



Recepción: 13 / 03 / 2018

Aceptación: 09 / 04 / 2018

Publicación: 01 / 08 / 2018



Ciencias de la salud  
Artículo de investigación

## Ruptura prematura de membranas en el embarazo

*Premature rupture of membranes in pregnancy*

*Ruptura prematura de membranas na gravidez*

José E. Velaña-Sinchiguano <sup>I</sup>

[josevelaefr@yahoo.com](mailto:josevelaefr@yahoo.com)

Jimmy X. Pico-Naranjo <sup>II</sup>

[naranjo-xivaos\\_16@yahoo.es](mailto:naranjo-xivaos_16@yahoo.es)

**Correspondencia:** [josevelaefr@yahoo.com](mailto:josevelaefr@yahoo.com)

<sup>I</sup> Especialista en Ginecología y Obstetricia, Doctor en Medicina y Cirugía, Hospital José María Velasco Ibarra–Napo, Docente de la Universidad Politécnica de Chimborazo, Riobamba, Ecuador.

<sup>II</sup> Médico, Hospital José María Velasco Ibarra–Napo, Docente de la Universidad Politécnica de Chimborazo, Riobamba, Ecuador.

## Resumen

La ruptura prematura de membranas se define en términos simples como la salida del líquido amniótico que sucede antes del inicio del trabajo de parto, pudiendo esta ser clasificada atendiendo a la edad gestacional durante la cual ocurre. El presente artículo de revisión bibliográfica tiene como finalidad el orientar el diagnóstico y terapéutica a seguir ante esta entidad acorde a los últimos consensos mundiales del tema en cuestión. Se realizó un análisis exhaustivo de una serie de artículos y guías obtenidas de las principales bases de datos médicas, tales como: Scielo, Pubmed, New England Journal of Medicine, Cochrane, Elsevier etc. excluyéndose artículos que no fueron concluyentes. Resultados: La ruptura prematura de membranas constituye uno de los principales problemas gineco-obstétricos a nivel mundial ya que se da en aproximadamente el 3% de pacientes embarazadas, incrementando su frecuencia mientras mayor sea la edad gestacional, sin embargo contrario a esto mientras mayor sea la edad gestacional la viabilidad del neonato es mucho mayor; aun así no deja de ser un tema de gran interés médico debido a las posibles complicaciones que este puede traer consigo, al difícil manejo que tiene en determinados casos y a la etiología multifactorial que este posee. Conclusiones: La clínica o visualización de la salida de líquido amniótico transcervical o la acumulación de líquido en fondo de saco vaginal confirma el diagnóstico en cerca del 90% de los casos. En pacientes con Ruptura prematura de membranas RPM lejos del término debe darse tratamiento por 7 días y debe ser con dos antibióticos ampicilina amoxicilina más eritromicina.

**Palabras clave:** ruptura; prematura; membranas; líquido amniótico.

## Abstract

Premature rupture of membranes is defined in simple terms such as the exit of the amniotic fluid that occurs before the start of labor, which can be classified according to the gestational age during which it occurs. The purpose of this bibliographical review article is to guide the diagnosis and treatment to be followed by this entity in accordance with the latest global consensus on the subject in question. An exhaustive analysis of a series of articles and guides obtained from the main medical databases was carried out, such as: Scielo, Pubmed, New England Journal of Medicine, Cochrane, Elsevier etc. excluding items that were not conclusive. Results: the premature rupture of membranes constitutes one of the main gynecological-obstetric problems

worldwide since it occurs in approximately 3% of pregnant patients, increasing its frequency the higher the gestational age, however, the higher the gestational age the viability of the neonate is much greater; even so it is still a subject of great medical interest due to the possible complications that this can bring, the difficult handling that it has in certain cases and the multifactorial etiology that it has. Conclusions: The clinical or visualization of the exit of transcervical amniotic fluid or the accumulation of fluid in the vaginal fundus confirms the diagnosis in about 90% of cases. In patients with premature rupture of membranes RPM far from the term should be given treatment for 7 days and should be with two antibiotics ampicillin amoxicillin plus erythromycin.

