

## **RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS**

### **DEFINICION**

Se considera que existe ruptura prematura de membranas (RPM) cuando se pierde la integridad del saco amniótico antes de iniciarse el trabajo de parto. Es responsable del 30% de los partos pretérminos y es causante de importantes índices de morbilidad materna.

### **ETIOLOGIA**

- \*Infecciones del tracto urogenital.
- \*Deficiencias nutricionales.
- \*Hábitos higiénicos inadecuados.
- \*Malas condiciones socioeconómicas.

### **CLASIFICACION**

- \*RPM en embarazo > de 34 semanas.
- \*RPM en embarazo entre 28 y 34 semanas.
- \*RPM en embarazo < de 28 semanas.

### **FACTORES DE RIESGO**

- \*Infecciones del tracto urogenital (vaginosis, vaginitis, infección urinaria).
- \*Embarazos que cursan con DIU in situ.
- \*Antecedente de cesárea.
- \*Incompetencia cervical.
- \*Presentación de pelvis o transversa.
- \*Cambios cervicales antes de la semana 34.
- \*Desnutrición materna.

### **DIAGNOSTICO**

\***Amniorrea franca.** Mediante especuloscopia, verificar la salida de líquido con maniobra de valsalva y con rechazo del feto hacia arriba.

\***Test de Helecho positivo.** Se toman, con jeringa sin aguja, unas gotas del líquido que provenga del endocervix a través de especuloscopia, y se colocan sobre una laminilla dejándolas secar, o secándolas al calor de una esperma o un fósforo, para luego ser estudiadas al microscopio, en busca de la configuración de helecho, tal y como se organizan los cristales de la sal en la naturaleza al ser desecados. Es muy importante tener en cuenta que si se calienta la laminilla y el residuo es de color blanco, es muy probable que se trate de líquido amniótico, mientras que un residuo café habla a favor de

membranas íntegras. (No olvidar que la sangre, la orina y el meconio, pueden alterar la lectura).

**\*Test de Nitrazina.** Si el pH de la muestra de líquido vaginal es alcalino, vale decir, si el papel de Nitrazina o el papel común para medir pH se tornan de un color azul profundo, es muy probable que exista ruptura de las membranas ovulares. Es aconsejable realizar tanto el test de nitrazina como el de helecho, ya que cuando los dos son positivos el diagnóstico es casi 100% seguro; mientras que cualquiera de los dos por separado no es muy exacto.

**\*Oligoamnios** a la ecografía, apoya el diagnóstico, específicamente cuando el índice amniótico está por debajo de 6 cms. Sin embargo, cabe recordar que **no se hace diagnóstico de RPM por ecografía**, ésta es tan solo un apoyo.

**\*Test del colorante positivo** a la instilación por amniocentesis. Este es un excelente método, que no requiere de tecnología alguna, y que brinda información segura, de manera casi inmediata. Se rechaza la presentación fetal hacia arriba y 3 cms por encima del pubis se inyecta una ampolla de complejo B de color carmesí, (no usar azul de metileno como colorante por el riesgo de metahemoglobinemia fetal). Se esperan 15 a 20 minutos y se verifica con especuloscopia si hay salida de líquido rosado por el canal cervical. Es ideal hacer la inyección bajo visión ecográfica, pero se puede descartar la presencia de placenta de implantación baja con la auscultación del soplo placentario, que en caso de ser audible en cualquier punto entre los primeros diez centímetros suprapúbicos, contraindicará la amniocentesis sin visualización ecográfica directa.

## TRATAMIENTO GENERAL

Toda paciente con diagnóstico de RPM debe seguir un tratamiento y una evaluación intrahospitalaria.

Se debe considerar el parto por la vía más adecuada, según la condición obstétrica específica en los siguientes casos:

\*Signos clínicos de infección (independiente de la edad gestacional).

\*Edad gestacional > 34 semanas.

\*Trabajo de parto en evolución.

\*Signos de sufrimiento fetal. (meconio, desaceleraciones espontáneas o patrones alterados del doppler pulsado de la arteria umbilical).

\*Complicaciones obstétricas: situación transversa, especialmente con dorso superior, presentación de pelvis, procidencia de cordón, abrupcio de placenta, presentaciones compuestas con procidencia de mano y/o pie.

\*Pacientes con malformaciones fetales.

\*Pacientes con alto riesgo de infección:

1. Tratamientos inmunosupresivos.
2. Enfermedad reumática cardíaca.
3. Diabéticas insulino dependientes.

4. Anemia de células falciformes.
5. Pacientes con prótesis valvular cardíaca.
6. Pacientes con más de tres tactos vaginales previos al ingreso.

