



Protocolo de Atenção à Saúde

Rotura prematura de membranas

Área(s): Saúde da Mulher, Ginecologia

Portaria SES-DF Nº 182 de 03 de maio de 2024, publicada no DODF Nº 86 de 07/05/2024.

1- Metodologia de Busca da Literatura

1.1 Bases de dados consultadas

A pesquisa foi realizada nas bases de dados do UptoDate, em livros-texto, protocolos de serviços e no Manual Técnico de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde, observando os critérios da metodologia científica.

1.2 Palavra(s) chaves(s)

Premature rupture of membranes, amnyorrexys, chorioamnionitis

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Selecionados 10 artigos relevantes datados de 2012 a 2020.

2- Introdução

Define-se rotura prematura de membranas ou amniorrexe prematura como a solução de continuidade do cório e âmnio antes de se iniciar o trabalho de parto. É classificada em: rotura prematura de membranas pré-termo (quando ocorre até 36 semanas e 6 dias) e rotura prematura de membranas no termo (quando acontece a partir de 37 semanas).¹

Cerca de 65 a 70% das pacientes com rotura prematura de membranas no termo têm parto espontâneo em até 24 horas da rotura e, no pré-termo, 50 a 60% têm parto espontâneo em até uma semana.²

A etiopatogenia combina vários fatores, dentre eles, as modificações estruturais das membranas (diminuição de colágeno e fosfatidilinositol contrapondo um aumento na procalcitonina sérica e na interleucina 6), enzimáticas (aumento na concentração de colagenase, tripsina, elastases, proteases, gelatinases e metaloproteinases 1, 8 e 9), bacterianas (colonização pelo estreptococo do grupo B e vaginose) e mecânicas (distensão, cicatrização, exposição ou choque direto das membranas).²

A principal consequência da rotura prematura de membranas é a infecção intrauterina, cujo risco aumenta progressivamente com a duração da ruptura de membranas.¹ As consequências mais graves são: a sepse materna secundária a corioamnionite, o descolamento prematuro de placenta e as complicações da prematuridade, dentre elas a hipoplasia pulmonar fetal.²

3- Justificativa

A padronização de conduta para o tratamento da rotura prematura de membranas tende a diminuir as suas complicações, como a prematuridade extrema, o tempo de ocupação de unidade de terapia intensiva e reabilitação e a morbimortalidade materna consequente à infecção e à sepse.

4- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

O42 Ruptura prematura de membranas

O42.1 Ruptura prematura de membranas com início do trabalho de parto depois das primeiras 24 horas

O42.2 Ruptura prematura de membranas, com trabalho de parto retardado por terapêutica

O42.9 Ruptura prematura de membranas, não especificada

5- Diagnóstico Clínico ou Situacional

A maioria das roturas prematuras de membrana é diagnosticada com base em anamnese e exame físico. A anamnese consta de história de perda líquida, súbita e habitualmente indolor. O líquido pode ser: transparente e de odor característico; de coloração amarelada ou esverdeada (mecônio); ou purulento, se há infecção ovular.³

Quando a perda de líquido não é evidente, procede-se ao exame especular estéril. Normalmente, é possível visualizar líquido amniótico saindo pelo canal cervical e se depositando no fundo da vagina. Às vezes, faz-se necessário solicitar à gestante que realize manobra de Valsalva, fazer compressão do fundo uterino ou rechaçar o polo fetal com gaze montada para observar o escoamento de líquido. Uma vez que o toque vaginal aumenta o risco de infecção, deve ser evitado a menos que haja suspeita de trabalho de parto ativo.¹

Alguns testes disponíveis para diagnóstico de rotura prematura de membranas são:

- A determinação do pH vaginal através de papel de nitrazina, que se torna azul em pH alcalino. O pH vaginal modificado de ácido (entre 3,8 e 4,5) para alcalino (entre 7,1 e 7,3) é altamente sugestivo de amniorrexe. Deve-se, contudo, descartar a presença de vaginose, muco, lubrificante, sangue ou sêmen, os quais podem resultar em teste falso-positivo. Por sua vez, também é possível ocorrência de resultados falso-negativos em casos de rotura de membranas prolongada ou quando houver escassez de líquido amniótico.¹

