Esta obra está bajo una Licencia
Creative Commons Atribución-
NoComercial-CompartirIgual 2.5 Perú.
Vea una copia de esta licencia en
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

Universidad Nacional de San Martín
DECANATO
Facultad de Obstetricia

FACULTAD DE OBSTETRICIA

Ruptura Prematura de Membrana, Incidencia Factores Predisponentes, Tipo de Parto en el Hospital de Apoyo Integrado II IPSS - Tarapoto Agosto 1992 - Febrero 1993.

TESISTAS :

Bach. Obst. María Rosario Rodríguez Hidalgo
Bach. Obst. Orfelina Valera Vega

T E S I S

Para optar el Título Profesional de :

OBSTETRIZ

TARAPOTO — PERU
1993

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

FACULTAD DE OBSTETRICIA

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA, INCIDENCIA FACTORES PREDISPONENTES TIPO DE PARTO EN EL HOSPITAL DE APOYO INTEGRADO II IPSS - TARAPOTO : AGOSTO 1992 - FEBRERO 1993.

TESISTAS :

- Bach. Obst. Maria Rosario Rodriguez Hidalgo
- Bach. Obst. Orfelina Valera Vega

TESIS

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE OBSTETRIZ

ASESORES :

Dr. Nestor Estacio Pino.

Obst. Leocadia Salas Pillaca.

ASESOR ESTADISTICO :

Lic. Pedro Ballena Chumioque

TARAPOTO - PERU

1993

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

FACULTAD DE OBSTETRICIA

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA, INCIDENCIA FACTORES PREDISPONENTES TIPO DE PARTO EN EL HOSPITAL DE APOYO INTEGRADO II IPSS-TARAPOTO: AGOSTO 1992 - FEBRERO 1993.

TESISTAS : MARIA ROSARIO RODRIGUEZ HIDALGO
ORFELINA VALERA VEGA

JURADO CALIFICADOR :

.....
Dr. Federico Tinta Junco
PRESIDENTE

.....
Obst. Cecilia Alhuay Suárez
MIEMBRO

.....
Obst. Lupe Macedo Rodriguez
MIEMBRO

.....
Dr. Nestor Estacio Pino
ASESOR

.....
Obst. Leocadia Salas Pillaca
ASESOR

DEDICATORIA

A DON JORGE RODRIGUEZ DAVILA Y A DOÑA CARMEN HIDALGO GARCIA, MIS QUERIDOS PADRES, QUIENES ME BRINDARON TODO SU CARIÑO Y AMOR INCOMPARABLE, Y ME INSENTIVARON A SEGUIR ADELANTE HACIENDO REALIDAD MI ANHELO DE SER PROFESIONAL. CON AMOR A MI ESPOSO ARTURO POR SU APOYO Y SU COMPRENSION SIENDO EL ESTIMULO CONSTANTE PARA LA CULMINACION DE MI CARRERA. A MIS QUERIDOS HERMANOS POR SU CONFIANZA.

MARIA ROSARIO.

A MIS QUERIDOS PADRES SALOMON Y ORFELINA QUIENES ME BRINDARON TODO SU CARIÑO Y AMOR, CUYOS ESFUERZOS FUERON EL ESTIMULO CONSTANTE PARA HACER REALIDAD MI ANHELO DE SER PROFESIONAL. CON AMOR A MI ESPOSO WALTHER Y A MI HIJO PAUL POR SU COMPRENSION Y COLABORACION PERMANENTE. A MIS HERMANOS QUE SIEMPRE ME INSTARON A SEGUIR ADELANTE.

ORFELINA.

INDICE

		PAG
I.- INTRODUCCION	.....	1
II.- OBJETIVOS	.....	5
III.- MATERIALES Y METODOS	.....	6
IV.- DISCUSION Y RESULTADOS	.....	10
V.- CONCLUSIONES	.....	29
VI.- RECOMENDACIONES	.....	30
VII.- RESUMEN	.....	31
VIII.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	.....	33
ANEXOS	.....	38

I. INTRODUCCION

La Ruptura prematura de Membranas (RPM) es la ruptura espontánea de las membranas corioamnióticas antes del inicio del trabajo de parto en una gestación de 20 semanas a más; entendiéndose como período de latencia al tiempo que transcurre entre el momento de ocurrir la expulsión del líquido Anniotico y el comienzo del trabajo de parto. (4)

La Ruptura Prematura de membranas es una complicación del embarazo y tiene una incidencia muy variable que puede ir desde el 1.6 % al 21 % del total de nacimientos. Este amplio rango probablemente se debe a las diferencias en las poblaciones estudiadas (6). Por ejemplo, en el Hospital Regional de Amazonas - Iquitos reportan una incidencia del 15.76 % (25) mientras que en el Hospital de Apoyo Daniel Alcides Carrión - Callao nos muestra una frecuencia del 10% (24).

Con respecto a la etiología, muchas investigaciones suponen que la RPM suele ser resultado de una variedad de microorganismos patógenos genitales que producen infecciones clínicas y subclínicas (19) no siendo aun claramente

establecidas aunque se han identificado algunos factores predisponentes que actuarían modificando la elasticidad de las membranas, las cuales en condiciones normales pueden soportar presiones hasta de 393 mm de Hg (6). Sin embargo las zonas de las membranas que se presentan al orificio cervical interno tiene algunas características especiales que facilitarían su ruptura, como son su menor desarrollo y nutrición, la mayor tensión, estiramiento por ausencia de pared uterina a ese nivel, y el contacto directo con el moco cervical o elementos patógenos o no de la flora Vaginal. (6).

