

Adecuada identificación de la rotura prematura de membranas en gestantes a término

Rosa María *Morillas Salazar*, Patricia *Vico Arias*, Elena *Ruiz Garrido*
Servicio Andaluz de Salud (Granada, España)

Correspondencia: Rosa_lanjaron@hotmail.com (Rosa María Morillas Salazar)

Resumen

En la presente revisión bibliográfica aborda sobre el correcto diagnóstico de la rotura prematura de membranas (RPM) a término. Dicha rotura a término ocurre pasadas las 37 semanas de gestación, donde las membranas ovulares se ponen en contacto con el exterior. Su adecuado diagnóstico es fundamental para disminuir la morbimortalidad maternofetal. Se presentan como objetivos conocer los recursos para identificar la RPM en gestantes a término e identificar las ventajas e inconvenientes de cada medio diagnóstico para la RPM. Existe en nuestro entorno, varios recursos diagnósticos entre los que encontramos: inspección con espéculo, papel de nitracina, prueba de Newhaus, ecografía fetal y pruebas bioquímicas. Es fundamental identificar sus principales ventajas e inconvenientes para poder determinar en cada caso que método será el más adecuado.

Introducción

La rotura prematura de membranas (RPM) es la rotura de la bolsa amniótica o membranas ovulares antes de que dé comienzo el trabajo de parto.¹ Cuando se produce una RPM en la mayoría de los casos nos encontramos con gestaciones a término, en las cuales el parto se desencadenará en las próximas 24 o 48 horas de forma espontánea.

Existen varios factores que determinan el momento en el que se rompen las membranas: la altura y velocidad de la elevación de la presión amniótica durante las contracciones, abombamiento de la bolsa y la movilidad del polo inferior respecto a la pared uterina.²

Cabe destacar que la RPM que se produce antes de las 37 semanas de gestación será considerada como RPM pretérmino, en cambio la que acontece pasadas las 37 semanas de gestación será llamada RPM a término.³ Unas de las variables que se hará constar en la historia clínica, es la evidencia o no de salida de líquido, el medio diagnóstico utilizado, semanas de gestación, hora probable de la RPM y color del líquido amniótico.⁴

Se propone la siguiente revisión bibliográfica con los objetivos de conocer los recursos más eficaces en la identificación de la RPM en gestantes a término así como identificar las ventajas e inconvenientes de cada medio diagnóstico para la RPM, ya que su adecuada identificación con los medios que se disponen actualmente será fundamental para un correcto manejo del parto.

Metodología

Se realizó la presente revisión bibliográfica en las bases de datos de ciencias de la salud: SciELO, Pubmed y CUIDEN. Además, se consultaron las distintas guías de práctica clínica y protocolos de los servicios de salud.

Las palabras clave utilizadas para la búsqueda fueron: rotura prematura de membranas fetales, trabajo de parto, diagnóstico. Todas ellas fueron consultadas en los descriptores de ciencias de la salud (DeCS). Los operadores booleanos que se utilizaron en la búsqueda fueron AND y OR.

De la búsqueda bibliográfica se obtuvieron 30 artículos de los cuales se seleccionaron 10, cuyos criterios de inclusión fueron que no superaran los diez años de antigüedad, idiomas en inglés y/o castellano y que versasen sobre los métodos de identificación de RPM en gestantes a término. No se seleccionaron aquellos artículos que no versaron sobre la identificación de la RPM y cuyos idiomas fueron distintos al inglés o castellano.

Resultados/Discusión

La pérdida de líquido evidenciable a través de un espéculo es la primera opción diagnóstica para confirmar una RPM, para ello se colocará a la gestante en posición ginecológica y a través de un espéculo estéril se le invitará a realizar maniobras de Vasalva (por ejemplo, toser), será válida cuando se observe directamente salir líquido a través del orificio cervical externo, podrá además visualizarse cantidad, color y olor. No siempre es tan fácil identificarlo por lo que existen varias opciones.^{1,4-6}

Otro método con una sensibilidad del 90%, es la comprobación del pH vaginal con papel de nitracina, sabiendo que el pH vaginal es ácido (3,5-5,5) y que el líquido amniótico es alcalino (mayor a 6,5). La principal desventaja es la posibilidad de falsos positivos ya que se pueden encontrar dentro de la vagina restos de orina, sangre, semen, colpitis etc. Así como la posibilidad de que nos encontremos ante un falso negativo en el caso de que la gestante presente candidiasis bacteriana. Hay que considerar que ante un RPM mayor a 4 horas puede ser que no se presenten cambios en el pH.^{1,4-6}

Con una sensibilidad del 96-99% y una especificidad del 96-98% de seguridad en el diagnóstico podemos comprobar una RPM mediante la propiedad de cristalización del líquido amniótico, el cual se presenta en forma de hojas de helecho por las proteínas y sales que contiene-, dicha prueba es llamada de Newhaus. En el mismo nivel de seguridad encontramos el estudio mediante tinción de Papanicolau que permite detectar elementos como: celularidad fetal, dispersión de las aglutinaciones celulares, débil capacidad de tinción del núcleo citoplasmático y ausencia o disminución de la flora.^{1,4-7}

