

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. Fundada en 1551

FACULTAD DE MEDICINA

E. A. P. DE OBSTETRICIA

**Complicaciones materno neonatales del
manejo activo versus expectante de la
ruptura prematura de membranas en
gestantes de 34-36 semanas atendidas en
el Instituto Especializado Materno Perinatal
durante julio 2001- julio 2003**

TESIS para optar el título profesional de: LICENCIADA EN OBSTETRICIA

JENNY ATAUJE QUISPE;

PAOLA SANTISTEBAN CALDERÓN

ASESOR DR. JUAN AURELIO OBANDO RODRIGUEZ

LIMA – PERÚ 2004

..	1
Agradecimiento: . .	3
RESUMEN .	5
I.- INTRODUCCIÓN .	7
II.-MATERIAL Y MÉTODOS .	13
III.- RESULTADOS . .	17
V.- DISCUSIÓN .	35
VI.- CONCLUSIONES .	41
VII.- RECOMENDACIONES . .	43
BIBLIOGRAFÍA .	45
ANEXOS .	49
ANEXO 1 . .	49
ANEXO 2 . .	54
ANEXO 3 . .	55
ANEXO 4 . .	55

Dedicatoria La presente tesis se la de dedicamos a Dios, que siempre esta guiando nuestros caminos; a nuestros padres por su confianza y apoyo incondicional; a nuestros docentes por encauzarnos en el camino de la investigación y a todas las madres y niños por nacer que son la razón de nuestra profesión.

Agradecimiento:

Nuestro sincero agradecimiento a nuestros padres por el apoyo incondicional.

A nuestro asesor Dr. Juan Obando R. por sus valiosos consejos en la realización del presente trabajo.

Al Sr. Juan Enciso Castro, Sra. Luisa por su apoyo en la recolección de datos.

Al Licenciado Luis Huaman por la asesoría estadística del trabajo.

RESUMEN

Introducción: El manejo de la ruptura prematura de membranas entre las 34 - 36 semanas es discutido, pudiéndose elegir por dos opciones; el manejo activo, que es la culminación del embarazo por cesárea o inducción del trabajo de parto; y el manejo expectante, que es la espera del inicio espontáneo del trabajo de parto. Se debe sopesar los riesgos asociados a la prematuridad que se pueden dar en el manejo activo; contra el riesgo de infección que aumenta con el tiempo de evolución de la ruptura durante el manejo expectante.

Objetivo: Determinar las complicaciones maternas neonatales que se presentan en el manejo activo y expectante de la ruptura prematura de membranas en gestantes de 34-36 semanas.

Material y métodos: Se presenta un estudio retrospectivo, descriptivo, comparativo. Se incluyeron pacientes hospitalizadas con diagnóstico de ruptura prematura de membranas de 34-36 semanas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión en el periodo de julio 2001-julio 2003, encontrando un total de 82 pacientes, que constituye la población de estudio, de las cuales a 30 se les realizó el manejo activo y a 52 el manejo expectante.

Resultados: Del total de la población estudiada, al 36.59% se le realizó el manejo activo y al 63.41% se le realizó el manejo expectante. Se halló asociación entre la mayor duración del periodo de latencia y la instalación de la infección materna y neonatal encontrándose un promedio de 78 horas para corioamnionitis y 70 horas para endometritis.

En cuanto a las complicaciones maternas, la corioamnionitis se presentó con la misma frecuencia en ambos manejos; y respecto a la endometritis se obtuvo un caso con el manejo activo y dos con el manejo expectante. (Ver tabla N° 24)

Respecto a las complicaciones neonatales tenemos: SDR leve un 26.7% en el manejo activo y un 21.1% en el manejo expectante. Bajo peso al nacer 13.3% en el manejo activo y 32.7% en el manejo expectante. Sepsis Neonatal se encontró 6.7% en el manejo activo y 21.1% en el manejo expectante. Sufrimiento fetal agudo se obtuvo 16.7 % en el manejo activo y 7.7% en el manejo expectante. (Ver tabla N° 22).

Respecto a la tasa de cesáreas se obtuvo un 70% en el manejo activo a diferencia del manejo expectante con un 42.3%.

En relación a la estancia hospitalaria de las madres se halló un 29.9% en el manejo activo y un 70.5% en el manejo expectante que se quedaron hospitalizadas más de 4 días. En cuanto a los recién nacido podemos ver que se obtuvo un 46.7% en el manejo activo a comparación del manejo expectante con un 32.7% que no se hospitalizaron.

Conclusiones: La morbilidad materna en el manejo activo no tuvo diferencia significativa con el manejo expectante (10.% vs 7.6%). En cuanto a la morbilidad neonatal es mayor en el manejo expectante que en el manejo activo.

El manejo expectante eleva los días de estancia hospitalaria a comparación del manejo activo en un 40.6%. El manejo activo incrementa la tasa de cesáreas a diferencia del manejo expectante (70% vs 42.3%)

Palabras claves: Manejo activo, manejo expectante, ruptura prematura de membranas, complicaciones maternas, complicaciones neonatales.

I.- INTRODUCCIÓN

El presente trabajo busca como objetivo general, determinar las complicaciones maternas neonatales que se presentan en el manejo activo y expectante de la ruptura prematura de membranas en gestantes de 34-36 semanas.

La ruptura prematura de membranas (RPM), es una patología de gran importancia clínica y epidemiológica debido a la frecuencia de complicaciones materno neonatales asociados como: Infección, endometritis, corioamnionitis, prematuridad, síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, entre otras. (1, 2, 3, 4, 5)

La ruptura prematura de membranas es la solución de la continuidad espontánea de las membranas corioamnióticas por lo menos una hora antes de iniciado el trabajo de parto, pudiendo ocurrir en cualquier momento del embarazo. Asociándose al aumento de la morbilidad neonatal, cuando ocurre en el embarazo pretérmino. Ella representa la condición relacionada de aproximadamente 1/3 de los partos prematuros, asociándose al aumento de la morbi-mortalidad materna perinatal. (6, 7, 8, 9, 10, 11, 12)

Se puede hablar del periodo de latencia, que es el tiempo que transcurre entre la ruptura y el momento del parto; éste es muy variable. (3,13)

La RPM se presenta en una frecuencia del 10% de todos los embarazos. (2, 9, 10, 14, 15, 16, 17, 18) Alcanza una frecuencia del 80% en embarazos a término y en un 20% en embarazos pretérmino, siendo responsable en un 30 - 40% de los partos prematuros. (1, 2, 9, 10, 14, 16, 20, 21, 22, 23)

Esta complicación obstétrica ocurre alrededor del 4-14% de los partos en el Perú. En

el Hospital Edgardo Rebagliati, su frecuencia alcanza el 7% y en el Hospital María Auxiliadora, en 1523 partos se detectó en un 15,7%. (1 caso por cada 6 partos) (24) En el Instituto Especializado Materno Perinatal su frecuencia fue de 10.1% en el año 2002. (26)

Las infecciones maternas relacionadas con la ruptura prematura son la corioamnionitis y la endometritis.

Según la bibliografía luego de las 24 horas de RPM, las $\frac{3}{4}$ partes de las gestantes con RPM pueden presentar signos de infección intraamniótica. (25) La corioamnionitis o infección intraamniótica, radica en la invasión de las membranas por bacterias y la inflamación ulterior de éstas antes del nacimiento.

La endometritis comienza con la invasión bacteriana del endometrio, antes o después del nacimiento, con una reacción inflamatoria que se inicia en la decidua y con frecuencia se extiende al endometrio, o incluso en el parametrio. También se define como los signos clínicos de infección que persisten más de 24 horas después del nacimiento. Así, la endometritis puede ser consecutiva a la corioamnionitis u ocurrir en forma independiente. Por consiguiente, la corioamnionitis se convierte en endometritis cuando la infección clínica persiste por más de 24 horas después del nacimiento. (21)

La RPM da lugar a complicaciones maternas y fetales siendo la corioamnionitis la complicación materna que más problemas plantea, con una incidencia del 0.5 al 1% en la población obstétrica general. (1, 21) Se presenta en alrededor de un 5-10% en pacientes con RPM de término, en tanto que su incidencia aumenta progresivamente en la medida que la rotura de membranas ocurre en gestaciones más precoces. (10, 21) En general, la corioamnionitis afecta a un 10-30% de las pacientes con RPM de pretérmino. (1, 9, 21, 25, 26)

Se puede diagnosticar de manera más sencilla si se tratara de una corioamnionitis clínica pero también existen elementos de laboratorio que permiten diagnosticar la presencia de invasión microbiana de la cavidad amniótica antes de que la corioamnionitis sea evidente, ellos son: Recuento de leucocitos en sangre materna > 12 000 - 15 000. (1, 10, 27, 28, 29) Otra prueba diagnóstica tenemos a la proteína C reactiva (PCR) considerando como infección probable a partir de 2 mg/dl. (1, 27, 30). La PCR es una proteína de fase aguda producida por los hepatocitos en respuesta a la inflamación o la infección, se ha propuesto como índice sensible de infección uterina. Sin embargo el hallazgo de aumento de dicha proteína no debe utilizarse de manera aislada en el proceso de toma de decisiones, ya que ésta no es patognómica de infección intraamniótica.

Entre las complicaciones neonatales podemos encontrar: Síndrome de Distrés respiratorio que es la complicación neonatal más importante en pacientes con RPM pretérmino y constituye la causa de morbilidad en un 36% (9) de recién nacidos y un 40% de la mortalidad neonatal. (10)

La sepsis neonatal se presenta con una incidencia variable, en pacientes con RPM pretérmino, la incidencia de sepsis confirmada es de un 8%, elevándose en un 20% en pacientes con corioamnionitis. (10)

Otra complicación es la asfixia perinatal, en la cual existen varias condiciones

asociadas a la RPM pretérmino que pueden explicar el aumento en la incidencia de asfixia perinatal: infección fetal, prolapso de cordón, desprendimiento placentario, presentaciones distócicas y compresión funicular por oligoamnios. Esto explica la mayor incidencia de alteraciones en el monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal y del perfil biofísico fetal, lo que a su vez se traduce en una mayor incidencia de cesárea por sospecha de hipoxia fetal. (10, 17, 29)

El Bajo peso al nacer se presenta en el 20 -23% de todos los casos de RPM. La mortalidad neonatal en relación al bajo peso, puede alcanzar al 21% de todas las muertes. (22)

El sufrimiento fetal agudo es casi siempre por compresión funicular siendo su incidencia en un 8,5% en mujeres de trabajo de parto subsiguiente a la ruptura prematura antes de término en comparación al 1.5% de las mujeres con trabajo de parto prematuro y membranas íntegras. (21)

Se ha demostrado que existe una relación directa entre el periodo de latencia y las complicaciones maternas y neonatales por arriba de las 34 semanas. En gestaciones > 34 semanas, la primera causa de mortalidad perinatal (con relación a la RPM), es la infección. (1, 3, 33, 34, 35)

Frente a un caso comprobado de ruptura prematura de membranas pretérmino se coloca ante dos decisiones: un manejo activo por el riesgo de infección o un enfoque expectante por el peligro que representa la inmadurez, ya que ésta complicación es mayor que la infección. Antes de inclinarse por alguno de los dos tratamientos es preciso tener en cuenta los siguientes factores o condiciones:

1) Presencia o ausencia de infección, 2) Periodo de latencia, 3) Edad gestacional, 4) Peso calculado para el feto, 5) Actividad uterina y cambios en el cuello.

