

# Protocolo de manejo de la rotura prematura de membranas ovulares en embarazos de término de la Maternidad Universitaria del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, Montevideo, Uruguay

DA CUNHA N. <sup>(1)</sup>, ABADIE M. <sup>(2)</sup>, MARTINEZ C. <sup>(2)</sup>, SALGADO V. <sup>(2)</sup>, CÓPPOLA F. <sup>(3)</sup>

(1) Ginecóloga, Asistente de la Unidad Académica Ginecotocología B del Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, UdelaR.

(2) Médico residente de la Unidad Académica Ginecotocología B del Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, UdelaR.

(3) Ginecólogo, Profesor de la Unidad Académica Ginecotocología B del Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, UdelaR.

El presente documento está destinado a la armonización de los procedimientos asistenciales.

Versión N°1

## JUSTIFICACIÓN DE LA GUÍA

La rotura prematura de membranas ovulares (RPMO) representa una complicación frecuente del embarazo, que eventualmente puede ocasionar repercusiones tanto a nivel materno como fetal. Esta condición conlleva a un aumento de riesgo de complicaciones del binomio materno/fetal<sup>(1, 2)</sup>. En cuanto al momento óptimo de inducción del trabajo de parto, y el uso de antibioticoterapia en la RPMO de término, actualmente existen controversias en el manejo. Por lo que surge la necesidad de protocolizar la conducta a tomar mediante pautas claras, basadas en evidencia, para un manejo correcto y estandarizado<sup>(3)</sup>. Por tanto, éste protocolo se realiza con la finalidad de estandarizar las prácticas y procedimientos clínicos adoptados en la Maternidad Universitaria del Hospital de Clínicas respecto al manejo de la RPMO de término, garantizando una óptima calidad asistencial basado en las últimas actualizaciones de la evidencia científica. A continuación se establecen las pautas para el manejo, seguimiento y momento óptimo para la finalización de la gestación.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Elaborar un protocolo para estandarizar el manejo de las pacientes gestantes que se atienden en la Maternidad Universitaria del Hospital de Clínicas con el diagnóstico de RPMO al término del embarazo.

### OBJETIVO ESPECÍFICO

- Establecer pautas para seguimiento clínico, paraclínico y conducta a tomar en la RPMO de término.
- Determinar el momento óptimo para iniciar la inducción del trabajo de parto.
- Determinar cuándo y cómo utilizar antibioticoterapia en la RPMO de término.

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

### INCLUSIÓN

- Edad gestacional entre 37+0 y 41+6 semanas.
- Ausencia de criterios de exclusión.

### EXCLUSIÓN

Estos siempre serán **individualizados** y se **adaptarán al contexto clínico** de cada gestante. Una vez brindado un correcto asesoramiento, será criterio de exclusión la negativa por parte de la paciente de mantener una conducta expectante por un lapso de tiempo de 24 horas. Cualquier complicación que amenace la salud del binomio materno-fetal, y requiera de finalización de la gestación en forma inmediata.

## DEFINICIÓN

La rotura prematura de membranas ovulares (RPMO), se define como la rotura espontánea de las membranas corioamnióticas antes del inicio del trabajo de parto. Se trata de una complicación común durante el embarazo que puede llevar a resultados adversos tanto para la madre como para el feto<sup>(4, 5)</sup>.

## INCIDENCIA

Aproximadamente el 8% de las RPM se producen al término, es decir después de la semana 37 de edad gestacional. El inicio espontáneo del trabajo de parto posterior a la RPMO de término generalmente ocurre dentro de las primeras 24 horas, y dentro de estas un 79% de las mujeres presentará un parto espontáneo dentro de las primeras 72 horas, y un 95% dentro de las primeras 24 horas<sup>(1, 3)</sup>.

## DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de rotura de membranas ovulares es clínico. Se realiza constatando la pérdida de líquido amniótico al examen físico<sup>(1, 3)</sup>.

Ante una paciente que refiere historia de hidrorrea se deberá:

- Realizar correcta anamnesis y verificar edad gestacional.
- Constatar mediante especuloscopia estéril la salida de líquido amniótico a través del orificio cervical externo. En caso de no visualizar la salida de líquido o presencia de líquido en fondo de saco vaginal, se solicitará a la paciente realizar maniobras de valsalva<sup>(1)</sup>.
- Se evitarán los tactos vaginales ya que aumentan el riesgo de infección, solo se realizarán en casos donde la paciente se presente con dinámica uterina con el fin de determinar la situación obstétrica<sup>(4, 6)</sup>.