**Key words:** rupture; premature; membranes; amniotic; liquid.

## Resumo

A ruptura prematura das membranas é definida em termos simples, como a saída do líquido amniótico que ocorre antes do início do trabalho de parto, e pode ser classificada de acordo com a idade gestacional durante a qual ocorre. O objetivo deste artigo de revisão bibliográfica é orientar o diagnóstico e o tratamento a ser realizado perante essa entidade, de acordo com o mais recente consenso global sobre o assunto em questão. Realizou-se uma análise exaustiva de uma série de artigos e guias obtidos nas principais bases de dados médicas, tais como: Scielo, Pubmed, New England Journal of Medicine, Cochrane, Elsevier etc. excluindo itens que não foram conclusivos. Resultados: A ruptura prematura de membranas constitui um dos principais problemas gineco-obstétricos mundiais, pois ocorre em aproximadamente 3% das gestantes, aumentando sua frequência quanto maior a idade gestacional, porém, quanto maior a a idade gestacional a viabilidade do neonato é muito maior; Mesmo assim, ainda é um assunto de grande interesse médico devido às possíveis complicações que isso pode trazer, à dificuldade de tratamento que tem em certos casos e à etiologia multifatorial que possui. Conclusões: A clínica ou visualização da saída do líquido amniótico transcervical ou o acúmulo de líquido no fundo vaginal confirma o diagnóstico em cerca de 90% dos casos. Em pacientes com ruptura prematura de membranas, a RPM longe do termo tratamento deve ser administrada por 7 dias e deve ser feita com dois antibióticos ampicilina amoxicilina mais eritromicina.

**Palavras chave:** ruptura; prematura; membranas; líquido amniótico.

## **Introducción**

La ruptura prematura de membranas es de etiología multifactorial y varía con la edad gestacional es definida como la ruptura de las membranas amnióticas de manera espontánea, la cual sucede antes del inicio del trabajo de parto; si esta sucede antes toma diferentes connotaciones, y terapéutica a seguir acorde a tiempo en el que esta se desencadene.

## **Metodología**

El presente artículo de revisión bibliográfica se realizó mediante la búsqueda de artículos científicos, actualizados con máximo de antigüedad 3 años; publicados en bases de datos científicas internacionales: PUBMED, ELSEVIER, SPRINGER, NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE, SCIELO, como resultado de la pesquisa; fueron analizados aquellos que orientan hacia la determinación de Ruptura prematura de membranas, diagnóstico, conducta terapéutica a seguir acorde a la revisión y análisis de la bibliografía pertinente; siendo descartados las publicaciones no concluyentes. La metodología empleada para la selección, determina a cabalidad definiciones conceptuales, acordes a la temática en cuestión.

## **Desarrollo**

La ruptura prematura de membranas es definida como la ruptura de las membranas amnióticas de manera espontánea, la cual sucede antes del inicio del trabajo de parto; si esta sucede antes de la semana 37, se la denomina Rotura Prematura de Membrana pretérmino y se la puede dividir en 3 grupos:

A- RPPM cerca del término, la ruptura de membranas se da entre las 34 y 37 semanas.

B- RPPM lejos del término es la ruptura de membranas con edad gestacional entre las 24 y 34 semanas .1

C-RPPM pre-viable, la ruptura ocurre antes de las 24 semanas o antes del límite de viabilidad.2 Esta puede variar atendiendo a la casa de salud en la que el médico labora. En aquellos casos en donde ocurre antes de la semana 24 de gestación, hablamos de Rotura Prematura de Membrana antes de la viabilidad fetal.

A nivel de Europa se calcula que del 5 al 9% de los nacimientos son pretérminos y en Estados Unidos este porcentaje llega a 12-13%; a nivel de América Latina se desconoce el porcentaje exacto, sin embargo, gracias a estadísticas de varios hospitales se estima que es cerca de 11 al 15%.<sup>3</sup> De este porcentaje anteriormente descrito se estima que un 25 a 30% de esos pretérminos son resultado de ruptura prematura de membranas.<sup>4</sup> Los nacimientos pretérminos conllevan a grandes discapacidades como por ejemplo parálisis cerebral infantil, dificultades en el aprendizaje y conducta, por lo que constituyen un problema de salud a tomarse en cuenta, por esta razón se busca evitar los nacimientos pretérminos, siendo prioridad en salud obstétrica.

