

Revisión

Rotura prematura de membrana a término: ¿manejo expectante o activo?

Fany Barreto

Matrona. Departamento de Ginecología y Obstetricia.
Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias.
Las Palmas de Gran Canaria

RESUMEN

La rotura prematura de membranas a término es un problema frecuente que presenta la mujer embarazada. Su manejo clínico, expectante o activo, es controvertido. Esta revisión bibliográfica intenta exponer cuál es el manejo conveniente de esta situación clínica, considerando los resultados perinatales y maternos.

Palabras clave: membranas fetales, rotura prematura, métodos de inducción de parto, infección neonatal, coriamnionitis

ABSTRACT

Title: Premature rupture of membranes at term: expectant or active management?

The rupture of membranes at term is a major obstetric problem in pregnant woman. The clinical management, active or expectant, is controversial. This literature review will try to find which is the safest management of this clinical situation, taking in consideration the neonatal and maternal outcomes.

Keywords: Fetal membranes, premature rupture, labor, induced/methods, neonatal infection, coriamnionitis.

Barreto F. Rotura prematura de membrana a término: ¿manejo expectante o activo? *Matronas Profesión* 2006; 7(4): 12-16.

INTRODUCCIÓN

Se considera que la rotura prematura de membrana (RPM) es la pérdida de integridad de las membranas ovulares antes del inicio del parto, con la consiguiente expulsión de líquido amniótico y la puesta en comunicación de la cavidad amniótica con el canal endocervical y la vagina¹.

Aunque esta definición es clara y está universalmente aceptada, algunos autores^{1,2} la han ampliado en función del tiempo que ha de pasar desde que se produce la rotura de membrana (RM) y el comienzo del trabajo de parto (fase latente), y proponen que la RPM es la pérdida de la integridad de las membranas ovulares, seguida de 6 horas de bolsa rota en ausencia de iniciación del trabajo de parto.

La RPM a término es un problema frecuente en la embarazada: su incidencia se sitúa en un 3-18% de las gestaciones¹. Las posibles complicaciones de la RPM a término son la procedencia de cordón umbilical, la compresión del cordón y el desprendimiento de placenta, y posteriormente, la coriamnionitis, la endometritis y la sepsis neonatal¹.

Su manejo clínico se basa, fundamentalmente, en dos prácticas: la primera es la «conducta expectante», que consiste en esperar un tiempo entre que ocurre la RPM y empieza el trabajo de parto, y la segunda es la «conducta activa», o inducción directa del parto mediante oxitocina y/o prostaglandinas.

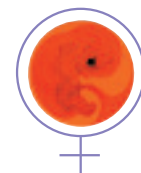
Se ha cuestionado el manejo expectante por su posible riesgo de aumentar la infección maternal y neonatal, y se ha propuesto un manejo más activo, con el fin de acortar el periodo latente y asegurar con ello el bienestar materno-fetal.

El tratamiento activo también plantea interrogantes, ya que éste puede conllevar complicaciones derivadas de un aumento de intervenciones médicas y de un fracaso de inducción, que podrían ser innecesarias, dado que, aproximadamente, el 90% de las gestantes con RPM a término se ponen de parto por sí solas en un periodo de 48 horas¹.

Evolución del manejo de la RPM a término, revisión en el tiempo

A partir de 1950, en Estados Unidos empezaron a publicarse trabajos que demostraban un aumento de mortalidad perinatal en presencia de RPM⁴⁻⁶. Ello llevó a los obstetras a tomar una actitud activa ante la RPM, consistente en inducir el parto mediante oxitocina intravenosa.

Esos estudios eran retrospectivos y, en su mayor parte, sin grupo control, y los grupos de tratamiento no eran comparables respecto a otras complicaciones obstétricas y médicas que pudieran haber influido en los resultados. Las definiciones de infección maternal y neonatal no eran ni uniformes ni precisas. Por otro lado, la microbiología de la infección intraparto aún no se conocía bien y no se disponía de antibióticos de amplio espectro. Por



último, no se diferenciaba entre RPM a término o pretérmino, ni tampoco entre cuello favorable y desfavorable. Los cuidados intensivos neonatales han mejorado notablemente en los últimos años, y ahora el pronóstico del recién nacido infectado no es tan desfavorable como antes.

