

GUÍAS CLÍNICAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA

6.- RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

DEFINICIÓN:

Es la pérdida de continuidad de las membranas corio-amnióticas antes del inicio del parto, independientemente que se produzca antes del término, a término o después del término.

EPIDEMIOLOGÍA:

Tiene importantes repercusiones en los resultados peri natales, siendo la causa de mas del 30% de los partos pretérmino, la causa de un 10 % de mortalidad peri natal. Las decisiones que se tomen pueden representar mayor o menor riesgo de infección pudiendo determinar diferentes tipos de intervenciones para terminar el embarazo.

Existen controversias en cuanto a la conducta de manejo, sobre todo si hay que inducir el parto o tomar una actitud expectante, si hay que utilizar antibióticos o no, y sobre la utilización o no de útero inhibidores, corticoides y antibióticos.

FISOPATOLOGÍA:

La perdida de continuidad de las membranas corio-amnióticas puede ocurrir por diversas causas, como agresión externa (amnioscopia, amniocentesis, etc.), pero habitualmente la causa es desconocida.

La infección endocervical o intraamniótica se han relacionado con la producción de peroxidasas, colagenazas y otras proteasas producidas por el metabolismo bacteriano, ocasionando debilidad de las membranas. También actúan sobre células deciduales favoreciendo la producción de fosfolipasas que estimulan la producción de ácido araquidónico a partir del cual se producen prostaglandinas generando contracciones uterinas, aumentando la presión intrauterina, favoreciendo la ruptura prematura de membranas.

CLASIFICACIÓN:

- Prematura
- Precoz
- Oportuna
- Tardía
- Tempestiva
- Artificial
- Espontánea
- Alta
- Baja

GUÍAS CLÍNICAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA

CUADRO CLÍNICO:

La paciente refiere salida de líquido abundante por la vagina, lo que se corrobora a la exploración al colocar un espéculo vaginal, y de ser necesario, haciendo presión en el fondo uterino o haciendo toser a la paciente. Lo anterior puede ocurrir en cualquier etapa del embarazo.

EXAMENES DE LABORATORIO:

En los casos en que no se corroboran clínicamente se recurre a pruebas complementarias.

Ph de secreción vaginal o cristalización de la misma.- El ph vaginal en el embarazo es <6 y si contiene líquido amniótico es >7 .

La cristalización de la secreción vaginal, se realiza dejando secar al aire por 6 a 7 minutos sobre un portaobjetos una gota de secreción vaginal y se examina al microscopio; cristaliza en forma de helecho si hay líquido amniótico.

Cuantificación de alfa feto proteína en líquido amniótico.

Instalación de índigo carmín a nivel intra-amniótico, si este aparece en vagina, se confirma el diagnóstico.

Por ultrasonografía se puede evaluar la presencia de oligohidramnios, que constituye otro dato de apoyo al diagnóstico.

TRATAMIENTO:

En embarazos a término o cerca de él se indica la terminación del embarazo, tomando las medidas necesarias para evitar infecciones intra-amnióticas.

Se puede inducir el trabajo de parto con gel de prostaglandinas intra-cervical (PGE₂), en caso de cervix inmaduro, también se plantea la conducta expectante, hasta el desarrollo del trabajo de parto espontáneo que ocurre comúnmente 24 horas después.

Previo cultivo de secreciones endocervicales y vaginales debe aplicarse antibiótico, para prevención de infecciones intra-amnióticas, sepsis neonatal y endometriosis puerperal.

Antes de un embarazo a término, se plantean dos conductas; la intervencionista y la expectante, la primera consiste en la extracción del producto sin importar la edad gestacional al momento de captarse.

En la segunda se mantiene en observación al binomio, con toma de exámenes de laboratorio como parámetros para evaluar indicios de infección materno y/o fetal, periódicamente (cada 24-48 hrs.), según el estado de la madre y el producto, con toma de cultivos, antibioticoterapia, inductores de madurez

GUÍAS CLÍNICAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA

pulmonar fetal y neuroprotección fetal, con la finalidad de ganar el mayor tiempo posible, sin exponer la salud materna y/o fetal, lo anterior se aplica con embarazos mayores de 26 semanas y menores a 37 semanas.

Con embarazos de 26 semanas o mas se procede a la interrupción del mismo.

La vía de resolución se determina por las condiciones obstétricas y posibles complicaciones propias del padecimiento.

PRONÓSTICO:

Depende de la edad gestacional y del estado materno y/o fetal al momento del diagnóstico, conforme la edad gestacional es mayor el pronóstico fetal mejora, la evolución materna es inversamente proporcional al tiempo de latencia de la ruptura prematura de membranas.

COMPLICACIONES:

Maternas:

- Corioamnioitis
- Desprendimiento de placenta normo inserta
- Endometritis post-parto
- Sepsis
- Shock séptico
- Muerte

Fetales:

- Sufrimiento fetal
- Óbito
- Prematurez
- Sepsis neonatal
- Neumonía séptica
- Hipoplasia pulmonar
- Síndrome de distress respiratorio
- Hemorragia intraventricular
- Muerte

**GUÍAS CLÍNICAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA**

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Cabero R., Carrera M y cols. Riesgo elevado obstétrico. Rotura prematura de membranas. Barcelona: Masson 2001; Cap. 2: pp: 33-42.
- 2.- Hall JE, Bittat A. Arborization test for the detection of rupture fetal membranes. *Obstet Gynecol* 1999; 27:275-279.
- 3.- Wong A, Rudigoz SC. Diagnosis of premature rupture of the membranes by the identification of alpha-fetoprotein in vaginal secretions. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 73:456-459.
- 4.- Mari G, Rosenfeld B. Amniotic fluid glucose concentration. A rapid and simple method for detection of intramniotic infection in preterm labour. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 169: 839-851.
- 5.- Ernest JM, Dillar R. Premature rupture of membranes: A prospective, randomized evaluation of steroids, later phase and spectant management. *Obstet Gynecol* 1999; 66:55-58.

GUÍAS CLÍNICAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

