

# PROTOCOLO ROTURA PRECOZ DE MEMBRANAS (RPM)

## AUTORES

**Mas Morell, M<sup>a</sup> del Mar.** Facultativa especialista de área de Obstetricia y Ginecología.  
**Ruiz de Gopegui Valero, Rosa.** Facultativa especialista de área de Obstetricia y Ginecología.  
**Borrell Sole, Nuria.** Facultativa especialista de área de Microbiología Clínica.

## REVISORES

**Mas Morell, M<sup>a</sup> del Mar.** Facultativa especialista de área de Obstetricia y Ginecología.  
**Ruiz de Gopegui Valero, Rosa.** Facultativa especialista de área de Obstetricia y Ginecología.  
**Alcoceba Cruixent, Eva.** Facultativa especialista de área de Microbiología Clínica.  
**Rojo Molinero, Estrella.** Facultativa especialista de área de Microbiología Clínica.

## APROBACIÓN

**Córdoba Cardona, Octavi,** Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología.

**Comisión de infección hospitalaria, profilaxis y política de antibióticos**

## MODIFICACIONES

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN
01	15/11/2016	Primera edición.
02	25/09/2024	Segunda edición. Revisión y addendum

## Tabla de contenido

1.	Introducción.....	4
2.	Objetivos .....	4
3.	Alcance.....	4
4.	Clasificación.....	4
5.	Etiología.....	5
6.	Factores de riesgo .....	5
7.	Complicaciones potenciales de la RPMP .....	5
8.	Diagnóstico de RPM.....	6
9.	Manejo de la RPM.....	8
10.	Actualización de pauta antibiótica según EG si RPM > 18-24h .....	10
11.	Documentos relacionados.....	12
12.	Bibliografía .....	12
13.	Anexos.....	14

---

## 1. Introducción

---

La rotura prematura de membranas (RPM) se define como la rotura de las membranas amnióticas que sucede antes del inicio espontáneo del trabajo de parto. El 80- 90% de los casos de RPM corresponden a gestaciones a término, con parto dentro de las siguientes 12-18 horas.

Sin embargo, la RPM Pre-término (RPMP), que presenta una incidencia del 3%, conlleva una mayor problemática. Por un lado, un aumento de riesgo de infección materno-fetal por la solución de continuidad que se establece entre la zona genital y el amnios. Y por otro lado, una mayor morbimortalidad neonatal, en caso de finalización temprana de la gestación, debido al incompleto desarrollo neurológico e inmadurez pulmonar. La presencia de un proceso infeccioso concomitante es el factor más determinante del pronóstico ya que implica la finalización temprana de la gestación y que sumado al aumento del riesgo de deterioro en el neurodesarrollo y a la inmadurez pulmonar, son las principales causas de la morbimortalidad neonatal.

---

## 2. Objetivos

---

Los dos objetivos principales de este documento son los siguientes:

- Efectuar recomendaciones generales sobre el manejo de la RPM según edad gestacional (EG) tomando como base las guías publicadas por organismos oficiales y sociedades científicas.
- Adaptar esas recomendaciones a la realidad y condiciones concretas de nuestro ámbito geográfico.

---

## 3. Alcance

---

### 3.1 *Ámbito de aplicación y profesionales implicados*

El alcance de este documento implica todos los profesionales del HUSE y en particular al servicio de Ginecología y Obstetricia.

---

## 4. Clasificación.

---

**4.1 *RPM a término:*** A partir de las 37 semanas de EG

**4.2 *RPM pretérmino (RPMP):*** la que ocurre antes de las 37 semanas de EG que a su vez puede subdividirse por tener diferente pronóstico en:

- EG 34-36.6
- EG 23-33.6

**4.3 *RPM antes de viabilidad fetal:*** la que acontece antes de las 23 semanas de EG

---

## 5. Etiología

---

La etiología de la RPM tiene un origen multifactorial

### 5.1 RPM a término

- Se trata de un evento fisiológico
- Debilitamiento de las membranas combinado con fuerzas de cizallamiento de las contracciones

### 5.2 RPMP

- En la mayoría de los casos no se conoce la causa.
- Se ha relacionado hasta en un 25% con procesos infecciosos maternos: corioamnionitis, endometritis, parametritis, sepsis y shock séptico. Un 30% de las infecciones suelen ser de origen polimicrobiano, entre las que se incluyen microbios del tracto genital inferior como: mycoplasmas genitales (*U. urealyticum*, *M. hominis*); anaerobios gramnegativos (*Bacteroides* sp., *Fusobacterium* sp.) y grampositivos (*Peptostreptococcus* sp.); *Gardnerella vaginalis*; *Candida* sp.; Enterobacteriaceas y cocos grampositivos (*Streptococcus* grupo B, *Enterococcus* sp.).
- Otras causas pueden ser secundarias a pruebas invasivas (amniocentesis, biopsias coriales, etc.), hemorragias persistentes, sobredistensión uterina, prolapso de cordón umbilical que implica per se la RPMP, causas inmune, etc.

