

## RECOMENDACIÓN 4

### BÚSQUEDA Y SÍNTESIS DE EVIDENCIA DE EFECTOS DESEABLES E INDESEABLES Guía de Práctica Clínica Prevención del Parto Prematuro- 2017

#### **PREGUNTA 4.- INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO VERSUS MANEJO EXPECTANTE PARA MUJERES EMBARAZADAS DE PRETÉRMINO CON MENOS DE 37 SEMANAS**

Pregunta solicitada: En embarazadas con ruptura prematura de membranas (RPM) entre 34+0 a 36+6 semanas de edad gestacional, ¿Se debe interrumpir el embarazo a las 34+0 semanas, en comparación a un manejo expectante?

#### **BÚSQUEDA DE LA EVIDENCIA**

Se realizó una búsqueda general de revisiones sistemáticas asociadas al tema de “Preterm labour and delivery”. Las bases de datos utilizadas fueron: Cochrane database of systematic reviews (CDSR); Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE); HTA Database; PubMed; LILACS; CINAHL; PsychINFO; EMBASE; EPPI-Centre Evidence Library; 3ie Systematic Reviews and Policy Briefs Campbell Library; Clinical Evidence; SUPPORT Summaries; WHO institutional Repository for information Sharing; NICE public health guidelines and systematic reviews; ACP Journal Club; Evidencias en Pediatría; y The JBI Database of Systematic Reviews and implementation Reports. No se aplicaron restricciones en base al idioma o estado de publicación. Dos revisores de manera independiente realizaron la selección de los títulos y los resúmenes, la evaluación del texto completo y la extracción de datos. Un investigador experimentado resolvió cualquier discrepancia entre los distintos revisores. En caso de considerarse necesario, se integraron estudios primarios.

Seleccionadas las revisiones sistemáticas o estudios primarios asociadas a la temática, se clasificaron en función de las potenciales preguntas a las que daban respuesta. Los resultados se encuentran alojadas en la plataforma Living Overview of the Evidence (L-OVE). Por lo tanto, al momento de definir la pregunta, la evidencia ya se encontraba clasificada según intervenciones que comparadas.

## SÍNTESIS DE LA EVIDENCIA

### Análisis de los componentes de la pregunta en formato PICO

**Población**

Embarazadas con ruptura de membranas de pretérmino con menos de 37 semanas de gestación

**Intervención**

Interrupción del embarazo

**Comparación**

Manejo expectante

**Desenlace (outcome)**

Infección/sepsis neonatal, síndrome de dificultad respiratoria neonatal, mortalidad perinatal, prolapso de cordón, enterocolitis necrotizante, corioamnionitis, endometritis, hospitalización materna

### Resumen de la evidencia identificada

Se identificaron dos revisiones sistemáticas [1-2] que incluyen 12 ensayos aleatorizados [3-14].

### Tabla resumen de la evidencia identificada

Revisión Sistemática	2 [1,2]
Estudios primarios	12 (ensayos aleatorizados) [3-14]

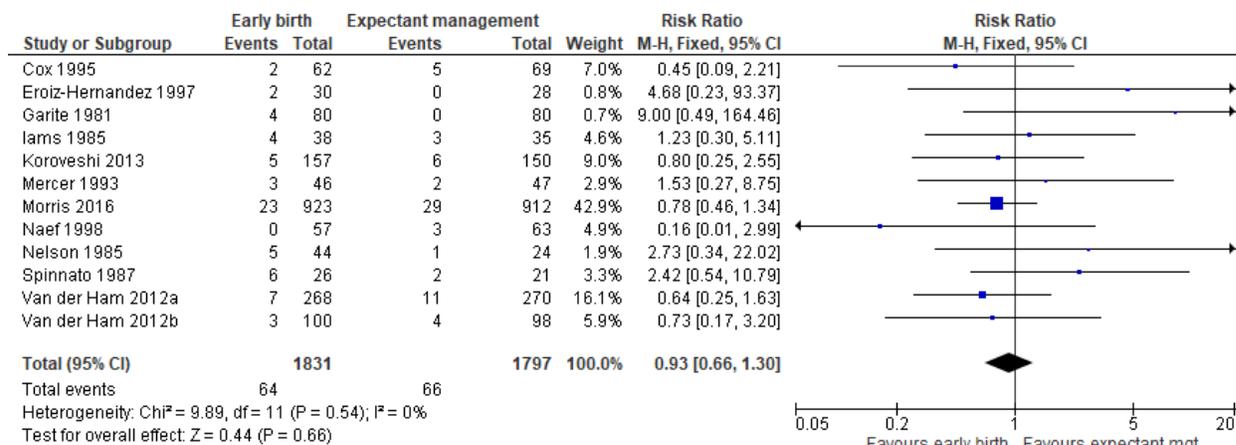
Ver [Link a la pregunta en L-OVE](#)

