



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

**“MANEJO EXPECTANTE DE LA RUPTURA PREMATURA DE
MEMBRANAS PRE VIABLE EN UN HOSPITAL DE NIVEL IV**

ESSALUD LIMA 2019 ”

PRESENTADO POR

VERONICA GAMARRA BALAREZO

ASESOR

Mg. JAQUELINE MIRIAM PORTUGAL PUMA

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO
RIESGO Y CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS**

MOQUEGUA – PERÚ

2022

ÍNDICE DE CONTENIDO

PÁGINA DE JURADOS.....	i
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	ii
RESUMEN.....	iii
CAPÍTULO I.....	1
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1. Descripción del problema de investigación	1
1.2. Justificación	3
1.3. Marco Teórico.....	4
1.3.1. Antecedentes	4
1.3.2. Conceptos básicos de la enfermedad o evento.	8
CAPÍTULO II	21
CASO CLÍNICO	21
2.1 Objetivos:	21
Objetivo General.	21
Objetivos específicos.....	21
2.2 Sucesos relevantes del caso clínico.....	21
2.3 Discusión	38
2.4 Conclusiones	40
2.5 Recomendaciones.....	42
BIBLIOGRAFÍA.....	44

RESUMEN

La ruptura prematura de membranas pre viable (RPM pre viable), es la pérdida de continuidad de las membranas ovulares antes de las 23 semanas de gestación y está asociado a una alta tasa de morbilidad materno- fetal, con una incidencia del 1% de los embarazos. Debido a que el abordaje de RPM pre viable aún no está definido en las guías de práctica clínica en el Perú, el presente trabajo tiene por objetivo analizar el manejo expectante de la ruptura prematura de membranas pre viable en un hospital EsSalud IV-Lima. El diseño de estudio fue retrospectivo, tomando como fuente principal la historia clínica. La muestra es una mujer de 38 años, gestante de 22 semanas 6 días al momento de su ingreso, cesareada anterior tres veces, quien acude a la emergencia refiriendo pérdida de líquido amniótico desde aproximadamente 15 días y trae consigo ecografía concluyente a oligohidramnios severo. La paciente fue hospitalizada en el área de puerperio normal y patológico para el término de gestación previa junta médica y cobertura antibiótica, con el diagnóstico: Aborto en curso, cesareada anterior 3 veces; luego de tres días de su hospitalización la paciente es trasladada al área de alto riesgo obstétrico y se cambia el diagnóstico: G6 P3023 23 semanas, ruptura prematura de membranas pre viable, anhidramnios, cesareada anterior 3 veces, asimismo se cambia de enfoque, optando por un manejo expectante. Conclusiones: El manejo expectante para la ruptura prematura de membranas pre viable es recomendable en base a las actuales investigaciones científicas, entendiéndose esta al cuidado y atención permanente que permita prolongar el embarazo y determinar oportunamente si existe indicios de una infección, incluye el control materno fetal estricto, el uso

de antibióticos, corticoterapia, neuroprotección, valoración del uso de tocólisis y la vía de culminación del embarazo.

Resultados: La paciente estuvo hospitalizada 37 días, a las 27semanas 2 días de gestación y con 31 días de ruptura prematura de membranas se culmina el embarazo, realizándose una histerotomía frente a una probable corioamnionitis, no se presentaron complicaciones durante el puerperio y fue dada de alta a 7 días con recomendaciones.

PALABRAS CLAVES: Aborto inevitable, pre viable, ruptura de membranas, manejo expectante.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema de investigación

La ruptura espontánea de membranas ovulares antes del trabajo de parto tiene una incidencia del 8% en embarazos a término, 3% en embarazos pretérmino (1) (2), y se presenta una ruptura prematura de membranas pre viable en menos del 1% (3).

De todos los nacimientos, la ruptura prematura de membranas se asocia a un 30% de los nacimientos prematuros, siendo un factor muy importante que contribuye a la morbilidad y la mortalidad perinatal; la Organización Mundial de la Salud (OMS) (4) señala que, tres cuartas partes de las muertes de recién nacidos prematuros podrían prevenirse con intervenciones actuales y costo-eficaces.

En Europa los nacimientos prematuros se presentan en un 5 a 9%. (5)

En los Estados Unidos de todos los nacimientos 12% son pretérminos. (6)

Se desconoce el porcentaje de partos pretérmino en América Latina, pero la Federación Latino Americana de Sociedades Obstetricia y Ginecología (FLASOG) (5) estima que es de aproximadamente 11 al 15%, y que un 25 a 30% de estos nacimientos prematuros son consecuencia de una ruptura prematura de membranas. Según el Ministerio Nacional de Chile (7), el parto prematuro tiene una incidencia de 7%, y la ruptura prematura de membranas ovulares una prevalencia de 8% a 10% y es responsable del 10% de las muertes perinatales.

En el Perú, el porcentaje de partos prematuro es de 7% (8). El Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) señala que la ruptura prematura de membranas se presenta con una incidencia de un 4% a 18% de todos los partos, y es responsable del 50 % de los partos pretérminos y contribuyen con el 20% de las muertes perinatales (9).

Las gestantes con RPM pre viable finalizan su embarazo dentro de la primera semana con un 40-50% y el 70-80% lo hacen las siguientes 2 a 5 semanas.

Entre las complicaciones fetales, la dificultad respiratoria ha sido informada como la más común, se menciona que el 10-20% de los fetos cursan con hipoplasia pulmonar; el 38% presentan deformaciones esqueléticas, asimismo se reporta sepsis, hemorragia intraventricular y enterocolitis necrotizante. Las complicaciones son menos comunes cuando el embarazo es cerca del término; el riesgo de muerte fetal es de 8 % a las 22 y 23 semanas, pero disminuye considerablemente en 3 % a las 25 semanas. (6)(5)

Dentro de las complicaciones maternas asociadas con la ruptura prematura de membranas pre viable se considera la corioamnionitis en un 30 a 40%, sepsis

materna 5%, el desprendimiento prematuro de placenta de 2 a 44% siendo más alto en edades gestacionales posteriores y prolapso de cordón con 1.9 % (3)

Por lo señalado, el manejo de la RPM pre viable basa su importancia en una intervención oportuna y un tratamiento adecuado, que incluye un monitoreo materno fetal estricto. El objetivo del manejo expectante es mejorar la expectativa de vida que se ve influenciada en la asociación con dos entidades: La infección y la prematurez.

Las muertes perinatales fueron más o menos divididos en partes iguales entre muertes fetales y neonatales. Con el manejo expectante las tasas de supervivencia mejoraron mucho después de las 22 semanas de gestación, por esta razón, postergar los nacimientos de prematuros debe ser prioridad en salud obstétrica.

Por consiguiente, es menester implementar o mejorar el enfoque del manejo expectante de la ruptura prematura de membranas pre viable, considerando que cada vida es valiosa, pese a que no se pueda garantizar un nivel de supervivencia intacta, a su vez, es responsabilidad del profesional informar a la paciente acerca de los riesgos y beneficios del mismo.

1.2. Justificación

En la actualidad, el nivel de supervivencia de los recién nacidos prematuros en el Perú se va incrementando a consecuencia de los avances en el cuidado perinatal, equipos médicos apropiados, intervenciones cada vez más adecuadas a las gestantes; sin embargo, las altas tasas de morbilidad neonatal relacionadas a la prematuridad y complicaciones maternas como consecuencia de la ruptura

prematura de membranas pre viable sigue siendo un problema de salud pública, El abordaje no es sencillo pues precisa en evaluar los riesgos por prematuridad con los riesgos inherentes al manejo expectante.

Es importante que el manejo de la RPM pre viable sea oportuno y adecuado, pese a que sea incierto determinar que recién extremadamente prematuro tiene una probabilidad razonable de supervivencia, convirtiéndose así un reto su manejo y tratamiento.

