

Universidad Autónoma de Baja California
Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California
Hospital General de Tijuana
Departamento de Enseñanza e Investigación



Análisis del manejo conservador activo en la Ruptura Prematura de Membranas que se presenta entre las semanas 28 a 34 de gestación en el Hospital General de Tijuana en el periodo comprendido entre 01 de Agosto de 2006 a 31 de Julio de 2007.

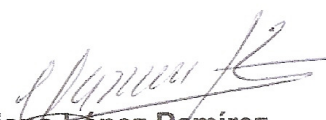
Trabajo terminal para obtener la el Diploma de Especialidad en:


Ginecología y Obstetricia

Presenta

Dra. Alejandra Torres Eyraud.
Residente de Ginecología y Obstetricia

APROBADO POR:


Dr. Mariano López Ramírez
Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia


Dr. Jorge M. Ruiz Calderón
Asesor de Tesis


Dra. Luz Elena Aburto Márquez
Profesor titular del curso de postgrado


Ing. J. Vidal Godínez Ibarra
Asesor Estadístico


Dra. Leticia Falcón Noriega
Jefe de enseñanza e Investigación

Tijuana Baja California

Febrero 2008

DEDICATORIA

A mis padres Alejandrina y Mario (†), porque gracias a ellos estoy en este mundo, en este tiempo, y siempre me han estimulado a seguir adelante con su ejemplo.

A mi Hija Alejandra Inés, por ser el motorcito de mi vida.

A mi esposo Vidal, por su apoyo y amor incondicional durante estos 4 años, así como por sus desmedidos cuidados.

A mis abuelos Andrés y Toñita, por cuidar estos cuatro años mi tesoro más preciado.

A mis maestros, por ser mi guía y ejemplo a seguir, así como por sus enseñanzas teórico-prácticas.

A mis compañeros, por su apoyo mutuo y amistad brindada en estos 4 años.

INDICE	
Antecedentes	04
Planteamiento del Problema	07
Justificación	08
Objetivos	09
Hipótesis	10
Hipótesis Nula	10
Diseño	11
Material y Métodos	12
Variables	13
Captación de Información	14
Método Estadístico	15
Resultados	16
Conclusiones	20
Anexos	21
Bibliografía	35

ANTECEDENTES

Las membranas ovulares están compuestas por la unión del amnios y el corión, constituidas de elementos celulares epiteliales sobrepuestos a capas de tejido conectivo denso con elevada concentración de colágeno. El corión contribuye con 10 a 15% del total de la resistencia de las membranas ovulares.; el amnios, por tanto, contribuye con el mayor porcentaje de dicha resistencia, siendo seis a diez veces más fuerte que el corión. (11).

La Ruptura Prematura de Membranas (RPM) se define con la salida de líquido amniótico a través de una solución de continuidad de las membranas ovulares, en embarazos mayores de 20 semanas y/o por lo menos 2 hrs antes de la iniciación del trabajo de parto. (12). Complica solo el 2-3% de todos los embarazos, pero se asocia con el 30-40% de todos los nacimientos pretérmino, y puede resultar en una importante causa de morbilidad neonatal. Las tres causas de muerte neonatal asociadas a ruptura prematura de membranas de pretérmino son: prematuridad, sepsis e hipoplasia pulmonar. Existe asimismo riesgo materno de desarrollar corioamnionitis. (1,5,6).

La RPM desencadena trabajo de parto espontáneo en las primeras 24 hrs. Existen controversias al respecto la decisión entre una conducta expectante o activa dependerá de las probabilidades de supervivencia del producto. La conducta expectante brinda mayor beneficio a los pequeños con un peso entre 1000 y 1500 grs. (2).

Hasta las 31 ó 35 semanas. Se consideran medidas generales y control con exámenes semanales, haciendo énfasis en la detección precoz de signos de infección ovular, los antibióticos en la RPM de pretérmino prolongan el período de latencia, reducen la incidencia de corioamnionitis clínica, reducen la incidencia de sepsis neonatal, neumonía, síndrome de dificultad respiratoria y enterocolitis necrotizante. El uso de corticoides disminuye en un 50% la incidencia del síndrome de dificultad respiratoria y además reduce la hemorragia intraventricular sin incrementar la morbilidad infecciosa perinatal. Este beneficio obtiene principalmente entre las 24 y 32 semanas. (10).

Entre las semanas 32 a 34 de gestación, aparecen los neumocitos I y II, estos últimos son encargados de producir factor surfactante y tienen receptores hormonales β -adrenérgico, que influyen en la síntesis de surfactante y son modulados por glucocorticoides. Se sabe que a nivel pulmonar aceleran la maduración pulmonar actuando de distintas formas: ⁽²⁾

-)} Modulan la síntesis de lecitina y proteínas del surfactante
-)} Provocan una inducción de los receptores β -adrenérgicos de los neumocitos tipo II
-)} Modifican el parénquima pulmonar y disminuyen el edema
-)} Producen una maduración de los sistemas antioxidantes ⁽²⁾.

La conferencia del consenso del NHI 2000, recoge estudios con suficiente evidencia científica y afirman que la primera dosis de corticoides es beneficiosa para la maduración pulmonar pero no hay suficientes estudios randomizados sobre los riesgos y beneficios de las dosis de recuerdo semanales, por lo tanto estas no tienen que ser utilizadas de rutina y reservarlas para pacientes incluidas en ensayos clínicos. ⁽⁴⁾.

Los corticoides disminuyen la morbilidad perinatal en la ruptura prematura de membranas de pretérmino ⁽⁴⁾.

En cuanto al uso de antibióticos lo que se busca es reducir la morbilidad perinatal. Esto incluiría la prolongación del embarazo luego de la RPM, la reducción de la incidencia de complicaciones como síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante y por supuesto muerte neonatal. Existen una serie de trabajos en los que se revisan sus efectos sobre la prolongación del embarazo, infección materna e infección neonatal. ^(7,8).

En estos estudios se aprecian resultados variables y que pueden ser objetados debido a que en muchos de ellos se utilizó monoterapia o se administró antibióticos por una o dos dosis. El más destacable de ellos por número de pacientes y diseño experimental es el estudio multicéntrico realizado por Mercer en 1997. En él se incluyeron 614 mujeres con RPM de pretérmino

entre las 24 y 32 semanas de gestación. Se evaluó el efecto de antibióticos prohibiendo el uso de tocolíticos y corticoesteroides. Se administró en forma randomizada placebo o ampicilina más eritromicina EV por 48 hrs. seguido por amoxicilina más eritromicina VO por 5 días más. (7).

