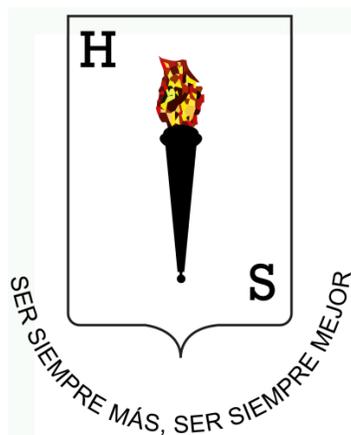


ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL
DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8722



TESIS

“RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS FETALES”

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

MIRIAM GONZÁLEZ MENDOZA

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN ; 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Expreso un profundo agradecimiento a todos mis directivos, en especial a la Licenciada Marta Alcaraz Ortega a mis maestros y a todo el personal de la institución; por el empeño, la paciencia y la confianza, que durante todos los años de estudio, han puesto en mí.

DEDICATORIAS

A Dios:

Porque me enseñó que ningún camino es largo, que no estoy sola, que no debo tener miedo, y que nunca debo perder la fe, gracias por darme la vida, mi familia.

A mis padres:

Por su apoyo, motivación y amor a pesar de los numerosos errores, siendo siempre incondicionales en mi formación como persona y profesional en cada paso.

Amigos:

Para los que me cuidan desde el cielo, gracias por su ejemplo de vida, para aquellos más cercanos dentro y fuera de la carrera por su comprensión, cariño, y apoyo en los momentos más difíciles y en los más satisfactorios.

GRACIAS

CONTENIDO

INTRODUCCION.....	IV
1. DELIMITACION DEL CONTEXTO GENERAL DE INVESTIGACIÓN	1
2. CONTEXTO PROBLEMÁTICO	2
3. JUSTIFICACION DEL PROBLEMA.....	3
4. HIPÓTESIS	4
5. OBJETIVOS	5
5.1. OBJETIVO GENERAL.....	5
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	5
6. VARIABLES.....	6
7. METODOLOGIA.....	9
8. DIAGNÓSTICO	11
8.1. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	13
9. MARCO TEÓRICO.....	14
9.1. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS FETALES	14
9.2. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.....	27
10. RESULTADOS	34
11. CONCLUSIONES.....	43
12. PROPUESTA DE SOLUCIÓN.....	44
13. FUENTES DE INFORMACIÓN	46
14. ANEXOS	49

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. ¿Se interesa usted por el cuidado pre-natal?	36
Cuadro 2. ¿Acepta con facilidad las sugerencias de los otros sobre cómo debe llevar su embarazo?	37
Cuadro 3. ¿Le gustaría aprender las medidas de cuidado a seguir respecto a su embarazo para llevarlo lo mejor posible a término?	38
Cuadro 4. ¿Tiene usted interés en actividades prenatales?	39
Cuadro 5. ¿En alguna ocasión le hablaron o conoce usted de las diferentes complicaciones que existen durante el embarazo para usted y su bebe y cómo prevenirlas?	40
Cuadro 6. ¿En alguna ocasión alguien lleo a informarle o escucho de la complicación llamada RPM?	41
Cuadro 7. ¿Le gustaría aprender y tener suficiente información sobre esta complicación, para prevenirla y tratarla evitando complicaciones?	42

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. ¿Se interesa usted por el cuidado pre-natal?	36
Figura 2. ¿Acepta con facilidad las sugerencias de los otros sobre cómo debe llevar su embarazo?	37
Figura 3. ¿Le gustaría aprender las medidas de cuidado a seguir respecto a su embarazo para llevarlo lo mejor posible a término?	38
Figura 4. ¿Tiene usted interés en actividades prenatales?	39
Figura 5. ¿En alguna ocasión le hablaron o conoce usted de las diferentes complicaciones que existen durante el embarazo para usted y su bebe y cómo prevenirlas?	40
Figura 6. ¿En alguna ocasión alguien llevo a informarle o escucho de la complicación llamada RPM?	41
Figura 7. ¿Le gustaría aprender y tener suficiente información sobre esta complicación, para prevenirla y tratarla evitando complicaciones?	42

LISTA DE IMÁGENES

Imagen 1. Estructura de las membranas	16
Imagen 2. corion y amnios	17
Imagen 3. Dentro del útero.....	18
Imagen 4. Líquido amniótico de protección.....	19
Imagen 5. Infecciones	20
Imagen 6. Alteraciones	22

INTRODUCCION

Tradicionalmente se ha considerado que el embarazo es un proceso fisiológico natural que debería desarrollarse sin problemas para la madre y el producto. Sin embargo, tanto uno como el otro pueden presentar complicaciones graves que ocasionan enfermedades, complicaciones y en última instancia la muerte de la madre, el feto o el recién nacido (Pavón, Duran y Becerra, 2003). La Organización Mundial de la Salud (OMS), calcula que cada año a nivel mundial unas 50 millones de mujeres se ven afectadas por complicaciones agudas del embarazo y al menos 18 millones de ellas sufrirán a largo plazo secuelas a menudo discapacitantes. Dentro de las principales complicaciones obstétricas se encuentra la ruptura prematura de membranas fetales.

La ruptura prematura de membranas fetales se define como aquella que ocurre antes de haberse iniciado el trabajo de parto; puede ser previa a la semana 37 de gestación y considerada dentro de esta después de las 20 semanas. La evidencia actual sugiere que la RPM. Es un proceso multifactorial que puede ser afectado por factores bioquímicos, fisiológicos, patológicos y ambientales. Distintos factores han sido asociados con la ruptura prematura de membranas, siendo, hasta ahora, la infección intramniótica la única causa reconocida de la ruptura prematura de membranas. Gracias a muchos estudios realizados en los últimos años, que han investigado distintos componentes fetales, maternos y de líquido amniótico que pudieran ser utilizados como marcadores tempranos, existe un futuro promisorio en la detección temprana de la misma y de sus complicaciones. Se estima que en México, más del 50% de las muertes maternas podrían ser prevenibles con un estilo de vida saludable en la mujer a través de la planeación y el control adecuado del embarazo, la adquisición de información oportuna sobre los signos de alarma, la detección de necesidades educativas y una atención oportuna por parte de los profesionales de la salud. El embarazo en la mujer y sus complicaciones aún siguen siendo un problema de salud pública por el alto impacto en la sociedad, por lo que es de vital importancia ampliar los conocimientos y riesgos que inciden en la actualidad desde la asistencia prenatal.

1. DELIMITACIÓN DEL CONTEXTO GENERAL DE INVESTIGACIÓN

La rotura prematura de membranas fetales (RPM) se define como la rotura espontánea de membranas ovulares después de las 20 semanas de edad gestacional y hasta una hora antes del inicio del trabajo de parto, el periodo de latencia y la edad gestacional determinan el pronóstico y consecuentemente el manejo de la enfermedad de acuerdo a la posibilidad de terminación del embarazo. En esta investigación manejamos a las pacientes con ruptura prematura de membranas fetales atendidas específicamente en el Hospital de Nuestra Señora de la salud durante los meses Diciembre-Abril del periodo 2013-2014 que llevaron un control prenatal en la institución hospitalaria.

El término latencia se refiere al tiempo que transcurre entre la ruptura y la terminación del embarazo. Así, el periodo de latencia y la edad gestacional determinan el pronóstico y consecuentemente el manejo de la enfermedad de acuerdo a la posibilidad o no de terminación del embarazo. Es así como muchos autores han clasificado la RPM en distintas formas.

En el momento una clasificación lógica y racional utilizada es:

- Ruptura prematura de membranas pretérmino “pre-viable” (menos de 23 semanas).
- Ruptura prematura de membranas pretérmino “lejos del término” (desde la viabilidad hasta aproximadamente 32 semanas de gestación)
- Ruptura prematura de membranas fetales pretérmino “cerca al término” (aproximadamente 32-36 semanas de gestación).

Es muy importante conocer que así como el tiempo de latencia se hace cada vez mayor, el riesgo de infección fetal y materna se comporta de manera directamente proporcional. Debido a esto, el manejo para las pacientes es muy debatido, por un lado por la prematurez fetal y por otro por el riesgo de infección tanto materna como fetal.

2. CONTEXTO PROBLEMÁTICO

En esta investigación manejamos a las pacientes con ruptura prematura de membranas fetales con un fin educativo y práctico para que el personal de enfermería tenga el conocimiento y la capacidad de intervención en la ruptura prematura de membranas fetales así como una buena prevención para las pacientes a fin de evitar consecuencias materno-fetales en pacientes atendidas en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud durante el periodo diciembre a abril 2013-2014. ¿Cómo interviene la enfermera ante la ruptura prematura de membranas fetales?

La intervención de enfermería consiste en conocer e identificar oportunamente las principales causas probables así como signos y síntomas de alarma de una RPMF con el fin de evitar complicaciones materno-fetales y tener un mayor conocimiento de su manejo. Ofreciendo el marco conceptual y técnico-científico para el manejo basado en la evidencia de la práctica en la ruptura prematura de membranas, con lo cual se logre disminuir los riesgos de enfermedad y muerte materno-fetal, optimizando el pronóstico de los mismos a través de la oportuna y adecuada atención hospitalaria. Además lograr establecer las pautas y criterios de evaluación y manejo para las pacientes gestantes desde su asistencia prenatal de atención para Ruptura Prematura de Membranas.

3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Esta complicación del embarazo tiene una prevalencia del 10% de los embarazos, siendo responsable de un tercio de los casos de partos prematuros y del 10% de las muertes perinatales. La frecuencia y gravedad de las complicaciones neonatales después de la ruptura prematura de membranas varían de acuerdo con la edad gestacional, además existe riesgo de infección materna, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, y compresión del cordón umbilical debido al oligohidramnios.

Los riesgos más importantes para el feto y la madre con ruptura prematura de membranas pretérmino son las complicaciones de la prematuridad para el bebé y las infecciones para la madre en periodos prolongados con la presencia de RPM. El síndrome de dificultad respiratoria es la complicación más seria en todas las edades gestacionales antes del término.

Esta investigación busca contribuir a desarrollar mejor las intervenciones oportunas en el equipo de salud, teniendo un buen conocimiento en las medidas preventivas en sus factores de riesgo.

4. HIPÓTESIS

La intervención de enfermería consiste en conocer e identificar oportunamente las causas probables así como signos y síntomas de alarma en una mujer embarazada, desde su asistencia prenatal presentando ruptura prematura de membranas fetales aplicando las intervenciones y abordando los factores de riesgo y complicaciones materno-fetales.

- Controlar signología vital.
- Controlar perdidas transvaginales (líquido amniótico, secreciones).
- Realizar una adecuada higiene.
- Monitoreo de la frecuencia de las contracciones uterinas.
- Control de signos y movimientos fetales.

Las hipótesis principales de este estudio son:

- 1) Mayor conocimiento del personal de enfermería en la (RPM).
- 2) Manejo más amplio de la RPM por el personal de enfermería dentro de la atención hospitalaria y desde la asistencia prenatal de la gestante.
- 3) Mejor conocimiento, identificación y reconocimiento de sus causas probables signos y síntomas que se presenten en las pacientes obstétricas identificándolos correctamente por el personal de enfermería desde sus comienzo, dando la información y capacitación de las gestantes para reconocer sus principales signos de alarma desde su asistencia prenatal de la (RPM).
- 4) Proporcionar mejor atención prenatal con el fin de prevenir la RPM.