Aunque hace mucho tiempo que los médicos tomaron en consideración el manejo clínico de la RPM a término, sigue siendo un gran dilema en la obstetricia actual. Este trabajo se propone revisar la evidencia científica existente sobre el manejo de la RPM a término para intentar ver cuál es la forma más adecuada de actuar ante ella, considerando los resultados perinatales y maternos.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos de la Cochrane Library y de Medline con los términos o descriptores siguientes: «fetal membranes», «premature rupture», «labor», «induced methods», «neonatal infection» y «chorioamnionitis». Los estudios encontrados habían sido publicados entre 1965 y 2006. Además, se consultaron fuentes científicas de interés de ámbito nacional.

RESULTADOS

En los años ochenta y noventa, se publicaron trabajos que demostraron que el tratamiento expectante era la mejor forma de tratar la RPM a término⁷⁻⁹. En ellos se observó que, en este grupo, la incidencia de infección neonatal y materna se mantenía baja y sin diferencia respecto a la del grupo de inducción directa, y que, además, la incidencia de cesáreas era más baja que en este segundo grupo.

No obstante, quienes defendían que la teoría del tratamiento expectante era la mejor manera de tratar la RPM reconocían, al mismo tiempo, que sus estudios presentaban algunas limitaciones que habían podido influir en el análisis de los resultados, como el tamaño de la muestra y su heterogeneidad.

Uno de los trabajos más válidos hasta la fecha es el de Hannah, et al¹⁰, un estudio clínico prospectivo y aleatorizado, llamado Term PROM Study, y de ámbito internacional, ya que incluyó a Canadá, Inglaterra, Australia, Israel y Dinamarca. En él se estudió a 5.041 mujeres de bajo riesgo con RPM a término, que fueron divididas en 4 grupos. En el grupo de tratamiento expectante, si las mujeres no se ponían de parto en un periodo de 4 días, a algunas se les inducía el parto mediante oxitocina intravenosa y a otras mediante prostaglandinas vía vaginal. Las del grupo de inducción directa fueron asignadas de forma aleatoria a inducción de parto con oxitocina o con prostaglandinas.

La RPM se diagnosticaba mediante espéculo, y en ausencia del trabajo de parto no se realizaban tactos vagi-

nales. La infección neonatal era estudiada con cultivo de sangre y exudados, y el diagnóstico se estableció en función de criterios rigurosos en relación con la neutrofilia. El carácter estricto de los criterios para diagnosticar la infección neonatal, así como el tamaño de la muestra, hacen de este estudio uno de los más relevantes efectuados sobre el manejo de la RPM a término.

En el grupo de tratamiento expectante, algunas mujeres podían irse a casa con control de temperatura y la visualización del color del líquido amniótico, y algunas eran sometidas a control de la monitorización fetal y actividad uterina, pero otras no.

Se registraron 4 muertes perinatales en el grupo expectante. Las causas fueron, en un caso, la asfixia intraparto; en otro, la septicemia del grupo B estreptococo; en otro, un trauma en el momento del parto con fórceps; hubo, asimismo, una muerte fetal que se produjo después de que la mujer estuviera durante 28 horas en conducta expectante en su casa, con posterior traslado al hospital, donde 5 horas después le practicaron una cesárea. Los autores concluyeron que no hubo diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad neonatal entre los distintos grupos, a pesar de los 4 casos de muerte perinatal en el grupo expectante; los autores sugieren que podría ser debido a una mala práctica intraparto, ya que solamente un caso estaba relacionado con la infección causada por el grupo B estreptococo.

Los autores analizaron la incidencia de infección neonatal y cesárea en los diferentes grupos. Ellos concluyeron que la incidencia de cesáreas y morbilidad neonatal eran similares estadísticamente en todos los grupos (2-3%), aunque en el grupo de inducción directa con oxitocina se encontró menor incidencia de infección materna comparada con los demás grupos.

Las mujeres del grupo de inducción fueron sometidas a menos tactos vaginales, y el tiempo entre la RPM y el parto fue menor; también hubo menos niños que recibieron antibióticos y fueron ingresados en la unidad de cuidados intensivos. Esto podría deberse a que en el estudio no se empleó técnica de enmascaramiento, disponiendo a los profesionales a tener más control sobre el grupo expectante. Otro aspecto que analizaron fue que las mujeres del grupo de inducción mostraron haber tenido una mejor opinión de sus experiencias en este estudio.

