



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.007 – Página 1/12	
Título do Documento	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS OVULARES (RUPREMA)	Emissão: 04/03/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 04/03/2026

SUMÁRIO

1. SIGLAS E CONCEITOS	2
2. OBJETIVOS.....	2
3. JUSTIFICATIVAS.....	2
4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	3
5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES	3
6. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO	3
6.1. Conceito.....	3
6.2. Etiologia e fatores de risco	3
6.3. Diagnóstico	3
6.4. Sistematização do atendimento	4
6.5. Diagnósticos diferenciais	4
7. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS	4
7.1. Exames Complementares.....	4
7.2. Avaliação do bem-estar fetal	5
8. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO	5
8.1. Antibioticoterapia para aumento do tempo de latência	6
8.2. Corticoterapia	7
8.3. Profilaxia para Streptococcus beta hemolítico	7
8.3.1. Indicações	8
8.4. Neuroproteção fetal	8
9. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO.....	9
10. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA.....	9
10.1 Corioamnionite	9
11. FLUXOGRAMA.....	10
12. REFERÊNCIAS	11
13. HISTÓRICO DE REVISÃO	12

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.007 – Página 2/12	
Título do Documento	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS OVULARES (RUPREMA)	Emissão: 04/03/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 04/03/2026

1. SIGLAS E CONCEITOS

- AC: Alojamento Conjunto
- CO: Centro Obstétrico
- CTG: Cardiotocografia
- EO: Enfermeiro Obstetra
- GBS: Estreptococos do grupo B
- GO: Médico ginecologista e obstetra
- HU-UFGD: Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
- ILA: Índice de Líquido Amniótico
- IMC: Índice de Massa Corporal
- IV: Intravenoso
- LA: Líquido Amniótico
- PAGO: Pronto Atendimento de Ginecologia e Obstetrícia
- PCR: Proteína C Reativa
- RPMO: Ruptura Prematura de Membranas Ovulares
- RUPREMA: Ruptura Prematura de Membranas Ovulares
- UFGD: Universidade Federal da Grande Dourados
- VO: Via Oral

2. OBJETIVOS

Padronizar os procedimentos e fluxos para o adequado manejo da ruptura prematura de membranas ovulares durante a gestação no âmbito do Hospital Universitário da UFGD.

3. JUSTIFICATIVAS

O nascimento prematuro ocorre em aproximadamente 10% de todos os nascimentos e é um dos principais contribuintes para a morbidade e mortalidade perinatal. A ruptura prematura de membranas que ocorre antes do termo complica aproximadamente 2-3% de todas as gestações, representando uma proporção significativa de nascimentos prematuros, enquanto a RUPREMA a

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.007 – Página 3/12	
Título do Documento	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS OVULARES (RUPREMA)	Emissão: 04/03/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 04/03/2026

termo ocorre em aproximadamente 8% das gestações. A RUPREMA pré-termo ocorre em até 3% das gestações e é responsável por um terço dos partos prematuros e 20% da mortalidade perinatal. É o fator identificável mais comum associado a nascimento prematuro no mundo.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Gestantes atendidas no Hospital Universitário da UFGD com suspeita ou confirmação do diagnóstico de RPMO.

5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

É atribuição, competência e responsabilidade de toda equipe assistencial, que presta atendimento às gestantes atendidas no HU-UFGD, identificar e diagnosticar gestantes com RUPREMA e realizar o manejo conforme o protocolo.

6. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

6.1. Conceito

Se refere a ruptura de membranas ovulares que acontece antes do início do trabalho de parto, e quando ocorrer antes de completar 37 semanas é considerada RUPREMA pré-termo. Já o intervalo entre a ruptura e o início do trabalho de parto é chamado de tempo de latência.

