

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"DR. AGOSTINHO NETO"
GUANTANAMO

CARACTERIZACION DE ROTURA PREMATURA DE MEMBRANA OVULAR. ESTUDIO DE 9 MESES

Dr. Luis Felipe Nicot Vidal¹, Dr. Jorge Pérez Hechavarría², Dr. Enio Rodríguez García², Dr. Rafael Pérez Pérez², Dr. William Domínguez Lorenzo³, Dr. Antonio Rubinos Vega.²

RESUMEN

Se realiza un estudio descriptivo transversal con el objetivo de caracterizar la rotura prematura de membrana en el primer nonestre de 2003 en la maternidad de Guantánamo. El universo está constituido por todos los casos de rotura prematura de las membranas ovulares registrados en dicho período en el servicio de Obstetricia del mencionado hospital. Se toma una muestra de 200 casos. Para ello se utilizan las variables: paridad, signos de sepsis al ingreso, uso de oxitocina, tipo de parto y peso del neonato. Se utiliza como fuente de información las historias clínicas correspondientes. Se obtiene como resultado que la rotura prematura de membrana no influye en la salud feto-neonato, que la nuliparidad se asocia a la rotura prematura de membrana y que la mayoría de los partos fueron paraeutócicos.

Palabras clave: ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS FETALES/epidemiología; ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS FETALES/etiología; ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS FETALES/clasificación.

¹ *Master en Atención Integral a la Mujer. Especialista de II Grado en Ginec Obstetricia. Asistente.*

² *Master en Atención Integral a la Mujer. Especialista de I Grado en Ginec Obstetricia. Asistente.*

³ *Master en Administración de Salud. Especialista de II Grado en Administración de la Salud.*

INTRODUCCION

La rotura prematura de las membranas ovulares constituye un accidente obstétrico que pone en riesgo directo al feto por su elevada morbimortalidad e indirectamente a la madre.¹⁻³

Su frecuencia en nuestro país oscila entre el 2 y 20 % del total de los nacimientos y es responsable del 30 % de los partos pretérminos.

Entre las causas más frecuentes descritas están los traumatismos e infecciones locales, déficits 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.^{4,5}

Se plantean complicaciones, tales como: infecciones de la madre y el feto, prematuridad, incremento de inducciones del trabajo de parto y de las cesáreas, inmadurez, distress respiratorio neonatal y muerte feto-neonatal.^{1,3,5-8}

METODO

Se realiza un estudio descriptivo transversal para caracterizar la rotura prematura de membranas en el nonestre del 2003 en la maternidad de la provincia Guantánamo. El universo estuvo constituido por todos los casos registrados por rotura prematura de membranas ovulares en dicho período en el servicio de Obstetricia del Hospital General Docente Provincial "Dr. Agostinho Neto". Se seleccionó una muestra de 200 casos registrado por este diagnóstico.

Se seleccionaron los casos al azar cada 5 dígitos del total registrado en el período estudiado. De cada uno de estos casos se utilizaron las siguientes variables: paridad, signos de sepsis al ingreso, uso de oxitocina, tipo de parto y peso del neonato.

Se utilizaron como fuente de información las historias clínicas correspondientes y se conformó base de datos. Se utilizaron como medidas de resumen el número absoluto y porcentaje. Los resultados se presentan en tablas, se comentan y analizan de acuerdo a la literatura revisada. Se llega a conclusiones.

RESULTADOS Y DISCUSION

El mayor porcentaje encontrado de rotura de membrana ovular fue entre las nulíparas (Tabla 1), situación que difiere con lo planteado en la literatura revisada, donde se informa predominio en mujeres con partos previos, sobre todo en multíparas que presentan un cuello más propenso al trauma, incompetencia e infecciones locales.

Al compararse con la vía de parto se encontró una frecuencia mayor en las nulíparas que tuvieron parto paraeutócico.