Algunas de éstas rupturas son debidas a cervix incompetente, infección, hidramnios o trauma. Pero en muchas de ellas no hay causa reconocida. Asi se dice que la invasión bacteriana de las membranas fetales cerca del orificio cervical es un evento relativamente común. La hipótesis propone que la infección pueda promover el debilitamiento de las membranas, esto trae la fuerte posibilidad que la infección sea la causa de muchas RPM (14).

También se menciona al Coito como causa de RPM la mortalidad fetal aumenta si el coito ocurre durante el mes previo al parto, esto es más evidente si

se acompaña de orgasmo femenino. Las contracciones uterinas causadas por el orgasmo pueden empeorar la debilitación de membranas producidas por la infección (26).

Se postula también que el fluido seminal permite el paso de bacterias al canal cervical provocando invasión del corioamnio, ya que las infecciones fueron más comunes y severas cuando hubo Penetración Sexual reciente (14).

La presencia de Trichomonas Vaginales en el canal vaginal que no llega a colonizar las membranas fetales es un factor de riesgo significativo en el desarrollo de RPM (26).

Producida la RPM, normalmente hay inicio espontáneo del trabajo de parto dentro de las 24 horas siguientes en proporción variable de acuerdo con la edad gestacional, siendo el período de latencia más corto tanto, más cerca del término se encuentra la gestación. (6).

La culminación de embarazos en los casos de RPM, variará naturalmente según la edad gestacional, la

vitalidad fetal y el riesgo de infección, muchas veces será preferible acudir a la inducción o estimulación para evitar secuelas posteriores tanto en la madre como en el feto, si el feto fuera viable y existieran signos de infección será preferible obtener un prematuro sano antes que un niño a término con problemas en estas condiciones es necesario evacuar el útero con urgencia. Si la inducción fracasara deberá practicarse la operación cesárea (20).

Existen muchos estudios sobre la RPM, que carecen de estandarización y terminología especifica e introducen diferentes opciones para el tratamiento por lo tanto las conclusiones definitivas así como las recomendaciones son poco claras. (21). Pese a esto y a las limitaciones del estudio, con el análisis de los dos grupos lo que queremos es mostrar un panorama de acuerdo a nuestra realidad de la patología en mención.

II. OBJETIVOS

1. Conocer los factores predisponentes y la incidencia de RPM en gestantes que acuden al Hospital de Apoyo II Integrado IPSS - TARAPOTO, en el período correspondiente Agosto 1,992 - Febrero 1,993.

2. Demostrar que la RPM condiciona a un mayor porcentaje de inducciones y/o estimulaciones.

3. Determinar el porcentaje de casos de RPM que se presentan en el área de investigación para efectos de comparación con porcentajes ya establecidos.

III. MATERIALES Y METODOS

El presente trabajo es un estudio prospectivo comparativo realizado en el servicio de Maternidad del Hospital de Apoyo Integrado II-IPSS - TARAPOTO en el período correspondiente entre el 1ro de Agosto de 1,992 y el 20 de Febrero de 1,993.

Al realizarse el estudio prospectivo se partió de las características maternas generales que tenian las gestantes en estudio y nuestro propósito fue conocer la incidencia, factores asociados con la patología en estudio, forma de culminación del embarazo y finalmente hacer comparaciones de la incidencia con otros resultados considerando que nuestra población pertenece a otra realidad. Definida tal situación la población en estudio se dividió en dos clases: Gestantes con RPM

Gestantes sin RPM.

Para iniciar nuestro trabajo se realizó una encuesta piloto y estadísticamente utilizando el muestreo para proporciones se llegó a determinar que el tamaño de la muestra de nuestro estudio fuera de 120 Gestantes. Es decir que se estableció el tamaño de

Muestra con un margen de error del 5% que según la tabla de la distribución normal corresponde a 1.96%, una proporción del 9% unidades pertenecientes a la clase que tuvieron RPM, encontrándose que n es igual a 120.

Este número de gestantes constituye el grupo total en estudio; la población lo dividimos en dos clases:

C1 = 120 grupo experimental con RPM.

C2 = 120 grupo control sin RPM.

Cabe destacar que los dos grupos tenían características similares a excepción de la RPM.

Se ha tomado un gran número de gestantes estadísticamente al mismo tiempo, de tal manera que el grupo control y el grupo experimental sean iguales en todos los aspectos relevantes : MUESTRA REPRESENTATIVA.

El análisis se hizo en forma escalonada sucesiva es decir a medida que se van recogiendo las observaciones y de este modo poder tener una conclusión estadísticamente válida en el menor tiempo y con el menor número de observaciones posibles.

Las gestantes con RPM, grupo " A " (Grupo Experimental) cumplieron los siguientes requisitos:

1. Gestación entre 20 y 42 semanas, con feto único, vivo y en presentación cefálica.

2. RPM franca y comprobada.

3. No presentar enfermedades intercurrentes con el embarazo actual.

4. No tener evidencias de infección de ningún tipo o síndrome febril 72 horas antes de su admisión.

Las gestantes sin RPM, grupo "B" (grupo control) cumplieron los mismos requisitos a excepción de la RPM.

