

V. MORBIMORTALIDAD PERINATAL EN LA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Prof. Dr. Pascual A. Taccone, Jefe de Servicio de la Maternidad José F. Moreno del Hospital L. C. Lagomaggiore, Profesor titular de la Cátedra de Clínica Obstétrica de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

Dra. Graciela Mónica García, Médica Residente del Servicio de Clínica Obstétrica de la Maternidad José F. Moreno del Hospital L. C. Lagomaggiore, Mendoza, Argentina.

Dr. José Alberto Rossi, Docente de la Cátedra de Clínica Obstétrica de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

Dra. Irma Margarita Sofuco, Médica agregada al Servicio de Clínica Obstétrica de la Maternidad José F. Moreno del Hospital L. C. Lagomaggiore, Mendoza, Argentina.

RESUMEN

La rotura prematura de membranas (R.P.M.) es un accidente que complica el embarazo, originando un riesgo infeccioso para la madre y el hijo; además, si el mismo ocurre en el área de pretérmino, agrega el problema de la inmadurez fetal, con todas sus connotaciones.

En este estudio demostramos que con la conducta seguida hemos reducido significativamente la morbilidad infecciosa perinatal y materna, mientras que la inmadurez fetal no se pudo disminuir.

SUMMARY

The premature rupture of membranes is an accident that complicates pregnancy and thus originates an infectious risk for the mother and her son. If it happens in the preterm period, it includes fetal immaturity with its complications.

In this study we demonstrate a reduction in the perinatal and maternal infectious morbidity, but not in the fetal immaturity following our lines of treatment.

OBJETIVOS

- 1° Consignar la incidencia de R.P.M. en la Maternidad J. F. Moreno del Hospital Luis C. Lagomaggiore.
- 2° Analizar la morbilidad perinatal y materna registrada en el primer trimestre de 1986, evaluando la eficacia de nuestra normativa de tratamiento.
- 3° Comparar los resultados obtenidos con los registrados en 1981.

MATERIAL Y METODO

Se revisaron 1.951 historias clínicas correspondientes al primer trimestre de 1986, registrándose 112 casos de R.P.M., lo que da una incidencia de 5,7 %.

Las pacientes fueron asistidas con las pautas que para estos casos aconseja el Centro Latinoamericano de Perinatología. La normativa seguida es la siguiente:

Rotura prematura de membranas ovulares

Definición:

Se denomina R.P.M. a la salida de líquido amniótico por los genitales maternos, por lo menos una hora antes del comienzo de trabajo de parto.

Diagnóstico:

- Clínico:
 - Anamnesis.
 - Inspección de genitales.
 - Especuloscopia.
- Métodos complementarios de diagnóstico:
 - Test de cristalización de L.A.
 - Ph. Observación de células lipídicas fetales.

Criterio de internación:

En todos los casos de sospecha o confirmación de R.P.M.

Criterio de seguimiento y conducta:

- A. Sospecha de R.P.M.: utilizar los métodos complementarios de diagnóstico.

B. Certeza de R.P.M.:

- a) Con infección ovular:
 - Interrumpir la gestación cualquiera sea la edad gestacional.
 - Antibioticoterapia con cobertura total (antibioticoterapia triple).
- b) Sin infección ovular:
 1. Cuando no hay signos de infección ovular y se presume inmadurez pulmonar (hasta 35 semanas):
 - Conducta expectante.
 - Reposo absoluto.
 - No realizar examen vaginal.
 - Control de contracciones.
 - Control de temperatura y pulso.
 - Recuento de glóbulos blancos y eritrosedimentación.
 - Uteroinhibidores en caso de amenaza de parto prematuro.
 - No administrar antibióticos.
 - Maduración pulmonar entre las 28 y 32 semanas: 24 mg de betametasona en 24 horas, luego 12 mg por semana hasta las 35 semanas.
 - Interrupción del embarazo a las 35 semanas o antes, si aparecen signos de infección.
 2. Cuando no hay signos de infección ovular y se presume o confirma madurez pulmonar (a partir de 35 semanas):
 - Reposo absoluto.
 - Interrupción del embarazo luego de 24 a 48 horas de R.P.M.
 3. Conducta en el parto:
 - Antibioticoterapia en caso de operaciones obstétricas.
 4. Conducta en el puerperio:
 - Control riguroso buscando posibles signos de infección puerperal.

