



RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y CORIOAMNIONITIS

Dra. Evelyn Elizabeth Castaneda
Gineco - obstetra



DEFINICION

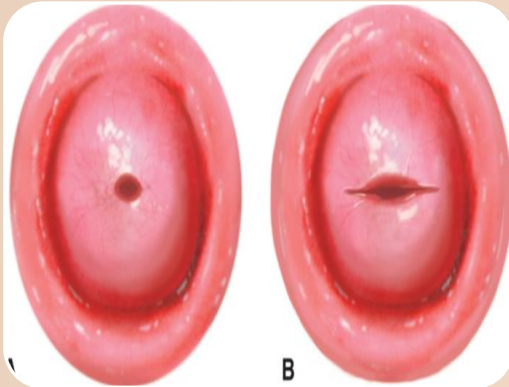
- Es la ruptura de las membranas ovulares antes de iniciar el trabajo de parto.
- PERIODO DE LATENCIA: es el tiempo que transcurre entre el momento en que se produce la ruptura de membranas y el inicio del trabajo de parto.
- RUPTURA PROLONGADA DE MEMBRANAS: cuando el periodo de la latencia de la ruptura supera las 24 horas.



EPIDEMIOLOGIA

- La RPM ocurre del 1% al 3% del total de las mujeres embarazadas
- RPM pretérmino que complica un 2-4% de todas las gestaciones únicas, un 7-20% de las gestaciones gemelares y representa un 30% de los partos pretérmino
- El 85% de la morbi-mortalidad fetal es resultado de la prematuridad.

ETIOLOGIA



Patologia genital

Cirugia gental previa como cerclaje.

Incompetencia cervical

Desgarros cervicales

Malformaciones uterinas

Procesos infecciosos: cervicitis, vaginosis.



Patologia gestacional

Embarazo multiple

Polihidramnios

Mala posicion fetal

Ruptura prematura previa

Traumatismo

Parto pretermino previo

Deficiencia de vitamina C, Zinc y cobre.