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

Conocer e identificar las correctas intervenciones, en la ruptura prematura de membranas (RPM) a fin de ofrecer cada vez más oportunidades para reducir el riesgo de parto prematuro y las secuelas de la prematuridad, teniendo un mayor conocimiento por el personal de enfermería quien es el que permanece más en contacto con la gestante llegando a conocer e identificar los cambios más notables e identificando oportunamente una RPM.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer, reconocer e identificar una RPM.
- Abordar los factores de riesgo ante una RPM.
- Abordar signos y síntomas así como complicaciones materno-fetales de la RPM.

6. VARIABLES

Conocer e identificar las intervenciones oportunas en la ruptura prematura de membranas fetales (RPMF) con todos los conocimientos necesarios con sentido ético y humanístico. Atención de enfermería en la prevención y atención a signos y síntomas en la RPM.

Variable Independiente

- Ruptura prematura de membranas fetales.

Variables Dependientes

- Edad materna
- Paridad
- Número de controles prenatales
- Embarazo gemelar
- Infecciones vaginales
- Infecciones de tracto urinario
- Metrorragia
- Problemas socioeconómicos, Psicológicos, Físicos o Emocionales

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICION OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIA
Ruptura prematura de membranas	Ruptura de las membranas corioamniótica antes del parto	Nominal	Cuantitativa	Si No

VARIABLES DEPENDIENTES	DEFINICION OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIA
1.Edad materna	Años cumplidos registrados en la Historia clínica al momento del parto	Razón	Cuantitativo	- ≤18 años de edad - 19-34 años de edad. - ≥35 años de edad.
2.Paridad	Cantidad de partos presentados por la gestante	Razón	Cuantitativo	-Nulípara(0 partos) -Multípara(1-4 partos) -Gran multípara (mayor a 4 partos)
3.Control prenatal (CPN)	Número de controles realizados durante el embarazo por un profesional de la salud hasta el momento del parto.	Razón	Cuantitativo	-Sin control prenatal - ≤4 CPN - 4-5 CPN - ≥6 CPN
4.Embarazo Gemelar	Cuando dos productos se desarrollan simultáneamente en el útero	Nominal	Cualitativo	Si No

VARIABLES DEPENDIENTES	DEFINICION OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE	CATEGORIA
5.Infección vaginal	Diagnostico hecho por un gineco obstetra durante el tercer trimestre de gestación	Nominal	Cualitativa	Si No
6.Infección del tracto urinario	Diagnostico hecho por un gineco obstetra durante el tercer trimestre de gestación	Nominal	Cualitativo	Si No
7.Metrorragia	Hemorragia vaginal -uterina durante el 2do y/o 3er trimestre	Nominal	Cualitativa	Si No
8.Problemas socioeconómicos Psicológicos Físicos o Emocionales	Malnutrición Problemas mentales Estrés, cansancio Problemas familiares o con su pareja.	Razón	Cuantitativo	Si No

CONGRUENCIA DE VARIABLES:

Determinar conocer e identificar causas probables así como los principales signos y síntomas en las intervenciones oportunas en la ruptura prematura de membranas (RPM) en pacientes atendidas en el Hospital Nuestra Señora de la Salud en el periodo; Diciembre- Abril 2013-2014. Con el objetivo de disminuir o controlar con mejores resultados la incidencia de los casos presentados en el hospital de RPM por el personal de enfermería y de salud conjuntamente.

7. METODOLOGÍA

Para responder a los objetivos del estudio se utilizó una metodología de investigación cualitativa y cuantitativa que incluyó las siguientes fases:

1. Revisión bibliográfica
2. Recogida de datos:
3. Entrevistas semi-estructuradas con pacientes
4. Integración y análisis de la información
5. Elaboración de un informe final

Se hizo una revisión de la literatura por medio de buscadores médicos, revistas científicas, libros, páginas del área biomédica, utilizando términos como amnios, ruptura prematura de membranas fetales, infección intramniótica, se seleccionaron los artículos de acuerdo a la categoría de publicación como investigaciones originales y artículos de revisión, de acuerdo a la práctica clínica, entre otras y fueron escogidos aquellos considerados de gran relevancia científica y epidemiológica así como aquellos que aportaron para un crecimiento en el conocimiento referente a el área de enfermería.

Es un estudio de casos y controles. La población estuvo conformada por las gestantes atendidas en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud durante el periodo diciembre-abril 2013–2014. Los casos fueron los embarazos que presentaron ruptura prematura de membranas fetales. La información se obtuvo de las historias clínicas y de la base de datos del sistema de información del Hospital de Nuestra Señora de la Salud. Nuestro estudio quedó conformado por 100 casos. Para el análisis de los resultados será de acuerdo al resultado.

La muestra de población fueron trescientas personas, el cuestionario se aplicó a un 10 % de la población el cual se aplicó durante un mes en la consulta externa en pacientes que asistían a consulta de ginecología. Las gráficas son los resultados de los datos obtenidos de las encuestas analizadas.

Para obtener el número de personas para la aplicación de la encuesta se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

Con el propósito de que la muestra fuera representativa, se realizó una determinación estadística utilizando para ello, la siguiente fórmula:

FORMULA

$$N = \frac{Z^2 p q N}{E^2 N + Z^2 p q}$$

SIGNIFICADO DE VALORES

N= tamaño de la población

n= tamaño de muestra

Z²= consecuencia del tamaño de muestra

E= margen de error aceptado

P= probabilidad de éxito

q= probabilidad de fracaso

De las técnicas utilizadas la encuesta es el que con mayor frecuencia o por lo menos es un instrumento complementario que se emplea para obtener información. En esta investigación se aplicó la encuesta a 30 embarazadas que acudieron a consulta externa del Hospital de Nuestra Señora de la Salud.

8. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es realizado la mayoría de las veces por la propia madre y certificado por el médico al observar el escurrimiento de una cantidad variable de líquido amniótico (LA) por la vagina.

En ocasiones es necesario recurrir a procedimientos complementarios:

El primero de ellos es la especuloscopia, permite apreciar salida de LA a través del orificio externo del cuello uterino en forma espontánea o a través de la compresión manual del abdomen materno que moviliza el polo fetal pelviano de modo de facilitar la salida de líquido. En una duda de la ruptura prematura de las membranas está contraindicado el tacto por el riesgo de romper la bolsa.

Cuando el diagnóstico es evidente, la altura uterina es menor que en los controles previos y las partes fetales se palpan con facilidad. En un número menor de casos deben agregarse a los procedimientos mencionados (anamnesis, examen físico y especuloscopia), otros que a continuación se enumeran y cuyo rendimiento se detalla:

- Cristalización en hojas de helecho: la presencia de LA en el contenido del fondo de saco vaginal permite identificar, en un extendido examinado al microscopio de luz, la cristalización característica en forma de plumas, que resulta de la deshidratación de las sales contenidas en el LA. En nuestro centro no utilizamos este método.
- Determinación de las variaciones del pH vaginal mediante la solución de azul de bromo timol al 2 %, cuyo color amarillo-ámbar cambia a verde y azul en medios alcalinos.
- Estudio mediante tinción de Papanicolaou que permite detectar elementos patognomónicos de la entidad (para muchos, este medio brinda un 98 % de seguridad diagnóstica):

- Presencia de elementos celulares fetales.
- Prueba de Yanetta: una vez introducido el espéculo se mide el pH del tapón mucoso y se toma una muestra que se divide en 2 partes. Una lámina se coloca inmediatamente a 3 cm de una llama durante 1 min, y si la muestra posee los elementos electrolíticos descritos en el líquido amniótico, el calor cambia su osmolaridad, y aparece un color blanco; mientras que si solo existen las proteínas del moco cervical, estas se carbonizan y adquieren un color oscuro.
- Detección de células de descamación: la piel fetal descama células superficiales que pueden ser detectadas con azul de Nilo al 1%. Dada la evolución de la concentración de células naranjas en el LA, el valor diagnóstico de esta prueba aumenta junto con la edad gestacional, variando desde una sensibilidad de alrededor de 20% a las 32 semanas hasta un 90% en embarazos de término. En nuestro centro no utilizamos este método.
- Evaluación ultrasonográfica: la evaluación ecográfica permite estimar la cantidad de LA en la cavidad uterina. En pacientes con historia sugerente, pero sin evidencias de RPM en la valoración complementaria, la presencia de Oligoamnios debe asumirse como consistente con el diagnóstico. Por el contrario, una cantidad normal de LA en presencia de similares condiciones similares hace improbable el diagnóstico. El ultrasonido constituye no sólo un elemento de apoyo diagnóstico; permite, además, valorar el bienestar fetal, aproximar o certificar una edad gestacional, descartar la presencia de malformaciones fetales y predecir o apoyar el diagnóstico de una RPM.
- Inyección intramniótica de colorantes (azul de Evans o índigo carmín), cuya detección en la vagina confirma el diagnóstico. No debe usarse azul de metileno. En nuestro centro no utilizamos este método.

8.1. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

RUPTURA PREMATURA DE MENBRANAS	DEFINICIÓN <p>La rotura prematura de membranas ovulares (RPM) se define como la solución de continuidad espontánea de la membrana corioamniótica antes del inicio del trabajo de parto, puede ocurrir en cualquier momento después de las 20 semanas.</p>
---------------------------------------	---

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	FRECUENCIA	CARACTERÍSTICA
Leucorrea	Frecuente	Flujo genital blanco amarillento, infeccioso, asociado a prurito.
Incontinencia urinaria	Frecuente	Frecuente en segunda mitad del embarazo, especialmente en multíparas (por relajación perineal y rectocistocele).
Eliminación tapón mucoso	Frecuente	Fluido mucoso, a veces algo sanguinolento.
Perdidas de líquido amniótico	Frecuente	Pérdida brusca de líquido cristalino por vagina.
Hidrorrea residual	Infrecuente	Primera mitad del embarazo. Líquido claro con tinte amarillo, a veces sanguinolento. Desde espacio entre decidua parietal y refleja, que se fusiona entre las 16 y 18 semanas.
Rotura de bolsa amniocorial	Infrecuente	Raro; de espacio virtual entre corion y amnios; se produce por de laminación de este último.

9. MARCO TEÓRICO

9.1. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS FETALES

Teorías relativas

La ruptura prematura de membranas fetales, también conocida como RPF, se refiere al momento en el que las membranas del saco amniótico de la mujer embarazada, que rodean al feto se rompen o se produce un orificio. La membrana amniótica es un saco cerrado compuesto por líquido amniótico, por el feto y por la placenta. El líquido amniótico es importante, ya que se encarga de rodear al feto; protegiéndolo de virus y bacterias; por otro lado también es importante ya que permite que el cordón umbilical flote, proporcionándole al feto oxígeno y nutrientes. La membrana también es un elemento vital para el desarrollo de los pulmones del feto.

La rotura prematura de membranas ovulares (RPM) se define como la solución de continuidad espontánea de la membrana corioamniótica antes del inicio del trabajo de parto. La RPM puede ocurrir en cualquier momento de la gestación, pero se asocia a mayor morbilidad cuando ocurre en el embarazo de pretérmino. Ella representa la condición asociada a aproximadamente un tercio de los partos prematuros.

Se puede dividir en 2 periodos;

- a) Prematura: Si se produce antes de que se inicie el parto.
- b) Precoz: Si acontece durante el período de dilatación del parto.

