

Universidad Nacional De Chimborazo



"Ruptura prematura de membranas"

DRA. BIVIANA LUNA
Ginecología Practica Décimo

Generalidades

Complicación más frecuente y de mayor controversia en su manejo

Mayor morbimortalidad materna neonatal

El riesgo de muerte fetal es del 1-2% en la RPMP lejos de término

Puede afectar a todos los embarazos

Los riesgos más importantes para el feto son las complicaciones de la prematurez.

CODIGO CIE10

- ▶ O42 Ruptura Prematura de las Membranas
- ▶ O42.0 Ruptura prematura de las membranas, e inicio del trabajo de parto dentro de las 24 horas
- ▶ O42.1 Ruptura Prematura de las membranas, e inicio del trabajo de parto después de las 24 horas.
- ▶ O42.2 Ruptura Prematura de las membranas, trabajo de parto retrasado por la terapéutica.
- ▶ O42.9 Ruptura Prematura de las membranas sin otra especificación

Definición

- ▶ Se define como la ruptura de las membranas amnióticas, antes de que la mujer entre en trabajo de parto.



Pérdida de la integridad de las membranas corioamnióticas

20 semanas de gestación hasta antes del inicio del trabajo de parto.

La ruptura prematura de membranas prolongada debe ser mayor de 24 horas.



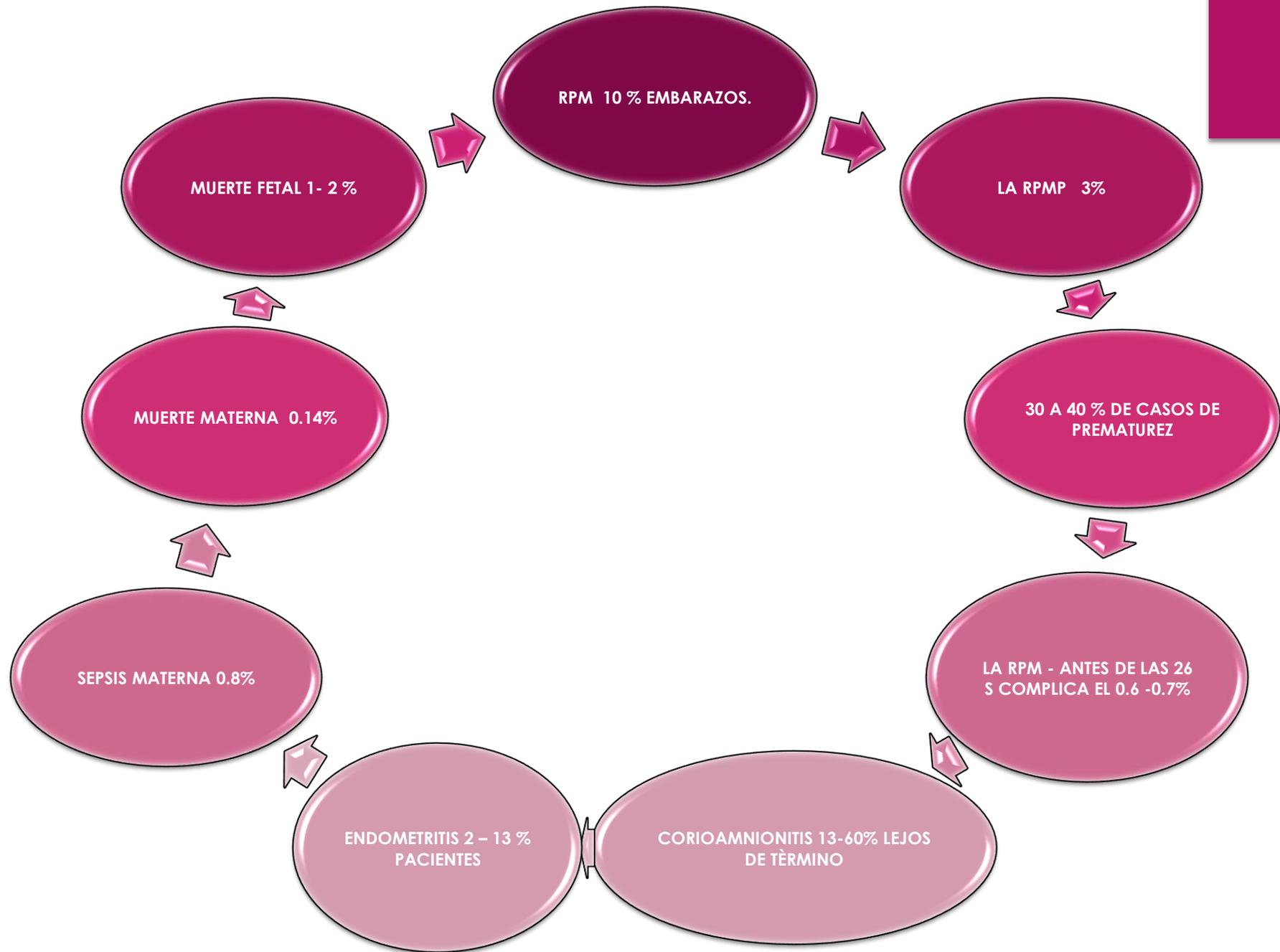
El período de latencia se refiere al tiempo que transcurre entre la ruptura de las membranas y el inicio del trabajo de parto.



Edad gestacional



pronóstico y el manejo de acuerdo a la posibilidad o no de terminación del embarazo.



