



## RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 06 de Diciembre de 2023

**VISTO:** El Memorando N° 937-2023-DGOBS-HNCH, y el Memorando N° 1798-OGC-2023-HCH que contiene el Informe Técnico N° 061-OGC-HCH-2023, y;

### CONSIDERANDO:

Que, el artículo II del Título Preliminar de la Ley General de Salud N°26842, establece que: "La protección de la salud es de interés público y, por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla"; asimismo, el artículo VI del Título Preliminar de la presente norma, señala en su primer párrafo que: "Es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad";

Que, mediante Memorando N° 937-2023-DGOBS-HNCH, del 23 de noviembre de 2023, la Jefatura del Departamento de Ginecología y Obstetricia remite la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de "Ruptura Prematura de Membrana", para su revisión y aprobación;

Que, a través del Memorando N° 1798-OGC-2023-HCH, del 27 de noviembre de 2023, la Oficina de Gestión de la Calidad remite el Informe Técnico N° 061-OGC-HCH-2023, el cual recomienda aprobar con Resolución Directoral la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de "Ruptura Prematura de Membrana";

Que, con Resolución Ministerial N°302-2015-MINSA, se aprueba la Norma Técnica N° 117-MINSA/DGSP-V.01, para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud, que tiene como finalidad contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos;

Que, con Resolución Ministerial N°414-2015/MINSA, se aprobó el Documento Técnico: "Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica, que tiene la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad en la atención en salud, con énfasis en la eficiencia, efectividad y seguridad, a través de la formulación de Guías de Práctica Clínicas que respondan a las prioridades nacionales, regionales y/o local;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 826-2021-MINSA, se aprobó las "Normas para la elaboración de documentos Normativos del Ministerio de Salud", la cual establece las disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos que expide el Ministerio de Salud, lo cual resulta extensible a los Órganos Desconcentrados;

Que, la presente Guía de Práctica Clínica tiene como finalidad disminuir la morbilidad materna y perinatal respondiendo a la prioridad sanitaria nacional;

Que, De acuerdo a lo establecido en el literal f) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia aprobado con Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA, señala que entre otras funciones generales es la de mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención a la salud, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente en su entorno familiar;



Estando a lo peticionado, por el Departamento de Ginecología y Obstetricia, y lo informado por el Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica a través del Informe N° 1284-2023-OAJ-HNCH;

Con visación de la Jefatura del Departamento de Ginecología y Obstetricia, la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad, y la Jefatura de la Oficina de Asesoría Jurídica, y;

De conformidad con lo dispuesto en el Texto único Ordenado de la Ley del Procedimiento Administrativo General N° 27444 y las facultades previstas en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA;

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1°.** - **APROBAR** Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de "Ruptura Prematura de Membrana" del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia, que consta de 16 (Dieciséis) folios, el cual se adjunta en la presente Resolución.

**Artículo 2°.** - **ENCARGAR** al Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Cayetano Heredia, adopte las acciones administrativas para el cumplimiento de la presente Guía de Práctica Clínica.

**Artículo 3°.** - **DISPONER** que la Oficina de Estadística e Informática efectúe la publicación y difusión de la presente Resolución Directoral en el Portal de Transparencia Estándar del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

**REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.**



MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA

DR. SEGUNDO CECILIO ACHO MEGO  
DIRECTOR GENERAL  
CMP 027201 RNE 011026

SCAM/PDRG/Jfmc.

**DISTRIBUCIÓN:**

- ( ) DG
- ( ) DGOBS
- ( ) OGC
- ( ) OAJ
- ( ) OEI

	DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Código: GPC-24
	SISTEMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	V 01.00 / .11.2023
	GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE "RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA"	Página :1 de 16

## GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE "RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA"

Elaboración y Fecha:	Revisión y Fecha:	Aprobación y Fecha:
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	DIRECCIÓN GENERAL
18 de agosto. del 2023	21 de Noviembre del 2023	....de Noviembre del 2023

**MINISTERIO DE SALUD**  
 HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA  
 DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA OBSTETRICIA  
 DR. JUAN CARLOS QUISPE CUSA  
 JEFE DE DEPARTAMENTO  
 C.M.P. 27957 - R.N.C. 91048

**MINISTERIO DE SALUD**  
 Hospital Nacional Cayetano Heredia  
 Dr. Fabiana Stuard Cuncha  
 Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad



	DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Código: GPA- 05
	SISTEMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	V 01.00 / .09.2023
	GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE "RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA"	Página :2 de 16

**M.C. SEGUNDO CECILIO ACHO MEGO**

Director General

**M.C. Juan Carlos Quispe Cuba**

Jefe

Departamento de Ginecología y Obstetricia

**M.C. Fernando Enrique Durand Concha**

Jefe

Oficina de Gestión de la Calidad

**Abog. Pedro Dario Rodríguez Gavancho**

Jefe

Oficina de Asesoría Jurídica

**Elaborado por:**

- Departamento de Ginecología y Obstetricia

Elaborado por:

- Dra Lissete Vanessa Zavaleta Zárate

**Revisión y validación:**

- Oficina de Gestión de la Calidad
  - M.C. Fernando Enrique Durand Concha
  - M.C. Jenny Maribel Ricse Osorio
- Oficina de Asesoría Jurídica



*[Handwritten signature]*



	DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Código: GPA- 05
	SISTEMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CAUDAD	V 01.00 / .09.2023
	GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE "RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA"	Página :3 de 16

## INDICE

I.	FINALIDAD	4
II.	OBJETIVO	4
III.	AMBITO DE APLICACIÓN	4
IV.	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE APENDICITIS AGUDA:	4
	4.1: NOMBRE Y CÓDIGO	4
V.	CONSIDERACIONES GENERALES:	4
	5.1: DEFINICIÓN:	4
	5.2: ETIOLOGIA:	5
	5.3: FISIOPATOLOGIA	5
	5.4: ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS	5
	5.5: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:	5
	5.5.1: Medio Ambiente	6
	5.5.2: Estilos de Vida	6
	5.5.3: Factores Hereditarios.	6
VI.	CONSIDERAIONES ESPECIALES:	
	6	
	6.1: CUADRO CLINICO:	6
	6.1.1: Signos y Síntomas:	6
	6.1.2: Interacción cronológica	6
	6.2: DIAGNOSTICO:	6
	6.2.1: Criterios de Diagnóstico:	6
	6.2.2: Diagnóstico diferencial:	7
	6.3: EXAMENES AUXILIARES:	7
	6.3.1: Laboratorio.	7
	6.3.2: De Imágenes:	7
	6.3.3: De Exámenes especializados complementarios	7
	6.4: MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA	
	6.4.1: Medidas Generales y preventivas:	8
	6.4.2: Terapéutica:	8
	6.4.3: Efectos adversos o colaterales con el tratamiento:	12
	6.4.4: Signos de Alarma	12
	6.4.5: Criterios de Alta.	12
	6.4.6: Pronóstico:	12
	6.5: COMPLICACIONES:	12
	6.6: CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA:	13
	6.7: FLUXOGRAMA:	14
VII.	ANEXOS	15
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:	16





DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Código: GPA- 05
SISTEMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	V 01.00 / .09.2023
GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE "RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA"	Página :4 de 16

## GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE "RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA"

### I. FINALIDAD.

Disminuir la morbimortalidad materna y perinatal respondiendo a la prioridad sanitaria nacional.

### II. OBJETIVO.

La presente guía tiene como objetivos

- Estandarizar el manejo institucional de la Ruptura Prematura de Membrana, de acuerdo a los criterios internacionalmente aceptados
- Orientar conducta diagnóstica y terapéutica en gestante con ruptura prematura de membrana

### III. ÁMBITO DE APLICACIÓN.

La utilidad que merezca la presente Guía de práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de Ruptura Prematura de Membrana, está dirigido a todos aquellos profesionales que laboran en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Cayetano Heredia.

### IV. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA

#### 4.1. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA CIE 10: O.42

### V. CONSIDERACIONES GENERALES.

#### 5.1. DEFINICIÓN

La ruptura prematura de membrana se define como la pérdida de continuidad de las membranas amnióticas que sobreviene con salida de líquido amniótico de más de una hora, previo al inicio de trabajo de parto. (1)(2)

La gestante con ruptura prematura de membrana requiere de un adecuado manejo, para ello es necesario tener en cuenta el periodo de latencia, entendido como el intervalo entre la ruptura de membranas y el inicio del trabajo de parto. (2)

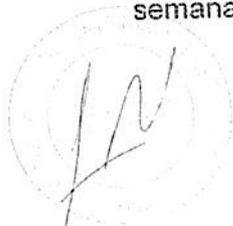
RPM prolongado: aquella con un periodo de latencia mayor a 24 horas.

Se subdivide en dos categorías generales:

- a. Ruptura prematura de membranas a término: después de la semana 37 de gestación
- b. Ruptura prematura de membranas pretérmino: previo a la semana 37 de gestación.

La RPMPT se divide a su vez, en tres categorías:

- a.1. RPM previable: corresponde a la ruptura prematura de membranas pretérmino en gestaciones menores a 24 0/7 semanas.
- a.2. RPM lejos del término: corresponde a la ruptura prematura de membranas pretérmino en gestaciones entre 24 0/7 y 33 6/7 semanas.



	DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Código: GPA- 05
	SISTEMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	V 01.00 / .09.2023
	GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE "RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA"	Página :5 de 16

b.3. RPM cerca del término: corresponde a la ruptura prematura de membranas pretérmino en gestaciones de 34 0/7 a 36 6/7 semanas.  
(1)

## 5.2. ETIOLOGÍA

Es un fenómeno multifactorial:

- Factores mecánicos: que provocan el adelgazamiento y apoptosis del tejido conjuntivo a nivel de la rotura.
- Factores químicos que degradan el colágeno mediante la estimulación de la secreción de metaloproteasas, como por ejemplo el tabaco.
- Factores infecciosos que producen degradación de colágeno mediante la liberación directa de proteasas. Pareciera ser que la infección o inflamación coriódécidual debido a colonización ascendente bacteriana juega un rol preponderante sobre todo en la RPMPT.
- Alteraciones de las propiedades físicas de las membranas por déficit de ácido ascórbico, zinc y cobre, lo que disminuye el colágeno tipo III y elastina, comprometiendo la integridad de las membranas ovulares. (2)(3)

## 5.3. FISIOPATOLOGÍA

A nivel microscópico, en las membranas ovulares se evidencia una zona de morfología alterada, caracterizada por un engrosamiento de la capa compacta, fibroblástica, esponjosa y reticular, reflejando desorganización del colágeno, edema, depósito de material fibrinoide, con un adelgazamiento en la capa trofoblástica y decidua, en dicha zona ocurre fenómenos de apoptosis en el epitelio amniótico, degradación de la fracción ribosomal 28s y activación de metaloproteinasas. Es probable que diferentes agentes, activen diversos mecanismos que causen esta alteración morfológica, favoreciendo la formación de un sitio de rotura a nivel supracervical, antes del inicio del trabajo de parto. (6)

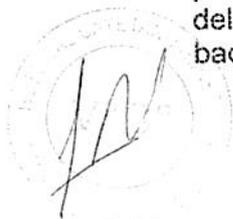
## 5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

La frecuencia es de 16 a 21% en embarazos a término, y 15 a 45% en el embarazo pretérmino.

## 5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Los factores de riesgo asociados a la ruptura prematura de membranas se observan principalmente en embarazos pretérmino. Entre los diferentes factores descritos cabe destacar los siguientes:

- Rotura prematura de membranas en embarazos anteriores: Esta asociación es mayor en embarazos pretérmino.
- Infección del tracto genital inferior: La frecuencia de ruptura prematura de membranas es mayor en mujeres con infecciones del tracto genital, en particular en presencia de vaginosis bacteriana, que tienen la capacidad de producir fosfolipasa, que



	DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Código: GPA- 05
	SISTEMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	V 01.00 / .09.2023
	GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE "RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA"	Página :6 de 16

estimula la síntesis de prostaglandinas, responsable de generar contracciones uterinas.

- Hemorragias de la primera y segunda mitad del embarazo
- Tabaquismo: El riesgo es de 3 a 4 veces mayor que en no fumadoras.
- Otros factores de riesgo asociados a la ruptura prematura de membranas son las siguientes: Polihidramnios, malformaciones uterinas, embarazo múltiple, acortamiento cervical, desprendimiento placentario, colagenopatías, bajo nivel socioeconómico, trauma abdominal.
- Cuando la ruptura prematura de membranas ocurre antes o en el límite de la viabilidad, puede ser secundaria a la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasivos realizados a esta edad gestacional: amniocentesis, cordocentesis, fetoscopia, cirugía fetal, cerclaje. (1)

## VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS.

### 6.1. CUADRO CLÍNICO

#### 6.1.1. Signos y Síntomas

- Pérdida de líquido por vagina de color transparente, o verdoso si se asocia a sufrimiento fetal
- Visión directa de salida de líquido amniótico por cérvix al examen con espéculo, espontáneamente o a la maniobra de Valsalva.

#### 6.1.2. Interacción Cronológica

La anamnesis y el examen clínico nos indicarán si existe o no ruptura prematura de membranas, caso contrario nos apoyarán los exámenes auxiliares. Es muy importante conocer los antecedentes y los factores de riesgo asociados para poder determinar correctamente el diagnóstico. Mientras más oportuno sea el diagnóstico, las complicaciones materno-perinatales serán menores.

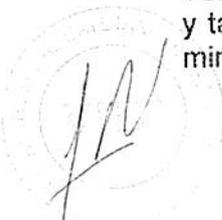
### 6.2. DIAGNÓSTICO

#### 6.2.1. Criterios de Diagnóstico

En un 90%, el diagnóstico se realiza con una adecuada anamnesis, relevando antecedentes y datos de momento y circunstancias de inicio, característica de la pérdida, sintomatología asociada (contractilidad, fiebre, escalofríos, etc.), y examen clínico y obstétrico.

Al examen físico con espéculo estéril permite observar la presencia de líquido en fondo de saco vaginal y pérdida continua o intermitente a través del orificio cervical (Grado de recomendación B).