En resumen, los antibióticos en la RPM de pretérmino prolongan el período de latencia, reducen la incidencia de corioamnionitis clínica, reducen la incidencia de sepsis neonatal, neumonía, síndrome de dificultad respiratoria y enterocolitis necrotizante. (8).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- | ¿Es determinante el manejo conservador activo de la Ruptura de Membranas de Pretérmino que se presenta entre la semana 28 a 34 de gestación, en la prevención del riesgo de complicaciones maternas y fetales?

JUSTIFICACION

-)} El pronóstico del recién nacido prematuro está en relación directa con la capacidad de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
-)} La Ruptura Prematura de Membranas que se presenta entre las semanas 28 y 34 de gestación, es un motivo frecuente de atención en el Servicio de Tococirugía en el Hospital General de Tijuana.
-)} En el Hospital General de Tijuana no existe protocolo establecido de estudio y manejo conservador activo de la Ruptura Prematura de Membranas que se presenta el la semana 28 a 34 de gestación.
-)} La Ruptura Prematura de Membranas de Pretérmino es una causa importante de morbilidad materna.
-)} La Ruptura Prematura de membranas de Pretérmino es una causa importante de morbimortalidad perinatal.

OBJETIVOS

-)} Conocer el resultado del Manejo Conservador Activo de la Ruptura Prematura de Membranas de Pretérmino que se presenta durante las semanas 28 a 34 de gestación en el Hospital General de Tijuana.
-)} Conocer las complicaciones Maternas de la Ruptura Prematura de membranas que se presenta durante las semanas 28 a 34 de gestación en el Hospital general de Tijuana.
-)} Conocer las complicaciones Neonatales de la Ruptura Prematura de membranas que se presenta durante las semanas 28 a 34 de gestación en el Hospital general de Tijuana.
-)} Sentar las bases para una propuesta de Protocolo de Manejo Conservador Activo de la Ruptura Prematura de Membranas de Pretérmino que se presenta durante las semanas 28 a 34 de gestación en el Hospital general de Tijuana.

HIPOTESIS

- | El manejo conservador activo de la Ruptura de Membranas de Pretérmino que se presenta durante las semanas 28 a 34 de gestación, en el Hospital General de Tijuana, previene el riesgo de Complicaciones Maternas y Neonatales.

HIPOTESIS NULA

- | El manejo conservador activo de la Ruptura de Membranas de Pretérmino que se presenta durante las semanas 28 a 34 de gestación, en el Hospital General de Tijuana, no previene el riesgo de Complicaciones Maternas y Neonatales.

MATERIAL Y METODOS

)} **Universo de estudio:** Pacientes que sean hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia, del Hospital General de Tijuana, por diagnóstico de Ruptura de Membranas durante las semanas 28 a 34 de gestación, en el periodo comprendido del 01 de Agosto de 2006 al 31 de Julio de 2007.

)} **Criterios de inclusión:**

- Pacientes con embarazo de 28 a 34 semanas de gestación por FUM y/o US.
- Diagnóstico de RPM (clinico o US)
- Hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Tijuana en el periodo comprendido del 01 de Agosto de 2006 al 31 de Julio de 2007.
- Que hayan recibido manejo Conservador Activo de la Ruptura de Membranas de Pretérmino. (antibioticos / esteroides)
- Que el embarazo se haya interrumpido en el Hospital General de Tijuana.
- Que se cuente con expediente completo

)} **Criterios de exclusión:**

- Pacientes con Ruptura de Membranas que se presente antes de la semana 28 de gestación y después de la semana 34 de gestación.
- Pacientes con Ruptura de Membranas durante la semana 28 a 34 de gestación que no hayan sido hospitalizadas.
- Pacientes que no hayan recibido manejo conservador activo de Ruptura de Membranas de pretérmino.
- Pacientes con expediente incompleto.

VARIABLES

- } Edad Materna.
- } Paridad
- } Edad Gestacional: Calculada por Fecha de Ultima Regla, y/o por Ultrasonido traspolado.
- } Método diagnóstico de RPM.
- } Periodo de Latencia: Tiempo transcurrido entre la Ruptura de Membranas y la Interrupción del embarazo.
- } Esquema de Inducción de maduración pulmonar fetal.
- } Número de esquemas de Inducción de maduración pulmonar fetal utilizados.
- } Medicamentos utilizados en los esquemas de Inducción de maduración pulmonar fetal.
- } Uso de Antibióticos.
- } Motivo de Interrupción del embarazo.
- } Criterios de corioamnioitis (Gibbs). (Anexo)
- } Vía de interrupción del embarazo..
- } Sexo del recién nacido.
- } Peso al nacer del recién nacido.
- } Edad gestacional al nacer por escala de Capurro. (Anexo)
- } Calificación de APGAR. (Anezo)
- } Destino del recién nacido.
- } Complicaciones del recién nacido.
- } Uso de Factor Surfactante.
- } Motivo de egreso del recién nacido.
- } Dias de estancia hospitalaria.
- } Peso al egreso.
- } Complicaciones maternas durante el puerperio.
- } Dias de estancia hospitalaria materna.

PROCEDIMIENTO DE CAPTACION DE INFORMACION

-)} Se captaron las pacientes al ingreso al servicio de Tococirugía, una vez realizado el diagnóstico, y decidido el manejo conservador del mismo.
-)} Se colectó la información del seguimiento en la hoja de recolección de datos. ()
-)} Se observó el seguimiento de la paciente y el recién nacido y se realizaron ;las anotaciones correspondientes.
-)} Se diseño una sábana de datos en Excell y se captó la información recabada en las hojas de recolección de datos.

METODOS ESTADISTICOS

- | Se analizaron por medio de Hoja de Cálculo de Excel las diferentes variables para determinar, porcentajes, máximas, mínimas, frecuencias, en relación a la población estudiada.

RESULTADOS

Se analizaron los datos obtenidos para las diferentes variables en un total de 22 pacientes hospitalizadas en el periodo de 01 de Agosto de 2006 a 31 Julio de 2007, en el servicio de Tococirugía del Hospital General de Tijuana, con diagnóstico establecido de Ruptura Prematura de Membranas de Pretérmino, a las cuales se decidió dar manejo conservador activo con Inductores de Maduración Pulmonar Fetal, (Betametasona 12 mg IM cada 24 hrs por 2 dosis ó Dexametasona 6 mg IM cada 12 hrs por 4 dosis); Antibiótico y observación; encontramos los siguientes resultados:

