

	Doc. Nº 01
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A GESTANTES COM RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Setembro de 2020

1. DEFINIÇÃO

Ruptura prematura de membranas (RPM) é aquela que acontece antes do início do trabalho de parto, independente da idade gestacional.

Classifica-se a RPM em:

- A termo: ocorre após 36 semanas e 6 dias;
- Pré-termo: ocorre antes de 37 semanas:
 - Pré-viável: antes de 24 semanas;
 - Viável: A) Remota: entre 24 e 34 semanas;
B) Limítrofe: entre 34 e 36 semanas.

2. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico será confirmado por pelo menos dois dos seguintes critérios:

- História clínica: queixa de perda de líquido vaginal, com características sugestivas de líquido amniótico (cor clara, consistência fluida e odor de água sanitária ou *sui genere*);
- Exame obstétrico: exame especular, sem utilizar vaselina ou clorexidina e observação de saída de líquido pelo orifício do colo uterino, de modo espontâneo ou por manobra de Valsalva (prova de esforço);

	Doc. Nº 01
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A GESTANTES COM RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

- Prova de cristalização: material colhido por exame especular do colo uterino ou fundo de saco, visualizado ao microscópio, estendido em uma lâmina e seco naturalmente (cristalização em folha de samambaia);
- Pesquisa de pH vaginal: medida do pH por fita (valores maiores ou iguais a sete);
- Prova do forro: para ser realizada em mulheres fora de trabalho de parto com diagnóstico duvidoso. Consiste na colocação de um forro de pano na região vestibulo-perineal, deambulação por cerca de uma hora e inspeção do forro logo após. A presença de líquido no forro, com características físicas de líquido amniótico, sugere o diagnóstico. Exame especular complementar deve ser realizado, pois pequenas quantidades de líquido podem permanecer no canal vaginal;
- Ecografia: a redução de líquido amniótico em uma gestante com história sugestiva, pode contribuir para o diagnóstico. No entanto, até 30% das mulheres com RPM podem ter ILA normal na primeira avaliação por imagem;
- Amniotomia de corantes vitais: indicada excepcionalmente em alguns casos, a *critério clínico*; é realizada através da infusão, guiada pela ecografia, de 1 ml de índigo carmim diluído em 9ml de soro fisiológico. A presença posterior do corante na vagina confirma o diagnóstico.

	Doc. Nº 01
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A GESTANTES COM RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

3. CONDOTA OBSTÉTRICA

3.1- Avaliação inicial (após confirmação ou para esclarecimento diagnóstico):

- Internação;
- Avaliar deflagração de trabalho de parto (TP);
- **NÃO REALIZAR TOQUE VAGINAL**, exceto na presença de atividade uterina compatível com TP. Realizar, porém, cuidadoso exame especular a procura de anormalidade da secreção vaginal, do muco cervical e do líquido vaginal e de prolapso de cordão;
- Ecografia: avaliação de líquido amniótico, anatomia fetal e idade gestacional;
- Hemograma, urina I e urocultura. (discutir PCR; não valorizar valores absolutos e sim aumento progressivo dos mesmos);
- Cultura por *swab* de conteúdo vaginal e retal para pesquisa de estreptococo do grupo B (EGB);
- Cardiotocografia: quando a idade gestacional for igual ou superior a 28 semanas.

3.2- A conduta subsequente será definida pela idade gestacional.

3.2.1- Pré-viável (menos de 24 semanas):

Internação: por pelo menos 48 horas

- Excluir a presença de infecção amniótica, prolapso de cordão, descolamento de placenta e trabalho de parto. Na presença de infecção amniótica, deve-se discutir a

	Doc. Nº 01
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A GESTANTES COM RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

indução do TP, após consentimento informado e assinado da paciente e acompanhante;

- Excluídas as condições acima, a conduta na RPM pré-viável deverá ser **INDIVIDUALIZADA**, com aconselhamento do casal. A discussão e a conduta devem ser convenientemente registradas no prontuário. Adotada a continuidade da gravidez, deverá ser rediscutida com o casal se exames ecográficos seriados evidenciarem RCF severo, oligoâmnio severo ou sinais de hipoplasia pulmonar;
- Não inibir TP;
- Não usar corticoterapia;
- Não realizar antibioticoterapia.