6) Presentación, 7) Antecedentes quirúrgicos en el útero, 8) Patologías materna y fetal asociada, 9) Recursos humanos y técnicos.

De los anteriores puntos los más importantes son: la infección y la edad gestacional. En caso de presentarse la infección es imperioso terminar el embarazo sin tener en cuenta las posibilidades fetales ni los riesgos neonatales. (22, 30, 36)

Cuando se opta por el manejo activo se culmina el parto ya sea por cesárea o por la inducción del trabajo de parto no debiendo esta sobrepasar las 8 - 12 horas debido a que aumenta los riesgos maternos fetales (22, 37, 38).

Debemos tener en cuenta que para elegir este tipo de manejo se debe tratar de comprobar la maduración pulmonar es decir que el feto debe tener mayor de 34 semanas comprobado con fecha de última menstruación confiable, de lo contrario con ecografía del primer trimestre y/o último perfil biofísico; o definitivamente se decide en caso de infección materna o complicación fetal de acuerdo a los exámenes de laboratorio indicados. (17, 29, 30, 31, 39)

El manejo expectante, consiste en la espera del inicio espontáneo del trabajo de parto, incrementando la supervivencia neonatal intrauterina para evitar la prematuridad y el bajo peso al nacer, aumentando así el periodo de latencia. (6, 15, 24, 40, 41)

Es importante en la realización del manejo expectante una monitorización continua y estricta de los siguientes exámenes auxiliares: 1) Hemograma materno, 2) Proteína C reactiva en sangre materna, 3) Ecografía, 4) Perfil biofísico fetal, 5) Registro o monitoreo fetal no estresante. (6, 10, 30) Así como también la continua inspección de la temperatura materna, frecuencia cardiaca materna, frecuencia cardiaca fetal y características del líquido amniótico. (8, 17, 30, 42, 43, 44)

En ambos manejos se debe dar la antibioteoterapia respectiva a dosis terapéutica; de preferencia se utilizan los de amplio espectro como: ampicilina, clindamicina, gentamicina o una cefalosporina de primera generación siendo la más usada la cefalotina. (6, 22, 45)

Por tanto encontramos como conclusión según las bibliografías consultadas que en gestantes de 34 - 36 semanas el manejo activo tiene: Menor incidencia de coriamnionitis (2% en manejo activo versus 16% en manejo expectante $p < 0.007$), menor incidencia de infección neonatal, menor estancia hospitalaria de la madre y del recién nacido, menor incidencia de cesáreas en el manejo activo con oxitocina, recién nacido en mejores condiciones, recomendable en gestantes mal nutridas y con menos recursos económicos. Y en el manejo expectante: El feto pretérmino llegue a ser a término, ganancia del peso del recién nacido, menor posibilidad del recién nacido de inmadurez pulmonar, que el feto no sea expuesto a la probabilidad de traumatismo por inducción, y evitar las cesáreas ante la posibilidad de mayor morbilidad materna. Por tanto en cuanto a la edad gestacional si es menor de 34 semanas se elegirá de todas maneras el manejo expectante porque aún no hay maduración pulmonar y tampoco un buen peso del feto pero si es mayor de las 36 semanas ya se considera maduro y con un peso promedio para el nacimiento por ello es que se opta por el manejo activo mayormente en este caso. (27,46)

Entonces nos planteamos el siguiente problema: ¿Cuáles son complicaciones materno neonatales del manejo activo versus manejo expectante de la ruptura prematura de membranas en gestantes de 34-36 semanas atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal durante Julio 2001- Julio 2003?

De manera que se pueda conocer cuales son los beneficios de los manejos mencionados de acuerdo a las complicaciones que se presente pudiendo así decidir en mejora de la paciente; ya que se tiene que sopesar las complicaciones que se presenten en ambos manejos a estas edades gestacionales; debido que al decidir por el manejo expectante habrá aumento del peso fetal continuando con su desarrollo normal hasta su nacimiento, a su vez incrementa la incidencia de infección materna y neonatal; de lo contrario si se elige el manejo activo el índice de infección es mínima; pero el recién nacido puede tener complicaciones respiratorias y bajo peso al nacer.

Por todo lo descrito anteriormente, encontramos como justificación a nuestro problema que esta patología a nivel nacional tiene incidencias significativas y graves complicaciones como la infección y la prematuridad, es por ello que es importante tener en cuenta la mejor forma de manejo de estas pacientes para así disminuir la morbilidad materna-neonatal.

Entre las variables que se tomó en cuenta fueron: Manejo de la RPM (variable

independiente), Complicaciones maternas neonatales (variable dependiente), Características de la gestante (variable interviniente); tomando como hipótesis Alterna: Que el manejo activo tiene menos complicaciones materno neonatales que el manejo expectante y a la hipótesis nula: Que el manejo activo tiene más complicaciones materno neonatales que el manejo expectante.

Definición de términos básicos

1.- Adolescencia: Periodo de vida que comienza con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y abarca de los 11 años a los 19 años de edad. (47)

2.- Añosas: Es el periodo de vida de la mujer que comienza a los 35 años.

3.- Edad reproductiva.: Es el periodo de vida en que la mujer tiene las óptimas condiciones biológicas y psicológicas para procrear un nuevo individuo luego de la fecundación y abarca de los 20 años a 34 años (47).

4.- Profilaxis: Prevención de las enfermedades; tratamiento preventivo. (47)

5.- Manejo expectante: Esperar el inicio espontáneo del trabajo de parto con su respectiva antibioticoterapia o hasta la aparición de algún signo de infección materna o neonatal. (15)

6.- Manejo activo: intervención que consiste en la inducción del parto antes de las 12 - 24 horas de RPM ya sea con medicación (oxitócica o prostaglandinas) o bien realizando una cesárea. (15)

7.- Complicaciones maternas neonatales: Son aquellas patologías que se presentan por alteración del desarrollo fisiológico, enfermedad o tratamiento. Siendo en la RPM la complicación más frecuente en la madre la corioamnionitis y en el neonato la infección. (47)

8.- Sepsis Neonatal: Es la infección generalizada que ocurre durante las primeras 96 horas de vida con presencia de signos clínicos manifiestos y acompañada de aislamiento de un germen en el hemocultivo. (13)

9.- Síndrome de dificultad respiratoria (SDR): Definida por la presencia de los siguientes factores: taquipnea con quejido respiratorio, retracciones respiratorias, cianosis, hipoxia y hallazgos típicos en la radiografía. (13)

10.- Sufrimiento fetal agudo (SFA): Es una alteración del intercambio metabólico entre la madre y el feto que trae como consecuencia la hipoxemia, acidosis e hipercapnea al igual que otros estudios homeostáticos fetales. Se determinó mediante las alteraciones características en los patrones de monitoreo fetal electrónico. (13)

11.- Perfil biofísico fetal (PBF): Es un método de vigilancia fetal basada en la observación conjunta de cinco actividades biofísicas: movimientos respiratorios fetales, movimientos corporales gruesos, tono fetal, actividad cardíaca fetal (monitoría sin estrés) y el volumen de líquido amniótico. Siendo un puntaje de 2 cuando el parámetro está presente y 0 cuando está ausente. Así el máximo puntaje es de 10 y considerándose de riesgo el menor de 8. (13)

12.- Periodo de latencia: Es el tiempo transcurrido entre la ruptura prematura de membranas ovulares y el momento del parto. (3,13)

13.- Proteína C Reactiva (PCR): Es un marcador inespecífico de infección que se eleva durante el trabajo de parto y puede aumentar dos o tres días antes de la aparición de los síntomas clínicos de corioamnionitis. Se considera una gran especificidad de la PCR para el diagnóstico de corioamnionitis con infección probable a partir de 2 mg/dl. (1)

14.- Hemograma: Examen hemocromocitométrico que nos orienta sobre una infección presente o latente.

15.- Test no estresante (TNS): Esta prueba consiste en el registro electrónico continuo de la frecuencia cardiaca fetal anteparto y de los movimientos fetales espontáneos por un corto periodo de tiempo. Tiene la ventaja de no ser invasiva.

16.- Bajo peso al nacer (BPN): Se dice que un bebé nace con bajo peso si al momento del parto pesa menos de 2,500 kg.

17.- Circular del cordón simple: es cuando el cordón se encuentra alrededor del cuello del bebé ocasionando que en el momento del nacimiento, la oxigenación no sea la adecuada y se produce asfixia fetal.

II.-MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, comparativo, retrospectivo de corte transversal, la información se obtuvo del Departamento de Estadística del Instituto Especializado Materno Perinatal Ex-Maternidad de Lima (IEMP), la cual nos proporcionó las historias clínicas de las 82 pacientes con ruptura prematura de membranas que cumplieron con nuestros criterios de inclusión y exclusión, hospitalizadas en el IEMP en el periodo de julio 2001 - julio 2003 que cursaron con edad gestacional de 34- 36 semanas.

Durante el periodo de estudio se registraron en el IEMP un total de 41, 724 pacientes, correspondiendo a 2997 pacientes con diagnóstico de RPM, encontrándose un total de 279 pacientes (población total) entre las 34 semanas y 0 días - 36 semanas y 6 días, por encontrarse menor cantidad de pacientes se hizo necesario revisar las historias clínicas maternas y neonatales del total de pacientes encontradas (279 pacientes) de las cuales se obtuvo 82 pacientes (población de estudio); tanto maternas como neonatales que cumplieron con nuestros criterios de exclusión e inclusión, muchas historias clínicas fueron excluidas debido a que más del 50% de pacientes de la población total tuvo un diagnóstico erróneo de RPM con trabajo de parto en fase activa al ingreso de la Institución. De éstas; 52 pacientes tuvieron manejo expectante (reposo, antibióticos, hemograma en hospitalización, realizándose la interrupción si iniciaban actividad uterina o signos de infección) y 30 el manejo activo (antibióticos, interrupción de la gestación ya sea por inducción del parto eutócico o cesárea).

Para realizar el presente estudio se revisaron las historias clínicas de las gestantes que cumplían los criterios de inclusión y exclusión respectivos como también las historias

clínicas de los recién nacidos cuyas madres fueron incluidas en el presente estudio.

Se llevó a cabo la coordinación respectiva con la Dirección Ejecutiva de Investigación y Desarrollo de Tecnologías, Oficina de Estadística e Informática y con el Departamento de Archivos del Instituto Especializado Materno Perinatal.

La edad gestacional se estableció por amenorrea confiable o por ecografía del Iº trimestre del embarazo y/o último perfil biofísico fetal, confirmándose con el índice de Capurro para calcular la edad del recién nacido. (según diagnóstico de Neonatología)

Nuestros criterios de exclusión fueron: preeclampsia severa, diabetes mellitus, hemorragias, presentación anómala, pelvis no ginecoide, malformaciones fetales, anomalías uterinas, embarazos gemelares, oligohidramnios sin RPM, SFA al ingreso de la paciente al Instituto, infección materna severa al momento del ingreso, historias clínicas incompletas o con datos dudosos, 2 o más cesáreas, además de las pacientes que ya ingresan en trabajo de parto ya que no sería una RPM específica según la bibliografía consultada sino una ruptura precoz de membranas. Y el criterio de inclusión es: gestantes de 34 semanas y 0 días -36 semanas y 6 días confirmada.