En nuestro país, las guías de práctica clínica no contemplan el manejo de ruptura prematura de membranas pre viable, por lo tanto, su manejo genera aún debate, controversia y en algunos casos opiniones divergentes porque muchos están condicionados en decisiones con poco rigor científico que se ven reflejados en altas tasas de morbilidad perinatal. (10)

Se espera que el presente trabajo contribuya a actualizar las guías y protocolos y uniformizar criterios en el manejo de la ruptura prematura de membranas pre viable o en el límite de viabilidad basándose en los recientes trabajos de investigación, con el único objetivo de disminuir la morbi-mortalidad materna y perinatal.

1.3.Marco Teórico

1.3.1. Antecedentes

Antecedentes Internacionales

Horton et al. USA (2015). En un análisis secundario, realizó un estudio aleatorizado doble ciego, controlado, con una muestra de 1259 mujeres, en el cual analizaron la administración del sulfato de magnesio para prevenir

la parálisis cerebral, aumentar el periodo de latencia en embarazos únicos con una edad gestacional entre 24 semanas y 31semanas 6 días con ruptura prematura de membranas que no evidenciaron inicio de trabajo de parto, las cuales recibieron 6g de sulfato de magnesio intravenoso como dosis inicial seguido de infusión constante de 2 g por hora, hasta completar 12 horas, su estudio concluyó que la administración de sulfato de magnesio como neuroprotección no aumenta el periodo de latencia y no representó un impacto importante en si reduce los riesgos de presentar parálisis cerebral en los recién nacidos. (11)

Morris et al. Chile (2016). En un ensayo controlado aleatorio multicéntrico randomizado evaluaron 1839 gestantes con ruptura prematura de membranas pre viable en 65 maternidades de 11 países, el objetivo fue valorar la finalización inmediata del embarazo versus el manejo expectante, de las cuales 924 tuvieron finalización inmediata del embarazo y 915 una conducta expectante, esclareciendo que fue un estudio con bajo riesgo de sesgo y con técnicas correctas, concluyeron que el manejo expectante en pacientes con RPM pre viable es una conducta adecuada, ya que reduce la morbilidad en neonatos, reduce las cesáreas, no incrementa el riesgo de infección materna y neonatal. (12)

Lorthe, et al. Francia (2017). Realizó un estudio para determinar si la terapia tocolítica en casos de ruptura prematura de membrana está asociado a mejores resultados, el estudio fue de cohorte, prospectivo, teniendo como criterios de inclusión embarazos únicos, con ruptura prematura de membranas de 24 a 32 semanas, la población estuvo compuesta por 803

mujeres, de ellas, 596 (73,4%) recibió tratamiento tocolítico, la supervivencia neonatal sin morbilidad severa no difirió en las pacientes que recibieron tratamiento tocolítico de las que no recibieron tratamiento, del mismo modo no hubo diferencia en cuanto a latencia prolongada o corioamnionitis histológica; concluyendo que la tocólisis en la ruptura prematura de membranas no está asociada con mejores resultados neonatales u obstétricos. (13)

Hombres et al. (14) (2019). En su artículo, realiza una revisión de las evidencias científicas que avalan el uso de corticoides para mejorar los resultados neonatales en gestantes con riesgo de un parto prematuro, en este se considera la administración de corticosteroides desde las 23 a 33 semanas 6 días de gestación con peligro de parto prematuro y recomienda Betametasona 12 mg Intra muscular (Im) cada 24 horas por 2 dosis o dexametasona 6 mg Im. cada 12 horas por 4 dosis, incluyendo una dosis única de rescate, los ensayos aleatorizados realizados a nivel mundial han reportado consistentemente una disminución significativa en la incidencia del síndrome de distrés respiratorio (SDR) dentro de la eficacia clínica de corto plazo, otros ensayos incluyen la disminución de riesgo de hemorragias intraventriculares, enterocolitis necrotizante y mortalidad neonata, concluyendo que la corticoterapia es beneficiosa para el recién nacido. (14)

Chatzakis et al. Grecia (2019). Plantearon un estudio del tipo metanálisis, cuyo fin fue establecer una comparación de la eficiencia de distintos tratamientos antibióticos para la RPM, el estudio comprendió 20 investigaciones, que dieron un total de 7169 participantes seleccionados

aleatoriamente en 15 regímenes terapéuticos. Los resultados evidencian que el riesgo relativo para corioamnionitis es mínimo con el uso de clindamicina más gentamicina, ampicilina-sulbactam más amoxicilina-ácido clavulánico, ampicilina, y en el caso de la eritromicina más ampicilina y amoxicilina cuando se comparan con el uso de placebo o sin tratamiento. La eritromicina fue el único fármaco afectivo para la sepsis neonatal. La clindamicina más gentamicina y la eritromicina más ampicilina más amoxicilina fueron los únicos regímenes eficaces para el síndrome de dificultad respiratoria, mientras que la ampicilina y la penicilina fueron efectivas para reducir las tasas de hemorragia intraventricular. Ninguno de los antibióticos parecía significativamente más efectivo que el placebo para reducir las tasas de muerte neonatal, muerte perinatal y enterocolitis necrotizante. (15)

Antecedentes Nacionales

Miranda, Lima (2014). Realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo; cuyo objetivo fue determinar los resultados maternos y perinatales del manejo conservador de la ruptura prematura de membranas pretérmino en gestantes de 24 a 33 semanas en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), menciona que la edad promedio fue de 26 años, 142 pacientes culminaron su embarazo por cesárea (71.8 %), la edad gestacional promedio fue 29 semanas, las gestantes nulíparas fueron más frecuentes (45.8 %) y el período de latencia promedio es de 11 días. Su estudio concluye que los resultados maternos y neonatales más

frecuentes fue la corioamnionitis (34.5%) y el síndrome de dificultad respiratoria (21.8%). (2)

1.3.2. Conceptos básicos de la enfermedad o evento.

Definición de la Ruptura prematura de membranas

Es la pérdida de continuidad de las membranas ovulares antes del inicio de trabajo de parto (al menos dos horas) (6), si la ruptura ocurre antes de las 37 semanas de gestación se denomina ruptura prematura pretérmino de membranas. (10)

A su vez, según la edad gestacional, la ruptura prematura de membranas pre término se subdivide en:

- a) Ruptura prematura de membranas cerca del término, cuando las gestantes presentan ruptura de membranas entre las 34 y 37 semanas.
- b) Ruptura prematura de membranas lejos del término, cuando la ruptura de membranas se produce entre las 24 y 34 semanas de gestación.
- c) Ruptura prematura de membranas pre viable, cuando la ruptura de membranas acontece antes de las 23 semanas de gestación (10) , considerando las 23 semanas el límite de viabilidad. (16)

Definición del límite de viabilidad

El Colegio Americano de Gineco Obstétrica (ACOG) (6), determina las 23 semanas de gestación como el límite de la viabilidad, entendiéndose esta,

como la etapa de madurez fetal que garantiza una posibilidad razonable de supervivencia.

Por tanto, las pacientes con RPM pre viable pueden recibir corticoterapia y manejo expectante; cuando la edad gestacional es menor al límite de viabilidad se administra profilaxis antibiótica y se recomienda su hospitalización a partir de la semana 23. (6)

Definición del periodo de latencia

El periodo de latencia, se define, al tiempo transcurrido entre el momento de la ruptura de membranas y el inicio del trabajo de parto, el periodo de latencia en una ruptura prematura de membranas está asociado inversamente proporcional a las complicaciones fetales con respecto a la prematurez, es por ello que la finalidad del manejo expectante es ampliar el periodo de latencia y suspender el embarazo cuando se presente signos de infección o riesgo de la pérdida de bienestar fetal. (5) (17)

Etiología de la Ruptura prematura de membranas pre viable.

