

IV CONGRESSO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DO MARANHÃO



RUPTURA PREMATURA PRÉ- TERMO DE MEMBRANAS



Marília da Glória Martins

11/02/2020

Ruptura Prematura Pré-Termo de Membranas

É definida como a perda espontânea de LA que ocorre antes do início do trabalho de parto.

Ruptura Prematura Pré-termo de Membranas

No termo	≥ 37 semanas		8 a 10%
No pré-termo	$\geq 24 - < 37$ semanas		3%

O prognóstico perinatal está diretamente relacionado ao período de latência e à ocorrência de infecção !

Ruptura Prematura Pré-termo de Membranas

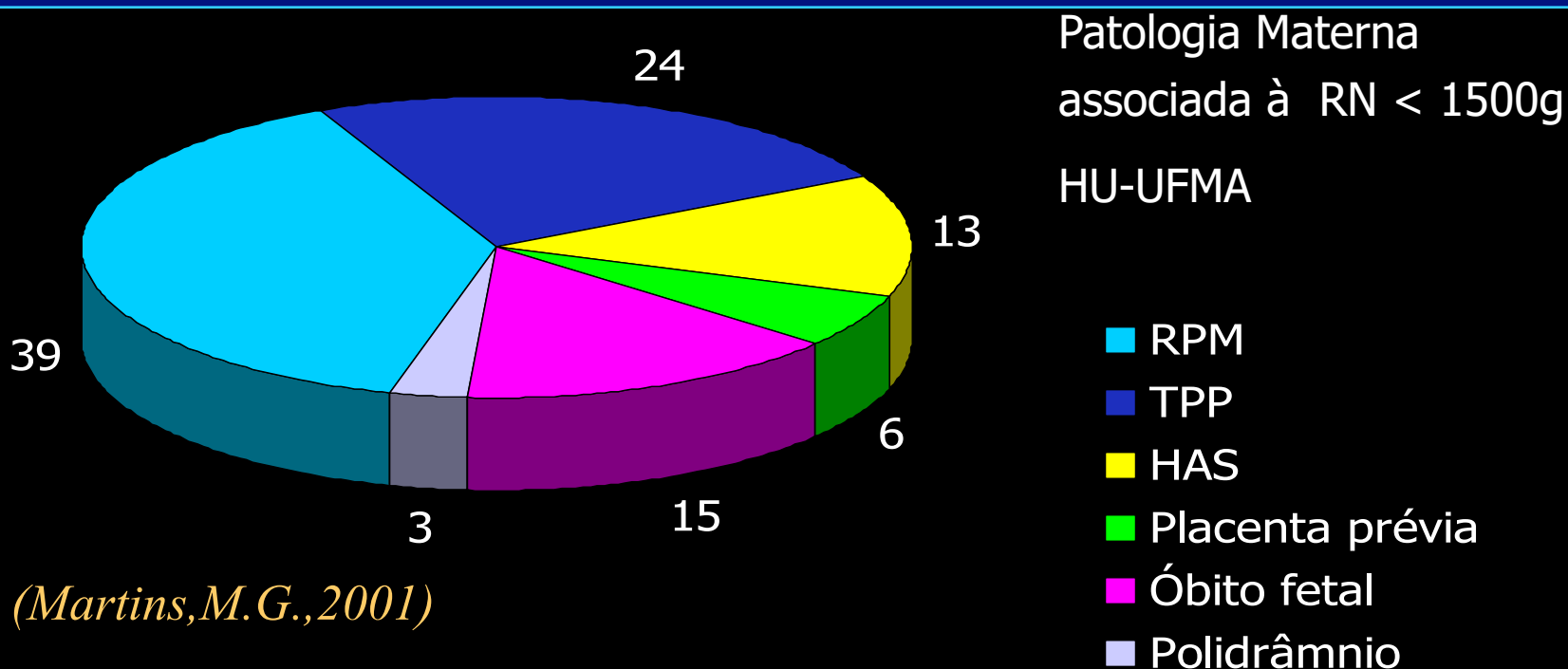
Responsável por 40% dos partos pré-termo.

