%) cursaban con su segundo o tercer embarazo. Con respecto a las 54 paciente de procedencia urbana (34.39%), también presentaron mayor frecuencia las que habían tenido 1-2 embarazos previos (18.47%). Cuadro No 2.

Del total de 157 paciente en estudio, el 44.59% de las pacientes tenían asociado una patología infecciosa: infección urinaria e infección vaginal, con 24.84% (39 pacientes) y 19.75% (31 pacientes) respectivamente. Y un 62.05% presentaban otro tipo de patología, siendo en frecuencia descendente: Enfermedad inmunológica 16.82%, obesidad 16.56 %, enfermedad hipertensiva 15.29% y diabetes 13.38%. Con una incidencia en pacientes sanas 4.46%. El 50.58% se había realizado 4 APN o más. Sin embargo 22.20% no se habían realizado ninguna atención pre-natal. Cuadro No 3.

Se aplicó regresión lineal estadística en este grupo de estudio, con el fin de establecer relación causal, inferimos que: en las pacientes con RPM, se observó 1.9 más veces la presencia de diabetes. La infección de vías urinarias estuvo presente 3.2 veces más en las pacientes al presentar RPM. Las infecciones vaginales se presentaron 2.9 veces más en pacientes con RPM. Las enfermedades de tipo inmunológico se presentaron 1.1 veces más en pacientes con RPM. En las pacientes con RPM, la enfermedad hipertensiva se presentó 2.2 veces más. La Obesidad estuvo presente 2.4 veces más en las pacientes con RPM. Cuadro No 4.

El método diagnóstico para RPM más utilizado fue clínico y por ultrasonido en 127 de las pacientes del estudio (80.89%), siendo la edad gestacional más frecuente al momento del

diagnóstico por este método las 22-26 semanas con 101 pacientes (64.33%). De las pacientes a las que se les hizo diagnóstico de RPM por clínica y cristalografía (19.11%), también se realizó con mayor frecuencia el diagnóstico entre 22-26 semanas (9.55%). Cuadro No 5.

En relación al seguimiento de las 157 pacientes estudiadas, 116 fueron diagnosticadas con RPM entre las 22-26 semanas de gestación, de las cuales 101 (87.07%) fueron seguidas por 16-18 semanas. Referente a las 11 pacientes diagnosticadas con RPM entre 20-22 semanas de gestación, 8 de ellas (72.73%) fueron seguidas por 16-18 semanas. Con respecto a las 20 pacientes diagnosticadas entre 27-31 semanas de gestación, 18 de ellas (90%), fueron seguidas por 10-12 semanas. Y con las 10 pacientes en las que se estableció el diagnóstico entre las 32-36 semanas de gestación, 8 (80%) se les dio seguimiento por 4-6 semanas. Cuadro No 6.

En referencia a la vía del nacimiento, 134 pacientes (85.35 %) nacieron vía vaginal. En 23 pacientes (14.65%) la vía del nacimiento fue cesárea. Cuadro No 7.

El 98.09% (154 recién nacidos) tuvieron APGAR > 7 al nacimiento. Ninguno de los casos presentó APGAR 0-2. Cuadro No 8.

Del total de 157 recién nacidos, 116 de ellos (73.89%) pesaron entre 2,500-2,999 gr al nacimiento. Un total de 25 recién nacidos (15,92%) tuvieron un peso >3,000 gr. Solo 2 recién nacidos (1,27%) pesaron <2,000 gr. Cuadro No 9.

Referente a las complicaciones maternas, 153 (97.45%) de las pacientes no tuvieron complicaciones en el puerperio. Solo 1 (0.64%) de las pacientes tuvo como complicación la endometritis, la misma frecuencia se presentó para la infección de herida quirúrgica, seroma de herida quirúrgica y absceso de pared. A ninguna de las pacientes se les realizó histerectomía. Cuadro No 10.

Con respecto a las complicaciones perinatales, 151 (98.18%) de los recién nacidos estaban sanos. Siendo las complicaciones perinatales mayormente encontradas: sepsis temprana y neumonía en 1.27% (2 casos) cada una. No se reportan muertes perinatales, ni recién nacidos con hipoglicemia. Siendo el síndrome de distres respiratorio y la asfixia las de menor frecuencia con el 0.64% (1 caso) cada uno. Cuadro No 11.

Discusión de resultados:

En relación a la edad y escolaridad de las pacientes del estudio, el mayor porcentaje de pacientes eran mayores de 20 años (82.17%), con nivel de escolaridad de secundaria. Observando aquí que el mayor porcentaje de las pacientes que presentaron RPM no tenía un nivel superior de educación.

La procedencia rural fue la de mayor incidencia, en correspondencia con factores de riesgo observados a nivel internacional.

Las pacientes sanas fueron las que presentaron menos RPM, presento un OR de 0.9, es decir, es un factor con el que se presenta menos la RPM. Las morbilidades maternas más frecuentes encontradas al momento de diagnóstico de RPM fueron infecciosas (IVU, infecciones vaginales, en correspondencia a la evidencia internacional. Observamos que la obesidad materna está presente 2.4 veces más en las pacientes con RPM en este estudio.

En este estudio el método diagnóstico fue una asociación de la clínica y otro medio, sea bien la cristalografía o el ultrasonido. Siendo el más utilizado la asociación de la clínica con el ultrasonido. Esto dado que ante la salida evidente del líquido amniótico no se llevó a cabo la cristalografía y a la edad gestacional en la que se realizó el diagnóstico de RPM.

El mayor seguimiento realizado (en frecuencia) fue entre 16-18 semanas, esto por la mayor frecuencia de diagnóstico entre 22-26 semanas, y en correspondencia al peso de los recién nacidos. Por lo cual en este estudio encontramos que 147 de los 157 recién nacidos estudiados alcanzaron un peso mayor a 2,500 gr.

La vía de finalización del embarazo vaginal, siendo esta la vía más idónea, ya que tiene especial relevancia al evidenciar una incidencia de 97.45% de pacientes sin complicaciones.

Podemos observar con respecto a los resultados perinatales, que solo el 1.91% de los recién nacidos presentaron un APGAR menor de 7. Y que 96.18% de los recién nacidos no presentaron comorbilidades. Siendo la complicación perinatal más observada fue: Neumonía (1.27%). El síndrome de distres respiratorio neonatal solo estuvo presente en 1 caso (0.64%).

Conclusiones:

1. En la caracterización clínica y obstétrica de las pacientes, el grupo etario más representativo el de 20-24 años con 60 pacientes. 110 de las pacientes tenían escolaridad secundaria, 103 pacientes eran del área rural. Que 80 delas pacientes tenían 1 a 2 embarazos previos. Las morbilidades maternas más encontradas fueron de tipo infecciosa, ivu e infeccionre siendo estas modificlables. Los métodos diagnósticos más utilizados fueros la clínica y el ultrasonido, en 127 pacientes. Las pacientes solo se habían realizado 1 a 2 controles prenatales, estableciendo el diagnóstico de RPM, en su mayoría, entre 22-26semanas de gestación, con un seguimiento por 16-18 semanas. Con vía de finalización vaginal.
2. El 97.% de las pacientes no tuvieron complicaciones en el puerperio al dar manejo conservador.
3. El 96.% de los recién nacidos no presentaron complicaciones perinatales, con un peso mayor de 2500 grs, apgar mayor de siete en la gran mayoría. Permaneciero todos en neonatología cumpliendo antibiotico . No hubieron muerte neonatales ni maternas.

Recomendaciones:

1. Realizar estudios analíticos que respalden la actualización y modificación de la Normativa 109, para incidir en la reducción de la tasa de mortalidad perinatal.
2. Fortalecer la calidad de la atención prenatal, pues las características clínicas encontradas son modificables.
3. Realizar manejo multidisciplinario en el manejo conservador de la RPM.
4. Incluir en el protocolo del manejo de las RPM paraclínicos como procalcitonina (materna) y control gasométrico (recién nacido), para fortalecer diagnósticos oportunos.