- l Durante el periodo del estudio se presentaron en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Tijuana un total de 8120 nacimientos de los cuales 131 (1.61%) fueron productos prematuros por debajo de las 36 semanas de gestación, unicamente 22 de éstos prematuros (17%), cumplieron con los criterios de inclusión al estudio que son: ruptura de membranas entre las semanas 28 a 34 de gestación y manejo conservador activo con inductores de maduración pulmonar fetal, antibiótico y observación. (Anexos 1 y 2).
- l La **edad materna** de las 22 pacientes estudiadas se encontró en el rango entre los 16 y 43 años de edad, con un promedio de 27.09 años, la mayor incidencia se presento en la segunda década de la vida con 9 pacientes (40.9%), seguido del grupo de edad entre los 31 a 40 años con 6 pacientes (27.2%), menores de 20 años 5 pacientes (22.7%) y mayores de 40 años 2 pacientes (10%). (Anexo 3).
- l En cuanto a **paridad**, observamos que 13 pacientes (59%), presentaron 3 gestas o más; 5 secundigestas (23%) y 4 primigestas (18%). (Anexo 4).
- l Del la población estudiada 13 pacientes no acudieron a **control prenatal y solo** 9 pacientes (40.9%) si lo tuvieron; aún así considerado inadecuado, ya que de las 9, ninguna logró acudir a 5 consultas por lo

- menos como lo marca la NOM-007-SSA2-1993, de las 9 pacientes que llevaron control prenatal, 3 acudieron a 3 consultas, 5 de ellas a 2 consultas y una paciente solo a una consulta. (Anexo 5)
-)} Observamos que la **edad gestacional** de presentación de la Ruptura Prematura de Membranas predominó en las semanas 30.0 a 30.6, en la que se presentaron 8 casos (36.3%) de 22 estudiadas, le siguen de 32.0 a 32.6 con 5 casos, 31.0 a 31.6 con 4 casos, de 28.0 a 28.6 y de 33.0 a 33.6 con 2 casos respectivamente y finalmente un caso presentado entre la semana 29.0 a 29,6 de gestación. La edad gestacional se evaluó por la fecha de última menstruación y se corroboró por US, en 18 pacientes de las cuales 15 ultrasonidos eran del tercer trimestre, 2 del segundo trimestre y uno del primer trimestre. (Anexo 6)
 -)} En cuanto al **método diagnóstico** de la ruptura prematura de membranas observamos que se realizó mas comúnmente por medio de ultrasonido obstétrico con valoración del índice de líquido amniótico en 20 pacientes, corroborado en 17 pacientes (77. 27%), por medio de la clínica; y se realizó cristalografía únicamente en 3 pacientes (15%), las cuales se reportaron positivas. (Anexo 7)
 -)} El **periodo de latencia** entre la presentación de la ruptura de membranas y el nacimiento del producto fue dentro de la primera semana en 21 pacientes (95.45%), con una mínima de 1 día y una máxima de 9 días, en promedio 4 días. (Anexo 8)
 -)} En el 95% de los casos, o sea, 21 pacientes se utilizó unicamente 1 esquema de **inductores de maduración pulmonar fetal**, siendo el medicamento más utilizado la Betametasona en 18 pacientes (81.8%), Dexametasona en 4 pacientes (19.2%), a sus dosis habituales. (Anexos 9 y 10)
 -)} En las 22 pacientes estudiadas se administró algún tipo de **antibiótico**, en 18 se utilizó ampicilina (78%), en 2 alguna cefalosporina (9%), en 2

algún aminoglucósido (9%) y en una paciente se utilizó clindamicina. (Anexo 11)

- | En 9 pacientes se interrumpió el embarazo por desencadenar trabajo de parto, en las 13 restantes no se encontró una indicación precisa, siendo en la presencia ultrasonográfica de oligohidramnios severo y/o anhidramnios en 11 pacientes y en 3 pacientes datos clínicos positivos de infección intraamniótica (Anexo 12)

- | Se presentaron **Criterios de GIBBS** en 13 pacientes (59%), (ANEXO 13); de éstas un solo criterio en 11 pacientes (85%), y dos criterios en 2 pacientes (15%),(Anexo 14) siendo la leucocitosis el mas frecuente, presentándose en 6 pacientes (46.5%), seguido de PCR positiva en 5 pacientes (30.46%), (Anexo 15)

- | En cuanto la vía de nacimiento se obtuvieron 19 productos por cesarea (86%) y 3 por parto (14%), (Anexo 16); de los cuales 13 fueron del sexo masculino (59%) y 9 del sexo femenino. (Anexo 17).

- | De los 22 productos obtenidos 10 presentaron un **peso** entre 1000 y 1500 gr (45.5%) 10 entre 1500 y 2000 gr (45.5%), y 2 productos, 2000 gr o más (9%), (Anexo 18).

- | Los recién nacidos al momento de nacer fueron ingresados para su estudio en UCIN 15 recién nacidos (68%), 6 a cunero patológico (27.2%), y se presentó una defunción en cunero de transición, no se dejó ningún recién nacido en binomio. (Anexo 20)

- | En los 3 de los 4 recién nacidos que presentaron enfermedad por membrana hialina administró una sola dosis de factor surfactante en cada uno (75%), el que no recibió factor surfactante presentó defunción a los 8 días de estancia en la UCIN..

-)} Egresaron del hospital por mejoría 13 recién nacidos (59%), por curación 2 recién nacidos (9.09%), y se por defunción 7 recién nacidos (31.8%). (Anexo 21).

-)} De las 7 defunciones llama la atención que todas las pacientes eran multigestas con 2 o más embarazos (mínima de 2, máxima de 8), solo una de ellas llevó control prenatal, el cual fue inadecuado, únicamente con 3 consultas, la edad gestacional entre 27 y 33 semanas por Capurro, con periodo de latencia entre 2 y 6 días, promedio 4.1 días; todos recibieron inductores de maduración pulmonar fetal, 6 con betametasona y uno con dexametasona, así mismo todos recibieron antibiótico previo al nacimiento de los productos, entre ellos a los 7 se les administró ampicilina y a dos de ellos doble esquema uno con amikacina y otro con clindamicina. De estas pacientes 2 presentaron leucocitosis arriba de 16,000 sin contar con diferencial, y 2 PCR positiva. La terminación del embarazo en estas pacientes fue por cesarea en el 85.7% y la principal indicación fue oligohidramnios severo (66.6%) (Anexos 22 y 23)

-)} La estancia hospitalaria de las pacientes del estudio antes de la interrupción del embarazo suma 81 días en total con un promedio de 3.68 días, una máxima de 7 días y una mínima de 1 día, después de la interrupción del embarazo sumaron un total 43 días con un promedio de 1.95 días, una máxima de 3 días y una mínima de 1 día. Totalizando la estancia hospitalaria de todas las pacientes fue de 124 días, con un promedio de 5.6 días, una máxima de 9 días y una mínima de 2 días. (Anexo 24)