La RPM se utiliza para referirse a una mujer embarazada que se encuentre cerca o que haya sobrepasado la semana 37 de gestación y que esté experimentando una RPM antes de comenzar el trabajo de parto; la ruptura prematura de membranas (RPM) se refiere al momento en el que la membrana

amniótica estalla o se rompe durante el período que se extiende entre la semana 20 a 37 del embarazo.

La ruptura prematura de las membranas (RPM) se define como la salida de líquido amniótico a través de una solución de continuidad de las membranas ovulares después de las 20 semanas de gestación y al menos una hora antes del inicio del trabajo de parto. Su incidencia varía entre el 15.6 y el 21 % de todos los nacimientos y constituye una de las entidades obstétricas más relacionadas con la morbilidad y mortalidad materno-perinatal.

La ruptura prematura de membranas (RPM) es la pérdida de continuidad del saco amniótico antes del inicio del trabajo de parto, independientemente de la edad gestacional en que se encuentre el embarazo. Las membranas pueden romperse en cualquier momento del embarazo. Su incidencia varía entre el 1,6 y el 21 % de todos los nacimientos. Es un cuadro grave para el pronóstico perinatal, y su importancia está en relación inversa con la edad gestacional en que se produce, o sea, que mientras más temprano aparece, peores serán los resultados. Podemos entonces asegurar que en el embarazo de más de 35 semanas (feto viable) el pronóstico es bueno, aunque no exento de complicaciones; por el contrario, cuando ocurre antes de las 34 semanas es desfavorable (pre viable), y peor aún antes de las 32 semanas (no viable), pues la evolución está sujeta a una alta morbilidad y mortalidad fetal y neonatal.

Se entiende por rotura prematura de membranas (RPMF), la pérdida de la integridad de las membranas ovulares, antes del inicio del parto, con la consiguiente salida de líquido amniótico (LA) y comunicación entre la cavidad amniótica, el canal endocervical y la vagina.

Rotura prematura de membranas fetales: La rotura de las membranas ovulares (amniorrexis) producida antes de 6 horas, o más, del inicio del trabajo de parto. Si el parto se inicia dentro de esas 6 horas, se considera en el contexto del parto.

Conceptos: rotura prematura de membranas fetales, metaloproteinasas, inhibidor tisular de metaloproteinasas, Corioamionitis, líquido amniótico. Membranas ovulares, rotura, infección de membranas, prematures, membranas fetales.

INCIDENCIA

La RPMF ocurre en aproximadamente 1-3% del total de mujeres embarazadas, además se encuentra asociada con aproximadamente el 30-40% de partos pretérmino, por esta razón podría considerarse como el problema obstétrico de la actualidad debido a que está reportado que el 85% de la morbimortalidad fetal es resultado de la prematurez.

El 80% de las gestantes inician espontáneamente el trabajo de parto dentro de las 24 horas de ocurrida la rotura. La RPM tiene una incidencia global de 5% y se presenta en 30% de los nacimientos prematuros. Si el trabajo de parto no se presenta es inducido, 60-70% de estos comienzan trabajo de parto espontáneamente en un periodo de 24 horas y cerca del 95% lo hará en un periodo no mayor a 72 horas.

FISIOPATOLOGÍA

La expresión membranas fetales se aplica a la estructura anatómica que incluye el corion y el amnios.



Imagen 1. Estructura de las membranas

Tanto el amnios como el corion tienen varias funciones, entre las que podemos citar las siguientes:

- Síntesis y secreción de moléculas.
- Recepción de señales hormonales maternas y fetales.
- Inicio del parto.
- Homeostasis y metabolismo del líquido amniótico.
- Protección ante traumatismos abdominales maternos.
- Protección del feto durante el trabajo de parto.
- Protección frente a infecciones.
- Desarrollo pulmonar y de extremidades fetales.
- Control de temperatura.



Imagen 2. corion y amnios

Los componentes estructurales principales de estas capas son células y matriz extracelular. La matriz extracelular está compuesta por una variedad de componentes de colágeno y no colágeno como micro fibrillas, elastina, laminina y fibronectina, que le dan la fuerza tensil a las membranas.

Las membranas que se rompen prematuramente, a diferencia de las que se rompen intraparto, tienen en el sitio de contacto con el cérvix un defecto focal llamado “zona de morfología alterada” (ZMA), caracterizada por marcado edema, alteración del tejido conjuntivo adelgazamiento de la capa de trofoblastos, adelgazamiento o ausencia de la decidua y apoptosis aumentada, asociado con una disminución importante en la densidad del colágeno. Estudios preliminares sugieren que los cambios en la ZMA, junto con una disminución marcada de la elasticidad secundaria a la disminución de los niveles de colágeno, son más evidentes en los casos de RPM término.

Las membranas fetales se desarrollan a partir del cigoto, y el papel funcional que les corresponde está en relación con la nutrición y protección del huevo en desarrollo. A medida que el embrión va evolucionando queda cubierto por 2 sacos ya mencionados los cuales desempeñan una función específica:

Las membranas poseen propiedades elásticas que permiten cierto estiramiento o deformidad. Aparentemente dicha condición es un efecto protector dado por el surfactante pulmonar. El saco que estaba adosado a él se va separando por un líquido llamado líquido amniótico. La cavidad amniótica se encuentra presente en embriones de 7 días.



Imagen 3. Dentro del útero

El feto se encuentra dentro del útero rodeado de un líquido claro y ligeramente amarillento que está contenido dentro del saco amniótico. Durante el embarazo dicho líquido amniótico aumenta en volumen a medida que el feto

crece. Este volumen alcanza su punto máximo aproximadamente en la semana 34 de gestación, cuando llega a un promedio de 800 ml. Aproximadamente 600 ml de líquido amniótico rodean al feto a término (a la semana 40 de la gestación). El feto hace circular constantemente este líquido al tragarlo e y reemplazarlo a través de la micción.



Imagen 4. Líquido amniótico de protección

El líquido amniótico cumple numerosas funciones para el feto: protección de las lesiones externas al amortiguar golpes o movimientos súbitos, permitir su libre movimiento y desarrollo músculo-esquelético simétrico, mantener una temperatura relativamente constante como protección de la pérdida de calor y por último permite el desarrollo apropiado de los pulmones.

FACTORES DE RIESGO

Estudios epidemiológicos y clínicos han identificado una serie de factores que incrementan el riesgo de PRM, entre estos, encontramos las infecciones del tracto reproductivo materno, problemas genéticos, físicos o psicológicos de la madre.

Las causas de la RPM no se conocen con claridad. Algunas de las causas posibles son:

- Dilatación precoz del cuello uterino, tal vez debido al peso del bebé y de la placenta o a cambios en el mismo cuello uterino
- Infecciones de la vagina, del útero o de las membranas que rodean el feto
- Trabajo de parto prematuro (trabajo de parto que ocurre tres semanas o más antes de la fecha prevista)
- Amniocentesis
- Mala higiene

Los resultados han sustentado que la infección y la inflamación juegan un rol primario y secundario en la patogénesis de la RPM. A pesar de que existen incertidumbres acerca de cuáles son los verdaderos factores causantes de una RPM, generalmente se cree que la misma se desarrolla debido a la presencia de alguna infección durante el embarazo o debido a la inminencia del trabajo de parto. Se cree que la aniquilación programada de células y la activación de enzimas catabólicas, tales como la colagenasa también pueden provocar una ruptura de membranas.



Imagen 5. Infecciones

Las mujeres embarazadas que corren mayor riesgo de experimentar una RPM son aquellas que fuman, poseen un bajo índice de masa corporal, se alimentan de manera deficiente o se higienizan deficientemente, y aquellas que cuentan con antecedentes de haber experimentado trabajo de parto pretérmino. Las mujeres embarazadas que presentan exceso de líquido amniótico también

corren peligro de experimentar una RPM. Los bebés que se encuentran en posición de nalgas -particularmente- corren mayores riesgos de sufrir complicaciones durante el embarazo.

Los factores procedimentales también juegan un papel muy importante en cuanto al riesgo de padecer RPM; la amniocentesis, así como también el cerclaje (cuando el útero es cocido debido a la presencia de un cuello uterino incompetente) pueden dar lugar a la ruptura de la membrana amniótica de la mujer embarazada. La RPM también puede ser identificada cuando una mujer se realiza un examen pélvico durante los últimos tres meses de su embarazo. Las prevenciones que pueden llegar a controlarse están limitadas a abstenerse de fumar durante el embarazo, asegurarse de consumir una dieta sana, e higienizarse apropiadamente.

Periodo de latencia

El término latencia se refiere al tiempo que transcurre entre la ruptura y la terminación del embarazo. Así, el periodo de latencia y la edad gestacional determinan el pronóstico y consecuentemente el manejo de la enfermedad de acuerdo a la posibilidad de terminación del embarazo.

ETIOPATOGENIA

Es desconocida en la mayoría de los casos. Sin embargo, se han identificado varias condiciones predisponentes:



Imagen 6. Alteraciones

Alteración de las propiedades físicas de las membranas. El colágeno y la elastina jugarían un rol importante en la mantención de la integridad de la membrana.

Rol de la infección en la rotura prematura de membranas. La rotura de membranas puede resultar de una infección cérvicovaginal o intrauterina. La infección bacteriana, directa o indirectamente. Los gérmenes pueden alcanzar el LA (líquido amniótico). La vía de infección puede ser ascendente (a través del canal cervical), hematógena (transplacentaria) y por medio de procedimientos invasivos (amniocentesis, cordocentesis, transfusiones intrauterinas)

En la actualidad se han referido factores biomecánicas clásicos, como son: la mala formación de la bolsa de separación amnios y el corion, la tensión excesiva y asimétrica del polo inferior ovular, y la deficiencia estructural de las membranas en el sentido de menor elasticidad y resistencia.

COMPLICACIONES DE LA RPM

Al término del embarazo, la ruptura de membranas generalmente es seguida de una aparición pronta del parto espontáneo. El aumento de la duración

de la ruptura de membranas está asociado con el aumento de la morbilidad materna en, 16 horas para endometritis y 8 horas hemorragia postparto. En la gestación avanzada, se recomienda inducción por el retraso, el cual aumenta la probabilidad de parálisis cerebral. La evaluación fetal antenatal se recomienda durante el manejo. Las dos pruebas más comúnmente usadas son la monitoria fetal y el perfil biofísico. El objetivo de la prueba es predecir resultados fetales adversos: compresión de cordón umbilical (secundario a oligohidramnios o a hidramnios) y Corioamnionitis.

Las principales consecuencias de la RPM son: parto pre término, infección, abrupto placentae, muerte fetal, secuelas por oligohidramnios y muerte materna.

Los criterios que permiten su diagnóstico fueron establecidos por Gibbs y Col:

- Fiebre >38 grados axilar
- Taquicardia materna
- Leucocitosis >15.000/mm³
- Taquicardia fetal
- Sensibilidad uterina
- LA purulento o de mal olor

Complicaciones

Maternas:

- La principal está dada por la infección que puede ocurrir en cualquier momento (ante parto, intraparto y puerperio).

- inercia uterina y aumento del tono basal.
- Alumbramiento morbosos.
- Necrosis cortico-suprarrenal. Es rara, y casi siempre, cuando ocurre, es fatal.
- Shock endotóxico, más frecuente en la necrosis cortico-suprarrenal.
- Coagulación intravascular diseminada, a su vez, consecuencia de las 2 anteriores.

