

## Documento de consenso

### Rotura prematura de membranas

**Redactado por:**

*Miguel Álvaro Navidad (FJD)*  
*Montserrat González Rodríguez (HUIE)*  
*Olga de Felipe Jiménez (HUIE)*  
*Rosa María Nogales Escoriza (HURJC)*  
*Ricardo Savirón Cornudella (HGV)*  
*Victoria Marcos González (HGV)*

*Año realización: 2017*

## 1.- DOCUMENTACION DE REFERENCIA / LEGISLACIÓN APLICABLE

- Protocolos de Medicina Materno-Fetal (Perinatología ) 3ª Edición. Lluís Cabero i Roura
- Inducción of labour. NICE clinical guideline July 2008
- Curso Clinic de Formación Continuada. Curso Intensivo en Medicina Maternofetal. 2012
- Rotura Prematura de membranas Protocolo SEGO actualizado en 2013
- Protocolo Clínic Barcelona
- Capítulo 9, RPM. Dr Carlos De Bonrostro, Dra Vanesa Elena Lázaro García
- Guía Nice
- Guía ACOG
- Revisión Up to date 2015
- Protocolo Hospital Universitario Infanta Elena
- Protocolo Hospital Universitario Rey Juan Carlos
- Protocolo Hospital Infanta Cristina
- Protocolo Hospital de Getafe
- Hospital Príncipe de Asturias

2.- **OBJETIVO:** definir el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de la gestante con rotura prematura de membranas.

### 3.- DEFINICIÓN:

Pérdida de integridad de las membranas ovulares antes de iniciarse el parto. Se clasifican en:

- **RPM a término > 37 semanas.** Se produce en el 8% de las gestaciones. En general, el comienzo del parto tiene lugar de manera inmediata, de modo que el 95% de pacientes han dado a luz en menos de 3 días.
- **RPM pretérmino < 37 semanas.** Es mucho menos frecuente: ocurre en el 2-4% de las gestaciones y el intervalo de tiempo hasta el parto suele ser de una semana o más.

El tiempo de latencia tiende a ser mayor cuanto menor es la edad gestacional en el momento de la rotura. Su importancia radica en que está asociada a un 30-40% de los casos de prematuridad, con la morbilidad y mortalidad que esta conlleva.

### 4.- PROCESO:

#### 4.1 Diagnóstico:

**-Anamnesis:** la paciente refiere emisión de líquido amniótico (LA) a través de genitales externos

**-Exploración:** se objetiva salida de líquido amniótico a través del cérvix mediante la colocación de un espéculo. Se puede evidenciar mejor con maniobras de Valsalva, desplazando la presentación fetal o presionando el fondo uterino.

**-Test de Nitrazina :** medición del pH vaginal mediante colocación de tira reactiva en fondo de saco vaginal posterior el viraje a azul (pH alcalino > 6,5) es altamente significativo. Sensibilidad 95%.

**-Tacto vaginal:** puede ayudar para tectar la presencia de polo inferior íntegro y para valorar en Bishop en gestaciones a término.

La exploración en los casos de RPM pretérmino debe minimizar el riesgo de infección. Dado que el tacto vaginal incrementa el riesgo de infección, acorta el tiempo de latencia y añade poca información a la que puede ofrecer el espéculo, el tacto sólo debe realizarse si la paciente se halla en trabajo de parto o si se ha decidido finalizar la gestación (NE: IIb-B).

**-Deambulación con paño estéril:** en caso de duda a la exploración se puede recurrir a la colocación de un paño estéril de color a modo de compresa e indicar deambulación para comprobar si se humedece de manera evidente.

**-Ecografía:** en ocasiones no es concluyente pero si tenemos otra previa para contrastar una posible disminución del líquido amniótico o si se evidencia un oligoamnios, apoyará el diagnóstico. Valorar presentación, y biometría en prematuros. Se realizará cervicometría por vía vaginal en las RPM pretérmino (< 34+6 SG )

#### **Determinación de parámetros bioquímicos:**

- *Insulin-like growth factor binding protein-1* -IGFBP-1 (**Actim PROM test, Amnioquick**): proteína sintetizada en el hígado fetal y la decidua.

