

Pregunta: ¿Cuál es manejo adecuado de la Ruptura Prematura de Membranas (RPM) en el 2do trimestre de la gestación?

Dr. Ricardo Velasco
Dr. Haroldo Capurro

Actualización: enero 2009

ROTURA de MEMBRANAS en el SEGUNDO TRIMESTRE

INTRODUCCION

La Rotura Prematura de Membranas (RPM) es aquella que sucede antes de comenzar el trabajo de parto. En el 3% de los casos se produce en embarazos de pretérmino. El tiempo entre la rotura de membranas y el nacimiento en embarazos de término (más de 36 semanas) es de 1 día (1) mientras que en caso de gestaciones entre 16 y 26 semanas (2) el período de latencia es de 1 semana en el 57% de los casos, mientras es de 4 semanas en el 22%.

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo de RPM incluyen el bajo nivel socio-económico, el tabaquismo, antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, nacimientos previos de pretérmino, hemorragia vaginal y/o distensión uterina (polihidramnios, embarazo múltiple). La infección o inflamación corio decidual puede estar presente en la RPM del pretérmino (3). Un reciente estudio (4) señala que antecedentes de una historia de incompetencia cervical, nacimientos previos durante el 2do trimestre de la gestación y haber tenido previamente una prematura ruptura de membranas en un embarazo de pretérmino, se asocian en el embarazo actual con una avanzada dilatación cervical o una nueva ruptura prematura de membranas de pretérmino.

COMPLICACIONES GENERALES de la RPM en menores de 37 SEMANAS

En general, las más frecuentes complicaciones en caso de RPM en gestaciones de menos de 37 semanas, de acuerdo con American College of Obstetrician and Gynecologists (5) son el nacimiento dentro de la primer semana de la ruptura (50-75%), el Síndrome de Dificultad Respiratoria (35%), la compresión de cordón, (32-76%), la Muerte Fetal (1-2%) , la Corioamnionitis (13 -60%) y el abrupto placentae (4 a 12%).

RECOMENDACIONES GENERALES en RPM en menores de 37 SEMANAS (6).

Si bien estas varían con la edad gestacional y el estado de salud materno fetal, las prácticas recomendadas con alto grado de evidencia y consideradas como muy beneficiosas son: el uso de corticoides, de antibióticos y evitar en lo posible el tacto digital (utilizar espéculo).

La tocolisis prolongada, los múltiples cursos de corticoides después de las 34 semanas, el cerclage y la amniocentesis, presentan controversias y grados de evidencia escasos o dudosos.

RPM DURANTE el SEGUNDO TRIMESTRE de la GESTACION.

Sucede en el 0,7% de todos los nacimientos de estas edades gestacionales y es una importante causa de morbimortalidad, ya que el 40% de estos niños nacen

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente dl posible daño causado a terceros.

antes de las 26 o 28 semanas. Ella puede ser espontánea o ser iatrogénica debida a procedimientos invasivos como la amniocentesis y la fetoscopia (7).

La retinopatía, la hemorragia intraventricular, y la enterocolitis necrotizante son frecuentes en el período neonatal. El Síndrome de Potter, la anomalía de los miembros e hipoplasia pulmonar son algunas de los problemas detectados al nacer.

La parálisis cerebral, el hidrocéfalo y la enfermedad pulmonar crónica son otras secuelas frecuentes en los sobrevivientes (6).

El grupo entre 16 y 24 semanas es de altísimo riesgo, ya que muchos de estos fetos se encuentran en el límite de la viabilidad. En caso de sobrevivir la posibilidad de tener problemas en el corto y largo plazo es muy probable (8).

La infección con rotura de membranas a estas edades gestacionales está presente entre el 30% y 50% de los casos dentro de los 7 días, lo que agrava aún más el pronóstico (9).

Un estudio retrospectivo publicado recientemente por Pristauz en Austria (10) incluye 87 embarazos (56 con feto único) entre 14 y 25 semanas de gestación que recibieron antibióticos y corticoides cuando alcanzaron la 24 semanas. La latencia promedio entre la ruptura de membranas y el nacimiento fue de 4 días y de los 56 embarazos con feto único, 25 (45%) nacieron vivos, pero de ellos 13 murieron en el hospital. La corioamnionitis estuvo presente en 12 de los 13 neonatos que fallecieron en el hospital (92%) y en 5 de los 12 que sobrevivieron (42%). La sobrevivencia global fue de 12/56 (23%).