Fetales:

La prematuros y la infección son las dos complicaciones fundamentales en el feto y/o recién nacido. Ellas son responsables de casi el 100% de la mortalidad atribuible a RPM. Problemas adicionales son la asfixia, la hipoplasia pulmonar y las deformidades ortopédicas.

- Síndrome de dificultad respiratoria
- Infección neonatal
- Asfixia perinatal
- Hipoplasia pulmonar
- Deformidades ortopédicas

DIAGNÓSTICO

La RPM ocurre en cerca del 3% de todos los nacimientos, sin embargo en embarazo de término los porcentajes son muchos más altos y las complicaciones mínimas. El interrogatorio minucioso en la anamnesis, tiene valor en un 90 %. El relato y la descripción que hacen las embarazadas es, en la mayoría de los casos,

algo típico, muy característico. Igualmente, un examen con espéculo estéril, permite observar el líquido amniótico fluyendo a través del orificio cervical, donde, además, se constatan: cantidad, color, aspecto, olor, presencia o no de partículas en suspensión (vérnix caseosa, lanugo o pelos). Constituye el método más confiable para brindar criterios inmediatos y de fácil precisión.

Cuando no se confirma el escape de líquido amniótico ocurre un verdadero dilema, pues de ello depende la conducta específica —que en cada caso— deberá seguirse. Ante la duda, existen otros medios auxiliares diagnósticos capaces de brindar una ayuda eficaz. Mencionaremos los utilizados en nuestra institución y manejados en los casos.

De ellos mencionaremos los siguientes:

- Ultrasonido, de gran utilidad diagnóstica, en el que se precisa la cantidad de líquido amniótico al conocerse su índice.
- Monitoreo fetal. Frecuencia cardíaca, movimientos fetales.
- Especuloscopia.

Tratamiento

En una misma paciente pueden tomarse diferentes conductas según corresponda por la patología o por edad gestacional.

- Conductas Expectante = espera con tratamiento médico correspondiente, se aplica especialmente en edades gestacionales tempranas o en lugares con baja infraestructura neonatológica. Ruptura prematura de membranas pretérmino “pre-viable” (menos de 23 semanas).

- Intervencionista = extracción fetal con madurez pulmonar comprobada, es usada en patologías agregadas al embarazo y en lugares con neonatología de alto nivel.
- Agresiva = terminación del embarazo, se toma ante peligro de muerte materna o fetal y en casos de infecciones graves que puedan comprometer la salud de la madre.

Norma de tratamiento

Cada institución debe tener sus propias normas de conducta y tratamiento adecuadas a sus posibilidades locales.

- Fundamentalmente con el uso de tocolíticos, antibióticos y corticoides.
- Instilación continua de antisépticos en el tracto genital inferior para prevenir la infección ascendente.
- Perfil biofísico fetal: Se observa la actividad biofísica normal e informa sobre la integridad de la función cerebral fetal, lo que prueba la ausencia de hipoxemia sistémica. El compromiso fetal crónico se asocia con cambios en los patrones cardiotocográficos, con disminución de los movimientos fetales y cardiacos.
- Maduración pulmonar: La administración de una pauta de corticoides materna, para acelerar el proceso de maduración pulmonar fetal por debajo de las 34 semanas de gestación. Disminuyen el riesgo de depresión respiratoria, hemorragia interventricular y enterocolitis necrotizante neonatal. Habitualmente usamos betametasona 12 mg I.M dos dosis separadas de 24 horas.
- Amniopath: Sellado de membranas ovulares mediante administración intraamniótica de un parche de plaquetas. No utilizada en nuestra institución.

- Amnioinfusión: Introducción de líquido en la cavidad uterina a través del canal endocervical mediante un catéter (intraparto) mediante un aguja de amniocentesis (abdominal), para disminuir el riesgo de compresión del cordón y el sufrimiento fetal. No utilizado en nuestra institución.

9.2. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Comienza con la primera visita en que la mujer busca atención en salud porque sospecha estar embarazada y prosigue a lo largo de todo el periodo prenatal.

Se divide en tres trimestres: el primero se extiende desde la primera semana hasta la 13, el segundo desde la 14 hasta la 26 y el tercero desde la 27 hasta el término 38 a 40 semanas.

Los nacimientos prematuros son un gran problema en el mundo y las ruptura prematuras de membranas contribuyen en cerca de un tercio a esa prematuridad. Una vez confirmada la ruptura de membranas, estamos ante una complicación obstétrica que amerita manejo muy específico y basado en pruebas (evidencia). Son factores determinantes para los buenos resultados la edad gestacional, la facilidad de atención que tenga la institución donde acude la paciente (gran problema en muchos centro de atención de primer y segundo nivel y algunos de tercer nivel en nuestro municipio), el uso de las medidas aprobadas por la evidencia como lo son el uso de corticoides, los antibióticos y surfactante.

Objetivos de enfermería en asistencia prenatal;

En el primer trimestre las técnicas de valoración incluyen la entrevista, el examen físico y las pruebas de laboratorio.

Lograr que el embarazo culmine con el nacimiento de un recién nacido sano sin que se altere su salud ni la de la madre.

El control del embarazo implica además procesos educativos para preservar la salud de la madre, el feto y/o recién nacido como:

- Utilización de la tarjeta de control del embarazo
- Cuidados higiénicos, físicos y psicológicos
- Nutrición
- Puericultura
- Cursos de Psicoprofilaxis perinatal
- Aplicación de esquema de vacunación con toxoide tetánico (dos dosis)
- Participación en los programas de lactancia materna (individuales o de grupo)
- También es importante la orientación y promoción para la planificación familiar.
- Importante a las madres con antecedentes de RPM darles información para identificar las causas y signos de esta de manera oportuna evitando las posibles complicaciones.

La relación terapéutica entre la enfermera y la mujer se establece durante la entrevista inicial de valoración. La información recabada es de dos tipos: la apreciación subjetiva de la mujer sobre su estado de salud y las observaciones objetivas de la enfermera. La evaluación inicial incluye una historia amplia de salud que resalte el embarazo actual, los anteriores, la familia, la historia psicosocial y cultural, la valoración física, las pruebas diagnósticas y la valoración global del riesgo.

Una revisión de los síntomas que está experimentando la embarazada y de la forma en que los está enfrentando ayuda a establecer una base de datos para el desarrollo de un plan de atención en salud.

Durante el embarazo también pueden aparecer los signos de advertencia (perdida de líquido amniótico transvaginal, cólicos abdominales, disminución de los movimientos fetales, en ocasiones presencia de dolor). Debe entrenarse a la mujer y a su familia para que descubran la presencia de estos signos de manera que se den cuenta que algo no esté bien. Cuando una persona está angustiada por un síntoma perturbador le es difícil recordar instrucciones específicas. Por tanto, se presta un mejor servicio a la mujer y a su familia si se les da una lista impresa de signos y síntomas.

La embarazada se somete a una vigilancia continua de signos y síntomas de complicaciones potenciales como:

- Descarga de líquido amniótico por la vagina
- Sangrado vaginal
- Dolor abdominal severo
- Disuria, diarrea
- Cambios en los movimientos fetales
- Contracciones uterinas
- Trastornos visuales, visión borrosa, doble o con manchas
- Edema de la cara, los dedos o sobre el sacro
- Cefaleas: severas, frecuentes o continuas
- Irritabilidad muscular o convulsiones

Manejo intra hospitalario;

La rotura prematura de membranas, ocasiona a la gestante no solo un problema obstétrico, sino también, neonatal, socio-económico, psicológico y familiar.

El examen físico inicial proporciona los datos de base para medir los cambios subsiguientes. La enfermera determinará las necesidades que tiene la embarazada de información básica, siempre para la paciente es mejor que le expliquemos todo los procedimiento y su porque así evitamos un estrés innecesario de la paciente.

El examen físico comienza con la valoración de los signos vitales, peso y talla.

Todo el personal de enfermería ha desarrollado una rutina para llevar a cabo el examen físico; la mayoría escogen la progresión de la cabeza a los pies, otros escogen el enfoque por sistemas este examen realizado por el personal de enfermería por lo general solo es subjetivo ya que lo realizamos desde el momento en el cual ingresa la paciente y durante todo nuestro turno normalmente es realizado visualmente y verbalmente solo algunos aspectos durante los procedimientos de su tratamiento esto nos da un conocimiento de su estado y nos facilita identificar cualquier alteración.

El estado físico se valora de la siguiente manera:

- Estado respiratorio: sonidos respiratorios, frecuencia, profundidad, tos.
- Estado cardiaco: frecuencia elevada o baja.
- Estado circulatorio: frecuencia, ritmo y calidad de los pulsos (radial, humeral, carotideo, femoral, dorsal pedio).

- Estado de la piel: color, temperatura, edemas, heridas.
- Estado neurológico: Dolor de cabeza, estado mental, orientación, reacción pupilar, visión y aspecto de los ojos, capacidad de oír, gustar, sentir y oler.
- Estado musculo esquelético: tono muscular, fuerza, marcha, estabilidad y movimientos.
- Estado digestivo: estado de los labios, lengua, encías y dientes, presencia de reflejo nauseoso; ruidos intestinales, distensión o dolor abdominal.
- Estado genitourinario: presencia de distensión vesical, color y consistencia de la orina, así como su cantidad y frecuencia.

Al comenzar el tratamiento hospitalario es necesaria revisar y estar atentas de que la gestante este en un ambiente que no le cause más estrés aumentando la probabilidad de complicaciones por ello es necesario seguir las siguientes recomendaciones:

- Reposo relativo de cubito lateral izquierdo
- Revisar sangrado transvaginal, con presencia de líquido amniótico
- Evitar que la paciente realice esfuerzos innecesarios
- Control de signos vitales y FCF cada 6 horas
- Promover en la madre una buena higiene para evitar infecciones
- Proporcionar una adecuada alimentación antes de las 12 horas de ayudo y después de pasada la anestesia, con orden medica previa.

- Buena hidratación, cuidando, vigilando que la paciente no presente edemas, filtraciones o molestias en el sitio de la punción, manteniendo vía permeable para tratamiento.

Vigilar que el médico de guardia realice a la paciente dentro del tiempo indicado, registrando los resultados:

- Perfil biofísico
- Fetometría
- Evitar tacto vaginal
- Cultivos cérvico-vaginales
- Orden de ultrasonido

Para una mejor atención en conjunto del personal de salud es necesario que todos lleven a cabo sus obligaciones beneficiando el bienestar materno-fetal.

La enfermera debe estar alerta ante la sospecha de problemas potenciales como:

- Situaciones hemorrágicas
- Situaciones hipertensivas
- Infecciones
- Diabetes
- Descarga de líquido por la vagina
- Signos de dilatación prematura

Esta patología lleva para la gestante necesidades de diversos tipos.

Anímicamente va a sentir ansiedad, temor, duelo anticipado, desconocimiento del problema y riesgo de infección. Como consecuencia de esta patología, la gestante va a necesitar reposo en cama, lo que va a presentar alteraciones de tipo familiar y social. Nuestro objetivo irá encaminado a la vigilancia materno-fetal y familiar.