- *Placental alpha microglobulin-1* -PAMG-1 (**AmniSure**): proteína sintetizada por la decidua.

La concentración de ambas proteínas en líquido amniótico es de 100 a 1000 veces superior a la hallada en las secreciones cérvico-vaginales en casos de membranas íntegras.

Sólo se emplearán en caso de que no consigamos llegar a un diagnóstico claro con todas las demás pruebas y, preferentemente, en gestaciones pretérmino.

El **diagnóstico diferencial** se plantea con leucorrea e incontinencia de orina. **Siempre de debe descartar corioamnionitis:** leucocitosis > 15000 con desviación izquierda, > 20% de bandas, PCR elevada; o bien signos clínicos manifiestos de taquicardia, fiebre, hipersensibilidad uterina o leucorrea maloliente.

## 4.2 Conducta

-**Valoración de la edad gestacional:** a través de la FUR, ecografía previas y ecografía al ingreso.

-**Valoración de las condiciones cervicales:** índice de Bishop mediante tacto vaginal con guante estéril/cervicometría según edad gestacional (aunque en la mayoría de las RPM pretérmino el hallazgo de un cuello corto es raro y algunos autores consideran que no es una medida de primera elección)

-**Cultivos vaginal, rectal y endocervical en gestaciones pretérmino. Revisar resultado de despistaje de estreptococo en gestaciones a término.**

-**RCTG**, con el objetivo de:

·descartar compromiso fetal, especialmente patrones que se ajusten a una corioamnionitis: taquicardia basal, sobre todo si se asocia a una disminución de la variabilidad y/o aceleraciones

·objetivar la presencia de dinámica uterina (una dinámica que no cede con tocolíticos en una gestación pretérmino apoyaría el diagnóstico de corioamnionitis)

·aquellos casos que descartemos corioamnionitis, pero RCTG indique compromiso fetal:

\*finalización si existe pérdida de bienestar fetal en cualquier caso

\*finalizar si la gestación es mayor de 34 semanas

\*entre la 28 y la 34 semanas, madurar previamente

\*con menos de 28 semanas se sopesarán riesgos-beneficios, en función de la viabilidad fetal

-**Descartar presencia de infección (pretérmino y aquellas a término que consulten con más de 24 horas de evolución de la RPM):**

·control de constantes maternas (aumento de temperatura, taquicardia, hipotensión en casos de septicemia, hablan a favor de un proceso infeccioso)

·analítica: con recuento y fórmula leucocitaria + PCR

·¿amniocentesis?: si el líquido residual lo permite. Se tramitará el estudio de: tinción Gram y glucosa de forma urgente y se remitirá muestra para cultivo. La amniocentesis tiene la capacidad de detectar la infección subclínica antes de la aparición de la corioamnionitis clínica y de la sepsis fetal, dando la oportunidad de intervenir con un tratamiento antibiótico apropiado, o de finalizar la gestación dependiendo de la edad gestacional y del germen, o de plantear con seguridad una conducta expectante si el cultivo de líquido amniótico es negativo (NE: IIa-B). Sin embargo, por el momento no disponemos de evidencia de que el tratamiento antibiótico "específico" en estas pacientes mejore el pronóstico y disminuya la morbilidad si se compara con el manejo estándar (tratamiento sistemático y profiláctico con antibióticos de amplio espectro). En la actualidad no hay evidencia científica suficiente que recomiende su uso rutinario por lo que sólo se dejará para casos con sospecha de corioamnionitis subclínica pasando previamente por sesión clínica.

## CORIAMNIONITIS

**Si se confirma la presencia de corioamnionitis se finalizará la gestación independientemente de la edad gestacional, por el riesgo que entraña tanto para la madre como para el feto.**

Un lapso de tiempo hasta el parto de menos de 12 horas con cobertura antibiótica, no se correlaciona con peores resultados neonatales o maternos. Por lo tanto, en estas condiciones, la vía vaginal puede ser una opción válida.

