

CONDUTA EXPECTANTE NA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS AMNIÓTICAS NO PREMATURO TARDIO: EXPERIÊNCIA EM UNIDADE TERCIÁRIA

EXPECTANT CONDUCT IN PREMATURE RUPTURE OF AMNIOTIC MEMBRANES IN LATE PRETERM INFANT: EXPERIENCE IN TERTIARY UNIT

BRENDA BATTESTIN, DEON VINÍCIUS MOREIRA PIMENTEL, JAQUELINE SOARES DE FREITAS,
JOÃO LINO FRANCO BORGES, RENATA DUARTE GOMES.

RESUMO

INTRODUÇÃO: complicações materno-fetais como corioamnionite e morte neonatal, desencadeadas pela ruptura prematura de membranas ovulares pré termo (RPMOP), fizeram com que muitas sociedades adotassem conduta expectante até 34 semanas. Todavia, atualmente, sociedades de peso no mundo obstétrico tem revisto tal conduta.

OBJETIVO: esse trabalho visa descrever a morbidade obstétrica e perinatal na conduta expectante em pacientes com RPMOP com IG entre 34 e 36 semanas e 6 dias, admitidas em unidade hospitalar terciária, referência para atendimento de gestações de alto risco no estado de Goiás.

MÉTODO: trata-se de um estudo observacional retrospectivo descritivo, no qual foram incluídas mulheres com gravidez única, apresentando RPMOP confirmada entre 34 ± 0 e 36 + 6 semanas de gestação e que não estavam em trabalho de parto dentro de 24 horas após a ruptura das membranas. Resultado: o presente estudo avaliou 94 pacientes, sendo observado 4,3% (4/94) de corioamnionite; 1% (1/94) de infecção puerperal; 3,2% (3/94) de Apgar < 7 no 5º minuto; 11,7% (11/94) de admissão de recém-nascidos em UTI e 0% (0/94) de morte neonatal.

CONCLUSÃO: mulheres com RPMOP tardio, a conduta expectante, assim como o parto imediato, são alternativas aceitáveis, dada a equivalência na literatura em relação às vantagens e desvantagens para o binômio materno-fetal.

PALAVRAS-CHAVE: PREMATURIDADE, RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS FETAIS, CONDUTA EXPECTANTE.

ABSTRACT

INTRODUCTION: maternal-fetal complications such as chorioamnionitis and neonatal death, triggered by premature rupture of preterm ovular membranes (PPROM), caused many societies to adopt expectant management up to 34 weeks. However, currently, weight societies in the obstetric world have reviewed such conduct.

OBJECTIVE: this study aims to describe obstetric and perinatal morbidity in expectant management in patients with PPRMOP with GA between 34 and 36 weeks and 6 days, admitted to a tertiary hospital unit, a reference for the care of high-risk pregnancies in the state of Goiás.

METHOD: this is a descriptive retrospective observational study, in which women with single pregnancy were included, presenting PPRMOP confirmed between 34 ± and 36 + 6 weeks of gestation and who were not in labor within 24 hours after rupture of membranes. Result: the present study evaluated 94 patients, and 4.3% (4/94) of chorioamnionitis was observed; 1% (1/94) of puerperal infection; 3.2% (3/94) of Apgar < 7 in the 5th minute; 11.7% (11/94) of admission of newborns in the ICU and 0% (0/94) of neonatal death.

CONCLUSION: women with late PPRMOP, expectant management, as well as immediate delivery, are acceptable alternatives, given the equivalence in the literature in relation to the advantages and disadvantages for the maternal-fetal binomial.

KEYWORDS: PREMATURE, FETAL MEMBRANES, WATCHFUL WAITING

1. Hospital e Maternidade Dona Íris

ENDEREÇO

DEON VINÍCIUS MOREIRA PIMENTEL
Rua 9A nº 164, Edifício Constellation, apt 1001.
Setor Oeste
E-mail: deonvmp@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A ruptura prematura de membranas ovulares (RPMO) é a rotura espontânea das membranas ovulares e amniótica comprovadamente antes do início do trabalho de parto. Essa definição independe da idade gestacional. Assim, pode-se encontrar casos de RPMO antes de 37 semanas de gestação (ruptura prematura das membranas ovulares pré-termo - RPMOP) e no termo (após 37 semanas). O período de latência é definido como o intervalo entre a rotura das membranas e o início do trabalho de parto¹.

Sabe-se que quando se tem a rotura de membranas ovulares pré-termo, o período de latência é inversamente proporcional a idade gestacional. Já nos fetos termos, quando a membrana se rompe, grande parte evolui para parto em até 24 horas¹.

