

# Rotura prematura de membrana en gestación pretérmino. A propósito de un caso

Martínez-Castellón Nerea\*, Fernández-Ordóñez Eloísa\*\*, Sánchez-Ruiz Patricia\*\*\*

*\*Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Distrito Málaga-Guadalhorce. \*\*Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Facultad de Ciencias de la Salud. UMA. \*\*\* Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital de Motril.*

## Resumen

Alrededor del 70-80% de los partos pretérmino se producen de forma espontánea, siendo entre el 5-40% derivados de una rotura prematura de membranas pretérmino (RPMP), definiéndose ésta como pérdida de líquido antes del comienzo del parto previo a las 37 semanas de amenorrea. Según la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) en la RPMP hay que intentar reducir al máximo las infecciones y la prematuridad, manteniendo si es posible una actitud expectante. En este caso clínico se describe una rotura prematura de membranas en una gestación de 29+1 semanas que deriva en un parto prematuro a las 30+3 semanas de gestación, con el resultado de un recién nacido vivo de 1550gr con Apgar 9/10 sin signos de infección, tras tratamiento con antibióticos y tocolíticos. La familia en todo momento estuvo informada y apoyada por el equipo multidisciplinar. El objetivo de este caso clínico es mejorar la vigilancia materno-fetal y familiar en la evolución de una gestación con RPMP que desemboca en un parto prematuro, por parte del personal de enfermería, dando a conocer el manejo por parte de la matrona de la RPMP, la ansiedad de los padres ante la situación de riesgo, la contrariedad en los sentimientos familiares y la valoración de los diferentes diagnósticos enfermeros que se presentaron en el caso, con los resultados previos y finales tras la intervención de la matrona. Para todo esto utilizamos la taxonomía NANDA y los indicadores NOC y NIC<sup>(10-12)</sup>. Se ha hecho uso de un caso clínico real para conocer el contexto, basándose en la evidencia científica y los protocolos de actuación.

**Palabras Clave:** Embarazo, líquido amniótico, rotura prematura de membranas fetales, trabajo de parto prematuro.

## Abstract

Around 70-80% of the preterm births occur so spontaneous, being between 5-40% resulting from a premature rupture of membranes, Preterm Labor (RPMP), which is defined as loss of fluid prior to birth prior to 37 weeks of amenorrhea. According to the SEGO (Spanish Society of Gynaecology and Obstetrics) in the RPMP must try to minimize infections and prematurity, maintaining if possible an expectant attitude. In this case report is describes a break premature of membranes in a gestation of 29+1 weeks that derives in a childbirth premature to them 30+3 weeks of gestation, with the result of a newly born alive of 1550 gr with Apgar 9/10 without signs of infection, after treatment with antibiotic and tocolytic. The family at all times was informed and supported by the team multidisciplinary. The objective of this clinical case is to improve the maternal-fetal and family surveillance in the evolution of a gestation with RPMP that leads to a premature delivery, by the nursing staff, giving to know the management by the matron of the RPMP, Parents' anxiety about the risk situation, the discomfort in family feelings, and the assessment of the different nursing diagnoses that were presented in the case, with the previous and final results after the intervention of the matron. For all this we use the NANDA taxonomy and the NOC and NIC indicators. Has made use of a real clinical case to know the context, based on scientific evidence and the protocols of action.

**Keywords:** Pregnancy, amniotic fluid, fetal membranes, premature rupture, obstetric labor, premature.

## Introducción

La amenaza de parto prematuro (APP) se define como el proceso clínico sintomático que sin tratamiento, o cuando este fracasa, podría conducir a un parto pretérmino, que es aquel que se produce antes de las 37 semanas de

amenorrea<sup>1</sup>. En España el 6.7% de los partos son pretérmino<sup>2</sup>. Alrededor del 70-80% de los partos pretérmino ocurren espontáneamente, siendo entre el 5-40% producidos a raíz de una rotura prematura de membrana pretérmino (RPMP)<sup>3</sup>, siendo esta definida como pérdida de líquido antes del comienzo del parto previo

a las 37 semanas de amenorrea<sup>1</sup>. El 50-60% de las RPMP desembocan en parto en la primera semana<sup>4</sup>. Además de los problemas derivados de la prematuridad, a los recién nacidos con RPMP hay que añadirles el riesgo de infección perinatal, el de desprendimiento de placenta y de distrés respiratorio por compresión del cordón en caso de que exista dinámica uterina o coriamnionitis<sup>4,5</sup>. La etiología de la RPMP suele ser multifactorial<sup>4,6</sup>: tabaquismo, déficit de vitamina C, sobredistensión uterina o hemorragia preparto, entre otras. Pero sobre todo destacan el parto pretérmino previo y/o antecedente de RPM, o infecciones del tracto genital o intraamnióticas<sup>6-8</sup>.

