

---

# ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

---

Maria Olivia Koch, Pedro Angel Seltzer Bruzzo, Abel Pezzini  
Dra. Mariana Dolores Sciangula

## Resumen:

La rotura prematura de membrana es una patología frecuente en las pacientes gestantes, que se manifiesta por medio de una clínica evidente, dando repercusiones tanto en el feto como en la madre.

Para el diagnóstico nos valemos de diferentes métodos complementarios, como así también del examen físico el cual aporta datos concluyentes.

Ante el diagnóstico la conducta terapéutica dependerá de la edad gestacional, la cual es importante como factor pronóstico para la supervivencia del feto.

## Summary:

The premature break of membrane is a frequent pathology in the patient gestantes that one manifests by means of an evident clinic, giving repercussions as much in the fetus as in the mother.

For the I diagnose we are worth ourselves of different complementary methods, I eat likewise of the physical exam which contributes conclusive data.

Before the I diagnose the therapeutic behavior it will depend on the age gestacional, which is important as factor predicts for the survival of the fetus.

## INTRODUCCION

Actualmente, la rotura prematura de membrana (RPM) se define como la rotura de las membranas ovulares, después de las 21 semanas de edad gestacional y hasta una hora antes del inicio del trabajo de parto. Cuando la rotura prematura de membrana ocurre antes de la semana 37 es conocida como ruptura prematura de membranas fetales pretérmino (RPMF).<sup>1-5</sup>

Hay varias clasificaciones una de ellas es: ruptura prematura de membranas fetales pretérmino "previable" (menos de 23 semanas en países desarrollados), ruptura prematura de membranas fetales pretérmino "lejos del término" (desde la viabilidad hasta aproximadamente 32 semanas de gestación), ruptura prematura de membranas fetales pretérmino "cerca al término" (aproximadamente 32-36 semanas de gestación).<sup>5</sup>

La rotura prematura de membrana se denomina prolongada cuando tiene una duración de 24 horas a una semana hasta el momento de nacimiento y se llama muy prolongada cuando supera una semana. El periodo latencia se refiere al tiempo que transcurre entre la ruptura y la terminación del embarazo. Así, el periodo de latencia y la edad gestacional determinan el pronóstico y consecuentemente el manejo de la enfermedad de acuerdo a la posibilidad o no de terminación del embarazo.<sup>1-4</sup>

**Objetivo:** Esta Revisión bibliográfica tiene por objetivo revisar y analizar distintas publicaciones referentes a la rotura prematura de membrana (RPM), teniendo en cuenta sus características en epidemiología, etiopatogenia, clínica, diagnóstico y tratamiento.

## MATERIAL Y METODOS

Se utilizaron libros de texto específico de Medicina y se realizó la recopilación de artícu-

los de Internet a través de buscadores como el servicio de la editorial Elsevier, LILACS, MEDLINE con la asistencia de buscador específico PUBMED, IMBIOMED, la biblioteca Cochrane, SCIELO. Para esta búsqueda utilizamos las siguientes palabras claves: rotura prematura de membrana, parto prematuro, infección de membrana ovulares.

## DESARROLLO Epidemiología

En nuestra población oscila entre el 7 y 14% del total de partos.<sup>1</sup> Si el trabajo de parto no es inducido, 60-70% de estos comienzan trabajo de parto espontáneamente en un periodo de 24 h y cerca del 95% lo hará en un periodo no mayor a 72 h. La rotura prematura de membrana ocurre en aproximadamente 1-3% del total de mujeres embarazadas, además se encuentra asociada con aproximadamente el 30-40% de partos pretérmino, por esta razón podría considerarse como el problema obstétrico de la actualidad debido a que está reportado que el 85% de la morbilidad fetal es resultado de la prematuridad.<sup>6</sup>

