

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.074	1 / 9
	ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (ROPREMA ou RPMO) – CID 10 042	Especialidade	Revisão
		Obstetrícia	

Objetivo

Definir um protocolo para orientar a conduta na condução de gestantes com diagnóstico de rotura prematura de membranas e prevenção de infecções no feto

Executantes

Obstetras, enfermeiros, farmacêutico e técnico de enfermagem

Materiais / Documentos necessários

Não se aplica

Descrição do protocolo

Responsável	Ação
Obstetra	Avalia a paciente e faz o diagnóstico de rotura prematura de membranas
	Prescreve as medicações necessárias e triagem infecciosa conforme protocolo
Enfermeira	Recebe a prescrição
	Procede coletas de exames específicos
	Apresenta TCLE nos casos onde foi indicado inibição do trabalho de parto
Técnico de enfermagem	Administra, avalia sinais vitais e registra em prontuário
	Auxilia na coleta de exames específicos
Laboratório	Coleta e liberação dos resultados dos exames

PROTOCOLO CLÍNICO

1. O QUE É ROTURA PREMATURA DAS MEMBRANAS AMNIÓTICAS?

A rotura prematura das membranas ovulares (RPMO) é definida como a rotura espontânea das membranas coriônica e amniótica, antes do início do trabalho de parto (fase ativa). Outro termo utilizado é amniorrexe prematura. A definição não se confunde com a idade gestacional, isto é, a RPMO pode acontecer com a gestação a termo (≥ 37 semanas) e com a gestação pré-termo (< 37 semanas de idade gestacional, sendo considerado o período antes de 24 semanas como período periviabilidade).¹

OBS.: A fase ativa de um trabalho de parto seria definida como dilatação do colo acima de 5 cm e com pelo menos 3 contrações de 35-40 segundos cada em 10 minutos. Caso o rompimento somente ocorra após 8 cm de dilatação, chamamos de rotura tardia.

Cerca de 10% das gestantes apresentarão uma rotura precoce das membranas, sendo grande maioria (80% dos casos) durante o termo (≥ 37 semanas), com o parto acontecendo nas próximas 72 horas. Quando ocorre no período pretermo, é responsável por 20-33% dos partos prematuros e o parto acontece geralmente dentro de 1 semana e o descolamento prematuro da placenta deve ocorrer em até 5 % dos casos.^{1,5}

2. QUAIS AS PRINCIPAIS CAUSAS?

O principal fator de risco para rotura prematura é isto ter acontecido em gestação anterior. Colos curtos devem ser acompanhados com mais rigor na gestação e quando indicado, usar progesterona micronizada.

FATORES DA HISTÓRIA MATERNA	FATORES DE RISCO DURANTE A GESTAÇÃO ATUAL	PROCEDIMENTOS QUE AUMENTAM O RISCO
RPMO em gestação anterior (principal)	Colo uterino curto (< 25 mm entre 18-24 s)	Biópsia vilo-coriônica
Baixo nível econômico	ITU	Amniocentese
IMC baixo	Infecção genital (IST): <i>Strepto, Gardnerella e Neisseria gonorrhoeae</i>	Cordocentese
Tabagismo e drogas	Distensão uterina (polidramnia, gemelaridade, miomatose)	Cerclagem por incompetência istmo-cervical

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.074	2 / 9
	ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (ROPREMA ou RPMO) – CID 10 042	Especialidade	Revisão
		Obstetrícia	

Auto-imunidade ou alterações do colágeno (Ehlers-Danlos)	Sangramento tardio na gestação ou traumas (placenta prévia, etc)	
--	--	--

3. COMO É FEITO O DIAGNÓSTICO?

Em 90% das vezes o diagnóstico será clínico. A história típica é de uma perda de líquido via vaginal súbita, normalmente em quantidade moderada (molha roupas), com odor e aspecto característico (se assemelha a água sanitária), não tem odor de urina ou aspecto de corrimento (deve-se diferenciar das secreções de vulvo-vaginites e vaginoses).