La prematuridad está relacionada en un 75-80% con la mortalidad perinatal (ocurriendo en un 40% en menores de 32 semanas), en una cuarta parte de la morbilidad a largo plazo y con la mayoría de complicaciones neurológicas y respiratorias en neonatos<sup>7,9</sup>. Gracias a los avances de la ciencia la morbi-mortalidad en las RPMP ha disminuido en los últimos años<sup>9</sup>. La rotura prematura de membranas también se asocia a un aumento en la morbi-mortalidad materna por aumento de coriamnionitis e infecciones puerperales<sup>7,9</sup>. Según la SEGO, en la rotura prematura de membranas pretérmino se debe intentar reducir el riesgo de infección, por lo que no hay que realizar tactos vaginales, a menos que la gestante esté en trabajo de parto. En la exploración hay que valorar mediante espéculo las características del cérvix, color del líquido amniótico y prolapso de cordón o de partes fetales. En ausencia de corioamnionitis en estas situaciones hay que mantener actitud expectante<sup>4,5</sup>.

Dentro del contexto andaluz, tanto la amenaza de parto prematuro antes de las 32 semanas de gestación, como la rotura prematura de membranas en gestación pretérmino son catalogados como riesgo III, siendo consideradas gestantes con factores de riesgo poco frecuentes pero con alta sensibilidad y/o especificidad<sup>9</sup>.

La bibliografía consultada indica que el manejo clínico debe de ser reposo relativo, abstinencia sexual, controles cardiotocográficos, analíticos y ecográficos<sup>4,6</sup>.

El objetivo de este caso clínico es mejorar la vigilancia materno-fetal y familiar en la evolución de una gestación con RPMP que desemboca en un parto prematuro, dando a conocer el manejo por parte de la matrona de la RPMP, la ansiedad de los padres ante la situación de riesgo, la contrariedad en los

sentimientos familiares, y la valoración de los diferentes diagnósticos enfermeros que se presentaron en el caso, con los resultados previos y finales tras la intervención de la matrona, con la finalidad de que los profesionales ofrezcan cuidados de calidad basados en la evidencia científica. Para todo esto utilizamos la taxonomía NANDA y los indicadores NOC y NIC<sup>10-12</sup>.

## Exposición del caso

Durante el desarrollo de este caso clínico se mantendrá en todo momento el anonimato de la gestante bajo la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre, de protección de datos de carácter personal, con el fin de no vulnerar sus derechos y proteger su intimidad y confidencialidad<sup>13</sup>.

La gestante de 29+1 semanas de gestación acudió a urgencias por sensación de hidrorrea y molestias abdominales de 1 hora de evolución. El desarrollo del embarazo fue de curso normal tras una Fecundación In Vitro (FIV). A su llegada al hospital presenta modificación del cuello del útero (permeable a punta de dedo, borrado 80%, blando, posterior), y además se palpa procedencia de cordón umbilical. El registro cardiotocográfico no presenta ninguna anormalidad y la embarazada se encuentra normotensa y afebril. Tanto la gestante como su marido refieren estar nerviosos y asustados, ya que "es demasiado pronto para que nazca el bebé". Realizan preguntas sobre la actuación que llevará a cabo el equipo multidisciplinar y las posibilidades de supervivencia del bebé en caso de que naciese ya.