Se habla de “latencia” cuando nos referimos al periodo de tiempo entre la ruptura y el nacimiento del feto y de “manejo conservador o expectante” cuando nos referimos al tratamiento que consiste en prolongar o continuar el embarazo<sup>5</sup>.

### **Etiología**

La ruptura prematura de membranas es de etiología multifactorial y varía con la edad gestacional, en determinadas pacientes es posible identificar más de una posible causa, si la ruptura se da a menor edad gestacional se observa con una mayor asociación con la infección del corion/decidua, aunque en ciertos casos es difícil saber si la infección es la causa o es secundaria a la ruptura de las membranas; la ruptura de membranas a mayor edad gestacional está asociada a disminución del contenido de colágeno en las membranas, esto también puede ser secundario a algunos microorganismos que producen colagenasas, mucinasas y proteasas. Además de estos factores podemos encontrar:

Bajo nivel socioeconómico

Tabaquismo

ETS

Parto pretérminos anteriores

Labor de parto pretérmino en semanas anteriores en el actual embarazo

Conización cervical por tratamientos al cuello del útero

Polihidramnios

Embarazos múltiples

Amniocentesis

Sangrados vaginales durante el actual embarazo

Enfermedades pulmonares durante el embarazo

Bajo IMC

Suplementación con Vitamina C y E

A pesar de todos los factores de riesgo ya nombrados en ciertas pacientes no encontramos estos factores y en ellas es realmente desconocida la causa de la ruptura prematura de las membranas.<sup>6</sup>

### **Diagnóstico**

La Ruptura Prematura de Membranas ocurre en aproximadamente el 3% de todos los nacimientos, sin embargo, en embarazo de término los porcentajes son muchos más altos<sup>7</sup>.

La ruptura de membranas puede documentarse utilizando varias técnicas diagnósticas.

La clínica o visualización de la salida de líquido amniótico transcervical o la acumulación de líquido en fondo de saco vaginal confirma el diagnóstico en cerca del 90% de los casos.

Ecografía cuando no se visualiza salida de líquido amniótico transcervical y hay historia de salida de líquido, el riesgo aumenta en presencia de oligohidramnios; en ciertos casos puede observarse por ecografía una cantidad normal de líquido amniótico y existir la ruptura de membranas<sup>8</sup>.

Prueba con Nitrazina, la cual consiste en usar un papel amarillo preparado para tal fin, donde lo que se cuantifica es el cambio del Ph normal de la vagina (4.5-6.0) y al colocarle el líquido que sospechamos se torna de color azul/ púrpura (ph 7.1-7.3), confirmando la presencia de líquido amniótico. Esta prueba puede presentar falsos positivos ante la presencia de sangre, semen, o por la presencia de vaginosis bacteriana.

Prueba de arborización en Helecho, en la cual se coloca el líquido existente en el fondo de saco vaginal o de las paredes lateral de la vagina y se observa en forma de helechos al microscopio. Puede resultar en un falso positivo si se incluye moco cervical.

Amniocentesis con Índigo Carmín, inyectado por vía transuterina a la cavidad diluido en solución salina, se observaría un líquido de color azul pasando por la vagina. El resultado es muy compatible con ruptura de membranas.

Fibronectina Fetal, sin embargo, por sus altos falsos positivos no es recomendado como prueba para diagnosticar ruptura prematura de membranas.

### **Ruptura de membranas en embarazo a término**

Suele ocurrir en 8-10% de los embarazos a término; muchos profesionales de la salud prefieren la inducción inmediata del parto, sin embargo, se ha demostrado un aumento del riesgo de morbilidad materna y neonatal adversa con el aumento del tiempo desde la ruptura hasta el nacimiento; otras opciones propuestas sugieren el manejo expectante<sup>9</sup>.

El riesgo materno más significativo de la ruptura de membranas a término del embarazo es la infección intrauterina, la cual aumenta con la duración de la ruptura de membranas; entre los riesgos fetales asociados con ruptura de membranas a término encontramos: la compresión del cordón umbilical y la infección ascendente.