El diagnóstico de ruptura prematura de membranas pretérmino fue establecido al momento de ingreso de la paciente a la institución ya sea por interrogatorio directo, especuloscopia, visualización de líquido amniótico o hallazgos específicos de disminución de líquido amniótico por ecografía entre otros.

Una vez que el diagnóstico fue establecido, las condiciones para calificar a cada manejo fueron las siguientes:

Manejo Expectante:

- 1.- Hospitalización.
- 2.- Reposo absoluto.
- 3.- Control estricto de funciones vitales.
- 4.- Se colocó una vía endovenosa a toda paciente.
- 5.- Se administro antibiotecoterapia simple (cefalotina, ampicilina, gentamicina); doble (cefalotina+ gentamicina, cefalotina+amikacina, cefalotina+ampicilina); triple (cefalotina+gentamicina+amikacina, cefalotina+gentamicina+ampicilina)
- 6.- Durante la hospitalización de la paciente se realizaron los siguientes exámenes auxiliares: Hemograma, Proteína C reactiva cuantitativa como pruebas predictorias de corioamnionitis.
- 7.- Como pruebas de bienestar fetal se ejecutaron el perfil biofísico fetal y el test no estresante.
- 8.- Interrupción del embarazo si inicia actividad uterina o signos de infección.

Manejo activo:

- 1.- Control estricto de funciones vitales.
- 2.- Hemograma completo.
- 3.- Antibiotecoterapia profiláctico

4.- Evaluación ecográfica.

5.- Culminación del parto: ya sea por inducción del trabajo de parto no debiendo ésta de sobrepasar las 8 - 12 horas de manejo intrahospitalario. Otra vía de culminación es la cesárea. La elección de la vía de culminación del embarazo es de acuerdo a la condición de la paciente.

Los neonatos se manejaron de acuerdo a los protocolos del servicio de neonatología del Instituto Especializado Materno Perinatal.

Se elaboró un formulario para la recolección de datos en la cual se encuentran datos generales de las pacientes (maternas y neonatales); así como exámenes auxiliares para corroborar los diagnósticos y horas exactas para diferenciar los tipos de manejo, prosiguiendo a su llenado al momento de la revisión de las historias clínicas maternas y neonatales.

Se confeccionó una base de datos en el programa Excel con la información recolectada de las historias clínicas, tanto maternas como neonatales; posteriormente se inició el análisis y procesamiento de datos. Estos fueron agrupados de acuerdo al tipo de manejo y en tablas respectivas.

Los datos estadísticos de la base de datos fueron procesados con el programa SPSS (Statistics Program for Social Sciencs) versión 11; se aplicó la prueba de Chi-cuadrado para hallar la diferencia significativa mediante el valor de p (0.05) tomando como índice de confianza el 95%; y un margen de error del 5% para determinar las complicaciones materno neonatales con respecto al tipo de manejo.

Se determinó la sensibilidad y especificidad de cada uno de los exámenes auxiliares (hemograma, PCR elevado, perfil biofísico normal) como predictores de corioamnionitis en la madre y de infección en el recién nacido.

III.- RESULTADOS

Tabla N° 1. Distribución de las gestantes de 34-36 semanas sujetas al manejo activo versus expectante de la RPM durante julio 2001-julio2003 atendidas en el IEMP de acuerdo al grupo etáreo

Grupo etáreo	Tipo de Manejo				TOTAL	
	Manejo activo		Manejo expectante			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Adolescentes (≤ 19 años)	6	20	9	17.3	15	18.3
Edad Reproductiva (20-34)	18	60	33	63.5	51	62.2
Añosas (≥ 35 años)	6	20	10	19.2	16	19.5
TOTAL	30	100	52	100	82	100

Fuente : Departamento de estadística del IEMP.

$X^2 = 0.118$

$X^2c = 0,943$

$p = 0.05$

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que no existe asociación entre el grupo de edad y el tipo de manejo. ($X^2c = 0.943$ mayor a 0.05),

Complicaciones materno neonatales del manejo activo versus expectante de la ruptura prematura de membranas en gestantes de 34-36 semanas atendidas en el Instituto Especializado Materno

con un valor X^2 de 0.118.

La mayoría de las pacientes se encontraba en edad reproductiva, con un 62.2%, seguidas de las añosas, en un 19.5% y las adolescentes con un 18.3 %.

Tabla N° 2. Distribución de las gestantes de 34-36 semanas sujetas al manejo activo versus expectante de la RPM durante julio 2001-julio 2003 atendidas en el IEMP de acuerdo al grado de instrucción

Grado de Instrucción	Tipo de Manejo				TOTAL	
	Manejo activo		Manejo expectante			
	N°	%	N°	%	N°	%
Primaria Incompleta	2	6.7	3	5,8	5	6.1
Primaria Completa	1	3.3	1	1,3	2	2.4
Secundaria Incompleta	6	20.0	14	26,9	20	24.4
Secundaria Completa	20	66.7	29	55.8	49	59.8
Superior Incompleta	1	3.3	3	5,8	4	4.9
Superior Completa	-	-	2	3,8	2	2.4
TOTAL	30	100	52	100	82	100

Fuente: Departamento de estadística del IEMP.

$$X^2 = 2.317$$

$$X^2c = 0.804$$

$$p = 0.05$$

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que no existe asociación entre el grado de instrucción y el tipo de manejo. ($X^2c = 0.804$ mayor a 0.05), con un valor X^2 de 2.317.

Según el grado de instrucción se encontró: primaria incompleta 6.1%, primaria completa 2.4%, secundaria incompleta 24.4%, secundaria completa 59.8%, superior incompleta 4.9% y superior completa en un 2.4%.

Tabla N° 3. Distribución de las gestantes de 34-36 semanas sujetas al manejo activo versus expectante de la RPM durante julio 2001-julio 2003 atendidas en el IEMP de acuerdo al estado civil

Estado Civil	Tipo de Manejo				TOTAL	
	Manejo activo		Manejo expectante			
	N°	%	N°	%	N°	%
Soltera	5	16.7	9	15.4	13	15.9
Casada	4	13.3	9	17.3	13	15.9
Conviviente	21	70.0	35	67.3	56	68.3
TOTAL	30	100	52	100	82	100

Fuente : Departamento de estadística del IEMP

$X^2 = 0.229$

$X^2c = 0.892$

$p = 0.05$

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que no existe asociación entre el estado civil y el tipo de manejo. ($X^2c = 0.892$ mayor a 0.05), con un valor X^2 de 0.229.

Se pudo observar que un gran porcentaje (68.3%) se presentó la convivencia mientras que el grupo de casadas y solteras hubo una igualdad llegando a alcanzar un 15.9%.

Tabla Nº 4 . Distribución de las gestantes de 34-36 semanas sujetas al manejo activo versus expectante de la RPM durante julio 2001-julio2003 atendidas en el IEMP de acuerdo al Control prenatal (CPN)

Control prenatal (CPN)	Tipo de Manejo				TOTAL	
	Manejo activo		Manejo expectante			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CPN	13	43.3	28	53.8	41	50.0
No CPN	17	56.7	24	46.2	41	50.0
TOTAL	30	100	52	100	82	100

Fuente: Departamento de estadística del IEMP.

$X^2 = 0.841$

$X^2c = 0.359$

$p = 0.05$

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que no existe asociación entre el control prenatal y el tipo de manejo. ($X^2c = 0.359$ mayor a 0.05), con un valor X^2 de 0.841).

En la población estudiada se obtuvo el mismo porcentaje de pacientes controladas y no controladas (50%).

Tabla Nº 5. Distribución de las gestantes de 34-36 semanas sujetas al manejo activo versus expectante de la RPM durante julio 2001-julio2003 atendidas en el IEMP de acuerdo a la paridad de la gestante

Paridad de la gestante	Tipo de Manejo				TOTAL	
	Manejo activo		Manejo expectante			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nulípara	15	50.0	28	53.8	43	52.4
Primípara	11	36.7	14	26.9	25	30.5
Múltipara	4	13.3	10	19.2	14	17.1
TOTAL	30	100	52	100	82	100

Complicaciones materno neonatales del manejo activo versus expectante de la ruptura prematura de membranas en gestantes de 34-36 semanas atendidas en el Instituto Especializado Materno

Fuente : Departamento de estadística del IEMP.

$$X^2 = 1.034$$

$$X^2c = 0.596$$

$$p = 0.05$$

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que no existe asociación entre la paridad de la gestante y el tipo de manejo. ($X^2c = 0.596$ mayor a 0.05), con un valor X^2 de 1.034.

Se encontró una población nulípara en más del 50% (52.4%), seguida del 30.5% de primíparas y en un 17.1% de múltiparas.

Tabla N° 6. Distribución de las gestantes de 34-36 semanas sujetas al manejo activo versus expectante de la RPM durante julio 2001-julio 2003 atendidas en el IEMP de acuerdo a la edad gestacional

Edad gestacional (Semanas)	Tipo de Manejo				TOTAL	
	Manejo activo		Manejo expectante		N°	%
	N°	%	N°	%		
34	6	20.0	13	25.0	19	23.2
35	8	26.7	18	34.6	26	31.7
36	16	53.3	21	40.4	37	45.1
TOTAL	30	100	52	100	82	100

Fuente : Departamento de estadística del IEMP.

$$X^2 = 1.291$$

$$X^2c = 0,524$$

$$p = 0.05$$

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que no existe asociación entre el grupo de edad gestacional y el tipo de manejo; ($X^2c = 0.524$, mayor a 0.05) con un valor X^2 de 1.291.

Se encontró que en un 23.2% de pacientes con 34 semanas, en un 31.7% con 35 semanas y en un 45.5% de pacientes con 36 semanas de edad gestacional.

Tabla N° 7. Distribución de las gestantes de 34-36 semanas sujetas al manejo activo versus expectante de la RPM durante julio 2001-julio 2003 atendidas en el IEMP de acuerdo al periodo de latencia

Periodo de latencia	Tipo de Manejo						TOTAL	
	Manejo activo			Manejo expectante				
	Nº	%	Mediana*	Nº	%	Mediana*	Nº	%
< de 6 horas	3	10	5.0	-	-	-	3	3.66
6-12 horas	5	16.7	9.0	2	3.8	7.0	7	8.55
13 - 24 horas	9	30.0	19.0	9	17.3	19.0	18	21.95
1-3 días	11	36.7	47.0	24	46.2	42.5	35	45.68
4-7 días	2	6.7	101.5	13	25.0	104.0	15	18.29
> 7 días	-	-	-	4	7.7	203.0	4	4.87
TOTAL	30	100		52	100		82	100

Fuente: Departamento de estadística del IEMP.