Duff² encontró varias limitaciones en el estudio de Hannah, entre ellas que no se clasificó equitativamente a las mujeres en función del test de Bishop, ya que sólo un 12-15% de las mujeres tenía un cuello uterino favorable, frente al 50% con uno no favorable (el resto no se conocía). Por otro lado, tampoco se especificaron detalles sobre el protocolo de detección y tratamiento del grupo B estreptococo que se seguía en el hospital, y que estaba relacionado con una de las muertes arriba mencionadas. Tampoco hicieron constar los criterios aplicados para enviar a las mujeres a su casa o ingresarlas en el hospital.

Shalev realizó un estudio prospectivo sobre 566 embarazadas de bajo riesgo con RPM a término, en el que comparó los resultados maternos y neonatales de dos grupos de mujeres, uno con un tiempo máximo de espera de 12 horas desde que se producía la RPM hasta que el parto se inducía, y otro con un tiempo máximo de 72 horas¹¹. Concluyó que esperar 72 horas tras la RPM no aportaba ningún beneficio para la madre ni el niño y que, en cambio, retrasaba el parto y prolongaba la estancia hospitalaria, por lo que recomendaba un periodo de 12 horas de espera antes de inducir el parto. Sin embargo, otros autores proponen un periodo de espera de 12-48 horas^{12,2}.

Un poco más tarde, en 1996 y 1997, se publicaron dos metanálisis sobre el manejo de la RPM a término^{6,13}. El primero incluyó 23 ensayos clínicos aleatorizados en los que se comparaban los resultados de tres tipos de manejo de la RPM a término: expectante, inducido con oxitocina e inducido con prostaglandinas. El metanálisis abarcaba en total a 7.493 mujeres, y en él se analizó la incidencia de cesáreas, endometritis, coriamnionitis e infección neonatal. No se encontraron diferencias en la incidencia de cesáreas o infecciones neonatales entre los diferentes grupos, aunque se constató una diferencia notable en la incidencia de coriamnionitis, que aumentaba del 6% (grupo oxitocina) al 8% (grupo expectante). Por tal motivo, los autores sugirieron que el manejo conservador podría aumentar el riesgo de coriamnionitis. Al mismo tiempo, admitieron que hubo ciertas limitaciones en su trabajo que pudieron distorsionar los resultados. En primer lugar, los estudios incluidos no eran homogéneos entre sí, sólo se incluía un trabajo que estudiase a multíparas con RPM, y muchos de los estudios no especificaban las horas de espera para que la inducción comenzase (de 6 horas a 4 días). Por otro lado, sugirieron que, exceptuando el de Hannah (1996), los estudios no contaban con una muestra suficientemente grande como para poder llegar a una conclusión estadísticamente válida. Por último, señalaban que, al buscar las diferencias entre ambos grupos sobre coriamnionitis e infección neonatal, probablemente habían obtenido más estudios que mostraban alguna diferencia estadística que aquellos que no la mostraban⁶, por lo que pudieron quedar sin revisar algunos trabajos, alterándose los resultados en favor del tratamiento activo.

El segundo metanálisis¹³ se publicó en la Cochrane Library. El objetivo era comprobar si la inducción después de que se produjese la RPM podría disminuir los riesgos de infección neonatal. El criterio de selección de los artículos fue que estuvieran relacionados con el manejo de la RPM a partir o hasta la semana 34 de gestación. Se seleccionaron 18 estudios, y una vez revisados, se concluyó que la inducción directa con oxitocina se asociaba con una disminución del riesgo de morbilidad maternal, sin aumentar la incidencia de cesáreas, aunque se observó un aumento del uso de analgesia y monitorización interna en este grupo. Sobre la mortalidad neonatal, los autores concluyeron que se necesitaba un ensayo

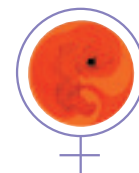
clínico con una muestra más amplia para poder sacar una conclusión estadísticamente válida, debido a que su incidencia es muy baja. Por último, aludieron a un riesgo de infección neonatal en el grupo expectante, aunque reconocieron que el único estudio lo suficientemente grande y fiable era el realizado por Hannah¹⁰, y en éste no se pudo comprobar que dicho riesgo estuviese asociado al tratamiento conservador. En 10 de los estudios incluidos en este metanálisis no se mencionaba el tiempo transcurrido entre la RPM y la inducción directa, y algunos del grupo activo esperaron hasta 12 y 24 horas, lo que, para muchos autores, constituye un tratamiento conservador. En el grupo expectante, algunos esperaron 9 horas antes de inducir el parto, y otros, 96. Sólo en 5 de ellos se mencionaban la multiparidad y las condiciones cervicales. Además, un problema importante fue que 6 de ellos trataban del manejo de la RPM pretérmino, y no resulta adecuado comparar la morbilidad de uno prematuro con la de un niño a término.