### Estimador del efecto

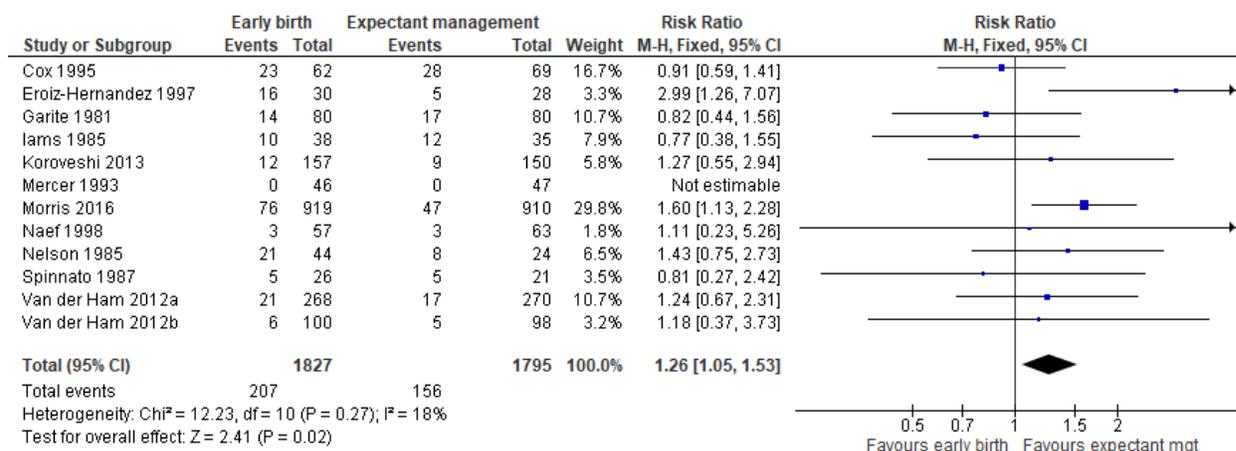
Se realizó un análisis de la matriz de evidencia ([Interrupción del embarazo versus manejo expectante para embarazadas con ruptura de membranas de pretérmino](#)). Considerando que una revisión sistemática incluye el total de los ensayos, y que ésta cumple con los criterios de confiabilidad y actualización, se utilizaron los estimadores del efecto reportados en ella para la elaboración de la tabla de resumen de resultados.

