

PROTOCOLO

HC-UFTM/HU BRASIL

Assistência na Ruptura Prematura de Membranas Ovulares

Versão: 3 | 2026



Hospital de Clínicas



SUPERINTENDENTE

LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE

LUIZ ANTÔNIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE

CHEFE DA DIVISÃO DE GESTÃO DO CUIDADO

FERNANDO DE FREITAS NEVES

CHEFE DO SETOR DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS

IVONE APARECIDA VIEIRA DA SILVA

CHEFE DA UNIDADE DE SAÚDE DA MULHER

ROSEKEILA SIMÕES NOMELINI

ELABORAÇÃO DA VERSÃO ATUAL

Alberto Borges Peixoto, Unidade de Saúde da Mulher

Mário Sérgio Silva Gomes Caetano, Unidade de Saúde da Mulher

ANÁLISE

Rosekeila Simões Nomelini, Unidade de Saúde da Mulher

VALIDAÇÃO TÉCNICA

Ivone Aparecida Vieira da Silva, Setor de Cuidados Especializados

Fernando de Freitas Neves, Divisão de Gestão do Cuidado

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

Cristina da Cunha Hueb Barata de Oliveira, Unidade de Vigilância em Saúde

REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

APROVAÇÃO

Murilo Antonio Rocha, Gerência de Atenção à Saúde

Data da emissão: 28/7/2026

Vigência: dois anos

Código do documento: PRT.HC-UFTM-UMUL.012

ISBN:

Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. O uso deste documento em meio físico ou fora da vigência pode disseminar informação e/ou procedimento desatualizados. © 2026, HU Brasil. Todos os direitos reservados
www.gov.br/hubrasil



Hospital de Clínicas



1. OBJETIVO

Orientar a equipe assistencial da ginecologia e obstetrícia em relação ao diagnóstico e condutas na ruptura prematura de membranas ovulares (RPMO).

2. JUSTIFICATIVA

A corioamniorrexe prematura complica cerca 10% de todas as gestações, sendo mais frequente após 37 semanas (7-8%). Tem incidência de 2% a 3% nos casos de RPMO pré-termo, sendo responsável por cerca de um terço (32,6%) de todos os partos prematuros no Estados Unidos e um quinto (18,2%) no Brasil [3].

3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Gestantes atendidas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) com suspeita ou confirmação do diagnóstico de RPMO.

4. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

É atribuição, competência e responsabilidade de toda equipe que presta assistência às gestantes atendidas no HC-UFTM, identificar e diagnosticar gestantes com RPMO e realizar o manejo conforme o protocolo.

5. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

5.1 Conceito

É a ruptura das membranas ovulares antes do início do trabalho de parto, considerada pré-termo quando ocorre antes de 37 semanas de gestação. O tempo de latência é definido como o intervalo entre a ruptura e o início do trabalho de parto, sendo prolongado quando maior que 24 horas [1,2].

5.2 Etiologia e fatores de risco

A maioria dos casos de RPMO pré-termo ocorre em gestantes aparentemente sem fatores de risco identificáveis. Todavia, a infecção intra-amniótica demonstrou estar associada a RPMO pré-termo, especialmente em idades gestacionais precoces. Fatores de risco adicionais associados à RPMO pré-termo incluem: comprimento cervical curto, sangramentos de 2º e 3º trimestres, baixo índice de massa corpórea, nível socioeconômico baixo, tabagismo e uso de drogas ilícitas [1]. No termo, pode resultar de um enfraquecimento fisiológico das membranas combinado com forças de cisalhamento criadas pelas contrações uterinas [1].

5.3 Classificação

✓ Espontânea: a causa mais comumente identificável é a infecção ascendente por patógenos da flora vaginal (estreptococos do grupo B - GBS, Gardnerella vaginalis, Neisseria gonorrhoeae, Escherichia coli, Bacterioides sp., Peptostreptococcus e Enterococcus). Outros fatores são:

- defeito de formação das membranas (deficiência ou malformação do colágeno), enfraquecimento das membranas (processo inflamatório ou infeccioso), exposição da bolsa

(incompetência istmo-cervical), distensão da cavidade (gemelaridade, polidrâmnio), tabagismo ou fatores mecânicos [4].

- Artificial: amniotomia [4].
- Iatrogênica: pode ocorrer em procedimentos como amniocentese ou cirurgias obstétricas [4].

