



Manejo y tratamiento conservador de la ruptura prematura de membranas pretérmino y su impacto en la morbilidad neonatal

Conservative management and treatment of preterm premature rupture of membranes and its impact on neonatal morbidity

Manejo conservador e tratamento da ruptura prematura de membranas e seu impacto na morbidade neonatal

Julio Eduardo Chávez Guerrero ^I
julioeduchavez@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0009-3312-1240>

Jasmín Alexandra Toledo Asanza ^{II}
jassalexa12@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0002-2901-6906>

María Del Carmen Cedeño Sabando ^{III}
makitacede@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0009-6666-8082>

Dayanna Elizabeth García Pacheco ^{IV}
dayelizgarpa@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-2178-7725>

Correspondencia: julioeduchavez@gmail.com

Ciencias de la Salud
Artículo de Investigación

* **Recibido:** 23 de junio de 2023 * **Aceptado:** 22 de julio de 2023 * **Publicado:** 24 de agosto de 2023

- I. Médico, Investigador Independiente, Ecuador.
- II. Médico General, Investigador Independiente, Ecuador.
- III. Médico Cirujano, Investigador Independiente, Ecuador.
- IV. Médico Cirujano, Investigador Independiente, Ecuador.

Resumen

La ruptura prematura de las membranas (RPM) ocurre cuando las membranas se rompen antes de la semana 37 del embarazo. Los factores de riesgo pueden ser infecciones del útero, el cuello uterino o la vagina, demasiado estiramiento del saco amniótico (esto puede ocurrir si hay demasiado líquido o más de un bebé ejerciendo presión sobre las membranas, fumar y si le han realizado cirugía o biopsias del cuello uterino entre otras causas. Si bien la conducta médica que debe tomar está encaminada a preservar la salud tanto materna como fetal, muchas veces, la decisión puede afectar la salud fetal en aras de preservar la salud materna. En el presente artículo revisamos el manejo y tratamiento conservador de la ruptura prematura de membranas pretérmino y su impacto en la morbilidad neonatal.

Palabras Clave: La ruptura prematura de las membranas; embarazo; el cuello uterino; vagina; saco amniótico.

Abstract

Premature rupture of the membranes (PROM) occurs when the membranes rupture before the 37th week of pregnancy. Risk factors may include infections of the uterus, cervix, or vagina, too much stretching of the amniotic sac (this can occur if there is too much fluid or more than one baby putting pressure on the membranes), smoking, and if you have had surgery or biopsies. of the cervix among other causes. Although the medical conduct that must be taken is aimed at preserving both maternal and fetal health, many times, the decision can affect fetal health in the interest of preserving maternal health. In this article we review the Conservative management and treatment of preterm premature rupture of membranes and its impact on neonatal morbidity.

Keywords: Premature rupture of membranes; pregnancy; the cervix; vagina; amniotic sac.

Resumo

A ruptura prematura das membranas (PROM) ocorre quando as membranas se rompem antes da 37ª semana de gravidez. Os fatores de risco podem incluir infecções do útero, colo do útero ou vagina, estiramento excessivo do saco amniótico (isso pode ocorrer se houver muito líquido ou se mais de um bebê pressionar as membranas), fumar e se você teve cirurgia ou biópsias. do colo do útero entre outras causas. Embora a conduta médica que deve ser tomada vise a preservação da

saúde materna e fetal, muitas vezes, a decisão pode afetar a saúde fetal no interesse de preservar a saúde materna. Neste artigo abordamos revisar o manejo conservador e o tratamento da ruptura prematura de membranas e seu impacto na morbidade neonatal.

Palavras-chave: Ruptura prematura de membranas; gravidez; o colo do útero; vagina; saco amniótico.

Introducción

La Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) definen el parto pretérmino o prematuro al que se produce entre las semanas 22 y 36,6 de gestación, es decir, entre 154 y 258 días.

La Ruptura Prematura de Membranas (RPM) es la pérdida de la continuidad de las membranas amnióticas con salida de líquido amniótico transvaginal que se presenta antes del inicio del trabajo de parto. La ruptura de las membranas que ocurre prematuramente complica aproximadamente 2 al 3% de todos los embarazos, que representan una proporción significativa de los nacimientos prematuros, mientras que la ruptura prematura de las membranas antes de iniciar el trabajo de parto ocurre en aproximadamente el 8% de los embarazos. Existen dos categorías generales Ruptura de membranas a término: aquella que ocurre después de las 37 semanas de gestación. Ruptura de membranas pretérmino: la que se presenta antes de las 37 semanas de gestación.

