



# PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VII – N. 19 – 2013

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/376d.php>

**PARANINFO DIGITAL** es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "CUIDADOS Y TECNOLOGÍA: UNA RELACIÓN NECESARIA" I Congreso Virtual, IX Reunión Internacional de Enfermería Basada en la Evidencia, reunión celebrada del 21 al 22 de noviembre de 2013 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

<i>Título</i>	<b>Revisión de la evidencia sobre la rotura prematura de membranas: buena atención intrahospitalaria de la matrona</b>
<i>Autores</i>	María Elena Sáenz Rosado, María Alba Rodríguez Gómez, Verónica García Romero
<i>Centro/institución</i>	Hospital de Jerez de la Frontera
<i>Ciudad/país</i>	Jerez de la Frontera (Cádiz), España
<i>Dirección e-mail</i>	elenasr_15@hotmail.com

## RESUMEN

La rotura prematura de membranas (RPM) consiste en la pérdida de la integridad de las membranas ovulares antes del inicio del parto. La importancia radica en que es causa de aproximadamente el 40% de los partos pretérmino y, a través de ellos, del 10% de la mortalidad perinatal. La RPM pretérmino es un dilema para obstetras y neonatólogos, quienes deben decidir entre continuar la gestación para disminuir la morbilidad relacionada con la prematuridad o interrumpirla para prevenir los resultados adversos maternos y fetales relacionados con la RPM. Su manejo debe ser efectuado según la edad gestacional a la cual se presente la ruptura prematura de membranas. A partir de las 34 semanas de gestación está recomendado finalizar la gestación porque el riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal es bajo; mientras que en menos de 34 semanas el tratamiento se basa en tres pilares: el uso de antibióticos, corticoides y tocolíticos.

**Palabras clave:** Rotura prematura de membranas/ Parto pretérmino/ Coramnionitis.

## **TEXTO DE LA COMUNICACIÓN**

### **Introducción**

Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), se entiende por rotura prematura de membranas (RPM), la pérdida de integridad de las membranas ovulares antes del inicio del parto, con la consiguiente salida de líquido amniótico (LA) y la puesta en comunicación de la cavidad amniótica con el canal endocervical y la vagina (1). Al hablar de RPM se debe tener en cuenta el periodo de latencia, el cual es el intervalo entre la ruptura de las membranas y el inicio del trabajo de parto.

La frecuencia de la RPM oscila entre el 8% de todas las gestaciones. La importancia del proceso radica en que es la causa de aproximadamente el 40% de los partos pretérmino y, a través de ellos, del 10% de la mortalidad perinatal (1).

El objetivo consiste en ofrecer el marco conceptual y técnico-científico para el manejo basado en la evidencia de la ruptura prematura de membranas, con lo cual se logre disminuir los riesgos de enfermedad y muerte del binomio materno-fetal, optimizando el pronóstico de los mismos a través de la oportuna y adecuada atención intrahospitalaria.

Saber que las membranas ovulares (corion y amnios) delimitan la cavidad amniótica y desde una perspectiva estructural, está compuesta por ocho capas, descritas por Bourne en 1960, de las cuales cinco hacen parte del amnios y tres del corion (2). Las membranas se encuentran estructuradas por diversos tipos celulares y matriz extracelular, cumpliendo una diversidad de funciones como la síntesis y secreción de moléculas, la recepción de señales hormonales materno y fetales, participando en el inicio del parto, la homeostasis y metabolismo del líquido amniótico, la protección frente a infecciones, el adecuado desarrollo pulmonar y de extremidades fetales, preservando su temperatura y la protección ante traumatismos abdominales maternos.

La RPM pretérmino se presenta como un dilema para los obstetras y neonatólogos, quienes deben decidir entre continuar la gestación para disminuir la morbilidad relacionada con la prematuridad o interrumpirla para prevenir los resultados adversos maternos y fetales relacionados con la RPM tales como la corioamnionitis (13-60%), el abrupcio de placenta (4-12%) e infección postparto (2-13%) (3).

### **Metodología**

Tras una revisión bibliográfica de las bases de datos de Cochrane plus, PubMed y Scielo, se encontraron un total de 13 artículos publicados entre 1996 y 2012. Se consultaron fuentes científicas de interés, de ámbito nacional e internacional: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y Organización Mundial de la Salud (OMS). Para realizar nuestra búsqueda, utilizamos palabras clave como «rotura prematura de membranas», «parto pretérmino» y «corioamnionitis» para encontrar la bibliografía relacionada en las bases de datos.

## Resultados

Se encontraron diferentes estudios con referencia a la rotura prematura de membranas y la actuación intrahospitalaria ante la misma. Entre ellos cuatro estudios procedentes de metanálisis de ensayos clínicos controlados y aleatorizados. Se localizaron también siete artículos, un protocolo y una guía práctica pertenecientes a evidencias científicas de autoridades de prestigio.