Los factores genéticos, fisiológicos y ambientales maternos son los que probablemente predisponen el desarrollo de la ruptura prematura de membranas ya sea que actúan en conjunto o de manera individual (17), en los casos de RPM pre viable o antes del límite de viabilidad la patogénesis no se conoce bien (16). Los factores de riesgo con mayor asociación son:

- Antecedente de Ruptura prematura de membranas y prematuridad: Estudios demuestran que las pacientes que presentaron RPM en su embarazo anterior tienen tres veces el riesgo de presentar RPM en posteriores embarazos, 13.5% a 32%. (17)- (19)
- Infección del tracto genital inferior: Las infecciones del tracto genital presenta una fuerte asociación con la ruptura prematura de membranas, y es significativamente mayor con la presencia de vaginosis bacteriana (64%). (8) (17) (19)
- Hemorragias en la primera mitad del embarazo: Esta relacionado con la RPM, y aumenta significativa si se presenta más de una vez, obteniendo de 3 a 7 veces el riesgo de RPM. (17) (19)
- Tabaquismo: El riesgo de presentar RPM en mujeres fumadoras es de 2 a 4 veces mayor en comparación a las no fumadoras. (17) (18)
- Entre otros factores asociados a la ruptura prematura de membranas tenemos a los embarazos múltiples, polimorfismos genéticos, polihidramnios, malformaciones uterinas, incompetencia cervical, colagenopatías, anemia, bajo nivel socioeconómico y trauma abdominal; en caso de la RPM pre viable, puede ser subsecuente de procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasivos como la amniocentesis, fetoscopia, cordocentesis, cirugía fetal, cerclaje. (16)- (19)

- **Diagnóstico de la ruptura prematura de membranas pre viable**

Para el diagnóstico de la RPM, la historia de la paciente y la observación de pérdida de líquido amniótico en la especuloscopia, confirman más del 90% de los casos. (1) (19)

En pacientes sin certeza clínica de ruptura prematura de membranas se requiere la utilización de exámenes complementarios como:

Cristalografía o prueba de helecho: Consiste en expandir una muestra del líquido obtenido del fondo del saco posterior de la vagina en un porta objetos y dejarla secar por 10 minutos, posteriormente se observará en el microscopio buscando una imagen semejante a “Hoja de helecho”, esta prueba puede dar falsos positivos debido a la presencia de semen, sangre, moco cervical y huellas dactilares. La sensibilidad de esta prueba es de 51% a 98% y su especificidad de 70% a 88%. (10)

Prueba de nitrazina: Basa su principio en la alcalinización del pH de líquido amniótico, el líquido amniótico tiene un pH de 7.0 a 7.3, a diferencia del flujo o la orina que presenta un pH menor a 6.0, el papel de nitrazina vira de amarillo a azul. Se debe tener en cuenta que la presencia de cervicitis, semen, sangre, vaginitis o vaginosis bacteriana pueden dar falsos positivos. La sensibilidad de esta prueba es de 90% a 97% y su especificidad es de 16% a 70% respectivamente. (19) (10)

Test de Inmunocromatografía: Se basa en el dosaje de la proteína fijadora del factor de crecimiento similar a la insulina-1 (IGFBP-1) que se encuentra en grandes cantidades en el líquido amniótico y está ausente en sangre

materna, semen y orina, esta proteína es producida por el hígado fetal y la decidua.

El resultado es positivo cuando la IGFBP-1 alcanza concentraciones mayores a 30 µg/L después de 15 min de su realización. La sensibilidad de esta prueba es de 74-100%, la especificidad de 77-98%, pero debido a su elevado costo queda limitado. (10) (19)

La prueba Amnisure, basa su detección de la alfa-microglobulina 1 placentaria (PAMG-1), glicoproteína sintetizada en la decidua, con concentraciones en sangre materna de 0.5 a 2 ng/mL en comparación con el líquido amniótico 2000 a 25,000 ng/mL. Esta prueba tiene una detección por debajo de 5 ng/m con una alta sensibilidad (cerca al 99%) y una especificidad de 87% a 100%. (10)

Ecografía Obstétrica, la disminución del volumen de líquido amniótico complementa el diagnóstico de RPM junto a la anamnesis y examen físico. Sin embargo, un volumen de líquido amniótico normal no descartaría el diagnóstico (1)

- **Diagnóstico diferencial de la ruptura prematura de membranas pre viable.**

Se debe diferenciar la ruptura prematura de membranas, principalmente con la leucorrea, pérdida de tapón mucoso, presencia de semen u orina. (19)

- **Manejo expectante de la ruptura prematura de membranas pre viable.**

Para el manejo expectante de la ruptura prematura de membranas pre viable, se aconseja la hospitalización de la paciente a las 23 semanas de gestación, indicando reposo absoluto, restricción de tactos vaginales, control de funciones vitales de la madre, controles obstétricos. Se recomienda la realización de cultivos en el día de internamiento, controles clínicos diarios, los exámenes de laboratorio cada 48 horas, la evaluación de la salud fetal mediante ecografía y/o cardiotocografía en intervalos no mayores de 7 días o según la vitalidad fetal y el volumen de líquido amniótico. (19) (10)

Se debe proceder manteniendo un alto índice de sospecha de una infección precoz, varios colegios de ginecoobstetricia plantean como criterios de corioamnionitis clínica la presencia de fiebre (Mayor a 38 grados), taquicardia materna (Más de 100 LPM), taquicardia fetal (Más de 160 LPM), sensibilidad uterina, secreción vaginal con mal olor. Existe controversia acerca de la utilización del recuento de leucocitos y otros marcadores inflamatorios como la proteína C reactiva, ya que no han demostrado ser útiles y son inespecíficos cuando no hay infección clínica evidente, teniendo una sensibilidad de 29% a 47% respectivamente y la sensibilidad de la PCR es de 38 a 55% luego de la administración de corticoides. (8) (10)

El manejo expectante o tratamiento conservador de la ruptura prematura de membranas pre viable, basa su enfoque en el uso de antibióticos profilácticos, corticoterapia neonatal, neuroprotección y la determinación de la culminación del embarazo por la mejor vía.

Antibioticoterapia profiláctica

La administración de antibióticos persigue dos fines específicos: Disminuir la incidencia de corioamnionitis y aumentar el periodo de latencia. (19)

Según una revisión Cochrane (20), el uso de antibióticos versus placebo no demostró diferencias significativas en la tasa de mortalidad neonatal, pero si en una disminución de incidencia de infección materna, disminución de requerimientos de surfactantes y una disminución de lesiones ecográficas en el recién nacido.

Se debe ofrecer tratamiento con antibióticos desde la confirmación del diagnóstico de ruptura prematura de membranas, incluso cuando sea en menores de 22 semanas de edad gestacional. (8)

No existe consenso en un esquema de tratamiento, pero la mayoría de los protocolos incluyen una fase inicial endovenosa por 48 horas, continuado de un esquema oral hasta completar 7 días de tratamiento. (19) (20) (10)

El Colegio Americano de Gineco-Obstetricia. (ACOG) y la Sociedad de Obstetras y ginecólogos de Canadá (SOGC), recomiendan el empleo de dos regímenes de tratamiento, el primero inicia con ampicilina 2g EV cada 6h y eritromicina 250mg EV cada 6h por 48 horas, luego continuar con amoxicilina 250mg VO cada 8h y eritromicina 333mg VO cada 8h hasta completar 7 días, para el segundo régimen de antibioticoterapia se recomienda 250mg de eritromicina VO cada 6 h durante 10 días. (10)

La guía perinatal de Chile (7), sugiere iniciar con ampicilina 2g EV cada 6 horas y eritromicina 250mg EV las primeras 48hs, luego continuar por 5

días con amoxicilina 500mg VO cada 6h y eritromicina de 250 a 500mg cada 6h.