## Etiopatogenia

La causa de la rotura prematura de membranas es incierta, muchos autores señalan como primera causa a la infección, se recogen otras como el bajo nivel socioeconómico, bajo peso materno, parto prematuro previo, metrorragia del 2do y 3er trimestres, polihidramnios, embarazo gemelar, entre otras.<sup>7</sup> La rotura prematura de membranas es un fenómeno multifactorial. Los principales factores de riesgo descritos en la literatura se presentan en la tabla.<sup>6,8</sup>

### **Factores de riesgo asociado a rotura prematura de las membranas ovulares** <sup>6</sup>

- Bajo nivel socio económico
- Bajo peso materno
- Parto prematuro previo
- Consumo de cigarrillo
- Metrorragia del segundo y tercer trimestre
- Infecciones cérvico-vaginales y vaginosis
- Polihidroamnios
- Embarazo gemelar
- Malformaciones y tumores uterinos
- Conización previa
- Embarazo con DIU
- Desconocida

### **Clínica y Diagnóstico:**

La paciente refiere pérdida de líquido por genitales externos, debiendo interrogarse sobre la fecha, hora y forma de inicio, color (opalescente, verdoso claro, verdoso oscuro, serohemático, etc.), olor (hipoclorito de sodio), y cantidad del mismo. Se debe hacer diagnóstico diferencial con leucorrea, incontinencia urinaria, eliminación del tapón mucoso, rotura de quiste vaginal, hidrorrea decidual o rotura de bolsa amniocorial.<sup>1-3</sup>

No se realizará tacto vaginal si no hay dinámica uterina compatible con trabajo de parto.<sup>4</sup>

La especuloscopia se realizará con previo lavado perineal, con líquido aséptico, utilizando espéculo estéril. Se visualiza el cérvix, tratando de constatar si fluye líquido amniótico en forma espontánea.<sup>4</sup> En caso de que esto fuera negativo, se realizará la maniobra de tanner o compresión de fondo uterino.<sup>1</sup>

### **Métodos auxiliares:**

Con la microscopía se puede observar el cloruro de sodio presente en el líquido amniótico, que cristaliza en forma de hoja de helecho al secarse. Se debe extraer líquido amniótico de la cavidad vaginal, haciendo un extendido del mismo en un porta objeto, secar al aire, y observar en el microscopio, la presencia de dicha cristalización. También al colorear con sulfato de azul de nilo el líquido amniótico las células lipídicas se tiñen de color naranja. Estos métodos permiten diagnosticar la presencia de líquido amniótico.<sup>1-3</sup>

El pH ácido vaginal (pH normal de la vagina) cambia a la alcalinidad por la presencia de líquido amniótico. Esto hace virar el papel indicador (papel de nitrazina) porque de pH ácido pasa a tener pH alcalino.<sup>2,3</sup>

Con la ecografía observamos una disminución importante del volumen de líquido amniótico asociado a la referencia de pérdida del mismo por parte de la madre.<sup>1</sup>

Otras pruebas que se están utilizando son la concentración de creatinina en fluido vaginal mayor de 0,1 mg/dL, también las concentraciones de hormona  $\beta$ -hormona gonadotropina

coriónica en fluidos vaginales superiores a 17,10 mUI/mL constituyen un método confiable para el diagnóstico de rotura prematura de membranas.<sup>9,10</sup>

### **Complicaciones**

La rotura prematura de membranas tiene complicaciones maternas y fetales, se destacan la amnionitis, endometritis, aumento del índice de cesárea, infecciones fetales y neonatales, hipoxia, deformidades fetales, hipoplasia y pulmonar, etc.<sup>11</sup>

### **Tratamiento:**

Cualquiera sea su edad gestacional, deberá cumplir las siguientes normas:

Se internará a la paciente, deberá realizar reposo absoluto en cama (para evitar prociencia del cordón). La higiene se realizará con antisépticos, cada 6 horas y cada vez que evacue emuntorios. Se colocará apósitos estériles en vulva.<sup>1-3</sup>