Ante dudas diagnósticas se podrán realizar pruebas complementarias:

- Proteína transportadora 1 del factor de crecimiento similar a insulina (IGFBP1), presentando una sensibilidad 74-100% y especificidad 77-98,2%, de nombre comercial Actim® PROM<sup>(4)</sup>.
- Macroglobulina alfa placentaria-1, teniendo una sensibilidad

99% y especificidad que varía desde 87,5-100%, de nombre comercial AmniSure®.

Es importante destacar que éstas pruebas disminuyen su sensibilidad luego de 12 horas de ocurrida la rotura de membranas ovulares<sup>(7)</sup>.

## ETIOLOGÍA

La etiología de la RPMO actualmente no es bien conocida y se han propuesto múltiples factores que podrían explicar el porqué de este evento. En los embarazos de término podría deberse a los cambios fisiológicos en las propias membranas amnióticas combinados con fuerzas de cizallamiento debidas a las contracciones uterinas. Otras causas identificables, serían aquellas secundarias a un procedimiento invasivo, hemorragias persistentes, sobredistensión uterina, o causas inmunes<sup>(1)</sup>. Si bien estos suelen ser los principales planteos, en muchas ocasiones no se encuentra una causa responsable de la RPMO<sup>(2)</sup>.

## COMPLICACIONES

En cuanto a las complicaciones que se presentan en la RPMO de término, a nivel materno-fetal destacan las infecciosas, con el potencial riesgo de infección ascendente y por tanto el desarrollo de corioamnionitis, definida como la inflamación aguda de las membranas ovulares de origen infeccioso y del contenido amniótico<sup>(8)</sup>. Su prevalencia se estima en 1-2% de los partos a término y 5-10% de los partos pretérmino<sup>(9)</sup>.

## CRITERIOS CLÍNICOS DE DIAGNÓSTICO DE CORIOAMNIONITIS

- Frecuencia cardíaca materna mayor a 100 lpm.
- Fiebre materna  $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$
- Líquido amniótico purulento
- Taquicardia fetal  $>$  a 160 lpm, evidenciada en registro cardiotocográfico<sup>(10, 11)</sup>.

## CRITERIOS PARA CLÍNICOS DIAGNÓSTICOS

- Leucocitosis  $>$  15000 .
- Aumento de proteína C reactiva<sup>(10, 11)</sup>.

Como complicaciones a nivel fetal se describen; el sufrimiento fetal agudo y la muerte fetal intraútero<sup>(12)</sup>. A nivel materno destaca la infección puerperal (endometritis, miometritis), la sepsis y mayor riesgo de hemorragia puerperal. En cuanto a las complicaciones agudas propias de la RPMO están dadas por la prociencia de cordón umbilical o partes fetales y el desprendimiento prematuro de placenta normoinsera<sup>(12)</sup>.

## CONDUCTA EN RPMO DE TÉRMINO

Si bien actualmente no existe un consenso internacional que determine el momento óptimo para iniciar la inducción del trabajo de parto, está demostrado que aquellas mujeres que presenten RPMO al término del embarazo tendrán su parto en forma espontánea dentro

de las primeras 24 hs de realizado el diagnóstico<sup>(3, 4)</sup>. El objetivo de la finalización de la gestación dentro de las primeras 24 horas de la RPMO de término, es reducir el riesgo de infección materno fetal y sus complicaciones asociadas. La finalización de la gestación dentro de las primeras 24 horas de la RPMO, se asocia a menor riesgo de corioamnionitis y endometritis sin aumentar la morbimortalidad materna, fetal y neonatal, ni generar un aumento en la incidencia de la tasa de cesáreas o partos instrumentados<sup>(13, 14)</sup>. Por lo tanto, en todos los casos se deberá informar de forma correcta a la paciente y acompañante acerca de los riesgos y beneficios de mantener una conducta expectante y vigilante dentro de las primeras 24 horas de la RPMO, a la espera del inicio espontáneo del trabajo de parto. Por lo que dicha conducta será consensuada por la madre, acompañante y equipo de ginecología.

