

OBSTETRICIA

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Evelyn Sandoval Picado*

SUMMARY

Corresponds to the rupture of the membranes prior to the onset of labor, with an incidence of approximately 8% of births, representing one of the main causes of prematurity, between 30-40%. (8, 12, 13, 14). It is also responsible for a significant increase in maternal-fetal morbidity and mortality, with a higher incidence in preterm births. (7, 11). Despite the use of broad-spectrum antimicrobial therapy, about 30% of patients with premature rupture of membranes they develop clinically chorioamnionitis, characterized by maternal fever, uterine tenderness,

maternal and fetal tachycardia. (4)

INTRODUCCIÓN

Siendo la rotura prematura de membranas una de las principales causas de prematuridad y tomando en cuenta el incremento en las complicaciones materno-fetales, es de suma importancia realizar un diagnóstico certero y conocer el manejo, que según propone la bibliografía revisada, debe establecerse de acuerdo a la edad gestacional. Así se podrá ofrecer un tratamiento efectivo que logre la disminución de la

morbilidad neonatal y materna.

CAUSAS

Su causa exacta es desconocida, aunque se han asociado diversos factores, entre ellos: estratos socioeconómicos bajos, sobre distensión uterina, sangrado del segundo y tercer trimestre, bajo peso materno, enfermedades pulmonares, deficiencias nutricionales (cobre, ácido ascórbico), infección materna (tracto genitourinario, enfermedades de transmisión sexual), infección intrauterina, incompetencia istmo cervical,

* Médico general

antecedente familiar de rotura prematura de membranas, tabaquismo materno.(6, 8, 10, 5).

DIAGNÓSTICO

Debe ser basada en la historia clínica, y la identificación de abundante descarga de fluido del canal cervical durante la especuloscopia estéril (1). De manera errónea se suelen confundir las secreciones vaginales, la humedad perineal o las pérdidas de orina intermitente frecuentes en el embarazo (3).

Test de Nitrazina: se basa en la diferenciar el líquido amniótico (alcalino), de la orina y de las secreciones vaginales por medio del PH. Falsos positivos: 5- 30% y falsos negativos: 5- 12,9% (3,1). Prueba del Helecho: positivo al formarse el patrón de arborización en un portaobjetos al secarse en aire ambiente, por la presencia de cloruro sódico en el líquido amniótico.

Ecografía: oligohidramnios o anhidramnios hacen fácil la confirmación del diagnóstico, no así cuando el índice de líquido amniótico es normal (3,7).

Amnisure (Amnisure International LLC, Cambrigde, MA): basado en la detección de proteínas con alta expresión en el Líquido amniótico, por medio de un frotis vaginal (7).

Amniocentesis: instilación transabdominal de colorante

guiada por ecografía, con la consecuente observación de su salida a través del canal vaginal (3).

MANEJO

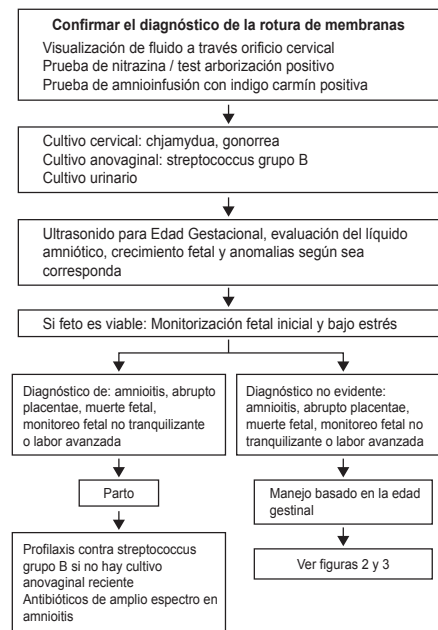


Figura 1. Manejo y valoración inicial de mujeres con rotura prematura de membranas (8)