Se realizará un control materno que incluya los signos vitales, especialmente pulso y temperatura. Se controlará la dinámica uterina cada 3 horas en un período de 10 minutos. Y la observación de las características de la hidrorrea.<sup>4</sup>

Con respecto al control fetal se auscultarán los latidos fetales, se realizará movidograma diariamente. Y cada 72 horas cardiotocografía ante parto sin agresión (CASA), a partir de las 32 semanas.<sup>4</sup>

La administración de antibióticos luego de una RPM prolonga el tiempo de latencia hasta el parto y una reducción en los principales marcadores de morbilidad neonatal. La combinación de amoxicilina + ácido clavulánico debería evitarse en mujeres que presentan riesgo de parto prematuro debido al mayor riesgo de enterocolitis necrotizante neonatal. A partir de la evidencia disponible, la eritromicina parecería ser una mejor opción.<sup>12</sup>

La revisión halló que los antibióticos habituales para la RPM a término reducen el riesgo de infección en la mujer embarazada, pero no hay suficientes pruebas sólidas acerca de otros resultados (incluidas infecciones y complicaciones en el feto).<sup>13</sup>

La conducta y el tratamiento también dependen de la edad gestacional (grado de madurez y desarrollo fetal): en embarazos de igual o menos de 34 semanas se realizará útero inhibición (bloqueantes calcicos).<sup>1,4</sup> La maduración pulmonar fetal depende de la administración de corticoides. No se realizan más repiques semanales porque tienen los mismos resultados que con un único ciclo único, y además se asociaron con un riesgo aumentado de corioamnionitis.<sup>14</sup>

En embarazo de igual o mayor a de 35 semanas si no se produce el desencadenamiento espontáneo del trabajo de parto en 24 horas se comienza directamente con la inducción con oxitocina inmediatamente por el riesgo de infecciones maternas y neonatales.<sup>15, 16, 17.</sup>

Se debe interrumpir la gestación sin tener en cuenta la edad gestacional cuando presenta corioamnionitis, malformación fetal incompatible con la vida, prociencia del cordón y muerte fetal.<sup>1, 4.</sup>

La amniotomía transcervical intraparto reduce el número de intervenciones necesarias, y mejora los valores de gasometría neonatal sin aumentar la morbilidad materna o fetal. Si bien, este estudio no detecta beneficio

estadísticamente no descarta algún posible beneficio.<sup>18</sup>

## CONCLUSION

La RPM 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.

