

Ruptura Prematura de Membranas en el Embarazo

Revisión Bibliográfica



Tutor: Dr. Ernesto Beruti

Carmen Heeren Dibos

2022

Tabla de Contenido

Resumen	3
Introducción	4
Epidemiología	4
Clasificación	4
Factores de Riesgo	5
Desarrollo	6
Fisiopatología	6
Clínica	6
Diagnóstico	7
Diagnósticos diferenciales	8
Tratamiento	8
Tabla 1: Tratamiento antes de las treinta tres punto seis (33.6) semanas de gestación	10
Tabla 2: Tratamiento después de las treinta y cuatro (34) semanas de gestación	12
Prevención	13
Complicaciones	14
Corioamnionitis	14
Conclusión	16
Bibliografía	17

Resumen

La Ruptura Prematura de Membranas (RPM) es una patología muy frecuente en el mundo de la obstetricia por lo que el objetivo de esta revisión es recopilar todos los datos relevantes buscando crear un guía para el correcto diagnóstico, seguimiento y tratamiento de la misma.

Perjudica hasta el 10% de embarazos siendo un factor importante de morbimortalidad neonatal y al mismo tiempo puede poner en riesgo la vida materna. La misma se clasifica según el momento en que ocurre, dividiéndose en a término cuando ocurre después de las treinta y siete (37) semanas y pretérmino cuando ocurre antes. Tiene un gran número de factores de riesgo pero el más relevante, aumentando su incidencia a un 13.5%, es el antecedente de haber padecido de un RPM en un embarazo previo.

La RPM es una patología multifactorial cuyas principales causas son infecciosas, traumáticas y por debilidad del colágeno. La primera manifestación de esta es la pérdida de líquido por vagina cual es el comienzo del algoritmo diagnóstico. Para correctamente diagnosticar la RPM es de vital importancia una anamnesis detallada y una especuloscopia donde se evidenciará pérdida del líquido amniótico por el orificio cervical externo. Si quedan dudas diagnósticas se puede recurrir a otras pruebas para confirmar el mismo o hacer un diagnóstico diferencial con leucorrea fisiológica o pérdida de orina.

El tratamiento se centra en el momento del embarazo en que ocurre la RPM y hace cuanto tiempo inició el cuadro. Es importante recalcar que cuando se sospeche de una RPM no se proceda al tacto vaginal lo cual puede aumentar el riesgo de un cuadro infeccioso o desencadenar el trabajo de parto. Al ingreso es necesario hacer un chequeo completo general y ginecológico para descartar marcadores de infección al igual que mantener un monitoreo materno fetal constante.

Antes de las treinta y tres punto seis (33.6) semanas el tratamiento se basa en tromboprolifaxis para evitar un cuadro tromboembólico, corticoterapia para la correcta maduración pulmonar fetal, antibioticoterapia como medida profiláctica contra infecciones, tocólisis para prolongar el periodo de latencia y neuroprotección para evitar parálisis cerebral fetal.

Después de las treinta y siete (37) semanas el tratamiento principalmente es la inducción ya que es recomendable el parto dentro de las doce (12) horas desde el inicio de la RPM. En caso de tener alta sospecha de portación de *Streptococcus Agalactiae* se procede a una antibioticoterapia.

No se encontró evidencia que sustente el uso de amnioinfusión.

Siempre es de vital importancia cultivar la relación médico-paciente con la gestante ya que las RPM se presentan como cuadros de estrés y es necesario el adecuado acompañamiento de la paciente.

Las medidas preventivas parten de un buen interrogatorio al inicio del embarazo que permite tomar conductas preventivas cuando existe alto riesgo del cuadro. Las mismas pueden evitar complicaciones futuras que no solo afectan al feto y futuro neonato, sino que también a la madre.

Introducción

La Ruptura Prematura de Membranas (RPM) se puede definir como una “solución de continuidad de las membranas corioamnióticas que se produce luego de la semana veinte (20) del embarazo y hasta una (1) hora antes del inicio del trabajo de parto.” Perjudica hasta el 10% de embarazos siendo un factor importante de morbimortalidad neonatal ya que puede llevar a prematuridad, hipoplasia pulmonar, sepsis entre otros. No es solo perjudicial para el feto, sino también para la madre pudiendo derivar a una hemorragia, infecciones y hasta desprendimiento prematuro de la placenta.

