

# GOBIERNO FEDERAL



**SALUD**

**SEDENA**

**SEMAR**

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

## Diagnóstico y Tratamiento de la **RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA** en Pretérmino

### **Evidencias y Recomendaciones**

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: **SEDENA-446-09**

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



Ave. Reforma No. 450, piso 13, Colonia Juárez,  
Delegación Cuauhtémoc, 06600, México, D. F.

**Página Web:** [www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC.

© Copyright CENETEC.

Editor General.

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: **Diagnóstico y Tratamiento de la Ruptura Prematura de Membranas Pretérmino, México: Secretaría de Salud; 2010.**

*Esta guía puede ser descargada de Internet en:* <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

Ruptura prematura de las membranas O42

O42.0 Ruptura prematura de las membranas sin otra especificación

## Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Ruptura Prematura de Membranas Pretérmino

Nombre	Área de conocimiento /especialidad	Institución	Adscripción/ Cargo	Sociedades/Asociaciones
<b>Coordinadores:</b>				
Cor. M. C. Jorge Manuel Camarero Benitez.	Cirujano General.	SEDENA. Dirección General de Sanidad Militar.	Jefe de la Sección Técnica.	Asociación Mexicana de Cirugía General Colegio de Posgraduados de Cirugía Colegio Americano de Cirujano.
Tte. Cor. M. C. Luz Patricia Gutiérrez Díaz	Médico Cirujano Oftalmólogo.	SEDENA. Hospital Central Militar	Jefe del Departamento de Cirugía Ambulatoria	Sociedad Mexicana de Oftalmología.
<b>Autores:</b>				
Tte. Cor. M. C. José Luis García Vázquez	Ginecología y Obstetricia Medicina Materno Fetal.	SEDENA.	Clínica de Especialidades de la Mujer	Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia
Tte. Cor. M. C. Cuauhtémoc Villagómez Rodríguez	Ginecología y Obstetricia Biología de la Reproducción.	SEDENA.	Clínica de Especialidades de la Mujer	Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia Asociación Americana de medicina reproductiva/ Asociación Española de ginecología y Obstetricia/ Asociación Española de fertilidad.
Tte. Cor. M. C. Carlos Manuel Adame Adame	Ginecología y Obstetricia, Medicina Materno Fetal.	SEDENA.	Clínica de Especialidades de la Mujer	Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia/ Colegio Nacional de Médicos Militares
<b>Validación interna:</b>				
Cor. M. C. Raúl Rodríguez Ballesteros	Ginecología y Obstetricia. Perinatología	SEDENA.	Clínica de Especialidades de la Mujer	Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia
<b>Validación externa:</b>				

## Índice

1. Clasificación.	5
2. Preguntas a responder por esta guía.	6
3. Aspectos generales.	7
3.1. Justificación.	7
3.2. Objetivo de esta guía.	8
3.3. Definición.	9
4. Evidencias y recomendaciones.	10
4.1 Diagnóstico de RPMP	11
4.2 Pruebas de vigilancia fetal en la RPMP	12
4.3 Empleo de amniocentesis en caso de RPMP	13
4.4 Inductores de madurez pulmonar	14
4.5 Uso de antibióticos	16
4.6 Empleo de tocolíticos en RPMP	17
4.7 Derivados de fibrina	18
4.8 Edad gestacional optima para el parto en RPMP	19
4.9 Amnioinfusion transparto en RPMP	20
4.10 Manejo conservador extra hospitalario de la RPMP	21
5. Anexos.	22
5.1 Protocolo de Búsqueda	22
5.2 Sistema de Clasificación de la evidencia y fuerza de la recomendación	23
5.3 Diagrama de flujo	25
6. Bibliografía.	26
7. Agradecimientos.	28
8. Comité académico.	29
9. Directorios.	30
10. Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica	31

## 1. CLASIFICACIÓN

	Clasificación GPC	Registro
<b>Profesionales de la salud.</b>	Enfermería Medicina Familiar	Medicina General Medicina Preventiva Ginecología y Obstetricia Médicos Radiólogos
<b>Clasificación de la enfermedad.</b>	CIE-10: O42 Ruptura prematura de membranas O429 Ruptura prematura de membranas sin otra especificación	
<b>Categoría de GPC.</b>	Nivel de atención secundario. 3.1 Evaluación. 3.2 Diagnóstico 3.3 Tratamiento.	
<b>Usuarios potenciales.</b>	Médicos generales Médicos familiares Médicos urgenciólogos Médicos Gineco-Obstetras	
<b>Tipo de organización desarrolladora.</b>	Gobierno Federal Secretaría de la Defensa Nacional	
<b>Población blanco.</b>	Mujeres con embarazo complicado con ruptura de membranas	
<b>Fuente de financiamiento / patrocinador.</b>	Gobierno Federal Secretaría de la Defensa Nacional	
<b>Intervenciones y actividades consideradas.</b>	8901-8909 Educación para el paciente 88.78 Ultrasonido grávido 93.37 Educación prenatal 75.35, 88.78, 75.34 Monitoreo fetal 89.26, 91.4, 91.1 Examen Ginecológico	
<b>Impacto esperado en salud.</b>	Incremento en el diagnóstico oportuno Referencia oportuna y tratamiento adecuado Reducción en la tasa de complicaciones maternas y fetales relacionadas con la ruptura prematura de membranas	
<b>Metodología</b>	Definir el enfoque de la GPC. Elaboración de preguntas clínicas. Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia. Protocolo sistematizado de búsqueda. Revisión sistemática de la literatura. Búsquedas de bases de datos electrónicas. Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores. Búsqueda manual de la literatura. Número de fuentes documentales revisadas: Guías seleccionadas: 5 del periodo 2006-2009. Revisiones sistemáticas. Ensayos controlados aleatorizados. Reporte de casos. Validación del protocolo de búsqueda por CENETEC Adopción de guías de práctica clínica internacionales: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia. Construcción de la guía para su validación. Responder a preguntas clínicas por adopción de guías. Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional. Responder a preguntas clínicas por revisión sistemática.	
<b>Método de validación y adecuación.</b>	Método de validación de la GPC: validación por pares clínicos. Validación interna: Clínica de Especialidades de la Mujer, SEDENA. Validación Externa:	
<b>Conflictos de interés.</b>	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés en relación a la información, objetivos y propósitos de la presente Guía de Práctica Clínica.	
<b>Registro y actualización.</b>	Registro _____ Fecha de actualización _____	