### **Tratamiento Intrahospitalario**

**\*Reposo en decúbito lateral izquierdo.**

**\*Apósito estéril en periné** para evaluar las características del líquido amniótico.

**\*Considerar firmemente la posibilidad de infección intrauterina** como desencadenante de la ruptura y no viceversa. A pesar de ser cierto que se presenta colonización bacteriana del líquido amniótico a las 6 horas de sucedida la ruptura y que con el paso de las horas aumenta la posibilidad de infección, lo cierto en nuestro medio es que un alto porcentaje de pacientes experimentan colonización del líquido amniótico por parte de gérmenes patógenos del medio vaginal, que ascienden y atraviesan las membranas produciendo amnionitis subclínica que en la mayoría de los casos produce actividad uterina irregular perceptible o no por la paciente y debilitamiento de la membrana amniótica por invasión bacteriana directa, condiciones que se potencian y finalmente se expresan con ruptura prematura de membranas.

**\*Toma de cuadro hemático, parcial de orina y PCR.** El cuadro hemático típico de la amnionitis subclínica presenta conteo de leucocitos normal o ligeramente elevado con desviación izquierda y en ocasiones con cayademia.

**\*Buscar activamente la infección.** Examinar pulso materno y fetal, temperatura materna, tono uterino y aspecto del líquido amniótico cada 6 horas.

**\*Ecografía obstétrica** para evaluar la anatomía y la biometría fetal completas. Se debe realizar **perfil biofísico fetal**.

**\*Amniocentesis:** Toma de muestra de líquido amniótico obtenido idealmente por amniocentesis o en su defeco por vagina, para el siguiente estudio:

**-Coloración de Gram.**

**-Cultivo y antibiograma** (que incluya técnica de para identificar Estreptococo hemolítico del grupo B, y gérmenes anaerobios).

**-Perfil de la madurez pulmonar** con fosfatidilglicerol.

**\*Monitoría fetal electrónica** (Prueba sin stress) con el fin de descartar sufrimiento fetal o advertir signos indirectos de infección fetal como taquicardia y disminución de la frecuencia y la amplitud de la variabilidad fetal.

\*Se reservará el uso de antibióticos anteparto, intraparto y postparto únicamente en los casos de infección clínica o paraclínicamente manifiesta. No obstante, es importante recordar que en nuestro medio la mayor parte de las pacientes tienen infección de la cavidad amniótica previo a la ruptura de la fuente. Personalmente aconsejo utilizar antibióticos al ingreso si hay signos de infección o iniciar esquema antibiótico después de 12 horas de sucedida la ruptura de membranas. Se debe iniciar antibiótico terapia con ampicilina 1 gramo IV cada 6 horas, o cefalotina 1 gramo cada 6 horas IV, o Ampicilina-Sulbactam 1.5 gms cada 12 horas IV. Si no se cuenta con ninguno de estos fármacos, se puede utilizar Penicilina Cristalina 5 millones de unidades IV cada 4 horas. La terapia se debe mantener hasta 24 horas después de haber dembarazado a la paciente, para continuar con ampicilina 1 gm VO cada 6 horas por 7 días más.

**\*Iniciar esquema de maduración pulmonar** con glucocorticoides para embarazos entre semana 28 y 34 se debe iniciar según protocolo revisado en el capítulo de amenaza de parto pretérmino.

\*Se dará manejo expectante unicamente a los casos en donde no haya el menor signo clínico ni paraclínico de infección maternofetal y en aquellos casos en que además se pueda hacer un seguimiento intrahospitalario con exámenes de laboratorio y con monitoría fetal electrónica y perfil biofísico interdiario.

### **CONSIDERAR DESEMBARAZAR EN CASO DE:**

Terminar la gestación cuando se presente cualquiera de las siguientes circunstancias:

\*Una vez cumplidas las 72 horas de la administración de la primera dosis de corticoides.

\*Se llegue a la semana 34 y/o el peso estimado fetal sea de 1900 gramos o más.

\*Si se presentan signos de sufrimiento fetal.

\*Si se presenta el menor signo de infección maternofetal.

\*Si surgen complicaciones obstétricas.

\*Si la edad gestacional es mayor de 34 semanas una vez cumplidas las 72 horas de la primera dosis de corticoide para madurez pulmonar.

### **PREVENCION**

#### **Medidas Generales:**

\*Mejorar las condiciones de vida de las pacientes.

\*Dieta balanceada.

\*Horarios de trabajo de máximo 8 horas.

\*Abolir el agotamiento físico o mental derivado de las exigencias laborales.

\*Educar las mujeres para que sean ellas las primeras en buscar ayuda inmediata ante los procesos infecciosos del tracto genital, la aparición de actividad uterina irregular o ante la salida de líquido por vía vaginal.

**Medidas específicas:**

\*Tratamiento de las infecciones del tracto urogenital durante el embarazo.

\*Retirar el DIU lo más temprano en la gestación, previa valoración ecográfica. (Se puede retirar antes de la semana 9, si el DIU no está en contacto directo con el saco gestacional).

\*Administrar suplemento de Zinc en pacientes con riesgo.

\*Realización de la cesárea con técnica prolija puede incidir favorablemente en disminuir el riesgo de RPM en futuros embarazos.

\*Remisión adecuada y oportuna a centros de tercer nivel en pacientes con RPM y embarazo pretérmino.

**Algoritmo clínico o flujograma**