Sepse neonatal em 10% a 20% dos conceptos.

UTI neonatal, altos custos.

Elevação inversamente proporcional ao nível socioeconômico.

Etiologia multifatorial. Infecções geniturinárias.



Ruptura Prematura Pré-termo de Membranas

Diagnóstico

Anamnese e Exame Físico confirmam 90% dos casos !

O padrão-ouro é o extravasamento de LA através do orifício cervical durante o exame especular



Diferencial

Perda urinária
Vaginite / cervicite
Tampão mucoso
Sêmen
Ducha vaginal

Ruptura Prematura Pré-termo de Membranas

Diagnóstico

História e Exame Físico

Anamnese

Observação da perda

Altura uterina

Odor do LA

Propriedades do LA

Cristalização

pH vaginal ácido

Exame Ultrassonográfico

ILA

Azul de metileno

Soro fisiológico

Citologia e Microscopia

Azul do Nilo [orangiófilas]

Lanugo / Vénix

Ruptura Prematura Pré-termo de Membranas

Diagnóstico

Teste de Cristalização do Líquido Amniótico

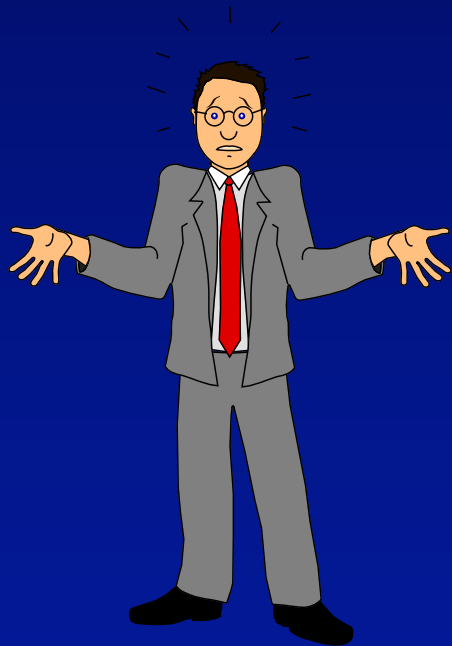


- Coleta do fluido com swab
- Esfregaço em lâmina seca ao ar ambiente
- VPP de 98.5%
- Sangue interfere quando em proporção igual
- Mecônio não interfere

Ruptura Prematura Pré-termo de Membranas

Diagnóstico

pH da parede lateral da vagina ou líquido do fundo-de-saco



pH vaginal	< 4.0 - 5.0
pH líquido amniótico	7.1 - 7.3
Nitrazina <i>fica azul</i>	> 6.0 - 6.5

Falso Positivo

- sangue ou sêmen
- anti-sépticos alcalinos
- vaginose bacteriana

Falso Negativo

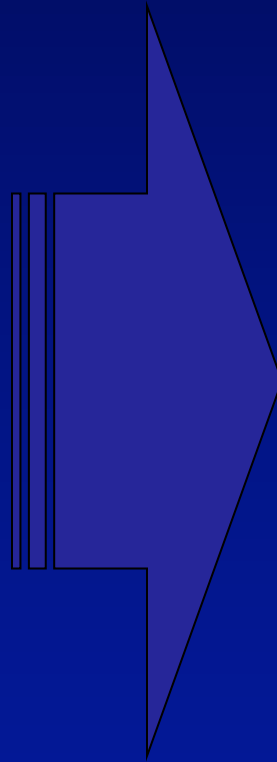
- perda prolongada
- resíduo mínimo

Eficácia das condutas

- Diagnóstico correto
- Da idade gestacional

Estudos de Helmer H em 2008, mostrou que a combinação da história clínica, testes de Nitrazina e cristalização, a precisão de pelo menos dois testes positivos foi de 93,1%.