## 2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA.

1. ¿Cuáles son los criterios diagnósticos de la ruptura prematura de membranas?
2. ¿Cuál es el papel de la amniocentesis en pacientes con ruptura prematura de membranas?
3. ¿Cuáles son las pruebas de vigilancia fetal ideales en pacientes con ruptura prematura de membranas?
4. ¿En pacientes con ruptura prematura de membranas cual es la utilidad de los corticoides y cuáles son sus indicaciones?
5. ¿Cuáles son las indicaciones para uso de antibióticos en el manejo de pacientes con ruptura prematura de membranas?
6. ¿Cuáles son las indicaciones y utilidad de los tocolíticos en el manejo de pacientes con ruptura prematura de membranas?
7. ¿Qué utilidad tiene el empleo de fibrinas en el manejo de la ruptura prematura de membranas?
8. ¿Cuál es la edad gestacional recomendada para el nacimiento en pacientes con ruptura prematura de membranas?
9. ¿Cuál es la utilidad de la amnioinfusion en el parto en pacientes con ruptura prematura de membranas?
10. ¿Puede el manejo conservador de la paciente con ruptura prematura de membranas llevarse a cabo en su domicilio?

### 3. ASPECTOS GENERALES.

#### 3.1 JUSTIFICACIÓN

La ruptura prematura de membranas es una complicación más comunes y uno de los casos clínicos de mayor controversia en su manejo; afecta al 2-3 % de los embarazos, pero el punto crítico es que esta complicación se encuentra asociado con el 30-40% de los partos preterminos, lo cual resulta en un aumento significativo de la morbilidad neonatal.

El líquido amniótico y las membranas fetales tienen entre muchas otras funciones (ambiente intraamniótico estéril, desarrollo pulmonar, deglución y micción fetal), la de proveer un espacio al feto para una movilidad adecuada y al cordón umbilical para evitar compresión del mismo durante los movimientos fetales y las contracciones uterinas; por lo que la pérdida de la integridad de las membranas interrumpe todas estas funciones, poniendo en riesgo la integridad del feto.

La ruptura prematura pretérmino de Membranas se encuentra asociada a infección perinatal, compresión del cordón umbilical y desprendimiento prematura de placenta (4-12%). El riesgo de complicaciones se encuentra inversamente proporcional a la edad gestacional, dentro de las cuales podemos mencionar el síndrome de dificultad respiratoria como causa de morbilidad perinatal, seguido de sepsis, hemorragia intraventricular y enterocolitis necrotizante.

La RPM no solo representa complicaciones fetales; dentro de las complicaciones maternas más frecuentes se encuentra la corioamnionitis producto de la colonización bacteriana de las membranas, cuyo riesgo se ha observado que también está en relación inversamente proporcional a la edad gestacional en que se presente la ruptura; La endometritis presenta incidencia de hasta el 2-13%. El desprendimiento prematuro de placenta asociado a ruptura de membranas es 3 veces mayor, mientras que la incidencia de retención de placenta y hemorragia post-parto es del 12%, Sepsis en 0.8% y muerte materna en 0.14%.

### **3. ASPECTOS GENERALES.**

#### **3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA.**

La guía de práctica clínica “Diagnóstico y Tratamiento de la Ruptura Prematura de Membranas Pretérmino” forma parte de las guías que integrarán el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción: Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal de todos los niveles de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- Identificar y tratar oportuna y correctamente la ruptura prematura de membranas, con la finalidad de evitar complicaciones.
- Optimizar el uso de los recursos de laboratorio y gabinete en el manejo integral de la paciente con ruptura prematura de membranas.
- Referir oportunamente a las pacientes con ruptura prematura de membranas al nivel de atención adecuado (segundo ó tercer nivel).

