

RUPTURA DE MEMBRANAS PREPARTO

PRACTICE BULLETIN ACOG 217

MARZO 2020

Dr. José Vélez
Medicina fetal
Medellín

RUPTURA DE MEMBRANAS PREPARTO

▶ TRASFONDO

- Significado
- Manejo depende de EG, infección, abruptio, estado fetal y T de P
- La infección es un factor casual especialmente en la ruptura temprana
- Historia de RPMO y PTT
- Cuello corto
- Sangrado 2 y 3 trimestre
- BMI bajo
- Pobreza
- Drogas y cigarrillo

RUPTURA DE MEMBRANAS PREPARTO

▶ RMP A TERMINO

- Complica el 8% de los embarazos
- RCT extenso demostró que el 50% tienen parto en 33 horas
- EL 95% tiene parto en 94 a 107 horas con oxitocina o prostaglandinas
- El mayor riesgo es la infección materna

RUPTURA DE MEMBRANAS PREPARTO

▶ RMP PRETERMINO

- La mitad han parido en la primera semana sin importar el manejo
- La latencia es inversa a la EG
- La infección es inversa a la EG
- 15 – 35% infección amniótica
- 15 – 25 % infección postparto
- 2 – 5 % abruptio
- Riesgos para el feto: PREMATUREZ (SDR, HIV, ECN, sepsis, Neurodesarrollo)
- El parto inmediato no parece disminuir esos riesgos.

RUPTURA DE MEMBRANAS PREPARTO

▶ RMP PREVIABLE

- Menos del 1% de los embarazos
- Morbimortalidad baja al aumentar la latencia
- Manejo expectante tiene muerte materna y morbilidad materna extrema
- La mitad tienen parto en 1 semana. 70-80% en 2 a 5 semanas
- Sobrevida luego de la 22 s 58% y antes de la 22 s 22 %.
- Hipoplasia pulmonar 2 al 20%. Si es luego de la 24 s raramente es fatal
- OLIGOAMNIOS PERSISTENTE es el marcador de pronóstico más importante

RUPTURA DE MEMBRANAS PREPARTO

▶ DIAGNÓSTICO

- No TV
- Especuloscopia
- Helecho y nitrazina Ph 7.3
- Ecografía
- Actim Prom falsos positivos de 19 a 30%
- Índigo carmín y fluoresceína

RUPTURA DE MEMBRANAS PREPARTO

▶ MANEJO INICIAL RMP A TÉRMINO

- Metaanálisis de 23 RCT: Inducción disminuye el riesgo de amnionitis , endometritis e ingreso a UCIN
- No hay evidencia para el uso de antibióticos mas allá de la profilaxis de EGB
- Evidencia demuestra que es mejor la inducción que el manejo expectante
- Un período expectante 12 a 24 horas es razonable
- EGB presente NO expectante
- Inducción: 12 a 18 horas de contracciones adecuadas.

RUPTURA DE MEMBRANAS PREPARTO

▶ MANEJO INICIAL RMP PRETÉRMINO MENOR 34 S

- SFA, abruptio, infección igual a parto
- Metaanálisis de 12 RCT con 3617 mujeres, manejo expectante, < ingreso a UCIN, SDR, mortalidad neonatal, ventilación, cesárea.
- RMP menor de 34 s el manejo debe ser expectante.

RUPTURA DE MEMBRANAS PREPARTO

▶ MANEJO INICIAL RMP PRETÉRMINO 34 S - 37 S

- RCT 1839 mujeres
- Mas SDR y ventilación en el grupo de parto
- Mas infección materna y hemorragia en el grupo expectante
- NO HAY EVIDENCIA A FAVOR DE NINGUNA DE LAS 2 CONDUCTAS
- La evidencia no soporta el uso de ANTIBIÓTICOS

RUPTURA DE MEMBRANAS PREPARTO

▶ QUE ES MANEJO EXPECTANTE

- Hospitalización
- Vigilar infección (pulso, FCF, sensibilidad abdominal)
- Abruption, compresión del cordón
- Ecografía periódica
- Leucocitos y PCR no se recomiendan.
- PREVIABLE, manejo en casa
- 17 OH progesterona NO sirve
- Progesterona vaginal no se recomienda.

RUPTURA DE MEMBRANAS PREPARTO

▶ MANEJO EXPECTANTE: Tocolíticos?