## MANEJO INICIAL EN LA RPM DE TÉRMINO

Una vez realizado el diagnóstico la paciente deberá permanecer ingresada en centro de segundo nivel o superior<sup>(15)</sup>. Confirmar que la paciente se encuentra cursando el término del embarazo, es decir; entre las 37+0 y las 41+6 semanas de edad gestacional. Corroborar el tiempo de latencia de la RPMO.

## VALORACIÓN DE LA SALUD MATERNA

Una vez ingresada la paciente se realizará examen físico completo, con especial importancia en descartar elementos clínicos de infección materna. Se extraerán muestras para paraclínica en sangre:

- Serologías infecciosas de corresponder.
- Corroborar búsqueda para Estreptococo del grupo B (SGB). De no haberse extraído exudado vagino-rectal entre las 35-37 semanas de edad gestacional, se extraerá la muestra al momento de ingreso de la paciente<sup>(13)</sup>.
- Si al momento de ingreso la latencia de la RPMO es menor a 24hs, no será necesario la solicitud de hemograma y PCR.
- Si al momento de ingreso la latencia de la RPMO es mayor a 24 hs, se deberá solicitar hemograma y PCR.
- En la evolución ante cambios de la características del líquido amniótico o sospecha clínica de corioamnionitis se encuentra justificada la solicitud de hemograma y PCR<sup>(4)</sup>.

## VALORACIÓN DE LA SALUD FETAL

Al momento de ingreso, será necesario realizar monitoreo fetal con el fin de descartar alteraciones de la vitalidad que requieran de la finalización de la gestación. En la evolución se realizará auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) durante las primeras 24 hs. De surgir alteraciones en la misma o cambios clínicos que evidencien compromiso de la vitalidad fetal, se procederá a realizar nuevamente monitoreo fetal e individualizar el seguimiento según hallazgos<sup>(16)</sup>.

Si RPMO prolongada (definida como aquella mayor a 24 horas de evolución) se sugiere monitorización continua de la frecuencia cardíaca fetal<sup>(1)</sup>.

## VALORACIÓN DE LÍQUIDO AMNIÓTICO

Tiene como objetivo descartar eventuales complicaciones, por lo que se valorarán las características del mismo. El líquido amniótico meconial (LAM) definido como aquel de coloración verdosa se ha considerado durante mucho tiempo un signo de hipoxia fetal. Se plantea que la expulsión de meconio podría ser el resultado de la maduración del tracto gastrointestinal, siendo esto más frecuente en embarazos posttérmino<sup>(17, 18)</sup>. Así como también que sea consecuencia de procesos patológicos, como es el estrés fetal debido a la compresión del cordón umbilical y el aumento del flujo vagal, con el consiguiente peristaltismo y relajación del esfínter anal<sup>(18)</sup>. Destacamos la importancia de valorar la característica del líquido amniótico como parte de la evaluación clínica, dado que de presentar LAM, en algunas ocasiones el mismo se asocia con baja puntuación en score APGAR, necesidad de reanimación, acidosis de cordón y síndrome de aspiración de líquido amniótico meconial<sup>(19)</sup>. Por tanto, basado en la evidencia actual se considera que frente a la presencia de LAM significativo (verde oscuro o negro, espeso o con fetidez) se deberá optar por la **monitorización continua de la frecuencia cardíaca fetal y mantener una conducta activa en cuanto a la finalización de la gestación independientemente del tiempo de latencia desde la RPMO**<sup>(18)</sup>. En los casos de LAM fluido debe individualizarse cada caso, teniendo en cuenta el estado materno-fetal en su conjunto.

## ¿CUÁNDO OPTAR POR LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO?

Aunque actualmente no existe consenso específico sobre la duración máxima del manejo expectante, varios estudios sugieren que si el trabajo de parto no se desencadena de forma espontánea posterior a la RPMO, se puede considerar la inducción luego de las primeras 24 horas de la rotura de membranas, excluyendo los casos donde existan contraindicaciones para el mismo<sup>(15, 16)</sup>. Está demostrado que aproximadamente el 95% de las pacientes con RPMO de término, inician su trabajo de parto de manera espontánea dentro de las primeras 24 horas. Por ello, se recomienda la inducción del parto una vez cumplido este período de tiempo. Esta medida no aumenta el riesgo de infección materna y tampoco se ha registrado un aumento en la tasa de cesáreas<sup>(12)</sup>.

