

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS A TÉRMINO Y PRETÉRMINO

Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona.

1. DEFINICIÓN

Se entiende por rotura prematura de membranas (RPM) la rotura de las membranas ovulares antes del inicio del parto, con la consiguiente salida de líquido amniótico. La mayoría de las RPM son a término y el parto se desencadenará, incluso en condiciones cervicales desfavorables, de forma espontánea en las siguientes 24-48 horas (60%-95%). Más infrecuente es la RPM pretérmino que complica un 2-4% de todas las gestaciones únicas, un 7-20% de las gestaciones gemelares y representa un 30% de los partos pretérmino^{1,2}. Debido a que el límite de la viabilidad se ha reducido en los últimos años, actualmente nos referiremos a RPM previable cuando ésta se produce antes de la semana 24.0 de gestación.

2. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de RPM se basa en la constatación de la salida de líquido amniótico. En un 80- 90% es evidenciable al colocar un espéculo, tras realizar maniobras de valsalva. En un 10-20% de los casos aparecen dudas en el diagnóstico ya sea porque:

- a. La pérdida de líquido es intermitente.
- b. No se evidencia hidrorrea en vagina durante la exploración física.
- c. Existe contaminación por secreciones cervicales, semen, sangre, orina.

En caso de no objetivarse hidrorrea franca, se optará por realizar las siguientes pruebas diagnósticas:

1. Comprobación de pH vaginal (normal pH 3.4-5.5): Es un test colorimétrico. El líquido amniótico es alcalino (pH > a 6.5). Presenta falsos positivos (semen, orina, sangre, vaginosis bacteriana) y falsos negativos (candidiasis).

2. Ecografía fetal: evidencia de oligoamnios no existente previamente. Presenta una escasa sensibilidad y especificidad.

Ambas pruebas son poco específicas y no concluyentes por lo que en casos seleccionados en los que persiste la duda diagnóstica se recurrirá a:

3. Pruebas bioquímicas:

3.1. Insulin-like growth factor binding protein-1 (IGFBP-1) (**PROM test®**, **Amnioquick®**): La 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%^{3,4}.

3.2. Placental alpha microglobulin-1 (**PAMG-1**) (**Amnisure®**): Es una 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. Está ausente en muestras biológicas como el semen u orina. Presenta una sensibilidad cercana al 99% y una especificidad que varía del 88-100%^{3,4}. Ambas son pruebas con similar sensibilidad y especificidad por lo que pueden ser utilizadas indistintamente en los casos en los que existe la duda diagnóstica de rotura de membranas⁵.

4. Amniocentesis diagnóstica. En casos muy seleccionados, el diagnóstico definitivo puede realizarse **instilando fluoresceína** en la cavidad amniótica mediante amniocentesis. La detección de fluoresceína en vagina a los 30-60 minutos confirma el diagnóstico de RPM, aunque pasado este tiempo pierde especificidad.

En **dilataciones avanzadas** con membranas expuestas tanto las pruebas bioquímicas como la amniocentesis con instilación de fluoresceína pueden presentar **falsos positivos**.

3. GESTACIONES A TÉRMINO

En gestantes con RPM a término, la finalización de la gestación en las siguientes 24 h de la amniorrexia no incrementa ni el riesgo de morbilidad materna ni la tasa de cesáreas o partos instrumentados (6). Teniendo en cuenta que en el 60-95% de casos de RPM a término el parto se desencadenará de forma espontánea en las siguientes 24-48 horas y el amplio margen de finalización reportado en la literatura, recomendaremos la finalización activa de la gestación a la mañana siguiente del ingreso (o a las ± 12 h en función de la hora de la amniorrexia) sin superar las 24 horas desde la RPM, con los medios descritos en el protocolo de inducción del parto (ejemplo: RPM a las 15h se finalizará a la mañana siguiente. En cambio, RPM a las 6h se finalizará \pm a las 18h).

En la RPM a término, a diferencia de las pretérmino no existe un consenso universal respecto la utilización de antibióticos (7, 8). Nuestra actitud será la de iniciar antibioterapia profiláctica coincidiendo con la finalización de la gestación, excepto en portadoras de SGB en las que se iniciará desde el ingreso.