O exame físico deve ser feito com ESPÉCULO ESTÉRIL (**a paciente não deve receber o toque vaginal, pois aumenta a possibilidade de endometrite**) e deve-se avaliar a saída de líquido amniótico no orifício cervical externo, ou por saída de líquido espontaneamente ou por meio de manobras (Valsalva, compressão do fundo uterino ou pedir para caminhar após colocar gaze ou tampão vaginal e voltar após para avaliação ou coleta de amostra)¹. O toque vaginal só se justifica na fase ativa de trabalho de parto em diante.

4. QUANDO SOLICITAR O AMNISURE (PAMG-1)?

No caso do AMNISURE, o que é feito, é a identificação da substância PAMG-1 (proteína microglobulina placentária-1) que está presente no líquido amniótico de mulheres grávidas. O exame tem indicação quando permanece a dúvida sobre a perda de líquido ou quando se quer uma certeza para fins de valor preditivo positivo para parto prematuro em 7 dias, evitando assim o uso desnecessário de corticosteroides na gestante.^{2,3} A sensibilidade/especificidade do teste chega a 99%, reduzindo em muito a taxa de falsos positivos (resultados positivos em pacientes sem a ruptura da bolsa) e de falsos negativos (resultado negativo em pacientes com ruptura da bolsa). O detalhamento sobre o teste, que é feito em caráter particular, está descrito no protocolo POP.DT.027.00 (REALIZAÇÃO DO EXAME AMNISURE).

Devido à baixa sensibilidade e especificidade de outros testes, a primeira escolha em nossa instituição é para a realização do Amnisure^R. Não recomendamos outros métodos como pH vaginal – nitrazina (pH do líquido amniótico entre 7,0-7,3 que pode vir alterado em vaginoses), teste da samambaia (cristalização ou Ferning test), prova da fluoresceína (invasivo), etc.

Também não recomendamos para investigação a USG obstétrica, pois sua interpretação na urgência fica comprometida, pois somente teria valor em comparar uma redução progressiva do líquido amniótico e mesmo quando há redução, as causas de oligoamnio são múltiplas e não ocorre somente por rotura de membranas. Outro problema é que pode vir normal numa rotura de membranas, diante de um polidrâmnio.

5. AVALIAÇÃO MATERNA DIANTE DE UMA ROTURA PREMATURA:

5.1 – AVALIAÇÃO POR MEIO DE EXAMES:

Nos casos de RPMO, a gestante poderá evoluir em até 45% dos casos com sinais de infecção (corioamnionite) e quanto menor a idade gestacional, maior a probabilidade⁵. Se infectada, poderá levar a sepse no feto, com aumento da morbimortalidade. Diante disto, **a triagem para infecções em toda gestante com RPMO é essencial e obrigatória**, pois além de proteger o feto, pode identificar a causa que pode ser tratada, prolongando o período de amadurecimento do feto intra-útero e ainda servindo como guia para o manejo da infecção do recém-nascido na UTI neonatal.¹

I. No HMSH recomendamos um KIT RPMO, disponível como prescrição padrão no sistema MV:

EXAME	OBSERVAÇÕES	REPETIÇÃO
1) Hemograma	Apesar de pouco sensível (se normal não descarta infecção), a leucocitose sugere corioamnionite. Considera-se como critério se > 15.000 ou aumento progressivo de 20% ou mais	<i>a cada 2 dias enquanto estiver internada</i>
2) PCR (proteína C reativa)	Aumento progressivo (20% ou mais) nos casos de infecção (geralmente dobra nos casos de corioamnionite). Melhor que hemograma ¹	
3) VHS	Como o PCR pode aumentar com gestação, mesmo sem inflamação, o VHS sofre menos esta influência e facilita interpretação	

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.074	3 / 9
	ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (ROPREMA ou RPMO) – CID 10 042	Especialidade	Revisão
		Obstetrícia	

