



Universidad Veracruzana

UNIVERSIDAD VERACRUZANA
SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE
VERACRUZ



SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

TÍTULO

**“Apego a Guía de práctica clínica en pacientes con
ruptura prematura de membrana en pretérmino”**

Para obtener el título de especialista en:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Presenta

DR. ERIC NAVARRETE GUZMAN

Director de tesis

DR. RAFAEL DARIO ZAVALA GARCIA

Director Metodológico

DRA. M.EN C. MARIA ESTRELLA FLORES COLLINS



Veracruz, Ver. Marzo 2014.

Apego a Guía de práctica clínica en pacientes con ruptura prematura de membrana en pretérmino

Autores: Dr. Eric Navarrete Guzmán, Dr. Rafael Darío Zavaleta Garcia. Dra. Maria Estrella Collins, Dra. Verónica Montes Martinez

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La ruptura prematura de membranas pretérmino es una entidad que representa un factor de riesgo para complicaciones materno fetales. Actualmente la guía de “Práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la ruptura prematura de membranas en pretérmino” nos sugiere recomendaciones para el manejo de forma integral de quienes cursan con esta patología, sin embargo, el no contar con estudios que determinen el apego a la misma nos deja una incógnita en cuanto a su eficacia con nuestra población.

OBJETIVO

Determinar la asociación de complicaciones materno fetales en las pacientes con ruptura prematura de membranas sin cumplimiento de la “Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de la ruptura prematura de membrana en pretermino”

MÉTODOS

Es un estudio retrospectivo transversal, observacional y analítico. Las unidades de estudio fueron obtenidas del área de ginecología y obstetricia del Hospital de alta especialidad en Veracruz. Se realizó una revisión de expedientes clínicos de aquellos pacientes que cursaron con ruptura prematura de membranas pretérmino y se obtuvieron los datos requeridos de cada paciente. El muestreo se realizó por conveniencia.

RESULTADOS

Se realizó una revisión a expedientes de 100 pacientes, quienes cumplieron con los criterios de selección. La edad promedio del grupo de estudio fue de 24.9 desviación estándar (DE) ± 6.1 años, la mediana de la terminación de embarazo fue de 35.5 SDG con rango de 36 – 28 SDG tanto por FUM como por USG, el periodo de latencia del embarazo fue de 17.7 (DE ± 10.2) horas

El cumplimiento de la “Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de la ruptura prematura de membrana en pretérmino” no se llevo a cabo al 100% en ninguno de los casos, se estableció el cumplimiento de la norma con una mediana de 76% con un rango del 51% al 85%.

CONCLUSIONES

Se tiene un apego parcial a la “Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de la ruptura prematura de membrana en pretérmino”

PALABRAS CLAVES.

Guía de práctica clínica, ruptura, prematura, membranas, pretérmino, apego.

“ Apego a Guía de práctica clínica en pacientes con ruptura prematura de membrana en pretérmino”

Autores: Dr. Eric Navarrete Guzmán, Dr. Rafael Darío Zavaleta Garcia. DraMaria Estrella Collins, Dra. Verónica Montes Martinez

ABSTRACT

INTRODUCTION

Premature rupture of membranes, preterm labor is an entity that represents a risk factor for complications maternal fetal. Currently the guide of "clinical practice for the diagnosis and treatment of premature rupture of membranes in preterm" suggests recommendations for comprehensive handling of those who present with this disease, however, do not rely on studies that determine the adherence to the same unknown leaves us in terms of its effectiveness with our population.

OBJECTIVE

Determine the Association of fetal maternal complications in patients with premature rupture of membranes without fulfilment of the "clinical practice guidelines for diagnosis and treatment of premature rupture of membrane in preterm"

METHODS

It is a retrospective cross-sectional and observational and analytical. The units of study were obtained from the area of gynecology and obstetrics at the Hospital of high specialization in Veracruz. We conducted a review of clinical records of patients who attended with premature rupture of membranes, preterm labor and obtained the required data of each patient. Sampling is carried out for convenience.

RESULTS

A review to records of 100 patients who met the criteria of selection was conducted. The age average of the study group was 24.9 standard deviation (SD) ± 6.1 years, the median of the termination of pregnancy was 35.5 SDG with range of 36 - 28 by FUM SDG as USG, the latency of the pregnancy **period** was 17.7 (DE \pm 10. 2) hours

Compliance of the "clinical practice guidelines for diagnosis and treatment of premature rupture of membrane in preterm" not took out 100% in any of the cases, the compliance with a median of 76% with a range from 51% to 85% was established.

CONCLUSIONS

It has a regular attachment to the "clinical practice guidelines for diagnosis and treatment of premature rupture of membrane in preterm"

KEY WORDS.

Guide clinical practice, premature rupture of membranes, preterm labor, attachment.

ÍNDICE

| | |
|--------------------|----|
| INTRODUCCIÓN..... | 4 |
| ANTECEDENTES..... | 5 |
| JUSTIFICACIÓN..... | 26 |
| OBJETIVOS..... | 27 |
| METODOLOGÍA..... | 27 |
| RESULTADOS..... | 28 |
| DISCUSIÓN..... | 33 |
| CONCLUSIONES..... | 34 |
| REFERENCIAS..... | 35 |
| ANEXOS..... | 39 |

INTRODUCCIÓN

La ruptura prematura de membrana (RPM) se define como la ruptura de las membranas ovulares, después de las 21 semanas de edad gestacional y hasta una hora antes del inicio del trabajo de parto. La ruptura prematura de membranas pretermino (RPMP) se puede definir como ruptura espontánea de membranas fetales que se presenta antes de cumplir 37 SDG de gestación y antes del inicio de trabajo de parto.^(1,2)

El Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia define la ruptura prematura de membranas (RPM) como la solución de continuidad de las membranas corioamnióticas que se presenta antes del inicio del trabajo de parto, y ocurre en el 10% de las gestaciones. La ruptura prematura de membranas pretérmino (RPMP) es aquella que se presenta antes de las 37 semanas de gestación. Se clasifica en reviable, remoto del término y cerca del término.⁽³⁾

Existen sub-clasificaciones de la ruptura prematura de membranas fetales pretérmino:

a) ruptura prematura de membranas fetales pretérmino “previable” (menos de 23 semanas en países desarrollados), ruptura prematura de membranas fetales pretérmino “lejos del término” (desde la viabilidad hasta aproximadamente 32 semanas de gestación), ruptura prematura de membranas fetales pretérmino “cerca al término” (aproximadamente 32-36 semanas de gestación).

b) La ruptura prematura de membrana se denomina prolongada cuando tiene una duración de 24 horas a una semana hasta el momento de nacimiento y se llama muy prolongada cuando supera una semana.

El periodo latencia se refiere al tiempo que transcurre entre la ruptura y la terminación del embarazo. Así, el periodo de latencia y la edad gestacional determinan el pronóstico y consecuentemente el manejo de la enfermedad de acuerdo a la posibilidad o no de terminación del embarazo, ya que el tiempo de latencia es directamente proporcional al riesgo de infección fetal^(1,4)

El parto prematuro es resultado la rotura prematura de membranas en 30% de los casos; Aproximadamente entre 8 y 10 % de todos los embarazos a término tienen ruptura prematura de membranas. Si el trabajo de parto no es inducido, 60 a 70% de estos comienzan trabajo de parto espontáneamente en un periodo de 24 h y cerca del 95% lo hará en un periodo no mayor a 72 h. La RPMP ocurre aproximadamente entre un 1 y 3% del total de mujeres embarazadas, además, se encuentra asociada con aproximadamente 30 a 40% de partos pretérmino, por esta razón, podría considerarse como el problema obstétrico de la actualidad debido a que esta reportado que el 85% de la morbilidad fetal es resultado de la prematuridad.^(4,5)

El riesgo de RPM en pacientes a las que se les realiza amniocentesis en el segundo trimestre es del 1.2% y el riesgo atribuible de pérdida del embarazo es del 0.6%, cualquiera de estos factores puede estar asociado con RPMP, sin embargo, en muchos de los casos, puede ocurrir sin ningún factor de riesgo identificable. En muchas ocasiones, la causa fundamental de la RPM es desconocida.⁽³⁾

ANTECEDENTES

Las membranas ovulares (corion y amnios) delimitan la cavidad amniótica, encontrándose en íntimo contacto a partir de las 15-16 semanas del desarrollo embrionario, obliterando la cavidad coriónica o celoma extraembrionario (2). Las membranas se encuentran estructuradas por diversos tipos celulares y matriz extracelular, cumpliendo una diversidad de funciones entre las que destacan: síntesis y secreción de moléculas, recepción de señales hormonales materno y fetales, participando en el inicio del parto, homeostasis y metabolismo del líquido amniótico, protección frente a infecciones, permite el adecuado desarrollo pulmonar de extremidades fetales, preservando su temperatura y de protección ante traumatismos abdominales maternos.^(4,6)