A RPMOP complica cerca de 1-5% de todas as gestações e é responsável por 30-40% de todos os partos pré-termos. Está associada a um aumento na mortalidade materna e fetal.² Os Estados Unidos da América, responsabiliza-se por cerca de um terço (32,6%) de todos os partos prematuros³ e de aproximadamente um quinto (18,2%) dos partos prematuros no Brasil, sendo, talvez, a intercorrência materna mais comum da prematuridade no panorama brasileiro⁴.

A etiologia da RPMO espontânea é complexa e multifatorial e envolve fatores que alteram a estrutura das membranas, cujo principal componente é o colágeno, sendo os mais importantes: Sobredistensão uterina (polidrâmnio e gestação múltipla), fatores mecânicos (contrações uterinas e movimentação fetal), alteração da integridade cervical (incompetência istimocervical e cerclagem), fatores intrínsecos às membranas (deficiência de alfa-1-antitripsina e síndrome de Ehlers-Danlos) e alteração da oxigenação tecidual (tabagismo). Esses fatores estão relacionados com infecção ascendente da flora vaginal, sendo esta a causa identificável mais frequentemente associada à RPMO¹.

Quanto às complicações neonatais, as mesmas advêm principalmente da prematuridade. Nos partos pré-termo a complicação de maior destaque é a síndrome do desconforto respiratório, sendo responsável por 63,63% da morbidade e 53,3% da mortalidade em um estudo de 100 casos de pacientes com ruptura de membranas entre 28 e 37 semanas⁵.

Já quanto às complicações maternas, 30% das pacientes com membranas rotas entre 24 e 37 semanas desenvolvem corioamnionite⁶. Sua incidência é maior quanto menor a idade gestacional, sendo 41% em menores de 27 semanas, 15% entre 27 e 37 semanas e 2% com mais de 37 semanas⁷. Quanto ao descolamento de placenta observa-se uma incidência de 2,29%, em comparação com uma taxa de 0,86% entre mulheres com membranas intactas⁸.

O diagnóstico de RPMO é essencialmente clínico, baseado na anamnese e exame físico em 90% das vezes. Na história, a queixa típica será a perda abrupta de um líquido por via vaginal, com cheiro e aspecto peculiares,

em moderada quantidade, que molha a roupa da paciente. Ao exame especular, observa-se perda espontânea de líquido pelo orifício externo do colo uterino e/ou coletado em fundo de saco. Caso não haja o escoamento espontâneo de líquido, pode-se solicitar à gestante que execute a manobra de Valsalva ou o próprio médico pode comprimir o fundo uterino, em busca do escoamento induzido.⁹

Permanecendo a dúvida diagnóstica, pode-se lançar mão de algum teste adicional, como: a) Teste do Fenol; b) Fitas reagentes de pH; c) "Fern Test" ou Teste da Cristalização em lâmina aquecida. Esses são os testes clássicos, disponíveis na realidade nacional. No entanto, mais recentemente, outros testes tornaram-se disponíveis, com aprovação pela ANVISA em 2013. São os testes imunocromatográficos (IGFBP-1 e PAMG-1), que detectam proteínas específicas do compartimento amniótico, com maior acurácia. Por ainda serem caros para a realidade brasileira, são reservados para casos mais difíceis, como, por exemplo, na presença de sangue em fundo de saco, situação em que ocorre a mudança do pH de forma independente à presença de líquido amniótico.¹⁰⁻¹²

A ultrassonografia para avaliação do Índice de Líquido Amniótico (ILA) poderá ajudar no diagnóstico de RPMO quando houver constatação de oligoâmnio ou de líquido amniótico diminuído. Mas para isso uma avaliação prévia da quantidade de líquido amniótico é necessária, pois um ILA normal não descarta o quadro, assim como o oligoâmnio não confirma.¹³

As evidências atuais sugerem que nas mulheres com RPMOP entre 24 e 34 semanas, o uso de antibióticos melhorou significativamente o desempenho neonatal, incluindo prolongamento da gravidez, redução da necessidade de surfactante e oxigenoterapia, redução da infecção neonatal e menor risco de alterações cerebrais ao ultrassom.¹ O uso desses antibióticos não demonstrou efeitos deletérios a longo prazo para o recém-nascido.¹⁴

Uma revisão de 22 estudos randomizados com mais de 6.000 gestantes de 2003 e atualizada em 2010 avaliou os benefícios dos diferentes tipos de antibióticos em gestantes com RPMO. A análise concluiu que os antibióticos são efetivos para prolongar a gestação em 48 horas a 7 dias e reduzem a incidência de infecção materna e neonatal.¹⁵