Bibliografía:

1. Romero-Arauz JF, Álvarez-Jiménez G, Ramos León JC. Manejo de ruptura prematura de membranas pretérmino. Ginecol Obstet Mex. 2009;77(Suppl.7): S177-209.
2. ACOG Practice Bulletin N. 80: Premature ruptura of membranes. Obstet Gynecol. 2007;109(4):1007-1019.
3. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia Perinatología. Lima: INMP; 2010.
4. Riveros J. Resultados perinatales en la rotura prematura de membranas. Rev Nac (Itauguá). 2011;3(1):35-41.
5. Morales W, Angel J, O'Brien W and Knuppel R, Use of ampicillin and corticosteroids in premature rupture of membranes: A randomized study. Obstet Gynecol Vol.73 (1989). Pag. 721-726.
6. Amon E, Lewis S, Sibai B, Villar M and Arheart K , Ampicillin prophylaxis in preterm premature rupture of the membranes: A prospective randomized study. Am J Obstet Gynecol Vol.159 (1988). Pag. 539-543.

7. . Schwarcz R, Diverges C, Gonzalo A, Obstetricia, 5ª Edición, Editorial El Ateneo, 1996.
8. Arias Fernando. Guía Práctica del Embarazo de Alto Riesgo.
9. Cabero y Roura. Riesgo Elevado Obstétrico. Editorial Masson, 2000.
10. . Owen J, Groome L and Hauth J, Randomized trial of prophylactic antibiotic therapy after preterm amnion rupture. Am J Obstet Gynecol Vol.169 (1993). Pag. 976-981.
11. . Mercer B, Antibiotic therapy for preterm premature rupture of membranes. Clin Obstet Gynecol Vol.41 (1998). Pag. 461-468.

ANEXOS

Cuadro No 1

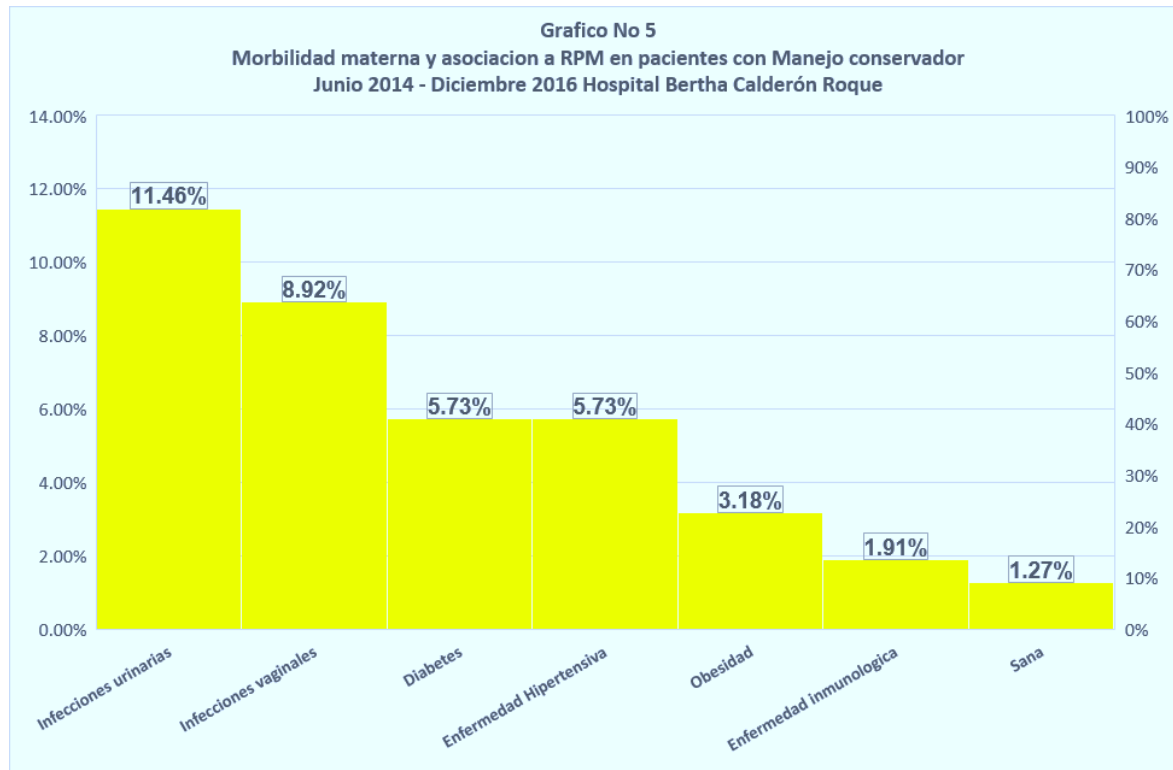
Edad y escolaridad de pacientes con Manejo conservador de RPM

Junio 2014 - Diciembre 2016

Hospital Bertha Calderón Roque

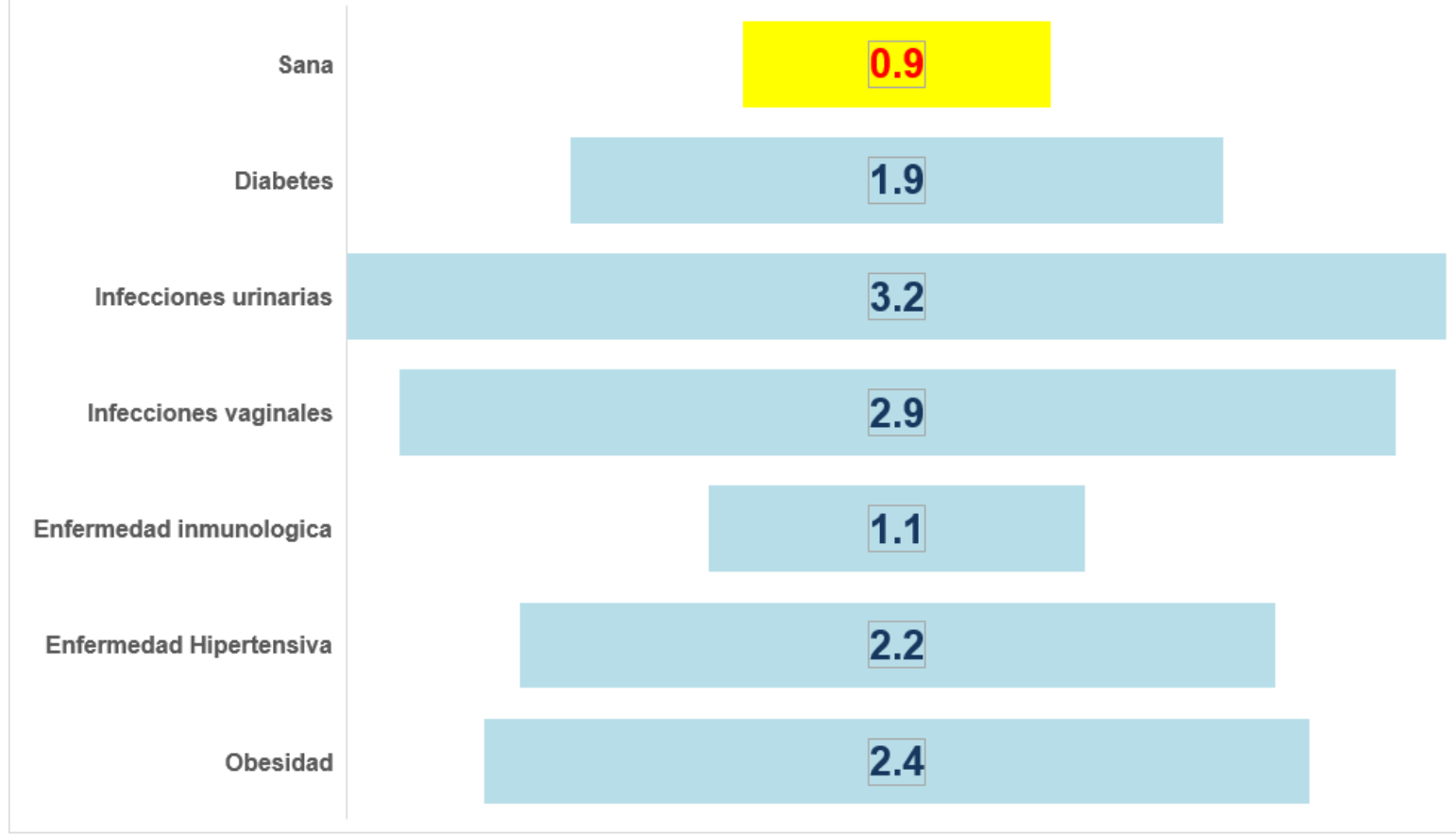
Edad	Escolaridad								Total	
	Primaria		Secundaria		Técnica		Universitaria			
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
15 - 19 años	11	7.01%	17	10.83%	0	0.00%	0	0.00%	28	17.83%
20 - 24 años	6	3.82%	49	31.21%	2	1.27%	3	1.91%	60	38.22%
25 - 29 años	13	8.28%	37	23.57%	1	0.64%	1	0.64%	52	33.12%
> 30 años	5	3.18%	7	4.46%	3	1.91%	2	1.27%	17	10.83%
Total	35	22.29%	110	70.06%	6	3.82%	6	3.82%	157	100.00%