Opções de conduta



Conduta expectante

Conduta ativa

Objetivos do obstetra:

Postergar o parto após o diagnóstico confirmado de RPPM com menos de 34 semanas de gestação, na ausência de sinais clínicos de infecção;

 a probabilidade de maturação de órgãos vitais do concepto

 o risco de infecção intra-útero

Ruptura Prematura Pré-Termo de Membranas

Fundamentos da conduta expectante

- Alta mortalidade e morbidade neonatais
- Prematuridade é o principal fator de risco para sepse neonatal
- Crescimento fetal continua após a ruptura
- A sobrevida aumenta 2 a 3% a cada dia *in utero*, entre 23 e 30 semanas (Phelps et al. 1991, Hack M et al,1991)
- A ocorrência de corioamnionite pode ser monitorada
- Objetivo: Aumentar o período de latência

Ruptura Prematura Pré-Termo de Membranas

Riscos da conduta expectante

- Mortalidade materna por infecção e cesariana
- Sofrimento fetal agudo
- Risco de DPP de 4% a 6% (Vintzileos et al. 1987; Lamon, 2001; Montenegro & Rezende Filho, 2008)
- Efeitos fetais
hipoplasia pulmonar, contratura de membros, deformações múltiplas.

Ruptura Prematura Pré-Termo de Membranas

Critérios de inclusão para conduta expectante

- Feto vivo
- Confirmação diagnóstica
- Idade gestacional entre 22 / 24 e 34 semanas
- Ausência de sinais de infecção
- Bem estar fetal assegurado

Ruptura Prematura Pré-Termo de Membranas

Conduta expectante

- Internação
- Repouso relativo no leito
- Hiperhidratação por via oral (4 L/dia)
- Avaliação semanal do peso fetal
- CTG a cada 72 h
- Vigilância da ocorrência de corioamnionite:
Clínica, Laboratorial, Biofísica.

Ruptura Prematura Pré-Termo de Membranas

Avaliação do bem estar fetal

- Contagem da movimentação fetal diária
- CTG a cada 72 h a partir de 26 semanas
- US semanal : *peso, ILA, movimento respiratório*
- Dopplervelocimetria fetal

Rotura Prematura Pré-Termo de Membranas

Vigilância da infecção

- **Clinica**

- Pulso radial e temperatura oral a cada 4 h
- Sensibilidade uterina aumentada
- Taquicardia materna persistente
- Aspecto e odor do líquido amniótico

- **Biofísica**

- Taquicardia fetal persistente
- Redução dos movimentos respiratórios fetais
- Volume do líquido amniótico

Ruptura Prematura Pré-Termo de Membranas

Vigilância da infecção

- **Laboratorial**
 - Bacteriológico da endocérvice e vagina
 - Bacteriológico do líquido amniótico e hemocultura do sangue fetal
 - Contagem de leucócitos no LA $>100/\text{mL}$
 - Nível de glicose no LA $< 10 \text{ mg/dL}$
 - Urocultura
 - Leucograma e VHS materno a cada 72h **elevação de 50%?**

Ruptura Prematura Pré-Termo de Membranas

Critérios para a conduta ativa

- Trabalho de parto espontâneo
- Sinais de corioamnionite (hipertermia)
- Sofrimento fetal agudo
- Maturidade pulmonar comprovada
- Peso fetal estimado em mais de 2.000 g
- Hemoâmnio
- Óbito fetal

Ruptura Prematura Pré-Termo de Membranas

Plano terapêutico

- Uso de corticóides entre 24 e 34 semanas
- Uso de antibiótico na fase latente
- Uso de tocolíticos por 72h para ação corticóide