El uso de corticoides en pacientes con sospecha clínica de corioamnionitis no aumenta la morbilidad infecciosa fetal ni materna. Tampoco parece aumentar el riesgo de enterocolitis necrotizante, síndrome de dificultad respiratoria o muerte neonatal y, en cambio, parece mejorar el pronóstico neurológico. Si el parto no va a ser inminente, deben administrarse. Sin embargo, la administración de corticoides no debe demorar la indicación de finalización de la gestación.

La finalización de la gestación debe realizarse bajo cobertura antibiótica de amplio espectro. Existen diferentes pautas antibióticas, todas ellas igualmente eficaces. Un ejemplo podría ser: ampicilina 2 g/6h IV + gentamicina 240/ 24 h IV. **En caso de cesárea, debe añadirse clindamicina 900 mg/8h IV.**

Se recomienda mantener los antibióticos hasta que la paciente lleve 48 horas afebril. Pasado este tiempo, pueden suspenderse. Si persiste la fiebre a pesar de 48 con antibioterapia iv, debemos asumir que se trata de un microorganismo resistente a Gentamicina y en ese caso ésta se debe sustituir por Cefoxitima 2 gr cada 8 horas.

### 4.3 Tratamiento

**RPM a término (aunque por definición se consideran los mayores de 37 semanas, se adoptará la misma actitud en lo pretérminos tardíos > o igual a 34+6 semanas):**

La terminación inmediata (“actitud activa”), valorada en la revisión de la Cochrane (Planned early birth versus expectant management for prelabour rupture of membranes at term. Cochrane database Syst Rev 2006; 1: CD005302), se considera hasta las 24 horas después de la RPM, en tanto que el “manejo expectante” abarca desde la no inducción hasta la inducción tras 24 a 96 horas posteriores a la RPM.

El manejo activo, según la Cochrane (2006):

-se asocia con menor número de infecciones maternas (corioamnionitis y endometritis) y de ingresos de recién nacidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

-no hay diferencias significativas en la tasa de cesáreas o parto instrumentalizado

Tiempo desde RPM (horas) hasta parto	Corioamnionitis	Endometritis	Hemorragia postparto
8	2,4%	0%	7,2%
10	1,9%	1%	9,8%
12	2,7%	1,3%	11,1%
14	2,2%	1%	12,7%
16	3,6%	1%	13,8%
18	4%	1,3%	14,5%
Modificado de Tran. Am J Obstet Gynecol 2008			

Se considera “actitud activa” la “inducción” de parto antes de 24 horas tras RPM.

La inducción, según los distintos estudios, se puede considerar con oxitocina o PG’s intravaginales, no hay resultados comparativos concluyentes, ni las guías internacionales son consensuadas.

## ACTITUD

### <18 h RPM:

- Bishop >5-6: Valorar estimulación con oxitocina (ver protocolo de inducción)
- Bishop <5-6: sin dinámica uterina: PGs al ingreso (en multíparas esperar 4-6 h tras ingreso)
- Bishop < 5-6 con dinámica regular esperar a inicio de trabajo de parto. Si tras 6-8 horas no inicio de parto o desaparición de la dinámica, maduración cervical con prostaglandinas

**>18h RPM:** 18 h de RPM (en todos los casos, si no hay contraindicación) → Inducción con oxitocina (ver protocolo inducción). En caso de cesárea anterior con Bishop menor de 4 individualizar caso.

La conducta activa requiere información a la paciente y la firma de consentimiento informado de inducción de parto y seguirá el protocolo de inducción de parto del centro.

La conducta activa se iniciará a partir de las 4-6 horas de la rotura de bolsa en un intento de evitar partos precipitados e hiperdismanias en relación con el uso de prostaglandinas demasiado precoces.

En cuanto al tipo de prostaglandina empleado, como primera elección, en embarazos de bajo riesgo se empleará misoprostol en comprimidos (**Misofar 25**) intentado ajustar el horario lo mejor posible para respetar las horas de sueño. En caso de que coincidir la valoración de maduración cervical con horas nocturnas ej RPM 22:00 horas, se podrá administrar prostaglandinas en dispositivo de liberación retardada (**Propess**) para mayor comodidad de la paciente.

