

Rotura Prematura das Membranas (RPM)



Descrição

Definição

Define-se como rotura prematura das membranas (RPM) a ocorrência da rotura espontânea das membranas ovulares fora do trabalho de parto. A RPM desencadeia o trabalho de parto em 90% dos casos em um período de até 24 horas.

Incidência

É estimada em 12% do total de partos. Responsável por 1/3 dos nascimentos prematuros.

Fisiopatologia

A rotura das membranas ovulares apresenta como substrato anatomopatológico a presença de corioamnionite localizada, na maioria das vezes, perto do orifício interno do colo uterino.

Diagnóstico

Clínico

Anamnese

Momento da rotura, relação com atividade física, volume de líquido perdido, cheiro e coloração.

Exame especular

Avalia a saída de líquido amniótico e processos infecciosos associados.

Atenção

Somente realizar o toque vaginal se a paciente estiver em trabalho de parto.

Exames subsidiários

A ultra-sonografia pode revelar diminuição do volume de líquido amniótico.

Monitorização e detecção precoce de processo infeccioso

Clínica

- Verificação de temperatura a cada 6 horas
- Observação de taquicardia materna e fetal persistente
- Fisometria

Laboratorial

- Hemograma
- Proteína C reativa (PCR) 2 vezes por semana ou mais, conforme a evolução clínica
- Cultura vaginal e retal para estreptococo do grupo B (EGB)

Cardiotocografia

- Diariamente

Ultra-sonografia e Perfil Biofísico Fetal (PBF)

- 1 vez por semana ou mais, conforme a evolução

Tratamento

Conduta

- Internação da gestante
- Verificar idade gestacional (ver fluxograma abaixo)
- Na conduta expectante, faz-se repouso relativo e hidratação por via oral (3 litros/dia) ou intravenosa de acordo com as condições clínicas
- A antibioticoterapia profilática é controversa
- Recomenda-se antibiótico de amplo espectro se houver sinal de infecção
- Recomenda-se uso de corticosteróides se feto < 34 semanas
- Não é recomendado uterolítico; não inibir trabalho de parto

Conduta por idade gestacional

- < 24 semanas
 - :: Avaliação e discussão com a equipe multidisciplinar e família
 - :: Indução do parto

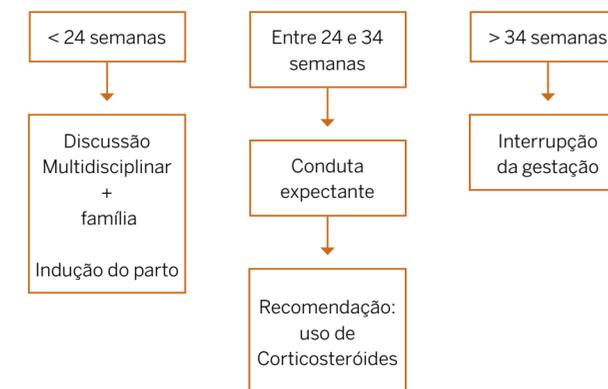
- Entre 24 semanas e 34 semanas
 - :: Conduta expectante
 - :: Avaliação da vitalidade fetal
 - :: Monitorização da infecção

- > 34 semanas
 - :: Interrupção da gestação

Observação

Qualquer que seja a idade gestacional, promover abordagem ativa e imediata na presença de infecção ou de comprometimento da vitalidade fetal.

Fluxograma da abordagem



Tratamento

Corticoterapia

É recomendada se idade gestacional < 34 semanas. São utilizados, no máximo, 2 ciclos com intervalo de 2 semanas. Cada ciclo corresponde a administração de betametasona (Celestone Soluspam®) dose de 2 ampolas (12 mg) ao dia, por via intramuscular, durante 2 dias.

Antibiótico

Na presença de infecção ovular (corioamnionite)

Administrar concomitantemente:

- Penicilina Cristalina – 4 milhões U por via intravenosa a cada 4 horas durante 7 dias
- Metronidazol (Flagyl®) – 500 mg por via intravenosa a cada 6 horas durante 7 dias
- Gentamicina (Garamicina®) – 180 mg a 240 mg por via intravenosa (3 mg por kg/dia) a cada 24 horas durante 7 dias

Antibioticoterapia profilática

Não é recomendada como rotina. No entanto, em casos especiais, como prematuros < 34 semanas, pode-se utilizar a ampicilina, dose de 1 g a cada 6 horas por via endovenosa, por período de 3 dias a 7 dias.