El tratamiento integral de esta patología estará encaminado:

Identificar los cambios corporales del embarazo que son reflejo de los cambios fisiológicos normales, teniendo la capacidad para identificar los cambios anormales relacionados con la ruptura prematura de membranas de pretérmino. Valorar las manifestaciones físicas y emocionales que presenta la mujer a través de su historia clínica y por medio de la expresión física. Prevención y atención de posibles signos y síntomas de parto prematuro a consecuencia de la ruptura prematura de las membranas. En el seguimiento de la evolución del embarazo tiene como un mínimo de cinco consultas en las que se hará obligatoria una visita al inicio del embarazo, otra a los 3, 5, 7 y 8 meses de gestación. En los periodos intermedios se harán evaluaciones de control domiciliario o en el programa educativo de Psicoprofilaxis perinatal. Tratando de disminuir favorablemente la incidencia de la RPM.

10. RESULTADOS

Es un estudio de casos. La población estuvo conformada por las gestantes atendidas en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud durante el periodo 2013 diciembre – 2014 abril.

Los casos fueron los embarazos que presentaron ruptura prematura de membranas. La información se obtuvo de los cuestionarios presentados a las gestantes en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud. Nuestro estudio quedó conformado por 100 casos. En resumen nuestro estudio se puede conocer un tema de vital importancia para el personal de enfermería, la paciente y los que la rodean ya que ambos están involucrados en todos los pasos del mismo y la información de este trabajo va dirigida para ambos. Describiendo la RPM, factores de riesgo y sus posibles complicaciones, así como el tratamiento y seguimiento pero sobre todo los cuidados e intervenciones de enfermería en su asistencia prenatal y hospitalaria. Si no obstante en los estudios previos se refiere hacer mayor hincapié en la educación a la embarazada esto se lograra mediante una mayor calidad de enseñanza por parte del equipo de salud que conformamos tanto médicos como enfermeros mediante la entrevista directa o el reforzamiento en cada cita programa para el control del embarazo. De los estudios previos citados refieren que la situación económica y social es una limitante para una buena educación ya que las pacientes marginadas, con escasos recursos económicos, provenientes de familias disfuncionales, con un menor grado de estudios son las más afectadas para obtener una buena educación, pero no es justificable el hecho de no querer recibir la ayuda y el conocimiento para una mayor calidad de vida perinatal.

Quedo demostrado mediante la aplicación de dichos cuestionarios y la investigación que el trabajo de enfermería debe comenzar desde la prevención promoviendo el interés de las embarazadas proporcionando el conocimiento necesario de la ruptura prematura de membranas sus signos y síntomas y sus complicaciones, llegando a la conclusión de que el personal de enfermería

necesita proporcionar a las pacientes y su familia una atención de calidad y calidez, desde su primera asistencia a la unidad médica para su control prenatal esperando que esta investigación sirva para su aprendizaje. Donde encontramos que:

La incidencia de RPM durante el periodo diciembre 2013-abril 2014 es de 14.2 casos por 100 casos.

Los factores predisponentes en los casos estudiados son:

- Un periodo Inter-genésico menor a los 2 años entre cada embarazo en multíparas
- Infección urinaria,
- Tener menos de 4 controles prenatales
- Hemoglobina materna menor a 7 gr/dl
- Presentar RPM anterior
- Gestación gemelar
- Infección vaginal y metrorragia
- Estado socioeconómico y cultural
- Mala alimentación

¿Se interesa usted por el cuidado pre-natal?	
NO	2%
SI	98%
TOTAL	100%

Cuadro 1. ¿Se interesa usted por el cuidado pre-natal?



Figura 1. ¿Se interesa usted por el cuidado pre-natal?

En esta grafica se demuestra el interés de las mujeres embarazadas por conocer y aprender a cerca de los cuidados prenatales así como cualquier anomalía en su embarazo demostrándonos que los servicios de atención necesitan dar la información a las pacientes interesadas a cerca de su alimentación, higiene y cualquier enfermedad que padezca para evitar daños maternos y fetales desde su asistencia prenatal.

¿Acepta con facilidad las sugerencias de los otros sobre cómo debe llevar su embarazo?	
SI	56%
NO	17%
Ligeramente	19%
Moderado	8%
Total	100%

Cuadro 2. ¿Acepta con facilidad las sugerencias de los otros sobre cómo debe llevar su embarazo?

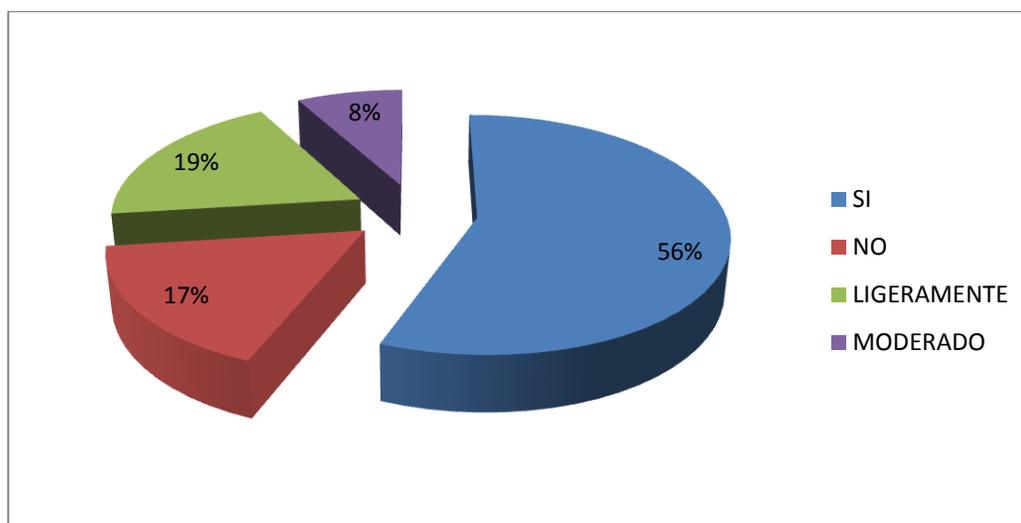


Figura 2. ¿Acepta con facilidad las sugerencias de los otros sobre cómo debe llevar su embarazo?

La grafica que se presenta nos dice que la mayoría de las embarazadas están abiertas a ser dirigidas en los cuidados prenatales en su embarazo, aun cuando las mamás primigestas refieren mayor rechazo a seguir sus cuidados pero reaccionan a todo estímulo aun cuando este sea normal y las madres multíparas normalmente aceptan seguir los cuidados indicados solo para evitar complicaciones que ya sufrieron.

¿Le gustaría aprender las medidas de cuidado a seguir respecto a su embarazo para llevarlo lo mejor posible a término?	
NO	3%
SI	85%
Ya la tengo	4%
Se poco	8%
Total	100%

Cuadro 3. ¿Le gustaría aprender las medidas de cuidado a seguir respecto a su embarazo para llevarlo lo mejor posible a término?

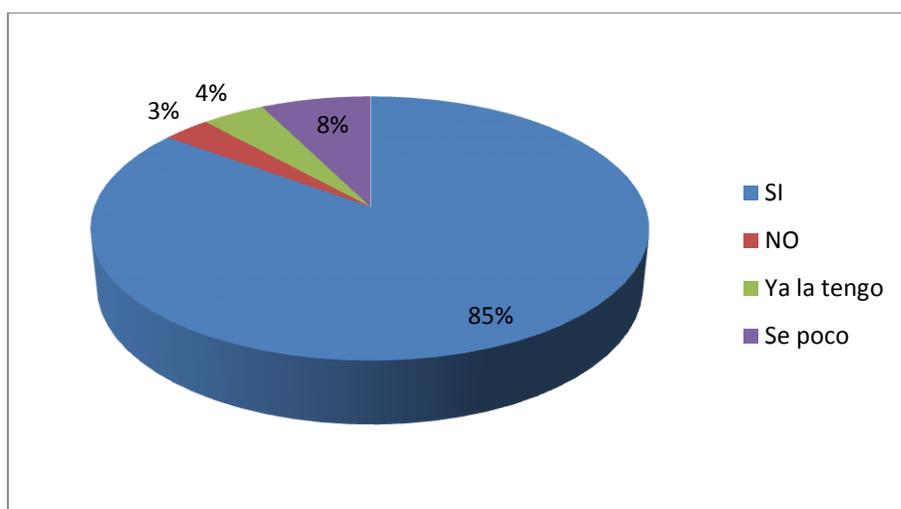


Figura 3. ¿Le gustaría aprender las medidas de cuidado a seguir respecto a su embarazo para llevarlo lo mejor posible a término?

De acuerdo con la gráfica los porcentajes de mujeres interesadas por la información adecuada para evitar cualquier anomalía no solo la ruptura prematura de membranas y sus factores principales sino todas las complicaciones la aceptan muy bien, así evitaremos cualquier complicación en el embarazo pero insistiendo en una educación prenatal adecuada llegaremos a evitar cualquier problema a futuro en toda la población.

¿Tiene usted interés en actividades prenatales?	
Si	25%
No	15%
No tengo tiempo	25%
Psicoprofilaxis	15%
Ejercicios de relajación	10%
Otros	10%
Total	100%

Cuadro 4. ¿Tiene usted interés en actividades prenatales?

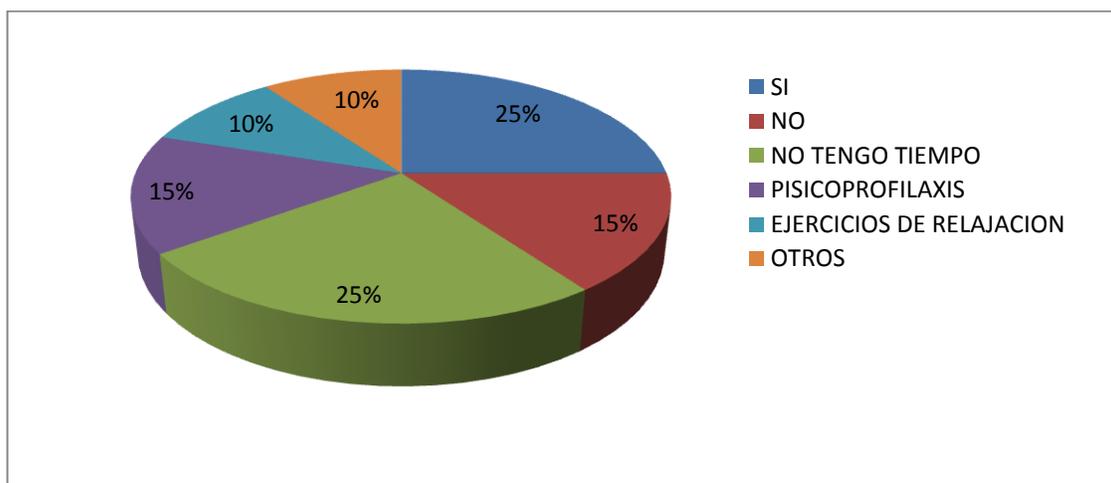


Figura 4. ¿Tiene usted interés en actividades prenatales?

En la gráfica se demuestra la falta de actividades recreativas en el cuidado prenatal, por múltiples factores entre ellos el sedentarismo por una educación incorrecta, la falta de tiempo por diferentes actividades familiares no deja el espacio para dedicarlo al embarazo incluyendo dentro la falta de interés.

¿En alguna ocasión le hablaron o conoce usted de las diferentes complicaciones que existen durante el embarazo para usted y su bebe y cómo prevenir las?	
NO	83%
SI	17%
TOTAL	100%

Cuadro 5. ¿En alguna ocasión le hablaron o conoce usted de las diferentes complicaciones que existen durante el embarazo para usted y su bebe y cómo prevenir las?