El manejo de la RPM resulta fácil en embarazos de término pues una vez evaluada la historia clínica materna, la edad gestacional, la presentación fetal, las condiciones cervicales, el índice de Bishop y corroborando el bienestar fetal, se interrumpe la gestación por la mejor vía, para cada caso. Las pacientes con ruptura prematura de membranas pretérmino requieren vigilancia fetal estrecha por el riesgo continuo de daño fetal. El manejo conservador tiene la finalidad de prolongar la gestación sin incrementar el riesgo de infección materna o neonatal, disminuyendo así la morbimortalidad neonatal.

DESARROLLO

La ruptura prematura de las membranas

Se refiere a la ruptura de las membranas antes de la aparición de contracciones uterinas. Es el factor identificable más común asociado con el nacimiento prematuro. La ruptura ocurre en hasta el 3 por ciento de los embarazos, aproximadamente el 0,5 por ciento de los embarazos 7 cm o impresión

subjetiva) o alto (por ejemplo >24 cm, VVM de 8 cm o impresión subjetiva), esto excluye razonablemente el diagnóstico de ruptura de membranas.

Factores de riesgo

1. Parto pretérmino previo: 31% a 50%
2. Embarazo múltiple y complicaciones asociadas: 12% a 28%
3. Rotura prematura de membranas: 6% a 40%
4. Trastornos hipertensivos del embarazo: 12%
5. Restricción del crecimiento intrauterino: 2% a 4%
6. Hemorragia anteparto: 6 a 9%
7. Miscelánea (estatus socioeconómico): 8% a 9%
8. Madre prematura: 41% a 63%.

También debemos considerar las infecciones como factor de riesgo tanto para la posibilidad de un parto prematuro como para la de la rotura prematura de membranas. Es así que, en los casos de infecciones urinarias y bacteriuria asintomática, existen evidencias del riesgo significativo de parto pretérmino en el grupo de portadoras de bacteriuria asintomática; se señala hasta un 64%. Es importante recordar que cuando tenemos un urocultivo positivo a estreptococo del grupo B, las embarazadas deben ser tratadas e identificadas como portadoras, debiendo recibir profilaxis intraparto (tanto en el pretérmino como en los casos de gestantes a término), para prevención de la sepsis neonatal por este germen.

Otra enfermedad frecuente relacionada no solo con parto prematuro sino también con la rotura de membranas, es la vaginosis bacteriana. Una revisión Cochrane demostró que el tamizaje y el tratamiento de todas las embarazadas con vaginosis bacteriana no resultó eficaz para la prevención de un parto prematuro. Sin embargo, dentro del subgrupo de pacientes a quienes se les realizó el cribado y tratamiento antes de las 20 semanas de gestación, se encontró una reducción del mismo.

Diagnostico

En muchos pacientes, si no en la mayoría, basamos el diagnóstico de ruptura en los hallazgos característicos tanto en la historia clínica como en el examen físico y apoyado de pruebas de laboratorio.

Pruebas de laboratorio

Pruebas comerciales Los proveedores de atención médica que utilicen estas pruebas deben ser conscientes de sus limitaciones y utilizarlas como un componente de la evaluación clínica general para ruptura (por ejemplo, historia, examen de espéculo, hallazgos de ultrasonido).

- PAMG-1 (AmniSure) AmniSure es una prueba rápida que utiliza métodos de inmunocromatografía para detectar trazas de proteína placentaria alfa microglobulina-1 en el fluido vaginal. La microglobulina-1 alfa placentaria se libera de las células deciduales. El examen no se ve afectado por el semen ni por las cantidades traza de sangre.
- IGFBP-1 (Actim PROM) IGFBP-1 también llamada proteína placentaria (PP12), es secretada por células deciduales y placentarias y tiene una concentración muy alta de líquido amniótico en comparación con otros fluidos corporales. El examen no se ve afectado por la presencia de secreciones vaginales infectadas, orina, semen o pequeñas cantidades de sangre.
- Proteína placentaria y alfa-fetoproteína (ROM Plus) Una prueba combinada de anticuerpos monoclonales/policlonales para el diagnóstico de ruptura prematura de membranas previo al inicio del trabajo de parto detecta dos marcadores de proteínas encontrados en el líquido amniótico.
- Nitrazina Papel de nitrazina se utiliza para probar el pH del líquido vaginal. El líquido amniótico generalmente tiene un rango de pH de 7.0 a 7.3, que es diferente del pH vaginal normal de 3.8 a 4.2 y a menudo diferente del pH de la orina.

