

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**MANEJO DE PACIENTES CON RUPTURA
PREMATURA DE MEMBRANAS**

Estudio de 19 pacientes embarazadas con RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS, tratadas en el departamento de obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala. Enero de 1990 a Diciembre de 1994.

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

POR

EDWIN EDUARDO MARROQUIN RAMIREZ

En el acto de investidura de **PROFESOR DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, AGOSTO DE 1996

745 (6)

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

H A C E C O N S T A R Q U E:

(La) BACHILLER; EDWIN EDUARDO MARROQUIN RAMIREZ
net Universitario No. 88-12695

presentado para su Examen General Pùblico, previo a optar al Título Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:

MANEJO DE PACIENTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

abajo asesorado por:


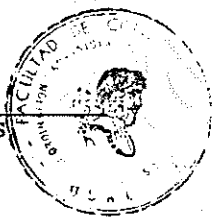
tor RODRIGO PEREZ TERCERO

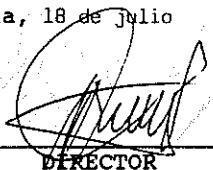

revisado por:

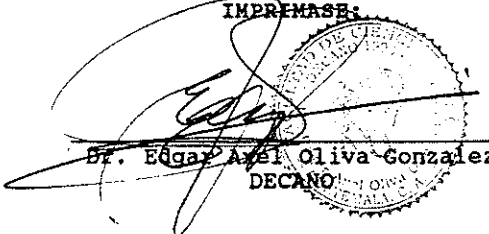
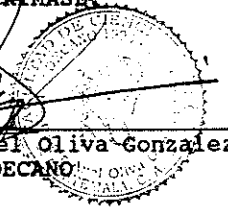
tor JOSE ANTONIO HERNANDEZ

enes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, firman sellan la presente **ORDEN DE IMPRESION.**

Guatemala, 18 de Julio de 1996.


UNIDAD DE TESIS



DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD


IMPRESAS:

Dr. Edgar Axel Oliva Gonzalez
DECANO


le

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA



Guatemala, 18 de julio de 1996

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Doctor
Carlos Humberto Escobar Juárez
COORDINADOR
Unidad de Tesis
Presente

Se le informa que el BACHILLER
EDWIN EDUARDO MARROQUIN RAMIREZ

Nombres y Apellidos Completos

Carnet No.: 88-12695 ; ha presentado el Informe Final de su trabajo de tesis titulado:

MANEJO DE PACIENTES CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Del cual autor, asesor(es) y revisor nos hacemos responsables por el contenido, metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos; así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.

~~Nombre de Estudiante~~

Asesor
Nombre Completo y Sello Profesional

apme DR. RODRIGO PEREZ TERCERO
Colegiado 4294

f.: Revisor
Nombre Completo y Sello Profesional
Reg. de Personal: 11345

DR. ESTEBAN FERNANDEZ

Guatemala, 18 de julio de 1996



Facultad de Ciencias Médicas
Guatemala, Centro América

Of. APR- UT-219-95

Guatemala, 18 de julio de 1996

Dr. JACHELLER
Dr. EDWIN EDUARDO MARROQUIN RAMIREZ
Facultad de Ciencias Médicas
SAC
Presente.

Por este medio hago de su conocimiento que su Informe Final de Tesis, titulado MANEJO DE PACIENTES CON RUPTURA PREMÁTURA DE MEMBRANAS

ha sido **RECIBIDO**, y luego de revisado se ha establecido que cumple con los requisitos contemplados en el reglamento de trabajos de tesis; por lo que es autorizado para completar los trámites previos a su raduación.

En otro particular me suscribo de usted.

