



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. ener-jun. 1997; 1(1):57-65

ARTÍCULO ORIGINAL

Evaluación de la rotura prematura de las membranas ovulares en gestantes de 27 semanas y más

Assessment of premature rupture of membranes in pregnant women of 27 weeks and more

Manuel Piloto Morejón¹, Marlene Trujillo Chong², Rogelio Fernández Alech³, Jorge Balestena Sánchez⁴, Esteban del Pino Malagón⁵.

¹Especialista de Primer Grado en Ginecología y Obstetricia. Asistente. Hospital Docente Gineco Obstétrico "Justo Legón Padilla". Pinar del Río.

²Especialista de Primer Grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital General Docente "Comandante Pinares". San Cristobal. Pinar del Río.

³Especialista de Primer Grado en Ginecología y Obstetricia. Asistente. Hospital Docente Gineco Obstétrico "Justo Legón Padilla". Pinar del Río.

⁴Especialista de Primer Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructor. Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.

⁵Profesor Instructor. Especialista de Primer Grado en Ginecología y Obstetricia. Hospital Docente Gineco Obstétrico "Justo Legón Padilla". Pinar del Río.

RESUMEN

Con el objetivo de conocer la evolución de las gestantes con rotura prematura de membranas ovulares con 27 semanas y más, se realizó un estudio retrospectivo, transversal y analítico en 300 gestantes en el Hospital Docente Gineco-Obstétrico «Justo Legón Padilla» de Pinar del Río desde julio de 1993 a junio de 1994. Se estudió el comienzo de la labor de parto, las causas de la inducción, tipo de nacimiento, edad gestacional y morbilidad neonatal. Se utilizaron métodos estadísticos como porcentaje y chi-cuadrado con un nivel de significación de $P < 0.05$. Se concluyó que la mitad de las pacientes tuvieron labor de parto espontánea (48.9%), el comienzo de la labor se presentó en el 51.3% en las primeras 12 horas independiente de la forma de inicio y todas las pacientes parieron en los primeros cuatro días independiente de la edad gestacional. Las principales causas de inducción fueron: líquido amniótico meconial (22.9%), signos de sepsis materna (18.7%) y periodo de latencia cumplido (46.3%). La cesárea como tipo de nacimiento se relacionó con el parto inducido ($P < 0.001$), la técnica extraperitoneal se realizó en el 55.5% y la morbilidad neonatal se presentó en el 13.3% de los recién nacidos y las más frecuentes fueron: sepsis congénita (2.7%) y la enfermedad de la membrana hialina (1.9%).

DeCS: ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS FETALES; RECIEN NACIDO; TRABAJO DE PARTO PREMATURO.

ABSTRACT

Aimed at know y the evolution of pregnant women with premature rupture of ovular membranes with 27 weeks and more a retrospective, transversal and analytic study was carried out in 300 pregnancies at "Justo Legon Padilla" Memorial Gynecology and Obstetric Teaching Hospital of Pinar del Rio from July 1993 to June 1994. A study was made at the beginning of labour, causes of induction, type of birth gestational age and neonatal morbidity. Statistic methods as percentage and chi-square test were used with a level of significance of $P < 0.05$. It was concluded that half of the patients had spontaneous labour (48.9%), the beginning of labour presented in 51.3% in the first twelve hours regardless the way of beginning and all the patients delivered in the first four days regardless the gestational age. The main cause of induction were meconial amniotic fluid (22.9%). Signs of maternal sepsis (18.73%) and completed latency period (46.3%). Cesarean section as a way of birth was related to induction of labour ($P < 0.001$), the extraperitoneal technique was applied in 55.5% and neonatal morbidity presented in 13.3% of newborns and the most frequent were congenital sepsis (2.7%) and disease of hyaline membrane (1.9%).

DeCS: FETAL MEMBRANES PREMATURE RUPTURE; NEWBORN/morbidity; premature labour.

INTRODUCCIÓN

La rotura prematura de las membranas ovulares (RPM) se define como: un accidente obstétrico en el cual se produce una solución de continuidad de las

membranas ovulares antes del comienzo del trabajo de parto,¹ sin embargo, Cunha Rudge² la define como la rotura de membranas que ocurre hasta una hora antes del parto, independientemente de la edad gestacional.