*Teniendo en cuenta que la mediana se encuentra en horas

$$X^2 = 16.464$$

$$X^2c = 0.006$$

$$p = 0.05$$

Período de Latencia (En horas)

Periodo de latencia en horas	Manejo activo		Manejo expectante	
	Nº	Mediana	Nº	Mediana
	30	21.0	52	48.0

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que si existe asociación entre el periodo de latencia y el tipo de manejo; ($X^2c = 0,006$ menor a 0.05) con un valor X^2 de 16.464.

Tanto en el manejo activo como en el expectante hubo un periodo de latencia promedio de 1 a 3 días en un 36.7% y 42.2% respectivamente.

Tabla N° 8. Distribución de las gestantes de 34-36 semanas sujetas al manejo activo versus expectante de la RPM durante julio 2001-julio 2003 atendidas en el IEMP de acuerdo al tiempo de manejo intrahospitalario

Complicaciones materno neonatales del manejo activo versus expectante de la ruptura prematura de membranas en gestantes de 34-36 semanas atendidas en el Instituto Especializado Materno

Tiempo de manejo intrahospita-lario	Tipo de Manejo						TOTAL	
	Manejo activo			Manejo expectante				
	Nº	%	Mediana*	Nº	%	Mediana*	Nº	%
< de 6 horas	11	36.7	3.0	4	7.7	5.5	15	18.29
6-12 horas	7	23.3	9.0	6	11.5	9.5	13	15.85
13 - 24 horas	8	26.7	15.0	9	17.3	17.0	17	20.73
1-3 días	3	10.0	36.0	22	42.3	45.5	25	30.48
4-7 días	1	3.3	99.0	9	17.3	36.0	10	12.19
> 7 días	-	-	-	2	3.8	186.5	2	2.44
TOTAL	30	100		52	100		82	100

Fuente : Departamento de estadística del IEMP.

* Teniendo en cuenta que la mediana se encuentra en horas

$$X^2 = 21.918$$

$$X^2c = 0.001$$

$$p = 0.05$$

Tiempo de manejo intrahospitalario (En horas)

Tiempo de manejo intrahospitalario	Manejo activo		Manejo expectante	
	Nº	Mediana	Nº	Mediana
	30	10.5	52	37.5

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que si existe asociación entre el tiempo de manejo intrahospitalario y el tipo de manejo; ($X^2c = 0,001$ menor a 0.05) con un valor X^2 de 21.918.

Se encontró en el manejo activo el tiempo de manejo intrahospitalario fue menos de 6 horas en su mayoría (36.7%), mientras que en el manejo expectante el tiempo de manejo intrahospitalario fue de 1-3 días en un 42.3%.

Tabla Nº 9. Distribución de las gestantes de 34-36 semanas sujetas al manejo activo versus expectante de la RPM durante julio 2001-julio 2003 atendidas en el IEMP de acuerdo a los exámenes auxiliares realizados a la gestante.

Exámenes auxiliares de la gestante		Tipo de Manejo				TOTAL	
		Manejo activo		Manejo expectante			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hemograma	Normal	17	56.7	30	57.7	47	57.32
	Anormal	5	16.7	17	32.7	22	26.83
	No se realizó	8	26.7	5	9.6	13	15.85
	TOTAL	30	100	52	100	82	100
Proteína C reactiva	Normal	2	6.7	16	30.8	18	0.22
	Anormal	5	16.7	14	26.9	19	23.17
	No se realizó	23	76.7	22	42.3	45	84.88
	TOTAL	30	100	52	100	82	100

Fuente : Departamento de estadística del IEMP.

Chi Cuadrado			
Examen auxiliar	Valor Chi-cuadrado (X ²)	Grado de libertad	Valor Crítico (X ² c)
Hemograma	5.314	2	0.070
PCR	9.991	2	0.007

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que no existe asociación entre el hemograma y el tipo de manejo; (X²c = 0,070 mayor a 0.05) con un valor X² de 5.314.

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que si existe asociación entre el PCR y el tipo de manejo; (X²c = 0,007 menor a 0.05) con un valor X² de 9.991.

De acuerdo a los exámenes auxiliares maternos encontrados se observó una gran cantidad de hemogramas patológicos tanto en el manejo activo como en el manejo expectante con un 32.7% y un 16.7% respectivamente.

En el Hemograma para el diagnóstico precoz de corioamnionitis se obtuvo una sensibilidad del 93.61% y una especificidad del 9.09%.

En cuanto al PCR hubo un porcentaje mayoritario de pacientes que no se les realizó dicha prueba obteniéndose un 76.7% en el manejo activo y un 42.3% en el manejo expectante. En este examen auxiliar se encontró una sensibilidad del 100% y una especificidad del 10.52%. En el caso de la corioamnionitis se obtuvo un PCR de 24 mg/dl y en cuanto a la endometritis un PCR de 48 mg/dl.

Fuente : Departamento de estadística del IEMP.

Complicaciones materno neonatales del manejo activo versus expectante de la ruptura prematura de membranas en gestantes de 34-36 semanas atendidas en el Instituto Especializado Materno

Chi Cuadrado			
Pruebas de bienestar fetal	Valor Chi-cuadrado (X²)	Grado De libertad	Valor Crítico (X²c)
Ecografía	0.133	1	0.715
PBF	5.864	2	0.053
Test no estresante	2.766	2	0.251

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que no existe asociación entre la toma de ecografía y el tipo de manejo; (X²c = 0.715 mayor a 0.05) con un valor X² de 0.133.

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que no existe asociación entre la prueba de perfil biofísico fetal y el tipo de manejo; (X²c = 0.053 mayor a 0.05) con un valor X² de 5.864.

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que no existe asociación entre el test no estresante y el tipo de manejo; (X²c = 0.251 mayor a 0.05) con un valor X² de 2.766.

Según los resultados obtenidos se observa que la ecografía es el examen más solicitado como mínimo tanto en el manejo activo como en el expectante con un 73.3% y 76.9% respectivamente a comparación del perfil biofísico fetal y el test no estresante.

Tabla N° 11. Distribución de las gestantes de 34-36 semanas sujetas al manejo activo versus expectante de la RPM durante julio 2001-julio 2003 atendidas en el IEMP de acuerdo a la presencia de circular de cordón simple en pruebas de bienestar fetal

Pruebas de bienestar fetal		Tipo de Manejo				TOTAL	
		Manejo activo		Manejo expectante			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ecografía	Presente	6	20.0	1	1.9	7	8.5
	Ausente	16	53.3	39	75.0	55	67.1
	No se realizó	8	25.7	12	23.1	20	24.4
	TOTAL	30	100	52	100	82	100
Perfil Biofísico Fetal (PBF)	Presente	-	-	1	1.9	1	1.2
	Ausente	6	20	23	44.2	29	35.4
	No se realizó	24	80	28	53.8	52	63.4
	TOTAL	30	100	52	100	82	100
Test No Estresante	Presente	1	3.3	2	3.8	3	3.7
	Ausente	8	26.7	12	23.1	20	24.4
	No se realizó	21	70.0	38	73.1	59	72.0
	TOTAL	30	100	52	100	82	100

Fuente : Departamento de estadística del IEMP.

Chi Cuadrado			
Pruebas de bienestar fetal	Valor Chi-Cuadrado (X^2)	Grado de libertad	Valor Crítico (X^2c)
Ecografía	8.714	2	0.013
PBF	5.787	2	0.055
Test no estresante	0.139	2	0.933

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que si existe asociación entre la presencia de circular de cordón simple en ecografía y el tipo de manejo; ($X^2c = 0.013$ menor a 0.05) con un valor X^2 de 8.714.

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que no existe asociación entre la presencia de circular de cordón simple en perfil biofísico fetal y el tipo de manejo; ($X^2c = 0.055$ mayor a 0.05) con un valor X^2 de 5.787.

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que no existe asociación entre la presencia de circular de cordón simple en el test no estresante y el tipo de manejo; ($X^2c = 0.933$ mayor a 0.05) con un valor X^2 de 0.139.

Según las pruebas de bienestar fetal obtenidas para comprobar la presencia de circular de cordón simple corroborando con los resultados se tiene que la ecografía tiene una especificidad del 71.42% y una sensibilidad del 67.27%. En cuanto al PBF se calculó una sensibilidad del 79.31%. En el test no estresante se encontró un 100% de especificidad y un 55% de sensibilidad.

Fuente : Departamento de estadística del IEMP.

Chi Cuadrado			
Pruebas de bienestar fetal	Valor Chi-cuadrado (X^2)	Grado de libertad	Valor Crítico (X^2c)
Ecografía	0.558	2	0.757
PBF	5.645	2	0.059

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que no existe asociación entre el resultado de ILA en ecografía y el tipo de manejo; ($X^2c = 0.757$ mayor a 0.05) con un valor X^2 de 0.558.

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que no existe asociación entre el resultado de ILA en perfil biofísico fetal y el tipo de manejo; ($X^2c = 0.059$ mayor a 0.05) con un valor X^2 de 5.645.

Se puede observar que a pesar que el perfil biofísico fetal es un examen primordial y de control para llevar un buen seguimiento tanto en el manejo activo como en el manejo expectante hay un 60.0% y un 53.8% respectivamente que no se realizaron dicha prueba. Se puede apreciar en el cuadro que el ILA disminuido (ILA<7cm) son un total del 19.5%

Complicaciones materno neonatales del manejo activo versus expectante de la ruptura prematura de membranas en gestantes de 34-36 semanas atendidas en el Instituto Especializado Materno

en el examen ecográfico y un 7.3% en el perfil biofísico fetal.

Tabla N° 13. Distribución de las gestantes de 34-36 semanas sujetas al manejo activo versus expectante de la RPM durante julio 2001-julio 2003 atendidas en el IEMP de acuerdo al esquema de antibiotecoterapia (ATB)

Esquema de ATB	Tipo de Manejo				TOTAL	
	Manejo activo		Manejo expectante		N°	%
	N°	%	N°	%		
Simple	17	56.7	23	44.2	40	48.8
Doble	7	23.3	25	48.1	32	39.0
Triple	1	3.3	4	7.7	5	6.1
Ninguna	5	16.7	-	-	5	6.1
Total	30	100	52	100	82	100

Fuente: Departamento de estadística del IEMP.

$$X^2 = 12.847$$

$$X^2c = 0.005$$

$$p = 0.05$$

- **Simple:** Cefalotina ; Ampicilina ; Gentamicina
- **Doble:** Cefalotina + Gentamicina; Cefalotina + Amikacina; Cefalotina + Ampicilina
- **Triple:** Cefalotina + Gentamicina + Amikacina; Cefalotina + Gentamicina + Ampicilina.

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que si existe asociación entre el esquema de antibiotecoterapia (ATB) y el tipo de manejo; ($X^2c = 0.005$ menor a 0.05) con un valor X^2 de 12.847.

En los resultados de la tabla se pudo observar que en el manejo activo el esquema de ATB elegida fue en su mayoría el simple (siendo el más usado la cefalotina) con un 56.7%; mientras que en el manejo expectante el esquema de elección fue el doble (la más utilizada fue la cefalotina + gentamicina) con un 48.1%.

Fuente: Departamento de estadística del IEMP.

$$X^2 = 53.808$$

$$X^2c = 0.000$$

$$p = 0.05$$

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que si existe asociación entre el diagnóstico pre-parto y el tipo de manejo; ($X^2c = 0.000$ menor a 0.05) con un valor X^2 de 53.808.

