

RUPTURA PRETÉRMINO DE MEMBRANAS "RIESGO DE INFECCIÓN"

Mauro Fernández Sandí *
José Francisco Cascante Estrada **

RESUMEN

La revisión del diagnóstico de Ruptura Prematura de Membranas en el Instituto Materno Infantil Carit del 30-9-84 al 31-5-87 registra una frecuencia de 4.2% de la cual se seleccionaron todas aquellas con 35 o menos semanas de edad gestacional (N°42).

El leucograma, la curva febril y el aspecto clínico de la amniorrea, registraron un valor predictivo de la prueba positiva para infección materna post-parto de 18%, así como para infección neonatal de 27%.

Aunque se presentaron diferencias en el periodo de latencia de ruptura prematura de membranas en los neonatos infectados (93 horas) versus los no infectados (61 horas), estas no alcanzan nivel significativo ($p < 0.10$).

Si bien el uso de antibióticos se asoció con 24% de infección neonatal y no usarlos con 12%, estas diferencias no alcanzan valor significativo. En forma similar, 57% de los casos en que se usó esteroides presentaron SIR contra 50% en los que no se utilizaron, tampoco alcanza a ser significativo.

Concluimos que en la ruptura pre-término de membranas la utilización de antibióticos, o esteroides o ambos, no modifica el pronóstico fetal; y que los métodos diagnósticos de infección en base a leucograma, temperatura y tipo de amniorrea son insuficientes para definir conductas.

SUMMARY

The diagnostic Analysis of Premature Rupture of Membranes from the 30-9-84 to the 31-5-87 in the Instituto Materno Infantil Carit, showed a frequency of 4.2%, from which all those with 35 weeks of gestation (N°42) were selected.

The WBC, the febrile curve and the clinical aspect of the amniorrea, registered a predictive value of post child-birth maternal infection (18%) as well as neonatal infections (27%).

Although differences were found in the latency period of the non infected newborns (61 hrs) vs the infected newborns (93 hrs) this data do not reach a significant level ($p < 0.10$).

Even though the use of antibiotics was associated with 24% of neonatal infection and without its use a 12%, this differences do not reach a significant value. On a similar manner, 57% of those with esterooids had Hyaline Membrane against 50% of the ones that did not utilized it, with no significant statistical difference.

We conclude that in the preterm rupture of membranes the use of antibiotics and esterooids do not modify the fetal prognosis and the diagnosis of infection based on the WBC, temperature and type of amniorrea are insufficient to define therapy.

* Residente de Ginecología y Obstetricia

** Asistente de Ginecología y Obstetricia

INTRODUCCIÓN

La ruptura prematura de membranas (RPM), morbilidad obstétrica por excelencia, no solamente es efecto de un factor causal, sino que además por sí misma es causa de otras morbilidades, entre ellas la de mayor trascendencia es la infección materna, fetal y neonatal (1,2) y de mayor grado de morbilidad la ruptura prematura de membranas que acontece en el embarazo de pretérmino (RPPM) (3).

La conducta médica ante una RPM aun es motivo de controversia (4,5,6), razón que nos planteó como objetivo analizar los métodos de diagnóstico y tratamiento en función de la presencia o ausencia de infección materna y neonatal, específicamente en el embarazo de pretérmino.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el registro de egresos del Instituto Materno Infantil Carit, se condifican 35 pacientes con rupturas pretérmino de membranas (RPPM=35 o menos semanas de edad gestacional y RPM), de un total de 630 casos de RPM (4.2% de incidencia), de las pacientes atendidas por parte del 30 de setiembre de 1984 al 31 de mayo de 1987.

Se analizan la curva febril, (considerando como diagnóstico de infección 37.5°C), leucograma diagnóstico de infección mayor de 20.000, las características del líquido amniótico descritas por el clínico como diagnóstica de infección, el período de latencia de la RPM, el uso de antibióticos y esteroides anteparto y el tipo de parto. Relacionando estos procedimientos diagnósticos y terapéuticos con infección materna puerperal, infección neonatal, así como el síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido.

El análisis estadístico incluye la determinación del valor predictivo de la prueba positiva (VPPP) y el de la prueba negativa (VPPN), así como el grado de correlación entre los diagnósticos de infección por la prueba exacta de fisher, y la prueba t. de Student para variables paramétricas, considerando un valor significativo a la $p < 0.01$.

RESULTADOS

El cuadro N°1 se presentan los resultados de la curva febril, el leucograma y el aspecto de la amniorrea en relación al diagnóstico de infección

puerperal. El VPPP fue alto para los tres métodos diagnósticos, no así el VPPN, lo que explica la ausencia de correlación entre los diagnósticos de infección anteparto y postparto de acuerdo al valor de p.