Cuando la ruptura de membranas ocurre a término del embarazo, suele verse precedida de parto espontáneo durante las siguientes 5 a 28 horas posterior a la ruptura de la membrana, aumentando también la morbilidad materna, originando entre 9 a 12 horas corioamnionitis, 16 horas para endometritis y 8 horas hemorragia postparto<sup>9</sup>.

La monitorización de la frecuencia cardíaca fetal debe ser usada para evaluar el estado fetal, y la quimioprofilaxis intraparto debe ser iniciada en pacientes con estado desconocido de infección por Streptococo del grupo B o con antecedentes de cultivo positivo durante el actual embarazo, no se inicia si hay antecedente de cultivo urovaginal negativo en las dos semanas previas a la ruptura de membrana, siendo las opciones terapéuticas: penicilina endovenosa 5 millones de unidades en carga seguida de 2,5 millones de unidades cada 4 horas; ampicilina endovenosa 2 gr en carga seguidos de 1gr cada 4 horas; eritromicina endovenosa 500mg cada 6 horas o clindamicina endovenosa 900 mg cada 8 horas (en presencia de alergia a la penicilina)<sup>9</sup>. El Centro de Control de Enfermedades (CDC) en los Estados Unidos ha recomendado que la

cefazolina 2gr endovenoso como dosis de carga seguido de 1 gr cada 8 horas, debiera ser usada en mujeres con una alergia a penicilina no clara o con una reacción alérgica menor 14.

Las dos pruebas más comúnmente usadas para la evaluación fetal antenatal son la monitoria fetal anteparto o prueba de no stress y el perfil biofísico<sup>10</sup>. El objetivo de la prueba es predecir resultados fetales adversos: compresión de cordón umbilical (secundario a oligohidramnios o anhidramnios) y corioamnionitis.

Se ha identificado que la oxitocina reduce el intervalo entre la ruptura de membranas y el parto al igual que la frecuencia de corioamnionitis, morbilidad febril postparto y tratamiento antibiótico neonatal sin aumentar los nacimientos por cesárea o la infección neonatal<sup>11</sup>.

### **Ruptura prematura de membranas en embarazo pre-termino tardío, 34 a 37 semanas**

Esta ocurre en cercanías del término del embarazo y que la maduración pulmonar es evidente, la recomendación que surge es que el parto se suceda dentro de las primeras 24 horas, tratando de disminuir el tiempo de latencia ya que este incrementa las posibilidades de infección perinatal y la compresión del cordón umbilical intrauterino, pudiendo terminar con una parálisis cerebral ante una posible infección intrauterina<sup>12</sup>.

En edades gestacionales de entre 34 y 37 semanas el neonato tiene un alto riesgo de dificultad respiratoria, dificultad en la termorregulación y en la lactancia, sin embargo, estos riesgos deben estar contrarrestados por el aumento en la incidencia de corioamnionitis asociados al manejo expectante en mujeres con ruptura prematura de membranas la cual está presente hasta en un 50% de los casos. Sin embargo, no existe suficiente evidencia para afirmar esto ya que la mayoría de estudios realizados no proveen de resultados significativos debido a carencia de elementos metodológicos.

En todas las pacientes con ruptura prematura de membranas entre las 34 y 37 semanas se debe determinar si la edad gestacional es cierta, la presentación fetal y garantizar el bienestar fetal; ante la presencia de evidente infección intrauterina, desprendimiento de placenta o evidencia de compromiso fetal el nacimiento se debe suceder a la brevedad<sup>12</sup>.



En caso de que no se haya llevado a cabo el estudio de presencia de Estreptococo grupo B se debe efectuar la profilaxis intraparto, además en estas pacientes se debe efectuar monitoreo electrónico fetal y de actividad uterina para evaluar compresión del cordón umbilical.

La decisión del parto está basada en múltiples consideraciones, tales como: edad gestacional, estado fetal y el servicio de terapia intensiva neonatal que pueda ser capaz de proveer la casa de salud al recién nacido; en caso de que no se cuente con los medios necesarios para garantizar estos aspectos se recomienda derivación a centros terciarios con el útero inhibición<sup>12</sup>.