6.2. Etiologia e fatores de risco

De etiologia ainda incerta, a maioria dos casos de RUPREMA pré-termo ocorre em gestante sem fatores de risco identificáveis. Apesar disso, apresenta alguns fatores de risco conhecidos, tais como: história previa de RUPREMA, infecção do trato genital, colo curto, tabagismo, uso de drogas ilícitas, trauma abdominal, gemelaridade, sangramento de segundo e terceiro trimestre, baixo IMC.

6.3. Diagnóstico

É basicamente clínico, com o quadro clínico clássico que se apresenta como perda de líquido claro por via vaginal em grande quantidade, podendo apresentar perda contínua ou intermitente de pequeno volume.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.007 – Página 4/12	
Título do Documento	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS OVULARES (RUPREMA)	Emissão: 04/03/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 04/03/2026

No exame especular (realizado preferencialmente com espelho estéril) identificará: líquido refluindo pelo OCE, sendo a confirmação diagnóstica. Às vezes, será necessário a realização da manobra de valsava, solicitando para a paciente tossir. No especular também é importante avaliar possibilidade de prolapso de cordão. Toque vaginal deve ser evitado (se necessário: usar luva estéril).

6.4. Sistematização do atendimento

Diante da queixa de perda de líquido vaginal:

- Anamnese direcionada: certificar a idade gestacional, presença de contrações, tempo de rotura, aspecto e quantidade de líquido;
- Confirmar o diagnóstico (exame especular)
- Pesquisar a presença de infecção materna e/ou fetal: clínica (febre e/ou taquicardia materna e fetal) + exames laboratoriais;
- US obstétrico;
- Hospitalização;
- Avaliar a vitalidade fetal após 30 semanas (CTG e US obstétrico com Doppler);
- Solicitar pesquisa de Streptococcus do grupo B com coleta de Swab vaginal e anal (se disponível no serviço);
- Decidir a via de parto e a época da interrupção da gestação.

6.5. Diagnósticos diferenciais

Incontinência urinária, secreção vaginal (patológica ou fisiológica) e perda de tampão mucoso.

7. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

7.1. Exames Complementares

- Hemograma e PCR (repetir de 2/2 dias);
- Urina 1/Urocultura;
- Pesquisa de Streptococcus do grupo B.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.007 – Página 5/12	
Título do Documento	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS OVULARES (RUPREMA)	Emissão: 04/03/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 04/03/2026

7.2. Avaliação do bem-estar fetal

- Cardiotocografia na admissão: a partir das 30 semanas; na conduta expectante: individualizar;
- Ausculta diária dos batimentos cardíacos fetais (6/6h);
- Ultrassom obstétrico com doppler semanal.

8. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

Manejo conforme idade gestacional, presença ou ausência de infecção e resultado da avaliação do bem-estar fetal, sendo que qualquer evidência de infecção ovular ou alteração na avaliação do bem-estar fetal é indicação de interrupção da gestação.

a. Ruprema a partir de IG 37s: interrupção da gestação de acordo com a indicação obstétrica, profilaxia de Streptococcus, conforme resultado de teste de pré-natal.

b. Ruprema entre IG 34 - 36+6: tradicionalmente recomenda-se a indução de trabalho de parto.

- Rastreio e profilaxia de Streptococcus, tratar infecção ovular, se houver.
- Individualizar **Corticoterapia*** (não atrasar resolução para corticóide; realizar desde que não haja agravo materno/fetal, como RCIU ou DMG descompensada).

c. Ruprema entre IG 24 – 33+6: conduta expectante:

- **Antibioticoterapia:** recomendada para prolongar a latência (vide item 9.5), caso não haja contraindicação;
- Tratar infecção intra-amniótica, se presente (e proceder para o parto);
- **Corticoterapia*** (vide item 9.6);
- Coleta swab vaginal e retal com cultura para GBS no momento da internação e administrar profilaxia, se indicação/disponível;
- **Neuroproteção fetal com Sulfato de Magnésio**, se idade gestacional < 32 semanas e na iminência do parto, na ausência de contraindicações (vide item 9.8);
- Solicitar vaga em UTI neonatal.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.007 – Página 6/12	
Título do Documento	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS OVULARES (RUPREMA)	Emissão: 04/03/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 04/03/2026

d. Ruprema 23/24 semanas: próximo a viabilidade - INDIVIDUALIZAR;

