



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín del Hospital Clínico para sus graduados en provincia**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de Ciencias Médicas**. Este tiene el propósito de evidenciar la evolución del contenido y poner a disposición de nuestra audiencia documentos académicos originales que han impulsado nuestra revista actual, sin embargo, no necesariamente representa a la línea editorial de la publicación hoy en día.

## NORMAS ACTUALES SOBRE ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Drs. Patricio Vela y Pedro Escudero

### 1. CONCEPTO.

Se habla de rotura prematura de membranas ( RPM ), toda vez que se rompen las membranas ovulares, con pérdida de líquido amniótico espontáneamente, antes del inicio de trabajo de parto ( t. de p. ).

Si la rotura coincide con el inicio de t. de p., se habla de "rotura precoz"; si ocurre durante el t. de p., se habla de "rotura espontánea de membranas" ( REM ); si las membranas ovulares han sido rotas intencionadamente, se habla de "rotura artificial de membranas" ( RAM ).

### 2. DIAGNOSTICO

A. Anamnesis.- La madre habrá sido instruida en sus controles de embarazo, en el sentido de saber reconocer una RPM y de consultar precozmente si esta ocurre. El antecedente de pérdida de "líquido claro, como agua", en cantidad importante, será el más frecuente dato anamnésico.

B. Examen Físico.- Colocación de espéculo sin lubricante, y antes de practicar tacto vaginal, visualizando el cuello; al hacer pujar a la madre, se apreciará salida de líquido amniótico por el Os. externo. El pH del líquido deberá ser medido en el fondo de saco vaginal posterior o en el 1/3 medio de la vagina, nunca en el cérvix. El pH. del líquido amniótico es 7 a 7,5; para su medición se usa papel de Nitrazina que al impregnarse de líquido, cambia de color según el pH. de éste; se

evalúa el test simplemente comparando el color adquirido por el papel usado, con la tabla incluida en el carrete del papel.

- C. Otras medidas.- Con frecuencia el diagnóstico es dudoso, pese a anamnesis y examen físico cuidadosos. En tales casos, se procederá a hospitalizar a la madre, dejando apósito estéril vulvar, controlando cada cuatro horas, pulso, temperatura axilar y rectal, y presencia de líquido amniótico manchando el apósito ( color, aspecto característico ), para repetir el examen con espéculo 6 a 12hrs. luego del ingreso, si el diagnóstico no ha sido confirmado antes.

Se recomienda en los casos dudosos, tomar muestra de aspiración endocervical con sonda Nellaton estéril o pipeta Pasteur, introduciendola más o menos 1/2 cm. por el Os. externo. La muestra extraída en dos porta-objetos, dejándolas secar al aire, se enviarán ambas muestras al Laboratorio de Citología, para pesquisar presencia de células escamosas fetales, anucleadas y cristalización en helecho de líquido amniótico.

### 3. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Leucorrea: menor cuantía de flujo, color blanco, o amarillo-verdoso, no translúcido; frecuentemente espumosa, olor característico, pH. 4,5 a 5,5, no cristaliza, células fetales ( - ).
- Tapón mucoso: menor cuantía de flujo, espeso, turbio, coherente, no cristaliza.
- Orina: anamnesis cuidadosa, buscando síntomas de infección urinaria baja, incontinencia de apremio o esfuerzo. El olor es característico. No se aprecia flujo al examen con espéculo.

4. CONDUCTA

Hecho el diagnóstico de R.P.M., se hospitalizará a la madre. Se hace tacto vaginal de ingreso con técnica aséptica.

La madre permanecerá en reposo absoluto, con apósito estéril vulvar y control de pulso, temperatura axilar y rectal, y aspecto del líquido amniótico.

- a. Si el embarazo es menor de 36 semanas o con un feto no viable, se mantendrán los controles anotados, y no se intentará frenar dinámica si aparece, ni inducir la si no la hay, mientras no existan evidencias de infección ovular.

Si aparece infección ovular, proceder como E., sólo que puede haber algo mayor flexibilidad en el plazo para evacuar el útero si el feto es claramente no viable.

- b. Si el embarazo es mayor de 36 semanas, o con feto viable, se esperará el inicio espontáneo de t. de p. por 12 hrs. Si este no ha ocurrido en ese lapso, se iniciará inducción ocitócica. El parto deberá ocurrir antes de 48 horas de RPM; el plazo es menor si hay infección, como se dirá más adelante.

