
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

1ª Edição: julho/2003

2ª Edição: julho/2005

3ª Edição: setembro/2008

Data prevista para a próxima revisão: setembro/2010

SUMÁRIO DE RECOMENDAÇÕES

Recomendações baseadas em evidências científicas consistentes e de boa qualidade (Categoria A):

- A combinação da história da paciente, teste de nitrazina e cristalização devem ser utilizados para avaliar a paciente com RPM. Dois achados positivos dois tem uma acurácia de 93%.
- A avaliação e tratamento de vaginose bacteriana não são efetivos para a prevenção da RPMPT.
- As evidências atuais não apóiam o uso de um PBF < 7 como preditor de infecção intra-amniótica.
- As evidências atuais não apóiam o uso de doppler da artéria umbilical para determinar infecção intra-amniótica.
- O uso de antibióticos prolonga o período de latência e melhora os resultados perinatais em pacientes com RPM sob manejo conservador até 34 semanas de gestação. A eritromicina parece ser o antibiótico de escolha.
- Corticóides antenatais devem ser administrados para gestantes com RPM antes de 34 semanas de gestação para reduzir síndrome de angústia respiratória, hemorragia intraventricular, enterocolite necrotizante e morte neonatal.
- Pacientes com RPM \geq 34 semanas terão menos corioamnionite e infecção neonatal e menor permanência hospitalar com a indução imediata do parto
- O manejo domiciliar de RPMPT pode ser oferecido para aquelas pacientes que possuírem critérios para tal.
- O exame cervical digital não deve ser realizado em pacientes com RPM que não estiverem em trabalho de parto e nas quais a indução não for planejada de imediato.

2 | Ruptura prematura de Membranas

- Pacientes com RPM antes de 32 semanas de gestação devem ser manejadas de maneira conservadora se não existirem contra-indicações maternas e fetais.

Recomendações baseadas em evidências limitadas ou inconsistentes (Categoria B)

- A tocolise de manutenção ou reinibição do trabalho de parto prematuro não é recomendada para pacientes com RPMPT maior que 28 semanas ou com marcadores precoces de infecção intra-amniótica.
- É razoável deixar uma cerclagem no local até que a paciente tenha recebido antibióticos e obtido benefício da terapia com corticóide.
- O US pode ser utilizado para avaliar o risco fetal de hipoplasia pulmonar letal.

Recomendações baseadas principalmente em consenso e opiniões de especialistas (Categoria C)

- O tabagismo e sangramento vaginal estão associados com risco aumentado de RPM
- Os corticóides podem ser utilizados para pacientes entre 32 e 34 semanas se a maturidade pulmonar fetal não puder ser avaliada.
- A tocolise pode ser utilizada em pacientes com RPMPT para permitir a administração de corticóides e antibióticos.
- O intervalo da cardiotocografia basal para o manejo conservador da RPMPT pode ser diária ou até duas vezes por semana dependendo da preferência do assistente e nível de conforto.
- O PBF diário é recomendado para pacientes com ILA menor que 5 cm em pacientes sob manejo conservador.
- O PBF é recomendado duas vezes por semana para pacientes com ILA > 5 cm em pacientes sob manejo conservador.
- Pacientes com RPMPT complicada com pré-eclâmpsia podem estar em risco aumentado para descolamento prematuro de placenta.
- Em pacientes com RPM entre 32 e 34 semanas a conduta conservadora pode ser adotada dependendo das condições de assistência neonatal

DEFINIÇÃO

A ruptura prematura de membranas ovulares (RPM) é o quadro caracterizado pela ruptura espontânea das mesmas antes do começo do trabalho de parto. Quando ocorre antes do termo ou seja, antes de 37 semanas, denomina-se ruptura prematura de membranas pré-termo (RPMPT) e no termo denomina-se ruptura prematura de membranas no termo (RPMT).

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é basicamente clínico.

Anamnese: perda líquida pelos genitais, em grande quantidade ("molha roupas"), súbita e habitualmente indolor.