12. Clasificación de la ruptura prematura de membranas

Tabla1. Clasificación de la RPMP

Cerca de término	Entre 35 - 36 semanas y 6 días
Lejos de término	Entre 24 - 34 semanas y 6 días
Pre-viable	Menos de 24 semanas (antes del límite de la viabilidad)
Periodo de Latencia	Tiempo transcurrido entre la RPM y el inicio del trabajo de parto ¹
Ruptura Prolongada	Tiempo de latencia mayor a 24 horas ¹⁸

Adaptado de: Guía Clínica FLASOG, 2011

FACTORES DE RIESGO



Patología genital:

Cirugía genital previa como amniocentesis, cerclaje.
Desgarros cervicales.
Incompetencia cervical.
Malformaciones uterinas
Procesos infecciosos:
Cervicitis, vaginitis, etc.

Patología gestacional:

Gestación múltiple.
Polihidramnios.
Desproporción pelvi-fetal.
Mala posición fetal.
RPM pretérmino previa.
Hemorragia anteparto.
Abruptio placentario.

Hábitos:

Tabaco.
Actividad sexual.
Drogadicción.

- **Mecanismo de la ruptura de membranas**

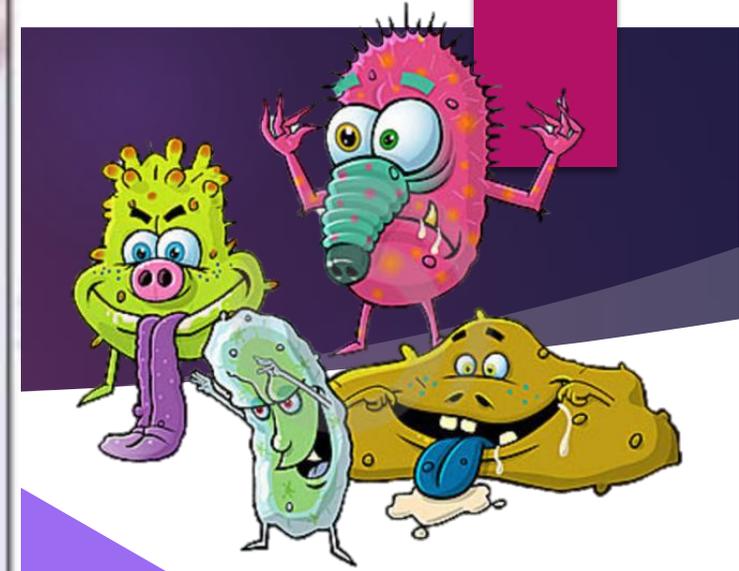
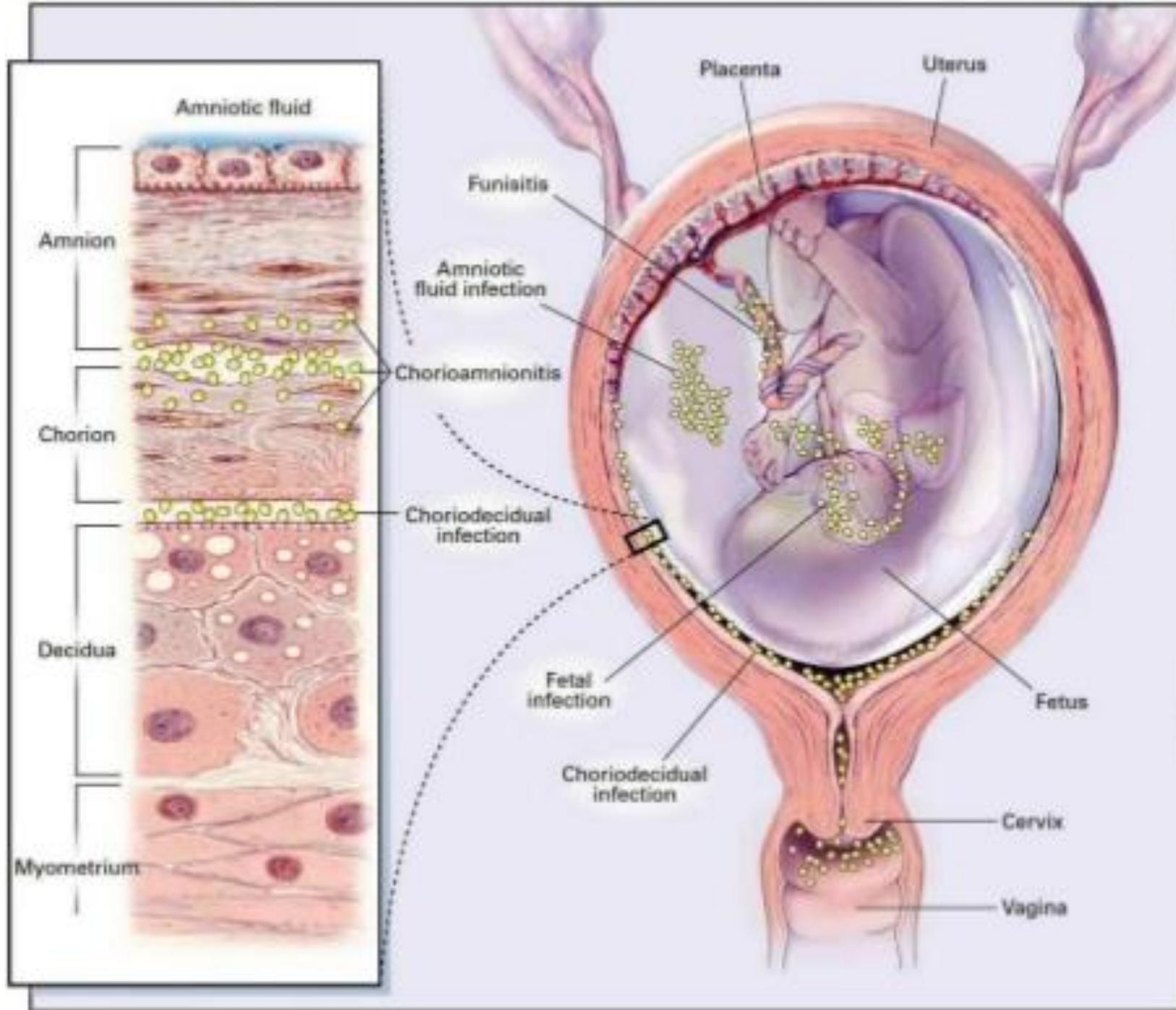
- ▶ Las membranas que se rompen prematuramente tienen en el sitio de contacto con el cérvix un defecto focal llamado “zona de morfología alterada” (ZMA)
- ▶ Cuando la presión intrauterina aumenta y ejerce presión sobre esta zona, se produce la ruptura de membranas.