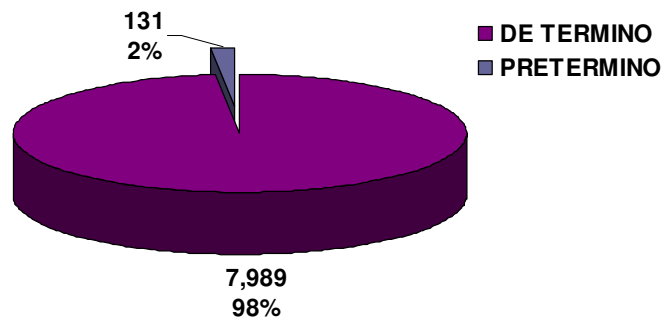
CONCLUSIONES

-)} La ruptura de membranas en las semanas 28 a 34 semanas complica el 17% de los nacimientos prétermino que son atendidos en el Hospital General de Tijuana.
-)} En el Hospital General de Tijuana se debe estimar el peso aproximado del producto previo a la toma de decisión de interrupción del embarazo.
-)} El uso indiscriminado de ampicilina debe suprimirse, ya que en este estudio se utilizó en todas las pacientes, solo o en combinación con otro antibiotico, presentando sepsis en 7 neonatos.
-)} Es necesario establecer un protocolo de manejo para establecer los criterios de diagnóstico, tratamiento y para la interrupción del embarazo.
-)} En el 60% de las pacientes de este estudio, el criterio para la interrupción del embarazo no se apega a los descritos en la literatura.
-)} La ruptura de membranas de pretermino es una complicación que representa un impacto economico para la institución, sobretodo en el servicio de UCIN.
-)} La falta de control prenatal fue un factor importante observado el la presentacion de ruptura de membranas en las semanas 28 a 34 de gestacion, asi como las complicaciones del neonato, incluso la defunción
-)} Es mas frecuente que se presente ruptura de membranas de pretermino en mujeres con 3 o mas gestaciones