Por outro lado, um estudo controlado randomizado de 1997 defende que apesar dessa conduta aumentar o período de latência, diminuindo algumas complicações neonatais, pode ocorrer aumento da taxa de enterocolite necrotizante com certos antibióticos, além de não haver modificação na mortalidade perinatal e predispor à seleção de flora bacteriana resistente.¹⁶

Com relação ao uso de corticoides sabe-se que um curso de betametasona (12 mg IM em duas doses, com intervalo de 24 horas) ou dexametasona (6 mg IM em quatro doses, com intervalo de 12 horas) entre 24 e 34 semanas deve ser realizado em todas as gestantes com risco de parto prematuro. Ambos os corticóides podem ser usados e nem um estudo conseguiu mostrar superioridade de um

esteróide em relação ao outro. A administração de um curso repetido ou de resgate de corticosteróide em gestantes com ruptura prematura de membranas é controversa e não há evidências suficientes para fazer uma recomendação a favor ou contra.¹⁷

Devido à inexistência de evidências científicas sobre os benefícios da utilização de tocólise profilática ou na presença de trabalho de parto prematuro, essa não deve ser indicada.¹ Existe o risco subjacente de um quadro infeccioso não suspeitado, sendo as contrações, muitas vezes, a primeira manifestação de uma corioamnionite histológica.¹⁸

Em casos de RPMOP adota-se conduta expectante, da qual faz parte a avaliação periódica de sinais de infecção e da vitalidade fetal, afim de detectar corioamnionite e sofrimento fetal. Fazem parte dessa avaliação culturas de *Estreptococco* do Grupo B, *Chlamydia trachomatis* e *Gonococo*, além de um bacterioscópico (GRAM) da secreção vaginal, hemograma com contagem de leucócitos e Proteína C Reativa (PCR). No exame físico sinais como febre, taquicardia materna ou fetal, leucorreia purulenta associada ou não a odor fétido, devem levantar a suspeita de corioamnionite.⁹ Para a avaliação da vitalidade fetal o perfil biofísico fetal é o exame recomendado, sendo este útil também na detecção da corioamnionite, mediante a ausência de movimentos respiratórios fetais.¹⁹

Não há evidências para apoiar o melhor local para realizar a conduta expectante (hospitalar x ambulatorial). Revisão sistemática de 2014 que incluiu 2 estudos pequenos, sendo um de Carlane outro de Ryan, mostraram resultados semelhantes na mortalidade perinatal e frequência de corioamnionite. Entretanto, esses deveriam ser interpretados com muita cautela. Logo, a publicação não recomendou um ambiente ou outro na prática clínica, pela falta de evidência de segurança.^{20,21} Entretanto, em um estudo de coorte retrospectivo 2018, de 187 mulheres com gravidez única e ruptura de membranas ovulares, 12 tiveram complicações (6,4%). Observou-se que três critérios aumentaram significativamente o risco de uma complicação grave: ruptura de membranas antes de 26 semanas, apresentação fetal não cefálica e oligoâmnio. O estudo conclui dizendo que a combinação desses três critérios é uma indicação de hospitalização convencional para limitar a morbidade materna e fetal. Já quando dois critérios são combinados, o atendimento domiciliar deve ser discutido caso a caso. Por fim, se apenas um critério desfavorável estiver presente, o tratamento ambulatorial é adequado.²²

Ainda não há consenso quanto ao gerenciamento ideal de RPMOP em prematuros tardios. Outra revisão sistemática concluiu que havia pouca evidência sobre os benefícios e danos do parto antecipado em comparação com a conduta expectante.¹⁴

O manejo da RPMO é dependente da idade gestacional em que ela ocorre. Grandes sociedades do mundo obstétrico consideram razoável a conduta expectante em RPMOP entre 33+6 e 37 semanas, desde que não haja

contra- indicação materna ou fetal. Tal conduta baseia-se nos últimos estudos que não mostraram vantagens na interrupção imediata. Isso é bem claro no estudo de Algert et al (2016) que mostra diferença pouco significativa de sepse neonatal entre parto imediato e conduta expectante (2% vs. 3%) e morbimortalidade neonatal para os respectivos grupos (8% vs. 7%). Todavia, o grupo de parto imediato precisou mais de ventilação mecânica e passou mais tempo em terapia intensiva quando comparado ao grupo de conduta expectante. Já quanto às mães, o grupo expectante teve um menor índice de cesárea (16% vs. 19%), porém, índices um pouco maiores de hemorragia anteparto ou intraparto (5% vs. 6%), febre intraparto (2% vs. 1%), uso de antibiótico pós-parto (4% vs. 3%) e internação.

