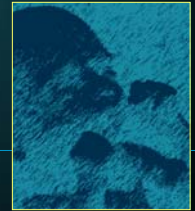




Cedip Internet promueve la libre disponibilidad de la información médica.
Esta presentación estará disponible en www.cedip.cl



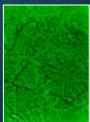
Centro de diagnóstico e investigaciones perinatales
Hospital Dr. Sótero del Río
P. Universidad Católica de Chile

Pilares del manejo de la RPM de pretérmino (24-34 semanas)

1
Diagnóstico de EG



2
Manejo expectante



3
Administración de corticoides



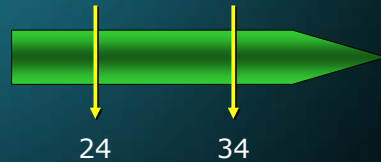
4
Administración de antibióticos



1
Diagnóstico de EG



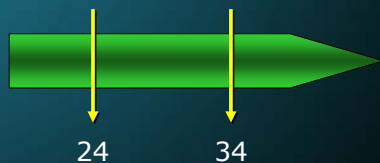
1. Diagnóstico de edad gestacional



2
Manejo expectante



2. Manejo expectante



2
Manejo expectante



Desestimar manejo expectante en:

- Corioamnionitis clínica
- Infección intra-amniótica asintomática > 30-32 semanas
- Madurez pulmonar fetal (embarazos > 32 sem y EPF > 2.000 grs)
- Malformación fetal incompatible con la vida
- Deterioro de la unidad fetoplacentaria
- Enfermedad materna o fetal que se beneficie de la interrupción del embarazo
- Alcanzadas las 34-35 semanas
- Trabajo de parto

Manejo expectante = Vigilancia estricta

- **Riesgos maternos:**
 - Corioamnionitis clínica y DPPNI
- **Riesgos fetales:**
 - Infección intrauterina y FIRS, asfixia intrauterina (compresión de cordón, DPPNI), trabajo de parto subclínico en presentación distócica.

3. Administración de corticoides

- Reduce la incidencia de
 - mortalidad perinatal
 - distress respiratorio
 - HIV grado III y IV.
- Asociado a un probable incremento en la incidencia de infección neonatal.

Crowley PA, AJOG 1995;173:322
Lovett SM, AJOG 1997;176:1030
NIH consensus panel, 2000

3. Administración de corticoides

- Un curso de 12 mg de betametasona IM x 2 c/24 h inmediatamente al ingreso
- **No repetir semanalmente**

Crowley PA, AJOG 1995;173:322
Lovett SM, AJOG 1997;176:1030
NIH consensus panel, 2000

4. Administración de antibióticos

- **Profilácticos**, a todas las pacientes desde el ingreso
- **Terapéuticos**, en presencia de infección intrauterina y/o corioamnionitis clínica
- **Intraparto**, para la prevención de la enfermedad neonatal por estreptococo grupo B

4. Administración de antibióticos profilácticos

- Efecto en pacientes con RPM pret 24-34 semanas:
 - Prolonga el embarazo
 - Reduce infección materna
 - Reduce distress respiratorio
 - Reduce enterocolitis necrotizante
 - Reduce infección neonatal
 - Reduce lesiones neurosonográficas mayores
 - Reduce enfermedad pulmonar crónica

Mercer BM, JAMA 1997;278:989
Ovalle A, Prenat Neonat Med 1998
Oracle, Lancet 2002

4. Administración de antibióticos profilácticos

- **Eritromicina** 250 mg oral cada 6 h x 10 días
- **Eritromicina** 250 mg EV cada 6 h x 48 h, luego 250 mg oral cada 6 h x 5 días
- **con o sin**
- **Ampicilina** 2 gr EV cada 6 h x 48 h, luego 250 mg de amoxicilina cada 8 h x 5 días

Mercer BM, JAMA 1997;278:989
Oracle, Lancet 2002

4. Administración de antibióticos terapéuticos

- **Sin criterios de interrupción:**
 - Ceftriaxona + Metronidazol + Eritromicina EV x 5 días, luego oral hasta completar 14 días
 - Ceftriaxona + Clindamicina + Eritromicina EV x 5 días, luego oral hasta completar 14 días
- **Con criterios de interrupción**
 - Ampicilina + Gentamicina
 - Peni + Quemi + Genta