El Diagnóstico de RPM se hizo mediante la anamnesis y el exámen con espéculo; también tomamos como un dato significante la presencia o no de leucorrea que se realizó mediante la observación con espéculo de exudado o secreción, en vagina aunado al interrrogatorio .

Finalmente se hizo un seguimiento del grupo en estudio hasta el momento del parto para comparar entre los dos grupos la forma de culminación del embarazo.

La Bibliografía nos da alcances de muchos estudios sobre la RPM pero los criterios distan de ser unánimes por las controversias existentes entre ellos y como se conoce es una patología obstétrica muy importante, observándose en nuestro medio muchos casos, de ahí que surge la intención de nuestra investigación con la finalidad de poder aportar conocimientos de acuerdo a nuestra realidad y elevar la calidad de trabajo del personal de salud.

IV. DISCUSION Y RESULTADOS

Desde el 1ro de Agosto de 1,992 al 20 de febrero de 1,993 en el Hospital de Apoyo Integrado II-IPSS-TARAPOTO ocurrieron 983 partos de los cuales:

A : Casos con RPM 142 lo que representa a un 14%.

B : Casos sin RPM : 841 lo que representa a un 86%.

A continuación presentamos el cuadro Nº 1 en el que se establece comparaciones con otros autores para el caso de RPM.

CUADRO Nº 1

INCIDENCIA DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

E S T U D I O S	Incidencia de RPM
Aguero R / Venezuela	12 %
Benson R / México	10.7 %
Cifuentes /Colombia	21.7 %
Ross S/ España	10 %
Muchlhausen / Bolivia	10 %
Gonzales del R / Lima / Perú	13.7 %
Vásquez V / Lima / Perú	10 %
Vigil Rios / Iquitos / Perú	15.76 %
Rodriguez-Valera / San Martin / Perú	14 %

Analizando el cuadro podemos apreciar que hay un intérvalo en porcentaje de RPM entre 10 % y 21.7 %, rango en el cual nuestro estudio cae dentro del intérvalo. Es decir que comparando con los diferentes autores nos aproximamos a los resultados obtenidos de incidencia de RPM. Además coincidimos con el resultado obtenido por Gonzales del R. B (9) y nos aproximamos bastante a Vigil - Rios (25); autores peruanos y Aguero (1), a nivel internacional.

Para la incidencia es necesario tener en cuenta el criterio aceptado de cada investigador para: definir la RPM, el tipo de población estudiada y la rigidez que se utilice para hacer el exámen (4), pese a esto tenemos una incidencia promedio que es debido probablemente en que el lugar de estudio es un centro de mayor afluencia de pacientes en nuestro medio.

CUADRO Nº 2

CARACTERISTICAS MATERNAS GENERALES EN GESTANTES

CON RPM Y EL GRUPO SIN RPM HOSPITAL DE APOYO

INTEGRADO II IPSS-TARAPOTO

PERIODO : AGOSTO 1992 - FEBRERO 1993

CARACTERISTI.	INTERVALOS	GRUPO A Nº	GRUPO A %	GRUPO B Nº	GRUPO B %
EDAD	MENOR QUE 17	5	4	3	2
	17 - 35	104	87	108	90
	MAYOR QUE 35	11	9	9	8
	TOTAL	120	100	120	100
ESTADO CIVIL	SOLTERA	11	9	10	8
	CASADA	54	45	62	52
	CONVIVIENTE	55	46	48	40
	TOTAL	120	100	120	100
GRADO DE INSTRUCCION	SUPERIOR	31	26	27	22
	SECUNDARIA	59	49	63	53
	PRIMARIA	25	21	29	24
	ANALFABETA	5	4	1	1
	TOTAL	120	100	120	100
PROCEDENCIA	URBANA	62	51	80	67
	URBANA MARG.	33	28	17	14
	RURAL	25	21	23	19
	TOTAL	120	100	120	100
NIVEL ECONOMICO	BAJO	57	48	31	26
	MEDIO	53	44	81	67
	ALTO	10	8	8	7
	TOTAL	120	100	120	100
PARIDAD	PRIMIPARAS	57	48	39	33
	SEGUNDIPARAS	22	18	34	28
	MULTIPARAS	36	30	42	35
	GRAN MULTIP.	5	4	5	4
	TOTAL	120	100	120	100
EDAD GESTACIONAL	20 - 28 m.	0	0	1	1
	29 - 36 m.	17	14	8	7
	37 - 42 m.	103	86	111	92
	TOTAL	120	100	120	100

En el cuadro Nº 2 se presentan las características maternas generales en gestantes con RPM y sin RPM; al realizar la comparación de estos dos grupos con respecto a la edad se puede obtener la distribución normal con mayor porcentaje para ambos grupos en el intervalo de 17 - 35 años, a ambos lados de este, los intérvalos en porcentaje son uniformes. Con estos resultados podemos afirmar que en este intervalo de edad es donde se produce con mayor frecuencia RPM siendo también esta las gestantes que acuden en número mayor a éste nosocomio, resultado que es significativamente diferente al encontrado por Gonzales del Rego Burga quien afirma que la mayor incidencia de RPM se da en mujeres de 40 años (9).

En la parte correspondiente a Estado Civil n términos generales para estos dos grupos hay distribución uniforme en porcentajes, estableciéndose un orden decreciente; para el grupo " A " Conviviente, Casada y Soltera; para el grupo " B " Casada, conviviente y soltera, con una pequeña diferencia en porcentaje para el grupo " A " entre casada y conviviente de 1%, mientras que en el grupo " B " esta diferencia es del 12%.