- Etiología: Varios factores han sido asociados clásicamente con RPM pretérmino, incluyendo:

- Causas infecciosas (corioamnionitis, cervicitis y otras vaginosis).
- Aumento del volumen intrauterino (polihidramnios y embarazo múltiple).
- Hemorragia subcoriónica
- Coito
- Estrato socioeconómico bajo
- Anomalías estructurales bioquímicas (síndrome de Ehlers-Danlos)
- Trauma materno
- Abuso de sustancias, incluyendo tabaquismo
- Patología del cuello uterino.





Gardnerella vaginalis

Fusobacterium

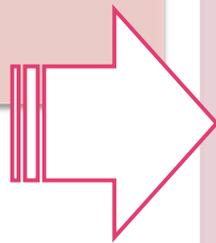
• Clasificación

RPM a Término

- Después de 37 semanas de gestación.

RPM Pretérmino

- Antes de las 37 semanas de gestación



RPM cerca de término

Entre 35-36 semanas y 6 días

RPM lejos del término

- Entre 24-34 semanas y 6 días

RPM pre-viable

- Menos de 24 semanas (antes del límite de la viabilidad)

Signos y Síntomas



Interrogarse

- ✓ Fecha
- ✓ Hora
- ✓ Forma de inicio
- ✓ Color
- ✓ Olor
- ✓ Cantidad

Diagnostico

Visualización directa de la salida del liquido amniótico transcervical o acumulación de liquido en fondo de saco vaginal

Ecografía con cuantificación de liquido amniótico

Prueba de nitrazina

Prueba de arborización en helecho

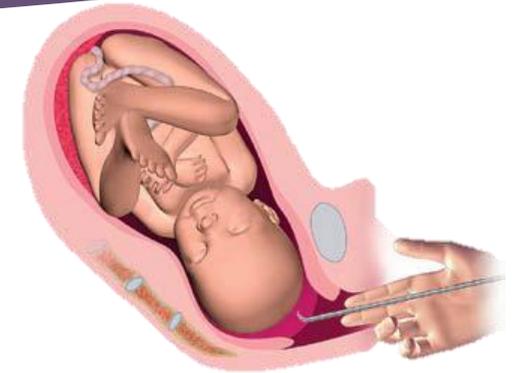
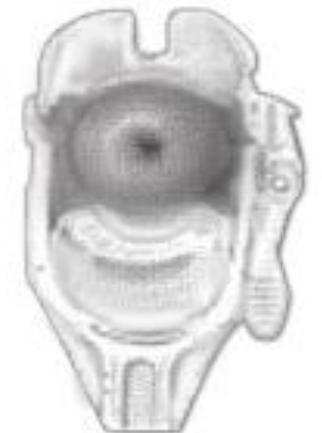
Investigación de la proteína placenta alfa microglobulina

• Diagnóstico

Visualización directa de la salida del líquido amniótico transcervical o acumulación de líquido en fondo de saco vaginal

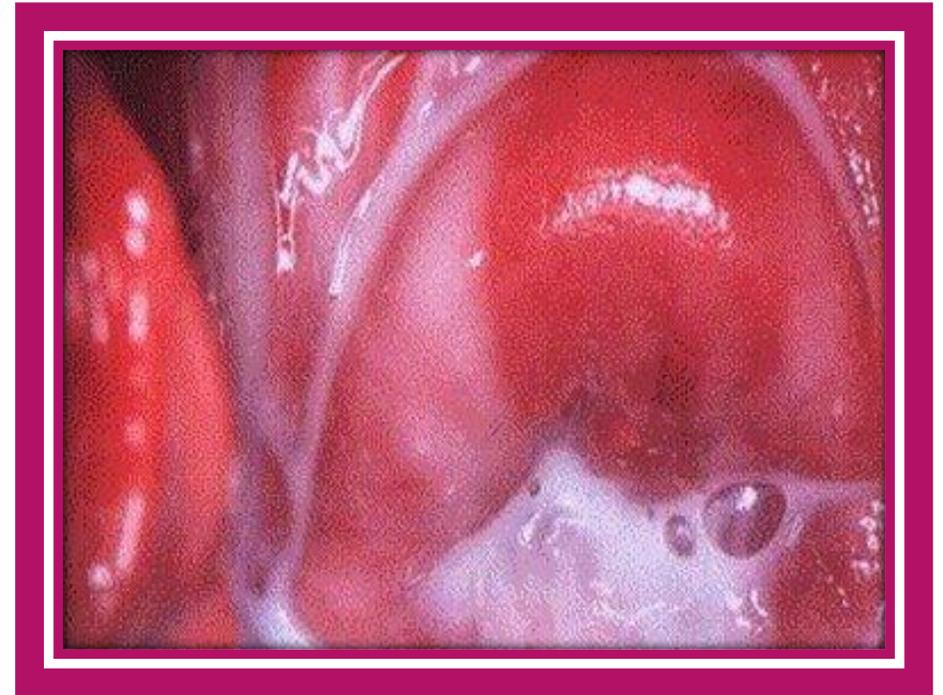
- ▶ **El tacto vaginal debe evitarse, hasta que el DX de RPM se haya descartado, a menos que haya signos francos de trabajo de parto.**

1.- El primer paso para hacer el diagnóstico es realizar especuloscopia con el fin de evaluar la presencia de líquido amniótico en fondo de saco posterior y documentar la ruptura de membranas con ayuda de los test que a continuación se describen



Esto con ayuda de los test que a continuación se describen:

- ▶ Si el líquido amniótico no es visualizado espontáneamente, se puede provocar su salida a través del orificio cervical mediante maniobras de valsalva, pidiéndole a la paciente que tosa, o rechazando la presentación.