- Aconselhamento à paciente e familiares;
- Conduta expectante ou indução do parto;
- Antibioticoterapia pode ser considerada após 20 semanas;
- Profilaxia para GBS não é recomendada antes da viabilidade**
- Corticóides não são recomendados antes da viabilidade**
- Tocólise não é recomendada antes da viabilidade**
- Neuroproteção fetal com Sulfato de Magnésio não é recomendado antes da viabilidade**.

* Não atrasar o parto para realizar dose de corticoides; os mesmos não deverão ser administrados caso o nascimento seja por cesariana iminente.

** Pode ser considerada viabilidade a partir de 23 semanas de gestação.

*** Melhor benefício do uso de corticoide: 28-34 semanas. Entre 24-28 semanas: Realizar dose de corticoide: diminui o risco de enterocolite necrotizante e hemorragias intracranianas.

Obs. Repique: se IG 28-34 semanas: pode ser realizada metade da dose convencional (12mg dose única), caso primeiro ciclo tenha sido realizado há mais de 14 dias.

8.1. Antibioticoterapia para aumento do tempo de latência

Iniciar no momento do diagnóstico, caso paciente fora de trabalho de parto: Tem por objetivo prolongar o período de latência e reduzir a frequência de infecção materno-fetal.

➤ **Esquema recomendado** (segundo protocolo do CCIRAS HUGD **PROFILAXIA ANTIMICROBIANA EM RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS OVULARES – RPMO**):

- **Azitromicina:** 1g por via oral na admissão, +
- **Ampicilina:** 2g por via intravenosa a cada 6h por 48h, **seguido por**
- **Amoxicilina:** 875mg por via oral a cada 12h ou 500mg por via oral a cada 8h **por mais cinco dias.**

➤ **Esquema alternativo:**

- Cefazolina 1 g IV, 8/8 horas, por 48 horas + Azitromicina 1g, VO, dose única. Após 48 horas, amoxicilina 500 mg, VO, de 8/8 horas por 5 dias;

Observação: Não usar Amoxicilina+Clavulanato devido ao risco de maior incidência de enterocolite necrotizante.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.007 – Página 7/12	
Título do Documento	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS OVULARES (RUPREMA)	Emissão: 04/03/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 04/03/2026

8.2. Corticoterapia

Objetivo: Reduzir os riscos de síndrome do desconforto respiratório do recém-nascido, hemorragia intraventricular e enterocolite necrotizante;

- **Idade gestacional: 24 a 36 semanas e 6 dias.**
- **Droga de escolha:** Betametasona 12 mg, via intramuscular de 24/24h por 48 horas.
- **Droga alternativa:** Dexametasona 6 mg, via intramuscular, de 12/12h por 48 horas (4 doses – total 24 mg).

8.3. Profilaxia para Streptococcus beta hemolítico

Objetivo: Prevenir sepse neonatal por Streptococcus β -hemolyticus do grupo B, com antibioticoterapia segundo recomendações do protocolo DO CCIRAS HUGD: **PREVENÇÃO DA DOENÇA PERINATAL POR ESTREPTOCOCO DO GRUPO B (EGB).**

- Momento para iniciar a profilaxia: início da fase ativa do trabalho de parto.

- Droga de escolha:

- Penicilina Cristalina 5.000.000 UI – dose de ataque;
- Penicilina cristalina 2.500.000 UI de 4/4 horas – dose de manutenção.

- Droga alternativa:

- Ampicilina 2g EV de ataque, seguido de 1 g EV de 4/4 horas até o parto.