Mención aparte merecen las **cesáreas anteriores** en cuyo caso se debe individualizar cuidadosamente en función del Bishop, el motivo de la cesárea anterior y los deseos de la paciente:

-cesárea anterior + si el Bishop es > 4: oxitocina

-cesárea anterior + si el Bishop es < 4: el motivo de la cesárea anterior es un fracaso de inducción o una no progresión del parto, las posibilidades de cesárea incrementan por lo que se puede consensuar con la paciente realizar una cesárea directamente si dejada a evolución espontánea un margen de 6-12 horas no se ha puesto de parto.

## PROFILAXIS ANTIBIOTICA

### RPM + gestación a término >37 SG:

- si SBH negativo o desconocido: Ampicilina 2 gr seguido de 1 gr cada 6 horas a partir de las 18 horas de la rotura de la bolsa

- si SBH positivo se realizará la profilaxis con Penicilina 5 millones AL INGRESO continuando con 2,5 millones cada 4 horas hasta el final del parto\*

### RPM + gestación entre las 34+6 – 37 SG:

-con SBH positivo o desconocido: profilaxis con Penicilina al ingreso

-con SBH negativo: profilaxis con Ampicilina a las 18 horas de RPM

En caso de alergia a betalactámicos: Clindamicina 900 cada 8 horas o Eritromicina 500 cada 6 horas. Si SBH resistente Vancomicina 1 gr cada 8 horas.

\*se indica Penicilina como fármaco de 1ª elección para la profilaxis de transmisión vertical de SBH porque se han descrito resistencias a la Ampicilina.

NOTA: si SBH + con profilaxis completa, valorar paso a Ampicilina si sobrepasan las 18 h de RPM

### En caso de **fiebre intraparto,**

-antibioterapia: Ampicilina 2 gr iv (posteriormente Ampicilina 1gr/4h iv) + Gentamicina 240 mgr/24h

-Si alergia: Clindamicina 900 mgr/8h iv o Vancomicina 1 gr/12h iv (según antibiograma)

-antipirético: paracetamol o metamizol

Si no disminuye fiebre con antipiréticos, sospecha de corioamnionitis : + Clindamicina 900 mgr/8h iv + hemocultivos. Enviar placenta + cordón (en formol) a anatomía-patológica; el diagnóstico definitivo de corioamnionitis se realiza por funisitis. Enviar cultivo (con torunda) de la placenta (cara materna y cara fetal)a microbiología y enviar muestra de cordón para cultivo (sin formol)

-POSTPARTO: mantener antibioterapia iv hasta 48h afebril. Completar pauta vo: amoxicilina-clavulánico 875 mg/8 h o alérgica: clindamicina 300 mg/8 h hasta 7 días.

Si persiste la fiebre a pesar de 48 con antibioterapia iv, debemos asumir que se trata de un microorganismo resistente a Gentamicina y en ese caso ésta se debe sustituir por Cefoxitima 2 gr cada 8 horas.

### En caso de realizarse **cesárea:**

-añadir 2 gr iv dosis única de Cefazolina (Kefol)

-si alérgica o ya tratada con Ampicilina + Gentamicina: añadir Clindamicina dosis única de 900 mgr iv



### **RPM + gestación pretérmino <34+ 6 semanas:**

#### **RPM entre 23-32 semanas:**

-ingreso. Comentar caso con neonatólogos, si menor de 32 semanas será susceptible de traslado a centro sanitario de nivel 3.

-reposo: será absoluto si se acompaña de APP o si la emisión de líquido amniótico es franca. Se autoriza habitualmente a levantarse para la higiene personal. Si se prevé una larga estancia en cama, valorar profilaxis de tromboembolismo con heparina y apoyo de fisioterapeuta para la práctica de ejercicio.

-controles:

1.- constantes/12 h, RCTG/24 h, movimientos fetales /24 h

2.- hemograma y PCR a las 24 horas del ingreso, si evolución normal, repetir semanalmente, hasta que aparezcan signos de infección o se alcancen las 34 semanas

3.- ecografía semanal: biometrías y volumen de líquido amniótico

4.- amniocentesis si es necesaria para confirmar la infección o la madurez pulmonar.

5.- maduración pulmonar: 12 mg de betametasona i.m al ingreso y a las 24 horas. Valorar dosis de recuerdo si previa más de 2 semanas antes.