En Australia, Everest (11) estudia embarazos con ruptura de las membranas antes de las 24 semanas. Se identificaron 98 embarazos de los cuales 40 (41%) nacieron vivos después de un período de latencia mínimo de 14 días. La mayoría de ellos necesitaron ventilación mecánica y 28 sobrevivieron al alta hospitalaria (70%). De los sobrevivientes, 12/28 (43%) necesitaron oxígeno suplementario hasta las 36 semanas post-menstrual, 7 tuvieron pérdida de aire (neumotórax u otras causas) y ninguno tuvo hemorragia intraventricular severa (grados III o IV). Estos resultados fueron bastante mejores a los previamente reportados; quizás la alta calidad de los cuidados neonatales sea responsable de estos resultados.

ESQUEMA de MANEJO

Tanya de American Family Physician (6) y Esplin de la División de Medicina Materno Fetal de la Universidad de UTHA (7) describen una propuesta del manejo de la RPM antes de las 24 semanas de gestación. Más del 50% de estos casos nacen dentro de la primera semana desde el momento de la RPM (12), el 30% desarrolla corioamnionitis (13) y hasta el 42% en el estudio de Pristauz en Austria (10). A su vez, cerca de 12% se complica con abrupcio placentae (14) y entre el 1 y 2% existe prolapso de cordón umbilical.

En el esquema de manejo entre 16 y 24 semanas con RPM (7), una serie de pasos a seguir correlativamente fueron propuestos:

- a) Seleccionar los pacientes para realizar un manejo expectante o sea aquéllos con feto saludable y sin evidencia de infección. Si se decide por el manejo expectante se debe realizar un monitoreo exhaustivo de potenciales complicaciones.
- b) Hospitalización es una elección prudente, debido a las frecuentes emergencias que puedan suceder. Sin embargo Carlan (15) no encuentra diferencias en la duración del período de latencia con los cuidados en el hogar, pero en la

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente del posible daño causado a terceros.

- población estudiada, sólo el 18% llenaron los criterios para ser atendidos en domicilio.
- c) La supervisión del estado fetal es clave a través de la medida de la Frecuencia Cardíaca Fetal y la Prueba sin Estrés. La diferencia de frecuencia diaria de estos controles no ha mostrado beneficios.
 - d) La tocolisis utilizada podría aumentar el tiempo de latencia en menos de 48 horas, pero no hay evidencia de su justa utilidad.
 - e) El uso de corticoides entre las 24 y 32 semanas reduce la frecuencia de Síndrome de Dificultad Respiratoria, la hemorragia intraventricular y/o muerte perinatal, siempre que no haya infección agregada.
 - f) La Profilaxis Antibiótica reduce la endometritis, corioamnionitis y la infección y sepsis neonatal, en comparación con el manejo expectante sin antibióticos (16). Un regimen de eritromicina y ampicilina durante 48 horas seguida de eritromicina y amoxicilina durante 5 días es aconsejable. La antibiótico- terapia incrementa el período de latencia entre 2 y 7 días (17,18).
 - g) Vía del nacimiento. En caso de decidir la terminación del embarazo tal vez la cesárea sea una opción, pero en caso de fetos muy pequeños, la decisión de la vía a utilizar no está clara y las controversias son la regla (19).

