

División de Regulación, Normalización y Vigilancia.
Departamento de Normalización.
Instituto Salvadoreño del Seguro Social.



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS PRETÉRMINO.

NOVIEMBRE DE 2022

AUTORIDADES.



Dra. Mónica Guadalupe Ayala Guerrero
Directora General del Instituto Salvadoreño del Seguro Social



Dr. Edwin Roberto Salmeron Hernández
Subdirector de Salud



Dr. José Adán Martínez Alvarenga
Jefe de la División de Regulación, Normalización y Vigilancia



Dra. Silvia Guadalupe Mendoza de Ayala
Jefe del Departamento de Normalización

1. CONTENIDO.

AUTORIDADES.....	A
1. CONTENIDO.....	B
2. ELABORACIÓN.....	C
2.1 RESPONSABLE.....	C
2.2 EQUIPO DESARROLLADOR.....	C
2.3 EVALUADORES.....	D
3 ABREVIATURAS.....	F
4 RESUMEN DE PREGUNTAS Y RECOMENDACIONES.....	1
5 DECLARACIÓN DE INTERESES.....	3
6 INTRODUCCIÓN.....	4
7 OBJETIVO.....	6
8 JUSTIFICACIÓN.....	6
9 ALCANCE.....	6
10 USUARIOS Y ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	6
11 METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN.....	7
12 INTERPRETACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES.....	11
13 ACTUALIZACIÓN.....	11
14 PREGUNTAS Y RECOMENDACIONES CLÍNICAS.....	12
15 REFERENCIAS.....	40
16 ANEXOS.....	46

2. ELABORACIÓN.

2.1 RESPONSABLE.

Dra. Silvia Mendoza de Ayala, Especialista en Medicina Interna y Epidemiología, Jefe del Departamento de Normalización del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

2.2 EQUIPO DESARROLLADOR.

- Dra. Dayana Marinela Hernández Jovel, Especialista en Ginecología y Obstetricia y Subespecialista en Medicina Materno Fetal, Coordinadora del Programa de Medicina Materno Fetal, Hospital Materno Infantil 1º de Mayo, Instituto Salvadoreño del Seguro Social. *
- Dra. Irma Cristina Campos Aparicio, Especialista en Ginecología y Obstetricia y Subespecialista en Medicina Materno Fetal, Hospital Materno Infantil 1º de Mayo, Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
- Dra. Ivonne Elizabeth Castro de Valeriano, Especialista en Ginecología y Obstetricia, Jefe del Servicio Clínico de Ginecología, Hospital Regional Santa Ana del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
- Dr. Roberto Arturo Quijada Cartagena, Especialista en Economía de la Salud y Farmacoepidemiología. Miembro del Equipo Coordinador de Guías de Práctica Clínica, Departamento de Normalización del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
- Dra. Ingrid Margarita Hernández Romero, Especialista en Ginecología y Obstetricia y Subespecialista en Medicina Materno Fetal, Hospital Materno Infantil 1º de Mayo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
- Dr. Alfredo Antonio Aguirre Rivera, Especialista en Ginecología y Obstetricia, Hospital Materno Infantil 1º de Mayo, Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
- Dra. Carmen María Salazar, Especialista en Salud Pública y posgrado en Salud Ocupacional. Miembro del Equipo Coordinador de Guías de Práctica Clínica, Departamento de Normalización del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

2.3 EVALUADORES.

Evaluación Metodológica.

- Dr. Guillermo Alfredo García López, Especialista en Epidemiología y Salud Pública. Miembro del Equipo Coordinador de Guías de Práctica Clínica, Departamento de Normalización, Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
- Dr. Luis Roberto Cerón Alas, Especialista en Medicina Interna. Miembro del Equipo Coordinador de Guías de Práctica Clínica, Departamento de Normalización, Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
- Lic. Moisés Nahún Díaz Somoza, Especialista en Estadística y Educación Superior. Miembro del Equipo Coordinador de Guías de Práctica Clínica. Departamento de Normalización Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

Evaluación de Contenido y Recomendaciones Clínicas.

- Dr. René Ernesto Alvarado Soto, Especialista en Ginecología y Obstetricia, Jefe del Departamento de Ginecología, Hospital Materno Infantil 1º de Mayo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
- Dra. Zoila González de Joyar, Especialista en Ginecología y Obstetricia y en Medicina Materno Fetal, Jefe de Servicio de Medicina Materno Fetal, Hospital Materno Infantil 1º de Mayo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
- Dr. Edwar Alexander Herrera Rodríguez, Especialista en Ginecología y Obstetricia. Jefe del Servicio de Patología Ginecológica, Hospital Materno Infantil 1º de Mayo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
- Dra. Xenia Lissette Molina de Alberto, Especialista en Ginecología y Obstetricia, Jefe de Emergencia, Hospital Materno Infantil 1º de Mayo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
- Dra. Sonia Ivette Pineda, Especialista en Ginecología y Obstetricia, Colaboradora de Coordinación de Ginecología, Hospital Materno Infantil 1º de Mayo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

- Dr. José Manuel Salinas, Especialista en Ginecología y Obstetricia. Coordinador institucional de ginecología. Hospital Materno Infantil 1º de Mayo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
- Dr. Manuel Ernesto Salinas, Especialista en Ginecología y Obstetricia y Subespecialista en Medicina Materno Fetal, Jefe de enseñanza de Ginecología y Obstetricia. Hospital Materno Infantil 1º de Mayo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

E


Dra. Silvia Guadalupe Mendoza de Ayala
Jefe del Departamento de Normalización



3 ABREVIATURAS

ACOG: Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (por sus siglas en inglés)
ARN VIH: ácido ribonucleico para virus de inmunodeficiencia humana
CENETEC: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
COMEGO: Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia
CDC: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América
DM: Diferencia de medias
ECA/ECA's: Ensayo clínico aleatorizado / Ensayos clínicos aleatorizados
EDG: Equipo Desarrollador de la Guía de Práctica Clínica
EGB: Estreptococo del Grupo B
FPP: Fecha de probable parto
GPC: Guía de Práctica Clínica
IC: Intervalo de confianza
ISSS: Instituto Salvadoreño del Seguro Social
ITU/IVU: Infección del tracto urinario
i.v.: Intravenosa/endovenosa
MA: Metaanálisis
OMS: Organización Mundial de la Salud
PAMG-1: Alfa 1 microglobulina placentaria (por sus siglas en inglés)
RANZCOG: Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos de Australia y Nueva Zelanda (por sus siglas en inglés)
RCOG: Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos del Reino Unido (por sus siglas en inglés)
RPM: Ruptura Prematura de Membranas
RPMP: Ruptura Prematura de Membranas Pretérmino
RS: Revisión Sistemática
SDR: Síndrome de Distrés Respiratorio
TAR: Terapia Antirretroviral
UCIN: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales
VIH: virus de inmunodeficiencia humana
VO: Vía oral
VPN: Valor predictivo negativo
VPP: Valor predictivo positivo
ZVD: Zidovudina

4 RESUMEN DE PREGUNTAS Y RECOMENDACIONES.

PREGUNTA 1. ¿Cuáles son las intervenciones recomendadas en la evaluación inicial y el diagnóstico de mujeres con sospecha de ruptura prematura de membranas pretérmino?

RECOMENDACIÓN: Se recomienda que las intervenciones principales para establecer el diagnóstico de RPMP sean la historia clínica y el examen físico, visualizando el paso del líquido amniótico a través del canal cervical o su presencia en el fondo del saco vaginal.

Consenso de expertos

PREGUNTA 2. ¿En mujeres con ruptura prematura de membranas pretérmino y edad gestacional entre 24 0/7 y las 36 6/7 semanas, sin complicaciones o contraindicaciones para continuar el embarazo, está recomendado el manejo expectante?

RECOMENDACIÓN: Se recomienda que, en mujeres con ruptura prematura de membranas pretérmino, con edad gestacional entre las 24 0/7 y las 36 6/7 semanas, sin complicaciones o contraindicaciones para continuar el embarazo, se implemente el manejo expectante, y continuarlo, cuando sea posible, hasta cumplir la semana 37 del embarazo.

Fuerza de recomendación: Fuerte a favor

Calidad de evidencia: Alta ⊕⊕⊕⊕

PREGUNTA 3. ¿Está recomendada la profilaxis con antibióticos en mujeres embarazadas con diagnóstico de ruptura prematura de membranas (RPM) pretérmino y de término?

RECOMENDACIÓN:

1. Se recomienda la profilaxis con antibióticos de amplio espectro en mujeres con diagnóstico de ruptura prematura de membranas pretérmino.
2. Se recomienda que, en mujeres con ruptura prematura de membranas de término, se proporcione profilaxis antibiótica, únicamente cuando la mujer sea portadora de Estreptococo del Grupo B o si presenta un periodo de latencia mayor de 12 horas.

Fuerza de recomendación: Fuerte a favor

Calidad de evidencia: Alta ⊕⊕⊕⊕

PREGUNTA 4. ¿Para mejorar los resultados clínicos perinatales, está recomendado el uso de la amniocentesis en mujeres con diagnóstico de ruptura prematura de membranas pretérmino?

RECOMENDACIÓN: No se recomienda la utilización de amniocentesis para la mejora de los resultados clínicos perinatales en mujeres con diagnóstico de ruptura prematura de membranas pretérmino por el riesgo de aborto y muerte neonatal.

Fuerza de recomendación: Fuerte en contra

Calidad de evidencia: Muy baja ⊕⊖⊖⊖

PREGUNTA 5. ¿En pacientes con ruptura prematura de membranas pretérmino, está indicado el uso de tocolíticos?

RECOMENDACIÓN: No se recomienda el uso de tocólisis profiláctica ni terapéutica en mujeres con diagnóstico de RPMP por el riesgo de mortalidad neonatal y perinatal.

Fuerza de recomendación: Fuerte en contra

Calidad de evidencia: Muy baja ⊕⊖⊖⊖

PREGUNTA 6. ¿Cuál es el cuidado recomendado de la mujer embarazada con ruptura prematura de membranas pretérmino e infección por el virus del herpes simple (VHS) o por virus de inmunodeficiencia humana (VIH)?

RECOMENDACIÓN:

1. Se recomienda descartar la presencia de VIH en mujeres embarazadas con diagnóstico de RPMP, que carecen de historia de pruebas negativas, tienen antecedentes de riesgo o se sospecha infección activa. Así como la instauración de tratamiento antirretroviral en mujeres con carga viral elevada, falta de adherencia a la terapia antirretroviral o prueba al VIH positiva durante el trabajo de parto.
2. Se recomienda que, en los casos de herpes activo, parto inminente y feto viable, practicar la evacuación abdominal y proporcionar tratamiento con Aciclovir y, en casos con ruptura prematura de membranas pretérmino con feto no viable y herpes activo, realizar evacuación por vía vaginal e instauración del tratamiento con aciclovir.

Consenso de expertos.

PREGUNTA 7. ¿Está recomendado, en mujeres embarazadas con ruptura prematura de membranas pretérmino, conservar versus retirar el cerclaje cervical?

RECOMENDACIÓN: No se sugiere conservar el cerclaje posterior al diagnóstico de ruptura prematura de membrana pretérmino por el riesgo de complicaciones de tipo infecciosas.

Fuerza de recomendación: Condicional en contra.

Calidad de evidencia: Baja ⊕⊕⊖⊖

PREGUNTA 8. ¿Cuál es el manejo recomendado cuando se diagnostica ruptura prematura de membranas pretérmino con feto no viable?

RECOMENDACIÓN: Se recomienda la instauración de medidas de cuidado que garanticen la seguridad de la madre, sin la aplicación de otras acciones extraordinarias en los casos confirmados de feto no viable.

Consenso de expertos

5 DECLARACIÓN DE INTERESES.

Los integrantes del Equipo Desarrollador (EDG) declaran no tener conflictos de intereses con respecto al tema asociado a esta guía de práctica clínica (GPC). En lo referente al financiamiento, se informa que no se destinan fondos adicionales para los participantes en la elaboración de este documento, excepto los reconocidos en concepto de salarios por parte del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS). Otros participantes o evaluadores externos no reciben aporte financiero, desempeñando sus funciones de manera voluntaria.

En los casos en que se identificó un conflicto de interés, el análisis para determinar el impacto que pudiera tener en el contenido de este documento fue realizado por un equipo de profesionales conocedores sobre el proceso de elaboración de GPC, completamente independientes en sus funciones y sus resoluciones acatadas por el EDG.

6 INTRODUCCIÓN

La ruptura prematura de membranas (RPM), es el término utilizado para definir la solución de continuidad de las membranas corioamnióticas antes del inicio de la labor de parto, en mujeres con embarazos menores o iguales a 37 semanas. Cuando la ruptura de las membranas corioamnióticas se presenta en embarazos menores a 37 semanas, esta condición se define como una ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP). De acuerdo con la edad gestacional se clasifica de la siguiente manera:

1. Pretérmino tardío: desde las 34 0/7 a 36 6/7 semanas de gestación.
2. Pretérmino temprano: desde las 24 0/7 a 33 6/7 semanas de gestación.

Actualmente, se estima que un 8% del total de embarazos pueden presentar RPM, y un 3% RPMP, reconociéndose que aproximadamente un 35% de todos los partos pretérmino están asociados a esta última causa (1) (2). La RPM antes de la viabilidad fetal ocurre en menos del 1% de los embarazos y aproximadamente un 50% de las mujeres embarazadas que presentan RPMP, tienen un parto espontáneo dentro de la primera semana de presentar la ruptura de membranas, independientemente del manejo obstétrico o de la presentación clínica. (3)

En cuanto a los factores de riesgo asociados al desarrollo de la RPMP, se identifican los siguientes:

Factores obstétricos

- Historia de RPM (Condición principal asociada a otros eventos de RPM)
- Sangrado vaginal durante el segundo y tercer trimestre del embarazo
- Longitud del cuello uterino > 25 mm en el segundo trimestre del embarazo

Factores no obstétricos

- Estado socioeconómico bajo
- Consumo de drogas ilícitas
- Tabaquismo
- Bajo índice de masa corporal
- Antecedentes de tratamientos en la región cervical por medio de procedimientos de escisión electro-quirúrgica
- Sinequias uterinas
- Infección por *Clamidia trachomatis*
- Niveles preconcepcionales bajos de vitamina C (inferiores al percentil 10)
- Fatiga por causa ocupacional.

Es necesario resaltar que, a pesar de que se identifican posibles factores de riesgo como responsables de una RPMP, esta condición usualmente se presenta sin causas identificables (4), situación que debe motivar a los proveedores de servicios de salud a informar a las mujeres embarazadas sobre la importancia de continuar con los controles clínicos prenatales, con el objetivo de identificar posibles riesgos y por tanto disminuir la posibilidad de complicaciones maternas, fetales o neonatales.

Frecuentemente, se sospecha la presencia de RPM ante la descripción de la mujer embarazada, de haber percibido salida de líquido a través de la vagina. Es a partir de este momento que se deben instaurar las medidas necesarias para diagnosticar o descartar la RPMP, estableciéndose un cuidado activo para disminuir el riesgo de infecciones o identificarlas tempranamente, así como para establecer las acciones clínicas adecuadas anticipando un probable inicio de trabajo de parto, ya que en más del 70% de los casos el parto se verificará en las siguientes 24 horas (2), (5).

Se debe valorar también que, en el proceso de preparación del parto u otras medidas clínicas, uno de los aspectos a tomar en cuenta, es el ambiente o capacidad de atención para el tratamiento de complicaciones maternas o fetales que pudieran presentarse, ya que no es infrecuente observar complicaciones tempranas (tales como desprendimiento prematuro de placenta, compresión o prolapso del cordón umbilical) o tardías (infecciones maternas o neonatales), con consecuencias importantes incluyendo la muerte (2).

Cuando se descarta el diagnóstico de RPMP, las principales causas asociadas a la expulsión de líquido por transvaginal en una mujer embarazada pueden ser las siguientes:

- Borramiento y dilatación cervical con presencia de mucosidad
- Descargas vaginales asociadas a vaginitis o cervicitis
- Incontinencia urinaria
- Presencia de semen
- Remanentes del contenido de duchas vaginales (6).