La estructura de la membrana ovular comprende el amnios y el corion que se detalla a continuación: El amnios se encuentra formado por cinco capas, la más interna, en contacto con el líquido amniótico, corresponde al epitelio, compuesto de células cúbicas no ciliadas, que descansa sobre una lámina basal, compuesta de colágeno tipo III, IV, V, laminina, nidógeno y fibronectina. La capa compacta, adyacente a la lámina basal forma la principal estructura fibrosa, gracias a su contenido de colágeno tipo I, III, V y VI lo que le confiere su integridad mecánica. La capa fibroblástica, celular, formada además por macrófagos, presenta una matriz de tejido conectivo laxo. La capa intermedia (esponjosa) se ubica entre el amnios y corion, formada por proteoglicanos y glicoproteínas, además de colágeno tipo III.^(4,6)

El corion se encuentra formado por tres capas: capa reticular, limitante con la capa esponjosa del amnios, formada por células fusiformes (estrelladas), colágeno tipos I, III, IV, V, VI y proteoglicanos; membrana basal, compuesta de colágeno tipo IV, laminina y fibronectina, capa trofoblástica formada por células redondas y poligonales, las que al acercarse a la decidua, amplían su distancia intercelular. Esto lo podemos resumir en la tabla 1^(4,6)

Tabla I
ESTRUCTURA Y COMPOSICIÓN DE LAS MEMBRANAS OVULARES Y ACTIVIDAD DE METALOPROTEINASAS DE MATRIZ (MMP) E INHIBIDORES TISULARES DE LAS METALOPROTEINASAS (TIMP)*

| <i>Capa</i> | <i>Composición de la matriz extracelular</i> | <i>MMP o TIMP</i> |
|--------------------|--|----------------------|
| <i>Amnios</i> | | |
| Epitelio | | MMP-1, MMP-2, MMP-9 |
| Membrana basal | Colágeno tipo III, IV, V; laminina, fibronectina, nidógeno | |
| Capa compacta | Colágeno tipo I, III, V, VI; fibronectina | |
| Capa fibroblástica | Colágeno tipo I, III, VI; laminina, fibronectina, nidógeno | MMP-1, MMP-9, TIMP-1 |
| Capa esponjosa | Colágeno tipo I, III, IV; proteoglicanos | |
| <i>Corion</i> | | |
| Capa reticular | Colágeno tipo I, III, IV, V, VI; proteoglicanos | |
| Membrana basal | Colágeno tipo IV; fibronectina, laminina | |
| Trofoblasto | | TMMP-9 |

*Adaptado de Parry S, Strawss JF (5).

La causa de la ruptura prematura de membranas es incierta, muchos autores señalan como primera causa a la infección, otros factores de riesgo para el desarrollo de RPM

son el bajo nivel socioeconómico, bajo peso materno, parto prematuro previo, metrorragia del 2do y 3er trimestres, polihidramnios, embarazo gemelar, entre otras. La ruptura prematura de membranas es un fenómeno multifactorial. Los principales factores de riesgo descritos en la literatura se presentan a continuación ⁽¹⁾:

- Bajo nivel socio económico
- Bajo peso materno
- Parto prematuro
- Consumo de cigarrillo
- Metrorragia del segundo y tercer trimestre
- Infecciones cérvico-vaginales y vaginosis
- Polihidroamnios
- Embarazo gemelar
- Malformaciones y tumores uterinos
- Conización previa
- Embarazo con DIU y
- Condiciones idiopáticas.

La RPM se considera que tiene un origen multifactorial, ya que puede tener en una misma paciente uno o más procesos fisiopatológicos.(c) sin embargo, la infección coriodecidual o inflamación parecen tener un papel importante. La infección por estreptococos del grupo B y la vaginosis bacteriana se han asociado a RPMP. Además del efecto proteolítico de las bacterias, existe un efecto inflamatorio pronunciado en respuesta a la infección. La infección se ha demostrado por cultivos positivos de líquido amniótico y corioamniotitis histológica. Se considera que la infección intrauterina resulta de la colonización ascendente del tracto genital, ocasionado activación de los neutrofilos y macrófagos con producción de citoquinas, que promueve la producción de proteasas, prostaglandinas, metaloproteasas, apoptosis y debilitamiento de las membranas.^(3,6)

La patogenia de la RPMP también se relaciona con el aumento de la apoptosis de los componentes celulares de las membranas fetales así como el incremento de las

proteasas específicas en las membranas y el líquido amniótico. Gran parte de la fuerza tensil de las membranas fetales es provista por la matriz extracelular en el interior del amnio. Las colagenas amnióticas intersticiales, sobre todo el tipo I y tipo II, se producen de células mesenquimatosas y constituyen el componente estructural más importante para su fortaleza. La familia de enzimas metaloproteinasas (MPN) está incluida en el remodelado de la tisular norma y principalmente en la fragmentación de colágenas. Los miembros MPN-2, MPN-3 y MPN-9 de esa familia se encuentra en mayor concentración en el líquido amniótico de embarazadas.^(2,4,6)

La actividad de la MPN es regulada por inhibidores tisulares de metaloproteinasas de la matriz las cuales se encuentran en menor cantidad en mujeres con RPMP. También en estos pacientes se ha observado aumento de fragmentación de colagena y mayor grado de muerte celular comparado con un amnios de término.^(2,4,6)

Los marcadores de la apoptosis están aumentados en las membranas de pacientes con RPMP en comparación con los embarazos de término. Los estudios in vitro han demostrado que la apoptosis quizá sea regulada por endotoxinas bacterianas, IL 1 y FNT alfa. En conjunto esas observaciones sugiere que muchos casos de RPMP son productos de la activación de la fragmentación de colagena y la muerte celular que lleva al debilitamiento del amnios.^(2,4,6)

Se han hecho estudio para precisar la incidencia de RPMP inducida por infección, los resultados nos indica que la presencia de infección es un factor que promueve estos casos; a partir de esto, se ha determinado el tratamiento antibiótico profiláctico en la prevención de RPMP, en infecciones de la porción inferior de aparato genital, e infecciones asintomáticas en general.^(2,4,6)

Dentro de los factores de riesgo para RPM se encuentran infecciones de transmisión sexual, infecciones urinarias, índice de masa corporal bajo, tabaquismo, parto pretérmino previo, distensión uterina por polihidramnios o embarazo múltiple, nivel de evidencia socioeconómico bajo, conización cervical, cerclaje cervical, amniocentesis,

deficiencias nutricionales de cobre y ácido ascórbico, y sangrando vaginal del segundo o tercer trimestre del embarazo.^(3,4,6)

Los riesgos más importantes para el feto con RPMP son las complicaciones de la prematuridad. El síndrome de dificultad respiratoria (SDR) es la complicación más seria en todas las edades gestacionales antes del término. La enterocolitis necrozante (ENC), hemorragia intraventricular (HIV) y sepsis son poco comunes en la RPMP cerca del término. La sepsis perinatal es 2 veces más común en la RPMP, en comparación con los recién nacidos pretérmino, después del parto con membranas intactas.⁽³⁾

La RPMP y la inflamación intrauterina han sido asociadas a daño neurológico fetal y con posibilidad de daño a la sustancia blanca cerebral. Se ha reportado mayor incidencia de hemorragia intraventricular, leucomalaciaperiventricular, displasia broncopulmonar, parálisis cerebral y muerte neonatal en fetos expuestos a infección intrauterina. Se considera que existe una relación entre la infección subclínica intraamniótica y estas complicaciones neonatales graves, ya que estudios realizados en humanos y animales sugieren una asociación entre las concentraciones elevadas de citoquinas proinflamatorias en el líquido amniótico incluyendo la interleucina 1,6 y estas complicaciones neonatales.^(1,3)

Asimismo, se ha reportado que el síndrome de respuesta fetal inflamatoria representa un estado de respuesta fetal aguda similar al que ocurre en el estado de choque séptico del adulto. La interleucina 6 >11 pg/ml en sangre fetal tomada por cordocentesis es el elemento principal para el diagnóstico de dicho síndrome.^(1,3)

El riesgo de infección se eleva con disminución de la edad gestacional al momento de la RPM y con el tiempo de duración de la latencia. La corioamnioitis se presenta del 13 a 60% en pacientes con RPMP remota del término, y la endometritis posparto complica del 2 al 13% de estos embarazos. El riesgo de sepsis materna es del 0.8% y de muerte de 0.14%. El riesgo de muerte fetal es del 1-2% en la RPMP remota del término y está relacionada con infección y compromiso del cordón umbilical.^(1,3,7)

