

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

AUTORES	REVISORES	Fecha elaboración
Esther Fandiño García María Ortiz Serrano	Rosa Ostos Serna Susana Ruiz Duran Alberto Puertas Prieto	01/07/2023
		Fecha revisión
		25/02/2024

INTRODUCCIÓN

Las membranas ovulares cumplen una función de protección ante eventuales infecciones ascendentes desde el tracto genital inferior. La rotura prematura de membranas (RPM) basa su importancia en su asociación con dos entidades que aumentan significativamente el riesgo materno y perinatal: infección y prematuridad.

La rotura prematura de membranas afecta a un 8% de las gestaciones a término (37 semanas o más) y aproximadamente al 3% de las gestaciones pretérmino. En las RPM a término el parto se suele desencadenar de forma espontánea en las horas siguientes (70% en 24 h y el 95% en las 72h posteriores a la RPM). En el caso de la RPM pretérmino, el tiempo medio de latencia es de 7 días, disminuyendo este progresivamente a medida que disminuye la edad gestacional en el momento de la RPM.¹

Entre las complicaciones maternas descritas en los casos de RPM se encuentran: existencia de corioamnionitis clínica (13-60%), desprendimiento prematuro de placenta (4-12%) o infección postparto (2-3%). También, aunque poco frecuente, se han descrito casos de sepsis materna (1%). En lo referente a las complicaciones neonatales se ha descrito un mayor riesgo de dificultad respiratoria, de sepsis neonatal, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante, mayor compromiso neurológico y mayor riesgo de compresión de cordón en casos de anhidramnios.

El manejo de una gestación con RPM supone un reto para los obstetras, y dependerá en gran medida de la edad gestacional de la paciente como de los posibles factores que aumenten el riesgo infeccioso. En el caso de la RPM a término uno de los puntos controvertidos de su manejo está en la decisión de tomar una actitud expectante frente a un manejo activo (inducción de parto). En las RPM pretérmino nos enfrentamos, además, a cuestiones como el uso de tocolíticos, duración de la administración de antibióticos profilácticos, uso de corticoides o métodos de monitorización de estado fetal o materno.

DEFINICIONES

Se entiende por rotura prematura de membranas a la rotura de las membranas ovulares antes del inicio espontáneo del parto.

Catalogaremos la RPM en base a la edad gestacional en que se produzca:

- **RPM a término:** en gestaciones por encima de las 37+0 semanas de gestación.
- **RPM pretérmino (RPMP):** acontece por debajo de las 37 semanas.
- **RPM previsible:** por debajo del límite de la viabilidad fetal (actualmente 23/0 semanas).

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de RPM es clave para el manejo exitoso y la obtención de mejores resultados perinatales. La correcta identificación de casos verdaderos positivos y verdaderos negativos es prioritaria de cara a la toma de decisiones clínicas, aun mas en el caso de las RPM pretérmino. Si no se identifica correctamente a las mujeres con RPM, es posible que no se implementen medidas profilácticas necesarias. Por el contrario, no identificar correctamente a las mujeres sin RPM puede provocar una intervención inadecuada, como la hospitalización o la inducción del trabajo de parto, incluso provocar un parto prematuro electivo o el uso inadecuado de antibióticos.²

Anamnesis y exploración

El diagnóstico es clínico y se basa en una historia clínica sugestiva de RPM (anamnesis) junto con la visualización de la salida de líquido amniótico (exploración). En el 80-90% la RPM se evidencia al colocar el espejo, viéndose líquido en fondo de saco vaginal o su salida por cérvix ya sea de forma espontánea o tras realizar maniobra de Valsalva.^{2,3,4}

La exploración se debe realizar con un espéculo estéril y debe evitarse el examen digital en las pacientes que no están en trabajo de parto, especialmente en las RPM pretérmino porque disminuye el período de latencia (tiempo desde la RPM hasta el parto) y aumenta el riesgo de infección intrauterina.⁵

Pruebas complementarias:

Cómo hemos dicho con anterioridad el diagnóstico debe ser clínico y sólo se realizarán pruebas complementarias en los casos en que no se evidencie hidrorrea en la exploración vaginal y exista duda.

