

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.
PROVINCIA DE GUANTANAMO

CARACTERIZACIÓN DE LA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANA. NONESTRE DEL 2003 EN LA MATERNIDAD DE GUANTÁNAMO.

*Dr. Luis Felipe Nicot Vidal¹, Dr. William Domínguez Lorenzo², Dr Roberto
Nicot Vidal³, Dra. Rafaela Domínguez Álvarez³, Dr Otto Ortega Ochoa³*

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo transversal con el objetivo de caracterizar rotura prematura de membrana en el primer nonestre del 2003 en la maternidad de Guantánamo. El universo estuvo constituido por 200 casos registrados en dicho periodo en el servicio de obstetricia del mencionado hospital. Para ellos se utilizaron las variables paridad, antecedentes patológicos personales, edad gestacional, signos de sépsis al ingreso, sala de ingreso inicial, signos de sépsis en la sala de partos, uso de oxitocina, tipo del parto y el peso del neonato. Se utilizó como fuente de información las historias clínicas correspondientes. Se utilizaron como medidas de resumen el número absoluto, porcentaje. Se obtuvo como resultado que la rotura prematura de membrana no influyó en la salud del feto-neonato, que la nuliparidad y los trastornos hipertensivos se asocian a la rotura prematura de membrana y que las mayorías de los partos fueron paraeutócicos.

Palabras clave: ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS OVULARES, PARTOS PARAEUTÓCICOS.

¹ *Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Asistente.*

² *Especialista de I Grado en Salud Pública. Instructor.*

³ *Especialista de I Grado en Ortopedia.*

³ *Especialista de I Grado en MGI.*

³ *Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Asistente*

INTRODUCCIÓN.

La rotura prematura de las membranas es un accidente obstétrico con Producción (no es necesario) de pérdida de continuidad de las mismas (no es necesario) y de líquido amniótico antes del inicio del trabajo de parto. (se debe rehacer la redacción). Su frecuencia en nuestro país oscila entre el 2 y 20 % del total de los nacimientos y responsable del 30% de los partos pretérminos. Entre las causas más frecuentes descritas están los traumatismos e infecciones locales, déficit de oligoelementos, hábito de fumar, uso inadecuado de esteroides, alteraciones cervicales y del colágeno; lo que trae consigo que el parto se produzca antes de su arribo al término. Se plantean complicaciones tales como las infecciones de la madre y el feto, la prematuridad, la inmadurez, el distress respiratorio neonatal y la muerte feto-neonatal. Esto nos conllevó a tratar de conocer la dinámica de estos casos durante el primer nonestre del 2003 en nuestro centro hospitalario.

MÉTODO.

1- Características Generales de la investigación.

Se realizó un estudio descriptivo transversal para caracterizar la rotura prematura de membrana en el nonestre del 2003 en la maternidad de Gtmo.

2- El universo estuvo constituido por 200 casos registrado en dicho periodo en el servicio de obstetricia del HGD en Guantánamo.

3- Diseño de la investigación.

a) Para dar salida al objetivo # 1 se describieron las variables. Paridad. En nuliparas, de 1-3 partos, multiparas.

APP: Estados hipertensivos, otras patologías.

Edad gestacional : Menos de 36 semanas, 37-42, + 42 semanas.

Signos de sépsis: Si, no.

b) Para dar respuesta al objetivo # 2 : Se analizó la posible influencia de la RPM

En el peso del feto neonato clasificándose de la siguiente forma.

Peso del recién nacido. Bajo peso (- de 2500gr), Normal 2500-4000 grs.) alto (+ de 4000 grs.).

c) Para complementar el 3 objetivo. Se determinó la influencia de la RPM en el desarrollo del trabajo de parto, mediante el estudio de las siguientes variables.

Uso de oxitocina, Si, No.

Tipo de parto: Cesárea, paraeutócicos, eutócico

4 - Procedimientos estadísticos.

Se utilizó como fuente de información las historias clínicas correspondientes. Se utilizaron como medidas de resumen el número absoluto, porcentaje. Los resultados se presentaron en tablas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Tabla 1. Comportamiento general de la paridad en los casos de RPM estudiados.

Paridad	No	Porcentaje
Nulíparas	132	66
1-3 partos	61	30.5
Multiparas	7	3.5
Total	200	100

Esta tabla muestra que el mayor por ciento encontrado fue entre las nulíparas, situación que difiere con lo planteado en la literatura revisada, donde reportan como predominantes a las mujeres con partos previos, sobre todo a las múltiparas que presentan un cuello más propenso al trauma, la incompetencia y las infecciones locales. Al compararse con la vía del parto se encontró una frecuencia mayor de las nulíparas que tuvieron un parto paraeutócico.

Tabla 2. Comportamiento general de los antecedentes patológicos personales en los casos de RPM estudiados.

APP	No	Porcentaje
Estados hipertensivos	181	90,5
Otras	9	9,5
Total	200	100,0

Al analizar el. Comportamiento general de los antecedentes patológicos personales en los casos de RPM estudiados observamos el franco predominio de los estados hipertensivos encontrados en nuestro estudio. Situación nunca encontrada en las literaturas revisadas. Al buscar si hubo signos de sépsis entre los casos con antecedentes de estados hipertensivos, nos encontramos que solo 9 casos la presentaron.

Tabla 3. Comportamiento general de la edad gestacional en los casos de RPM estudiados.

Edad gestacional (semanas)	No	Porcentaje
Menos de 36	4	2,0
37 a 42	195	97,5
Más de 42	1	0,5
Total	200	100,0

Por otra parte nos percatamos en el estudio al analizar el comportamiento general de la edad gestacional en los casos de RPM que la frecuencia de rotura de las membranas en nuestro trabajo es en los embarazos pretérminos muy baja, si lo comparamos por algunos autores que reportan valores de hasta un 30%.