- c. Iniciado el t. de p., sea espontáneo o inducido:

- I. Limitar los tactos vaginales a los estrictamente indispensable. Cada tacto vaginal debe ser numerado y fundamentado en su indicación en la ficha. Los tactos vaginales se harán con técnica aséptica.

- II. Continuar los controles de pulso y temperatura señalados anteriormente.

- III. Vigilar atentamente aspecto del líquido amniótico, para pesquisar precozmente una infección ovular.

d. Si no hay infección ovular:

- I. Transcurridas 12 hrs. o más de RPM, y sólo si hay trabajo de parto (espóntaneo o inducido), se iniciará tratamiento antibiótico, consistente en Penicilina, 1.000.000 cada 6 hrs., en fleboclisis, mientras dure el trabajo de parto (salvo alergia a la Penicilina, en cuyo caso deberá usarse otro antibiótico, de acuerdo a la tolerancia materna ).
- II. El parto deberá ocurrir antes de 48 hrs. de RPM, si el embarazo es mayor de 36 semanas.
- III. Al nacer el niño, se examinará cuidadosamente. De existir dificultad respiratoria, hipoactividad o hiponeflexia, se avisará al Pediatra.

Si han transcurrido más de 12 hrs. de RPM., se tomará rutinariamente hemocultivo más cultivo de secreción gástrica y meconio del RN.

- IV. Luego del parto, el tratamiento antibiótico materno, se pasará a vía oral, igual dosis manteniéndolo por 2 días post parto, salvo aparición de complicación puerperal, en cuyo caso deberá ampliarse el aspecto de antibiótico ( ojalá según cultivo ), y mantener el tratamiento tanto tiempo como la evolución clínica del caso lo aconseje.

e. Infección ovular.

- I. Se planteará el diagnóstico de infección ovular:
  - a) Cuando en una RPM, se pesquice temperatura de  $37,6^{\circ}$  o más axilar, y/o  $38^{\circ}$  o más rectal, en dos controles sucesivos, con una hora de intervalo entre ellos, descartando otra causa obvia de fiebre.

b) Cuando existe el hallazgo de líquido amniótico purulento.

Con uno de estos dos puntos presentes, bastará para hacer el diagnóstico.

Elementos como taquicardia materna mantenida y/o taquicardia fetal injustificada, hacen sospechar una infección ovular, pero no bastarán para el diagnóstico.

- II. Ante el diagnóstico de infección ovular, se tomará cultivo de líquido amniótico, iniciándose de inmediato tratamiento antibiótico a altas dosis: Penicilina 5.000.000 cada 6 horas, en fleboclisis más Ampicilina, 1 gr. intramuscular cada 6 horas ( salvo alergia, en cuyo caso se usará esquema adaptable a cada caso ).
- III. Deberá velarse por la evacuación del útero antes de 6 horas, si el niño esta vivo, si esta muerto, el plazo podrá ser de 12 o más según las condiciones del caso.
- IV. Al nacer el niño, se tomarán los cultivos señalados en D-III, vigilando además presencia de lesiones cutáneas connatales.
- V. Luego del Parto: El tratamiento antibiótico se mantendrá por un lapso no menor de 5 días, adaptándose dosis y vía de empleo, a la evolución clínica del caso.

ALGUNAS CONSIDERACIONES GENERALES

- Debe tenerse en cuenta, al medir el pH. del líquido amniótico, que no haya sangre o tapón mucoso en la zona en que se efectúe la prueba, ya que por ser ambos de pH. aproximado al líquido amniótico, dificultará la interpretación del resultado.
- Respecto a la muestra para cristalización de líquido amniótico, debe recordarse que con sobre 10% de sangre, el líquido amniótico no cristaliza, lo que puede dar falsos negativos.
- Toda madre con diagnóstico de RPM o razonable sospecha de ella, debe ser hospitalizada.
- No deben usarse antibióticos profilácticos fuera de las condiciones señaladas, pues podría enmascarar una infección ovular incipiente, agravando enormemente la evolución del cuadro.
- Debe recordarse que el uso de antibióticos en t. de p., con o sin infección ovular está dirigido solamente a protección de la madre, ya que sobre el niño la protección es mínima o nula.
- Practicar el mínimo de tactos vaginales: recordar que el riesgo de infección ovular está en directa proporción con el número de tactos vaginales entre otros factores.
- Considerar toda RPM, como un cuadro potencialmente grave.