Fuente:Ficha de recolección de datos/Expediente clínico



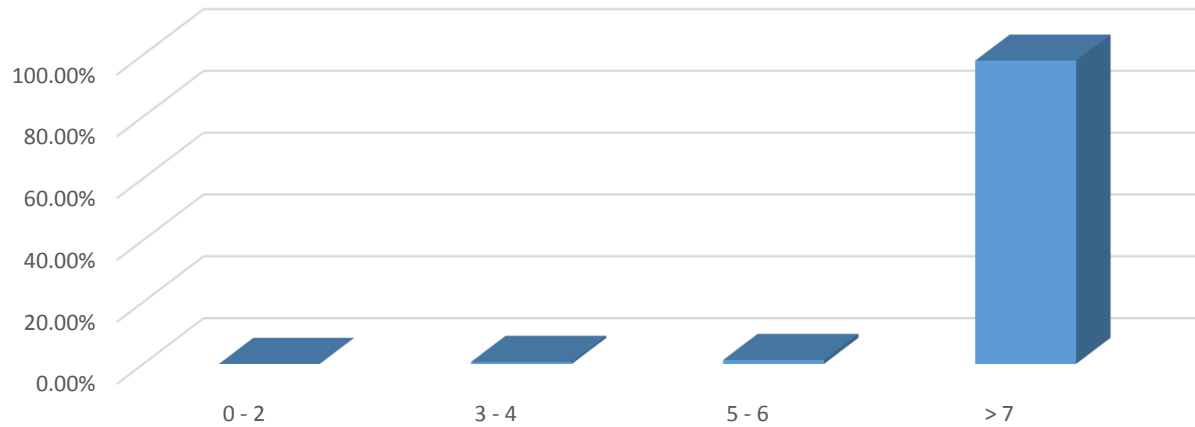
Fuente: Cuadro No 3

Grafico No 6
Odds Ratio de Morbilidad materna en Pacientes con Manejo conservador con RPM
Junio 2014 - Diciembre 2016 Hospital Bertha Calderón Roque



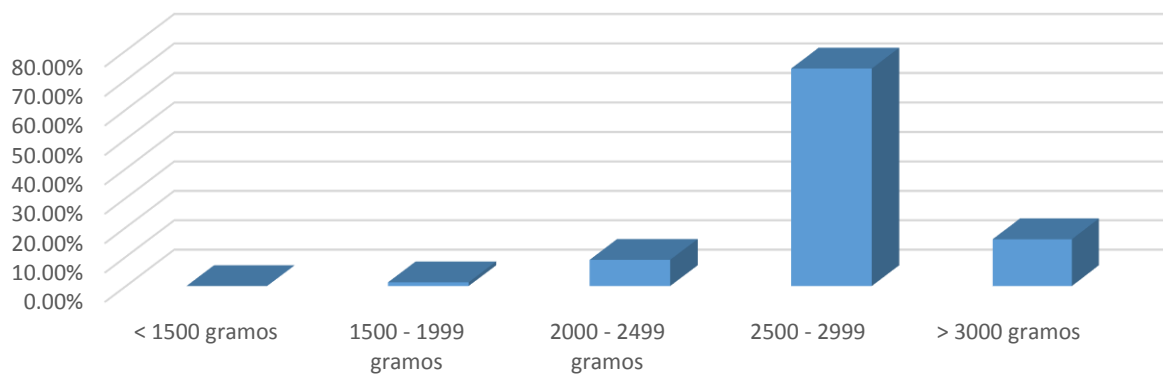
Fuente: Cuadro No 4

Gráfico No 11
 Apgar de Recién nacidos de pacientes con Manejo conservador de RPM
 Junio 2014 - Diciembre 2016
 Hospital Bertha Calderón Roque



Fuente: Cuadro No 8

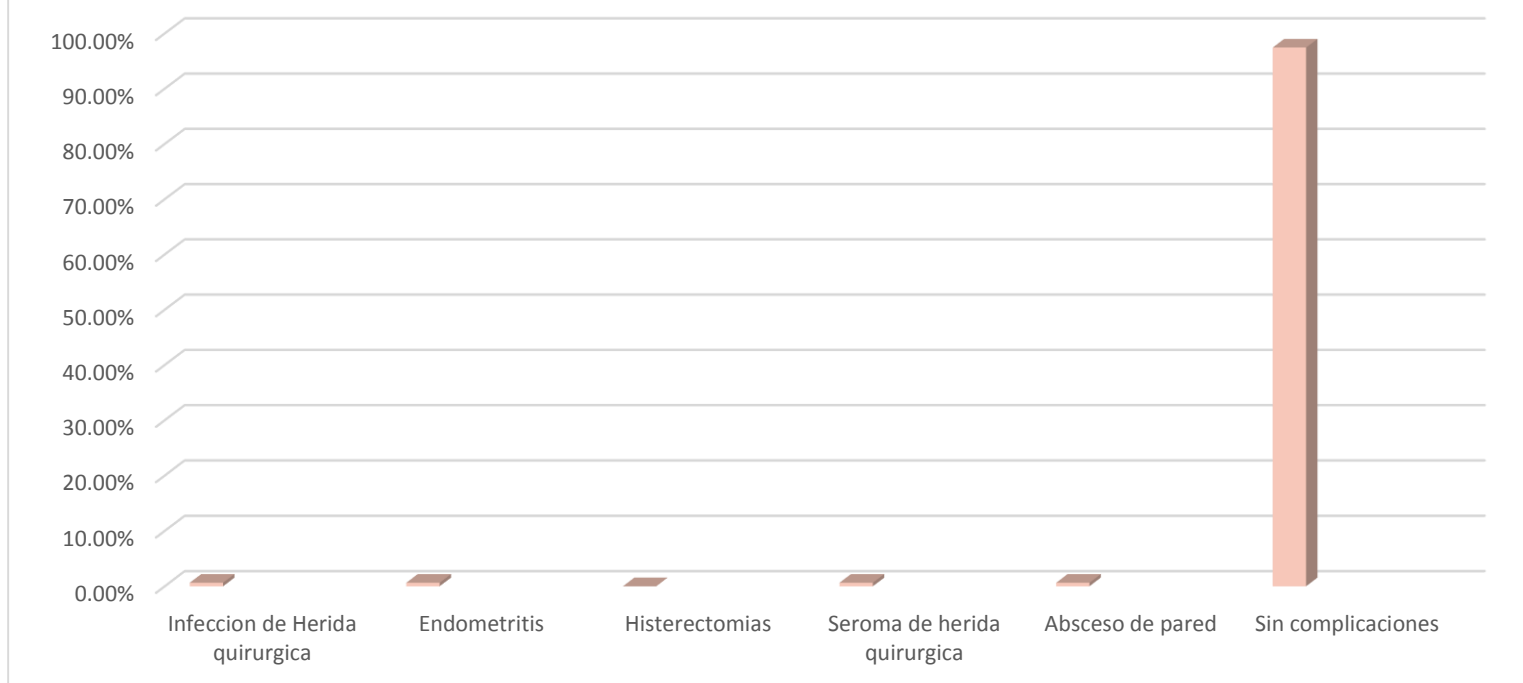
Gráfico No12
 Peso de Recién nacidos de pacientes con Manejo conservador de RPM
 Junio 2014 - Diciembre 2016
 Hospital Bertha Calderón Roque