Para el estudio, el material fue dividido en dos grupos. El primero correspondió a gestaciones de menos de 35 semanas, área de pronóstico prenatal desfavorable, con alta incidencia de recién nacidos de bajo peso (R.N.B.P.), síndrome de depresión respiratoria (S.D.R.) e infecciones. En él registramos 29 casos, que representa 26 % del total.

El segundo grupo comprende las R.P.M. ocurridas en gestaciones de más de 35 semanas. Esta área gestacional es de mejor pronóstico perinatal, ya que el feto ha consolidado la madurez pulmonar. En este grupo consignamos 83 casos (74 %).

Análisis de los resultados perinatales

Rotura prematura de membranas Gestaciones de menos de 35 semanas (29 casos - 26 %)

	Periodo de lactancia		Total
	-24 hs.	+24 hs.	
Recién nacidos de bajo peso	18	8	26 (89,6 %)
Síndrome de depresión respiratoria	3	3	6 (20,6 %)
Infección feto neonatal	1	0	1 (3,4 %)
Muerte perinatal	2	4	6 (20,6 %)
Corioamnionitis	0	0	0 (0 %)
Endometritis puerperal	0	1	1 (3,4 %)
Parto espontáneo	15	6	21 (72,4 %)
Inducción del parto	2	4	6 (20,6 %)
Cesárea	3	5	8 (27,5 %)

Se destaca en este grupo la alta incidencia de R.N.B.P. (89,6 %) que por razones obvias obedece a la edad gestacional considerada, de la misma forma que el S.D.R. con 20,6 %. Es de hacer notar la baja incidencia de infección feto neonatal (3,4 %) y materna, expresada ésta en términos de endometritis puerperal (3,4 %).

Rotura prematura de membranas Gestaciones de más de 35 semanas (83 casos - 74 %)

	Periodo de lactancia		Total
	-24 hs.	+24 hs.	
Recién nacidos de bajo peso	7	2	9 (10,8 %)
Síndrome de depresión respiratoria	3	1	4 (4,8 %)
Infección feto neonatal	0	0	0 (0 %)
Muerte perinatal	2	0	2 (2,4 %)
Corioamnionitis	0	0	0 (0 %)
Endometritis puerperal	3	2	5 (6 %)
Parto espontáneo	50	11	61 (73,4 %)
Inducción del parto	5	4	9 (10,8 %)
Cesárea	18	4	22 (26,5 %)

Dada la edad gestacional era de esperar una disminución de los R.N.B.P., S.D.R., e infecciones neonatales. Lo que llama la atención es la alta incidencia de la

infección puerperal (6 %), que es mayor que en el grupo anterior (3,4 %); probablemente obedezca a mecanismos de infección hospitalaria, ya que no hay diferencias significativas en el tipo de partos en ambos grupos.

Rotura prematura de membranas Resultados perinatales en todos los grupos (112 casos - 100%)

	Periodo de lactancia		Total
	-24 hs.	+24 hs.	
Recién nacidos de bajo peso	25	10	35 (31,25 %)
Síndrome de depresión respiratoria	6	4	10 (8,9 %)
Infección neonatal	1	0	1 (0,9 %)
Muerte perinatal	4	4	8 (7,1 %)
Corioamnionitis	0	0	0 (0 %)
Endometritis puerperal	3	3	6 (5,3 %)
Parto espontáneo	65	17	82 (73,2 %)
Inducción	7	8	15 (13,3 %)
Cesárea	21	9	30 (26 %)

Estos resultados generales nos permiten evaluar la eficacia de nuestra conducta y comparar con lo registrado en 1981. Analizando los 112 casos de R.P.M., observamos un incremento de los R.N.B.P. (31,25 % en 1986 y 20,8 en 1981) y del S.D.R. (8,9 % en 1986 y 2,9 % en 1981).