En caso de dudas se pueden realizar exámenes auxiliares. (1)(5)  
Temperatura por encima de 38 grados C, secreción vaginal fétida y taquicardia fetal (Frecuencia cardíaca mayor a 160 latidos por minuto indican Corioamnionitis clínica en pacientes con



	DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Código: GPA- 05
	SISTEMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	V 01.00 / .09.2023
	GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE "RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA"	Página :7 de 16

diagnóstico de ruptura prematura de membranas (Nivel de Evidencia IIa).

### 6.2.2. Diagnóstico Diferencial

- Leucorrea
- Eliminación de tapón mucoso
- Incontinencia urinaria
- Rotura de quiste vaginal
- Hidrorrea decidual

### 6.3. EXÁMENES AUXILIARES

Si la sospecha de RPM persiste a pesar de las pruebas clínicas negativas, se recomienda las siguientes pruebas complementarias

#### 6.3.1. De Patología Clínica

- Test de cristalización o de Fern: Bajo microscopia se observa la cristalización de las sales de sodio en forma de helecho. Sensibilidad entre 51-98% y especificidad 70-88%. Falsos positivos del 5-10% generalmente atribuibles a la presencia de semen o mucus cervical en la muestra.

#### 6.3.2. De Imágenes

- Ecografía Obstétrica: Evidencia de oligoamnios no existente previamente.
- Pruebas de bienestar fetal.

#### 6.3.3. De Exámenes especializados complementarios

- Placental alpha microglobulin – 1 (PAMG-1) (Amnisure): presenta una sensibilidad cercana al 99% y una especificidad que varía del 87.5-100%. Dado su alto costo queda limitado ante casos individuales y ante la imposibilidad de confirmar el diagnóstico clínicamente y/o mediante el test de cristalización. (1)(5)

Se recomienda el uso de la cardiotocografía ya que permite documentar taquicardia fetal, así como la variabilidad fetal, el cual puede ser usado en el diagnóstico de corioamnionitis (Grado de recomendación B).

No se recomienda el uso rutinario de la amniocentesis en pacientes con RPM. La amniocentesis podría ser usada para confirmar la sospecha de infección intraamniótica o determinar la madurez pulmonar en fetos entre la semana 32 a 34 semanas (Grado de Recomendación B).



	DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Código: GPA- 05
	SISTEMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	V 01.00 / .09.2023
	GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE "RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA"	Página :8 de 16

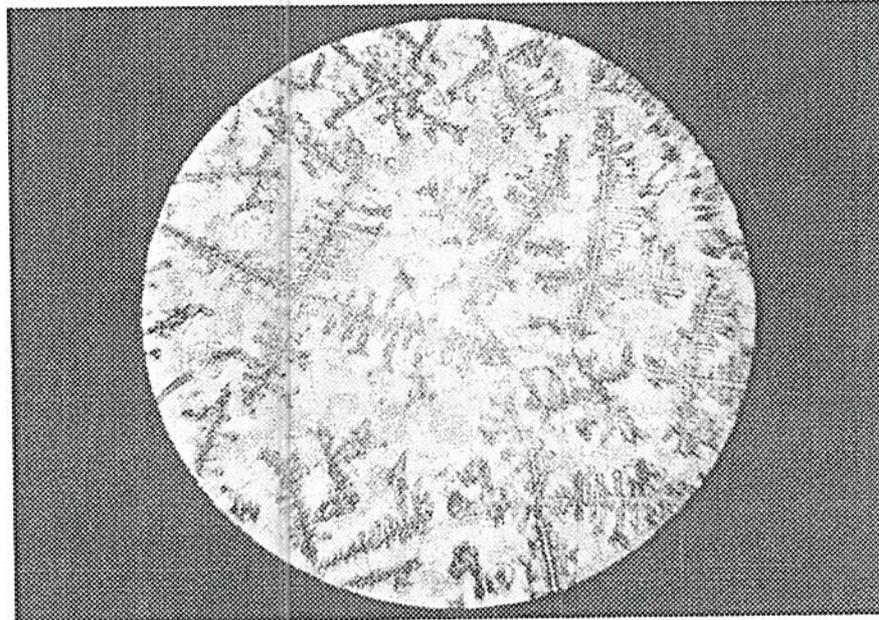


Figura 1: Test de helecho positivo

#### 6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

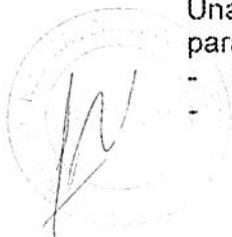
##### 6.4.1. Medidas Generales y Preventivas