4) Sumário de Urina	Leucocitose, bacteriúria, esterase + e/ou nitrito + sugerem ITU e o tratamento deve iniciar até resultado da urocultura	<i>a cada 4 dias</i>
5) Urocultura	Padrão-ouro para diagnóstico de ITU e guiar a antibioticoterapia do recém-nascido	<i>a cada 4 dias</i>
6) Swab para estreptococo do grupo B	No sistema solicitar os dois: a) ESTREPTO GRUPO B AGALACTIAE - PESQUISA SWAB VAGINAL: coletar com swab de 2 pontas, sendo uma coleta de material nas paredes do introito vaginal (introduzir no máximo 2 cm) b) ESTREPTO GRUPO B AGALACTIAE - PESQUISA SWAB ANAL: com a outra ponta do swab, coletar na região anal (introduzir no máximo 0,5 cm no esfíncter)	<i>somente na admissão</i> <i>(gestantes > 22 semanas)</i>
7) Pannel de IST por técnica de PCR	Inicialmente solicitar pelo convênio: a) PCR IST - CONVENIO MULTIP CHLAMYDIA (MICOP/UREAP/TRICH/NEIS) Investiga os seguintes patógenos: Chamydia trachomatis + Neisseria gonorrhoeae + Mycoplasma genitalium + Mycoplasma hominis + Ureaplasma urealyticum + Trichomonas vaginalis Se houver recusa do convênio, será solicitado que seja solicitado o pannel em caráter particular para ser oferecido à paciente: PCR IST - PARTIC MULTIPLEX (CHLAM/NEISSE/MYCOP/UREAP/TRICHOM) Investiga os seguintes patógenos: CHAMYDIA TRACHOMATIS + NEISSERIA GONORRHOEAE + MYCOPLASMA GENITALIUM + MYCOPLASMA HOMINIS + UREAPLASMA UREALYTICUM + TRICHOMONAS VAGINALIS	<i>Somente na admissão</i>
8) Teste rápido para HIV	Recomendação do CDC ⁷	<i>Somente na admissão</i>

Obs.: importante a coleta de Trichomonas vaginalis, pois no Brasil as pacientes são de risco em qualquer idade gestacional, bem como micoplasma pois apesar de se fazer profilaxia com azitromicina para todos, cerca de 30% será resistente a azitromicina.

5.2 – AVALIAÇÃO CLÍNICA para afastar CORIOAMNIONITE:

Acompanhar diariamente a gestante, procurando sinais de infecção uterina que são:

- taquicardia materna e/ou fetal;
- febre;
- contrações irregulares (útero irritável);
- dor à mobilização uterina;
- saída de secreção purulenta e/ou com odor pelo orifício cervical externo (OCE).

6. COMO AVALIAR O FETO?

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.074	4 / 9
	ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (ROPREMA ou RPMO) – CID 10 042	Especialidade	Revisão
		Obstetrícia	

O risco para o recém-nascido é alto, podendo nascer séptico ou evoluir com desconforto respiratório (piora desenvolvimento pulmonar), enterocolite ou HPIV (hemorragia ventricular cerebral).¹ Deve-se fazer o rastreio de viabilidade fetal sempre que o feto for acima de 28 semanas.

A avaliação da viabilidade fetal será feita da seguinte forma, com a solicitação de todos os seguintes exames/avaliações:

EXAME	REPETIÇÃO	INTERPRETAÇÃO
MOBILOGRAMA (IG > 30 semanas)	Diário	a equipe será avisada sempre que a gestante não perceber 5 movimentos em 1 hora de observação (feita pela gestante 4 x ao dia)
CARDIOTOCOGRAFIA DIÁRIA ANTEPARTO (RPMO)	Diário	a conduta ficará a cargo do obstetra plantonista ou assistente, após avaliação do laudo, conforme protocolo institucional
USG OBSTETRICA: PERFIL BIOFISICO FETAL (PBF)	3/3 dias	quanto redução progressiva da quantidade de líquido, pior o prognóstico fetal (se redução brusca sugere infecção) e o movimento respiratório abolido sugere infecção
USG OBSTETRICA SIMPLES (SEM DOPPLER) - 2/3 TRIMESTRE)	Na admissão	não é necessário doppler pois só avalia insuficiência e posição placentária. Pode ser solicitado a qualquer momento diante da suspeita de descolamento prematuro da placenta, caso o sangramento não for grande o suficiente para indicar conduta ativa.

