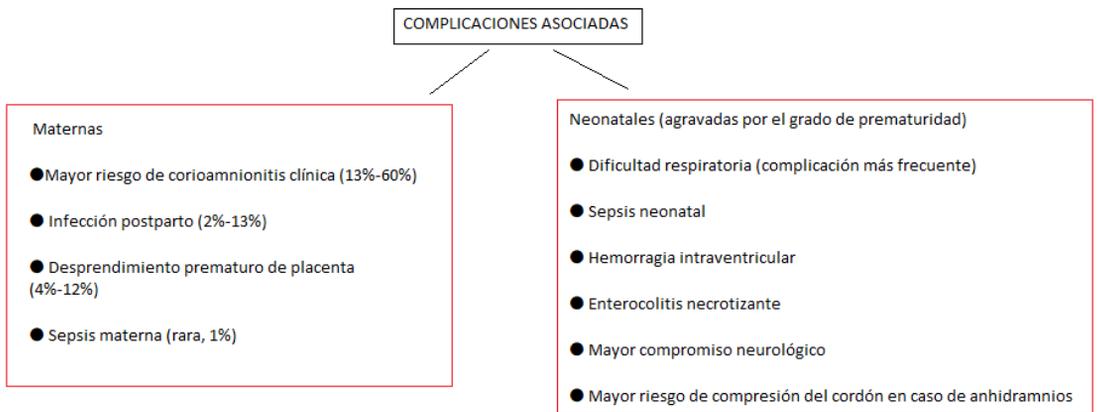


ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Autores: Dra. M. del Mar Mas, Dra. Rosa Ruíz de Gopegui

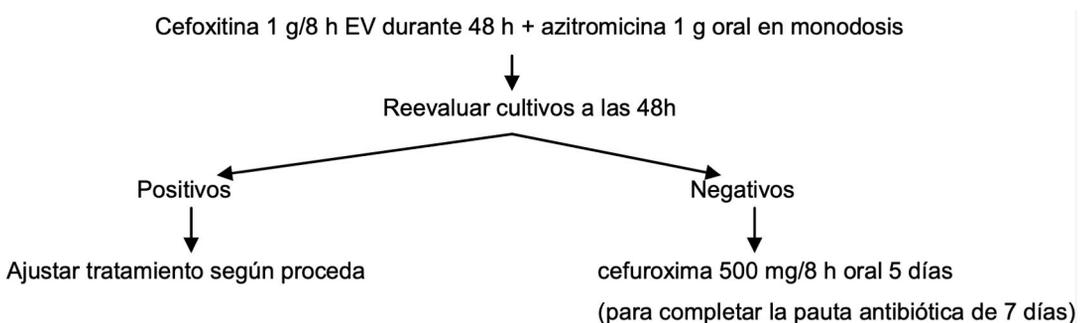
La rotura prematura de membranas se define como la rotura de las membranas amnióticas que sucede antes del inicio espontáneo del trabajo de parto.

La presencia de un proceso infeccioso concomitante es el factor más determinante del pronóstico, ya que implica la finalización temprana de la gestación.