6.-tocolisis: Atosiban de primera elección, Nifedipino de segunda elección. Contraindicado el uso de indometacina por disminuir la cantidad de LA y poder enmascarar la fiebre

7- profilaxis de infección amniótica (*algunas de las pautas antibióticas propuestas*):

- Ampicilina 1 g IV/6h + gentamicina 240 mg/24h + azitromicina 1g oral/72 horas hasta una semana.
- Ampicilina 2 g IV/6h + eritromicina 250 mg IV/6h durante 48 horas, seguido de 5 días con amoxicilina y eritromicina oral.
- Ampicilina 2 g IV/6h durante 48 horas, seguido de amoxicilina 500 mg/8h oral hasta una semana. Adicionalmente se puede dar una dosis de azitromicina (1g oral).

En caso de alergia a la penicilina se pueden emplear pautas con clindamicina (900 mg IV/8h) y gentamicina (4,5 mg IV/Kg/24 h) durante 48 horas, seguido de clindamicina oral, 600 mg/8h durante 5 días + azitromicina 1 gr oral / 72 horas.

Pautas durante más de 7 días no parecen aportar beneficio, por lo que su uso debe ser razonado.

8- en gestaciones menores de 31+6 SG se deberá realizar neuroprofilaxis con Sulfato de Magnesio previa al parto siguiendo el protocolo de amenaza de parto prematuro del centro.

### RPM entre 32 -34+6 semanas:

- reposo
- maduración pulmonar
- tocolíticos: si se evidencia presencia de dinámica uterina
- profilaxis antibiótica (ver apartado anterior)
- valoración ecográfica del índice de líquido amniótico: con oligoamnios severo considerar la extracción fetal tras 48 horas de maduración pulmonar.
- en ausencia de signos de infección individualizar y consensuar con Servicio de Pediatría el mejor momento para finalizar la gestación

### RPM en gestaciones previables

La RPM por debajo de la 23 SG en una complicación infrecuente (1-7/1000 gestaciones) pero de manejo complejo que se asocia a una importante morbimortalidad materna y fetal

La mortalidad descrita en la literatura: 40-60 % justifica la interrupción legal del embarazo. La morbilidad materna más frecuente es la corioamnionitis (37%), seguida de la endometritis con un 11%. La sepsis es rara: 1%. Un 66 % de los recién nacidos presentan distress, 29 % displasia broncopulmonar, 5% hemorragia intraventricular y 19% sepsis. El riesgo de secuelas neurológicas a los 2 años de vida, varía en función de los trabajos publicados (6-44%), la ausencia de bibliografía sobre resultados a largo plazo hace que debamos ser cautos a la hora de informar a nuestras pacientes. En general depende de la presencia de infección y del grado de prematuridad en el momento del parto.

Los principales contribuyentes al mal resultado perinatal son:

**-hipoplasia pulmonar:** la fase crítica de desarrollo pulmonar tiene lugar entre las 17-24 SG. Tiene una mortalidad del 70-100%. Los principales factores predictores son la edad gestacional en el momento de la amniorrexis (> 26 SG el riesgo es casi nulo), oligoamnios severo y persistente y el intervalo de tiempo amniorrexis-parto.

**-severidad y persistencia del oligoamnios:** columnas de líquido amniótico <1 cm mantenidas más de una semana se asocian a mayor riesgo de hipoplasia pulmonar y malformaciones esqueléticas. La presencia de columna máxima > 2 cm es un factor pronóstico favorable.

**-deformidades esqueléticas:** con una incidencia global del 20% depende del intervalo de tiempo hasta el parto y del oligoamnios severo y persistente. Suelen ser reducibles con fisioterapia y no necesitan cirugía.

**A modo de conclusión, el pronóstico actual sigue siendo globalmente malo. Sin embargo, en la información dirigida a los padres, cabe diferenciar el pronóstico en función de las semanas que alcance la gestación**

Una vez informada la paciente y siempre en ausencia de signos de infección, ella es la que decide entre:

-actitud activa: interrupción del embarazo

-actitud expectante: si analítica normal y no evolución espontánea, plantear alta a las 48 horas con reposo domiciliario y seguimiento semanal o quincenal en consultas externas con analítica de sangre el día anterior (hemograma y PCR) y reevaluación del riesgo en cada cita. Advertir signos de alarma para acudir a urgencias: fiebre, dolor abdominal, sangrado....

