

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

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

Guía de Referencia Rápida

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

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



O42 Ruptura prematura de membranas

GPC

Diagnóstico y tratamiento de la Ruptura prematura de membranas pretérmino.

ISBN en trámite

Definición

La ruptura prematura de membranas (RPM) es definida como la solución de continuidad ó pérdida de la integridad de las membranas coriamnióticas antes del inicio del trabajo de parto. Cuando esta se presenta antes de la semana 37, se denomina “pretérmino” (RPMP).

Clasificación

En relación a la edad gestacional y en función de la sobrevida neonatal:

- “Cercana del término”: Entre semanas 32 y 36, 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) 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.
- “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.

Diagnóstico

El diagnóstico de ruptura espontanea de membranas se documenta por la historia materna, seguido de una revisión vaginal.

- Historia clínica y observación de salida de líquido amniótico a través del canal cervical durante la revisión vaginal.
- La presencia de oligohidramnios puede ser de ayuda para el diagnóstico de ruptura espontanea de membranas.

- La evaluación con prueba de nitrazina ante la presencia de salida de líquido amniótico a través del canal cervical no es necesaria.
- 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 sépsis fetal
- Se deben obtener cultivos cervicales para *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*, 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.
- Temperatura por arriba de 37.8 grados C., secreción vaginal fétida y taquicardia fetal mayor a 160 latidos por minuto indican corioamnionitis clínica en pacientes con diagnóstico de ruptura de membranas.

Tratamiento

“RPM entre la viabilidad fetal y antes de la semana 32, deben manejarse de forma expectante de no existir contraindicación materna o fetal”

- El beneficio del manejo expectante en la RPMP, tiene su límite a la semana 34; (no existe una diferencia significativa en la morbilidad en comparación con los nacimientos en la semana 36)
- El parto en casos de RPMP debe ser considerado a partir de la semana 34.
- Antes de la semana 34 de gestación, la madre debe ser informada del riesgo de corioamnionitis contra la disminución de problemas respiratorios del neonato, admisión a la terapia intensiva neonatal y cesárea.
- 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 pronóstico neonatal malo y el riesgo materno.
- RPMP después de la semana 34 de gestación se recomienda la interrupción del embarazo.
- Evitar tactos vaginales cuando se sospeche de ruptura de membranas.
- El monitoreo fetal (cardiotocografía) debe considerarse cuando se considere una sobrevida fetal.
- Se debe documentar el bienestar fetal y realizar la vigilancia materno-fetal diariamente (perfil biofísico)
- Corticoesteroides antenatales en un esquema único en manejo conservador (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)
- 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.
- No se recomienda el uso de tocolíticos de rutina en mujeres con RPMP sin actividad uterina.
- El monitoreo en casa en caso de RPMP, solo debe ser considerado después de una rigurosa selección por un obstetra, y debe ser considerado solo después de un periodo de 48-72 horas de mantener bajo observación intrahospitalaria; en caso de RPM remota al término, se debe efectuar en medio hospitalario.

5.3 DIAGRAMA DE FLUJO