GESTANTE CON RPM DE < 24 HORAS DE EVOLUCIÓN:

1. Pruebas complementarias: Al ingreso NO será necesario hemograma ni PCR.

2. Antibioterapia:

2. 1. **Si SGB negativo**: iniciar ATB coincidiendo con la finalización activa de la gestación (maduración/inducción). No al ingreso. Si ha iniciado parto espontáneo, NO se iniciará ATB aunque se superen las 24 h desde la RPM.

2.2. **Si SGB positivo**: iniciar ATB al ingreso:

2.2.1. **Si dinámica uterina (DU)**: penicilina 5M ev + penicilina 2,5M/4h ev o ampicilina 2g ev + 1g/4h ev.

2.2.2. **Si NO DU:** amoxi-Clavulánico 1g/6 horas ev (presenta una mayor cobertura frente a microorganismos que la penicilina).

2.2.3. **Alergias:** clindamicina 900 mg/8h ev (sólo si el antibiograma es sensible). Si es resistente a clindamicina o se desconoce antibiograma, vancomicina 1g/12 h ev.

3. Finalización de la gestación: Iniciar la finalización activa de la gestación según las condiciones cervicales a la mañana siguiente del ingreso (o a las ± 12 h en función de la hora de la amniorraxis) sin superar las 24 horas desde la RPM siguiendo el protocolo de inducción del parto.

GESTANTE CON RPM DE \geq 24 HORAS DE EVOLUCIÓN:

1. Pruebas complementarias: Al ingreso se solicitará hemograma y PCR.

2. Antibioterapia: Inicio al ingreso de **amoxi-Clavulánico 1g/6 horas ev**, independientemente del estado portador de SGB. **Alergias:** el tratamiento de elección es clindamicina 900 mg/8 h ev (si antibiograma sensible) o vancomicina 1g/12 h ev (si resistente a clindamicina o antibiograma desconocido).

3. Finalización de la gestación: Iniciar la finalización de la gestación según las condiciones cervicales al ingreso (protocolo inducción del parto).

4. RPM PRETÉRMINO

CONSIDERACIONES GENERALES en el manejo en **UCIAS** (aplicables en todos los casos de RPM pretérmino independientemente de la edad gestacional):

1. **Datar la gestación.** Si es posible, mediante la ecografía del 1º trimestre.

2. Descartar la presencia de otros factores de riesgo mediante la anamnesis y la exploración

3. **Evitar** en estas gestantes los **tactos vaginales** salvo dinámica uterina establecida que requiera de la valoración de las condiciones obstétricas. La valoración cervical se hará mediante:

- a. Espéculo
- b. Longitud cervical ecográfica

4. Pruebas complementarias

4. 1. **Hemograma, PCR, pruebas de coagulación** (éstas últimas si no actualizadas en los últimos 2 meses).

4.2. **NST (UCIAS):** para valorar bienestar fetal y descartar la presencia de dinámica uterina.

4.3. **Ecografía fetal básica:** Estática fetal, biometrías, líquido amniótico, PBF si NST no concluyente.

5. Antibioterapia: se iniciará **antibioterapia profiláctica de amplio espectro** hasta resultado de los cultivos o hasta un máximo de 5 días con **ampicilina 1g/6h ev + gentamicina 80mg/8h ev + azitromicina 1g vo dosis única**. **Alergias:** el tratamiento de elección es la combinación de clindamicina 900 mg/8 h ev y gentamicina 80 mg/8h ev+ azitromicina 1g. vo. En el caso que la paciente ya haya iniciado tratamiento antibiótico en otro centro distinto al propuesto en nuestro protocolo, se mantendrá el mismo tratamiento (si la cobertura es equivalente).

6. Finalización de la gestación: Ante un cuadro de **corioamnionitis clínica o pérdida de bienestar fetal** (ej. NST patológico o PBF < 4/10) se finalizará la gestación **independientemente de la edad gestacional**.

En ausencia de dichas complicaciones, se individualizará el manejo clínico de estas mujeres en función de la edad gestacional estimando el riesgo para la madre, para el feto y las complicaciones neonatales derivadas de un parto pretérmino.