Diante disso, conhecer os impactos clínicos da conduta expectante no prematuro tardio se mostra de suma importância, além de permitir estimar o potencial benefício dos resultados materno-fetais, visto que tal conduta não é empregada rotineiramente em outras instituições do Estado.

Variável	Número de casos (n = 94)	
	F	%
Idade gestacional da RPMOP		
34s – 34s e 6 d	37	39,4
35s – 35s e 6 d	33	35,1
36s – 36s e 6 d	24	25,5
Idade gestacional do nascimento		
34s – 34s e 6 d	15	16,0
35s – 35s e 6 d	37	39,3
36s – 36s e 6 d	42	44,7
Intervalo em dias entre a RPMOP e o nascimento		
≤ 2 dias	41	43,6
>2 dias	53	56,4
Via de Parto		
Cesárea	44	46,8
Normal	50	53,2
Corioamnionite		
Sim	4	4,3
Não	90	95,7
Infecção Puerperal		
Sim	1	1,1
Não	93	98,9
Apgar < 7 no 5º minuto		
Sim	3	3,2
Não	91	96,8

Admissão do RN em UTI		
Sim	11	11,7
Não	83	88,3

Morte Neonatal		
Sim	-	0,0
Não	94	100,0

RN: Recém nascido; RPMOP: Ruptura prematura de membranas ovulares pré termo

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

Tabela 1 - Distribuição das pacientes quanto às variáveis

Variável	Número de casos (n = 94)	
	F	%
Intervalo em dias entre a RPMOP e o nascimento		
1	18	19,1
2	23	24,5
3	13	13,8
4	11	11,7
5	6	6,4
6	5	5,3
7	5	5,3
8	1	1,1
9	2	2,1
10	1	1,1
11	4	4,2
12	0	0,0
13	1	1,1
14	1	1,1
15	2	2,1
16	0	0,0
17	0	0,0
18	0	0,0
19	0	0,0
20	1	1,1

RPMOP: Ruptura prematura de membranas ovulares pré termo

Tabela 2 - Distribuição das pacientes quanto ao intervalo em dias entre a RPMOP e o nascimento

Idade gestacional da RPMOP	Admissão do RN em UTI				P
	Sim		Não		
	f	%	f	%	
34s – 34s e 6 d	4	36,4	33	39,8	
35s – 35s e 6 d	3	27,2	30	36,1	
36s – 36s e 6 d	4	36,4	20	24,1	-
Total	11	100,0	83	100,0	

Amostra insuficiente para teste; s: semanas; d: dias

RN: Recém-nascido; RPMOP: Ruptura prematura de membranas ovulares pré termo

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

Tabela 3 - Distribuição das pacientes quanto à idade gestacional da RPMOP e a admissão do RN em UTI

Idade gestacional da RPMOP	Corioamnionite				P
	Sim		Não		
	F	%	f	%	
34s – 34s e 6 d	2	50,0	35	38,9	
35s – 35s e 6 d	-	0,0	33	36,7	
36s – 36s e 6 d	2	50,0	22	24,4	-
Total	4	100,0	90	100,0	

Amostra insuficiente para teste; s: semanas; d: dias

RPMOP: Ruptura prematura de membranas ovulares pré termo

Tabela 4- Distribuição das pacientes quanto à idade gestacional da RPMOP e corioamnionite.

Idade gestacional da RPMOP	Apgar < 7 no 5º minuto				P
	Sim		Não		
	F	%	f	%	
34s – 34s e 6 d	-	0,0	37	40,7	
35s – 35s e 6 d	1	33,3	32	35,2	
36s – 36s e 6 d	2	66,7	22	24,2	-
Total	3	100,0	91	100,0	

Amostra insuficiente para teste; s: semanas; d: dias;

RPMOP: Ruptura prematura de membranas ovulares pré termo

Tabela 5 - Distribuição das pacientes quanto à idade gestacional da RPMOP e Apgar < 7 no 5o minuto

Intervalo até o nascimento	Corioamnionite				p
	Sim		Não		
	f	%	f	%	
≤ 2 dias	2	50,0	39	43,3	0,371
> 2 dias	2	50,0	51	56,7	
Total	4	100,0	90	100,0	

Teste usado: Fisher

Tabela 6 - Distribuição das pacientes quanto ao intervalo até o nascimento e corioamnionite

Corioamnionite	Admissão do RN em UTI				P
	Sim		Não		
	f	%	F	%	
Sim	-	0,0	4	4,9	0,599
Não	11	100,0	78	95,1	
Total	11	100,0	82	100,0	

Teste usado: Fisher

RN: Recém-nascido; UTI: Unidade de Terapia Intensiva

Tabela 9 - Distribuição das pacientes quanto ao corioamnionite e admissão do RN em UTI