## Metanálisis

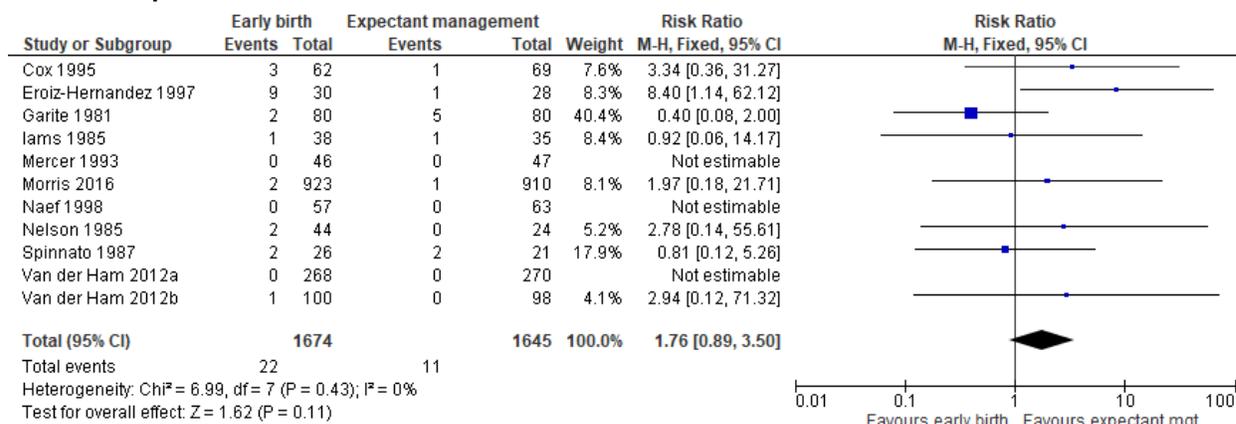
### Infección/sepsis neonatal



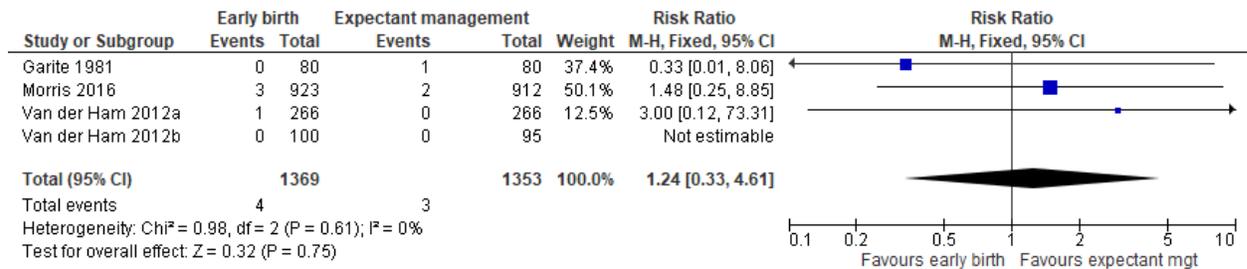
### Síndrome de dificultad respiratoria neonatal