7 OBJETIVO

Proporcionar recomendaciones clínicas actualizadas y basadas en evidencia científica, sobre las medidas de diagnóstico y tratamiento en el manejo de las mujeres embarazadas con de ruptura prematura de membranas pretérmino.

8 JUSTIFICACIÓN

La RPMP es una situación médica que de no tratarse adecuadamente y en las circunstancias óptimas, puede condicionar al desarrollo de complicaciones severas que ponen en riesgo la integridad física de la mujer embarazada, feto o neonato. Por lo que, la implementación de un cuidado basado en evidencia científica de buena calidad favorece a la identificación temprana de factores de riesgo, la introducción de medidas preventivas, un diagnóstico preciso y la instauración del tratamiento que permita la obtención de los mejores desenlaces clínicos posibles.

9 ALCANCE

Promover la implementación de procedimientos de diagnóstico y tratamiento seguros y efectivos, que favorezcan la prevención de complicaciones maternas, fetales o neonatales, ante la presencia de factores de riesgo, signos o síntomas asociados al desarrollo de RPMP.

10 USUARIOS Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

a) PROFESIONALES DE LA SALUD

Especialistas en el campo de la ginecología y obstetricia u otros profesionales de la salud vinculados al cuidado preconcepcional, prenatal y en etapa de labor de parto de mujeres embarazadas. Además, profesionales vinculados con la planificación y organización de servicios de salud relacionados a la salud sexual y reproductiva de las mujeres en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS).

b) USUARIOS DEL SISTEMA DE SALUD

Mujeres embarazadas con factores de riesgo, sospecha o diagnóstico confirmado de RPMP.

c) ÁMBITO DE APLICACIÓN

Centros de provisión de servicios en salud en donde se proporcione atención preconcepcional, controles prenatales y cuidado de las mujeres con factores de riesgo asociados al desarrollo de RPMP. En cuanto al manejo directo de las mujeres embarazadas con sospecha o diagnóstico confirmado de RPMP, la atención únicamente debe proporcionarse en centros de atención médica, que cuenten con las condiciones de atender posibles complicaciones maternas, fetales y neonatales.

11 METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN

a) CONFORMACIÓN DE EQUIPO DESARROLLADOR

Como instancia solicitante para la elaboración de esta GPC, se identifican por parte de la alta gerencia del Hospital Materno Infantil 1º de Mayo del ISSS, el personal médico de la misma institución que tenga experiencia en el manejo de mujeres con diagnóstico de RPMP y que además cuenten con conocimiento sobre la metodología implementada para la elaboración de esta GPC. Los posibles integrantes se proponen a la Jefatura del Departamento de Normalización del ISSS, quien posteriormente asigna profesionales responsables del proceso metodológico y redacción de la GPC.

En total, el EDG se conformó por siete personas.

b) DEFINICIÓN DE PREGUNTAS CLÍNICAS

A partir de un proceso de evaluación interna del Hospital Materno Infantil 1º de Mayo del ISSS, en el que se toman en cuenta diversas patologías, entre las que se incluyen la RPMP, se identificaron algunos componentes de la atención proporcionada en los que se considera que la elaboración de una GPC puede favorecer al control de la variabilidad existente en los cuidados proporcionados a las mujeres embarazadas.

A partir de lo anterior, se nombra una líder clínica en el EDG, quien tiene conocimiento sobre las acciones clínicas en las que se pretende incidir. Se procede a priorizar preguntas clínicas de interés con el fin de identificar aquellas de mayor relevancia.

Del proceso inicial, se obtienen un total de 48 preguntas clínicas, de las cuales, posterior a un proceso de priorización tipo Delphi, por medio de las opiniones de 6 expertos, se obtienen un total de 14 preguntas clínicas, las cuales son sometidas a verificación de la incidencia del problema priorizado, obteniéndose finalmente un total de 8 preguntas, como definitivas a incluir en esta GPC.

c) CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN PARA LA IDENTIFICACIÓN DE EVIDENCIA

Criterios de inclusión.

- Intervenciones aplicadas a mujeres con diagnóstico o sospecha de RPMP
- Información a partir de diseños de estudios como revisiones sistemáticas (RS), Metaanálisis (MA) y ensayos clínicos aleatorizados (ECA). En ausencia de los anteriores, se utilizarán estudios observacionales.
- Consensos de expertos (cuando el consenso sea argumentado y obtenido a partir de evidencia científica que pueda validarse).
- Información proveniente de otras guías de práctica clínica, específicas para el tema de interés y que contengan las fuentes de referencia utilizadas para la generación de las recomendaciones.
- Documentos disponibles en idioma español, inglés o francés.

Criterios de exclusión.

- Diseños de estudios de tipo reporte de caso y series de casos
- Cartas o comentarios editoriales sobre el tema
- Intervenciones en animales
- Estudios aplicados a la farmacodinamia y farmacocinética del principio activo de un medicamento en revisión.

d) EVALUACIÓN DE LAS FUENTES DE EVIDENCIA

Después de completada la priorización de las preguntas clínicas, se procedió a identificar inicialmente otras GPC que pudieran integrar los temas de interés, identificándose seis posibles fuentes como se describe a continuación:

- Ruptura prematura de membranas pretérmino, guía de práctica clínica. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia (COMEGO), 2015. (7)
- Diagnóstico y tratamiento de la ruptura prematura de membranas pretérmino. Guía de evidencias y recomendaciones: Guía de práctica clínica, México, CENETEC, 2018. (8)
- Cuidado de las mujeres que presentan ruptura prematura de membranas pretérmino, desde la semana 24 de gestación. Green top guideline #73. Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos, Reino Unido, 2019. (9)
- No 233. Antibiotic therapy in preterm premature rupture of membranes. Colegio de Ginecología de Obstetricia de Canadá, 2017. (10)
- ACOG Practice Bulletin #217. Prelabour rupture of membranes. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, Estados Unidos de América, 2018. (3)
- RANZCOG. Clinical Guideline Statement. Term prelabour rupture of membranes, Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos de Australia y Nueva Zelanda, 2021. (11)

Las anteriores fueron evaluadas utilizando la herramienta AGREE II (The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation) (12), para la cual se estableció que puntajes iguales o mayores a cinco, permitirían utilizar alguna de las GPC identificadas, como fuente de referencia para elaborar este documento por medio de metodología de adaptación.

e) MÉTODO DE ELABORACIÓN

A partir de las evaluaciones realizadas, se concluyó que la adaptación es el método idóneo para la elaboración de este documento.

Para el proceso de adaptación no se hizo una copia de los documentos de referencia, sino que se verificaron las fuentes de evidencia de cada una de las recomendaciones clínicas de interés. De manera adicional, se validó por medio de una búsqueda

sistematizada la existencia de evidencia científica que confirme la vigencia de la recomendación clínica o que oriente a su actualización.

El proceso de identificación de evidencia científica puede encontrarse en la sección anexos.

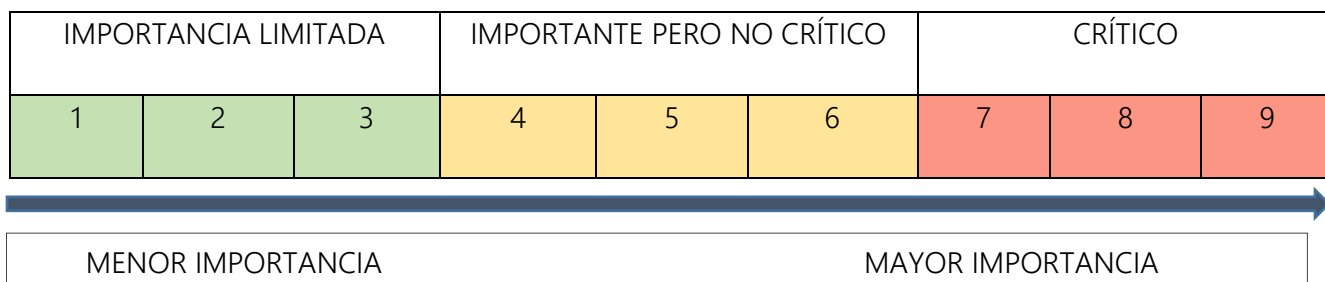
Una vez identificadas referencias bibliográficas asociadas a tema de interés, se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión definidos con el objetivo de establecer los reportes publicados que permitieron elaborar las recomendaciones clínicas para cada una de las preguntas establecidas.

Posteriormente, las fuentes de evidencia establecidas como de utilidad fueron evaluadas por medio de la metodología para el valúo crítico de diseños de estudios de investigación, desarrollo y evaluación de recomendaciones (GRADE por sus siglas en inglés). En los casos en que se identificó evidencia insuficiente, controversial o que a la fecha las intervenciones estén completamente estandarizadas, se generó una recomendación por medio del consenso de expertos.

f) DEFINICIÓN Y PRIORIZACIÓN DE DESENLACES CLÍNICOS

La metodología GRADE, requiere que para cada pregunta clínica se propongan desenlaces clínicos específicos, para este documento, estos tienen dos fuentes: los incluidos en las GPC de referencia y los requeridos directamente por todos los expertos consultados en el proceso de elaboración de este documento. En la definición de estos, se dio prioridad a los desenlaces clínicos de tipo primario.

La importancia de cada desenlace clínico se estableció de la siguiente manera:



Gráfica 1. Calificación de los desenlaces clínicos.

12 INTERPRETACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES

La metodología GRADE propone la interpretación de las recomendaciones clínicas tomando en cuenta los siguientes aspectos:

VALORACIÓN	CARACTERÍSTICAS
Alta ⊕⊕⊕⊕	Es muy poco probable que nuevos estudios cambien la confianza que se tiene en el resultado estimado.
Moderada ⊕⊕⊕⊖	Es probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y que estos puedan modificar el resultado.
Baja ⊕⊕⊖⊖	Es muy probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y que estos puedan modificar el resultado.
Muy Baja ⊕⊖⊖⊖	Cualquier resultado estimado es muy incierto.

Tabla 1. Interpretación de las recomendaciones clínicas: certeza de la evidencia.

FUERZA DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
Fuerte a Favor	Las consecuencias deseables claramente sobrepasan las consecuencias indeseables: SE RECOMIENDA HACERLO
Condicional a Favor	Las consecuencias deseables probablemente sobrepasan las consecuencias indeseables: SE SUGIERE HACERLO
Condicional en Contra	Las consecuencias indeseables probablemente sobrepasan las consecuencias deseables: SE SUGIERE NO HACERLO
Fuerte en Contra	Las consecuencias indeseables claramente sobrepasan las consecuencias deseables: SE RECOMIENDA NO HACERLO

Tabla 2. Interpretación de las recomendaciones clínicas: fuerza de la recomendación.

13 ACTUALIZACIÓN

La revisión de este documento para la verificación de actualizaciones se propone que sea realizada en un periodo de tres años posterior a su oficialización.

14 PREGUNTAS Y RECOMENDACIONES CLÍNICAS

PREGUNTA 1. ¿Cuáles son las intervenciones recomendadas en la evaluación inicial y el diagnóstico de mujeres con sospecha de ruptura prematura de membranas pretérmino?

RECOMENDACIÓN: Se recomienda que las intervenciones principales para establecer el diagnóstico de RPMP sean la historia clínica y el examen físico, visualizando el paso del líquido amniótico a través del canal cervical o su presencia en el fondo del saco vaginal.

Consenso de expertos

PUNTOS DE BUENA PRÁCTICA

Acciones iniciales recomendadas:

1. Realizar la inspección vaginal utilizando un espéculo estéril y evitando el tacto vaginal, excepto en situaciones de trabajo de parto activo o parto inminente.
2. Determinar la edad gestacional, la presentación y el bienestar fetales.
3. Identificar factores de riesgo, complicaciones o signos de alarma tales como temperatura elevada, sensibilidad abdominal o del fondo uterino, taquicardia materna y/o fetal, entre otros.
4. Tomar cultivo para estreptococos del grupo B e investigar otras fuentes de infección, como la vaginosis bacteriana o corioamnionitis.
5. Iniciar con profilaxis contra estreptococos del grupo B.
6. Descartar oligohidramnios.
7. En caso de incertidumbre, se pueden realizar pruebas confirmatorias no invasivas, como la cristalografía y la medición del pH vaginal.
8. Realizar la medición del pH vaginal dentro de las primeras 48 horas de la ruptura de membranas y tomar en cuenta la posibilidad de infecciones o contaminación vaginal, que pueda generar resultados errados por ocasionar variaciones en el pH.

* No está recomendado establecer diagnóstico de RPM únicamente con la realización de pruebas no invasivas o invasivas.

CONSIDERACIONES GENERALES.

El grupo de expertos, después de la revisión de la evidencia disponible en las fuentes de referencia, coincide que actualmente no se identifican controversias relacionadas a la pregunta clínica; aspecto que se confirmó posterior a la búsqueda de fuentes

adicionales de evidencia, en las cuales no se identifica ninguna que cambie los patrones de intervención definidos hasta la fecha. Es por lo anterior que el Equipo Desarrollador de la GPC decidió la presente recomendación clínica por consenso de expertos debido a que, de acuerdo con los estudios disponibles a la fecha, ninguna de las pruebas de laboratorio ha mostrado tener evidencia de alta calidad para ser consideradas como predictor de RPMP y las pruebas de gabinete representan altos costos y riesgos de complicaciones graves.

SELECCIÓN DE FUENTES DE EVIDENCIA.

Se utilizó la información encontrada en las GPC del Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia (COMEGO 2015) (7); del Colegio Real de Ginecólogos y Obstetras (RCOG 2019) (9) y del Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras (ACOG 2018) (4). Las intervenciones inmediatas que realizar ante la sospecha de RPMP ya han sido establecidas en varias GPC y literatura médica a nivel internacional, por lo que no se encontraron estudios recientes que siguieran investigando al respecto.

DISCUSIÓN.

Actualmente, por medio de consenso de expertos, se concluye que existe evidencia con alta consistencia en considerar a la historia clínica y la exploración física como el “Estándar de oro” para el diagnóstico de RPMP, estableciéndose que es poco probable que estudios clínicos futuros cambien esta afirmación. Así mismo, según la evidencia actual, se puede apoyar el diagnóstico a través de pruebas de laboratorio como la cristalografía y la determinación del pH vaginal (7) (4).

Se presenta a continuación un cuadro comparativo que informa sobre la sensibilidad y especificidad de diversas pruebas diagnósticas que pueden utilizarse para identificar RPMP.

MÉTODO	SENSIBILIDAD (%)	ESPECIFICIDAD (%)	*VPP (%)	*VPN (%)
Historia clínica y exploración física	100	100		
Cristalografía	51 a 98	70 a 88	84 a 93	87 a 97
pH vaginal (nitrazina)	90 a 97	16 a 70	63 a 75	80 a 93
Alfa 1 microglobulina placentaria	98 a 99	88 a 100	98 a 100	91 a 99
Alfa feto proteína	90 a 94	95 a 100	94 a 100	91 a 94
Proteína de unión del factor de crecimiento similar a la insulina tipo 1	74 a 97	74 a 98	73 a 97	56 a 95
Fibronectina fetal	97 a 98	70 a 97	74 a 93	98 a 100

Tabla 3. Sensibilidad y especificidad de pruebas diagnósticas de RPMP.

* VPP: Valor predictivo positivo; VPN: Valor predictivo negativo.

Fuente: Ruptura prematura de membranas pretérmino, guía de práctica clínica. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia (COMEGO), 2015. (7)

Historia clínica y exploración física.

El diagnóstico de RPM se realiza con un 100% de certeza diagnóstica, a través de la historia clínica (signos y síntomas) con antecedentes de salida franca de líquido vaginal y la visualización directa del paso de líquido amniótico a través del canal cervical o su presencia en el fondo del saco vaginal (4). El diagnóstico puede ser difícil de establecer en un 10% de los casos (13); y, por ejemplo, en mujeres con oligohidramnios o en casos avanzados de RPMP, ésta puede pasar inadvertida en un 12 a 30% de los casos; por lo que la ausencia de signos o síntomas de RPM en la historia clínica, no excluye su diagnóstico (7).