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

### 3. ASPECTOS GENERALES.

#### 3.3 DEFINICIÓN.

La ruptura prematura de membranas (RPM) es definida como la solución de continuidad ó pérdida de la integridad de las membranas corioamnióticas antes del inicio del trabajo de parto. Cuando esta se presenta antes de la semana 37, se denomina “pretérmino” (RPMP). Algunos autores han establecido una subdivisión en relación a la edad gestacional en que se presente en función de la sobrevida neonatal de la siguiente manera:

- “Cercana del término”: Entre las semanas 32 y 36 de gestación, asumiendo que al interrumpir de inmediato el embarazo las posibilidades de infección, asfixia son bajas y las posibilidades de sobrevida son alta y el riesgo de morbilidad severa baja.
- “Lejos del término”: Entre el límite de viabilidad fetal (establecido por cada institución de acuerdo con sus recursos humanos y tecnológico) hasta las 32 semanas de edad gestacional; periodo en el que la interrupción inmediata tiene un riesgo alto de morbimortalidad perinatal, misma que disminuye conforme avanza la edad gestacional, siendo este el grupo de pacientes en los que el manejo conservador puede tener un beneficio significativo
- “Previaible” ó del “segundo trimestre”: Cuando ocurre antes del límite de viabilidad, en donde la interrupción del embarazo conlleva a morbimortalidad fetal muy alta. El pronóstico neonatal es muy malo y el nacimiento inmediato es letal.

## 4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES.

Las recomendaciones señaladas en esta guía, son producto del análisis de las guías de práctica clínica nacionales e internacionales seleccionadas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura.

La presentación de la evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Los niveles de las evidencias y la graduación de las recomendaciones se mantienen respetando la fuente original consultada, citando entre paréntesis su significado. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras; ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documentos base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación.

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y fuerza de las recomendaciones se describen en el anexo 1.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía:



**EVIDENCIA.**



**RECOMENDACIÓN.**



**PUNTO DE BUENA PRÁCTICA**

#### 4.1 DIAGNÓSTICO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PRETÉRMINO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
	<p>La evaluación con prueba de nitrazina ante la presencia de salida de líquido amniótico a través del canal cervical no es necesaria.</p>	<p>IIb RCOG, 2006.</p>
	<p>La presencia ultrasonográfica de oligohidramnios puede ser de ayuda para el diagnóstico de ruptura espontánea de membranas</p>	<p>IIb RCOG, 2006.</p>
	<p>El diagnóstico de ruptura espontánea de membranas estará mejor documentado por la historia materna, seguido de una revisión vaginal.</p>	<p>B RCOG, 2006.</p>
	<p>El diagnóstico se debe realizar mediante historia clínica y observación de salida de líquido amniótico a través del canal cervical durante la revisión vaginal.</p>	<p>B COMEGO, 2008.</p>
	<p>Se deben evitar tactos vaginales cuando se sospeche de ruptura de membranas</p>	<p>D COMEGO, 2008</p>
	<p>El ultrasonido puede ser útil en algunos casos para confirmar la ruptura de membranas</p>	<p>C RCOG, 2006</p>

## 4.2 PRUEBAS DE VIGILANCIA FETAL EN RPMP

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>Temperatura por arriba de 37.8 grados C., secreción vaginal fétida y taquicardia fetal (frecuencia cardiaca mayor a 160 latidos por minuto indican corioamnionitis clínica en pacientes con diagnóstico de ruptura de membranas</p>	<p>Ila RCOG, 2006</p>
 <p>En las mujeres con RPM se deben vigilar datos clínicos de corioamnionitis cada 12 horas.</p>	<p>✓ RCOG, 2006</p>
 <p>El monitoreo fetal usando estudio de cardiotocografía debe considerarse cuando se considere una sobrevida fetal.</p>	<p>C RCOG, 2006</p>
 <p>El perfil biofísico o la evaluación con Doppler de la arteria umbilical no debe ser empleada como de primera línea para sobrevida o prueba diagnóstica de infección fetal</p>	<p>B RCOG, 2006</p>
 <p>Pacientes con RPM entre la viabilidad fetal y antes de la semana 32, deben manejarse de forma expectante de no existir contraindicación materna o fetal</p>	<p>A COMEGO, 2008.</p>
 <p>Se deben obtener cultivos cervicales para <i>Chlamydia trachomatis</i> y <i>Neisseria gonorrhoeae</i>, así como para estreptococo del grupo B en caso de no haber sido tomados en las últimas 6 semanas; y considerar el tratamiento profiláctico para este último</p>	<p>C COMEGO, 2008</p>

**R**

Se debe documentar el bienestar fetal y realizar la vigilancia materno-fetal diariamente

A  
COMEGO, 2008.

#### 4.3 AMNIOCENTESIS EN RUPTURA DE MEMBRANAS

##### Evidencia / Recomendación

##### Nivel / Grado

**E**

36% de las pacientes con RPM cursan con infección intrauterina (Cultivo positivo de líquido amniótico) la mayoría de ellas sin datos clínicos de corioamnionitis (Subclínica); El cultivo positivo de líquido amniótico, incrementa el riesgo de parto pretérmino, sepsis neonatal, síndrome de dificultad respiratoria, enfermedades crónicas pulmonares, leucomalasia periventricular, hemorragia intraventricular y parálisis cerebral

Ila  
RCOG, 2006

**E**

La amniocentesis tiene el potencial de detectar infecciones subclínicas antes de que se presenten datos clínicos maternos de corioamnionitis y antes del inicio de la sepsis fetal, permitiendo una adecuada intervención en la administración de antibióticos en casos de infección y/o parto, dependiendo de la edad gestacional y manejo expectante en mujeres con cultivos negativos de líquido amniótico

Ila  
RCOG, 2006

**R**

La amniocentesis de rutina no está recomendada en mujeres con ruptura prematura de membranas pretérmino

B  
RCOG, 2006

#### 4.4 CORTICOESTEROIDES EN EL MANEJO DE LA RPMP

### Evidencia / Recomendación

### Nivel / Grado

**E**

El empleo de corticoesteroides antenatales reduce el riesgo de síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante; y no incrementa el riesgo de infección materna o fetal.

