

ACTUACIÓN DE LA MATRONA EN URGENCIAS ANTE LA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN EL PRETÉRMINO

AUTORÍA

Silva Muñoz, Gustavo*
Gilart Cantizano, Patricia**
Siles Carvajal, Ana***

*Matrona Hospital Universitario de Cruces.

**Matrona Hospital Quiron Campo de Gibraltar-Hospital Materno-Infantil Badajoz.

*** Matrona Hospital Materno-Infantil Badajoz.

RESUMEN

La rotura prematura de las membranas en el pretérmino (RPMPT) es la que se produce más de 1 hora antes del inicio del trabajo de parto y antes de las 37 semanas de gestación.

Es la responsable de un tercio de todos los nacimientos prematuros y afecta a 120.000 embarazos en los Estados Unidos cada año.

La RPMPT es bastante menos frecuente que a término, ocupando del 2-4% de las gestaciones y el intervalo de tiempo hasta el parto suele ser de una semana o más.

El tiempo de latencia tiende a ser mayor cuanto menor es la edad gestacional en el momento de la rotura. Su importancia radica en que está asociada a un 30-40% de los casos de prematuridad, con la morbilidad y mortalidad que esta conlleva.

Las complicaciones descritas en los casos de RPMPT pueden ser maternas o fetales. Desde el punto de vista materno existe mayor riesgo de corioamnionitis clínica (13-60%), infección postparto (2-13%) y desprendimiento prematuro de placenta (4-12%). A nivel neonatal se ha descrito un mayor riesgo de dificultad respiratoria (complicación más frecuente), sepsis neonatal, hemorragia interventricular, enterocolitis necrotizante, mayor compromiso neurológico y mayor riesgo de compresión de cordón en casos de anhidramnios.

El tratamiento eficaz se basa en un diagnóstico preciso y es dependiente de la edad gestacional. El diagnóstico de rotura prematura de membranas se realiza mediante una combinación de sospecha clínica, la historia del paciente y algunas pruebas sencillas.

PALABRAS CLAVE:

Rotura prematura de membranas en pretérmino, matrona, embarazo

TITLE

Midwife acting in urgency to premature rupture of membranes in preterm

ABSTRACT

Premature rupture of membranes in preterm is produced more than 1 hour before the start of labor and before 37 weeks of gestation. It is responsible for one third of all premature births and affects 120,000 pregnancies in the United States each year.

PPROM is far less common term, occupying 2-4% of pregnancies and the time interval until delivery is usually a week or more.

Latency tends to be greater the lower the gestational age at the break. Its importance lies in that it is associated with 30-40% of cases of prematurity, morbidity and mortality that this entails. The complications described in cases of PPRM can be maternal or fetal. From the point of view there maternal increased risk of clinical chorioamnionitis (13-60%), postpartum infection (2-13%) and abruptio placentae (4-12%). A neonatal level described an increased risk of respiratory distress (most common), neonatal sepsis, intraventricular hemorrhage, necrotizing enterocolitis, and greater neurological involvement increased risk of cord compression anhydramnios cases. Effective treatment is based on an accurate diagnosis and is dependent on gestational age. The diagnosis of premature rupture of membranes is performed by a combination of clinical suspicion, the patient's history and some simple tests.

KEYWORDS

Preterm premature rupture of fetal membranes, midwife, pregnancy

INTRODUCCIÓN

La rotura prematura de membranas en el pretérmino (RPMPT), se presenta en un tercio de los partos prematuros y antes de las 32 semanas de gestación se asocia con alta morbimortalidad perinatal. Estos riesgos han sido relacionados con invasión microbiana de la cavidad amniótica, especialmente por *Streptococcus agalactiae* y en menor grado con infección cervicovaginal. Las consecuencias de la infección intrauterina en el niño se asocian con sepsis, bronconeumonía, enterocolitis necrotizante, con daños neurológicos (leucomalacia periventricular, hemorragia intraventricular, parálisis cerebral) y enfermedad pulmonar crónica.

Con el uso de antibióticos y corticosteroides se han mejorado los resultados perinatales en pacientes con rotura de membranas de pretérmino y sin trabajo de parto. Los corticosteroides han demostrado ser útiles en reducir las tasas de síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular y muerte neonatal.

Generalmente la RPMPT suele relacionarse con amenaza de parto prematuro, por lo que suele administrarse también tratamiento tocolítico para evitar un parto prematuro.

La cesárea es un modo de parto que se indica para mejorar los resultados perinatales con condiciones obstétricas adversas. La decisión del modo del parto en la paciente con RPMPT, manejada con conducta expectante, corticoides y antibióticos depende de las condiciones obstétricas y de las urgencias ocurridas.