Fuente: Cuadro No 9

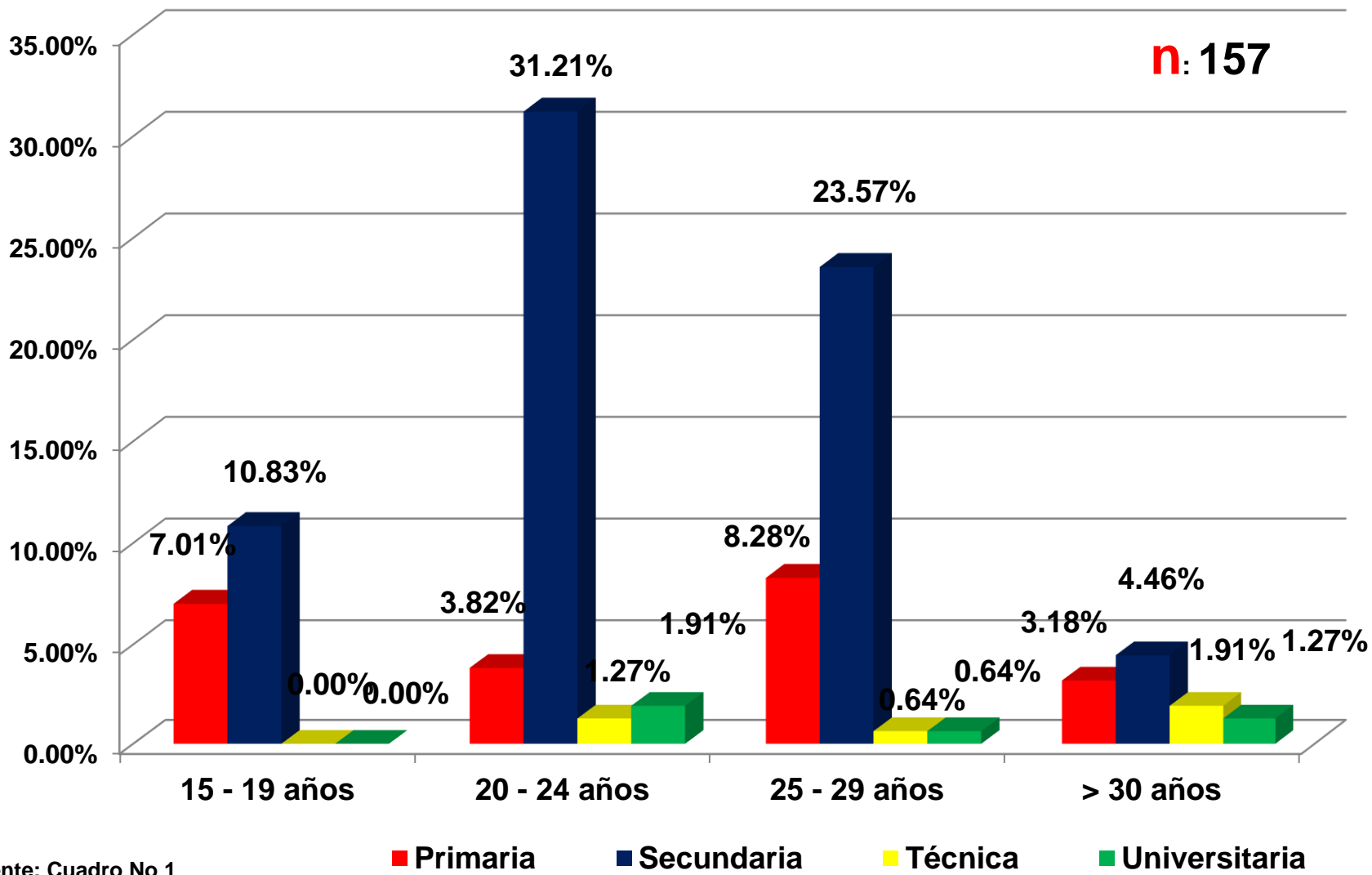
Gráfico No 13

Complicaciones maternas en Manejo conservador de RPM mas alla de las 34 semanas Junio 2014
Diciembre 2016
Hospital Bertha Calderon Roque



Fuente: Cuadro No 10

Grafico No 1
Edad y escolaridad de pacientes con Manejo conservador de RPM
 Junio 2014 - Diciembre 2016



Cuadro No 3

Morbilidad y numero de APN en pacientes con manejo conservador de RPM

Abril - 2014 - Enero 2017

Hospital Bertha Calderón Roque

Morbilidad	No de atenciones prenatales							
	0		1-2		3-4		> 4	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Sana	1	0.64%	2	1.27%	2	1.27%	2	1.27%
Diabetes	5	3.18%	9	5.73%	3	1.91%	4	2.55%
Infecciones urinarias	12	7.64%	18	11.46%	5	3.18%	4	2.55%
Infecciones vaginales	8	5.10%	14	8.92%	4	2.55%	5	3.18%
Enfermedad Hipertensiva	3	1.91%	9	5.73%	6	3.82%	6	3.82%
Enfermedad inmunologica	1	0.64%	3	1.91%	2	1.27%	3	13.00%
Obesidad	5	3.18%	5	3.18%	11	7.01%	5	3.18%
Total	35	22.29%	60	38.22%	33	21.02%	29	29.56%

Fuente:Ficha de recolección de datos/Expediente clínico

Grafico No 3
Morbilidad y numero de APN (0-2) en pacientes con manejo conservador de RPM
Junio 2014 - Diciembre 2016 Hospital Bertha Calderon Roque