Con lo que podemos decir que el Estado Civil condiciona por algún medio a la patología, ya que las pacientes sin RPM fueron en mayor porcentaje las gestantes casadas a diferencia de las pacientes con RPM el mayor porcentaje se encuentra en las convivientes y solteras; pensamos que este grupo por su misma situación conyugal está expuesta a diferentes medios de vida.

Referente al grado de instrucción se observa que entre los dos grupos en estudio, no existen resultados significativos así tenemos:

Que en el grupo experimental el nivel secundario 49%, en el superior 26% en primaria 21% y en analfabeta 4%. En el grupo control en el nivel secundario 53%, en primario 24%, en superior 22% y analfabeta el 1%. Estableciéndose una distribución uniforme para cada grupo. Aducimos que este resultado se debe a que la mayoría de las gestantes que acuden al Hospital son del grupo de instrucción secundaria, a su vez pertenecen al nivel económico medio y tienen cierto conocimiento del C.P.N y acuden al Hospital por ser más accesible a su situación, mientras que las de nivel de instrucción superior en su mayoría por razones obvias preferentemente acuden a otros

establecimientos de salud considerando que este grupo se ubica dentro del nivel económico alto.

Con respecto a la procedencia Materna la distribución porcentual en este cuadro para ambos grupos es decreciente en el orden siguiente; urbano, urbano marginal y rural, estadísticamente puede decirse que existe diferencia bastante marcada para ambos grupos según el lugar de procedencia así entre el grupo "A" y el grupo "B" en procedencia urbana un 16%, urbano marginal 14%, rural 2%.

Podemos afirmar que las gestantes con RPM en un mayor porcentaje procedían de zona urbana y son las que mayor acceso tienen al Hospital a diferencia de la gestante de zona urbano marginal y rural que tiene mayor acceso al puesto de salud más cercano a su jurisdicción.

Al comparar el nivel económico de los grupos en estudio se puede observar que en el grupo experimental en el nivel económico bajo un 48% en el nivel medio 44% y en el alto 8%, mientras que en el grupo control en el nivel económico medio 67%, en el bajo 26% y en el alto 7%. La distribución porcentual para el grupo "A" es : bajo, medio y alto, mientras

que para el grupo "B" es medio bajo y alto.

Esto corrobora a que el nivel económico puede influenciar en el normal desarrollo de una gestación ya que las pacientes con RPM pertenecen a un mayor porcentaje al nivel socio - económico bajo, lo que se relaciona con lo afirmado por Gonzales del R., quien dice que la RPM es un evento común y es más frecuente en poblaciones socio - económicamente menos favorecidas (9).

Con respecto a la paridad el cuadro muestra diferencia en los dos grupos, mientras que en el grupo "A" las primíparas presentan mayor porcentaje (48%). En el grupo "B" el grupo de multíparas 35%. El orden de precedencia para el grupo "A" y "B" en porcentajes es el siguiente :

GRUPO "A"		GRUPO "B"	
Primíparas	48 %	Multíparas	35 %
Multíparas	30 %	Primíparas	33 %
Segundíparas	18 %	Segundíparas	28 %
Gran Multíparas	4 %	Gran Multíparas	4 %

Estos valores encontrados son similares a los reportados por Vasquez y Vigil Rios (24, 25). Con lo que podemos afirmar que son las primíparas las que mayor porcentaje tuvieron RPM, y si a esto agregamos la Chi cuadrado en el cual se relaciona relaciones sexuales y paridad encontramos que son las primíparas las que mayor relaciones sexuales tuvieron en las dos últimas semanas previos a la RPM. (Ver anexo Nº 1).

Con relación a la Edad Gestacional deducimos que tanto para el grupo "A" y el grupo "B" la Edad Gestacional con mayor porcentaje es de 37 - 42 semanas, el menor porcentaje para ambos grupos coinciden con una Edad Gestacional de 36 semanas.

Estos resultados son similares a estudios realizados por López A., con 87.5% en embarazos a términos y 12.5% en pretérmino (10) y por Vigil y Rios (24) con pequeñas variaciones con lo que se afirma que la RPM se presenta más en embarazos a término que a pre-términos cohincidiendo con la teoría que a su vez sustenta los muchos mecanismos.

CUADRO Nº 3

CONTROL PRENATAL - LUGAR - EG
QUE INICIO EN GESTANTES CON RPM Y SIN RPM.
HOSPITAL DE APOYO INTEGRADO II IPSS-TARAPOTO
PERIODO : AGOSTO 1992 - FEBRERO 1993

CARACTERISTICAS	INTERVALOS	GRUPO A Nº	GRUPO A %	GRUPO B Nº	GRUPO B %
C.P.N.	SI	82	68	103	86
	NO	38	32	17	14
	TOTAL	120	100	120	100
LUGAR DEL C.P.N.	HOSPITAL	46	56	80	78
	CONST.PARTIC.	10	12	5	5
	CENTRO SALUD	26	32	18	17
	TOTAL	82	100	103	100
EG. QUE INICIO EL CPN.	1er T.	42	51	57	55
	2do T.	31	38	35	34
	3er T.	9	11	11	11
	TOTAL	82	100	103	100

En la primera parte del cuadro podemos apreciar que las gestantes en ambos grupos han realizado C.P.N., además puede deducirse que el grupo sin RPM en un 86%, mientras que el grupo con RPM sólo en un 68%.