7. CONDUTA EXPECTANTE E INIBIÇÃO:

Independentemente da conduta, cerca de 35% dos fetos nascerão prematuramente, sendo que metade dos casos o nascimento ocorrerá dentro de uma semana. A sobrevivência após 22 semanas aumenta de 14% para 58% após.^{1,5}

A conduta expectante pode ser modificada para ativa a qualquer momento diante de sinais de corioamnionite materna, descolamento de placenta, sofrimento fetal ou sinais de infecção no recém-nascido.⁶

A indicação de inibição do trabalho de parto é recomendada entre 22 semanas até 33 semanas e 6 dias de gestação, sendo que os melhores resultados são alcançados quando a dilatação uterina é menor que 3 cm. Tem a função de inibir o trabalho de parto por 48 horas para administração e efeito do corticosteroide e medicamentos de proteção ao RN (PROT.DC.003).

8. ANTIBIÓTICOS PARA AUMENTAR A LATÊNCIA DO TRABALHO DE PARTO (ADMINISTRADOS ANTES DA FASE ATIVA DO TRABALHO DE PARTO):⁷

Visto que a grande maioria das roturas prematuras é relacionada à infecção, o uso de antibióticos empiricamente para as gestantes tem o intuito em reduzir as infecções maternas (corioamnionite) e no feto (sepse, reduzindo o uso de surfactante e uso de oxigênio) e esfriar o processo de infecção de forma a protelar o trabalho de parto, permitindo maior amadurecimento do pulmão do prematuro.

A combinação recomendada visa controlar os estreptococos do grupo B, bem como alguns gram-negativos e anaeróbios (com ampicilina + amoxicilina), além das principais IST como ureaplasma e clamídia (com azitromicina):

KIT ANTIBIOTICOTERAPIA PARA LATÊNCIA – primeira escolha	
Azitromicina 500 mg	1 grama (2 comprimidos) via oral no momento da admissão
Ampicilina 1 g (dose adulto RPMO)	2 gramas venoso a cada 6 horas por 48 horas
Amoxicilina (Amoxil) 500 mg	500 mg (1 comprimido) via oral a cada 8 horas: começar após as 48 horas da ampicilina e manter por 5 dias <i>Obs.: para alta domiciliar pode-se prescrever 875 mg via oral 12/12 h</i>

Obs.: não utilizar amoxicilina + clavulanato pelo aumento do risco de enterocolite no recém-nascido⁷

Uma segunda opção seria ampicilina 2 g EV de 6/6 horas por 48 horas + Ceftriaxona 1 g EV de 12/12 horas por 48 horas + Claritromicina 500 mg VO de 12/12 horas nos 5 dias posteriores.

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.074	5 / 9
	ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (ROPREMA ou RPMO) – CID 10 042	Especialidade	Revisão
		Obstetrícia	