Más tarde, el Colegio de Obstetricia Americano (ACOG)¹⁴ publicó un artículo sobre la RPM a término donde señalaba que la decisión de inducir el parto dependerá de la valoración del riesgo de infección y de la afectación fetal, que podrían verse potenciados con la duración de la RPM en ausencia del trabajo de parto. No obstante, se reconocía que la decisión de inducir el parto también se acompaña de un mayor riesgo de fallo de inducción y, por tanto, de un aumento del número de cesáreas, así como de un mayor número de partos instrumentales.

Los autores concluyen que, cuando el cérvix no es favorable, existen pocas evidencias para concluir qué método (expectante o activo) es más adecuado, aunque reconocen que, cuando se aplica la inducción, el periodo de tiempo entre el ingreso y el parto parece aumentar y la necesidad de partos instrumentales crece. El riesgo de cesáreas y de infección neonatal parece no depender del manejo, aunque el riesgo de infección maternal podría aumentar con el tratamiento expectante. Por tanto, resulta razonable tener en cuenta los deseos de las mujeres y los costes hospitalarios para decidir sobre el manejo de la RPM a término.

El ACOG, a partir de la evidencia científica existente en el momento, recomienda que la RPM a término podría ser inducida directamente o podría ser observada por un periodo de 24-72 horas hasta que se instaurase el trabajo de parto. Los tactos vaginales no deberían llevarse a cabo en ausencia de dinámica uterina instaurada, y si la inducción no está planeada y garantizada.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)¹, en su protocolo de la RPM a término, recomienda que, si el test Bishop es favorable, se puede esperar durante un periodo de 12-72 horas, aunque el parto también podría ser inducido. En ausencia de un test de Bishop favorable, no existe acuerdo sobre qué manejo resulta más apropiado: «conducta expectante con la vigilancia adecuada durante 12-72 horas o inducción a las 12-24 horas de la RPM». En cuanto al procedimiento de inducción, la SEGO no contraindica el empleo de



prostaglandinas para la maduración cervical, y recomienda la utilización de espéculo para su diagnóstico en ausencia de trabajo de parto.

Por último, recientemente (2006) se ha publicado un metanálisis¹⁵ que ha incluido 12 ensayos, con un total de 6.814 mujeres. Se comparó la conducta expectante de la rotura prematura de membrana a término con el manejo activo o de inducción directa. Los autores concluyeron que el manejo activo, tanto con oxitocina como con prostaglandinas, reduce el riesgo de morbilidad materna infecciosa sin aumentar el número de cesáreas y partos instrumentales. En este grupo, ingresaron menos recién nacidos en la unidad de cuidados intensivos neonatales, aunque no se observaron diferencias entre ambos grupos en la tasa de infección neonatal. Los autores señalan que ambos manejos pueden ser válidos, por lo que hay que seguir investigando para disponer de la información adecuada, y recomiendan informar a las mujeres sobre los dos métodos para que dispongan de la información necesaria para tomar decisiones adecuadas. Al igual que los dos metanálisis arriba mencionados^{6,13}, este estudio presenta algunas limitaciones, como la heterogeneidad y tamaño de los estudios revisados, que restan fiabilidad a sus resultados, sin que pueda llegar a concluirse cuál es el manejo mejor ante la RPM a término.

DISCUSIÓN

En esta revisión, hemos podido establecer cómo ha transcurrido el manejo de la RPM a término, pero no ha sido posible concluir cuál es el método más seguro en relación con la infección neonatal. Esto se debe, sobre todo, a que hasta la fecha no se ha realizado ningún estudio de investigación lo suficientemente grande y fiable para establecer una conclusión universalmente válida. Sin embargo, el manejo programado (con métodos como la oxitocina o las prostaglandinas) reduce el riesgo de morbilidad infecciosa materna sin aumentar las cesáreas y los partos vaginales quirúrgicos^{6,13,15}.