Efectos de la rotura prematura de membranas en la gestante y en el recién nacido

Efectos en la gestante de la RPM

Cuando ocurre una rotura prematura de membranas, en forma independiente al manejo que se le brinde, la literatura nos señala que el parto ocurrirá en 50% de los casos dentro de la primera semana de haber transcurrido la RPM.

Un hecho a tener en cuenta es que, cuando ocurre una RPM en embarazos de menor edad gestacional, el parto derivado de esa rotura se demora más en iniciar. Por otro lado, es menor cuando más tiempo de gestación tiene; es decir, la latencia después de la rotura de la membrana se correlaciona inversamente con la edad gestacional.

Adicionalmente, con gestaciones muy tempranas en las que ha ocurrido una RPM, puede haber un restablecimiento del volumen del líquido amniótico. En muchos de estos casos, la evolución puede ser favorable y tener un mayor tiempo de espera antes de que se interrumpa la gestación.

Entre las mujeres con RPM pretérmino, la infección intraamniótica clínicamente evidente se produce en aproximadamente 15 a 25%. La infección posparto se produce en aproximadamente 15

a 20% de los casos; la incidencia de infección es mayor a edades gestacionales más tempranas. El desprendimiento prematuro de placenta puede complicar 2 a 5% de los embarazos e incluso presentar placenta retenida, con RPM pretérmino.

Efectos en el feto de la RPM

Como es de esperarse, los riesgos más significativos para el feto después de la RPM prematura son las complicaciones de la prematuridad, ya que el parto pretérmino se puede producir poco tiempo después de la RPM. Por otro lado, dependiendo del tiempo de la RPM y del uso o no de antibióticos, existe la posibilidad de infección intraútero, la cual de presentarse se puede asociar con un mayor riesgo de deterioro del neurodesarrollo fetal. Además, la prematuridad en la rotura de la membrana también se ha asociado con un mayor riesgo de daño de la sustancia blanca neonatal.

La infección y el accidente del cordón umbilical contribuyen al 1 o 2% de riesgo de muerte fetal prenatal después de una RPM pretérmino.

Manejo inicial de la rotura prematura de membranas

En toda gestante que busca una atención por pérdida de líquido amniótico, o porque simplemente se le ‘rompió la fuente’ antes de tiempo, hay 3 acciones que se debe realizar prioritariamente:

1. Elaborar una historia clínica completa, y prioritariamente determinar la edad gestacional, presentación fetal y el estado del bienestar fetal.
2. Inmediatamente después se debe evaluar la existencia de signos de infección intrauterina, riesgo de desprendimiento de placenta y compromiso fetal. En ese sentido, si se considera un manejo expectante, se debe obtener un cultivo para los estreptococos del grupo B (GBS).
3. La monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca fetal y monitorización de la actividad uterina ofrece la oportunidad de identificar trazados anormales de la frecuencia cardíaca fetal y evaluar las contracciones.

Como nos ha ocurrido a todos los ginecólogos obstetras, la edad gestacional es determinante cuando tenemos que decidir la posibilidad de un manejo expectante, sobre todo cuando es una gestación muy prematura. Sin embargo, debemos tener en consideración que cuando en la evaluación inicial determinamos que existe un mal estado fetal, una corioamnionitis clínica o un desprendimiento prematuro de placenta, en esos casos no podemos esperar y procederemos al parto inmediato.

La edad gestacional óptima para el parto es poco clara y controvertida. Un metaanálisis de siete ensayos controlados aleatorios, que incluyó a 690 mujeres, concluyó que no había pruebas

suficientes para guiar la práctica clínica con respecto a los riesgos y beneficios del manejo expectante versus el parto en el contexto de la RPM.

Otros dos ensayos controlados aleatorios evaluaron el parto versus el manejo expectante entre las 34 semanas y las 37 semanas de gestación e incluyeron un total de 736 mujeres; combinando datos de los dos estudios, la inducción del trabajo de parto no produjo una reducción estadísticamente significativa en la tasa de sepsis neonatal. Sin embargo, la inducción del parto redujo significativamente el riesgo de corioamnionitis a las 37 semanas de gestación.

Sin embargo, la relevancia del parto prematuro tardío en mujeres con RPM no es clara. Hay una tasa más alta de resultados adversos con una espera mayor en comparación con los controles. Además, la corioamnionitis, la rotura prolongada de la membrana y el oligohidramnios son factores de riesgo de resultados neonatales adversos con RPM pretérmino.