Epidemiología

La RPM perjudica hasta el 10% de embarazos y es responsable de hasta el 60% de prematuridad fetal. El 10% de las muertes perinatales se corresponden con la misma. Una mujer sin antecedente de una RPM tiene 4.1% de probabilidad de padecer la patología. En cambio, una mujer con antecedente previo de una RPM aumenta su riesgo en un embarazo subsiguiente a un 13.5%.

Clasificación

La RPM se clasifica según el momento en que ocurre, dividiéndose en a término y pretérmino.

Se denomina a término cuando sucede después de las treinta y siete semanas (37) del embarazo y engloba entre el 70-90% del cuadro. En el 50% de los casos se desencadena el trabajo de parto dentro de las siguientes cinco (5) horas. Dentro de la misma se puede dividir en a término temprano cuando ocurre entre la semana treinta y siete (37) y treinta y ocho punto seis (38.6). A término completo entre la semana treinta y nueve (39) y cuarenta punto seis (40.6) y a término tardío entre la semana cuarenta y uno (41) y cuarenta y uno punto seis (41.6). Si ocurre después de la semana cuarenta y dos (42) se denomina posttérmino.

Se clasifica como pretérmino cuando ocurre previo a la semana treinta y seis punto seis (36.6) del embarazo y es responsable del 20-40% de partos prematuros. Mientras menor sea la edad gestacional, mayor es el riesgo neonatal, considerándose una causa relevante de la morbimortalidad perinatal. Dentro de las RPM pretérmino podemos hacer una división más. Las que ocurren antes de la semana veintitrés punto seis (23.6) se denominan pretérmino precoz y prolongada ya que antes de este punto el feto no es viable. Las que ocurren entre la semana veinticuatro (24) y treinta y tres punto seis (33.6) se denominan

pretérmino alejada del término. Por último, si ocurre entre la semana treinta y cuatro (34) y treinta y seis punto seis (36.6) se denomina pretérmino tardía.

Factores de Riesgo

Una paciente con antecedente previo de RMP tiene un 13.5% de probabilidad de volver a padecerla en embarazos subsiguientes, comparado con un 4.1% en la población general, siendo este antecedente el factor de riesgo más relevante. Otros factores de riesgo a tener en cuenta incluyen embarazos múltiples, antecedente de prematuridad, diabetes, deficiencias nutricionales, tabaco, abortos previos, enfermedades del tejido conectivo, cirugía cervical, incompetencia cervical, hemorragias, infecciones y una baja clase socioeconómica.

Desarrollo

Fisiopatología

La RPM es una etiología multifactorial. En cuanto a sus causas se consideran tres principalmente; infecciosa, traumática y por debilidad del colágeno. La causa infecciosa se da ya que esta desencadena una serie de reacciones, tales como la liberación de citoquinas y factor de necrosis tumoral secundario a la reacción inflamatoria, liberación de proteasas y estimulación de metaloproteasas y colagenasas. Esto termina conduciendo a degradación del colágeno llevando a la RPM. En cuanto a la debilidad del colágeno suele verse por factores químicos, tales como el tabaco, que degradan el colágeno al estimular a las metaloproteasas. Por último, los factores traumáticos llevan a la apoptosis y adelgazamiento del tejido a nivel de la ruptura. Es importante remarcar que todas las etiologías pueden estar íntimamente relacionadas.

Clínica

La sintomatología clásica de las RPM suele iniciar con pérdida de líquido por vagina. La cantidad de líquido varía dependiendo de cada paciente por lo que puede sentirse como un chorro abundante, escape de líquido o sensación de humedad. En caso de presentarse debido a una infección es común que la paciente se encuentre febril, taquicárdica, con dolor abdominal y flujo abundante con olor fétido.

Diagnóstico

La RPM suele presentarse tras una consulta por pérdida de líquido por la vagina. El primer paso para el diagnóstico debe ser un interrogatorio integral donde se pueden averiguar antecedentes de relevancia al igual que características del episodio. Durante esa primera consulta se debe hacer un examen clínico general y un examen obstétrico completo **excepto** el tacto ginecológico. Para constatar la RPM el gold standard es la especuloscopia. Al insertar el espéculo se le debe pedir a la paciente realizar la maniobra de Valsalva, realizar suave presión fúndica o realizar la maniobra de Tarnier ya que el aumento de presión intraabdominal facilitara evidenciar la pérdida del líquido amniótico por el orificio cervical externo. Durante la especuloscopia es usual evidenciar dilatación cervical, cervicitis y prolapso del cordón umbilical.