La prueba diagnóstica que más se utilizan ante esta patología es la clínica, en donde la paciente refiere pérdida de líquido por genitales externos, debiendo interrogarse sobre la fecha, hora y forma de inicio, color (transparente, opalescente, verdoso claro, verdoso oscuro, serohemático), olor (hipoclorito de sodio), y cantidad del mismo. Se debe hacer diagnóstico diferencial con leucorrea, incontinencia urinaria, eliminación del tapón mucoso, ruptura de quiste vaginal, hidrorredecidual o ruptura de bolsa amniocorial.^(1,3)

Si no existe líquido en fornix posterior vaginal, la paciente puede ser reexaminada algunas horas después de reposo en posición supina para permitir la acumulación de líquido en el fondo de saco posterior vaginal. El ultrasonido es un auxiliar en el estudio de estas pacientes y puede ayudar a confirmar el diagnóstico de RPM, recordando que el oligohidramnios puede ser debido a otras causas como anomalías fetales del tracto urinario o restricción severa del crecimiento intrauterino. La visualización de líquido amniótico normal no descarta el diagnóstico de RPM.⁽³⁾

La cristalografía tiene una sensibilidad del 96%. Los falsos negativos (5-10%) pueden ocurrir por contaminación de sangre, moco cervical, semen o huellas digitales en la laminilla. La prueba de la nitrazina consiste en evaluar el pH de las paredes vaginales o fondo de saco posterior. El pH vaginal es 4.5-6.0 mientras el del líquido amniótico está entre 7.1-7.3. La sensibilidad de esta prueba es del 93%, aunque contaminantes presentes en vagina como sangre, líquido seminal, vaginosis bacteriana, tricomoniasis y antisépticos alcalinos pueden producir resultados falsos positivos de la nitrazina (1-17%). Resultados falsos negativos (10%) pueden ocurrir con salida prolongada de líquido amniótico, ocasionado que exista una cantidad residual mínima en vagina.⁽³⁾

Se han descrito otras pruebas para la RPM como la fibronectina fetal y la alfa microglobulina-1 placentaria en secreción cérvicovaginal, con una sensibilidad del 94 y 98.9%, especificidad del 97 y 100%, respectivamente.⁽³⁾

No se recomienda realizar tacto vaginal si no hay dinámica uterina compatible con trabajo de parto, pero si la realización de especuloscopia, la cual se realizará con previo lavado perineal, con líquido aséptico, utilizando espéculo estéril. Se visualiza el cérvix, tratando de constatar si fluye líquido amniótico en forma espontánea. En caso de que esto fuera negativo, se realizará la maniobra de tarnier o compresión de fondo uterino. ⁽¹⁾

Con la microscopía se puede observar el cloruro de sodio presente en el líquido amniótico, que cristaliza en forma de hoja de helecho al secarse. Se debe extraer líquido amniótico de la cavidad vaginal, haciendo un extendido del mismo en un porta objeto, secar al aire, y observar en el microscopio, la presencia de dicha cristalización. También al colorear con sulfato de azul de nilo el líquido amniótico las células lipídicas se tiñen de color naranja. Estos métodos permiten diagnosticar la presencia de líquido amniótico. El pH ácido vaginal (pH normal de la vagina) cambia a la alcalinidad por la presencia de líquido amniótico. Esto hace virar el papel indicador (papel de nitrazina) porque de pH ácido pasa a tener pH alcalino. Con la ecografía observamos una disminución importante del volumen de líquido amniótico asociado a la referencia de pérdida del mismo por parte de la madre. ¹ Otras pruebas que se están utilizando son la concentración de creatinina en fluido vaginal mayor de 0,1 mg/dL, también las concentraciones de hormona β -hormona gonadotropina 17,10 mUI/mL constituyen un método confiable para el diagnóstico de ruptura prematura de membranas. ⁽¹⁾

La revisión de la literatura, refiere el manejo de la paciente cualquiera que sea su edad gestacional, bajo las siguientes recomendaciones:

Se sugiere internar a la paciente, deberá realizar reposo absoluto en cama, higiene con se realizará con antisépticos, cada 6 horas, realiza un control materno que incluya los signos vitales, especialmente pulso y temperatura, controlar la dinámica uterina cada 3 horas en un período de 10 minutos y observar las características de la hidrorrea. Con respecto al control fetal se auscultarán los latidos fetales, se realizará monitoreo diariamente y cada 72 horas cardiotocografía a partir de las 32 semanas. ^(1,8)

La administración de antibióticos luego de una RPM prolonga el tiempo de latencia hasta el parto y una reducción en los principales marcadores de morbilidad neonatal. La combinación de amoxicilina + ácido clavulánico debería evitarse en mujeres que presentan riesgo de parto prematuro debido al mayor riesgo de enterocolitis necrotizante neonatal. A partir de la evidencia disponible, la eritromicina parecería ser una mejor opción. La revisión halló que los antibióticos habituales para la RPM a término reducen el riesgo de infección en la mujer embarazada. ^(1,9,10)

La conducta y el tratamiento también dependen de la edad gestacional (grado de madurez y desarrollo fetal): en embarazos de igual o menos de 34 semanas se realizará útero inhibición (bloqueantes calcicos). La maduración pulmonar fetal depende de la administración de corticoides. No se realizan más repiques semanales porque tienen los mismos resultados que con un único ciclo único, y además se asociaron con un riesgo aumentado de corioamnionitis. En embarazo de igual o mayor a de 35 semanas si no se produce el desencadenamiento espontáneo del trabajo de parto en 24 horas se comienza directamente con la inducción con oxitocina inmediatamente por el riesgo de infecciones maternas y neonatales. Se debe interrumpir la gestación sin tener en cuenta la edad gestacional cuando presentamos corioamnionitis, malformación fetal incompatible con la vida, prolapso del cordón y muerte fetal. La amniotomía transcervical intraparto reduce el número de intervenciones necesarias, y mejora los valores de gasometría neonatal sin aumentar la morbilidad materna o fetal. Si bien, este estudio no detecta beneficio estadísticamente no descarta algún posible beneficio. ⁽¹⁾

Debemos mencionar que la meta de la aplicación de antibióticos después de la RPMP es incrementar el periodo de latencia con la finalidad de disminuir las probables complicaciones de un parto prematuro, sin embargo, como ya mencionamos la prolongación del embarazo más allá de 34 semanas de gestación incrementa el riesgo de corioamnionitis. ⁽¹¹⁾

Recordando que la RPM cerca del término es cuando se presenta de las 32 a 36 semanas de gestación, el principal riesgo para el neonato en este caso, consiste en que

es más la infección que las complicaciones de la prematuridad. El nacimiento expedito de un producto no infectado y sin asfixia se asocia a un mejor pronóstico, con elevada posibilidad de supervivencia y bajo riesgo de morbilidad severa. En general, la supervivencia neonatal es alta y las secuelas son poco comunes después de las 32 semanas de gestación.⁽³⁾

Se debe evitar el tacto vaginal, ya que proporciona información mínima adicional a la especuloscopia e incrementa el riesgo de infección ascendente intrauterina, acortando el periodo de latencia y elevando el riesgo de corioamniotitis e infección neonatal.^(1,3,5) Se ha descrito que el tacto vaginal eleva el riesgo de infección neonatal hasta 3 veces si el parto no ocurre en las siguientes 24 horas y la disminuye el periodo de latencia hasta 9 días.⁽³⁾

No es recomendable el manejo conservador en embarazos mayores de 34 semanas de gestación. La RPMP se presenta en el 3% de los embarazos y es responsable de una tercera parte de los nacimientos pretérmino. Es una causa importante de morbimortalidad materna y se le ha relacionado hasta con un 10% de la mortalidad perinatal. La frecuencia y severidad de las complicaciones neonatales después de la RPMP varían de acuerdo a la edad gestacional. Existe, además, riesgo de corioamniotitis, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPPNI) (4-12%), y compresión del cordón umbilical debido al oligohidramnios.⁽³⁾

A pesar de la gran cantidad de información en la literatura médica, existe una gran controversia y divergencia de opiniones en el manejo de estas pacientes, por lo que esta revisión pretende ser una guía y contestar las preguntas más importantes concernientes al manejo de la RPMP de acuerdo a la evidencia científica actual en la literatura.⁽³⁾

En México, existen Guías de Práctica Clínica, las cuales son un conjunto de evidencias generadas para obtener evidencia en el manejo de algunas situaciones médicas específicas integrando 26 recomendaciones las cuales se sugieren seguir y se mencionan a continuación⁽¹²⁾:

1. El diagnóstico se debe efectuar mediante la historia clínica y observación de salida de líquido amniótico por el canal cervical con especuloscopia.
2. La cristalografía y nitrazina son pruebas útiles para confirmar el diagnóstico. Se deben evitar tactos vaginales cuando se sospecha ruptura prematura de membranas.
3. Las pacientes en manejo conservador con ruptura prematura de membranas remota del término, con adecuado tratamiento, el 50 a 60% nacerá en la primera semana después de la ruptura de membranas. El 70 a 75% tendrá su parto en dos semanas, y el 80 a 85% en los 28 días siguientes a la ruptura prematura de membranas.
4. Las pacientes con ruptura prematura de membranas entre la viabilidad fetal y antes de las 32 semanas, deben manejarse en forma expectante si no existen contraindicaciones maternas o fetales.
5. Se debe efectuar ultrasonido. Se deben obtener cultivos cervicales para *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*. Así como cultivos para estreptococo del grupo B, si no han sido tomados en las últimas 6 semanas. Se debe determinar la necesidad de dar tratamiento profiláctico intraparto para estreptococo grupo B.
6. Se debe documentar el bienestar fetal y realizar la vigilancia materno-fetal diaria.
7. Las pacientes en trabajo de parto con evidencia de corioamnioitis, compromiso fetal, muerte fetal, DPP-NI >34 semanas de gestación requieren nacimiento inmediato.¹⁻⁵
8. La paciente deberá permanecer hospitalizada en reposo y no se realizarán tactos vaginales a menos que esté en trabajo de parto.
9. Se iniciará antibioticoterapia y un curso único de esteroides. Se debe efectuar vigilancia materna y fetal diaria.