En relación a infección del neonato, Cuadro N°2, la evaluación de la predicción de la curva febril, el leucograma y las características de la amniorrea, fue alto para la prueba negativa; predicción bajo para la prueba positiva en los tres métodos de diagnóstico, esto implica una alta frecuencia de falsos positivos.

Se registró el período de latencia en recién nacidos con infección versus aquellos sanos, Cuadro N°3, mayor el periodo en los casos con infección, la valoración estadística indica que el resultado es debido al azar.

En el Cuadro N°4, se presenta el uso o no de antibióticos, esteroides, y su relación con morbilidad. No se demostró correlación entre el uso o no de estos medicamentos y la infección o insuficiencia respiratoria en los neonatos.

Hubo significativas diferencias en la forma y vía de parto en las pacientes con RPPM, 38% de cesáreas en relación a 19% en el Instituto, 26% de aplicación de fórceps comparado con 6% en la población general, 38% de inducto-conducción versus 26% y solamente 2% de partos espontáneos en relación a 49% en el hospital, para una $p < 0.0005$.

COMENTARIO

Reconociendo la falta de consenso en el manejo diagnóstico y terapéutico de la RPM, es imperativo recopilar información, someterla a rigurosos procedimientos de análisis, compartir nuestros hallazgos y definir claramente las bases de futuras conductas.

Hay información relevante sobre la utilidad de la curva febril, el leucograma y el aspecto clínico del líquido amniótico, en el diagnóstico de la amnioitis franca, la controversia surge en el valor predictivo de estos signos para el diagnóstico de amnioitis subclínica-incipiente (7,8). Nuestros hallazgos confirman que estos procedimientos diagnósticos son insuficientes para definir conductas.

CUADRO N° 1
RUPTURA PRETÉRMINO DE MEMBRANAS
DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN MATERNA ANTEPARTO Y POSTPARTO

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO ANTEPARTO	INFECCIÓN PUERPERAL		VALOR PREDICTIVO		PRUEBA EXACTA DE FISHER
	NO	SI	NEGATIVA (%)	POSITIVA (%)	
CURVA FEBRIL: No infección Sí infección	36 3	1 2	97	40	0.033
LEUCOGRAMA: No infección Sí infección	31 8	3 0	91	0	0.521
AMNIORREA: No infección Sí infección	36 3	3 0	92	0	0.796
POR UNO, DOS O LOS TRES METODOS: No infección Sí infección	30 9	1 2	98	18	0.162

CUADRO N°2
RUPTURA PRETÉRMINO DE MEMBRANAS
DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN ANTEPARTO Y NEONATAL

METODOS DE DIAGNOSTICO ANTEPARTO	INFECCION NEONATAL		VALOR PREDICTIVO		PRUEBA EXACTA DE FISHER
	NO	SI	NEGATIVA (%)	POSITIVA (%)	
CURVA FEBRIL: No infección Sí infección	26 4	6 1	82	20	0.673
LEUCOGRAMA: No infección Sí infección	25 6	5 2	83	25	0.462
AMNIORREA: No infección Sí infección	30 3	5 0	86	0	0.646
POR UNO, DOS O LOS TRES METODOS: No infección Sí infección	23 8	4 3	85	18	0.319

CUADRO N°3
RUPTURA PRETÉRMINO DE MEMBRANAS
PERIODO DE LATENCIA EN HORAS E INFECCIÓN NEONATAL

SEMANAS DE GESTACIÓN	SIN INFECCIÓN			CON INFECCIÓN			t STUDENT	p
	Nº	X HRS.	D.S.	Nº	X HRS	D.S.		
menos de 25	4	26	27					
de 26 a 32	13	67	77	3	132	145	1.01	>0.10
de 33 a 34	10	101	113	4	64	68	0.58	>0.10
de 35 semanas	8	18	8					
total casos	35	61	77	7	93	105	0.91	>0.10

Nº= número de casos Xhrs= promedio de horas de latencia
D.S.= desviación estandar

CUADRO N°4
RUPTURA PRETÉRMINO DE MEMBRANAS
MORBILIDAD NEONATAL EN RELACIÓN A TRATAMIENTO ANTEPARTO

TRATAMIENTO ANTEPARTO	MORBILIDAD NEONATAL		TOTAL DE CASOS	MORBILIDAD EN PORCENTAJE	PRUEBA EXACTA DE FISHER
	NO	SI			
ANTIBIÓTICO	INFECCIÓN				
NO	15	2	17	12	0.301
SI	16	5	21	24	
ESTERÓIDES	S.I.R.				
NO	12	12	24	50	0.645
SI	6	8	14	57	

S.I.R.= síndrome de insuficiencia respiratoria

Dada esta situación, nuestros servicios deben explorar el valor predictivo de otros procedimientos para diagnóstico precoz, algunos ya propuestos tales como: contractilidad uterina (9), frotis o cultivo de líquido amniótico (10), y proteína C reactiva (11,12).