1. **Pruebas bioquímicas:** Son las pruebas complementarias que aportan mayor fiabilidad. Detectan proteínas presentes en el líquido amniótico por inmunocromatografía. Tienen una similar sensibilidad y especificidad, no se ven alteradas por la presencia de sangre (salvo grandes cantidades), semen u orina. Pueden dar falsos negativos en RPM de >12h.
 - **Placental alpha microglobulin-1 (PAMG-1) (Amnisure®):** proteína que se sintetiza en la decidua. La concentración en el líquido amniótico es de 100-1000 veces superior a la que se presenta en sangre materna. Presenta una sensibilidad cercana al 99% y una especificidad que varía entre el 88-100%. Debe conservarse refrigerado (4-24°C).
 - **Insulin-like growth factor binding protein-1 (IGFBP-1) (PROM test®, Amnioquick®):** IGFBP-1 es una proteína sintetizada en el hígado fetal y en la decidua. Está presente en líquido amniótico a grandes concentraciones siendo su concentración mínima en sangre materna. Su sensibilidad varía del 74-100% y su especificidad del 77-98%.
2. **Ecografía obstétrica:** Tiene escasa sensibilidad y especificidad. La mayoría de las pacientes con RPM presentaran oligoamnios en la ecografía, lo cual será útil para reforzar el diagnóstico, pero nunca para establecerlo o descartarlo debido al alto porcentaje de falsos positivos (oligoamnios de otra etiología) y negativos (la RPM puede cursar con LA normal, sobre todo en los momentos más iniciales).
3. **Test de Nitrazina:** Detecta cambios en el pH vaginal (normal pH 3,4-5,5) puesto que el líquido amniótico es alcalino (pH>6,5). Se trata de una prueba colorimétrica que presenta alto porcentaje de falsos positivos (semen, orina, sangre, vaginosis bacteriana) y falsos negativos, por lo que no se

recomienda su uso como prueba de diagnóstico para la RPM.²

4. **Amniocentesis diagnóstica:** La instilación intraamniótica de fluoresceína (1ml en 9ml de suero fisiológico) y posterior detección en gasa vaginal a los 30-60 min. Actualmente solo se usaría en caso muy seleccionados ya que ha sido reemplazado por las pruebas bioquímicas antes descritas.

MANEJO ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS A TÉRMINO (>37 semanas)

Valoración inicial

Tras confirmar la RPM se recomendará el ingreso de la paciente.⁶ Se revisará la historia clínica buscando la existencia de posibles factores de riesgo y se comprobará una correcta datación de la edad gestacional preferible por CRL de la primera ecografía.

Pruebas complementarias

- Toma de constantes maternas: Temperatura, frecuencia cardiaca y TA.
- Valorar resultado cultivo EGB. Realizar cultivo vagino-rectal para el EGB, en caso de ser desconocido o que lleve realizado más de 5 semanas.
- Realizar analítica con hemograma y coagulación, que no necesario si tiene realizada la analítica del tercer trimestre hace menos de 4 semanas.
- RCTG para confirmar el bienestar fetal /dinámica uterina
- Valorar estática fetal mediante maniobras de Leopold y/o ecografía.

Profilaxis antibiótica

No existe evidencia del beneficio materno o fetal que justifique el uso de la antibioterapia profiláctica en RPM a término.^{7,3,5,8}

En mujeres con rotura de membranas a término, de menos de 24h de evolución al ingreso, que son negativas para EGB y donde se planea la inducción electiva del trabajo de parto, no se debe instaurar tratamiento antibiótico de rutina⁴.