El manejo de la RPM con antibioticoterapia en el Perú, según la guía de práctica clínica del INMP es similar a la guía perinatal de Chile. (9)

En pacientes con alergia a los betalactámicos se recomienda el tratamiento con clindamicina 900mg EV cada 8 horas durante 48 horas y luego clindamicina 300 mg VO cada 8 horas hasta completar 7 días.

No se considera emplear amoxicilina más ácido clavulánico debido al riesgo elevado de enterocolitis necrotizante en el recién nacido. (20)

Corticoterapia

El uso de corticoides prenatales después de la ruptura prematura de membranas ha demostrado reducir la mortalidad neonatal, el síndrome de distrés respiratorio, la hemorragia intraventricular y la enterocolitis necrotizante en niños prematuros.

Estudios recientes recomiendan la administración de corticosteroides prenatales desde las 23 semanas de gestación hasta las 33 semanas y 6 días a toda embarazada que tengan mayores probabilidades de un parto prematuro en los próximos siete días. (14)

La dosis de tratamiento recomendada es: Betametasona 12mg Im cada 24 horas por 2 dosis o Dexametasona 6mg Im cada 12 horas por 4 dosis. (6) (20) (10)

Los corticoides alcanzan sus efectos benéficos a las 24 horas después de su administración y su efecto máximo dura hasta los 7 días. Cuando en los siete

días posteriores a la administración de la dosis inicial el nacimiento prematuro no se produce y la evaluación clínica muestra que aún existe un riesgo alto de nacimiento pretérmino, se puede considerar la aplicación de un único ciclo extra, entendiéndose como dosis de “Rescate”, una dosis de Betametasona 12 mg Im o dos dosis de Dexametasona 6 mg Im cada 12 horas. (10) (21)

Neuroprotección fetal

Es importante considerar la administración de sulfato de magnesio como neuroprotector fetal dentro del tratamiento para la RPM, porque ha demostrado ser efectiva al reducir el riesgo de parálisis cerebral y la disfunción motora gruesa al corto plazo en un 30 a 40%. Se recomienda emplear sulfato de magnesio para la neuroprotección fetal en embarazos únicos y múltiples con parto prematuro inminente, espontáneo o indicado por causa materna y/o fetal, entre las 24 y 32 semanas de gestación.

Se plantea la administración de 4g de sulfato de magnesio durante 20 minutos como dosis inicial, seguida de una dosis de mantenimiento de 1g por hora, por un período de 4 o más horas, suspendiendo la administración en el momento del parto o a las 24 horas de iniciada la infusión si este no se ha producido. En caso de que el parto sea programado por cesárea, es ideal realizar la infusión de mantenimiento de 6 a 12 horas y suspenderla 4 horas antes de la cesárea, no se recomienda repetir el esquema de neuroprotección fetal en caso de que el parto prematuro no se produzca y se reinicie posteriormente. (8) (10) (11) (20)- (22)

Tocólisis

Es un tema controversial, en la mayoría de los casos no se aconseja su uso ya que incrementa los riesgos de coriamnionitis sin beneficio al prolongar el embarazo. La utilización de tocolíticos quedaría restringida en aquellos casos donde se requiera retrasar el parto o la entrega del recién nacido dentro de 24 a 48 horas, para facilitar la maduración pulmonar o se requiera referir a la paciente a un centro de mayor complejidad e iniciar antibioticoterapia profiláctica. (19) (20)

Terminación del embarazo

Se recomienda finalizar el embarazo cuando se alcanza las 34 semanas de gestación, ya que a partir de esta semana el riesgo de infección ascendente aumenta y las complicaciones por la prematuridad son relativamente bajas (20), se debe inducir el parto si las condiciones obstétricas lo permiten. Si se opta por la vía vaginal, se determina la maduración cervical según la puntuación de Bishop, si el cuello uterino es favorable (≥ 6), se administra oxitocina para inducir el trabajo de parto según los protocolos establecidos; si el cuello uterino es desfavorable se aconseja administrar una prostaglandina como el misoprostol. (17) (23)

La ruptura prematura de membranas no es indicación absoluta de cesárea como tampoco lo es la prematuridad (19), sin embargo, si la gestación terminara por cesárea o histerotomía es importante considerar que los riesgos asociados pueden ser la endometritis, trombosis venosa, infección

de la herida operatoria (El riesgo de infección es de 10 a 30 veces superior al del parto vaginal); por esta razón se debe contemplar la administración adicional de un antibiótico para anaerobios, como clindamicina o metronidazol. Se recomienda iniciar la profilaxis entre 30 a 60 minutos antes de la incisión en la piel. (10).

Se debe interrumpir el embarazo independientemente de la edad gestacional en los siguientes casos: Coriamnionitis clínica, compromiso de la salud materna y/o fetal, desprendimiento de placenta, prolapso de cordón, malformaciones fetales y muerte fetal.

Complicaciones:

Las complicaciones maternas y fetales de la ruptura prematura de membranas están asociadas con la edad gestacional y el volumen del líquido de forma inversamente proporcional, y se relacionan en forma directa con el periodo de latencia. (19)

Complicaciones maternas:

Infección intra amniótica y corioamnionitis, su presencia puede ser causa o consecuencia de la ruptura prematura de membranas, clínicamente evidente se produce en un 15 a 25%, y post parto en aproximadamente 15 a 20%. (6)

Endometritis puerperal, se presenta en un 30% de los embarazos del segundo trimestre y disminuye su frecuencia a mayor edad gestacional.

Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, su frecuencia es de 2 a 5 %. (7)

Sepsis materna, se reporta el 3% de todas las RPM. (1)

Complicaciones fetales:

La prematuridad se asocia en el mayor de los casos con el síndrome de dificultad respiratoria, la enterocolitis necrotizante, sepsis y hemorragia intraventricular. (10)

La reducción marcada del volumen del líquido amniótico. Se asocia con las deformaciones esqueléticas presentes en el 38% de los casos, hipoplasia pulmonar en un 30%, presentaciones anómalas (pelvianas o transversas).

Complicaciones ovulares, se presenta la prociencia de cordón en un 2 a 5% y el desprendimiento placentario es más frecuente cuanto menor sea la edad gestacional.

Muerte Fetal, se presenta en mayor frecuencia cuando es menor la edad gestacional y menor el volumen de líquido, puede ser consecuencia de una emergencia obstétrica como el desprendimiento placentario y el prolapso de cordón o secundaria a una infección (1 a 2%). (10)

Evolución y pronóstico:

Dentro de las pacientes que presentan RPM prematuro, se calcula que el 40 a 50% de los nacimientos ocurrirán dentro de los 7 días y aproximadamente el 70 a 80% lo harán dentro de 2 a 5 semanas. (21)

En un estudio realizado por KIVER, V (24), dos tercios de mujeres con RPM pre viable optaron por continuar su embarazo, el resultado muestra que no hubo trombosis o sepsis, se reportaron 11 casos con sospecha de endometritis por la presencia de fiebre, pero se resolvieron con

antibióticos, el 75% lograron un nacido vivo con una edad gestacional promedio de 22 semanas y 4 días al momento del parto y un periodo de latencia de 38 días. De los nacidos vivos, el 20% falleció en la etapa neonatal y el 80% fue dado de alta, siendo la tasa de supervivencia intacta 45.5%. Demostrándose que el manejo expectante es una opción válida para incluir en el asesoramiento (23).

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1 Objetivos:

Objetivo General.

- Analizar el manejo expectante de la ruptura prematura de membranas pre viable de un caso presentado en un hospital EsSalud IV Lima 2019.

Objetivos específicos.

- Contrastar el manejo terapéutico de la ruptura prematura de membranas pre viable de un caso presentado en un hospital EsSalud IV-Lima 2019, con evidencia científica.
- Determinar la vía de culminación del parto y el periodo de en la ruptura prematura de membranas pre viable de un caso presentado en un hospital EsSalud IV-Lima 2019.

