



Rotura Prematura De Membranas Ovulares (RPMO)

Definição: Rotura das membranas ovulares (coriônica e amniótica) antes de instalado o trabalho de parto.

Manejo é baseado, fundamentalmente, na idade gestacional e presença ou ausência de trabalho de parto ativo no momento da admissão, além da avaliação de complicações, como infecção clínica, descolamento prematuro de placenta ou sofrimento fetal.

Etiologia: multifatorial.

I. ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO

Diagnóstico clínico em 90% dos casos, através de anamnese e exame físico especular:

- Observar presença de líquido amniótico coletado em fôrnices vaginais e/ou a saída de líquido pelo OEC, em repouso ou à Valsalva (pedir para a paciente tossir, por exemplo).

Exames Complementares:

- Avaliação teste Amnisure;
- USG obstétrico (ILA).

Classificação	
RPMO a Termo	Idade gestacional a partir de 37 semanas
RPMO Pré-Termo	Idade gestacional até 36 sem e 6 dias

CORIOAMNIONITE

Diagnóstico de Corioamnionite:

Presença de **febre materna associada a pelo menos um dos achados:**

- Taquicardia materna (> 100 bpm) ou fetal (> 160 bpm)
- Leucocitose materna (> 15.000/mm³ sem corticoide)
- Secreção vaginal purulenta
- Dor uterina à palpação

Na suspeita de corioamnionite está indicada a resolução da gestação!

É necessário o uso de antibioticoterapia de amplo espectro por 7 dias, como associação de:

• **Ampicilina 2 g EV a cada 6h**

+ **Gentamicina 5 mg/kg EV a cada 24h**

• ➡ Manter até o parto

• ➡ Se parto cesáreo, adicionar:

• **Clindamicina 900 mg EV a cada 8h** (ou metronidazol 500 mg EV a cada 8h) para ampliar cobertura anaeróbica.

CONSIDERAÇÕES

- **TOCÓLISE:** não está recomendada, independente da idade gestacional.

- **CORTICOTERAPIA:** deve ser realizada em todas as gestantes com risco de parto prematuro entre 24 e 34 semanas. O uso de corticoide com sinais de infecção não é recomendado.

- **NEUROPROTEÇÃO COM SULFATO DE MAGNÉSIO:** recomendada para gestante entre 24 e 32 semanas, com risco de parto iminente, visando reduzir o risco de paralisia cerebral nos RNs sobreviventes. (o mesmo esquema utilizado para prevenção e tratamento da eclampsia).

- **Cerclagem + RPMO PRÉ-TERMO:** não há consenso sobre retirar ou manter os pontos de cerclagem de RPMO e fora de trabalho de parto no momento da internação. Diante de sinais de infecção é imperativo a retirada de pontos de cerclagem.

2. FATORES DE RISCO PARA RPMO

- RPMO em gestação anterior (principal)
- Colo cervical curto
- Infecções Trato genital inferior (*Streptococcus grupo B*, *Gardnerella vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *E. Coli*, *bacterioides sp.*, *Peptostreptococcus*, *enterococos*)
- Tabagismo
- Desnutrição
- Uso de drogas ilícitas
- Baixo nível socioeconômico
- Sangramentos de segundo e terceiro trimestres
- Distensão uterina aumentada (gemelar, polidrâmnio, macrosomia fetal)
- Secundária a procedimentos invasivos (cordocentese, amniocentese, cerclagem uterina)

3. MANEJO CLÍNICO

FLUXOGRAMA ABAIXO

IMPORTANTE:

- Apesar de pouca literatura envolvendo o assunto, gestações gemelares com RPMO de um dos fetos, devem ser conduzidas da mesma forma que gestações únicas, com resultados neonatais similares.
- Diante de qualquer sinal de infecção materna ou sofrimento fetal, deve-se realizar interrupção da gestação, independente da idade gestacional.
- Na conduta expectante, deve-se monitorizar os sinais de infecção. Parâmetros clínicos: temperatura materna, taquicardia materna e fetal, contrações uterinas. Parâmetros laboratoriais: Hemograma + PCR + Urina1 + URC a cada 48-72 horas.
- Deve-se colher cultura de secreção vaginal + cultura para *Streptococcus* em swabs anal e vaginal.
- Controle vitalidade fetal: Admissão: USG obstétrico com doppler (estimar peso fetal) e Cardiotocografia diária para vigilância de compressão funicular.

4. COMPLICAÇÕES

- **Maternas:** descolamento prematuro de placenta, corioamnionite, endometrite e sepse.
- **Neonatais:** hipoplasia pulmonar, anomalias ortopédicas, anomalias cerebrais (hemorragias, paralisias, dificuldade de aprendizagem), síndrome da membrana hialina, enterocolite necrosante, sepse neonatal, prolapso cordão ou compressão funicular, todas podendo levar a óbito fetal/neonatal.

**DIAGNÓSTICO
CONFIRMADO DE RPMO**

Determinação da idade gestacional, apresentação e vitalidade fetais (estimar peso fetal), avaliação de sinais de trabalho de parto, afastar complicações: descolamento de placenta, prolapso de cordão, sinais de infecção materna/corioamnionite.