Se limitará el uso de antibióticos a las siguientes situaciones:

- EGB positivo (ver protocolo específico de profilaxis EGB).
- EGB desconocido y necesidad de profilaxis antibiótica (incluye los casos de RPM con EGB desconocido y >18 h evolución).
- Sospecha de corioamnionitis clínica.
- RPM >24h o de duración desconocida al ingreso.

Finalización de la gestación

El punto clave del manejo de la RPM a término sin complicaciones es si iniciar una inducción inmediata del parto o adoptar una actitud expectante durante 24h desde el diagnóstico (80 % de las pacientes con RPM iniciaran parto de forma espontánea). Diferentes estudios han demostrado el beneficio de la maduración/inducción inmediata del parto frente a la conducta expectante (que en algunos de los estudios incluidos llegaba a 96h). Según los resultados la inducción antes de 12h de las gestaciones a término con RPM se ha asociado a un menor número de corioamnionitis, endometritis, fiebre puerperal, sepsis neonatal o ingreso en UCI neonatal, sin diferencias significativas en el número de cesáreas. A su

vez también se ha relacionado con una mayor probabilidad de parto dentro de las 24h posteriores a la RPM y un menor intervalo entre la RPM y el nacimiento.^{3,5,9}

En base a los estudios mencionados, aunque la SEGO aún no se haya pronunciado, sociedades como la ACOG, NICE o la guía Australiana recomiendan finalizar de forma activa la gestación, en las horas siguientes al ingreso, en las gestantes con RPM que no hayan iniciado el trabajo de parto, a menos que existan contraindicaciones para el trabajo de parto o el parto vaginal, en cuyo caso el parto por cesárea se realizará con la menor demora posible.

A pesar de que la inducción inmediata es la actitud más recomendable, cuando se compara con períodos expectantes muy prolongados, teniendo en cuenta que aproximadamente el 80 % de las pacientes con RPM iniciaran parto de forma espontánea, se podría ofertar una actitud expectante idealmente por tiempo limitado (24h) a las pacientes que tras ser informadas y sopesados los riesgos -beneficios así lo soliciten.^{7,4} Deben cumplirse determinadas condiciones para plantearse una actitud expectante como son tener un RCTG tranquilizador, no presentar signos de corioamnionitis clínica ni otras complicaciones médicas u obstétricas que aumenten el riesgo materno/fetal si el parto se retrasa. En caso de optar por actitud expectante es recomendable el ingreso, ya que existen estudios que hallaron mayores probabilidades de desarrollar corioamnionitis clínica en las pacientes con manejo domiciliario.

El método de finalización de la gestación (prostaglandinas/oxitocina) dependerá de las condiciones cervicales, valorando antecedentes personales y obstétricos como la paridad. El uso de balón para la maduración cervical en el contexto de RPM no está recomendado ya que no se dispone de datos que respalden la seguridad y la eficacia en estos pacientes y existe evidencia de un mayor riesgo de corioamnionitis.⁹

Consideraciones particulares respecto a la finalización de la gestación en RPM

RPM a término con EGB positivo se iniciará la profilaxis antibiótica desde el ingreso. La mayoría de las sociedades científicas recomiendan la inducción inmediata, aunque no hay evidencia científica de que esto influya sobre la frecuencia de sepsis neonatal, siempre que se realice la profilaxis antibiótica adecuada.^{5,7,10}

RPM con líquido meconial: el líquido meconial se asocia con un mayor riesgo de corioamnionitis, RCTG poco tranquilizadores y síndrome de aspiración de meconio. Aunque no hay evidencia de que la inducción inmediata del trabajo de parto reduzca el riesgo de estas complicaciones parece que la inducción y la monitorización fetal continua es la opción más recomendable.

RPM de más de 24 horas al ingreso: se recomienda iniciar antibioterapia de amplio espectro adecuado al mapa microbiológico del centro al ingreso e inducción inmediata.