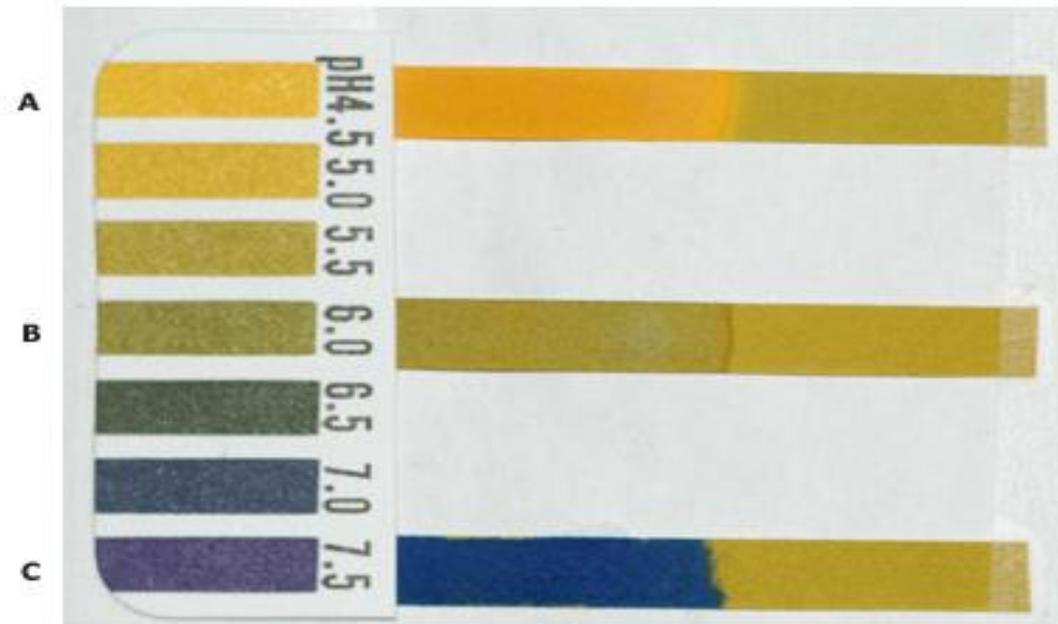
- Ecografía

- ▶ La ecografía ayuda a confirmar la RPM, especialmente cuando la prueba de hehecho o de nitracina es dudosa. La RPM usualmente se asocia con volúmenes de líquido amniótico bajo, pero pueden encontrarse lagos de hasta 2 x 2 cm en presencia de RPM.



• La prueba de nitrazina

- ▶ pH del líquido amniótico (pH 7,0 a 7,5) es significativamente más alcalino que la secreción vaginal normal (pH 4,5 a 5,5).
- ▶ Un cambio a color azul verdoso (pH 6,5) o a azul (pH 7,0) con mucha probabilidad sugiere la presencia de líquido amniótico.
- ▶ Falsos +:
 - ✓ Semen
 - ✓ Sangre
 - ✓ Jabones
 - ✓ Vaginosis
 - ✓ Infección de orina

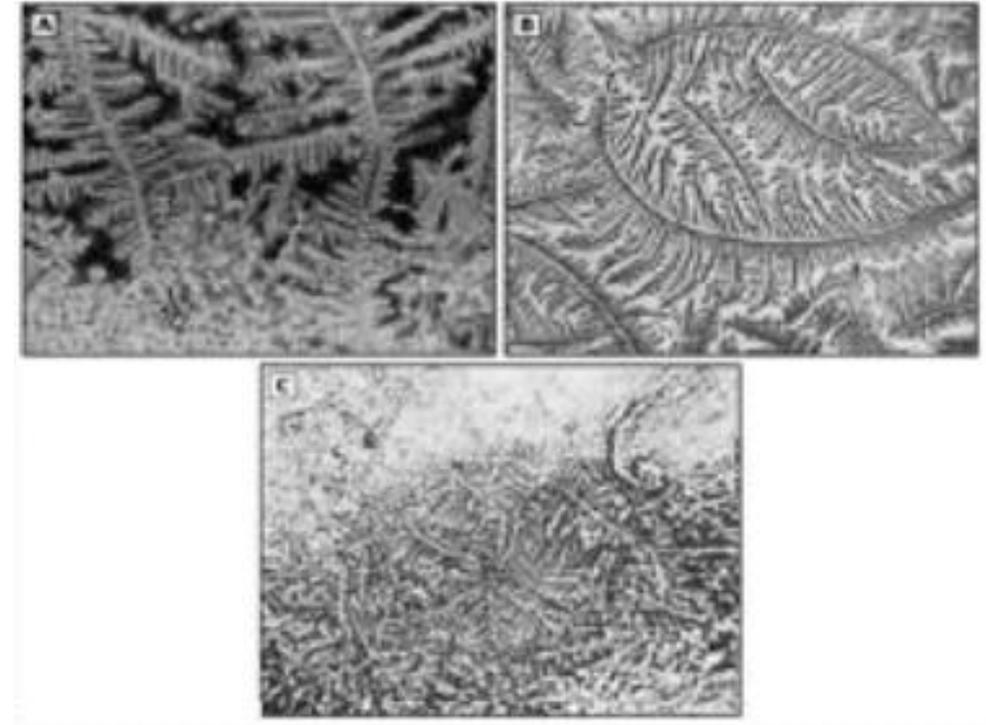


Prueba de arborización en helecho

Es la más comúnmente utilizada.

