

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Rotura prematura de membranas pretérmino: Manejo Ambulatorio

NOVEDADES DESDE LA VERSIÓN ANTERIOR

- Se revisa circuito añadiendo la opción de realizar controles analíticos domiciliarios por personal del Centro de Salud de referencia.
- Revisión de resultados por obstetra de la planta que generará nueva petición.
- Realizar cultivos vaginal y endocervical cada 5 semanas.
- Reingreso para finalizar gestación: urgente si complicaciones o electivo en semana 34-35, recordando ajustar finalización de tratamientos previos (AAS, HBPM..).

INDICE

1. Introducción
2. Manejo en urgencias de la Rotura Prematura de Membranas pretérmino (RPMP)
3. Manejo hospitalario de la RPMP
4. Manejo ambulatorio de la RPMP
 - A) Criterios de inclusión
 - B) Criterios de exclusión
 - C) Control ambulatorio
5. Reingreso y finalización de la gestación
6. Bibliografía.

1. INTRODUCCIÓN

La rotura prematura de membranas (RPM) definida como la pérdida de integridad de las membranas amnióticas más de una hora antes del trabajo de parto, provoca la comunicación de la cavidad amniótica con el canal endocervical y la vagina, con la consiguiente salida de líquido amniótico.

Por otra parte, catalogaremos la RPM en base a la edad gestacional en la que se produzca:

- **RPM a término: $\geq 37^{+0}$ semanas de gestación (SG)**

Inicio de parto espontáneo en torno al 70% en las primeras 24 horas y de hasta el 95% de los casos a los 3 días.8

- **RPM pretérmino: < 37 SG**

Inicio del parto en la mayoría de los casos en más de una semana desde la amniorrexis (más tiempo a menor edad gestacional).

- **RPM pretérmino antes de viabilidad fetal: hasta la semana 22^{+6} (incluida)**

Centrándonos en la RPM pretérmino (RPMP), las posibles complicaciones derivadas de este hecho producen una alta morbilidad perinatal: desencadenamiento del parto pretérmino en las siguientes semanas (50-75% en una semana), hipoplasia pulmonar fetal (por debajo de 24 SG varía entre 2-20% siendo menos frecuente por encima de las 26 SG), deformidades de los miembros fetales (entre 1,5-38%), compresión del cordón umbilical, corioamnionitis, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI) (el riesgo se correlaciona con la edad gestacional, entre 40-50% en RPMP<20 SG y del 17% en las 20-24 SG), muerte fetal anteparto (al igual que el abruptio, está inversamente relacionado con la edad gestacional, con una prevalencia del 33% por debajo de las 20 semanas de gestación y del 20% por debajo de la semana 24) e infección puerperal. Además, aumentan las complicaciones maternas como la tasa de cesáreas o la endometritis.

El manejo expectante con atención ambulatoria puede ser apropiado en ausencia de factores de riesgo, mejorando el bienestar de las gestantes y reduciendo costes sanitarios. La prolongación del período de latencia entre la RPM y el trabajo de parto no siempre es factible y además en la actualidad no existen guías sobre el manejo ambulatorio u hospitalario de esta entidad. No obstante, en los últimos años algunos centros han evaluado la gestión de la atención ambulatoria en RPM y han sugerido que es una opción aceptable con resultados maternos y neonatales comparables. Por contra, esos estudios retrospectivos tenían limitaciones, como el pequeño tamaño muestral, la comparación de la atención dentro del mismo centro, sesgo de selección y/o falta de aleatorización.

Ante el diagnóstico de RPM pretérmino, el manejo inicial es el ingreso hospitalario e iniciar tratamiento vigilando evolución. Es necesario dar a conocer el pronóstico fetal, si es preciso, en presencia de neonatólogos; y en aquellos casos en los que el feto pueda nacer con graves taras físicas y psíquicas, se debe informar a los padres y asesorar sobre el derecho de solicitar una interrupción voluntaria del embarazo.

