



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial-CompartirIgual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).

Vea una copia de esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

# 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. 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 Rodríguez  
MIEMBRO



.....  
Dr. Nester 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

---

	<u>PAG</u>
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 Amniótico 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. Así 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 específica 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 periodo 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 periodo 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 tenían 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 examen con espéculo; también tomamos como un dato significativo la presencia o no de leucorrea que se realizó mediante la observación con espéculo de exudado o secreción, en vagina aunado al interrogatorio .

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 N<sup>o</sup> 1 en el que se establece comparaciones con otros autores para el caso de RPM.

CUADRO N<sup>o</sup> 1

### INCIDENCIA DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

<u>E S T U D I O S</u>	<u>Incidencia de RPM</u>
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 intervalo en porcentaje de RPM entre 10 % y 21.7 %, rango en el cual nuestro estudio cae dentro del intervalo. 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 Agüero (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 examen (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		GRUPO B	
		Nº	%	Nº	%
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
	MÉDIO	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 intervalos 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 en 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





























