▶ SITUAÇÕES ESPECIAIS: Gestantes com alergia à penicilina

- Baixo risco de anafilaxia: se a história do paciente sugerir baixo risco de anafilaxia:

- Azitromicina 1g por via oral na admissão, **mais**
- Cefazolina 1g por via intravenosa a cada 8h por 48 horas, **seguido por**
- Cefalexina 500mg por via oral quatro vezes ao dia **durante cinco dias.**

As cefalosporinas fornecem cobertura para EGB e *Escherichia coli*, as duas principais causas de infecção neonatal.

- Alto risco de anafilaxia: se a história do paciente sugerir um alto risco de anafilaxia:

- Azitromicina 1g por via oral na admissão, **mais**
- Clindamicina 900mg por via intravenosa a cada 8h por 48 horas, **mais**
- Gentamicina 5mg/kg de peso corporal real por via intravenosa a cada 24h para duas doses, **seguido por**

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.007 – Página 8/12	
Título do Documento	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS OVULARES (RUPREMA)	Emissão: 04/03/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 04/03/2026

- Clindamicina 300mg por via oral a cada 8h **por cinco dias**.

Este regime é apropriado para pacientes com cultura de EGB positiva e suscetibilidade do EGB à clindamicina documentada em laboratório.

- Alto risco de anafilaxia e EGB resistente à clindamicina: se a paciente tem histórico de alergia grave à penicilina e a cultura de EGB mostra resistência à clindamicina ou os resultados de suscetibilidade não estão disponíveis, sugere-se:

- Azitromicina 1g por via oral na admissão, **mais**
- Vancomicina 20mg/kg a cada 8h (dose única máxima de 2g) **por 48h**.

8.3.1. Indicações

- Bacteriúria por Streptococcus Beta-hemolítico em gestação atual;
- Recém-nascido anterior acometido por infecção por Streptococcus Beta-hemolítico;
- Cultura positiva para GBS entre 35-37 semanas;
- Nos casos de cultura desconhecida: Idade Gestacional < 37 Semanas;
- Em gestação a termo: RPMO > 18 horas;
- Febre intraparto (temperatura axilar $\geq 38^{\circ}\text{C}$).

8.4. Neuroproteção fetal

Indicado se Idade gestacional < 32 semanas e iminência de parto:

- Sulfato de Magnésio 50%, na iminência do parto:
 - Dose de ataque: MgSO₄ a 50% 8ml + SF 0.9% 100ml, EV, lento (300ml/h – 20 min);
 - Dose de manutenção: MgSO₄ a 50% 10ml (1 ampola) + 490ml de SF 0,9%, EV em BIC a 100ml/h.
- Esquema alternativo (na indisponibilidade de Sulfato de Magnésio 50%):
 - Dose de ataque: MgSO₄ a 10% 40ml (4 ampolas) + SF 0,9% 60ml, EV, lento (600ml/h – 20 min);
 - Dose de manutenção: MgSO₄ a 10% 100ml (10 ampolas) + 400ml de SF 0,9%, EV em BIC a 50ml/h.

Obs.: Monitorizar diurese, reflexo patelar, frequência respiratória e cardíaca maternos a cada 4 horas.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.007 – Página 9/12	
Título do Documento	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS OVULARES (RUPREMA)	Emissão: 04/03/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 04/03/2026

Nos casos de intoxicação aplicar Gluconato de Cálcio a 10%, 1 ampola, intravenoso (já deixar prescrito).

9. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

Qualquer gestante com diagnóstico de bolsa rota.

10. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA

10.1 Corioamnionite

Indicação absoluta de interrupção da gestação. Se possível por via vaginal.

➤ Critérios de diagnóstico:

- Febre: $\geq 39.0^{\circ}$ C ou dois episódios de 38.0° a 38.9° C com intervalo de diferença de 45 minutos, sem outra fonte aparente de infecção.