---

## 6. Factores de riesgo

---

- Historia previa de RPM: la incidencia de RPM en mujeres con antecedente de RPM es del 13.5% mientras que mujeres sin antecedentes previos es del 4%.
- Infecciones del tracto genital inferior.
- Metrorragias, principalmente del primer trimestre.
- Hábito tabáquico
- Sexo fetal masculino.

---

## 7. Complicaciones potenciales de la RPMP

---

### 7.1 Maternas

- Mayor riesgo de corioamnionitis clínica (13-60%)

#### CRITERIOS DE CORIOAMNIONITIS (Sospecha clínica por criterios de Gibbs)

fiebre materna  $> 37,8^{\circ}\text{C}$  +  $\geq 2$  criterios de los siguientes:

- taquicardia materna  $> 100$  lat/min
- taquicardia fetal  $> 160$  lat/min
- hipersensibilidad uterina o leucorrea maloliente
- leucocitosis  $> 15.000$  cel/mm<sup>3</sup> con de a la izquierda,  $> 20\%$  de bandas
- PCR elevada

- Infección postparto (2-13%)
- Desprendimiento prematuro de placenta (4-12%)
- Sepsis materna (rara, 1%)

## 7.2 **Neonatales** (agradas por el grado de prematuridad)

- Dificultad respiratoria (complicación más frecuente).
- Sepsis neonatal
- Hemorragia intraventricular
- Enterocolitis necrotizante
- Mayor compromiso neurológico
- Mayor riesgo de compresión del cordón en caso de anhidramnios

---

## 8. Diagnóstico de RPM

---

### 8.1 **Inspección directa**

En un 80-90% de los casos de RPM se evidencia tras la colocación del espéculo.

### 8.2 **En caso de dudas**

Pero en caso de dudas (pérdida intermitente, no evidencia de hidrorrea franca o contaminación por secreciones cervicales, semen, orina o sangre) se podrá realizar alguna de las siguientes pruebas:

- Test de Nitracina: Detecta cambios en el pH vaginal, el líquido amniótico es alcalino (>6,5). Se toma la muestra del fondo de saco vaginal posterior. Puede contaminarse con sangre, semen y vaginosis bacteriana dando falsos positivos. Si la pérdida es mínima o ante la presencia de candidiasis vaginal puede dar falsos negativos. Esta considerada pues como prueba poco específica y no concluyente.
- Ecografía: Si se detecta un oligoamnios no existente previamente, pero no establece el diagnóstico. Está considerada pues como prueba poco específica y no concluyente.
- Arborización del líquido amniótico: Visto por microscopio. (S 51-98%, E70-88%)
- Parámetros bioquímicos que pueden determinarse:
  - ◆ IGFBP-1(Insulin-like growth factor binding protein-1)(Actim PROM test®, Amnio Quick®): La IGFBP-1 es una proteína que se sintetiza en el hígado fetal y en la decidua
  - ◆ PAMG-1 (Placental alpha microglobulin-1) (Amnisure®): La PAMG-1 es una proteína sintetizada en la decidua.

- Control de compresas: Fiabilidad dudosa.

### Resumen de recomendaciones establecidas para el tratamiento antibiótico en RPM

Se resumen a continuación las principales recomendaciones y su nivel de evidencia según la Sociedad de Obstetricia y Ginecología del Canadá (SOGC) y The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG):

- Se aconseja el uso de antibióticos en RPM con EG  $\leq$  34 semanas si no hay dinámica de parto con el fin de prolongar embarazo y reducir morbilidad materno-fetal (Nivel de evidencia I-A).
- Aunque no existe consenso sobre una pauta definida, los antibióticos de elección son los betalactámicos y los macrólidos en forma parenteral durante las primeras 48h y por vía oral 5 días para completar un total de 1 semana (Nivel de evidencia I-A).
- No se recomienda uso de amoxicilina-ácido clavulánico en EG < 34 semanas por riesgo de enterocolitis necrotizante (Nivel de evidencia I-A).

- En caso de RPM se recomienda screening de ITU, ITS y colonización por Streptococcus grupo B; en caso de positividad tratar adecuadamente. (Nivel de evidencia II-2B).
- En paciente con RPM y feto viable que es candidata a recibir profilaxis intraparto para Streptococcus grupo B debe recibirla para prevenir transmisión vertical independientemente del tratamiento antibiótico recibido para RPM (Nivel de evidencia I-A).