Respetuosamente,

"DID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. Carlos Humberto Escobar Juárez.
COORDINADOR



NOTA: La información y conceptos contenidos en el presente trabajo es responsabilidad única del autor.

me

INDICE

INTRODUCCION.	1
. DEFINICION DEL PROBLEMA.	3
I. JUSTIFICACION	5
. OBJETIVOS	6
REVISION BIBLIOGRAFICA.	7
. METODOLOGIA.	20
I. PRESENTACION DE RESULTADOS.	26
II. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.	33
. CONCLUSIONES.	37
RECOMENDACIONES.	38
. RESUMEN.	39
I. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	41
II. 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 corioamniotitis son las más frecuentes con 1 caso en cada una y hubo 7 casos de premadurez en recién nacidos.

Este estudio se realizo 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
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 meningitidis, Streptococo del grupo B, Trichomona vaginalis y virus plasmáticos. El estado nutricional materno influye por la deficiencia de ácido ascórbico, zinc y 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 la actividad y grosor de las mismas asociada a 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 de la prolactina y una disminución del estrógeno. (5).

Así, aunque ningún factor aislado parece mantener un papel singularmente prominente en la etiología de la ruptura prematura de membranas, es posible indicar que hay factores disponibles ya mencionados que influyen en la aparición de la 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 as
infecciones maternas corioamnioiditis 13.33%, endometri
y shock séptico. (19).

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

En el hospital de Antigua Guatemala se evaluó el
de diagnóstico y tratamiento de pacientes con ruptur
matura de membranas por lo cual se decide hacer este es

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 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 que ocurre antes del inicio del trabajo de parto; cuando la edad gestacional es menor de 37 semanas se dice que hay parto pretérmino (RPMP). (5).

Se considera período de latencia al tiempo transcurrido desde el momento en que se produce la ruptura y el parto.

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

PREVALENCIA

Ocurre entre el 6 y 16% en mujeres embarazadas. En embarazos pretérmino 32.6%, en embarazos a término 6.3%.

48 horas después de RPMP, casi el 80% de las pacientes tienen un feto de edad gestacional de 33 a 36 semanas y 66% de ellas con feto de 30 a 32 semanas presentan trabajo de parto espontáneo. (5),(19).

ANATOMIA

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 amnión 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 elast y grosor de las membranas ovulares cuya alteración en e equilibrio entre proteasas (tripsina, colagenasas, elast los inhibidoresde las proteasas (alfa 1-anti-tripsina, macroglobulina e inhibidores de colagenasa), con aument actividad proteolítica, además una disminución de el cc do de colágeno y aumento en concentración de prolactina las membranas de pacientes con RPM. Por lo que se da l (4),(5),(14),(20).

2. INFECCIONES:

Constituye un agente etiologico primordial en RPMF

- 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.

CONCENTRACION DE PROLACTINA: Alta.

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.

COITO.

. ANTECEDENTES DE PROM O PARTOS PRETERMINO.

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

ESGO MATERNO:

La Ruptura Prematura de las Membranas Ovulares aumenta 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) riesgo se incrementa significativamente:

Corioamnioitis 13.33%.

Endometritis 5.00%.

Shock Séptico.

ESGO 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 anterioriza 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 periodo de latencia. Según algunos autores, pasadas las 24 horas de ruptura de membranas las cifras oscilan entre el 5 y el 10% de los casos.

c. ACCIDENTES DEL PARTO:

En la Ruptura Prematura de las Membranas Oculares, 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 SÍNTOMAS DE LA PACIENTA

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

tracciones uterinas en la semana previa a la amniorre-
(5).

OBSTICO:

El diagnóstico clínico de la RPM está basado en la pér -
repentina, involuntaria y persistente de líquido amnió -
por los genitales. La anamnesis y el examen obstétrico
ado establecen el diagnóstico en más del 90% de los

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

OBSTETRICO:

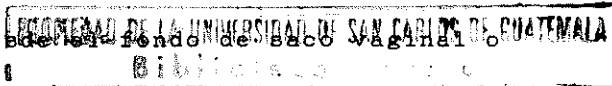
La palpación abdominal permite apreciar una disminución
olumen y de la altura uterina, las partes fetales se pue
alpar fácilmente y son prominentes. Al inspeccionar los
ales externos puede observarse salida de líquido amnió -
en forma espontanea o en relación con el aumento de pre-
intra-abdominal, obtenida mediante la maniobra de Val -
(tos o pujo materno).