Es escasa la información en la literatura referente a si estas indicaciones y el momento de interrupción del parto son los adecuados para mejorar los resultados perinatales en este accidente del embarazo

La RPMPT aumenta el riesgo de ciertas complicaciones del embarazo, que incluyen:

-Aborto espontáneo

-Desprendimiento de placenta

- Infección uterina y/o neonatal
- Parto prematuro
- Prolapso de cordón umbilical

Causas

Las causas de la RPMPT no se conocen del todo. Algunas de las causas posibles son:

-Dilatación precoz del cuello uterino (tal vez debido al peso del bebé y de la placenta o a cambios en el mismo cuello uterino).

-Infecciones de la vagina, del útero o de las membranas que rodean al feto.

-Trabajo de parto prematuro (que se presentó previamente en el mismo embarazo).

Factores de riesgo

Los siguientes factores pueden incrementar la probabilidad de tener una RPMPT:

-Ciertos procedimientos utilizados para tratar afecciones anormales del cuello uterino (p. ej. conización cervical)

-Otras infecciones de la madre (clamidia , vaginosis bacteriana)

-Amniocentesis

-Déficits nutricionales

-Enfermedad del tejido conectivo

-Enfermedad pulmonar durante el embarazo

-Estado socioeconómico bajo

-Hemorragia durante el segundo y el tercer trimestre

-Infección del saco amniótico

-Parto pretérmino

-RPM en embarazos anteriores

-Tabaquismo en el embarazo

-Índice de masa corporal bajo

Síntomas

El principal síntoma de RPMPT es la pérdida de líquido por la vagina. Puede experimentar una salida repentina de líquido o un goteo constante y lento. Puede resultar difícil distinguir entre un goteo amniótico lento o la orina, por lo que existen pruebas simples para determinar esto.

La RPMPT también aumenta el riesgo de infección. Los síntomas incluyen fiebre superior a 38°C.

OBJETIVOS

-Conocer la pauta de actuación por parte de la matrona en el servicio de urgencias ante una RPMPT

-Conocer la conducta obstétrica que se va a seguir según la edad gestacional.

METODOLOGÍA

Se utilizaron libros de texto específicos de Medicina y se realizó la recopilación de artículos de Internet a través de buscadores como el servicio de la editorial

Elsevier, MEDLINE con la asistencia de buscador específico PUBMED, IMBIOMED, la biblioteca Cochrane, SCIELO.

Para esta búsqueda utilizamos las siguientes palabras claves: rotura prematura de membranas, parto prematuro, matrona, actuación.

RESULTADOS

Según la bibliografía consultada, ante una sospecha en el servicio de urgencias de una RPMPT, se realizan una serie de pautas y actuaciones:

DIAGNÓSTICO

-Historia clínica detallada: Tiene una precisión diagnóstica del 90%.

-Examen con espejito estéril: Salida evidente de líquido amniótico (LA) a través del cérvix. Su visualización confirma el diagnóstico.

-Actim PROM test:

- Falsos positivos: No tiene. La sangre, orina o semen no interfieren en el resultado.

- Falsos negativos: Rotura de membranas de larga duración.

El tacto vaginal incrementa el riesgo de infección, acorta el periodo de latencia y proporciona escasa información adicional, por lo que durante el diagnóstico y la evaluación de la RPMPT se evitará éste, a no ser que se asocie trabajo de parto o se decida la terminación de la gestación.

Si todas las exploraciones son negativas, considerar otras posibles causas de pérdida vaginal (incontinencia urinaria, vaginitis, cervicitis, moco cervical, semen y duchas vaginales).

Si confirmamos el diagnóstico debemos:

1) Toma de constantes maternas: F.C, T.A, y temperatura

2) Toma de muestras para cultivo:

a) Cervical: Clamidia y gonococo

b) Tercio inferior de vagina y recto: estreptococo del grupo B (si no se ha realizado dentro de las 6 semanas previas)

c) Vaginal: vaginosis bacteriana, trichomonas, hongos

3) Desinfección vaginal con clorhexidina.

4) Cardiotocografía: control de dinámica y F.C.F

5) Analítica: hemograma, proteína C reactiva (PCR) y urocultivo

6) Ecografía: No es imprescindible realizarla en el momento de la admisión, pudiéndose diferir para conocer edad gestacional, presentación fetal, cantidad de L.A...

7) Se evitará el uso de antitérmicos (pueden enmascarar el inicio de una coriomionitis).