A continuación, se detallan los antibióticos de uso más común en los protocolos de RPM y su espectro de acción antimicrobiana:

- ✓ Ampicilina: Streptococcus grupo B, Listeria, Enterococcus faecalis, G. vaginalis y Peptostreptococcus sp.
- ✓ Gentamicina: E. coli y otras enterobacterias
- ✓ Cefoxitina: E. coli y otras enterobacterias, anaerobios y CGP excepto Enterococcus sp. y MRSA
- ✓ Clindamicina: anaerobios, micoplasmas genitales excepto Ureaplasma. Streptococcus grupo B puede presentar una resistencia de entre 15-30%
- ✓ Eritromicina/azitromicina/claritromicina: Micoplasmas genitales y Chlamydia. Streptococcus grupo B puede presentar una resistencia de entre 20-25%

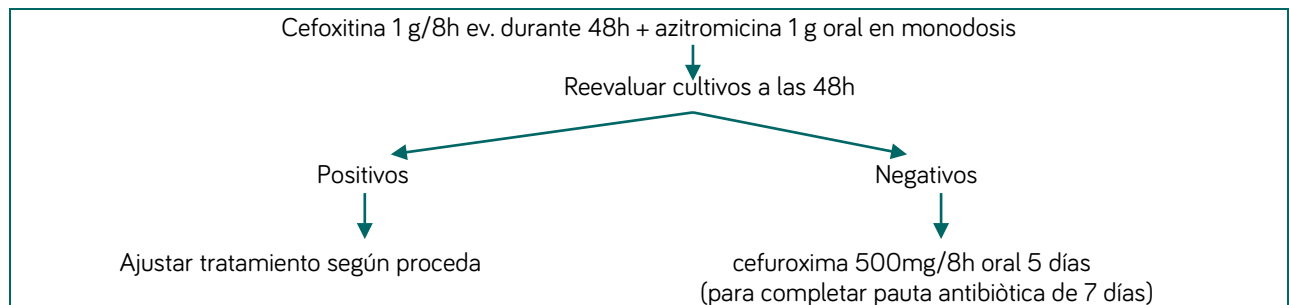
#### MODIFICACIONES RESPECTO AL PROTOCOLO PREVIO 2016:

1- Tras revisar el informe de febrero de 2024 de la sensibilidad antibiótica del Servicio de Microbiología de HUSE, como comentario de interés: La resistencia a la eritromicina y la clindamicina es elevada en *S.pneumoniae*, *S. pyogenes* (SGA), *S. agalactiae* (+/- 20- 30% en nuestro centro), lo que puede tener implicaciones en la profilaxis de la infección neonatal en madres con rotura prematura de membranas.

2- Se sigue justificando el cambio de tratamiento con azitromicina monodosis 1gr dosis única vs eritromicina 6 días (250/6h 48h ev +500/8h hasta completar 6 días) debido a periodo de latencia similar con menor tasa de corioamnionitis clínica.

3- Se ha consensado en nuestro centro, debido a la elevada resistencia de la clindamicina (30%) tras revisarlo, cambiar la clindamicina para aquellos casos de alergias a B-lactámicos, por el metronidazol 500/12h+ vancomicina 1gr/12h ev. Sólo mantendríamos la asociación con vancomicina, por perfil su de seguridad, durante 48h de tratamiento.

Para la **selección de la combinación antibiótica profiláctica** para usar en los casos de RPM en nuestro medio nos hemos basado en las recomendaciones generales ya descritas y en el Informe de anual de sensibilidad antibiótica del 2024 de nuestro medio elaborado por el S. de Microbiología-HUSE:



## 9. Manejo de la RPM

### 9.1 Consideraciones generales

Entre las consideraciones generales del manejo de RPM en URGENCIAS (aplicables en todos los casos de RPM independientemente de la edad gestacional)

- Descartar la presencia de otros factores de riesgo mediante la anamnesis y la exploración.
- Evitar en estas gestantes los tactos vaginales salvo dinámica uterina establecida que requiera de la valoración de las condiciones obstétricas. La valoración cervical se hará mediante:
  - Espéculo
  - Longitud cervical ecográfica
- Pruebas complementarias:
  - Hemograma, PCR, pruebas de coagulación.
  - Registro cardiotocográfico (NST) para valorar bienestar fetal y descartar la presencia de dinámica uterina.
  - Ecografía fetal básica: Estática fetal, biometrías, líquido amniótico, Perfil BF si NST no concluyente.
  - Toma de cultivos uro-genitales:
    - ◆ urocultivo,
    - ◆ ex. vaginal
    - ◆ ex. endocervical
    - ◆ ex. vagino-rectal para estudio portadora Streptococcus grupo B (SGB) en caso de no disponer de estudio previo
  - Hemocultivos: si fiebre  $>38^{\circ}\text{C}$  a su llegada a urgencias.
  - Solicitar con carácter urgente **SEROLOGIA para VIH** si no se ha solicitado en el tercer trimestre.
- Ingreso hospitalario de la paciente tras confirmarse RPM.
- Valorar iniciar profilaxis antibiótica en RPM según EG.