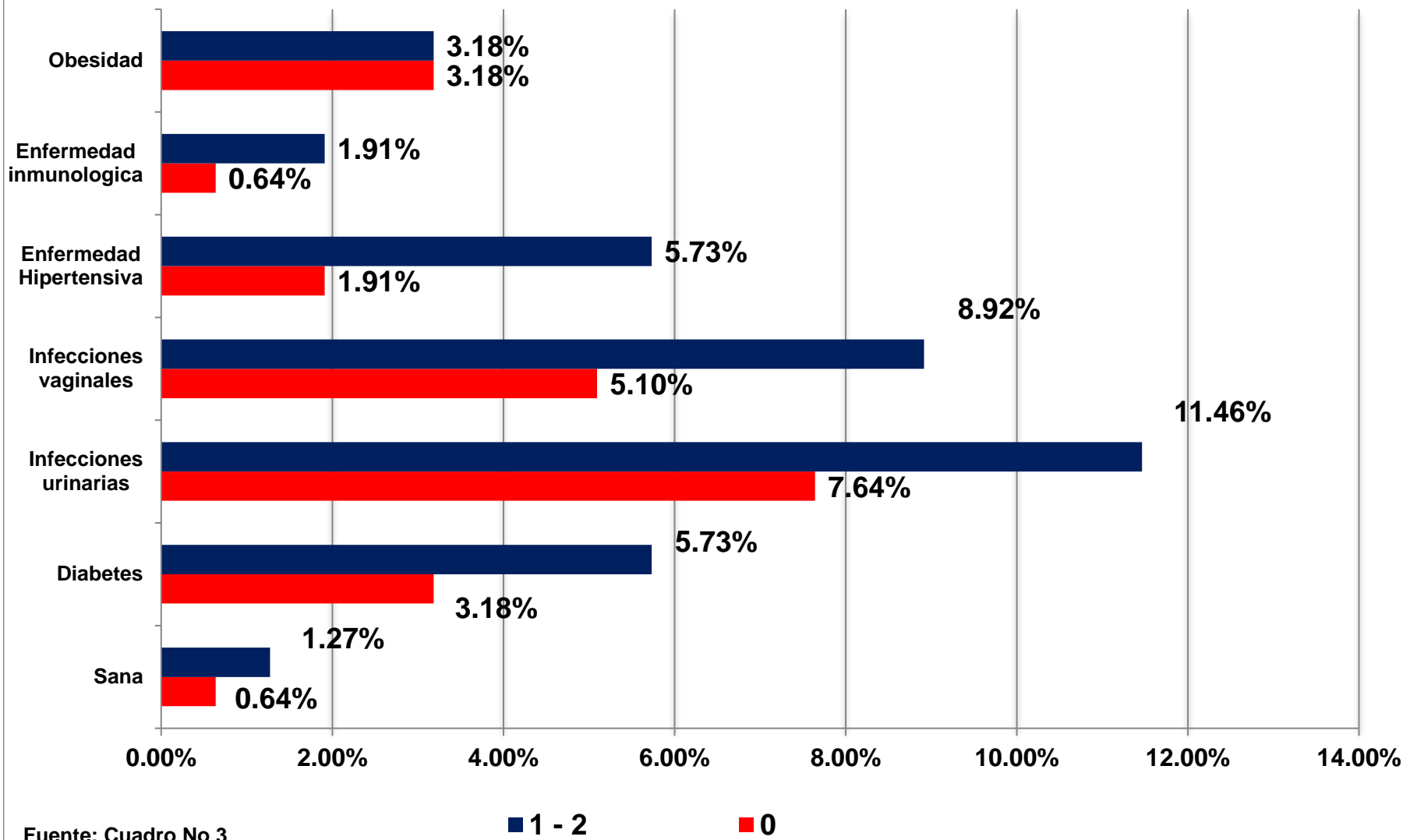
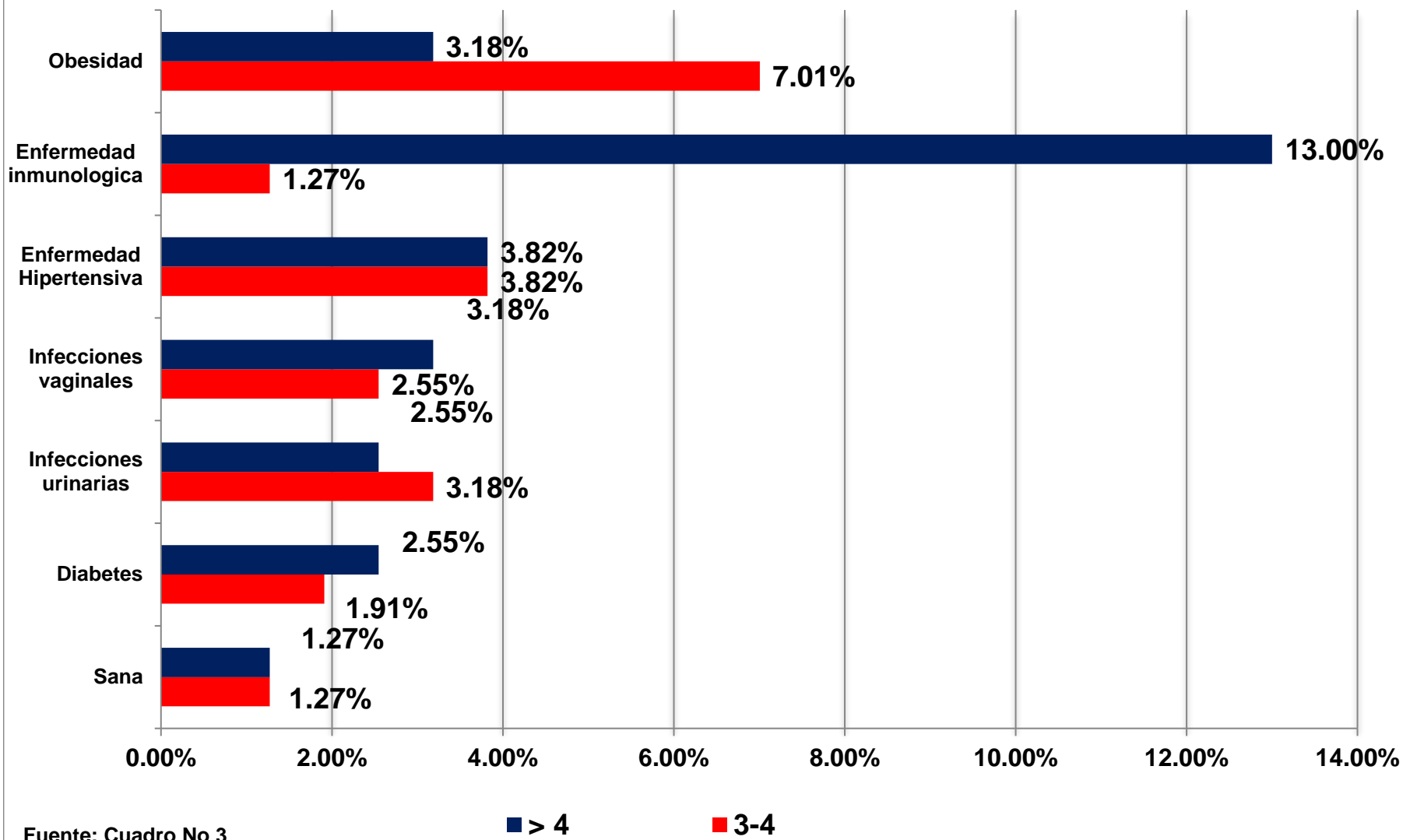


Grafico No 4
Morbilidad y numero de APN (>3) en pacientes con manejo conservador de RPM
Junio 2014 - Diciembre 2016 Hospital Bertha Calderon Roque



Cuadro No 4

Odds Ratio de Morbilidad materna en Pacientes con Manejo conservador con RPM
Junio 2014 - Diciembre 2016 Hospital Bertha Calderón Roque

Morbilidad	ODDS RATIO	
	No	OR
Sana	7	0.9
Diabetes	21	1.9
Infecciones urinarias	39	3.2
Infecciones vaginales	31	2.9
Enfermedad inmunologica	9	1.1
Enfermedad Hipertensiva	24	2.2
Obesidad	26	2.4
Total	157	

Fuente:Ficha de recolección de datos/Expediente clínico

Cuadro No 7

Vía de nacimiento en pacientes con Manejo conservador de RPM
Junio 2014 - Diciembre 2016
Hospital Bertha Calderon Roque

Via de nacimiento	Frecuencia	
	No	%
Cesárea	23	14.65%
Vaginal	134	85.35%
Total	157	100.00%

Fuente:Ficha de recolección de datos/Expediente clínico

Cuadro No 5

Edad gestacional a la que se realizó diagnóstico de RPM y metodo utilizado en Pacientes con Manejo conservador