5.4 Sistematização do atendimento

Diante da queixa de perda de líquido transvaginal, adota-se a seguinte sequência propedêutica:

- a) Anamnese direcionada: certificar a idade gestacional, presença de contrações, tempo de rotura, aspecto e quantidade de líquido;
- b) Confirmar o diagnóstico (exame especular + teste de cristalização);
- c) Pesquisar a presença de infecção materna e/ou fetal: clínica (febre) + exames laboratoriais;
- d) Realizar ultrassonografia obstétrica;
- e) Hospitalizar a paciente;
- f) Avaliar a vitalidade fetal após 30 semanas (cardiotocografia e ultrassonografia obstétrica com Doppler);
- g) Solicitar pesquisa de Streptococcus do grupo B com coleta de Swab vaginal e anal;
- h) Decidir a via de parto e a época da interrupção da gestação.

5.5 Diagnósticos diferenciais

Incontinência urinária, excesso de secreção vaginal (fisiológica ou por infecção) e eliminação do tampão mucoso [4].

6. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

a. Teste de cristalização

O teste da cristalização consiste na coleta de conteúdo vaginal em fundo de saco posterior disposta sobre uma lâmina, que após seca (espontaneamente ou sob ação de fonte de luz), deve evidenciar, sob a visão ótica do microscópio, cristais em formato de samambaia, confirmando a presença do líquido amniótico.

O teste de cristalização pode apresentar uma taxa de falso positivo de 5-30% e uma taxa de falso negativo de 5-12,9% [5].

b. Teste da Lannetta (teste da chama)

Coleta da secreção vaginal, colocando uma gota da amostra em uma lâmina de vidro, a qual deverá ser secada sob o calor de uma chama durante 1 minuto. Com isso, a amostra pode adquirir as tonalidades branca e marrom. Considera-se como líquido amniótico, o material que secou com a coloração branca; e o contrário, sendo então muco cervical, o material seco com coloração marrom [5].

c. Avaliação do pH vaginal

Avaliação do pH vaginal é um teste colorimétrico realizado pelo papel de nitrazina. O valor do pH vaginal varia de 4,5 a 5,5, porém o líquido amniótico possui pH alcalino, com valores acima de 6,5. O exame é realizado introduzindo a fita no fundo-de-saco vaginal que, em contato com a secreção presente, mudará de cor determinando o pH. Apresenta sensibilidade de 90 a

98%. Este exame pode cursar com falsos positivos em até 17,9% dos casos, quando em contato com sêmen, urina, sangue ou vaginose bacteriana; e falsos negativos, em até 5-12% dos casos, quando presente candidíase vaginal [5].

d. Teste azul do Nilo

Pesquisa de elementos fetais em conteúdo vaginal: presença de lanugem, escamas e células da epiderme fetal que se tornam alaranjadas (orangiófilas) após tratamento com sulfato azul de Nilo a 1% [5].

e. Amnioquick / PROM TEST

Proteína-1 de ligação ao fator de crescimento insulina-símile (IGFBP-1) – PROM test®, AmnioQuick®: é uma proteína sintetizada no fígado fetal e na decídua, que está presente em altas concentrações no líquido amniótico e, quando as membranas são rompidas, a IGFBP-1 pode ser detectada em amostra de esfregaço vaginal. Outras secreções, como sêmen, urina, remédios de uso intravaginal e lubrificantes, não interferem no resultado do teste. A sensibilidade varia de 74 a 100% e sua especificidade de 77 a 98%.

f. Amnisure

Alfa-1 microglobulina placentária (PAMG 1): (AmniSure®): é um teste que usa o método de imunocromatografia para a detecção da proteína PAMG-1 produzida pela decídua, que apresenta altas concentrações no líquido amniótico em comparação com sangue materno e está ausente em amostras biológicas, como sêmen e urina. Tem uma sensibilidade aproximadamente de 99% e uma especificidade de 100%.

g. Coleta de swab

✓ Fazer inicialmente um *swab* no introito vaginal sem utilização de espéculo. A amostra deverá ser colhida da vagina inferior, introduzindo o *swab* por cerca de 2 cm, fazendo movimentos giratórios por toda a circunferência da parede vaginal. Não é recomendada a coleta de endocervix e fundo de saco.

✓ Fazer posteriormente um *swab* anal introduzindo levemente (em torno de 1 cm) no esfíncter anal [4].