Al realizar el análisis de los signos de sepsis al ingreso en los casos estudiados, se encontró que la sepsis sólo fue encontrada clínicamente en el 5 % de los casos ingresados por el cuerpo de guardia (Tabla 2), situación que no coincide con muchos de los trabajos revisados^{3-5,8} donde se plantea que las cifras mínimas son del 30 %. Cuando se analiza esta variable contra el número de horas de en que ocurre la rotura de las membranas, la mayoría (9 casos) refirió menos de 12 horas y, de ellas, 6, con menos de 6 horas. Igualmente podemos inferir que la mayoría de los casos ingresan precozmente al presentar una rotura de las membranas.

El 62.1 % de los casos tuvo trabajo de parto con uso de oxitocina, lo que implicó el máximo 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 (Tabla 3). Todo ello hace inferir que los períodos de latencia mínimos fueron de 12 horas ó más. Se plantea que existe un incremento de inducciones en los casos con esta entidad.^{1,5,7,9}

Se observó que el 21 % de los casos culminó por cesárea (Tabla 4), lo que significa un porcentaje no despreciable y que coincide con muchos de los autores que han publicado trabajos en este sentido.^{1,5} Otros autores¹⁰, sin embargo, señalan altas tasas de partos fisiológicos.

El 8.5 % de nuestras pacientes tuvo recién nacidos de bajo peso, dato importante a señalar, que no coincide con el 2 % de casos registrados con menos de 37 semanas de embarazo (Tabla 5); de lo que se puede inferir que el 6.5 % de los casos encontrados pudieran ser casos de crecimiento intrauterino retardado. Estos resultados no son semejantes a los encontrados en la

literatura revisada y donde se registran porcentajes superiores. Cuando se buscó 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. La nuliparidad constituye un factor de frecuencia en los casos de rotura de membranas.
3. Los partos paraeutócicos son los que primaron en nuestra casuística, seguido por cesárea.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 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-Olivares AS. Ensayo clínico de tratamiento de la infección vaginal durante el embarazo y su relación con la incidencia de ruptura prematura de membranas. *Rev Sanid Mil.* 2000; 54(1):4-8.
- 3-Kenyon SL. Antibióticos de amplio espectro en la rotura prematura de membranas pretérmino: La investigación clínica aleatorizada ORACLE I. *Lancet.* 2001; 357:979-88.
- 4-Beltrán Montoya J. Identificación de nexos moleculares entre infección y ruptura prematura de membranas. *Ginecol obstet Méx.* 1997; 65(5):191-3.
- 5-Vázquez Niebla JC. 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).
- 6-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.
- 7-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 Mil.* 1999; 53(1):18-22.
- 8-Goldenberg RL. Infección Intrauterina y Parto Pretérmino. *New England Journal of Medicine.* 2000; 342 (20): 1500-1507.

9-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 Méx.* 1999; 67(10):461-6.

10-Martínez Camilo V. Uso de Antimicrobianos en pacientes con rotura prematura de membranas y embarazo pretérmino. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2002:28(2)

TABLA 1. COMPORTAMIENTO DE LA PARIDAD.

PARIDAD	No.	%
Nulíparas	132	66
1 - 3 partos	61	30.5
Múltiparas	7	3.5
TOTAL	200	100

TABLA 2. SIGNOS DE SEPSIS AL INGRESO.

SIGNOS DE SEPSIS	No.	%
Si	10	5.0
No	190	95.0
TOTAL	200	100

TABLA 3. USO DE OXITOCINA.

USO DE OXITOCINA	FRECUENCIA	%
Sí	125	62.1
No	75	37.9
TOTAL	200	100

TABLA 4. TIPO DE PARTO.

TIPO DE PARTO	FRECUENCIA	%
Cesárea	42	21.0
Paraeutócico	88	44.0
Eutócico	70	35.0
<i>TOTAL</i>	<i>200</i>	<i>100</i>

TABLA 5. PESO DEL RECIEN NACIDO.

PESO DEL RECIEN NACIDO	FRECUENCIA	%
Bajo (menos de 2 500 g)	17	8.5
Normal (2 500 – 4 000 g)	142	71.0
Alto (más de 4 000 g)	41	20.5
<i>TOTAL</i>	<i>200</i>	<i>100</i>