10. En pacientes entre 32 y 33 semanas de gestación con ruptura prematura de membranas, se debe indicar la interrupción del embarazo si se documenta madurez pulmonar fetal.

11. Se recomienda la interrupción del embarazo cuando la ruptura prematura de membranas ocurre después de las 34 semanas de gestación.

12. No se ha demostrado aumento de la prolongación del embarazo o disminución de la morbimortalidad neonatal con el uso de los tocolíticos en pacientes con ruptura prematura de membranas, por lo que no se recomienda su uso rutinario.

13. En la actualidad, no se recomiendan cursos múltiples de esteroides antenatales, ya que existe evidencia en animales de que se asocian con menor peso cerebral y hepático, alteraciones en la conducta sexual y concentraciones de neurotransmisores. En humanos se ha reportado mayor incidencia de RCIU y muerte neonatal en fetos <28 semanas de gestación sin demostrarse ningún beneficio neonatal, en comparación con un curso único.

14. En embarazos menores a 32 semanas de gestación debe administrarse un curso único de esteroides antenatales para reducir el riesgo de síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrozante y mortalidad perinatal, sin que se relacione con incremento del riesgo de infección materna.

15. La eficacia de los esteroides entre las 32 y 33 semanas de gestación es poco clara, pero el tratamiento puede ser benéfico, particularmente si no existe madurez pulmonar fetal.

16. Un curso de 48 horas de antibióticos intravenosos con ampicilina y eritromicina, seguido de cinco días con amoxicilina y eritromicina está recomendado durante el manejo conservador de la ruptura prematura de membranas pretérmino (ruptura

prematura de membranas) para prolongar la latencia del embarazo y reducir la infección materna y perinatal, así como la morbilidad neonatal asociada con prematuridad.

17. Debe otorgarse el tratamiento intraparto profiláctico con penicilina para prevenir la transmisión vertical del estreptococo del grupo B en pacientes con ruptura prematura de membranas y feto viable.

18. Se recomienda que el manejo conservador de la paciente con ruptura prematura de membranas remota al término se efectúe en medio hospitalario, ya que no existen suficientes estudios que demuestren la seguridad de este manejo en el domicilio de la paciente.

19. En embarazos mayores de 34 semanas se recomienda la interrupción de la gestación.

20. En embarazos viables menores a 34 semanas se valorará el manejo conservador posterior al retiro del cerclaje cervical, ya que conservar el mismo podría incrementar la morbilidad infecciosa.

21. Se recomienda valorar el riesgo potencial de transmisión del virus herpes simple contra los riesgos potenciales por prematuridad en los casos de ruptura prematura de membranas, considerar el tratamiento con aciclovir en las pacientes con infección activa y otorgar un manejo expectante, principalmente en las infecciones recurrentes, con el fin de incrementar la latencia y disminuir la morbimortalidad neonatal por prematuridad.

22. El parto por cesárea debe recomendarse a todas las mujeres con una carga viral de VIH mayor de 1,000 copias.

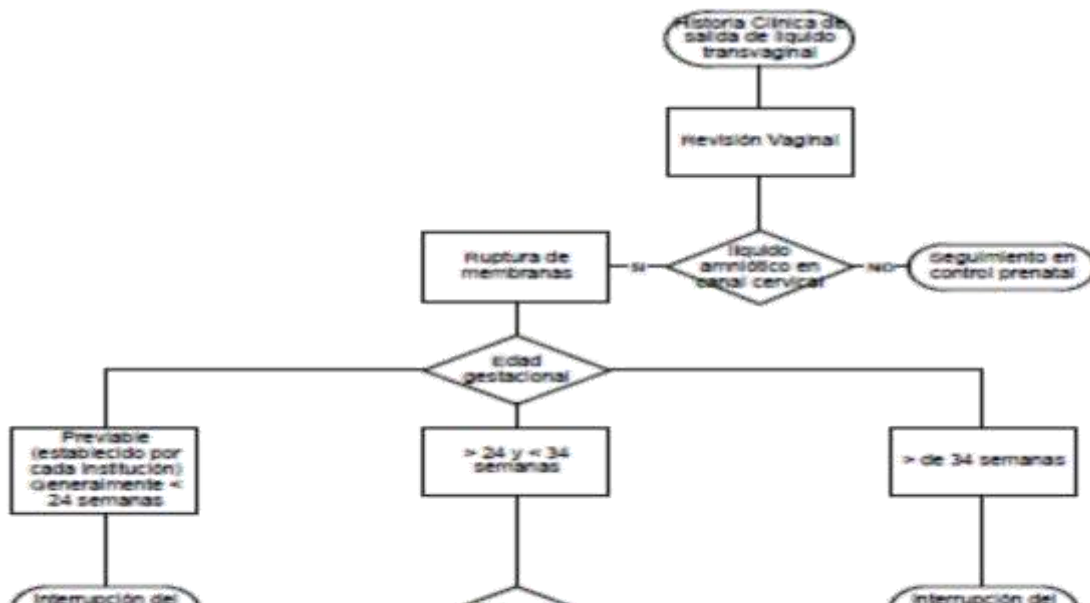
23. Todas las mujeres embarazadas con infección por VIH deben recibir terapia antirretroviral.

24. La infusión con AZT debe aplicarse al inicio del trabajo de parto o ruptura de las membranas y/o por lo menos 3 horas antes de la operación cesárea.

25. El manejo expectante en embarazos previables no está justificado, por lo que se recomienda la interrupción de la gestación, ya que el resultado neonatal es malo con un riesgo materno elevado.

26. Existe insuficiente información para recomendar el uso de la amnioinfusión y selladores.

Cabe destacar que la Guía de Práctica Clínica “Diagnostico Y Tratamiento De La Ruptura Prematura De Membrana En Pretérmino” cuenta con una guía de referencia rápida, la cual nos muestra la atención que se debe brindar a la paciente, estos pasos los mostramos en el siguiente diagrama:



En el año 2008 se realizó un estudio dentro del hospital civil de Culiacan Sinaloa con el objetivo analizar las características sociodemográficas y los antecedentes ginecoobstétricos implicados en la rotura prematura de membranas fetales. Se realizó un estudio de casos y controles, con un tamaño de muestra de 1399 para los casos y 1379 para los controles, obteniendo como resultado un incremento del factor de riesgo para RPM en pacientes con antecedentes de tabaquismo y una disminución del factor de riesgo para RPM en pacientes con antecedentes de cesárea previa. ⁽¹³⁾

Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal, descriptivo en la maternidad de Guanabacoa en el año 1999. El universo de estudio formado por 45 pacientes, las que presentaron rotura prematura de membrana (RPM) en embarazadas pretérmino con el objetivo de estudiar algunos factores epidemiológicos, así como la respuesta al tratamiento con antimicrobianos. De las variables estudiadas, la infección vaginal fue la enfermedad que más se relacionó (con el 31,1 %) a la RPM, el 46,6 % de los recién nacidos no presentó complicación. De igual forma, el 77,7% de las madres no presentaron complicación. Este estudio concluye que el uso combinado de Penicilina + aminoglucósidos favorece el resultado final para los casos con rotura prematura de membranas y prematuridad. ⁽¹⁴⁾

Durante el periodo enero de 2005 a diciembre de 2006, se realizó un estudio en el Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto” de Guantánamo con el objetivo de determinar la influencia de la RPM sobre algunos parámetros perinatales, para lo cual se realizó un estudio retrospectivo, analítico, de casos y controles. Se seleccionaron de forma aleatoria 952 gestantes con RPM y 952 gestantes sin RPM, se determinaron variables como: peso al nacer, Apgar al 5to minuto, vía del parto, morbilidad materna y neonatal, mortalidad fetal y neonatal. Se constató que existe una asociación entre la RPM y peso bajo del Recien nacido con *Odds Ratio* (OR) = 1,50 (95 % IC = 1,16-1,95); el Apgar bajo con OR = 5,32 (95 % IC = 1,93 – 15,83); endometritis con OR = 8,64 (95 %, IC 1,92-54,22); la sepsis neonatal, el síndrome de dificultad respiratoria y la hipoxia perinatal, fueron las complicaciones neonatales más frecuentes con OR = 1,66 (95 % 1,17-2,36), 8,88 (95 % 2,56-36,92) y 5,06 (95 % 1,38-22,05) respectivamente.⁽¹⁵⁾

Actualmente en México no encontramos estudios reportados en los cuales se demuestre el apego de los médicos a esta Guía de Práctica Clínica, por lo cual no contamos con antecedentes de esta información, además desconocemos la asociación que existe entre el apego a esta guía clínica y las complicaciones materno – fetales perinatales.