I. Antibioterapia en la RPMPT

1. Ampicilina 2 g I.V./6 horas + eritromicina 250 mg I.V./6 horas durante las primeras 48 horas.

2. Amoxicilina 250 mg oral/8 horas + eritromicina 333 mg oral/8 horas durante 5 días.

En caso de alergia a la penicilina:

1. Eritromicina 1 g I.V./8 horas durante 48 horas.

2. Claritromicina 500 mg oral/12 horas.

II. Tocolíticos

En muchas ocasiones, la RPMPT se asocia a la amenaza de parto prematuro, por lo que además se tendrán que administrar otros tratamientos para evitar dicho parto prematuro y para disminuir la morbilidad neonatal.

Aunque actualmente no puedan darse recomendaciones específicas, parece razonable la utilización de tocolíticos durante un corto espacio de tiempo para procurar aumentar el periodo de latencia y permitir la terapia antibiótica y corticoidea.

En toda RPMPT en la que se decida manejo conservador, se administrará un ciclo de Tractocile de 48 horas.

No existen recomendaciones a favor o en contra de la utilización de la tocolisis terapéutica en la RPM asociada a amenaza de parto pretérmino por lo que se valorará cada caso individualmente en función de las semanas de gestación y riesgo de infección

ATOSIBÁN (TRACTOCILE®): Tocolítico de elección

a. Inyección i.v. de 0,9 ml en bolo: solución inyectable (7,5 mg/ml) durante 1 minuto

b. Infusión i.v. de carga a dosis alta: concentrado para solución para perfusión 7,5 mg/ml durante 3 horas (velocidad de infusión 24 ml/hora).

c. Infusión i.v. de mantenimiento a dosis baja: concentrado para solución para perfusión 7,5 mg/ml hasta 45 horas (velocidad de infusión 8 ml/hora)

La perfusión se mantendrá un mínimo de 19 horas.

Si ante una RPMPT se prevee que el parto pueda ocurrir en las próximas horas/días, debemos administrar corticoides para la maduración pulmonar fetal y sulfato de magnesio para la neuroprotección fetal.

III. Corticoides

Usarlos tan solo en aquellos casos en que estén indicados. Es decir, solo si existe riesgo objetivo de parto pretermino en los próximos 7 días, y siempre que sea antes de las 34 semanas de gestación, que aún no es efectivo el surfactante pulmonar.

CELESTONE CRONODOSE® (BETAMETASONA): Corticoide de elección

a. Primer día: 12 mg I.M. (dosis única)

b. Segundo día: 12 mg I.M. (a las 24 horas de la anterior)

DOSIS TOTAL ADMINISTRADA: 24 mg.

Si la paciente reingresa por un nuevo episodio de APP y han transcurrido más de 14 días desde que se le administró la última dosis de corticoides puede optarse indistintamente, o bien administrar una sola dosis (12 mg), o bien administrar un ciclo completo (24 mg).

IV. Sulfato de Magnesio

Una revisión Cochrane publicada en 2.009 concluye que el tratamiento prenatal con sulfato de magnesio administrado a mujeres con riesgo de parto prematuro redujo de manera significativa el riesgo de parálisis cerebral y de disfunción motora en el recién nacido por debajo de 34 semanas.

Se iniciara tratamiento con sulfato de magnesio si a la RPMPT se asocia amenaza de parto pretermino.

○ **DOSIS DE ATAQUE:** 4 g en 20-30 minuto.

4 ampollas en 70 ml de suero glucosado al 5% (extraer 30 ml de un envase de 100) a un ritmo de 250 ml/hora.

○ **DOSIS DE MANTENIMIENTO:** 2 g/hora en 12 horas.

10 ampollas en 400 ml de suero glucosado al 5% (extraer 100 ml de un envase de 500) a un ritmo de 67 ml/hora.

Teniendo en cuenta que se tarda alrededor de 4 horas para que los niveles de SO_4Mg se estabilicen en el feto, se intentará iniciar la infusión al menos 4 horas antes del nacimiento, si es posible, aunque puede ser razonable hasta una hora antes del nacimiento.

Controles:

● No son necesarias magnesemias de rutina. En presencia de signos clínicos de toxicidad o en mujeres con compromiso renal se determinará cada 4 horas.

○ A los 10 minutos de iniciada la dosis de carga, al terminar la dosis de carga (20-30min.) y cada 4 horas:

- TA y pulso
- Frecuencia respiratoria
- Reflejo patelar
- Diuresis (solo cada 4 horas)

Signos de toxicidad:

- Abolición del reflejo rotuliano.
- Frecuencia respiratoria inferior a 12/minuto
- Diuresis < 100 ml/4 horas.