El examen físico se debe realizar con el mínimo riesgo de introducir infección, por lo que la inspección vaginal se debe realizar con un espéculo estéril, evitando realizar tacto vaginal, a menos que se sospeche que la paciente ha iniciado la fase activa del trabajo de parto o se encuentre en parto inminente (4). Si el responsable de la atención lo considera necesario, como apoyo a la historia clínica y al examen físico, puede indicar una prueba de laboratorio no invasiva para diagnosticar RPM, según se describen a continuación (7):

Pruebas de laboratorio no invasivas:

1. Cristalografía.

Esta es una de las pruebas más utilizadas para confirmar el diagnóstico de RPM, que consiste en la identificación del fenómeno de "arborización en hojas de helecho", propio del líquido amniótico. Puede tener alta especificidad y sensibilidad, aunque con un 21% de falsos positivos y un 40% de falsos negativos, ya que el patrón de cristalización del moco cervical puede interferir con el del líquido amniótico (7).

2. pH vaginal (test de nitrazina).

Es otra prueba muy utilizada para confirmar RPM y consiste en la medición del pH en la secreción vaginal a través de una tira reactiva, oscilando normalmente entre 3,8 y 4,5. El pH del líquido amniótico oscila entre 7,1 y 7,3; por lo que, la presencia de líquido amniótico en la secreción vaginal, ocasiona que esta se alcalinice, confirmando así una ruptura de membranas (7). Presenta un 7% de resultados falsos negativos y su confiabilidad es baja después de 48 horas, debido a la disminución del drenaje de líquido amniótico y la reconstitución del pH ácido vaginal, que puede suceder en el caso de rupturas de membranas prolongadas y al existir mínimas cantidades de fluido residual. También pueden existir resultados falsos positivos al presentarse una cervicitis,

vaginitis, vaginosis bacteriana o tricomoniasis; o al ocurrir contaminación vaginal con orina alcalina, semen, sangre, antisépticos alcalinos o con ciertos lubricantes (4).

3. Fibronectina fetal.

La fibronectina fetal es una glicoproteína de la matriz extracelular presente en las membranas amnióticas y es considerada un predictor del parto prematuro espontáneo al encontrarse en la secreción cervicovaginal con niveles iguales o superiores a 50 ng/ml, a partir de las 22 semanas de gestación. Es una prueba sensible pero no específica para ruptura de membranas. Al resultar negativa, sugiere que las membranas están intactas; pero si el resultado es positivo, podría no ser diagnóstico confirmatorio de RPMP (14)

4. Alfa 1 microglobulina placentaria (PAMG-1).

Es una prueba con gran precisión predictiva para parto pretérmino dentro de los 7 días de iniciar con signos y síntomas de labor de parto (15). De los marcadores bioquímicos medidos en la secreción vaginal, este es el que presenta la mayor sensibilidad para RPMP (7).

5. Otras pruebas no invasivas.

La Alfa feto proteína y la Proteína de unión del factor de crecimiento similar a la insulina tipo 1, tienen elevada sensibilidad para identificar RPM; sin embargo, con resultados falsos positivos en un 19 a 30% de mujeres con membranas clínicamente intactas y síntomas de trabajo de parto. Sin embargo, de acuerdo a los reportes científicos, no se encontró superioridad entre estas pruebas y el estándar de oro (4).

De acuerdo a los estudios disponibles a la fecha, ninguna de estas pruebas ha mostrado tener evidencia de alta calidad para ser considerada como predictor de RPMP (13).

Pruebas invasivas:

1. Instilación transabdominal de tinte "índigo-carmín" en la cavidad amniótica guiada por ultrasonografía.

Esta prueba registra el tinte índigo-carmín en el canal vaginal o en un "tampón" o "toalla sanitaria" colocado para tal fin y retirado 20 o 30 minutos después. También se puede utilizar fluoresceína en lugar del tinte índigo-carmín. Sin embargo, es una prueba que puede tener altos costos y requerir inversión significativa de tiempo, incrementando el riesgo de posibles complicaciones e incluso muerte fetal (4), (7).

2. Índice del líquido amniótico por ultrasonografía.

Esta puede ser útil como prueba de apoyo (4) pero es menos confiable para el diagnóstico ya que puede dificultarse distinguir el oligohidramnios, de una disminución del líquido amniótico causado por la ruptura de la membranas; además, la tasa de falsos positivos y falsos negativos es alta (7).

En conclusión, ninguna prueba invasiva o no invasiva, debería ser criterio suficiente para realizar diagnóstico de RPMP; estas pruebas siempre deben acompañarse de la evaluación de los antecedentes en la historia clínica y de la realización del examen físico (7).

Intervenciones inmediatas posterior al diagnóstico de RPMP:

En toda paciente con RPMP confirmada, se debe determinar la edad gestacional, la presentación y el bienestar fetales. La evaluación debería poder identificar evidencia de infección intrauterina y abrupcio placentae (4).

La toma de signos vitales y un minucioso examen físico son importantes. El hallazgo de temperatura elevada puede ser signo de infección intrauterina y, cuando no se presenta fiebre, otros criterios clínicos, como la sensibilidad abdominal o del fondo uterino y la taquicardia materna o fetal, pueden indicar una infección. (4)

La RPMP se asocia con el incremento en el riesgo de desarrollo de infección por estreptococo del grupo B y vaginosis bacteriana (7), por lo que es necesario tomar medidas inmediatas al tener la sospecha de su presencia, entre estas, la toma de cultivo para estreptococo del grupo B e iniciar antibioterapia profiláctica (si aún no se tiene el resultado del cultivo), de acuerdo con los factores de riesgo intraparto y la sensibilidad bacteriana local. Así mismo, es importante buscar otras fuentes de infección mientras se inicia con el manejo propuesto (4).

Para valorar el estado fetal, es recomendable realizar inicialmente una monitorización electrónica de la frecuencia cardíaca y de la actividad uterina para evaluar las contracciones e identificar trazos anormales asociados a la frecuencia cardíaca fetal (4).

La monitorización del conteo seriado de leucocitos y otros marcadores de inflamación son pruebas inespecíficas que no han probado ser útiles cuando no hay evidencia clínica de infección, en especial si se han administrado corticosteroides prenatales (4).

PREGUNTA 2. ¿En mujeres con ruptura prematura de membranas pretérmino y edad gestacional entre 24 0/7 y las 36 6/7 semanas, sin complicaciones o contraindicaciones para continuar el embarazo, está recomendado el manejo expectante?

RECOMENDACIÓN: Se recomienda que, en mujeres con ruptura prematura de membranas pretérmino, con edad gestacional entre las 24 0/7 y las 36 6/7 semanas, sin complicaciones o contraindicaciones para continuar el embarazo, se implemente el manejo expectante, y continuarlo, cuando sea posible, hasta cumplir la semana 37 del embarazo.

Fuerza de recomendación: Fuerte a favor

Calidad de evidencia: Alta ⊕⊕⊕⊕

PUNTOS DE BUENA PRÁCTICA:

1. Realizar ingreso hospitalario de toda mujer con RPMP manejada de manera expectante, garantizando monitoreo del bienestar fetal y materno.
2. Individualizar el manejo, siendo la edad gestacional el criterio principal para decidir si continuar o no con el embarazo; decisión que debe tomarse de manera compartida y brindando información clara y completa a la paciente.
3. La mujer embarazada con RPMP, al momento del ingreso, debe proporcionar consentimiento informado, aceptando o denegando el manejo propuesto, según criterio del médico tratante.
4. Para decidir entre el manejo expectante o el parto inmediato, es importante considerar el equilibrio entre el riesgo-beneficio materno y neonatal, y brindar una adecuada consejería a la mujer embarazada.
5. La presencia de condiciones que alteren el bienestar fetal, infección intra-amniótica y abrupcio placentae, son contraindicaciones para continuar o decidirse por el manejo expectante.

CONSIDERACIONES GENERALES.

En el caso de embarazos de término con ruptura de membranas, la evidencia es clara en recomendar el parto inmediato. Sin embargo, existe incertidumbre con respecto a la decisión de manejo de las mujeres con RPMP de 34 a <37 semanas de gestación, siendo el manejo expectante la opción que se tiende a recomendar actualmente. Además, esta decisión se puede ver influenciada por el contexto local, los recursos de los centros de atención, la individualización de cada caso y otros factores importantes. Por tal razón, se propone implementar el manejo expectante, siempre que esta

decisión no condicione al incremento del riesgo tanto para el feto y la mujer embarazada.

SELECCIÓN DE FUENTES DE EVIDENCIA.

Se tomaron como base para esta pregunta de investigación, las recomendaciones propuestas por la ACOG (4) y la RANZCOG (11). Al realizar la búsqueda de evidencia, se identifican dos RS que permiten la evaluación de desenlaces clínicos específicos para esta pregunta clínica.

DISCUSIÓN.

Los riesgos fetales más significativos de la RPM pretérmino son las complicaciones por prematuridad, como el distrés respiratorio, sepsis, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante, deformaciones fetales por oligohidramnios, hipoplasia pulmonar, deterioro del neurodesarrollo y daño de la materia blanca en neonatos (cuando la RPM ocurre en edades gestacionales tempranas). (3)

La determinación de la edad gestacional es el criterio principal para decidir si continuar o no con el embarazo. La edad gestacional óptima para indicar el parto es aún un tema controversial que aún no se ha esclarecido (3).

El manejo expectante para mujeres con RPMP se debe proporcionar a nivel hospitalario, ya que no existe en la actualidad evidencia suficiente de la seguridad del manejo ambulatorio en estos casos. Al ingresar a la paciente se deben realizar evaluaciones periódicas del bienestar fetal, la determinación de la fase del trabajo de parto y un monitoreo minucioso para la identificación de infección materna o fetal (como corioamnionitis), hemorragia anteparto, abruptio placentae, compresión del cordón umbilical; todas condiciones que ameritan la finalización inmediata del embarazo (3) (7).

La evidencia actual establece que las mujeres que presentan RPMP entre la viabilidad y antes de las 34 0/7 semanas de gestación, deben ser manejadas de manera expectante, si no existe contraindicación médica materna o fetal (3), (16). Así mismo, se recomienda que se maneje de manera expectante hasta las 37 semanas de gestación, proporcionando un cuidadoso monitoreo materno fetal (9), (16). Es importante que el momento del parto se individualice y discuta con la mujer embarazada, brindándole previamente información y una explicación de los riesgos y beneficios que pudiesen presentarse con las opciones de intervenciones consideradas y de acuerdo con la condición clínica definida. (16)

Al realizar el manejo expectante en mujeres con RPMP en etapa gestacional de un feto periviable, se puede evaluar y monitorear a la paciente por un corto periodo de tiempo, buscando signos de anormalidad fetal o materna. Después de dicha evaluación dentro del hospital, se puede continuar el control de manera ambulatoria, proporcionando un monitoreo exhaustivo de la salud materna debido a las complicaciones que puedan sobrevenir. (3) Sin embargo, en países en donde los centros de atención cuentan con recursos limitados y parte de la población tiene dificultades geográficas para el acceso de estos, es recomendable no manejar a dichas pacientes de manera ambulatoria.

En mujeres con RPMP con edad gestacional entre las 34 0/7 semanas y antes de las 37 0/7 semanas, es mucho más beneficioso el manejo expectante que el parto inmediato, contrario a lo que anteriormente se pensaba (17). El manejo expectante no debe exceder las 37 0/7 semanas de gestación (3).

En un MA (18), se evaluó el efecto del parto inmediato comparado al manejo expectante en mujeres con RPM pretérmino entre las 24 y 37 semanas de gestación (12 ECA; n=3,617 mujeres y n=3,628 bebés), obteniendo los siguientes resultados:

No se identificaron diferencias significativas entre el parto inmediato comparado con el manejo expectante en los casos de:

- Sepsis neonatal (RR 0,93, IC 95%; 0,66 a 1,30)
- Infecciones neonatales confirmadas por hemocultivo positivo (RR 1,24, IC 95%; 0,70 a 2,21)
- Mortalidad perinatal (RR 1,76, IC 95%; 0,89 a 3,50)
- Muerte intrauterina (RR 0,45, IC 95%; 0,13 a 1,57)
- Enterocolitis necrotizante (RR 0,81, IC 95%; 0,25 a 2,62).

Por otra parte, el parto inmediato aumentó la incidencia de:

- Mortalidad neonatal (RR 2,55, IC 95%; 1,17 a 5,56);
- Síndrome de Distrés Respiratorio (SDR) (RR 1,26, IC 95%; 1,05 a 1,53);
- Necesidad de ventilación mecánica (RR 1,27, IC 95%; 1,02 a 1,58);
- Parto por cesárea (RR 1,26, IC 95%; 1,11 a 1,44);
- Ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (RR 1,16, IC 95%; 1,08 a 1,24);
- Endometritis (RR 1,61, IC 95%; 1,00 a 2,59);

Sin embargo, el parto inmediato disminuyó la incidencia de Corioamnionitis (RR 0,50, IC 95%; 0,26 a 0,95) y redujo la hospitalización materna (diferencia de medias [DM] -1,75, IC 95%; -2,45 a -1,05).

Al realizar un análisis por subgrupos según la edad gestacional, este indicó mejores desenlaces maternos e infantiles con el manejo expectante en mujeres con más de 34 semanas de gestación, especialmente en lo referente a infecciones maternas (endometritis) y síndrome de distrés respiratorio, y en menor medida, hubo menos partos por cesárea y menos necesidad de ventilación mecánica e ingresos de recién nacidos a la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). Se observaron más casos de corioamnionitis y más días de hospitalización materna con el manejo expectante que con el parto inmediato. Además, se demostró la efectividad en el uso de antibióticos profilácticos en mujeres sometidas a manejo expectante, para reducir las infecciones maternas, así como el efecto beneficioso de un monitoreo cuidadoso en estos casos, para mejorar los resultados de la madre y el bebé (18). Al evaluar esta RS con el sistema GRADE, se calificó como de alta calidad de evidencia, observándose que existen mayores riesgos fetales y en el recién nacido con el parto inmediato, además de endometritis materna y mayor cantidad de partos por cesárea; comparado a manejo expectante, el cual presentó como desenlace adverso, más casos de corioamnionitis materna que con el parto inmediato. (ver Anexo 1.1)

Sin embargo, existen GPC que recomiendan el parto inmediato en mujeres con RPMP, a partir de las 34 semanas de gestación (8), (10). En la Guía canadiense sobre terapia antibiótica en ruptura prematura pretérmino asocia al manejo expectante en edades gestacionales arriba de las 34 semanas, con un riesgo incrementado de amnionitis (16% vs 2%), hospitalización materna prolongada (5,2 vs 2,6 días) y con un menor valor medio del pH del cordón umbilical en el momento del parto (7,25 vs 7,35); no obteniéndose una reducción significativa de complicaciones perinatales relacionadas con la prematuridad; por lo tanto recomiendan el parto inmediato (10). La Guía de la COMEGO, señala que el mayor riesgo para el neonato de una madre arriba de 34 semanas de gestación, es por la infección, más que por las complicaciones por la prematuridad del bebé, ya que presenta mejor pronóstico el nacimiento de un feto no infectado y sin asfixia (7).

La ACOG también indica que tanto el manejo expectante como el parto inmediato son opciones viables siempre que se considere el equilibrio entre el riesgo-beneficio, tanto desde la perspectiva materna como neonatal, debiendo informar de esto a la mujer

embarazada en la consejería que se le brinde. Además, el cuidado para cada paciente debe ser individualizado y de preferencia a través de decisiones compartidas (4).