Por ello, a las 34 0/7 semanas de gestación o más, se recomienda el parto a todas las mujeres con rotura de membranas. Si el manejo expectante se prolonga más allá de las 34 0/7 semanas de gestación, el balance entre el beneficio y el riesgo debe considerarse y discutirse cuidadosamente con el paciente, y el manejo expectante no debe extenderse más allá de las 37 0/7 semanas de gestación.

Pero, cuando las gestantes tienen RPM con menos de 34 0/7 semanas de gestación, deben ser tratadas expectantemente si no existen contraindicaciones maternas o fetales.

Manejo expectante

Cuando se ha determinado que la gestante con RPM pretérmino tiene condiciones para ser manejada en forma expectante, se debe considerar en primer lugar que esto debe hacerse con hospitalización, enfocando la atención en una evaluación permanente que trate de determinar si existe en algún momento indicios de infección, signos de desprendimiento prematuro de placenta, compresión del cordón umbilical, alteración del bienestar fetal o presencia de signos de trabajo de parto.

Debe indicarse monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal y monitorización ecográfica del crecimiento fetal. Se debe actuar manteniendo un alto índice de sospecha de la presencia de una infección precoz, en ausencia de fiebre, considerando criterios clínicos que tienen sensibilidad y especificidad variables para diagnosticarla.

Debemos tener presente, sin embargo, que el monitoreo en serie de los recuentos de leucocitos y otros marcadores inflamatorios no han demostrado ser útiles y son inespecíficos cuando no hay evidencia clínica de infección, especialmente si se han administrado corticosteroides prenatales.

Alternativas para mujeres con cuello uterino desfavorable

Misoprostol

Se puede utilizar una prostaglandina para realizar maduración cervical. El uso de misoprostol es un método eficaz de inducción del parto. También es económico, fácilmente disponible y estable a temperatura ambiente. Catéteres con balón Se sugiere no usar catéteres con balón para la maduración cervical en pacientes con ruptura de membranas previo inicio del trabajo de parto. Hay evidencia de un mayor riesgo de corioamnionitis y el uso ya sea de oxitocina o prostaglandinas son alternativas seguras y efectivas.

Manejo expectante

Después de sopesar los riesgos y beneficios de la inducción del trabajo de parto versus el manejo expectante las pacientes con embarazos no complicados que no aceptan una intervención pronta, pueden optar razonablemente por someterse a un manejo expectante previo consentimiento informado. Estas no deben tener contraindicaciones para el trabajo de parto y el parto vaginal, deben tener pruebas de bienestar fetal normales (prueba reactiva sin estrés sin desaceleraciones variables), no signos de corioamnionitis clínica u otras complicaciones médicas u obstétricas que aumenten el riesgo materno / fetal si el parto se retrasa. Las mujeres con líquido amniótico teñido con meconio deben ser excluidas de recibir manejo expectante. El líquido amniótico teñido con meconio se ha asociado con un mayor riesgo de corioamnionitis clínica y cultivos positivos de líquido amniótico, patrones de frecuencia cardíaca fetal intraparto anormales y síndrome de aspiración de meconio. Sin embargo, no hay evidencia de que la inducción inmediata del parto reduzca el riesgo de estas complicaciones.

La inducción y la monitorización fetal continua son prudentes cuando el meconio es espeso. Duración del manejo expectante No existen datos sólidos sobre los cuales basar una recomendación para la duración máxima del manejo expectante en mujeres sin complicaciones del embarazo que justifiquen el parto. Se sugiere que 24 horas es un límite razonable. El manejo expectante finaliza cuando se alcanza el límite de tiempo definido de aproximadamente 24 horas o cuando se desarrolla cualquier indicación estándar para el parto (por ejemplo, sospecha de corioamnionitis, prueba no reactiva sin estrés, puntaje de perfil biofísico bajo, preeclampsia).

Manejo de ruptura prematura de membranas en embarazos de 23+0 a 36+6 semanas

1. El manejo de embarazos complicados por ruptura prematura de membranas se basa en la consideración de varios factores:
2. Edad gestacional
3. Presencia o ausencia de infección materna/fetal
4. Presencia o ausencia de trabajo de parto
5. Presentación fetal
6. Bienestar fetal
7. Expectativa de madurez pulmonar fetal basada en la edad gestacional
8. Estado cervical
9. Disponibilidad de un nivel adecuado de atención neonatal

La decisión clave es si inducir el trabajo de parto o realizar un manejo expectante. Sin embargo, si se brinda manejo expectante este beneficio debe equilibrarse con los riesgos y complicaciones asociadas a la ruptura y sus secuelas tales como, infección intrauterina, desprendimiento de placenta y prolapso/compresión del cordón.