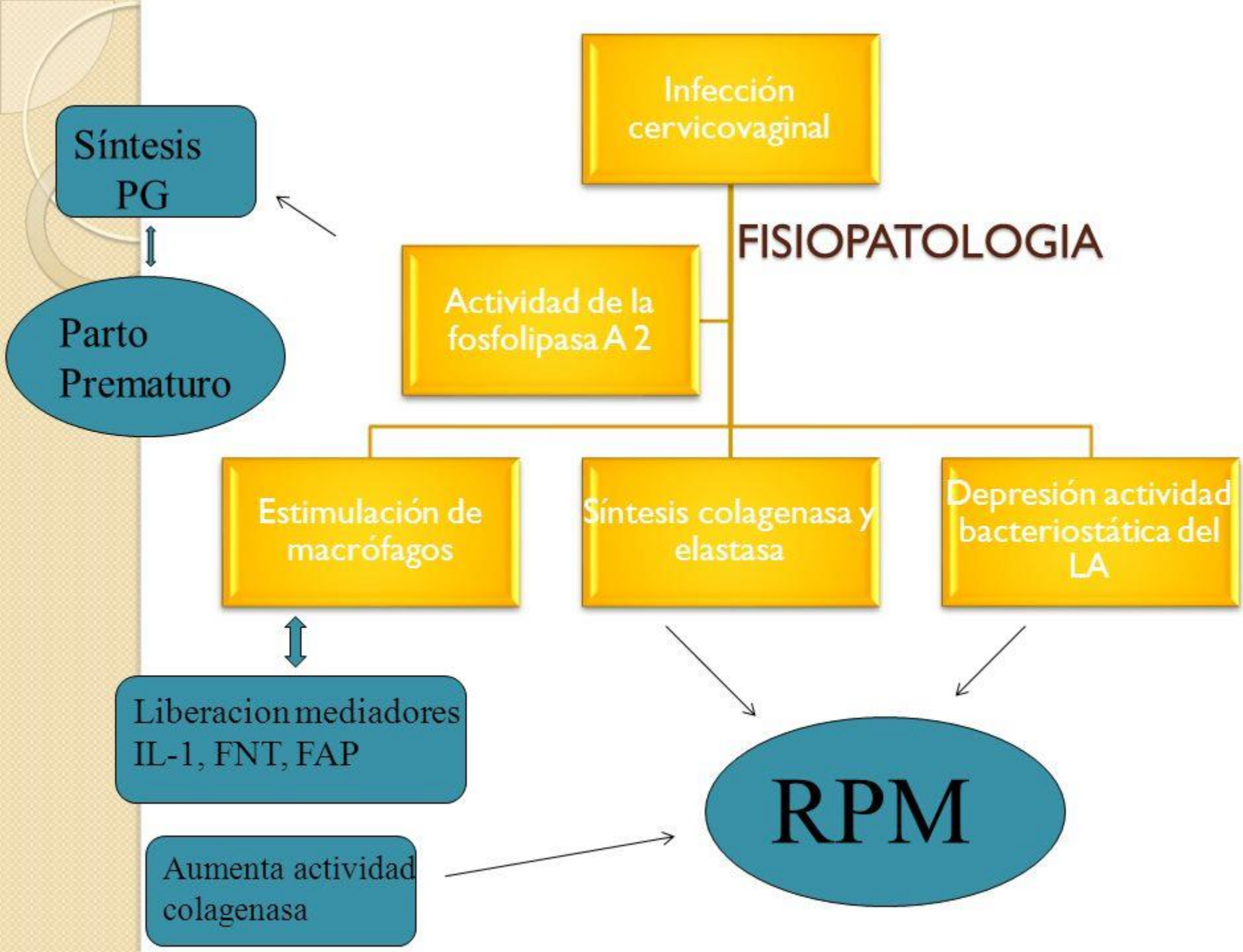


Habitos

Tabaco

Drogadiccion

Actividad sexual.



DIAGNOSTICO

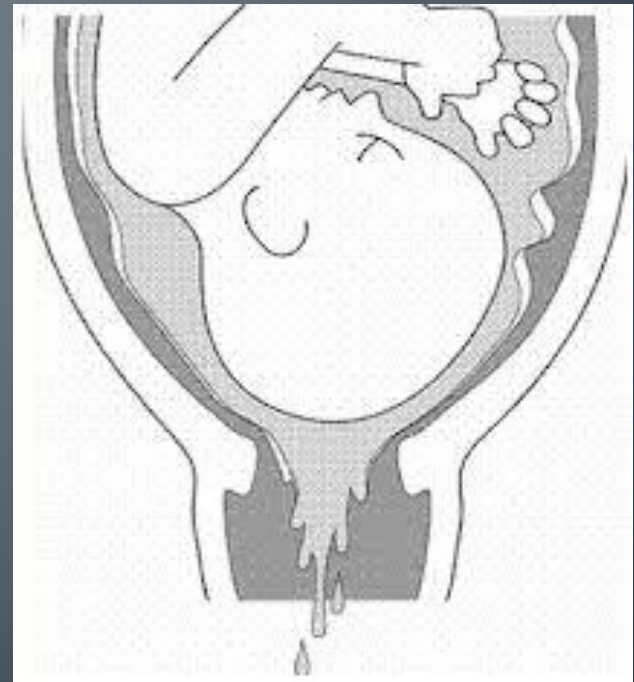
- Clínico

Paciente consulta con historia de salida de liquido vaginal, o humedad o fuga sostenida lenta o abundante de liquido con olor suigéneris.



EXAMEN FISICO

- Toma de signos vitales TA, FC,FR, Temperatura
- La AU menor que la amenorrea
- Examen vaginal con especulo esteril, para visualizar si hay liquido en el fondo del saco, se realiza antes del tacto vaginal.
- Si no hay liquido realizar maniobra de vonsalva o realizar maniobra de Tarnier y tomar muestra para el test de Ferm.
- Realice tacto vaginal si la paciente presenta franco trabajo de parto o presente alteración de FCF

