



MANEJO DE LA BOLSA ROTA (RPM) EN LA UNIDAD DE PARTO NATURAL HM NUEVO BELÉN

DIAGNÓSTICO

- La mujer refiere sensación de salida de líquido a través de la vagina y genitales externos.
- Exploración: Se objetiva salida de líquido amniótico de manera espontánea o tras Valsalva (tos). Se valora si el líquido es claro, sanguinolento o teñido de meconio.
- Deambulación con un paño: colocación de un paño de color a modo de compresa y caminar. Se comprueba 2 horas después si la humedad ha calado 3 o más capas.
- Si hay dudas se puede realizar un test específico de parámetros bioquímicos (Amnisure® o similar) o un Test de Nitracina: detecta cambios en el pH de la vagina, ya que el líquido amniótico es alcalino (pH >6,5). Existen un 17% de falsos positivos debidos a la presencia de sangre, semen o vaginosis bacteriana.

MANEJO

- Cálculo de la edad gestacional: A través de la (Fecha de Última Regla) FUR y la ecografía del primer trimestre.
- Solo si hay contracciones uterinas percibidas por la mujer se realizará un tacto vaginal para conocer las condiciones cervicales: posición, consistencia, borramiento y dilatación.
- Realizar un Registro Cardiotocográfico (monitor):
 - Confirmar bienestar fetal
 - Objetivar la presencia o no de dinámica uterina.
- Comprobar en la historia clínica la presencia o no de Estreptococo del grupo B.
- Control de constantes maternas: Frecuencia cardíaca, temperatura y tensión arterial

PROCEDIMIENTO EN CASO DE RPM (EN FASE LATENTE DE PARTO)

RPM (ruptura prematura de membranas) A TERMINO (gestaciones > 37 semanas):

1. CONDUCTA EXPECTANTE:

- El 70% de los casos en los que se rompe la bolsa, se inicia de manera espontánea el trabajo de parto en las primeras 24 horas, en el 85% de los casos a las 48 horas y en el 95% de los casos, a las 72 horas.

- El riesgo de infección para el bebé podría aumentar progresivamente con el tiempo de bolsa rota. La evidencia disponible es diversa y considera el manejo expectante según los casos durante 12 hasta 72 horas.
- Realizaremos un RCTG ventana c/12h para valoración de bienestar fetal y en el caso de que la paciente perciba aumento de dinámica uterina.
- En embarazos de bajo riesgo, con SGB neg, líquido claro y RCTG tranquilizador, si la mujer lo desea, se puede valorar alta domiciliaria con la bolsa rota hasta siguiente control de RCTG a las 12h o hasta que se produzca cualquier cambio que comunicará a la matrona del equipo de entuparto por teléfono. En el resto de casos la mujer permanecerá ingresada en la habitación de la hospitalización convencional a cargo de las matronas y personal de planta y siempre en contacto y bajo la responsabilidad e indicaciones del equipo de entuparto.
- El protocolo de antibioterapia recomendado por consenso para embarazos a término es:
 - Si SGB negativo o desconocido: Ampicilina 2 gr seguido de 1 gr cada 6 horas a partir de las 18 horas de la rotura de la bolsa y hasta el final del parto
 - Si SGB positivo: Penicilina 5 millones al ingreso continuando con 2,5 millones cada 4 horas hasta el final del parto
- Si a las 24 horas de la RPM no se ha iniciado el trabajo de parto, según las condiciones cervicales y con el consentimiento informado de la mujer se valorará la inducción del parto, con un método que será en función del estado del cuello del útero*.

2. CONDUCTA ACTIVA:

- La mayoría de los estudios que no encontraron diferencia significativa en las tasas de cesárea, infección neonatal y partos vaginales instrumentales, entre el manejo expectante y el manejo activo (esperar 12h hasta iniciar la inducción con fármacos)
- La mujer tiene la posibilidad de elegir entre las dos opciones (expectante o activa) de manejo de la RPM aunque es importante tener en cuenta la existencia o no de dinámica uterina y la exploración del cuello del útero antes de decidir el mejor momento de iniciar una inducción.
- Si se optara por el manejo activo, el método de inducción estará en función del estado del cuello del útero*.

*Ver protocolo de "Manejo de la inducción de parto en la Unidad de Parto Natural de HM Nuevo Belén"