La introducción del espéculo en la vagina demuestra la
ncia de líquido amniótico en el tercio superior de esta
el fondo del saco vaginal posterior. También puede ob -
rse salida de líquido por el orificio cervical externo
uello uterino.

PRUEBAS Y PROCEDIMIENTOS COMPLEMENTARIOS:

Prueba de Cristalización del Líquido Amniótico:

El líquido obtenido desde el fondo de saco vaginal



desde el orificio cervical externo del cuello uterino se
tiende sobre un porta-objetos, se deja secar a temperat
ambiente y luego se observa al microscópio. La presenc
líquido amniótico se confirma a través de la cristaliza
de éste, como consecuencia del contenido de cloruro de
y proteínas. La falta de cristalización sugiere ausenc
líquido amniótico. La efectividad diagnóstica es del 8

La causa de resultados Falsos Negativos se deben a
presencia de elementos que dificultan la visualización:
gre, meconio, secreción vaginal. Exámenes realizados 1
de 4 horas de la ruptura.

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

2. Determinacion del pH Vaginal:

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

Colocar el papel durante 15 segundos en el sitio d
vor colección de líquido. Segun 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 H 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 microscopio. 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 antiticas, 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. Eliminacion 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 MEMBRANA PRETERMINO

El tratamiento inicial de la PPROM debe incluir:

1. CONFIRMACION DEL ROM:

El diagnóstico de ROM pudiera parecer trivial, pero gran frecuencia es difícil por varios factores, como la ausencia de sangre en vagina, escasez de líquido residual incontinencia urinaria materna. Se puede hacer el diagnóstico adecuado con una simple exploración con espejuelo 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 l

que tosa o aumente de alguna otra forma la presión in-
dominal o con pruebas especiales de laboratorio.

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
manejo. Debe revisarse los datos de los antecedentes
ginecológicos, exploraciones para medición uterina previas mo-
mentos de la prueba de embarazo positiva y ultrasonido tem-
poral.

VALORACION DE LA MADUREZ PULMONAR FETAL:

Una vez establecida la edad gestacional fetal, puede u-
tilizarse ultrasonografía para guiar una amniocentesis.

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

Cuando no puede obtenerse líquido amniótico por vía ab-
dominal, se puede enviar 1 ml. o más del acumulado en la va-
ginal para análisis de fosfatidilglicerol (PG).

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
al RPM, en el embarazo pre-término hay una relación
inversa entre la edad gestacional en el momento de ROM y el
momento de trabajo de parto. Sin embargo en total, casi 50%
de las pacientes con PPRM inician el trabajo de parto en las

24 horas y 90% en la primera semana. La mayor parte de 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 siguientes, se recomienda el registro electrónico de la frecuencia cardíaca 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 al paciente con pruebas sin estrés diarias prolongadas (ej. una hora), a fin de detectar desaceleraciones variables sistémicas.

6. EXCLUSION DE INFECCION:

El mejor marcador diagnóstico de corioamniotitis es la fiebre materna, en particular se presenta asociada 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 grupos de pacientes: las de 31-35 semanas de gestación

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

PMP 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:

- . Diagnóstico de PPROM.
- . Toma de muestras de cultivo para Estreptococos Beta Hemolítico y Gonococos de vagina y cervix respectivamente.
- . 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.
1. Paciente en posición de Trendelenburg se aplicara aparatos de registro fetal externos.
2. 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.
3. 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. 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 METRONIDAZOL. Si se conoce el microorganismo se le da 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 insuficiencia 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.

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

MANEJO DE RPMP EN FETO PREVIABLE:

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

Se maneja en forma expectante sin hospitalización.

Se indica reposo en cama en su casa, con autorización de salir al baño, e indicaciones de evitar el coito y cualquier contaminación vaginal.

Medir la temperatura con frecuencia.

Cuando el feto alcanza la viabilidad por ejemplo 26 semanas de gestación o más la hospitalización se convierte en una opción razonable.