A  
RCOG, 2006

**R**

Se debe ofrecer tratamiento antenatal con corticoesteroides a pacientes con riesgo de parto pretérmino, ya que están asociados con una reducción significativa de síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular y muerte neonatal.

A  
RCOG, 2004

**R**

Los organismos y servicios de salud deben de contar con políticas y protocolos para el tratamiento con corticoesteroides, ya que el costo y la duración de la estancia en cuidados intensivos neonatales se reducen.

B  
RCOG, 2004

**E**

El efecto optimo del tratamiento con esteroides se presenta cuando el nacimiento ocurre después de 24 hrs y antes de 7 días de haberse iniciado el tratamiento

Ia  
RCOG, 2004

**R**

El intervalo optimo entre el tratamiento con corticoesteroides y el parto deberá ser mayor a 24 hrs y menos de 7 días de su inicio

A  
RCOG, 2004

**R**

Todas las mujeres con embarazo entre las 24 y 34 semanas, con riesgo de parto pretérmino dentro de los siguientes 7 días, debe ser consideradas como candidatas a tratamiento antenatal con un curso único de corticoesteroides

A  
SOGC, 2003

**R**

El tratamiento consiste en 2 dosis de 12 mg de Betametasona intramuscular con un intervalo de 24 hrs, ó 4 dosis de 6 mg de dexametasona intramuscular con intervalo de 12 horas

A  
SOGC, 2003

**R**

Corticoesteroides antenatales deben ser administrados a mujeres con ruptura prematura de membranas pretérmino

A  
RCOG, 2006

**E**

Los esquemas con cursos múltiples de esteroides antenatales, no han demostrado beneficios neonatales en comparación con el curso único

I  
COMEGO, 2008

**R**

Se debe emplear un curso único de esteroides antenatales en embarazos menores a 32 semanas de gestación, con RPMP.

A  
COMEGO, 2008

**E**

La eficacia de esteroides entre la semana 32 y 33 de gestación es poco clara, pero el tratamiento puede ser beneficioso en casos de no existir madurez pulmonar fetal

III  
COMEGO, 2008

#### 4.5 ANTIBIÓTICOS EN LA RPMP

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p><b>E</b> El uso de antibióticos en la ruptura prematura de membranas pretérmino, está asociado con una reducción estadísticamente significativa de corioamnionitis; existe una reducción significativa de infección neonatal en niños cuyas madres recibieron tratamiento, así como de en la mortalidad perinatal</p>	<p>Ia RCOG, 2006</p>
<p><b>E</b> Penicilinas (Excepto amoxicilina-Ac. Clavulanico) ó eritromicina están asociados con una reducción significativa en el número de recién nacidos con cultivos de sangre positivos.</p>	<p>Ia RCOG, 2006</p>
<p><b>E</b> El uso de amoxicilina-Ac. Clavulanico contra placebo en el tratamiento profiláctico de la ruptura prematura de membranas, estuvo asociado a un incremento en el numero de recién nacidos con enterocolitis necrotizante</p>	<p>Ia RCOG, 2006</p>
<p><b>R</b> La profilaxis en los casos de ruptura de membranas, deberá emplearse eritromicina (250 mg vía oral cada 6 horas) durante 10 días posterior al diagnóstico de RPMP</p>	<p>A RCOG, 2006</p>
<p><b>R</b> Amoxicilina - Ac. Clavulanico no deben emplearse en la RPMP por su relación con enterocolitis necrotizante</p>	<p>A RCOG, 2006</p>

<b>R</b>	Un curso de antibióticos intravenosos durante 48 horas con ampicilina y eritromicina, seguidos por 5 días con amoxicilina y eritromicina deberá emplearse en el manejo conservador de la RPMP	A COMEGO, 2008
<b>R</b>	Deberá otorgarse tratamiento intraparto profiláctico con penicilina en pacientes portadoras del estreptococo del grupo B con RPM y feto viable, a fin de prevenir la transmisión vertical	A COMEGO, 2008

#### 4.6 Tocolíticos en el manejo de la RPMP

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
<b>E</b>	No hubo diferencia significativa en la proporción de mujeres sin parto durante los 10 días posteriores a la ruptura, entre las que recibieron tocolisis profiláctica y aquellas que permanecieron sin esta.	Ib RCOG, 2006
<b>E</b>	El empleo de tocolisis profiláctica en pacientes con RPMP, no incrementa el intervalo entre la ruptura y el parto; ni reduce la morbilidad neonatal	IIa RCOG, 2006
<b>R</b>	No se recomienda tocolisis profiláctica en mujeres con ruptura prematura de membranas pretérmino, sin actividad uterina.	A RCOG, 2006
<b>✓</b>	Mujeres con RPMP y actividad uterina en quienes este recomendado el uso de antibióticos y/o corticoesteroides antenatales debe ser considerada la tocolisis	✓ RCOG, 2006