➤ Outros sintomas que podem estar associados são:

- Taquicardia materna (>100 bpm);
- Frequência cardíaca fetal > 160 bpm por no mínimo 10 minutos, excluindo acelerações, desacelerações e períodos de acentuada variabilidade;
- Leucócitos > 15.000 mm³ na ausência de uso de corticoide e com desvio à esquerda;
- Secreção purulenta escoando pelo orifício cervical externo ao exame especular;
- Sensibilidade uterina;
- Bacteremia;
- Ausência de movimentos respiratórios fetais no perfil biofísico fetal.

➤ Esquemas:

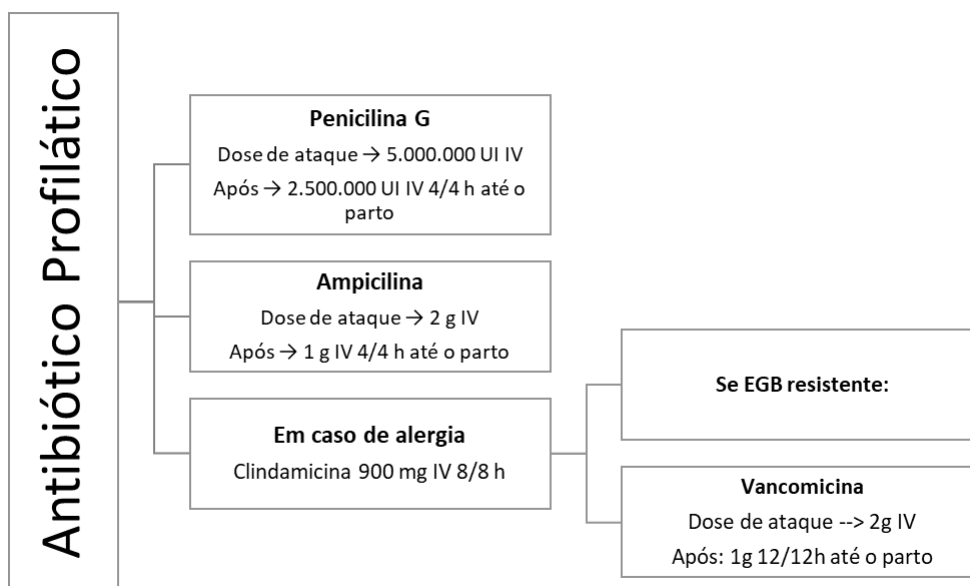
- Clindamicina 600mg, IV, 6/6h **MAIS** Gentamicina 3,5-5,0 mg/kg em dose única diária;
OU
- Ampicilina 2g, EV, 6/6h ou Penicilina G Cristalina 5 milhões UI, IV, 4/4h **MAIS** Gentamicina 3,5-5,0 mg/kg em dose única diária **MAIS** Metronidazol 500mg, IV, 8/8h.

Obs.: Qualquer que seja o esquema, manter por até 48 horas do parto ou do último pico febril; na alta: individualizar.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.007 – Página 10/12	
Título do Documento	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS OVULARES (RUPREMA)	Emissão: 04/03/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 04/03/2026