(5),(6),(11),(14),(19).

VI METODOLOGIA

A. TIPO DE ESTUDIO:

Observacional Descriptivo

B. DESCRIPCION DEL SUJETO DE ESTUDIO:

Se estudió el manejo de las pacientes embarazadas presentaron ruptura prematura de membranas ingresadas a pital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala el período del 1 de Enero de 1990 al 31 de Diciembre de

C. TAMAÑO DE LA MUESTRA:

19 pacientes que presentaron embarazo asociado a r
prematuro de membranas.

D. CRITERIOS DE INCLUSION:

Pacientes embarazadas con ruptura prematura de mem

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Pacientes embarazadas sin ruptura premetura de meml

RIABLES:

RIABLE	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
FRUCTIFICACION:	No. de hijos que ha tenido una mujer.	Primigesta. Secundigesta. Pequeña Multípara Gran Multípara	1 2 5 5-6 NOMINAL
EDAD GESTACIONAL:	Cálculo en se- manas del tiem- po transcurrido entre el primer día del último período menstrual y la fecha al mo- mento del diagnós- tico de RPM.	Menor de 25 semanas 26 a 30 semanas. 31 a 35 semanas. 36 a 40 semanas.	NOMINAL
DURACION DE EVOLUCION RPM.	Tiempo transcu- rrido 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
ANTECEDEN- TES:	Acción anterior que sirve para juzgar hechos posteriores.	Sin antecedentes. RPM anterior. Traumatismo. Parto Pretérmino. Infección Urinaria. Enfermedad de Trans- misión sexual. Otros.	NOMINAL
SÍNTOMAS:	Fenómeno revela- dor de una en- fermedad.	Dolor Pélvico. Salida de líquido vaginal.	NOMINAL

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

F. RECURSOS:

1. MATERIALES:

FISICOS:

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

Boleta de recolección de datos.

HUMANOS:

Personas de archivo de Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala.

Personas de las diferentes bibliotecas.

PLAN PARA LA RECOLECCION DE LOS DATOS:

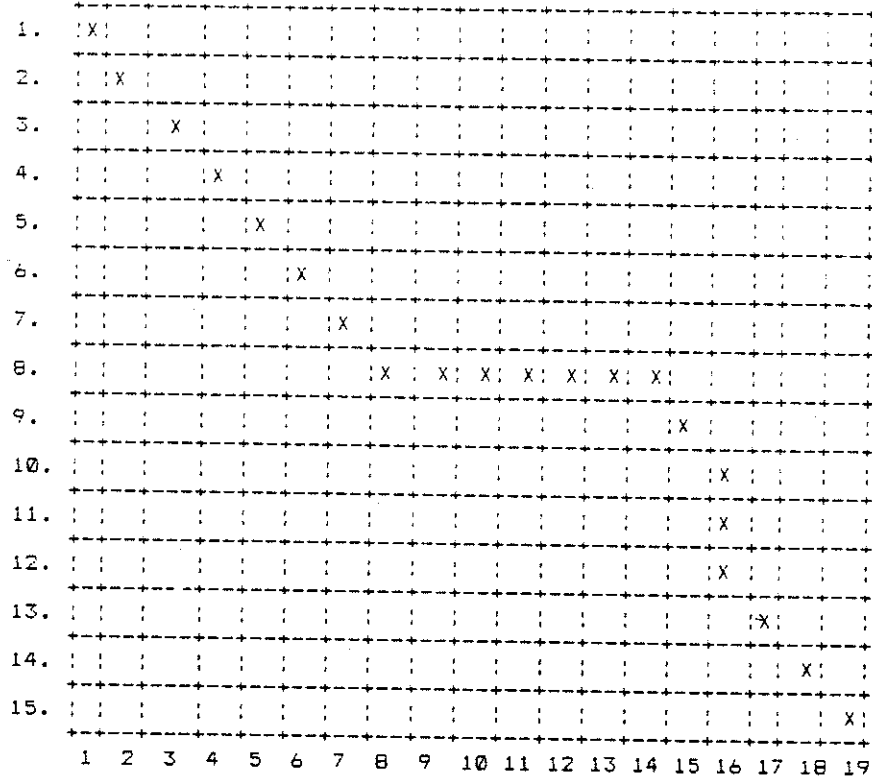
Para la recolección de datos se utilizaron las boletas en ella se incluye los datos necesarios para obtener la información necesaria para el logro de los objetivos de la investigación. Con el permiso de la unidad de investigación del hospital, el estudiante investigador procedió a tomar los expedientes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

MPO 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 6.