La RPM es una de las complicaciones obstétricas asociadas a una alta morbimortalidad del binomio madre-hijo, fundamentalmente debida a la sepsis, al parto pretérmino y al bajo peso de los recién nacidos.

Se plantea que a mayor cantidad de horas de producida la RPM, las posibilidades de que se produzca una sepsis en el producto intrauterino son mayores.

Esta entidad es aun un problema en la obstetricia moderna, pues para decidir una conducta, hay que tener en cuenta los peligros de la inmadurez neonatal y la sepsis, aunque un número importante de autores considera a la infección no como una causa, sino como una consecuencia de esta af ección.³⁻⁵

Existen factores que incrementan el riesgo de infección en estos recién nacidos como son: prematuridad, colonización materna con los estreptococos B y el coito. Por otro lado la RPM se acompaña del síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido.^{6,7}

Las opciones de manejo de los pacientes con RPM incluyen: tratamiento expectante durante periodos de tiempos que pueden ser de 12 a 24 horas según los diversos autores, tratamiento con corticosteroideos, antibióticos y/o tocolíticos entre otros .

El problema de la conducta obstétrica es de tal magnitud que a nivel internacional no hay unanimidad de criterios al respecto ni aun en países de mas baja mortalidad infantil de menores de un año en el mundo como Suecia, que reporta opiniones divididas en una encuesta entre obstetras a la hora de decidir el uso de los manejos anteriormente citados.

Todas estas opciones deben ser evaluadas cuidadosamente e individualmente, ya que pueden aumentar la incidencia de sepsis cuando se prolongan las horas de RPM.^{8,9}

La importancia de la RPM esta dada no por su frecuencia durante el embarazo, sino por su elevada morbimortalidad neonatal y morbilidad materna, por lo que continua siendo un reto para la obstetricia.

Autores como Williams¹⁰ admiten que la RPM puede estar asociada fuertemente al consumo de cigarrillos, la ingesta de tres o mas tazas de café al dia, muchos factores que complican el proceso del trabajo de parto, el parto y la necesidad de resucitación neonatal.

Con este trabajo, pretendemos ofrecer un a idea general de la evolución de la RPM en nuestro medio que permita trazar pautas para decisiones futuras de la especialidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y analítico en 300 embarazadas atendidas en el Hospital Docente Gineco-Obstétrico "Justo Legón Padilla" de Pinar del Río en el periodo de julio de 1993 a junio de 1994, las cuales presentaron RPM y embarazo de 27 semanas y mas.

Se estudiaron variables como: comienzo de la labor de parto, causa de la labor inducida, tipo de nacimiento y la morbilidad neonatal además de la edad gestacional al momento de la RPM. Los datos fueron ordenados en tablas simples y de contingencia aplicándose porcentaje y el estadígrafo chi -cuadrado con un nivel de significación de $P < 0.05$.

RESULTADOS

Al analizar la forma de comienzo de la labor de parto según horas de RPM (tabla 1) se aprecia que casi la mitad de las gestantes tuvieron un parto espontáneo (48.9%) y el resto menos una, fue inducido. Del total de gestantes ($n=294$), ya habían iniciado su labor de cualquier forma a las 12 horas 151 (51.3%) a las 18 horas 192 (65.3%). Al cabo de las 24 horas de RPM solamente quedaban sin encontrarse de parto 84 gestantes (28.5%).

Tabla 1. Evolución de la RPM y la forma de comienzo de la labor de parto según horas de la RPM. Hospital Docente Gineco-Obstétrico "Justo Legón Padilla". Julio 1993 a junio 1994.

Forma de Comienzo de la labor de parto horas de RPM								
	0-6	7-12	13-18	19-23	24	+24	Total	%
Labor espontánea	61	39	31	9	-	4	144	48,9
Labor inducida	38	13	10	9	60	19	149	50,6
Ni espontánea ni inducida	-	-	-	-	-	1	1 (^)	0,3
Total	99	52	41	18	60	24	294	100
Total Acumulado(n)	99	151	192	210	270	294	-	-
%	33,6	51,3	65,3	71,4	91,8			

Fuente: Historias clínicas y encuestas.