Con esto podemos afirmar que el control Prenatal es condicionante como lo afirmado por Pit Kin R. M. quien dice que la carencia o deficiencia del C.P.N. es un factor de riesgo para la RPM (19) y Parada, afirma que la ayuda inestimable de un C.P.N. muy bueno da resultado satisfactorios (18).

En la segunda parte se visualiza que en el grupo experimental las gestantes que tuvieron C.P.N. en Hospital fueron un 56% y en Centro de Salud 32%, Consultorio Particular 12% y en grupo control los que tuvieron en Hospital 78%, en Centro de Salud 17% y en Consultorio Particular 5%, para ambos grupos la mayor cantidad de gestantes realizaron C.P.N. en Hospital que relacionando con el nivel económico, este porcentaje esta en el nivel económico medio. Por otro lado si vemos en las gestantes con RPM mayor C .P.N. recibieron en el Centro de Salud y en las gestantes sin RPM baja este porcentaje considerablemente. Con lo que podemos afirmar que el CPN en los Centros de Salud es deficiente, debido posiblemente a falta de recurso humano especializado o a la insuficiente información; en estos sectores.

A continuación vemos la Edad Gestacional en que se inició el C.P.N. y comparando los dos grupos en estudio podemos apreciar que para el grupo experimental las pacientes que iniciaron el C.P.N. en el primer trimestre 51% y en el segundo trimestre 38% en el tercer trimestre 11% y para el

grupo control las pacientes que iniciaron en el primer trimestre 55% y en el segundo trimestre 34% y en el tercer trimestre 11%. Estableciéndose que para ambos grupos siempre en el primer trimestre en un mayor porcentaje acuden al C.P.N. Cabe recalcar que éste control se inició en Hospital, en Centro de Salud o en Consultorio Particular. Muy pocas pacientes lo hacen al bordear el tercer trimestre del embarazo.

CUADRO Nº 4

LEUCORREA EN GESTANTES CON RPM Y SIN RPM

HOSPITAL DE APOYO INTEGRADO II IPSS - TARAPOTO

PERIODO : AGOSTO 1992 - FEBRERO 1993

LEUCORREA	G R U P O S			
	A: CON RPM		B = SIN RPM	
	Nº	%	Nº	%
HUBO	98	82	66	55
NO HUBO	22	18	54	45
TOTAL	120	100	120	100

Como podemos apreciar los resultados del cuadro Nº 4 comparando los dos grupos, en el grupo experimental hubo casos de Leucorrea en un 82% a diferencia del grupo control solo 55%, en las pacientes que no tuvieron Leucorrea para el grupo experimental 18% y para el grupo control 45%.

Podemos notar que la diferencia entre los dos grupos es del 27% con predominancia en el grupo "A". Con esto podemos afirmar que en nuestro estudio existe una relación directa entre Leucorrea y RPM. Ya que su presencia nos hizo sospechar la existencia de gérmenes patógenos y pese a las limitaciones de nuestro estudio nos indicaría que existia infección cérvico Vaginal.

Diversos autores suponen que las bacterias que infectan el cuello uterino, puede atravesar el corión llegando hasta el annios con enzimas proteoliticas, asi es posible que enzimas proteoliticas de bacterias y la reacción inflamatoria que desencadenaría en el huésped debilitarian las membranas placentarias al punto de poder producir su rotura espontánea (14). Similares datos nos proporcionaron estudios realizados por Cifuentes, Naeye, Vigil- Rios (6 - 14 -25).

CUADRO Nº 5

ULTIMA RELACION SEXUAL EN PACIENTES COM RPM Y SIN RPM

HOSPITAL DE APOYO INTEGRADO II IPSS - TARAPOTO

PERIODO : AGOSTO 1992 - FEBRERO 1993

ULTIMA RELACION SEXUAL	G R U P O S			
	A: CON RPM		B = SIN RPM	
	Nº	%	Nº	%
MENOR DE 12 Hs.	8	7	0	0
MAYOR DE 12 Hs.	8	7	0	0
MAYOR DE 24 Hs.	47	39	22	18
NO TUBO R.S.	57	47	98	82
TOTAL	120	100	120	100

Como podemos observar en el cuadro Nº 5 comparando los dos grupos para el grupo experimental las pacientes que tuvieron Relaciones Sexuales, suma a un total de 53% distribuidos de la siguiente manera : menor de 12 horas 7%, mayor de 12 horas 7%, mayor de 24 horas 39%, las que no tuvieron 47% a diferencia de que en el grupo

control las pacientes que tuvieron Relaciones Sexuales un 18% que corresponde al rango mayor de 24 horas y las que no tuvieron 82%.

Demostrándonos de ésta manera que las Relaciones Sexuales es un factor coadyuvante a la RPM, según la Bibliografia citada teóricamente el contacto sexual pudiera iniciar la RPM por diversos mecanismos:

1. Bacterias del líquido Seminal o secreciones vaginales, pueden depositarse junto al orificio cervical externo por lo tanto proximidad a las membranas fetales. La adherencia de bacterias y virus a los espermatozoides en algunos casos pudieran facilitar el transporte a las membranas. (14). (26).