As gestantes que preencherem critérios de **ALTA HOSPITALAR**, ou seja, apresentação cefálica, índice de líquido amniótico (ILA) maior que 30, ausência de sinais de infecção, TP ou de comprometimento de vitalidade fetal, deverão ser encaminhadas, através de agendamento, ao Pré-Natal Especializado (PNE) de Patologias Gerais.

- Orientar curva térmica domiciliar e retorno ao pronto atendimento se temperatura em ascensão ou febre, taquicardia (sensação de palpitação), mudança da característica da secreção vaginal, presença de sangramento vaginal. Orientar abstinência sexual e repouso relativo.
- Avaliar caso a caso retorno a cada 3 dias no pronto atendimento para avaliação clínica e coleta de hemograma.

	Doc. Nº 01
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A GESTANTES COM RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

3.2.2- Entre 24 e 33 semanas:

- Excluir a presença de infecção amniótica, descolamento de placenta e TP. Na presença de infecção amniótica, induzir o trabalho de parto;
- A conduta conservadora consiste em uma série de medidas para o prolongamento da gestação, em condições seguras para feto e mãe, reduzindo as consequências da prematuridade.
- Estimular ingestá hídrica (hiper-hidratação oral);
- Controle de temperatura (T) e frequência cardíaca (FC) maternas. Considera-se significativa a elevação sustentada da FC em 10% acima dos níveis basais da gestante, e a T maior ou igual a 38° C;
- Repouso relativo;
- Hemograma a cada 72 horas durante a internação: valorizar alterações evolutivas em exames seriados (aumento relativo da contagem total de leucócitos ou da proporção de formas imaturas);
- Corticoterapia:
 - ✓ Betametasona 12mg IM, duas doses com intervalo de 24 horas.
Alternativamente, pode-se utilizar a dexametasona 6mg IM, quatro doses com intervalo de 12 horas;

	Doc. Nº 01
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A GESTANTES COM RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

- Tocólise: a inibição do TP não está indicada em casos de RPM (Mackeen, 2014), a não ser em casos selecionados e com criteriosa avaliação pela equipe com o intuito, por exemplo, para transferência da paciente para outro serviço ou quando há restrições relacionados ao cuidado neonatal. Quando realizada, não deverá se prolongar por mais de 48 horas, tempo necessário para completar a corticoterapia. NÃO utilizar indometacina (aumenta risco de oligoâmnio);
- Avaliação de vitalidade fetal diária nas gestantes com 28 semanas ou mais com REGISTRO DIÁRIO DE MOVIMENTOS FETAIS e cardiotocografia (CTG) à critério clínico;
- Antibióticos:
 - ✓ Prescrever Penicilina Cristalina para todas as gestantes por 72 horas: 5 milhões UI EV como dose de ataque, seguida de 2,5 milhões UI EV de 4/4 horas; NÃO prescrever por mais de 72 horas, tempo necessário e suficiente para a liberação dos resultados das culturas para EGB (manter a penicilina por 7 dias em casos de cultura positiva);
 - ✓ Para as gestantes com história de alergia a penicilina, prescrever CLINDAMICINA 900 mg EV 8/8 horas por 72 horas;
- Está indicada a interrupção da gestação quando houver sinais e sintomas sugestivos de corioamnionite e/ou comprometimento da vitalidade fetal;
- Para gestantes com diagnóstico de **corioamnionite** prescrever:

	Doc. Nº 01
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A GESTANTES COM RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

- ✓ Ampicilina 1-2 g EV 6/6 horas + Gentamicina 5-7 mg/kg de peso EV uma vez ao dia (manter este esquema por pelo menos 48 horas).
- ✓ Para as que apresentarem piora clínica e/ou febre por mais de 48 horas, prescrever Metronidazol 500 mg EV 8/8 horas e colher hemoculturas.