<div style="border: 2px solid blue; border-radius: 15px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto;"> <span style="font-size: 24px; font-weight: bold; color: white;">E</span> </div>	<p>El uso de tocolíticos en mujeres con ruptura prematura de membranas pretérmino, sin actividad uterina, no prolonga el embarazo, ni disminuye la morbilidad neonatal</p>	<p>III COMEGO, 2008.</p>
<div style="border: 2px solid green; border-radius: 15px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto;"> <span style="font-size: 24px; font-weight: bold; color: white;">R</span> </div>	<p>No se recomienda el uso de tocolíticos de rutina en mujeres con RPMP sin actividad uterina</p>	<p>C COMEGO, 2008.</p>

#### 4.7 EMPLEO DE FIBRINAS EN EL MANEJO DE LA RPMP

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<div style="border: 2px solid green; border-radius: 15px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 10px;"> <span style="font-size: 24px; font-weight: bold; color: white;">R</span> </div> <p>Los “selladores” a base de fibrina no están recomendados como rutina en el tratamiento del oligohidramnios en el segundo trimestre causado por RPMP</p>	<p>B RCOG, 2006.</p>
<div style="border: 2px solid blue; border-radius: 15px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 10px;"> <span style="font-size: 24px; font-weight: bold; color: white;">E</span> </div> <p>El empleo de “selladores” de membranas a base de crío precipitados, plaquetas o gel-foam, no han demostrado eficacia y existe insuficiente información para su recomendación</p>	<p>III COMEGO, 2008.</p>

#### 4.8 EDAD GESTACIONAL OPTIMA PARA EL PARTO EN RPMP.

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
	<p>El beneficio del manejo expectante en la RPMP, tiene su límite a la semana 34; observándose que no existe una diferencia significativa en la morbilidad en comparación con los nacimientos en la semana 36.</p>	<p>III RCOG, 2006.</p>
	<p>El parto en casos de RPMP debe ser considerado en la semana 34 de gestación</p>	<p>B RCOG, 2006.</p>
	<p>Cuando el manejo expectante este recomendado antes de la semana 34 de gestación, la madre debe ser informada del incremento en el riesgo de corioamnionitis contra la disminución de problemas respiratorios del neonato, admisión a la terapia intensiva neonatal y cesárea.</p>	<p>B RCOG, 2006.</p>
	<p>La incidencia de corioamnionitis en mujeres con RPMP entre las 30-34 semanas de gestación es mayor cuando se proporciona manejo conservador en comparación con aquellas en las que el parto es inmediato</p>	<p>Ib RCOG, 2006</p>
	<p>El manejo expectante en embarazos pre viables, no se justifica, por lo que la interrupción del embarazo en esos casos es recomendado, en virtud del pronostico neonatal malo y el riesgo materno</p>	<p>C COMEGO, 2008.</p>

**R**

En RPMP que se presenta después de la semana 34 de gestación se recomienda la interrupción del embarazo

B  
COMEGO, 2008.

#### 4.9 AMNIOINFUSION EN LA RPMP.

### Evidencia / Recomendación

### Nivel / Grado

**E**

No existe diferencia significativa en la puntuación de Apgar y muerte neonatal, entre mujeres con amnioinfusion transvaginal comparado con pacientes sin amnioinfusion en el manejo de la RPMP

Ib  
RCOG, 2006.

**E**

El riesgo de muerte neonatal por hipoplasia pulmonar en embarazos entre 24 y 33 semanas de gestación asociados a RPMP con amnioinfusion transabdominal ó manejo expectante es similar

Ib  
RCOG, 2006.

**E**

La incidencia de hipoplasia pulmonar relacionada con RPMP con o sin amnioinfusion transabdominal es similar

IIb  
RCOG, 2006.

**R**

La amnioinfusion transvaginal en el parto, no esta recomendada en mujeres con RPMP

A  
RCOG, 2006.

**R**

La amnioinfusión transabdominal no está recomendada como un método de prevención de hipoplasia pulmonar la RPMP

B  
RCOG, 2006.

#### 4. 10 MANEJO EXTRA HOSPITALARIO DE LA RPMP

##### Evidencia / Recomendación

##### Nivel / Grado

**R**

El monitoreo en casa de las mujeres con RPMP, solo debe ser considerado después de una rigurosa selección por un obstetra

B  
RCOG, 2006.

✓

El manejo en casa de las pacientes con RPMP, debe ser considerado solo después de un periodo de 48-72 horas de mantener bajo observación intrahospitalaria

✓  
RCOG, 2006.

✓

Se debe advertir de los signos y síntomas de corioamnionitis y bajo qué circunstancias debe acudir al especialista

✓  
RCOG, 2006.

✓

La mujer con manejo conservador de la RPMP en su domicilio debe tomar su temperatura 2 veces al día y ser advertida de los síntomas asociados con infección

✓  
RCOG, 2006.

**R**

El manejo conservador de la paciente con RPM remota al término, se debe efectuar en medio hospitalario, ya que no se cuenta con evidencia que demuestre la seguridad del manejo en domicilio de la paciente

C  
COMEGO, 2008.

## 5. ANEXOS.

### 5.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.

Se formularon preguntas clínicas concretas y estructuradas según el esquema paciente-intervención-comparación-resultados (PICO) sobre el diagnóstico y manejo de la ruptura de membranas.

Se estableció una secuencia estandarizada para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica (GPC), a partir de las preguntas clínicas formuladas sobre la ruptura prematura de membranas en las siguientes bases de datos: Guidelines International Networks, Practice Guideline, Primary Care Clinical Practice Guidelines.