### 9.2 En función de la edad gestacional (EG): (ver Anexo 1)

#### 9.2.1 A término

- Inducción de parto entre 12-18h tras RPM. En este caso no es necesaria la cobertura antibiótica.
- Si **RPM >18-24h** sin dinámica o inducción de parto se recomienda toma de muestras para cultivo e iniciar la pauta antibiótica profiláctica establecida para RPM (**FARMAPLAN RPM**) que deberá ser reevaluado a las 48h según resultados de cultivos realizados.
- En cualquier caso, **en el momento de inicio de dinámica de parto**, valorar de manera independiente el estudio de colonización por SGB. Si positivo añadir, pauta profiláctica intraparto establecida con el objetivo de prevenir la sepsis neonatal precoz (la que se produce en los 7 primeros días de vida): penicilina 5.000.000 UI ev de carga seguido de 2.500.000 UI/4h EV hasta parto.

\*En caso de alérgicas o desconocido administrar **vancomicina 1gr/12h ev máximo durante 48h**, según protocolo prevención de la infección perinatal por SGB (Id. 5175).

#### 9.2.2 Pretérmino

##### 9.2.2.1. EG: 34-36.6 semanas

- Ingreso de la paciente e inducción del parto entre 12-18h
- El manejo es igual que con RPM a término
- Limitar los tactos vaginales a los mínimos imprescindibles



- Si sospecha de corioamnionitis comenzar con tratamiento (ver anexo 2).

#### 9.2.2.2. EG: 23.0-33.6 semanas

##### ❖ Al ingresar en planta:

- Iniciar tratamiento antibiótico profiláctico establecido para RPM (**FARMAPLAN RPM**) que deberá ser reevaluado a las 48h según resultados de cultivos realizados.
- Registro cardiotocográfico: Permite identificar un posible compromiso funicular desapercibido, evaluar la presencia de contracciones y excluir la taquicardia fetal. Importante recordar que en fetos prematuros, la presencia de un resultado no tranquilizador puede ser debido al grado de inmadurez y debe ser reevaluado si no hay otras pruebas que hagan sospechar compromiso fetal. Los corticoides pueden hacer que se observe un patrón con variabilidad disminuida.
- Ecografía: Valorar ILA, crecimiento fetal y Doppler. (perfil BF cada 48-72h)
- Maduración pulmonar fetal: Betametasona 12 mg/24 h IM (2 dosis). No evidencia de eficacia de dosis de recuerdo.
- Tocolisis: No usar de forma sistemática, sólo en casos con claro beneficio y habiendo descartado signos de infección para permitir acción de corticoides (en sospecha de parto inminente y en ausencia de signos de infección)
- Sulfato de magnesio para la neuroprotección fetal (entre 23-32sg): Para reducir el riesgo de parálisis cerebral, ante la sospecha de parto pretérmino inminente, Grado de recomendación A.
- Reposo relativo (permitiendo ir al WC)
- Control de pulso y temperatura cada 4 horas (respetando el descanso)
- Hemograma y PCR 1-2 veces/semana
- Biometrías cada 2 semanas
- Mantener ingresada 7 días vigilando signos de corioamnionitis.
- Dieta rica en residuos +/- fibra v.o. o laxantes emolientes u osmóticos si precisa (Emúliquen simple®, Oponaf®, Emportal®). Una vez reestablecido el ritmo intestinal, disminuir la dosis.
- HBPM profiláctica (2500 U/24 horas si peso materno pregestacional < 60 Kg y 5000 U/24 horas si > 60 Kg) en gestantes que cumplan  $\geq 3$  o más de los factores trombóticos menores o al menos 1 de los criterios mayores (según recomendación SEGO 2012).

##### ❖ Control ambulatorio:

En casos seleccionados de RPM estables y en función de variables clínicas (hidrorrea clara sin dinámica uterina, cumplimiento por parte de la paciente), analíticas (PCR, leucocitos estables) y ecográficas (longitud cervical estable) se podrá optar por un manejo ambulatorio tras 48h de tratamiento antibiótico e.v. El control ambulatorio será semanal: Hemograma + PCR + Estudio de Bienestar Fetal (NST, PBF semanal y ecografías para controlar el crecimiento fetal cada 2 semanas) en la Consulta de Prenatal.

### 9.2.3 Antes de viabilidad fetal

- La RPM en EG antes de la viabilidad fetal es una complicación infrecuente (1-7/1000 gestaciones) pero con una alta morbimortalidad materna y fetal.
- Se debe informar a las pacientes de los riesgos derivados de esta situación:

Maternos	Fetales
Corioamnionitis	Exitus espontáneo
Endometritis	Prematuridad extrema
Desprendimiento prematuro de placenta	Hipoplasia pulmonar
Sepsis	Síndrome de dificultad respiratoria
Aborto tardío	Sepsis neonatal
	Hemorragia intraventricular grado III-IV
	Deformidades esqueléticas
- La mortalidad está condicionada por el nacimiento de un feto no viable, por las complicaciones de la prematuridad extrema o por la hipoplasia pulmonar. Uno de los principales indicadores de riesgo de hipoplasia pulmonar es el oligoamnios severo (columna máxima de líquido <1cm) Por contra, la presencia de una columna de líquido amniótico >2cm es un factor pronóstico favorable para la ausencia de hipoplasia pulmonar.
- Opciones a considerar:
  - Dado el mal pronóstico fetal y las potenciales complicaciones maternas, estaría justificada la interrupción de la gestación si los padres no asumen los riesgos derivados de esta situación.
  - En el caso que se opte por manejo expectante (aunque los datos son escasos), tras un periodo de observación hospitalario y siempre que hayamos conseguido una buena estabilización clínica y analítica, puede plantearse en control ambulatorio semanal en la Consulta de Prenatal hasta alcanzar la viabilidad fetal.
- No hay evidencias para recomendar una pauta antibiótica profiláctica determinada. En nuestro medio se ha optado por la siguiente pauta: cefuroxima 500mg/8h oral durante 5 días + azitromicina 1 g. oral en dosis única.

---

## 10. Actualización de pauta antibiótica según EG si RPM > 18-24h

---

### 10.1 A término o EG >34 semanas

- Pauta profilaxis: - **Cefoxitina 1g/8h EV durante 48h + azitromicina 1 g VO en monodosis.**
  - Si alergia a los beta-lactámicos:

Pauta: **metronidazol 500/12h oral + vancomicina 1 gr/12h ev + azitromicina 1g VO.**

REVALORAR AL 3º DIA LOS RESULTADOS DE LOS CULTIVOS, y cambiar en función de antibiograma.

*SI CULTIVOS NEGATIVOS/NO EXISTE ANTIBIOGRAMA se continuaría sólo con pauta de metronidazol 500/12h oral hasta completar los 7 días. (MÁXIMO 48H) NO SE PUEDE MANTENER LA VANCOMICINA MÁS ALLA DE 72H.*

*SI SE OPTA POR NO FINALIZAR la gestación en 34 semanas y seguir hasta semana 37 (no signos de corioamnionitis), se MANTENDRÁ la pauta antibiótica hasta completar los 7 días.*

**Cefuroxima 500mgr/8h 5 días VO**

**En caso de alergias: metronidazol 500mgr/12h VO 5 días**

- Una vez iniciado el trabajo de parto si estudio de colonización por *Streptococcus* del grupo B (SGB) es positivo añadir pauta profiláctica intraparto establecida (ver protocolo: Prevención de la infección perinatal por estreptococo del grupo B **Id. 5175**):
  - penicilina 5.000.000 UI EV de carga seguido de 2.500.000 UI/4h EV hasta parto. Alternativa ceftriaxona 2 g/24h EV.
  - Si alergia a beta-lactámicos o desconocido:
  - Vancomicina 1g/12h EV hasta el parto
  
- Si sospecha de **corioamnionitis** comenzar directamente con tratamiento, independientemente de EG, y mantener hasta parto (24-48h). En este caso no haría falta realizar profilaxis SGB, en caso de precisar, ya que ceftriaxona actuaría en este sentido.

### Pauta tratamiento corioamnionitis:

SE MANTIENE PAUTA COMBINADA DE:

**Piper-tazobactam 4g/6h ev + azitromicina 1gr (Gram -) ev dosis única**

SI ALÉRGICA a betalactámicos: metronizadol 500/12h ev + vancomicina 1 gr/12h ev + azitromicina 1g ev

Si se sospechara infección por ***Listeria monocytogenes*** tratar con:

- **Ampicilina 2 gr/ 4-6h ev + gentamicina 5 mgr/kg/24h ev**
- Alergia a los betalactámicos:
  - Trimetoprim-sulfametoxazol 160/800mg/8h/IV (2º trim)
  - Claritromicina 7,5 mg/kg/12 horas ev ó 500/12h oral (si 1º ó 3º trimestre).

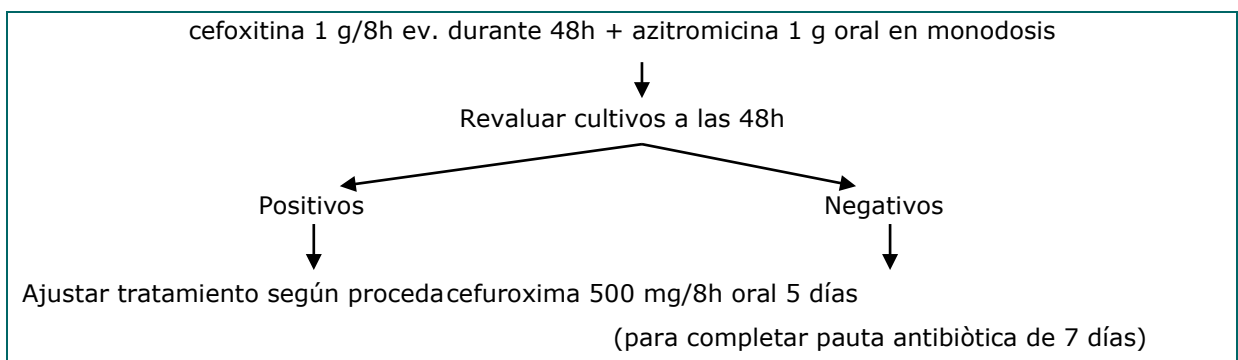
Si se confirma el diagnóstico (hemocultivo positivo para *Listeria*) ha de completarse el tratamiento durante **14 días**, incluso tras el parto.