Tabla 4. Comportamiento general de los signos de sépsis al ingreso en los casos de RPM estudiados.

Signos de sépsis	No	Porcentaje
Si	10	5,0
No	190	95,0
Total	200	100,0

Al realizar el análisis de de los signos de sépsis al ingreso en los casos de RPM estudiados., encontramos que la sépsis solo fue encontrada clínicamente en el 5% de los casos ingresados por el cuerpo de guardia, situación que no coincide por muchos de los trabajos, que plantean cifras mínimas de un 30%. Cuando analizamos esta variable contra el número de horas de rotas las membranas, su franca mayoría (9 casos) refirieron menos de 12 horas y de ellas 6 con menos de 6 horas. Igualmente podemos inferir que la mayoría de los casos ingresan precózmemente al presentar una rotura de las membranas. .

Tabla 5. Comportamiento general de la sala de ingreso inicial de los casos de RPM estudiados.

Sala de ingreso inicial	No	Porcentaje
CEPN (perinatología)	131	66,2
Prepartos	67	33,8
Total	200	100,0

La mayoría de los casos (66.2%) fueron ingresados en la sala de cuidados especiales perinatales, lo que deja inferir que esa mayoría no se encontraba en

trabajo de parto, ni se le detectó signos de sépsis clínica, por lo que pudieron tener período de latencia intrahospitalaria.

Tabla 6. Comportamiento general de los signos de sépsis en la sala de prepartos de los casos de RPM estudiados.

Signos de sépsis	No	Porcentaje
Si	20	10,1
No	180	89,9
Total	200	100,0

Por otra parte en la sala de prepartos podemos inferir que hubo un incremento de un 10 % de casos con signos de sépsis en relación a los que se encontraron cuando el ingreso. Ese incremento ocurrió a expensas de los mismos números de horas de rotura de las membranas que se reportaron en la tabla 4. Este 20 % si coincide con los resultados obtenidos en otros trabajos revisados.

Tabla 7. Comportamiento general del uso de oxitocina en los casos con RPM estudiado.

Uso de Oxitocina	Frecuencia	Por ciento
Si	125	62,1
No	75	37,9
Total	200	100,0

En el 62,1 % de los casos nuestros tuvieron su trabajo de parto con el uso de oxitocina, constituyéndose per se en trabajos de partos de alto riesgo y lo que implicó el máximo de nivel de atención médica. De esos 125 casos en los que se usó oxitocina, 97 de ellos presentaron menos de 12 horas de rotura de las membranas al ingreso y de ellos, 79 con menos de 6 horas. Todo ello hace inferir que los períodos de latencia mínimos fueron de 12 horas ó más.

Tabla 8. Comportamiento general del tipo de parto de los casos de RPM estudiados.

Tipo de parto	Frecuencia	Por ciento
Cesárea	42	21,0
Paraeutócico	88	44,0
Eutócico	70	35,0
Total	200	100,0

. De acuerdo a los resultados obtenido en el análisis esta tabla, observamos que el 21% de los casos nuestro de RPM culminan por cesárea, lo que significa un

porcentaje no despreciable y que coincide con muchos de los autores que han publicado trabajos en este sentido.

Tabla 9. Comportamiento general del peso del recién nacido de los casos de RPM estudiados.

Peso del recién nacido	Frecuencia	Por ciento
Bajo (menos 2500 grs.)	17	8,5
Normal (2500-4000 grs.)	142	71,0
Alto (más 4000 grs.)	41	20,5
Total	200	100,0

Es importante reconocer que solo un 8,5 % de nuestros casos fueron recién nacidos de bajo peso, que no coincide con el 2 % de casos reportados con menos de 37 semanas de embarazo, de lo podríamos inferir, que existe un 6,5 % de casos encontrados pudieran ser casos de CIUR. Estos resultados no son parecidos a los encontrados en la literatura revisada y donde se reportan porcentajes con muchos superiores. Cuando buscamos el apgar al nacer de nuestra casuística, no se encontró ningún caso por debajo de 7.

CONCLUSIONES

1. La rotura prematura de las membranas en nuestro estudio no representó un peligro importante para la salud feto-neonatal.
2. Que la nuliparidad y los trastornos hipertensivos constituyen factores de frecuencia en los casos de rotura de membranas de nuestro estudio.
3. Que son los partos paraeutócicos los que primaron en nuestra casuística, seguido por la cesárea.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1-Villalobos G., Abelardo: .Frecuencia de cesárea en embarazos de término con ruptura prematura de membranas. Ginecol.obstet Méx. 1998; 66(11):452-5.
- 2.-Polanco Pérez, D.: Características de los casos de ruptura prematura de membranas en el Hospital Dr. Luis E. Aybar. Acta Méd. Domin 1996; 18(6):201-5.
- 3.-Rodríguez Ballesteros, R.: Inducción del trabajo de parto en pacientes con ruptura prematura de membranas a término: oxitocina vs. prostaglandina E2 de liberación controlada. Rev. sanid. Mil1999; 53(1):18-22.

4-Domínguez Salgado, C. R.: Inducción de parto en pacientes con ruptura prematura de membranas en embarazos a término con dinoprostona versus oxitocina. Un estudio aleatorio. Ginecol. obstet. Méx1999; 67(10):461-6.

5-Beltrán Montoya, J.: Identificación de nexos moleculares entre infección y ruptura prematura de membranas. Ginecol. obstet. Méx. 199765(5):191-3.

6-Vázquez Niebla, J.C.: Epidemiología de la rotura prematura de membranas en un hospital ginecoobstétrico. Hospital Docente Ginecoobstétrico "América Arias". Ciudad de La Habana. Rev. Cubana Obstet Ginecol 2003; 29(2).