En caso de toxicidad:

- Gluconato cálcico: 1 gr i.v. en 2 minutos.

CONDUCTA OBSTETRICA EN FUNCIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL

La evidencia actual es insuficiente para recomendar el manejo conservador o la terminación inmediata de la gestación en relación con el beneficio o perjuicio del feto o RN. La terminación inmediata de la gestación es favorable para algunos resultados maternos (corioamnionitis y duración de la hospitalización).

≥35 semanas

-Terminar gestación

34 semanas

-Si ha recibido corticoides en las últimas 6 semanas: Terminar gestación.

-En caso contrario: Tractocile (ciclo 48 horas) + antibioterapia (48 horas) + corticoides y extracción fetal a las 48 horas.

32-33 semanas

-Tractocile (ciclo 48 horas) + antibioterapia (7 días) + corticoides y seguimiento expectante hasta la semana 34

24-31 semanas

-Tractocile (ciclo 48 horas) + antibioterapia (7 días) + corticoides y seguimiento expectante hasta la semana 34.

< 24 semanas

Decisión compartida con la paciente en caso de manejo expectante.

-Manejo expectante:

- No administrar corticoides ni tocolíticos.
- Antibioterapia.
- Reevaluar a la semana.

Algunos de los trabajos que buscan establecer el momento en el que debería de finalizarse la gestación con RPM señalan las 34 semanas como edad gestacional más conveniente, mientras otros sostienen que la conducta expectante podría también aportar beneficios pasado este periodo.

CONCLUSIONES Y DISCUSIONES

La RPMPT es una complicación usual en la práctica médica. Esta puede aumentar la incidencia en la morbilidad y mortalidad materna y fetal. Su diagnóstico todavía es fundamentalmente clínico, aunque se han incorporado nuevas investigaciones.

El manejo programado reduce el riesgo de morbilidad infecciosa materna sin aumentar las cesáreas y los partos vaginales quirúrgicos, en cuanto al tratamiento en general se tendrán en cuenta la edad gestacional.

Es de vital importancia que la matrona conozca en un servicio de urgencias la conducta a seguir ante una RPMPT para así poder mejorar los resultados materno-fetales y disminuir la morbimortalidad de ambos. Se debe dejar claro que la conducta obstétrica va a depender de la edad gestacional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lewis DF, Major CA, Towers CV, Asrat T, Harding JA, Garite TJ. Effects of digital vaginal examinations on latency period in preterm premature rupture of membranes. *Obstet Gynecol* 1992;80:630-634.
2. Friedman ML, McElin TW. Diagnosis of ruptured fetal membranes. Clinical study and review of the literature. *Am J Obstet Gynecol*. 1969 Jun 15;104(4):544-50.
3. ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 80: premature rupture of membranes. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. *Obstet Gynecol*. 2007 Apr;109(4):1007-19.
4. Simhan HN, Canavan TP. Preterm premature rupture of membranes: diagnosis, evaluation and management strategies. *BJOG*. 2005 Mar;112 Suppl 1:32-7. Review.
5. I.Zapardiel Gutierrez, J. De la Fuente Valero, J.M. Bajo Arenas; Guía de práctica de urgencias en obstetricia y ginecología (acorde a los protocolos S.E.G.O.)
6. Alexander JM, Mercer BM, Miodovnik M, et al. The impact of digital cervical examination on expectantly managed preterm rupture of membranes. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:1003-7.
7. Mercer BM. Preterm premature rupture of the membranes: current approaches to evaluation and management. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2005 Sep;32(3):411-28. Review.
8. Mercer BM, Miodovnik M, Thurnau GR, Goldenburg RL, Das AF, Ramsey RD, et al and the NICHDMFMU Network. Antibiotic therapy for reduction of infant morbidity after preterm premature rupture of the membranes. A randomized controlled trial. *JAMA* 1997;278:989-95.
9. Ehernberg HM, Mercer BM. Antibiotics and the management of preterm premature rupture of the fetal membranes. *Clin Perinatol* 2001; 28:807-18.
10. Pasquier JC, Audra P, Boog G, Martin X, Mellier G. Rotura prematura de membranas antes de las 34 semanas de amenorrea. En: *Enciclopedia Medico-Quirúrgica*. 2002. Tomo 5: E -S-072-B-10
11. Doyle LW, Crowther CA, Middleton P, Marret S, Rouse D. Sulfato de magnesio en mujeres en riesgo de parto prematuro para la neuroprotección del feto (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2009 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.updatesoftware.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 1 Art no. CD004661. Chichester, UK: John Wiley&Sons, Ltd.).