En vista de las diferencias en las recomendaciones entre varias GPC y la variabilidad entre la evidencia disponible, existe la necesidad de realizar más estudios que aumenten la certeza en cuanto a determinar cuál es la mejor opción entre el manejo expectante y el parto inmediato, en el caso de mujeres con RPMP entre las 34 y \leq 37 semanas de gestación. Es importante que se individualice cada caso, evaluando las condiciones y particularidades de cada paciente, tomando esta decisión de manera multidisciplinaria y en conjunto con la opinión de la mujer embarazada, previamente informada de los riesgos y beneficios que implica cada opción.

De acuerdo con el análisis de la evidencia actual y de la opinión de expertos clínicos, se concluye que en las mujeres embarazadas con RPMP que no presenten complicaciones ni contraindicaciones, y que se encuentren entre las 24 y 37 semanas de gestación, se les brinde manejo expectante, de ser posible hasta las 37 semanas de gestación y se les realice un cuidadoso monitoreo periódico materno fetal.

PREGUNTA 3. ¿Está recomendada la profilaxis con antibióticos en mujeres embarazadas con diagnóstico de ruptura prematura de membranas (RPM) pretérmino y de término?

RECOMENDACIÓN:

3. Se recomienda la profilaxis con antibióticos de amplio espectro en mujeres con diagnóstico de ruptura prematura de membranas pretérmino.
4. Se recomienda que, en mujeres con ruptura prematura de membranas de término, se proporcione profilaxis antibiótica, únicamente cuando la mujer sea portadora de Estreptococo del Grupo B o si presenta un periodo de latencia mayor de 12 horas.

Fuerza de recomendación: Fuerte a favor

Calidad de evidencia: Alta ⊕⊕⊕⊕

PUNTOS DE BUENA PRÁCTICA:

1. En mujeres con embarazo igual o menor a 36 6/7 semanas de gestación:
 - a) Brindar profilaxis antibiótica de manera rutinaria, al momento del diagnóstico de RPM. También al iniciar la fase activa del parto, si se desconoce el estado de portadora de Estreptococo del Grupo B (EGB);
 - b) Brindar profilaxis antibiótica a partir de la fase activa del trabajo de parto, en portadoras de EGB (cultivo positivo), independientemente de si ya recibió un tratamiento previo;
 - c) En las mujeres que no son portadoras de EGB (según cultivo) y que ya cumplieron con la profilaxis antibiótica, no es necesario indicarla nuevamente al momento del parto.
2. A partir de las 37 semanas de gestación no se recomienda la profilaxis antibiótica de rutina, a menos que la mujer sea portadora de EGB o que presente un periodo de latencia mayor de 12 horas.
3. Ninguna de las opciones de antibióticos utilizadas como profilaxis en RPMP, ha demostrado ser superior a los demás. Se ha evidenciado efectos favorables con los siguientes: azitromicina, eritromicina, ampicilina, amoxicilina, penicilina, clindamicina y gentamicina.
4. Los antibióticos más utilizados según diversos estudios son las betalactamasas y los macrólidos; sin embargo, la selección del manejo antibiótico a proporcionar dependerá de los factores propios de la mujer embarazada, la disponibilidad de medicamentos, la sensibilidad/resistencia bacteriana local, entre otros.
5. Se debe suspender la profilaxis con antibióticos al momento del parto.

No se debe utilizar Amoxicilina-ácido clavulánico, ya que aumenta el riesgo de enterocolitis necrotizante.

CONSIDERACIONES GENERALES.

El equipo desarrollador de esta GPC tomó a bien incluir en esta pregunta, la intervención con profilaxis antibiótica en las mujeres embarazadas “de término y pretérmino”, ya que se ha identificado variabilidad clínica en las intervenciones para estos dos escenarios. Así mismo, se decidió incluir las dosis recomendadas para el manejo de RPM según las “Guías Clínicas de Ginecología y Obstetricia” del Ministerio de Salud de El Salvador, las cuales son las pautas en base a las cuales se rigen los centros de atención materno infantil a nivel nacional.

SELECCIÓN DE FUENTES DE EVIDENCIA.

Se tomaron como base para esta pregunta de investigación, las GPC de la ACOG 2018 (3) y del COMEGO 2015 (7). Posteriormente se realizó una búsqueda de evidencia, identificándose 6 RS que comprendían investigaciones sobre el uso de diferentes regímenes de antibióticos contra su no utilización, en mujeres embarazadas con RPM con los desenlaces de interés para esta pregunta.

DISCUSIÓN.

La RPMP ocurre por mecanismos patológicos, principalmente por infección uterina o corioamnionitis, ocasionada por la colonización ascendente del aparato genital, como la que se produce por el estreptococo del grupo B y la vaginosis bacteriana (3) (7). Así mismo, el riesgo de infección intrauterina aumenta conforme mayor sea el tiempo de evolución de la ruptura de las membranas, aumentando el riesgo 2,3 veces con periodos de latencia mayores a 12 horas. (19) En una RPM, la corioamnionitis ocurre en un 15 a 35% de los casos y las infecciones post parto, en un 15 a 25% aproximadamente. (3)

Mientras más temprana la edad gestacional, es mayor la morbilidad y el riesgo de mortalidad del feto o del recién nacido. Una de las consecuencias más significativas de la RPM en embarazos de término o cerca del término, es la infección intrauterina, que puede ocasionar incluso, consecuencias neurológicas a largo plazo en el recién nacido. (19)

En mujeres con RPMP y con feto viable, se debe administrar profilaxis antibiótica para prevenir la transmisión vertical del Estreptococo del Grupo B, aunque hayan tomado

un tratamiento antibiótico previamente, incluso si ha pasado poco tiempo desde el inicio del trabajo del parto hasta el parto mismo. El grupo de antibióticos utilizado frecuentemente para la profilaxis contra EGB son las betalactamasas (20), sin embargo, se debe considerar otro grupo de antibióticos en caso de alergia en cuyo caso los macrólidos han demostrado ser efectivos (3) (7). Del mismo modo debe tenerse siempre presente la sensibilidad y farmacoresistencia local.

El médico siempre debe considerar minuciosamente los riesgos/beneficios que implica el uso de antibióticos, tanto para la madre como para el bebé; y es de suma importancia informar con claridad sobre esta decisión a las pacientes (3).

Periodo gestacional menor de 37 semanas:

a) Menor de 24 0/7 semanas:

En caso de feto peri-viable¹ (3) (21), en mujeres con embarazo menor de 24 semanas y con RPMP, se considera que la profilaxis con antibióticos puede administrarse desde las 20 0/7 semanas de gestación. La profilaxis contra EGB no está recomendada en un periodo previo a la viabilidad fetal (3).

b) De 24 0/7 a 33 6/7 semanas:

En las mujeres con manejo expectante, se recomienda el uso de antibióticos para prolongar el embarazo (si es que no existen contraindicaciones), para reducir infecciones maternas y neonatales, así como para reducir la morbilidad relacionada con la prematurez. La ACOG 2018 recomienda un ciclo de 7 días de terapia antibiótica en el periodo de latencia, con una combinación de 2gr de ampicilina IV cada 6 horas y 250mg de eritromicina cada 6 horas, por 2 días (48 horas); seguido de 250mg de amoxicilina cada 8 horas y 333mg de eritromicina base cada 8 horas, por vía oral. Se puede sustituir la eritromicina por azitromicina (1gr en una sola dosis), en situaciones en que el primer antibiótico no sea tolerado o no se encuentre disponible. No se recomienda el uso de amoxicilina-ácido clavulánico ya que aumenta el riesgo de enterocolitis necrotizante en el recién nacido (3).

c) Periodo Gestacional de 34 0/7 a 36 6/7 semanas:

El beneficio que proporcionan los antibióticos en prolongar el embarazo al existir una RPMP, es dependiente de la edad gestacional; por eso es importante considerar el

¹ Feto peri viable: en este caso, se refiere a fetos de mujeres con embarazos “menores de 23 a 24 semanas de gestación”, según la GPC de la ACOG 2018.

riesgo de infección ocasionado por un periodo de latencia prolongado, comparado al riesgo de complicaciones por prematuridad, si se adelanta el parto. Aún existe controversia entre los estudios, en cuanto al mejor manejo que conlleve el menor riesgo posible en mujeres embarazadas con RPMP entre las 32 y 35 6/7 semanas de gestación; respecto a si se obtienen mejores desenlaces maternos y neonatales al inducir el parto o al realizar un manejo expectante con antibióticos. (10)

Por un lado, algunas GPC recientes recomiendan el uso rutinario de profilaxis con antibióticos en toda mujer embarazada con RPM pretérmino, con el objetivo de prolongar el embarazo y prevenir complicaciones graves por prematuridad en el feto; además de controlar una posible infección, previniendo una mayor morbilidad y mortalidad en el feto y su madre. (11) (7) (9)

Por el contrario, otras GPC recomiendan que en mujeres embarazadas con RPM entre las 34 0/7 y 36 6/7 semanas de gestación, se inicien antibióticos sólo cuando exista fuerte sospecha de infección o infección confirmada (aislamiento de EGB, corioamnionitis, infección de vías urinarias, bacteriuria asintomática), también cuando se presente o exista alta probabilidad de un periodo de latencia prolongado (12 horas o más); y cuando la mujer inicia trabajo de parto pretérmino. (3) (8) (10) (22), también si existen antecedentes de embarazo previo con infección, especialmente si fue por EGB (o en el recién nacido), o bacteriuria asintomática, sin tener un resultado negativo a EGB en las 3 a 5 semanas previas a la fecha probable de parto (FPP). (22)

En una RS (23) se evaluó el efecto de la administración de antibióticos a mujeres con RPM con edad gestacional menor de 37 semanas, demostrando que el uso de antibióticos para RPM se asocia con una reducción estadísticamente significativa de corioamnionitis, número de nacimientos en las 48 horas siguientes a la RPM, infección neonatal, ecografía cerebral anormal y menor tiempo de estadía de recién nacidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. El uso de antibióticos no influyó sobre la incidencia de muerte perinatal ni del síndrome de distrés respiratorio. Además, no se reportó ninguna muerte materna, ni se determinó que existiera superioridad en el efecto de unos antibióticos sobre otros. Así como se evidencia también en otros estudios, en esta RS se demostró que el uso de amoxicilina con ácido clavulánico aumenta el riesgo de enterocolitis necrotizante neonatal (7) (24) (25). Se concluyó que la prescripción sistemática de antibióticos a las mujeres con RPMP ayuda a prolongar el embarazo y reduce la morbilidad neonatal a corto plazo, pero no se asocia con una reducción significativa de la mortalidad perinatal y neonatal. Así mismo, recomiendan utilizar antibióticos profilácticos en mujeres embarazadas con menos de 37 semanas de gestación y que presentan RPM. (24) (25)

En base al análisis de esta RS con la metodología GRADE (ver Anexo 1.2), se determinó que la evidencia es de alta calidad, recomendando, por lo tanto, el uso de profilaxis con antibióticos en mujeres con menos de 37 semanas de gestación que presenten RPM, con el fin de reducir complicaciones como la corioamnionitis, infección neonatal, anomalías en la ecografía cerebral neonatal, así como para poder prolongar el embarazo y disminuir la estancia en UCIN del recién nacido.

Periodo Gestacional de 37 semanas o más:

En mujeres con embarazo de término, no se recomienda el uso rutinario de antibióticos para profilaxis, a menos que tengan un cultivo positivo a EGB (estado de portador) o que existan factores de riesgo intraparto (sin que se tenga disponible un cultivo para EGB) [(3), (26)].

Si se decide brindar profilaxis, esta debe iniciarse inmediatamente y, si no ha iniciado el trabajo de parto, este se debe adelantar, procurando que el parto ocurra antes de las 12 horas del periodo de latencia, para evitar infecciones graves por RPM. (3) Una RS (19), incluyó a mujeres embarazadas con RPM en las 36 semanas o más de gestación, no demostrando ninguna diferencia significativa entre quienes recibieron antibióticos profilácticos comparado con quienes no los recibieron, en cuanto a reducir la corioamnionitis, endometritis y sepsis neonatal. Sin embargo, al presentarse un período de latencia por más de 12 horas, los antibióticos sí redujeron las tasas de corioamnionitis (2,9% versus 6,1%) y de endometritis (0% versus 2,2%); no existiendo una diferencia significativa en disminuir la sepsis neonatal, ingreso en UCIN o la mortalidad perinatal. Se concluye que los beneficios de brindar antibióticos en mujeres con RPM en embarazos de término o cercano al término, dependen en gran medida del tiempo que dure el periodo de latencia, así como del momento y duración de la inducción del parto. En base al análisis GRADE realizado a esta RS, se evaluó como de alta calidad de evidencia que en mujeres con embarazos de término con RPM que han tenido una duración mayor a 12 horas, se prefiere iniciar profilaxis antibiótica. (ver Anexo 1.3).

Regímenes de profilaxis antibiótica para RPMP.

Existen varias opciones de antibióticos eficaces para ser utilizados como profilaxis de RPM, pero ninguno de estos ha demostrado ser superior a los demás [(7), (24), (25)]. El médico tratante siempre debe considerar la sensibilidad/resistencia microbiana local a los agentes antibióticos, así como factores propios de la paciente, los riesgos fetales y la disponibilidad local de medicamentos.

De acuerdo con la evidencia disponible, en el manejo de RPM, la profilaxis antibiótica con penicilinas y macrólidos son los de elección, recomendando un régimen de antibióticos por vía parenteral como fase inicial, seguidos de una fase por vía oral [(10), (22)]. En el caso de los macrólidos, eritromicina o azitromicina han demostrado ser eficaces [(3), (7), (8)], por lo que el grupo de expertos clínicos involucrados en el desarrollo de la presente GPC, decidió sugerir como una opción de profilaxis, un ciclo intravenoso (iv) de ampicilina 2gr, por 48 hr + azitromicina 1gr, vo, dosis única; seguido de amoxicilina 250mg, vía oral (vo) por 5 días.

Utilice penicilinas cuando no sea posible administrar macrólidos, [(8), (9), (22)]; y en el caso de alergia a betalactamasas, se recomienda utilizar macrólidos como único tratamiento (no en combinación) o sustituir la betalactamasa por clindamicina 900 mg/8h iv (si el antibiograma demuestra sensibilidad microbiana adecuada) [(26), (27)].

Los regímenes de antibióticos que han demostrado ser eficaces como profilaxis en RPM, de acuerdo con la evidencia disponible; son:

- Ampicilina + Azitromicina; seguida de Amoxicilina [(3), (7)].
- Ampicilina + Eritromicina; seguida de Amoxicilina + Eritromicina [(3), (7), (8)].
- Eritromicina 250mg. [(9), (22), (8)].
- Penicilinas. [(9), (16), (8)].
- Clindamicina + gentamicina (25).
- Eritromicina + ampicilina + amoxicilina (25).

En base a las GPC seleccionadas y al análisis GRADE realizado, se concluye que, en mujeres embarazadas con RPMP y con menos de 37 semanas de gestación, se debe indicar profilaxis antibiótica para prevenir resultados adversos por infección materno/fetal o neonatal, así como también, para prolongar el embarazo. En mujeres con embarazo de término, no se indicará profilaxis con antibióticos, a menos que la mujer sea portadora de Estreptococo del Grupo B o si presenta un periodo de latencia mayor de 12 horas, además, se debe procurar el parto inmediato. En RPM, es importante administrar profilaxis antibiótica con fármacos que han demostrado ser eficaces, como las betalactamasas y los macrólidos, individualizando cada caso y considerando la sensibilidad/resistencia local.

PREGUNTA 4. ¿Para mejorar los resultados clínicos perinatales, está recomendado el uso de la amniocentesis en mujeres con diagnóstico de ruptura prematura de membranas pretérmino?

RECOMENDACIÓN: No se recomienda la utilización de amniocentesis para la mejora de los resultados clínicos perinatales en mujeres con diagnóstico de ruptura prematura de membranas pretérmino por el riesgo de aborto espontáneo y muerte neonatal.

Fuerza de recomendación: Fuerte en contra

Calidad de evidencia: Muy baja ⊕⊖⊖⊖

PUNTOS DE BUENA PRÁCTICA:

1. Además de que no se recomienda la amniocentesis, tampoco es factible practicar la restitución de líquido amniótico en mujeres embarazadas (amnioinfusión).