Intervalo até o nascimento	Apgar < 7 no 5º minuto				p
	Sim		Não		
	f	%	f	%	
≤ 2 dias	2	66,7	39	42,9	0,324
> 2 dias	1	33,3	52	57,1	
Total	3	100,0	91	100,0	

Teste usado: Fisher

Tabela 7 - Distribuição das pacientes quanto ao intervalo até o nascimento e o Apgar < 7 no 5º minuto

Intervalo até o nascimento	Admissão do RN em UTI				p
	Sim		Não		
	f	%	F	%	
≤ 2 dias	4	36,4	37	44,6	0,226
> 2 dias	7	63,6	46	55,4	
Total	11	100,0	83	100,0	

Teste usado: Fisher

RN: Recém nascido; UTI: Unidade de Terapia Intensiva

Tabela 8 - Distribuição das pacientes quanto ao intervalo até o nascimento e admissão do RN em UTI

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional retrospectivo descritivo, conduzido no Hospital Estadual Materno-Infantil Dr. Jurandir do Nascimento, situado em Goiânia - Goiás. O projeto foi encaminhado para a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Médica (CEP) do Hospital Estadual Materno-Infantil Dr. Jurandir do Nascimento, seguindo todos os preceitos éticos que regem as pesquisas em seres humanos, de acordo com a resolução nº. 466/2012.

Sobre o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), solicitou-se ao CEP a dispensa por tratar-se de análise retrospectiva em prontuários físicos arquivados no SAME do Hospital Estadual Materno-Infantil Dr. Jurandir do Nascimento, sem riscos de exposição às pacientes.

A população deste estudo foi composta por mulheres e recém-nascidos que foram conduzidos de forma expectante diante do diagnóstico de RPMOP com IG > 34 semanas e < 36 semanas e 6 dias, admitidas no HMI no período entre janeiro de 2019 e janeiro 2020.

Nesse estudo foram incluídas mulheres com gravidez única, apresentando RPMOP confirmada entre 34 ± 0 e 36 + 6 semanas de gestação e que não estavam em trabalho de parto dentro de 24 horas após a ruptura das membranas.

Foram excluídas: pacientes que evoluíram com trabalho de parto de forma espontânea com menos de 24 horas da RPMOP; mulheres com gravidez múltipla; mulheres que apresentavam na admissão cardiotocografia anormal (não tranquilizador), líquido amniótico meconial, sinais de infecção intra-uterina, anomalias fetais graves, síndrome HELLP (hemólise, enzimas hepáticas elevadas e plaquetopenia) ou pré-eclâmpsia grave; uma vez que essas situações poderiam indicar interrupção da gestação por motivo não relacionado à RPMOP.

Os dados foram digitados e manipulados em Excel, para posterior tratamento dos dados utilizando o programa Statistical Package for Social Science (SPSS) do Windows (versão 21.0). As variáveis categóricas serão apresentadas como frequência absoluta (f) e valor percentual (%).

Para as comparações entre as variáveis foram usados os teste qui-quadrado e o Fisher nas amostras menores e com matriz 2x2. Para todos os testes foi considerado nível de 95% de confiança, ou seja, $p < 0,05$ foi considerado significativo.

RESULTADOS

Através do caderno de registro de partos do centro cirúrgico do Hospital Materno Infantil de Goiânia, de janeiro de 2019 a janeiro de 2020, foram selecionadas pacientes cujo parto ocorreu entre 34 semanas e 37 semanas de gestação. Essas pacientes tiveram seus prontuários analisados e 94 delas apresentaram os critérios de inclusão, assim como não apresentaram nenhum critério de exclusão.

A tabela 1 exibe a distribuição das pacientes quanto às variáveis analisada. Das 94 pacientes, 39,4% (37/94) encontravam-se entre e 34 semanas e 34 semanas e 6 dias de gestação, 35,1% (33/94) entre 35 semanas e 35 semanas e 6 dias, e 25,5% (24/94) entre 36 semanas e 36 semanas e 6 dias. Com relação à idade gestacional de nascimento, 16,0% (15/94) encontravam-se entre e 34 semanas e 34 semanas e 6 dias de gestação, 39,3% (37/94) entre 35 semanas e 35 semanas e 6 dias, e 44,7% (42/94) entre 36 semanas e 36 semanas e 6 dias.

Com relação ao intervalo de dias entre a RPMO e o nascimento, representado na tabela 2, 43,6% (41/94) ocorreu em até 2 dias e 56,4% (53/94) ocorreu entre 3 e 20 dias. Além disso, quanto à via de parto, as porcentagens de cesariana (44/94) e parto normal (50/94) (46,8% x 53,2%, respectivamente) foram semelhantes.