- Cristalização do líquido amniótico “em samambaia” em lâmina preparada com amostra coletada em fundo de saco vaginal e visualizada ao microscópio.³

- A instilação transabdominal guiada por ultrassonografia de 1ml de corante índigo carmim diluído em 9ml de solução salina estéril dentro da cavidade amniótica e observação de tingimento de um forro ou tampão vaginal confirma o diagnóstico, embora deva ser reservada para serviços mais especializados.³

Devem ainda fazer parte do exame físico a avaliação de temperatura axilar e pulso materno, dinâmica uterina e avaliação de bem estar fetal. Se houver sangramento vaginal, avaliar possibilidade de placenta prévia e/ou descolamento de placenta.³

Como propedêutica auxiliar, devem ser solicitados hemograma, exame sumário de urina, urocultura e pesquisa para estreptococo do grupo B em swab anal e vaginal.³

Em casos duvidosos, pode-se realizar ecografia para avaliação de volume de líquido amniótico, porém, o exame não é diagnóstico.¹

A figura 1 mostra os critérios diagnósticos de rotura prematura de membranas.

CRITÉRIO	DESCRIÇÃO
História clínica e exame físico	A visualização direta da perda de líquido pela vagina (exame especular ou apenas inspeção vulvar) ocorre em 75 a 80% dos casos, confirmando o diagnóstico. EVITAR TOQUE VAGINAL
Determinação do pH vaginal com papel de nitrazina (teste no fundo vaginal após limpeza de outras secreções)	Se o exame físico não for conclusivo, pH vaginal entre 7,1 e 7,3 com história clássica pode confirmar o diagnóstico. DESCARTAR VAGINOSE BACTERIANA OU PRESENÇA DE SANGUE, MUCO OU SÊMEN
Ultrassonografia obstétrica	No caso de história clássica e confiável de perda vaginal e não visualização da perda pelo exame especular ou indeterminação do diagnóstico com papel de nitrazina, realizar ecografia obstétrica para identificar diminuição do líquido amniótico Se não houver diminuição no líquido, repetir o exame em 3 dias para observar se há diferença significativa na quantidade de líquido amniótico para confirmar o diagnóstico

Figura 1. Critérios para diagnóstico de rotura prematura de membranas

6- Critérios de Inclusão

Todas as pacientes com diagnóstico de rotura prematura de membranas atendidas na rede da Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal.

7- Critérios de Exclusão

Não se aplicam.

8- Conduta

A conduta na vigência de rotura prematura de membranas deve ser baseada na idade gestacional, na presença de complicações (como infecção e descolamento prematuro de placenta), no bem-estar fetal e na presença ou não de trabalho de parto.¹

Para TODAS as pacientes atendidas na emergência com tal diagnóstico, deve ser realizado exame especular pesquisando presença de vulvovaginites e solicitados hemograma, exame sumário de urina (EAS) e urocultura. Tratar a vulvovaginite ou infecção do trato urinário se for o caso.³

Deve-se ainda avaliar bem estar fetal e excluir presença de complicações como infecção intrauterina e descolamento prematuro de placenta. Caso haja diagnóstico de sofrimento fetal, infecção intra-amniótica ou descolamento prematuro de placenta haverá indicação de interrupção da gestação. Se estiver indicada conduta expectante, deve-se coletar cultura para pesquisa de estreptococos do grupo B.¹

Toda mulher com diagnóstico de rotura prematura de membranas e sua família devem receber aconselhamento sobre a morbidade e a mortalidade associadas à idade gestacional.³

8.1 Conduta Preventiva

Para a conduta preventiva é essencial a atuação do pré-natal nas APS, evitando-se os fatores de risco para a rotura prematura de membranas.³

A avaliação periódica da paciente com o tratamento de infecções e o diagnóstico precoce dos fatores de risco, bem como sua eliminação ou minimização, fazem parte da conduta.⁴ São fatores de risco para rotura prematura de membranas: história prévia de rotura prematura de membranas, colo curto, sangramento de segundo ou terceiro trimestre, baixo índice de massa corporal, baixo nível socioeconômico, tabagismo e uso de drogas ilícitas.¹

Com vistas a reduzir risco de parto prematuro recorrente, pode ser oferecida suplementação de progesterona para mulheres com gestação única e histórico de parto prematuro espontâneo prévio com membranas íntegras ou com rotura prematura de membranas.¹

8.2 Tratamento Não Farmacológico

Não se aplica.