(^) Una paciente ni inducida ni espontánea ya que cumplidas las 24 horas de RPM se decidió cesárea por malas condiciones para el parto por ser múltipara, presentación pelviana, 31 semanas de embarazo y gemelar.

Nota: Se excluyen 6 pacientes con cesárea anterior por ser una conducta diferente.

En las gestantes con una edad gestacional entre 27 y 34 semanas a las que aplicamos una conducta expectante (tabla 2), del total ($n=294$) el 31% tuvieron labor espontánea y el resto inducida.

Tabla 2. Evolución de la RPM en gestantes 27-34 semanas con conducta expectante. Hospital Docente Gineco-Obstétrico "Justo Legón Padilla". Julio 1993 a junio 1994.

Evolución del embarazo	Días transcurridos de RPM				Total	
	-1	1-2	3-4	5 y +	n	%
Labor de parto espontánea	8	1	-	-	9	31
Labor de parto inducida	7	9	4	-	20	69
Total	15	10	4	-	29	100

Fuente: Historias clínicas y encuestas.

Las causas de inducción en la RPM (tabla 3) fueron las complicaciones: signos de sepsis (18.7%), la aparición de líquido amniótico (LA) meconial (22.9%) y la no presencia de labor de parto espontánea transcurrido el periodo de latencia o de espera de 24 horas programado en nuestro hospital (46.3%).

Tabla 3. Evolución de la RPM según causas de labor de parto inducida y horas de la RPM. Hospital Docente Gineco-Obstétrico "Justo Legón Padilla". Julio 1993 a junio 1994.

Causas de inducción	Horas de la RPM					Total	
	0-6	7-12	13-18 (n)	19-23	24 y +	n	%
Signos de sepsis	5	5	4	7	6	27	18,7
Líquido amniótico meconial	23	7	-	2	2	34	22,9
Alteraciones de la frecuencia cardíaca	1	1	-	-	-	2	1,3
Alteraciones del USG(oligoamnios)	-	-	-	-	4	4	2,6
Otras	2	3	-	-	1	6	4,0
Período de latencia cumplido	-	-	-	-	69	69	46,3
Causas asociadas (más de 1)	3	1	1	2	-	7	4,6

Fuente: Historias clínicas y encuestas

Los signos de sepsis más frecuentemente encontrados fueron la hipertermia (18/27) y la taquifirmia (3/27).

La relación entre forma de comienzo de la labor de parto y el tipo de nacimiento se aprecia en la tabla de contingencia (tabla 4). Se observa relación estadísticamente significativa entre el parto inducido y la realización de cesárea como tipo de nacimiento ($P < 0.01$). La técnica extraperitoneal fue utilizada en el 55.5% de las cesáreas realizadas.

Tabla 4. Evolución de la RPM según comienzo de la labor de parto y tipo de nacimiento.

Comienzo de la labor de parto	Tipo de nacimiento		Total
	cesárea	parto	
Espontánea	7	137	144
Inducida	31	118	149
Total	38	255	293

$$\chi^2 = 16.49 \quad P < 0,001 \quad GL = 1$$

Nota: Con relación a la técnica de la cesárea, el 55.5% fue por vía extraperitoneal.

La morbilidad neonatal en la RPM (tabla 5) se presentó en el 13.3% de los recién nacidos y la morbilidad más frecuente fue la sepsis congénita (2.7%), la enfermedad de la membrana hialina (1.9%) y hipoxia (1.6%).

Tabla 5. Evolución de la RPM y morbilidad neonatal según edad gestacional Hospital Docente Gineco-Obstétrico "Justo Legón Padilla". Julio 1993 a julio 1994.

Morbilidad Neonatal	Edad Gestacional (semanas)					Total	
	27-31	32-34	35-36	37-41	42 y +	n	%
Sépsis Congénita	2	3	3	1	-	9	2,7
Membrana Hialina	2	2	-	2	-	6	1,9
Hipoxia Neonatal	2	-	2	1	-	5	1,6
Asociadas mas de 1	-	3	1	4	-	8	2,6
Otras	2	2	4	2	2	12	3,9
Subtotal con Morbilidad	8	10	10	10	2	40	13,3
Subtotal sin morbilidad	3	7	26	215	10	261	86,7
Total	11	17	36	225	12	301	100

Fuente: Historias clínicas y encuestas

(^) Son 301 recién nacidos ya que hubo 1 paciente con embarazo gemelar.