## Plan de cuidados

### *Fase diagnóstica y de planificación:*

Para el plan de cuidados se utilizó la taxonomía NANDA, NOC, NIC, siendo los diagnósticos, resultados e intervenciones más destacados por parte de la matrona los siguientes<sup>10-12</sup>:

1. Conflicto del rol parental r/c normativas de los centros de cuidados especializados, m/p ambos progenitores expresan preocupación por satisfacer las necesidades físicas o emocionales del niño durante la hospitalización.
2. Conocimientos deficientes r/c falta de exposición m/p petición de información.
3. Estreñimiento r/c actividad física disminuida m/p frecuencia inferior al patrón habitual.

4. Temor r/c entorno desconocido m/p sentimiento de temor.

A continuación serán desarrollados con sus objetivos e intervenciones, además de la

escala de valoración Likert de cada uno de los diagnósticos en la siguiente tabla:

Diagnóstico	NOC	Escala Likert	NIC
00064 <b>Conflicto del rol parental.</b> R/C normativas de los centros de cuidados especializados. M/P ambos progenitores expresan preocupación por satisfacer las necesidades físicas o emocionales del niño durante la hospitalización.	2605 Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional.	3/5	7110 <u>Fomentar la implicación familiar.</u> - Favorecer los cuidados por parte de los miembros de la familia durante la hospitalización o su estancia en una instalación de cuidados a largo plazo. - Identificar factores estresantes situacionales para los miembros de las familias. - Animar a la familia a que se centre en cualquier aspecto positivo de la situación del paciente.
00126 <b>Conocimientos deficientes.</b> R/C falta de exposición. M/P petición de información.	0907 Elaboración de la información.	2/5	5606 <u>Enseñanza: Individual.</u> - Determinar la capacidad del paciente para asimilar información específica. - Instruir al paciente cuando corresponda. 6800 <u>Cuidados del embarazo de alto riesgo.</u> - Determinar el conocimiento de la paciente de los factores de riesgo identificados. - Fomentar la expresión de sentimientos y miedos acerca de cambios en el estilo de vida, bienestar fetal, cambios económicos, funcionamiento familiar y seguridad personal. - Explicar los riesgos fetales asociados con partos prematuros en las diversas edades de gestación. Monitorizar el estado físico y psicosocial muy atentamente durante el embarazo.
00011 <b>Estreñimiento.</b> R/C actividad física disminuida. M/P frecuencia inferior al patrón habitual.	0501 Eliminación intestinal.	5/4	0450 <u>Manejo del estreñimiento/impactación fecal.</u> - Vigilar aparición de signos y síntomas de estreñimiento. - Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que esté contraindicado. - Proporcionar alimentos ricos en fibras como medio de ayuda. 0440 (NIC).
00148 <b>Temor.</b> R/C entorno desconocido. M/P sentimiento de temor.	1404 Autocontrol del miedo.	4/5	5820 <u>Disminución de la ansiedad.</u> - Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. - Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. - Escuchar con atención. - Crear ambiente que facilite la confianza. - Animar a la manifestación de sentimientos percepciones y miedos. - Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. - Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. 5270 <u>Apoyo emocional.</u> - Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. - Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. - Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.

Tabla 1. Plan de Cuidados con Taxonomía NANDA, NOC, NIC

*Fase de ejecución:*

La metodología utilizada para su resolución fue el ingreso de la gestante en el paritorio para registro cardio-tocográfico en el que se visualiza dinámica uterina irregular y percibida como molesta por la gestante, por lo que se procede al inicio del tratamiento tocolítico con Atosibán, se administra Betametasona IM para maduración pulmonar y protocolo de neuroprotección fetal. Se inicia profilaxis antibiótica por RPM en prematuro y SGB desconocido. Tras 2horas en paritorio la dinámica uterina remite, por lo que se decide

su paso a planta de Tocoginecología para continuar con el tratamiento tocolítico hasta completar las 48horas. Tras esta fase se indica observación.

Ya en planta se realiza control de diuresis, debido a la administración intravenosa de Sulfato de Magnesio para la neuroprotección fetal. Se inician controles de PCR y Hemograma cada 48 horas para controlar posibles infecciones derivadas de la rotura de la bolsa, además de la colocación de la gestante en posición de Trendelenburg por la procedencia de cordón umbilical. Se inicia

tratamiento con Enoxaparina Sódica vía subcutánea evitar trombos.