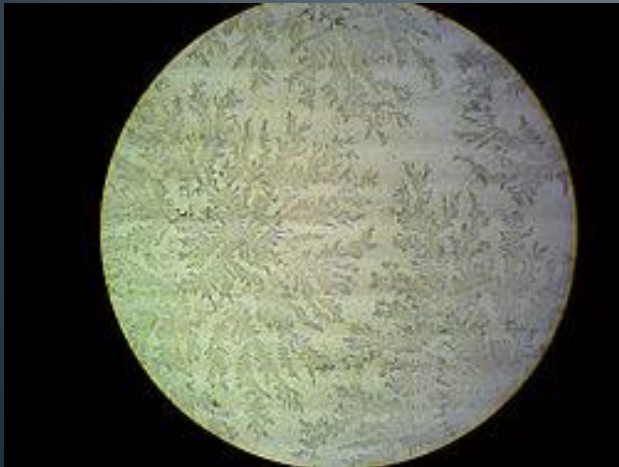


DIAGNOSTICO

- El diagnóstico de RPM se basa en la constatación de la salida de líquido amniótico. En un 80- 90% es evidenciable al colocar un espéculo, tras realizar maniobras de valsalva.
- En un 10-20% de los casos aparecen dudas en el diagnóstico ya sea porque:
 - a. La pérdida de líquido es intermitente.
 - b. No se evidencia hidrorrea en vagina durante la exploración física.
 - c. Existe contaminación por secreciones cervicales, semen, sangre, orina.

TEST DE FERM

- Tome la muestra con un hisopo del fornix posterior. NO DEL ORIFICIO CERVICAL.
- Extender en una laminilla
- Deje secar al medio ambiente
- Observe en un microscopio.



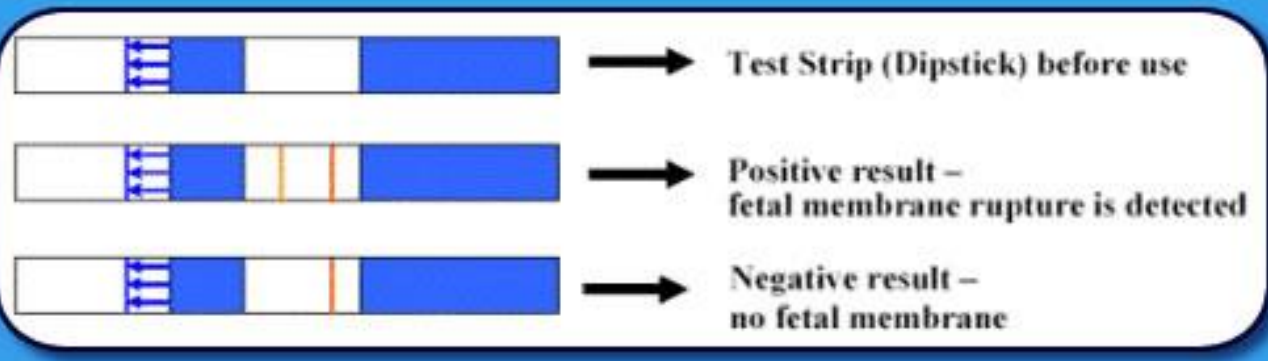
PRUEBAS DE LABORATORIO

- Prueba de nitrazina: determina el pH de la secreción, es positiva cuando el pH es mayor de 6 o la tira toma un color azulado.