Uso de tocolíticos

No hay datos suficientes para apoyar o refutar el uso de la tocólisis profiláctica. La tocólisis profiláctica puede asociarse con una prolongación del embarazo y un mayor riesgo de corioamnionitis sin beneficio significativo materno o neonatal, aunque su uso no se ha evaluado adecuadamente con antibióticos de latencia y corticosteroides.

En RPM con trabajo de parto activo, no se ha demostrado que la tocólisis terapéutica prolongue la latencia ni mejore los resultados neonatales. Por lo tanto, no se recomienda la tocólisis terapéutica.

Uso de corticoides

Hay evidencia muy concreta que el uso de corticosteroides después de RPM pretérmino reduce la mortalidad neonatal, el síndrome de dificultad respiratoria, la hemorragia intraventricular y la enterocolitis necrosante.

No están asociados con un mayor riesgo de infección materna o neonatal, independientemente de la edad gestacional. Se recomienda un solo ciclo de corticosteroides para mujeres embarazadas entre 24 0/7 semanas y 34 0/7 semanas de gestación, y puede considerarse para mujeres embarazadas a las 23 0/7 semanas de gestación que están en riesgo de parto prematuro dentro de los 7 días siguientes.

Un solo ciclo de corticosteroides prenatales se debe considerar de rutina para todos los partos prematuros.

No es concluyente que haya algún beneficio para un segundo ciclo de betametasona en el período pretérmino tardío en estos pacientes. Además, no hay datos que respalden el uso de corticosteroides antes de la viabilidad, y actualmente no se recomienda la administración de corticosteroides en este contexto. Por otro lado, la administración semanal de corticosteroides se ha asociado con una reducción en el peso al nacer y la circunferencia de la cabeza y no se recomienda.

Datos recientes indican que la administración de betametasona en el período pretérmino tardío entre 34 0/7 semanas y 36 6/7 semanas reduce la morbilidad respiratoria en recién nacidos.

Uso de sulfato de magnesio

La administración materna de sulfato de magnesio para la neuroprotección fetal cuando se anticipa el nacimiento antes de las 32 0/7 semanas de gestación, reduce el riesgo de parálisis cerebral en los recién nacidos supervivientes (RR 0,71; IC del 95%: 0,55-0,91).

En el más grande de estos ensayos, el 85% de las mujeres inscritas tuvo RPM pretérmino entre las 24 semanas y las 32 semanas de gestación. El régimen de tratamiento óptimo para la neuroprotección fetal sigue sin estar claro, y se usaron diferentes regímenes en diferentes ensayos.

Independientemente del régimen de tratamiento utilizado, las mujeres con RPM pretérmino antes de las 32 0/7 semanas de gestación, que se considera que están en riesgo de un parto inminente, deben ser consideradas candidatas para el tratamiento neuroprotector fetal con sulfato de magnesio.

Uso de antibióticos

Sobre todo, para los casos donde el manejo será expectante, los antibióticos de amplio espectro prolongan el embarazo, reducen las infecciones maternas y neonatales y reducen la morbilidad gestacional dependiente de la edad gestacional.

Se recomienda un tratamiento de 7 días con una combinación de ampicilina intravenosa (2 g cada 6 horas) y eritromicina (250 mg cada 6 horas) durante 48 horas, seguido de amoxicilina oral (250 mg cada 8 horas) y base de eritromicina (333 mg cada 8 horas en RPM que tienen menos de 34 0/7 semanas de gestación). El uso de amoxicilina-ácido clavulánico se ha asociado con mayores tasas de enterocolitis necrosante y no se recomienda. Aunque no existen regímenes alternativos bien estudiados para las mujeres alérgicas a los antibióticos β -lactámicos, puede ser razonable administrar eritromicina sola.

Las mujeres con RPM pretérmino y un feto viable, que son candidatas para la profilaxis del GBS intraparto, deben recibir profilaxis intraparto para prevenir la transmisión vertical, independientemente de los tratamientos anteriores.