4. Administración de antibióticos intraparto para la enfermedad neonatal por estreptococo grupo B

- Prevalencia en Chile: **19% UC** (Abarzúa y cols, Rev Med Chil 2:2002), **16% HSDR** (Sáez y cols, Congreso Chileno OB-GIN, Nov. 1999)
- Riesgo de sepsis neonatal por EB disminuye en un **70%** cuando se utiliza profilaxis intraparto
- El screening general a las 35-37 semanas es **más efectivo** que la utilización de factores de riesgo (\$\$\$)
- Nuevas **normas del CDC** emitidas en Agosto 2002

N Engl J Med. 2002 25;347(4):233-9

Screening universal de EB para profilaxis intraparto

Vaginal and rectal GBS screening cultures at 35-37 weeks' gestation for ALL pregnant women (unless patient had GBS bacteriuria during the current pregnancy or a previous infant with invasive GBS disease)

Intrapartum prophylaxis indicated

- Previous infant with invasive GBS disease
- GBS bacteriuria during current pregnancy
- Positive GBS screening culture during current pregnancy (unless a planned cesarean delivery, in the absence of labor or amniotic membrane rupture, is performed)
- Unknown GBS status (culture not done, incomplete, or results unknown) and any of the following:
 - Delivery at <37 weeks' gestation*
 - Amniotic membrane rupture ≥18 hours
 - Intrapartum temperature ≥100.4°F (≥38.0°C)*

Intrapartum prophylaxis not indicated

- Previous pregnancy with a positive GBS screening culture (unless a culture was also positive during the current pregnancy)
- Planned cesarean delivery performed in the absence of labor or membrane rupture (regardless of maternal GBS culture status)
- Negative vaginal and rectal GBS screening culture in late gestation during the current pregnancy, regardless of intrapartum risk factors

MMWR, Aug 2002 / 51(RR11);1-22

4. Administración de profilaxis para EB

- **Intraparto**
- Se acaba con el **nacimiento** del feto
- **Endovenosa**
- **Dosis de carga:** penicilina 5 mill, ampicilina 2 gr
- **Dosis cada 4 horas:** penicilina 2 mill, ampicilina 1 gr
- Eritromicina 500 mg cada 6 h
- Clindamicina 900 mg cada 8 h

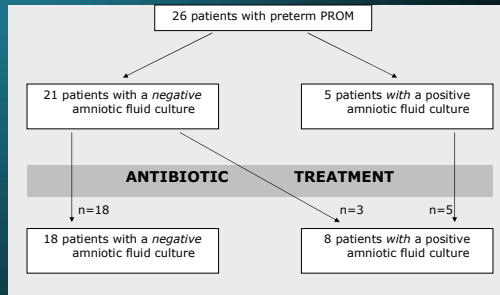
MMWR, Aug 2002 / 51(RR11);1-22

5. Comentarios en relación al manejo de la RPM de pretérmino

- Amniocentesis?
- 32 o 34 semanas?
- Se infecta la cavidad uterina durante el tratamiento antibiótico?
- Cuál es el efecto de portar un DIU remanente en la cavidad?
- Cerclaje y RPM
- Herpes y RPM
- Cuán frecuentemente el feto está severamente enfermo?
- Es el feto quien rompe las membranas?

Amniocentesis

- Sospecha de infección intrauterina
- Estudio de madurez pulmonar fetal (> 32 sem)
- De rutina?
 - Microbiología y elección antibiótica
 - Interrupción del embarazo después de las 30-31 semanas
 - Tratamiento antibiótico más agresivo en casos de infección intrauterina y edad gestacional menor a 30 semanas



DIU y riesgo de infección



•60% IIA

•25% Hongos

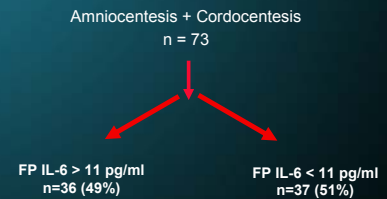
Gómez y cols, SMFM 2003

RPM de pretérmino en pacientes con cerclaje cervical

- AMCT negativa: hospitalizar y no retirar cerclaje
- AMCT positiva: hospitalizar y retirar cerclaje

IL-6 en plasma fetal de pacientes con TdeP y RPM de pretérmino

Parto dentro de los 7 días luego del ingreso



Gomez et al AJOG, 1998 179:194

Curso Internacional de Medicina Materno-Fetal

CEDIP

Hospital Dr. Sótero del Río
P. Universidad Católica de Chile
Viña del Mar,
10-12 de Abril 2003

Pre-inscripciones:
www.cedip.cl