8.3 Tratamento Farmacológico

A) PRESENÇA DE CORIOAMNIONITE COM QUALQUER IDADE GESTACIONAL

Na avaliação clínica inicial, observar se há critérios diagnósticos de infecção amniótica, os quais estão demonstrados na figura 2.³

DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO INTRA-AMNIÓTICA = FEBRE ($\geq 37,8^{\circ}\text{C}$) E/OU PRESENÇA DE 02 PARÂMETROS
Taquicardia materna (frequência cardíaca (FC) > 100 bpm) Taquicardia fetal (batimento cardíaco fetal (BCF) > 160 bpm, mantida) Trabalho de parto ou sensibilidade uterina Secreção purulenta no orifício externo do colo uterino Leucocitose (>15.000 células/ml ou elevação sustentada progressiva dos leucócitos)

Figura 2. Parâmetros para o diagnóstico de infecção intra-amniótica

Importante lembrar que o trabalho de parto ou o abortamento é um sinal precoce de infecção. Assim, não está indicada a inibição de trabalho de parto.^{1,4} Em caso de diagnóstico de corioamnionite, é indicada a interrupção imediata da gestação, independentemente da idade gestacional. Deve ser introduzida antibioticoterapia devido ao grande risco de sepse e morte materna.⁵ Evitar toques vaginais repetitivos durante o trabalho de parto ou o abortamento.⁵

As opções para antibioticoterapia nos casos de corioamnionite estão representadas na figura 3. Manter antibioticoterapia venosa até 48 horas sem febre após o parto ou expulsão do produto de abortamento.⁵

ESQUEMA 1	Clindamicina 900 mg IV 8/8 horas + Gentamicina 3-5mg/kg/dia IV
ESQUEMA 2	Ampicilina 2 g IV 6/6 horas + Gentamicina 3-5mg/kg/dia IV + Metronidazol 500 mg IV 8/8 horas
ESQUEMA 3 (para pacientes nefropatas)	Ceftriaxona 1 g IV 12/12 horas + Metronidazol 500 mg IV 8/8 horas
ESQUEMA 4 (para pacientes que serão submetidas a cesárea)	Ampicilina 2 g IV 6/6 horas + Gentamicina 3-5mg/kg/dia IV + Metronidazol 500 mg IV 8/8 horas ou Clindamicina 900mg IV 8/8 horas

Figura 3. Opções de antibioticoterapia para os casos de corioamnionite

As doses de misoprostol para a indução de trabalho de parto ou abortamento estão demonstradas na figura 4.⁶

IDADE GESTACIONAL	ESQUEMA DE INDUÇÃO COM MISOPROSTOL
Até 12 semanas e 6 dias	800 mcg via vaginal a cada 3 - 12 horas (2 a 3 doses)
13 semanas a 24 semanas e 6 dias	400 mcg via vaginal de 3 em 3 horas até o início das contrações (5 doses)
25 semanas a 26 semanas e 6 dias	200 mcg via vaginal de 4 em 4 horas até o início das contrações (5 doses)
A partir de 27 semanas	25 mcg de 6 em 6 horas até o início do trabalho de parto (5 doses)

Figura 4. Dose de misoprostol para indução de trabalho de parto ou abortamento conforme a idade gestacional⁶

B) IDADE GESTACIONAL ATÉ 21 SEMANAS E 6 DIAS (PRÉ-VIÁVEIS)

O risco de infecção e morte materna, bem como o risco de o neonato apresentar as complicações extremas da prematuridade (morte intrauterina, hipoplasia pulmonar, sequelas neurológicas graves, dentre outras) não justifica a tentativa de prolongar a gestação.³

A paciente (ou casal) deve ser acolhida por equipe médica e orientada cuidadosamente sobre o mau prognóstico gestacional e risco de morte materna considerável. A equipe deve tirar todas as dúvidas da paciente, dando-lhe a clareza de que a conduta indicada nesse caso é a interrupção imediata da gestação. A abordagem para orientação deve ser única, a menos que solicitada novamente pela paciente, que deve assinar termo de consentimento para a conduta (item 12).