Es importante tener un esquema general para el manejo del RPM, sobre todo en los casos de embarazos pretérmino:

Cronología del manejo de la rotura prematura de membranas en prematuridad

Término y término temprano (37 semanas 0/7 a 42 semanas 6/7 de gestación o más)

- Atención del parto
- Profilaxis contra el estreptococo grupo B (GBS)

Pretérmino tardío (34 0/7 a 36 6/7 semanas de gestación)

- Similar como con término y término temprano

Pretérmino (24 0/7 a 33 6/7 semanas de gestación)

- Manejo expectante
- Se recomienda el uso de antibióticos, en latencia prolongada, si no hay contraindicación
- Un solo esquema de dosis de corticoides
- Profilaxis del GBS si estuviera indicado

Menos de 24 semanas de gestación

- Consejería
- Manejo expectante o inducción del parto
- Antibióticos es recomendado tan tempranamente como desde las 20 semanas 0/7 de gestación
- Profilaxis contra el GBS no es recomendado antes de la viabilidad
- Corticoides no son recomendados antes de la viabilidad
- Tocólisis no es recomendada antes de la viabilidad
- Sulfato de magnesio para neuroprotección. No es recomendado antes de la viabilidad (puede ser recomendado desde las 23 0/7 semanas)

Manejo de ruptura prematura de membranas en embarazos previables

La viabilidad será determinada por cada centro de atención y de la capacidad que este tenga. El límite de viabilidad se define como la etapa de madurez fetal que asegura una probabilidad razonable de supervivencia. Determinar el límite de viabilidad es deseable para evitar intervenciones costosas y dolorosas si el neonato no tiene posibilidades de sobrevivir. Sin embargo,

decidir sobre un umbral de viabilidad es un desafío porque sigue siendo incierto qué recién nacido extremadamente prematuro tiene una probabilidad razonable de supervivencia. Se puede definir, que pueden determinarse libremente como <23 semanas de gestación. El límite de viabilidad se asocia con una morbilidad y mortalidad pediátricas graves. A este grupo de pacientes se suman otros factores de riesgo, como son los originados por procedimientos invasivos, como la amniocentesis, cirugía fetal, cerclaje.

Las complicaciones del embarazo asociadas con la ruptura prematura antes o en el límite de la viabilidad incluyen nacimiento prematuro, infección materna y/o fetal/neonatal, abrupcio de placenta, prolapso del cordón umbilical, deformación fetal/neonatal, muerte fetal o neonatal, placenta retenida y necesidad de parto por cesárea clásica. El manejo de los embarazos en el límite de la viabilidad varía dependiendo de los factores y preferencias específicos del paciente, se deben discutir los riesgos y beneficios del manejo expectante frente a la interrupción del embarazo.

Embarazo previsible con ruptura de las membranas La mayoría de las mujeres a esta edad gestacional que están estables y deciden continuar sus embarazos no son hospitalizadas y no reciben corticoesteroides prenatales, ni tocolíticos y el tratamiento para un cultivo positivo de SGB se inicia cuando el paciente ha alcanzado una edad gestacional viable y está en trabajo de parto con una alta probabilidad de parto. Embarazos en el límite de viabilidad en la ruptura de la membrana Estas pacientes son ingresadas en el hospital para el manejo habitual de la ruptura de membranas en la edad gestacional cuando requiera una intervención neonatal agresiva.

Por lo tanto, a todas las pacientes se les ofrece ingreso a las 23 semanas. Se les administra corticoesteroides prenatales a las 22 semanas si se prevé el parto a las 23 semanas. Se debe informar a los padres de que los glucocorticoides prenatales pueden proporcionar un beneficio de supervivencia al tiempo que aumentan el riesgo de supervivencia con deterioro grave. La profilaxis antibiótica para prolongar la latencia se administra al momento del ingreso de acuerdo con el mismo protocolo utilizado en pacientes que presentan ruptura prematura de membranas a edades gestacionales 23+0 a 36+6 semanas.

El sulfato de magnesio para la neuroprotección se administra después de la viabilidad cuando el parto parece ser inminente. Del mismo modo, no se debe administrar profilaxis para el SGB a menos que se anticipe un parto en o más allá de la viabilidad.

Hospitalización versus atención domiciliaria

La mayoría de los médicos hospitalizan a las mujeres con ruptura prematura de membranas que tienen un feto viable desde el momento del diagnóstico hasta el parto. Se limita la actividad a utilizar el baño y sentarse en una silla junto a la cama como un enfoque prudente, también se administra trombopprofilaxis debido al potencial riesgo de trombosis venosa profunda y embolia pulmonar en pacientes hospitalizados sedentarios.

Monitorización fetal NST y perfil biofísico: Generalmente se emplea algún tipo de vigilancia fetal (por ejemplo, recuentos de patadas, NST, perfil biofísico) para proporcionar al clínico y paciente cierta garantía de bienestar fetal. Se recomienda realizar un NST diario. Si el NST no es tranquilizador, se debe realizar un perfil biofísico. Sin embargo, ninguna de estas pruebas tiene buena sensibilidad para predecir la infección fetal. **Volumen de líquido amniótico:** Oligohidramnios se asocia con un mayor riesgo de compresión del cordón umbilical y latencia más corta. **Crecimiento fetal:** la evaluación periódica por ultrasonido del crecimiento fetal es razonable ya que los procesos patológicos responsables de la ruptura prematura de membranas previo al inicio del trabajo de parto también pueden interferir con el crecimiento fetal.