Dentre as 94 pacientes participantes do estudo, a porcentagem de corioamnionite foi de 4,3% (4/94), de infecção puerperal 1,1% (1/94), de Apgar < 7 no 5º minuto 3,2% (3/94), de admissão em UTI 11,7% (11/94) e de morte neonatal 0% (0/94).

Foram comparados a idade gestacional da RPMOP e o intervalo de dias até o nascimento. Observou-se que não existe diferença significativa entre a idade gestacional da RPMO e o intervalo até o nascimento ($p=0,240$).

Ao analisar a distribuição das pacientes quanto à idade gestacional da RPMOP e a admissão do RN em UTI, Corioamnionite e Apgar do RN < 7 no 5º minuto, não houve amostra suficiente para teste (Tabelas 3, 4 e 5).

O intervalo de dias até o nascimento foi comparado com a ocorrência de corioamnionite, Apgar < 7 no 5º minuto e admissão do RN em UTI. Em nenhuma dessas comparações houve diferença significativa ($p=0,371$, $p=0,324$ e $p=0,226$, respectivamente).

Também foram comparados a ocorrência de corioamnionite e a admissão do RN em UTI. Observou-se que não há diferença significativa entre corioamnionite e admissão do RN em UTI ($p=0,599$).

DISCUSSÃO

No presente estudo foi observado baixa prevalência de

corioamnionite (4,3%). Além disso, não houve significância estatística do intervalo de tempo entre a RPMOP e o nascimento e corioamnionite ($p=0,371$). Todavia, segundo uma metanálise publicada em 2018, que englobou 3 ensaios clínicos randomizados, houve maior prevalência de corioamnionite na conduta expectante em comparação ao parto imediato (6,4% x 1,3%), com significância estatística ($p < 0,0001$).^{24,25,26}

No Hospital Materno Infantil de Goiás é realizado antibiótico profilático rotineiramente em todas as gestantes que apresentam RPMOP, com a finalidade de aumentar o período de latência entre a rotura da bolsa e o nascimento. Embora não tenha sido objetivo desse estudo avaliar os efeitos do antibiótico profilático, foi evidenciado baixa taxa de infecção puerperal (apenas um caso, que corresponde à 1,1% da amostra). Da mesma forma, uma metanálise contendo cinco ensaios clínicos com 2.699 pacientes descreveu que as pacientes que receberam antibiótico profilático tiveram o mesmo risco de corioamnionite (2,7% versus 3,7%; risco relativo [RR]: 0,73), endometrite (0,4% versus 0,9%; RR: 0,44), infecção materna (3,1% versus 4,6%; RR: 0,48) e sepse neonatal (1,0% versus 1,4%; RR: 0,69).²⁸

Não foi encontrado na literatura estudos que analisaram a taxa de admissão em UTI materna por complicações da RPMOP. Porém, há dados na literatura referentes a desfechos maternos graves. Em um estudo retrospectivo do tipo coorte, com 118 participantes, 78 foram submetidas à conduta ativa (grupo I) e 40 ao manejo expectante (grupo II). Em ambos os grupos não houve casos de sepse e/ou morte materna, o que indiretamente vai ao encontro dos resultados encontrados no presente estudo, que não apresentou nenhum caso de admissão em UTI materna, para onde, em geral, são encaminhadas pacientes graves e/ou com risco de morte.²⁷

Como citado anteriormente, não foi possível empregar testes para avaliar se houve significância estatística na comparação entre a idade gestacional da RPMOP e Apgar < 7 no 5º minuto.

Com relação a comparação entre o intervalo de tempo até o nascimento e Apgar < 7 no 5º minuto, foi possível empregar teste e o mesmo não mostrou diferença estatística. Em concordância com a metanálise anteriormente citada, com 2572 casos de RPMOP, que também não apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos submetidos à parto imediato ou conduta expectante.²⁴⁻²⁷

A taxa de admissão de RNs em UTI na amostra estudada foi de 11,7% (11/94). Na metanálise acima citada, houve taxas maiores desse desfecho e com diferença estatisticamente significativa entre os grupos, sendo que no grupo de parto imediato houve maior taxa (69%) e conduta expectante (59%), valor de $p < ,0001$.²⁴⁻²⁷

Quando comparamos a idade gestacional da RPMOP e a admissão do RN em UTI, a amostra não foi suficiente para teste estatístico. Sobre o intervalo de dias entre a RPMOP e o nascimento versus admissão do RN em UTI, não houve diferença estatisticamente significativa.^{24,25,26}

Por fim, morte neonatal não foi observado em nossa amostra. Na metanálise anteriormente citada, publicada em 2018, foi observada uma morte neonatal no grupo submetido à conduta expectante (1/1281) e duas mortes no grupo submetido a parto imediato (2/1291). Portanto, devido à baixa prevalência desse desfecho, não foi possível aplicar testes a fim de avaliar a significância estatística.^{24,25,26}

CONCLUSÃO

Em mulheres com RPMOP tardio, a conduta expectante, assim como o parto imediato, são alternativas aceitáveis, dado o equilíbrio, até o momento conhecido na literatura, de vantagens e desvantagens para o binômio materno-fetal.