Antibioticoprofilaxia



Uso de antibióticos em RPPM

Cochrane Database, 1994

Parto mais de 7 dias

Corioamnionite

Infecção puerperal

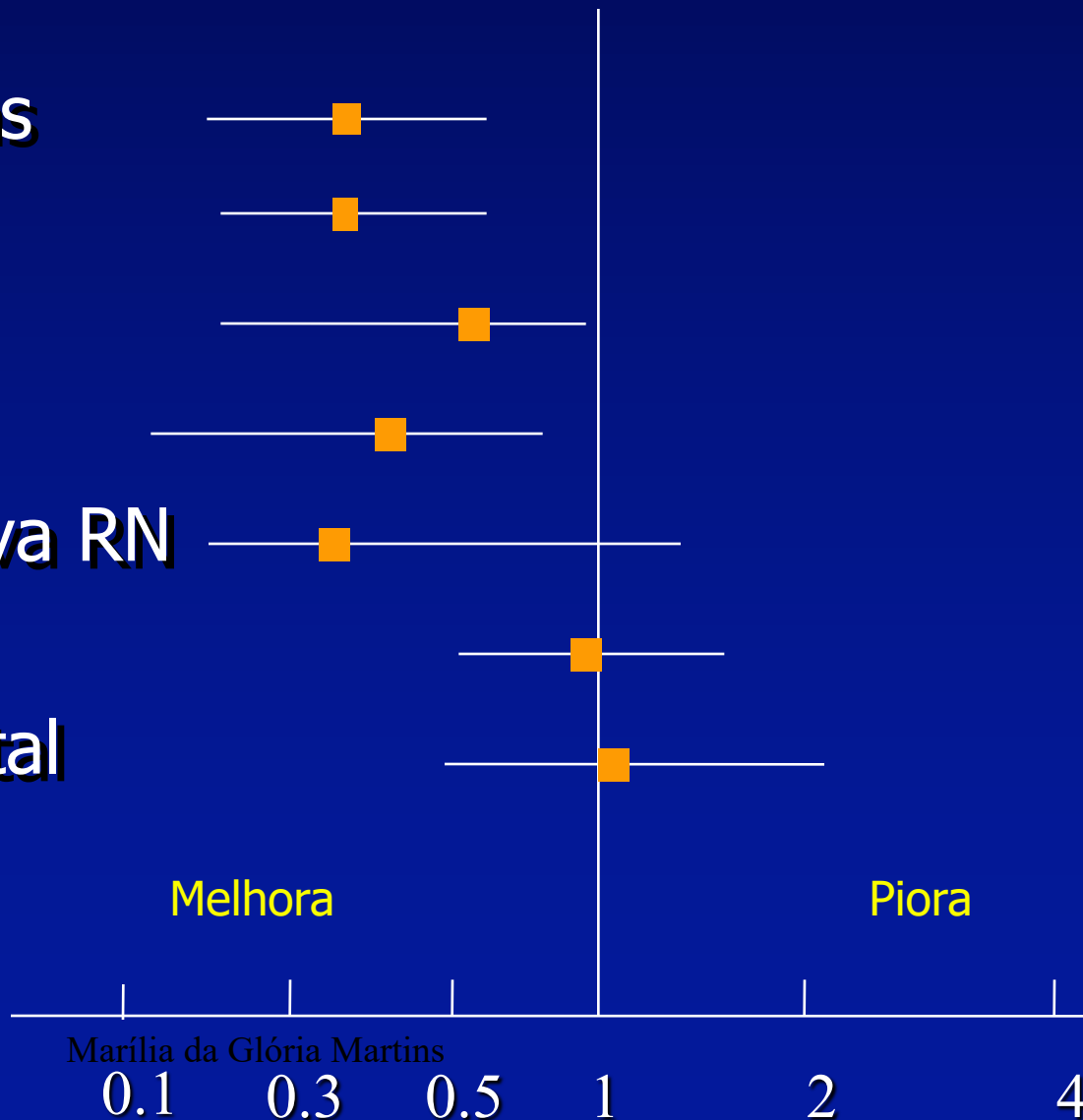
Infecção neonatal

Hemocultura positiva RN

S D R

Mortalidade Neonatal

Odds Ratio (95% CI)



OBRIGADA