

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)

Rotura prematura de membranas (RPM): ruptura espontánea de las membranas corioamnióticas antes del inicio del trabajo de parto, independientemente de la edad gestacional.

Rotura prematura de membranas pretérmino (RPMP): cuando ocurre antes de las 37 semanas.

Representa una de las principales causas de morbilidad materna y perinatal.



II. Epidemiología

8-10%

Incidencia

De todos los embarazos

1/3

RPMP

De los partos pretérmino

15-30%

Recurrencia

Riesgo de repetición

La RPMP representa aproximadamente 1/3 de los partos pretérmino.



III. Etiología y factores de riesgo

- Las membranas corioamnióticas se debilitan por:
- Inflamación/infección → liberación de citocinas y metaloproteinasas → degradación del colágeno.
- Estrés oxidativo.
- Alteración en el balance de apoptosis y proliferación celular.
- Resultado: pérdida de integridad estructural y predisposición a la ruptura.

Infecciones intrauterinas

(corioamnionitis subclínica)
→ principal mecanismo en
RPMP

Hemorragia decidual

(abruptio)

Sobre distensión uterina

polihidramnios, embarazos
múltiples

Trauma obstétrico

procedimientos invasivos
(amniocentesis, cerclaje)

Déficit de colágeno / tabaco

(afecta síntesis de
colágeno)

Antecedente de RPM previa

CONARUNNING

IV. Fisiopatología

Las membranas corioamnióticas se debilitan por:



Inflamación/infección

liberación de citocinas y metaloproteinasas
→ degradación del colágeno



Estrés oxidativo



Alteración en el balance

de apoptosis y proliferación celular

Resultado: pérdida de integridad estructural y predisposición a la ruptura.



V. Manifestaciones clínicas

- Pérdida súbita o continua de líquido claro por vagina
- Humedad en ropa interior
- Menos frecuente: líquido teñido de sangre o meconio
- Puede coexistir con contracciones, fiebre, dolor abdominal



VI. Diagnóstico A. Clínico

01

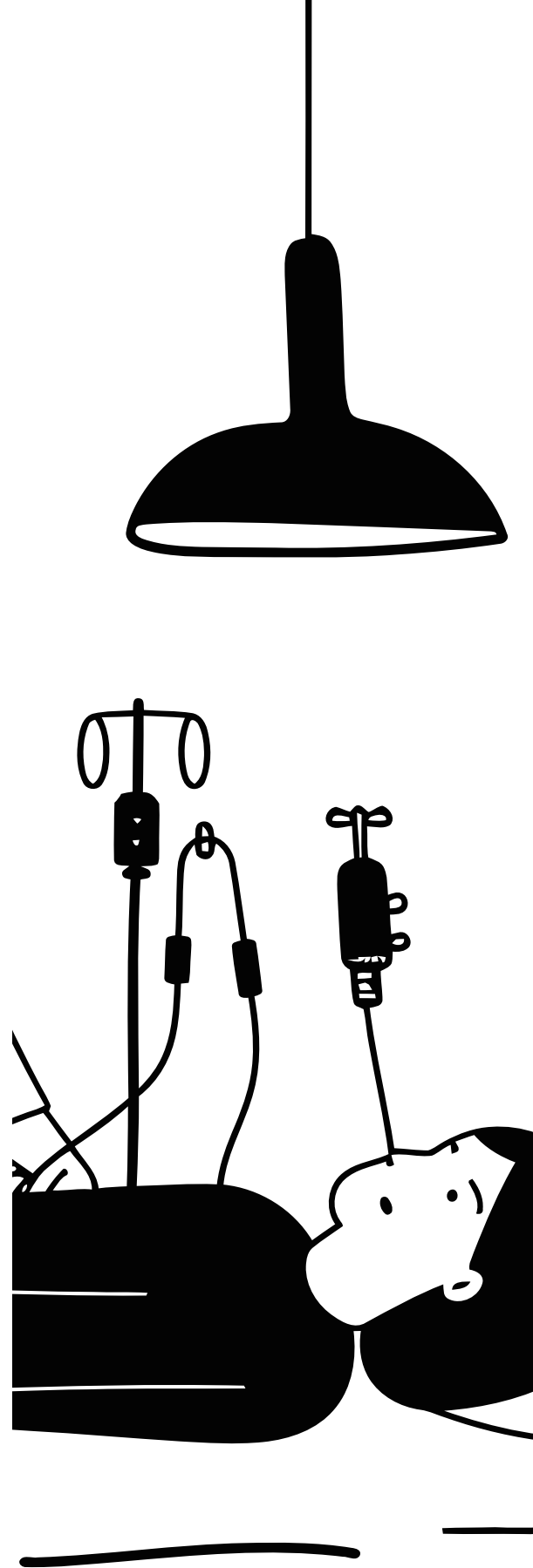
Historia de pérdida de líquido

02

Examen con espéculo estéril

visualización de líquido en fondo de saco vaginal

❏ **Importante:** No usar tacto digital (incrementa riesgo de infección y acorta latencia).



