

## CORTICOSTEROIDES EN RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM) DURANTE EL EMBARAZO

La RPM, definida como la pérdida de continuidad de las membranas corioamnióticas que sobreviene con salida de líquido amniótico de más de una hora previo al inicio del trabajo de parto, ocurre en 10% de las gestaciones y es responsable del 25% al 30% de los nacimientos pretérmino.<sup>1,2</sup>

### ¿Cómo debe administrarse? (prescripción)

- En pacientes con RPM entre las 24 y 34 semanas de gestación que están en riesgo de parto pretérmino (actividad uterina) administre un único ciclo de corticosteroides así:
  - Betametasona (12 mg) por vía intramuscular con 24 horas de diferencia por dos dosis o Dexametasona (6 mg) por vía intramuscular cada 12 horas por cuatro dosis.
- Si la paciente tiene menos de 34 semanas y recibió un ciclo completo de corticoides hace más de una semana, administre una dosis única de rescate de corticosteroides prenatales (12 mg de Betametasona o 6 mg de Dexametasona por vía intramuscular).
- No se recomienda la administración de tocolíticos (betamiméticos, nifedipina) en mujeres con RPM en ninguna edad gestacional.

### ¿Funciona? (eficacia y efectividad)

- El uso de corticosteroides prenatales se ha asociado con una reducción global de la mortalidad neonatal (31%), de síndrome de dificultad respiratoria (34%), hemorragia intracerebral ventricular (46%), enterocolitis necrotizante (54%), necesidad de apoyo respiratorio, admisión a cuidados intensivos (20%), e infecciones sistémicas en las primeras 48 horas de vida (44%).<sup>3</sup>
- El uso de corticosteroides prenatales en presencia de RPM disminuyen el riesgo de síndrome de dificultad respiratoria (44%), hemorragia intraventricular (53%), enterocolitis necrotizante (79%) y muerte neonatal (32%).<sup>4</sup>
- La administración de una dosis única de 12 mg de corticoide de rescate se ha asociado con una reducción en la frecuencia del síndrome de dificultad respiratoria (19% vs 35%) y del promedio de días con ventilación mecánica (1.5 ± 5.2 días vs 5.3 ± 27.2 días) en comparación con la sola observación.<sup>5</sup>
- El uso de tocolíticos en el manejo de la RPM entre las semanas 23 y 37 semanas se ha asociado con un mayor número de niños con Apgar menor de 7 a los cinco minutos (18% vs 2%) y con un incremento de la necesidad de ventilación pulmonar neonatal (41% vs 17%).<sup>6</sup>
- Para pacientes con RPM antes de la semana 34, ha habido un incremento significativo en el riesgo de corioamnionitis en las mujeres que recibieron tocolisis.<sup>6</sup>

### ¿Es seguro? (seguridad)

- El tratamiento con un ciclo completo de corticosteroides prenatales no aumenta el riesgo de infección en la madre o el bebé, de muerte materna, de corioamnionitis o de sepsis puerperal.<sup>3,4</sup>
- El tratamiento con dosis repetidas de corticosteroides no se asoció con una reducción del peso medio al nacer ajustado para la edad gestacional.<sup>8</sup>

### ¿Es costo-efectivo? (costo-efectividad)

- No se encuentra evidencia de costo-efectividad para Colombia.



## Referencias

1. DeFranco E AK, Heyl PS. Preterm Labor, Premature Rupture of Membranes, and Cervical Insufficiency. En: Evans, AT Manual of Obstetrics 7a ed Lippincott Williams & Wilkins. 2007:141-5.
2. Mercer BM. Preterm premature rupture of the membranes. Obstet Gynecol. 2003;101(1):178-93. Epub 2003/01/09.
3. Harding JE, Pang J, Knight DB, Liggins GC. Do antenatal corticosteroids help in the setting of preterm rupture of membranes? Am J Obstet Gynecol. 2001;184(2):131-9. Epub 2001/02/15.
4. Roberts D, Dalziel S. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. Cochrane Database Syst Rev. 2006(3):CD004454. Epub 2006/07/21.
5. Vermillion ST, Bland ML, Soper DE. Effectiveness of a rescue dose of antenatal betamethasone after an initial single course. Am J Obstet Gynecol. 2001;185(5):1086-9. Epub 2001/11/22.
6. Mackeen AD, Seibel-Seamon J, Grimes-Dennis J, Baxter JK, Berghella V. Tocolytics for preterm premature rupture of membranes. Cochrane Database Syst Rev. 2011(10):CD007062. Epub 2011/10/07
7. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Guías No. 11-15. Bogotá 2013.
8. Crowther CA, McKinlay CJ, Middleton P, Harding JE. Repeat doses of prenatal corticosteroids for women at risk of preterm birth for improving neonatal health outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2011(6):CD003935. Epub 2011/06/17.

## NEUROPROTECCIÓN FETAL EN PARTO PRETÉRMINO ASOCIADO A LA RPM

Los recién nacidos pretérmino tienen mayor riesgo de lesiones neurológicas con secuelas a largo plazo, tales como parálisis cerebral, ceguera, sordera o déficit neurológico. El principal mecanismo de parálisis cerebral es la hemorragia intraventricular. El sulfato de magnesio reduce el riesgo de dichas lesiones. <sup>1</sup>

### ¿Cómo debe administrarse? (prescripción)

- Se recomienda el uso de sulfato de magnesio como neuroprotección fetal en mujeres con RPM y riesgo de parto pretérmino (actividad uterina) menor a 32 semanas de gestación. El esquema recomendado es el siguiente:

- 4 g intravenoso inicial durante 1 hora seguido de una infusión de 1 g/hora durante 24 horas o hasta desembarazar, lo primero que suceda.

### ¿Funciona? (eficacia y efectividad)

- El uso antenatal de sulfato de magnesio resulta en una reducción en el riesgo de parálisis cerebral de alrededor de 30%. <sup>2</sup>

### ¿Es seguro? (seguridad)

- El uso antenatal de sulfato de magnesio no se asocia con un aumento en la mortalidad materna ni fetal a largo plazo. <sup>2</sup>

- Si se presentan los efectos adversos conocidos del sulfato de magnesio (*flushing*, náuseas, vómito, cefalea o taquicardia) se debe suspender el tratamiento.<sup>1</sup> El sulfato de Magnesio está contraindicado en Miastenia Gravis, cardiopatía materna, insuficiencia renal y/o respiratoria.

### ¿Es costo-efectivo? (costo-efectividad)

- El costo del sulfato de Magnesio es muy bajo en comparación con su beneficio, el costo por ampolla es de \$400.

GPC para la prevención y detección temprana del embarazo (Ruptura prematura de membranas) - Hoja de evidencia 2 - Elaborado: noviembre/2014

### Referencias

- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Guías No. 11-15. Bogotá 2013.
- Doyle LW, Crowther CA, Middleton P, Marret S, Rouse D. Magnesium sulphate for women at risk of preterm birth for neuroprotection of the fetus. Cochrane Database Syst Rev. 2009(1):CD004661. Epub 2009/01/23.