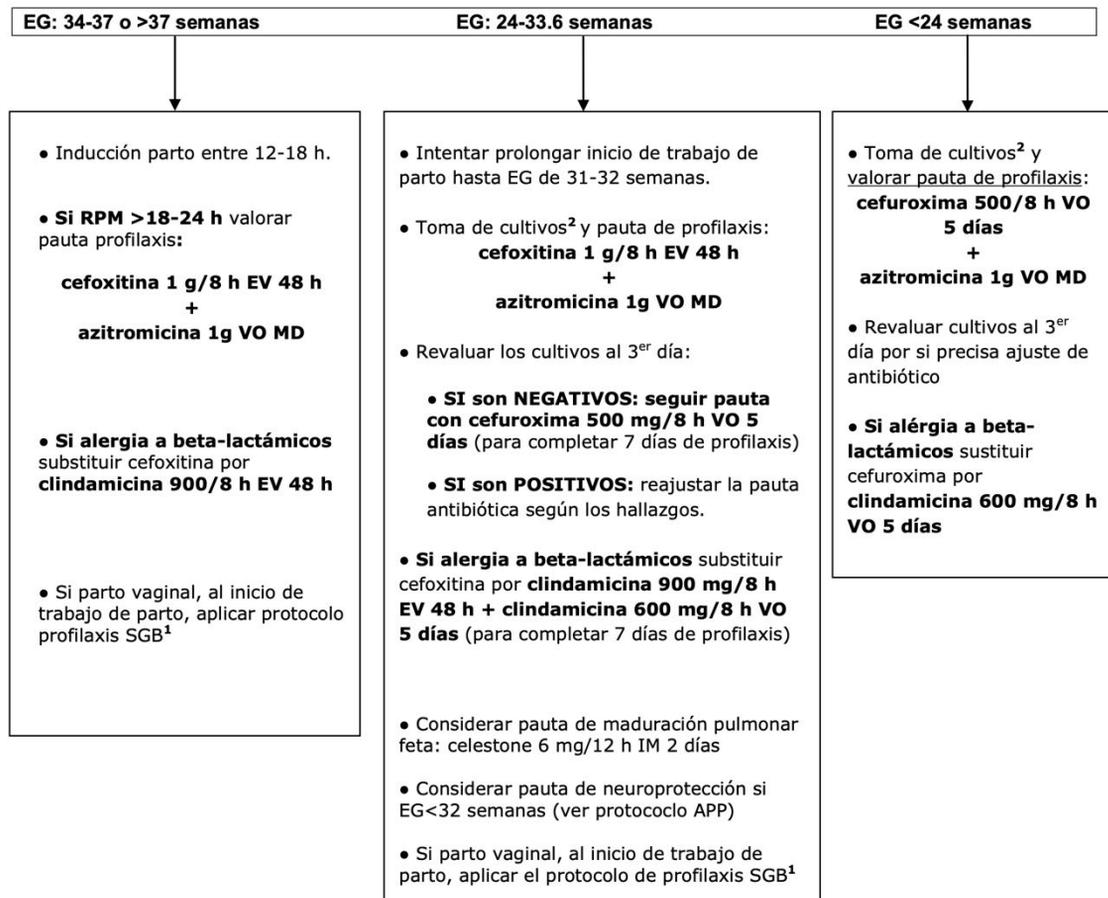


Recomendaciones

- Se aconseja el uso de antibióticos en caso de rotura precoz de membranas con una edad gestacional ≤ 34 semanas si no hay dinámica de parto con el fin de prolongar el embarazo y de reducir la morbilidad materno-fetal.
- Los antibióticos de elección son los betalactámicos y los macrólidos por vía parenteral durante las primeras 48 horas y por vía oral durante 5 días hasta completar un total de una semana.
- No se recomienda el uso de amoxicilina-ácido clavulánico en una edad gestacional < 34 semanas por el riesgo de una enterocolitis necrotizante.
- En caso de rotura precoz de membranas, se recomienda un cribado de infección del tracto urinario (ITU), de infección de transmisión sexual (ITS) y colonización por *Streptococcus* grupo B; si el resultado es positivo, tratar adecuadamente.
- La paciente con rotura prematura de membranas y feto viable candidata a recibir profilaxis intraparto para *Streptococcus* grupo B debe recibirla para prevenir una transmisión vertical independientemente del tratamiento antibiótico recibido para la rotura prematura de membranas.



Algoritmo en la atención de la rotura prematura de membranas



¹Protocolo profilaxis *Streptococcus* grupo B (SGB)

- Si **SGB positivo o desconocido**, aplicar pauta profiláctica de *Streptococcus* grupo B intraparto: **penicilina 5 millones + 2,5 millones/4 h** hasta el parto
- Si alergia a betalactámicos y clidamicina sensible: clindamicina 900 mg/8 h EV hasta el parto
- Si alergia a betalactámicos y clidamicina resistente: vancomicina 1 g/12 h EV hasta el parto

²Cultivos: urocultivo, exudado vaginal, exudado endocervical y exudado vagino-rectal para el estudio de colonización por SGB. Hemocultivos si fiebre >38°C

Clasificación de la fiebre materna y sospecha de infección / inflamación intrauterina (Triple Infección)

Fiebre materna aislada (fiebre “documentada”):

- Temperatura materna $>39,0^{\circ}\text{C}$ o mayor en cualquier ocasión es fiebre documentada.
- Si la temperatura oral está entre $38,0^{\circ}\text{C}$ y $39,0^{\circ}\text{C}$ repetir la medición en 30 minutos. Si el valor de repetición sigue a $38,0^{\circ}\text{C}$: es fiebre documentada.

Sospecha de fiebre con Triple Infección sin un origen claro más cualquiera de los siguientes:

1. Taquicardia fetal basal: >160 lpm durante 10 min o más, excluyendo aceleraciones, desaceleraciones y periodos de marcada variabilidad.
2. Leucocitosis >15.000 por mm^3 en ausencia de corticosteroides.
3. Líquido fétido procedente de cavidad uterina.

Triple Infección CONFIRMADA si TODO LO ANTERIOR más:

4. Probado por amniocentesis infección: tinción de Gram aislamiento de con microorganismo.
5. Glucosa baja o positivo cultivo de líquido amniótico.
6. Patología placentaria que revela características diagnósticas de infección.

Tratamiento CORIOAMNIONITIS (independientemente de la EG)

- Finalizar gestación + pauta antibiótica general:

Ceftriaxona 2 g/24 h EV + clindamicina 900 mg/8 h EV + azitromicina 1 g EV dosis única (entre 24-48 h)

Si alergia a betalactámicos: gentamicina 80 mg/8 h + clindamicina 900 mg/8 h EV + azitromicina 1 g EV dosis única.

- Si se sospecha infección por *Listeria monocytogenes* tratar con:

ampicilina 2 g/6 h EV + clindamicina 900 mg/8 h EV

Si alergia a betalactámicos: trimetoprim-sulfametoxazol 160/800 mg/8 h EV (Soltrim®).

- En caso de cuadro de corioamnionitis muy severa o sospecha de infección intrahospitalaria por gérmenes multirresistentes considerar tratamiento con:

ertapenem 1 g/24 h EV + ampicilina 2 g/6 h EV

Si alergia a betalactámicos: ertapenem 1 g/24 h EV + gentamicina 80 mg/8 h

En los casos de corioamnionitis en tratamiento, no hace falta realizar profilaxis SGB intraparto si la paciente la precisa, ya que el tratamiento con ceftriaxona/ampicilina/clindamicina si sensible actúa en este sentido.