La mayoría de los estudios revisados presenta una serie de limitaciones que impiden dar una respuesta estadísticamente fiable al manejo de la RPM. Principalmente, no incluyen unos criterios estrictos de inclusión de infección neonatal y materna, ni tampoco del tiempo que debe transcurrir para comenzar con ambos tratamientos. No diferencian entre multiparidad, test de Bishop y uso de espéculo en ausencia de trabajo de parto.

Los tres metanálisis encontrados^{6,13,15} no pudieron ofrecer una conclusión estadísticamente válida, dado que se observaron limitaciones como la heterogeneidad de la muestra y su tamaño. Tampoco se emplearon técnicas de enmascaramiento, lo que hizo que un mayor número de niños en el grupo de tratamiento expectante estuvieran ingresados en cuidados intensivos por riesgo de infección aunque no fueran diagnosticados de ello. Exceptuando el trabajo de Hannah¹⁰, ningún estudio seguía

criterios estrictos de selección para el diagnóstico de infección neonatal.

Hasta la fecha, el trabajo de Hannah¹⁰ es el único que cuenta con una muestra significativamente grande y que sigue unos criterios estrictos de definición y diagnóstico de infección neonatal. En este estudio, se demuestra que la inducción directa de la RPM a término no aporta ningún beneficio para reducir la incidencia de infección neonatal, aunque sí puede disminuir la incidencia de infección materna.

La SEGO¹ y la ACOG¹⁴ han recomendado ambas posibilidades, expectante o inducción directa, ante el tratamiento de la RPM a término, y tienen en cuenta las condiciones cervicales que presenta la mujer y el uso de espéculo para su diagnóstico en ausencia del trabajo de parto. La decisión del tiempo de espera antes de iniciar la inducción podría depender de la conveniencia de los profesionales a cargo de la mujer, situación, ésta, que no debería producirse, ya que la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁶ recomienda que los partos sólo se induzcan cuando sea necesario.

Dado que las diferencias halladas en los resultados del manejo programado y del expectante pueden no ser significativas, los profesionales deben facilitar a las mujeres información adecuada para que ellas puedan tomar una decisión¹⁵.

CONCLUSIÓN

Tras realizar esta revisión, podemos afirmar que, en la actualidad, no existe una conclusión estadísticamente válida que indique qué método es más seguro para actuar ante la RPM a término¹⁴. No obstante, existe un ligero aumento de coriamnionitis en el grupo de tratamiento expectante.

Si consideramos que los beneficios de la inducción directa ante la RPM a término no han sido totalmente demostrados y que la RPM se produce como un factor desencadenante del parto, cabe preguntarse cuándo es necesario actuar en cada una de las situaciones, e identificar los factores de riesgo antes de actuar para poder decidir realizar una inducción. Además, los profesionales deberían asegurarse de que las mujeres disponen de la información adecuada para poder decidir, dado que hasta la fecha ambos tratamientos parecen aportar los mismos beneficios.

Por todo ello, es necesario realizar un ensayo clínico aleatorizado y multicéntrico a fin de conocer cuanto antes si la inducción directa de la RPM de membrana está justificada desde el punto de vista de la disminución de coriamnionitis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Rotura prematura de membranas. Protocolos asistenciales en obstetricia. Madrid: SEGO, 2003.