ANEXOS

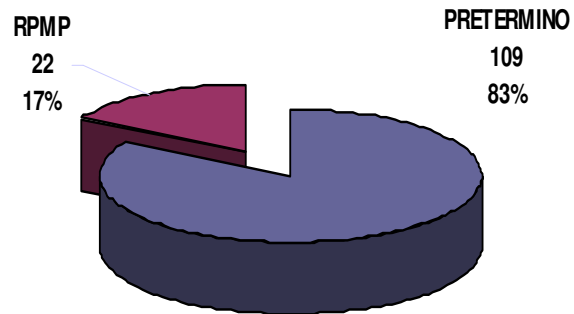
ANEXO 1

TOTAL DE NACIMIENTOS 8120



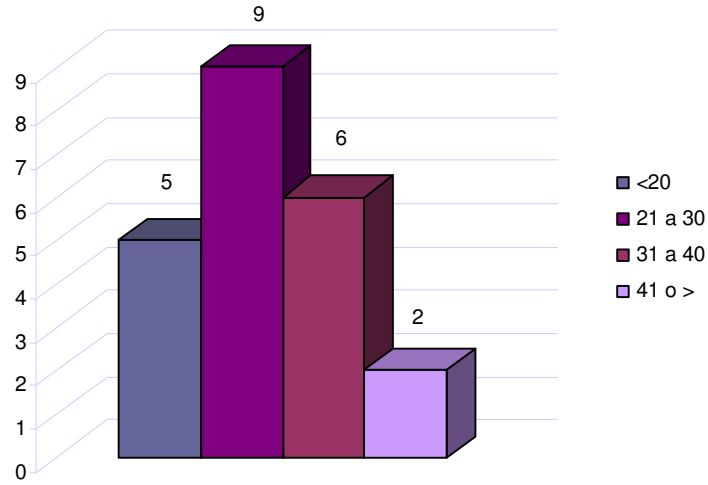
ANEXO 2

TOTAL DE PRETERMINOS 131



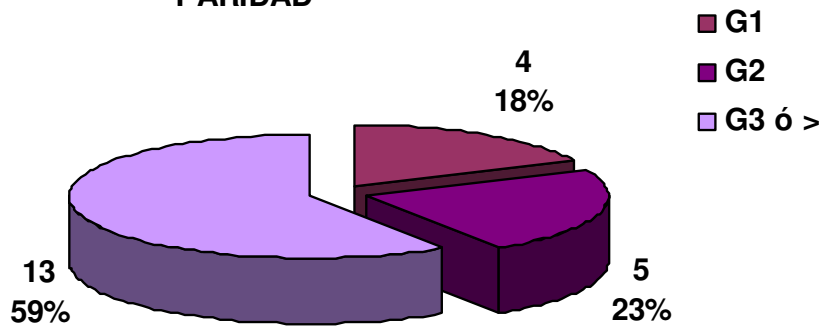
ANEXO 3

EDAD MATERNA

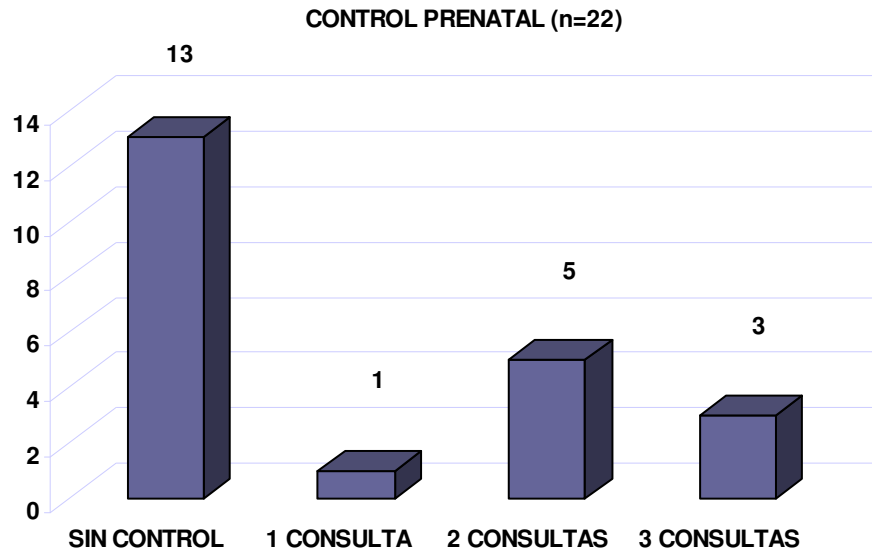


ANEXO 4

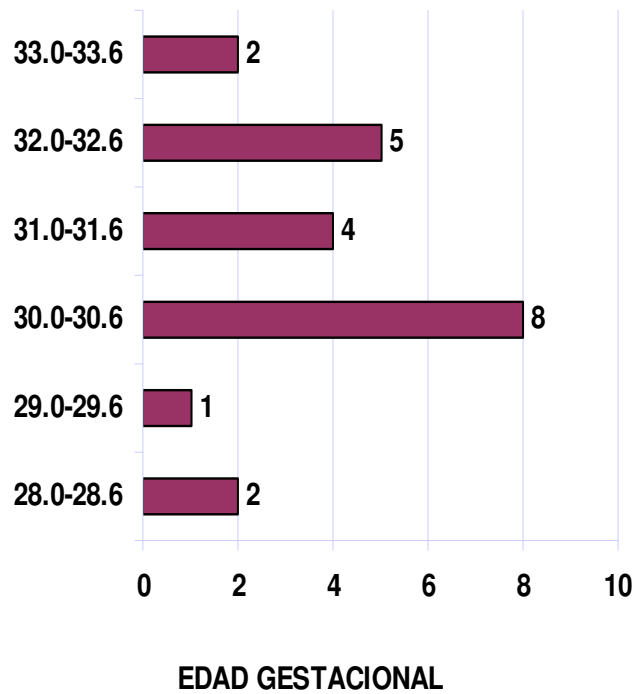
PARIDAD



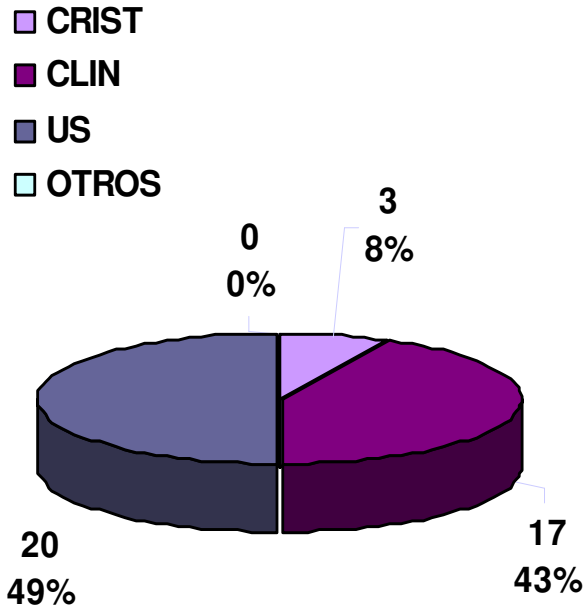
ANEXO 5



ANEXO 6

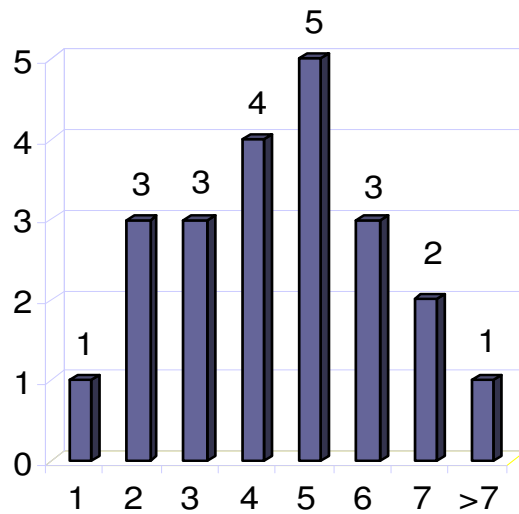


ANEXO 7



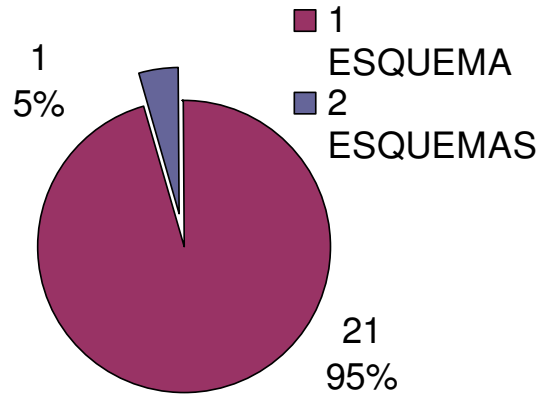
METODO DIAGNOSTICO

ANEXO 8
LATENCIA

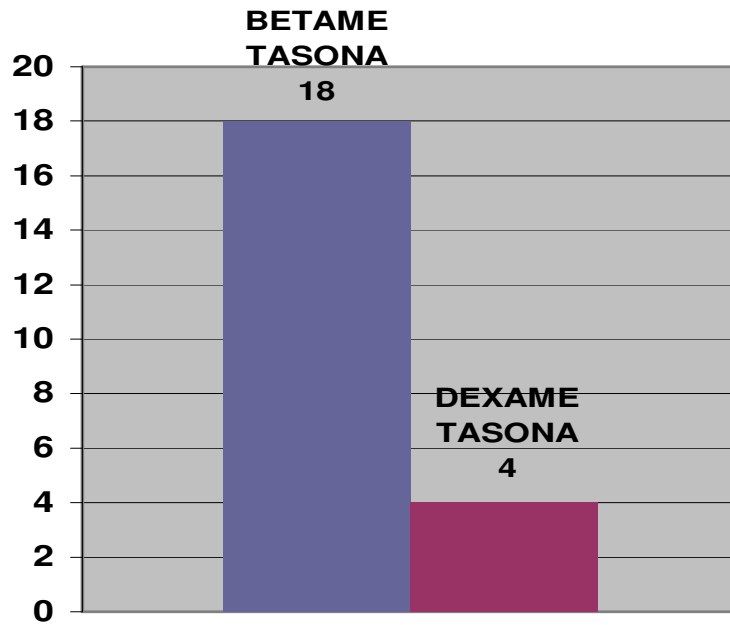


ANEXO 9

ESQUEMAS DE IMPF