Según los resultados obtenidos el motivo más frecuente de culminación del embarazo en el manejo activo fue la ruptura prematura de membranas con un 73.3%. En el caso del manejo expectante el motivo más frecuente fue el inicio espontáneo del

trabajo de parto con un 63.5%.

Respecto al oligohidramnios como causa de culminación de la gestación se observó que en el manejo activo se obtuvo una frecuencia de 2 pacientes (6.7%); mientras que en el manejo expectante tuvo una frecuencia de 10 pacientes (19.2%).

Tabla N° 15. Distribución de las gestantes de 34-36 semanas sujetas al manejo activo versus expectante de la RPM durante julio 2001-julio 2003 atendidas en el IEMP de acuerdo al tipo de parto

Tipo de parto	Tipo de Manejo				TOTAL	
	Manejo activo		Manejo expectante		N°	%
	N°	%	N°	%		
Vaginal	9	30.0	30	57.7	39	47.6
Cesárea	21	70.0	22	42.3	43	52.4
TOTAL	30	100	52	100	82	100

Fuente: Departamento de estadística del IEMP.

$$X^2 = 5.850$$

$$X^2c = 0,016$$

$$p = 0.05$$

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que si existe asociación entre el tipo de parto y el tipo de manejo; ($X^2c = 0.016$ menor a 0.05) con un valor X^2 de 5.850.

Se observa que hay un 70% de cesáreas en el manejo activo que es un proporción elevada a comparación del manejo expectante que es del 43.3%.

Se podría decir que el manejo activo incrementa el índice de cesáreas.

Tabla N° 16. Distribución de las gestantes de 34-36 semanas sujetas al manejo activo versus expectante de la RPM durante julio 2001-julio 2003 atendidas en el IEMP de acuerdo al diagnóstico post-parto

Diagnóstico Post-parto	Tipo de Manejo				TOTAL	
	Manejo activo		Manejo expectante		N°	%
	N°	%	N°	%		
RPM	12	40.0	7	13.5	19	23.2
Puerperio normal	9	30.0	29	55.8	38	46.3
Oligohidramnios	-	-	6	11.5	6	7.3
Corioamnionitis	2	6.7	2	3.8	4	4.9
Circular de cordón simple	1	3.3	2	3.8	3	3.7
Endometritis	1	3.3	2	3.8	3	3.7
Sufrimiento Fetal Agudo	5	16.7	4	7.7	9	11.0
TOTAL	30	100	52	100	82	100

Fuente: Departamento de estadística del IEMP.

$$X^2 = 13.704$$

$$X^2c = 0.033$$

$$p = 0.05$$

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que si existe asociación entre el diagnóstico post -parto y el tipo de manejo ($X^2c = 0.033$ menor a 0.05); con un valor X^2 de 13.704.

Con respecto al diagnóstico materno pos-parto se puede observar que no hay diferencia significativa ya que en ambos manejos hubo dos casos de corioamnionitis. En cuanto a la endometritis, hubo un caso de diferencia mayor en el manejo expectante.

Por el contrario se puede observar que en el manejo expectante hubo un 11.5% con diagnóstico pos- parto de oligohidramnios observándose que en el manejo activo no hubo ninguno.

Fuente : Departamento de estadística del IEMP.

Chi Cuadrado			
APGAR	Valor Chi-Cuadrado (X^2)	Grado De Libertad	Valor Crítico (X^2c)
Al minuto	33.843	4	0.000
A los 5 minutos	1.251	2	0.535

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que si existe asociación entre el APGAR al minuto y el tipo de manejo; ($X^2c = 0.000$ menor a 0.05) con un valor X^2 de 33.843.

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que no existe asociación entre el APGAR a los 5 minutos y el tipo de manejo; ($X^2c = 0.535$ mayor a 0.05) con un valor X^2 de 1.251.

Se observa que en el manejo expectante hubo un 6.6% de RN que tuvieron un Apgar de 1-6 al minuto en parto vaginal y 9 % en las cesáreas, mientras que en el manejo activo fue de un 0% en el parto vaginal y 14.3% en cesáreas.

Tabla N° 18. Distribución de las gestantes de 34-36 semanas sujetas al manejo activo versus expectante de la RPM durante julio 2001-julio 2003 atendidas en el IEMP de acuerdo a la presencia de circular de cordón simple en el parto.

Circular de cordón simple en el parto	Tipo de Manejo				TOTAL	
	Manejo activo		Manejo expectante		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Sí	14	46.7	15	28.8	29	35.4
No	16	53.3	37	71.2	53	64.6
TOTAL	30	100	52	100	82	100

Fuente: Departamento de estadística del IEMP.

$$X^2 = 2.643$$

$$X^2c = 0.104$$

$$p = 0.05$$

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que no existe asociación entre la presencia de circular de cordón simple en el parto y el tipo de manejo; ($X^2c = 0.104$ mayor a 0.05) con un valor X^2 de 2.643.

En cuanto a la presencia de circular de cordón simple en el parto se obtuvo un 46.7% en el manejo activo y un 28.8% en el manejo expectante.

Fuente : Departamento de estadística del IEMP.

Chi Cuadrado			
	Valor Chi-Cuadrado (X^2)	Grado de Libertad	Valor Crítico (X^2c)
Peso	2.064	1	0.151
Sexo	0.501	1	0.479

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que no existe asociación entre el peso y el tipo de manejo; ($X^2c = 0.151$ mayor a 0.05) con un valor X^2 de 2.064.

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que no existe asociación entre el sexo y el tipo de manejo; ($X^2c = 0.479$ mayor a 0.05) con un valor X^2 de 0.501.

En cuanto al peso del RN se observó que en el manejo expectante hubo un 53.3% de RN con más de 2500 grs. similar al del manejo activo que se encontró en un 50.0%.

En la relación peso/edad gestacional se encontró que en el manejo expectante hubo un 84.6% de recién nacidos adecuados para su edad gestacional (AEG) y un 15.4% de pequeños para la edad gestacional (PEG), mientras que en el manejo activo hubo un 80% AEG y un 20% PEG.

Tabla N° 20. Distribución de las gestantes de 34-36 semanas sujetas al manejo activo versus expectante de la RPM durante julio 2001-julio 2003 atendidas en el IEMP de acuerdo al líquido amniótico al momento del parto

Complicaciones materno neonatales del manejo activo versus expectante de la ruptura prematura de membranas en gestantes de 34-36 semanas atendidas en el Instituto Especializado Materno

Líquido amniótico	Tipo de Manejo				TOTAL	
	Manejo activo		Manejo expectante			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Claro	28	93.3	46	88.5	74	90.2
Meconial	2	6.7	6	11.5	8	9.8
TOTAL	30	100	52	100	82	100

Fuente: Departamento de estadística del IEMP.

$$X^2 = 0.513$$

$$X^2c = 0.474$$

$$p = 0.05$$

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que no existe asociación entre el líquido amniótico al momento del parto y el tipo de manejo; ($X^2c = 0.474$ mayor a 0.05) con un valor X^2 de 0.513.

Se pudo observar que en la mayoría se les encontró líquido amniótico claro siendo en el manejo activo 93.3% y en el manejo expectante un 88.5%.

Se encontró una gran diferencia en cuanto al tipo de reanimación al recién nacido entre ambos manejos ya que se tuvo que hacer uso del oxígeno en un 10% en el manejo activo a diferencia del 26.9% en el manejo expectante.

En cuanto a la derivación intrahospitalaria después del parto del recién nacido se observó que en el manejo activo hubo un 57.7% de recién nacidos que se hospitalizaron y en el manejo expectante un 67.3%.

Fuente : Departamento de estadística del IEMP.

Chi Cuadrado			
Exámenes auxiliares en el recién nacido	Valor Chi-cuadrado (X^2)	Grado de Libertad	Valor Crítico(X^2c)
Hemograma	6.579	2	0.037
PCR	5.975	2	0.050
VSG	3.298	2	0.192

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que si existe asociación entre el Hemograma del recién nacido y el tipo de manejo; ($X^2c = 0.037$ menor a 0.05) con un valor X^2 de 6.579.

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que si existe asociación entre el PCR del recién nacido y el tipo de manejo, aunque esté en el límite de significación; ($X^2c = 0.05$, igual a 0.05) con un valor X^2 de 5.975.

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que no existe asociación entre la VSG del recién nacido y el tipo de manejo; ($X^2_c = 0.192$, mayor a 0.05) con un valor X^2 de 3.298.

Se encontró en cuanto al hemograma anormal se tiene que en el manejo activo se obtuvo un 3.3% mientras que en el manejo expectante hubo un 25.0%. Para dicho examen se calculó una especificidad del 50% y una sensibilidad del 91.48%. En cuanto al PCR anormal se tiene un 6.7% en el manejo activo y un 1.9% en el manejo expectante encontrándose una sensibilidad del 77.7%.

Respecto a la VSG anormal se obtuvo un 6.7% del manejo activo y un 3.8% en el manejo expectante, con una sensibilidad del 87.5%.

Fuente: Departamento de estadística del IEMP.

Chi Cuadrado			
Complicaciones Neonatales	Valor Chi- cuadrado (X^2)	Grado de Libertad	Valor Crítico (X^2_c)
SDR	2.191	3	0.554
Trastorno metabólico	2.404	1	0.121
Bajo peso al nacer	3.742	1	0.053
Potencialmente infectado	0.369	1	0.543
RCIU	1.183	1	0.277
Sepsis neonatal	2.993	1	0.084
Asfixia neonatal	0.847	2	0.655
Sufrimiento fetal agudo	0.777	1	3.84
Circular de cordón simple	2.643	1	0.104

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que no existe asociación entre el Síndrome de distrés respiratorio y el tipo de manejo; ($X^2_c = 0.554$, mayor a 0.05) con un valor X^2 de 2.091.

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que no existe asociación entre el trastorno metabólico y el tipo de manejo, aunque esté en el límite de significación; ($X^2_c = 0.121$, mayor a 0.05) con un valor X^2 de 2.404.

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que no existe asociación entre el bajo peso al nacer del recién nacido y el tipo de manejo; ($X^2_c = 0.053$, mayor a 0.05) con un valor X^2 de 3.742.

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que no existe asociación entre el diagnóstico de potencialmente infectado y el tipo de manejo; ($X^2_c = 0.543$, mayor a 0.05) con un valor X^2 de 0.369.

Complicaciones materno neonatales del manejo activo versus expectante de la ruptura prematura de membranas en gestantes de 34-36 semanas atendidas en el Instituto Especializado Materno

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que no existe asociación entre el retardo de crecimiento intrauterino y el tipo de manejo, aunque esté en el límite de significación; ($X^2c = 0.277$, mayor a 0.05) con un valor X^2 de 1.183.

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que no existe asociación entre la sepsis neonatal del recién nacido y el tipo de manejo; ($X^2c = 0.084$, mayor a 0.05) con un valor X^2 de 2.993.

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que no existe asociación entre la asfixia neonatal y el tipo de manejo; ($X^2c = 0.655$, mayor a 0.05) con un valor X^2 de 0.847.