Si el cultivo permanece negativo tras 48h sin fiebre (baja probabilidad de infección por *Listeria*), se puede pasar a administración oral (amoxicilina 1g/8h);

Si alergia a los betalactámicos: trimetoprim-sulfametoxazol 160-800mg/8h o Claritromicina 7,5 mg/kg/12 horas ev ó 500/12h oral (si 1º ó 3º trimestre) hasta obtener el resultado definitivo.

### **10.2 EG: 23.0-33.6 semanas**

- Pauta de profilaxis:



En paciente alérgicas a B-láctámicos

Pauta: **metronidazol 500/12h oral + vancomicina 1 gr/12h ev + azitromicina 1g VO.**

REVALORAR AL 3º DIA LOS RESULTADOS DE LOS CULTIVOS, y cambiar en función de antibiograma. **NO SE PUEDE MANTENER LA VANCOMICINA MÁS ALLA DE 48H. SI CULTIVOS NEGATIVOS/NO EXISTE ANTIBIOGRAMA se continuaría sólo con pauta de metronidazol 500/12h oral hasta completar los 7 días.**

● Una vez iniciado el trabajo de parto si estudio de colonización por SGB positivo o desconocido añadir pauta profiláctica intraparto establecida:

- Penicilina 5.000.000 UI EV de carga seguido de 2.500.000 UI/4h EV hasta parto.
- En caso de alergia a beta-lactámicos o desconocido: vancomicina 1g/12h EV hasta el parto (si disponemos de antibiograma adaptarlo) VER PROTOCOLO SGB. **Id. 5175**

### 10.3 EG < 23 semanas

- Considerar pauta de cefuroxima 500/8h oral durante 5 días + azitromicina 1gr dosis única
- Reevaluar pauta al tercer día según resultados de los cultivos

Si alérgicas a Betalactámicos: metronidazol 500/12h oral 5 días + azitromicina 1 gr oral monodosis

---

## 11. Documentos relacionados

- Protocolo Amenaza de Parto Prematuro (APP)
- Protocolo Inducción de Parto
- Prevención de la infección perinatal por estreptococo del grupo B
- Protocolo corioamnionitis

---

## 12. Bibliografía

1. Practice Bulletin Nº 160 Premature of Membranes. Obstetrics & Gynecology. 2016; 127(1): e39-e51.
2. Guidelines for the management of spontaneous preterm labor: identification of spontaneous preterm labor, diagnosis of preterm premature rupture of membranes, and preventive tools for preterm birth GIAN CARLO DI RENZO1, et al. The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, May 2011; 24(5): 659-667.
3. Informe de sensibilidad antibiótica HUSE 2016 (Id. doc.: 4374 Área: Microbiología (MIC)
4. J. Lee, R. Romero, SM. Kim, P. Chaemsaitong, C. Park, JS. Park, JK. Jun, BoH. Yoon. A new anti-microbial combination prolongs the latency period, reduces acute histologic chorioamnionitis as well as funisitis, and improves neonatal outcomes in preterm PROM. J. Matern Fetal Neonatal Med. DOI: 10.3109/14767058.2015.1020293
5. Flenady V, King J. Antibióticos para la rotura prematura de membranas antes del parto a término o cerca del término (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2014
6. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence. 2014