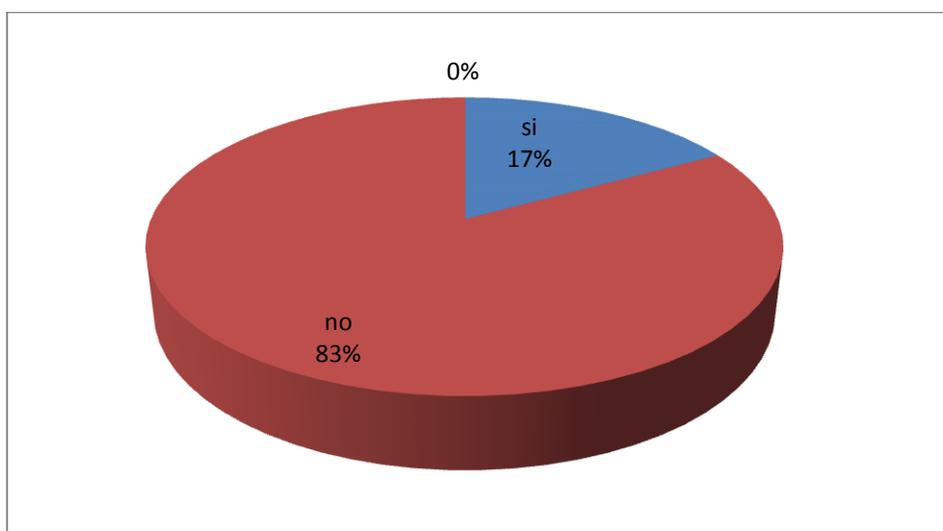


Figura 5. ¿En alguna ocasión le hablaron o conoce usted de las diferentes complicaciones que existen durante el embarazo para usted y su bebe y cómo prevenir las?

Esta grafica representa un gran número de mujeres que no tienen una información adecuada o su información es precaria solo causando a la mujer tensiones innecesarias por su falta de información de todas las complicaciones que existen durante el embarazo llegando a provocar la causa de las mismas.

¿En alguna ocasión alguien llevo a informarle o escucho de la complicación llamada RPM?	
NO	98%
SI	2%
TOTAL	100%

Cuadro 6. ¿En alguna ocasión alguien llevo a informarle o escucho de la complicación llamada RPM?

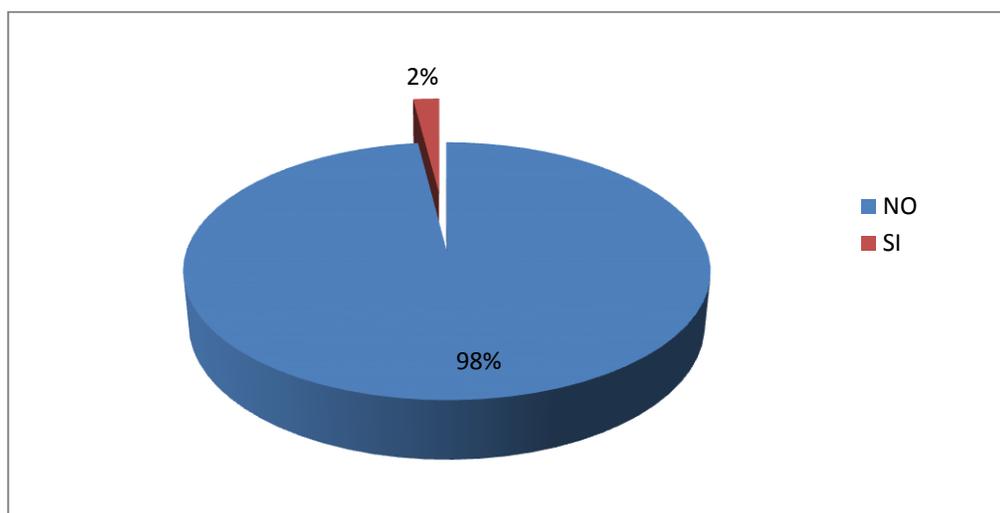


Figura 6. ¿En alguna ocasión alguien llevo a informarle o escucho de la complicación llamada RPM?

La grafica nos demuestra que la mayoría de las embarazadas no conocen lo que es o lo que implica una ruptura prematura de membranas pero que si bien no saben nada están dispuestas a aceptar la información, lo que deja por hacer mucha tarea de todo lo que se tiene que realizar para educar a las pacientes de acuerdo a sus signos de alarma y como saber que no es normal lo que le está pasando para evitar complicaciones maternas y fetales.

¿Le gustaría aprender y tener suficiente información sobre esta complicación, para prevenirla y tratarla evitando complicaciones?	
NO	5%
SI	95%
TOTAL	100%

Cuadro 7. ¿Le gustaría aprender y tener suficiente información sobre esta complicación, para prevenirla y tratarla evitando complicaciones?

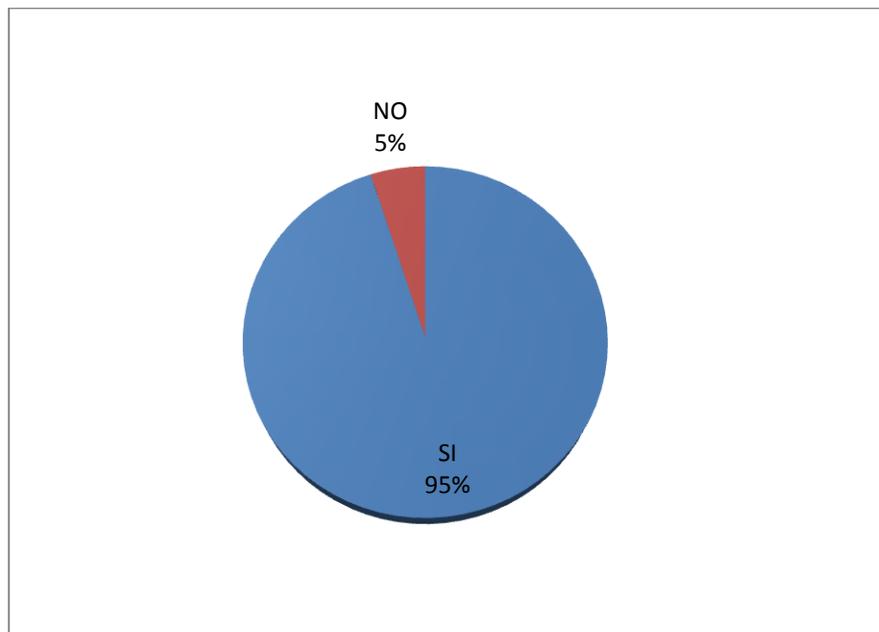


Figura 7. ¿Le gustaría aprender y tener suficiente información sobre esta complicación, para prevenirla y tratarla evitando complicaciones?

La grafica demuestra el interés de las embarazadas por tener un embarazo saludable y obtener información suficiente sobre las diferentes complicaciones, para prevenirlas tempranamente siendo esto muy importante porque para el personal de salud nos brindan la oportunidad de proporcionar información y llegar a tener un nivel de salud cada día mejor.

11. CONCLUSIONES

La RPM es una complicación usual en la práctica médica. Esta puede aumentar la incidencia en la morbilidad y mortalidad materna y fetal. Su diagnóstico todavía es fundamentalmente clínico, aunque se han incorporado nuevas investigaciones.

Así un método de tamizaje pudiera implementarse durante el seguimiento del embarazo como factores nutricionales, ambientales y genéticos o ante la sospecha de una posible RPM. Aun cuando se ha realizado un gran avance en el conocimiento de la fisiopatología y se realizan estudios cada vez más prometedores para el desarrollo de ensayos rápidos, no invasivos y costo efectivos, estas pruebas continúan en investigación pero el futuro tiende a ser promisorio frente a su manejo y pronóstico. Por lo que respecta la enfermería tiene el trabajo de realizar sus cuidados correctamente identificando los signos de alarma y realizando lo que a continuación se detalla:

Estimular a la gestante que debe cumplir por lo menos con 6 controles prenatales por los beneficios encontrados en este trabajo.

Disminuir el riesgo de presentar ruptura prematura de membranas con la prevención, detección y tratamiento oportuno de los factores de riesgo.

El parto prematuro aumento la incidencia de cesárea.

Este es uno de los aspectos más complejos y debatidos en la actualidad. Existen en el mundo diferentes protocolos a seguir. El temor a la infección y los malos resultados obtenidos ante la conducta expectante que se seguía antiguamente, motivaron a cambios con tendencia intervencionista. En principio, se adoptan 2 posiciones: una conservadora, mediante la cual se trata de prolongar el embarazo si no está a término; y otra evacuadora, con el propósito de evitar las posibles infecciones maternas y fetales. El criterio conservador se enfrenta a una serie de problemas, y al respecto se indica un inicio espontáneo del parto, tras un breve período de latencia.

12. PROPUESTA DE SOLUCIÓN

1. Estimular a la gestante que debe cumplir por lo menos con 6 controles prenatales por los beneficios encontrados en este trabajo.
2. Disminuir el riesgo de presentar ruptura prematura de membranas con la prevención, detección y tratamiento oportuno de los factores de riesgo por el embarazo.

Medidas preventivas para evitar la RPM ("antes"):

Primaria

1. Tratar las infecciones cérvicovaginales, urinarias y sistémicas en tiempo y forma.
2. Evitar los traumatismos.
3. Extremar los cuidados en las intervenciones quirúrgicas obstétricas.
4. Suspender el cigarrillo.

Secundaria

1. Medidas preventivas de las complicaciones de una RPM ya producida ("después"):
2. Diagnóstico precoz.
3. Internación y tratamientos oportunos con uteroinhibición, antibióticos y corticoides según corresponda por edad gestacional.
4. Comunicación estrecha entre Obstetricia y Neonatología.
5. Información a los padres acerca de la evolución y el pronóstico.

Terciaria

1. Medidas preventivas de las complicaciones postnatales de la RPM ("luego del nacimiento"):
2. Seguimiento materno durante el puerperio para evitar secuelas.
3. Seguimiento neonatal acorde a la patología diagnosticada.

13. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Gibbs SR. Rotura prematura de membranas. En: Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 9na ed. México: McGraw Hill; 2005. p. 201-12.
2. Cunningham FG. Williams Obstetricia. Anomalías de las membranas fetales y el líquido amniótico. 21. ed. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2005. p. 699-706.
3. Lugones Botell M. Rotura prematura de membranas. Rev. 16 de Abril. 1992; p. 178:23-8.
4. Cifuentes R. Obstetricia de alto riesgo. Bogotá: Aspromédica; 1994. p. 461-76.
5. Sweet RL. Infecciones perinatales. En: Iffy L, Kaminetzki HA. Obstetricia y perinatología. Principios y práctica. Buenos Aires: Editora Médica Panamericana; 1986: p. 1050-85.
6. Hibbard LT. Complicaciones del trabajo de parto y el parto. En: Benson RC, ed. Diagnóstico y tratamiento en gineco obstetricia. 4ta. ed. México DF: El Manual Moderno; 1986. p. 33-48.
7. Vázquez Niebla JC, Vázquez Cabrera J, Rodríguez JC. Epidemiología de la rotura prematura de membranas en un hospital gineco obstétrico. Rev. Cubana Obstétrica Ginecología. 2003; p. 29.
8. González-Merlo J, Del Sol JR. Obstetricia. 4ta ed. (España) Editorial Masson, S.A. 1992. p. 485-90.
9. Carrillo García H, Lucena C, Brito ML, Lara Croes A, Vásquez Estrella A. Rotura prematura de membranas: creatinina en fluido vaginal como marcador diagnóstico. Rev. Obstet. Ginecol. Venezuela. 2006; p. 66 -145.