DISCUSIÓN

En la RPM, la evolución del embarazo mas frecuentemente citada por la literatura, es el comienzo espontáneo de la labor de parto. Cuando el embarazo se encuentra a termino o cerca de el, este hecho natural disminuye o evita las complicaciones materno perinatales derivadas de la RPM. El problema se convierte en complicación cuando el embarazo no se encuentra a termino, porque entonces enfrentamos la aparición de recién nacidos pretérminos en los que a menor tiempo gestacional, mayor numero de complicaciones y mas graves son estas. Todo lo anterior lo apreciamos en nuestro trabajo en el que todos los pacientes comenzaron su labor de parto (espontánea o inducida) en los primeros cuatro días de la RPM.

Jacomino ¹¹ reporta que el 84.2% de las gestantes iniciaron su labor entre 10 -24 horas. Por otro lado, Duran y Comino ¹² plantean que cuando el embarazo cursa con RPM hay una mayor incidencia de inducciones por infección amniótica.

Padilla¹³ refiere en su estudio que la leucocitosis por encima del nivel critico aparece a mas horas del periodo de lactancia y de forma significativa a partir de las 12 horas.

De este estudio recomendamos otros en los que el periodo de latencia disminuya o aumente para la comparación de los resultados e investigar las causas que determinan la relación de la cesárea como vía del nacimiento y la inducción de labor de parto como forma de comienzo de la misma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rigol O. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Pueblo y Educación; 1984:80.
2. Cunha Rudge MV. Rotura prematura de las membranas. Análisis del uso sistemático del protocolo de conducta: Rev Esp Obstet Ginecol 1987; 46(316):619.
3. Claramunt M, Pedro I. La inducción por rotura prematura de membrana. Rev Esp Obstet Ginecol 1984; 43 (287):23-4.
4. Seo K, Mc Gregor JA, French IJ. Preterm birth in associated with increased risk of maternal and neonatal infection. Obstet Gynecol 1992; 79 (1):75-80.
5. Kolehn M, Fischlach F, Hofmeister H, Pache L, Graeff H. Importance of plasmic PMN granulocyte elastase concentration determination in pregnant patients with premature rupture of fetal membranes. Geburtshilfe-Fruchtweilkd 1993;53 (2):81-5.
6. Johnson JW, Daikoku NA, Nielyl JR. Premature rupture of the membranes and prolonged latency. Obstet Gynecol 1991; 57:547.
7. Chimura T, Hirayama T, Oda T, Saito N, Sato S, Numazaki M. A clinical study on the efficacy of ceftazidime and aspoxicillin in chorioamnionitis. JPN J Antibiot 1994; 47 (9):1210-8.
8. Crenwald JL. Premature rupture of the membranes diagnostic and management strategies. Am Fam Physician 1993; 48 (2):293-306.
9. Khan Z. Active management of preterm prelabour and preterm and rupture of membranes. JPMA J Pakmed 1994; 44 (11):258-60.
10. William MA, Mitterdorf R, Stublefield PG, Lieberman E, Schaenlaum SC, Mousin RR. Cigarettes, coffee and preterm premature rupture of membranes. Am J Epidemiol 1992; 135 (8):895-903.
11. Jacomino Martínez I. Morbimortalidad peri natal en la rotura prematura de membranas. Rev Cub Obstet Ginecol 1986; 12 (1):86-93.
12. Ministerio de Salud Pública. Manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1991.
13. Padilla Vinuesa MA, Ruiz Santiago H, Arraez T, Arteaga Checa MS, Gonzalez Gomez F, Navarrete Lopez-Cesar L. Clinical puerperal and evolución del recién nacido en la rotura prematura de membranas. Teke Ginecología Práctica 1987; 46 (1):5-9.

Recibido: 6 de enero de 1997.

Aprobado: 23 de enero de 1997.

Dr. Manuel Piloto Morejón. Calle B final edificio 73 apto A -10 Rpto Hermanos Cruz, Pinar del Río. CP. 20200 Cuba.