

Protocolo de Actuación Rotura Prematura de Membranas

Servicio: Unidad de Obstetricia y Ginecología

Fecha de entrega: 07/05/2015

Destinatario: Facultativos del Servicio de Obstetricia y Ginecología

Reg: PCM PT 019

CONTROL DE MODIFICACIONES		
DESCRIPCION	Nº Versión	Fecha Edición
Creación: Beatriz Díaz-Toledo Nuñez de Arenas	1	6/11/2009
Dra Sonia Redondo Escudero.	2	10/06/2013
Dra Ana de Motta Rodríguez	3	07/05/2015

Revisado: Jose Manuel Menéndez Fuster Fecha: 07/05/2015 Firma	Aprobado: Dirección Médica Fecha Firma
--	---

INDICE

- INTRODUCCION.
- DIAGNOSTICO DE RPM.
- MANEJO CLINICO EN RPM CONFIRMADA.
- COMO DESCARTAR CORIOAMNIONITIS.
- ACTITUD A SEGUIR UNA VEZ CONFIRMADA RPM.
 1. EG>34 SEMANAS.
 2. EG<24 SEMANAS.
 3. EG 24-33 SEMANAS
- CRITERIOS DE ALTA Y CONTROL AMBULATORIO RPM PRETERMINO

INTRODUCCION

Concepto: Pérdida de integridad de las membranas ovulares antes del inicio del parto. Como consecuencia, fluye el líquido amniótico, y se produce la comunicación entre la cavidad amniótica, el canal endocervical y la vagina.

Frecuencia: 80% ocurren a término; 90% se produce el inicio de parto en 48 horas.

Consecuencias: partos pretérmino, mayor riesgo de prolapso de cordón, incremento de intervenciones obstétricas, corioamnionitis, endometritis, sepsis puerperales, sepsis neonatales y mayor riesgo de anomalías estructurales y del desarrollo fetal en caso de RPM prolongada, con oligoamnios grave.

Etiología: multifactorial (factores maternos, fetales y locales).

DIAGNÓSTICO DE RPM

- **Anamnesis.**

- **Confirmación de RPM.**

· **Exploración física** con espéculo estéril. Confirmación de salida de LA a través de OCE o acumulación en fondo de saco vaginal posterior, espontáneamente o con valsalva.

· **Exploración cervical**, si existe sospecha de trabajo de parto. Aumenta el riesgo de infección y acorta el tiempo de latencia.

- **Otras pruebas diagnósticas:**

· **Determinación de PH vaginal** con tira de papel de Nitracina. Cambia a azul si el $\text{PH} > 6.5$. No recoger de endocérnix ya que tiene un pH alcalino.

Falsos positivos: sangre, semen, antisépticos alcalinos, vaginosis bacteriana.

Falsos negativos: derrame prolongado y mínimo de LA.

· **PROM Test®:** detección de la IGFBP-1 (Insulin-like growth factor binding protein-1), sustancia presente en LA.

· **AMNIOSURE:** Detecta la proteína PAMG-1 (placentar alfa migrobulin-1), producida en la decidua y secretada al LA. No necesita espéculo, y basta con introducir la torunda 5-7 cms. Sensibilidad 98.5%, especificidad 100%.

· **Ecografía obstétrica.** Valoración de cantidad de LA y edad gestacional.

- **Diagnostico diferencial:** leucorrea, incontinencia urinaria e hidrorrea decidual.

Siempre hay que descartar corioamnionitis.