- **Prevención primaria:**  
Acciones destinadas a la población en general sin antecedentes de partos prematuros o RPMPT.  
Durante el embarazo: medidas para prevención de Amenaza de Parto pretérmino, a las que se agregan nutrición completa y balanceada en proteínas, vitaminas y minerales como Zinc, Cobre, incluyendo ácidos grasos omega 3. Interrogatorio orientado a descartar factores de riesgo para RPM, hábitos de vida saludables (evitando tabaco), evaluación y tratamiento odontológico, pesquisa de infección urinaria, vaginosis bacteriana, etc.
- **Prevención secundaria:**  
Acciones destinadas a aquellas pacientes con factores de riesgo para nacimiento prematuro o RPM, especialmente aquellas con antecedente de RPM  
Pesquisar infecciones ginecológicas, longitud de cérvix, suplementación dietaria, tratar la incompetencia cervical.
- **Prevención terciaria:**  
Consiste en acciones de diagnóstico temprano y manejo oportuno de la RPM para disminuir la morbilidad neonatal y materna. (1)(4)

##### 6.4.2. Terapéutica

Una vez confirmado el diagnóstico, la paciente debe ser internada para dar inicio a las siguientes acciones:

- Reposo en cama
- Control de temperatura y pulso materno



	DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Código: GPA- 05
	SISTEMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	V 01.00 / .09.2023
	GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE "RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA"	Página :9 de 16

- Control de latidos cardiacos fetales, dinámica y tono uterino
- Control de líquido amniótico: color, aspecto, olor.
- Monitoreo fetal anteparto: en embarazos mayores a 32 semanas
- Se recomienda evitar tactos vaginales
- En la ruptura de membranas pretérmino, la internación debe realizarse en un Centro que cuente con unidad de cuidados neonatales

Indicaciones de interrupción del embarazo independientemente de la edad gestacional: Corioamnionitis, desprendimiento de placenta, muerte fetal y/o malformación fetal letal, compromiso de la salud materna.

#### A. Conducta según edad gestacional

Una vez establecido el diagnostico de ruptura prematura de membranas, internada la paciente y descartadas las condiciones que indiquen interrupción del embarazo, la conducta a seguir dependerá de la edad gestacional. A su vez deberá ser informada la paciente, así como familiar.

##### A.1. CONDUCTA EN EMBARAZO A TÉRMINO: 37 SEMANAS O MÁS

La ruptura prematura de membrana es la forma de presentación en el 8% de los embarazos a término.

Más del 80% de estas pacientes iniciarán espontáneamente el trabajo de parto dentro de las 24 horas de producida la rotura de membranas.

Se recomienda iniciar la interrupción del embarazo dentro de las 12 horas de producida la rotura de las membranas. En comparación con la conducta expectante, la interrupción reduce la tasa de corioamnionitis y endometritis puerperal, de ingreso del recién nacido a Unidad de Cuidados Intensivos.

Si las condiciones obstétricas lo permiten, se debe inducir el parto. (Grado de Recomendación B)(2)

Si no se cuenta con un resultado negativo del hisopado para Estreptococo B, se debe realizar la profilaxis antibiótica hasta el parto mediante el siguiente esquema:

-Penicilina G 5 000 000 IV dosis inicial, seguido de 2 500 000 cada 4 horas ó Ampicilina IV: dosis inicial de 2 gramos seguido de 1 gr cada 4 horas; en caso de alergia a penicilina: Clindamicina 900mg cada 8 horas endovenoso. (Grado de Recomendación B)(6)

No hay evidencia que apoye beneficio materno y perinatal con el uso de antibióticos de amplio espectro en forma profiláctica en la ruptura prematura de membranas a término, a diferencia del pretérmino, donde su uso prolonga el periodo de latencia. (6)(7)





DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Código: GPA- 05
SISTEMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	V 01.00 / .09.2023
GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE "RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA"	Página :10 de 16

## A.2. CONDUCTA EN PRETÉRMINO TARDÍO: 34.0-36.6 SEMANAS

En la ruptura prematura de membranas pretérmino, la decisión de esperar o intervenir debe considerar el riesgo de infección, tanto materno como perinatal, versus la morbilidad asociada a la prematuridad.

Se recomienda iniciar la finalización del embarazo, si las condiciones obstétricas lo permiten, se debe inducir el parto (Grado de Recomendación B)(2)

Se recomienda la inducción de trabajo de parto en pacientes con ruptura prematura de membranas con oxitocina o misoprostol a bajas dosis vigilando continuamente la hiperestimulación uterina y el bienestar fetal.

No se recomienda misoprostol vaginal para la inducción del trabajo de parto en pacientes con ruptura de membranas (Consenso de expertos – Punto de Buenas Prácticas).

Si no se cuenta con resultado negativo del hisopado para Estreptococo grupo B, se debe iniciar profilaxis antibiótica.

## A.3. CONDUCTA EN PRETÉRMINO: 24.0-33.6 SEMANAS

Conducta expectante, una vez descartada corioamnionitis u otra contraindicación materna y/o fetal. Con las siguientes indicaciones:

- **Antibióticoterapia:** el consenso es unánime en relación a los beneficios de los antibióticos en la ruptura prematura de membranas pretérmino y su indicación debe iniciarse desde el momento que se confirma el diagnóstico.