2.2 Sucesos relevantes del caso clínico

Admisión por emergencia. Fecha y hora: 28/10/2019, 15:42h.

Paciente acude a la emergencia por presentar pérdida de líquido claro por vagina hace 15 días en moderada cantidad sin mal olor, señala que acudió a otros

hospitales donde le diagnostican hematoma retroplacentario y es dada de alta, hoy persiste con la pérdida de líquido, acude nuevamente a un hospital Nivel II, donde los hallazgos ecográficos determinan oligohidramnios severo y es referida a este nosocomio por el riesgo obstétrico.

Luego de la anamnesis y evaluación física en emergencia se concluye como diagnóstico: Aborto en curso (G6 P3023 de 22 semanas 6 días por FUR), cesareada anterior 3 veces, descartar acretismo placentario

El plan de trabajo es hospitalización para término de gestación, cobertura antibiótica y junta médica

Indicaciones

Dieta completa – Líquidos a voluntad

Vía salinizada

Ceftriaxona 2g EV cada 24 horas

Clindamicina 900 mg EV cada 8 horas

Control de pérdida de líquido amniótico

Control de funciones vitales

Hospitalización en puerperio normal y patológico

Anamnesis:

Filiación

Edad	:	40 años
Raza	:	Mestiza
Ocupación	:	Promotora de ventas.
Estado Civil	:	Conviviente

Grado de Instrucción : Secundaria
Religión : Católica
Procedencia : Lima
Fecha del Ingreso : 28 de octubre del 2019
Hora del Ingreso : 19:00 horas

Funciones Biológicas:

Apetito: Conservado

Sed: Conservado.

Orina: Aproximadamente 5 veces al día.

Sueño: Conservado.

Estado general sensorio: Sin alteración

Antecedentes Personales:

Antecedentes Médicos : Niega enfermedades crónicas.

Antecedente Quirúrgico : 3 Cesáreas, 2 legrados uterinos

Antecedentes de Transfusiones : Niega

Reacciones alérgicas a medicamentos: Ninguna.

Antecedentes Gineco-Obstétricos:

Menarquia :10 años

Régimen catamenial : 3/30

Inicio de Relaciones Sexuales :17 años

Parejas sexuales :03

Métodos Anticonceptivos : Ampollas mensuales

Papanicolau :2018 Negativo
FUR : 21 de mayo del 2019
FPP :28 de febrero del 2020
Edad gestacional : 23 semanas 0 días por fecha de última regla. 23semanas 1 día por ecografía de primer trimestre.
Atención pre natal :02 Atenciones pre natales de gestación actual
Formula obstétrica : G6 P 3023

- GESTACIÓN 1: 1997, Cesárea por trabajo de parto disfuncional, Peso de RN.3750, Hospital de Lambayeque.
- GESTACIÓN 2: 1998, Cesárea por cesárea anterior, PIN corto, Peso de RN.3800, Hospital de Lambayeque.
- GESTACIÓN3:2003, Aborto incompleto, legrado uterino.
- GESTACIÓN4: 2010, Cesárea por cesárea anterior dos veces, Peso de RN.3850, Hospital Cayetano Heredia.
- GESTACIÓN 5: 2015, Aborto incompleto, legrado uterino.
- GESTACIÓN6: Gestación actual.

Antecedentes Familiares:

Madre : Aparentemente sana.
Padre : Aparentemente sano.

Examen Físico:

Funciones Vitales: Las funciones vitales se encuentran dentro de los rangos normales; presión arterial (PA) de 110/70 mmHg, la temperatura corporal (T°)

es de 36x.5°, la frecuencia respiratoria (FR) 20 x min, frecuencia cardiaca (FC) es de 82 x min. Su peso es de 73.00 kg, con una talla de 1.58cm, con un índice de masa corporal de 29.2 (Sobrepeso)

Piel y mucosas: La piel y mucosas están hidratadas, elástica, mantiene temperatura corporal

Mamas: Blandas.

Abdomen: Útero grávido, altura uterina (AU) 19cm., Situación, posición, presentación (SPP), feto se encuentra indiferente, latidos cardiacos fetales (LCF) en 145x min, no se evidencia dinámica uterina (DU), paciente percibe movimientos fetales.

Genitourinario: Se evidencia pérdida de líquido amniótico escaso, sin mal olor.

Especuloscopia: Se realiza maniobra de valsalva, constatando la pérdida de líquido amarillento sin mal olor.

Tacto vaginal: Cérvix posterior, orificio cervical cerrado.

Impresión diagnóstica:

1. Aborto en Curso (G5 P3023 de 23 semanas por FUR)
2. Cesareada anterior 3 veces

Plan de trabajo:

- Se hospitaliza para término de gestación, cobertura antibiótica y junta médica

- Se solicita preoperatorio: Hemograma, perfil de coagulación, recuento de plaquetas, glucosa, urea y creatinina, perfil hepático, examen de orina, urocultivo, pruebas cruzadas, Proteína C reactiva (PCR).
- Radiografía de tórax.
- Riesgo quirúrgico.

Evolución, diagnóstico y tratamiento

Para fines de estudio y seguimiento hemos ordenado la evolución por semanas de gestación, señalando los sucesos importantes realizadas en cada semana, como el diagnóstico, evaluación médica, plan de trabajo, indicaciones y los exámenes auxiliares.

Día 01 de hospitalización: 29 octubre de 2019

Paciente se encuentra hospitalizada en el área de puerperio normal y patológico, en esta área se realiza visita médica una vez al día.

Síntesis de la visita médica

1. G6 P 3023 de 22 semanas 6 días x FUR
2. Aborto en curso (Aborto inevitable).
3. Cesareada anterior 3 veces.
4. Descartar acretismo placentario

Paciente hemodinámicamente estable, afebril, refiere pérdida de líquido amniótico en escasa cantidad

Funciones vitales: PA: 110/60mmHg T:36.8 ° FC:78 x min

Útero: AU:19cm LCF: 172 LPM DU: Ausente Movimientos fetales: Presente

Especuloscopia: No sangrado vaginal, se evidencia líquido amniótico amarillento

Plan de trabajo: Se solicita junta médica.

Indicaciones:

Antibioterapia: Ceftriaxona 2g EV cada 24h, Clindamicina 900mg EV cada 8 h, Amikacina 1g EV cada 24 h

Deambulación precoz

Se solicita hemograma, PCR y ecografía obstétrica,

Exámenes auxiliares:

Hemograma (29/10/2019) Leucocitos 17.30, Abastados 0%, PCR 17.3

Ecografía obstétrica (29/10/2019), LCF. 140 LPM, Ponderado fetal: 581g +/- 85g.conclusión: Gestación única activa de 23sem 1d x FUR validada, crecimiento fetal percentil 49. Anhidramnios. Bajo riesgo de acretismo placentario. Feto en podálico, morfológicamente sin alteraciones.

Día 02 a día 08 de hospitalización: 30 al 05 noviembre

Al tercer día de hospitalización (31 de octubre), la paciente es trasladada al área de Alto Riesgo Obstétrico (ARO), en esta área se cambia el enfoque de tratamiento a un manejo expectante, de un diagnóstico de aborto inevitable a un diagnóstico de

ruptura prematura de membranas pre viable, se indica reposo absoluto, los exámenes de laboratorio (Hemograma y PCR) son solicitados cada 48 horas; en esta área la visita médica se realiza dos veces al día.

Síntesis de la visita médica

El diagnóstico de la paciente es esta semana es:

1. G6 P3023 23 semanas a 23semanas 6 días
2. Ruptura prematura de membranas pre viable (4 a 8 días)
3. Anhidramnios
4. Cesareada anterior 3 veces.