CONSIDERACIONES GENERALES.

El grupo de expertos consideró necesario incluir esta pregunta en la GPC debido a la tendencia que se observa, en algunas ocasiones en la práctica clínica de rutina, en realizar amniocentesis y amnioinfusión en mujeres con oligohidramnios y RPM, sin un sustento científico claro; lo que puede exponer a un riesgo innecesario a las mujeres embarazadas y a sus hijos como por ejemplo el aborto espontáneo y la muerte neonatal.

SELECCIÓN DE FUENTES DE EVIDENCIA.

Se tomó como base para esta pregunta de investigación, la GPC de la CENETEC (8). Luego se realizó una búsqueda de evidencia, encontrándose sólo una RS que especifica dicha intervención.

DISCUSIÓN.

Existen muchos métodos para evaluar el bienestar fetal, entre ellos, la amniocentesis, la cual se utiliza, entre otras funciones, para evaluar la madurez pulmonar fetal, midiendo los niveles de surfactante fetal en el líquido amniótico; y que además es utilizada para obtener células fetales en pruebas genéticas. Sin embargo, aún no se identifica evidencia sobre su efectividad para mejorar los desenlaces posteriores a una RPMP, mostrando también un riesgo incrementado de aborto espontáneo con este

procedimiento (28), además, se ha asociado a mayor riesgo de RPMP o RPM en edad gestacional pre viable (1 a 2% mayor riesgo) (29).

Aproximadamente en el 10% de mujeres con RPMP en segundo trimestre del embarazo puede ocurrir el sellamiento espontáneo de las membranas, lo cual se puede predecir mediante el líquido amniótico residual; por ejemplo, si existe una bolsa mayor de 3 cm, existe un 25% de probabilidad de que las membranas vuelvan a sellarse, en comparación a una bolsa menor de 1 cm, en la que esta probabilidad es menor al 5%. Al evaluar las complicaciones posteriores a una amniocentesis diagnóstica se identifica que la posibilidad de tener una pérdida del embarazo en la semana 24 es de 1 en 1,600 casos (7).

La evidencia científica no es concluyente en cuanto a determinar el riesgo/beneficio de la amnioinfusión, por lo que no apoya su uso rutinario como medio para mejorar los resultados en la salud materno-infantil en caso de presentarse una RPMP. (7)

En una RS (29) que incluyó 1 ECA con 47 mujeres con diagnóstico de RPMP entre las 26 a 34 semanas de gestación, no se encuentran diferencias significativas entre aplicar la amniocentesis contra su no aplicación, respecto a los desenlaces de muerte neonatal, corioamnionitis materna, parto en las 48 horas posterior a la ruptura de membranas y síndrome de distrés respiratorio. Sin embargo, se observaron hallazgos clínicamente importantes en el riesgo de muerte neonatal (30). Al realizar la evaluación de esta RS con la metodología GRADE, se observó que en mujeres con RPMP, no hay una diferencia significativa entre realizar o no amniocentesis, para obtener mejores desenlaces materno-fetales; además de que es una intervención invasiva que implica un riesgo y la posibilidad de incremento de complicaciones materno-fetales. Además, la RS identificada, incluyó poca cantidad de estudios y muestras poblacionales muy pequeñas (3 estudios, de los cuales sólo 1 exploró la amniocentesis), provenientes únicamente de una población limitada de Estados Unidos, por lo cual su validez externa es limitada por lo que esta RS fue de muy baja calidad. (Ver Anexo 1.4).

Por lo todo lo anterior, se concluye que no es recomendable realizar amniocentesis en mujeres con RPMP para prevenir desenlaces adversos o para mejorar los desenlaces clínicos perinatales.

PREGUNTA 5. ¿En pacientes con ruptura prematura de membranas pretérmino, está indicado el uso de tocolíticos?

RECOMENDACIÓN: No se recomienda el uso de tocólisis profiláctica ni terapéutica en mujeres con diagnóstico de RPMP por el riesgo de mortalidad neonatal y perinatal.

Fuerza de recomendación: Fuerte en contra

Calidad de evidencia: Muy baja ⊕⊖⊖⊖

CONSIDERACIONES GENERALES.

El grupo de expertos consideró que la evidencia actualmente disponible, aunque de muy baja calidad, indica que con el uso de tocólisis los riesgos superan a los beneficios ya que podría verse aumentada la mortalidad neonatal, perinatal y la necesidad de ventilación mecánica en el recién nacido. Además, señala de manera fehaciente la importancia de actualizar la evidencia en la medida que se realicen estudios de mayor calidad, así como generar medios de capacitación o información continua que vayan orientados a la actualización de conocimientos y por tanto a disminuir su uso, ya que, en la actualidad, la tocólisis, sigue siendo una práctica común.

SELECCIÓN DE FUENTES DE EVIDENCIA.

Se realizó búsqueda de evidencia asociada al tema de interés, obteniéndose un total de 30 resultados afines; de estos, se identifican un total de 18 reportes de investigación que informan sobre desenlaces clínicos en RPMP al usar o no tocólisis. Un total de ocho ECA son identificados, de estos solo uno no se encuentra incluido en una RS Cochrane publicada en el año 2014. El ECA no incluido en esta RS es el de fecha más reciente. Este es fase tres y tiene por objetivo evaluar la reducción de la morbilidad y mortalidad perinatal por medio del uso de tocolíticos por periodos de 48 horas. A la fecha, se encuentra en etapa de enrolamiento de pacientes y no dispone de resultados preliminares (31), (32).

DISCUSIÓN.

La RS identificada y utilizada para elaborar el perfil de evidencia GRADE (33) (ver Anexo 1.5), contiene un total de siete ensayos clínicos. De esta se extraen un total de siete desenlaces clínicos. Para la prolongación del periodo de latencia en todos los resultados, se observan efectos favorables al usar tocólisis, principalmente en las primeras 48 horas de uso: parto en horas (DM 73.12; IC 20.21, 126.03), parto en un periodo de 48 horas (RR 0.55; IC 0.32, 0.95), parto en un periodo de una semana (RR 0.81; IC 0.62, 1.06). Estos resultados, dependen principalmente de 3 ECA y presentan

sesgos de selección y asociados con la ausencia de ocultamiento, además de imprecisión en la latencia por periodo de una semana, lo que condiciona a que el nivel de evidencia sea de baja a muy baja calidad. A pesar de los resultados, con la prolongación de la latencia éstos podrían ser favorables. Se observa que el uso de tocolíticos se asocia con mediciones de APGAR menores a 7 a los cinco minutos, (RR 6.05; IC 1.65, 22.23); incremento de la mortalidad perinatal (9.7% tocólisis vs 5.8% sin su uso, RR 1.67; IC 0.85, 3.29); y mortalidad neonatal (9.2% tocólisis vs 5.3% sin su uso, RR 1.73; IC 0.85, 3.50). Se observa un efecto protector para el desarrollo de enterocolitis necrotizante con el uso de tocólisis (RR 0.68, IC 0.31, 1.47).

Las GPC de referencia coinciden en los resultados observados en la RS; para el caso de la ACOG (34), se sugiere el uso de tocólisis en RPMP en situaciones en se necesite prolongar el periodo de latencia, en beneficio del uso de esteroides para maduración pulmonar, aunque no se recomienda su uso ante la sospecha o presencia de infecciones o abrupcio placentae. El RCOG no recomienda el uso de tocólisis, especialmente por el riesgo de disminución del APGAR a los 5 minutos (18), riesgo incrementado de corioamnionitis y ausencia de evidencia suficiente que respalde su uso. De igual manera el COMEGO, no recomienda el uso, ya que los agentes tocolíticos no aportan ninguna ventaja significativa (35).

Se concluye además que ante la presencia de actividad uterina está contraindicado el uso de tocólisis.

PREGUNTA 6. ¿Cuál es el cuidado recomendado de la mujer embarazada con ruptura prematura de membranas pretérmino e infección por el virus del herpes simple (VHS) o por virus de inmunodeficiencia humana (VIH)?

RECOMENDACIÓN:

3. Se recomienda descartar la presencia de VIH entre mujeres embarazadas con diagnóstico de RPMP, que carecen de historia de pruebas negativas, tienen antecedentes de riesgo o se sospecha infección activa. Así como la instauración de tratamiento antirretroviral en mujeres con carga viral elevada, falta de adherencia a la terapia antirretroviral o prueba al VIH positiva durante el trabajo de parto.
4. Se recomienda que, en los casos de herpes activo, parto inminente y feto viable, practicar la evacuación abdominal y proporcionar tratamiento con Aciclovir y, en casos con ruptura prematura de membranas pretérmino con feto no viable y herpes activo, realizar evacuación por vía vaginal e instauración del tratamiento con aciclovir.

Consenso de expertos.

CONSIDERACIONES GENERALES.

Para la presente pregunta, debido a la existencia de recomendaciones clínicas puntuales emitidas por instituciones de reconocida trayectoria, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América (CDC), el grupo de expertos considera que la información disponible a partir de las pautas terapéuticas generadas por estas organizaciones, contienen información actualizada y evaluada, que informa de manera precisa sobre las terapias a implementar entre mujeres embarazadas con infección por el virus del herpes simple (VHS) o por virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Por lo que, a partir de la revisión de la información disponible, se establece la recomendación y el abordaje terapéutico con base al consenso de expertos.

DISCUSIÓN.

Virus de inmunodeficiencia humana.

Todas las mujeres embarazadas deben hacerse la prueba del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) durante la primera visita prenatal y, en ausencia de RPMP, está recomendado que una segunda prueba se realice en el tercer trimestre del embarazo en casos de: riesgo identificado de contagio, atención hospitalaria en sitios con incidencia de VIH entre embarazadas ≥ 1 por 1,000 por año, residentes en zonas

con alta incidencia de VIH, residentes en lugares que por regulación sanitaria se requiere toma de prueba en el tercer trimestre del embarazo y mujeres embarazadas con infecciones de transmisión sexual activas o signos y síntomas asociados a infección activa por VIH (36), (37), (38).

Para el caso de mujeres sin cuidado prenatal verificable o confirmado, se debe realizar prueba de detección de VIH en el primer contacto con el proveedor de servicios de salud, inclusive al momento del parto si es recibida en esa etapa del embarazo. Esta acción es crucial, ya que permite la prescripción de intervenciones como terapia antirretroviral (TAR) o atención obstétrica especializada, que pueden reducir sustancialmente el riesgo de transmisión perinatal del VIH, la cual puede ser de aproximadamente 30% y reducida a menos del 2%. Las mujeres embarazadas positivas al VIH y que están recibiendo TAR, durante el trabajo de parto deben continuar con el régimen prescrito, preferentemente siguiendo el horario establecido [(36), (37), (38)].

Para mujeres con antecedentes desconocidos con respecto a su estatus relacionado al VIH, se recomienda [(36), (37), (38)]:

- Realizar prueba expedita de VIH antígeno/anticuerpo, entre mujeres que se presentan en labor de parto con antecedentes desconocidos referentes a la posibilidad de ser positivas al VIH o identificación de alto riesgo de contagio.
- Si la prueba es positiva, se debe realizar diferenciación HIV-1/HIV-2, e iniciar Zidovudina (ZDV) intravenosa mientras se obtiene el resultado.
- Si se identifica reciente exposición al VIH o se sospecha infección aguda, debe realizarse una prueba de ácido ribonucleico para VIH (ARN VIH).

El uso de Zidovudina intraparto está indicado en las siguientes condiciones (36), (37), (38):

- Mujeres cerca de la etapa de parto, en quienes el ARN VIH es mayor a 1,000 copias/ml o niveles de carga viral desconocidos (o si el valor de ARN del VIH es desconocido).
- Sospecha o confirmación de falta de adherencia a TAR, desde el último resultado conocido del valor del ARN VIH.
- Prueba de antígeno/anticuerpo positivo durante la labor de parto.

Las dosis de ZDV recomendada debe iniciarse en la fase activa del trabajo de parto, siendo la siguiente [(36), (37), (38)]:

- 2 mg/kg intravenoso (i.v.) por una hora, seguido de,

- 1mg/kg/hora en infusión continua por un periodo no menor a dos horas, hasta el pinzamiento del cordón umbilical.

De igual manera, entre mujeres en quienes se detecta ARN VIH arriba de 40 copias/ml y dependiendo las disposiciones o regulaciones locales debe utilizarse la terapia con ZDV [(36), (37), (38)].

Otras consideraciones [(36), (37), (38)]:

- No se debe tomar prueba para diagnóstico de VIH sin informar a la paciente.
- No se recomienda el monitoreo fetal por medio de la colocación de transductores en cuero cabelludo.
- No se recomienda el parto asistido por medio del uso de fórceps o extracción por aspiración.
- Existe riesgo aumentado de sangrado entre mujeres que usan inhibidores de la enzima citocromo P450 (inhibidores de proteasa, inhibidores de integrasa, cobicistat).
- En el postparto, en casos de mujeres que presentaron prueba rápida de anticuerpos positiva al VIH durante el parto, deben ser referidas y manejadas por personal especializado para confirmación del diagnóstico y seguimiento integral.
- TAR debe ser iniciada y prescrita por un proveedor de salud especialista en el cuidado de personas positivas al VIH.
- Se recomienda iniciar lo más temprano posible con consejería enfocada a la alimentación del bebé (cuando aplique), así como la identificación de otras necesidades de apoyo médico y social.

Virus del herpes simple.

Los tipos de virus del herpes simple (HSV) que pueden causar herpes genital son el HSV-1 y HSV-2. La mayoría de los casos de herpes genital recurrente son causados por el VHS-2, y se estima que el 11.9% de las personas de 14 a 49 años, viviendo en los Estados Unidos de América, está infectada (39).

El riesgo de transmisión al neonato de una madre infectada con herpes es alto (30%-50%) en las mujeres que adquieren herpes genital cerca del momento del parto y, bajo (<1%) en las mujeres con antecedentes prenatales de herpes recurrente o que adquieren herpes genital durante la primera mitad del embarazo. Es frecuente observar que las madres de recién nacidos que adquieren herpes neonatal carecen de antecedentes de herpes genital clínicamente evidente; por lo que es de alta relevancia preguntar a todas las mujeres embarazadas si tienen antecedentes de herpes genital

o síntomas genitales relacionados con VHS. Al inicio del trabajo de parto, independientemente de que se conozca el historial clínico de una mujer, se debe indagar nuevamente sobre la existencia de posibles síntomas asociados al herpes genital, incluidos los síntomas prodrómicos (por ejemplo, lesiones que provoquen dolor o ardor en la región genital), además se debe realizar una evaluación clínica que permita la identificación de lesiones herpéticas (39).

La prevención del herpes neonatal depende de la prevención de contagio de herpes genital durante la etapa tardía del embarazo y por evitar la exposición del neonato a lesiones herpéticas (39).

De acuerdo con el establecimiento de la edad gestacional y por tanto la viabilidad, así deberá determinarse la vía de evacuación. En casos de herpes activo, parto inminente y feto viable, se recomienda practicar la evacuación abdominal y proporcionar tratamiento con Aciclovir 400 mg vía oral, tres veces al día por 7 a 10 días. También puede utilizarse Aciclovir de 200 mg, cinco veces al día; aunque se observa que este régimen terapéutico puede estar asociado con mayores tasas de falta de adherencia (39).

Ante casos de RPMP con feto no viable y herpes activo, puede procederse con la evacuación por vía vaginal y la instauración del tratamiento con Aciclovir utilizando el mismo régimen (39).

En los casos en que se identifique herpes con afectación severa (gran extensión, compromiso hepático, neumológico o neurológico), debe procurarse proporcionar terapia por vía intravenosa con Aciclovir 5-10 mg/kg cada 8 horas por 10, hasta observar mejoría clínica, seguido de Valaciclovir, 1 gr. tres veces al día, hasta completar 10 a 14 días de terapia antiviral. Es posible utilizar Aciclovir, aunque deberá tomarse en cuenta el estado renal de la paciente, ya que, en caso de alteraciones, la dosis deberá ser ajustada (39).