El grupo de trabajo seleccionó las guías de práctica clínica con los siguientes criterios:

1. Idioma inglés y español
2. Metodología de medicina basada en la evidencia
3. Consistencia y claridad en las recomendaciones
4. Publicación reciente
5. Libre acceso

Se encontraron Guías de Práctica Clínica, de las cuales fueron seleccionadas las siguientes:

Guideline No. 44 "Preterm prelabour rupture of membranes" RCOG 2006

Guideline No. 7 "Antenatal Corticosteroids to prevent respiratory distress syndrome" RCOG 2004

Guía de práctica clínica "Manejo de ruptura prematura de membranas pretérmino" Editada por Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia 2008

De estas guías fueron tomadas las recomendaciones mediante el modelo de adopción de guías existentes; para las recomendaciones no incluidas en las guías de referencia, el proceso de búsqueda se llevó a cabo en Pubmed y Cochrane Library Plus, utilizando los términos y palabras claves: premature rupture of membranes.

La búsqueda se limitó a revisiones sistemáticas, Meta-análisis y ensayos clínicos controlados en idioma inglés y español, con publicaciones a partir de 2004; Sin embargo, dicha información no fue incluida, en virtud de no generar cambio alguno en las recomendaciones de las versiones actuales de las guías seleccionadas.

## 5.2. SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN.

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster en Canadá. En palabras de Sackett, “la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales” (Evidence-Based Medicine Working Group 1002, Sackett et al, 1996).

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según los criterios relacionados, las características cualitativas, diseño, y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la Guía de Práctica Clínica

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R et al, 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al 1993). Aunque existen diversas escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas comparten aspectos similares.

A continuación se describen las escalas de evidencia para las referencias utilizadas en esta guía y de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

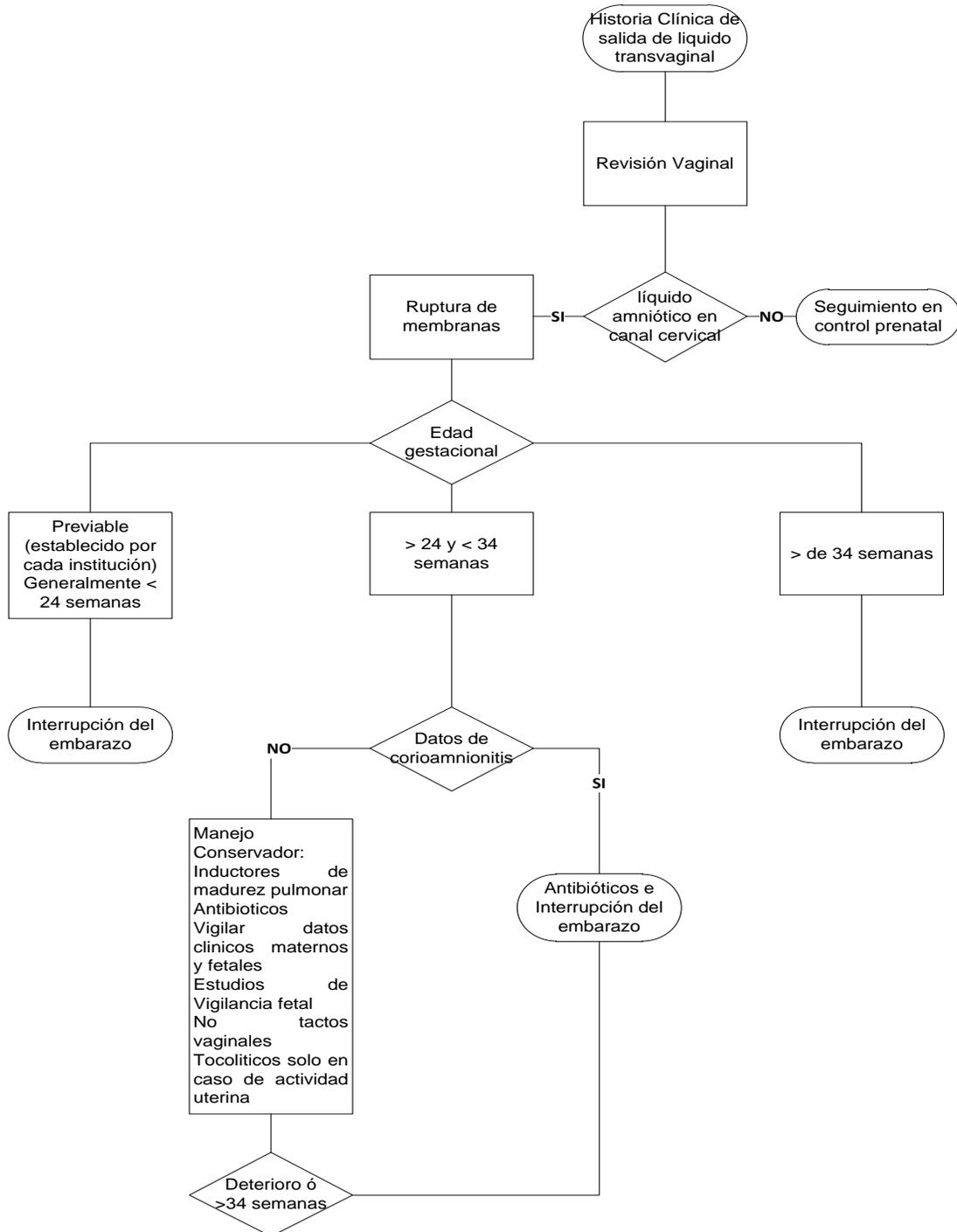
Clasificación utilizada por Guía elaborada por Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia, Criterios de la U.S. Preventive services Task Force. (USPTF)