Exame físico:

- Presença de líquido fluindo pela vulva: transparente e de odor característico, seminal ou a hipoclorito de sódio; pode ter cor amarelada ou esverdeada (mecônio), ou purulento, se há infecção ovular.
- Quando a perda de líquido não é evidente, procede-se a um exame especular estéril com mobilização do pólo fetal e manobra de Valsalva para a detecção de saída de líquido pelo orifício cervical.
- Pode-se coletar pequena quantidade de secreção vaginal, no fundo-de-saco, e verificar em microscópio após secagem pelo calor. A presença de cristalização, em folha de samambaia, confirma a ruptura de membranas. A mudança de coloração (incolor para marrom) da amostra de líquido amniótico em lâmina, aquecida durante um minuto também confirma a ruptura de membranas.
- Outros exames também podem ser utilizados para auxiliar no diagnóstico como a medição de pH da secreção vaginal com papel de nitrazina (que se torna azul em contato com o fluido vaginal; falso positivo com sangue, trichomonas e vaginose) e a ultra-sonografia. A instilação transabdominal de 1 mL de corante índigo carmim diluído em 9 mL de solução salina estéril

dentro da cavidade amniótica guiado por ultra-som e observação de tingimento de um forro ou tampão vaginal confirma o diagnóstico.

- Deve ser feito o diagnóstico diferencial com emissão involuntária de urina ou outras eliminações vaginais como leucorréias, muco, etc.
- A ultra-sonografia é método auxiliar importante, não definitivo. À redução do volume do líquido amniótico, soma-se avaliação da idade gestacional, parâmetro básico na tomada de conduta.

AVALIAR

- Temperatura axilar e pulso materno
- Dinâmica uterina
- Altura uterina
- Estado fetal (ausculta com Pinard, Sonar, etc.)
- Exame especular: A inspeção visual pode ser utilizada para avaliar o colo.
- **Evitar a realização de toque vaginal, exceto nas gestações a termo, em pacientes com parto iminente ou quando se planeja a indução imediata.**
- Se houver sangramento vaginal avaliar possibilidade de placenta prévia e/ou descolamento de placenta.

EXAMES LABORATORIAIS

- Hemograma completo
- Urina rotina, gram de urina, urocultura
- Pesquisa para estreptococo do grupo B em swab anal e vaginal quando houver disponibilidade para tal.
- Ultrassonografia

TRATAMENTO/CONDUTA

Aconselhamento sobre Morbidade/Mortalidade Relacionadas à Idade Gestacional

- Toda mulher com diagnóstico de RPM e sua família devem receber aconselhamento sobre a morbidade e mortalidade associadas à idade gestacional e sobre a eficácia limitada do tratamento.

A conduta em relação à RPM dependerá da idade gestacional em que a mesma ocorrer.

Entre 22 e 24 semanas: individualização da conduta

Nesta faixa de idade gestacional o prognóstico perinatal é bastante ruim além dos riscos maternos associados tais como corioamnionite, sepsis e até óbito. Diante disso pode-se oferecer à mulher e sua família a opção de interrupção da gestação. Caso a mulher opte por uma conduta expectante, tal fato deverá ser registrado no prontuário, realizar internação no momento do diagnóstico, com hiperhidratação por 48-72 horas e reavaliação do ILA. A partir de então discutir periodicamente e o acompanhamento poderá ser realizado a nível ambulatorial, se não houver evidências de infecção ou sangramento vaginal, conforme a seguir:

- Avaliação de sinais de infecção e de começo do trabalho de parto:
 - Febre
 - Hemograma duas vezes por semana
 - Presença de contrações uterinas
- Avaliação do estado fetal
 - Biometria fetal a cada 15 dias
 - Percepção de movimentos fetais pela mãe
 - Ausculta de batimentos cardio-fetais duas vezes por semana

- Repouso estrito no leito
- Evitar coito vaginal
- Antibioticoterapia (ver abaixo)
- Sem tocólise
- Sem corticoterapia
- A variável mais importante para a orientação sobre prognóstico fetal é o volume de líquido amniótico. O oligohidrâmnio acentuado persistente por 14 dias ou mais está fortemente associado à hipoplasia pulmonar letal e a complicações como descolamento prematuro de placenta e corioamnionite.
- Interrupção imediata da gestação se entrar em TP ou apresentar sinais de corioamnionite
- Se a gravidez se prolongar além de 24 semanas deverá ser manejada como a seguir.

Entre 24 e 33 semanas

Além de 24 semanas de gestação, a conduta expectante parece trazer benefícios e deve ser discutida com a mulher e sua família. Ambos devem ser orientados sobre os benefícios esperados para o feto com o prolongamento da gestação, tais como diminuição da morbidade neonatal relacionada à prematuridade. A mulher deve ser internada e manejada conforme a seguir:

- Cuidados gerais:
 - Repouso no leito com permissão para uso do banheiro.
 - Curva térmica de 4 em 4 horas (exceto durante o sono noturno da paciente).
 - Observar presença de contrações uterinas.