MANEJO CLINICO EN RPM CONFIRMADA

- Historia clínica.
 - Toma de constantes vitales: TA, temperatura corporal y pulso.
 - Exploración clínica:
 - Descartar corioamnionitis: Hipersensibilidad uterina, salida de LA maloliente o purulento.
 - Exploración obstétrica básica:
 - Ecografía:
 - Viabilidad, Estática Biometría fetal, confirmación de EG. Estimación peso fetal.
 - Valoración de LA.
 - Descartar malformaciones y CIR
 - RCTG basal: comprobación de bienestar fetal y valoración de dinámica uterina.
- Si existe sospecha de compromiso fetal:
- >34s Finalizar gestación.
 - 24-34s Valorar si es posible maduración pulmonar previa.
 - < 24s Valorar viabilidad fetal.
- * En gestaciones < 34 semanas, además:
- Analítica: hemograma y PCR
 - Urocultivo y cultivo vagino-rectal. Recogida de exudado vaginal para detección de Strep.Agalactie (sólo si no está realizado).
 - Valorar recogida de LA en fondo de saco vaginal posterior/ amniocentesis
 - Para verificar madurez pulmonar < 32s.
 - Tinción de GRAM y leucocitos (URGENTE)
 - Cultivo de LA

DESCARTAR CORIOAMNIONITIS

La frecuencia de corioamnionitis clínica en gestaciones <35semanas se estima en 13%. La actitud expectante ante una RPM disminuye la morbimortalidad perinatal derivada de la prematuridad a costa de elevar el riesgo infeccioso. El diagnóstico de infección intraamniótica es difícil por la falta de especificidad de sus signos. Debe realizarse una valoración conjunta de signos y síntomas y se considerará

SOSPECHOSA DE CORIAMNIONITIS: la gestante que tenga al menos dos síntomas/signos:

1. Maternos:

- Temperatura > 38° C
 - Clínica compatible: hipersensibilidad uterina.
 - Leucocitosis >15.103(*) leucos + 5% neutrofilos no segmentados
- * En pacientes que no han recibido corticoides previamente. Si se han administrado estos pueden elevarse durante las primeras 24-48h y después se estabilizan y descienden. Generalmente esta elevación no se acompaña de desv. Izquierda.
- PCR elevada > 20 o incremento superior al 30% en 48 horas.
 - Incremento progresivo de leucocitos (*) y desviación izquierda en hemogramas seriados.

2. En el líquido amniótico (técnica estéril):

- Presencia de líquido amniótico purulento.
- Presencia de gérmenes en el Gram.
- Presencia de >50 leucocitos.
- Disminución de glucosa.

3. En el Feto:

- Taquicardia basal (no valorable si Beta-miméticos -RITODRINE-)
- Disminución de los movimientos fetales y respiratorios.
- En fetos viables terminar la gestación, valorando corticoides en inmaduros.
- Realizar cultivo de placenta y examen histológico posterior.

SI EXISTE SOSPECHA FUNDADA DE CORIOAMNIONITIS FINALIZAR GESTACIÓN SEA CUAL SEA LA EDAD GESTACIONAL.

Tratamiento de la corioamnionitis:

Ampicilina 2gr / 6h y posteriormente 1gr/6h i.v + Gentamicina 240 mg / 24h iv.

Duración mínima del tratamiento 5 días, inicialmente IV /72 horas, y posteriormente vía oral si paciente asintomática.

En alergias a betalactámicos: CLINDAMICINA 900/8 horas

ACTITUD A SEGUIR UNA VEZ CONFIRMADA RPM

EG > 35 Semanas:

FINALIZAR GESTACION POR LA VIA MÁS ADECUADA. Intentar que todo el proceso sea < 24h. La vía del parto se decidirá según la práctica obstétrica habitual. Esperar el inicio espontáneo del parto 12-24 horas, y si no tiene lugar, inducción con oxitocina o maduración cervical (PROPESS) según índice de Bishop.

Dado que no hay diferencias en la duración de la inducción, tasa de cesáreas ni otras variables perinatales se recomienda comenzar sistemáticamente con oxitocina (razones económicas).

* **Portadoras de Strep. Agalactie:** Pauta antibiótica según protocolo EGB:

PENICILINA G IV 5x10 unidades y posteriormente 2.5 10 unidades/4 horas, desde que se produce la rotura de la bolsa.

Se aconseja, si lo permiten las circunstancias, comenzar con la inducción de manera inmediata.

Se aconseja, si lo permiten las circunstancias, comenzar con la inducción de manera inmediata.

* **No portadoras de Streptococo:** 2 GR AMPICILINA IV y después 1 gr/ 6 horas IV, si más de 12 horas de bolsa rota o tiempo desconocido de rotura.