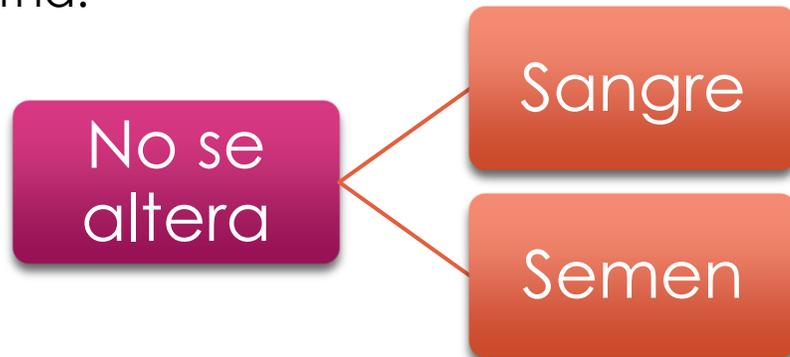
Falso +: moco estrogenizado, huella dedos

Falso -: escaso fluido, sangre, contaminación con flujo



Investigación de la proteína placenta alfa microglobulina-1 (PAMG-1).

Es una proteína que se sintetiza en la decidua. La concentración en el líquido amniótico es de 100-1000 veces superior a la que se presenta en sangre materna.



Test	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)
PAMG-1	98-99	88-100

Diagnóstico diferencial

Leucorrea

flujo genital blanco amarillento infeccioso asociado con prurito.

Incontinencia urinaria

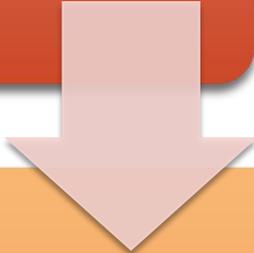
pérdida involuntaria de orina, frecuente en la segunda mitad del embarazo en multíparas por relajación perineal y cistocele; descartar infección de vías urinarias.

Eliminación de tapón mucoso

fluido mucoso a veces sanguinolento.

Diagnóstico en mujeres embarazadas con sospecha de RPMP

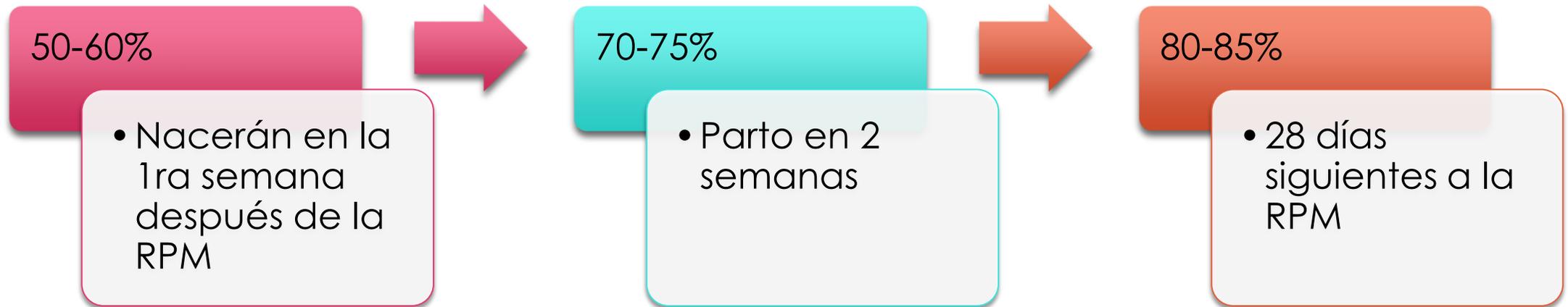
El tacto vaginal debe evitarse, hasta que el DX de RPM se haya descartado, a menos que haya signos francos de trabajo de parto.



La cristalografía y nitrazina son pruebas útiles para confirmar el diagnóstico

Manejo expectante en embarazadas con RPM

Pacientes con RPMP en manejo expectante



Se recomienda la terminación del embarazo a toda RPM que se presenta a partir de la semana 35

Cuando el manejo expectante esté recomendado antes de la semana 35 de gestación, la madre debe ser informada sobre:

El incremento en el riesgo de corioamnionitis contra la disminución de problemas respiratorios del neonato.



Admisión a la terapia intensiva neonatal.

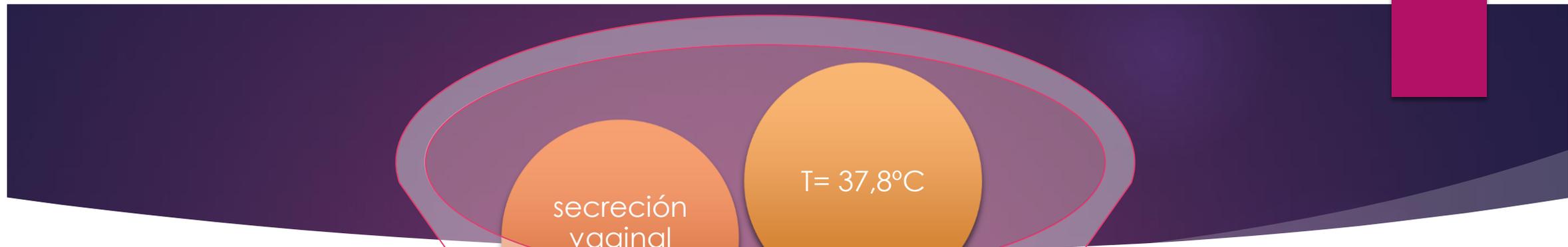


Cesárea

En las mujeres con RPMP se debe vigilar signos clínicos de corioamnionitis cada seis horas.