GESTACIONES DE 34.0 – 36.6 SEMANAS

1. Ingreso hospitalario

2. Corticoterapia: Acorde con el protocolo de maduración pulmonar, se realizará maduración pulmonar con betametasona 12 mg im y repetir a las 24 horas **hasta las 34.6 semanas**.

3. Tocolisis: **NO** indicada.

4. Finalización de la gestación:

35.0-37.0 semanas: Finalización activa de la gestación a la mañana siguiente (o a las ± 12 h en función de la hora de la amniorraxis) sin superar las 24 horas desde la RPM (igual que en RPM a término).

34.0-34.6 semanas: Finalización activa de la gestación a la mañana siguiente de la última dosis de corticoides.

GESTACIONES DE 24.0 – 33.6 SEMANAS

1. Ingreso hospitalario

2. Pruebas complementarias. Además del hemograma, PCR, NST, ecografía fetal de UCIAS:

1. **Urinocultivo** (para descartar la bacteriuria asintomática).

2. **Cultivo vagino-rectal SGB** si no se había realizado en las **cinco semanas anteriores**.

3. Se realizarán **cultivos endocervicales únicamente** si la paciente presenta síntomas de **vaginitis** (ej. prurito con leucorrea blanco grumosa), sospecha de **vaginosis bacteriana** o si la RPM se produce en gestantes portadoras de **cerclaje cervical**.

4. **Amniocentesis diagnóstica**. La principal complicación a nivel materno de la RPM pretérmino es la complicación infecciosa. Así, la infección intraamniótica subclínica está presente, según datos del Hospital Clínic (2005-2014), en un **38% de las mujeres** (72/190)⁶, representando la etiología conocida más frecuente asociada a la RPM en estas mujeres. En nuestro centro se propondrá realizar una **amniocentesis** para descartar la infección intraamniótica subclínica en las RPM que debutan entre las **20.0- 32.0 semanas de gestación** intentando un tratamiento dirigido si es posible en función de variables como la edad gestacional, el tipo de germen aislado y si el estado materno y fetal lo permiten. Esta estrategia pretende además evitar la prolongación innecesaria del tratamiento antibiótico en el caso que el cultivo sea negativo reduciendo así el potencial riesgo de anafilaxia, la aparición de resistencias y selección de los microorganismos más patógenos.

La amniocentesis se realizará preferentemente antes de la administración de corticoides y de antibióticos para no enmascarar el resultado de los cultivos, **pero se hará independientemente del lapso de tiempo desde la amniorraxis hasta el ingreso o del inicio de tratamiento antibiótico.**

Los riesgos de la prueba son mínimos ($< 0.5\%$)⁷. Se realizará, previo consentimiento informado y evaluando el estado serológico materno (anexo 1), con aguja de 22G (o 20G). Se extraerán 20cc para determinar:

- glucosa,
- tinción de Gram,
- cultivo de líquido amniótico aerobios y anaerobios
- y cultivo de micoplasmas genitales.

En gestaciones **únicas > 32.0 semanas** o **gestaciones múltiples no se propondrá la amniocentesis de forma sistemática** ya que la prevalencia de infección intraamniótica en estos casos es baja, aunque **deberá ser valorada si existe sospecha clínica** de infección (ej. PCR en aumento, febrícula).

5. Hemograma y PCR se realizarán, durante la hospitalización, con la siguiente periodicidad:

- Los primeros 3 días, la analítica será diaria.
- Posteriormente, si no cambios clínicos, la analítica será semanal.

6. Estudio bienestar fetal durante la hospitalización si estabilidad clínica:

- **NST**: si el NST es correcto puede realizarse cada 24-48 horas.
- **Ecografía fetal** 1 vez/ semana.

3. Duración antibioterapia:

a) Si cultivos líquido amniótico negativos: Se suspenderán los antibióticos al obtener resultado.

b) Si cultivo positivo, la edad gestacional y el germen son variables de tremenda importancia a la hora de considerar la finalización. En caso de optar por conducta expectante, se individualizará el tratamiento en función del antibiograma y se prolongará el tratamiento **7-10 días**.