Junio 2014 - Diciembre 2016

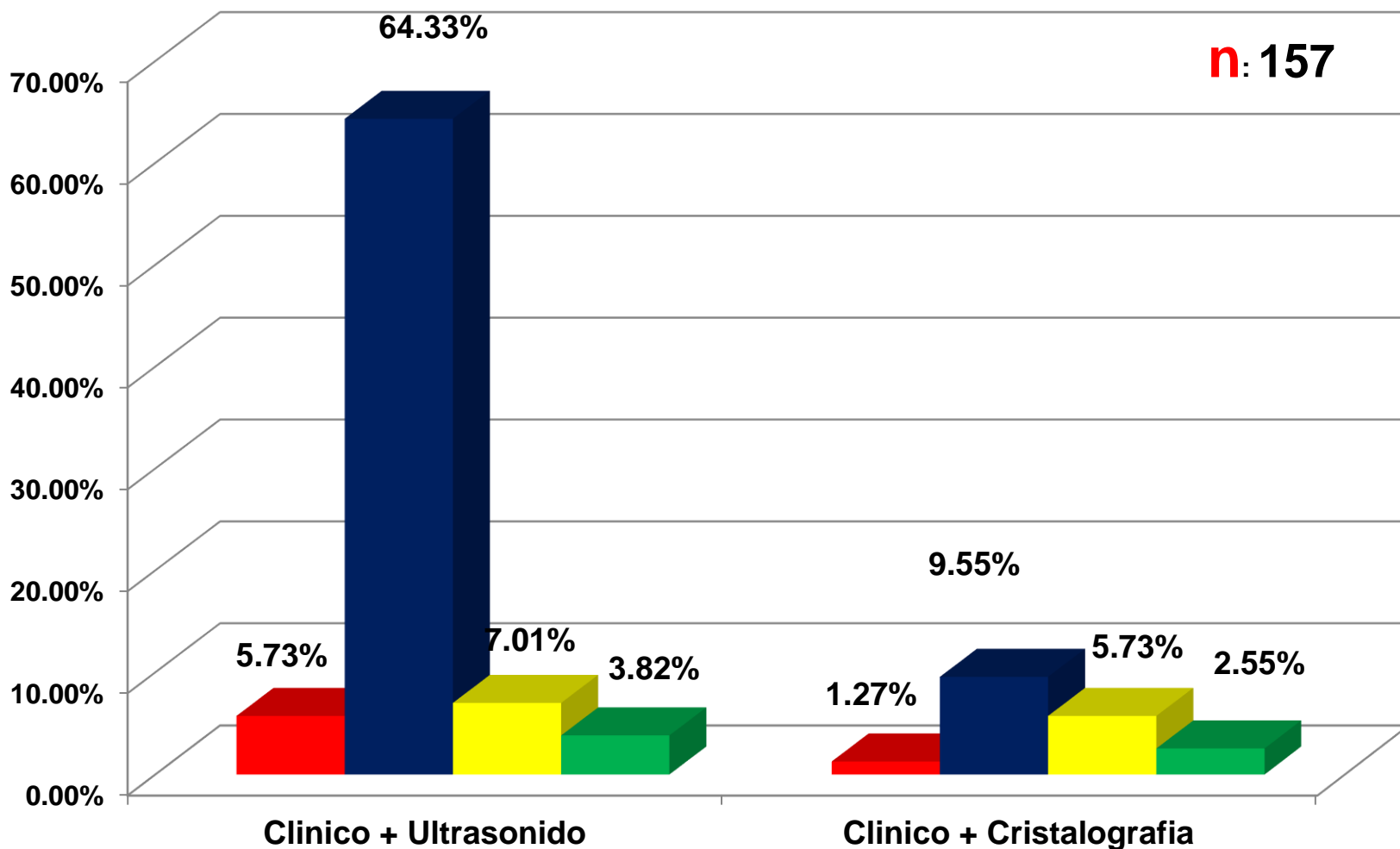
Hospital Bertha Calderón Roque

Estadios	Edad gestacional								Total	
	< 22 semanas		22 - 26 semanas		27 - 31 semanas		32 - 36 semanas			
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Clinico + Ultrasonido	9	5.73%	101	64.33%	11	7.01%	6	3.82%	127	80.89%
Clinico + Cristalografia	2	1.27%	15	9.55%	9	5.73%	4	2.55%	30	19.11%
Total	11	7.01%	116	73.89%	20	12.74%	10	6.37%	157	100.00%

Fuente:Ficha de recolección de datos/Expediente clínico

Grafico No 7

Edad gestacional a la que se realizó diagnóstico de RPM y metodo utilizado en Pacientes con Manejo conservador
Junio 2014 - Diciembre 2016 Hospital Bertha Calderón Roque