JUSTIFICACIÓN.

La atención oportuna y de acuerdo a los lineamientos mínimos establecidos en nuestro país es un beneficio que podemos otorgar a la salud de nuestros pacientes, disminuyendo la probabilidad de presentar complicaciones ya identificadas ante la patología que presenta.

Haciendo énfasis en la atención de ruptura prematura de membranas, el poder ofrecer un tratamiento apegado a las guías de atención clínica dará al paciente mayor confianza para someterse al tratamiento electivo requerido; en el caso del servicio de obstetricia, de forma más específica, durante la ruptura prematura de membranas en embarazo pretérmino, se nos presentan opciones y actualizaciones que actualmente se encuentra fuera de las guías de práctica clínica mexicanas, motivo por el cual, existe la probabilidad de que algunos médicos olvidan cumplir lo mínimo necesario o desconocen la Guía de Práctica Clínica, que establece nuestro país.

Por esto, el poder establecer la asociación entre el apego a la guía de práctica clínica para la atención de ruptura prematura de membranas nos permitirá brindar a nuestros médico una evidencia del comportamiento de nuestra población médica con respecto a estas recomendaciones.

OBJETIVOS

Determinar el apego a la “Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de la ruptura prematura de membrana en pretérmino” dentro del servicio de obstetricia del Hospital de Alta Especialidad, en Veracruz, Ver.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de transversal, retrospectivo, observacional y analítico en el periodo de Enero de 2013 a Febrero de 2014 en pacientes embarazadas con ruptura prematura de membranas pretérmino. Se realizó la revisión de los expedientes clínicos de los pacientes que acudieron al servicio de obstetricia. Se seleccionaron los expedientes de aquellas que fueron candidatos para verificar el cumplimiento de los criterios de selección, a continuación, se realizó la captura de la información a partir de un formato diseñado ex profeso para la captura de las variables, se realizó un registro en base de datos excel y sigma stat 3.2.

Los criterios de inclusión utilizados fueron pacientes embarazadas, con edad igual o mayor a 18 años, con diagnóstico de ruptura prematura de membranas; los criterios de exclusión fueron pacientes con embarazo igual o mayor a 37 SDG, con diagnóstico de preeclampsia o diagnóstico de síndrome de HELLP.

Las variables de estudio fueron Apego a la Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de la ruptura prematura de membrana en pretérmino, Complicación materno – fetal, edad, semanas de gestación, tiempo de latencia, antecedentes ginecoobstétricos y semanas de gestación.

Este estudio fue basado en las Buenas Prácticas Clínicas, con las recomendaciones de la declaración de Helsinki última versión (Seúl 2008) y apegado a la Ley General de Salud y al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación; aún cuando por tratarse de un estudio retrospectivo, se considera Investigación sin riesgo.

RESULTADOS

Se realizó una revisión a expedientes de 100 pacientes, quienes cumplieron con los criterios de selección. La edad promedio del grupo de estudio fue de 24.9 desviación estándar (DE) ± 6.1 años, con un promedio de gestas de 2.5 (DE ± 1.4). La mediana de la terminación de embarazo fue de 35.5 SDG con rango de 28 – 36, tanto por FUM como por USG, el periodo de latencia del embarazo fue de 17.7 (DE ± 10.2) horas, cursando con un tiempo de atención hospitalaria a partir de la presencia de ruptura prematura de membranas de 17.7 (DE ± 19.77).

Las pacientes contaron con control prenatal en 55 (55%) casos, las complicaciones que se presentaron en la madre fueron choque hipovolémico secundario a hemorragia obstétrica en 1%, mientras en los neonatos se presentó 1(1%) caso de muerte secundario a dificultad respiratoria por membrana hialina, 21 (21%) casos de bajo peso,

dificultad respiratoria aislada 29(29%) casos, 8 (8%) caso de sepsis neonatal y19 (19%) taquipnea transitoria. El resto de la descripción de variables se resume en la tabla 1.

El cumplimiento de la “Guía de práctica clínica para diagnostico y tratamiento de la ruptura prematura de membrana en pretérmino” no se llevo a cabo al 100% en ninguno de los casos, se estableció el cumplimiento de la norma con una mediana de 76% con un rango del 51% al 85%. Los datos detallados se describen en la tabla 2.

TABLA 2.

| Variab les | Promedio | ± Desviación estándar | Mediana | Rango (máximo – mínimo) |
|---|-----------------|------------------------------|----------------|--------------------------------|
| Edad | 24.9 | 6.1 | 22.5 | 35 – 18 |
| Gesta | 2.5 | 1.4 | 2 | 6 – 1 |
| Aborto | 0.6 | 0.9 | 0 | 3 – 0 |
| Cesárea | 0.6 | 0.84 | 0 | 2 – 0 |
| Parto | 0.3 | 0.4 | 0 | 2 – 0 |
| Semanas de gestación por USG | 31 | 2.9 | 31.5 | 36 – 28 |
| Semanas de gestación por FUM | 31 | 2.9 | 31.5 | 36 – 28 |
| Periodo de latencia (hrs) | 19.1 | 19.24 | 11.5 | 70 – 5 |
| Tiempo transcurrido RPM - atención hospitalaria | 16.3 | 19.68 | 8 | 70 – 5 |

Tabla1. Fuente: Datos de la investigación. Descripción de variables de estudio.

Antecedentes GO de la población

■ minimo ■ Promedio ■ max

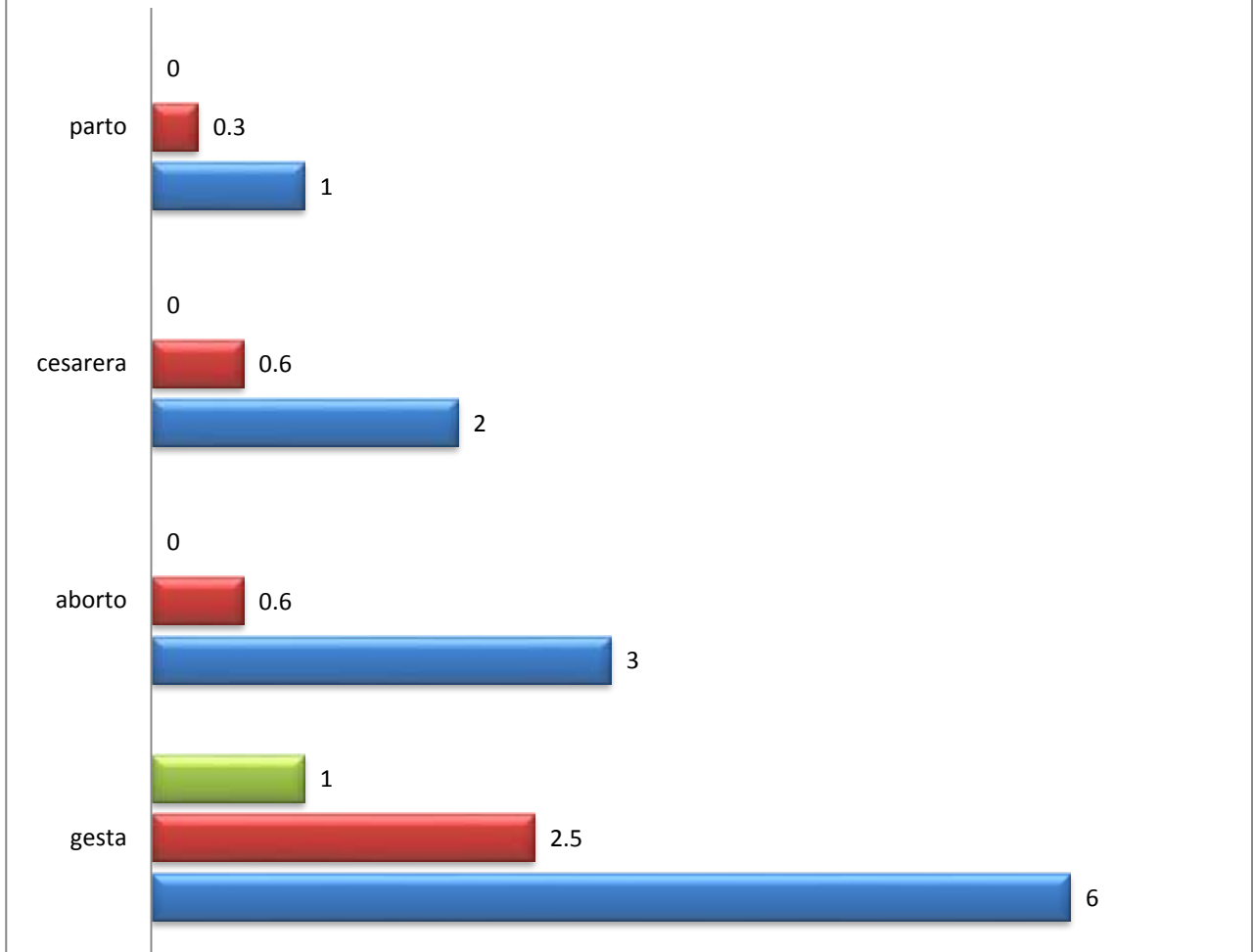


Gráfico1. Antecedentes gineco – obstétricos de la población. Fuente: datos de la investigación