2. Contracciones uterinas producidas por el orgasmo pueden empeorar la debilitación de membranas producidas por la infección, o la acción de prostaglandinas seminales. (26).

3. Enzimas del líquido seminal que pudieran tener acción tóxica directa sobre la membrana.(26).

En nuestro estudio encontramos cuatro veces más RPM en gestantes que tuvieron última Relación Sexual más de 24 horas antes de la pérdida del líquido amniotico.

Datos que no concuerdan a lo reportado por Vigil Rios (25) quienes observaron tres (03) veces RPM en gestantes que tuvieron Relaciones Sexuales entre las 12 y 24 horas antes de la pérdida del líquido amniótico, como también no concuerda con los datos de Naeye y Ross (14,21), quienes no observaron relación entre la frecuencia de RPM y el número de coitos que precedia al parto.

Sin embargo señala que tuvieron correlación positiva entre coitos un mes antes del parto. En general es difícil sacar conclusiones a cerca de la actividad sexual y la incidencia de RPM. Los datos teóricos siguen siendo equívocos y distan de uniformidad, pero en nuestro estudio tenemos resultados muy significativos y relacionando esto con la paridad encontramos que las Primíparas (grupo en el que se presentó mayor RPM) estan inmersos dentro de este porcentaje; concluimos entonces que por algún mecanismo antes citado las relaciones sexuales son responsables de un gran número de RPM.

Universidad Nacional de San Martín
DECANATO
Facultad de Obstetricia

CUADRO Nº 6

TIPO DE PARTO EN PACIENTES CON RPM Y SIN RPM

HOSPITAL DE APOYO INTEGRADO II IPSS - TARAPOTO

PERIODO : AGOSTO 1992 - FEBRERO 1993

TIPO DE PARTO	G R U P O S			
	A CON RPM		B: SIN RPM	
	Nº	%	Nº	%
VAGINAL ESPONTANEO	46	38	105	87
VAGINAL INDUCIDO	19	16	3	3
VAGINAL ESTIMULADO	23	19	10	8
CESAREA	32	27	2	2
INSTRUMENTADO	0	0	0	0
TOTAL	120	100	120	100

En el presente análisis se evidencia que en el grupo experimental el parto vaginal espontáneo es solo un 38% y en el grupo control 87% mientras que el parto vaginal inducido en el 1er grupo 16% y en el segundo grupo solo el 3%. Para el parto vaginal estimulado en el primer grupo 19% y 8% para el segundo, así mismo para las cesáreas 27% y 2% respectivamente; no existiendo ningún parto instrumentado en ambos grupos.

Predomina en mayor porcentaje en el grupo " A " el parto vaginal inducido, vaginal estimulado inclusive la cesárea con relación al grupo " B ", ya que en el grupo " B" existe una marcada diferencia para el parto vaginal espontáneo con respecto al grupo " A ".

Lo que no dista de investigaciones donde el parto vaginal inducido se produjo en el 22% .(1). Por otro lado Matheus (12), cita un 62.6% para la producción de contracciones uterinas mediante la inducción y estimulación.

En nuestro estudio la cesárea se ve incrementado en un 25% en relación con el grupo control, encontrando en la Bibliografía 14%, 20.3%, 30%, respectivamente; (1,12,11). Esta variación quizá se deba a que hasta la actualidad los criterios o el manejo frente a la RPM distan de ser uniformes, dependerá de las experiencias con cada población de gestantes, de cada institución o del profesional en particular.

CUADRO Nº 7

SEXO DE RECIEN NACIDO DE MUJERES CON RPM Y SIN RPM

HOSPITAL DE APOYO INTEGRADO II IPSS - TARAPOTO

PERIODO : AGOSTO 1992 - FEBRERO 1993

SEXO DEL R.N.	GRUPOS			
	A: CON RPM		B = SIN RPM	
	Nº	%	Nº	%
HOMBRE	67	56	72	60
MUJER	53	44	48	40
TOTAL	120	100	120	100

En el presente cuadro apreciamos que en ambos grupos predominan los Recien Nacidos del sexo masculino. Pero particularmente en el grupo " A " predominan los R.N de sexo masculino. Existiendo una diferencia del 12% lo que se relaciona con lo citado por Santos. M que encontró el 51% R.N. de sexo masculino y 49% del sexo femenino, así mismo Cifuentes describe la importancia del sexo fetal sobre la ruptura espontánea de las membranas encontrándose una franca preponderancia del sexo masculino sobre el femenino en una relación de 1.96.

En nuestro estudio no hubo diferencia entre ambos grupos quizá sea debido al tamaño de la muestra.

V. CONCLUSIONES

1. La incidencia de la RPM en el Hospital Integrado II IPSS Tarapoto; período 1ro Agosto 1992 - 20 Febrero 1993; es de 14%.

2. El 14% de RPM de nuestro estudio representa a una incidencia promedio en relación a comparaciones con estudios ya realizados.

3. Los factores asociados a la RPM son :
   Las Primigestas, Leucorreas, Coito en las dos últimas semanas previas al parto y ausencia o insuficiente C.P.N.

4. Las relaciones sexuales son dependientes de la paridad.

5. La RPM incrementa en un 24% las inducciones y estimulaciones en relación al grupo control.

VI. RECOMENDACIONES

1. Este trabajo es el primero que se realiza en el Hospital de Apoyo Tarapoto y reporta una incidencia elevada; que debe modificarse mediante la educación de la gestante nulípara controlada; para evitar el coito durante el mes previo al parto y mejorar hábitos higiénicos; preferentemente a las que acuden a Centros de Salud.

