

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES)

* Tinneth Monge Acuña

RESUMEN

La ruptura prematura de membranas (RPM) se refiere a la ruptura de las membranas antes de comenzar el parto. La ruptura prematura pretermino de membranas (RPMP) es la ruptura de membranas durante el embarazo antes de las 37 semanas de gestación. Las morbilidades fetales asociadas con (RPM) incluyen: infección ascendente y compresión del cordón uterino. El examen físico es muy importante para el diagnóstico.

DESCRIPTORES

Ruptura, pretérmino, cordón uterino, infección ascendente, papel de nitrazina.

SUMMARY

Premature rupture of membranes (PROM) refers to the rupture of the membranes before starting labor. Preterm premature rupture of membranes (PPROM) is the rupture of membranes during pregnancy before 37 weeks' gestation. Fetal morbidities associated with (PROM) include : ascending infection and compression of the uterine cord. The physical exam is very important for diagnosis.

KEYWORDS

Rupture, preterm, uterine cord, ascending infection, nitrazine paper.

*Médico General.
Universidad internacional
de las Américas. (UIA). San
José - Costa Rica

INTRODUCCION

El termino ruptura prematura de membranas (RPM) se refiere a la ruptura de las membranas antes de iniciar la labor de parto, en caso de que esto suceda antes de la semana 37 de edad gestacional se le denomina ruptura prematura pretérmino de membranas (RPPM). La RPM complica alrededor del 8% de los embarazos, aproximadamente el 50% de las mujeres afectadas comienzan en labor de parto espontáneamente dentro de 12 horas, el 70% dentro de 24 Horas, 85% en 48 horas y 95% en 72 horas. Las morbilidades fetales asociadas con la RPM incluyen la

infección ascendente y la compresión del cordón uterino. Los riesgos de RPM a largo plazo incluyen corioamnionitis y la morbilidad febril posparto. Un término importante es el periodo de latencia el cual es desde el momento que sucede la ruptura de las membranas hasta que sucede el nacimiento y este es inversamente proporcional a la edad gestacional.

ETIOLOGIA

La ruptura membranas puede ocurrir por una variedad de razones. Aunque la RPM a término puede deberse a un debilitamiento fisiológico normal de las membranas en combinación con fuerzas de cizallamiento

creadas por las contracciones, la RPPM puede provenir de un amplio conjunto de mecanismos patológicos que actúan individualmente o de forma multifactorial. La infección local en las membranas fetales y de forma subyacente en el cuello uterino puede ser un mecanismo importante de ruptura de membranas ya que se produce una inflamación local con la consecuente liberación de prostaglandinas. La historia de RPPM es el factor de riesgo mayor para RPPM o de parto prematuro en un embarazo posterior. Los factores de riesgo asociados con RPPM y parto prematuro espontáneo son similares e incluyen una longitud cervical corta, sangrado vaginal del segundo trimestre y del tercer trimestre, bajo índice de masa corporal, bajo estatus socioeconómico, consumo de cigarrillos y uso de drogas ilícitas.

Ruptura prematura pretérmino de membranas

Los riesgos más significativos para el feto después de RPPM son complicaciones relacionadas con la prematuridad. El distress respiratorio del recién nacido ha sido reportada como la complicación más común del embarazo pretérmino. Sepsis, hemorragia interventricular, enterocolitis necrotizante también están relacionados con la prematuridad, y no son muy comunes en los partos a término.

Ruptura prematura de membranas previable

La ruptura de membranas en gestaciones previables suele suceder en menos del 1% de los embarazos. La probabilidad de que el neonato muera o tenga morbilidades asociadas disminuye al aumentar el tiempo de latencia y la edad gestacional. Se puede hablar de previable en las edades

gestacionales entre las 14-24 semanas. En estos casos puede observarse hipoplasia pulmonar, y oligohidramnios prolongado puede también producir deformaciones corporales y faciales.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de la ruptura de membranas se realiza de forma combinada con características de la historia y la visualización de la salida de líquido amniótico al examen físico. Los exámenes de laboratorio se pueden utilizar para confirmar el diagnóstico en caso de dudas. En la historia clínica podemos escuchar que hubo salida de chorro repentino de líquido claro que salió de la vagina. Sin embargo, muchas mujeres describen una salida intermitente o constante de pequeñas cantidades de líquido o simplemente una sensación de humedad dentro de la vagina o el periné. En el examen físico realizado por especuloscopia podemos también descartar otras causas como lo es incontinencia urinaria, transpiración o secreción vaginal.

Examen físico

La mejor forma de realizar el diagnóstico es la visualización de salida de líquido proveniente del cérvix uterino o fornix vaginal utilizando un espejo vaginal. Si la salida del líquido no se logra visualizar se le puede pedir a la paciente que realice maniobra de valsalva tosiendo o pujando. El examen con tacto vaginal debe ser evitado ya que reduce el período de latencia y además aumenta el riesgo de infecciones intrauterinas.