En caso de quedar duda acerca del diagnóstico se puede proceder a exámenes complementarios. La toma de muestras del líquido del fondo del saco vaginal para cristalización aumenta la certeza diagnóstica a un

93%. Esta es una prueba rápida donde se evidencia el líquido fresco bajo un microscopio óptico donde se evidencian helecchos característicos de la patología. También se puede realizar una ecografía en busca de oligoamnios, el mismo hace el diagnóstico de RPM solo cuando se asocia a la clínica característica y el test de cristalización positivo, nunca por sí solo. Otros exámenes complementarios incluyen el test de nitrazina, presencia de α -1 microglobulina de la placenta y la presencia del insulín like Growth Factor ya que todos ponen en evidencia la pérdida del líquido amniótico. También se puede utilizar un test colorimétrico para medir el pH vaginal ya que el líquido amniótico tiene un pH mayor a seis (6) al ser alcalino.

Es importante confirmar o descartar la infección como desencadenante de la patología, siendo la misma la principal causa. Para determinar esto se recurre a cultivos de fondo de saco, endocervix y exocervix, un hemograma y proteína C reactiva (PCR). Los últimos dos se solicitan al ingreso y se deben repetir cada setenta y dos (72) horas. Leucocitos mayores a quince (15) mil por mm^3 , y un valor de PCR mayor a veinte (20) mg/L sugiere un cuadro infeccioso.

Otra consideración a tener en cuenta es que hasta en un 14% de casos las RPM sellan de manera espontánea. Debido a esto, en casos que el líquido amniótico se evidencie normalmente con ecografía y los exámenes complementarios sean negativos se puede seguir a la paciente por consultorio externo.

Diagnósticos diferenciales

Se debe descartar una leucorrea fisiológica o pérdida de orina principalmente.

Tratamiento

Antes de iniciar el tratamiento es de suma importancia determinar la edad gestacional de la paciente y hace cuanto tiempo inició el cuadro. Cuando se sospecha de una RPM es primordial no hacer un tacto vaginal al inicio de la consulta ya que esto puede aumentar el riesgo de un cuadro infeccioso como una corioamnionitis e inclusive disminuir el periodo de latencia en casos pretérmino. Solo proseguir al tacto una vez que se constata dinámica uterina regular y se sospecha que la paciente está en trabajo de parto o el mismo está próximo.

Una vez constatada la RPM se debe internar a la paciente para realizar monitoreo materno-fetal constante. La internación es de vital importancia para detectar marcadores de infección como aumento de frecuencia

cardiaca materna y procesos febriles que pueden aumentar el riesgo del perinato y la paciente exponencialmente. Durante la internación es necesario limitar los movimientos de la paciente y se debe indicar reposo en cama preferiblemente en decúbito lateral. Se deben cambiar los apósitos estériles cada seis (6) horas ya que la paciente puede seguir perdiendo líquido. Al ingreso se debe realizar una ecografía para evidenciar la cantidad de líquido amniótico remanente, la edad gestacional, biometría fetal y la presentación del mismo. Es necesario realizar los controles maternos iniciales incluyendo la temperatura, tensión arterial, frecuencia cardiaca, contractilidad uterina, pérdidas genitales, hemograma completo, urocultivo con sedimento urinario, cultivo de secreciones vaginales, hemocultivo y control de ingreso y egreso de fluidos. Al mismo tiempo se deben realizar controles fetales constantes como frecuencia cardiaca y monitoreo fetal. Toda muestra debe tomarse previo al inicio de tratamiento del cuadro.

Es fundamental derivar a la paciente a un centro de salud que pueda seguir y tratar este cuadro efectivamente al igual que proporcionar los cuidados al neonata que posiblemente sea prematuro.

La conducta difiere dependiendo de la edad gestacional.