6.1 Exames complementares – Quadro 1

Exame	Valor Normal	Seguimento
Teste de cristalização		
Hemograma	Hemoglobina > 11 g/dL Série Branca <15.000 sem desvio	Seriado de 3/3 dias
Proteína C reativa	Alterado se aumento de 20%	
Urina 1 e Urocultura	Negativa	
Pesquisa de Streptococcus do grupo B	Negativa	
Cardiotocografia		Diária (após 30 sem)
Ultrassonografia Obstétrica com Doppler		Semanal

7. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

7.1 Conduta de acordo com a idade gestacional (ver quadro 2)



Hospital de Clínicas



Quadro 2 – Manejo da RPMO de acordo com a Idade Gestacional

Idade gestacional	Conduta
➤ 37 SEMANAS (Termo)	-Internação -Profilaxia para GBS, se indicação -Tratar infecção intra-amniótica, se presente -Parto (indução ou cesariana)
➤ 34 – 36sem 6d (Pré-termo tardio)	-Internação -Conduta ativa - proceder para o parto (indução ou cesariana) -Rastreio e profilaxia para GBS, -Tratar infecção intra-amniótica se presente (e proceder para o parto) - Solicitar vaga em Unidade Cuidados Intermediários
➤ 24 – 33sem 6d (Pré-termo)	-Internação -Conduta expectante -Antibioticoterapia – recomendada para prolongar a latência, caso não haja contraindicação -Tratar infecção intra-amniótica se presente (e proceder para o parto) - Curso único de corticoide; dose de repique*** - Coleta swab vaginal e retal com cultura para GBS no momento da internação e administrar profilaxia, se indicação -Neuroproteção fetal com Sulfato de Magnésio, se idade gestacional < 32 semanas e na iminência do parto, na ausência de contraindicações - Solicitar vaga em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal
➤ < 23-24 sem (Próximo viabilidade fetal)	- Aconselhamento a 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** - Corticoides 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**

Fonte: Practice Bulletin Prelabor Rupture of Membranes ACOG, vol. 135, nº 3, março 2020.

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

**Pode ser considerado a partir de 23 semanas de gestação

*** Melhor benefício do uso de corticoide: 28-34 semanas

24-28 semanas: Realizar dose de corticoide: diminui o risco de enterocolite necrotizante e hemorragias intracranianas.

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.

7.2 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:

✓ Ampicilina 2 g IV 6/6 horas por 48 horas + azitromicina 1g, via oral, dose única. Após 48 horas, substituir a ampicilina por amoxicilina 500 mg, via oral, de 8/8 horas por 5 dias.

Observação: não usar amoxicilina+clavulanato devido ao risco de maior incidência de enterocolite necrosante.

7.3 Contraindicações para conduta expectante

- a) Propedêutica laboratorial alterada:
 - ✓ Leucograma: aumento de 20%;
 - ✓ Proteína C Reativa: aumento comparativo (20%);
- b) Ultrassonografia Obstétrica/Cardiotocografia:
 - ✓ Alterações da vitalidade fetal;
- c) Malformações fetais (individualizar);
- d) Descolamento prematuro de placenta.

7.4 Corticoterapia

- ❖ Droga de escolha: Betametasona 12mg, via intramuscular de 24/24 horas por 48 horas.
- ❖ Droga alternativa: Dexametasona 6mg, intramuscular, de 12/12h por 48h (4 doses – total 24mg).

❖ Nas gestantes diabéticas individualizar o uso.

7.5 Profilaxia para streptococcus beta hemolítico

- ✓ 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 $\geq 38^{\circ}\text{C}$).

Droga de escolha:

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

Drogas alternativas:

- ✓ Ampicilina 2g IV – dose de ataque;
- ✓ Ampicilina gg IV de 4/4 horas até o nascimento - dose de manutenção.

Em casos de alergia à Penicilina:

- ✓ Clindamicina 600mg de 6/6 horas até o parto.

7.6 Neuroproteção fetal

Indicado se Idade gestacional < 32 semanas:

- Sulfato de Magnésio, na iminência do parto:
 - ✓ Dose de ataque: MgSO_4 a 50% 8ml + água destilada 12ml, IV, lento (correr em 20 minutos);
 - ✓ Dose de manutenção: MgSO_4 a 50% (1 ampola) + 500ml de SF0,9%, IV em Bomba de Infusão

Continua a 100ml/h.

Observação 1: monitorizar diurese, reflexo patelar, frequência respiratória e cardíaca maternos e batimento cardíaco fetal.

Observação 2: nos casos de intoxicação, aplicar Gluconato de Cálcio a 10%, 1 ampola IV.

7.7 Corioamnionite

Critérios clínicos apresentados em figura 1.