2. Promover el cuidado prenatal multifacético que se inicie antes que se presente el embarazo osea cuando la mujer esté en edad reproductiva; y que se trate de cumplir con todas sus características en todos los centros de atención identificando factores de riesgo.

VII. RESUMEN

Se realizó el presente estudio de carácter prospectivo comparativo en el Hospital Integrado II IPSS - Tarapoto entre 1ro de Agosto 1992 - 20 de Febrero de 1993 para conocer la incidencia y hacer comparaciones con datos ya establecidos por otros autores, además identificar los factores asociados a la RPM y finalmente conocer en que porcentaje se incrementan las inducciones y estimulaciones y de esta manera tener un conocimiento de acuerdo a nuestra realidad.

De un total de 983 partos se encontró 142 gestantes con RPM; representando una incidencia del 14%, se seleccionó a 240 gestantes entre 20 - 42 semanas que cumplieron con los requisitos del protocolo, la mitad de ellos representó el grupo experimental (120 con RPM) y la otra mitad 120 constituyó el grupo control sin RPM, después del cual nos ha permitido afirmar que los factores asociados a la RPM en nuestro medio fueron, Primigestas, las Leucorreas, Coito en las dos últimas semanas previas al parto y ausencia o

insuficiente Control Pre-natal. Posteriormente al análisis, utilizando la chi cuadrado nos muestra una relación entre Paridad y Relaciones Sexuales; y finalmente en base a nuestros resultados proponemos pautas y asi poder planificar una atención adecuada.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **AGUERO, O.** Rotura Prematura de las Membranas. Rev.Obstet.Ginecología Venezuela; 46 (1): 19-22,1986.

2. **ALTIRRIBIA, J.** Clinica de Investigación en Ginecología y Obstetricia. España - Febrero 1992 - Vol. 19 - No 2.

3. **BENSON, R.** Diagnóstico y tratamiento Gineco - Obstétrico. Quinta Edición. Edit. El Manual Moderno. México. 1989.

4. **BOTERO, U.** Obstertricia y Ginecología. Primer Reimpresión - Cuarta Edición - 1990.

5. **CARRERA, J. M.** Protocolos de Obstetricia. Primera Edición. Barcelona. 1986.

6. **CIFUENTES, R. B.** 1988. Obstetricia de Alto Riesgo. Segunda Edición. Edit. Universidad del Valle. Cali - Colombia.

7. CLEA, R. L. Et al Relación del tipo de parto con el tiempo de Ruptura de Menbranas, Servicio de Maternidad - Hospital - Sao Paulo. 1985.

8. COSTA, C. F. Et al Estudio prospectivo sobre 24 casos de amnionexe prematura. Rev. Bras. Ginecos. Obstet. 5 (3) : 125 - 7. 1983.

9. GONZALES DEL R. B. Ruptura Prematura de Menbranas Edit. Dpto. de Ginecología y Obstetrica. Universidad Cayetano Heredia. Lima. 1983.

10. JAY, D. J. Et al Symptones That procede pretermlabor and pretem premature rupture of the menbranes. From the Departament of Obstetrics and Gynecology. Columbus. 1990.

11. LOPEZ A, L.V.; Et al. La Ruptura Prematura de menbranas. Rev. Colomb. Obstet. Ginecol. Colombia. 1989.

12. MATHEUS, M. Aspectos Obstétricos da rotura prematura das membranas. J. Bras. ginecol. 92 (6) : 371 - 5, Jun - 1986.

13. MUHLHAUSEN, E. Premature rupture of menbranes and intranterine infection. Hosp. San Juan de Dios. Bolivia. 1985.

14. NAEYE, R. Factors that predispose to premature rupture of the fetol menbranes. Obst. Gynecol. 1982, 60 : 93.

15. NEME, B. Rotura prematura das menbranas. Ginecol. Obstet. Bras; 4 (2): 229 - 41. 1981.

16. O' BRIEN, W. F. Et al Amniotie fluid L - antitrypsin concentration in premature rupture of the menbrane. AM J. Obtet - Gynecol. Florida. 1990; 162 - 756 - 9.

17. OLOFSSON, P. Et al. How swedish obstetricians manage premature rupture of the menbranes inpreterm gestations. AM J. Obstet. Gynecol - Lund, Sweden. 1988; 159: 1028 - 34.,

18. PARADA, O. H. Estudio de la rotura prematura de membranas ovulares. Obstet. ginecol. Latinoam; 41 (11/12): 451 - 62. 1983.

19. PITKIN R. M. MD. Clinicas Obstétricas y Ginecológicas. Nueva Edit. Interamericana. Mexico 1,989.

20. PRITCHARD, J. Et al Williams Obstetrica. Salvat. Editores S.A. Tercera Edición. Barcelona. 1986.

21. ROSS, S. Et al Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Edit. Interamericana. España. 1984.

22. SANTOS, M. Et al. Aspectos nionatais da rotura prematura das menbranas. Folhaméd; 92 (6): 371 - 5. Jun - 1986.

23. SCHWARCZ, R. 1985. Obstétrica. Editorial El Ateneo. Tercera Edición. Argentina.

24. VASQUEZ, V.J. y COL. RPM : Incidencia de morbimortalidad materna - infantil en el Hospital de Apoyo Daniel A. Carrión - Callao. 01: 1; 31: 3: 9.