7. Tita AT, Andrews WW. Diagnosis and management of clinical chorioamnionitis. *Clin Perinatol* 2010;37(2):339-354. Antibiotic prophylaxis for term or near-term premature rupture of membranes: metaanalysis of randomized trials 2015
8. Saccone G, Berghella V. Antibiotic prophylaxis for term or near-term premature rupture of membranes: metaanalysis of randomized trials. *Am J Obstet Gynecol* 2015;212:627.e1-9.MAY 2015 American Journal of Obstetrics & Gynecology 627.e9
9. Scorza WE. Management of premature rupture of the fetal membranes at term. En: UptoDate, 2014.
10. Acog GUIDELINES. Preterm Prelabour Rupture of Membranes, RCOG, October 2010.
11. Antibiotics for preterm rupture of membranes. COCHRANE Review 2013.
12. Antibiotics regimens for management of intraamniotic infection. COCHRANE Review 2014.
13. Premature rupture of the fetal membranes AU Parry S, Strauss JF 3rd SO N Engl J Med. 1998;338(10):663.
14. American College of Obstetricians and Gynecologists, Society for Maternal-Fetal Medicine. ACOG Obstetric Care Consensus No. 3: Periviable Birth *Obstet Gynecol*. 2015 Nov;126(5):e82-94.
15. Barisic T, Mandic V, Tomic V, Zovko A, Novakovic G. Antibiotic prophylaxis for premature rupture of membranes and perinatal outcome. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2016 May 16:1-5.
16. Eleje GU, Adinma JI, Ghasi S, Ikechebelu JI, Igwegbe AO, Okonkwo JE, et al. Antibiotic susceptibility pattern of genital tract bacteria in pregnant women with preterm premature rupture of membranes in a resource-limited setting. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014 Oct;127(1):10-4.
17. Higgins RD, Saade G, Polin RA, Grobman WA, Buhimschi IA, Watterberg K, et al. Evaluation and Management of Women and Newborns With a Maternal Diagnosis of Chorioamnionitis: Summary of a Workshop. *Obstet Gynecol*. 2016 Mar;127(3):426-36.
18. Ismail AQ, Lahiri S. Management of prelabour rupture of membranes (PROM) at term. *J Perinat Med*. 2013 Nov;41(6):647-9.
19. Lee J, Romero R, Kim SM, Chaemsaitong P, Park CW, Park JS, et al. A new anti-microbial combination prolongs the latency period, reduces acute histologic chorioamnionitis as well as funisitis, and improves neonatal outcomes in preterm PROM. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2016 Mar;29(5):707-20.
20. Mackeen AD, Seibel-Seamon J, Muhammad J, Baxter JK, Berghella V. Tocolytics for preterm premature rupture of membranes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Feb 27;(2):CD007062. doi(2):CD007062.
21. Money D, Allen VM, Society of Obstetrician and Gynaecologists of Canada. The prevention of early-onset neonatal group B streptococcal disease. *J Obstet Gynaecol Can*. 2013 Oct;35(10):939-51.
22. Morris J. Early planned birth may reduce neonatal sepsis compared to expectant management following preterm premature rupture of the membranes close to term. *Evid Based Med*. 2013 Jun;18(3):e23,2012-100835. Epub 2012 Nov 2.
23. Saccone G, Berghella V. Antibiotic prophylaxis for term or near-term premature rupture of membranes: metaanalysis of randomized trials. *Am J Obstet Gynecol*. 2015 May;212(5):627.e1,627.e9.
24. Weekes CR, Mahomed K. Management of pre-labour rupture of membranes at term - a survey of current practice in Australia. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2010 Oct;50(5):428-31.
25. Wojcieszek AM, Stock OM, Flenady V. Antibiotics for prelabour rupture of membranes at or near term. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Oct 29;(10):CD001807. doi(10):CD001807.
26. Yudin MH, van Schalkwyk J, Van Eyk N, Boucher M, Castillo E, Cormier B, et al. Antibiotic therapy in preterm premature rupture of the membranes. *J Obstet Gynaecol Can*. 2009 Sep;31(9):863,7, 868-74.
27. Childhood outcomes after prescription of antibiotics to pregnant women with preterm rupture of the membranes: 7-year follow-up of the ORACLE I trial. S Kenyon, K Pike, D R Jones, P Brocklehurst, N Marlow, A Salt, D J Taylor. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Vol 372 October 11, 2008
28. Referencia: Erythromycin vs azithromycin for treatment of preterm prelabor rupture of membranes: a systematic review and meta-analysis. Rachel D. Seaman, MD; Rachel H. Kopkin, MD; Mark A. Turrentine, MD. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* JUNE 2022
29. 27.Articles were identified using a combination of the following MeSH: "premature rupture of membranes" and "erythromycin" and/or "azithromycin." CINAHL, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature; MeSH, Medical Subject Headings.
30. Seaman. Preterm prelabor rupture of membranes. *Am J Obstet Gynecol* 2022