Monitoreo materno

Las mujeres con ruptura de membranas deben ser monitoreadas en busca de signos de infección; sin embargo, no hay consenso en cuanto al mejor enfoque. Como mínimo, se deben controlar los parámetros clínicos de rutina (por ejemplo, la temperatura materna, la presencia de sensibilidad uterina, la frecuencia de las contracciones, la frecuencia cardíaca materna y fetal). No se ha demostrado que el control periódico del recuento de glóbulos blancos u otros marcadores de inflamación/infección sea útil. No se debe realizar rutinariamente amniocentesis para detectar la infección intraamniótica en mujeres asintomáticas. Líquido meconial en las pacientes con ruptura de membrana y líquido amniótico teñido de meconio deben ser evaluados para detectar signos de corioamnionitis. En ausencia de estos signos, el meconio por sí solo no es una indicación de intervención. La liberación de meconio predispone a la infección mejorando el crecimiento de bacterias y reduciendo la capacidad fagocítica de los neutrófilos.

Recomendaciones

En el Boletín de ACOG Número 188, enero 2018, que trata sobre la rotura de membranas, se presentan estas recomendaciones.

Recomendaciones de Nivel A:

- Las pacientes con RPM antes de las 34 0/7 semanas de gestación deben ser manejadas en forma expectante si no existen contraindicaciones maternas o fetales.
- Para reducir las infecciones maternas y neonatales y la morbilidad dependiente de la edad gestacional, se recomienda un tratamiento de 7 días con una combinación de ampicilina intravenosa y eritromicina seguida de amoxicilina oral y eritromicina durante el tratamiento expectante de mujeres con RPM pretérmino menores de 34 semanas 0/7 semanas de gestación.
- Las mujeres con RPM pretérmino y un feto viable que son candidatas para la profilaxis de infección con estreptococo del grupo B intraparto (GBS), deben recibir profilaxis de GBS intraparto para prevenir la transmisión vertical, independientemente de los tratamientos anteriores.
- Se recomienda un ciclo único de corticosteroides para mujeres embarazadas entre 24 0/7 semanas y 34 0/7 semanas de gestación, y puede considerarse para mujeres embarazadas a las 23 0/7 semanas de gestación que están en riesgo de parto prematuro en los siguientes 7 días.
- Las mujeres con RPM pretérmino antes de las 32 0/7 semanas de gestación que se considera que están en riesgo de un parto inminente deben ser consideradas candidatas para el tratamiento neuroprotector fetal con sulfato de magnesio.

Recomendaciones de Nivel B:

- Para las mujeres con RPM a las 37 0/7 semanas de gestación o más, si el parto espontáneo no ocurre cerca del momento de la presentación en aquellas que no tienen contraindicaciones para el trabajo de parto, se debe inducir el parto.
- A las 34 0/7 semanas de gestación o más, se recomienda el parto a todas las mujeres con rotura de membranas.
- En el contexto de rotura de membranas con trabajo de parto activo, no se ha demostrado que la tocólisis terapéutica prolongue la latencia ni mejore los resultados neonatales. Por lo tanto, no se recomienda la tocólisis terapéutica.

Recomendaciones de Nivel C:

- El manejo ambulatorio de la RPM prematura con un feto viable no se ha estudiado lo suficiente como para establecer la seguridad y, por lo tanto, no se recomienda.

CONCLUSION

La ruptura prematura de membranas (RPM) se define como la solución de continuidad de las membranas corioamnióticas que se presenta antes del inicio del trabajo de parto, y ocurre en el 10% de las gestaciones. La ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP) es aquella que se presenta antes de las 37 semanas de gestación. El pronóstico perinatal y el manejo está relacionado con la edad gestacional al momento en que se rompen las membranas. La RPMP se presenta en el 3% de los embarazos y es responsable de una tercera parte de los nacimientos pretérmino. Es una causa importante de morbimortalidad materna y se le ha relacionado hasta con un 10% de la mortalidad perinatal. La frecuencia y severidad de las complicaciones neonatales después de la RPMP varían de acuerdo a la edad gestacional.