Categoría de la evidencia
I. Evidencia obtenida de al menos un estudio controlado con asignación aleatoria
II-1 Evidencia obtenida de estudio controlado sin asignación aleatoria.
II-2 Evidencia obtenida de estudios de cohorte o estudios de casos y controles analíticos, preferentemente de más de un centro o grupo de investigación.
II-3 Evidencia obtenida de múltiples series, con o sin intervención.
III. Opiniones de autoridades respetadas, basadas en experiencia clínica, estudios descriptivos, reportes o comités de expertos.

Clasificación del Royal College of Obstetricians and Gynaecologist<sup>XV</sup>.

	<b>Clasificación de niveles de evidencia</b>		<b>Grados de recomendación</b>
<b>1a</b>	Evidencia obtenida de meta análisis de estudios controlados aleatorizados	<b>A</b>	Requiere al menos un estudio controlado aleatorizado como parte del cuerpo de la literatura de buena calidad y consistencia dirigido a la recomendación específica Nivel de evidencia 1a, 1b.
<b>1b</b>	Evidencia obtenida de la menos un estudio controlado aleatorizado		
<b>IIa</b>	Evidencia obtenida de la menos un estudio controlado bien diseñado aleatorizado	<b>B</b>	Requiere de la disponibilidad de buenos estudios clínicos bien controlados pero no aleatorizados referentes al punto de la recomendación Nivel de evidencia IIa, IIb III.
<b>IIb</b>	Evidencia obtenida de la menos un estudio controlado bien diseñado sin aleatorización		
<b>III</b>	Evidencia obtenida de estudios bien diseñados, descriptivos no experimentales tal como estudios comparativos, estudios de correlación y estudios de casos	<b>C</b>	Requiere evidencia obtenida de reportes de comités de expertos, y/o experiencia clínica de autoridades respetadas. Indica la ausencia de estudios clínicos de buena calidad directamente aplicables al tópico de la recomendación Nivel de evidencia IV
<b>IV</b>	Evidencia obtenida de reportes de comités de expertos opiniones y/o experiencia clínica de autoridades respetadas	<b>PBP</b>	Recomendación de la mejor practica basada en la experiencia clínica del grupo que desarrollo la guía

### 5.3 DIAGRAMA DE FLUJO



## 6. BIBLIOGRAFÍA.

1. ACOG Practice Bulletin Number 80. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Premature rupture of membranes. 2007.
2. Antenatal corticosteroid therapy for fetal maturation. ACOG Committee Opinion No. 273. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol.* 2002;99:871-3
3. Blackwell SC, Berry SM. Role of amniocentesis for the diagnosis of subclinical intra-amniotic infection in preterm premature rupture of the membranes. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1999;11:541-547.
4. Carlan SJ, O'Brien WF, Parsons MT, Lense JJ. Preterm premature rupture of membranes: a randomized study of home versus hospital management. *Obstet Gynecol* 1993; 81:61-64.
5. COMEGO, Guía de práctica clínica para el manejo de ruptura prematura de membranas pretermino. 2008: 171-196.
6. De Santis M, Scavvo M, Noia G, Masini I. Transabdominal amnioinfusion treatment of severe oligohydramnios in preterm premature rupture of the membranes at less than 26 gestational week. *Fetal Diagn Ther* 2003;18:412-417
7. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992;268:2420-2425.
8. Guerra Romero L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. *Med. Clin. (Barc)* 1996;107:377-382
9. Hanley ML, Vintzileos AM. Biophysical testing in premature rupture of the membranes. *Semin Perinatol* 1996;20: 418-425.
10. Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *BMJ.* 2001; 323: 334-336
11. Lewis DF, Adair CD, Robichaux AG, et al. Antibiotic therapy in preterm premature rupture of the membranes: Are seven days necessary? A preliminary, randomized clinical trial. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188:1413-1416.
12. Merced B. Is there a role for tocolytic therapy during conservative management of preterm premature rupture of the membranes? *Clin Obstet Gynecol* 2007; 50:487-496.
13. Nageotte MP, Freeman RK, Garite TJ, Dorchester W. Prophylactic intrapartum amnioinfusion in patients with preterm premature rupture of membranes. *Am J Obstet Gynecol* 1985;153:557-562.
14. National Guideline Clearinghouse. Premature rupture of membranes 1998-2007
15. Neilson J. Antibiotics for preterm rupture of membranes. *Cochrane of Systematic Reviews* 2003
16. Romero Arauz JF, Martínez Chequer JC, García Alonso. Utilidad del perfil biofísico fetal en la ruptura prematura de membranas pretermino con tratamiento. *Ginecol Obstet Mex* 2005; 73:415-423.
17. Royal college of Obstetricians and Gynecologist. Preterm prelabour rupture of membranes. Green-Top Guideline No. 44. London: RCGO; 2006.
18. Royal college of Obstetricians and Gynecologist. Antenatal corticosteroids to prevent respiratory distress syndrome, Green-Top Guideline No. 44. London: RCGO; 2006.