MANEJO ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PRETÉRMINO (35-37+6 SEMANAS)

A partir de las 35 semanas el manejo de la RPM pretérmino será el mismo que en la RPM a término. Aplicaremos la necesidad de antibioterapia en función del resultado del cultivo del EGB, como se trata de gestaciones pretérmino estará indicado iniciar la profilaxis de EGB en caso de no disponer de cultivo.

MANEJO ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PRETÉRMINO (23-34+6 SEMANAS)

El manejo de las gestantes con rotura prematura de membranas pretérmino vendrá condicionado por varios factores, incluida la edad gestacional, la disponibilidad de un nivel apropiado de atención neonatal, la presencia o ausencia de infección materna/fetal, la presencia o ausencia de trabajo de parto o desprendimiento de la placenta, o los signos de bienestar fetal.

Valoración inicial

Ante un diagnóstico de confirmación de RPM pretérmino se recomienda la hospitalización de la paciente para iniciar tratamiento y valorar evolución. Es necesario dar a conocer el pronóstico fetal, idealmente contando la presencia de un neonatólogo para un asesoramiento conjunto.

Al ingreso se revisará la historia clínica buscando la existencia de posibles factores de riesgo y se comprobará una correcta datación de la edad gestacional preferible por CRL de la primera ecografía. También se determinarán las constantes maternas (temperatura y TA) y descartaremos la existencia de criterios clínicos de corioamnionitis (criterios de Gibbs): Fiebre materna (37,8°) más al menos dos de los siguientes criterios: irritabilidad uterina, leucorrea maloliente, taquicardia materna >100 lat/min, taquicardia fetal >160 lat/min, leucocitosis >15.000. En caso de sospecha de corioamnionitis se deberá ofertar amniocentesis diagnóstica.

Amniocentesis diagnóstica

No hay evidencia suficiente para recomendar el uso rutinario de la amniocentesis en el diagnóstico de la infección intrauterina subclínica sin embargo si está clara su indicación en los casos de sospecha de corioamnionitis clínica.^{11 12}

Dado que la principal complicación a nivel materno de la RPM es la infecciosa (38% de las RPM <34 semanas) se podría ofertar esta técnica en las gestaciones únicas con RPM < 34 semanas, (en las RPM >34 semanas o gestaciones múltiples la prevalencia de infección intraamniótica es baja).^{3, 13} La amniocentesis se llevará a cabo previo consentimiento informado y preferentemente antes de administración de antibióticos y corticoides para no enmascarar resultados.³

Los criterios analíticos que sugieren Corioamnionitis en la amniocentesis serán:

- ✓ Glucosa < de 8 mg/dl antes de la semana 28 o < de 15 mg/dl después de la semana 27.
- ✓ Leucocitos: > 50 células/ml.
- ✓ Presencia de gérmenes de cualquier tipo en la tinción de Gram.
- ✓ Interleucina 6 (IL-6) >2,6 ng/ml.
- ✓ Cultivo positivo de líquido amniótico: debe incluir aerobios, anaerobios y micoplasmas genitales.

Pruebas complementarias al ingreso:

- ✓ Hemograma, coagulación y PCR.
- ✓ Toma cultivo exudado vagino-rectal para determinación EGB si no se tiene realizado en las cinco semanas anteriores. No será necesario en caso de urocultivo positivo en primer trimestre.

- ✓ En caso de gestaciones < 34 **semanas se pueden añadir las siguientes pruebas complementarias:**
 - a. Urocultivo.
 - b. Cultivo vaginal (descartar ETS) ⁵ *Mycoplasma hominis*, *E. Coli*, *Ureaplasma urealyticum* y *Gardnerella vaginalis*)
 - c. Cultivo endocervical: *Chlamidya* y *Neisseria gonorrhoeae* solo en los casos de sospecha de vulvovaginitis, vaginosis bacteriana o ser portadora de un cerclaje cervical. ^{3 13}
- ✓ Ecografía fetal básica: Biometría, estática fetal, localización placentaria y cantidad de LA.
- ✓ Valoración de condiciones cervicales mediante especuloscopia y ecografía transvaginal. Minimizar en la medida de lo posible el número de tactos vaginales ya que estos pueden aumentar el riesgo de corioamnionitis y disminuyen el tiempo de latencia hasta desarrollo de parto.