PREGUNTA 7. ¿Está recomendado, en mujeres embarazadas con ruptura prematura de membranas pretérmino, conservar versus retirar el cerclaje cervical?

RECOMENDACIÓN: No se sugiere conservar el cerclaje posterior al diagnóstico de ruptura prematura de membrana pretérmino por el riesgo de complicaciones de tipo infecciosas.

Fuerza de recomendación: Condicional en contra.

Calidad de evidencia: Baja ⊕⊕⊖⊖

PUNTOS DE BUENA PRÁCTICA.

1. No se identifican ventajas en el mantenimiento del cerclaje cervical, posterior al diagnóstico de RPMP.
2. En los casos en que se mantiene el cerclaje, es posible un incremento en el desarrollo de complicaciones de tipo infecciosas.
3. El mantenimiento del cerclaje después del diagnóstico de RPMP, no es indicación para el uso de profilaxis con antibióticos por periodos superiores a siete días.
4. En caso se establezca la opción de mantener el cerclaje cervical, las mujeres y el bebé deben tener monitoreo continuo, principalmente orientado a la detección temprana de signos de infección.
5. El retiro del cerclaje debería realizarse en centros de atención hospitalaria en los cuales se tengan las condiciones para la atención de emergencias maternas y fetales.
6. Se sugiere la observación controlada en áreas preparadas para la atención del parto, posterior al retiro del cerclaje.

CONSIDERACIONES GENERALES.

El grupo de expertos concluye que no hay evidencia suficiente y de calidad alta que respalde el mantenimiento del cerclaje después de la RPMP, por lo cual su retiro está indicado; sin embargo, este procedimiento debería hacerse principalmente en centros de atención hospitalaria que tengan las condiciones adecuadas para monitoreo y para atender partos en emergencia.

SELECCIÓN DE FUENTES DE EVIDENCIA.

A partir de la búsqueda de evidencia realizada, se identificaron un total 7 reportes de investigación asociados a la pregunta clínica propuesta. De estos, 6 son de características observacionales y solo un ensayo clínico prospectivo aleatorizado y multicéntrico, con muestra estimada de 142 pacientes, que finalmente, previo a su

suspensión debido a la sospecha de no poder continuarlo, logra enrolar un total de 56 pacientes, 32 en el brazo de retiro del cerclaje y 26 en el brazo asociado a su conservación. De las GPC de referencia solo dos incluyen recomendaciones con enfoque en el manejo del cerclaje, la del COMEGO (7) y el Boletín de Prácticas #217 de la ACOG (3).

DISCUSIÓN.

No se observan diferencias estadísticamente significativas para ninguno de los desenlaces clínicos medidos. Específicamente, para la prolongación del embarazo en al menos una semana, se obtiene un porcentaje del 56.3% cuando se retira el cerclaje y un 41.7% cuando el cerclaje se conserva; $P=0.59$. Para todos los desenlaces clínicos de interés, aunque no estadísticamente significativos, se observan tendencias clínicas favorables cuando se toma la decisión del retiro del cerclaje: menor número de casos de corioamnionitis, distrés respiratorio en el neonato, endometritis postparto y muerte fetal o neonatal. En cuanto a los estudios observacionales consultados, se obtienen resultados mixtos, en algunos reportándose periodos de latencia más largos al preferir conservar el cerclaje cervical, aunque en muchos casos, esta decisión conlleva al incremento en el riesgo de complicaciones de tipo infeccioso, especialmente corioamnionitis. Es importante tener en cuenta que los análisis son realizados a partir de datos observacionales en ambientes con prácticas clínicas y condiciones que pueden variar de manera significativa respecto a países con ingresos medios y bajos, por lo cual, los resultados obtenidos a favor del cerclaje y baja incidencia de procesos infecciosos pueden tener validez externa baja. Se concluye que, de optarse por conservar el cerclaje, esta medida debe realizarse siempre que se tengan las condiciones idóneas para garantizar el monitoreo materno y del bebé, enfocado principalmente en la identificación de signos tempranos de infección [(40), (41), (42), (43), (44), (45)].

El COMEGO (7), dentro de sus recomendaciones, propone la inexistencia de ventajas al conservar el cerclaje cervical y refiere que esta práctica puede conllevar a mayor posibilidad de desarrollo de procesos infecciosos. En cuanto a la recomendación emitida por la ACOG (3), esta establece que la ausencia de evidencia a partir de estudios prospectivos, impide recomendar firmemente en contra o a favor de la conservación del cerclaje cervical, por lo que se sugiere que, en los casos que se decida su conservación, se debe proporcionar terapia antibiótica y que esta no debe superar los siete días.

PREGUNTA 8. ¿Cuál es el manejo recomendado cuando se diagnóstica ruptura prematura de membranas pretérmino con feto no viable?

RECOMENDACIÓN: Se recomienda la instauración de medidas de cuidado que garanticen la seguridad de la madre, sin la aplicación de otras acciones extraordinarias en los casos confirmados de feto no viable.

Consenso de expertos

La ruptura prematura pretérmino, definida como previsible, es aquella que se presenta antes de la viabilidad fetal. El límite puede variar de acuerdo con los lineamientos o regulaciones locales. Para el caso de El Salvador, los "Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el periodo preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y recién nacido" del Ministerio de Salud, reconoce la viabilidad como la capacidad de sobrevivir y mantener vida extrauterina, después de las 22 semanas de gestación o peso igual o menor a 500 gr (46). Se estima que la RPMP en etapa previsible, se presenta en aproximadamente el 1% de los embarazos (3).

Aunque la edad propuesta de gestación de 22 semanas como fecha de corte para considerar viabilidad es fundamental, el grupo de expertos reconoce que toda ruptura prematura de membranas en la etapa pretérmino representa un riesgo importante en cuanto a morbilidad, pero que en casos de embarazos de menos a 26 semanas de gestación, este riesgo se ve aumentado y no es infrecuente que el desenlace clínico final sea la mortalidad del feto o recién nacido, situación por la cual debería establecerse el límite de viabilidad tomando en cuenta principalmente la capacidad de atención de mujeres embarazadas y emergencias obstétricas complejas, la experiencia y recursos disponibles de cada unidad de cuidados intensivos neonatales para proporcionar la atención necesaria al recién nacido.

En un estudio retrospectivo entre mujeres con RPMP entre las 20 y las 24 semanas, se reporta una supervivencia de solo el 22% de los casos, llegando a ser hasta del 58% cuando se alcanza la semana 23 de gestación (47).

Se estima que aproximadamente un 50% de todos los casos con RPMP verificará parto en la primera semana después de la ruptura, esta situación conlleva a un riesgo aumentado de desarrollo de complicaciones maternas como son: infección intraamniótica, endometritis, abrupcio placentae, retención de placenta, sepsis y falla renal.

En casos de RPMP con bebé no viable se proponen las siguientes intervenciones:

- Consejería materna
- Dependiendo las condiciones de la madre, decidir entre manejo expectante o inducción del parto
- Considerar el uso de terapia antibiótica, sobre todo si se elige el manejo expectante
- No se recomienda el uso de tocólisis, profilaxis para Estreptococo del Grupo B, ni sulfato de magnesio como agente neuroprotector.
- Si se opta por el manejo expectante, se debe tener la capacidad instalada para ofrecer monitoreo materno, con el fin de identificar rápidamente signos y síntomas de origen infeccioso. El manejo expectante en casa es posible, siempre que se tengan las condiciones adecuadas de seguimiento y acceso a servicios hospitalarios de manera continua por parte de las mujeres embarazadas. (34)

15 REFERENCIAS

1. DYNAMED, Ebsco information services. Premature Rupture of Membranes at Term (PROM) [Internet]. 2022 [citado el 15 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.dynamed.com/condition/premature-rupture-of-membranes-at-term-term-prom>
2. DYNAMED, Ebsco information services. Preterm Premature Rupture of Membranes (PPROM) [Internet]. 2022 [citado el 15 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.dynamed.com/condition/preterm-premature-rupture-of-membranes-pprom>
3. Siegler Y, Weiner Z, Solt I. ACOG Practice Bulletin No. 217: Prelabor Rupture of Membranes. *Obstetrics & Gynecology*. November 2020;136(5):1061–1061.
4. The American College of Obstetricians and Gynecology. Prelabor Rupture of Membranes [Internet]. [citado el 15 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.acog.org/en/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2020/03/prelabor-rupture-of-membranes>
5. Department for Health and Wellbeing, Government of South Australia. Prelabour Rupture of the Membranes (PROM) greater than 37 weeks PPG v8 [Internet]. 2022 [citado el 15 de agosto de 2022]. Disponible en: https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/f3f6dd004eed8eb6afefaf6a7ac0d6e4/Prelabour+Rupture+of+the+Membranes+%28PROM%29+greater+than+37+weeks_PPG_v8_0.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-f3f6dd004eed8eb6afefaf6a7ac0d6e4-nKPAA1E
6. Mercer B. Preterm premature rupture of the membranes. *Obstetrics & Gynecology*. enero de 2003;101(1):178–93.
7. Jiménez GÁ, Manjarrez YAM, Toledano M, de Ita AB, Rodríguez OS, Rodríguez IVC, et al. Ruptura prematura de membranas pretérmino, guía de práctica clínica. 2015;26.
8. CENETEC. Diagnóstico y tratamiento de la ruptura prematura de membranas pretérmino [Internet]. 2018. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SEDENA-446-18/ER.pdf>

9. Thomson A, the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Care of Women Presenting with Suspected Preterm Prelabour Rupture of Membranes from 24⁺⁰ Weeks of Gestation: Green-top Guideline No. 73. BJOG: Int J Obstet Gy [Internet]. agosto de 2019 [citado el 25 de agosto de 2022];126(9). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.15803>
10. Yudin MH, van Schalkwyk J, Van Eyk N. No. 233-Antibiotic Therapy in Preterm Premature Rupture of the Membranes. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. September 2017;39(9):e207–12.
11. Royal Australian College of Obstetricians and Gynecologists. Term Prelabour Rupture of Membranes (Term PROM). July 2021. :11.
12. Welcome to the AGREE Enterprise website. - AGREE Enterprise website [Internet]. 2022 [citado el 16 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.agreetrust.org/>
13. Van der Ham DP, van Melick MJGJ, Smits L, Nijhuis JG, Weiner CP, Beek J (Hans) J van, et al. Methods for the diagnosis of rupture of the fetal membranes in equivocal cases: a systematic review. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. Agosto de 2011;157(2):123–7.
14. Berghella V, Saccone G. Fetal fibronectin testing for reducing the risk of preterm birth. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. el 29 de julio de 2019 [citado el 27 de octubre de 2022];2019(9). Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006843.pub3>
15. Melchor JC, Khalil A, Wing D, Schleussner E, Surbek D. Prediction of preterm delivery in symptomatic women using PAMG-1, fetal fibronectin and pHIGFBP-1 tests: systematic review and meta-analysis: Prediction of preterm delivery using PAMG-1, fFN and pHIGFBP-1 tests. Ultrasound Obstet Gynecol. October 2018;52(4):442–51.
16. NICE Guidelines. Inducing labour. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2021.
17. Morris JM, Roberts CL, Bowen JR, Patterson JA, Bond DM, Algert CS, et al. Immediate delivery compared with expectant management after preterm pre-labour rupture of the membranes close to term (PPROMT trial): a randomised controlled trial. The Lancet. January 2016;387(10017):444–52.

18. Bond DM, Middleton P, Levett KM, van der Ham DP, Crowther CA, Buchanan SL, et al. Planned early birth versus expectant management for women with preterm prelabour rupture of membranes prior to 37 weeks' gestation for improving pregnancy outcome. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. el 3 de marzo de 2017 [citado el 27 de octubre de 2022];2017(3). Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004735.pub4>
19. Saccone G, Berghella V. Antibiotic prophylaxis for term or near-term premature rupture of membranes: metaanalysis of randomized trials. Am J Obstet Gynecol. mayo de 2015;212(5):627.e1-9.
20. Johnson CT, Adami RR, Farzin A. Antibiotic Therapy for Chorioamnionitis to Reduce the Global Burden of Associated Disease. Front Pharmacol [Internet]. el 14 de marzo de 2017 [citado el 27 de octubre de 2022];8. Disponible en: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fphar.2017.00097/full>
21. ACOG. Obstetric Care Consensus No. 6: Periviable Birth. Obstetrics & Gynecology. octubre de 2017;130(4):e187-99.
22. NICE #25. Neonatal infection: antibiotics for prevention and treatment. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2021.
23. Kenyon S, Boulvain M, Neilson JP. Antibiotics for preterm rupture of membranes. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. el 2 de diciembre de 2013 [citado el 27 de octubre de 2022]; Disponible en: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001058.pub3>
24. Kenyon S, Boulvain M, Neilson JP. Antibiotics for preterm rupture of membranes. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. el 2 de diciembre de 2013 [citado el 27 de octubre de 2022]; Disponible en: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001058.pub3>
25. Chatzakis C, Papatheodorou S, Sarafidis K, Dinas K, Makrydimas G, Sotiriadis A. Effect on perinatal outcome of prophylactic antibiotics in preterm prelabor rupture of membranes: network meta-analysis of randomized controlled trials. Ultrasound Obstet Gynecol. enero de 2020;55(1):20-31.

26. Cobo T., et al. Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona. Protocolo: Rotura Prematura de Membranas a Término y Pretérmino. *Protocols Medicina Maternofetal*. Hospital Clínic- Hospital Sant Joan de Déu- Universitat de Barcelona. www.medicinafetalbarcelona.org. [Internet]. 2021. Disponible en: www.medicinafetalbarcelona.org
27. Ministerio de Salud. Dirección de Regulación y Legislación en Salud. San Salvador, El Salvador S. *Guías Clínicas de Ginecología y Obstetricia*. febrero de 2012;257.
28. Alfirevic Z, Navaratnam K, Mujezinovic F. Amniocentesis and chorionic villus sampling for prenatal diagnosis. *Cochrane Database Syst Rev*. el 4 de septiembre de 2017;9:CD003252.
29. Sharp GC, Stock SJ, Norman JE. Fetal assessment methods for improving neonatal and maternal outcomes in preterm prelabour rupture of membranes. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group*, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. el 3 de octubre de 2014 [citado el 27 de octubre de 2022]; Disponible en: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD010209.pub2>
30. Cotton D, Gonik B, Bottoms S. Conservative Versus Aggressive Management of Preterm Rupture of Membranes. *Amer J Perinatol*. Julio de 1984;1(04):322–4.
31. Mackeen AD, Seibel-Seamon J, Muhammad J, Baxter JK, Berghella V. Tocolytics for preterm premature rupture of membranes. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group*, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. el 27 de febrero de 2014 [citado el 27 de octubre de 2022]; Disponible en: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007062.pub3>
32. Assistance Publique - Hôpitaux de Paris. Tocolysis in the Management of Preterm Premature Rupture of Membranes Before 34 Weeks of Gestation: a Double-blinded Randomized Controlled Trial [Internet]. clinicaltrials.gov; 2022 sep [citado el 26 de octubre de 2022]. Report No.: NCT03976063. Disponible en: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03976063>
33. Mackeen AD, Seibel-Seamon J, Muhammad J, Baxter JK, Berghella V. Tocolytics for preterm premature rupture of membranes. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group*, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. el 27 de febrero de 2014 [citado el 27 de octubre de 2022]; Disponible en: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007062.pub3>

34. The American College of Obstetricians and Gynecology. Prelabor Rupture of Membranes [Internet]. 2022 [citado el 15 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.acog.org/en/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2020/03/prelabor-rupture-of-membranes>
35. Jiménez GÁ, Manjarrez YAM, Toledano M, de Ita AB, Rodríguez OS, Rodríguez IVC, et al. Ruptura prematura de membranas pretérmino, guía de práctica clínica. 2015;26. Disponible en: http://www.comego.org.mx/formatos/Guias/%20GPC2015_11.pdf
36. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, 2nd ed [Internet]. [citado el 27 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241549684>
37. PerinatalGL.pdf [Internet]. [citado el 27 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://clinicalinfo.hiv.gov/sites/default/files/guidelines/documents/PerinatalGL.pdf>
38. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. 2021;70(4):192.
39. Herpes - STI Treatment Guidelines [Internet]. 2022 [citado el 27 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/herpes.htm>
40. Giraldo-Isaza MA, Berghella V. Cervical Cerclage and Preterm PROM. Clinical Obstetrics & Gynecology [Internet]. junio de 2011 [citado el 27 de octubre de 2022];54(2):313–20. Disponible en: <https://journals.lww.com/00003081-201106000-00015>
41. Suff N, Kunitsyna M, Shennan A, Chandiramani M. Optimal timing of cervical cerclage removal following preterm premature rupture of membranes; a retrospective analysis. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology [Internet]. abril de 2021 [citado el 27 de octubre de 2022];259:75–80. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0301211521000713>
42. Kominiarek MA, Kemp A. Perinatal outcome in preterm premature rupture of membranes at < or = 32 weeks with retained cerclage. J Reprod Med. Julio de 2006;51(7):533–8.