El tratamiento de elección en caso de infecciones por micoplasma genital (ej. *Ureaplasma* spp.) es la azitromicina endovenosa (500 mg/24 h) durante 7-10 días. En estos casos, se realizará un ECG en los días iniciales del diagnóstico ya que se han descrito casos, en pacientes pluripatológicos, de aumento del QT tras su uso prolongado.

Si la gestación se prolongara, se consensuará con resto de equipo médico la necesidad de repetir una nueva amniocentesis para valorar si negativización tras tratamiento dirigido antibiótico.

c) Si no es posible la realización de una amniocentesis (p.ej.: anhidramnios) la **antibioterapia profiláctica** de amplio espectro se mantendrá **5 días** (azitromicina 1g. vo sólo la monodosis del ingreso).

d) En caso de presentar un cuadro sugestivo de infección (por inicio de fiebre o aumento de PCR) coincidiendo con la administración de la cobertura antibiótica habitual o si ésta la ha recibido en los últimos 15 días (ej. en un ingreso anterior), pensar en resistencias a la gentamicina y si no

disponemos de antibiograma, **sustituir gentamicina por ceftoxitina 2g/8h ev** (cubre Escherichia coli resistentes a gentamicina).

4. Corticoterapia: Betametasona 12 mg im y repetir a las 24 horas **entre las 24.0 y 34.6 semanas**. En la RPM pretérmino, existe controversia sobre la utilización de dosis repetidas de corticoides debido al riesgo incrementado de morbilidad de origen infeccioso^{8, 9}. Por ello, actualmente se tiende a ser restrictivo en la utilización de dosis repetidas de corticoides. Nuestra recomendación será repetir dosis de recuerdo únicamente **ante la desestabilización del cuadro clínico (ej. aparición de dinámica uterina, metrorragia...)** que sugiera la inminencia del parto o la necesidad de **finalización de la gestación o si existe evidencia de inmadurez pulmonar fetal**.

Recordar que la administración de corticoides conlleva un aumento de la leucocitosis materna en los 5-7 días siguientes a su administración y una disminución de la variabilidad en el NST sin que estos factores traduzcan necesariamente un cuadro séptico o de pérdida del bienestar fetal.

5. Tocolisis: Ante inicio de cuadro de dinámica uterina en mujer con RPM pretérmino **se deberá descartar la infección intraamniótica o corioamnionitis clínica antes de introducir tocolisis** mediante analítica (hemograma, PCR) y si es factible mediante amniocentesis. Si se inicia tocolisis, considerar el protocolo de amenaza de parto prematuro. En el caso de **RPM pretérmino, el uso concomitante de tocolíticos deber ser muy justificada**. En los casos de **infección intraamniótica subclínica** (por Gram o cultivo) o **sospecha de infección** (glucosa líquido amniótico < 5) **NO** estará indicada la **tocolisis**.

6. Cuidados generales durante el ingreso en la RPM pretérmino:

- Reposo relativo durante 48 horas permitiendo la movilización para higiene y comidas. Siempre que no presente dinámica uterina, a partir del tercer día se permitirá movilización relativa (por ejemplo, dos paseos al día).

- Dieta rica en residuos +/- fibra v.o. o laxantes emolientes u osmóticos si precisa: 2 sobres juntos con abundante líquido o máximo hasta 3 sobres (Emúliquen simple®, Oponaf®, Emportal®). Una vez reestablecido el ritmo intestinal, disminuir la dosis.

- HBPM profiláctica (2500 U/24 horas si peso materno pregestacional < 60 Kg y 5000 U/24 horas si > 60 Kg) en gestantes que **cumplan 3 o más** de los siguientes factores trombóticos menores (recomendación SEGO 2012):

- >35 años.
- Paridad >2
- Sd.varicoso grave (grandes venas varicosas sintomáticas o asociadas con flebitis/edema o cambios en la piel)
- Ingreso hospitalario
- Inmovilización (≥ 3 días de reposo en cama)
- Deshidratación
- Gestación múltiple.
- IMC>30 kg/m²(al inicio de la gestación)
- Tabaquismo (≥15 cigarrillos).