* **Streptococco desconocido con > 37 semanas de gestación:** Actuar como en las no portadoras de streptococco: 2 GR AMPICILINA IV y después 1 gr/ 6 horas IV, si más de 12 horas de bolsa rota o tiempo desconocido.

* **Streptococco desconocido con 34-37 semanas de gestación:** PENICILINA G IV 5x10 unidades y posteriormente 2.5 10 unidades/4 horas, desde que se produce la rotura de bolsa.

* En caso de alergias a Betalactámicos: ERITROMICINA 500/6 h IV.

EG < 24 Semanas:

Valoración de LA:

- Si existe oligohidramnios se debe finalizar la gestación, ya que la mortalidad perinatal casi total y la morbilidad materna alta. Individualizar según los casos.
- Si no hay oligohidramnios importante ni signos de corioamnionitis: INGRESO EN HOSPITALIZACIÓN OBSTÉTRICA.

- **No es necesario poner tratamiento antibiótico.**

- En caso de que se trate de una rotura prematura de membranas postamniocentesis, ingreso hospitalario, con controles seriados de hemograma, PCR y ecografía, no siendo necesario, en ausencia de corioamnionitis poner tratamiento antibiótico. Valorar tratamiento antitrombótico en caso de reposo prolongado (*similar al ingreso por bolsa rota en <34+6 semanas, salvo RCTG).

EG 24-34+6 semanas:

ACTITUD EXPECTANTE.

- Ingreso en Hospitalización Obstétrica (sin signos de corioamnionitis ni sufrimiento fetal).

- Tocolíticos:

El tratamiento tocolítico en general no prolonga el periodo de latencia y puede aumentar el riesgo de endometritis y corioamnionitis aunque puede contemplarse para intentar alcanzar la madurez pulmonar deseada. Puede emplearse el Tractocile, Nifedipina o Betamiméticos. La indometacina no resulta recomendable ya que puede enmascarar la fiebre.

- Valorar profilaxis antitromboembólica.

- Corticoides: Pauta de elección: Betametasona 12mg i.m / 24h (2 dosis)

Si el parto se prevé antes de 48h se puede utilizar una pauta rápida (Betametasona 12 mg/ i.m/12h, 2 dosis).

No existe consenso sobre el tipo de antibiótico utilizado, la vía de administración y la duración del tratamiento.

MANEJO CLINICO:

- Reposo absoluto.

- Temperatura por turnos.

- Reevaluar amniorrea, percepción de movimientos fetales, dinámica uterina o dolor abdominal de forma diaria.

- Ecografía semanal.

Los tres primeros días:

- RCTG basal c/12 horas

- Hemograma y PCR c/24 horas.

- Ampicilina 2 gr/ 6 h + Eritromicina 250/6 h, IV durante 48 horas y después amoxicilina 250/8 horas + eritromicina 500/8 horas vía oral hasta completar 7 días.

Alérgicas a b-lactámicos: Eritromicina 500 mg/ 6h i.v, y después vía oral

Alérgicas a macrólidos: Ampicilina 2grs en dosis inicial y después 1 gr /6 horas + Gentamicina 1.5 mg/kg peso.

O bien: Ampicilina 1 gr /6 h /dia IV seguido de amoxicilina 500/8 h via oral.

Posteriormente:

- RCTG c/24 horas

- Hemograma y PCR c/48 horas, si son normales y no existe ningún otro parámetro sugestivo de infección.

A partir de la semana de ingreso se pueden realiza cada 72h.

Con edad gestacional 34-34+6 semanas se debe finalizar la gestación tras haber completado la maduración pulmonar (tras segunda dosis de corticoides im).

CRITERIOS DE ALTA Y CONTROL AMBULATORIO RPM PRETÉRMINO

- Cese de amniorrea al menos 48-72h.

- Ecografía: Cantidad de LA normal.

- Normalidad clínica y analítica.

- Profilaxis antibiótica y corticoides realizada.

- Posibilidad de buen autocontrol domiciliario

- Aceptación de la paciente.

- Control en Consulta de alto riesgo.