Fuente: Cuadro No 5

■ < 22 semanas ■ 22 - 26 semanas ■ 27 - 31 semanas ■ 32 - 36 semanas

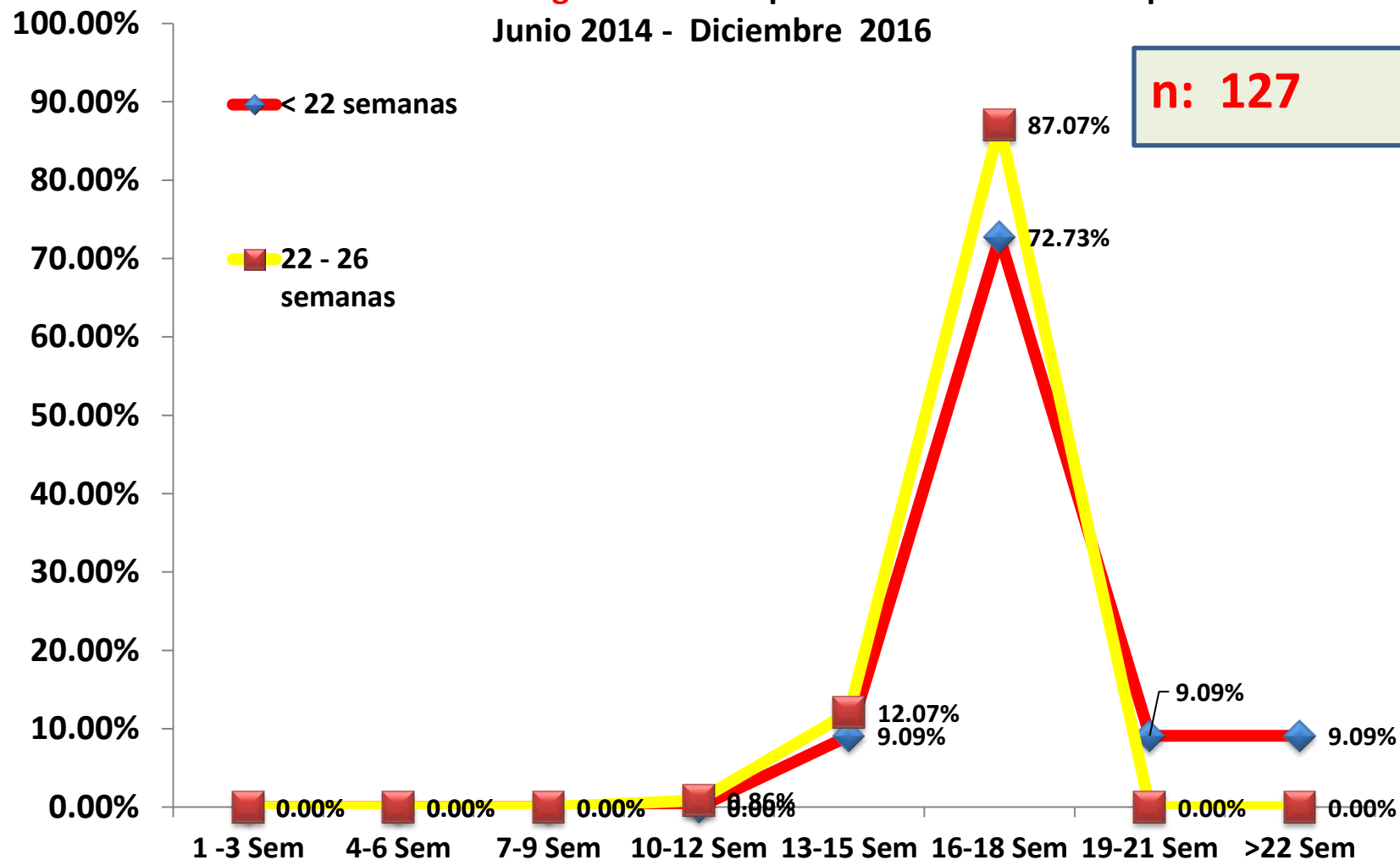
Grafico 8

Periodo de seguimiento en el tiempo de pacientes con RPM y manejo conservador

< 22 - 26 semanas de gestacion Hospital Bertha Calderón Roque

Junio 2014 - Diciembre 2016

n: 127



Fuente: Cuadro No 6

Cuadro No 6

Periodo de seguimiento en el tiempo de pacientes con RPM y manejo conservador

Junio 2014 - Diciembre 2016

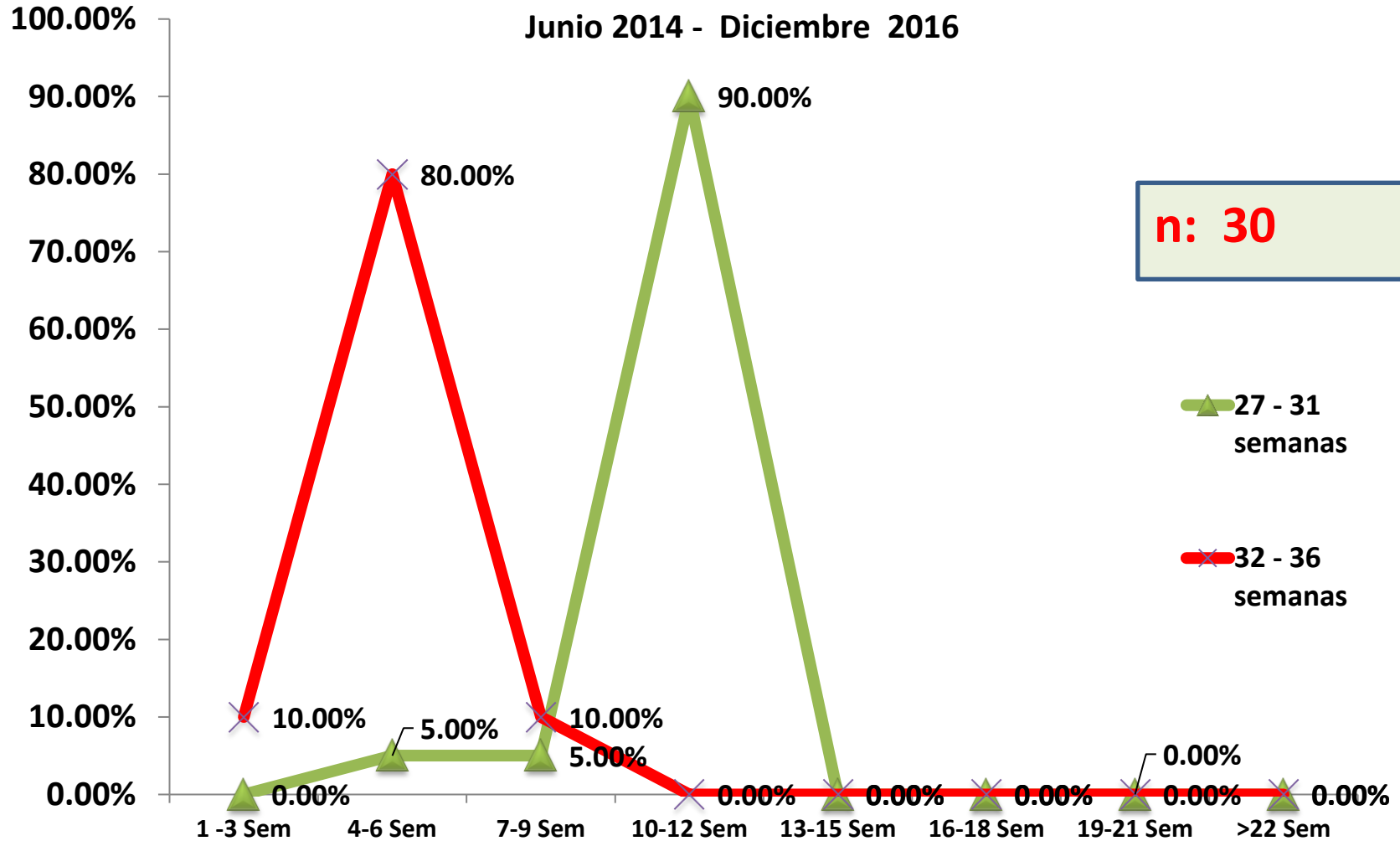
Hospital Bertha Calderón Roque

Semanas de seguimiento	Semanas de gestacion							
	< 22 semanas		22 - 26 semanas		27 - 31 semanas		32 - 36 semanas	
	No	%	No	%	No	%	No	%
1 -3 Sem	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	1	10.00%
4-6 Sem	0	0.00%	0	0.00%	1	5.00%	8	80.00%
7-9 Sem	0	0.00%	0	0.00%	1	5.00%	1	10.00%
10-12 Sem	0	0.00%	1	0.86%	18	90.00%	0	0.00%
13-15 Sem	1	9.09%	14	12.07%	0	0.00%	0	0.00%
16-18 Sem	8	72.73%	101	87.07%	0	0.00%	0	0.00%
19-21 Sem	1	9.09%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
>22 Sem	1	9.09%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Total	11	100.00%	116	100.00%	20	100.00%	10	100.00%

Fuente:Ficha de recolección de datos/Expediente clínico

Grafico 9

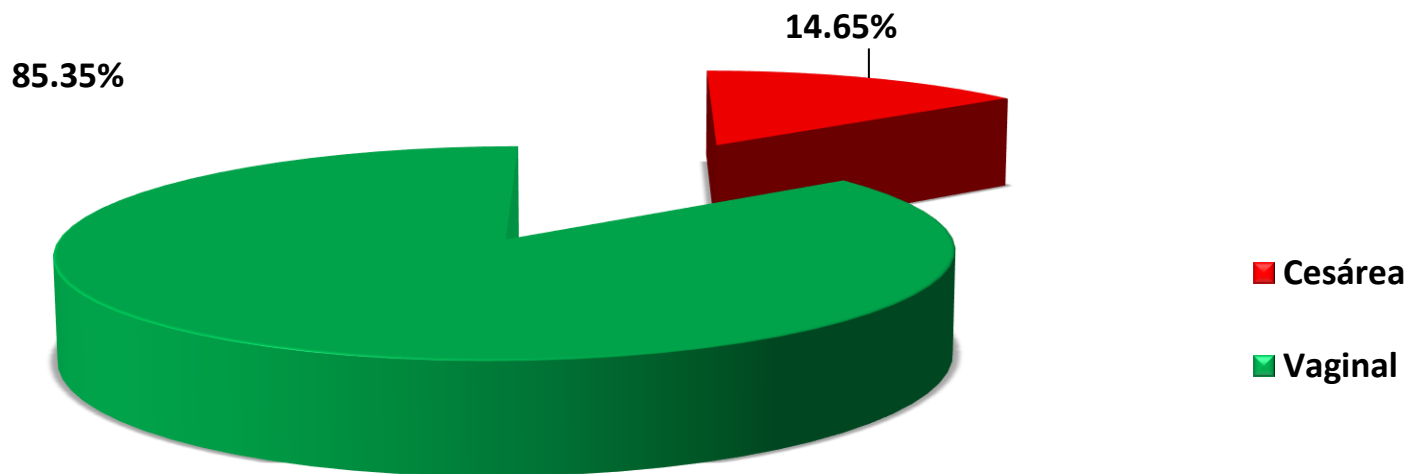
Periodo de seguimiento en el tiempo de pacientes con RPM y manejo conservador
27 - 36 semanas de gestacion Hospital Bertha Calderón Roque
Junio 2014 - Diciembre 2016



Fuente: Cuadro No 6

Grafico No 10
Via de nacimiento en pacientes con RPM y manejo conservador
Hospital Bertha Calderón Roque
Junio 2014 - Diciembre 2016

n: 157



Fuente: Cuadro No 7

Cuadro No 8

Apgar de Recién nacidos de pacientes con Manejo conservador de RPM

Junio 2014 - Diciembre 2016

Hospital Bertha Calderón Roque

Apgar	Frecuencia	
	No	%
0 - 2	0	0.00%
3 - 4	1	0.64%
5 - 6	2	1.27%
> 7	154	98.09%
Total	157	100.00%

Fuente: Ficha de recolección de dato / Expediente Clínico

Cuadro No 9

Peso de Recién nacidos de pacientes con Manejo conservador de RPM

Junio 2014 - Diciembre 2016

Hospital Bertha Calderón Roque

Peso fetal	Frecuencia	
	No	%
< 1500 gramos	0	0.00%
1500 - 1999 gramos	2	1.27%
2000 - 2499 gramos	14	8.92%
2500 - 2999	116	73.89%
> 3000 gramos	25	15.92%
Total	157	100.00%

Fuente:Ficha de recolección d datos/expediente clínico

Cuadro No 10

Complicaciones maternas en Manejo conservador de RPM mas alla de las 34 semanas

Junio 2014 Diciembre 2016

Hospital Bertha Calderon Roque

Complicaciones	Frecuencia	
	No	%
Infeccion de Herida quirurgica	1	0.64%
Endometritis	1	0.64%
Histerectomias	0	0.00%
Seroma de herida quirurgica	1	0.64%
Absceso de pared	1	0.64%
Sin complicaciones	153	97.45%
Total	157	100.00%