- Infección sistémica que requiera antibióticos o ingreso
- Preeclampsia
- Hiperemesis gravídica
- Técnicas de reproducción asistida
- HBPM profiláctica en gestantes con **al menos 1** de los siguientes factores mayores:
 - Tromboembolismo previo
 - Procedimiento quirúrgico intercurrente
 - Lupus eritematoso sistémico, enfermedades inflamatorias, síndrome nefrótico
 - Enfermedad cardíaca o pulmonar
 - Trombofilia congénita o adquirida
 - Cáncer
 - Uso de drogas vía parenteral

7. Control ambulatorio:

En casos seleccionados de RPM estables y en función de variables **clínicas** (hidrorrea clara sin dinámica uterina, cumplimiento por parte de la paciente), **analíticas** (PCR, leucocitos estables) y **ecográficas** (longitud cervical estable) se podrá optar por un manejo ambulatorio. El control ambulatorio será semanal: Hemograma + PCR + Estudio de Bienestar Fetal (NST, PBF) en la Unidad de Prematuridad.

8. Finalización gestación:

En ausencia de parto instaurado, corioamnionitis clínica o pérdida del bienestar fetal, se adoptará por una conducta expectante hasta las **34.0 semanas**.

a) A las **33.5 semanas** se comprobará la madurez pulmonar mediante la aplicación de **QUANTUS-FLM®**:

- Si bajo riesgo de morbilidad respiratoria neonatal, se planificará la finalización de la gestación sin necesidad de repetir dosis de corticoides.

- Si alto riesgo de morbilidad respiratoria neonatal, administrar dosis de recuerdo de corticoides y planificar la finalización a partir de las 34.0 semanas.

b) El diagnóstico de infección intraamniótica subclínica es microbiológico (por cultivo o tinción de Gram). En el caso de diagnóstico de **infección intraamniótica subclínica** la edad gestacional y el germen son variables de tremenda importancia a la hora de considerar la finalización. Se individualizará la conducta a seguir en función del germen aislado, la edad gestacional y el estado materno y fetal siendo una opción la conducta expectante hasta la semana 34.0. **Ante una glucosa baja (< 5) con tinción de Gram negativo no está indicada la tocolisis**. Se mantendrá una conducta expectante (en ausencia de clínica de corioamnionitis) hasta resultado de cultivo.

c) En el momento del parto, administrar **penicilina ev** para reducir el riesgo de sepsis neonatal en **gestantes con SGB positivo/desconocido/ o si más de 5 semanas desde la realización de los cultivos**. En caso de alergias: clindamicina 900 mg/8h ev (sólo si el antibiograma es sensible). Si es resistente a clindamicina o se desconoce antibiograma, Vancomicina 1g/12 h ev

d) Si se prevé parto inminente considerar la **neuroprofilaxis** con sulfato de magnesio **hasta las 32.0** semanas de gestación.

GESTACIONES DE <24.0 SEMANAS

Es una complicación obstétrica infrecuente (1-7/1000 gestaciones) pero de manejo complejo que se asocia a una importante morbilidad materna y morbimortalidad fetal.

1. Ingreso hospitalario:

Antes de la viabilidad fetal no existe consenso sobre el manejo obstétrico óptimo de dichas gestaciones ni referencia en la literatura sobre los riesgos y beneficios de la opción expectante domiciliaria versus el ingreso hospitalario continuado hasta el momento del parto. Siempre que no exista sospecha de corioamnionitis clínica (ni analítica) ni pérdida del bienestar fetal ni sospecha de desprendimiento de placenta (ej. metrorragia...), en las **gestaciones < 20.0 semanas se realizará manejo ambulatorio** y se remitirá a la gestante a la **Unidad de Prematuridad** en un plazo máximo de **7-10 días** para seguimiento con control **analítico**. **Las pacientes con RPM de debut entre las 20.0-24.0 semanas sí que ingresarán.**

2. Pruebas complementarias:

Mismo manejo que en RPM 24.0-34.0 semanas salvo en el caso de la amniocentesis diagnóstica que se reservará en **RPM \geq 20.0** semanas. Por debajo de esta edad gestacional se realizará sólo si existe sospecha clínica de infección.

a) En casos de **RPM post-procedimiento reciente**, valorar **no** realizar **amniocentesis** (baja probabilidad de infección intraamniótica como causa de la RPM).

b) En caso de **cultivo positivo del líquido amniótico** antes de la semana 22.6 nuestra recomendación es la **finalización activa** de la gestación, dado el mal pronóstico materno y fetal por el riesgo infeccioso y la prematuridad extrema.

c) Considerar incluir estudio de **QF-PCR**.