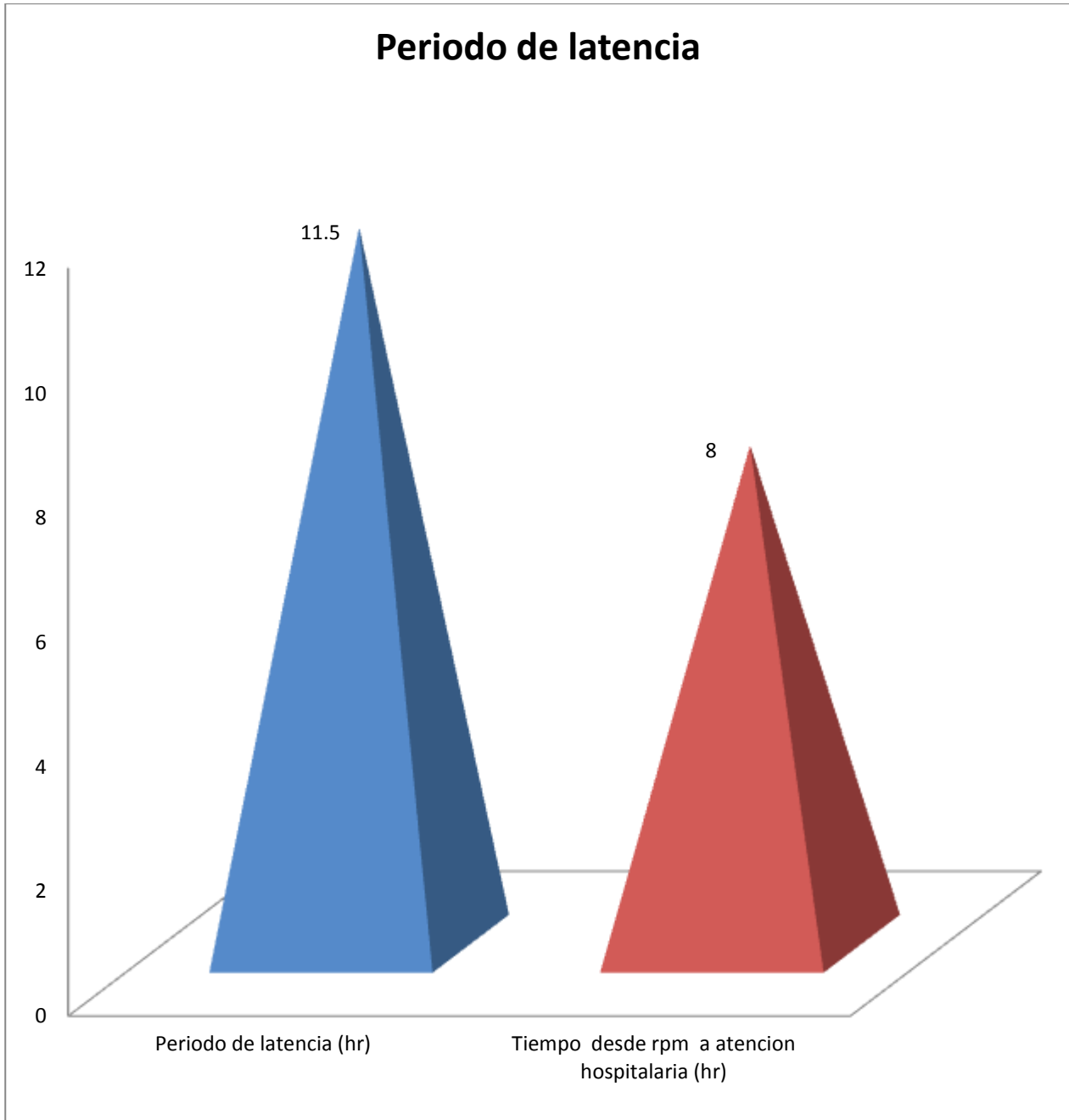


Gráfico2. Periodo de latencia y atención. Fuente: datos de la investigación

Complicaciones Fetales

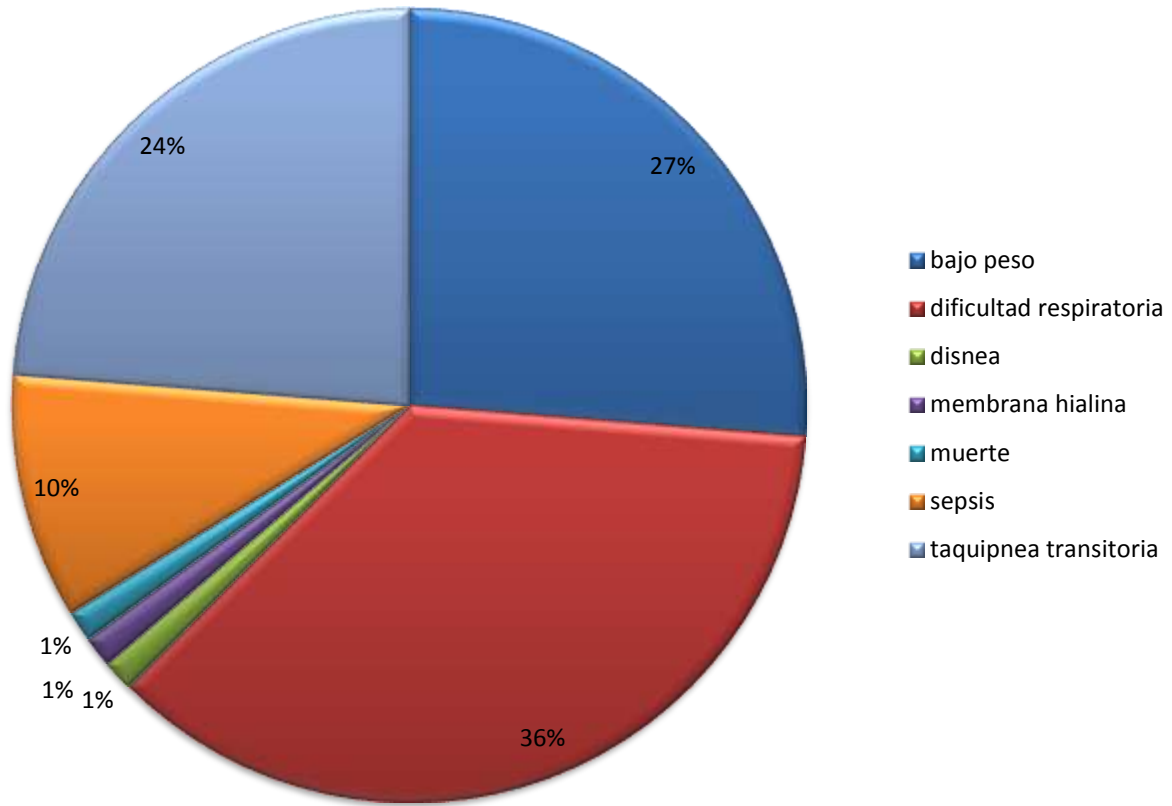


Gráfico3. Complicaciones fetales. Fuente: datos de la investigación

Cumplimiento de la Guía de Practica clínica

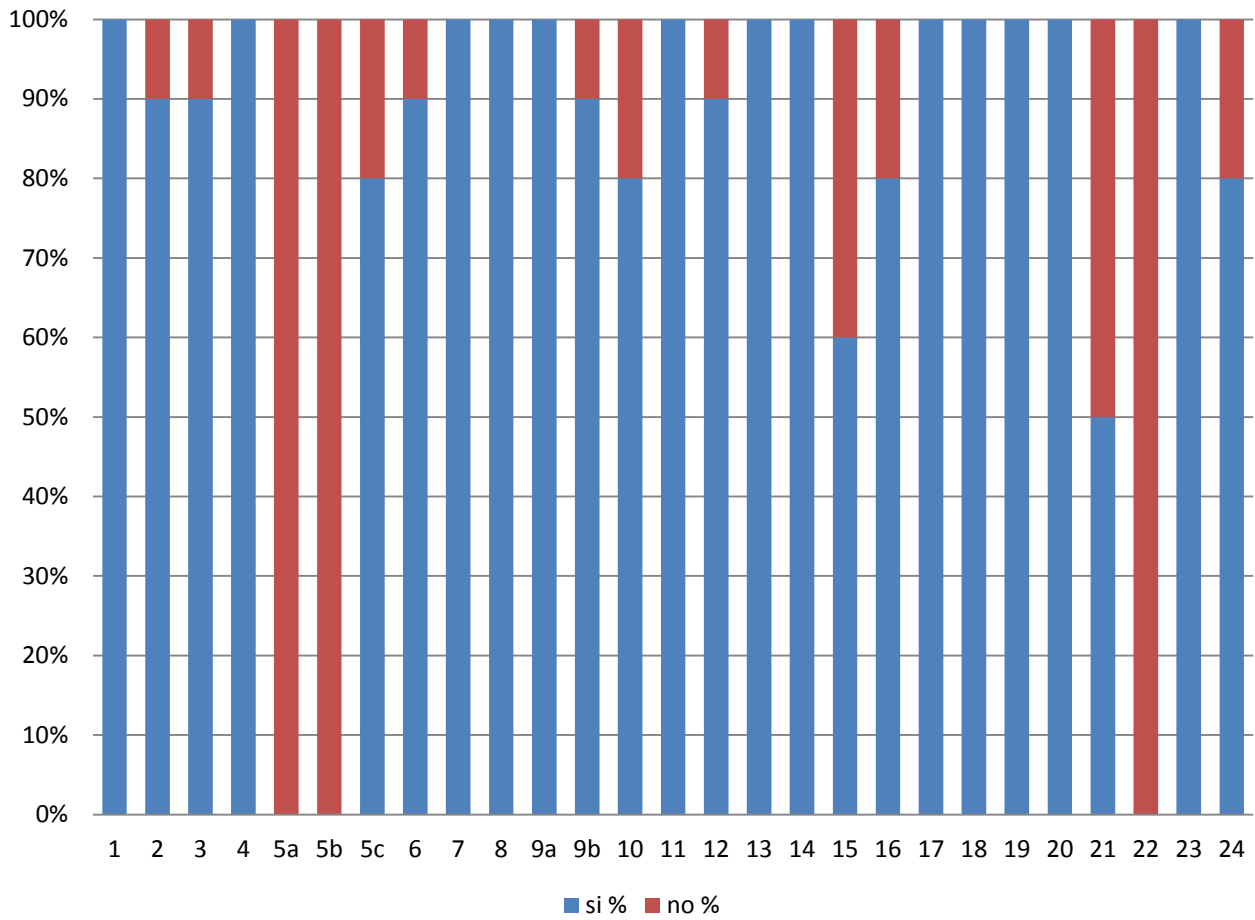


Gráfico4. Evaluación de aplicación de GPC.Fuente: datos de la investigación

DISCUSIÓN

Los resultados de nuestro estudio muestran que no se tiene un apego al 100% con respecto a la “Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de la ruptura prematura de membrana en pretérmino” en nuestra población. Al buscar referencias dentro de la literatura con las palabras “Guía práctica clínica diagnóstico tratamiento de la ruptura prematura de membrana en pretérmino” no se encontraron resultados con los cuales comparar nuestro estudio. Se realizó la búsqueda en la base de datos Pubmed, Scielo, centro Cochrane, base de datos ebscohost, base de datos ovidsp y motores de búsqueda libre.

Llama la atención el no encontrar ningún reporte o artículo con respecto a la aplicación de guía de práctica clínica que fue estudiada ya que esto permitiría evaluar los aspectos en los cuales se cumple con mayor facilidad o bien, los puntos álgidos que no se estén llevando a cabo en su totalidad y así, realizar planes de acción para poder intervenir e incidir con el cumplimiento de la misma.

La población que participo en nuestro estudio registró un promedio de edad de 25 años con rango entre 18 y 34, este grupo de edad es menor a lo registrado por Alfredo Ovalle, quien realizo en el país de Chile un estudio transversal retrospectivo incluyendo a 96 pacientes con ruptura prematura de membranas pretérmino entre el año 1994 al año 2002 en donde se registro una edad materna con un rango entre 17 y 43 años con edad gestacional de 25 a 34 SDG; este último dato, similar a lo obtenido con nuestro estudio. Estos grupos de edad también coinciden con un estudio realizado en el hospital regional del IMSS en la ciudad de Querétaro, en donde se registraron 138 embarazadas con terminación de embarazo de manera previa a las 37 SDG, de la cuales 41% presentaron ruptura de membranas de forma pretermino, registrando valores de edad compatibles con la mencionado en los datos ya mencionados.^{46,47}

El periodo de latencia que se registro en nuestra población, es menor a lo indicado en la literatura; Julio Riveros realizó un estudio transversal retrospectivo en el área de Gineco-obstetricia del Hospital Regional de Caacupé, Paraguay para determinar la prevalencia de RPM, identificado 112 pacientes para su análisis; en él se menciona que las pacientes registraron un periodo de latencia de 24 horas.⁴⁸

Los eventos adversos referidos en la literatura, muestran predominio de dificultad respiratoria en el recién nacido, infección perinatal, y de forma menos frecuente enterocolitis necrosante, compresión de cordón umbilical, oligohidramnios, amnioitis y desprendimiento de placenta; los eventos adversos más comunesson acorde a los presentados por nuestra población, mientras los eventos poco frecuentes no aparecieron.^{7,49,50}

La asociación entre las complicaciones y el cumplimiento de la “Guía de práctica clínica para diagnostico y tratamiento de la ruptura prematura de membrana en pretérmino” no fue viable para calculo de acuerdo a los criterios de nuestro estudio, ya que no se cumple la guía en más de un 80%, mínimo establecido por los investigadores para el cálculo de este parámetro.