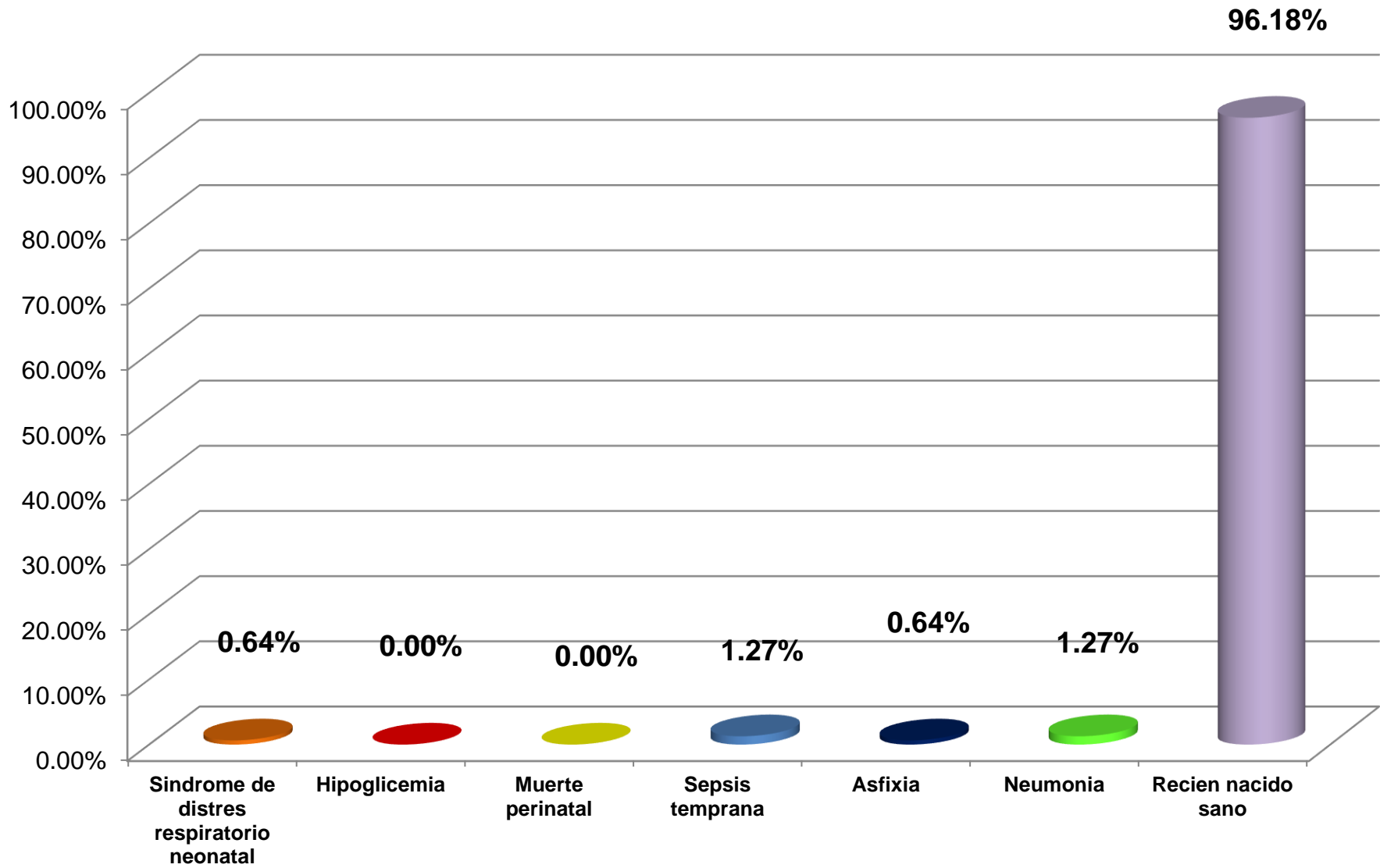
Fuente:Ficha de recolección d datos/expediente clínico

Cuadro No 11
 Complicaciones perinatales en pacientes con Manejo conservador por RPM
 Junio 2014 Diciembre 2016
 Hospital Bertha Calderon Roque

Complicaciones	Frecuencia	
	No	%
Sindrome de distres respiratorio neonatal	1	0.64%
Hipoglicemia	0	0.00%
Muerte perinatal	0	0.00%
Sepsis temprana	2	1.27%
Asfixia	1	0.64%
Neumonia	2	1.27%
Recien nacido sano	151	96.18%
Total	157	100.00%

Fuente:Ficha de recolección d datos/expediente clínico

Grafico No 14
Complicaciones perinatales de pacientes con Manejo conservador por RPM
Hospital Bertha Calderón Junio 2014 Diciembre 2016



Fuente: Cuadro No 11

Flujograma de atención de paciente con RPM para su manejo conservador:

1. La paciente acude a la Emergencia o a Consulta externa, estableciendo el diagnóstico de RPM por medio de:
 - a. Historia Clínica: Paciente refiere hidrorrea abundante
 - b. Examen Físico: Salida evidente de Líquido amniótico, maniobra de valsalva, maniobra de Tarnier positiva.
 - c. Pruebas diagnósticas complementarias: Cristalografía, US obstétrico.
2. Una vez establecido el diagnóstico de RPM, se toma como referencia para la edad gestacional, el US obstétrico del primer trimestre, de no tenerlo disponible se utilizará el US más temprano. Decidiendo posteriormente su ingreso a ARO.
3. Se hace la toma inicial de los paraclínicos, para establecer la ausencia o existencia de respuesta inflamatoria sistémica:
 - a. BHC
 - b. PCR
 - c. VSG
 - d. Medición cuantitativa del líquido amniótico
4. Se realiza monitoreo de signos vitales y FCF.
5. Una vez establecida la ausencia de respuesta inflamatoria continuara la vigilancia:
 - a. Temperatura y pulso cada 4 horas
 - b. FCF cada 4 horas
 - c. Control semanal de crecimiento fetal, ganancia de peso e índice de líquido amniótico por ultrasonografía
 - d. BHC, VSG y PCR semanal
6. Finalizar gestación por la vía que se estime conveniente según las condiciones maternas y fetales, incluyendo en el equipo a Medicina materno fetal y Neonatología.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

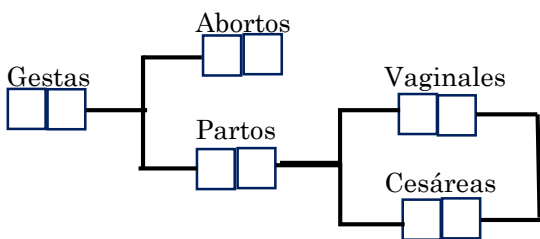
1.- No de ficha: _____

2.- No de exp: _____

3.- Edad Materna: 15-19 años _____ 20-24 años _____
 25-29 años _____ >30 años _____

4.- Escolaridad: Primaria _____ Secundaria _____
 Técnico _____ Universitario _____

5.- AGO:



6.- Procedencia: Urbana _____ Rural _____

7.- No de controles prenatales: 0 _____ 1-2 _____ 3-4 _____ >4 _____

8.- Edad Gestacional al momento del diagnóstico de RPM:

20-22 22-26 27-31 32-26

9.- Método diagnóstico de RPM:

Clinico+Ultrasonido Clinico+Cristalografía

10.- Morbilidad Materna al momento de la RPM:

- Sana _____
- Diabetes _____
- Infección urinaria _____
- Infección vaginal _____
- Enfermedad inmunológica _____
- Enfermedad hipertensiva _____
- Obesidad _____

11.- Semanas de seguimiento:

- 1-3 semanas _____
- 4-6 semanas _____
- 7-9 semanas _____
- 10-12 semanas _____
- 13-15 semanas _____
- 16-18 semanas _____
- 19-21 semanas _____
- >22 semanas _____

12.- Vía del parto: Vaginal Cesárea

13.- APGAR: 1ro. 5to.

14.- Peso al nacer: grs.

15.- Complicaciones maternas en el puerperio:

- Infección de herida quirúrgica _____
- Endometritis _____
- Histerectomía _____
- Seroma de Herida quirúrgica _____
- Absceso de pared _____
- Sin complicaciones _____

16.- Complicaciones perinatales:

- Síndrome de distres respiratorio neonatal _____
- Hipoglicemia _____
- Muerte perinatal _____
- Sepsis temprana _____
- Asfixia _____
- Neumonía _____
- Recién nacido sano _____