3. Antibioterapia: En caso de **RPM < 20.0 semanas** tributarias de manejo **ambulatorio** se administrará como tratamiento antibiótico profiláctico **amoxicilina-clavulánico 875 mg/ 8 h vía oral durante 5 días**. En el caso de **ingreso hospitalario** se propondrá el mismo tratamiento antibiótico de amplio espectro endovenoso propuesto para el resto de RPM pretérmino (**ampicilina 1g/6h ev + gentamicina 80mg/8h ev + azitromicina 1g vo dosis única**) durante 5 días o hasta resultados de cultivos si los hubiera.

4. Manejo hospitalario: Si la paciente se mantiene estable desde el punto de vista analítico y clínico será susceptible de manejo ambulatorio en la Unidad de Prematuridad. En el caso que la paciente con RPM previsible acuda a UCIIAS y existan dudas clínicas (ej. dinámica uterina, sangrado, aumento hidrorrea...) se valorará el ingreso hospitalario.

5. Pronóstico RPM previsible: Los principales contribuyentes del mal resultado perinatal en el caso de las RPM prevariables dependen principalmente por la presencia de un oligoamnios severo (< 1cm) y persistente (> 7 días):

- a. **Supervivencia global** descrita en nuestra serie es del 40%¹⁰. Si alcanza las 24.0 semanas, la supervivencia se incrementa al 74%.
- b. **Morbilidad neonatal** relacionada con la prematuridad (edad gestacional-dependiente)
- c. Riesgo de **corioamnionitis clínica** por la rotura de membranas de larga evolución (33%)¹⁰.
- d. El riesgo de **hipoplasia pulmonar global** entre 16-26 semanas varía de 1-27%¹¹. En nuestra serie es del 6%¹⁰. El riesgo aumenta si el oligoamnios es precoz, severo y persistente.
- e. **Deformidades o mal posiciones esqueléticas** (2-28%)¹¹. En nuestra serie 9% y suelen ser reductibles postnatalmente¹⁰.

Si **C.Max <2 cm a la semana** de ingreso se explicará el pronóstico fetal y materno:

- La solicitud de una interrupción de la gestación (ILE) es una opción hasta la semana 22.6 semanas dado el mal pronóstico fetal y la morbilidad materno-fetal asociada (en relación al riesgo de corioamnionitis clínica, la prematuridad derivada y el riesgo de hipoplasia pulmonar).

- En aquellas parejas que opten por una conducta expectante, se optará por un **manejo ambulatorio** en la Unidad de Prematuridad con analíticas semanales y evaluación ecográfica de la C.máxima de líquido amniótico. Dependiendo de los hallazgos, se individualizará el manejo y el eventual reingreso y finalización.

6. Corticoterapia: Si existe estabilidad clínica y no existen signos que predigan una evolución espontánea del parto o indicación de finalización inminente (< 7 días), **no se administrarán corticoides de forma sistemática**. Ante signos de corioamnionitis clínica, dinámica uterina, sangrado, acortamiento cervical, necesidad de ingreso hospitalario, se realizará maduración pulmonar con corticoides.

7. Finalización de la gestación: Se individualizará la finalización de la gestación entre las 32.0 y 34.0 semanas en función de variables como la evolución de la Cmax de líquido amniótico o la evidencia de madurez pulmonar documentada.

5. CONDICIONES PARA LA REALIZACIÓN DE UNA AMNIOCENTESIS

Previamente al procedimiento, debe conocerse el RhD y las serologías VIH, VHB (HbsAg), que se solicitarán de forma urgente en caso de ser desconocidas. El estudio serológico del VHC se solicitará solo en gestante de riesgo:

- Antecedentes de uso de drogas
- Antecedentes de transfusión o transplante
- Infección por VIH o VHB
- Pareja infectada por VHC
- Hipertransaminasemia crónica

- Portadora de tatuajes
- Piercings realizados con material no estéril o de un sólo uso.