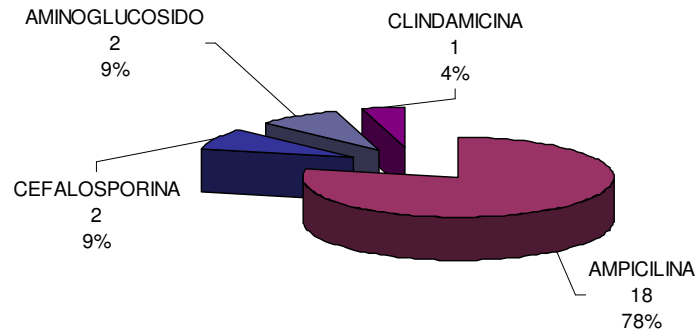


ANEXO 10



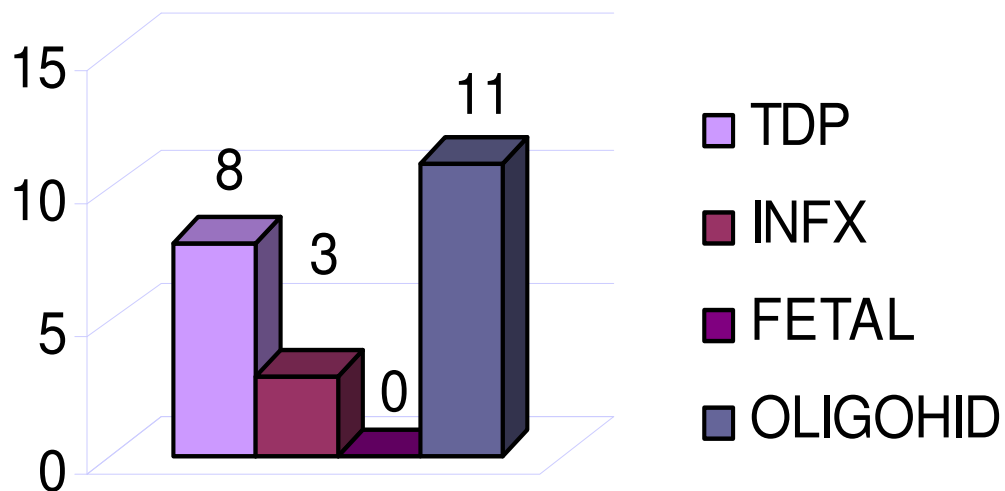
ANEXO 11

USO DE ANTIBIOTICO

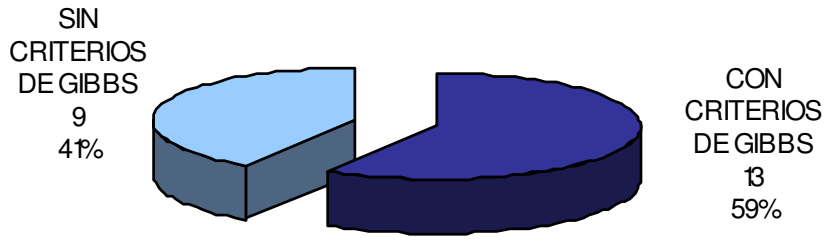


ANEXO 12

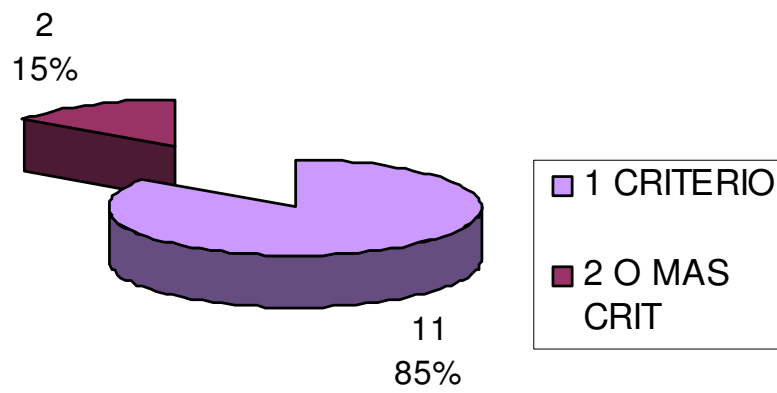
MOTIVO DE INTERRUPCION DEL EMBARAZO



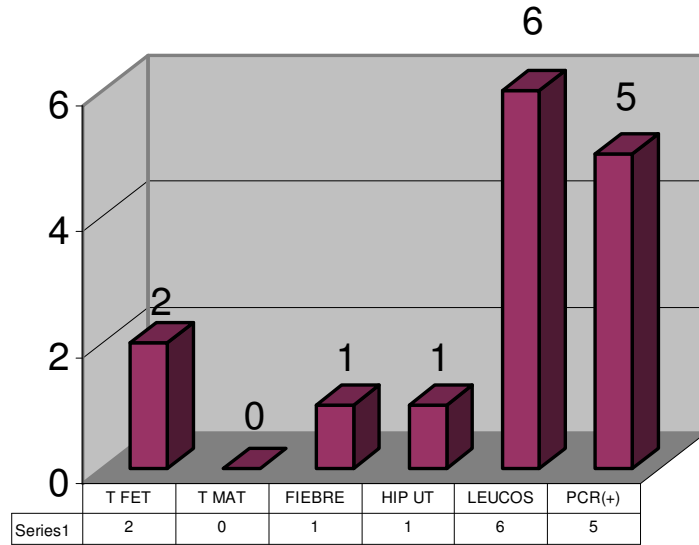
ANEXO 13
CRITERIOS DE GIBBS



ANEXO 14
CRITERIOS DE GIBBS

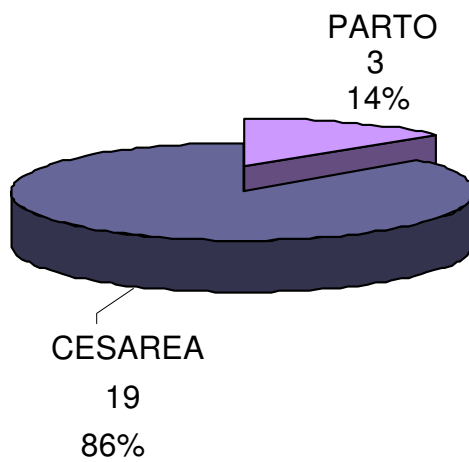


ANEXO 15
CRITERIOS DE GIBBS



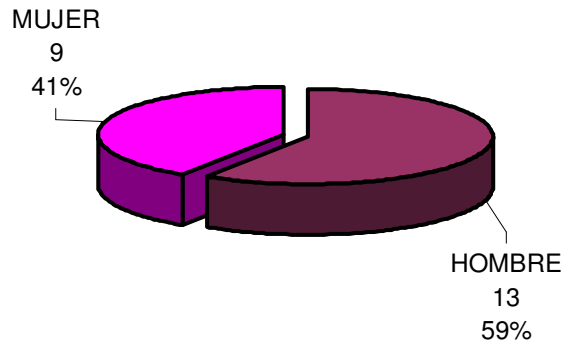
ANEXO 16

VIA DE NACIMIENTO



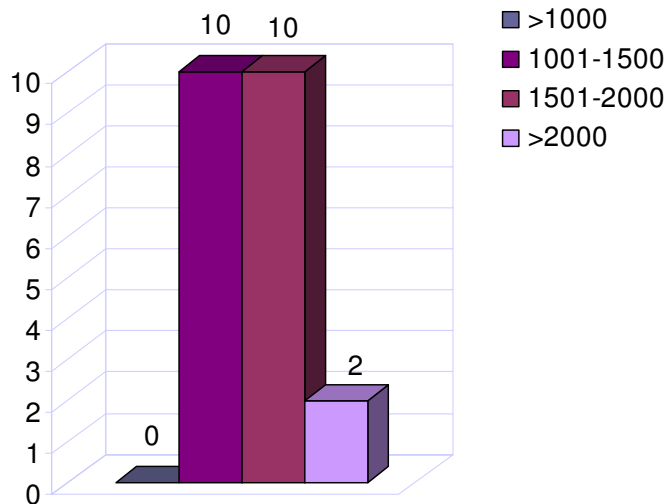
ANEXO 17

SEXO DEL PRODUCTO



ANEXO 18

PESO AL NACER (gr)