Prueba de Nitrazina

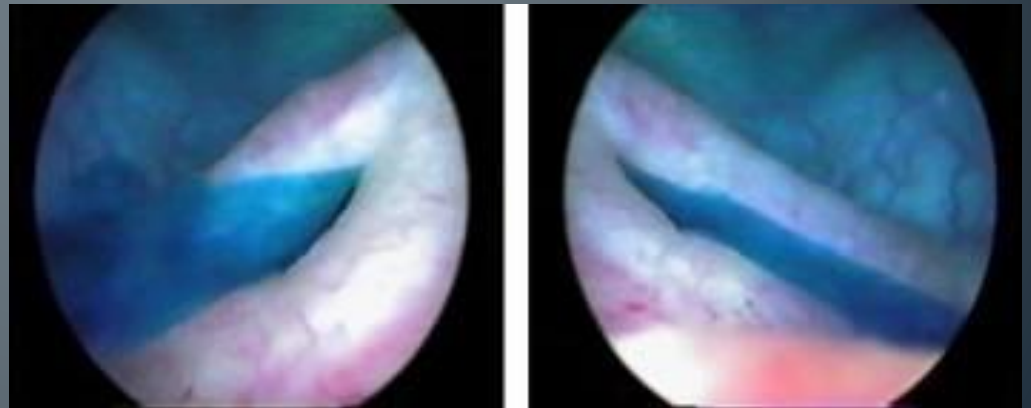
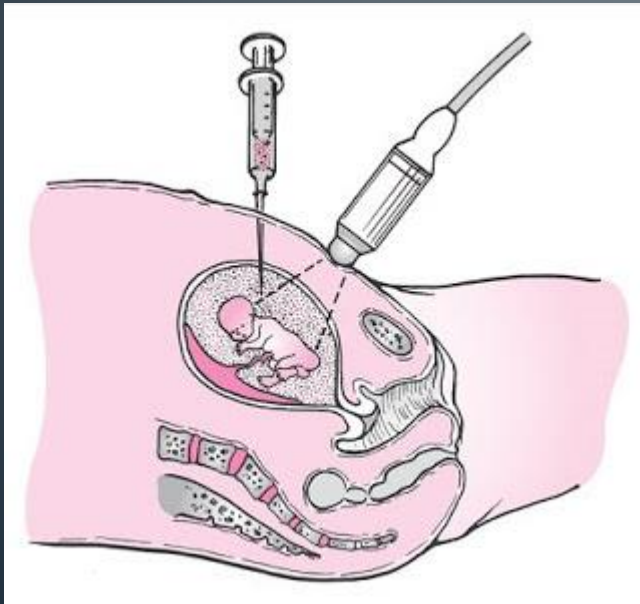


Вращать
в течение
1 минуты



PRUEBAS DE GABINETE

- Medir el índice de líquido amniótico.
- Prueba de la sabana
- Prueba del índigo carmín.



MANEJO

- El manejo dependerá de la edad gestacional.
- Toda paciente con RPM debe ser ingresada o referida al 3° nivel si no se tiene la capacidad resolutive para atender a la madre o al recién nacido.
- En embarazos de 24 a 34 semanas no se recomienda realizar tacto vaginal si no hay franco trabajo de parto.
- SI ES MAYOR DE 34 SEM (EVACUACION)
- Realice tacto vaginal en embarazos mayores de 34 semanas en condiciones de asepsia y la primera valoración debe de ser realizado por el personal de mayor experiencia.

MANEJO EN EMBARAZOS MENORES DE 34 SEMANAS.

- Se intentara manejo conservador si no existe evidencia de corioamnionitis, ni de compromiso del bienestar fetal.
- Objetivo. Maduración pulmonar.
- Evaluar el uso de tocólisis (según sea el caso para completar maduración pulmonar.
- Toma de exámenes de laboratorio: hemograma, Leucograma, neutrófilos en banda, eritrosedimentación, proteína “C” reactiva., examen general de orina y urocultivo.
- Maduración pulmonar fetal si el embarazo es de 24 a 34 semanas.

MANEJO EN EMBARAZOS MENORES DE 34 SEMANAS.

- Se debe iniciar antibioticoterapia . Usar doble antibiotico.
 - 1. Ampicilina 2 grs IV dosis inicial luego 1 gr IV cada 6 horas por 48 horas. Y luego continuar la via oral con claritromicina 500 mg vo cada 12 horas por 5 dias simultanea con Amoxicilina 500 mg cada 8 horas por 5 dias.
 - Si es alergica a la penicilina eritromician 500 mg cada 6 horas por 7 dias.

MANEJO EN EMBARAZOS MENORES DE 34 SEMANAS.

- Exámenes seriados 2 veces por semana y a partir de la semana 28 USG semanas.
- Criterios para suspender el manejo conservador de RPM:
 - 1. presencia de signos clínicos o de laboratorio de corioamnionitis.
 - 2. Deterioro fetal.

Se decide vía de evacuación según cada caso

Notificación a neonatólogo para la atención del recién nacido.

PARAMETROS CLINICOS Y VALORES NORMALES DE LABORATORIO.

CLINICOS	LABORATORIO
T° oral menor de 38°C	Leucograma menor de 15,000
Pulso materno menor de 100	Neutrofilia menor de 80%
Ausencia de sensibilidad uterina	ERS menor de 70 mm/hr
Ausencia de actividad uterina	PCR entre 0.6 y 2.4
Ausencia de hidrorrea fétida	Cultivo de liquido amniótico negativo
	PFB Y NST reactivos.