43. Jenkins TM, Berghella V, Shlossman PA, McIntyre CJ, Maas BD, Pollock MA, et al. Timing of cerclage removal after preterm premature rupture of membranes: Maternal and neonatal outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [Internet]. octubre de 2000 [citado el 27 de octubre de 2022];183(4):847–52. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937800661161>
44. McElrath TF, Norwitz ER, Lieberman ES, Heffner LJ. Management of cervical cerclage and preterm premature rupture of the membranes: Should the stitch be removed? *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [Internet]. octubre de 2000 [citado el 27 de octubre de 2022];183(4):840–6. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937800396934>
45. Vitner D, Melamed N, Elhadad D, Phang M, Ram M, Asztalos E, et al. Removal vs. retention of cervical cerclage in pregnancies complicated by preterm premature rupture of membranes: a retrospective study. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. septiembre de 2020 [citado el 27 de octubre de 2022];302(3):603–9. Disponible en: <https://link.springer.com/10.1007/s00404-020-05642-y>
46. lineamientos_atencion_preconcepcional_v2.pdf [Internet]. [citado el 28 de octubre de 2022]. Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_atencion_preconcepcional_v2.pdf
47. Kibel M, Asztalos E, Barrett J, Dunn MS, Tward C, Pittini A, et al. Outcomes of Pregnancies Complicated by Preterm Premature Rupture of Membranes Between 20 and 24 Weeks of Gestation. *Obstetrics & Gynecology* [Internet]. agosto de 2016 [citado el 28 de octubre de 2022];128(2):313–20. Disponible en: <https://journals.lww.com/00006250-201608000-00014>

16 ANEXOS

ANEXO 1.1. PREGUNTA 2: TABLA DE EVIDENCIA GRADE.

Pregunta: Parto intencional comparado con manejo expectante en mujeres con ruptura prematura de membranas pretérmino y edad gestacional entre las 24/0 y las 36 6/7 semanas, sin complicaciones o contraindicaciones para continuar el embarazo.

Configuración: ¿En mujeres con ruptura prematura de membranas pretérmino y edad gestacional entre las 24/0 y las 36 6/7 semanas, sin complicaciones o contraindicaciones para continuar el embarazo, está recomendado el manejo expectante (o conservador)?

Bibliografía: Planned early birth versus expectant management for women with preterm prelabour rupture of membranes prior to 37 weeks' gestation for improving pregnancy outcome. Diana M Bond Philippa Middleton Kate M Levett David P van der Ham Caroline A. Crowther Sarah L Buchanan Jonathan Morris. Authors' declarations of interest Version published: 03 March 2017.

Resumen de los resultados:

Paciente o población: mujeres con ruptura prematura de membranas pretérmino y edad gestacional entre las 24/0 y las 36 6/7 semanas, sin complicaciones o contraindicaciones para continuar el embarazo, Configuración: ¿En mujeres con ruptura prematura de membranas pretérmino y edad gestacional entre las 24/0 y las 36 6/7 semanas, sin complicaciones o contraindicaciones para continuar el embarazo, está recomendado el manejo expectante?
Intervención: parto intencional
Comparación: manejo expectante

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados * (95% IC)		Efecto relativo (95% IC)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Importancia del desenlace
	Riesgo con manejo expectante	Riesgo con parto intencional				
Sepsis neonatal	37 por 1000	34 por 1000 (24 a 48)	RR 0.93 (0.66 a 1.30)	3628 (12 Experimentos controlados aleatorios [ECA's])	⊕⊕⊕○ Moderado a,b	CRÍTICO
Síndrome de distrés respiratorio	87 por 1000	110 por 1000 (91 a 133)	RR 1.26 (1.05 a 1.53)	3622 (12 Experimentos controlados aleatorios [ECA's])	⊕⊕⊕⊕ Alta	CRÍTICO
Parto por cesárea	172 por 1000	217 por 1000 (191 a 248)	RR 1.26 (1.11 a 1.44)	3620 (12 Experimentos controlados aleatorios [ECA's])	⊕⊕⊕⊕ Alta	IMPORTANTE
Mortalidad perinatal	7 por 1000	12 por 1000 (6 a 23)	RR 1.76 (0.89 a 3.50)	3319 (11 Experimentos controlados aleatorios [ECA's])	⊕⊕○○ Baja ^{a,c}	CRÍTICO
Muerte intrauterina	3 por 1000	1 por 1000 (0 a 5)	RR 0.45 (0.13 a 1.55)	3321 (11 Experimentos controlados aleatorios [ECA's])	⊕⊕○○ Baja ^{a,c}	CRÍTICO
Necesidad de ventilación mecánica	86 por 1000	110 por 1000 (88 a 136)	RR 1.27 (1.02 a 1.58)	2895 (7 Experimentos controlados aleatorios [ECA's])	⊕⊕⊕⊕ Alta	CRÍTICO
Enterocolitis necrotizante	4 por 1000	3 por 1000 (1 a 9)	RR 0.81 (0.25 a 2.62)	2842 (6 Experimentos controlados aleatorios [ECA's])	⊕⊕○○ Baja ^{a,c}	CRÍTICO
Ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	428 por 1000	497 por 1000 (462 a 531)	RR 1.16 (1.08 a 1.24)	2691 (4 Experimentos controlados aleatorios [ECA's])	⊕⊕⊕⊕ Alta	CRÍTICO

Resumen de los resultados:

Paciente o población: mujeres con ruptura prematura de membranas pretérmino y edad gestacional entre las 24/0 y las 36 6/7 semanas, sin complicaciones o contraindicaciones para continuar el embarazo, Configuración: ¿En mujeres con ruptura prematura de membranas pretérmino y edad gestacional entre las 24/0 y las 36 6/7 semanas, sin complicaciones o contraindicaciones para continuar el embarazo, está recomendado el manejo expectante?
Intervención: parto intencional
Comparación: manejo expectante

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados * (95% IC)		Efecto relativo (95% IC)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Importancia del desenlace
	Riesgo con manejo expectante	Riesgo con parto intencional				
Corioamnionitis	103 por 1000	51 por 1000 (27 a 98)	RR 0.50 (0.26 a 0.95)	1358 (8 Experimentos controlados aleatorios [ECA's])	⊕⊕⊕○ Moderado ^d	CRÍTICO
Endometritis	16 por 1000	26 por 1000 (16 a 42)	RR 1.61 (1.00 a 2.59)	2980 (7 Experimentos controlados aleatorios [ECA's])	⊕⊕⊕⊕ Alta	CRÍTICO
Hospitalización materna	-- por 1000	-- por 1000 (-- a --)	-1.75 -- (-2.45 a -1.05)	1430 (6 Experimentos controlados aleatorios [ECA's])	⊕⊕⊕○ Moderado ^d	CRÍTICO
Muerte neonatal	4 por 1000	9 por 1000 (4 a 20)	RR 2.55 (1.17 a 5.56)	3316 (11 Experimentos controlados aleatorios [ECA's])	⊕⊕⊕⊕ Alta	CRÍTICO

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el efecto relativo de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%). IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo

Explicaciones:

a. Cruza la línea de no efecto; b. IC amplio; c. IC muy amplio; d. I² = mayor de 40%

ANEXO 1.2. PREGUNTA 3: TABLA DE EVIDENCIA GRADE.

Resumen de los resultados:

Antibióticos profilácticos comparado con no utilizarlos en mujeres con diagnóstico de ruptura prematura de membranas pretérmino.

Paciente o población: mujeres con diagnóstico de ruptura prematura de membranas pre-término.

Configuración: ¿Está recomendado el uso de antibióticos de manera profiláctica en mujeres con diagnóstico de ruptura prematura de membranas pre-término?

Intervención: antibióticos profilácticos

Comparación: no utilizarlos

Bibliografía: Cochrane Database of Systematic Reviews Review-Intervention. Antibiotics for preterm rupture of membranes. Sara Kenyon Michel Boulvain James P Neilson Authors' declarations of interest. Version published: 02 December 2013. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001058.pub3>. Consultado el 28 de septiembre 2022.

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados * (95% IC)		Efecto relativo (95% IC)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Importancia
	Riesgo con no utilizarlos	Riesgo con antibióticos profilácticos				
Corioamnionitis	247 por 1000	163 por 1000 (114 a 238)	RR 0.66 (0.46 a 0.96)	1559 (11 ECAs)	⊕⊕⊕○ Moderado ^a	CRÍTICO
Número de bebés nacidos en las 48 horas siguientes	399 por 1000	283 por 1000 (231 a 347)	RR 0.71 (0.58 a 0.87)	5927 (7 ECAs)	⊕⊕⊕○ Moderado ^a	IMPORTANTE
Infección neonatal	165 por 1000	110 por 1000 (86 a 140)	RR 0.67 (0.52 a 0.85)	1680 (12 ECAs)	⊕⊕⊕⊕ Alta	CRÍTICO
Ecografía cerebral anormal previo al alta hospitalaria	93 por 1000	75 por 1000 (63 a 91)	RR 0.81 (0.68 a 0.98)	6289 (12 ECAs)	⊕⊕⊕⊕ Alta	CRÍTICO
Muerte perinatal	69 por 1000	65 por 1000 (53 a 79)	RR 0.93 (0.76 a 1.14)	6301 (12 ECAs)	⊕⊕○○ Baja ^{b,c}	CRÍTICO
Síndrome de distrés respiratorio neonatal	278 por 1000	264 por 1000 (231 a 303)	RR 0.95 (0.83 a 1.09)	6287 (3 ECAs)	⊕⊕⊕○ Moderado ^b	CRÍTICO
Enterocolitis necrotizante neonatal **	5 por 1000	22 por 1000 (7 a 66)	RR 4.72 (1.57 a 14.23)	1880 (2 ECAs)	⊕⊕⊕⊕ Alta ^c	CRÍTICO

* El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el efecto relativo de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).

** Estos casos resultaron principalmente con el uso de amoxicilina + ácido clavulánico

IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo; ECAs: Ensayos Clínicos Aleatorios

Explicaciones:

a. I² mayor de 40

b. Cruza la línea de no efecto

c. IC amplio.

ANEXO 1.3. PREGUNTA 3: TABLA DE EVIDENCIA GRADE.

Resumen de los resultados:

Antibióticos profilácticos comparado con no utilizarlos en mujeres con diagnóstico de ruptura prematura de membranas de término y con latencia mayor de 12 horas.

Paciente o población: mujeres con diagnóstico de ruptura prematura de membranas de término y con latencia mayor de 12 horas.

Configuración: ¿Está recomendado el uso de antibióticos de manera profiláctica en mujeres con diagnóstico de ruptura prematura de membranas de término y con latencia mayor de 12 horas?

Intervención: antibióticos profilácticos

Comparación: no utilizarlos

Bibliografía: Saccone G, Berghella V. Antibiotic prophylaxis for term or near-term premature rupture of membranes: metaanalysis of randomized trials. Am J Obstet Gynecol. 2015 May;212(5):627.e1-9. doi: 10.1016/j.ajog.2014.12.034. Epub 2014 Dec 30. PMID: 25555659. [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(14\)02493-4/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(14)02493-4/fulltext)

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados * (95% IC)		Efecto relativo (95% IC)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Importancia
	Riesgo con no utilizarlos	Riesgo con antibióticos profilácticos				
Corioamnionitis	61 por 1000	30 por 1000 (16 a 55)	RR 0.49 (0.27 a 0.91)	999 (3 ECAs)	⊕⊕⊕⊕ Alta	CRITICO
Endometritis	22 por 1000	3 por 1000 (0 a 14)	RR 0.12 (0.02 a 0.62)	999 (3 ECAs)	⊕⊕⊕⊕ Alta	CRITICO

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el efecto relativo de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).

IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo; ECAs: Ensayos Clínicos Aleatorios

Grados de evidencia del GRADE Working Group

Alta certeza: Estamos muy seguros de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto

Certeza moderada: Tenemos una confianza moderada en la estimación del efecto: es probable que el efecto real esté cerca de la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente

Certeza baja: Nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

Certeza muy baja: Tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: Es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto

ANEXO 1.4. PREGUNTA 4: TABLA DE EVIDENCIA GRADE.

Resumen de los resultados:

Amniocentesis comparado con no utilizarla en mujeres con diagnóstico de ruptura prematura de membranas pretérmino, como intervención de rutina para la identificación de corioamnionitis y la mejora de los resultados clínicos perinatales?

Paciente o población: mujeres con diagnóstico de ruptura prematura de membranas pretérmino, como intervención de rutina para la identificación de corioamnionitis y la mejora de los resultados clínicos perinatales.

Configuración: ¿Está recomendado el uso de la amniocentesis en mujeres con diagnóstico de ruptura prematura de membranas pretérmino, como intervención de rutina para la identificación de corioamnionitis y la mejora de los resultados clínicos perinatales?

Intervención: amniocentesis

Comparación: no utilizarla

Bibliografía: Cochrane Database of Systematic Reviews Review – Intervention Fetal assessment methods for improving neonatal and maternal outcomes in preterm prelabour rupture of membranes Gemma C Sharp Sarah J Stock Jane E Norman Authors' declarations of interest Version published: 03 October 2014 Version history. Consultado el 10 de octubre 2022.

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados * (95% IC)		Efecto relativo (95% IC)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Importancia
	Riesgo con no utilizarla	Riesgo con amniocentesis				
Muerte neonatal	45 por 1000	45 por 1000 (3 a 682)	RR 1.00 (0.07 a 15.00)	44 (1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c,d}	CRÍTICA
Corioamnionitis	136 por 1000	91 por 1000 (16 a 492)	RR 0.67 (0.12 a 3.61)	44 (1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c,d}	CRÍTICA
Nacimiento dentro de las 48 horas posterior a la RPM	409 por 1000	544 por 1000 (290 a 1000)	RR 1.33 (0.71 a 2.51)	44 (1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c}	IMPORTANTE
Síndrome de distrés respiratorio	273 por 1000	183 por 1000 (60 a 556)	RR 0.67 (0.22 a 2.04)	44 (1 ECA (experimento controlado aleatorizado))	⊕○○○ Muy baja ^{a,b,c}	CRÍTICA

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el efecto relativo de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).

IC: Intervalo de confianza; RR: Razón de riesgo

Explicaciones:

- No se reportó método de asignación. Hay sesgo de selección, sesgo de reporte de resultados, no cegamiento, faltan algunos datos.
- Muestra poblacional es muy pequeña. Sólo es un estudio. La población proviene de un sólo país, por lo que no se puede extrapolar.
- Cruza la línea de no efecto
- Intervalo de confianza muy amplio.

ANEXO 1.5. PREGUNTA 5: TABLA DE EVIDENCIA GRADE.

Pregunta: Tocolíticos comparado con no usarse tocolíticos en mujeres embarazadas con ruptura prematura de membranas pretérmino

Bibliografía: Mackeen AD, Seibel-Seamon J, Muhammad J, Baxter JK, Berghella V. Tocolytics for preterm premature rupture of membranes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 2. Art. No.: CD007062. DOI: 10.1002/14651858.CD007062.pub3. Accessed 12 October 2022.