GRAFICA DE GANTT

ACTIVIDADES



SEMANAS

1. Selección del Tema del Proyecto de Investigación.
2. Elección del Asesor y Revisor.
3. Recopilación del material bibliográfico.
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 encuestadores.
8. Ejecución del trabajo de campo o recopilación de la información.

9. Procesamiento de resultados, elaboración de tablas y gráficas.
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.

VII PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO NO. 1

D MATERNA DE LAS 19 PACIENTES CON RUPTURA PREMATURA DE
BRANAS ESTUDIADAS EN EL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE
HANCOURT DE ANTIGUA GUATEMALA, ENERO DE 1990 A DICIEMBRE
4.

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

ENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 2

AD GESTACIONAL DE LAS 19 PACIENTES CON RUPTURA PREMATURA DE
BRANAS ESTUDIADAS EN EL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE
HANCOURT DE ANTIGUA GUATEMALA, ENERO DE 1990 A DICIEMBRE
74.

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

ENTE: 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 Multípara.	2	10.53%
4. Gran Multípara.	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 THANCOURT DE ANTIGUA GUATEMALA, ENERO DE 1990 A DICIEMBRE 1994.

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

ENTE: 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 THANCOURT DE ANTIGUA GUATEMALA, ENERO DE 1990 A DICIEMBRE 1994.

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

ENTE: 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. 7

METODO DIAGNOSTICO 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.

METODO DIAGNOSTICO	No. de Casos	%
1: Por Clínica.	19	100%
2: Bioquímico.	-	
3: USG.	-	
4: Otros.	-	
Total	19	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 8

TIPO DE PARTO 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.

TIPO DE PARTO	No. de Casos	%
1: PES.	14	73.68%
2: CSTP.	5	26.31%
Total	19	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 9

TRATAMIENTO CON ANTIBIOTICOS 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.

TRATADOS	No. de Casos	%
1: SI	4	21.06%
2: NO	15	78.94%
Total	19	100%

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 10

DE LOS MEDICAMENTOS EMPLEADOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS 19 PACIENTES CON
 APTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ESTUDIADAS EN EL HOSPITAL
 AL PEDRO DE BETHANCOURT DE ANTIGUA GUATEMALA, ENERO DE
 DICIEMBRE 1994.

MEDICAMENTOS	No. de Casos	%
antibiótico.	3	15.78%
esteroides.	2	10.52%
anticoagulantes.	-	
Ninguno.	15	78.68%

: Boleta de recolección de datos.

Para que en este cuadro, que de las 19 pacientes
 estudiadas 15 no recibieron ningún tipo de tratamiento; 4 si
 recibieron de la siguiente manera: un caso con ampicilina
 metazona, dos casos sólo con ampicilina, y un caso sólo
 metazona.

CUADRO No. 11

DEL ANTIBIOTICO ANTES DEL PARTO DE LAS 19 PACIENTES
 APTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ESTUDIADAS EN EL HOSPITAL
 AL PEDRO DE BETHANCOURT DE ANTIGUA GUATEMALA, ENERO DE
 DICIEMBRE 1994.

AS	No. de Casos	%
0 a 12 Hrs.	1	25%
2 a 24 Hrs.	1	25%
4 a 36 Hrs.	-	
6 a 48 Hrs.	-	
8 a 60 Hrs.	1	25%
10 y más horas.	1	25%
Total	19	100%

: Boleta de recolección de datos.