MANEJO DE EMBARAZO MAYOR DE 34 SEMANAS

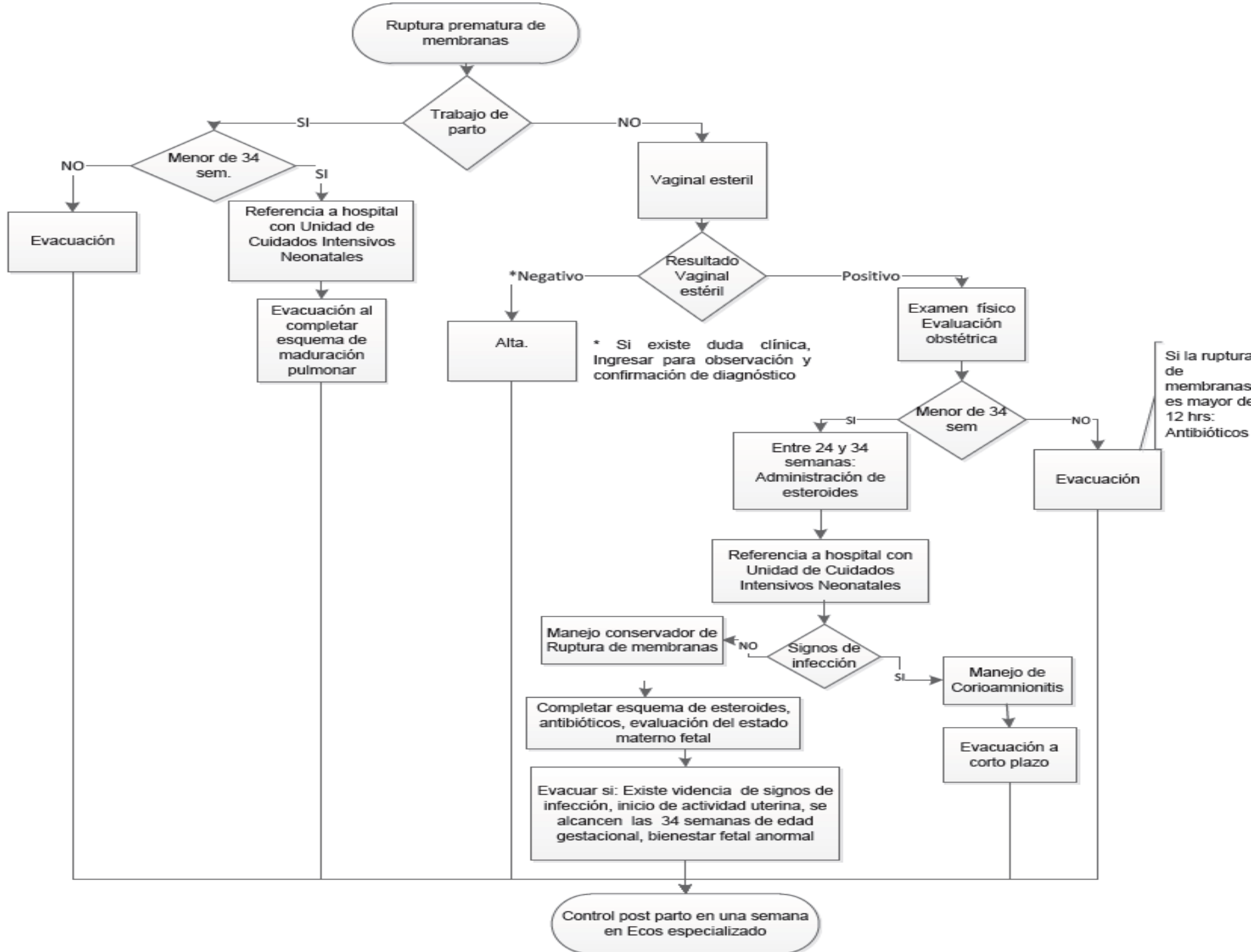
- Evacuación. Vía del parto según cada caso.
- Ingreso a partos
- Monitoreo de signos vitales cada hora y medición de temperatura cada 2 horas.
- Maduración cervical si SCORE de Bishop menor de 6..
- Toma de exámenes cada 8 horas (hemograma, Leucograma, neutrófilos en banda. Proteína "C" reactiva, eritrosedimentación.