### **Ruptura prematura de membranas lejos del término, 24 a 34 semanas**

Esta ocurre entre las 24 a 34 semanas de gestación, y tiene el inconveniente de que sin importar el tratamiento que se administre en este tipo de pacientes, estas terminan la gestación dentro de la primera semana luego de la ruptura. La ruptura de membranas lejos del término conlleva riesgos maternos y riesgos fetales, entre los que figuran:

#### **Riesgos maternos:**

Infección intra-amniótica, puede ocurrir entre 13 y 60%, la cual es mayor a menor edad gestacional.

Desprendimiento prematuro de placenta, que puede presentarse entre 4-12%.

Infección post parto, la cual puede ocurrir entre 2 y 13%.<sup>12</sup>.

#### **Riesgos Fetales:**

Prematuridad, la cual significa posibilidad de síndrome de membrana hialina, enterocolitis necrotizante, hemorragia intraventricular, sepsis y muerte neonatal.

Síndrome de respuesta inflamatorio fetal. El cual es un factor de riesgo para morbilidad y mortalidad a corto plazo después del ajuste para la edad gestacional al nacimiento, además para el desarrollo de secuelas posterior como displasia broncopulmonar y daños cerebrales.

Compresión del cordón y prolapso del cordón umbilical.

Oligohidramnios.

### **La decisión para la terminación del embarazo depende básicamente de tres factores:**

Edad gestacional

Condición fetal

Capacidad de atención que tiene el hospital donde ocurra el nacimiento.

Para embarazadas de entre 24 y 30 semanas y ausencia de signos de infección existe un mayor beneficio del manejo conservador, sin embargo, se debe tener presente la mayor posibilidad de corioamnionitis con el manejo conservador.

En pacientes con edad gestacional es entre las 31 y 34 semanas la evidencia y opinión de expertos es controversial, sugiriéndose en mayor medida el tratamiento conservador hasta iniciar la labor de parto, sin embargo, ante la sospecha de infección intra-amniótica, signos de compromiso fetal o evidencia de maduración pulmonar la mejor conducta es la interrupción<sup>12</sup>.

### **Ruptura prematura de membranas antes de las 24 semanas**

La ruptura prematura de membranas previable es la que ocurre antes de las 24 semanas de gestación. Las pacientes deben ser aconsejadas acerca del impacto para la madre y el neonato del parto inmediato y los riesgos y beneficios del manejo expectante. Se debe proveer la información completa a la madre, incluyendo los posibles riesgos y cuidados que se van a tener en dependencia de la decisión que se tome. La decisión del parto está basada en la edad gestacional y el estado fetal y el tiempo considerado óptimo.

En estos casos, el 24 a 71% de pacientes requieren someterse al parto como resultado de amnionitis y más del 50% de las pacientes tiene el nacimiento en la primera semana de evaluación expectante. La mortalidad perinatal es alta llegando a valores de entre el 34 al 75%.

Los riesgos más significativos del feto están relacionados con la prematuridad.

En pacientes con una edad gestacional menor de 16 semanas, el diagnóstico es complejo y la clínica requiere el apoyo de la evaluación ecográfica, en caso de que la causa de ruptura de membranas no es tan clara y si se observa líquido amniótico ausente o muy reducido, debe

evaluarse la posibilidad de que el neonato presente agenesia renal u obstrucción de la vía urinaria, considerándose en este caso la interrupción terapéutica del embarazo. En caso de algún signo de corioamnionitis en la madre: fiebre, secreción vaginal anormal, aumento del recuento de glóbulos blancos u otros reactantes de fase aguda (VES, Proteína C Reactiva), deben ser administrados antibióticos para reducir el riesgo de sepsis materna<sup>13</sup>.

Entre las semanas 16 y 24, el pronóstico continúa siendo pobre, pero con alguna mayor esperanza, la tasa de supervivencia puede llegar al 46%. Se ha llegado a considerar a la infusión de líquido amniótico como propuesta de un posible tratamiento; sin embargo, el líquido es expulsado después de la infusión y a menudo se debe repetir el procedimiento con una punción transabdominal que aumenta la probabilidad de infección y de parto pretermino<sup>13</sup>.