10. Saavedra D, Valdés S, Bardales J, Essien J, Torre Y. Morbimortalidad perinatal de la rotura prematura de membrana en el embarazo pretérmino. Clínica e investigación en ginecología y obstetricia. 2006; p. 33-102.
11. López F, Andina E, Laterra C, Almada R, Frailuna A, Illia R, Susacasa S. Recomendaciones para el manejo de la rotura prematura de membranas. Revista del hospital materno infantil Ramón Sardá. 2006; p. 25-172.
12. Revista Cubana de Medicina General Integral versión On-line ISSN 1561-3038 Rev. Cubana Med Gen Integra v.26 n.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2010.
13. Wilkes P, Galan H. Premature Rupture of Membranes. Disponible en: www.e-medicne.com.
14. Marchiano D. Medical Encyclopedia MedlinePlus. ADAM Inc. Disponible en: www.nlm.nih.gov/medlineplus.
15. Reyna-Villasmil E, Torres-Montilla M, Reyna-Villasmil N, et al. Estructura y función de la matriz extracelular de las membranas fetales humanas. Rev. Obstet Ginecol Venezuela 2003; p. 63:19-30.
16. Ramírez JV. Tema O-25: Rotura prematura de membranas. Parto pretérmino. Disponible en: <http://www.uv.es/~jvramire/apuntes/passats/obstetricia/TEMA%20O-25%20%282006%29.pdf> Consultado: 5 de marzo de 2010.
17. Comunicación e Información de la Mujer A. C. 2007, Vital el trabajo de enfermería para reducir la muerte materna. Consultado el 2 de noviembre 2013 de <http://www.cimacnoticias.com/site/>.
18. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, 2007. Comité de aspectos éticos de la reproducción humana y la salud. Consultado el 7 de noviembre 2013, de <http://www.sogvzla.org/FTPSOGV/%20FIGO.pdf>.
19. Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. Tasas de natalidad y mortalidad materna infantil. Consultado el 22 de noviembre del 2013, de <http://www.inegi.gob.mx>.

20. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención do la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido Criterios y procedimientos para la prestación de servicios. Consultado el 28 de noviembre 2013, de <http://www.ssa.gob.mx>.
21. Stewart, E., (1999) Obstetricia de Taylor, (9a., ed. Vols., 31-41).
22. <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>.

14. ANEXOS

CUESTIONARIOS O INSTRUMENTOS PARA RECOLECCION DE INFORMACION

CUESTIONARIOS O INSTRUMENTOS PARA RECOLECCION DE INFORMACION

CUESTIONARIO

¿Se interesa usted por el cuidado pre- natal?

1. No 2. SI

¿Acepta con facilidad las sugerencias de los otros sobre cómo debe llevar su embarazo?

1. No 2. SI 3. Caminar 4.Ejercicios prenatales 5.Ejercicios de relajación

¿Le gustaría aprender las medidas de cuidado a seguir respecto a su embarazo para llevarlo lo mejor posible a término?

1. Si 2. No

¿Tiene usted interés en actividades prenatales?

1. No 3. Si 3. Ligero 4. Moderado

¿En alguna ocasión le hablaron o conoce usted de las diferentes complicaciones que existen durante el embarazo para usted y su bebe y cómo prevenirlas?

1. No 2. Si

¿En alguna ocasión alguien llevo a informarle o escucho de la complicación llamada RPM?

1. Si 2. No

¿Le gustaría aprender y tener suficiente información sobre esta complicación, para prevenirla y tratarla evitando complicaciones?

1. Si 2. No

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA
SEÑORA DE LA SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

CARRERA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS FETALES

ELABORADO POR:

MIRIAM GONZÁLEZ MENDOZA

ASESORA DE TESIS:

MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

PLAN DE INVESTIGACIÓN

TRABAJO DE INVESTIGACION DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS FETALES.

Ruptura prematura de membranas

El líquido amniótico es el agua que rodea a su bebé en el útero. Las membranas o capas de tejido que contienen este líquido se denominan saco amniótico.

A menudo, las membranas se rompen al final de la primera etapa del trabajo de parto. Esto con frecuencia se llama "romper fuente".

Algunas veces, las membranas se rompen antes de que una mujer entre en trabajo de parto. Cuando esto sucede de forma temprana, se denomina ruptura prematura de membranas (RPM). La mayoría de las mujeres entrará en trabajo de parto espontáneamente al cabo de 24 horas.

Si la ruptura de fuente se da antes de la semana 37 del embarazo, se denomina ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP). Cuanto más temprano se rompe fuente, más grave es para usted y para su bebé.

¿Por qué sucede la ruptura prematura de membranas?

En la mayoría de los casos, se desconoce la causa de la ruptura prematura de membranas. Algunas causas o factores de riesgo pueden ser:

- Infecciones del útero, el cuello uterino o la vagina.
- Comer o beber mal.
- Demasiado estiramiento del saco amniótico (esto puede ocurrir si hay demasiado líquido o más de un bebé ejerciendo presión sobre las membranas).
- Fumar.

- Si usted ha tenido cirugía o biopsias del cuello uterino.
- Si usted estaba embarazada antes y tuvo una RPM o una ruptura prematura de membranas pretérmino.

La mayoría de las mujeres que rompen fuente antes del trabajo parto no tienen un factor de riesgo.

¿Cómo sé que la tengo?

El mayor signo a vigilar es el escape de líquido de la vagina. Éste puede filtrarse lentamente o puede salir a chorros. Algo del líquido se pierde cuando se rompe fuente. La membrana puede continuar presentando escapes.

Algunas veces cuando el líquido se filtra lentamente, las mujeres lo confunden con orina. Si observa fugas de líquido, use un protector para absorber algo de éste. Obsérvelo y huélalo. El líquido amniótico normalmente no tiene color y no huele a orina (tiene un olor mucho más dulce).

Si usted piensa que ha roto fuente, llame al médico de inmediato. Será necesario que la examinen lo más pronto posible.

¿Qué sucederá?

Si el médico determina que tiene una ruptura prematura de membranas, probablemente necesitará estar en el hospital hasta que nazca su bebé.

DESPUÉS DE 37 SEMANAS

Si su embarazo ha pasado las 37 semanas, su bebé está listo para nacer y usted necesitará entrar en trabajo de parto pronto. Cuanto más tarde en empezar el trabajo de parto, mayor será la probabilidad de contraer una infección.

Usted puede esperar durante un corto tiempo hasta que entre en trabajo de parto de manera espontánea o se lo pueden inducir (recibir medicamentos para iniciar el trabajo de parto). Las mujeres que dan a luz dentro de las 24 horas posteriores a la ruptura de fuente son menos propensas a contraer una infección; así que si su trabajo de parto no está empezando por sí solo, puede ser más seguro inducirlo.

ENTRE LAS SEMANAS 34 Y 36

Si usted está entre las semanas 34 y 37 cuando rompe fuente, el médico probablemente sugerirá que le induzcan el trabajo de parto. Es más seguro para el bebé nacer unas semanas antes que para usted arriesgarse a contraer una infección.

ANTES DE LAS 34 SEMANAS

Si usted rompe fuente antes de la semana 34, es más grave. Si no hay señales de infección, el médico puede tratar de retrasar el trabajo de parto, poniéndola con reposo en cama. Se administran esteroides para ayudar a que los pulmones del bebé crezcan rápidamente. El bebé tendrá un mejor pronóstico si sus pulmones tienen más tiempo para crecer antes de nacer.

Usted también recibirá antibióticos que le ayudarán a prevenir infecciones. Usted y su bebé serán vigilados muy de cerca en el hospital. El médico puede hacer exámenes para revisar los pulmones del bebé. Cuando los pulmones hayan crecido lo suficiente, el médico inducirá el trabajo de parto.

¿Qué pasa si tengo que dar a luz a mi bebé antes (en forma prematura)?

Si usted rompe fuente temprano, el médico le dirá qué es lo más seguro de hacer. Existen algunos riesgos de un parto prematuro, pero el hospital donde usted dé a luz enviará a su bebé a la unidad de prematuros (una unidad especial para bebés

antes de término). Si no existe tal unidad donde dé a luz, usted y su bebé serán trasladados a un hospital que tenga una.

Nombres alternativos

RPM; RPMP

Referencias

Mercer BM. Premature rupture of the membranes. In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, eds. Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies. 6th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier Churchill Livingstone; 2012:chap 29.

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS:

TIPOS DE ROTURA DE MEMBRANAS:

La amniorraxis espontánea o rotura de la bolsa de las aguas puede ser, independientemente de la edad gestacional:

- a) Prematura: Si se produce antes de que se inicie el parto.
- b) Precoz: Si acontece durante el período de dilatación del parto.

En un parto dejado evolucionar espontáneamente menos del 40% llegan al expulsivo con bolsa íntegra. Ésta es la forma habitual de rotura de membranas (un 65%), si bien más frecuente es aún que la amniorraxis se produzca artificialmente en este período para acelerar el parto.

- c) Tempestiva: Si se produce durante el expulsivo. 25-30% de casos sin manipulaciones.

d) Tardía: Si se produce más tarde: Muy rara, sólo el 1-2% de partos dejados evolucionar espontáneamente.

FRECUENCIA:

La RPM se da entre el 5-10% de los partos, de las cuales un 90% se dan tras la semana 37. En los partos pretérmino, en que, junto e interrelacionada con la infección, se constituye como una de la principales etiologías, su frecuencia alcanza hasta un 33%. En estos casos la posibilidad de recurrencia en la siguiente gestación se cifra en un 30%, ocurriendo entonces alrededor de dos semanas después.

HIPÓTESIS FISIOPATOLÓGICAS:

Hay tres aspectos que parecen ligados a la RPM:

a) Aumento de la presión intraamniótica: La relación entre la presión intraamniótica y la tensión de las membranas. Esta tensión de la bolsa es habitualmente contenida y compensada por las paredes uterinas, excepto en el polo inferior del huevo a nivel de la dilatación del orificio cervical, por lo que es el radio de la dilatación el que fundamentalmente determinará los incrementos de tensión no compensados a nivel del orificio cervical, siendo éste el punto habitual de rotura.

PROF. J.V. RAMÍREZ OBSTETRICIA TEMA-25/2

b) Disminución de la resistencia de la bolsa amniótica: La bolsa de las aguas está constituida por dos capas: el amnios y el corion. Ambas capas están yuxtapuestas y presentan la capacidad de deslizamiento de una sobre otra. Esta estructura posee la capacidad de mantenerse íntegra hasta fases avanzadas del parto.

+La actividad de enzimas proteolíticas, colagenasas y elastasas debilitaría su resistencia y precipitaría la rotura ante pequeños incrementos. Esta actividad enzimática se vería condicionada por:

1) Infecciones (Las bacterias son capaces de desarrollar actividad proteolítica, que destruye el colágeno.

2) Coito (En el coito existen sustancias que pueden conducir al mismo efecto: Enzimas "collagen-like". Prostaglandinas (que estimulan la proteolisis).