Una vez que la utilidad de un método haya sido demostrado por un adecuado procedimiento de evaluación (13), podría adicionarse al conjunto de estrategias para el diagnóstico precoz de proliferación bacteriana intraamniótica.

En el manejo de la RPM se ha propuesto el uso de esteroides (14,15) para reducir el riesgo de síndrome de insuficiencia respiratoria del recién nacido de pretérmino; los antibióticos profilácticos

(16) para reducir la colonización bacteriana; y modificaciones en el período de latencia de la RPM (17). Sin embargo nuestros resultados no demuestran beneficios en el uso de esteroides o antibióticos o ambos, y el período de latencia no fue significativo en relación a infección neonatal, aceptando las dudas que se han planteado en la eficacia de este manejo (18) y confirmando la propuesta de un manejo conservador en la RPPM (4,6,19).

En conclusión, ante la ruptura prematura pretérmino de membranas, se propone una conducta expectante, no uso de antibióticos ni esteroides, explorar el valor predictivo de otros métodos diagnósticos de infección y estar preparados para la asistencia de un parto operatorio de alto riesgo.

BIBIOGRAFÍA

1. Shubeck F. and Benson R.C. "Fetal hazard after rupture of the membranes". *Obstet. & Gynecol.* 1966. 28:22.
2. Daikoku M.D. and Kaltreinder F.D. "Premature rupture of membranes and spontaneous preterm labor: Maternal Endometritis Risks". *Obstet. & Gynecol.* 1982. 59:13.
3. Taypor J. and Grite T.J. "Premature ruptura of membranes before fetal viability". *Obstet. & Gynecol.* 1984. 64:615.
4. Barret J. M. and Bohem F.H. "Comparison of agressive and conservative management of premature rupture of fetal membranes". *Am. J. Obst. Gynec.* 1982. 144:12.
5. Schutte M.F. and Treffers P.E. "Management of premature rupture of membranes". *Am. J. Obst. Gynec.* 1983. 146:395.
6. Beydoun N.S. and Yasin Y.S. "Premature rupture of the membranes before 18 weeks: conservative management". *Am. J. Obst. Gynec.* 1986. 155:4781.
7. Ledger W. "Ruptura prematura de membranas e infección materno fetal". *Clin. Obst. Ginec.* 1979. 2:238.
8. Leberherz T., Hellamn L. and Madding R. "Double blind study of premature rupture of membranes". *Am. J. Obst. Gynec.* 1963. 87:218.
9. Fescina R. "Ruptura prematura de membranas". XLIX Congreso Médico Nacional de Especialidades Médicas y Quirúrgicas. Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. San José, Costa Rica. Noviembre 1986.
10. Broekhuizen F.F. and Gilman M. "Amniocentesis of gram stain and culture in preterm premature rupture of the membranes". *Obst. & Gynecol.* 1985. 60:316.
11. Evans M., and Haj S.N. and Devoe L.D. "C-reactive protein as predictor of infection morbidity with premature rupture of membranes". *Am. J. Obst. Gynec.* 1980. 138:648.
12. Undaneta T.H. "Empleo de la valoración semicuantitativa de la proteína C reactiva como indicador de infección en obstetricia". *Rev. Colomb. de Obst. y Ginec.* 1984. 37:47.
13. Fescina H.R. y Belitzky R. Evaluación de los procedimientos diagnósticos: aspectos metodológicos. *Publ. Cient. CLAP N°1081.*
14. Morales J.W. and Diebel N.D. "The effect of antenatal dexamethasone administration on the prevention of respiratory distress syndrome in preterm gestations with premature rupture of membranes". *Am. J. Obst. Gynec.* 1986. 154:591.
15. Papageogiou A.N., Desgranges M., Colle E. et al. "Antenatal use of betamethasone in the prevention of respiratory distress syndrome". *Pediatrics.* 1979. 63:73.
16. Romero R. and Scioscia A.L. "Use of parenteral antibiotic therapy to eradicate bacterial colonization of amniotic fluid in premature rupture of membranes". *Obst. & Gynec.* 1986. 67:158.
17. Arias F. and Knight A.B. "A retrospective study effects of steroid administration and prolongation of the latent phase in patients with preterm premature rupture of the membranes". *Am. J. Obst. Gynec.* 1986. 154:1059.
18. Nelson L.H. and Meis P. "Premature rupture of membranes: a prospective randomized evaluation of steroids and latent phase". *Obst. & Gynecol.* 1985. 60:55.
19. Johnson J.N.C. and Daikoku N.H. "Premature rupture of membranes and prolonged latency". *Obst. & Gynecol.* 1981. 59:546.