Antes de las treinta tres punto seis (33.6) semanas el objetivo es prolongar el periodo de latencia a través de una terapia tocolítica, pudiendo lograr una correcta maduración pulmonar y prevención de infecciones, así disminuyendo la morbimortalidad que se relaciona con los partos prematuros. Se utiliza una conducta expectante hasta las treinta y cuatro (34) semanas en ausencia de complicaciones maternas y fetales. Para lograr esto se recurre al reposo en cama ya que disminuye la pérdida de líquido, favorece el sellado de membranas y disminuye el riesgo de infección.

Teniendo en cuenta que el riesgo tromboembólico aumenta cinco punto cinco (5.5) veces durante el embarazo y hasta cien (100) veces durante la inmovilización mayor a cuatro (4) días, es fundamental que se administre terapia trombo profiláctica y que la paciente realiza ejercicios de flexo-extensión. Otro factor a tener en cuenta es que la cesárea puede hasta duplicar la incidencia de un episodio trombótico. Se indica el esquema trombo profiláctico en la Tabla 1.

Luego se debe proceder a la maduración pulmonar. Para la misma se utilizan corticoides, indicados en toda embarazada de menos de treinta y dos (32) semanas. La corticoterapia disminuye la morbimortalidad neonatal asociada a enfermedad de membrana hialina, hemorragia periventricular y enterocolitis necrotizante. No se encontró evidencia que sustente la repetición de dosis semanales ya que se ha constatado que no mejora la morbimortalidad perinatal y causa efectos adversos fetales como alteraciones

en el desarrollo neurológico fetal al igual que en su crecimiento. Una consideración a tener en cuenta es que es importante realizar el hemograma previo a la administración del corticoide ya que el mismo puede causar un aumento de glóbulos blancos dificultando la distinción de una infección. Se puede proceder a la inducción entre la semana treinta y dos (32) y treinta y cuatro (34) si se constata madurez pulmonar a través del test de Clemens. Se indican los distintos esquemas de corticoterapia en la Tabla 1.

Uno de los temas más discutidos dentro de las RPM es el uso de corticoterapia entre la semana treinta y dos (32) y treinta y cuatro (34). Cada institución tiene un esquema propio. De cualquier manera, puede concluir que sí se debería utilizar corticoterapia durante este periodo según las guías de EEUU (ACOG 2018), Francia (CNGOF 2019), Argentina (HMIR Sarda 2018 y FASGO), el Reino Unido (RCOG 2018), España (SEGO) y Australia. Se indican los distintos esquemas de corticoterapia en la Tabla 1, siendo los mismos que para antes de las treinta y dos (32) semanas.

También se debe indicar una antibioticoterapia para prevenir cuadros infecciosos y así evitar el parto prematuro desencadenado por los mismos. Se ha comprobado que el uso de antibióticos no solo disminuye el riesgo de infecciones maternas como la corioamnionitis, sino que también previene el parto dentro de las cuarenta y ocho (48) horas, previene el uso de surfactantes y oxigenoterapia neonatal y previene infecciones neonatales. Se suele indicar ampicilina seguida por amoxicilina y eritromicina como esquema conjunto. Se debe evitar la amoxicilina clavulánico ya que aumenta el riesgo de enterocolitis necrotizante neonatal. Otra consideración a tener en cuenta es el uso de un antibiótico de amplio espectro en caso de encontrarse frente a una corioamnionitis. Se indica el esquema de antibioticoterapia en la Tabla 1.

Para prolongar el periodo de latencia se puede recurrir a una tocolisis corta y escalonada así causando uteroinhibición. De esta manera se llega a las cuarenta y ocho (48) horas posteriores a la corticoterapia donde se vuelve más efectiva la misma en lograr la maduración pulmonar y al mismo tiempo favorece la acción de los antibióticos. La tocolisis no debe extenderse más de setenta y dos (72) horas ya que la misma podría enmascarar la sintomatología de una infección. Durante esta es importante tener un estricto control de signos vitales, saturación de O₂ y balance hídrico. Se indica el esquema en la Tabla 1.

Se debe tener en cuenta la utilización de neuroprotección fetal para evitar la parálisis cerebral. La misma se debe utilizar siempre en embarazos menores a treinta y dos semanas (32) de gestación que inicien con trabajo de parto excepto en casos donde la madre sufra de una cardiopatía grave, miastenia gravis, hipocalcemia, insuficiencia renal o alteraciones respiratorias. Se indica el esquema en la Tabla 1.