Com a concordância da paciente, iniciar a indução do abortamento com misoprostol – ver figura 4. No caso de feto vivo e objeção da paciente em interromper a gestação, a mesma

deve assinar termo de ciência dos riscos de se manter a gravidez (item 12) e a conduta deve ser semelhante àquela de idade gestacional entre 22 semanas e 23 semanas e 6 dias.

Após a orientação da paciente, anotar no prontuário médico o plano terapêutico que deverá ser seguido pelas equipes subsequentes.

C) IDADE GESTACIONAL ENTRE 22 E 23 SEMANAS E 6 DIAS (REMOTAS)

O prognóstico da rotura prematura de membranas antes de 24 semanas de gestação é ruim, com índices muito elevados de morbimortalidade do concepto. Cerca de 40% das crianças que sobrevivem ao cuidado intensivo inicial, morrem durante os 5 primeiros anos de vida. Além disso, 40% dos neonatos que sobrevivem com menos de 25 semanas de gestação desenvolvem displasia broncopulmonar. A anidramnia prolongada está associada a aumento de quatro vezes no risco de retinopatia, sequelas neurológicas graves e morte.²

Diante do prognóstico perinatal ruim e dos riscos maternos associados (como corioamnionite, sepsis e até óbito), pode-se oferecer à mulher e sua família a opção de interrupção da gestação.³ Todavia, deve-se destacar que o feto a partir das 22 semanas encontra-se em uma "zona cinzenta", devendo ser considerado viável. Portanto, no caso de interrupção da gravidez, o recém nascido deve receber suporte, conforto, oxigênio pelo neonatologista, por questão de humanização, mesmo sabendo da alta mortalidade.

Caso a mulher opte por uma conduta expectante, tal fato deverá ser registrado no prontuário. Deve-se fazer a internação no momento do diagnóstico, com hiper-hidratação por 48–72 horas e reavaliação do índice de líquido amniótico (ILA). A partir de então, reavaliar periodicamente.³

Devem ser avaliados periodicamente sinais de infecção e de começo do trabalho de parto (presença de febre ou contrações uterinas e hemograma duas vezes por semana) e o bem estar fetal (ausculta de batimentos cardíofetais duas vezes por semana e biometria fetal a cada 15 dias).³

O casal deve ser acolhido e orientado cuidadosamente por equipe médica sobre o prognóstico gestacional. Em caso de sinais de corioamnionite, está indicada a interrupção imediata da gestação, via de parto conforme indicação obstétrica. Se a gravidez se prolongar além de 24 semanas, a gestante deverá ser manejada como segue.³

D) IDADE GESTACIONAL ENTRE 24 E 33 SEMANAS E 6 DIAS (REMOTAS)

A partir de 24 semanas, há uma melhora significativa no prognóstico, porém ainda existe o risco das graves complicações da prematuridade.² Deve-se orientar sobre os benefícios

esperados para o feto com o prolongamento da gestação, tais como diminuição da morbidade neonatal relacionada à prematuridade.³

Sendo assim, a conduta expectante deve ser adotada em pacientes diagnosticadas com rotura prematura de membranas entre 24 semanas e 33 semanas e 6 dias de gestação sem evidência clínica de infecção ou sofrimento fetal e sem trabalho de parto.^{2,3,7}

A paciente deve permanecer internada e devem ser tomados os cuidados demonstrados na figura 5.

São pertinentes algumas observações:

- Não prescrever antitérmicos de horário, pois podem ocultar alterações na curva térmica;⁷
- Não prescrever analgésicos de horário, pois podem ocultar sensibilidade uterina;⁷
- Não há evidências de que a hiper-hidratação melhore o prognóstico gestacional.⁷
- Evitar toques vaginais, exceto diante da presença de contrações uterinas fortes ou quando se planeja a indução imediata do parto.³