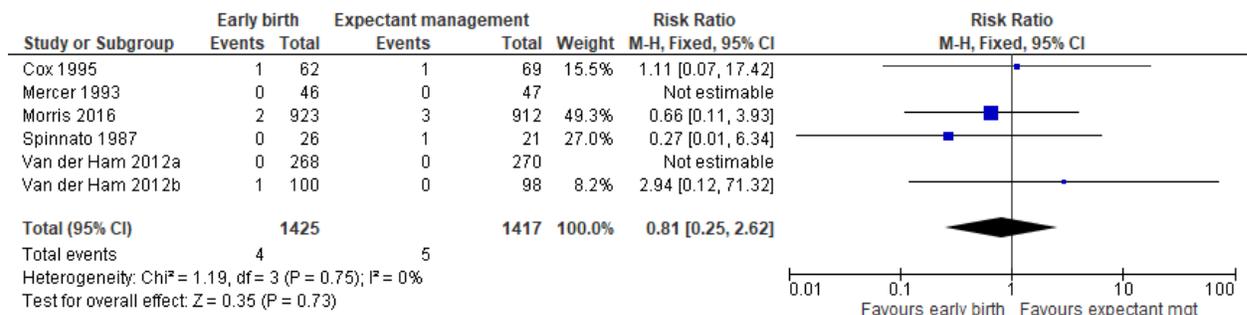
### Mortalidad perinatal



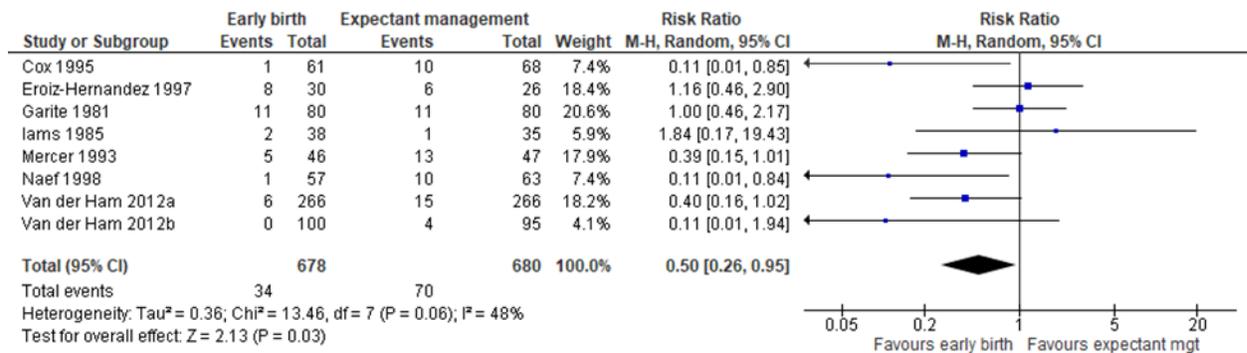
## Prolapso de cordón



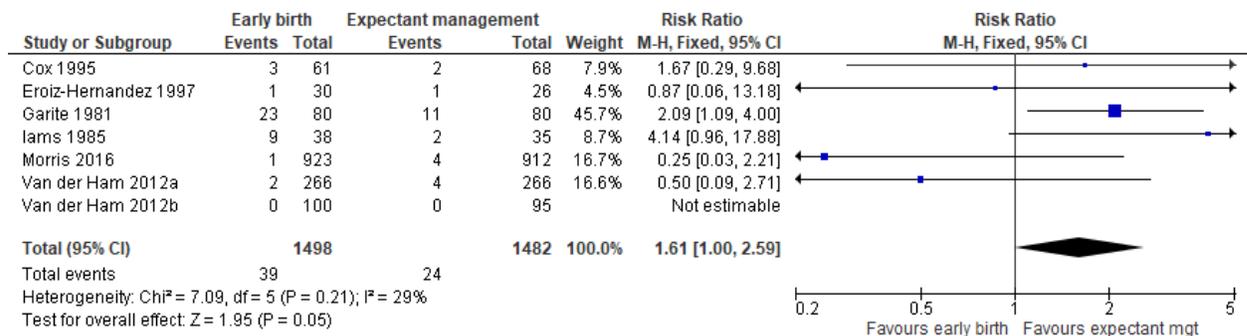
## Enterocolitis necrotizante



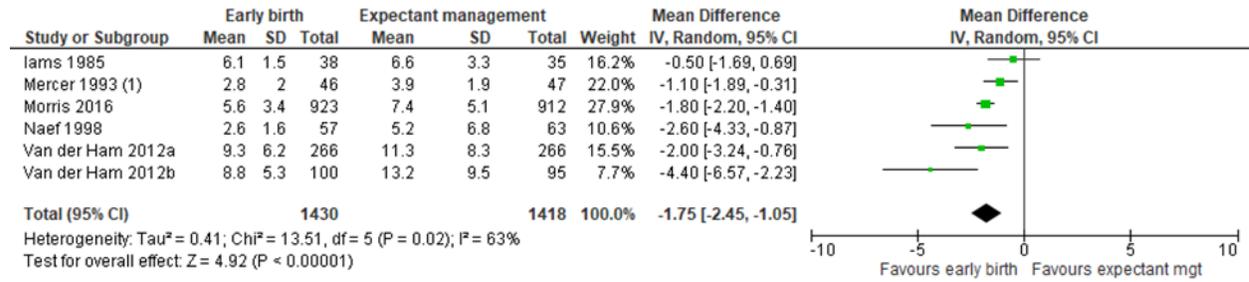
## Corioamnionitis



## Endometritis



## Hospitalización materna



### Footnotes

(1) Additional information obtained from conference proceedings of trial Mercer 1993a

Tabla de Resumen de Resultados (Summary of Findings)