### *Evidencia científica sobre la Rotura Prematura de Membranas*

Con respecto a la etiología de la rotura de membranas, Malak y cols a través del estudio microscópico de membranas ovulares lograron definir una zona de morfología alterada extrema, caracterizada por un engrosamiento de ciertas capas, desorganización del colágeno, edema y depósito de material fibrinoide. Lei y cols determinaron que en esta zona ocurrían fenómenos de apoptosis en epitelio amniótico. Es probable que diferentes agentes activen diversos mecanismos que causen esta alteración morfológica, favoreciendo la formación de un sitio de rotura a nivel supracervical, antes del inicio del trabajo de parto. La rotura prematura de membranas es un fenómeno multifactorial. Los principales factores de riesgo de la RPM descritos en la literatura son la infección, la distensión de membranas, la isquemia, la presencia de metrorragias, el desprendimiento prematuro de placenta normointensa y el tabaquismo (4).

En un posible caso de RPM, el primer paso por parte de la matrona sería confirmarlo, para ello se debe de realizar una especuloscopia con el fin de evaluar la presencia de líquido amniótico en fondo de saco posterior y documentar la ruptura de membranas con ayuda de pruebas de laboratorio (prueba de helechito y de nitracina), ecografía, amniocentesis o pruebas bioquímicas (3-7).

Conociendo todo lo anterior, el manejo por parte de la matrona, obstetras y neonatólogos debe ser efectuado según la edad gestacional a la cual se presente la ruptura prematura de membranas, debido a que las complicaciones perinatales cambian según el momento del embarazo (3,4,8-10):

- Cuando ocurre entre las semanas 34 a 36 el riesgo de morbilidad severa aguda y mortalidad perinatal es baja, por lo cual se debe finalizar la gestación.
- A las 32 y 34 semanas si se documenta madurez pulmonar fetal se recomienda finalizar el embarazo; si no hay madurez pulmonar se puede optar por manejo conservador: con monitorización materno-fetal, uso de corticoides para lograr maduración pulmonar e inicio de antibioticoterapia, se debe de considerar inducción del parto 48 horas después de la primera dosis de corticoides o a las 34 semanas de gestación.
- Entre las 24 y 31 semanas la RPM se asocia con alto riesgo de complicaciones neonatales; si la paciente se encuentra estable debe recibir manejo conservador que incluye reposo, evaluar signos de infección o compromiso del estado fetal e iniciar terapia con corticoides y profilaxis antibiótica.

El uso de tocolíticos en pacientes con RPM en fetos pretérminos tiene valor limitado. En pretérminos, su principal objetivo es prolongar la gestación al menos 24-48 horas para permitir la maduración pulmonar fetal con corticoides. Sus contraindicaciones son la corioamnionitis, hemorragia materna grave, preeclampsia severa o eclampsia, CIR,

muerte fetal, malformación fetal incompatible con la vida y sospecha de pérdida de bienestar fetal (11).

Saber que aunque algunos estudios han demostrado una prolongación del embarazo hasta de una semana comparado con el uso de un placebo, no se ha demostrado beneficio en cuanto a morbilidad o mortalidad perinatal; es más, existen datos sugiriendo que podría aumentar el riesgo de infección intrauterina en pacientes con indicación de finalizar la gestación. Ciertos autores recomiendan el uso de tocolíticos durante 48 horas en pacientes a quienes se les haya descartado corioamnionitis, abrupcio y estado fetal insatisfactorio, con el objetivo de administrar las 2 dosis de corticoides para la maduración pulmonar fetal.

En relación al uso de corticoides en pacientes con RPM hay que saber que están contraindicados si existe corioamnionitis, feto muerto, malformación incompatible con la vida, pérdida de bienestar fetal, desprendimiento de placenta, tuberculosis o porfiria.

Un último metaanálisis publicado, demostró que los corticoides, principalmente en gestaciones entre las 24 y 32 semanas, sí reducen el riesgo de síndrome de dificultad respiratoria, además de disminuir el riesgo de hemorragia intraventricular, y enterocolitis necrotizante, sin aumento significativo de la infección materna o neonatal. Por tanto, se recomienda el uso de un solo ciclo de corticoides, pues se ha demostrado que ciclos repetidos aumentan el riesgo de corioamnionitis, sin evidencia de beneficio en el resultado perinatal (2,3,5,6).