CUIDADO	DESCRIÇÃO	OBSERVAÇÕES
Monitorização rigorosa de parâmetros de infecção ^{2,3}	Curva térmica de 4/4 horas Demais sinais vitais a cada 6 horas Observação diária da secreção vaginal Hemograma 2 vezes por semana ou se sinais de corioamnionite	SINAIS DE ALERTA: Temperatura $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ FC materna ≥ 100 bpm Secreção purulenta no orifício externo do colo uterino Leucocitose com desvio à esquerda (atentar para os valores de referência na gestação) Sensibilidade uterina
Monitorização rigorosa do bem-estar fetal ³	Ausulta do batimento cardíaco fetal (BCF) 2 a 3 vezes/dia Mobilograma duas vezes ao dia Cardiotocografia basal diária ou no mínimo duas vezes por semana USG obstétrica quinzenal	SINAIS DE ALERTA: BCF ≥ 180 bpm ou ≤ 110 bpm Redução abrupta na quantidade de líquido em 2 exames subsequentes
Corticoterapia antenatal ³	Betametasona 12 mg IM a cada 24 horas (2 doses) OU Dexametasona 6 mg IM 12/12 horas (4 doses)	- Não há evidência de benefício de dose de resgate de corticoide - Nos primeiros dias após a administração do corticoide, pode ocorrer leucocitose com desvio à esquerda CONTRAINDICAÇÕES: sinais de infecção ou parto iminente

Antibióticos para aumentar o período de latência ^{1,3,8}	<p>ESQUEMA 1: Azitromicina 1 g VO dose única + Ampicilina 2 g IV 6/6 horas por 48 horas seguida de Amoxicilina 500 mg VO 8/8 horas por 5 dias³</p> <p>ESQUEMA 2: Azitromicina 1 g VO dose única + Cefazolina 1 g IV 8/8 horas por 48 horas seguido por Cefalexina 500 mg VO 6/6 horas por 5 dias⁸</p> <p>ESQUEMA 3: Azitromicina 1 g VO dose única + Clindamicina 900 mg IV 8/8 horas e Gentamicina 5mg/kg/dia por 48 horas seguido por Clindamicina 300 mg VO 8/8 horas por 5 dias⁸</p>	Prolongam a gestação e reduzem infecções maternas e fetais ¹
Sulfato de magnésio solução injetável 50% para neuroproteção fetal na iminência de parto prematuro ^{1,7}	<p>DOSE:</p> <p>Ataque: 4 g IV em 20 minutos</p> <p>Manutenção: 1 g /h IV até o parto⁷</p>	INDICAÇÃO: Idade gestacional ≤ 32 semanas na iminência do parto (ideal, 4 horas antes) ⁷

Figura 5. Cuidados na conduta expectante para os casos de rotura prematura de membranas

E) IDADE GESTACIONAL ENTRE 34 E 37 SEMANAS (LIMÍTROFES)

Uma vez que a partir de 34 semanas de gestação a maturidade pulmonar fetal é completa, não mais se justifica a manutenção da gestação pelo risco de sepse materna.¹ Assim, indica-se a interrupção da gestação, via de parto conforme indicação obstétrica.²

Caso esteja indicada indução do trabalho de parto, a escolha do método de indução dependerá do estado de amadurecimento cervical. Se houver condições cervicais favoráveis, utilizar ocitocina. No caso de colo desfavorável utilizar método de amadurecimento cervical com misoprostol, conforme apresentado na figura 4.³

Deve-se evitar indução mecânica por método de Krause no contexto de rotura prematura de membranas devido ao aumento do risco de corioamnionite, além de ausência de dados sobre segurança e eficácia do método neste contexto.⁹

O uso de profilaxia antibiótica intraparto para estreptococos do grupo B (EBG) deve ser realizada independente do uso prévio de antibióticos para aumento de período de latência.¹ Sendo assim, está indicada a antibioticoprofilaxia para estreptococos do grupo B (EBG) conforme esquema e indicações representadas na figura 6.^{3,10}

ESQUEMA 1	Benzilpenicilina potássica 5 milhões UI IV (ataque) + 2,5 milhões UI IV 4/4 horas até o parto	INDICAÇÕES: - Pacientes com cultura positiva para estreptococos do grupo B (EBG) nas últimas 5 semanas, em trabalho de parto - Pacientes entre 34 e 37 semanas de gestação sem cultura para EBG, em trabalho de parto - Rotura de membranas por período superior a 18h - Bacteriúria por EGB - História prévia de recém-nascido infectado por EGB
ESQUEMA 2	Ampicilina 2 g IV (ataque) + 1 g IV 6/6 horas até o parto	
ESQUEMA 3 (alergia a penicilina)	Clindamicina 900 mg IV 8/8 horas até o parto	