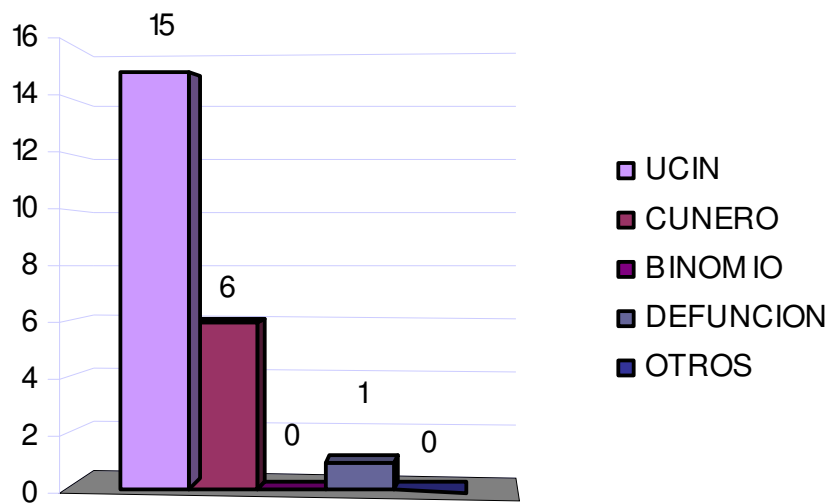


ANEXO 19

CALIFICACION DE APGAR AL 1 Y 5 MINUTOS		
PUNTAJE	1 minuto (No. de casos)	5 minutos (No. de casos)
8 a 9	14	19
4 a 7	6	1
0 a 3	2	2

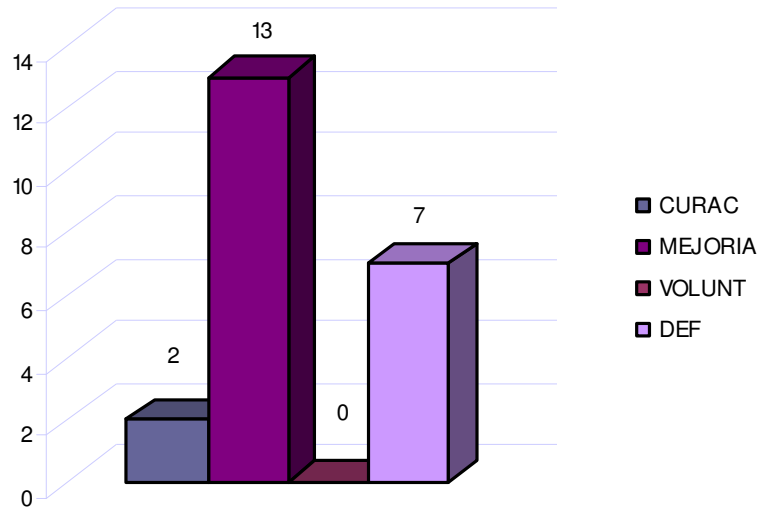
ANEXO 20

DESTINO DEL RN



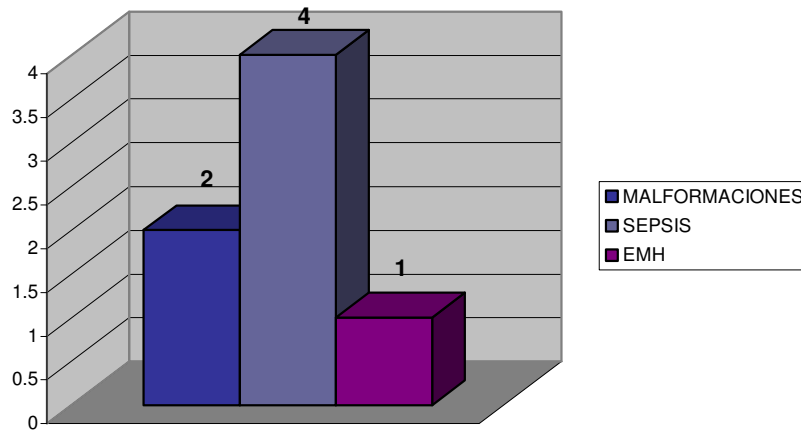
ANEXO 21

MOTIVO DE EGRESO DEL RN



ANEXO 22

CAUSAS DE DEFUNCION DEL RN

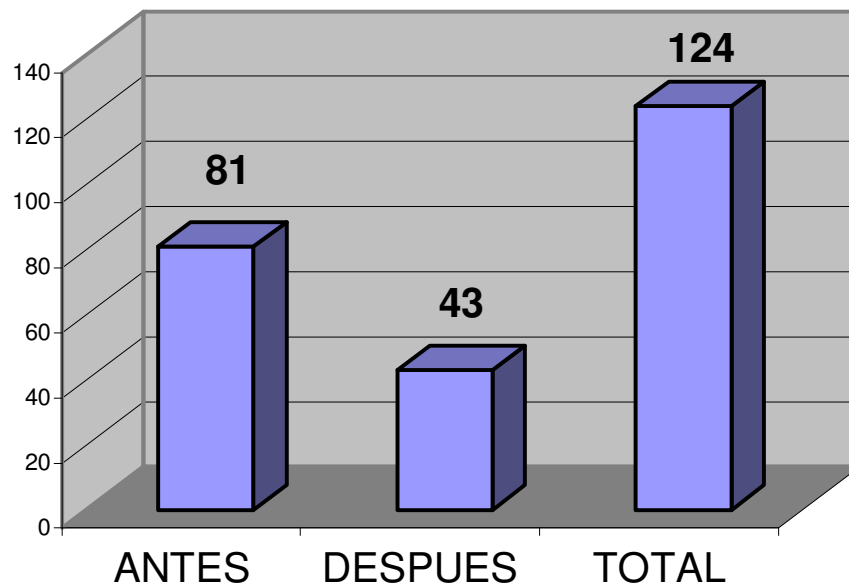


ANEXO 23

RELACION DE DEFUNCIONES EN RELACION AL PESO AL NACER		
PESO AL NACER	No. DE CASOS	No. DE DEFUNCIONES
< 1000 gr	0	0
1001 a 1500	10	5
1501 a 2000	10	1
2001 o >	2	1