Tanto la gestante como su marido refieren estar algo más tranquilos, ya que las contracciones han cesado, pero siguen preocupados por el hecho de que el bebé pueda nacer de forma prematura. La matrona intenta tranquilizarlos explicándoles la situación e intentando aclarar sus dudas: *¿El bebé puede vivir si nace ya? ¿Tendrá problemas neurológicos? ¿Podría ser un parto vaginal o será cesárea? ¿Podrá dar el pecho al ser prematuro?*

Durante los siguientes días al ingreso la pareja se encuentra más tranquila debido a que todo está normal y estable. No ha vuelto a tener contracciones, aunque refiere estar estreñida, posiblemente derivado del reposo absoluto, por lo que se administra tratamiento laxante.

Diez días después de su ingreso comienza nuevamente con sensación de dinámica uterina. La gestante refiere estar muy asustada puesto que esta vez las contracciones son muy dolorosas y más continuas. Tras monitorización se visualiza dinámica regular cada 4 minutos. A la exploración presenta nueva modificación del cérvix (borrado, 2 cm de dilatación). Se inicia nuevamente tratamiento con Atosibán, el cual no resulta efectivo ya que la gestante presenta modificación del cuello uterino con una dilatación de 4cm y cuello centrado, y continúa la dinámica uterina, por lo que se retira el Atosibán para continuar con el parto en curso.

La gestante solicita analgesia epidural, por lo que se procede a su hidratación intravenosa y se contacta con el Servicio de Anestesiología. La pareja refiere tener mucho miedo de que su hijo pueda morir durante el parto o en los días sucesivos. La matrona les explica que el parto cursa con normalidad y que el registro fetal está dentro de la normalidad, además de que una vez que nazca el bebé los pediatras estarán presentes para poder asistirlo. Cinco horas más tarde finaliza con un parto eutócico a las 30+3 semanas de gestación con un varón de 1550gr y Apgar 9/10. El recién nacido es mostrado a sus padres y llevado al área de Neonatología para su observación y cuidados. Refieren tener sentimientos encontrados ya que están felices por ver a su bebé, pero preocupados por su prematuridad. La matrona les explica que podrán ver a su bebé en cuanto pasen las 2 horas del puerperio y vuelvan a la habitación, además de darle consejos sobre lactancia materna y estimulación y mantenimiento de la leche materna en casa. Refieren su agradecimiento

por todos los cuidados prestados y el apoyo por el equipo multidisciplinar y el hecho de haber estado informados y aclarado todas las dudas presentadas a lo largo de todo el proceso.

#### *Fase de evaluación:*

Analizando los resultados relacionados con los objetivos se observa que fomentar la implicación de la gestante y su pareja en el proceso, informar y apoyar a la familia con el fin de reducir temores y ansiedad y los medios usados para disminuir las molestias de la gestante han supuesto un punto importante para la evolución de los cuidados de la gestante.

La evaluación de los objetivos fue realizada mediante la escala Likert inicial y final. La evaluación pre-post indica una mejoría en todos los diagnósticos, exceptuando el estreñimiento, ya que la gestante llegó sin el problema y en el momento del alta aún no había vuelto a su patrón habitual.

En general, podemos concluir que los objetivos han sido cubiertos en el tiempo establecido.

#### **Discusión**

En el caso expuesto se observa el seguimiento de los principales protocolos basados en la evidencia para mantener una actitud expectante, siendo el objetivo principal un balance entre las dos principales complicaciones, que son la prematuridad y la infección perinatal y materna<sup>5,13</sup>. La mayoría de estudios revisados indican el ingreso hospitalario durante el periodo de observación<sup>1,5,6,9,14,15</sup>.

Durante el periodo de latencia, la matrona debe estar entrenada para detectar signos clínicos y analíticos de una infección ( $T^a > 37.8^{\circ}C$ , irritabilidad uterina, leucorrea maloliente, taquicardia materna o fetal). Además de conocer que un registro no tranquilizador en un prematuro por falta de variabilidad, puede ser debido a la inmadurez fetal o a la administración de corticoides para la maduración pulmonar, siempre que no vaya acompañada de otros signos. El uso de antibioterapia (penicilina o eritromicina) ha demostrado una disminución en la morbimortalidad materno-fetal. Además la literatura muestra que retrasa el parto. Si la RPMP va acompañada de signos de inicio de parto se debe iniciar tocolisis, sin dinámica uterina no está justificada<sup>5,6,8,14,15</sup>.