Los riesgos más importantes para el feto con RPMP son las complicaciones de la prematuridad. El síndrome de dificultad respiratoria (SDR) es la complicación más seria en todas las edades gestacionales antes del término. La enterocolitis necrozante (ENC), hemorragia intraventricular (HIV) y sepsis son poco comunes en la RPMP cerca del término. La sepsis perinatal es 2 veces más común en la RPMP, en comparación con los recién nacidos pretérmino, después del parto con membranas intactas.

Referencias

- Atul Malhotra, M., & Steven E Weinberger, M. (n.d.). Deep vein thrombosis and pulmonary embolism in pregnancy. Audibert, F. M. D., Zupan, V. M. D., Xiao, Z. H. M. D., Andre, P., & Dehan, M. M. D. (2000). Outcome of premature infants delivered after prolonged premature rupture of membranes before 25 weeks of gestation. 90, 67–71.
- Bianco, A. (2017). in Premature Rupture of Membranes in Nulliparas (FLIP). The American Journal of Obstetrics & Gynecology, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.04.038>
- Bp, T., & Hannah, M. (2005). Prostaglandins versus oxytocin for prelabour rupture of membranes at term (Review). 2.
- Christian, M Robert Ehsanipoor, MD and Christian M. Pettker. (2020). Clinical Management Guidelines for Obstetrician – Gynecologists Prelabor Rupture of Membranes. 135(188), 80–97.
- Clark, P., & Duff, P. (n.d.). Inhibition of neutrophil oxidative burst and phagocytosis by meconium. 173, numbe, 1301–1305.

- Duff, P. M. (2019). Preterm prelabor rupture of membranes: Management. In UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com/contents/preterm-prelaborrupture-of-membranes-management>
- Gafni, A., Goeree, R., Myhr, T. L., Hannah, M. E., Blackhouse, G., Willan, A. R., Weston, J. A., Wang, E. E. L., Hodnett, E. D., Hewson, S. A., Farine, D., & Ohlsson, A. (1997). Induction of labour versus expectant management for prelabour rupture of the membranes at term: an economic evaluation. *157(11)*, 1519–1525.
- Hanley, M. L., & Vintzileos, A. M. (2005). Biophysical Testing in Premature Rupture of the Membranes. *20(5)*, 418–425.
- Middleton, P., Shepherd, E., Flenady, V., Rd, M., & Ca, C. (2017). Planned early birth versus expectant management (waiting) for prelabour rupture of membranes at term (37 weeks or more) (Review).
- Quist-nelson, J., Parker, P., Mokhtari, N., Sarno, R. Di, Saccone, G., & Berghella, V. (2018). Systematic Reviews Progestogens in singleton gestations with preterm prelabor rupture of membranes : a systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *219(4)*, 346-355.e2. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.03.027>
- Roland Solensky, M. (n.d.). (2020). Penicillin allergy. All topics are updated as new evidence becomes available and our peer review process is complete. Literature review current through: May. Roland Solensky, M. Penicillin allergy: Immediate reactions. *135(188)*, 80–97.
- Seaward, P. G., Hannah, M. E., Myhr, T. L., Farine, D., Ohlsson, A., Wang, E. E., Haque, K., D, M., Weston, J. A., Hewson, S. A., Ohel, G., & Hodnett, E. D. (2020). International Multicentre Term Prelabor Rupture of Membranes Study : Evaluation of predictors of clinical chorioamnionitis and postpartum fever in patients with prelabor rupture of membranes at term.
- Tita, A. T. N., & Andrews, W. W. (2010). Diagnosis and Management of Clinical Chorioamnionitis. *Clinics in Perinatology*, *37(2)*, 339–354. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2010.02.003>
- Verani, J. R., McGee, L., Schrag, S. J. (n.d.). Prevention of perinatal group B streptococcal disease. Guidelines for perinatal care. 2017 American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologist. Eighth Edition. Appendix F: 619-20. September,.

Boletín Estadístico de Nacimientos Perú: 2016 del Sistema de Registro del Certificado de Nacido
Vivo en Línea

Tendencia de indicadores de resultados de neonatología. Oficina de Estadística e Informática del
INMP, 2016.

Informe de la Oficina de Estadística e Informática del INMP, 2017.

Gyamfi-Bannerman C, Thom EA, Blackwell SC, Tita AT, Reddy UM, Saade GR, et al. 2016
Antenatal betamethasone for women at risk for late preterm delivery. NICHD Maternal–
Fetal Medicine Units Network. N Engl J Med;374:1311–20. doi:
10.1056/NEJMoa1516783.

Clinical Management Guidelines for Ob/Gyn. 2018. ACOG Practice Bulletin N°188 Vol 131, N°1
e4 e8, January.

© 2023 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative
Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).