

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)



RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)

Es la pérdida de la continuidad de las membranas corioamnióticas que se presenta antes del inicio del trabajo de parto.

- ❑ Ocurre en el 20-30% de las gestaciones derivado de los factores de riesgo.
- ❑ Cuando ocurre antes de la semana 37 se denomina “pretérmino” (RPMP).
- ❑ En la ruptura precoz de membranas es importante conocer los factores de riesgo y el manejo que se puede brindar, tomando en cuenta las distancias y tiempos de traslado oportuno de las mujeres. Así también el material y recursos con que se cuenta, pues muchas veces no es suficiente para la atención.
- ❑ La infección (vaginitis bacteriana, tricomonas, gonorrea, clamidia y corioamnioitis oculta) constituye el factor etiológico primordial en la patogenia como causa o como consecuencia de la RPM.



CLASIFICACIÓN DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS





FACTORES QUE INCREMENTAN EL RIESGO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS:

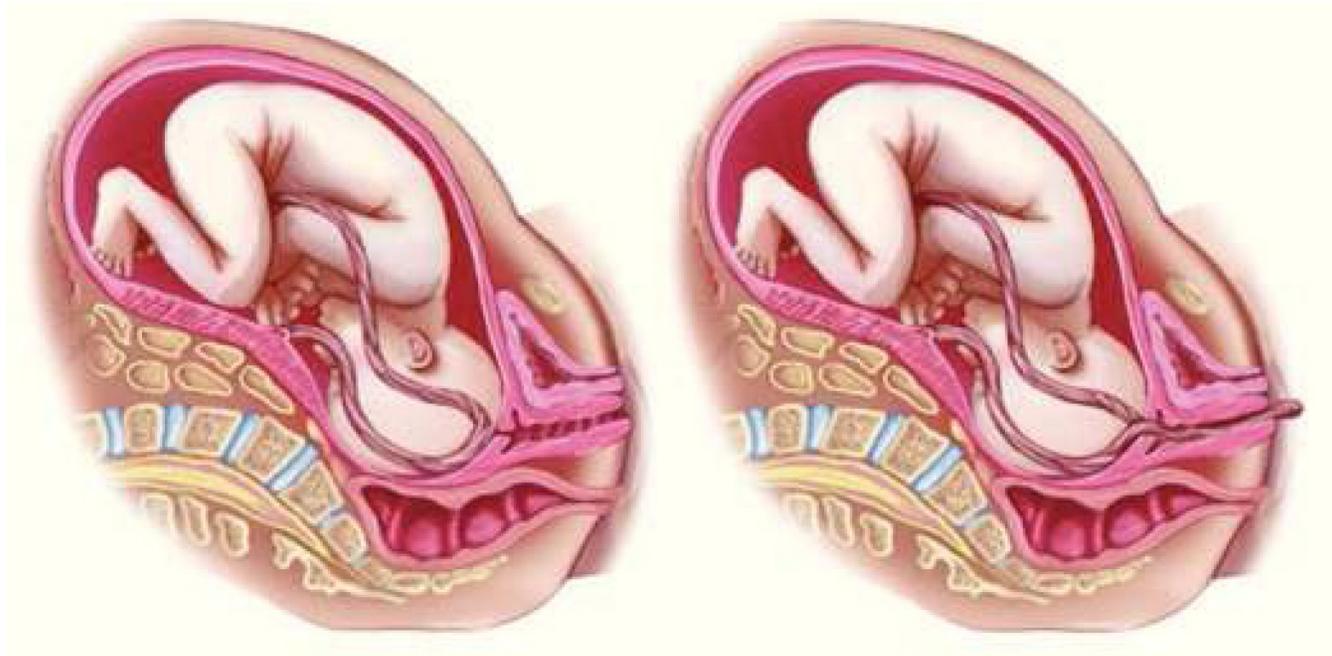
- ❖ Tabaquismo durante el embarazo.
- ❖ Bajo nivel socioeconómico.
- ❖ Infecciones urinarias y vaginales frecuentes.
- ❖ Deficiencias nutricionales.
- ❖ **Conductuales:** psicoemocional.
- ❖ Relaciones sexuales en los últimos 2 meses del embarazo.
- ❖ **Complicaciones obstétricas:** poli hidramnios, diabetes mellitus gestacional, embarazos múltiples, etc.



Por ello es importante tomar en cuenta como parteras profesionales el **Art. 4 CPEUM: toda persona tiene derecho a la protección de la salud** (respaldo en el marco legal y normativo que se encuentra vigente en nuestro país con relación a la salud y a los servicios de partería profesional)



POSIBLES COMPLICACIONES DE LA RPM:



✔ Trabajo de parto y parto pretérmino.

✔ Infección intrauterina.