Em caso de insuficiência renal, Amoxicilina com clavulanato;

- A profilaxia de infecção por EGB deverá ser FEITA para todas as gestantes em TP com resultado de culturas positivos ou desconhecidos. Não será utilizada em gestantes com culturas conhecidamente negativas;
- As gestantes que preencherem critérios de **ALTA HOSPITALAR**, ou seja, apresentação cefálica, ILA > 30 após hidratação, ausência de sinais de infecção, TP e de comprometimento de vitalidade fetal, deverão ser encaminhadas ao PNE de Patologias Gerais com agendamento prévio, com as mesmas orientações sobre os cuidados domiciliares e retorno para coleta de exames e reavaliação no PA s/n, descritas acima;
- Todas as gestantes deverão ser reavaliadas na 34ª semana: se o ILA for < 30, internar. Se o ILA for $\geq$ 30, seguir semanalmente até 37 semanas até interromper;
- Caso haja iminência de nascimento, prescrever uso de sulfato de magnésio para neuroproteção em idade gestacional abaixo de 32 semanas.

	Doc. Nº 01
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A GESTANTES COM RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

3.2.3- Entre 34 e 36 semanas e 6 dias:

- Na ausência de infecção e mantida as condições de vitalidade fetal e ILA>30, a conduta expectante deve ser realizada até às 37 semanas, após a avaliação inicial (item 3.1);
- Controle de temperatura (T) e frequência cardíaca (FC). Considera-se significativa a elevação sustentada da FC em 10% acima dos níveis basais da gestante, e/ou a T maior igual a 38° C;
- Repouso relativo;
- Hemograma a cada 72 horas durante a internação;
- Está indicada a resolução da gestação quando houver sinais e sintomas sugestivos de corioamnionite e/ou comprometimento da vitalidade fetal ou na presença de oligoâmnio acentuado (ILA < 30). Nesse caso, colher hemoculturas e rastrear sepse materna;
- Avaliação de vitalidade fetal diária nas gestantes com 28 semanas ou mais com controle de movimentos fetais e cardiotocografia a critério clínico;
- Antibióticos:
 - ✓ Penicilina Cristalina para todas as gestantes por 72 horas: 5 milhões UI EV como dose de ataque, seguida de 2,5 milhões U EV de 4/4 horas;
 - ✓ Para as gestantes com história de alergia a penicilina, prescrever CLINDAMICINA 900 mg EV 8/8 horas por 72 horas;

	Doc. Nº 01
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A GESTANTES COM RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

- ✓ NÃO prescrever por mais de 72 horas, que é o tempo necessário para a liberação dos resultados das culturas (manter a penicilina por 7 dias em casos de cultura positiva);
- Para as gestantes com diagnóstico de Corioamnionite:
 - ✓ Ampicilina 1g EV 6/6h e Gentamicina 5-7 mg/kg/dia EV uma vez ao dia;
 - ✓ Manter esquema por pelo menos 48 horas com paciente afebril;
 - ✓ Se infecção grave intra-abdominal, considerar iniciar associação com Metronidazol 500mg EV de 8/8h;
 - ✓ *Em caso de insuficiência renal, Amoxicilina com clavulanato.*

3.2.4- Termo (≥ 37 semanas):

- Preparo do colo para indução do trabalho de parto (Índice de Bishop ≤ 6):
 - ✓ Cesárea anterior ou cicatriz uterina prévia: contraindicado usar balão por ser bolsa rota e misoprostol devido a cicatriz uterina;
 - ✓ Ausência de cicatriz uterina: misoprostol 25 mcg vaginal de 6/6 horas;
 - ✓ Conduta expectante após preparo do colo se houver início espontâneo de contrações;
 - ✓ Considerar condução com ocitocina caso atividade uterina não tenha atingido o padrão desejado (fase ativa de trabalho de parto).