Papel de nitrazina o pruebas de pH

Si la salida de líquido al examen físico no es obvia se puede utilizar este método ya que el pH de la secreción vaginal normal es de 4,5 a 5,5 pero el pH del líquido amniótico es de 7,0 a 7,5. Los falsos negativos pueden darse al mezclarse el líquido amniótico junto con secreción vaginal. Los falsos positivos pueden suceder cuando existen otras secreciones alcalinas como el semen, sangre o jabón.

Test de arborización

- ❖ Una segunda prueba es la arborización o cristalización en helecho: una muestra de fluido tomada del fondo vaginal posterior de la vagina se extiende en un porta de cristal y se deja secar unos 10 minutos. Al mirar al microscopio, el líquido amniótico muestra un patrón de arborización característico en forma de helecho.

Amnisure o determinación de Placenta Alfa Microglobulina-1

Dado el alto rendimiento del test para RPM, se considera que es un buen candidato para su diagnóstico. Esto es especialmente válido en embarazos de pretérmino, dado su alto valor predictivo positivo y negativo. Se toma una muestra de flujo vaginal con una torunda de algodón estéril (no es necesario espéculo), la torunda se introduce en el vial, se mueve hasta la disolución de la muestra y se descarta luego se inserta la tira reactiva en el vial hasta que sean visibles dos líneas o pasen 10 minutos, la tira reactiva es extraída del vial y el resultado puede ser observado.

Ultrasonido

A finales del siglo 20 el uso del ultrasonido en la RPM ha sido muy utilizado, en la ecografía se podría visualizar

oligohidramnios. Hay que tener en cuenta que la ecografía es una herramienta que puede ayudarnos al diagnóstico de la RPM pero que no todas las rupturas tendrán oligohidramnios y que a su vez no todos los oligohidramnios serán por una ruptura de membranas. Es necesario hacer una relación congruente con la historia clínica y el examen físico. Además, se observó que la medición del índice de líquido amniótico (ILA) no ofrece ninguna ventaja sobre la medición del Bolsillo de líquido amniótico más grande para evaluar la RPM.

MANEJO

Se debe confirmar la edad gestacional y la posición fetal. Se debe realizar el monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal para evaluar el bienestar fetal. La profilaxis contra estreptococo del grupo B deben darse basados en los resultados previos del cultivo o en los factores de riesgo si no se han realizado cultivos previamente.

Manejo cronológico de la ruptura prematura de membranas

- Término temprano y término 37 0/7 o más.
 - o Proceder al parto y la profilaxis para el estreptococo B-hemolítico está indicada.
- Pretérmino tardío 34 0/7 - 36 6/7
 - o Igual que el término temprano o término
- Pretérmino 24 0/7- 33 6/7
 - o Manejo expectante
 - o Antibióticos están
recomendados para prolongar el período de latencia si no hay contraindicación

- o Curso de esteroides único
 - o Profilaxis estreptococo B-Hemolítico está indicada
- Menor a 24 semanas de edad gestacional
 - o Asesoramiento a la paciente
 - o Manejo expectante o inducción de la labor
 - o Los antibióticos se deben considerar a partir de la semana 20 0/7
 - o Profilaxis para B-hemolítico no debe considerarse hasta que exista viabilidad fetal
 - o Esteroides no se consideran antes de la viabilidad
 - o Tocolisis no se recomienda antes de viabilidad
 - o Sulfato de magnesio como neuroprotector no se considera antes de la viabilidad.

El manejo expectante se refiere a la hospitalización de la paciente para

monitorizar bienestar fetal, vigilar signos de infección valorando temperatura corporal, desprendimiento de placenta, compresión del cordón. La tocolisis no se ha documentado suficiente información para su indicación rutinaria, suele alargar el periodo de latencia, pero también aumentan el riesgo de corioamnionitis, así que no da suficientes beneficios fetales o maternos. El uso de esteroides para maduración pulmonar se debe utilizar desde la semana 24 0/7 hasta 34 0/7. La neuroprotección con sulfato de magnesio debe de realizarse en edades gestacionales entre las 24 0/7 hasta 32 0/7. El uso de antibióticos debe de darse a menores de 34 0/7 con el siguiente régimen: durante 48 horas se dará ampicilina 2 gramos cada 6 horas IV + eritromicina 250 mg cada 6 horas V.O. Luego continuar antibiótico con amoxacilina 250 mg cada 8 horas V.O y eritromicina 333 mg cada 8 horas V.O por 5 días más. Las mujeres con feto viable y RPM se le debe indicar profilaxis contra estreptococos B-hemolítico a la hora del parto.

BIBLIOGRAFIA

1. Practice Bulletin No. 160. (2016). Obstetrics & Gynecology, 127(1), pp.e39-e51.
2. El-Messidi, A. and Cameron, A. (2010). Diagnosis of Premature Rupture of Membranes: Inspiration From the Past and Insights for the Future. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 32(6), pp.561-569.
3. Strevens, H., Allen, K. and Thornton, J. (2010). Management of premature prelabor rupture of the membranes. Annals of the New York Academy of Sciences, 1205(1), pp.123-129.

Recepción: 02 Octubre de 2017

Aprobación: 10 Octubre de 2017