Control y seguimiento de la paciente con RPM pretérmino

- ✓ Control de constantes cada 8h: Tª y TA.
- ✓ Analítica hemograma con PCR cada 24h durante los 3 primeros días.
- ✓ RCTG cada 12h las primeras 48h. Después se establecerá la frecuencia de monitorización en función de los factores de riesgo.

Cuidados generales durante el ingreso de RPM pretérmino

- ✓ Reposo relativo durante 48 h, movilización para higiene y comidas. A partir tercer día movilización relativa (paseos). Individualizar indicación según la situación clínica de la paciente.
- ✓ Dieta rica en residuos y abundantes líquidos. Laxantes emolientes u osmóticos si precisara.
- ✓ HBPM profiláctica, según recomendaciones (protocolo específico).

Control ambulatorio de la RPM pretérmino

En los casos de RPMP estables, tanto clínica (líquido claro, no dinámica uterina) como analíticamente (PCR y leucocitos normalizados y estables) podremos ofertar un manejo ambulatorio a partir del tercer día de ingreso³. Entre los criterios de inclusión para ofertar el control domiciliario ^{5, 3, 14} se encuentran:

- Longitud cervical estable.
- Columna máxima de líquido amniótico en ecografía >2cm.
- No signos de infección amniótica.
- Paciente con situación socio personal favorable, que se responsabilice del control domiciliario y con transporte disponible.
- Compromiso por parte de la paciente de asistir periódicamente al hospital, así como del control de líquido amniótico, evitar los coitos y control de temperatura.

El control se hará semanalmente en la unidad de medicina materno fetal e incluirá analítica (hemograma y PCR), RCTG según edad gestacional y ecografía obstétrica. Se citará por primera vez a los 3 días del alta. Recomendaremos reposo relativo, evitar relaciones sexuales con penetración, y control de temperatura cada 12h. Informaremos sobre los signos de alerta. ³

TRATAMIENTO RPM PRETÉRMINO

Maduración pulmonar

Los corticoides han demostrado disminuir la muerte neonatal, el síndrome de dificultad respiratoria, la hemorragia intraventricular, la enterocolitis necrosante y la duración de la asistencia respiratoria

neonatal en prematuros. Recomendaremos la administración un ciclo de corticosteroides (ver protocolo específico) a gestaciones entre las semanas 23+0 y 34+6 de gestación.¹⁵

El efecto óptimo del tratamiento con esteroides se presenta cuando el nacimiento ocurre después de 24 horas y antes de 7 días de haberse iniciado el tratamiento.

Existe controversia sobre el uso de dosis repetidas de corticoides ya que está claro que aporten un beneficio adicional significativo y pueden ser perjudiciales por un aumento del riesgo infeccioso. Se recomienda restringir su uso a pacientes seleccionados, principalmente < 33 semanas en caso de desestabilización del cuadro que sugiera parto inminente y con la primera dosis administrada hace más de 2 semanas.^{2,1,5}

Tocolisis

La tocolisis profiláctica en gestantes con RPM no está recomendada^{1,2}. Su indicación debe estar justificada y hacerse en casos seleccionados con el único objetivo de retrasar el parto 48h, para permitir la maduración pulmonar o la necesidad de traslado a otro centro. El tratamiento tocolítico no debe prolongarse durante más de 48h. Estaría contraindicado en caso de: dilatación de más de 4cm, signos de corioamnionitis o sospecha de desprendimiento de placenta. Antes de instaurar tratamiento tocolítico se debe descartar la infección intraamniótica o corioamnionitis mediante analíticas y amniocentesis siempre que sea factible.^{5,3,16}