Figura 6. Antibioticoprofilaxia para infecção neonatal por estreptococos beta-hemolíticos do grupo B

Durante a indução e o trabalho de parto, permanecer com vigilância para sinais de infecção materna e sofrimento fetal.¹ Evitar toques vaginais frequentes em gestantes com rotura prematura de membranas em trabalho de parto.³

F) IDADE GESTACIONAL ACIMA DE 37 SEMANAS

É indicada interrupção da gestação por via de parto conforme indicação obstétrica.^{1,3} Nos casos com indicação de parto vaginal, se a paciente não estiver em trabalho de parto no momento do diagnóstico, recomenda-se indução do trabalho de parto.¹ A dose indicada para a indução com misoprostol está representada na figura 4.

Todavia, também é adequado realizar conduta expectante por curto período de tempo, uma vez que 80% das pacientes desenvolvem trabalho de parto espontaneamente em 12 horas e 95% em 24 horas. Portanto, é razoável a conduta expectante por período de 12 a 24 horas, desde que a paciente seja adequadamente orientada sobre riscos de rotura de membranas prolongada.¹

Deve-se realizar profilaxia antibiótica para estreptococos do grupo B se houver indicação, conforme descrito na figura 6.¹

8.3.1 Fármaco(s)

Abaixo listamos os medicamentos descritos neste protocolo, conforme consta na Relação de Medicamentos da SES-DF (REME-DF), que contempla os medicamentos padronizados, como forma de garantir a correta prescrição dos medicamentos, auxiliar no adequado acesso das pessoas à terapia medicamentosa recomendada e garantir a promoção ao uso racional de medicamento, conforme elenco disponível na SES-DF.

CÓDIGO REME-DF	MEDICAMENTO (nome, apresentação)	LOCAL DE DISPENSAÇÃO (nível de atenção)
90881	ampicilina (sódica) pó para solução injetável 500 mg frasco-ampola	uso Hospitalar
90895	amoxicilina cápsula ou comprimido 500 mg	UBS e uso Hospitalar
90896	amoxicilina pó para suspensão oral 250 mg/5mL frasco 150 mL com doseador	UBS e uso Hospitalar
90106	azitromicina comprimido 500 mg	UBS e uso Hospitalar
90094	betametasona (acetato + fosfato) suspensão injetável (3 mg + 3 mg) /mL ampola 1 mL	uso Hospitalar
90876	benzilpenicilina potássica pó para solução injetável 5.000.000 UI frascoampola com capacidade para 10 mL de diluente	uso Hospitalar
90884	cefalexina cápsula ou drágea ou comprimido 500 mg	UBS e uso Hospitalar
90885	cefalexina suspensão ou pó para suspensão oral 50 mg/mL frasco 100 mL com doseador	UBS e uso Hospitalar
90925	cefazolina sódica pó para solução injetável 1 g frasco-ampola	uso Hospitalar
90889	ceftriaxona pó para solução injetável 1g frasco-ampola (via de administração IV ou IV e IM)	UBS e uso Hospitalar
90104	clindamicina solução injetável 150 mg/mL ampola 4 mL	uso Hospitalar
90099	clindamicina (cloridrato) cápsula 300 mg	UBS e uso Hospitalar
33711	dexametasona solução injetável 4 mg/mL 2,5 mL ampola ou frasco-ampola	UBS e uso Hospitalar
37343	gentamicina (sulfato) solução injetável 20mg/mL ampola 1mL	uso Hospitalar
90894	gentamicina solução injetável 40 mg/mL ampola 2 mL	uso Hospitalar
10278	metronidazol solução injetável 5 mg/mL bolsa ou frasco 100 mL sistema fechado de infusão	uso Hospitalar
MS90189	misoprostol comprimido vaginal 200 mcg	uso Hospitalar
MS90244	misoprostol comprimido vaginal 25 mcg	uso Hospitalar
90080	sulfato de magnésio solução injetável 50% (4 mEq/mL) ampola 10 mL	uso Hospitalar

Figura 7. Lista de medicamentos conforme REME-DF

8.3.2 Esquema de Administração

Ver item 8.3

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

Ver item 8.3

9- Benefícios Esperados

Redução de morbimortalidade perinatal, morbimortalidade materna e tempo de internação em UTI neonatal, resultando em melhora na qualidade da assistência nos serviços de emergência em Obstetrícia na SES-DF.