Se recomienda realizar diariamente biometría hemática, PCR.



secreción
vaginal
fétida

T= 37,8°C

taquicardia
fetal



Corioamnionitis

Pruebas de bienestar fetal en pacientes embarazadas con RPMP

- ✓ Bienestar fetal y realizar la vigilancia materno-fetal diaria
- ✓ La cardiotocografía es útil.

Utilidad de la amniocentesis en mujeres embarazadas con RPMP

- ✓ No se recomienda la amniocentesis de rutina en RPMP
- ✓ Potencial de detectar infecciones subclínicas antes de que se presenten datos clínicos maternos, permitiendo una adecuada intervención en la administración de antibióticos en casos de infección y/o parto,

• Manejo

- ✓ Realizar una ecografía para verificar peso fetal, posición, volumen de líquido amniótico residual, y valorar si existen anomalías fetales.
- ✓ Hacer una adecuada evaluación, para valorar si la paciente presenta trabajo de parto, corioamnionitis, abrupcio de placenta o sufrimiento fetal.
- ✓ Las mujeres que sufran de herpes simple genital o aquellas con infección por el virus de inmunodeficiencia humana, no deben recibir manejo conservador.

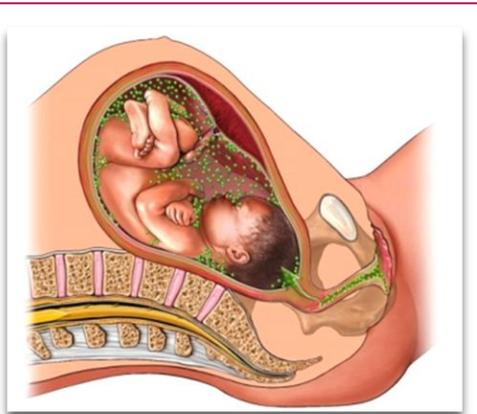
Manejo de pacientes con ruptura de membranas cerca del término (35-36 semanas y 6 días)

Riesgo de morbilidad severa aguda y mortalidad perinatal es baja



Interrumpir embarazo

Manejo conservador se asocia



Riesgo de amnionitis



Hospitalización materna prolongada



pH bajo en el cordón umbilical del feto al nacer

Manejo de pacientes con ruptura de membranas lejos del término (24-34 semanas y 6 días)

✓ Reposo, intentando que se realice un sellamiento espontáneo de membranas, con reacumulación de líquido amniótico.

- ✓ Evaluar signos de infección o compromiso del estado fetal.
- ✓ En casos de monitoría no reactiva se debe realizar perfil biofísico, cuyo valor radica en que si hay ausencia de movimientos respiratorios se debe pensar en infección intraamniótica.



- Manejo de ruptura de membranas en gestaciones previables (Menos de 24 semanas (antes del límite de la viabilidad))

Mayor morbilidad y mortalidad fetal por infección perinatal e hipoplasia pulmonar.

Aunque nuestro manejo sugerido es “**desembarazar**” a la paciente, es importante informar amplia y honestamente sobre el pronóstico, riesgos, beneficios y alternativas terapéuticas existentes para que se decida, en conjunto con la pareja, si se realiza o no manejo expectante.

Complicaciones



Desencadenamiento del parto:

Embarazo a término:

- Antes de las 24 horas se desencadena el parto de forma espontánea en un 68% de los casos.

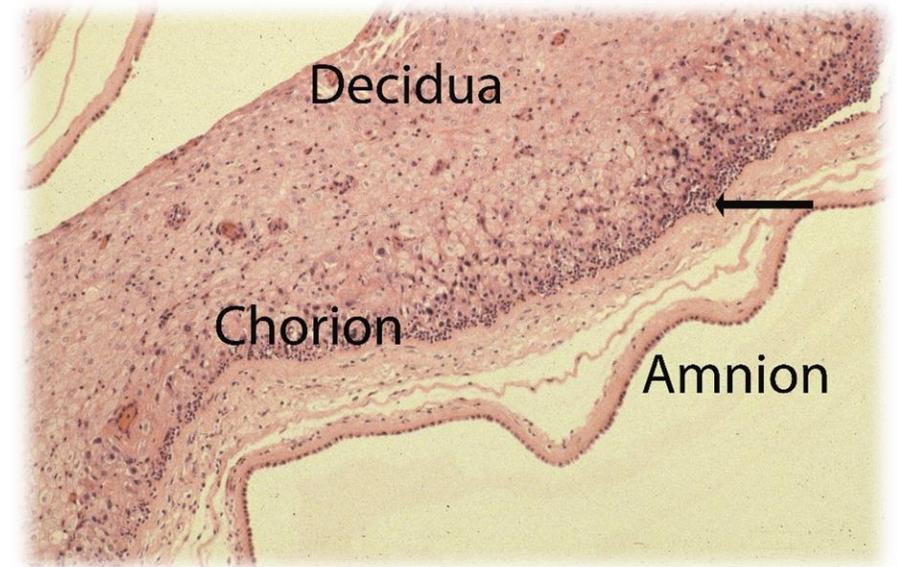
Embarazo pretérmino:

- En una semana vienen a desencadenarse un 90% de los partos. El período de latencia suele ser mayor cuanto menor sea la edad gestacional.



CORIOAMNIONITIS

- ▶ Es una de las complicaciones más graves y frecuentes tras la rotura de la protección física de la bolsa, independientemente de la edad gestacional. Esta infección puede ser consecuencia, pero además causa, de la rotura de membranas.
- ▶ **Feto** Conduce por deglución del líquido infectado, otitis, conjuntivitis, onfalitis, infección urinaria, faringitis, neumonía y a una sepsis generalizada con su muerte o secuelas.
- ▶ **Madre** La infección placentaria puede ser el origen de trombos sépticos.