En general, es preferible **evitar una punción transplacentaria** siempre que haya un acceso no transplacentario factible. Se debe evitar en gestaciones con serologías positivas para VIH, VHB, VHC.

En caso de infección materna por VIH, VHB o VHC, se remite al protocolo específico para la realización de procedimiento invasivo, pero aquí se resumen las principales peculiaridades:

- Deberá valorarse el riesgo-beneficio de la amniocentesis diagnóstica para valoración de infección intraamniótica. Puede limitarse a casos con sospecha clínica de infección intraamniótica. Si se considera indicado realizarla, debe **evitarse el paso transplacentario en caso de infección por VIH, VHB o VHC**.
- VIH positivo: Realizar el procedimiento bajo **HAART** e, idealmente, con una **CV indetectable**. En caso de infección por VIH no tratada o carga viral detectable, intentar demorar el procedimiento y reevaluar junto con la Unidad de Infecciones Perinatales. En caso de no poder demorarla, iniciar protocolo de zidovudina ev y valorar inicio urgente de tratamiento antirretroviral combinado.
- VHB positivo: En caso de HBeAg, carga viral positiva (DNA VHB), en punción transplacentaria inevitable o amniocentesis de tercer trimestre, se administrará inmunoglobulina específica VHB post-procedimiento (600UI i.m. dosis única antes de 24 horas).
- VHC positivo: El riesgo de transmisión vertical del VHC a través de una amniocentesis ha sido muy escasamente evaluado. Si es posible, disponer de RNA-VHC antes del procedimiento.