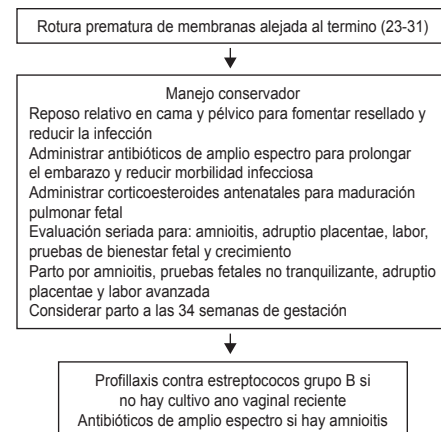


Figura 3. Algoritmo de manejo de mujeres con rotura prematura de membranas pretermino de 23-31 semanas (8)

Cuadro 15-7. Tratamiento antibiótico para rotura prematura de membranas pretermino

Una vez que se confirma la ruptura prematura de membrana iniciar;
<i>Ampicilina, 2gr IV c/6h + Eritromicina, 250mg IV c/6h</i>
Después de 48h, si aun no se presenta el parto este esquema se cambia a;
<i>Amoxilina, 250mgr VO c/8h + Eritromicina, 333mg VO c/8h</i>
Estos antibióticos deben continuarse por siete días si no se presenta el parto. Las mujeres con cultivos positivos para estreptococos del grupo B deben recibir profilaxis durante el parto

Tomado de Mercer BM y et al.; Antibiotic therapy for reduction of infant morbidity after preterm rupture of the membranes

Figura 4. Terapia antibiotica en manejo de Rotura Prematura de membranas Pretermino (6).

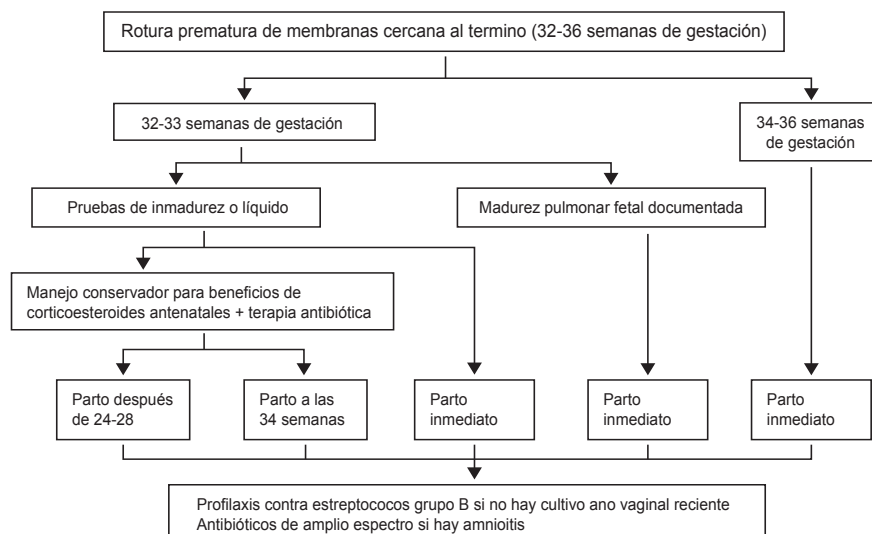


Figura 2. Algoritmo de manejo de mujeres con rotura prematura de membranas pretermino (8)

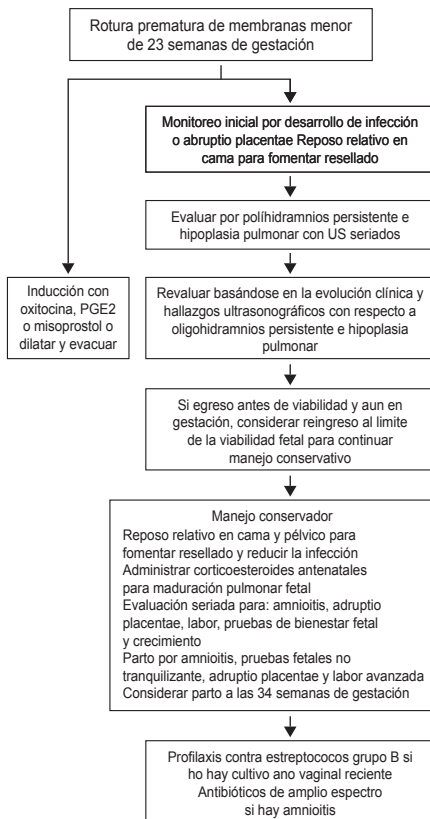


Figura 5. Algoritmo de manejo rotura prematura de membranas pretermino antes del límite potencial de viabilidad (8).