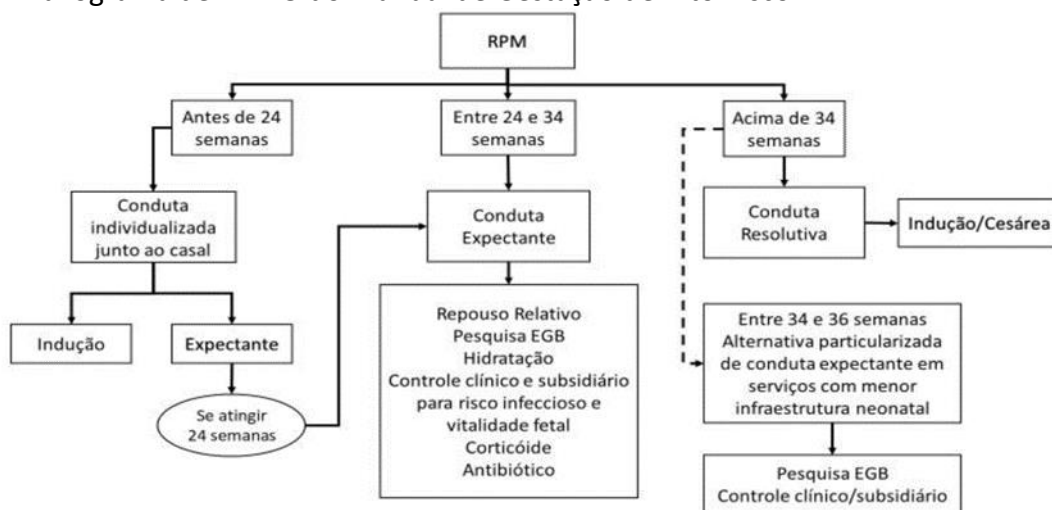
11. FLUXOGRAMA

Figura 1 – Fluxograma: antibiótico profilático para PREVENÇÃO DA DOENÇA PERINATAL POR ESTREPTOCOCO DO GRUPO B (EGB).



Fonte: protocolo CCIRAS HU-UFGD.

Figura 2 - Fluxograma de RPMO do Manual de Gestão de Alto Risco.



Fonte: Ministério da Saúde.

**Obs.: Em nosso serviço, devido a infraestrutura neonatal, recomendado conduta resolutiva acima de 34 semanas.*



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.007 – Página 11/12	
Título do Documento	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS OVULARES (RUPREMA)	Emissão: 04/03/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 04/03/2026

12. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestação de alto risco** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

Care of Women Presenting with Suspected Preterm Prelabour Rupture of Membranes from 24 Weeks of Gestation – RCOG, Green-top Guideline nº 73, June 2019.

DUFF P, LOCKWOOD CJ, BARSS VA. **Preterm premature (prelabor) rupture of membranes**. UpToDate Inc. <http://www.uptodate.com>.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). **Rotura prematura de membranas ovulares**. São Paulo: FEBRASGO; 2021 (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, n. 45/ Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal.

FREITAS F, MARTINS-COSTA S, RAMOS J. **Rotinas em Obstetrícia**. 8ª Edição, Editora. Artmed, 2023.

Practice Bulletin Prelabor Rupture of Membranes ACOG, vol. 135, nº 3, Março 2020.

Protocolo: Rotura Prematura de Membranas a Término Y Pretérmino, Centro de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona, 2019.

REZENDE JR, MONTENEGRO CAB. **Obstetrícia fundamental**. 14ª ed, Guanabara Koogan, 2018 .

Rotura Prematura das Membranas Ovulares: Protocolo Clínico – Protocolos Febrasgo, Obstetrícia nº 30, 2018.

TITA, ATN. **Intraamniotic infection (clinical chorioamnionitis)**. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/intraamniotic-infection-clinicalchorioamnionitis?csi=a519bdc6-f62a-47ea-8eb3-191f808c2cd0&source=contentShare>.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMUL.007 – Página 12/12	
Título do Documento	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS OVULARES (RUPREMA)	Emissão: 04/03/2024 Versão: 01	Próxima revisão: 04/03/2026

13. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
01	21/07/2023	Elaboração do protocolo

Elaboração Andressa Galho Busatta - Médica Ginecologista e Obstetra	Data: 21/07/2023
Análise Natália Carbonari Barboza - Médica Ginecologista e Obstetra Isabela Querido Lopes - Médica Ginecologista e Obstetra Paulo Serra Baruki – Chefe da Divisão Médica Andyane Freitas Tetila – Médica Infectologista	Data: 04/02/2024 Data: 04/02/2024 Data: 08/02/2024 Data: 20/02/2024
Validação Fuad Fayez Mahmoud – STGQ	Data: 28/02/2024
Aprovação Vania de Carvalho das Neves – Chefe da UMUL (substituta) Tiago Amador Correia – Gerente de Atenção à Saúde	Data: 01/11/2023 Data: 04/03/2024

Assinado eletronicamente no processo SEI 23529.015677/2023-93