ANTIBIOTICOTERAPIA PARA LATÊNCIA EM SITUAÇÕES ESPECIAIS		
KIT ANTIBIOTICOTERAPIA PARA LATÊNCIA – PACIENTES ALÉRGICAS A PENICILINA		
Azitromicina 500 mg	1 grama (2 comprimidos) via oral no momento da admissão	
Cefazolina (Kefazol) 1 g	1 grama venoso de 8/8 horas por 48 horas	
Cefalexina (Keflex) 500 mg	500 mg (1 cp) via oral de 6/6 horas <i>Começar após as 48 horas da cefazolina e manter por 5 dias</i>	
KIT ANTIBIOTICOTERAPIA PARA LATÊNCIA – PACIENTES COM RISCO DE ANAFILAXIA		
Azitromicina 500 mg	1 grama (2 comprimidos) via oral no momento da admissão	
Clindamicina 600 mg (ampola com 4 mL)	900 mg (6 mL) venoso a cada 8 horas por 48 horas	
Gentamicina 40 mg/mL (ampola com 1 mL)	5 mg/kg a cada 24 horas (uso por 48 horas, no total de 2 doses)	
Clindamicina 300 mg (cápsulas)	300 mg (1 comprimido) via oral a cada 8 horas começar após as 48 horas da clinda + genta e manter por 5 dias	
9. PROFILAXIA DE INFECÇÃO ESTREPTOCOCOS INTRAPARTO:		
A estreptococcia por Streptococcus do grupo B (agalactiae) foi a principal responsável por infecções em recém-nascidos nas últimas décadas, com mortalidade tão elevada quando 50% nos bebês acometidos. Profilaxia para estreptococos é eficaz e reduziu 80% dos casos de infecção invasiva por estreptococo do grupo B em recém-nascidos.⁶ Em nossa instituição, as indicações seguem os guidelines internacionais e estão descritas no protocolo: Profilaxia da Doença Perinatal pelo Estreptococo do grupo B (PR.SCIH.016.00):		
Indicações para profilaxia intraparto		
TRATAMENTO EMPÍRICO (sem resultado de cultura)	• Todo trabalho de parto prematuro (espontâneo ou induzido) • Toda rotura de membrana > 18 horas • Toda gestante com febre no intraparto (axilar ≥ 37,5 °C) • Toda gestante com história prévia de filho com estreptococcia pelo grupo B • Toda gestante com alguma urocultura em qualquer fase da gestação positiva para estrepto do grupo B (GBS)	
TRATAMENTO com diagnóstico prévio	Sempre que cultura de swab positiva	
<i>Obs.: mesmo que a terapia seja indicada empiricamente para todo parto prematuro ou com rotura prematura de membranas, é importante a coleta do swab para guiar antibioticoterapia posteriormente na UTIN, pois após uso de antibióticos, haverá inibição das hemoculturas nos recém-nascidos.</i>		
QUAIS OS ANTIBIÓTICOS DE ESCOLHA PARA PROFILAXIA QUANDO INDICADA?		
• Parto normal: iniciar na fase ativa do trabalho de parto e manter a repetição até nascimento • Parto cesariana: iniciar o ataque 4 horas antes da cesariana e repetir ao nascimento <i>OBS.: se a paciente já estiver recebendo a dose de ampicilina do kit de antibioticoterapia para latência, basta manter a dose até o parto, sem precisar seguir este esquema</i>		
ANTIBIÓTICO ENDOVENOSO	DOSE DE ATAQUE	REPETIÇÃO até o NASCIMENTO
Penicilina cristalina (Aricilina^R) frasco com 5.000.000 UI <i>(primeira escolha – espectro restrito e menor resistência)</i>	5.000.000 UI (1 frasco)	2.500.000U (meio frasco) a cada 4 h
Ampicilina 1 grama frasco	2 gramas (2 frascos)	1 grama a cada 4 h
Ampicilina + sulbactam (Unasyn ^R) Frasco 3 g (2 g ampi + 1 g sulbactam)	3 gramas (1 frasco)	3 gramas a cada 6 h

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.074	6 / 9
	ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (ROPREMA ou RPMO) – CID 10 042	Especialidade	Revisão
		Obstetrícia	