2. MANEJO EN URGENCIAS DE LA RPMP

A) Diagnóstico: ver protocolo específico

Se debe evitar el tacto vaginal: disminuye el tiempo de latencia al parto y aumenta el riesgo de infección intrauterina. Sólo estaría indicado realizarlo en caso de trabajo de parto o finalización.

B) Valoración de la gestante y pruebas complementarias

- Confirmar edad gestacional.
- Constantes: Tensión arterial y temperatura.
- Hemograma, estudio básico de coagulación y bioquímica con Proteína C Reactiva (PCR).
- Urocultivo.
- Cultivos: Se tomará una muestra endocervical (*Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*), una muestra exudado vaginal (*Mycoplasma hominis*, *Escherichia coli*, *Ureaplasma urealyticum* y *Gardnerella vaginalis*) y exudado vagino-rectal para SGB. Cada uno de ellas en medio de transporte normal (hisopo con “tapón naranja”).
 - Registro Cardiotocográfico (RCTG) previo al ingreso: valorar dinámica uterina y FCF

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Rotura prematura de membranas pretérmino: Manejo Ambulatorio

- Cervicometría.
- Ecografía obstétrica básica: Valorar vitalidad fetal, presentación/estática y evaluación de cantidad de líquido amniótico con la medición del Índice de Líquido Amniótico (ILA) o la Columna Vertical Máxima (CVM). También se realizará Peso Fetal Estimado (PFE) en aquellos casos donde no se tuviera una estimación reciente (en las dos últimas semanas aproximadamente).

3. MANEJO HOSPITALARIO DE LA RPMP

- Necesidad de reposo relativo: individualizar indicación según el contexto de la paciente teniendo en cuenta cervicometría al ingreso.
- Control de constantes por turno.
- RCTG diario de una duración aproximada de 20 a 40 minutos.
- Hemograma y PCR (perfil bioquímico “RPM pretérmino” de nuestro hospital) cada 24 horas durante los primeros 7 días de ingreso y posteriormente cada Lunes – Miércoles – Viernes.
- Corticoterapia para maduración pulmonar fetal y antibioterapia: [ver protocolo específico](#) Recordar que la administración de corticoides conlleva un aumento de la leucocitosis en los 5-7 días siguientes a su administración y una disminución de la variabilidad en el RCTG sin que estos factores traduzcan necesariamente un cuadro séptico o de pérdida del bienestar fetal.
- Neuroprotección fetal con sulfato de magnesio si precisa: [ver protocolo específico](#)
- Tocolisis según protocolo específico en casos seleccionados que puedan aportar un beneficio (parto inminente en ausencia de infección para poder administrar corticoterapia)
- Anticoagulación con Heparina de Bajo Peso Molecular (HBPM) a partir del tercer día de ingreso si factores de riesgo trombótico: [ver protocolo específico](#)

4. MANEJO AMBULATORIO DE LA RPMP

Tras un mínimo de 7 días de seguimiento estrecho hospitalario, en aquellas gestantes en las que no se evidencien signos de infección o cualquier otra complicación, siendo informada del procedimiento y tras firmar consentimiento informado, se procederá al alta hospitalaria para control ambulatorio.

A) Criterios de inclusión

- Se considerarán candidatas a manejo ambulatorio aquellas pacientes con edad gestacional comprendida desde la semana 24 hasta la semana 31+6.
- Consentimiento informado firmado (disponible en Diraya).
- Domicilio a menos de 45 minutos del Hospital Materno Infantil.
- Pacientes con situación socio-personal favorable que les permita responsabilizarse del control domiciliario, así como la asistencia periódica a nuestro hospital.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Rotura prematura de membranas pretérmino: Manejo Ambulatorio

- Contacto telefónico posible. Dispondrá del número de teléfono de la consulta médica de la 3ª planta (Obstetricia) del Hospital Materno Infantil durante horario de mañanas y para el resto de día, busca de equipo de ginecología de guardia (teléfonos adjuntos en Hoja informativa).
- No será criterio necesario la presencia de factores protectores para el manejo ambulatorio de la RPM pretérmino: cantidad de líquido amniótico por encima del mínimo inferior de la normalidad (ILA ≥ 5 ó CVM ≥ 2 cm), cultivos negativos y no acortamiento de cérvix en cervicometría previo alta con respecto a la del ingreso.