Tabla 1

Tratamiento antes de las treinta tres punto seis (33.6) semanas de gestación			
Terapia	Farmaco	Vía	Dosis e intervalo
Tromboprofilaxis	Enoxaparina	Subcutanea	40 mg en 24 horas
Corticoterapia	Betametasona *Primera elección	Intramuscular	2 dosis de 12 mg separadas por 24 horas
	Dexametasona *Segunda elección	Intramuscular	4 dosis de 6 mg separadas por 12 horas
Antibioticoterapia (esquema completo)	Ampicilina	Endovenosa	2 gramos cada 6 horas por 48 horas
	Seguido por:		
	Amoxicilina	Oral	500 mg cada 8 horas por 5 días
	Enteromicina	Oral	500 mg cada 8 horas por 10 días
Tocolisis	Nifedipino *Primera elección (1era línea)	Oral	10 mg cada 20 minutos hasta controlar dinámica uterina Maximo 3 dosis. Al controlar la dinámica uterina se continua con 10 mg cada 6 horas
	Atosiban *Segunda elección (1era línea)	Endovenosa	<u>Dosis de carga:</u> 6.75 mg <u>Dosis mantenimiento:</u> 300 ug/min por 3 horas. Luego 100 ug/min por 45 horas más.
	Fenoterol *Si falla primera línea (segunda línea)	Endovenosa	<u>Dosis de carga:</u> 1.5 ug/min (dosis maxima 2.5 ug/min) por 12 horas <u>Dosis mantenimiento:</u> 0.5ug/min por 6 horas más.
Neuroprotección	Sulfato de Magnesio	Endovenoso	<u>Dosis de carga:</u> 5 gramos en bolo lento <u>Dosis de mantenimiento:</u> 1 gramo cada hora hasta el parto

Después de las treinta y cuatro (34) semanas el objetivo es disminuir el riesgo de cuadros infecciosos principalmente la corioamnionitis. Para evitar los mismo se recurre a una inducción inmediata ya que es recomendable el parto dentro de las doce (12) horas desde el inicio de la RPM. Es importante utilizar el score de Bishop para determinar la terapia de inducción a utilizarse, el mismo evalúa dilatación cervical, consistencia cervical, posición cervical, borramiento cervical y encajamiento fetal. En caso de ser favorable la primera elección es la oxitocina. En cambio, si el score de Bishop es desfavorable, se utilizan prostaglandinas para favorecer la maduración del cuello cervical. Es necesario permitir un periodo entre seis (6) a doce (12) horas antes de denominar la inducción como fallida y proceder a una cesárea. Se indica la terapia de inducción en la Tabla 2.

Antes de iniciar la inducción se deben tomar en cuenta los factores de riesgo para la portación de *Streptococcus Agalactiae*. Estos incluyen; bacteriuria durante el embarazo, hijo previo afectado, parto pretérmino previo, ruptura de membranas igual o mayor a dieciocho (18) horas y fiebre mayor a treinta y ocho (38) grados centígrados. En casos de presentar alguno de estos factores de riesgo en ausencia de un cultivo, que el cultivo esté vencido (más de cinco semanas de antigüedad) o en caso de cultivo positivo en cualquier momento del embarazo, se debe indicar antibioticoterapia. La administración precoz de la misma, especialmente cuando antecede el parto por cuatro (4) horas o más, disminuye la transmisión exponencialmente. Se indican los distintos esquemas en la Tabla 2.

Es importante recalcar que la antibioticoterapia no es de rutina para las pacientes con RPM después de las treinta y cuatro (34) semanas, sino que se utiliza frente a riesgo de portación de *Streptococcus*.

Se puede tomar una conducta expectante cuando la madre lo pida solo en los casos de embarazos sin signos de infección, feto en posición cefálica y sin más de dos (2) tactos vaginales en las últimas veinticuatro (24) horas. Como condición para recurrir a la conducta expectante se debe hacer un monitoreo fetal constante al igual que ubicarse en un centro de salud con la complejidad suficiente para seguir correctamente la patología y atender un parto o cesárea con posibilidad de complicación. De igual manera no es recomendable la conducta expectante después de las treinta y cuatro (34) semanas donde lo ideal es la inducción inmediata.