## ¿CUÁNDO INICIAR LA INDUCCIÓN FARMACOLÓGICA DEL TRABAJO DE PARTO?

Esta conducta dependerá en todos los casos de la maduración cervical, aunque también se considerarán aspectos como: el descanso nocturno de la gestante, la paridad y la

organización/disponibilidad del personal médico de guardia<sup>(4)</sup>.  
Si la rotura presenta menos de 24 hs de evolución:  
Se sugiere mantener conducta expectante en vistas a que se desencadene el trabajo de parto en forma espontánea<sup>(13, 14)</sup>.  
Si la rotura presenta 24 hs de evolución o más:  
Se valorará el estado cervical mediante el score de Bishop el cual mide cinco características: posición cervical, consistencia, borramiento (adelgazamiento y acortamiento), dilatación y descenso de la presentación (plano de Hodge), tres de los cuales se relacionan con la remodelación cervical: consistencia, borramiento y dilatación<sup>(20)</sup>.

Tabla 1. Índice de Bishop

Exploración	Puntaje			
	0	1	2	3
Dilatación cervical (cm)	Cerrado	1-2	3-4	5-6
Borramiento cervical (%)	0-30	40-50	60-70	80
Altura de la presentación	I	II	III	IV
Consistencia del cuello	Firme	Media	Blanda	
Posición del cuello	Posterior	Intermedio	Centrovaginal	

Fuente: elaboración propia

Considerando un cuello maduro aquel que tiene un puntaje mayor a 6 y un cuello desfavorable o inmaduro aquel con un score menor o igual a 6 con la consiguiente indicación de maduración cervical previa a la inducción del trabajo de parto. Ningún método utilizado para la maduración cervical ha demostrado ser superior a otro para reducir la tasa de infección intrauterina o neonatal, ni para disminuir la latencia o la tasa de cesáreas. En nuestro medio contamos con opciones tanto farmacológicas como no farmacológicas (métodos mecánicos). Sin embargo, los métodos mecánicos, como la sonda Foley, actualmente no están recomendados en la RPMO<sup>(13, 12)</sup>. En cuanto a los métodos farmacológicos de maduración cervical contamos con distintas opciones:

- **Misoprostol:** Es un análogo sintético de la Prostaglandina E1. Su administración puede ser vía yugal o vía vaginal. Se encuentra disponible en nuestro país en presentaciones de 50 o 200 mcg. La dosis recomendada es 25 – 50 ug vía yugal cada 4 horas o 25 ug vía vaginal cada 4 horas. Se recomienda la monitorización fetal electrónica continua durante al menos 20 minutos después de la administración, dado que puede provocar taquisistolia uterina, con o sin cambios en la frecuencia cardíaca fetal<sup>(22)</sup>.
- Se puede iniciar oxitocina al menos 4 horas después de la última dosis de misoprostol, dado el alto riesgo de hiperestimulación uterina<sup>(21)</sup>. Las contraindicaciones para su utilización están dados por pacientes con cirugías uterinas previas, riesgo de hiperestimulación uterina, hipersensibilidad a las prostaglandinas y en casos de compromiso fetal conocido<sup>(22)</sup>.
- **Dinoprostona:** Se trata de un análogo de la prostaglandina E2. Se encuentra disponible en nuestro medio como sistema de

liberación controlada, la cual contiene 10 mg de Dinoprostona y libera 0,3 mg/hora. Previo a su colocación se debe realizar monitorización fetal. De presentar monitoreo reactivo, se procederá a retirar el dispositivo del envoltorio y colocarlo en el fondo de saco vaginal posterior. Luego de colocado se volverá a realizar monitorización fetal controlando la FCF y la dinámica uterina durante un período de 30 minutos a 2 horas. Se recomienda su colocación por 12 a 24 horas. Una vez retirado el dispositivo pasados treinta minutos se puede iniciar oxitocina. La hipersensibilidad a las prostaglandinas, es una contraindicación para el uso del mismo<sup>(21)</sup>.

Una vez lograda la maduración cervical, se procederá a la inducción del trabajo de parto con oxitocina. ● **Oxitocina:** La oxitocina sintética es el fármaco más comúnmente empleado en obstetricia para la inducción del trabajo de parto. Su principal función es aumentar la contractilidad miometrial y de esta forma provocar contracciones uterinas<sup>(23)</sup>. Se administra por vía endovenosa, y su inicio de acción es inmediato pasados los 3 a 5 minutos de infusión, aunque requiere 40 minutos para lograr un nivel estable en plasma. Suspendida la oxitocina su vida media es de 5 a 12 minutos<sup>(21)</sup>.