La administración de antibióticos previene la infección a estreptococo grupo B, prolonga el periodo de latencia y reduce la morbilidad infecciosa materna y perinatal, retrasando el parto prematuro espontáneo. No existe consenso en favor a un esquema en particular. Se recomienda uno de los siguientes esquemas:

Eritromicina oral sola por un máximo de 10 días (250mg vía oral cada 6 horas) ó Ampicilina + Eritromicina en régimen parenteral y oral combinado por 7 días.

Se recomienda la administración de Gentamicina cuando haya sospecha clínica de corioamnionitis (Grado de Recomendación A)(2)

No se recomienda amoxicilina-ácido clavulánico debido al riesgo incrementado de enterocolitis necrotizante en neonatos expuestos.

- **Tocólisis:** En caso de Ruptura prematura de membrana pretérmino, el uso de tocolíticos debe ser justificado y únicamente con el objetivo de completar la maduración pulmonar fetal y siempre en ausencia del diagnóstico de corioamnionitis. Ante inicio de cuadro de dinámica uterina en paciente con RPMPT se deberá descartar infección intraamniótica o corioamnionitis clínica antes de iniciar



	DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Código: GPA- 05
	SISTEMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	V 01.00 / .09.2023
	GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE "RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA"	Página :11 de 16

tocólisis mediante analítica y si es factible mediante amniocentesis. (1)

- Maduración Pulmonar fetal:** La ruptura prematura de membranas no contraindica el uso de corticoides. Su uso en estos casos reduce el riesgo de síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante y no incrementa el riesgo de infección materna ni fetal.

Se indica un ciclo entre las semanas 24 y 34 de edad gestacional, iniciando el esquema aún si el parto resulta inminente, considerando dicha indicación entre las 23.0 y 23.6 semanas. (Grado de Recomendación A)(2)

Se puede optar indistintamente por un esquema de betametasona o dexametasona con una dosis total de 24mg, ambas son igualmente efectivas y seguras, el esquema es el siguiente:

Betametasona 12mg intramuscular cada 24 horas (2 dosis)

Dexametasona 6 mg intramuscular cada 12 horas (4 dosis).

El intervalo óptimo entre el tratamiento con corticoesteroides y el parto deberá ser mayor a 24horas y menos de 7 días desde su inicio.

En pacientes con ruptura de membranas, se recomienda una dosis única de rescate de corticoides prenatales, si la paciente recibió un ciclo completo de corticoides para maduración pulmonar hace más de una semana, y la edad gestacional actual es menor a 34 semanas. (Grado de Recomendación A)(2)

- Neuroprotección fetal:**

La administración de sulfato de magnesio como neuroprotector fetal es efectiva para reducir la parálisis cerebral y la disfunción motora gruesa en un 30 al 40% al corto plazo.

Se recomienda el uso de Sulfato de Magnesio para neuroprotección fetal en embarazos con parto prematuro inminente, espontáneo o indicado por causa materna y/o fetal, entre las semanas 24 y 32 de edad gestacional, por un periodo de 4 o más horas, suspendiendo el mismo al realizar el parto, en caso que el parto deje de ser inminente, o pasada las 24 horas de iniciada la infusión. (Grado de Recomendación A)(2)

Consensuar su inicio con el servicio de neonatología y advertir al mismo de su administración para alertar por posibles efectos adversos (hipotonía, apnea) en el neonato.





#### A. 4. CONDUCTA EN EL EMBARAZO ANTES O EN EL LÍMITE DE LA VIABILIDAD: MENOS DE 24 SEMANAS.

Es difícil determinar con precisión a partir de cuándo se considera la viabilidad de un feto: estado de madurez fetal que asegure una chance razonable de sobrevivida. (1)(4)

La morbimortalidad perinatal depende de la edad gestacional al nacimiento, el periodo de latencia, y el nivel de líquido amniótico. Se debe informar adecuadamente a la paciente y su familia sobre los riesgos y el pronóstico tanto fetal como materno para consensuar la conducta.

Se debe de informar el ingreso al servicio de UCI-Neonatología. En todos los casos se recomienda el uso de antibióticos, el mismo prolonga el periodo de latencia.

El esquema antibiótico, y de estar indicadas, las intervenciones son las mismas que las referidas para embarazos pretérminos (24.0-33.6 semanas) (1)

##### 6.4.3. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

- Serán aquellas relacionadas a la intolerancia o sensibilidad a los fármacos utilizados (antibióticos, corticoides).

##### 6.4.4. Signos de alarma

- Fiebre
- Disminución de movimientos fetales
- Oligoamnios severo
- Pruebas de bienestar fetal alterados

##### 6.4.5. Criterios de Alta

- Paciente puerpera, sin signos de infección ni compromiso general

##### 6.4.6. Pronóstico

- Materno: Depende de la severidad del cuadro infeccioso.
- Fetal: Depende de la edad gestacional del término del embarazo y de la severidad de la infección.

