

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

EDAD GESTACIONAL > 34 SG

Al ingreso:

- Temperatura (y control / 4h).
- Cultivo SGB (si > 5 semanas)
- Comprobación datado gestacional
- RCTG
- TV. Test de Bishop.
- Profilaxis ATB para SGB (ver protocolo específico), iniciando al ingreso y manteniéndolo hasta el parto o hasta disponer del resultado negativo del cultivo.
 - o Ampicilina 2g + 1g/4h IV
 - o Alergia Penicilina: Vancomicina 1g/12h IV (Clindamicina 900 mg/8h si disponemos de ATB-grama con SGB sensible)

Manejo: Inducción del parto

- Las gestantes serán valoradas en el momento del ingreso y a las 8.00h, induciendo directamente con Oxitocina o madurando previamente con PG en función de las horas de bolsa rota, de la dinámica y del test de Bishop.
 - o Bolsa rota entre las 13h y las 23.59h: Comenzar con Oxitocina a las 8h del día siguiente (la gestante se deberá enviar a Partorio a las 7h). Valorar maduración previa con PG, si Bishop < 7, en el momento del ingreso (no más tarde de las 18.00h).
 - o Bolsa rota entre las 00.00h y las 8h: Valorar maduración previa con PG, si Bishop < 7, a las 8h del mismo día (la gestante se deberá enviar a Partorio a las 7h). Iniciar Oxitocina 4 horas después de la maduración con prostaglandinas.
 - o Bolsa rota entre las 8h y las 12.59h: Valorar maduración con PG en el momento del ingreso, si Bishop < 7. Iniciar Oxitocina 4 horas después de la maduración con prostaglandinas.
- Iniciar ATB profiláctico por RPM al comenzar la inducción con Oxitocina (no antes de 12h de bolsa rota) y mantener hasta el parto.
 - o Ampicilina 2g / 6 h IV
 - o Alergia Penicilina: Clindamicina 900 mg/8h + Gentamicina 4,5mg/kg/24h IV.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

UGC de Ginecología y Obstetricia
Preparado por Dra. Manrique Fuentes
Protocolo aprobado en sesión enero 2013

EDAD GESTACIONAL 24 – 33+6 SG

En general, por debajo de 34 semanas se derivará a hospital de referencia, previa consulta con pediatra de guardia.

Al ingreso:

- Temperatura (y control / 4h).
- Cultivo SGB
- Comprobación datado gestacional
- RCTG
- Hemograma (leucocitos), PCR, urocultivo
- Especuloscopia. TV. Sólo si aparece dinámica (GR B)
- Profilaxis ATB, maduración pulmonar, neuroprotección
- Tocolisis en casos seleccionados

Descartada la corioamnionitis y el compromiso fetal, **el manejo ha de ser expectante.**

Profilaxis ATB: Desde el momento del ingreso:

- Inicialmente: Ampicilina 2g/6h IV, solo 48h. Posteriormente: Amoxicilina 500mg/8h VO, 5 días + Azitromicina 1g VO dosis única
- Alergia Penicilina: Clindamicina 900mg/8h y Gentamicina 4,5mg/kg/24h IV, 48h. Posteriormente: Clindamicina 600mg/8h VO, 5 días.

La pauta ATB se finalizará, en el tiempo señalado, independientemente del resultado de SGB, ya que la pauta descrita cubre la profilaxis del SGB.

Maduración pulmonar: SG 24 - 34+6 (GR A)

- Betametasona 12 mg/24h IM, 2 dosis.

Neuroprotección: SG 24 – 31+6 (No consenso), si parto inminente

- Sulfato de Magnesio: 6 g IV en 30' + 2 g/h hasta parto (máx. 24h)
- Ver protocolo específico *Neuroprotección*.

Tocolisis:

Nunca de forma profiláctica (GR A). Solo en casos seleccionados para administración de corticoides (48h) o traslado a otro centro con UCI neonatal, si parto inminente.

UGC de Ginecología y Obstetricia Preparado por Dra. Manrique Fuentes Protocolo aprobado en sesión enero 2013

Durante el ingreso:

- Control de temperatura / 8h
- Control analítico (leucocitos y PCR): los 3 primeros días / 24h, luego / 48h
- RCTG o FCF / 24h
- Medición periódica de LA
- Amniocentesis en aquellos casos en los que exista duda sobre la presencia de infección corioamniótica (GR B)

Finalización de la gestación:

- Alcanzada la SG 34 (a lo largo de esta semana, se puede retrasar la inducción 48h para dar tiempo a la administración y acción de los corticoides si el feto no estaba previamente madurado)
- Maduración pulmonar comprobada con el estudio del LA (a partir de la SG 32)
- Signos de infección (no demorar parto más de 12h) o pérdida de bienestar fetal

EDAD GESTACIONAL < 24 SG

Informar a la gestante del mal pronóstico neonatal y de las posibles complicaciones obstétricas, y ofrecer la opción de una IVE dentro de los supuestos legales.

Si decide continuar con la gestación se realizarán controles, al ingreso y durante el mismo, similares al apartado anterior.

En este rango de edad gestacional no está demostrada la eficacia del tratamiento corticoide, tocolítico, neuroprotector o ATB profiláctico; se reservarán para casos seleccionados.

MANEJO AMBULATORIO DE RPM

No existe evidencia para recomendarlo o rechazarlo. Criterios para llevarlo a cabo:

- Control hospitalario 48h, con estabilización analítica y clínica.
- Valorar:
 - o Decisión de la gestante y disponibilidad de acceso al hospital
 - o Capacidad de realizar reposo relativo y control de t^a y pulso / 12h, acudiendo al hospital si $> 37.5^{\circ}\text{C}$ o > 100 lpm.
 - o Controles analíticos dos veces por semana
 - o Controles clínicos y ecográficos en consulta de urgencias semanalmente
 - o Control ambulatorio : solo en presentación cefálica y bolsillo mayor > 2 cm