Para lograr un control preciso de la dosis administrada la vía de elección será intravenosa por bomba de infusión continua. Su preparación consiste en diluir 5 UI oxitocina en 500 cc de solución fisiológica o ringer lactato a pasar a 12 ml/h. A los 20 minutos se evaluará la respuesta miometrial al estímulo y de no presentar dinámica de tipo trabajo de parto se aumentará la dosis de a 12 ml/hr hasta un máximo de 96 ml/hr. Revalorando la dinámica uterina cada 20 minutos. Una vez lograda la dinámica de tipo trabajo de parto no se continuará aumentando la dosis de Oxitocina. De presentar polisistolia (dinámica uterina con más de 6 contracciones en 10 minutos), elementos de sufrimiento fetal agudo a la monitorización, o al entrar la paciente en fase activa del trabajo de parto, se suspenderá la infusión de oxitocina. Las contraindicaciones para la utilización de la misma están dadas por polisistolia y elementos de sufrimiento fetal agudo<sup>(21, 23)</sup>.

## ¿CUÁNDO SERÁ OPORTUNO INICIAR LA ANTIBIOTICOTERAPIA?

La profilaxis antibiótica iniciada dentro de las 12 horas posteriores a la RPMO, ha demostrado reducir el riesgo de infección intrauterina, por lo tanto se recomienda su inicio luego de este periodo de tiempo. En aquellos casos donde la RPMO tenga más de 24 hs de evolución, se iniciará profilaxis antibiótica de forma inmediata<sup>(4)</sup>. No se recomienda el inicio de profilaxis antibiótica a las 6 horas de ocurrida la RPMO dado que no ha demostrado establecer una reducción significativa de las complicaciones infecciosas<sup>(13)</sup>. El uso de antibióticos deberá adecuarse al perfil de resistencia epidemiológica y nosocomial de cada país. Se utilizarán como antibióticos de elección los

betalactámicos de administración intravenosa (i.v), siendo de primera línea amoxicilina-clavulánico a razón de 1 gr. vía i.v cada 6 hs vía o Ampicilina 1 gr. vía i.v cada 6 hs<sup>(15, 24)</sup>. Sialergia a la Penicilina: Clindamicina 900 mg vía i.v cada 8 horas<sup>(25)</sup>. En el caso de las pacientes portadoras de Estreptococo del grupo B la profilaxis antibiótica se iniciará al momento del diagnóstico de la RMPO.

### PROFILAXIS ANTIBIÓTICA ANTE RPMO DE TÉRMINO EN SGB POSITIVO

La misma se realizará independientemente del tiempo de evolución de la RMPO y se utilizará penicilina cristalina como antibiótico de primera línea.