### **Ruptura de membranas post amniocentesis**

La amniocentesis en la actualidad es un procedimiento invasivo relativamente seguro en dependencia de quien lo lleve a cabo. La pérdida de líquido amniótico posterior al procedimiento ocurre en el 1 al 2% de los casos dentro de las siguientes 24 a 48 horas, sin embargo, este riesgo aumenta cuando se realiza la amniocentesis antes de las 15 semanas de gestación. En el 90% de los casos la pérdida de líquido es escasa y la evolución es satisfactoria y auto limitada antes de siete días con reposo y manejo expectante, asociándose a un buen resultado perinatal con recuperación satisfactoria del volumen de líquido amniótico, sin embargo, si la pérdida de líquido se prolonga por más de dos semanas, disminuye la probabilidad de cierre espontaneo asociándose a mal pronóstico.

En general se estima que el riesgo de pérdida del embarazo posterior a la salida de líquido post amniocentesis es de 0,06%, sin embargo, en esta cifra influye la experiencia del operador, número de punciones, presencia de sangrado vaginal y cantidad de pérdida de líquido amniótico.

En la actualidad se considera al “Amniopatch” (parche amniótico) como tratamiento para esta entidad, este proceso consiste en la infusión intra-amniótica de plaquetas seguido de crioprecipitado, con la finalidad de restablecer el vínculo amniocorial, siendo esta terapia una alternativa terapéutica para prolongar el embarazo y mejorar el pronóstico perinatal.

## **Tratamiento**

### **Utilidad de los antibióticos**

El tratamiento tiene como finalidad la prevención de infección ascendente a la decidua, para prolongar el embarazo, reducir infecciones, y reducir las morbilidades dependientes de la edad gestacional se han reportado descensos en los casos de corioamnionitis; reducción de nacimientos en las primeras 48 horas, junto con una reducción en el nacimiento en los primeros 7 días; menor uso de surfactante y menos alteraciones ecográficas cerebrales usando antibióticos<sup>14</sup>.

En pacientes con Ruptura prematura de membranas PPM lejos del término debe darse tratamiento por 7 días y debe ser con dos antibióticos

Los antibióticos pueden ser ampicilina amoxicilina más eritromicina.

Esquema por los primeros días dos cada 6 horas, más Eritromicina 250 mg intravenoso cada 6 horas.<sup>14</sup>

Esquema por los últimos 5 días: Amoxicilina 250 mg por vía oral cada 8 horas más Eritromicina 333 mg vía oral cada 8 horas.<sup>14</sup>

Otras investigaciones afirman que se maneja antibiótico terapia de amplio espectro hasta un máximo de 5 días con ampicilina 1g/6h ev + gentamicina 80mg/8h ev +azitromicina 1g vo dosis única.<sup>14</sup>

Alergias: el tratamiento de elección es la combinación de clindamicina 900 mg/8 h ev y gentamicina 80 mg/8h ev+ azitromicina 1g. vo. <sup>14</sup>

La combinación de Ampicilina con ácido clavulánico parece no generar beneficios y puede ser perjudicial.

Se debe tomar en consideración que la terapia con antibióticos en estas pacientes también lleva el objetivo de tratar la infección contra el Estreptococo del grupo B.

### **Uso de tocolíticos**

El uso de tocolisis profiláctica después de la RPM pre término ha demostrado prolongar el tiempo de latencia en el corto plazo tocolisis terapéutica (después de contracciones) no ha demostrado prolongar al tiempo de latencia

Ante el inicio de cuadro de dinámica uterina en una mujer con RPM pre término 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 los casos de infección intraamniótica subclínica (por Gram o cultivo) o sospecha de infección (glucosa líquido amniótico < 5) NO estará indicada la tocolisis.<sup>14</sup>

El objetivo primario es demorar el parto y permitir la administración de un curso completo de corticosteroides y antibióticos.

Los tocolíticos son fármacos potentes y peligrosos que deben tener una selección y monitorización adecuada con un equipo asistencial, experto en su manejo. En la terapéutica útero inhibidora hay efectos deseados, fisiológicos en el miometrio y efectos adversos, fisiológicos fuera del miometrio como así también efectos no fisiológicos en el miometrio o fuera del miometrio.