Para alérgicos à penicilina		
Cefazolina (Kefazol) 1 g	2 gramas (2 frascos)	1 g (1 frasco) a cada 8 h
Para pacientes com história ou risco de anafilaxia		
Clindamicina 600 mg (ampola com 4 mL)	900 mg (6 mL)	900 mg (6 mL) a cada 8 h
OU		
Vancomicina 500 mg	1 grama (2 fr)	1 grama (2 fr) a cada 12 h
<i>Se o trabalho de parto tiver sido inibido, manter 48 h apenas.</i>		
10. CORTICOSTERÓIDE – PARA AMADURECIMENTO PULMONAR DO PREMATURO^{7,8}:		
Deve-se sempre que possível fazer um ciclo de corticosteroide (em nosso meio recomendamos a betametasona, pela maior proteção para hemorragia cerebral no RN e melhores desfechos neurológicos) para todos os casos com idade gestacional entre 22/0 semanas até 33/6 semanas⁹. Mesmo uma dose do corticóide algumas horas antes do parto já ajuda a reduzir morbidade nos prematuros. Apesar de controverso, em nossa instituição, não recomendamos o uso para prematuros tardios (34 sem ou mais), devido a aumento de riscos de alterações psiquiátricas e poderia ser feito apenas nos casos onde a conduta médica for expectante e não resolutiva (com previsão de nascimento em até 7 dias e que não tenha recebido corticóide nos últimos 14 dias). Cuidado com uso em pacientes com corioamnionite ativa em tratamento. Não está contraindicado em hipertensas.		
<u>CICLO:</u> Betametasona 12 mg: administrar uma dose (12 mg) IM a cada 24 horas por 2 dias (total máximo de 2 doses)		
<i>Não há recomendação ou nenhuma vantagem da repetição semanal do ciclo e não deve ser realizado.</i>		
11. SULFATO DE MAGNÉSIO – PARA NEUROPROTEÇÃO DO RECÉM-NASCIDO:¹		
Deve ser utilizado para neuroproteção, pois RN de mães que recebem sulfato de magnésio tem menor incidência de leucomalácia e paralisia cerebral. O mecanismo de ação passa pelo bloqueio dos receptores do NMDA (N-metil-D-aspartico), evitando dano cerebral, podendo reverter efeitos da encefalopatia isquêmica, além de agir como antagonista do cálcio que é neurotóxico e ter efeito vasodilatador e regulador de apoptose. Em nossa instituição, recomendamos o uso em todo parto prematuro entre 22/0 sem até 31/6 semanas de idade gestacional.		
REDUÇÃO DE LESÃO CEREBRAL	DOSE DE ATAQUE	REPETIÇÃO até o NASCIMENTO
Sulfato de Magnésio 50%	4 gramas venoso em 30 minutos (em bomba de infusão contínua)	1 grama venoso por hora até o momento do parto (em bomba de infusão contínua)
Observações: 1) Para partos de prematuros com indicação materna ou fetal, com horário agendado do parto, iniciar 4 horas antes do parto; 2) Se o parto não ocorrer em 24 horas de uso, suspender o medicamento; 3) Não atrasar o parto necessário, caso somente o magnésio não tenha sido administrado; 4) Os cuidados com administração e efeitos colaterais são os mesmos do protocolo MANEJO CLÍNICO DA PRÉ-ECLÂMPSIA (DHEG) EM GESTANTES NO HMSH - PROT.DT.047		
12. QUAL A OPÇÃO PARA RESOLUÇÃO QUANDO INDICADA?		

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.074	7 / 9
	ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (ROPREMA ou RPMO) – CID 10 042	Especialidade	Revisão
		Obstetrícia	

Parto normal, cesariana ou indução conforme indicação do obstetra. A via baixa é preferencial sempre que possível por indução, para permitir expansão e amadurecimento pulmonar do feto.

A conduta expectante pode ser modificada para ativa a qualquer momento diante de sinais de corioamnionite materna, descolamento de placenta, sofrimento fetal ou sinais de infecção no recém-nascido.⁶

13. RESUMO DA CONDUTA CONFORME A IDADE GESTACIONAL:

A idade gestacional atual considerada de viabilidade para o recém-nascido (onde dependendo das condições de nascimento e do acordo prévio com a família e equipe de pediatria ou de cuidados paliativos poderá ser feito algum cuidado mais intensivo pelo pediatra) é de 22 semanas completas em diante. Entre 22 a 23 semanas, a sobrevida é baixa, ao redor de 10% nos Estados Unidos, mas ainda sem dados no Brasil, mas provavelmente bem próximo a zero. Abaixo de 22 semanas será aplicado apenas cuidados paliativos, segundo protocolo institucional.