- ▶ Los tactos vaginales repetidos pueden favorecerla. Se requiere pues un diagnóstico rápido, para terminar el embarazo a poco que se manifiesten los primeros síntomas de alarma:

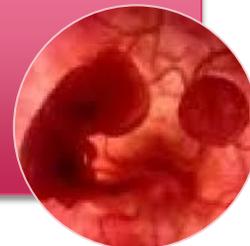
- Fiebre o febrícula
- Aumento de la dinámica uterina
- Aumento de la leucocitosis
- Positividad de la Proteína C reactiva (muy inespecífica)

Madre



- Taquicardia Fetal
- Presencia de movimientos respiratorios con deglución de líquido amniótico infectado

Feto



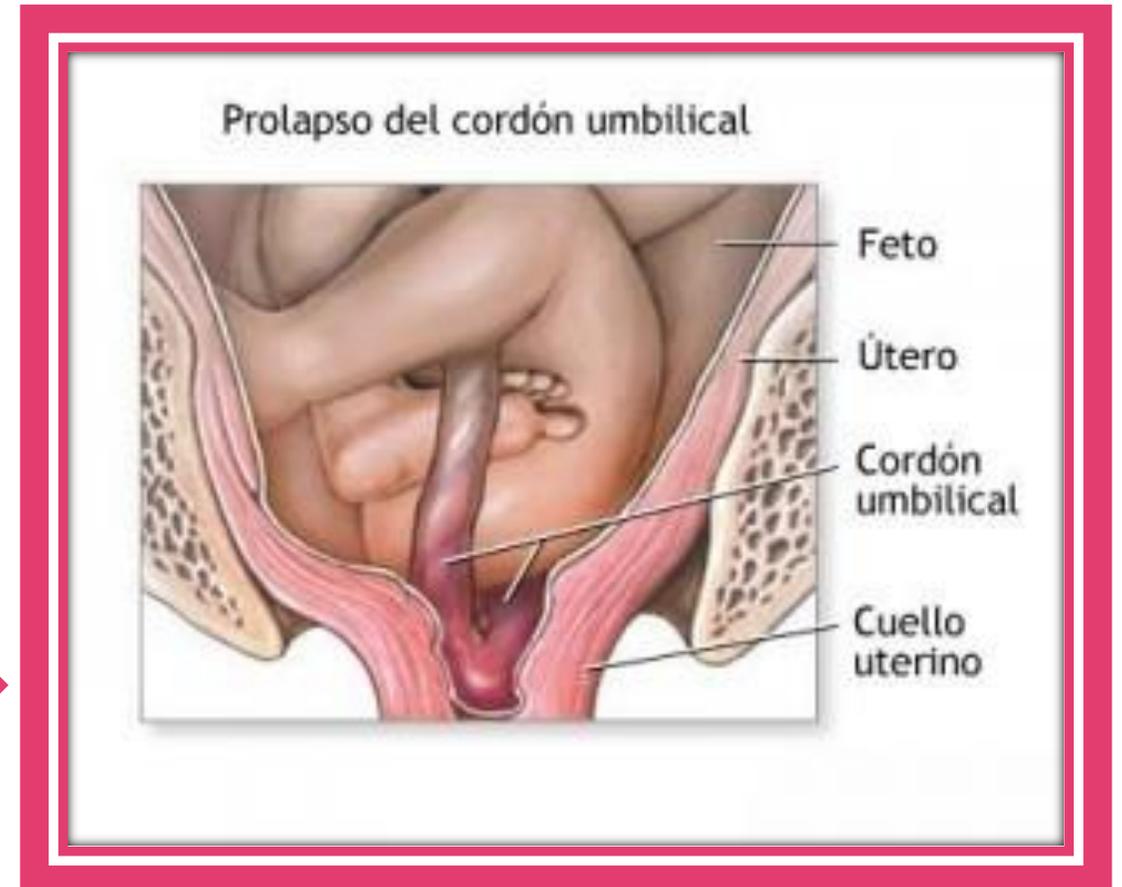
- Realización en el mismo de recuento leucocitario y cultivos bacteriológicos
- Fetidez

Líquido Amniótico



- Prolapso de cordón umbilical

- ▶ El cordón puede situarse por delante de la presentación en un 1.5-1.7% de los casos, siendo comprimidos sus vasos por la misma, favorecido este hecho por el consecuente oligoamnios secundario. Conduce al desarrollo de hipoxia y acidosis fetales, que pueden llevar a la muerte del feto.