Interrupción del embarazo versus manejo expectante en RPM de menos de 37 semanas						
<b>Pacientes</b>	Mujeres embarazadas con ruptura de membranas de pretérmino con menos de 37 semanas					
<b>Intervención</b>	Interrupción del embarazo					
<b>Comparación</b>	Manejo expectante					
Desenlaces	Efecto relativo (IC 95%)	Efecto absoluto estimado*			Certeza de la evidencia (GRADE)	Mensajes clave en términos sencillos
		CON Manejo expectante	CON Interrupción del embarazo	Diferencia (IC 95%)		
<b>Infección / sepsis neonatal</b>	<b>RR 0,93 (0,66 a 1,30)</b> (12 ensayos/3628 pacientes) [3-14]	37 por 1000	34 por 1000	Diferencia: 3 pacientes menos por 1000 (11 más a 12 menos)	⊕⊕⊕○ <sup>1</sup> Moderada	Probablemente no hay diferencias en el riesgo de infección/sepsis neonatal entre la interrupción del embarazo y el manejo expectante.
<b>Síndrome de dificultad respiratoria</b>	<b>RR 1,26 (1,05 a 1,53)</b> (12 ensayos / 3622 pacientes) [3-14]	87 por 1000	110 por 1000	Diferencia: 23 pacientes más por 1000 (4 a 46 más)	⊕⊕⊕⊕ Alta	La interrupción del embarazo se asocia a un mayor riesgo de síndrome de dificultad respiratoria que el manejo expectante
<b>Mortalidad perinatal</b>	<b>RR 1,76 (0,89 a 3,5)</b> (11 ensayos / 3319 pacientes) [3-13]	7 por 1000	12 por 1000	Diferencia: 5 pacientes más por 1000 (1 a 17 más)	⊕⊕⊕○ <sup>1</sup> Moderada	Probablemente la interrupción del embarazo se asocia a un leve aumento de la mortalidad perinatal en comparación con el manejo expectante
<b>Prolapso de cordón</b>	<b>RR 1,24 (0,33 a 4,61)</b> (4 ensayos / 2722 pacientes) [3,8,10,12]	2 por 1000	3 por 1000	Diferencia: 1 paciente más por 1000 (1 menos a 8 más)	⊕⊕⊕○ <sup>1</sup> Moderada	Probablemente no hay diferencias en el riesgo de prolapso de cordón entre la interrupción del embarazo y el manejo expectante.
<b>Enterocolitis necrotizante</b>	<b>RR 0,81 (0,25 a 2,62)</b> (6 ensayos / 2842 pacientes) [3,5,8,9,11,12]	4 por 1000	3 por 1000	Diferencia: 1 paciente menos por 1000 (3 menos a 6 más)	⊕⊕⊕○ <sup>1</sup> Moderada	Probablemente no hay diferencias en el riesgo de enterocolitis necrotizante entre la interrupción del embarazo y el manejo expectante.
<b>Corio-amnionitis</b>	<b>RR 0,5 (0,26 a 0,95)</b> (8 ensayos / 1358 pacientes) [3-10]	103 por 1000	51 por 1000	Diferencia: 52 pacientes menos por 1000 (5 a 76 menos)	⊕⊕⊕○ <sup>3</sup> Moderada	Probablemente la interrupción del embarazo se asocia a un menor riesgo de corioamnionitis en comparación con el manejo expectante.
<b>Endometritis</b>	<b>RR 1,61 (1,00 2,59)</b> (7 ensayos / 2980 pacientes) [3,5-8,10,12]	16 por 1000	26 por 1000	Diferencia: 10 pacientes más por 1000 (0 a 26 más)	⊕⊕⊕○ <sup>1</sup> Moderada	Probablemente la interrupción del embarazo se asocia a un riesgo algo mayor de endometritis en comparación con el manejo expectante

Continúa la tabla

<b>Hospitalización materna (duración en días)</b>	-- (6 ensayos/2848 pacientes) [3,4,6,8-9,12]	8 días	6,25 días	DM: 1,75 días menos (1,05 a 2,45 días menos)	⊕⊕⊕○ <sup>3</sup> Moderada	Probablemente la interrupción del embarazo se asocia a una menor duración de la hospitalización materna en comparación con el manejo expectante
---	--	--------	-----------	---	-------------------------------	---

IC: Intervalo de confianza del 95%.

RR: Riesgo relativo.

DM: Diferencia de medias

GRADE: grados de evidencia del GRADE Working Group

\*Los riesgos **CON manejo expectante** están basados en los riesgos del grupo control en los ensayos. El riesgo **CON interrupción del embarazo** (y su intervalo de confianza) está calculado a partir del efecto relativo (y su intervalo de confianza). En el desenlace hospitalización materna, los días de hospitalización **CON manejo expectante** están calculados a partir del promedio aproximado del grupo control en los ensayos. El riesgo **CON interrupción del embarazo** (y su intervalo de confianza) está calculado a partir de la diferencia de medias (y su intervalo de confianza).