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%
RECIE 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.2 EDAD GESTACIONAL

Con la información que da este cuadro, es posible observar que el período gestacional en el cual se produjo la ruptura prematura de membranas está entre la semana 36 a con 12 casos y un porcentaje de 63.16% y en menor frecuencia en las semanas 26 a 30 con 1 solo caso constituyendo 5.26 % .

CUADRO No. 3 PARIDAD

Este cuadro muestra que en las primigestas hubo mayor No. de casos; 8 con un porcentaje de 42.10%, en las pequeñas y grandes multíparas fue menor con 2 casos respectivamente con porcentaje de 10.53%.

CUADRO No. 4 HORAS DE EVOLUCION DE RPM

La información que da este cuadro es valiosa puesto que indica las horas de evolución de la RPM, encontrando 10 casos en las primeras 8 horas con un porcentaje de 52.63% y entre las horas 33 a 40 1 solo caso con 5.26%, entre las horas 41 a 48 hubo también 1 solo caso con 5.26% esto es importante por la alta incidencia de infección que puede haber en la madre, feto y RN.

CUADRO No. 5 ANTECEDENTES

En este cuadro se puede observar que de las 19 pacientes estudiadas 16 pacientes no presentaron antecedentes con un porcentaje de 84.21%, 2 casos con antecedentes de aborto con un 10.53%, y 1 solo caso con RPM anterior con 5.26%.

CUADRO No. 6 SINTOMAS

En este cuadro las 19 pacientes consultaron por salida

ruido vaginal con un porcentaje del 100%. De estas pa -
e además del sintoma anterior citado, 3 pacientes
itaron contracciones con un porcentaje de 15.78%, y hubo
s con otros síntomas 1 con hemorragia vaginal y la otra
lebre porcentaje de 5.26% respectivamente.

CUADRO No. 7 METODO DIAGNOSTICO

Se observa que el método diagnóstico en las 19 pacientes
línico, no se utilizó otro medio para diagnosticar.

CUADRO No. 8 TIPO DE PARTO

En este cuadro se puede observar que la mayoría de paci-
, 14 casos, el tipo de parto fué normal (via baja)
% y 5 casos por cesárea 26.31%.

CUADRO No. 9 TRATAMIENTO CON ANTIBIOTICO

Se observa que de las 19 pacientes estudiadas solo 4 re-
con tratamiento con un porcentaje de 21.06% y las restan
5 pacientes no recibieron ningún tipo siendo el 78.94%.

CUADRO No. 10 TIPO DE MEDICAMENTO EMPLEADO

Este cuadro muestra a pacientes tratados con antibiótico
s utilizado en 3 casos fué la ampicilina con un porcenta
15.78%, dexametazona 2 casos con un 10.52% y a ningun
nte se le administró uteroinhibidores.

CUADRO No. 11 TIEMPO DE ANTIBIOTICO ANTES DEL PARTO

En este cuadro se puede observar que de las 19 pacientes
iadas 2 casos fueron tratadas con antibiótico menos de
ras con un porcentaje del 50%, los otros 2 casos
ieron antibiotico más de 24 horas antes del parto lo que
sponde a 50%.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central
35

CUADRO No. 12 COMPLICACIONES MATERNAS Y RECIEN N

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

Las complicaciones encontradas en los recién nacido premadurez en 7 casos con un porcentaje de 36.84%, los rtes 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 fué 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 fué 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 dió 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 los cuatro casos que si se les brindo tratamiento solo 1 paciente recibió completamente. Asi 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 Nacio - 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 tabla 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, 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 12 casos y un porcentaje de 63.16%, el grupo más afectado el de las primigestas con 8 casos siendo el porcentaje de 42.11%.