CONCLUSION

A pesar de los adelantos de la medicina materno-fetal, varias son las preguntas que no aún no tienen respuestas en relación al manejo de la rotura prematura de membranas antes de las 24 semanas de gestación. Si bien el esquema de manejo general es coherente y nos guía hacia su implementación, frente al caso individual, se nos presentan ciertos interrogantes ¿Cómo confirmamos el diagnóstico de RPM?, ¿Cual es el manejo adecuado para cada edad gestacional, entre la 16 y 24 semanas de gestación? , ¿Qué informamos acerca de los riesgos de la madre y del niño y si se justifica continuar con la gestación?. Esas y otras preguntas aún no han sido respaldadas por la evidencia científica.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Hannah ME, Ohlsson A, Farine D, Hewson FA, Hodnett ED, Myhr TL, et al. Induction of labor compared with expectant management for prelabor rupture of the membranes at term. N Engl J Med 1996;334:1005-10.
- 2) Schucker JL, Mercer BM. Midtrimester premature rupture of the membranes. Semin Perinatol 1996;20:389-400.
- 3) Bendon RW, Faye-Petersen O, Paviova Z, Qurshi F, Mercer B, Miodovnik M. et al. Fetal membrane histology in preterm premature rupture of membranes: comparison to control and between antibiotic and placebo treatment. Pediatr Dev Pathol 1999;2:552-8.
- 4) Kilpatrick SJ, Patil R, Connell J, Nichols J, Studee L. Risk factors for previable premature rupture of membranes or advanced cervical dilatation :a case control study. Am J Obstet Gynecol. 2006 Apr;194(4):1168-74;discussion 1174-5.
- 5) American College of Obstetrician and Gynecologists. Premature rupture of membranes. Clinical management guidelines for obstetrician Gynecologist. ACOG practice bulletin N 1. In J Gynecol Obstet 1998;63:75-84.
- 6) Tanya M. Medina MD. And Ashley Hill MD. Preterm Premature Rupture of Membranes: Diagnosis and Management. American Family Physician. February 15, 2006 Vol 73 Nro 4. www.aafp.org/afp .
- 7) Splin MS. PROM Dilemmas: choosing a strategy knowing when to call it quits. OBG Management. August 2007 Vol 19 Nro 8.

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente dl posible daño causado a terceros.

- 8) Blott M, Greenough A. Neonatal outcome after prolonged rupture of the membranes starting in the second trimester. Arch Dis Child. 1988;63:1146-1150.
- 9) Major CA, Kitzmiller JL. Perinatal Survival with expectant management of midtrimester rupture of membranes. Am J Obstet Gynecol. 1990;163:838-844.
- 10) Pritauz G, Bauer M, Maurer-Fellbaum U, Rotky-Fast C, Bader AA, Haas J, Lang U. Neonatal outcome and two year follow-up after expectant management of second trimester rupture of membranes. Int J Gynaecol Obstet 2008 Jun;101(3):264-8. Epub 2008 Mar 4.
- 11) Everest NJ, Jacobs SE, Davis PG, Begg L, Rogerson S. Outcomes following prolonged preterm premature rupture of the membranes. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2008 May;93(3):F207-11. Epub 2007 Jul 27.
- 12) Nelson LH, Anderson RL, O'Shea TM, Swain M. Expectant management of preterm premature rupture of membranes. Am J Obstet Gynecol. 1994;171:350-356.
- 13) Belady PH, Farkouh LJ, Gibas RS. Intra-amniotic infection and premature rupture of the membranes. Clin Perinatol. 1997;24:43-57.
- 14) Ananth CV, Savitz DA, Willams MA. Placental abruption its association with hypertension and prolonged rupture of membranes: a methodologic review and meta-analysis: Obstet Gynecol .1996;88:309-318.
- 15) Carlan SJ O'Brien WF, Parsons MT, Lense JJ. Preterm premature rupture of membranes study of home versus hospital management. Obstet Gynecol 1993;81:61-4.
- 16) Egarter C, Leitich H, Karas H, et al. Antibiotic treatment in preterm premature rupture of membranes and neonatal morbidity: a meta-analysis. Am J Obstet Gynecol. 1996;174:324-328.
- 17) Kenyon SL, Taylor DJ, Tarnow-Mordi W. Broad spectrum antibiotics for preterm prelabour rupture of fetal membranes: The ORACLE Collaborative Group. Lancet 2001;357:979-988.
- 18) Kenyon S, Boulvain M, Neilson J. Antibiotics for preterm rupture of membranes. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(2):CD001058.
- 19) Bottoms SF, Paul RH, Iams JD, et al. Obstetrics determinants of neonatal survival: influence of willingness to perform caesarean delivery on survival of extremely low birth weight infants. National Institut of Child Health and Human Development Network of Maternal-Fetal Medicine Units. Am J Obstet Gynecol. 1997;176:960-966.