En cuanto al riesgo infeccioso feto neonatal disminuyó (2,9 % en 1986, 15,5 % en 1981), de la misma forma que las endometritis puerperales (5,3 % en 1986 y 9 % en 1981). La mortalidad perinatal registró un discreto incremento (7,1 % en 1986 y 6 % en 1981).

En cuanto al tipo de parto, los porcentajes fueron homogéneos en todos los grupos e inclusive con lo consignado en 1981 (partos vaginales en 1986, 73,2 %; en 1981, 76 %; operación cesárea en 1986, 26,3 %; en 1981, 24 %).

En lo que hace al período de lactancia de la R.P.M. (tiempo que media entre el episodio y el parto), cuando aquel fue mayor de 24 horas se registró un 11,5 % de endometritis puerperal; cuando fue menor de 24 horas, sólo 3,4 %. No obstante ello, la morbilidad infecciosa materna es baja.

CONCLUSION

1. Con las normas que seguimos para el tratamiento de las pacientes afectadas de R.P.M., hemos conseguido una disminución importante del riesgo infeccioso feto neonatal y materno.
2. El mayor problema a resolver, según nuestra experiencia, la representaron los R.N.B.P., cuya alta incidencia (31,25 %) es debido a que 77 % de los partos (86 casos) se registran dentro de las 24 horas de ocurrido el episodio. Por lo tanto, es conveniente hacer todo lo posible para evitar el parto antes de las 35 semanas en los casos en que no hay signos de infección ovular para asegurar sobre todo la madurez pulmonar fetal.

BIBLIOGRAFIA

1. Schwarcz, R. L. y col.: "Síndrome de rotura prematura de membranas ovulares". Centro Latinoamericano de Perinatología (C.L.A.P.), 1977. Montevideo, Uruguay.
2. Schwarcz, R. L. y col.: "Síndrome de rotura prematura de membranas ovulares". Obstetricia, pág. 184. Editorial El Ateneo, 1986.
3. Taccone, P. A.: "Rotura prematura de membranas ovulares". Clínica y medios complementarios de diagnóstico. Atlas de la XXIV Reunión Anual Nacional de la F.A.S.G.O., pág. 27. Mendoza, octubre 1981.
4. Taccone, P. A., Molina, M.; Duguère, P.; Cornez, O.; Martina, A.; Monasterolo, L.: "Asistencia de las pacientes con rotura prematura de membranas ovulares". Atlas de la XXIV Reunión Nacional Anual de la F.A.S.G.O. Mendoza, octubre, 1981.
5. Taccone, P. A.; Toro, M. J.; Molina, M.; Papai, S.; Lucero, M.: "Valor predictivo de los métodos complementarios de diagnóstico de rotura prematura de membranas ovulares". Atlas de la XXIV Reunión Nacional Anual de la Federación Argentina de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, F.A.S.G.O. Mendoza, octubre, 1981.
6. Taccone, P. A.; Molina, M.; y Martina, A.: "Rotura prematura de membranas ovulares". Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina, vol. V, pág. 49, 1982.

Tabla 1
Características de las pacientes

Edad	Antecedentes de parto	Antecedentes de aborto
14-20 años	45	15
21-25 años	5	5
26-30 años	10	10
31-35 años	4	10
36-40 años	10	10
41-45 años	1	5
46-50 años	10	10
51-55 años	0	0
56-60 años	0	10

En la tabla se detallan las características de las pacientes.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Tabla 2
Características de las pacientes

Edad	Antecedentes de parto	Antecedentes de aborto
14-20 años	45	15
21-25 años	5	5
26-30 años	10	10
31-35 años	4	10
36-40 años	10	10
41-45 años	1	5
46-50 años	10	10
51-55 años	0	0
56-60 años	0	10

En la tabla se detallan las características de las pacientes.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.

Se detallan los antecedentes de parto y aborto.