- Dosis carga: Penicilina cristalina 5 millones UI vía i.v o ampicilina 2 gr. vía i.v.
- Dosis de mantenimiento: Penicilina cristalina 2,5 millones UI cada 4 horas vía i.v o ampicilina 1 gr. cada 4 horas vía i.v hasta el nacimiento.
- Alergia a la penicilina: Se utilizará clindamicina 900 mg cada 8 horas vía i.v<sup>(25)</sup>.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Practice Bulletin No. 172: Premature Rupture of Membranes. *Obstet Gynecol.* Octubre de 2016;128(4):e165-177. DOI: 10.1097/AOG.0000000000001712. PMID: 27661655.
2. Hannah ME, Ohlsson A, Farine D, Hewson SA, Hodnett ED, Myhr TL, et al. Induction of labor compared with expectant management for prelabor rupture of the membranes at term. TERMPROM Study Group. *N Engl J Med.* 18 de abril de 1996;334(16):1005-10. DOI: 10.1056/NEJM199604183341601. PMID: 8598837.
3. Middleton P, Shepherd E, Flenady V, McBain RD, Crowther CA. Planned early birth versus expectant management (waiting) for prelabour rupture of membranes at term (37 weeks or more). *Cochrane Database Syst Rev.* 4 de enero de 2017;1(1):CD005302. DOI: 10.1002/14651858.CD005302.pub3. DOI: 10.1002/14651858.CD005302.pub3. PMID: 28050900. PMCID: PMC6464808.
4. Cobo T, Del Río J, Mensa J, Bosch J, Ferrero S. Rotura prematura de membranas a término y pretérmino. Hospital Clínic- Hospital Sant Joan De Déu- Universitat De Barcelona. *Fetal Medicine Barcelona.* 2023. Disponible en: <https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/rotura-prematura-de-membranas-hcp-hsjd.pdf>
5. Siegler Y, Weiner Z, Solt I. Prelabor Rupture of Membranes. *ACOG Practice Bulletin No. 217.* *Obstet Gynecol.* Noviembre de 2020;136(5):1061. DOI: 10.1097/AOG.0000000000004142. PMID: 33093409.
6. Duff P. Preterm prelabor rupture of membranes: Clinical manifestations and diagnosis [Internet]. Up to Date. Octubre 2023. Disponible en: <https://medilibrary.ir/uptodate/show/6754>
7. Abdelazim IA, Makhlof HH. Placental alpha microglobulin-1 (A mni S ure test) versus insulin-like growth factor binding protein-1 (A ctim PROM test) for detection of premature rupture of fetal membranes. *J of Obstet and Gynaecol [Internet].* Junio de 2013;39(6):1129-36. DOI: 10.1111/jog.12045. PMID: 23718844. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jog.12045>
8. Rueda C, Ferrero S, Palacio M, Cobo T. Protocolo: Corioamnionitis o Triple I. Hospital Clínic- Hospital Sant Joan De Déu- Universitat De Barcelona. [Internet]. 2021. Disponible en: <https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/corioamnionitis.pdf>
9. Chapman E, Reveiz L, Illanes E, Bonfill Cosp X. Antibiotic regimens for management of intra-amniotic infection. *Cochrane Database Syst Rev.* 19 de diciembre de 2014;2014(12):CD010976. DOI: 10.1002/14651858.CD010976.pub2. PMID: 25526426. PMCID: PMC10562955.
10. Thomson AJ, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Care of Women Presenting with Suspected Preterm Prelabour Rupture of Membranes from 24+0 Weeks of Gestation: Green-top Guideline No. 73. *BJOG.* Agosto de 2019;126(9):e152-66. DOI: 10.1111/1471-0528.15803. PMID: 31207667.
11. National Institute for Health and Care Excellence. Preterm labour and birth [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2022 [citado 26 de mayo de 2024]. (National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553008/>
12. Delorme P, Lorthe E, Sibiude J, Kayem G. Preterm and term prelabour rupture of membranes: A review of timing and methods of labour induction. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* Noviembre de 2021;77:27-41. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2021.08.009. PMID: 34538740.
13. Sénat MV, Schmitz T, Bouchghoul H, Diguisto C, Girault A, Paysant S, et al. Term prelabor rupture of membranes: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *J Matern Fetal Neonatal Med.* Agosto de 2022;35(16):3105-9. DOI: 10.1080/14767058.2020.1810230. PMID: 32847438.
14. Melamed N, Berghella V, Ananth CV, Lipworth H, Yoon EW, Barrett J. Optimal timing of labor induction after prelabor rupture of membranes at term: a secondary analysis of the TERMPROM study. *Am J Obstet Gynecol.* Marzo de 2023;228(3):326.e1-326.e13. DOI: 10.1016/j.ajog.2022.09.018. PMID: 36116523.
15. Ministerio de Salud Pública, Uruguay. Manual de recomendaciones para el manejo de situaciones obstétricas vinculadas con cesáreas evitables. 2023. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/>

publicaciones/manual-recomendaciones-para-manejo-situaciones-obstetricas-vinculadas

16. Scorza W. Prelabor rupture of membranes at term: Management - UpToDate [Internet]. 2023. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/prelabor-rupture-of-membranes-at-term-management?search=manejo%20de%20rotura%20prematura%20de%20membranas%20en%20termino&source=search\\_result&selectedTitle=2%7E150&usage\\_type=default&display\\_rank=2#H884259](https://www.uptodate.com/contents/prelabor-rupture-of-membranes-at-term-management?search=manejo%20de%20rotura%20prematura%20de%20membranas%20en%20termino&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2#H884259)

17. Adnan M, Mydam J, Hageman JR, Cohen L. Fetal Heart Tracing Patterns and the Outcomes of Newborns With Meconium-Stained Amniotic Fluid. *Cureus*. Abril de 2022;14(4):e24545. DOI: 10.7759/cureus.24545. PMID: 35651407. PMCID: PMC9138189.