Além disso, sugerimos ampliar o tempo de estudo e, conseqüentemente, a amostra, para que a conduta expectante, que ainda é pouco utilizada em outros serviços do Brasil, continue a ser adotada no Hospital Estadual Materno Infantil Dr. Jurandir no Nascimento, uma vez que será possível aplicar testes estatísticos em todos os desfechos analisados e/ou encontrar diferenças estatísticas que justifiquem mudança de conduta.

REFERÊNCIAS

- ZUGAIB, Marcelo. *Obstetrícia*. 4ª ed. Barueri, São Paulo: Manole, 2018.
- K, Marian; C, David. Late preterm rupture of membranes: it pays to wait. *The Lancet*, Wolverhampton, v.387, p 406-408, janeiro, 2016.
- Mercer BM, Goldenberg RL, Meis PJ, Moawad AH, Shellhaas C, Das A, et al.; The National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. The Preterm Prediction Study: prediction of preterm premature rupture of membranes through clinical findings and ancillary testing. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;183(3):738-45.
- Tristão EG. Fatores de risco para parto pré-termo da maternidade do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná no período de 1994 a 1995 [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, Faculdade de Medicina, Doutor em Ciências; 1996.
- Khade SA, Bava AK. Preterm premature rupture of membranes: maternal and perinatal outcome. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* 2018;7:4499-505.
- Ramsey, PS, Lieman, JM, Brumfield, CG, & Carlo, W. (2005). A corioamnionite aumenta a morbidade neonatal em gestações complicadas por ruptura prematura de membranas. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192 (4), 1162-1166.
- Newton E. Preterm labor, Preterm Premature Rupture of Membranes and chorioamnionitis. *Clin Perinatol*, 2005; 32 (3): 571-600
- Ananth CV, Oyelese Y, Srinivas N, Yeo L, Vintzileos AM. Preterm premature rupture of membranes, intrauterine infection, and oligohydramnios: risk factors for placental abruption. *ObstetGynecol*2004;104:71-7.
- Galletta MA. Rotura prematura das membranas ovulares. In: Zugaib M, Bitar RE, Francisco RP. *Protocolos assistenciais da clinica obstétrica*. 5a ed. São Paulo: Manole; 2015. p. 505-13.
- Lecerf M, Vardon D, Morello R, Lamendour N, Dreyfus M. Comparaison des performances diagnostiques de deux tests de rupture prématurée des membranes (IGFBP-1/PAMG-1) en pratique clinique [Comparison of diagnostic performance of two tests of premature rupture of membranes (IGFBP-1/PAMG-1) in clinical practice]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2015;44(9):832-9.
- Ramsauer B, Duwe W, Schlehe B, Pitts R, Wagner D, Wutkewicz K. Effect of blood on ROM diagnosis accuracy of PAMG-1 and IGFBP-1 detecting rapid tests. *J Perinat Med*. 2015;43(4):417-22.
- Eleje GU, Ezugwu EC, Eke AC, Ikechebeli JI, Ezeama CO, Ezebialu IU. Accuracy and response time of dual biomarker model of insulin-like growth factor binding protein-1/ alpha fetoprotein (Amnioquick duo+) in comparison to placental alpha-microglobulin-1 test in diagnosis of premature rupture of membranes. *J Obstet Gynaecol Res*. 2017;43(5):825-33.
- Manning FA, Platt LD, Sipos L. Antepartum fetal evaluation: development of a fetal biophysical profile. *Am J Obstet Gynecol*. 1980;136(6):787-95.
- Abou El Senoun G, Dowswell T, Mousa HA. Planned home versus hospital care for preterm pre labour rupture of the membranes (PPROM) prior to 37 weeks' gestation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue4. Art. No.: CD008053.
- Kenyon, S., Boulvain, M., & Neilson, JP (2010). Antibióticos para ruptura prematura de membranas. *Banco de Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas*.
- Mercer BM, Miodovnik M, Thurnau GR, Goldenberg RL, Das AF, Ramsey RD. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Antibiotic therapy for reduction of infant morbidity after preterm premature rupture of the membranes. A randomized controlled trial. *JAMA*. 1997; 278(12):989-95.