Paciente o población: mujeres embarazadas con ruptura prematura de membranas pretérmino

Intervención: tocolíticos

Comparación: no usarse tocolíticos

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados * (95% IC)		Efecto relativo (95% IC)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	IMPORTANCIA
	Riesgo con no usarse tocolíticos	Riesgo con tocolíticos				
Incremento en la latencia (Horas)	La media incremento en la latencia (Horas) era 0 Horas	MD 73.12 Horas más (20.21 más a 126.03 más)	-	198 (3 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕⊕○○ Baja ^a	IMPORTANTE
Latencia (Parto en un periodo de 48 horas)	333 por 1,000	187 por 1,000 (107 a 317)	RR 0.56 (0.32 a 0.95)	354 (6 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕○○○ Muy baja ^{a,b}	IMPORTANTE
Latencia (Parto en una semana)	736 por 1,000	596 por 1,000 (456 a 780)	RR 0.81 (0.62 a 1.06)	249 (4 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕○○○ Muy baja ^{a,c,d}	IMPORTANTE
APGAR menor a 7 a los 5 minutos	24 por 1,000	148 por 1,000 (40 a 542)	RR 6.05 (1.65 a 22.23)	160 (2 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕⊕○○ Baja ^a	CRÍTICO
Mortalidad perinatal	58 por 1,000	97 por 1,000 (49 a 191)	RR 1.67 (0.85 a 3.29)	402 (7 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕○○○ Muy baja ^{a,e}	CRÍTICO
Muerte neonatal	53 por 1,000	92 por 1,000 (45 a 186)	RR 1.73 (0.85 a 3.50)	402 (7 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕○○○ Muy baja ^{a,f}	CRÍTICO
Enterocolitis necrotizante	159 por 1,000	108 por 1,000 (49 a 234)	RR 0.68 (0.31 a 1.47)	170 (3 Experimentos controlados aleatorios [ECAs])	⊕○○○ Muy baja ^{a,g}	CRÍTICO

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el efecto relativo de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).

IC: Intervalo de confianza; MD: Diferencia de medias; RR: Razón de riesgo

Explicaciones:

a. Falta de ocultamiento y sesgo de selección identificados

b. Inconsistencia leve del 43%

c. Inconsistencia leve del 48%

d. Resultados cruzan línea de no efecto. CI 0.62 a 1.05

e. Resultados cruzan línea de no efecto. CI 0.85 a 3.29

f. Resultados cruzan línea de no efecto. CI 0.85 a 3.50

g. Resultados cruzan línea de no efecto. 0.68 (0.31 a 1.47)

ANEXO 1.6. PREGUNTA 7: TABLA DE EVIDENCIA GRADE.

Pregunta: Mantenerse el cerclaje cervical comparado con retirarse cervical en mujeres con ruptura prematura de membranas pretérmino

Bibliografía: Please cite this article as: Galyean A, Garite T, Maurel K, Abril D, Adair C, Browne P, Combs C, HowH, Iriye B, Kominiarek M, Lu . G, Luthy D, Miller. H, Nageotte M, Ozcan T, Porto M, Ramirez M, SawaiS, Sorokin Y, , Removal versus retention of cerclage in preterm premature rupture of membranes: A randomized controlled trial, American Journal of Obstetrics and Gynecology (2014), doi: 10.1016/j.ajog.2014.04.009

Paciente o población: mujeres con ruptura prematura de membranas pretérmino

Intervención: mantenerse el cerclaje cervical

Comparación: retirarse cervical

Desenlaces	Efectos absolutos anticipados * (95% IC)		Efecto relativo (95% IC)	Nº de participantes (estudios)	Certeza de la evidencia (GRADE)	Importancia
	Riesgo con retirarse cervical	Riesgo con mantenerse el cerclaje cervical				
Prolongación del embarazo - no verificación de parto en una semana	563 por 1,000	0 por 1,000 (0 a 0)	no estimable	56 (1 ECA)	⊕⊕○○ Baja ^a	IMPORTANTE
Corioamnionitis	250 por 1,000	0 por 1,000 (0 a 0)	no estimable	56 (1 ECA)	⊕⊕○○ Baja ^a	CRÍTICO
Endometritis postparto	31 por 1,000	0 por 1,000 (0 a 0)	no estimable	56 (1 ECA)	⊕⊕○○ Baja ^a	CRÍTICO
Muerte fetal o neonatal	121 por 1,000	0 por 1,000 (0 a 0)	no estimable	63 (1 ECA)	⊕⊕○○ Baja ^a	CRÍTICO
Síndrome de distrés respiratorio	469 por 1,000	0 por 1,000 (0 a 0)	no estimable	59 (1 ECA)	⊕⊕○○ Baja ^a	CRÍTICO

El riesgo en el grupo de intervención (y su intervalo de confianza del 95%) se basa en el riesgo asumido en el grupo de comparación y en el efecto relativo de la intervención (y su intervalo de confianza del 95%).

IC: Intervalo de confianza; ECA: experimento controlado aleatorizado.

Explicaciones:

a. Periodo de duración del estudio es más de 10 años, muestra baja y suspendido prematuramente por sospecha de falta de poder.

ANEXO 2. ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA DE EVIDENCIA.

PREGUNTA 1. ¿Cuáles son las intervenciones recomendadas en la evaluación inicial y el diagnóstico de mujeres con sospecha de ruptura prematura de membranas pretérmino?

Se utilizó la información de las GPC de base.

PREGUNTA 2. ¿En mujeres con ruptura prematura de membranas pretérmino y edad gestacional entre las 24 0/7 y las 36 6/7 semanas, sin complicaciones o contraindicaciones para continuar el embarazo, está recomendado el manejo expectante?

PUBMED	(("fetal membranes, premature rupture"[MeSH Terms] OR ("fetal"[All Fields] AND "membranes"[All Fields] AND "premature"[All Fields] AND "rupture"[All Fields]) OR "premature rupture fetal membranes"[All Fields] OR ("preterm"[All Fields] AND "rupture"[All Fields] AND "membranes"[All Fields]) OR "preterm rupture of membranes"[All Fields] OR ("fetal membranes, premature rupture"[MeSH Terms] OR ("fetal"[All Fields] AND "membranes"[All Fields] AND "premature"[All Fields] AND "rupture"[All Fields]) OR "premature rupture fetal membranes"[All Fields] OR "prom"[All Fields])) AND ("inducted"[All Fields] OR "inducing"[All Fields] OR "induction"[All Fields] OR "inductions"[All Fields]) AND ("expect"[All Fields] OR "expectable"[All Fields] OR "expectance"[All Fields] OR "expectant"[All Fields] OR "expectative"[All Fields] OR "expected"[All Fields] OR "expecting"[All Fields] OR "expects"[All Fields] OR "motivation"[MeSH Terms] OR "motivation"[All Fields] OR "expectancies"[All Fields] OR "expectancy"[All Fields] OR "expectation"[All Fields] OR "expectations"[All Fields])) AND (systematicreview[Filter])
COCHRANE LIBRARY	preterm rupture of membranes in Title Abstract Keyword OR PROM in Title Abstract Keyword AND induction in Title Abstract Keyword AND expectant in Title Abstract Keyword
EPSITEMONIKOS	(title:(title:(preterm premature rupture of membranes) OR abstract:(preterm premature rupture of membranes)) OR (title:(premature rupture of membranes) OR abstract:(premature rupture of membranes)) AND (title:(induction of labor) OR abstract:(induction of labor)) AND (title:(expectant management) OR abstract:(expectant management))) OR abstract:(title:(preterm premature rupture of membranes) OR abstract:(preterm premature rupture of membranes)) OR (title:(premature rupture of membranes) OR abstract:(premature rupture of membranes)) AND (title:(induction of labor) OR abstract:(induction of labor)) AND (title:(expectant management) OR abstract:(expectant management)))

PREGUNTA 3. ¿Está recomendado el uso de antibióticos profilácticos en mujeres embarazadas con diagnóstico de ruptura prematura de membranas (RPM) pretérmino y de término?

PUBMED	((("premature birth"[MeSH Terms] OR ("premature"[All Fields] AND "birth"[All Fields]) OR "premature birth"[All Fields] OR "preterm"[All Fields] OR "preterms"[All Fields]) AND ("ruptur"[All Fields] OR "rupture"[MeSH Terms] OR "rupture"[All Fields] OR "ruptured"[All Fields] OR "ruptures"[All Fields] OR "rupturing"[All Fields]) AND ("membranal"[All Fields] OR "membrane s"[All Fields] OR "membraneous"[All Fields] OR "membranes"[MeSH Terms] OR "membranes"[All Fields] OR "membrane"[All Fields] OR "membranous"[All Fields])) OR (("premature birth"[MeSH Terms] OR ("premature"[All Fields] AND "birth"[All Fields]) OR "premature birth"[All Fields] OR "preterm"[All Fields] OR "preterms"[All Fields]) AND ("fetal membranes, premature rupture"[MeSH Terms] OR ("fetal"[All Fields] AND "membranes"[All Fields] AND "premature"[All Fields] AND "rupture"[All Fields]) OR "premature rupture fetal membranes"[All Fields] OR ("prelabor"[All Fields] AND "rupture"[All Fields] AND "membranes"[All Fields]) OR "prelabor rupture of membranes"[All Fields]))) AND ("anti bacterial agents"[Pharmacological Action] OR "anti bacterial agents"[MeSH Terms] OR ("anti bacterial"[All Fields] AND "agents"[All Fields]) OR "anti bacterial agents"[All Fields] OR "antibiotic"[All Fields] OR "antibiotics"[All Fields] OR "antibiotic s"[All Fields] OR "antibiotical"[All Fields])) AND (systematicreview[Filter])
COCHRANE LIBRARY	preterm rupture of membranes in Title Abstract Keyword OR PROM in Title Abstract Keyword AND antibiotic in Title Abstract Keyword
EPSITEMONIKOS	(title:(title:(preterm premature rupture of membranes) OR abstract:(preterm premature rupture of membranes)) AND (title:(antibiotic) OR abstract:(antibiotic))) OR abstract:(title:(preterm premature rupture of membranes) OR abstract:(preterm premature rupture of membranes)) AND (title:(antibiotic) OR abstract:(antibiotic)))

PREGUNTA 4. ¿Para mejorar los resultados clínicos perinatales, está recomendado el uso de la amniocentesis en mujeres con diagnóstico de ruptura prematura de membranas pretérmino?

PUBMED	((("premature birth"[MeSH Terms] OR ("premature"[All Fields] AND "birth"[All Fields]) OR "premature birth"[All Fields] OR "preterm"[All Fields] OR "preterms"[All Fields]) AND ("fetal membranes, premature rupture"[MeSH Terms] OR ("fetal"[All Fields] AND "membranes"[All Fields] AND "premature"[All Fields] AND "rupture"[All Fields]) OR "premature rupture fetal membranes"[All Fields] OR ("premature"[All Fields] AND "rupture"[All Fields] AND "membranes"[All Fields]) OR "premature rupture of membranes"[All Fields]) AND "amniocen*" [All Fields]) AND (systematicreview[Filter])
--------	---

COCHRANE LIBRARY	preterm premature rupture of membranes in Title Abstract Keyword AND "amniocentesis" in Title Abstract Keyword OR "amniocenteses" in Title Abstract Keyword
EPSITEMONIKOS	(title:(title:(Preterm Premature Rupture Of Membranes) OR abstract:(Preterm Premature Rupture Of Membranes)) AND (title:(amniocen*) OR abstract:(amniocen*))) OR abstract:(title:(Preterm Premature Rupture Of Membranes) OR abstract:(Preterm Premature Rupture Of Membranes)) AND (title:(amniocen*) OR abstract:(amniocen*)))

PREGUNTA 5. ¿En pacientes con ruptura prematura de membranas pretérmino, está indicado el uso de tocolíticos?

PUBMED	((("premature birth"[MeSH Terms] OR ("premature"[All Fields] AND "birth"[All Fields]) OR "premature birth"[All Fields] OR "preterm"[All Fields] OR "preterms"[All Fields]) AND ("fetal membranes, premature rupture"[MeSH Terms] OR ("fetal"[All Fields] AND "membranes"[All Fields] AND "premature"[All Fields] AND "rupture"[All Fields]) OR "premature rupture fetal membranes"[All Fields] OR ("premature"[All Fields] AND "rupture"[All Fields] AND "membranes"[All Fields]) OR "premature rupture of membranes"[All Fields]) AND "tocoly*" [All Fields]) AND (systematicreview[Filter]))
COCHRANE LIBRARY	preterm premature rupture of membranes in Title Abstract Keyword AND "tocolysis" in Title Abstract Keyword
EPSITEMONIKOS	(title:(title:(preterm premature rupture of membranes) OR abstract:(preterm premature rupture of membranes)) AND (title:(tocolysis) OR abstract:(tocolysis))) OR abstract:(title:(preterm premature rupture of membranes) OR abstract:(preterm premature rupture of membranes)) AND (title:(tocolysis) OR abstract:(tocolysis)))

PREGUNTA 6. ¿Cuál es cuidado recomendado de la mujer embarazada con ruptura prematura de membranas pretérmino e infección por el virus del herpes simple (VHS) o por virus de inmunodeficiencia humana (VIH)?

Se utilizó para esta recomendación la información y pautas establecidas en la Organización Mundial de la Salud y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América.

PREGUNTA 7. ¿Está recomendado, en mujeres embarazada con ruptura prematura de membranas pretérmino, conservar o retirar el cerclaje cervical?

PUBMED	("premature birth"[MeSH Terms] OR ("premature"[All Fields] AND "birth"[All Fields]) OR "premature birth"[All Fields] OR "preterm"[All Fields] OR "preterms"[All Fields]) AND ("fetal membranes, premature rupture"[MeSH Terms] OR ("fetal"[All Fields] AND "membranes"[All Fields] AND "premature"[All Fields] AND "rupture"[All Fields]) OR "premature rupture fetal membranes"[All Fields] OR ("premature"[All Fields] AND "rupture"[All Fields] AND "membranes"[All Fields]) OR "premature rupture of membranes"[All Fields]) AND ("cerclage"[All Fields] OR "cerclages"[All Fields]) AND ("removability"[All Fields] OR "removal"[All Fields] OR "removals"[All Fields] OR "remove"[All Fields] OR "removed"[All Fields] OR "removement"[All Fields] OR "remover"[All Fields] OR "removers"[All Fields] OR "removes"[All Fields] OR "removing"[All Fields]) AND ("retention, psychology"[MeSH Terms] OR ("retention"[All Fields] AND "psychology"[All Fields]) OR "psychology retention"[All Fields] OR "retention"[All Fields] OR "retentions"[All Fields] OR "retentive"[All Fields] OR "retentiveness"[All Fields])
COCHRANE LIBRARY	preterm premature rupture of membranes in Title Abstract Keyword AND "cerclage" in Title Abstract Keyword AND removal in Title Abstract Keyword AND retention in Title Abstract Keyword
EPSITEMONIKOS	(title:(title:(preterm premature rupture of membranes) OR abstract:(preterm premature rupture of membranes)) AND (title:(cerclage) OR abstract:(cerclage)) AND (title:(removal) OR abstract:(removal)) AND (title:(retention) OR abstract:(retention))) OR abstract:(title:(preterm premature rupture of membranes) OR abstract:(preterm premature rupture of membranes)) AND (title:(cerclage) OR abstract:(cerclage)) AND (title:(removal) OR abstract:(removal)) AND (title:(retention) OR abstract:(retention)))

PREGUNTA 8. ¿Cuál es el manejo recomendado cuando se diagnóstica ruptura prematura de membranas pretérmino con "bebe" no viable?

Se utilizó para la recomendación de esta pregunta, el Boletín de Práctica de la ACOG 2022 (American College of Obstetricians and Gynecology) sobre ruptura prematura de membranas y por consenso de expertos.