18. National Institute for Health and Care Excellence. Overview | Intrapartum care for healthy women and babies. | Guidance | NICE [Internet]. NICE; 2023. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235>

19. Chandraran E, Global Academy of Medical Education Training, London, UK. Physiological Interpretation of Cardiotocograph: Does the Emerging Scientific Evidence Suggest a Reversal in the "Thunder and Lightning" Phenomenon? *J Clin Med Surgery* [Internet]. 29 de mayo de 2023;3(1). DOI: 10.52768/2833-5465/1098. Disponible en: <https://jclinmedsurgery.com/articles/jcms-v3-1098.html>

20. Teixeira C, Lunet N, Rodrigues T, Barros H. The Bishop Score as a determinant of labour induction success: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet*. Septiembre de 2012;286():739-53. DOI: 10.1007/s00404-012-2341-3. PMID: 22546948.

21. ACOG. Induction of labor. *ACOG Practice Bulletin* No. 107. *Obstet Gynecol*. Agosto de 2009;114(2 Pt 1):386-97. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181b48ef5. PMID: 19623003.

22. Robinson D, Campbell K, Hobson SR, MacDonald WK, Sawchuck D, Wagner B. Guideline No. 432c: Induction of Labour. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* [Internet]. Enero de 2023;45():70-77.e3. DOI:10.1016/j.jogc.2022.11.009. PMID: 36725134. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1701216322007344>

23. Cantó A, Tarrida C, Hernández S, Mallén L, González E, Ferrer P, et al. Protocolo: uso de la oxitocina en sala de partos. Hospital Clínic, Hospital Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona; 2023. Disponible en: <https://fetalmedicinabarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/Oxitocina-en-Sala-de-Partos.pdf>.

24. Dan L, Lin W, Hailong L, Linan Z, Bin W, Lingli Z. Timing of antibiotic prophylaxis in term prelabor rupture of membranes: A retrospective cohort study using propensity-score matching. *Int J Gynaecol Obstet*. Febrero de 2024;164():741-9. DOI: 10.1002/ijgo.15045. PMID: 37632160.

25. Ministerio de Salud Pública Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. 2014. Guías en salud sexual y reproductiva. Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/guias-salud-sexual-reproductiva-manual-para-atencion-mujer-proceso>

## ANEXOS

### ANEXO 1

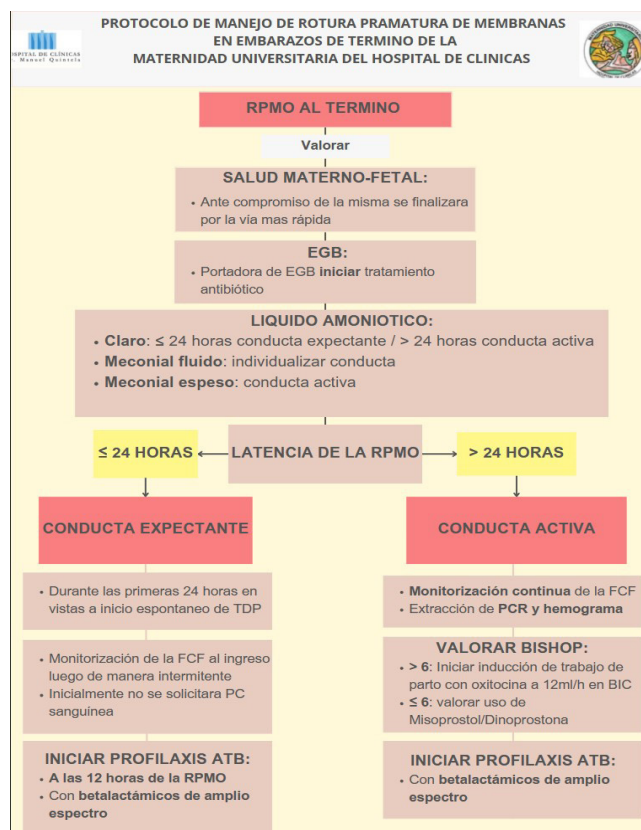


Figura 1. Protocolo seguimiento RPM de término

Fuente: elaboración propia