Tabla 2

Tratamiento después de las treinta y cuatro (34) semanas de gestación			
Terapia	Farmaco	Vía	Cantidad
Inducción	Oxitocina *Score Bishop favorable	Endovenosa	Escalonada. 0.5-2 mu/min aumentando 1-2 miliunidades cada 15-60 min.
	Dinoprostona o Misoprostol *Score Bishop desfavorable	Intravaginal	25 microgramos
Antibioticoterapia (se elige una)	Penicilina G sódica *Primera elección	Endovenosa	<u>Primera dosis:</u> 5,000,000 uL <u>Dosis subsiguientes:</u> 2,500,000 uL cada 4 horas hasta el parto
	Ampicilina *Segunda elección	Endovenosa	<u>Primera dosis:</u> 2 gramos <u>Dosis subsiguientes:</u> 1 gramo cada 4 horas hasta el parto
	Cefalotina *Alergia a penicilina	Endovenosa	<u>Primera dosis:</u> 2 gramos <u>Dosis subsiguientes:</u> 1 gramo cada 8 horas hasta el parto
	Cefazolina *Alergia a penicilina	Endovenosa	<u>Primera dosis:</u> 2 gramos <u>Dosis subsiguientes:</u> 1 gramo cada 8 horas hasta el parto
	Clindamicina *Alternativa	Endovenosa	<u>Primera dosis:</u> 900 miligramos <u>Dosis subsiguientes:</u> 900 miligramo cada 8 horas hasta el parto
	Vancomicina *Germen desconocido o resistente	Endovenosa	<u>Primera dosis:</u> 1 gramo <u>Dosis subsiguientes:</u> 1 gramo cada 12 horas hasta el parto

La amnioinfusión es una terapia controversial para el tratamiento de las RPM. La misma se realiza infundiendo una solución similar al líquido amniótico y tiene como objetivo reducir los accidentes de cordón, la hipoplasia pulmonar y la aspiración de meconio. Tras una revisión exhaustiva puede concluir que no es recomendada por la insuficiencia de evidencia de sus beneficios. Dentro de las asociaciones que no la recomiendan se incluyen; EEUU (ACOG 2018), Francia (CNGOF 2019), Argentina (HMIR Sarda 2018 y FASGO), el Reino Unido (RCOG 2018), España (SEGO) y Australia.

Por último, es importante recalcar que la RPM se presenta como una situación de estrés para la madre por lo que el acompañamiento y la relación médico-paciente debe ser priorizada.

Prevención

Durante el embarazo lo más importante es un adecuado interrogatorio para identificar factores de riesgo y de esta manera poder estar preparados para una eventual RPM. Una vez que se determina que la paciente padece de algún factor de riesgo, principalmente una RPM previa, se pueden tomar ciertas medidas como screening de infecciones ginecológicas, suplementación dietaria, disminución de exploraciones vaginales, medir la longitud cervical e inclusive un cerclaje.

Complicaciones

La RPM puede traer múltiples complicaciones no solo afectando al feto sino también a la madre.

La principal complicación es el parto prematuro del feto, contribuyendo hasta al 10% a la mortalidad perinatal. Este aumento en morbimortalidad es multifacético ya que puede responder a muchas causas tales como hemorragia intraventricular, distrés respiratorio, displasia broncopulmonar, enterocolitis necrotizante, trastornos metabólicos, compromiso de los sentidos, principalmente la audición y visión, retraso mental e inclusive sepsis. El oligohidramnios ocasionado por la RPM presenta también una serie de complicaciones como compresión del cordón umbilical, deformidades fetales e hipoplasia pulmonar por compresión mecánica. Otra complicación vista en hasta 30-40% de las RPM son las infecciones intra amnióticas secundarias a una corioamnionitis. También es importante seguir y tratar este cuadro para prevenir una posición pelviana o transversa durante el inicio del trabajo de parto, desprendimiento de la placenta y procidencia del cordón umbilical.

En cuanto a complicaciones maternas, las más frecuentes son las infecciones, principalmente la corioamnionitis durante el embarazo y la endometritis durante el puerperio. También es importante controlar sangrados ya que los mismos pueden desencadenar cuadros de anemia.

Por último, las RPM también se asocian a mayor cantidad de cesáreas sin otra indicación.