#### 6.5. COMPLICACIONES

Es responsable del 30% de los partos prematuros y del 10% de mortalidad perinatal.(7)

Las complicaciones pueden estar asociadas o deberse a:

##### a. Feto-neonatales:

- Prematuridad: Se asocia a mayor morbimortalidad neonatal debido a Distress respiratorio, displasia broncopulmonar, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante, leucomalacia periventricular y sepsis.
- Infección: se asocia a un aumento de la morbilidad feto-neonatal, debido a un significativo incremento en la incidencia de corioamnionitis clínica.
- Por oligohidramnios severo: se asocia a mayor riesgo de complicaciones tales como: hipoplasia pulmonar, deformidades fetales, compresión del cordón umbilical.



	DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Código: GPA- 05
	SISTEMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	V 01.00 / .09.2023
	GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE "RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA"	Página :13 de 16

- Accidentes funiculares y placentario: Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, prociencia de cordón umbilical, lo que puede conllevar a asfixia perinatal o muerte fetal.

b. Maternas:

- Infecciosas: Durante la gestación se asocia a un significativo incremento de corioamnionitis, y durante el puerperio a endometritis puerperal e infección de sitio quirúrgico de haber culminado en cesárea, lo que constituye un aumento de la morbilidad materna.
- Sangrado: Anemia por metrorragias crónicas, o sangrado agudo asociado a desprendimiento prematuro de placenta normoinsera.
- Mayor índice de cesáreas: sobre todo en las RPMPT

**6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

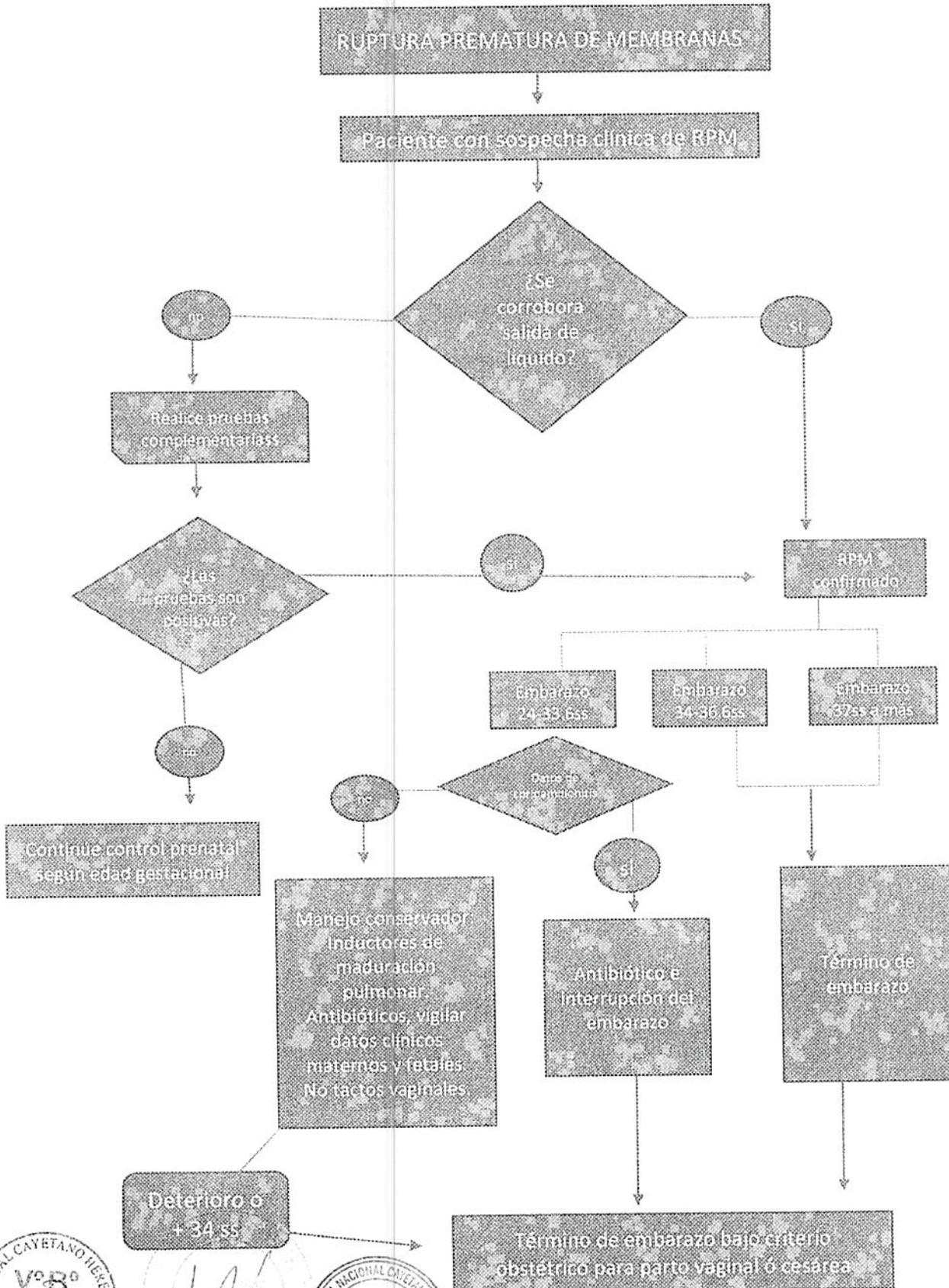
Por la condición de alto riesgo obstétrico y la necesidad de atención neonatal especializada, en toda aquella situación en la cual no se disponga de la capacidad de realizar monitoreo fetal intraparto continuo o disponibilidad de atención de UCI neonatología, la gestante debe ser referida al centro hospitalario de tercer nivel.