El manejo obstétrico en la actitud conservadora incluye administración profiláctica de antibióticos y corticoterapia a partir de las 24 semanas de gestación. Sin embargo, la evidencia actual es insuficiente sobre el tipo de antibiótico así como sobre la duración del mismo. Por consenso se propone la pauta de Amoxicilina clavulámico 875 cada 8 horas durante 7 días para aquellos casos en los que se decide actitud expectante una vez descartada la corioamnionitis

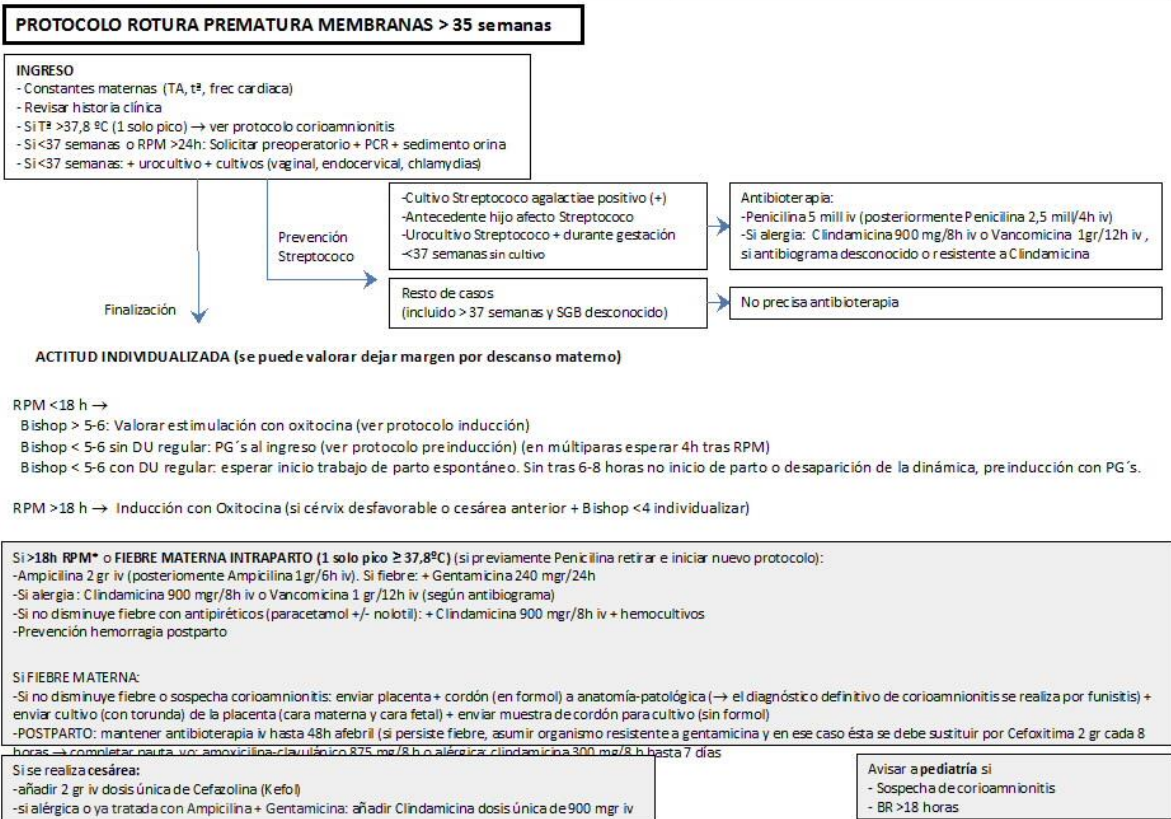
En caso de signos analíticos o clínicos de corioamnionitis se finalizará la gestación.

## **5. FORMATOS**

No aplica

## 6. ANEXOS.

Se han realizado tablas resumen a modo de esquema para tener un resumen visual y práctico del protocolo.