	< 22/0 sem	22/0 sem até 23/6 sem	24/0 sem até 33/6 sem	34/0 sem em diante
Conduta	Expectante ^{&}			Resolução*
ANTIBIÓTICOS para latência e IST	Considerar após 20/0 sem	Sempre indicada		Não está indicado
Profilaxia para estrepto	Não indicada	Sempre indicada		Somente se fatores de risco ou cultura positiva
Corticóide	Não indicado	Sempre indicado (um ciclo apenas) - afastar antes corioamnionite -		Não recomendamos [@]
Magnésio (neuroproteção)	Não indicado	Sempre indicado	Indicado até 31/6 semanas	Não recomendado
Inibição	Indicado se trabalho de parto, com parto iminente para permitir administração do corticoide e magnésio			Não indicado
Psicóloga (núcleo de cuidados paliativos)	Avisar psicóloga para aconselhamento	Avisar psicóloga para aconselhamento	Atendimento somente se indicado por outros motivos	
Corioamnionite (tratamento se indicado)	Sempre que indicado (critérios) com genta e clinda conforme protocolo (o diagnóstico implica em resolução)			
ITU	Tratamento habitual quando urina rotina com suspeita até urocultura			
Candidíase	Tratamento com clotrimazol			

& A conduta expectante pode ser modificada para ativa a qualquer momento diante de sinais de:

- corioamnionite materna;
- descolamento de placenta;
- sofrimento fetal ou sinais de infecção no recém-nascido.

A indução de feto vivo < 24 semanas sem indicação maternal ou fetal configura aborto terapêutico e não tem respaldo legal conforme legislação atual.¹

Entre 24 e 36 semanas, os estudos mostram que a conduta expectante é melhor, pois a conduta ativa aumenta o risco desconforto respiratório no RN em 1,3 vezes, com necessidade de UTIN e ventilação mecânica, e aumenta do risco de morte materna em 2,5 vezes e de endometrite em 1,5 vezes.¹

*Apesar de conduta controversa, nos baseamos em estudos randomizados recentes onde a resolução com 34 semanas reduz a sepse neonatal de 4,2 para 2,7% (apesar de não ser estatisticamente significativa, entendemos que clinicamente o achado tem valor) e com achado estatisticamente significativa, reduz a corioamnionite de 5,3 para 1,6%.⁶

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.074	8 / 9
	ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (ROPREMA ou RPMO) – CID 10 042	Especialidade	Revisão
		Obstetrícia	

14. TRATAMENTO DE CORIOAMNIONITE:

O diagnóstico deve ser confirmado se tiver **febre isoladamente** OU PELO MENOS DOIS DESTES (não incluindo febre) **ESTIVEREM PRESENTES**¹

MÃE	FETO
FC > 100 bpm	FCF > 160 bpm
Febre ≥ 37,5 °C	USG FETAL
Útero irritável (contrações uterinas irregulares)	Redução dos movimentos respiratórios
Secreção purulenta pelo OEC	Redução abrupta ou progressiva do ILA
LABORATÓRIO	
Leuco > 15.000 ou aumento de 20%	
PCR com aumento progressivo de 20%	

Os critérios laboratoriais são mais sensíveis e a febre é tardia (por isso não usamos critérios do MS).¹

A conduta diante de um quadro clínico compatível com corioamnionite deve ser a interrupção da gestação, preferencialmente com indução e início de antibioticoterapia apropriada:

ANTIBIOTICOTERAPIA DE PRIMEIRA ESCOLHA PARA CORIOAMNIONITE -HMSH	
Clindamicina 600 mg (ampola com 4 mL)	900 mg (6 mL) venoso de 8/8 horas
Gentamicina 40 mg/mL (ampola com 1 mL)	240 mg (6 ampolas de 40 mg/mL) 1 x ao dia (ou 3,5 a 5 mg/kg/dose)

O esquema venoso deve ser mantido por no mínimo 48 horas do parto (se não tiver febre) ou 48 horas após último pico febril.¹

Obs.: uma segunda opção seria Ampicilina 2 g EV de 6/6 horas + Gentamicina na dose acima + Metronidazol 500 mg EV de 8/8 horas

15. SUGESTÃO DE ANTIBIOTICOTERAPIA PARA TRATAMENTO DE INFECÇÃO DE TRATO URINÁRIO SUSPEITA (leucocitúria ou esterase leucocitária positiva / bacteriúria ou nitrito positivo) OU CONFIRMADA (urocultura positiva):