2. Duff P. Premature rupture of the membranes at term. N Engl J Med. 1996; 334(16): 1.053-4.
3. Duncan SL, Beckley S. Prelabour rupture of the membranes-why hurry? Br J Obstet Gynecol. 1992; 99: 543-5.
4. Calkins LA. Premature spontaneous rupture of the membranes. Am J Obstet Gynecol. 1952; 64: 871-7.
5. Lanier LR, Scarbrough RW, Fillingim DW, Baker RE. Incidence of maternal and fetal complications associated with rupture of the membranes before onset of labor. Am J Obstet Gynecol. 1965; 93: 398-404.
6. Mozurkewich EL, Wolf FM. Premature rupture of membranes at term: a meta-analysis of three management schemes. Obstet Gynecol. 1997; 89(6): 1.035-43.
7. Kappy KA, Cetrulo CL, Knuppel RA, Ingardia CJ, Sbarra AJ, Scerbo JC, et al. Premature rupture of the membranes: a conservative approach. Am J Obstet Gynecol. 1979; 134: 655-61.
8. Duff P, Huff RW, Gibbs RS. Management of premature rupture of membranes and unfavourable cervix in term pregnancy. Obstet Gynecol. 1984; 63: 697-702.
9. Grant JM, Serle E, Mahmood T. Management of prelabour rupture of the membranes in term primigravidae: report of a randomized prospective trial. Br J Obstet Gynaecol. Julio 1992; 99: 557-62.
10. Hannah ME, Ohlsson A, Farine D, Hewson SA, Hodnett ED, Myhr TL, et al. Induction of labor compared with expectant management for prelabour rupture of membranes at term. TERMPROM Study Group. N Engl J Med. 1996; 334(16): 1.005-1.110.
11. Shalev E, Peleg D, Eliyahu S, Nahum Z. Comparison of 12-72 hour expectant management of premature rupture of membranes in term pregnancy. Obstet Gynecol. 1995; 85: 766-8.
12. Sperling LS, Schantz AL, Wahlin A. Management of prelabour rupture of membranes at term. A randomised study. Acta Obstet Gynecol Scand. 1993; 72: 627-32.
13. Tan BP, Hannah ME. Oxytocin for prelabour rupture of membranes at or near term. The Cochrane Library, Issue 1, 1997. Oxford: Update Software.
14. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Premature rupture of membranes. Washington: American College of Obstetricians and Gynecologists, 1998.
15. Dare MR, Middleton P, Crowther CA, Flenady VJ, Varatharaju B. Parto temprano programado versus conducta expectante (espera) para la rotura de membranas antes del trabajo de parto a término (37 semanas o más) (Revisión Cochrane traducida). La Biblioteca Cochrane Plus, 2006, n.º 4. Oxford: Update Software Ltd (disponible en: <http://www.update-software.com>).
16. OMS. Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre el Nacimiento. Declaración de Fortaleza, 1985 (disponible en: <http://www.lactaria.org/fortaleza.pdf>).

Correspondencia:
Fany Barreto
fanba75@hotmail.com

Boletín de suscripción

Nombre y apellidos _____

Dirección _____

Código Postal _____ Población _____ Provincia _____

Año Especialidad _____ Centro de Trabajo _____

Tel.: _____ E-mail _____

Deseo suscribirme a **MATRONAS PROFESIÓN** y recibir gratuitamente los 4 números al año que se editen de esta publicación.

Para recibir la revista en su domicilio es imprescindible adjuntar fotocopia del título de matrona.

Remitir este boletín de suscripción a Ediciones Mayo, S.A. C/ Aribau 185-187, 2.ª planta, 08021 Barcelona, o enviar al fax: 93 202 06 43.

Fecha _____ Firma _____

EDICIONES MAYO, S.A., provista del CIF A-08735045, en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), le informa que sus datos personales serán incorporados en un fichero de titularidad de esta entidad. Con el envío del formulario completado con sus datos, usted autoriza a EDICIONES MAYO, S.A. para que lleve a cabo el tratamiento de los datos para la gestión y secretaría de la suscripción.

Mediando su consentimiento previo, EDICIONES MAYO, S.A. podrá utilizar los datos para mantenerle informado acerca de las novedades de su interés en el campo de la salud y actividad profesional. Le rogamos que nos lo indique de forma expresa marcando con una cruz las siguientes casillas:

- Autorizo a EDICIONES MAYO, S.A. para que me envíe información en el campo de la salud.
- Autorizo a EDICIONES MAYO, S.A. para que a través de mi dirección de correo electrónico me envíe información en el campo de la salud.

EDICIONES MAYO, S.A. tratará los datos facilitados por usted de forma totalmente confidencial y según todas las medidas de seguridad establecidas por la Ley. Igualmente, los datos no serán cedidos a terceros ni utilizados para otros usos que no sean los estrictamente aquí descritos.

EDICIONES MAYO, S.A. le informa que usted puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y/o oposición respecto de los datos facilitados, dirigiéndose por escrito a Ediciones Mayo, S.A., C/ Aribau, 185-187, 2ª planta, 08021, Barcelona.