10- Monitorização

Ver item 8.3

11- Acompanhamento Pós-tratamento

Após o parto, caso não haja complicações ou sinais de infecção materna, deve-se manter o acompanhamento puerperal de rotina adequado, com seguimento na atenção primária. Nos casos complicados ou com sinais de infecção materna, o cuidado puerperal deve ser individualizado.

12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

Vide Anexo 1.

13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

A regulação e o controle devem ser feitos através da avaliação dos indicadores de saúde de cada regional de saúde, tais como redução de morbimortalidade perinatal, morbimortalidade materna e tempo de internação em UTI neonatal.

14- Referências Bibliográficas

1. American College of Obstetricians and Gynecologists Comittee on Practice Bulletins. Practice Bulletin No. 217: Prelabor Rupture of Membranes. *Obstetrics, Obstet Gynecol*, 2020
2. Tchirkov M, et al. Mid-trimester preterm premature rupture of membranes (PPROM): etiology, diagnosis, classification, international recommendations of treatment options and outcome). *Journal of Perinatal Medicine*, 2017
3. Amniorrexe prematura e corioamnionite. *Manual Técnico de Gestaçã de Alto Risco*. Ministério da Saúde. 2012
4. Kayem G, et al. Prenatal management of the risk of maternofetal infection in cases of PPRM. *Arch Pediatr*. 2015
5. Burke C, et al. Chorioamnionities at term: definition, diagnosis and implications for practice. *J Perinat Neonatal Nurs*, 2016
6. Misoprostol-Only Recommended Regimens. *FIGO*. 2017
7. Galleta MAK. Rotura prematura de membranas ovulares. *Protocolos Assistenciais FMUSP*. 5ª ed p505-13, 2015
8. Duff P. Preterm prelabor rupture of membranes: Management and outcome. Uptodate, 2020.
9. Scorza WE. Management of prelabor rupture of the fetal membranes at term. Uptodate, 2020.
10. Yan JJ, et al. The relationship between group B streptococcus genital infection and premature rupture of membrane. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*. 2016

ANEXO 1

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE PARA CONDUTA EM
CASOS DE ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ANTES DE 24 SEMANAS
DE GESTAÇÃO**

Eu, _____, portadora de documento de identidade _____, de maneira livre e consciente, confirmo que fui orientada pela equipe de saúde de que tive o diagnóstico de ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS, que significa que minha bolsa rompeu antes que se completasse o tempo necessário para que o feto amadurecesse.

Assim, fui orientada que o feto a partir das 22 semanas encontra-se em uma "zona cinzenta", podendo ser viável. Porém, nessa idade gestacional, se houver o nascimento do feto, as chances de sobrevivência nesse momento são muito baixas, havendo grande possibilidade de ocorrência de sequelas na criança.

Também fui orientada de que se optar por manter a gestação, corro riscos importantes, de infecção grave, com possibilidade de perda do meu útero e ovários e até infecção local e generalizada que pode levar à minha morte.

Fui orientada também de que, se mantida a gestação, pode acontecer morte do feto a qualquer momento e que, no caso de a remota possibilidade de a gestação chegar até a uma idade mais avançada, a criança gerada pode ter vários problemas graves em decorrência disso, como o não desenvolvimento dos pulmões, malformações das pernas e braços, cegueira, retardo mental, necrose do intestino, paralisia cerebral e outras complicações que podem levar à morte ou a outras sequelas.

Assim, ciente dessas orientações,

() **CONSINTO** que se façam procedimentos para adiantar o abortamento ou o parto.

() **NÃO CONSINTO** que se façam procedimentos para adiantar o abortamento ou parto.

Data: ____/____/____

Assinado por paciente, testemunha e dois médicos.