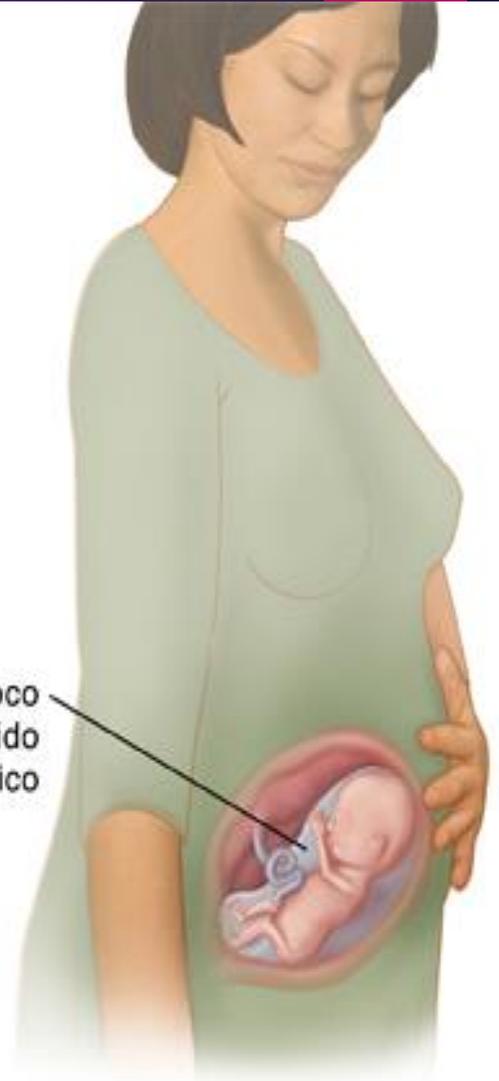


• Oligoamnios

- ▶ Con gran trascendencia por la desprotección del cordón umbilical y, en gestaciones precoces, por la importancia de la deglución de líquido amniótico en el desarrollo pulmonar del feto (conduce a la hipoplasia pulmonar) y por las deformidades fetales (faciales o de extremidades) que pueda producir la compresión.
- ▶ Se define como la disminución del líquido amniótico.



Muy poco
líquido
amniótico



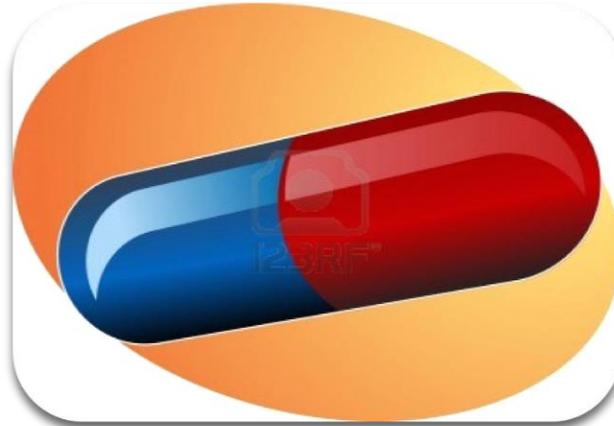
Medicamentos para RPM



Medicamentos para RPM



Tocolíticos



Corticoides



Antibióticos

Tocolíticos

No se recomienda la tocolisis profiláctica en mujeres con RPM.

- No se ha demostrado aumento de la prolongación del embarazo o disminución de la morbimortalidad neonatal

Corticoides

Reducir el riesgo de síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia interventricular, enterocolitis necrotizante

Todas las embarazadas entre 24 y 34 semanas 6 días con riesgo de parto pretérmino dentro de los siguientes siete días

Maduración fetal

24 y 34 semanas 6 días

Tratamiento de primera elección

Betametasona 12 mg intramuscular glútea cada 24 horas, por un total de dos dosis

Dexametasona 6 mg intramuscular cada 12 horas por cuatro dosis.

No se recomiendan esquemas múltiples de esteroides antenatales

Efecto óptimo del tratamiento

Nacimiento ocurre después de 24 horas y antes de siete días de haberse iniciado el tratamiento.

Antibióticos

Manejo expectante de la RPM



Curso de 48 horas de antibióticos:

Ampicilina intravenosa y eritromicina vía oral, seguido de cinco días con amoxicilina y eritromicina vía oral para prolongar la latencia del embarazo y reducir la infección materna y perinatal,

RPMP lejos de término

- Las primeras 48 horas, ampicilina 2 gramos intravenosa en dosis inicial, seguida de 1 gramo intravenosa cada seis horas + eritromicina 250 mg vía oral cada 6 horas.
- Luego, continuar los siguientes cinco días con amoxicilina 500 mg vía oral cada 8 horas + eritromicina 250 mg vía oral cada seis horas.

Como alternativa o en caso de pacientes alérgicas a la penicilina, para profilaxis se recomienda:

- Eritromicina 250 mg via oral cada 6 horas durante 10 días posteriores al diagnóstico de RPMP.^{3, 25}
- Clindamicina 900 mg intravenosa cada ocho horas por siete días.^{4, 5, 7}



Terapias antimicrobianas más cortas



Ampicilina-sulbactam por tres o siete días

No se recomienda la combinación de amoxicilina + ácido clavulánico en la RPMP por su relación con la enterocolitis necrotizante.

La administración de los antibióticos de rutina reduce la morbilidad materna y neonatal. La terapia de antibióticos también retrasa el parto, permitiendo el tiempo suficiente para que los corticoesteroides profilácticos prenatales tengan efecto

Interrupción del embarazo en gestantes con RPM

Pacientes con RPMP y con evidente: trabajo de parto, corioamnionitis, compromiso fetal, muerte fetal, desprendimiento normoplacentario, o de 35 semanas o más de edad gestacional

RPMP ocurre a las 35 semanas de gestación o más

Criterios de referencia y contrarreferencia

Recomienda usar tocolíticos cuando la paciente con PMP presenta actividad uterina y requiere ser trasladada a un establecimiento de salud de mayor complejidad



Se debe transferir a la paciente a establecimientos de mayor complejidad y capacidad resolutive una vez que se ha establecido el diagnóstico y no sea posible el manejo en este establecimiento de salud

• Referencias Bibliográficas:

- ▶ Ministerio de salud publica del Ecuador (MSP). Guía de practica clínica. Ruptura prematura de membranas pretermo (2015)
- ▶ Mendoza Arestegui, I. (1992). Gineco Obstetricia. (pp. 232-234). Mexico D.F.
- ▶ http://www.drugs.com/cg_esp/ruptura-prematura-de-membranas.html
- ▶ Amaya J. Gaitan M. Obstetricia Integral Siglo XXI. Capitulo 7: Ruptura prematura de Membranas. (PDF) <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/9/9789584476180.07.pdf>
- ▶ López F. Ordóñez S. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Ruptura prematura de membranas fetales: de la fisiopatología hacia lo marcadores tempranos de la enfermedad. (2006) http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342006000400007&script=sci_arttext