Antibioticoterapia al cumplir 12 de RPM: usar uno de los siguientes antibióticos y completar esquema a 7 días.

Ampicilina: 2 gramos IV #1. Luego 1 gramo IV cada 4 horas hasta el parto ó

Claritromicina 500 mg cada 12 horas.

Clindamicina: 900 mg IV cada 8 horas hasta el parto en alérgicas a la Penicilina.



CORIOAMNIONITIS

- DEFINICION

Infección de las membranas ovulares, cordón umbilical, placenta, liquido amniótico y el feto provocado por la invasión microbiana de la cavidad amniótica durante el transcurso del embarazo y el parto.



PARAMETROS CLINICOS Y DE LABORATORIO PARA CORIAMNIONITIS

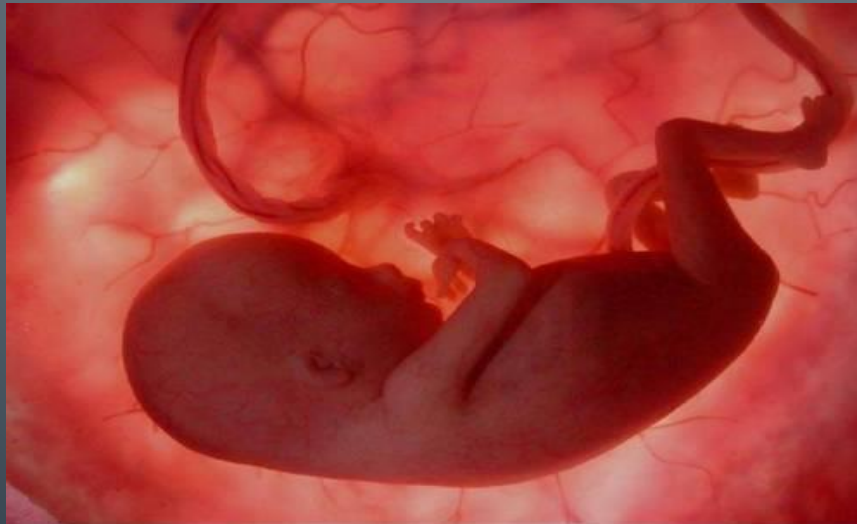
CLINICOS	LABORATORIO
T° oral mayor de 38°C	Leucograma mayor de 15,000
Pulso materno mayor de 100	Neutrofilia mayor de 80%
Útero irritable	ERS mayor de 70 mm/hr
Hipersensibilidad uterina	PCR arriba 2.4
Hidrorrea fétida	Cultivo de liquido amniótico positivo
	PFB Y NST alterados.

FACTORES PREDISPONENTES

- RPM
- Ausencia de moco cervical
- Maniobras diagnosticas y terapeuticas
- Multiples tactos vaginales
- Trabajo de parto prolongado
- Cerclaje cervical
- Coito
- ITS
- Incompetencia cervical
- Anemia materna.