✔ Compresión del cordón umbilical secundaria a prolapso de cordón umbilical u oligohidramnios.



PREVENCIÓN PRIMARIA

- ❑ En mujeres con infecciones urinarias y vaginales de repetición, las parteras deberán identificar oportunamente su aparición. Solicitar examen general de orina, urocultivo y cultivo de secreción vaginal.
- ❑ Además, proporcionarán educación y promoción para la salud a la mujer y su familia. Por ejemplo: estilos de vida sanos, adherencia a tratamientos, identificación de molestias y signos de infección.
- ❑ En las consultas, identificarán los factores de riesgo modificables para RPM y realizarán acciones precisas para tratar de evitarla.
- ❑ Informarán acerca de los riesgos específicos que conlleva el tabaquismo durante el embarazo.
- ❑ Harán recomendaciones para evitar las relaciones sexuales en los últimos 2 meses del embarazo, porque es un factor predisponente para la RPM y porque pueden introducir alguna infección en el tracto reproductivo bajo.



PREVENCIÓN SECUNDARIA

- ❑ Realizar búsqueda intencionada de: Bacteriuria asintomática y Vaginosis asintomática bacteriana.
- ❑ Disminuir al mínimo indispensable las exploraciones vaginales en la vigilancia del trabajo de parto, particularmente en los casos de ruptura prematura de membranas.
- ❑ La exploración manual está indicada sólo si hay trabajo de parto y no debe realizarse antes de la especuloscopia vaginal.
- ❑ El tacto vaginal no debería realizarse en pacientes con RPM y en quien no se espera el parto inmediatamente. La visualización de la salida de líquido amniótico debe hacerse con especuloscopia mediante maniobra de Valsalva y Tarnier.
- ❑ La combinación de la historia clínica, la prueba de nitrazina y la cristalografía debe ser usada para evaluar a las pacientes con RPM. Esta combinación alcanza una exactitud diagnóstica del 93.1%.



EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO RPM



DETECCIÓN OPORTUNA:

Para fortalecer el diagnóstico, es importante realizar una buena historia clínica y observar la salida del líquido amniótico con las técnicas o procedimientos a utilizar.

VALSALVA: Pedir a la mujer que puje mientras se deprime el área perineal para confirmar si existe salida franca de líquido amniótico.

TARNIER: Consiste en realizar un tacto vaginal, rechazar la presentación (desplazarla hacia arriba) y, simultáneamente con la otra mano, realizar la expresión del fondo uterino. Si es positivo, el líquido se visualizará constante, con aspecto claro y fluido.

ESPECULOSCOPIA: Colocar el espejo vaginal sin jalea para no confundir la salida de líquido amniótico y así evitar un criterio falso positivo a la observación.



EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO RPM

PAPEL PH O PRUEBA DE NITRAZINA: Cuando se realice una especuloscopia limpia (sin jalea), tomar el papel pH con una pinza larga seca, colocarlo exactamente en el área del orificio cervical externo e impregnarlo del líquido que esté en ese momento en dicha área, establecer el diagnostico o descartarlo, con la coloración azul intenso se confirma el diagnostico (90% de exactitud).

CRISTALOGRAFÍA: Tomar una pequeña muestra con un hisopo estéril del fondo de saco posterior, colocarla en forma de barrido en la laminilla, dejar secar, posteriormente llevarla al laboratorio, observar con el microscopio imagen de helecho (positivo a RPM) (80% de exactitud)

LA PRUEBA DE LA FLAMA: Consiste en aplicar líquido amniótico en el portaobjetos, extenderlo y pasarlo por el mechero, es positivo si se forma una capa blanquecina similar a la clara de huevo (80% de exactitud).

La combinación de **dos o más pruebas positivas** tiene una confiabilidad del **93.1%**.



LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA RPM:

Las siguientes preguntas pueden ser retomadas por las parteras en la consulta:

1.- ¿Cuántas semanas tiene?: ¿FUM confiable? La fecha que da la mujer es el día que inició o el último de su última menstruación. Si da el día último de menstruación, se puede preguntar cuántos días le dura su periodo menstrual. Con la respuesta, se regresa los días que ella menciona (3, 4, 5, etc.) y el día que cae ese es su último día de su FUM. Sacar FUM por regla de fecha probable de parto o por calendario, contar semana por semana.

2.- No olvides preguntar: ¿se cuidaba con algo para no embarazarse? ¿Está segura de su FUM o tiene duda? ¿Su sangrado fue igual o cambio la última vez que menstruo? ¿Tiene algún método anticonceptivo? ¿Se sabe embarazada? ¿Lleva vigilancia prenatal?