Corioamnionitis

La corioamnionitis es una de las complicaciones maternas más temidas para la madre por lo que es relevante aclarar la misma. Se trata de un proceso inflamatorio de las membranas ovulares, las cuales incluyen el corion y amnios, y/o la cavidad amniótica, la cual contiene el líquido amniótico, el cordón umbilical y al feto. Los gérmenes que frecuentemente la causan incluyen; Streptococcus, E Coli, Neisseria, Klebsiella, Enterococcus, Candida, Bacteroides, Proteus, Mycoplasma y Ureaplasma. La RPM, en especial si se prolonga, es un factor predisponente importante junto con malnutrición materna, tactos vaginales reiterados, prematuridad e infecciones genitales durante el embarazo.

En cuanto a su clínica la madre suele presentar taquicardia, hiperdinamia refractaria, líquido amniótico purulento o fétido y fiebre. Como complicaciones aumenta el riesgo de endometritis, abscesos pélvicos, hemorragia post parto, bacteremia e inclusive en casos extremos puede llevar a shock séptico. También aumenta el riesgo de cesárea sin otra indicación. En cuanto a la clínica fetal, el mismo puede sufrir de taquicardia e inclusive movimientos respiratorios ausentes. Sus complicaciones incluyen prematuridad, enfermedad neonatal pulmonar crónica, infecciones fetales que pueden desencadenar un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), sepsis neonatal y hasta muerte fetal.

El diagnóstico de la corioamnionitis se basa en un conjunto de su clínica y pruebas de laboratorio características. La madre suele presentar una taquicardia superior a cien (100) latidos por minuto mientras que el feto presenta una taquicardia mayor a ciento sesenta (160) latidos por minuto. La madre también presenta líquido amniótico purulento o fétido, irritabilidad uterina y fiebre superior a treinta y ocho (38) grados centígrados. También se puede presentar con oligoamnios. En cuanto a parámetros de laboratorio se encuentra una leucocitosis superior a 15 mil (15,000) por mm y una PCR superior a veinte (20) mg/L. Un cultivo bacteriológico daría un diagnóstico de certeza pero solo da positivo en un 10- 20% de los casos.

Una vez confirmada la corioamnionitis está indicado terminar el embarazo, se opta por un parto por vía vaginal a menos que existan otras contraindicaciones, en caso donde se procede a una cesárea. Es necesario hacer un control estricto de signos vitales e instaurar un tratamiento antibiótico por vía endovenosa. Se puede optar por uno de tres esquemas incluyendo; dos (2) gramos de ampicilina cada seis (6) horas, quinientos (500) mg de metronidazol cada doce (12) horas o tres (3) dosis de tres (3) - cinco (5) mg por kilo de gentamicina hasta el trabajo de parto. Después del parto se instaura amoxicilina clavulánico por vía oral por siete (7) - catorce (14) días.

Debido a la posibilidad del cuadro como complicación, es necesario implementar medidas de precaución durante la RPM para evitar el mismo. Esta prevención se basa principalmente en evitar los tactos vaginales, los cuales pueden desatar la corioamnionitis, y utilizar y cambiar los apósitos estériles cada seis (6) horas.

Conclusión

En base a la información recopilada se puede concluir que la RPM es una patología muy frecuente que requiere un manejo delicado. Es necesario un correcto seguimiento del embarazo desde un inicio para poder tomar las debidas medidas de precaución en caso de presentar factores de riesgo sugestivos. En caso de presentar un RPM es de esencial importancia hacer un correcto y veloz diagnóstico para poder correctamente seguir y tratar la patología.