<sup>1</sup> Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por imprecisión porque a cada extremo del intervalo de confianza pudiese llevar a decisiones parcialmente diferentes

<sup>2</sup> Se disminuyó dos niveles de certeza de evidencia por imprecisión ya que abordaba extremos muy opuestos

<sup>3</sup> Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por inconsistencia evidenciada en test I<sup>2</sup>

**Fecha de elaboración de la tabla:** 26/10/2017

## Referencias

1. Bond DM, Middleton P, Levett KM, van der Ham DP, Crowther CA, Buchanan SL, Morris J. Planned early birth versus expectant management for women with preterm prelabour rupture of membranes prior to 37 weeks' gestation for improving pregnancy outcome. The Cochrane database of systematic reviews. 2017;3:CD004735.
2. Téllez G, Diego A, Ramírez F, Santiago, Parada B, Nathalia S, Fernández-Niño, Julián A. Induction of labor versus expectant management in patients with preterm premature rupture of membranes: a systematic review and meta-analysis. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud. 2017;49:45-55.
3. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Management of late-preterm premature rupture of membranes: the PPROMEXIL-2 trial. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2012;207(4):e1-10.
4. Naef RW, Allbert JR, Ross EL, Weber BM, Martin RW, Morrison JC. Premature rupture of membranes at 34 to 37 weeks' gestation: aggressive versus conservative management. American journal of obstetrics and gynecology. 1998;178(1 Pt 1):126-30.
5. Cox SM, Leveno KJ. Intentional delivery versus expectant management with preterm ruptured membranes at 30-34 weeks' gestation. Obstetrics and gynecology. 1996;86(6):875-9.
6. Iams JD, Talbert ML, Barrows H, Sachs L. Management of preterm prematurely ruptured membranes: a prospective randomized comparison of observation versus use of steroids and timed delivery. American journal of obstetrics and gynecology. 1985;151(1):32-8.
7. Eroiz-Hernández J, Trejo-Acuña MA, Alvarez-Tarín MH. [Conservative management of premature membrane rupture in pregnancy of 28-34 weeks. Aleatory clinical trial]. Ginecología y obstetricia de Mexico. 1997;65:43-7.
8. van der Ham DP, Nijhuis JG, Mol BW, van Beek JJ, Opmeer BC, Bijlenga D, Groenewout M, Arabin B, Bloemenkamp KW, van Wijngaarden WJ, Wouters MG, Pernet PJ, Porath MM, Molkenboer JF, Derks JB, Kars MM, Scheepers HC, Weinans MJ, Woiski MD, Wildschut HI, Willekes C. Induction of labour versus expectant management in women with preterm prelabour rupture of membranes between 34 and 37 weeks (the PPROMEXIL-trial). BMC pregnancy and childbirth. 2007;7:11.

9. Mercer BM, Crocker LG, Boe NM, Sibai BM. Induction versus expectant management in premature rupture of the membranes with mature amniotic fluid at 32 to 36 weeks: a randomized trial. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1993;169(4):775-82.
10. Garite TJ, Freeman RK, Linzey EM, Braly PS, Dorchester WL. Prospective randomized study of corticosteroids in the management of premature rupture of the membranes and the premature gestation. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1981;141(5):508-15.
11. Spinnato JA, Shaver DC, Bray EM, Lipshitz J. Preterm premature rupture of the membranes with fetal pulmonary maturity present: a prospective study. *Obstetrics and gynecology*. 1987;69(2):196-201.
12. Morris JM, Roberts CL, Bowen JR, Patterson JA, Bond DM, Algert CS, Thornton JG, Crowther CA, PPRMT Collaboration. Immediate delivery compared with expectant management after preterm pre-labour rupture of the membranes close to term (PPROMT trial): a randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*. 2016;387(10017):444-52.
13. Nelson LH, Meis PJ, Hatjis CG, Ernest JM, Dillard R, Schey HM. Premature rupture of membranes: a prospective, randomized evaluation of steroids, latent phase, and expectant management. *Obstetrics and gynecology*. 1985;66(1):55-8.
14. Korovesi G, Qirko R, Korovesi E, Kuli G, Kodra N, Nurce A. Incidence of sepsis in late preterm babies born from pregnancies complicated with premature preterm rupture of membranes. *Journal of Perinatal Medicine*. 2013;41(Suppl 1):Abstract 622.