- No se tendrá en cuenta la presentación fetal

B) Criterios de exclusión

- No cumplimiento de los criterios de inclusión
- Trabajo de parto pretérmino
- Sospecha de infección (fiebre materna $\geq 38^{\circ}\text{C}$, dolor uterino a la palpación, taquicardia fetal >160 lpm y mal olor del líquido amniótico).
- Sospecha de cualquier complicación obstétrica que contraindique el alta (DPPNI, metrorragia...).
- No será criterio de exclusión aquella paciente con diabetes gestacional bien controlada hasta la fecha y durante ingreso, ni pacientes con preeclampsia y buen control tensional con medidas higiénico-dietéticas y/o tratamiento antihipertensivo.

C) Control ambulatorio

- Recomendaciones:
 - Reposo relativo.
 - Evitar el coito.
 - Control de temperatura cada 12 horas.
- Control analítico (hemograma + PCR) dos veces en semana (martes y jueves o miércoles y viernes):
 - Se contactará con enfermera del área de referencia para extracción sanguínea domiciliar y/o con matrona para realizar analítica dos veces por semana y auscultación fetal cada dos semanas (se alternará con los controles ecográficos en planta de tal manera que semanalmente se compruebe vitalidad fetal).
 - Los resultados serán valorados por el obstetra de la planta al final de la mañana y generará la nueva petición analítica a través de la “cama de hospitalización domiciliar” en Diraya. Incluir controles correspondientes según edad gestacional (O’Sullivan, test de Coombs indirecto, administración de vacuna DTPa).
 - Si no disponibilidad de este circuito, la paciente acudirá a 3ª planta (Hospitalización de Obstetricia) del hospital Materno Infantil para realización de analítica dos veces por semana y determinación de la vitalidad fetal semanalmente.
- Ecografía obstétrica con biometría fetal y cervicometría cada dos semanas en la consulta de obstetricia de la 3ª planta del Hospital Materno Infantil.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Rotura prematura de membranas pretérmino: Manejo Ambulatorio

- Repetición de cultivos vaginal y endocervical cada 5 semanas.

5. REINGRESO Y FINALIZACIÓN DE LA GESTACIÓN

A) Urgente:

Se llevará a cabo el reingreso de la paciente si se desarrollan alteraciones clínicas como fiebre por encima de los 38°C, disminución de movimientos fetales, sensación de dinámica uterina, irritabilidad uterina, hidrorrea maloliente o cambio de color del líquido, así como resultados analíticos alterados (leucocitosis o aumento de PCR).

Maduración pulmonar: se administrará nueva dosis de corticoide (12mg betametasona IM dosis única) si se cumple las tres condiciones siguientes:

- Aparición de amenaza de parto prematuro.
- 1ª dosis administrada hace más de dos semanas.
- Gestación de menos de 33 semanas.

B) Electivo a las 34-35sg para finalizar gestación (inducción/cesárea)

- Ajustar fin de tratamiento con AAS (> 3 días) y/o HBPM (>24h) si lo tuviera previo al ingreso.
- No precisará antibioterapia profiláctica intraparto salvo en los siguientes casos, que se administrará según protocolo:
 - o SGB positivo o desconocido,
 - o > 5 semanas de la realización de cultivos,
 - o si el proceso de inducción se demora > 24 horas desde su inicio.