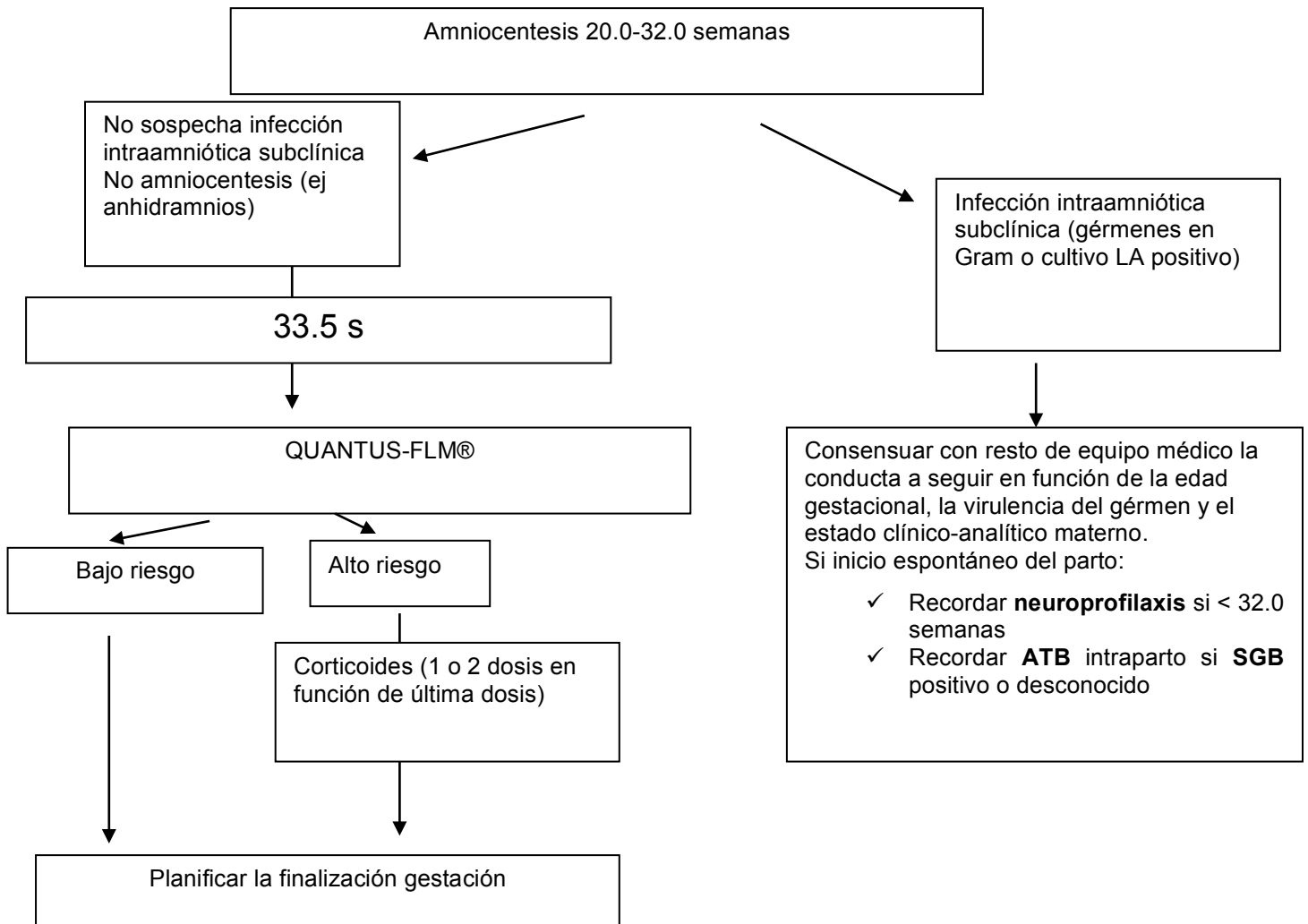
6. BIBLIOGRAFÍA

1. Practice bulletins No. 139: premature rupture of membranes. Obstet Gynecol. 2013;122(4):918-930.
2. Practice Bulletin No. 160: Premature Rupture of Membranes. Obstet Gynecol. 2016;127(1):e39-51.
3. Chen FC, Dudenhausen JW. Comparison of two rapid strip tests based on IGFBP-1 and PAMG-1 for the detection of amniotic fluid. Am J Perinatol. 2008;25(4):243-246.
4. Di Renzo GC, Roura LC, Facchinetti F, et al. Guidelines for the management of spontaneous preterm labor: identification of spontaneous preterm labor, diagnosis of preterm premature rupture of membranes, and preventive tools for preterm birth. J Matern Fetal Neonatal Med. 2011;24(5):659-667.

5. Palacio M, Kuhnert M, Berger R, et al. Meta-analysis of studies on biochemical marker tests for the diagnosis of premature rupture of membranes: comparison of performance indexes. *BMC pregnancy and childbirth*. 2014;14:183.
6. Rodríguez-Trujillo. A, Cobo T, Vives I, et al. Gestational age at delivery is more important for short-term neonatal outcome than microbial invasion of the amniotic cavity or intra-amniotic inflammation in preterm prelabor rupture of membranes. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2016.
7. Stark CM, Smith RS, Lagrandeur RM, et al. Need for urgent delivery after third-trimester amniocentesis. *Obstet Gynecol*. 2000;95(1):48-50.
8. Lee MJ, Davies J, Guinn D, et al. Single versus weekly courses of antenatal corticosteroids in preterm premature rupture of membranes. *Obstet Gynecol*. 2004;103(2):274-281.
9. Crowther CA, McKinlay CJ, Middleton P, et al. Repeat doses of prenatal corticosteroids for women at risk of preterm birth for improving neonatal health outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011(6):CD003935.
10. Munrós J, Cobo T, Ríos J, et al. Contribution of the amniotic fluid along gestation to the prediction of perinatal mortality in women with early preterm premature rupture of membranes. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2016.
11. Waters TP, Mercer BM. The management of preterm premature rupture of the membranes near the limit of fetal viability. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;201(3):230-240.

ALGORITMO DE MANEJO RPM PRETÉRMINO

Antibioterapia: Ampicilina 1g/6 h ev + gentamicina 80 mg/8 h ev + azitromicina 1g vo monodosis (o amoxicilina-clavulánico 875 mg/8 h vo si no ingreso hospitalario)
Corticoterapia: 24.0-34.6 semanas (12 mg betametasona/ 24 h x 2 dosis)



Responsables del protocolo:	T. Cobo, S Ferrero, F Migliorelli, A. Rodríguez, N. Lorente, Núria Baños, M. Palacio
Fecha del protocolo y actualizaciones:	03/09/07, 13/11/07, 1/07/2012, 13/03/13, 29/04/14, 14/01/2015
Última actualización:	08/04/2016
Próxima actualización:	08/04/2018