Paciente hemodinámicamente estable, afebril, refiere pérdida de líquido amniótico en escasa cantidad

Funciones vitales: PA:110/60mmHg T: 36.8 ° FC:78x min

Útero: AU.19cm LCF: 146-170 LPM DU: Ausente MF: Presente

Genitales externos: No sangrado vaginal, se evidencia líquido amniótico amarillento

Paciente cuenta con resultados de hemograma (04/11): Hemoglobina 12.9mg/dl, leucocitos 8.68, bastonados 0%, PCR: 8.3 mg/dl.

Plan de trabajo: Analgesia, Antibiótico.

Se solicita resonancia magnética para descartar acretismo placentario.

Síntesis de la atención por obstetricia

- Paciente con dieta blanda

- Se administra Ceftriaxona 2g cada 24 h, Clindamicina 900mg EV cada 8h.
- Se completa tratamiento de 5 días con Amikacina 1g EV cada 24h.
- Control de funciones vitales cada 6 horas (T° y FC) estrictamente
- Control obstétrico (LCF y dinámica uterina) cada 2 horas
- Reposo absoluto

Día 09 al día 15 de hospitalización: 06 al 12 de noviembre

Síntesis de la visita médica

Diagnóstico:

1. G6P3 24semanas a 24semanas 6 días.
2. Ruptura prematura de membranas pre viable (6 a 12 días).
3. Descartar acretismo placentario.
4. Oligohidramnios severo.
5. Feto podálico.
6. Cesareada anterior 3 veces.

Paciente hemodinámicamente estable, afebril, refiere pérdida de líquido amniótico en escasa cantidad

Funciones Vitales: PA:110/60mmHg T: 36.8 ° FC:78x min

Útero: AU: 20 cm LCF: 153-163 LPM DU: Ausente MF: Presente

Genitales externos: No sangrado vaginal, se evidencia líquido amniótico Claro - amarillento

Paciente cuenta con resultados de hemograma y PCR inter diario.

Plan de trabajo: Conducta expectante, analgesia, antibiótico.

Interconsulta al servicio de hematología para profilaxis antitrobótica, el día 10/11/2019.

Se solicita resonancia magnética para descartar acretismo placentario, el día 11/11/2019

Exámenes auxiliares:

Exámenes de laboratorio: Paciente cuenta con examen de laboratorio de los días:

09/11/2019: Hemoglobina 12.3mg/dl, Leucocitos: 9050. Abastoados: 2%.

PCR: 12.3 mg/dl

12/11/2019: Hemoglobina 12.0mg/dl, Leucocitos: 1603. Abastoados: 2%.

PCR: < 4 mg/dl

Ecografía obstétrica del 10/10/2019: LCF: 167 LPM. Ponderado fetal: 741g +/-

108g (Percentil 74.2%). Pozo mayor: 10.6mm. Conclusión: Gestación única

activa de 24ss 1d x BF. Vitalidad fetal conservada. Oligohidramnios severo.

Síntesis de la atención por obstetricia

- Paciente con dieta hiperceulósica.
- A las 24 semanas de gestación (06/11) se completa tratamiento de 10 días con Ceftriaxona 2g cada 24 h, Clindamicina 900mg EV cada 8h
- A las 24 semanas 5 días de gestación (11/11), se completa tratamiento con Dexametasona 6mg cada 12h por 4 dosis.
- El día 10/11/2019 se inicia administración de Enoxaparina 40mg SC cada 24h, a las 24 semanas 4 días, según indicación de Hematología.

- Control de funciones vitales cada 6 horas (T° y FC)
- Control obstétrico (LCF y dinámica uterina) cada 2 horas
- Reposo absoluto

Día 16 al día 22 de hospitalización: 13 al 19 de noviembre

Síntesis de la visita médica

Diagnóstico G6 P3023 25 semanas a 25 semanas 6 días.

1. Ruptura prematura de membranas pre viable (13 a 19 días)
2. Descartar acretismo placentario.
3. Oligohidramnios severo.
4. Feto Podálico.
5. Cesareada anterior 3 veces.

Paciente hemodinámicamente estable, afebril, refiere pérdida de líquido amniótico en escasa cantidad

Funciones Vitales: PA:110/70mmHg T36.4- 37 ° FC:78-84x min

Útero: AU.20 cm LCF: 144-170 LPM DU: Ausente Movimiento fetal: Presente

Genitales Externos: No sangrado vaginal, se evidencia líquido amniótico claro-amarillento

Paciente cuenta con resultados de hemograma y PCR interdiario.

Plan de trabajo: Conducta expectante, posibilidad de amniocentesis, pronóstico fetal reservado

Exámenes auxiliares:

Exámenes de laboratorio:

13/11/2019: Hemoglobina 11.6mg/dl, Leucocitos: 1063. Abastionados: 0%.

PCR: < 4 mg/dl

17/11/2019: Hemoglobina 12.7mg/dl. Leucocitos: 968. Abastionados: 0%. PCR:

16 mg/dl

19/11/2019: Hemoglobina 13.4. Leucocitos: 1086. Abastionados: 0%. PCR: 14.3

mg/dl

Ecografía obstétrica 15/11/2019: LCF: 150 LPM. Ponderado fetal: 840g. EVM:

1.7mm (pozo único). Conclusión: Gestación única activa de 25sem 3d x BF.

Crecimiento fetal P63. Oligoamnios. Doppler ACM Y Arteria umbilical dentro de límites normales.

El día 16/11/2019 La resonancia magnética informa que no existen hallazgos compatibles con acretismo placentario.

Síntesis de la atención por obstetricia

- Paciente con dieta hipercelulósica.
- Se inicia administración Lactulosa 15cc VO cada 8 horas el día 16/11/19.
- Se administra Clotrimazol en crema tópica por 5 días.
- Se administra Enoxaparina 40mg SC cada 24h, según indicación de Hematología.
- El día 19/11/2019, a las 25 semanas y 6 días, se administra Sulfato de magnesio (SO4Mg) 4 g en NaCl 9% x 100cc en 20 min (dosis de ataque)

- Se administra Ácido fólico 0.5 mg VO cada 24h
- Control de funciones vitales cada 6 horas (T° y FC) estrictamente
- Control obstétrico (LCF y dinámica uterina) cada 2 horas
- Reposo absoluto

Día 23 al día 29 de hospitalización: 20 al 26 de noviembre

Síntesis de la visita médica

Diagnóstico:

1. G6P3023 26 semanas a 26 semanas 6días.
2. Ruptura prematura de membranas prolongado (23 a 29 días).
3. Oligohidramnios.
4. Feto podálico.
5. Cesareada anterior 3 veces.
6. Edad materna avanzada.
7. Periodo intergenésico largo.

Paciente hemodinámicamente estable, afebril, refiere pérdida de líquido amniótico en escasa cantidad

Funciones Vitales: PA:90/60mmHg T: 36.6- 37.2 ° FC: 72-90 x min

Útero: AU: 21 cm LCF: 145-162 LPM DU: Ausente

Movimientos fetales: Presente

Genitales Externos No sangrado vaginal, se evidencia líquido amniótico claro escaso

Paciente cuenta con resultados de hemograma y PCR interdiario.

Plan de trabajo: Conducta expectante

Exámenes auxiliares:

Exámenes de laboratorio: Paciente cuenta con examen de laboratorio interdiario:

21/11/2019: Hemoglobina 13mg/dl, Leucocitos: 1078. Abastados: 0%. PCR: 12.3 mg/dl

23/11/2019: Hemoglobina 12.8mg/dl, Leucocitos: 1024. Abastados: 3%. PCR: 10.9 mg/dl

Síntesis de la atención por obstetricia

- Paciente con dieta hipercelulósica.
- Se administra Lactulosa 15cc VO PRN a constipación.
- Se administra Enoxaparina 40mg SC cada 24h.
- Se administra Ácido fólico 0.5 mg VO cada 24h
- Control de funciones vitales cada 6 horas (T° y FC) estrictamente
- Control obstétrico (LCF y dinámica uterina) cada 2 horas
- Reposo absoluto

Día 30 de hospitalización: 27 de noviembre

El día 30 de hospitalización pasa sin interurrencias y sin modificaciones en el manejo expectante

Día 31 de hospitalización: 28 de noviembre

Síntesis de la visita médica

Diagnóstico:

1. G6P3023 27 semanas 2 días X FUR Validada.
2. Ruptura prematura de membranas prolongado (31 días).
3. Oligohidramnios.
4. Feto podálico.
5. Cesareada anterior 3 veces.
6. Edad materna avanzada.