---

## BIBLIOGRAFIA

1. Votta R, Parada O. Complicaciones propias del embarazo. En: Votta R, Parada O. *Obstetricia*. 5ª ed. Buenos Aires: Editorial López librerías, 1995: 315-319.
2. Schwarcz R, Diverges C, Gonzalo D, Fescina R. Anomalía de las membranas fetos ovulares. En: Schwarcz R, Diverges C, Gonzalo D, Fescina R. *Obstetricia*. 4ª ed. Buenos Aires: Editorial El Ateneo, 1992:206-213.
3. Pérez Sánchez A, Donoso Siña E, Gómez R, Romero R. Rotura prematura de membranas y corioamnionitis. En: Pérez Sánchez A. *Obstetricia*. 3ª ed. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, 2005:659-666.
4. López F, Andina E, Laterra C, Almada R, Frailuna A, Illia R, Susacasa S. Recomendaciones para el manejo de la rotura prematura de membranas. *Revista del hospital materno infantil Ramón Sardá* 2006; 25(4):172-177.
5. López Osma FA, Ordóñez Sánchez SA. Ruptura prematura de membranas fetales: de la fisiopatología hacia los marcadores tempranos de la enfermedad. *Revista Colombia Obstetricia Ginecología* 2006; 57(4): 279-290.
6. Rivera R, Fresia C, Smirnow M, Aguilera J, Larraín A. Fisiopatología de la rotura prematura de las membranas ovulares en embarazos de pretérmino. *Revista chilena obstetricia ginecología* 2004; 69(3): 249-255.
7. Saavedra D, Valdés S, Bardales J, Essien J, Torre Y. Morbimortalidad perinatal de la rotura prematura de membrana en el embarazo pretérmino. *Clínica e investigación en ginecología y obstetricia* 2006;33(3):102-106.
8. Vázquez J, Vázquez C, Rodríguez P. Epidemiología de la rotura prematura de membranas en un hospital ginecoobstétrico. *Revista Cubana Obstetricia Ginecología*. 2003; 29(2):220-223.
9. García HC, Lucena C, Brito ML, Croes AL, Vásquez AE. Rotura prematura de membranas: creatinina en fluido vaginal como marcador diagnóstico. *Revista Obstetricia Ginecología* 2006; 66(3):145-149.
10. Fianchino GB, Cubillán AA, García HC, Bello F, Trueba RF, Pineda CA.  $\beta$ -hCG en fluidos vaginales como marcador de rotura prematura de membranas. *Revista Obstetricia Ginecología* 2003; 63(4):181-186.
11. Seide CG, Serrano DS, Chavez JM, Noa MD, Conty KG. Morbilidad y mortalidad en neonatos menores de 35 semanas con tiempo de rotura de membranas de 12 y más horas. *El Portal de la ciencia en Guantánamo, Cuba* [online] 2005 [fecha de acceso 5 de abril del 2008] URL disponible en: [http://www.gtmo.inf.cu/revista%20electronica/numero\\_37/Morbilidad%20y%20mortalidad%20.html](http://www.gtmo.inf.cu/revista%20electronica/numero_37/Morbilidad%20y%20mortalidad%20.html)
12. Kenyon S, Boulvain M, Neilson J. Antibióticos para la rotura prematura de membranas (Revisión Cochrane traducida). *La Biblioteca Cochrane Plus* [online] 2007 [fecha de acceso 5 de abril de 2008]. URL Disponible en: <http://www.update-software.com/AbstractsES/ab001058-ES.htm>
13. Flenady V, King J. Antibióticos para la rotura prematura de membranas antes del parto a término o cerca del término. *La Biblioteca Cochrane Plus* [online] 2007 [fecha de acceso 5 de abril de 2008]. URL Disponible en: <http://www.update-software.com/AbstractsES/ab001807-ES.htm>
14. Lee M, Davies J, Guinn D, Sullivan L, Atkinson W, McGregor S. Dosis única versus repetida de corticoides antenatales en rotura prematura de membrana de pretérmino. *Revista chilena obstetricia ginecología* 2004; 69(2): 183-185.
15. Masami Y, Carrillo J, Erazo D, Cárcamo J, Novoa J, Insunza A, Paiva E. Rotura prematura de membranas al término: manejo expectante por 24 horas e inducción con oxitocina. *Revista chilena obstetricia ginecología* 2003; 67(5): 349-353.
16. Middleton P, Crowther C, Flenady V, Varatharaju B. Parto temprano programado versus conducta expectante (espera) para la rotura de membranas antes del trabajo de parto a término (37 semanas o más). *La Biblioteca Cochrane Plus* [online] 2007 [fecha de acceso 5 de abril del 2008] URL Disponible en: <http://www.update-software.com/AbstractsES/ab005302-ES.htm>
17. Rojas J, Contreras H, Gutiérrez I, Ramírez T, Correa A. Inducción de trabajo de parto en gestantes a término con rotura prematura de membranas. *Revista ginecología y obstetricia* 2003; 49 (4): 219-226.
18. Puertas A, Tirado P, Pérez I, López M, Montoya F, Canizares J, Miranda J. Amniotomía transcervical intraparto para rotura prematura pretérmino de membranas. *Revista chilena obstetricia ginecología* 2006; 71(4): 288-290.