ANEXO 24

DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA



ANEXO 25

No. CASO	EG POR FUM	EG POR US	CAPURRO	PESO	EVOLUCION	DIAS DE ESTANCIA	COMPLICS / CAUSA DE MUERTE
1	27	30	33	1300	mejoria	29	EMH
2	28	28	28	1000	defuncion	8	SEPSIS / EMH
3	30	30.5	32.1	1950	mejoria	8	EMH
4	30.1	31	31	1650	mejoria	37	EMH
5	30.1	29.1	32	1400	mejoria	5	----
6	30.1	29.2	30	1350	defuncion	5	SEPSIS
7	30.3	nd	32	1900	mejoria	9	TTRN
8	30.4	31	31	1646	mejoria	27	SEPSIS
9	30.4	30	30.5	1550	mejoria	14	----
10	31.2	30	32	1450	mejoria	30	----
11	31.2	nd	33	2300	defuncion	2	CARDIOPATIA
12	31.5	nd	33	1950	mejoria	2	----
13	32	31.1	33	1800	mejoria	11	----
14	32	nd	32	1220	mejoria	39	ENTEROCOLITIS
15	32	32.1	32	2000	mejoria	2	----
16	32	31.4	32	1700	defuncion	5	SEPSIS
17	32.1	29.4	32.4	1530	mejoria	19	TTRN
18	32.4	32	33	1500	defuncion	4	SEPSIS
19	32.4	32	33	2550	mejoria	4	----
20	33.1	30	30	1350	mejoria	21	----
21	nd	31.2	31	1200	defuncion	7	SEPSIS
22	nd	27.1	27	1100	defuncion	1	Pb Sx TURNER

ANEXO 26

Criterios de Gibbs para el diagnóstico de infección ovular (dos o más criterios):

- Fiebre materna ($t^{\circ} > 37.8^{\circ} C$)
- Leucocitosis $> 15.000 \times mm^3$
- Pérdida de líquido de aspecto purulento a través del orificio cervical externo
- Sensibilidad uterina (dolor)
- Taquicardia materna (≥ 120 por min)
- Taquicardia fetal (≥ 160 por min)













ANEXO 27

APENDICE B (Normativo) VALORACION DEL RECIEN NACIDO METODO DE APGAR

SIGNO	0	1	2
FRECUENCIA CARDIACA	AUSENTE	MENOR DE 100	MAYOR DE 100
ESFUERZO RESPIRATORIO	AUSENTE	REGULAR E HIPO-VENTILACION	BUENO. LLANTO FUERTE
TONO MUSCULAR	FLACIDO	ALGUNA FLEXION DE LAS EXTREMIDADES	MOVIMIENTOS ACTIVOS BUENA FLEXION
IRRITABILIDAD REFLEJA	SIN RESPUESTA	LLANTO. ALGUNA MOVILIDAD	LLANTO VIGOROSO
COLOR	AZUL. PALIDO	CUERPO SONROSADO MANOS Y PIES AZULES	COMPLETAMENTE SONROSADO

ANEXO 27

METODO DE CAPURRO PARA DETERMINAR LA EDAD GESTACIONAL EN EL RECIEN NACIDO.

	Puntuación			
Forma de la OREJA	 0	 5	 10	 20
Tamaño de la ANGLEA MAMARIA	 0	 5	 10	 20
Formación del PEZON	 0	 5	 10	 20
TEXTURA de la PIEL	Muy fina gelatinosa 0	Fina lisa 5	Más gruesa discreta descamación superficial 10	Gruesa grisesa suppurativa descamación de manos y pies 20
PLEGUES PLANTARES	De pliegues 0	Manchas mal definidas en la mitad anterior 5	Manchas bien definidas en la 1/3 anterior, débiles en 1/3 anterior 10	Manchas en la mitad anterior 20
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Se suma 204 + Puntaje Parcial y se divide entre 7 </div>			
	Puntaje Parcial = _____			

Dr. Carlos Martínez, Jesús Arias
 dcscosm@netnet.com

BIBLIOGRAFIA

- Royal College of Obstetricians and Gynecologists, Guideline No. 44 November 2006.
- Quezada Estibaliz, Marimon Edda, Cabreé Sergi, Borrás Miguel. Maduración pulmonar fetal, tratamiento antenatal con corticoides. Pautas y dosis. Ginecología y Obstetricia Clínica 2002; 3(4): 182-186.
- Harding JE, Pang J, Knight DB, Liggins GC. Do antenatal corticosteroids help in the setting of preterm rupture of membranes? Am J Obstet Gynecol 2001;184:131-9.
- Gladis Adriana Vélez, M.D.* ESTEROIDES ANTENATALES PARA MADURACIÓN PULMONAR. ¿CURSO ÚNICO O CURSOS MÚLTIPLES? UNA PREGUNTA AÚN VIGENTE. Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2004; 55(4): 308-314.
- Steven R. Epidemiology of premature rupture of the fetal membranes. Clin Obstet Gynecol 1991; 34 (4): 685-694
- Anthony R. Introduction to pPROM. Obstet Gyne Clinics of North America 1992; 19(2): 241-247
- Dr. Valentín Martínez Camilo¹ y Dra. Vivian Álvarez Ponce. USO DE ANTIMICROBIANOS EN PACIENTES CON ROTURA PREMATURA DE

8. Expectant Management of Preterm Premature Rupture of Membranes and Nonvertex Presentation: What Are the Risks? *Lewis, David F.; Robichaux, Alfred G.; Jaekle, Ronald K.; Salas, Amber; Canzoneri, Bernard J.; Horton, Kelly; Jaekle, Lauren; Stedman, Charles* Obstetrical & Gynecological Survey. 62(11):694-695, November 2007.

9. Sara Kenyon, RM^{*}, Michel Boulvain, MD, PhD[†] and Jim Neilson, MD[‡] Antibiotics for Preterm Rupture of the Membranes: A Systematic Review [‡] *Obstetrics & Gynecology* 2004;104:1051-1057

10 Preterm Premature Rupture of Membranes: Diagnosis and Management TANYA M. MEDINA, M.D., and D. ASHLEY HILL, M.D. *February 15, 2006* Volume 73, Number 4: 660-665

11. *Fernando Augusto López-Osma**, *Sergio Alexander Ordóñez-Sánchez***
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS FETALES: DE LA FISIOPATOLOGÍA HACIA LOS MARCADORES TEMPRANOS DE LA ENFERMEDAD

12. Instituto Nacional de perinatología 2003. Normas y Procedimientos de Ginecología y Obstetricia.