Paciente hemodinámicamente estable, afebril, refiere pérdida de líquido amniótico en escasa cantidad

Funciones Vitales: PA:90/60mmHg T36.5° FC:80xmin

Útero: AU.21 cm LCF: 150-168 LPM DU: Ausente MF: Presente

Genitales externos: No sangrado vaginal, se evidencia líquido amniótico amarillo escaso

Paciente cuenta con resultados de hemograma y PCR interdiario.

Plan de trabajo: Conducta expectante

Síntesis de la atención por obstetricia

- Paciente con dieta hipercelulósica.
- Se administra Ácido fólico 0.5 mg VO cada 24h
- Control de funciones vitales cada 6 horas (T°y FC) estrictamente

- Control obstétrico (LCF y dinámica uterina) cada 2 horas
- Reposo absoluto

18:00 h. Paciente refiere dolor tipo contracción, se suspende administración de Enoxaparina 40mg SC y se comunica al médico de guardia.

20:00 h. Paciente persiste con dolor tipo contracción, se realiza monitoreo materno-fetal, se evidencia dinámica uterina 2/10 min, intensidad ++, duración 30 segundos.

20:10 h. Durante la visita médica vespertina, se realiza tacto vaginal: D: 1cm, I:80%, AP: -3, MO: Rotas, Líquido meconial espeso, con ligero mal olor.

20:30h. Médico de turno evalúa monitoreo y programa cesárea (Histerotomía), IC a Neonatología

21:00h, Se administra Ranitidina 50mg EV, Metoclopramida 10 mg EV,

21:10h. Se administra Ceftriaxona 2g EV pre intervención, Se prepara paciente para Sala de operaciones.

Reporte operatorio

Fecha:28/11/19 Hora de Nacimiento: 22:04h

Diagnóstico pre operatorio: G6P3023 27 semanas 2 días X FUR validada. Ruptura prematura de membranas prolongado (31 días). Descartar Corioamnionitis. Cesareada anterior 3 veces.

Diagnóstico post operatorio: El mismo más Síndrome adherencial severo.

Procedimiento: Histerotomía en T, Salpingectomía en trompa izquierda más Pomeroy modificado en trompa derecha.

Sangrado Intraoperatorio: 1000cc

Complicaciones: Hipotonía Uterina que cedió con misoprostol 600mg SL

Datos del Recién Nacido.

Sexo: Masculino Peso: 1000g. Apgar:4 al min, 7 a 5 min, Perímetro cefálico:26cm.
Perímetro torácico: 21cm, Perímetro abdominal: 21.5cm, Edad gestacional por examen físico: 27semanas

Día 38 de hospitalización: 04 de diciembre

Diagnóstico: Puérpera post operada de cesárea + bloqueo tubárico bilateral (BTB). RPM prolongado. Descartar corioamnionitis

Paciente es dada de alta a 7 días post operatorio, durante el puerperio recibió analgésicos y como antibióticos recibió Ceftriaxona 2g, Clindamicina 600mg, Amikacina 1g durante 5 días, el día 6 y 7 post parto recibió Dicloxacilina 500 mg VO cada 8h.

El hemograma post operatorio: Hemoglobina 10.9. Leucocitos: 1113.
Abastionados: 0%. PCR: 153 mg/dl

2.3 Discusión.

El manejo expectante es recomendable en base a las actuales evidencias para la ruptura prematura de membranas pre viable. En el caso clínico estudiado, lo primero que debemos señalar es que, en la guía de práctica clínica del hospital no se considera el manejo expectante para la ruptura prematura de membranas pre viable, sin embargo, en la práctica clínica se presenta concesos y divergencias en su ejecución.

En el caso clínico se pudo encontrar que:

La paciente ingresa por emergencia a las 22 semanas 6 días de gestación, recibiendo el diagnóstico de aborto inevitable y realizando un manejo para tal patología, posteriormente se cambia el enfoque, y recibe un manejo expectante para ruptura prematura de membranas pre viable, considerando el reposo absoluto, tratamiento antibiótico, corticoides, neuroprotección, y determinación de la vía de parto, así mismo el control materno fetal para evitar complicaciones y evaluar término de gestación.

En cuanto al manejo con antibióticos, la paciente en estudio recibió triple cobertura antibiótica, clindamicina , ceftriaxona, amikacina a partir de las 22 semanas 6 días de gestación por 10 días, discrepando de los esquemas de tratamiento de antibióticos recomendados para ruptura prematura de membranas según Chatzakis (15), que menciona a la eritromicina como un fármaco efectivo para sepsis neonatal, y rescata a la clindamicina más gentamicina como eficaces para el síndrome de distrés respiratorio y la ampicilina para reducir tasas de hemorragia intraventricular, al mismo tiempo la terapia empleada en este caso clínico no está respaldada en ninguna guía

práctica clínica, asimismo cabe señalar que no existe consenso en el manejo con antibióticos para la ruptura prematura de membranas pre viable. (19) (20) (10). En el caso clínico de estudio, para la maduración pulmonar se empleó dexametasona 6mg IM cada 12h por 4 dosis a las 24semanas 4 días de gestación, sin recurrir a una dosis de rescate, enfatizando que la terapia con corticoides fue satisfactoria y acorde con las recomendaciones que incluye Men et al. (14) en su estudio atribuyendo su uso a la disminución significativa del síndrome de dificultad respiratoria, el riesgo de hemorragias intraventriculares, enterocolitis necrotizante.

La neuroprotección con sulfato de magnesio, se empleó a las 25 semanas 6 días, se dio la dosis de ataque con Sulfato de Magnesio 4 g en NaCl 9% x 100 cc en 20 min, más no se registra su uso como dosis de mantenimiento, la exposición del útero al sulfato de magnesio antes del trabajo de parto prematuro disminuye la incidencia de la parálisis cerebral y su gravedad, según la revisión de Hyagriv (2019) (22), siendo la dosis empleada de ataque 4 g de sulfato de magnesio durante 20 minutos y una dosis de mantenimiento de 1g por hora hasta 24 horas, a diferencia de lo planteado por Horton (2015) (11), cuya administración de sulfato de magnesio intravenoso es en bolo de 6 g seguido de infusión constante de 2g por hora hasta doce horas; pese a ser diferente la dosis administrada, los dos estudios señalan un impacto importante del uso de sulfato de magnesio al disminuir los riesgos de parálisis cerebral en recién nacidos.

En el caso clínico estudiado no se empleó, ni consideró el uso de terapia tocolítica, se puede inferir que esta práctica está contraindicada en el manejo de ruptura prematura de membranas dentro del Hospital, siendo respaldada por el

estudio de Lorthé (2017) (13), donde menciona que el uso de tocolíticos no se asocian a mejores resultados para la madre y recién nacido.

La vía de culminación fue histerotomía, por el riesgo obstétrico de la paciente, quien presentaba tres cesáreas anteriores como antecedente, no pudiéndose comparar con el estudio de Morris (2016), quién señaló que la conducta expectante es adecuada, reduce la morbilidad de los neonatos y disminuye el riesgo de hemorragias intraparto, post parto y reduce la cesárea.