### **Amniosentesis**

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<sup>14</sup>.

### **Uso de amnioinfusion**

La amnioinfusión se ha utilizado con fines diagnósticos y terapéuticos<sup>14</sup>. En casos seleccionados donde hay disminución del líquido amniótico, este procedimiento contribuye a la contemporización del embarazo, instilando en la cavidad amniótica solución isotónica al 0.9% a 37grados centígrados.

### **Conclusiones:**

La clínica o visualización de la salida de líquido amniótico transcervical o la acumulación de líquido en fondo de saco vaginal confirma el diagnóstico en cerca del 90% de los casos.

En pacientes con Ruptura prematura de membranas PPM lejos del término debe darse tratamiento por 7 días y debe ser con dos antibióticos

Esquema por los primeros días dos cada 6 horas, más Eritromicina 250 mg intravenoso cada 6 horas.

Esquema por los últimos 5 días: Amoxicilina 250 mg por vía oral cada 8 horas más Eritromicina 333 mg vía oral cada 8 horas

El objetivo primario de los tocolíticos es demorar el parto y permitir la administración de un curso completo de corticoesteroides y antibióticos.

La amnioinfusión contribuye a la contemporización del embarazo, instilando en la cavidad amniótica solución isotónica al 0.9% a 37 grados centígrados.

## **Resumen Bibliográfico**

Quist-Nelson J, Parker P, Mokhtari N, Di Sarno R, Saccone G, Berghella V. Progestogens in singleton gestations with preterm prelabor rupture of membranes: a systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2018;219(4):346-355.e2.

Moussa H, Hosseini Nasab S, Fournie D, Ontiveros A, Alkawas R, Chauhan S et al. The impact of time of delivery on gestations complicated by preterm premature rupture of membranes: daytime versus nighttime. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2018;1-6.

Barišić T, Mandić V, Tomić V, Zovko A, Novaković G. Antibiotic prophylaxis for premature rupture of membranes and perinatal outcome. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2016;30(5):580-584.

Bond D, Middleton P, Levett K, van der Ham D, Crowther C, Buchanan S Et al. Planned early birth versus expectant management for women with preterm prelabour rupture of membranes prior to 37 weeks' gestation for improving pregnancy outcome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017.

Chon A, Korst L, Llanes A, Kontopoulos E, Quintero R, Chmait R. Risks of Preterm Premature Rupture of Membranes and Preterm Birth Post Fetoscopy Based on Location of Trocar Insertion Site. *American Journal of Perinatology*. 2018;35(08):801-808.

Crowley A, Grivell R, Dodd J. Sealing procedures for preterm prelabour rupture of membranes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016.

Daskalakis G, Karambelas A. Vaginal Probiotic Administration in the Management of Preterm Premature Rupture of Membranes. *Fetal Diagnosis and Therapy*. 2016;42(2):92-98.

Devaud Y, Züger S, Zimmermann R, Ehrbar M, Ochsenbein-Kölbl N. Minimally Invasive Surgical Device for Precise Application of Bioadhesives to Prevent iPPROM. *Fetal Diagnosis and Therapy*. 2018:1-9.

Dorfeuille N, Morin V, Tétu A, Demers S, Laforest G, Gouin K Et al. Vaginal Fluid Inflammatory Biomarkers and the Risk of Adverse Neonatal Outcomes in Women with PPROM. *American Journal of Perinatology*. 2016;33(10):1003-1007.

Dotters-Katz S, Myrick O, Smid M, Manuck T, Boggess K, Goodnight W. Use of prophylactic antibiotics in women with previable prelabor rupture of membranes. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*. 2017;10(4):431-437.

Dussaux C, Senat M, Bouchghoul H, Benachi A, Mandelbrot L, Kayem G. Preterm premature rupture of membranes: is home care acceptable? *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2017;31(17):2284-2292.

Erenberg M, Yagel Y, Press F, Weintraub A. Chorioamnionitis caused by *Serratia marcescens* in a healthy pregnant woman with preterm premature rupture of membranes: A rare case report and review of the literature. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2017; 211:227-230.