Bibliografía

- Ehsanipoor, R. (2016). *Practice bulletin no. 172: Premature rupture of membranes*. Obstetrics and gynecology. Retrieved October 4, 2022, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27661655/>
- Alexander, J. M., Mercer, B. M., Miodovnik, M., Thurnau, J. R., Goldenberg, R. L., Das, A. F., Meis, P. J., Moawad, A. H., Iams, J. D., Vandorsten, J. P., Paul, R. H., Dombrowski, M. P., Roberts, J. M., & McNelli, D. (2000). *The impact of digital cervical examination on expectantly managed preterm rupture of membranes*. American journal of obstetrics and gynecology. Retrieved October 4, 2022, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11035354/>
- Angeles, M. A., Cobo, T., Migliorelli, F., Lopez, M., Hernandez, S., Jaramillo, J. J., Gratacós, E., & Palacia, M. (2017). *Evaluación del efecto de un estabilizador del microbioma vaginal sobre los resultados maternos y neonatales en mujeres con rotura prematura de membranas pretérmino*. SEGO - Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Retrieved October 4, 2022, from https://sego.es/documentos/progresos/v60-2017/n5/03_Is_It.pdf
- Barcelona, F. M. F. (n.d.). *Rotura Prematura membranas a término Y Pretérmino*. Medicina Fetal Barcelona - Inicio. Retrieved October 4, 2022, from <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/rotura-prematura-membranas.html>
- Canavan, T. P., Simhan, H. N., & Caritis, S. (2004). *An evidence-based approach to the evaluation and treatment of premature rupture of membranes: Part II*. Obstetrical & gynecological survey. Retrieved October 4, 2022, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15329561/>
- Duff, P. (n.d.). *Premature rupture of membranes at term: A medical and economic 1541 ...* Can Med Assoc J 1997;157:1541-2. Retrieved October 4, 2022, from <https://www.cmaj.ca/content/cmaj/157/11/1541.full.pdf>
- Ehsanipoor, R. (2018). *Acog Practice Bulletin No. 188: Prelabor Rupture of membranes*. Obstetrics and gynecology. Retrieved October 4, 2022, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29266075/>
- Fescina, R. H., Schwarcz, R. L., & Duverges, C. A. (2016). *Obstetricia*. El Ateneo.
- Lee, T., Carpenter, M. W., Herber, W. W., & Silver, H. M. (2003). *Preterm premature rupture of membranes: Risks of recurrent complications in the next pregnancy among a population-based sample of Gravid Women*. American journal of obstetrics and gynecology. Retrieved October 4, 2022, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12548219/>
- Melamed, N., Ben-Haroush, A., Pardo, J., Chen, R., Hadar, E., Hod, M., & Yogeve, Y. (2010). *Expectant management of preterm premature rupture of membranes: Is it all about gestational age?* American journal of obstetrics and gynecology. Retrieved October 4, 2022, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21074135/>
- Mercer, B. M. (2003). *Preterm premature rupture of the membranes*. Obstetrics and gynecology. Retrieved October 4, 2022, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12517665/>

- Mercer, B. M., Goldenberg, R. L., Meis, P. J., Moawad, A. H., Shellhaas, C., Das, A., Menard, M. K., Caritis, S. N., Thurnau, G. R., Dombrowski, M. P., Miodovnik, M., Roberts, J. M., & McNellis, D. (2000). *The preterm prediction study: Prediction of preterm premature rupture of membranes through clinical findings and ancillary testing. The National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network.* American journal of obstetrics and gynecology. Retrieved October 4, 2022, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10992202/>
- Robert, J. A. S., & Leiva, J. L. B. (2014, November 1). *Protocolo de Manejo en Pacientes con Amenaza de Parto Prematuro en Clínica las condes.* Revista Médica Clínica Las Condes. Retrieved October 4, 2022, from <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-protocolo-manejo-pacientes-con-amenaza-S0716864014706431>
- Susacasa, S., Frailuna, M. A., Swistak, E., Mondani, M. F., Fabra, L., & Martínez, M. (2019). *Guía de Práctica Clínica - Rotura Prematura de Membranas.* Hospital Materno Infantil Ramon Sarda. Retrieved October 4, 2022, from https://www.sarda.org.ar/images/GPC_RPM_HMIRS_2019.pdf
- U.S. National Library of Medicine. (2010). *Committee opinion no. 455: Magnesium sulfate before anticipated preterm birth for neuroprotection.* Obstetrics and gynecology. Retrieved October 4, 2022, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20177305/>
- Vigil de Garcias, P., Savransky, R., Perez Wuff, J. A., Delgado Gutierrez, J., & Nunez de Moraise, E. (2011). *Ruptura Prematura de membranas - SOGIBA.* Guía clínica de la Federación Latino Americana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia. Retrieved October 4, 2022, from <http://sogiba.org.ar/documentos/GC1RPM.pdf>
- Votta, R., Nores Fierro, J., & Santiago, O. (2018). *Rotura prematura de membranas Consenso FASGO XXXIII cordoba, 5 al 7 de ...* FASGO - Cordoba. Retrieved October 4, 2022, from http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_FASGO_2018_Rotura_prematura_de_membranas.pdf