	Doc. Nº 01
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A GESTANTES COM RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

- Indução do trabalho de parto com ocitocina (Índice de Bishop >6):
 - ✓ Diluir 5 UI de ocitocina em 500ml SG5% (10 mUI/ml) e iniciar infusão em bomba de infusão contínua (BIC) a 12ml/H (2mUI/min); dobrar a dose de infusão em BIC até obter atividade uterina conforme desejado ou até dose máxima de 192 ml/hora.
- Antibioticoprofilaxia para EGB se rastreamento positivo durante o pré-natal, urocultura positiva para EGB durante pré-natal ou história de recém-nascido com sepse neonatal por EGB. Na ausência de rastreamento da colonização por EGB durante o pré-natal ou das condições descritas anteriormente, realizar antibioticoprofilaxia se houver qualquer um dos seguintes dos fatores de risco abaixo:
 - ✓ Tempo de ruptura de membranas maior que 18 horas.
 - ✓ Febre intraparto
 - ✓ Histórico de rastreamento positivo para colonização por EGB em gestação anterior

	Doc. Nº 01
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A GESTANTES COM RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

OBSERVAÇÕES GERAIS:

A antibioticoprofilaxia para EGB deverá ser realizada em **TODAS AS GESTANTES** em trabalho de parto cujos resultados de culturas sejam desconhecidos ou que não tenham sido colhidas, pela associação com taxas elevadas de colonização materna.

As gestantes que re-internarem após a alta, só deverão receber antibioticoprofilaxia para EGB se alguma das culturas for positiva. Se as culturas forem negativas, **NÃO** administrar antibióticos.

A interpretação do **HEMOGRAMA** deve ser cautelosa. Deve-se valorizar mais alterações evolutivas (leucocitose e diferencial com aumento de células imaturas) que exames isolados. Além disso, complementar sempre com cautelosa avaliação clínico obstétrica, atentando-se para mudança na secreção vaginal, líquido amniótico, padrão de movimentação fetal, sensação dolorosa do útero, contrações e alterações de sinais vitais, sobretudo frequência cardíaca e temperatura. Atenção à leucocitose que pode estar presente após a corticoterapia e geralmente leva 1 semana para normalização dos resultados, na ausência de infecções.

4. BIBLIOGRAFIA

- Bond DM, Middleton P, Levett KM, van der Ham DP, Crowther CA, Buchanan SL, Morris J. Planned early birth versus expectant management for women with preterm prelabour rupture of membranes prior to 37 weeks' gestation for improving pregnancy outcome. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Mar

	Doc. Nº 01
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A GESTANTES COM RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

3;3(3):CD004735. doi: 10.1002/14651858.CD004735.pub4. PMID: 28257562; PMCID: PMC6464692.

- Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 188: Prelabor Rupture of Membranes. Obstet Gynecol. 2018 Jan;131(1): e1-e14. doi: 10.1097/AOG.0000000000002455. PMID: 29266075.
- 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: 10.1002/14651858.CD007062.pub3. PMID: 24578236.
- Morris JM, Roberts CL, Bowen JR, Patterson JA, Bond DM, Algert CS, Thornton JG, Crowther CA; PPRMT Collaboration. Immediate delivery compared with expectant management after preterm pre-labour rupture of the membranes close to term (PPROMT trial): a randomised controlled trial. Lancet. 2016 Jan 30;387(10017):444-52. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00724-2. Epub 2015 Nov 10. PMID: 26564381.
- Prevention of Group B Streptococcal Early-Onset Disease in Newborns: ACOG Committee Opinion, Number 797. Obstet Gynecol. 2020 Feb;135(2):e51-e72. doi: 10.1097/AOG.0000000000003668. Erratum in: Obstet Gynecol. 2020 Apr;135(4):978-979. PMID: 31977795.

Elaborado por: Adriana Gomes Luz, Tábata Regina Zumpato dos Santos, Renato Teixeira Souza	Data: set/2020
Aprovação Direção: Helaine Milanez	Data: 30/09/2020