Orientamos manejo da infecção do trato urinário, conforme protocolo hospitalar de MANEJO DA INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU) MATERNO – PROT.SCIH.007. **Não iniciar antibiótico sem coleta prévia de UROCULTURA e HEMOCULTURA em pacientes internadas, mesmo para cistites.**

ANTIBIOTICOTERAPIA DE PRIMEIRA ESCOLHA PARA MANEJO DE ITU - HMSH		
SITUAÇÃO CLÍNICA	ANTIBIÓTICO	POSOLOGIA
CISTITE (sem pielonefrite suspeita)	Cefalexina comp 500 mg (Keflex ^R)	1 cp (500 mg) de 6/6 horas oral
PIELONEFRITE SUSPEITA (febre, leucócito ou PCR aumentado, Giordano+)	Ceftriaxona 1 g (Rocefin ^R)	1 grama (1 fr) venoso de 12/12 horas
PIELONEFRITE complicada (paciente com cálculo renal ou infecção hospitalar suspeita)	Piperacilina + Tazobactam (Tazocin ^R)	4,5 gramas (1 frasco) venoso de 6/6 horas

16. SOBRE INIBIÇÃO DE TRABALHO DE PARTO:

Consultar protocolo específico de inibição de trabalho de parto prematuro - PROT.DC.003.01

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.074	9 / 9
	ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (ROPREMA ou RPMO) – CID 10 042	Especialidade	Revisão
		Obstetrícia	

Referências bibliográficas

1. Fernandes, CE. Tratado de Obstetrícia FEBRASGO, 2019, capítulo 27: rotura prematura das membranas ovulares
2. Kehl S, Weiss C, Pretscher J, Baier F, Faschingbauer F, Beckmann MW, Stumpfe FM. The use of PAMG-1 testing in patients with preterm labor, intact membranes and a short sonographic cervix reduces the rate of unnecessary antenatal glucocorticoid administration. J Perinat Med. 2021 Jul 19;49(9):1135-1140.
3. Dochez V, Ducarme G, Gueudry P, Joueidi Y, Boivin M, Boussamet L, Pelerin H, Le Thuaut A, Lamoureux Z, Riche VP, Winer N, Thubert T, Marie E. Methods of detection and prevention of preterm labour and the PAMG-1 detection test: a review. J Perinat Med. 2020 Oct 2;49(2):119-126.
4. Protocolo de Rotura Prematura de Membranas – HU/UFS/EBSERH – 2020
5. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 188: Prelabor Rupture of Membranes. Obstet Gynecol. 2018 Jan;131(1):e1-e14
6. Schrag SJ, Verani JR. Intrapartum antibiotic prophylaxis for the prevention of perinatal group B streptococcal disease: experience in the United States and implications for a potential group B streptococcal vaccine. Vaccine 2013;31 Suppl 4:D20–6
7. Preterm prelabor rupture of membranes: Management and outcome. Uptodate, atualizado em Janeiro 2024
8. Antenatal corticosteroid therapy for reduction of neonatal respiratory morbidity and mortality from preterm delivery. Uptodate, atualizado em Janeiro 2024
9. Rysavy MA, Mehler K, Oberthür A, Ågren J, Kusuda S, McNamara PJ, Giesinger RE, Kribs A, Normann E, Carlson SJ, Klein JM, Backes CH, Bell EF. An Immature Science: Intensive Care for Infants Born at ≤23 Weeks of Gestation. J Pediatr. 2021 Jun;233:16-25.e1
10. Neto AA et al. Perinatologia moderna – Obstetrícia -

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:	Validado por:
MARCOS PAVIONE Diretor Técnico		MATHEUS KUMMER Coordenador Obstetrícia	ULLY MARIANNE F. LEMOS Coord. da Qualidade
Data: 20/04/2024	Data:	Data: 24/04/2024	Data: 13/05/2024
Assinaturas e carimbo:			
  			

Histórico das últimas duas revisões

Nº	Descrição das alterações:	Data:
1.		
2.		