25. VIGIL - RIOS. RPM. Incidencia, factores asociados Morbi mortalidad Materno y Perinatal. Hospital Regional del Amazonas - Iquitos. 1991.

26. VIVAR M, A. Ruptura Prematura de Membranas. Revista Niños - 1989.

ANEXOS

ANEXO Nº 01

RELACION ENTRE PARIDAD Y ULTIMA RELACION SEXUAL EN PACIENTES CON R.P.M

ULTIMA RELACION SEXUAL (U.R.S.)	PARIDAD								TOTAL
	PRIMIPARA		SECUNDIPARA		MULTIPARA		GRAN MULT.		
	O	E	O	E	O	E	O	E	
12 HORAS	1	1	0	1	2	1		0	3
+ 12 HORAS	7	4	1	2	1	3		0	9
+ 24 HORAS	26	25	7	10	19	17	1	1	53
NO TUVO	23	26	15	11	16	17	1	1	55
TOTAL	57		23		38		2		120

En este cuadro se aplica la distribución Chi cuadrado (X^2) utilizando las diferentes formas para esta prueba asi :

1. Ho; La Paridad es independiente para que la gestante realice una última relación sexual antes del parto.

. H1; La paridad depende para que la paciente realice una última relación sexual antes del parto.

2.) $X^2 = 0.05$

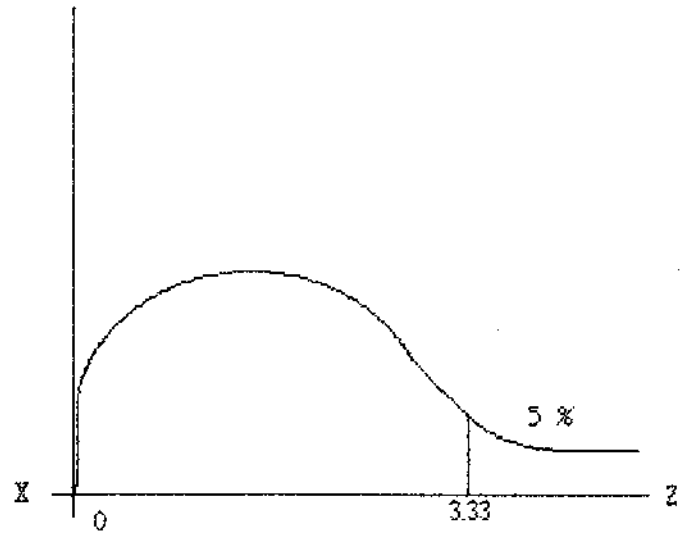
3.) $X^2_c = 9.11$

4.) $X^2_t = X^2_{0.05,9} = 3.33$

DECISIÓN

Rechazamos Ho y aceptamos H1.

" Existe diferencia significativa entre la Paridad y la última relación sexual realizada por la gestante es decir la Paridad depende para que la gestante realice relaciones sexuales antes del parto ".



ANEXO Nº 02

RELACION ENTRE PROCEDENCIA Y NIVEL ECONOMICO DE GESTANTES CON R.P.M.

NIVEL ECONOMICO	PROCEDENCIA					
	URBANO		URB. MARG.		RURAL	
	n	%	n	%	n	%
BAJO	20	33	18	51	17	68
MEDIO	35	58	15	43	8	32
ALTO	5	9	2	6		
TOTAL	60	100	35	100	25	

En el presente cuadro podemos observar que la procedencia de gestantes de las zonas Urbano Marginal y rural tiene un nivel económico bajo como puede apreciarse en los porcentajes obtenidos 51 % y 68 % respectivamente, mientras que la condición económica media es relativa en el caso de las gestantes que provienen de la zona urbana. Además puede notarse que tanto para las zonas urbano y urbano marginal hay un porcentaje representativo de pacientes en la condición económica alta, a diferencia de la zona rural no existiendo representatividad para este nivel en la zona rural.

ANEXO Nº 03

RELACION ENTRE PARIDAD Y EDAD EN PACIENTES CON R.P.M.

E D A D	P A R I D A D							
	PRIMIPARA		SECUNDIPARA		MULTIPARA		GRAN MUL.	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Menor de 17 Años	6	11	-	0	-		-	
17 - 35 Años	49	86	21	91	32	84	1	
Mayor que 35	2	3	2	9	6	16	1	
Total	57	100	23	100	38	100	2	

Considerando el grupo " A " o grupo experimental al analizar el presente cuadro existe una relación entre la Paridad y la Edad comprendida para las gestantes en el intérvalo de 17 - 35 años estableciéndose que en este intérvalo es la población que en mayor porcentaje acudieron a este nosocomio. Eventualmente se ven dos casos de Paridad entre las gestantes Segundíparas y Multíparas, a estas les corresponde según el cuadro el 9 % y 16 % respectivamente, pero estos casos se dan cuando la edad de la gestante es mayor de 35 años. Con respecto a la Gran Multípara creemos no establecer porcentajes apropiados porque

para esta Paridad tomar solo a dos gestantes no es representativa.

También podemos observar que solamente en las Primíparas se dá con porcentaje representativo para edades menores de 17 años.

Universidad Nacional de San Marcos
DECANATO
Facultad de Obstetricia