- **Evitar toques vaginais, exceto diante da presença de contrações uterinas fortes ou quando se planeja a indução imediata do parto.**
- Realizar exame especular quando necessário para avaliar as condições cervicais e eliminação de líquido amniótico.
- Hemograma duas vezes por semana.
- Avaliação do estado fetal:
 - Ausculta de batimentos cardio-fetais duas a três vezes ao dia.
 - Contagem de movimentos fetais pela mãe duas vezes ao dia (após almoço e jantar).
 - Cardiotocografia basal diária ou no mínimo duas vezes por semana.
 - Perfil biofísico fetal diário para pacientes com ILA < 5 cm e duas vezes por semana para pacientes com ILA > 5 cm.
- Hidratação oral (3 a 4 L/dia).
- Antibioticoterapia:
 - Eritromicina 250 mg VO de 6 em 6 horas por 10 dias ou até o parto
- Corticoterapia:
 - Betametasona 12 mg IM de 24 em 24 h ou de 12 em 12 h (dose acelerada) X 2 doses OU
 - Dexametasona 6 mg IM de 12 em 12 h X 4 doses
 - Indicações:
 - IG ≥ 24 e ≤ 34 semanas.

- Contra-indicações:
 - Evidências de infecção e/ou parto iminente.
- A tocólise curta pode ser considerada diante de trabalho de parto até o efeito máximo do corticóide.

Além de 34 semanas

Para as mulheres que apresentam RPM com gravidez de idade gestacional maior ou igual a 34 semanas independentemente da paridade e amadurecimento cervical:

- Interrupção imediata da gestação mediante a indução do trabalho de parto.
- Em relação ao método de indução, a escolha dependerá do estado de amadurecimento cervical. Se houver condições cervicais favoráveis utilizar ocitocina. No caso de colo desfavorável utilizar método de amadurecimento cervical.

Critérios para interrupção da gestação

- Gestação até 23 e além de 34 semanas.
- Trabalho de parto espontâneo.
- Sinais de comprometimento fetal.
- Sinais de infecção:
 - hipertermia $\geq 37,8^{\circ}$ C e pelo menos dois dos seguintes sinais: útero doloroso, odor vaginal desagradável, leucitose > 15.000 células/ml, taquicardia materna > 100 bpm, taquicardia fetal > 160 bpm).

Via e condições de assistência ao parto

- Pacientes em trabalho de parto espontâneo, em apresentação de vértice, com dilatação cervical progressiva, a via vaginal é a mais apropriada, independente da idade gestacional.

Quando houver necessidade de interrupção da gestação em pacientes que não estão em trabalho de parto:

- Nas gestações ≥ 34 semanas em apresentação de vértice, a via vaginal é a mais apropriada e a indução do parto pode ser realizada, independente do estado cervical.
- Nas gestações < 34 semanas a via de parto dependerá do estado cervical. Naquelas com escore de Bishop ≥ 6 , a indução do parto pode ser realizada com ocitocina. Naquelas com escore de Bishop < 6 pode-se avaliar a utilização de misoprostol para amadurecimento cervical desde que o processo de indução não seja muito prolongado (> 24 horas). Em situações onde a indução pode ser prolongada, considerar a realização de cesariana.
- Evitar toques vaginais freqüentes em pacientes com RPM em trabalho de parto.
- Embora a cesariana possa reduzir a mortalidade neonatal em recém-nascidos de extremo baixo peso (< 1.000 g), a morbidade neonatal pode ser extremamente alta, não justificando o procedimento. Devem ser considerados também os riscos maternos, principalmente o alto risco de infecção puerperal.
- Não há nenhum benefício comprovado para o recém-nascido prematuro do uso rotineiro da cesariana, do fórceps e da episiotomia. Devem ser utilizados apenas para outras indicações (ex. evidências de comprometimento do bem-estar fetal).

- Nas pacientes que não estiverem em uso de antibióticos no momento da interrupção, realizar profilaxia para sepsis neonatal pelo estreptococo do grupo B conforme já detalhado na seção de trabalho de parto prematuro.

ALGORITMO PARA O MANEJO DA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