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que no existe asociación entre el sufrimiento fetal agudo y el tipo de manejo, aunque esté en el límite de significación; ($X^2c = 3.84$, mayor a 0.05) con un valor X^2 de 0.777.

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que no existe asociación entre la presencia de circular de cordón simple y el tipo de manejo; ($X^2c = 0.104$, mayor a 0.05) con un valor X^2 de 2.643.

Respecto a las complicaciones neonatales tenemos: SDR leve un 26.7% en el manejo activo y un 21.1% en el manejo expectante.

En cuanto al trastorno metabólico se encontró 6.7% en el manejo activo y 19.2% en el manejo expectante.

Bajo peso al nacer 13.3% en el manejo activo y 32.7% en el manejo expectante.

Sepsis Neonatal se encontró 6.7% en el manejo activo y 21.1% en el manejo expectante.

Sufrimiento fetal agudo se obtuvo 16.7 % en el manejo activo y 7.7% en el manejo expectante.

Fuente: Departamento de estadística del IEMP

Estancia hospitalaria	Manejo activo			Manejo expectante		
	N	Moda	Mediana	N	Moda	Mediana
Madre	30	4.3	4.0	52	5.3	5.0
Recién nacido	30	2.5	1.0	52	4.3	2.0

Chi Cuadrado			
Estancia hospitalaria	Valor Chi-Cuadrado (X^2)	Grado de Libertad	Valor Crítico (X^2c)
Madre	8.022	8	0.123
Recién Nacido	8.662	5	0.431

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que no existe asociación entre la estancia hospitalaria de la madre el tipo de manejo; ($X^2c = 0.123$, mayor a 0.05) con un valor X^2 de 8.662.

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que no existe asociación entre la estancia hospitalaria del recién nacido y el tipo de manejo; ($X^2c = 0.431$, mayor a 0.05) con un valor X^2 de 8.0.

En cuanto a la estancia hospitalaria se presentó respecto a las madres que en el manejo activo hubo un 29.9% que estuvieron hospitalizadas por más de 4 días; mientras que en el manejo expectante hubo un 79.5%.

Respecto a la estancia hospitalaria de los recién nacidos se observó que se hospitalizaron más de 10 días en el manejo expectante un 11.5%, mientras que en el manejo activo un 3.3%.

Tabla N° 24. Distribución de las gestantes de 34-36 semanas sujetas al manejo activo versus expectante de la RPM durante julio 2001-julio 2003 atendidas en el IEMP de acuerdo a las complicaciones maternas

Complicaciones maternas	Tipo de Manejo				TOTAL	
	Manejo activo		Manejo expectante			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Corioamnionitis	2	6.7	2	3.8	4	4.9
Endometritis	1	3.3	2	3.8	3	3.7
Ninguna	27	90	48	92.4	75	91.4
TOTAL	30	100	52	100	82	100

Fuente: Departamento de estadística del IEMP.

$$X^2 = 1.895$$

$$X^2c = 5.99$$

$$p = 0.05$$

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que no existe asociación entre la complicación materna y el tipo de manejo; ($X^2c = 5.99$, mayor a 0.05) con un valor X^2 de 1.895.

Se observó que en cuanto a las complicaciones maternas no hubo diferencia significativa en ambos manejos.

En cuanto a la corioamnionitis se presentó la misma frecuencia (2 pacientes); y en la endometritis se presentó 1 paciente en el manejo activo y 2 en el manejo expectante.

V.- DISCUSIÓN

La RPM se presenta en una frecuencia de 10% de todos los embarazos. (2, 9, 10, 14, 15, 16, 17, 18); encontrándose en nuestro estudio realizado en el Instituto Especializado Materno Perinatal (IEMP) en el lapso de 2 años Julio 2001 - Julio 2003 en un 7.18% lo cual comprueba la bibliografía consultada.

Entre las características socioculturales comunes de la mayoría de las pacientes fueron: como grado de instrucción, secundaria completa, como estado civil, la convivencia y el promedio de la edad materna fue entre 28-29 años.

Según Ana Ligia Chinchilla señaló que las pacientes primigestas se vieron más relacionadas con la ruptura prematura de membranas, en nuestro trabajo se constató que más del 50% de las pacientes en estudio fueron las primigestas (52.4%).

De acuerdo a la literatura revisada, Cifuentes R., describe que en gestaciones pretérmino mayores de 34 semanas, el inicio espontáneo del trabajo de parto en la ruptura prematura de membranas se da en las primeras 12 horas hasta en un 80.0% (32). Según los datos obtenidos por nuestro trabajo se encontró en nuestras pacientes que el inicio espontáneo del trabajo de parto dentro de las 12 primeras horas de RPM fue en un 19.23%.

El mismo autor concluye que el 95% de pacientes culmina espontáneamente el parto dentro de las primeras 24 horas de RPM (27), en nuestro estudio encontramos el 21.1%, entonces encontramos que no hay similitud marcada con las bibliografías consultadas.

Coincidimos con Botero U. al indicar que en caso de inducción de trabajo de parto no

debe sobrepasar las 8 - 12 horas por aumentar el riesgo materno (22). En nuestro estudio ninguna de nuestras pacientes inducidas pasó las 12 horas.

Según Cifuentes R, en "Medicina basadas en las evidencias" refiere que la incidencia de infección materna se incrementa directamente proporcional al periodo de latencia (32). Coincidimos con el autor ya que nuestras pacientes que hicieron corioamnionitis hubo un promedio de periodo de latencia de 78 horas, y las pacientes que se complicaron con endometritis tuvo un periodo de latencia en promedio de 70 horas.

Según bibliografía consultada de varios estudios realizados, refieren que en el manejo expectante el máximo periodo de latencia es de 144 horas hallándose en nuestro estudio un 3.96% de pacientes que sobrepasaron este periodo. (no significativo)

Respecto al tiempo de manejo se observa que el manejo activo se inició dentro de las 12-24 horas en un 86.7%. Encontrando como mediana del manejo activo 10.5 horas coincidiendo con la bibliografía consultada. A su vez pudiéndose observar en nuestra tabla de resultados que en el manejo activo se presentaron 4 pacientes que sobrepasaron este límite por encontrarse éstas dentro del grupo de pacientes con inducción fallida, iniciando el manejo de sus inducciones en un lapso de tiempo adecuado (12 horas de hospitalización) para considerarla dentro del manejo activo.

En cuanto al manejo expectante encontramos que el tiempo de manejo fue menos de 72 horas en un 78.8%, encontrando como mediana del manejo expectante 37.5 horas. Esto fue significativo en nuestro estudio con un $X^2 = 21,918$, $0.001 < p$ y un IC = 95%.

Shubeck F, Benson RC, y col. señalan que la incidencia de infección aumenta hasta 10 veces en cesáreas con respecto al parto vaginal (48). Según nuestro estudio se dio que las pacientes que tuvieron una infección materna, al 66.6% se les realizó el parto por cesárea y al 33.3% por parto vaginal.

Según Klein Geoffrey señala en su investigación que la incidencia de cesáreas fue similar en ambos grupos: 7% en el manejo activo y 5% en el expectante (46), encontrándose en nuestro estudio que en el manejo activo hubo un porcentaje del 70% y un 42.3% en el expectante observándose que el manejo activo eleva la tasa de cesáreas contrario a lo que la literatura dice siendo esto significativo con $x^2 = 5.850$ y un $0.016 < p$ con un IC = 95%.

Botero refiere que el aumento de leucocitos sólo se encuentra en el 20% de las pacientes que llegan a hacer una infección (22). Encontramos una similitud ya que en el 28.57% de las pacientes infectadas demostraron leucocitosis en su Hemograma. Cunningham Mac Donald. señala que la leucocitosis materna por sí misma no es confiable.

Según Barco B, María Cristina y col. refiere que el PCR >2 mg/dl tiene una sensibilidad del 66.6% y una especificidad del 75.7% (13). En nuestro estudio encontramos que esta prueba predictoría de la corioamnionitis tiene una sensibilidad del 100% y una especificidad del 10.52%.siendo por tanto no confiable si es que no se relaciona con otros exámenes y parámetros clínicos propiamente de la infección. (no significativo) Encontrándose con relación a las infecciones en caso de la corioamnionitis un PCR de 24 mg/dl y en el caso de la endometritis un PCR de 48 mg/dl similar a la

literatura donde se menciona que el PCR al aumentar a 30 - 40 mg/dl tiene una especificidad alta mientras que valores mayores de 20 mg/dl es un buen predictor de la corioamnionitis (22).

La misma autora encontró que el perfil biofísico fetal tiene una sensibilidad del 22.2% y una especificidad del 57.1%. En nuestro caso encontramos que esta prueba tiene una especificidad del 71.42% y una sensibilidad del 67.27%. A su vez es recalable mencionar a que a pesar que es un examen importante para el manejo expectante hubo un porcentaje del 53.8% que no se llegó a realizar dicha prueba.

Según las pruebas de bienestar fetal con respecto al ILA como la ecografía se obtuvo una especificidad de un 6.25% y una sensibilidad de 76.1% por el contrario el PBF tiene una especificidad de una 66.67% y una sensibilidad de 7.08% siendo estos resultados confirmados con los diagnósticos definitivos de oligohidramnios (No significativo).

Miranda Carranza A.; Puertas Prieto A. señalan que en cuanto al test no estresante se le encontró una sensibilidad del 78.1% y una especificidad del 86.3% (1). Nosotras encontramos que el test no estresante se encontró un 100% de especificidad y un 55% de sensibilidad.

En relación a la misma prueba Cifuentes R. señala que el test no estresante tiene una sensibilidad del 89% y una especificidad del 75%.

Lombardia J.; López A.; Vilar-Checa E. recalca que es indispensable que a toda paciente que tenga un periodo de latencia \geq de 6 horas se le debe administrar un esquema de antibiotecoterapia (31). En nuestro estudio se cumplió en un 98.71% de las pacientes. Siendo el esquema de elección el simple con un 48.8% y un valor X^2 de 12.847, $0.005 < p$ (significativo).

Hallamos una diferencia porcentual en cuanto a la infección materna entre el estudio de Barco y Col. (13) y el nuestro. En el primero encontraron el porcentaje de corioamnionitis en un 28.85% de sus pacientes mientras que nosotras encontramos en un 4.9% en total, 6.7% en el manejo activo y 3.8% en el manejo expectante (no significativo); contradiciendo a la literatura ya que está menciona en sus estudios que en el manejo activo hubo un 2% mientras que en el manejo expectante un 16% con un $p < 0.006$ (27). Por otro lado ellos diagnosticaron endometritis en un 15.38% y nosotras en un 3.7% del total de las pacientes, 3.3% en el manejo activo y 3.8% en el manejo expectante.

Se encontró dentro de los motivos para la culminación del parto en caso del manejo expectante al oligohidramnios con un porcentaje del 19.2% y un 3.98% por sufrimiento fetal; causas principales para las cesáreas en el manejo antes mencionado, siendo esto significativo para nuestro estudio con un X^2 de 53.808 $p > 0.000$.