- Aumentan el período de latencia
- Mayor riesgo de corioamnionitis
- Solo para transporte o esteroides
- NO EN EL GRUPO DE 34 A 37 S

RUPTURA DE MEMBRANAS PREPARTO

▶ MANEJO EXPECTANTE: Esteroides?

- Disminuyen la mortalidad neonatal, SDR, HIV, ECN
- Usarlo entre la semana 23 a 34 si hay riesgo de parto en menos de 7 días.
- 34 a 37 S usarlo si no se han recibido antes previamente
- NO si se sospecha infección
- NO en previsible
- NO dosis semanales
- Dosis de rescate: Menor de 34 semanas con última dosis de más de 14 días

RUPTURA DE MEMBRANAS PREPARTO

▶ MANEJO EXPECTANTE: Sulfato de magnesio?

- Disminuye la parálisis cerebral en < 32 s
- Existen varios esquemas
- RECOMENDADO

RUPTURA DE MEMBRANAS PREPARTO

▶ MANEJO EXPECTANTE: Antibióticos?

- Disminuyen la infección fetomaterna
- Aumentan la latencia
- Disminuyen la morbilidad dependiente de la EG
- Ampicilina – Eritromicina IV 48 horas y luego oral por 7 días
- AZT puede reemplazar a la eritromicina.
- Amoxa- clavulínica NO por ECN

RUPTURA DE MEMBRANAS PREPARTO

▶ MANEJO EXPECTANTE: Varios

- Manejo en casa SOLO en previables
- Cerclaje y RMP: no hay evidencia a favor o en contra de retirar o dejar.
Si se deja, antibióticos.
- Herpes: manejo similar. Aciclovir y cesárea si hay lesiones activas en el periparto
- Previales: discusión caso a caso. Manejo en casa y reingreso a la viabilidad.
Antibióticos y esteroides al ingreso.
- RMP por amnio: sobrevida de 91%. Recuperan el líquido 72% en 1 mes
Manejo en casa expectante.
- Historia de RMP: Progesterona vaginal
Cerclaje si: Historia de PTT < 34 s, feto único, Cervix menos de 25 mm

RUPTURA DE MEMBRANAS PREPARTO

▶ RECOMENDACIONES. Nivel C

- Diagnóstico es clínico: Especuloscopia, pooling, Ph, hehecho.
- Manejo ambulatorio SOLO en previsible.

RUPTURA DE MEMBRANAS PREPARTO

▶ RECOMENDACIONES. Nivel B

- > 37 semanas ofrecer inducción.
- 34 a 37 s : Ambas conductas, pero no usar antibióticos
- Tocolíticos para transporte y esteroides. No usar en el grupo de 34 a 37 s
- Progesterona en el siguiente embarazo.

RUPTURA DE MEMBRANAS PREPARTO

► RECOMENDACIONES. Nivel A

- Menor de 34 s : Manejo expectante.
- Esteroides en el grupo de 23 a 34 s
- Esteroides en grupo de 34 a 37 s , si no los ha recibido antes y la inducción será luego de 24 horas y hasta 7 días.
- Sulfato de magnesio en < 32 s
- Antibióticos de latencia por 7 días en < 34 s.
- RMP y EGB, profilaxis intraparto SIN importar si ya la recibió.

RUPTURA DE MEMBRANAS PREPARTO

▶ GUIAS DEL RCOG. Nro 73. Junio 2019

- Diagnóstico por HC y especuloscopia. Grado D
- Si hay pool en vagina proseguir con ILGF-I o PAMG-I. Grado B
- Dx establecido, iniciar eritromicina por 10 días o hasta el t e p. Grado A
- 24 – 34 s ofrecer esteroides y considerarlos hasta la semana 36. Grado A
- Diagnóstico de infección: clínico, leucocitos, PCR, FCF. Nunca aislados. Grado D
- RMP < 24 s. Manejo expectante hasta la semana 37. Grado A
- RMP con t de p o parto planeado en las siguientes 24 horas, ofrecer sulfato de magnesio entre las semanas 24 y 30.
- Mas liberales con manejo en casa. No si EG < 26 sem, oligoamnios y No cefálico.
- Ecografía de crecimiento cada 15 días y Doppler y LA cada semana.