Se considera la ecografía fetal como otro medio disponible para valorar la cantidad de líquido amniótico, si en dicha ecografía se apreciase un oligoamnios no descrito en ecografías anteriores se valoraría la presencia de RPM. Como inconveniente nos encontramos que este método presenta una escasa sensibilidad y especificidad.^{1,8}

Si bien es cierto que todas las anteriores pruebas son poco específicas por lo que si siguiera existiendo duda de si nos encontramos ante una RPM o no se puede recurrir a las pruebas bioquímicas de las que disponemos actualmente:

- Insulin-like growth factor binding protein-1 (IGFBP-1) (PROM test®, Amnioquick®): el test detecta una proteína sintetizada en el hígado fetal y en la decidua. Está presente en líquido amniótico a grandes concentraciones siendo su con-

centración mínima en sangre materna. Su sensibilidad varía del 74-100% y su especificidad del 77-98

- Placental alpha microglobulin-1 (PAMG-1) (Amnisure®): Con una sensibilidad del 99% y una especificidad del 100%, este test detecta una proteína que se sintetiza en la decidua.

Ambas pruebas bioquímicas son pruebas con similar sensibilidad y especificidad por lo que pueden ser utilizadas ante la duda diagnóstica ya que se trata de pruebas no invasivas cuya ventaja es su lectura rápida.^{1,6,7,9,10}

Por último, cabe mencionar la amniocentesis diagnóstica, mediante la instilación de fluoresceína en la cavidad amniótica. La detección de fluoresceína en vagina a los 30-60 minutos confirmaría el diagnóstico de RPM. Sólo se debería de hacer en casos muy seleccionados, ya que en dilataciones avanzadas puede presentar falsos positivos.¹

Conclusiones

En el 80% de los casos, podremos comprobar y diagnosticar una RPM mediante la inspección con espéculo y vasalva. Será en el resto de los casos donde tendremos que decidirnos por un método u otro, en función de cada paciente.

Las pruebas bioquímicas han demostrado una alta especificidad y sensibilidad por lo que su uso estaría justificado como segunda opción. Si bien es cierto, que el coste económico en las pruebas bioquímicas es mayor con respecto al papel de nitracina o prueba de Newhaus.

Es esencial una adecuada identificación de la RPM así como un manejo correcto para la prevención de infecciones maternas y neonatales, mejorando en estos casos la morbimortalidad materno-fetal. Los profesionales que atienden a las mujeres ante una RPM han de conocer todas las técnicas de diagnóstico más idóneas individualizando cada caso, así como sus ventajas e inconvenientes.

Bibliografía

1. Cobo T, Ferrero S, Migliorelli F, Rodríguez A, Lorente N, Baños N, Palacio M. Rotura prematura de membranas a término y pretérmino. Hospital Universitario Clínic de Barcelona. 2016. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/rotura-prematura-membranas.html> [acceso: 01/07/2018].
2. Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M. Rotura prematura de membranas, aspectos de interés para la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2010; 26(4):682-693. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000400011 [acceso: 01/07/2018].
3. Rotura prematura de membranas. Empresa pública Hospital Costa del Sol. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. 2010.
4. Vargas Arias K, Vargas Román C. Rotura prematura de membranas. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXXI. 2014; (613):719-723. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc145h.pdf> [acceso: 01/07/2018].
5. Gregorio González SE, Lorda Abadía E, García Cebrián M, Lasala Conte I; Peinado Berzosa R. Embarazo y Rotura de Membranas Amnióticas: clasificación, diagnóstico y manejo clínico para minimizar repercusiones materno-fetales. Cuid Salud. 2016; 13:58-63.
6. Sáenz Rosado ME, Rodríguez Gómez MA, García Romero V. Revisión de la evidencia sobre la rotura prematura de membranas: buena atención intrahospitalaria de la matrona. Rev Paraninfo Digital. 2013; 7(19). <http://www.index-f.com/para/n19/pdf/376d.pdf> [acceso: 01/07/2018].
7. García Núñez MJ, Idígoras Hurtado FJ, Rodríguez Rodríguez I, Velázquez Vázquez V. Secuencia segura y eficiente de pruebas diagnósticas para la rotura prematura de membranas amnióticas. Hygia de Enfermería. 2012; XIX(81):24-31.
8. Brandão AM, Dominques AP, Fonseca EM, Miranda TM, Belo A, Moura JP. Rev Bras Ginecol Obstet. Premature labour with or without preterm premature rupture of membranes: maternal, obstetric and neonatal features. 2015; 37(9):428-33. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26352946> [acceso: 01/07/2018].

9. Martínez-Medel J, Cabistany-Esque AC, Campillos-Maza JM, Lapresta-Moros M, Castan Mateo S, Lapresta-Moros C, Tobajas-Homs J. Comparative study between pregnancies induced for premature rupture of membranes and for prolonged pregnancy. *Ginecol Obstet Mex.* 2014; 82(5):314-24. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24937947> [acceso: 01/07/2018].
10. Ochoa A, Perez Dettoma J. Amenaza de parto prematuro: Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. *Anales Sis San Navarra.* 2009; 32(1):105-119. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272009000200011 [acceso: 01/07/2018].