**PROTOCOLO ROTURA PREMATURA MEMBRANAS 23-34+6 semanas**

**INGRESO**

- Constantes maternas (TA, Tª, frec cardiaca)
- Revisar historia clínica
- Avisar pediatría
- TRASLADO: si < 32 semanas
- Si Tª > 37,8 °C (1 solo pico) → ver protocolo corioamnionitis
- Si + dinámica uterina → ver protocolo amenaza parto pretérmino

**PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:**

- Solicitar preoperatorio + PCR: diarios los 3 primeros días y posteriormente cada 48 h (adelantar si cambios clínicos)
- sedimento orina + urocultivo + cultivos (vaginal-rectal-en medio, endocervical-en medio, chlamydia-PCR seco). Si no se realizan el día del ingreso realizar en planta al día siguiente
- ecografía básica: al ingreso. Posteriormente 1 vez/semana (o antes si cambios clínicos)
- medición longitud cervical al ingreso (posteriormente si DU)
- monitoreo fetales según protocolo de planta
- valorar tromboprofilaxis (www.anticogulacionyembarazo.com)
- reposo relativo
- evitar tactos vaginales
- dieta rica en residuos +/- fibra (evitar estreñimiento)
- control constantes por turnos

**ANTIBIOTERAPIA**

Elección: Ampicilina 2g/6h iv + Gentamicina 240 mgr/24h + Azitromicina 1g/72h vo x 7 días (no continuar con tratamiento oral). Si persiste fiebre 48h implica que es resistente a Gentamicina, cambiarla por Ceftioxina 2g/8h iv  
 Alérgicas: Clindamicina 900mg/8h iv + Gentamicina 240mg/24h iv x 48h → Azitromicina 1g/72h vo x 2 dosis + Clindamicina 600 mg/8h vo x 5 días  
 Si fiebre materna o sospecha de corioamnionitis → ver protocolo corioamnionitis

Si PARTO: continuar con antibioterapia hasta parto  
 Si CESAREA: Añadir Clindamicina 900mg/8h iv

**MADURACION PULMONAR**

Betametasona:  
 Pauta clásica: 12mg/24h IM x 2 dosis  
 Pauta rápida: 12mg/12h IM x 2dosis (si se prevee parto en <48h)  
 Dosis de recuerdo: solo si desestabilización (previsión de parto en los próximos 7 días)

**NEUROPROTECCION MgSO4**

Si sospecha inminente en < 32 semanas (ver protocolo APP neuroprotección)

**VACUNATOS FERINA**

Valorar adelantar entre 28- 32 semanas (precisa 7 días para hacer efecto, si continúa ingresada hablar con enfermería contacto con primaria)  
 Precisa un período de 2 semanas para alcanzar niveles de protección.  
 Si cumple criterios, gestionar a través de enlace con Atención Primaria: Natalia Fernández Blanco (busca: 52511 / 67017)

**FINALIZACION**

EN SEMANA 34-35 (tras maduración con corticoides) → VER PROTOCOLO PREINDUCCION

**PROTOCOLO ROTURA PREMATURA MEMBRANAS 23-34+6 semanas**

**INDICACIONES ALTA y manejo ambulatorio: casos seleccionados (cumplir todos requisitos)**

VARIABLES CLÍNICAS	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hidrorrea intermitente, sin DU</li><li>• Cumplimiento estricto</li></ul>
VARIABLES ANALÍTICAS	<ul style="list-style-type: none"><li>• PCR negativa</li><li>• Leucocitos sin signos de infección</li></ul>
VARIABLES ECOGRÁFICAS	<ul style="list-style-type: none"><li>• Líquido amniótico (CMLA) mantenido</li><li>• Cervicometría estable</li></ul>

**SEGUIMIENTO TRAS ALTA y manejo ambulatorio**

Consultas semanales con:

- Control de constantes: T°, Fc
- Analítica: Hemograma + PCR
- RCTG
- Ecografía básica

Recomendaciones:  
Deberá acudir a Urgencias en caso de : amniorrea abundante o amarillenta, metrorragia, DU regular, no percepción de movimientos fetales o T°  $\geq$  37,8°C

Fecha de realización: diciembre 2016

Fecha de revisión: 2018