CONCLUSIÓN

Un intervalo prolongado entre la rotura prematura de membranas y el parto aumenta la incidencia de corioamnioitis y sepsis neonatal, por lo cual se debe realizar un diagnóstico rápido e instaurar un tratamiento efectivo (9). El manejo agudo y sin indicación de inducción de parto debe ser expectante y requiere iniciar tratamiento antibiótico para lograr prolongar el embarazo y así reducir la morbilidad neonatal (2). La rotura Prematura de Membranas acompañada de

oligohidramnios puede provocar compresión del cordón umbilical, hipoplasia pulmonar y síndrome de deformación fetal. Estas condiciones pueden comprometer la viabilidad del feto, aunque los riesgos de mayor importancia están asociados a las complicaciones de la prematuridad (15).

RESUMEN

Corresponde a la rotura de las membranas ovulares previo al inicio de labor de parto, con una incidencia de aproximadamente 8% de los nacimientos, representando una de las principales causas de prematuridad, entre el 30-40%. (8, 13, 12, 14). Además es responsable de un aumento considerable en la morbilidad materno-fetal, con una mayor incidencia en los nacimientos pretérmino. (7, 11). A pesar del uso de terapia antimicrobiana de amplio espectro, a cerca del 30% de las pacientes con ruptura prematura de membranas desarrollan clínicamente corioamnioitis, caracterizada por fiebre materna, sensibilidad uterina, taquicardia materna y fetal. (4)

BIBLIOGRAFÍA

1. Abdelazim, I. (2013). Insulin-like growth factor binding protein -1 for detection of premature rupture of fetal membranes. *Asian Pacific*

- Journal of Reproduction, 25.
2. Aguin, E. (2014). Cerclaje retention versus removal following Preterm Premature Rupture of Membranes and association with amniotic fluid markers. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 37-39.
3. Beckmann, C. (2010). *Obstetricia y Ginecología*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.
4. Canzoneri, J. (2012). Maternal serum interleukin-6 levels predict impending funisitis in preterm premature rupture of membranes after completion of antibiotics. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 1329.
5. Conningham. (2011). *Williams Obstetricia*. México: McGraw- Hill.
6. DeCherney, A. (2007). *Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos*. México: Manual Moderno.
7. Doret, M. (2013). Premature Preterm Rupture of the Membrane diagnosis in early pregnancy. *Clinical Biochemistry*, 1816.
8. Gabbe, S. (2012). Premature Rupture of the membranes. In S. Gabbe, *Obstetrics Normal and Problem Pregnancies* (p. 659). Canada: Elsevier.
9. Güngördük, K. (2012). Labor induction in term premature rupture of membranes. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 61.
10. Hackenhaar, A. (2013). Preterm Premature Rupture of the Fetal Membranes. *Jornal de Pediatria*, 198.
11. Ham, D. V. (2014). Can Neonatal Sepsis be Predicted in Late Preterm Premature Rupture of Membranes? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2.
12. M.Perrini. (2012). Contractions, a

- risk for premature rupture of fetal membranes: a new protocol with cyclic with biaxial tension. *medical Engineering & Physics*, 846.
13. Ramírez, J. (2012). Comparación entre dos pruebas diagnósticas de rotura prematura de membranas. *Ginecología y Obstetricia de Mexico*, 195.
14. Sánchez, N. (2013). Morbilidad y mortalidad neonatal en pacientes con Rotura prematura de Membranas Pretérmino. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 343-353.
15. Shinjo, A. (2012). Retrospective cohort study: a comparison of two different management strategies in patients with preterm premature rupture of membranes. *MATERNAL-FETAL MEDICINE*, 337.