6. INDICADORES DE EVALUACIÓN

Indicador	Fórmula	Fuente	Estándar
Gestantes con manejo ambulatorio de RPM pretérmino	Gestantes que optan por manejo ambulatorio / Todas aquellas que cumplen criterios	Audit de una muestra de historias	95%
Eventos adversos en manejo ambulatorio de RPM pretérmino	Eventos adversos registrados / Total de gestantes con manejo ambulatorio de RPM pretérmino	Audit de una muestra de historias	95%

7. BIBLIOGRAFIA

1. Goya, M. *et al.* Premature rupture of membranes before 34 weeks managed expectantly: maternal and perinatal outcomes in singletons. *J. Matern Neol Med.* 2013; 26:290–3.
2. Mc Call Jones, P. Patient satisfaction with home care after early postpartum hospital discharge. *Home Care Provid.* 1997;2:235–241.
3. Catt E, Chadha R, Tang S, Palmquist E, Lange I. Management of preterm premature rupture of membranes: a comparison of inpatient and outpatient care. *J Obstet Gynaecol Can.* 2016;38(5):433-40.
4. Beckmann M, Gardener G. Hospital versus outpatient care for preterm pre-labour rupture of membranes. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2013;53(2):119-24.
5. Abou El Senoun G, Dowswell T, Mousa HA. Planned home versus hospital care for preterm prelabour rupture of the membranes (PPROM) prior to 37 weeks' gestation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014.
6. Petit C, Deruelle P, Behal H, Rakza T, Balagny S, Subtil D, et al. Preterm premature rupture of membranes: Which criteria contraindicate home care management? *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2018;97(12):1499-1507.
7. Protocolo rotura prematura de membranas a término y pretérmino. Hospital Clinic Barcelona. 2025.
8. Williamson M, Dong S, D'Souza R, Brignardello, Petersen-Brignardello R. Ronzoni S. Outpatient vs inpatient management of preterm prelabour rupture of membranes: A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2024;103:2147-62.

Autores	Dra. Maroto / Dr. Manzanares		
Fecha elaboración	28 / 11 / 2025	Vigencia	Noviembre 2028

Hoja informativa: Manejo ambulatorio rotura prematura de membranas pretérmino



¿Qué es la rotura prematura de membranas?

Las membranas son las "bolsas" que contienen al bebé y al líquido amniótico. Cuando se rompe antes del inicio del trabajo de parto y antes de las 37 semanas, hablamos de rotura prematura de membranas pretérmino.



Por qué me voy a casa?

Tu equipo médico ha evaluado que tanto tú como tu bebé estáis estables, y que es seguro continuar el seguimiento de forma ambulatoria.

Esto ayuda a reducir riesgos hospitalarios y a mantener tu bienestar emocional, siempre bajo control médico estrecho.



Recomendaciones:

- Reposo relativo: evitar realizar grandes esfuerzos, cargar peso y las relaciones sexuales.
- Control de temperatura dos veces al día.
- Acude a tus controles programados.



Signos de alarma

- Fiebre > 38°C o escalofríos, malestar general, dolor abdominal intenso, contracciones regulares
- Flujo vaginal con mal olor, color verdoso o amarillento.
- Disminución o ausencia de movimientos fetales.
- Sangrado mayor que regla.



De 9:00 a 14:00h:

958020440

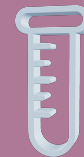
De 14:00 a 9:00h:

Urgencias

Hospital Materno Infantil



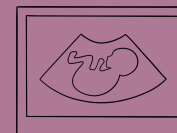
¿Qué seguimiento voy a tener ahora?



Continuaremos con **controles analíticos** dos veces en semana a través de tu Centro de Salud.



Comprobaremos la vitalidad de tu bebé semanalmente



Ecografía cada dos semanas: acudir a la tercera planta de hospitalización del Hospital Materno Infantil.

Ingreso para finalizar gestación en la **34 . 35 semana**.