3) Tabaquismo (En las fumadoras se produce una reacción pulmonar que aumenta la actividad proteolítica y disminuye la de los inhibidores proteolíticos).

+Pero la bolsa también sufre una serie de cambios estructurales que la debilitan a lo largo de la gestación, entre los cuales se da incluso una disminución de su contenido en colágeno, por lo que su rotura a término puede considerarse una variedad fisiológica por ese normal debilitamiento intrínseco.

c) Acciones traumáticas sobre la bolsa de las aguas: Son difíciles de demostrar:

-Adherencias entre el corioamnios y decidua, lo que produciría un estiramiento corioamniótico al desplegarse el segmento uterino inferior, el crecimiento uterino y las contracciones. Esto incrementaría la tensión de la bolsa y facilitaría su rotura.

-Traumatismos externos (3%): Tacto vaginal, amnioscopia, etc.

-Traumatismos internos: Movilidad del feto sobre el polo inferior ovular. Más teórico que real.

ETIOLOGÍA:

No está claramente determinada. Se barajan distintas circunstancias epidemiológicas, relacionadas con:

1) Patología genital: Cirugía genital previa como amniocentesis, cerclaje. Desgarros cervicales. Incompetencia cervical. Malformaciones uterinas.

Procesos infecciosos: Cervicitis, vaginitis, etc..

2) Patología gestacional: Gestación múltiple. Polihidramnios. Desproporción pelvi-fetal. Mal posición fetal. RPM pretérmino previa. Hemorragia ante parto. Abruption placentario.

3) Hábitos: Tabaco. Actividad sexual. Drogadicción.

DIAGNÓSTICO:

1.- Clínica:

a) Evidencia clínica irrefutable: Visión de la salida del líquido amniótico a través de la vulva, o, mediante espéculo, la presencia de líquido amniótico remansado como una laguna en el fondo de saco vaginal posterior o saliendo a través del cuello uterino, lo que podemos forzar con una presión fúndica o maniobra de Vasalva. Puede ayudarnos también la amnioscopia y el tacto vaginal (tacto directo sobre la presentación sin bolsa intermedia).

b) Episodios clínicos confusos : Ante episodios, referidos por la paciente, de pérdida de líquido en cantidad más o menos escasa y puntual, cabe plantearse si nos encontramos ante: Una rotura de la bolsa (en que la presentación fetal actúa a modo de tapón). Una emisión involuntaria de orina. Una leucorrea. Una licuefacción y eliminación del tapón mucoso. Los datos obtenidos de una cuidadosa anamnesis (la paciente suele diferenciar bien si "se moja" o si "se orina"), el aspecto y cantidad del líquido, así como la evolución temporal del cuadro son muy sugestivos a la hora de establecer el diagnóstico.

2.- Pruebas complementarias: Nos darán una información definitiva en casos dudosos, o casos sin síntomas en tiempo presente por haberse producido la amniorrexis horas antes. También tienen interés en el diagnóstico de las denominadas roturas altas.

a) Ecografía : Permite observar la reducción en la cantidad del líquido amniótico.
PROF. J.V. RAMÍREZ OBSTETRICIA TEMA-25/4

b) pH vaginal : El pH vaginal es <5 y el del líquido amniótico oscila entre 7.1-7.2, por lo que su salida alcaliniza el medio vaginal, lo que puede ponerse de manifiesto mediante papel de tornasol, que virará de amarillo-anaranjado a azul oscuro en el medio alcalino (test de la nitracina). Puede tener falsos negativos si la rotura se produjo demasiado tiempo antes y la vagina volvió a recobrar su acidez. Puede tener falsos positivos por la presencia de sangre en vagina, infecciones vaginales o colocación inadecuada del papel de tornasol (p.ej. en canal cervical).

c) Cristalización del flujo vaginal: Si dejamos secar sobre un portaobjetos el fluido vaginal y lo observamos al microscopio, observamos la cristalización en "hojas de helecho" en caso de que se trate de líquido amniótico.

d) Detección de elementos fetales: Al microscopio:

-Presencia de lanugo.

-Tinción con sulfato de azul de Nilo:

Las células de la epidermis fetal anucleadas y queratinizadas se observan de color anaranjado.

La grasa superficial del feto (maduro, no así en fetos inmaduros de <34 semanas) se aprecia como gotas rosadas o anaranjadas.

e) Inyección de azul de Evans en líquido amniótico: Se inyecta por amniocentesis azul de Evans en líquido amniótico restante y se observa la posible salida del colorante a vagina. También se puede instilar en vejiga de la orina y ver si mancha la compresa en caso de incontinencia.

COMPLICACIONES:

a) Desencadenamiento del parto:

1) Embarazo a término: Antes de las 24 horas se desencadena el parto de forma espontánea en un 68% de los casos. No es pues un problema grave, es más, casi puede considerarse una ventaja, ya que se reduce el riesgo de contaminación microbiana al desaparecer la barrera física que constituye la bolsa.

2) 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. Se obtienen fetos inmaduros con los problemas asociados a dicha eventualidad; siendo muy difíciles de tratar y mantener su viabilidad por debajo de la semana 28.

b) 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. La situación es nociva para:

1) Feto: Conduce por deglución del líquido infectado, otitis, conjuntivitis, onfalitis, infección urinaria, faringitis, neumonía y a una sepsis generalizada con su muerte o secuelas.

2) Madre: La infección placentaria puede ser el origen de trombos sépticos. La colonización ascendente por gérmenes es evidente en el 100% de los casos a las 24 horas, pero no siempre indica infección. Ésta se da según el tipo y agresividad

del germen en un 5% de los casos a las 6 horas, ascendiendo rápidamente el porcentaje a partir de las 36 horas. 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:

+Maternos: Fiebre o simple febrícula: Se requiere un control constante de la temperatura ante toda rotura de membranas. Aumento de la dinámica uterina por irritabilidad. Aumento de la leucocitosis: Puede ser previo a la aparición de fiebre.

+Fetales: Taquicardia fetal. Presencia de movimientos respiratorios, con deglución de líquido amniótico infectado.

+Líquido amniótico: Fetidez. Realización en el mismo de recuento leucocitario y cultivos bacteriológicos.

c) 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.

d) 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.

TRATAMIENTO:

La actitud inmediata será:

-Ingreso en centro hospitalario.

-Cultivo cérvicovaginal.

-Estudio de la madurez fetal.

-Evaluación del borramiento y dilatación cervicales. Descartar prolapso de cordón o de partes fetales. Evitar al máximo los tactos vaginales.

En función de ello la actitud dependerá de los riesgos potenciales para:

+Feto: Inmadurez. Riesgo de sepsis por corioamnionitis. Riesgo de prolapso de cordón.

+Madre: Riesgo de corioamnionitis.

Definición

La ruptura prematura de membranas (RPM) es la rotura del saco amniótico antes de que comience el trabajo de parto. El saco contiene líquido (amniótico) y el bebé en desarrollo. El líquido amniótico dentro del saco gotea o chorrea. A esto también se le conoce como “romper bolsa”.

La RPM ocurre en aproximadamente el 10% de todos los embarazos. En el 60 al 80% de los casos, la RPM ocurre al final del embarazo. La madre entra en trabajo de parto entre las 24 y las 48 horas después de romper bolsa. Con menos frecuencia, las membranas se rompen prematuramente en un embarazo. La ruptura de más de tres o cuatro semanas antes de su fecha de parto se conoce como ruptura prematura de las membranas antes de término.

La ruptura prematura de las membranas aumenta los riesgos de ciertas complicaciones en el embarazo, entre ellas:

- Infección uterina

- Parto prematuro
- Cordón umbilical prolapsado (cordón umbilical que se aprieta entre el bebé y la pelvis)

Llame a su médico de inmediato si sospecha que ha roto bolsa.

*

Causas

Las causas de la RPM no se conocen con claridad. Algunas de las causas posibles son:

- Dilatación precoz del cuello uterino, tal vez debido al peso del bebé y de la placenta o a cambios en el mismo cuello uterino
- Infecciones de la vagina, del útero o de las membranas que rodean el feto
- Trabajo de parto prematuro (trabajo de parto que ocurre tres semanas o más antes de la fecha prevista)
- Amniocentesis
- Mala higiene dental

*

Factores de riesgo

Los siguientes factores podrían incrementar su probabilidad de tener RPM:

- Tabaquismo
- RPM en embarazos anteriores
- Embarazo de gemelos o más
- Infección bacteriana en la vagina, especialmente durante el segundo trimestre
- Cuello uterino insuficiente o debilitado
- Cerclaje cervical (procedimiento en el cual se cose el cuello uterino para evitar que se abra prematuramente)

- Ciertos procedimientos usados para tratar las afecciones anormales del cuello uterino
- Demasiado líquido amniótico

*

Síntomas

El principal síntoma de la RPM es el líquido que gotea de la vagina. Puede experimentar un chorro repentino de líquido o un goteo constante y lento. Puede resultar difícil distinguir entre un goteo amniótico lento y la orina. El médico puede hacer pruebas simples para determinar esto.

La RPM también aumenta el riesgo de infección. Los síntomas incluyen fiebre superior a 100,4°F (38°C) y dolor abdominal con la palpación.

Si usted tiene alguno de estos síntomas llame a su médico inmediatamente.

*

Diagnóstico

Si tiene una gran cantidad de líquido que sale de la vagina, el diagnóstico de RPM puede ser sencillo. Para confirmar el diagnóstico, el médico puede realizar las siguientes pruebas.

- Examen pélvico: el médico podrá observar el goteo de líquido por el cuello uterino o una acumulación de líquido detrás del cuello uterino.
- Prueba del mismo líquido:
- Se coloca una gota del líquido en un papel de nitrazina. El líquido amniótico cambia el color del papel de verde amarillento a azul oscuro.
- Extensión de un poco de líquido en un portaobjetos; se deja secar y se observa en el microscopio. El líquido amniótico se seca en forma de pluma o helecho.

El médico también controlará que no tenga fiebre y demás signos de infección. Controlará a su bebé para detectar signos de sufrimiento fetal.

*

Tratamiento

El tratamiento de la RPM depende de cuándo ocurre en el embarazo. Cuando esté cerca de su fecha de parto, se la controlará estrictamente a usted y a su bebé las 24 horas. Por lo general, esto se realiza en el hospital. Si el trabajo de parto no se inicia, el riesgo de infección para usted y su bebé comienza a aumentar. La mayoría de los médicos usa medicamentos para inducir el parto.

La RPM puede ocurrir en forma más prematura en el embarazo. En este caso, la mayoría de los médicos tratará de extender el embarazo lo más posible. Durante este período de espera, se controlará cuidadosamente la salud suya y de su bebé para detectar signos de infección y/o sufrimiento fetal. Cuando haya riesgo de nacimiento prematuro debido a la RPM, el tratamiento puede incluir:

- Inyecciones de esteroides para ayudar a acelerar el desarrollo de los pulmones del bebé
- Administración de tocolíticos para detener o impedir el inicio del trabajo de parto
- Antibióticos para tratar o prevenir la infección
- Fármacos para inducir el parto si se desarrollan signos de infección o de sufrimiento fetal

*

Prevención

Según las investigaciones actuales, las mujeres con infecciones bacterianas en la vagina deben tratarse con antibióticos durante el segundo trimestre del embarazo. Esto puede ayudar a prevenir la RPM. Las mujeres embarazadas deben dejar de fumar.