La contrarreferencia a otros centros de salud y hospitalarios se aplica para el control postparto.





### 6.7. FLUXOGRAMA



	DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	Código: GPA- 05
	SISTEMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD	V 01.00 / .09.2023
	GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE "RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA"	Página :15 de 16

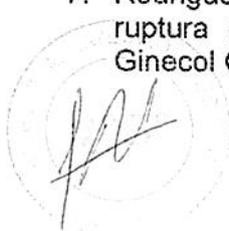
## VII. ANEXOS.

### Clasificación Royal College of Obstetricians and Gynecologist

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

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS O BIBLIOGRAFÍA.

- Hospital Clínic- Hospital Sant Joan De Déu- Universitat De Barcelona. Protocolo: Rotura Prematura de Membranas a Término Y Pretérmino .Disponible en:  
<https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/rotura-prematura-membranas.html>
- American College of Obstetricians and Gynecologists 2018.Prelabor ruptura of membranes. ACOG Practice Bulletin N.o 188
- RCOG. Green Top Guideline N.o 73 Preterm Prelabour Rupture of Membranes. Reino Unido de Gran Bretaña. 2019.Disponible en:  
<https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/green-top-guidelines/preterm-prelabour-rupture-of-membranes-green-top-guideline-no-44/>
- Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires-Argentina Consenso SOGIBA: Ruptura prematura de membranas en el embarazo pretérmino.. 2017
- Tchirikov M., Schlabritz-Loutsevitch N., Maher J., Buchmann J. Mid-trimester preterm premature ruptura of membranes: etiology, diagnosis, classification, international recomendations of treatment options and outcome. J Perinat Med, 46(5), 465-488. 2018
- Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia.Consenso FASGO. Rotura Prematura de Membranas. 2018
- Rodriguez-Bosh M., Miranda O., Management of premature preterm ruptura of membranes (24-33.6 weeks): Recent scientific evidence. Ginecol Obstet Mexico 2018 mayo.





## HOJA DE CHECK LIST

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	SI	NO	NO APLICA
1. Se confirma edad gestacional.			
2. Cumple criterio clínico de RPM: Se evidencia pérdida de líquido amniónico	-		
3. Se realiza prueba de Helecho			
4. Se realiza evaluación de bienestar fetal - Monitoreo fetal y tocometría - Ecografía obstétrica			
5. Cumple criterios de coriamnionitis			
6. Conducta según edad gestacional <b>6.1. Embarazo a término: 37 semanas ó más</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se indicó término de gestación</li><li>• Si no cuenta con resultado negativo de hisopado para Estreptococo B, se inició profilaxis antibiótica hasta el momento del parto.</li><li>• Se informó a paciente</li></ul> <b>6.2. Gestación entre 34ss-36ss6d</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se indicó término de gestación</li><li>• Si no cuenta con resultado negativo de hisopado para estreptococo B, se inició profilaxis antibiótica hasta el momento del parto.</li><li>• Se informó a paciente y familiares sobre riesgos y pronóstico tanto fetal como materno.</li></ul> <b>6.3. Gestación entre 24ss-33ss6d</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se informó a paciente y familiares sobre riesgos y pronóstico tanto fetal como materno.</li><li>• Se inició tratamiento antibiótico</li><li>• Se realizó tocólisis</li><li>• Se realizó maduración pulmonar</li><li>• Se realizó neuroprotección fetal</li><li>• Se interconsultó al servicio de UCI-neonatología</li></ul> <b>6.4. Antes o en el límite de la viabilidad fetal: menor de 24 ss</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se informó a paciente y familiares sobre riesgos y pronóstico tanto fetal como materno para consensuar la conducta.</li><li>• Se inició tratamiento antibiótico</li><li>• Se realizó maduración pulmonar</li><li>• Se realizó neuroprotección fetal</li><li>-Se interconsultó al servicio de UCI-neonatología.</li></ul>			
7. Se cumplieron con los criterios de alta			