CONCLUSIONES

1. Se cumple con apego a la “Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de la ruptura prematura de membrana en pretérmino” en un porcentaje menor a 80%
2. La distribución sociodemográfica de nuestra población de estudio es similar a la reportada en la literatura.
3. Las semanas de gestación de los pacientes con ruptura prematura de membranas pretérmino son similares a las reportadas en la literatura
4. El periodo de latencia de los pacientes de nuestro estudio es similar a lo reportado en la literatura.
5. La asociación entre las complicaciones y el cumplimiento de la “Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de la ruptura prematura de membrana en pretérmino” es indefinido para nuestro estudio.

REFERENCIAS.

1. Koch M, Seltzer P, Pezzini A, Sciangula M. Rotura Prematura De Membranas Revista De Posgrado De La Via Cátedra De Medicina. 2008;182:13-15
2. Cunningham G Et Al. Obstetricia De Williams 2005 Mcgraw-Hill Interamericana Editores S.A. De C.V. Mexico D.F.
3. Romero F, Álvarez G, Ramos J. Manejo De Ruptura Prematura De Membranas Pretérmino. Fecha De Consulta 10 De Enero 2014. Ultima Actualización: Año 2010 [Http://Www.Comego.Org.Mx/Gpc_Textocompleto/7-Manejo%20de%20ruptura%20prematura%20de%20membranas%20pretermino.Pdf](http://Www.Comego.Org.Mx/Gpc_Textocompleto/7-Manejo%20de%20ruptura%20prematura%20de%20membranas%20pretermino.Pdf)
4. López-Osma F, Ordoñez-Sanchez S. Ruptura Prematura De Membranas Fetales: De La Fisiopatología Hacia Los Marcadores Tempranos De La Enfermedad. Revista Colombiana De Obstetricia Y Ginecología 2006;57:279-290
5. Villanueva L, Contreras A, Rosales J. Perfil epidemiológico del parto prematuro. GinecolObstetMex 2008;76:542-8
6. Rivera R.Caba F. Smirnow M. Aguilera J Larraín A. Fisiopatología De La Rotura Prematura De Las Membranas Ovulares En Embarazos De Pretérmino RevChilObstetGinecol 2004;69:249-255
7. Clark E, Vardner M. Impact Of Preterm Prom And Its Complications On Long-Term Infant Outcomes Clinical Obstetrics And Gynecology 2011; 54: 358–369
8. Doren A, Carvajal J. Alternativas De Manejo Expectante De La Rotura Prematura De Membranas Antes De La Viabilidad En Embarazos Únicos RevChilObstetGinecol 2012; 77: 225 - 234
9. El-Lithy A Et Al. Group B Streptococcal Maternal Colonization And Early-Onset Neonatal Disease In Premature Rupture Of Membranes: The Role Of Intrapartum Antibiotic Prophylaxis Evidence Based Women's Health Journal 2013;3: 9-13
10. Kenyon S, Boulvain M, Nilson J. Antibiotics For Preterm Rupture Of Membranes (Review) The Cochrane Library 2007 ; 4: 1-87
11. Singh K, Mercer B. Antibiotics After Preterm Premature Rupture Of The Membranes Clinical Obstetrics And Gynecology 2011; 54: 344–350
12. Diagnóstico y tratamiento de la ruptura prematura de membranas pretermino, México: Secretaria de salud; 2010

13. Morgan F, Factores Sociodemográficos Y Obstétricos Asociados Con Rotura Prematura De Membranas GinecolObstetMex 2008;76(8):468-75

14. Martínez V, Alvarez V. Uso De Antimicrobianos En Pacientes Con Rotura Prematura De Membranas Y Embarazo PretérminoRev Cubana ObstetGinecol 2002;28(2):75-9

15. Ganfong A. et al. Influencia de la rotura prematura de membranas en algunos resultados perinatales. Rev Cubana ObstetGinecol 2007;33:1-8

1.