- Brownfoot, FC, Gagliardi, DI, Bain, E., Middleton, P., & Crowther, CA (2013). Diferentes corticosteroides e regimes para acelerar a maturação pulmonar fetal para mulheres com risco de parto prematuro. *Banco de Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas*.
- Nomura ML, Passini Júnior R, Oliveira UM, Calil R. Colonização materna e neonatal por estreptococo do grupo B em situações de ruptura pré-termo de membranas e no trabalho de parto prematuro. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009;31(8): 397-403.
- Vintzileos AM, Campbell WA, Nochimson DJ, Connolly ME, Fuenfer MM, Hoehn GJ. The fetal biophysical profile in patients with premature rupture of the membranes—an early predictor of fetal infection. *Am J Obstet Gynecol*. 1985;152(5):510-6.
- Carlan SJ, O'Brien WF, Parsons MT, Lense JJ. Ruptura prematura de membranas: um estudo randomizado de gestão domiciliar versus hospitalar. *Obstetrics & Gynecology* 1993 ; 81 : 61-4.
- Ryan G, Oskamp M, Seaward PGR, Kitch T, Barrett J, Brennan B. Ensaio controlado randomizado de internação vs gestão ambulatorial de PPROM. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1999 ; 180 (1 Pt 1): S95.
- Petit, C., Deruelle, P., Behal, H., Rakza, T., Balagny, S., Subtil, D. Garabedian, C. (2018). Preterm premature rupture of membranes: which criteria contraindicate home care management? *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*.
- Quist-Nelson, J., de Ruigh, A. A., Seidler, A. L., van der Ham, D. P., Willekes, C., Berghella, V., Pajkrt, E., Patterson, J., Espinoza, D., Morris, J., Mol, B., Askie, L., & Preterm Premature Rupture of Membranes Metaanalysis (PPROM) Collaboration (2018). Immediate Delivery Compared With Expectant Management in Late Preterm Prelabor Rupture of Membranes: An Individual Participant Data Meta-analysis. *Obstetrics and gynecology*,131(2),269-279.
- J. M., Roberts, C. L., Bowen, J. R., Patterson, J. A., Bond, D. M., Algert, C. S., Thornton, J. G., Crowther, C. A., & PPRoMT Collaboration (2016). Immediate delivery compared with expectant management after preterm prelabour rupture of the membranes close to term (PPROMT trial): a randomized controlled trial. *Lancet (London, England)*, 387(10017), 444-452.
- Van der Ham, D. P., van der Heyden, J. L., Opmeer, B. C., Mulder, A. L., Moonen, R. M., van Beek, J. H., Franssen, M. T., Bloemenkamp, K. W., Sikkema, J. M., de Groot, C. J., Porath, M., Kwee, A., Woiski, M. D., Duvekot, J. H., Akerboom, B. M., van Loon, A. J., de Leeuw, J. W., Willekes, C., Mol, B. W., & Nijhuis, J. G. (2012). Management of late preterm premature rupture of membranes: the PPRoMEXIL-2 trial. *American journal of obstetrics and gynecology*, 207(4).
- Van der Ham, D. P., Nijhuis, J. G., Mol, B. W., van Beek, J. J., Opmeer, B. C., Bijlenga, D., Groenewout, M., Arabin, B., Bloemenkamp, K. W., van Wijngaarden, W. J., Wouters, M. G., Pernet, P. J., Porath, M. M., Molkenboer, J. F., Derks, J. B., Kars, M. M., Scheepers, H. C., Weinans, M. J., Woiski, M. D., Wildschut, H. I., ... Willekes, C. (2007). Induction of labour versus expectant management in women with preterm prelabour rupture of membranes between 34 and 37 weeks (the PPRoMEXIL-trial). *BMC pregnancy and child birth*, 7, 11. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-7-11>
- Ferraz, M. F., Lima, T. D. S., Cintra, S. M., Araujo Júnior, E., Petrini, C. G., Caetano, M. S. G., Paschoini, M. C., Peixoto, A. B. (2020). Active Versus Expectant Management for Preterm Premature Rupture of Membranes at 34-36 Weeks of Gestation and the Associated Adverse Perinatal Outcomes. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics*, 42(11), 717-725.
- Saccone G; Berghella V. Antibiotic prophylaxis for term or near term premature rupture of membranes: metaanalysis of randomized trials. *Am J Obstet Gynecol*. 2015; 212 (05): 627e1-627e9. DOI: 10.1016/j.ajog.2014.12.034