19. Segel SY, Miles AM, Clothier B, Parry S, Macones GA. Duration of antibiotic therapy after preterm premature rupture of fetal membranes. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189:799-802.
20. Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada, Guideline 2003.
21. Vintzileos MA, Campbell WA, Nochimsom JD, The fetal biophysical profile in patients with premature rupture of the membranes, An early predictor of fetal infection. *Am. J Obstet Gynecol* 1985; 152: 510-516

## **7. AGRADECIMIENTOS.**

Se agradece a las autoridades de la Secretaría de la Defensa Nacional y de la Clínica de Especialidades de la Mujer, México, D.F. las gestiones realizadas para que el personal adscrito a la clínica que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el CENETEC y el apoyo, en general, al trabajo de los expertos.

Asimismo, se agradece a las autoridades de Clínica de Especialidades de la Mujer (SEDENA) que participaron en los procesos de validación interna y revisión, así como su valiosa colaboración en la elaboración de esta guía.

## 8. COMITÉ ACADÉMICO.

### CLINICA DE ESPECIALIDADES DE LA MUJER

Gral. Brig. M.C. René Gutiérrez Bastida

Director Clínica de Especialidades de la Mujer

Cor. M.C. Eduardo S. Neri Ruz

Subdirector de Clínica de Especialidades de la Mujer.

Cor. M.C. Luis I. Aviña Cueto

Jefe de Depto. Enseñanza e Investigación.

Tte. Cor. Enfra. Leticia Rayón Ríos

Jefe sección de Enseñanza

Tte. Cor. M.C. José de Jesús Almanza Muñoz

Jefe Sección de Investigación

Tte. Cor. Enfra. Maricela Gomez Perez

Jefe de Sección Académica

## 9. DIRECTORIOS.

**Secretaría de la Defensa Nacional/SEDENA**  
General Guillermo Galván Galván  
**Secretario de la Defensa Nacional**

**Dirección General de Sanidad/ SEDENA**  
Gral. Bgda. M.C. Angel Sergio Olivares Morales.  
**Director General**

Gral. Brig. M.C. Antonio Sedano Lozano  
**Subdirector Operativo.**

Cor. M.C. Jorge Manuel Camarero Benítez  
**Jefe de la Sección Técnica**

**Clínica de Especialidades de la Mujer/ SEDENA**  
Gral. Brig. M.C. René Gutiérrez Bastida  
**Director**

Cor. M.C. Eduardo S. Neri Ruz  
**Subdirector General**

Cor. M.C. Raúl Rodríguez Ballesteros.  
**Jefe del Departamento de Obstetricia.**

Cor. M.C. Luis I. Aviña Cueto.  
**Jefe del Departamento de Enseñanza e Investigación**

## 8. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez	Presidenta
<b>Subsecretaria de Innovación y Calidad</b>	
Dr. Mauricio Hernández Avila	Titular
<b>Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud</b>	
Dr. Julio Sotelo Morales	Titular
<b>Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</b>	
Lic. Daniel Karam Toumeh	Titular
<b>Comisionado Nacional de Protección Social en Salud</b>	
Dr. Jorge Manuel Sánchez González	Titular
<b>Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud</b>	
Dr. Octavio Amancio Chassin	Titular
<b>Representante del Consejo de Salubridad General</b>	
Gral. De Brig. M.C. Ángel Sergio Olivares Morales	Titular
<b>Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional</b>	
Contra Almirante SSN MC Miguel Ángel López Campos	Titular
<b>Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México</b>	
Dr. Santiago Echevarría Zuno	Titular
<b>Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social</b>	
Dr. Carlos Tena Tamayo	Titular
<b>Subdirector General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado</b>	
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate	Titular
<b>Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos</b>	
Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna	Titular
<b>Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia</b>	
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci	Titular
<b>Comisionado Nacional de Arbitraje Médico</b>	
Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández	Titular
<b>Director General de Calidad y Educación en Salud</b>	
Dr. Francisco Garrido Latorre	Titular
<b>Director General de Evaluación del Desempeño</b>	
Dra. Gabriela Villarreal Levy	Titular
<b>Directora General de Información en Salud</b>	
M en A María Luisa González Rétiz	Titular
<b>Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>	
Dra. Ma. Elena Barrera Tapia	Titular 2008-2009
<b>Secretaria de Salud y Directora General del Instituto de Salud del Estado de México</b>	
Dr. Luis Felipe Graham Zapata	Titular 2008-2009
<b>Secretario de Salud del Estado de Tabasco</b>	
Dr. Rodolfo Torre Cantú	Titular 2008-2009
<b>Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas</b>	
Dr. Emilio García Procel	Titular
<b>Presidente de la Academia Nacional de Medicina</b>	
Dr. José Antonio Carrasco Rojas	Titular
<b>Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía</b>	
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero	Asesor Permanente
<b>Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A. C.</b>	
Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez	Asesor Permanente
<b>Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A. C.</b>	
Mtro. Rubén Hernández Centeno	Asesor Permanente
<b>Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales</b>	
Dr. Roberto Simon Sauma	Asesor Permanente
<b>Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A. C.</b>	
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda	Asesor Permanente
<b>Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A. C.</b>	
Dr. Esteban Hernández San Román	Secretario Técnico
<b>Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>	