Pregunte acerca de las características de lo que salió: transparente, espeso, ligas, blanco, amarillo, escurrió hasta sus rodillas, mojó la cama, pareció como que se orinó, salieron puntos blancos, a qué hora fue.

3.- ¿Trae toalla femenina o se colocó alguna otra cosa para no mojar su ropa (papel, pañal, etc.)?



LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA RPM:

4.- ¿Le han dado medicamentos para infección de vías urinarias (pipi, orina) o para infección vaginal (flujo u óvulos por la vagina)?

5.- Al explorar: revise la ropa, toalla o lo que se haya colocado para no mojar su ropa interior. Observe y confirme las características que tiene, descarte que sea orina (no tiene que oler a orina), si esté mojado, si huele a cloro o a semen, si hay grumos blancos (puntos grasosos). Puede apoyarse con la especuloscopia para observar características del líquido y las condiciones del cérvix.

6.- Verifique si hay presencia de actividad uterina durante su valoración y realice el registro.

7.- Use guantes si desea confirmar el diagnóstico con valsalva y tarnier.

*previo consentimiento de la mujer para poder hacer dicha exploración

*NO USAR JALEA LUBRICANTE (esto se confunde con el líquido amniótico ya que al tener contacto con la vagina se modifica sus características por la temperatura vaginal).

8.- Proceda al plan: **a)** se va a casa con toalla testigo y vigilancia estrecha si descartó la RPM; **b)** acude la mujer a la unidad más cercana para una valoración por sospecha de RPM; **c)** se traslada si se confirma la RPM.

VER PLAN DE
SEGURIDAD/TRASLADO



RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)



VIGILANCIA DEL BIENESTAR FETAL Y MATERNO DURANTE RPM SIN TRABAJO DE PARTO

1

Monitorear Temperatura materna.



2

Monitorear Frecuencia cardiaca materna.



3

Monitorear Frecuencia cardiaca fetal.



4

Color y olor del líquido.



5

Hipersensibilidad del útero. (dolor al palpar o cambios en su consistencia)

Esto dependiendo del caso puede hacerse **3 a 6 veces al día** y valorar los cambios

6

Biometría hemática para valorar leucocitos y bandas, dependiendo del caso puede hacerse cada 2 días.

7

Evitar hacer exploraciones vaginales innecesarias. La excepción sería productos en presentación pélvica y/o alteraciones de la FCF para descartar prolapso de cordón umbilical.

8

En caso de realizar exploraciones vaginales, valorar si las paredes están extraordinariamente calientes, valorar olor, color y cantidad de la secreción del líquido en la vagina y a la salida de los guantes.

9

Mantener hidratada a la mujer.



10

Valorar la realización de ultrasonido en caso necesario, (para descartar oligohidramnios).

Y perfil biofísico. (Si se encuentra un resultado mayor de 6 en los criterios de Manning es poco probable una infección intrauterina)



RECORDAR

Antes de iniciar cualquier esquema de manejo debe tenerse en cuenta lo siguiente:

- ❑ Indicaciones para interrumpir el embarazo: madurez pulmonar, trabajo de parto establecido, infección materna y/o fetal, malformaciones fetales, sufrimiento fetal, hemorragia de la segunda mitad del embarazo que comprometa la vida de la madre o el feto.
- ❑ Haber descartado la presencia de síntomas y signos para el diagnóstico de corioamnioitis.
- ❑ Haber descartado otro sitio de infección.
- ❑ Haber determinado la edad gestacional.



Las parteras estarán poniendo en práctica los conocimientos, y habilidades de la Confederación Internacional de Matronas en lo relacionado a:

Categoría 1: 1-1.j Evaluar el estado de salud, detectar los riesgos para la salud y promover la salud y el bienestar en general de las mujeres y los bebés.

Categoría 2: 2-2.b Determinar el estado de salud de la mujer. 2- 2.c Valorar el estado y la salud fetal.

BIBLIOGRAFÍA:

CENETC: 2010. Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de la Ruptura Prematura de Membranas en pretérmino.

Secretaría de Salud. 2010 Diagnóstico y Tratamiento de la ruptura prematura de membranas pretérmino.

Secretaría de Salud. Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Corioamnionitis en los Tres niveles de Atención. Secretaría de Salud; México: 2013.

Instituto Mexicano de Seguro social. Prevención, Diagnóstico y manejo del parto pretérmino. Instituto Mexicano de Seguro social; México: 2017.

Guía de implantación. Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro. Secretaria de Salud

OPS/OMS. Competencias esenciales en salud pública: Un marco regional para las Américas. Washington, D.C., 2013

Butler et al. (2017). Actualización de las Competencias Esenciales de la Confederación Internacional de Matronas para la Práctica Básica de Partería. Borrador del informe final. 24 de abril de 2017, p. 2. (Documento interno de la ICM).