ANEXOS

| Recomendaciones de la Guía de Práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de la ruptura prematura de membranas pretérmino, | Cumple | No Cumple |
|--|---------------|---------------|
| 1. El diagnóstico se realizó por historia clínica, observación de salida de líquido amniótico por el canal cervical con especuloscopia, cristalografía o nitrazina. | 100 (100%) | 0 (0%) |
| 2. Se deben evitar tactos vaginales cuando se sospecha ruptura prematura de membranas. | 90 (90%) | 10 (10%) |
| 3. Si la paciente presentó RPMP antes de las 32 SDG se maneja de forma expectante. | 90 (90%) | 10 (10%) |
| 4. Se realizó ultrasonido durante su valoración. | 100 (100%) | 0 (0%) |
| 5a. Al ingreso de la paciente, se realizaron cultivos para estreptococo del grupo B, si no han sido tomados en las últimas 6 semanas.. | 0 (0%) | 100 (100%) |
| 5b. Al ingreso de la paciente, se realizaron cultivos <i>Chlamydia trachomatis</i> y <i>Neisseria gonorrhoeae</i> . | 0 (0%) | 100 (100%) |
| 5c. Se determinó la necesidad de establecer manejo antibiótico | 80 (80%) | 20 (20%) |
| 6. Se documentó el bienestar fetal y realizar la vigilancia materno-fetal diaria. | 90 (90%) | 10 (10%) |
| 7. Las pacientes en trabajo de parto con evidencia de corioamniotitis, compromiso fetal, muerte fetal, DPP-NI >34 semanas de gestación se les indicó inmediato término del embarazo. | 100 (100%) | 0 (0%) |
| 8. La paciente permaneció hospitalizada en reposo y no se realizaron tactos vaginales hasta el trabajo de parto. | 100 (100%) | 0 (0%) |
| 9a. Se inició antibioticoterapia y un curso único de esteroides. | 100 (100%) | 0 (0%) |
| 9b. Se efectuó vigilancia materna y fetal diaria. | 90 (90%) | 10 (10%) |
| 10. En pacientes entre 32 y 33 semanas de gestación con ruptura prematura de membranas, se indicó la interrupción del embarazo si se documenta madurez pulmonar fetal. | 80 (80%) | 20 (20%) |
| 11. Interrupción del embarazo cuando la ruptura prematura de membranas ocurre después de las 34 semanas de gestación. | 100 (100%) | 0 (0%) |
| 12. No se utilizó tocolítico | 90 (90%) | 10 (10%) |
| 13. Se utilizó un curso único de esteroides para maduración pulmonar | 100 (100%) | 0 (0%) |
| 14. Se utilizó profilaxis antibiótica intravenosa ampicilina – eritromicina por 48 horas y posteriormente 5 días de amoxicilina-eritromicina. | 100 (100%) | 0 (0%) |
| 15. Se aplicó tratamiento intraparto profiláctico con penicilina. | 60 (60%) | 40 (40%) |
| 16. La paciente con RPMP remota fue manejada vía hospitalaria, no en domicilio. | 80 (80%) | 20 (20%) |
| 17. En embarazos mayores de 34 semanas se interrumpió el embarazo | 100 (100%) | 0 (0%) |
| 18. Si se aplicó cerclaje, se realizó valoración al retiro de este para terminar el embarazo, independiente a las semanas de gestación. | 100 (100%) | 0 (0%) |
| 19. En pacientes con Herpes, se consideró el tratamiento con aciclovir en las pacientes con infección activa y otorgar un manejo expectante, | 100 (100%) | 0 (0%) |
| 20. El parto por cesárea se recomendó si la paciente tiene VIH con una carga viral mayor de 1,000 copias. | 100 (100%) | 0 (0%) |
| 21. Si la paciente resultó VIH positiva, recibió tratamiento antiviral | 50 (50%) | 50 (50%) |
| 22. La infusión con AZT se aplicó al inicio del trabajo de parto o ruptura de las membranas y/o por lo menos 3 horas antes de la operación cesárea | 0 (0%) | 100 (100%) |
| 23. En embarazos previables, se realizó interrupción del embarazo | 90 (90%) | 10 (10%) |
| 24. Se evitó el uso de amnioinfusión y selladores. | 80 (80%) | 20 (20%) |

Tabla 2. Fuente: Datos de la investigación. Descripción de criterios cumplidos en la "Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de la ruptura prematura de membrana en pretérmino"



**SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD
DE VERACRUZ
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN**

AUTORIZACIÓN DE TESIS DE ESPECIALIDAD

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: “Apego a Guía de práctica clínica en pacientes con ruptura prematura de membrana en pretérmino:

NOMBRE DEL INVESTIGADOR:

DR. ERIC NAVARRETE GUZMAN FIRMA: _____

NOMBRE DEL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION

DR. VERONICA MONTES MARTINEZ FIRMA: _____



**SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD
DE VERACRUZ
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN**

AUTORIZACIÓN DE TESIS DE ESPECIALIDAD

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: "Apego a Guía de práctica clínica en pacientes con ruptura prematura de membrana en pretérmino:

NOMBRE DEL INVESTIGADOR:

DR. ERIC NAVARRETE GUZMAN FIRMA: _____

NOMBRE DEL DIRECTOR DEL PROYECTO:

DR. DARIO ZAVALA GARCIA FIRMA: _____

NOMBRE DEL DIRECTOR METODOLÓGICO:

M. EN C. MARÍA ESTRELLA FLORES COLLINS FIRMA: _____

NOMBRE DEL JEFE DE SERVICIO

DR. AVELINO GUARDADO SANCHEZ FIRMA: _____

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE
ENSEÑANZA

DIRECTOR GENERAL

DRA. AMPARO SAUCEDO AMEZCUA

DR. RAFAEL DE JESUS PICAZO
FIGUEROA



**SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD
DE VERACRUZ
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN**

H. Veracruz, Ver, a 04 de MARZO del año 2013

DR. Dario Zavaleta Garcia

ASUNTO: Dirección de Tesis de Posgrado

Me permito solicitar a usted la Asesoría y Dirección del trabajo de investigación que deseo abordar, misma que servirá de base para la preparación de mi Tesis Recepcional, además de ser requisito indispensable para la titulación como medico especialista en Ginecología y Obstetricia

Titulo del Proyecto“Apego a Guía de práctica clínica en pacientes con ruptura prematura de membrana en pretérmino:

Por lo antes expuesto, si no tiene inconveniente, acepte nuestra petición con el fin de dar inicio y presentarla en los tiempos establecidos. Agradeciendo de antemano su atención y apoyo para la realización de este Trabajo.

ATENTAMENTE

Dr. Eric Navarrete Guzmán



**SERVICIOS DE SALUD DE VERACRUZ
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD
DE VERACRUZ
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN**

H. Veracruz, Ver, a 04 de MARZO del año 2013

M en C María Estrella Flores Collins

ASUNTO: Dirección de Tesis de Posgrado

Me permito solicitar a usted la Asesoría y Dirección del trabajo de investigación que deseo abordar, misma que servirá de base para la preparación de mi Tesis Recepcional, además de ser requisito indispensable para la titulación como médico especialista en Ginecología y Obstetricia

Titulo del Proyecto: “Apego a Guía de práctica clínica en pacientes con ruptura prematura de membrana en pretérmino:

Por lo antes expuesto, si no tiene inconveniente, acepte nuestra petición con el fin de dar inicio y presentarla en los tiempos establecidos. Agradeciendo de antemano su atención y apoyo para la realización de este Trabajo.

ATENTAMENTE

Dr Eric Navarrete Guzmán