En el caso clínico presentado, hay que prestar atención a la falta de información de la gestante, que no ha recibido Educación Maternal, debido tanto a la prematuridad como a la falta de matrona en su Centro de Salud. La información aportada por la matrona, tanto a la gestante como a su pareja, desde su ingreso en el hospital tiene gran relevancia, ya que esta información y el apoyo emocional proporcionado a la pareja consiguieron disminuir los miedos y la ansiedad de la misma ante una situación de riesgo inesperada para ellos.

En conclusión, el equipo multidisciplinar debe estar actualizado en el tratamiento y actuación frente a una RPMP y APP, con el fin de disminuir al máximo la morbimortalidad perinatal y materna. También debe involucrarse en informar a la pareja para conseguir que su experiencia sea lo más positiva posible, dándoles a conocer todo el proceso con antelación, además de proporcionarles todo el apoyo y las herramientas necesarias para tal fin. Todo ello redundará en una mayor calidad en los cuidados y una mayor satisfacción por parte de los usuarios.

## Bibliografía

1. Aguilar MT, Bajo J, Manzanares S. Parto pretérmino y prematuridad. Tratamiento de la amenaza y parto pretérmino. En: Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT. Fundamentos de Obstetricia (SEGO). Madrid: SEGO; 2007. Págs.: 425-430.
2. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de nacimientos. Sucesos demográficos. Resultados detallados. Datos municipales. Partos ocurridos en España. 2000-2014. Madrid. [Accedido 27 Sep 2016]. Disponible: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t20/e301/parto/a2014/10/&file=09001.px&type=pcaxis&L=0>
3. Arjona Berral JE. Amenaza de parto prematuro. En: Martínez-Astorquiza T. Diagnóstico del parto pretérmino. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO); 2015. Págs.: 7-16.
4. Cobo T, Zapardiel I, Palacio M. Rotura prematura de membranas. Tratamiento de la amenaza y parto pretérmino. En: Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT. Fundamentos de Obstetricia (SEGO). Madrid: SEGO; 2007. Págs.: 501-507.
5. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Protocolos Asistenciales en Obstetricia: Rotura prematura de membranas. SEGO. 2012.
6. Ochoa A, Pérez Dettoma J. Amenaza de parto prematuro. Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. AnSistSanitNavar. 2009;32(1):105-119
7. Ovalle A, Kakarieka E, Rencoret G et al. Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en el hospital público de Santiago. RevMed Chile. 2012;140:19-29. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v140n1/art03.pdf>
8. Sánchez Ramírez N, Nodarse Rodríguez A, Sanabria Arias, AM et al. Morbilidad y mortalidad neonatal en pacientes con rotura prematura de membranas pretérmino. Rev Cubana ObstetGinecol. 2013; 39(4):343-353. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol39\\_4\\_13/gin04413.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol39_4_13/gin04413.htm)
9. Embarazo, parto y puerperio: proceso asistencial integrado. 2a ed. Sevilla: Consejería de Salud; 2005. Disponible en: <http://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/1337163433embarazo.pdf>
10. Herdman TH, editor. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014. Madrid: Elsevier; 2012.
11. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, (Ed.). Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2009
12. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, (Ed). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
13. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE» núm. 298, de 14 de diciembre de 1999, páginas 43088 a 43099[Consultado: 27 Nov 2016]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-23750>
14. Doren A, Carvajal J. Alternativas de manejo expectante de la rotura prematura de membranas antes de la viabilidad en embarazos únicos. RevChilObstetGinecol. 2012;77(3):225-234.
15. MMF: Medicina fetal y neonatal de Barcelona [Internet].Barcelona: MMF; 2016 [Consultado el 28 Sep 2016]. Protocolo rotura prematura de membranas a término y pretérmino [aprox. 12 páginas]. Disponible en: [http://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia\\_materna\\_obstetrica/rotura%20prematuro%20de%20membranas%20hpc-hsjd.pdf](http://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/rotura%20prematuro%20de%20membranas%20hpc-hsjd.pdf)