Importante saber que el uso de antibióticos es esencial en el manejo de RPM, primero cuando existe una rotura mayor de 18 horas (12-14), ante el riesgo de infección por estreptococo beta hemolítico (EGB) (6,12); y segundo cuando se indica manejo expectante para prevenir la corioamnionitis. El manejo antibiótico se asocia, según los últimos estudios, a disminución en el riesgo de corioamnionitis, del índice de infección neonatal, uso de surfactante, necesidad de oxígeno posnatal y ecografías del recién nacido anormales.

Además, se recomienda realizar la profilaxis antibiótica intraparto del EGB en las RPM pretérmino de pacientes portadoras o con resultado del cultivo desconocido (nivel de evidencia A) (12-14).

## **Conclusiones**

Según lo comentado anteriormente, el diagnóstico de RPM se basa en una combinación de sospecha clínica, anamnesis y algunas pruebas de laboratorio, las cuales realiza o colabora siempre la matrona responsable del caso. La anamnesis sola tiene una exactitud del 90%. La historia clínica y las pruebas de nitracina y helecho usadas para evaluar una paciente por RPM tienen una exactitud del 93,1%, si por lo menos 2 de estas pruebas son positivas (5,6,7).

Además, saber que la tocolisis ente este tipo de pacientes tiene un valor limitado. (12). La administración de tocolíticos profilácticos durante más de 48 horas en pacientes con RPM pretérmino no está recomendada dado que no mejora significativamente los resultados perinatales (nivel de evidencia A) (11).

Igualmente, conocer que el uso de corticoides si está recomendado en mujeres con RPM pretérmino, es decir, sin el feto tener la maduración pulmonar necesaria (nivel de evidencia A). No se ha comprobado la eficacia de las dosis de repetición, por lo que en la actualidad no se recomiendan (2,3,5-7).

Por último, saber que actualmente se dispone de suficiente evidencia como para recomendar la profilaxis antibiótica en el tratamiento expectante de la RPM pretérmino (nivel de evidencia A). Sin embargo, no se conoce cuál es el fármaco o combinación de varios, así como la pauta que ofrece mejores resultados (12-14).

## **Bibliografía**

1. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Rotura prematura de membranas. Recomendaciones españolas revisadas en Junio 2012. Protocolos SEGO. Disponible en: [www.prosego.es](http://www.prosego.es). [Acceso: 27.10.2013]
2. Rivera R, Caba F, Smirnow M, Aguilera J, Larraín A. Fisiopatología de la Rotura premature de las membranas ovulares en embarazos pretérmino. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004; 69(3): 249-255.
3. Mercer BM. Preterm Premature Rupture of the Membranes. *Obstet Gynecol* 2003; 101(1): 178-93.
4. Ochoa A, Pérez J. Amenaza de parto prematuro. Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2009; 32 (1): 105-119.
5. Caughey AB, Robinson JN, Norwitz ER. Contemporary Diagnosis and Management of Preterm Premature Rupture of Membranes. *Reviews in Obstetrics & Gynecology.* 2008; vol. 1 n° 1. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2492588/> [Acceso: 25.9.2013]
6. Medina TA, Hill A. Preterm Premature Rupture of Membranes: Diagnosis and Management. *American Family Physician* 2006; 73(4): 659-664
7. Amaya J, Alexandry M. *Obstetricia Intergral: XXI.* 2007; 7: 122-146.
8. Buchanan SH, Crowther CA, Levett KM, Middleton P, Morris J. Parto temprano programado versus conducta expectante para mujeres con rotura prematura de membranas antes del trabajo de parto prematuro antes de las 37 semanas de gestación para mejorar el resultado del embarazo (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus 2010 Número 3.* Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2010 Issue 3 Art no. CD004735. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.) [Acceso: 25.9.2013]
9. Zapardiel I, de la Fuente J, Bajo JM. Urgencias en el segundo y tercer trimestre. En: *Guía práctica de urgencias en obstetricia y ginecología.* Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Madrid: Impreso en Anzos, 2008; 29-31
10. Poma PA. Premature rupture of membranes. *Journal of the National Association* 1996; 88(1): 27-32. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2607991/> [Acceso: 24.9.2013]
11. Mackeen A, Seibel-Seamon J, Grimes-Dennis J, Baxter J, Berghella V. Tocolíticos para la rotura prematura de membranas antes de término. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011 Issue 10. Art. No.: CD007062. DOI: 10.1002/14651858.CD007062
12. Alós JI and cols. Prevención de la infección perinatal por estreptococo del grupo B. Recomendaciones españolas. Actualización 2012. Documento de consenso. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2013; 31(3):159-172

13. Kenyon S, Bouvain M, Neilson J. Antibióticos para la rotura prematura de membranas. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 Issue 8. Art. No.: CD001058. DOI: 10.1002/14651858.CD001058
14. Flenady V, King J. Antibióticos para la rotura prematura de membranas antes del parto a término o cerca del término (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). [Acceso: 25.9.2013]