El momento de culminación del embarazo se determinó frente a síntomas clínicos de inicio de trabajo de parto y riesgo de pérdida de bienestar fetal a las 27 semanas y 2 días, a los 31 días de producida la ruptura prematura de membranas, observándose que el periodo de latencia es similar al periodo de latencia en el estudio de Kiver (2018) (24), demostrándose que el manejo expectante es una buena alternativa para incluir en el manejo y asesoramiento a las pacientes con ruptura prematura de membranas pre viable.

2.4 Conclusiones.

En base a la literatura revisada la mayoría de autores consideran que el manejo expectante es la mejor alternativa para abordar la ruptura prematura de membranas pre viable, sin que este pueda comprometer el bienestar materno fetal.

El manejo con antibióticos en la ruptura prematura de membranas pre viable se puede iniciar antes de las 22 semanas, los antibióticos recomendados para la RPM es ampicilina y eritromicina, iniciando vía endovenosa las primeras 48 horas, luego un esquema de vía oral por 7 días.

El manejo con corticoides en la ruptura prematura de membranas pre viable, se emplea a partir de las 23 semanas a 33 semanas y 6 días de gestación, los medicamentos recomendados son: Betametasona 12mg vía IM cada 24 horas por 2 dosis o dexametasona 6 mg IM cada 12 horas por 4 dosis y se puede emplear un único ciclo de rescate pasados los 7 días y continúe existiendo un riesgo de parto prematuro.

El manejo con sulfato de magnesio como neuroprotector en la ruptura prematura de membranas pre viable, se emplea entre las 24 semanas y 32 semanas de edad gestacional, la dosis recomendada es 4g de sulfato de magnesio como dosis de carga durante 20 minutos y una dosis de mantenimiento de 1g por hora, suspendiéndose a las 24 horas si no se culmina el embarazo.

El manejo con tocolíticos en la ruptura prematura de membranas pre viable sólo se puede emplear cuando se requiera maduración pulmonar o la referencia de la gestante a un centro de mayor complejidad por un periodo no mayor de 48 horas, pero en general se desaconseja su uso.

La vía de culminación de embarazo en la ruptura prematura de membranas es ideal a las 34 semanas de gestación, y se recomienda el parto vaginal si las condiciones obstétricas lo permiten, se interrumpe el embarazo en cualquier momento de la gestación en caso de coriamnionitis y compromiso de salud materno fetal.

2.5 Recomendaciones.

Actualizar las guías de prácticas clínicas, incluyendo el manejo de ruptura prematura de membranas pre viable en base a las evidencias científicas y recomendaciones actuales.

Debido a que la supervivencia del recién nacido puede variar según el nivel de complejidad de los servicios de salud, se sugiere mejorar el sistema de referencia y contrareferencia a nivel de país, asegurando que cada gestante tenga igualdad en la oportunidad a los accesos de salud.

Se requiere de más obstetras especialistas en los hospitales de nivel de complejidad alta, ya que son pieza clave en el manejo y monitoreo de las pacientes y forman parte importante dentro del equipo multidisciplinario.

Las instituciones de salud deben de realizar capacitación constante y/o revisión de casos clínicos dirigidos para todo el equipo de trabajo.

Admitir para el manejo de ruptura prematura de membranas pre viable a pacientes con menos de 23 semanas de gestación, diferenciándose su manejo de un aborto inevitable.

Orientar a toda paciente que ingresan al servicio de salud con diagnóstico de ruptura prematura de membranas pre viable sobre el pronóstico de su embarazo y las posibles complicaciones, considerando que el resultado pediátrico es un desafío.

Las pacientes con ruptura prematura de membranas deben ser abordadas por un equipo multidisciplinario incluyendo el servicio de psicología y asistente social.

BIBLIOGRAFÍA

1. Meller C, Carducci M, Ceriani J, Otaño L. Ruptura prematura de membranas en nacimientos de pretérmino. Arch. argent. pediatr. [Internet] 2018 [citado 20 de Febrero del 2020]; 116(4):575-581 Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2018/v116n4a21.pdf>.
2. Miranda A. Resultados maternos y perinatales del manejo conservador de la ruptura prematura de membranas en gestantes de 24 a 33 semanas. Acta Med Per. 2014.31(2)
3. McElrath T. Preterm prelabor rupture of membranes: Management. UpToDate. 2019.
4. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos Prematuros. [Internet]. 2018 [Consultado 20 nov 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
5. Campana J, García E. Ruptura prematura de membranas. Guía clínica FLASOG. 2011.
6. The American College of Obstetricians and Gynecologists. PubMed. [Internet].; 2018 [Consultado 20 Nov 2019]. Disponible en: <https://scihub.wikicn.top/10.1097/AOG.0000000000001712>.
7. De la Barra R Andrea. Ruptura prematura de membranas. Guía perinatal Chile. 2015;CapXXII:291-299
8. Gutiérrez M. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. Rev. Perú Ginecol. obstet. 2018; 64(3):405-413.
9. Guevara E, Sánchez A. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. INMP.2018;110-117

10. Rodríguez M, Miranda O, Rossetti R, et al. Tratamiento de la ruptura prematura de membranas pretérmino (24-33.6 semanas): evidencia científica reciente. *Ginecol. obstet. Méx.* 2018; 86(5):319-334.
11. Amanda L. Horton, M. Effect of Magnesium Sulfate Administration for Neuroprotection on Latency in Women with Preterm Premature Rupture of Membrans. *American Journal of Perinatology.* 2015.
12. Morris M, Roberts L, Bowen R. Interrupción inmediata versus manejo expectante luego de rotura prematura de membranas cercano al término del embarazo (ensayo PPRMT): un ensayo controlado randomizado. *Revista Chilena de obstetricia y Ginecología.* 2016.
13. Lorthe E, Goffinet F, Marret S, et al. Tocolysis after preterm premature rupture of membranes and neonatal outcome: a propensity-score analysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology A.* 2017; 217:212.
14. Hombres J, Debra G. Terapia con corticoides prenatales para la reducción de morbilidad y mortalidad respiratoria neonatal por parto prematuro. *UpToDate.* 2019 octubre.
15. Chatzakis C, Sarafidis K, Dinas K, et al. El efecto de los antibióticos profilácticos para la ruptura prematura de membranas en el trabajo de parto prematuro sobre los resultados perinatales: un metanálisis de red de ensayos controlados aleatorios. *Ultrasonido Obstet Gynecol.* 2019 octubre.
16. McElrath T. Pre-ruptura de membranas antes y en el límite de viabilidad. *Wolters Kluwer.* 2019 enero
17. Duff P. Ruptura prematura de las membranas antes del parto: manejo. *UpToDate.* 2019

18. Damien B, Jean C, Loic B, et al. Factores de riesgo y los resultados de la ruptura prematura de membranas en una cohorte de 6.968 mujeres embarazadas. Diario de medicina clínica. 2019 noviembre.
19. Mezzabotta L, Votta R, Nores J, et al. Ruptura prematura de membranas. CONSENSO FASGO XXXIII; 2018
20. Susacasa S, Betular Á, César M. Ruptura prematura de membranas en el embarazo de pretérmino. Consenso SOGIBA. 2017
21. Colegio Americano de ginecología y obstetricia. Corticoteria prenatal para maduración fetal. Washington: Obstet Gynecol; 2017
22. Hyagryv S, Himes K. Efectos neuroprotectores de la exposición en el útero al sulfato de magnesio. UptoDate. 2019
23. Téllez D, Ramires S, parada N et.al. Inducción del parto versus manejo expectante en ruptura prematura de membranas pretérmino: revisión sistemática y metanálisis. Rev Univ Ind Santander Salud. 2017 Mayo; 49(1): p. 45-55.
24. Verena Kiver, Vinzenz Boos B, Anke T, et al. Perinatal outcomes after previable preterm premature rupture of membranes before 24 weeks of gestation berlin Germany: journal of Perinatal Medicine; 2018