B. Pruebas confirmatorias

Test de nitrazina

líquido amniótico es
alcalino ($\text{pH} > 7$)

Test de helecho

cristalización de sales al
secarse en portaobjetos

Pruebas inmunoquímicas

detección de proteínas
específicas (placental
alpha microglobulin-1,
IGFBP-1)



C. Imagen

Ecografía: oligohidramnios sugerente.



CONA  **RUNNING**

VII. Complicaciones A. Maternas

- ☐ Corioamnionitis
- ☐ Endometritis posparto
- ☐ Sepsis materna
- ☐ Desprendimiento de placenta



B. Fetales/neonatales



Prematuridad



Sepsis neonatal



Compresión de cordón

sufrimiento fetal

Hipoplasia pulmonar (en rupturas muy precoces <22-24 sem).

Mortalidad perinatal elevada si ocurre antes de viabilidad.



VIII. Conducta según edad gestacional

El manejo varía según la edad gestacional al momento de la ruptura de membranas.



≥37 semanas y 34-36+6 semanas

≥37 semanas

Inducción del trabajo de parto si no inicia espontáneamente.

Beneficio: reducción de corioamnionitis materna sin aumento significativo de cesáreas.

34-36+6 semanas

Conducta expectante o inducción inmediata según contexto.

Riesgo de infección materna vs riesgo de prematuridad tardía.

Generalmente se recomienda inducir a partir de las 34 semanas.



24-33+6 semanas

Conducta expectante bajo hospitalización.



Corticoides antenatales

maduración pulmonar



Antibióticos

prolongan latencia y reducen infección neonatal



Tocolíticos

solo en casos seleccionados, para completar esquema de corticoides



Vigilancia materno-fetal estrecha

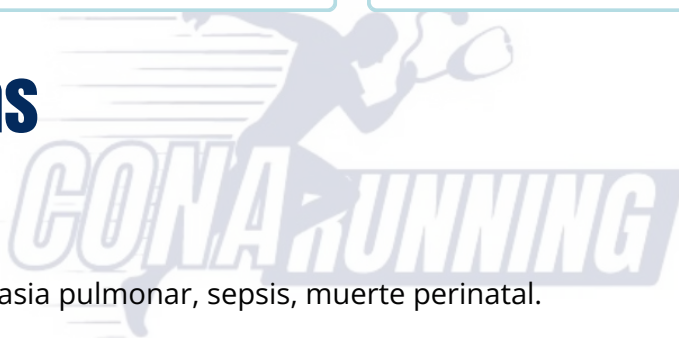
(temperatura, leucocitos, monitoreo fetal)

<24 semanas

Pronóstico reservado.

Riesgo elevado de hipoplasia pulmonar, sepsis, muerte perinatal.

Opciones: manejo expectante vs interrupción según deseo materno.



IX. Tratamiento



Hospitalización



Antibióticos profilácticos

reducen riesgo de corioamnionitis y prolongan latencia (ej. ampicilina + eritromicina)

Magnesio (24–32 semanas): neuroprotección fetal.

Monitorización fetal: NST, perfil biofísico.

Parto: ante signos de infección, sufrimiento fetal o hemorragia.



Reposo relativo



Corticoides antenatales

si <34 semanas



X. Pronóstico

Latencia: inversamente proporcional a la edad gestacional (a menor edad, mayor tiempo hasta parto).

Riesgo neonatal depende principalmente de la edad gestacional y presencia de infección.

En RPMP precoz (<26 sem), mortalidad perinatal puede ser >50%.

Perlas para examen

RPM = rotura de membranas antes del inicio del trabajo de parto

RPMP = ocurre antes de las 37 sem

Gold standard diagnóstico: visualización de líquido amniótico en vagina con espéculo

Conducta ≥ 37 sem: inducción inmediata

Conducta 24–33+6 sem: expectante + antibióticos + corticoides

Complicación más frecuente: corioamnionitis

Complicación neonatal más grave: prematuridad e infección

Referencia

Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Spong CY. Williams Obstetrics. 26th ed. McGraw-Hill; 2022.