En cuanto al APGAR al minuto del recién se encontró en el manejo activo un APGAR adecuado (9-10) de un 100% de los recién nacidos por parto vaginal mientras en el manejo expectante sólo hubo un 33.3%. A su vez se pudo observar que en el parto por cesárea hubo 2 deprimidos en el manejo expectante y 1 en el manejo activo siendo significativo para nuestro estudio con un X^2 de 33.843, $p > 0.000$.

Según Miranda Carranza A. refiere con respecto a la relación de sepsis con el peso del recién nacido que la ocurrencia de sepsis neonatal se da en el 2% de los niños que

pesaron más de 2500 gramos al nacer y un 4.8% de los niños que pesaron < de 2500 gramos. En nuestros resultados se observó que hubo un 2.44% de sepsis en niños que pesaron más de 2500 gramos al nacer y 10.97% en los recién nacidos que pesaron < de 2500 gramos coincidiendo por tanto con la literatura revisada; es decir que a menor peso del recién nacido más riesgo de sepsis neonatal.

En cuanto al color del líquido amniótico en el momento del parto se pudo encontrar en el manejo expectante un 11.5% (6 pacientes) a comparación del manejo activo con un 6.7% (2 pacientes) cabe aclarar que las 2 pacientes del manejo activo son aquellas pacientes que al realizarse la cesárea por inducción fallida, recién se les llegó a corroborar el color del líquido amniótico

(no significativo).

En cuanto a los exámenes auxiliares para el diagnóstico de sepsis neonatal en el recién nacido con respecto al hemograma se encontró una sensibilidad de 76.60% y una especificidad del 50.0% siendo significativo para nuestro estudio con un X^2 de 6.579 $p > 0.037$, en cuanto a la Velocidad de sedimentación globular (VSG) tenemos una sensibilidad de 83.3% y una especificidad del 0% (no significativo), y por último encontramos al PCR con una sensibilidad de 77.8% y una especificidad de 0% (no significativo).

En cuanto a las complicaciones neonatales respecto al Distres Respiratorio se puede mencionar que la mayoría de los autores refieren que el manejo expectante disminuye la incidencia de esta complicación (22, 31, 38, 46) encontrándose en nuestro estudio respecto al manejo activo un 33.4% (10 pacientes) y en el manejo expectante con una diferencia de un 38.4% (20 pacientes) difiriendo con la literatura revisada.

Respecto a la sepsis neonatal con relación al manejo se pudo encontrar que en el manejo expectante hubo mayor cantidad con un 21.2% (11 pacientes) a comparación del manejo activo con un 6.7% (2 pacientes). En cuanto a la asfixia neonatal tenemos en nuestro estudio como resultados que en el manejo activo un 3.3% en el manejo expectante un 46.1% no encontrándose en la bibliografía consultada dicha comparación.

Respecto al bajo peso al nacer según la literatura revisada; refiere que el manejo expectante disminuye el riesgo para esta complicación neonatal.

El bajo peso al nacer se presenta en un 20-23% de los casos en cuanto a los prematuros (22); nuestros resultados presentaron un total de recién nacidos de bajo peso con 25.6% aproximándose a los resultados obtenidos en la bibliografía; un 13.3% (4 pacientes) en el manejo activo y un 32.7% (17 pacientes) en el manejo expectante.

Según estudios revisados se dice que el manejo activo disminuye la estancia hospitalaria si se compara con el manejo expectante (46); como resultados obtenidos comprobamos dicha mención encontrando según la estancia hospitalaria de las madres: en el manejo activo un 70% quedándose hospitalizadas los días apropiados para el parto (3-4 días), llegando a un máximo de 10 días de hospitalización, a comparación del manejo expectante donde hubo un 37.4% en los días apropiados y llegando a un máximo de 15 días de estancia hospitalaria.

Respecto a los recién nacidos encontramos en el manejo activo que un 46.7% no se

hospitalizó y de aquellos que si lo hicieron se encontró un máximo de 15 días de hospitalización; en cuanto al manejo expectante se encontró un 32.7% de recién nacidos que no se hospitalizaron llegando un máximo de 30 días de hospitalización los que sí lo hicieron.

VI.- CONCLUSIONES

1.- Del total de la población estudiada el 36.59% se realizó manejo activo y 63.41% se realizó manejo expectante.

2.- Las características socioculturales comunes entre las pacientes con RPM entre las 34 - 36 semanas de nuestro estudio fueron: como grado de instrucción, secundaria completa, como estado civil, la convivencia y el promedio de la edad materna fue entre 28-29 años.

3.- Se halló asociación entre la duración del periodo de latencia y la instalación de la infección materna y neonatal.

4.- El manejo activo en nuestro estudio incrementa la tasa de cesáreas a diferencia del manejo expectante (70% vs 42.3%).

5.- El antibiótico de elección para la RPM en el IEMP es la Cefalotina. (cefalosporina de primera generación)

6.- En cuanto a la morbilidad materna el manejo activo no tuvo diferencia significativa con el manejo expectante (10% vs 7.6%).

7.- La morbilidad neonatal es mayor en el manejo expectante que en el manejo activo.

8.- El manejo expectante eleva la estancia hospitalaria en comparación con el manejo activo en un 40.6%.ç

VII.- RECOMENDACIONES

1.- Se hace necesario llevar a cabo un trabajo de investigación en nuestro medio con ambos tipos de manejos en forma prospectiva.

2.- Se debe realizar protocolos de atención para este tipo de pacientes y así poder estandarizar criterios y manejos para mejorar la calidad de atención y así participar en la disminución de la tasa de morbilidad materno - neonatales.

3.- Se debería solicitar los exámenes auxiliares y de bienestar fetal necesarios desde el momento de ingreso de la paciente a la institución para así decidir el tipo de manejo ya sea activo o expectante sin ninguna contrariedad.

4.- Es importante realizar exámenes continuos de PCR, PBF, test no estresante que caso que se decida el manejo expectante para la paciente, a partir de las 48 horas de periodo de latencia.

BIBLIOGRAFÍA

- MIRANDA CARRANZA A.; PUERTAS PRIETO A.; “La rotura prematura de membranas como factor de riesgo de infección perinatal” Revista Toko Ginecología Vol. 56 N° 2. 1997. pág. 71-79.
- INGAR ARMIJO WILFREDO; MANASSERO MORALES GIOCONDA. “Rotura prematura de membranas y Prematuridad en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins de Enero- Noviembre 1990” U.N.M.S.M.
- SCHWARZ, RICARDO, "*Tratado de Obstetricia*", Editorial El Ateneo. Argentina 1995.pág. 206-214.
- KENYON SL; TAYLOR DJ; “Antibióticos de amplio espectro en la ruptura prematura de membranas: la investigación clínica aleatorizada. ORACLE I”. Revista Lancet 2001. Vol. 357. pág.117-122.
- GRAHAM RL; GILTRAP LC; et, “Al conservative management of patients with premature rupture of fetal membranes”. Revista Obstetrics and Gynecology 1982 Vol. 59 pág.607
- BETETA CHAMAYA CARMEN ROSA; CHÁVEZ MARTÍNEZ CINTIA ELIANA. “Manejo conservador de la rotura prematura de membranas en el embarazo pretérmino y la morbimortalidad materno perinatal en el hospital Daniel Alcides Carrión en los años 1998-2001”. Tesis. U.N.M.S.M. 2001.
- JOY D. et.al. “ Neonatal morbidity at 34 - 37 weeks: The role of rupture membranes”.Rev. Obstetrics and Gynecology. Vol. 94 N° 1 , July 1999.

- MERE STEIN G B, WEISMANLE. "Premature rupture of the membranes: neonatal consequences". Semin-Perinatol. 1996; Vol. 20 N° 5 pág. 375-380.
- LLACA RODRÍGUEZ VICTORIANO, FERNÁNDEZ ALBA JULIO."Obstetricia Clínica", primera edición, 2000, mc graw - hillinteramericana, mexico, pág. 261 - 270.
- PÉREZ SÁNCHEZ. "Obstetricia", Publicaciones Técnicas Mediterráneo. Chile. 1996. pág. 659-681.
- RESNIK, C. " Medicina materno fetal. Principios y prácticas" Editorial Panamericana. México. 1984.
- MEJÍA W.; CASTILLO R.; VÁSQUEZ D. "Ruptura prematura de membranas ovulares, complicaciones y condiciones en el recién nacido". Revista médica dominicana. Vol. 61 N° 3. Setiembre- Diciembre. 2000. pág. 191-192.
- BARCO B; MARIA CRISTINA Y COL. "Manejo Conservador de la Ruptura prematura de membranas Pretérmino", Rev. Col. Obstet. Ginecolog. 1999.
- RUÍZ E, JAIME; RUETZ, CLAUDIA. "Correlación entre corioamnionitis histológica y clínica en pacientes con ruptura prematura de membranas mayor de 12 horas" Revista médica de Santiago Vol. 3 N° 12 Julio 2000 pág. 1-10.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. "Guía clínica sobre el manejo de la ruptura prematura de membranas al término para prevenir la infección materno neonatal" <http://www.paho.org/spanish/clap/docguias.htm> 2000-2001
- ILIA, RICARDO; VALENTI, EDUARDO. "Ruptura prematura de membranas". <http://www.saim.org.ar/rpm.htm> 1996.
- SHUBERT, P.J.; DISS, E.; AND IAMS, J.D. "Etiology of preterm premature rupture of membranes". Rev. Obstet Gynecol Clin North Am, 1992; Vol. 19 N° 2 pág. 251-263
- GOMEZ, R.; ROMERO, R.; EDWIN, S.S.; Y DAVID, C. "Pathogenesis of preterm labor and preterm premature rupture of membranes associated with intraamniotic infection". Rev. Infect Dis Clin North Am, 1997. Vol. 11 N° 1. pág. 135-176.
- LÓPEZ BLANCO SERGIO. "Ruptura premature de membranes" http://www.la facu.com/apuntes/medicina/rupt_prema_memb/default.htm. 2002.
- LUDMIR G.ABRAHAM. "Ginecología y obstetricia-Prevención, Diagnóstico y Tratamiento" 1º Edición. Editorial Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Perú 1996. pág. 326-329.
- SCOUT, JAMES; DISAIA, PHILIP; HAMMOND, CHARLES. "Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth". Sexta Edición. Editorial Interamericana. Mc Graw Hill. México 1990. pág. 369-379.
- BOTERO U, JAIME. JÚBIZ H, ALFONSO. "Obstetricia y Ginecología Texto Integrado" Sexta Edición. Editorial Quebecor Impreandes. Colombia. 2000. pág. 183-186.
- CHINCHILLA MEJÍA LIGIA. FIGUEROA FUENTES CARLOS. "Intervención versus manejo expectante en la ruptura prematura de membranas de las 30 -34 semanas de gestación" <http://biblioteca.unah.hn/fulltext/postgrado/membranas.pdf>. 2000.
- PACHECO, JOSÉ. "Ginecología y Obstetricia", Primera edición, Mad. Corp S.A. Perú 1999, pág. 1101-1106.
- BENSON. CURRENT. "Obstetric and gynecology diagnosis and treatment" 1982