Sulfato de magnesio

Se administrará antes del parto en los fetos menores de 32 semanas de acuerdo con los protocolos clínicos estándares para la neuroprotección fetal.^{2, 12}

Amnioinfusión

No se recomienda el uso de la amnioinfusión en pacientes con RPM pretérmino.¹

Antibioterapia

En el caso de la RPMP pretérmino, la antibioterapia ha demostrado ser útil para prolongar el tiempo de latencia entre la RPM y el parto, con una reducción estadísticamente significativa de corioamnionitis e infección neonatal en niños cuyas madres reciben tratamiento, así como efecto de reducción sobre la mortalidad perinatal.^{1,4,5}

Régimen antibiótico: No existen evidencias actualmente para recomendar una pauta u otra. El antibiótico, vía de administración y la duración de la administración, debe adecuarse al mapa microbiológico y la guía antimicrobiana de cada centro, teniendo en cuenta que suele tratarse de infecciones ascendentes, con microorganismos procedentes de la vía genitourinaria (*Ureaplasma*, EGB, *Gardnerella*) o gastrointestinal (*E. Colli* y *Enterococo*).

Profilaxis EGB: Debe iniciarse desde el momento del ingreso en los casos de RPM pretérmino, salvo que se tenga realizado el cultivo en las 5 últimas semanas y este sea negativo. La profilaxis se mantendrá durante 48 h. En caso de que el resultado del cultivo sea positivo se reanudará la profilaxis del EGB al iniciarse el parto. (Consultar protocolo específico de profilaxis de infección por EGB).

Ejemplos de pautas de antibioterapia

- Azitromicina, 1 gr VO, al ingreso.
 - Ampicilina, 2gr IV, cada 6h, durante 48h (día 1 y 2)
- Seguidos de amoxicilina, 500 mg VO, cada 8h; durante 5 días (día 3 a 7).

- Ampicilina, 2g, IV, cada 6h durante 48h (día 1 y 2)
 - Eritromicina, 250 mg, IV, cada 6h durante 48h (día 1 y 2)
- Seguidos de:
- Amoxicilina oral, 250mg, cada 8h, durante 5 días. (día 3 a 7)
 - Eritromicina oral, 500 mg, cada 8 h, durante 5 días. (día 3 a 7)

- Ampicilina 2 g inicial, luego 1 g cada 4 h IV (día 1 y 2)
 - Ceftriaxona 1 g cada 12 h IV (día 1 y 2)
 - Claritromicina 500 mg cada 12 h VO durante 7 días.
- *En caso de realizar amniocentesis con resultado negativo para infección, se suspenderá la antibioterapia a las 48 horas.

ALERGIA A PENICILINA se pueden emplear alguna de estas pautas

- Clindamicina 900 mg/8 h IV durante 48 horas seguido de Clindamicina 600 mg/8 h VO durante 5 días + Gentamicina 3-5mg/Kg/24 h IV durante 5 días + Claritromicina 500 mg/12 h VO durante 7 días.
- Azitromicina VO 1g al ingreso + Clindamicina 900mg cada 8h IV (48h) + Gentamicina 3-5mg/kg cada 24h (2 dosis) + Clindamicina 300mg/8h VO durante 5 días

En los casos en el que el cultivo del EGB demuestre resistencia a la Clindamicina utilizaremos:

- Vancomicina, 1gr, IV, cada 12h, durante 48 h⁵

Observaciones a tener en cuenta para la elección de la pauta antibiótica.

