

Maneig de la ruptura prematura de membranes (RPM) a terme

Document de consens
PADEICS obstetrícia

20/12/2024

Programa Assistencial d'Expertesa de l'Institut Català de la Salut d'Obstetrícia

ics.gencat.cat

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut
© Institut Català de la Salut, 2025

Edició: Institut Català de la Salut
1a edició: 20/12/2024

Coordinació editorial:
Gabinet de Comunicació
Direcció de Comunicació i Responsabilitat Social Corporativa



Avis legal

Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 4.0 Internacional. La llicència es pot consultar a la pàgina web de [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Autoria

- Federico Migliorelli, Hospital Clínic de Barcelona.
- Anna Monsó, Hospital Universitari Arnau de Vilanova.
- Anna Maroto, Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta.
- Milagros Rubio del Río, Hospital de Tortosa Verge de la Cinta.
- Lucía Alcaraz Vidal, ASSIR La Riera.
- Montse Palacios, Hospital Clínic de Barcelona.
- Àgueda Rodríguez, Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta.
- Mónica Ballesteros Pérez, Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona.
- Raül De Diego Burillo, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.

En representació del Programa Assistencial d'Expertesa de l'Institut Català de la Salut d'Obstetrícia.

[Enllaç al web de l'ICS: Programa assistencial d'expertesa d'obstetrícia](#)

El maneig de la ruptura prematura de membranes (RPM) a terme sense altres factors de risc depèn, no només de la situació clínica (l'índex de Bishop, la presència de la dinàmica uterina, la paritat, la infraestructura hospitalària i la distància al centre, l'entorn personal/familiar i de l'equip mèdic de guàrdia) sinó també de la voluntat de la gestant. És per això que, un cop diagnosticada la RPM i per tal d'establir un marc de decisió compartida real, caldrà informar la gestant que:

- En el 60-95 % de les gestants amb RPM es desencadenarà el treball de part de manera espontània en les següents 24-48 hores.
- El risc de sèpsia neonatal greu és del 0,5 % per a les gestants de part amb membranes íntegres i de fins a l'1 % en les gestants amb RPM. Aquest risc s'incrementa a mesura que el temps entre la RPM i el part augmenta. No obstant això, hi ha un marge de seguretat clínica en el qual resulta raonable la conducta expectant.
- En cas que l'estreptococ del grup B (SGB) sigui positiu, el risc de sèpsia neonatal és més alt tot i tenir la cobertura antibiòtica adequada, que sempre està indicada.
- Si no s'inicia el part espontàniament, per decidir quan s'ha d'induir, cal considerar el balanç entre el risc d'intervencionisme *versus* el risc d'infecció.

Tenint en compte aquests aspectes, els protocols hospitalaris dels nostres centres, en general, han d'aconsejar:

RPM < 24 h

- Si l'SGB és positiu, el registre cardiotocogràfic (RCTG) no és satisfactori o se sospita de triple I: cal tenir una conducta activa.
- Si no es compleix cap dels criteris anteriors, es pot optar per tenir una conducta expectant o una conducta activa. Quan s'opta per tenir una conducta expectant, s'aconsella la inducció de manera empírica al cap de **18 +/- 6 hores** amb l'objectiu d'assegurar, en la mesura del possible, l'inici del part abans de 24 hores. Si s'opta per tenir una conducta expectant, es pot dur a terme a domicili en els casos següents:
 - Bon control gestacional.
 - ≥ 37 setmanes i fins les 41,6 setmanes.
 - Gestació única.
 - Líquid clar o rosat.
 - RCTG satisfactori.
 - Absència de barrera idiomàtica.
 - Mitjans de transport propi i trajecte a l'hospital inferior a 30 minuts.

RPM > 24 h

En aquest cas, s'indica tenir una conducta activa, iniciar el tractament antibiòtic, fer un RCTG i una analítica de control (hemograma i PCR) inicials i cada 24 hores per avaluar el benestar fetal i descartar signes d'infecció.

En el marc de la decisió compartida, s'ha de fer constar a la història clínica que la dona ha rebut la informació adequada i que entén els pros i contres de les diferents opcions. Així mateix, s'hi ha de fer constar l'opció escollida, i si rebutja les indicacions establertes, també cal fer-ho constar a la història clínica.

El nombre d'exploracions vaginals està relacionat amb la febre intrapart i postpart i la infecció intraamniòtica i, per tant, cal restringir-les i minimitzar-les. Podem considerar una valoració inicial de les condicions cervicals amb guants estèrils per ajudar a prendre una decisió sobre la conducta que calgui seguir. Posteriorment, no es recomana fer cap tacte vaginal fins que la dinàmica uterina sigui instaurada o es valori iniciar la maduració cervical/inducció.