- IEMP. "Información estadística: Consolidados", Oficina de Estadística e Informática del IEMP.
- CIFUENTES B. RODRIGO, "Ginecología y Obstetricia Basadas en las Evidencias. Distribuna Ltda. Colombia. 2001. pág. 465-479.
- ALLER, JUAN. "Obstetricia Moderna", Editorial Mc. Graw-Hill Interamericana. Venezuela. 1999. pag. 274-276.
- IEMP. "Procedimientos de la atención en Obstetricia del IEMP" Perú.1995,pág: 122-125.
- GÓMEZ, RICARDO. "Rotura prematura de membranas". CEPID. Pontificia Universidad Católica de Chile. Octubre 2000.
- LOMBARDIA J.; LÓPEZ A.;VILAR-CHECA E. "Revisión sobre el tratamiento de la RPM pretérmino entre las 26 y 36 semanas de gestación". Toko Ginecología Vol. 53 N° 8 Octubre -1994. pág. 350-362.
- CIFUENTES B, RODRIGO "Obstetricia de Alto Riesgo". Cuarta Edición. Impresores Ltda. Colombia. 1997. pág. 461-475.
- MARTÍNEZ G. LUIS RAÚL; VALLADARES H. MARTHA; VILLATE JORGE LUIS. "Análisis de los casos con ruptura prematura de membranas y menos de 34 semanas". Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 24 N°3. Pág 145-150.
- GRABLE IAN A. "Cost-effectiveness of induction after preterm premature rupture of the membranes. Rev. Obstetrics and Gynecology 2002 Vol. 187 pág. 1153-1158.
- VÁZQUEZ NIEBLA, JUAN CARLOS; VÁZQUEZ CABRERA, JUAN Y RODRÍGUEZ, Pablo. "Epidemiología de la rotura prematura de membranas en un hospital ginecoobstétrico" Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 2003 Vol. 29 N° 2.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD,"Programa de Capacitación en salud Infantil y Salud de la Mujer", OPS.1999. pag. 91-95.
- YAMAMOTO C. MASAMI; CARRILLO T. JORGE; ERAZO C. DANIEL. "Rotura prematura de membranas al término: Manejo expectante por 24 horas e inducción con oxitocina. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología Vol. 67 N° 5 Noviembre 2002. pág. 349-362.
- CUNNINGHAM MAC DONALD. "Williams Obstericia". Editorial Panamericana. Argentina. 2000. pag. 754-757.
- IMPAC. "Manejo de las complicaciones del embarazo y del parto". JHPIEGO Corporation. U.S.A. 2000. Pág. S 149-S 154.
- MERJA, K. et al." Perinatal and neonatal outcome and late pulmonary sequelac in infants born after preterm premature rupture of membranes" . February 1999
- MINSA. "Guías Nacionales de Atención Integral a la Salud de la Mujer y del Recién Nacido". Perú. pág. 61-63.
- GUTIÉRREZ, BRUNO; SOCORRO BETZABÉ."Ruptura prematura de membranas pretérmino-Manejo conservador en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé" Estudio de casos 2001 U.N.M.S.M.
- ALVARADO PORTALINO NORA "Rotura prematura de membranas: Revisión de casos clínicos en los hospitales Arzobispo Loayza - Hospital Nacional Docente Madre Niño

San Bartolomé” 2001. U.N.M.S.M.

CAYTUIRO SOTO, EDWIN. “Rotura prematura de membranas de menos de 34 semanas en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins” Estudio de caso clínico. 2000. U.N.M.S.M.

MERE, JUAN Y COLS. “Repercusiones perinatales de la ruptura prematura de membranas” Revista de Ginecología y Obstetricia. Octubre 2000 Vol. 46 N° 4.

KLEIN GEFREY. “Rotura prematura de membranas de las 34 -37 semanas: Manejo activo versus conservador. Journal Review Obstetrics y Ginecology N°178. 1998 pág 126-130.

DOUGLAS M. ANDERSON. “Diccionario Médico Dorland” 24º Edición. Editorial Interamericana Mc-Graw-Hill. España. 1995.

SHUBECK F. BENSON RC. CLARK W. Y COL. “Fetal hazard after rupture of the membranes”.Rev. Obtetrics and Ginecology N° 28 Vol. 22,1966.

ANEXOS

ANEXO 1

Formulario

“Complicaciones materno neonatales del manejo activo versus expectante de la ruptura prematura de membranas en gestantes de 34-36 semanas atendidas en el IEMP durante Julio 2001 - Julio 2003.”

Fecha de ingreso: **Hora de ingreso:**.....

Fecha de egreso:..... **Hora de egreso:**.....

Días de hospitalización:

Historia clínica:

I.-Datos Personales

a)Edad:

b)Grado de Instrucción:

Ninguna: (_) Sec. Inc.: (_)

Prim. Inc.: (_) Sec. Comp.: (_)

Prim. Comp.: (_) Superior Inc.: (_)

Superior Comp.: (_)

c) Estado Civil:

Soltera: (_) Casada: (_)

Conviviente: (_) Divorciada: (_)

II.-Datos Personales Obstétricos

FUR:

E.G:

Eco I T:

Fórmula Obstétrica:

Paridad:

Fecha y hora de la ruptura:

CPN:

Antecedentes de riesgo perinatal

1.- Fármacos en la gestación

.....
.....

2.- Exámenes auxiliares

Hemograma

Fecha:.....

Leucocitospmc

Hematies.....pmc

Hemoglobina.....g%

Hematocrito.....%

FORMULA

Blastos.....%

Mielocitos.....%

Neutrofilos :

Juvenil.....%

Abastondados.....%

Segmentados.....%

Eosinofilos..... %

Basófilos.....%

Monocitos..... %

Linfocitos.....%

Linfocitos atipicos.....%

Ecografía: (Fecha de ecografía, Edad gestacional , peso del feto, ILA, etc.)

Primera:.....

Ultima:.....

PCR.....

Perfil biofisico.....

.....

b) Antecedentes natales , labor y parto

1.- Inicio de labor

Fecha.....

Tiempo de inducción:

Hora.....

Espontánea (_)

Inducido (_)

2.- Drogas

Si...No

Oxitocicos (_) (_)

Antibióticos (_) (_)

Tocolíticos (_) (_)

Corticoides (_) (_)

3.- Parto

.....Si...No

Eutósico (_) (_)

Cesárea (_) (_)

4.- Trabajo de parto

1er periodo.....

2do periodo.....

3er periodo.....

7.- Tiempo de ruptura de membranas hasta el momento del parto (color)

.....

8.- Diagnóstico de la madre al ingreso

.....

.....

.....

.....

9.- Diagnóstico de la madre pre-parto

.....

.....

.....

.....

10.- Diagnostico de la madre pos-parto

.....

.....

.....

.....

11.- Complicaciones maternas:

.....

.....

III.-Datos Neonatales

1.- Fecha de nacimiento.....

2.- Hora de nacimiento.....

3.- Dias de hospitalizado.....

4.- Peso.....

5.- Talla.....

6.- EG semanas.....

7.- PESO/EG

AEG (_)

PEG (_)

GEG (_)

8.- APGAR(a los minutos).....

9.- reanimación

no (_)

O2 (_)

O2pp (_)

M. card (_)

fármaco (_)

intubación (_)

10.- frecuencia respiratoria.....

11.- frecuencia cardiaca.....

12.-Exámenes auxiliares solicitados al recién nacido:

Hemograma

Fecha:

Leucocitospmc

Hematíes.....pmc

Hemoglobina.....g%

Hematocrito.....%

FORMULA

Blastos.....%

Mielocitos.....%

Neutrofilos :

Juvenil.....%

Abastoados.....%

Segmentados.....%

Eosinofilos.....%

Basófilos.....%

Monocitos.....%

Linfocitos.....%

Linfocitos atipicos.....%

Placas radiograficas (fecha, diagnóstico,etc).....

.....

PCR.....

Grupo y factor.....

Bilirrubina :

Directa.....

Indirecta

13.- Diagnostico del recién nacido después del parto

.....

.....

.....

.....

14.-Diagnóstico del recién nacido en el alta

.....

15.-Complicaciones neonatales

SDR.....Leve (_) Moderado (_) Severo (_)

Sepsis neonatal...Si (_) No (_)

Asfixia perinatal....Moderado (_) Severo (_)

Otros :

16.-Tipo de manejo

Manejo Activo (_)

Manejo expectante (_)

ANEXO 2

Distribución de las gestantes de 34-36 semanas sujetas al manejo activo versus expectante de la RPM durante julio 2001-2003 atendidas en el IEMP de acuerdo a la relación peso / edad gestacional

peso / edad gestacional	Tipo de Manejo				TOTAL	
	Manejo activo		Manejo expectante		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
AEG	24	80.0	44	84.6	67	82.9
PEG	6	20.0	8	15.4	14	17.1
TOTAL	30	100	52	100	82	100

Fuente: Departamento de estadística del IEMP.

$X^2 = 0.286$

$X^2c = 0.593$

$p = 0.05$

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que no existe asociación entre la relación peso/ edad gestacional y el tipo de manejo, ($X^2c = 0.593$ mayor a 0.05) con un valor X^2 de 0.286.

ANEXO 3

Distribución de las gestantes de 34-36 semanas sujetas al manejo activo versus expectante de la RPM durante julio 2001-2003 atendidas en el IEMP de acuerdo a la derivación intrahospitalaria del recién nacido después del parto

Derivación Intrahospitalaria	Tipo de Manejo				TOTAL	
	Manejo activo		Manejo expectante			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hospitalización	17	56.7	35	67.3	52	63.4
Alojamiento conjunto	13	43.3	17	32.7	30	36.6
TOTAL	30	100	52	100	82	100

Fuente: Departamento de estadística del IEMP.

$$X^2 = 0.928$$

$$X^2c = 0.335$$

$$p = 0.05$$

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que no existe asociación entre la derivación intrahospitalaria del recién nacido después del parto y el tipo de manejo, ($X^2c = 0.335$ mayor a 0.05) con un valor X^2 de 0.928.

ANEXO 4

Distribución de las gestantes de 34-36 semanas sujetas al manejo activo versus expectante de la RPM durante julio 2001-2003 atendidas en el IEMP de acuerdo al tipo de reanimación del recién nacido

Tipo de reanimación	Tipo de Manejo				TOTAL	
	Manejo activo		Manejo expectante			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
O2	3	10.0	14	26.9	17	20.7
O2 Presión Positiva	1	3.3	-	-	1	10.2
No se realizó	26	86.7	38	73.1	64	78.9
TOTAL	30	100	52	100	82	100

Fuente : Departamento de estadística del IEMP.

$$X^2 = 4.812$$

$$X^2c = 0.090$$

$$p = 0.05$$

Las evidencias estadísticas con un 5% de nivel de significación, refieren que no existe asociación entre el líquido amniótico al momento del parto y el tipo de manejo, ($X^2c = 0.090$ mayor a 0.05) con un valor X^2 de 4.812.

Se encontró una gran diferencia en cuanto al tipo de reanimación entre ambos manejos ya que se tuvo que hacer uso del oxígeno en un 10% en el manejo activo a diferencia del 26.9% en el manejo expectante.

En cuanto a la derivación intrahospitalaria después del parto del recién nacido se observó que en el manejo activo hubo un 57.7% de recién nacidos que se hospitalizaron y en el manejo expectante un 67.