❖ Critérios Clínicos: Taquicardia materna (> 100 bpm) - Taquicardia fetal (> 160 bpm) - Febre ($\geq 37,8^{\circ}\text{C}$) - Contrações uterinas irregulares (útero irritável) - Saída de secreção purulenta e/ou com odor fétido pelo OE ❖ Critérios Laboratoriais: - Leucocitose (> 15.000 leucócitos/ml ou aumento de 20%) - $\uparrow$ Proteína C Reativa em 20% - Ausência de movimentos respiratórios fetais no perfil biofísico fetal

Figura 1. Critérios clínicos para diagnóstico de corioamnionite

Se presença de febre ou de 2 dos outros critérios:

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

****** Qualquer que seja o esquema, manter por até 48 horas do parto ou do último pico febril, na alta manter amoxicilina/clavulonato para completar 7-10 dias de antibioticoterapia. [3].

7.8 Via de parto

Indicação obstétrica. Índice de BISHOP. Prematuridade extrema: avaliar a via de parto.

7.9 Assistência ao parto vaginal pré-termo

Período expulsivo curto:

- Avaliar necessidade de episiotomia;
- Neonatologista sempre em sala de parto (solicitar vaga em UTI neonatal e/ou Unidade de Cuidados Intermediários).

7.10 RPMO E HIV

Vide protocolo “Profilaxia Pós-Exposição de Risco de Infecção pelo HIV, Sífilis e Hepatites Virais com Materiais Biológicos”:

[PRT.HC-UFTM-UVS.013 Profilaxia Pós-Exposição de Risco de Infecção pelo HIV, Sífilis e Hepatites Virais com Materiais Biológicos, versão 3](#)

8. REFERÊNCIAS

1. Practice Bulletin Prelabor Rupture of Membranes ACOG, vol. 135, nº 3, Março 2020.
2. Protocolo: Rotura Prematura de Membranas a Término Y Pretérmino, Centro de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona, 2019.
3. Rotura Prematura das Membranas Ovulares: Protocolo Clínico – Protocolos Febrasgo, Obstetrícia nº 30, 2018.
4. Rezende JR, Montenegro CAB. Obstetrícia fundamental.14ª ed, Guanabara Koogan, 2018.

5. Duff P, Lockwood CJ, Barss VA. Preterm premature (prelabor) rupture of membranes. UpToDate Inc. <http://www.uptodate.com>
6. Care of Women Presenting with Suspected Preterm Prelabour Rupture of Membranes from 24 Weeks of Gestation – RCOG, Green-top Guideline nº 73, June 2019.

9. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

Versão	Data	Descrição da ação/atualização
1	8/11/2021	Elaboração da 1ª versão do Protocolo (PRT)
2	26/2/2024	Revisão de conteúdo
3	28/7/2026	Atualização de conteúdo e inserção em novo modelo

10. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração da versão atual (versão 3) – data: 24/2/2026

Alberto Borges Peixoto e Mário Sérgio Silva Gomes Caetano, **médicos da** Unidade de Saúde da Mulher (UMUL)

Análise – data: 24/2/2026

Rosekeila Simões Nomelini, chefe da UMUL

Aprovação – data: 13/4/2026

Murilo Antonio Rocha, gerente de atenção à saúde substituto

Validação técnica – data: 9/3/2026 a 7/7/2026

Ivone Aparecida Vieira da Silva, chefe do Setor de Cuidados Especializados; Fernando de Freitas Neves, chefe da Divisão de Gestão do Cuidado; Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente; Cristina da Cunha Hueb Barata de Oliveira, chefe da Unidade de Vigilância em Saúde

Registro, validação de forma e revisão – data: 28/7/2026

Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental

Elaboração da versão 2 – data: 26/2/2024

Rosekeila Simões Nomelini, chefe da UMUL

Validação

Larissa Christina Pires Barriento, membro da Comissão de Protocolos Assistenciais Multiprofissionais

Rodrigo Juliano Molina, médico infectologista do Setor de Gestão da Qualidade (STGQ)

Avaliação

Luciana Paiva Romualdo, chefe do STGQ

Registro, análise e revisão

Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento, Gestão de Riscos e Controles Internos

Aprovação

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende, gerente de atenção à saúde

Elaboração da versão 1 – data: 8/11/2021

Thaísa de Souza Lima, Marina Carvalho Paschoini

Validação

Alberto Borges Peixoto, Mário Sérgio Silva Gomes Caetano, João Ulisses Ribeiro e Fernanda Cristina Alves Ribeiro, médicos da Unidade Materno Infantil (UMI); Caetano Galvão Petrini, chefe da UMI; Rodrigo Juliano Molina, chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente

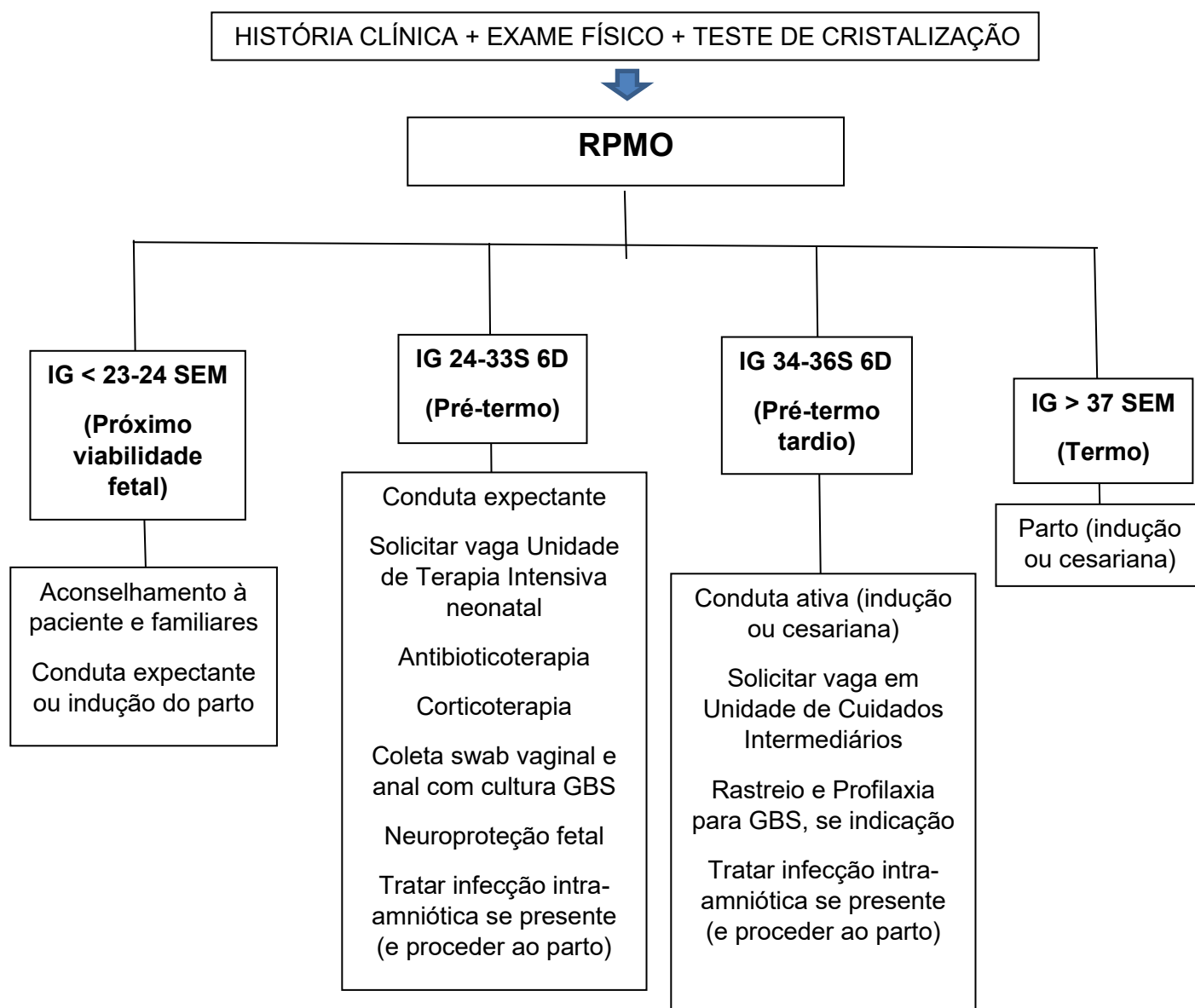
Registro, análise e revisão

Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento

Aprovação

Andreia Duarte de Resende, gerente de atenção à saúde

11. ANEXO – FLUXOGRAMA (ALGORITMO DE MANEJO DE RPMO)



Antibioticoterapia: (IG 24 – 33s 6d)

Corticoterapia: Betametasona 12mg, intramuscular, 24/24h por 48 horas – IG 24-33s 6d

IG 34-36s 6d: caso não tenha sido administrado anteriormente, se proceder com indução ou parto nas próximas 24 horas e não mais que 7 dias; e ausência de evidências para corioamnionite