Se pudo establecer que el principal síntoma presentado por las pacientes fue salida de líquido por vía vaginal en 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 Ginecologia y Obstetricia de México. UTILIDAD DE LIQUIDO AMNIOTICO EN RPDM: Pronostico 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. Edicion 1985. Mexico D.F. Pag. 128-134.
- Clinica de Ginecologia 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 Ginecologia y Obstetricia de Norteamerica RUPTURA PREMATURA DE MEMEBRANAS. 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 OBSTETRICA. Salvat Editores S.A. Vol 1 / 1985. Pag. 200.
- Escobedo Juan Manuel. Revista de Ginecologia y Obstetricia de México. Ruptura Prematura de Membranas.

- MORBI-MORTALIDAD EN EMBARAZOS DE MENOS DE 36 sem
Vol. 60 Septiembre de 1992. Pag. 247-249.
9. Garrido C. G. Revista Latinoamericana de Perinatol
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS MATERNAL-PERINATA
10 (2) : 36-42 Documento Number 068693.
 10. Hohn T. Queena. ATENCION DEL EMBARAZO DE ALTO RIE
Editorial Manual Moderno. S.A. 1987. Pag. 109-
 11. L. Pernell Martin. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO GINECO
TRICO 5ta. Edicion. Editorial Manual Moderno S.
c.v. Mexico D.F. 1989. Pag. 315-317.
 12. Ledger. William J. INFECCIONES EN OBSTETRICIA Y GI
LOGIA. Editorial Médica Panamericana 1985. Pag
101.
 13. Mishell Kirschbaum Morrow. YEAR BOOK OF GINECOLOG
OBSTETRIC. 1989. Pag. 79-81.
 14. Perez S. Alfredo. OBSTETRICIA. 2da. Edicion Publica
nes Técnicas Mediterraneo. Santiago de Chile 198
Pag. 511-521.
 15. Sandberg Eugene. SYNOPSIS OF OBSTETRICS. Tehin Ed
1980. Pag. 307-308. Copyrighth by the cy, Mosby
pany.
 16. Schwarcz OBSTETRICIA. Editorial e Inmoviliaria Fl
340, Buenos Aires. 4ta. Edicion 1986. Pag. 184-1
 17. Vadillo O. Felipe. Revista de Ginecologia y Obstetr
de Mexico. FOSFOLIPASA A2 Y RUPTURA PREMATURA DE
BRANAS. Vol. 62 Mayo 1994. Pag. 143-145.

1. Williams. OBSTETRICIA. 3ra Edicion. Editorial Salvat
1986. Pag. 732-735.
2. 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 _____ PARIDAD: Primigesta _____
 de 15 a 20 Años _____ Secundigesta _____
 de 21 a 25 Años _____ Pequeña Multípara _____
 de 26 a 30 Años _____ ra _____
 de 31 a 35 Años _____ Gran Multípara _____
 de 36 y mas Años _____
 EDAD Menores de 25 Semanas _____ HORAS DE 0 a 8 Hrs _____
 GESTA- de 26 a 30 Semanas _____ EVOLUCION 9 a 16 Hrs _____
 de 31 a 35 Semanas _____ DE RPM: 17 a 24 Hrs _____
 de 36 a 40 Semanas _____ 25 a 32 Hrs _____
 33 a 40 Hrs _____
 41 a 48 Hrs _____
 49 y mas Hrs _____
 ANTECE- Sin Antecedentes _____ SINTOMAS: Dolor Pélvico _____
 CEDEN- RPM Anterior _____
 TES: Traumatismo _____ Salida de Líquido Vaginal _____
 Infección Urinario _____
 Enf. Transmisión Sexual _____ Hemorragia _____
 Parto Pretérmino _____ Fiebre _____
 Otros _____ Contracciones _____
 METODO Por Clínica _____ TIPO DE PES _____
 DIAG- Bioquímico _____ PARTO: CSTP _____
 NOSTICO:USG _____
 OTROS _____

TRATAMIENTO: SI _____ NO _____

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

COMPLICACIONES:	MATERNAS:	RECIBIEN NACIDO:
	Corioamnioititis _____	Premadurez _____
	Endometritis _____	Sepsis _____
	Shock Séptico _____	Mortalidad _____
	Otros _____	Otros _____
	Ninguna _____	Ninguna _____