CONDUCTA

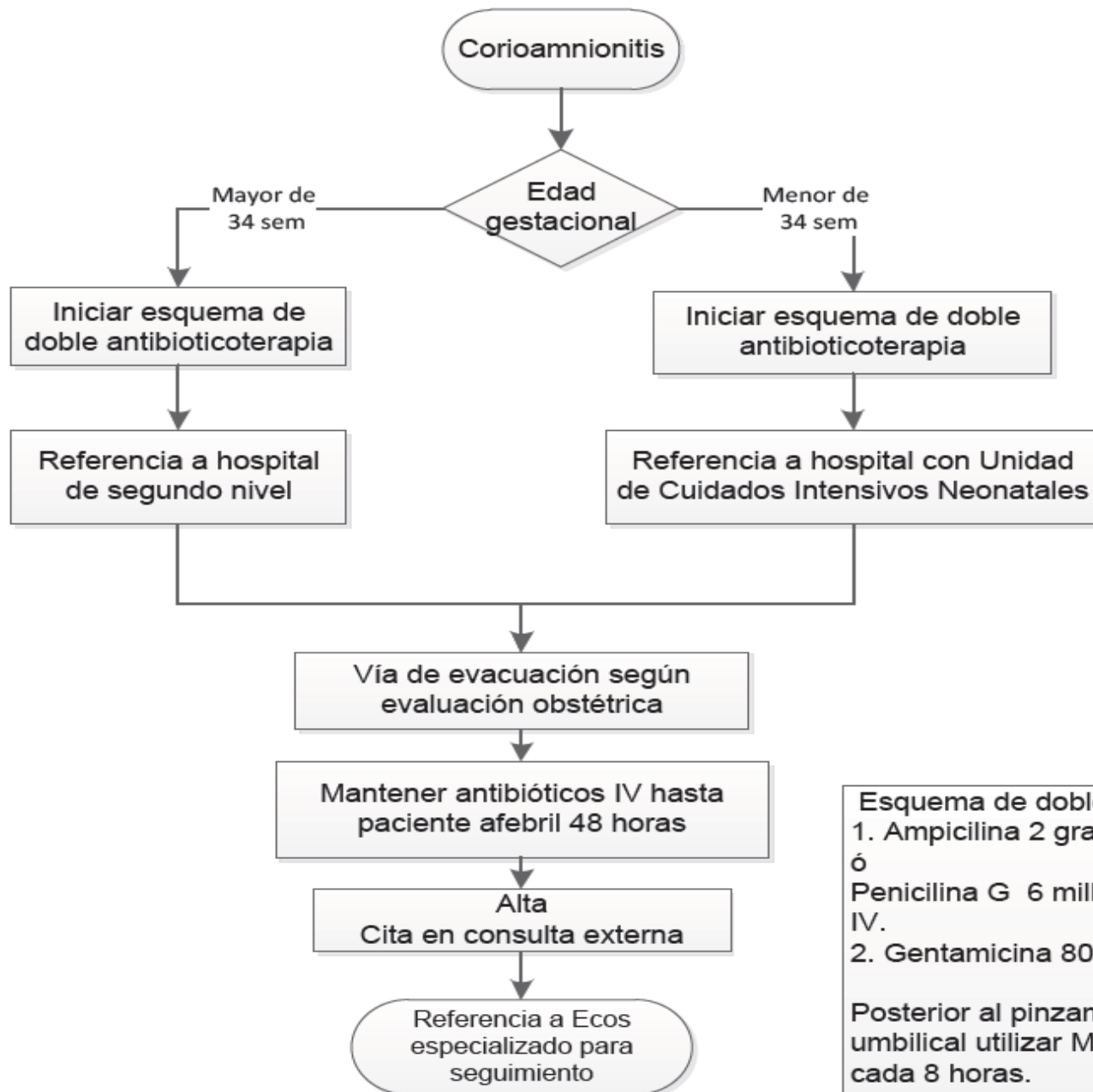
- Al realizar el diagnóstico de corioamnionitis se debe interrumpir el embarazo independientemente de la edad gestacional dentro de las primeras 12 horas más antibióticoterapia.
- Individualizar cada caso para elegir la vía del parto.
- Si no existe capacidad resolutoria referir al 3° nivel.



MANEJO DE LA CORIAMNIONITIS

- Ingreso
- Nada por boca
- Monitoreo de signos vitales cada hora
- Disminuir la temperatura con medios físicos y es igual o mayor de 38°C
- Solución Hartman EV para mantener una adecuada hidratación
- Antibióticoterapia: los cuales se mantienen por 48 horas de haber caído la fiebre.
- ampicilina 2grs IV cada 6 horas ó penicilina G EV 6 millones de UI cada 6 horas mas Gentamicina 80 mg IM cada 12 horas. Posterior al pinzamiento del cordón Metronidazole 500 mg EV cada 8 horas.
- Si la paciente es alérgica a la penicilina se utiliza Clindamicina 600-900 mg EV cada 8 horas.

CORIOAMNIONITIS



Esquema de doble antibioticoterapia:

1. Ampicilina 2 gramos IV cada 6 horas ó Penicilina G 6 millones UI cada 6 horas IV.
2. Gentamicina 80 mg IM cada 12 horas.

Posterior al pinzamiento del cordón umbilical utilizar Metronidazole 500 mg IV cada 8 horas.

MUCHAS GRACIAS