Checar pesquisa de Streptococcus do grupo B - caso paciente não tenha realizado o exame e seja candidata para conduta expectante, deverá ser submetida à coleta de swab retal e vaginal para pesquisa de GBS, no momento da admissão

**RPMO PRÉ-TERMO
(IDADE GESTACIONAL < 37 SEMANAS)**

RPMO A TERMO (IDADE GESTACIONAL ≥ 37 sem)

IDADE GESTACIONAL < 24 SEMANAS

CONDUTAS ATIVA OU EXPECTANTE:

Individualizar cada caso: Orientação clara sobre prognóstico fetal e risco infeccioso. Não é recomendada a realização de corticoterapia, neuroproteção com sulfato de magnésio, profilaxia para Streptococcus do grupo B ou a realização de parto cesáreo. O uso de antibióticos para aumentar a latência do trabalho de parto PODE ser considerado.

IDADE GESTACIONAL ENTRE 24 E 33 SEMANAS + 6/7

CONDUTA EXPECTANTE: na ausência de corioamnionite e de sofrimento fetal agudo

IDADE GESTACIONAL ENTRE 34 E 36 SEMANAS + 6/7

CONDUTA ATIVA: indução do trabalho de parto em até 12 h RPMO, visando reduzir o risco de infecção materna e exposição do conceito aos fatores de risco relacionados ao quadro (tempo de bolsa rota prolongado, oligoâmnio, corioamnionite).

OBS: A conduta expectante entre 34 e 36 semanas deve ser individualizada para casos selecionados, na ausência de corioamnionite e de sofrimento fetal agudo.

CONDUTA EXPECTANTE: na ausência de corioamnionite e de sofrimento fetal agudo, pode-se aguardar o trabalho de parto espontâneo até 12 horas após o diagnóstico de RPMO antes de iniciar indução, tornando-se obrigatória após este período.

-Internação hospitalar
-Coleta de Swab para Strepto B
-Vigilância infecciosa: sinais clínicos (FC, Tax, FR, PA) e laboratoriais (hemograma, PCR) + Cultura secreção vaginal
-Corticóide: Betametasona 12mg IM 1x dia, 2 dias
-Antibioticoterapia profilática: aumenta o tempo de latência
Ampicilina 2g de 6/6h por 48h ** + Azitromicina 1g vo dose única
(na admissão da paciente)

****Obs.** - se alta ou retirada de acesso venoso, alterar esquema para: **Amoxicilina 500 mg vo de 8/8h até completar 7 dias da terapêutica**

SE PACIENTE ALÉRGICA:
Vancomicina 1g ev 12/12h + Azitromicina 1g vo dose única
(na admissão da paciente)

INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO: redução do tempo entre a rotura de membranas e o nascimento, dos índices de corioamnionite e/ou endometrite e das admissões do RN em UTI neonatal, sem aumentar as taxas de parto cesáreo ou uso de fórceps.

- MÉTODOS DE INDUÇÃO:** resultados semelhantes com uso de misoprostol, prostaglandina gel (Propress) ou ocitocina endovenosa.
- ANTIBIOTICOPROFILAXIA:** não há evidências que suportem o uso rotineiro de antibióticos nas RPMO a termo em pacientes sem indicação de profilaxia para GBS.

II. GLOSSÁRIO

EV: Endovenoso

FC: Frequência cardíaca

GBS: *Group B Streptococcus*

ILA: Índice de líquido amniótico

IM: Intramuscular

OEC: Orifício externo do colo

PA: Pressão arterial

PCR: Proteína C reativa

RN: Recém-nascido

Tax: Temperatura corporal

USG: Ultrassom

UTI: Unidade de terapia intensiva

VO: Via oral

III. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão 4:

- Ajuste nos tipos de antibióticos e doses dos mesmos

IV. Referências

- [1] Kuba K, et al. ACOG Practice Bulletin No. 188. 2018;131(6):1163-1164
- [2] Siegler Y, Weiner Z, Solt I. ACOG Practice Bulletin No. 217. Obstet Gynecol. 2020 Nov;136(5):1061
- [3] Protocolos FEBRASGO – Obstetrícia nº 45. São Paulo: FEBRASGO; 2021
- [4] Machado DCS, et al. Human Reproduction Archives. 2018; 32 (3):1-13
- [5] Van Der Ham, David P., et al. "Induction of labor versus expectant management in women with preterm prelabor rupture of membranes between 34 and 37 weeks: a randomized controlled trial." *PLoS medicine* 9.4 (2012).
- [6] RD Nunes. Avaliação de testes diagnósticos na rotura prematura de membranas (1998).
<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/113655>
- [7] SG Martins-Costa, et al. Rotinas em obstetrícia. 7ª ed. Artmed Editora, 2017. p.912
- [8] E Sheperd, et al. Cochrane database syst rev. 2017. 8(8): 1 -78
- [9] Tsakiridis I, et al. Gynecol survey. 2018;73 (6): 368-375.

Código Documento: CPTW50.4	Elaborador: Andréa Novaes Adolfo Liao Adriana Grandesso Cristina Amadatsu Rita Sanchez Romulo Negrini	Revisor: Fernando Ramos de Mattos	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 15/04/2021 Data de revisão: 02/09/2025	Data de Aprovação: 17/09/2025
--------------------------------------	--	---	--	---	---