- ✓ Siempre que sea posible se emplearán las pautas recomendadas en la de guía antimicrobiana de cada centro hospitalario.
- ✓ El uso de Amoxicilina-Clavulánico no está recomendado en el feto prematuro viable por el riesgo de enterocolitis necrotizante ^{7,5}.
- ✓ Hay estudios que establecen que el uso de claritromicina en la RPM pretérmino produce una disminución de la respuesta inflamatoria intraamniótica. ⁸

Finalización

En general se recomienda inducción de parto a las 34 semanas, en ausencia de signos de alarma que nos lleven a una finalización inmediata, con el fin de disminuir los riesgos de endometritis y corioamnionitis.^{5,7}

Actualmente existe controversia respecto al momento óptimo para finalizar la gestación en la RPM pretérmino. Estudios recientes, sobre manejo expectante hasta las 37 semanas, informan de beneficios para el neonato: menor morbilidad respiratoria, menor número de ingresos en UCI, menor necesidad de ventilación mecánica y de muerte neonatal. También se han descrito beneficios maternos, como mayor inicio espontáneo del parto, menor tasa de cesáreas, aunque el riesgo de fiebre intraparto y hemorragia aumentó ligeramente. En base a estos datos algunas sociedades científicas como la Australiana y el RCOG recomiendan en ausencia de signos de alarma ofertar manejo expectante hasta las 37 semanas.^{1,5,6}

Tratando de aunar estas posturas aparentemente contradictorias, una opción adecuada sería optar por la finalización de la gestación a las 34 - 35 semanas, ofertando a la paciente finalizar a las 37 semanas en caso de estabilidad clínica, analítica y no se trate de un anhidramnios.⁷ La decisión de finalizar debe ser consensuada con la paciente y es recomendable contar con el asesoramiento por parte de un neonatólogo.

RPM PREVIABILIDAD / LÍMITE VIABILIDAD FETAL (<23 SEMANAS)

La RPM antes o al límite de la viabilidad es una complicación obstétrica infrecuente (0,1 al 0,7 por ciento de los embarazos) pero que se asocia a alta morbimortalidad materna y fetal (corioamnionitis, sepsis, prematuridad extrema e hipoplasia pulmonar).

Se debe tener en cuenta que hasta el 14 % de las mujeres embarazadas con RPM espontánea antes o en el límite de viabilidad finalmente dejan de perder líquido amniótico. Este subgrupo de embarazos tiene resultados comparables a los embarazos sin RPM¹⁷. La RPM antes o en el límite de viabilidad después de la amniocentesis tiene un pronóstico mucho mejor que la RPM espontánea antes o en el límite de viabilidad porque las membranas a menudo se vuelven a sellar después de la amniocentesis.^{17 18}

El manejo es complicado por falta de consenso, y varía según los factores asociados y preferencias específicos de la paciente en conjunto con el servicio de neonatología.¹⁰ Siempre que no exista sospecha de corioamnionitis, pérdida de bienestar fetal o sospecha de desprendimiento de placenta podrá optarse por una actitud expectante. Los principales contribuyentes del mal resultado perinatal en el caso de las RPM previables dependen principalmente de la presencia de un oligoamnios severo (< 1cm) y persistente (> 7 días).

Es muy importante informar adecuadamente a los padres del pronóstico y de las posibles complicaciones obstétricas y neonatales. La información se dará conjuntamente con el neonatólogo, al diagnóstico y se actualizará en función de la evolución del cuadro, para que los padres puedan decidir en base a la información.

Por debajo de las 20 semanas se puede optar por un manejo ambulatorio, administrando como tratamiento antibiótico amoxicilina clavulánico 875 / 8h vo 48 h.³ Si se opta por ingreso el manejo de la

RPM previsible o en el límite de la viabilidad será igual que en RPM pretérmino, a excepción de la amniocentesis diagnóstica que se planteará a partir de las 20 semanas.

La maduración pulmonar se recomienda a partir de las $\geq 23+0$ semanas de gestación (Grado 1A). La administración de corticoides prenatales en las RPM en la semana 22 de gestación también es razonable si se prevé el parto en los próximos siete días y la familia desea una intervención neonatal activa (después de ser informados sobre pronóstico fetal de forma conjunta por obstetras y neonatólogos).¹⁷

Por debajo de las 22 semanas lo habitual es no brindar reanimación neonatal a los recién nacidos debido a la baja probabilidad de supervivencia intacta. Entre las 22+0 y las 23 o 24 semanas, los neonatólogos habitualmente ofrecen reanimación neonatal si existe una posibilidad de supervivencia según la información disponible y la preferencia de los padres.