### 13. Anexos

#### Anexo 1. Algoritmo resumen manejo RPM

>34-36.6 semanas	>23.0-33.6 semanas	<23.0 semanas
<p>Toma de cultivos múltiples</p> <p>Induccion de parto a las 12-24h</p> <p>◆ Pauta profilaxis (12-18h):</p> <p><b>- Cefoxitina 1g/8h EV durante 48h</b>  <b>+</b>  <b>azitromicina 1 g VO en monodosis</b></p> <p>- Si alergia a los beta-lactámicos:</p> <p>Pauta: 48h <b>metronidazol 500/12h oral + vancomicina 1 gr/12h ev + azitromicina 1g VO.</b></p> <p><u>REVALORAR AL 3º DIA: SI CULTIVOS NEGATIVOS/NO EXISTE ANTIBIOGRAMA se continuaría</u></p> <p>sólo con pauta de</p> <p><b>metronidazol 500/12h oral hasta completar los 7 días.</b></p> <p>En caso de SGB + inicio profilaxis con trabajo de parto ( ver ID. 5175)</p>	<p>Toma de cultivos múltiples</p> <p>◆ Pauta profilaxis:</p> <p>- Cefoxitina 1g/8h EV durante 48h  <b>+</b>  azitromicina 1 g VO en monodosis</p> <p><u>DIA 3: REVALORAR cultivos ANTIBIOGRAMA y ajuste tto 7días</u></p> <p><b>-Cefuroxima 500mgr/8h 5 días</b></p> <p><i>Alérgicas B-láctámicos</i></p> <p>Pauta: 48h</p> <p><b>metronidazol 500mgr/12h oral + vancomicina 1gr/12h ev + azitromicina 1g VO.</b></p> <p><u>REVALORAR AL 3º DIA: SI CULTIVOS NEGATIVOS/NO EXISTE ANTIBIOGRAMA se continuaría</u></p> <p>sólo con pauta de</p> <p><b>metronidazol 500/12h oral hasta completar los 7 días</b></p>	<p>Toma de cultivos múltiples</p> <p>Consensuar conducta con la paciente y toma de cultivos</p> <p>◆ Pauta profilaxis:</p> <p><b>-Cefuroxima 500/8h 5 días + azitromicina 1 g VO en monodosis</b></p> <p><u>DIA 3: REVALORAR cultivos ANTIBIOGRAMA y ajuste tto</u></p> <p>- Si alergia a los beta-lactámicos:</p> <p><b>metronidazol 500mgr/12h oral 5 días + azitromicina 1g VO.</b></p>

	<p>Pauta de MPF y neuroprotección según protocolos</p> <p>En caso de SGB + inicio profilaxis con trabajo de parto ( ver ID. 5175)</p>	
--	---	--

<sup>1</sup>Protocolo profilaxis *Streptococcus* grupo B (SGB) ID5175

- **Si SGB positivo o desconocido** aplicar pauta profiláctica de *Streptococcus* grupo B intraparto: **penicilina 5 millones + 2.5 millones/4h** hasta el parto
- Si alergia a betalactámicos o SGB desconocido: vancomicina 1 g/12h EV hasta el parto

<sup>2</sup>Cultivos: urocultivo, ex. vaginal, ex. endocervical y ex. vagino-rectal para estudio de colonización por SGB. Hemocultivos si fiebre >38°C

## Anexo 2. Criterios y tratamiento de Corioamnionitis

### Criterios de corioamnionitis (sospecha clínica por criterios de Gibbs)

fiebre materna  $> 37,8^{\circ}\text{C}$  +  $\geq 2$  criterios de los siguientes:

- taquicardia materna  $> 100$  lat/min
- taquicardia fetal  $> 160$  lat/min
- hipersensibilidad uterina o leucorrea maloliente
- leucocitosis  $> 15.000$  cel/ $\text{mm}^3$  con de a la izquierda  $> 20\%$  de bandas
- PCR elevada

### Tratamiento CORIOAMNIONITIS (independientemente de la EG)

- Finalizar gestación + pauta antibiótica general:

SE MANTIENE PAUTA COMBINADA DE:

**Piper-tazobactam 4g/6h ev + azitromicina 1gr (Gram -) ev dosis única**

SI ALÉRGICA a betalactámicos: metronizadol 500/12h ev + vancomicina 1 gr/12h ev + azitromicina 1g ev

- Si se sospechara infección por *Listeria monocytogenes* tratar con:  
● **Ampicilina 2 gr/ 4-6h ev + gentamicina 5 mgr/kg/24h ev**

En caso de alergias a B-lactámicos:

\*Trimetoprim-sulfametoxazol 160/800mg/8h/IV (2º trim)

\*Claritromicina 7,5 mg/kg/12 horas ev ó 500/12h oral (si 1º ó 3º trimestre).

Si se confirma el diagnóstico (hemocultivo positivo para Listeria) ha de completarse el tratamiento durante **14 días**, incluso tras el parto.

se puede pasar a administración oral (amoxicilina 1g/8h);

Si alergia a los betalactámicos: trimetoprim-sulfametoxazol 160-800mg/8h o Claritromicina 7,5 mg/kg/12 horas ev ó 500/12h oral (si 1º ó 3º trimestre) hasta obtener el resultado definitivo.

- En caso de cuadro de corioamnionitis muy severa o sospecha de infección intrahospitalaria por gérmenes multirresistentes considerar tratamiento con: **ertapenem 1gr/24h ev + ampicilina 2g/6h EV**

Si alergia a betalactámicos: aztreonam 1gr/24h ev + gentamicina 5 mgr/kg/24h ev

**En los casos de corioamnionitis en tratamiento no haría falta realizar profilaxis SGB intraparto, en caso de precisarla, ya que el tratamiento con ceftriaxona/ ampicilina/ clindamicina si sensible actuaría en este sentido**