En los casos de pronóstico desfavorable se puede plantear a los padres la solicitud de una interrupción de la gestación (ajustándonos a los plazos marcados por la Ley). 6

BIBLIOGRAFIA

1. Thomson AJ. Care of Women Presenting with Suspected Preterm Prelabour Rupture of Membranes from 24+0 Weeks of Gestation: Green-top Guideline No. 73. BJOG An Int J Obstet Gynaecol. 2019;126(9):e152–66.
2. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Preterm Labour and Birth - PubMed. 2015. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26632624/>
3. Fetal M. Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona. 1/14. Fiebre Intraparto, Fiebre puerperal. 2016;1–14.
4. Clinical Q, Queensland G. short GUIDE Term prelabour rupture of membranes (PROM). 2023;1–4.
5. Marowitz A, Jordan R. Midwifery Management of Prelabor Rupture of Membranes at Term. J Midwifery Women's Heal. 2007;52(3)199–206.
6. Bond DM, Middleton P, Levett KM et al. Parto temprano planificado versus tratamiento expectante para mujeres con rotura prematura de membranas antes del trabajo de parto antes de las 37 semanas de gestación para mejorar el resultado del embarazo. Base datos Cochrane Syst Rev. 2017.
7. Committee on Practice Bulletins-Gynecology and American Urogynecologic Society. Clinical Management Guidelines for Obstetrician – Gynecologists. Obstet Gynecol [Internet]. 2020;133(76):168–86.
8. Kacerovsky M, Romero R, Stepan M et al. La administración de antibióticos reduce la tasa de inflamación intraamniótica en la ruptura prematura de membranas antes del trabajo de parto. Soy J Obs Gynecol. 2020;223-114.
9. Bellussi F, Seidenari A, Juckett L et al. Induction within or after 12 hours of ≥ 36 weeks prelabor rupture of membranes: a systematic review and meta-analysis. Am J Obs Gynecol MFM. 2021;3(5):100425
10. Ecker JL, Kaimal A et al. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos y la Sociedad de Medicina Materno Fetal. In: Nacimiento periviable. 2015;213–604.

11. SEGO. Protocolo asistencial. In: Rotura prematura de membranas. 2012;p. 1–21.
12. Pulei AN, Shatry A, Kariuki N. Preterm Prelabor Rupture of Membranes. Glob Libr Women's Med. 2021;1–33.
13. HUVN. PROTOCOLOS ASISTENCIALES Rotura prematura de membranas PROTOCOLOS ASISTENCIALES Rotura prematura de membranas. 2023;1–10.
14. Ghada Abu El Senoun 1, Teresa Dowswell HAM. Atención domiciliaria versus hospitalaria planificada para la ruptura prematura de membranas antes del trabajo de parto (PPROM) antes de las 37 semanas de gestación. Natl Libr Med. 2014.
15. Roberts D, Brown J, Medley N DS. Corticosteroides prenatales para acelerar la maduración pulmonar fetal en mujeres con riesgo de parto prematuro. Base datos Cochrane. 2017.
16. Mackeen AD, Seibel-Seamon J, Muhammad J et al. Tocolíticos para la ruptura prematura de membranas antes de término. Base datos Cochrane Syst Rev. 2014.
17. McElrath T. Prelabor rupture of membranes before and at the limit of viability - UpToDate. UpToDate [Internet]. 2021;1–27. Available from: https://www.uptodate.com/contents/prelabor-rupture-of-membranes-before-and-at-the-limit-of-viability?topicRef=6757&source=see_link#H6
18. Acaia B, Crovetto F, Ossola MW et al. Predictive factors for neonatal survival in women with periviable preterm rupture of the membranes. J Matern Fetal Neonatal Med. 2013.