

RESULTADOS MATERNOS E PERINATAIS NA RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

MATERNAL AND PERINATAL OUTCOMES IN PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES

Maissa Marçola Scandiuzzi¹, Thiago Cerizza Pinheiro², André Afonso Nimitz Rodrigues³, Fernando Antonio Maria Claret Alcadipani³

RESUMO

Introdução: a ruptura prematura de membranas (RPM) está associada a prognóstico reservado. O mecanismo fisiopatológico da RPM é pouco conhecido e seu manejo controverso. A hipótese inflamatória-infecciosa prevalece como causa principal subjacente da RPM e do trabalho de parto prematuro. **Objetivo:** avaliar os resultados maternos e perinatais na RPM. **Metodologia:** avaliação retrospectiva, mediante consulta de prontuário, dos resultados maternos e perinatais das pacientes internadas por RPM no Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Jundiaí, no período de março de 2007 a junho de 2009. **Resultados:** os resultados mostraram que houve maior prevalência de: grupo etário entre 20 e 30 anos (54,5%), raça branca (58,6%), solteiras (46%), não tabagistas (72,82%), gestação a termo DUM (63,3%) e USG (64,5%), número de consultas pré-natais maior que seis (59,8%), múltiparas (66,6%), antecedentes obstétricos com parto vaginal normal (PVN) (56,3%), dilatação do colo uterino na internação entre 2 cm - 3 cm, esvaecimento 50%, tempo de bolsa rota entre 1 e 4 horas, condução do parto espontânea (82,5%), tipo de parto PVN (55,6%), recém-nascido com peso entre 2,500 kg e 3,500 kg (61,6%), Apgar maior que sete em 1 e 5 minutos (89,2% e 99,2%, respectivamente), necessidade de reanimação (81,5%), UTI Neo (2,6%) e tempo de internação do binômio de dois dias. **Conclusão:** com base nos nossos resultados e em comparação com a análise da literatura, observamos prevalência semelhante entre o nosso serviço e os demais serviços dos referidos estudos. A exceção se deve à alta prevalência de cesárea em detrimento às demais e ao alto número de gestantes que não realizaram pré-natal (22,9%). **Descritores:** ruptura prematura de membranas; complicações da gestação.

ABSTRACT

Introduction: pregnancies complicated by premature rupture of membranes (PROM) are associated with bad outcomes and controversial management. Although underlain mechanism is unknown, strong evidences point infection as the main cause underneath preterm premature rupture of membranes and preterm labour. **Objective:** to determine maternal and neonatal outcomes in pregnancies complicated by premature rupture of membranes. **Method:** retrospective analysis of maternal and neonatal outcomes of pregnancies complicated by PROM at University Hospital of Faculdade de Medicina Jundiaí, from march 2007 to june 2009. **Results:** the results showed a higher prevalence: age between 20 and 30 years (54.5%), caucasian (58.6%), unmarried (46%), non-smokers (72.82%), gestation LMP term (63.3%) and USG (64.5%), number of prenatal consultations more than six (59.8%), multiparous (66.6%), obstetric history with normal vaginal delivery (PVN) (56.3%), cervical dilatation at admission between 2 cm - 3 cm, evanescence 50%, ruptured

membranes between 1 and 4 hours, conduct the spontaneous delivery (82.5%), type of delivery PVN (55,6%), newborn weighing 2,500 kg and 3,500 kg (61.6%), Apgar score greater than seven at 1 and 5 minutes (89.2% and 99.2% respectively), need for resuscitation (81,5%), Neo ICU (2.6%) and length of the binomial two days. **Conclusion:** based on our results and in comparison with the literature review, we found a similar prevalence in our service and other services of those studies. The exception was the high prevalence of cesarean section over the other and the high number of pregnant women had not received prenatal care (22.9%).

Key-words: premature rupture of fetal membranes; pregnancy complications.

INTRODUÇÃO

Conceitua-se como amniorrexe prematura, a ruptura espontânea das membranas fetais antes do início do trabalho de parto. A terminologia prematura estaria relacionada com o momento de instalação do trabalho de parto. Noventa por cento dos casos de amniorrexe prematura levarão à interrupção da gestação pelo início do trabalho de parto.¹

A ruptura prematura de membranas (RPM) incide em aproximadamente 10% das gestações, em sua maioria ao termo, e em 2% - 3% das vezes na gestação pré-termo. Assim, constitui a principal causa de trabalho de parto prematuro, precedendo-o em 30% - 40% das vezes.

Alguns fatores de risco são descritos para a ocorrência da amniorrexe prematura: antecedente de parto prematuro, feto anterior pesando menos de 2.500 g, amniorrexe prematura prévia, tabagismo, hemorragia anteparto, incompetência istmo-cervical, colonização do trato genital inferior com micro-organismos seletivos, vaginose bacteriana, hiperdistensão uterina (polidrâmnio e gestação múltipla), deficiência da alfa-1-anti-tripsina, fatores nutricionais e baixa classe econômica.¹⁻³

Raramente a causa da ruptura é conhecida. De todas as causas da RPM, a infecção bacteriana (clínica ou subclínica) é a que apresenta maior probabilidade de estar associada à patogênese do trabalho de parto relacionado à amniorrexe prematura.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 16, n. 4, p. 178 - 181, 2014

1. Médica graduada pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro, especialização em Ginecologia e Obstetria pelo Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Jundiaí, mastologista no Hospital Pérola Byngton - São Paulo.

2. Médico graduado pela Faculdade de Medicina de Jundiaí, especialização em Cirurgia Geral - FCMS/PUC-SP.

3. Professor do Depto. de Cirurgia - Faculdade de Medicina de Jundiaí - São Paulo.

Recebido em 24/4/2014. Aceito para publicação em 8/11/2014.

Contato: tcp_ata@yahoo.com.br

Cerca de 40% dos casos de RPM têm diagnóstico clínico de corioamnionite e 70% apresentam diagnóstico histológico de infecção. A prevalência de culturas de líquido amniótico positivas é de cerca de 30%.⁴ O diagnóstico da RPM é baseado na anamnese, saída nítida e abundante de líquido, descrito pela própria paciente, e no exame clínico-obstétrico com a visualização do líquido amniótico exteriorizando-se pela vagina, que pode ser facilitado pelo exame especular e pela elevação da apresentação, descrita como manobra de Tarnier.

O diagnóstico diferencial deverá ser realizado com outras causas plausíveis de perdas vaginais, como incontinência urinária, corrimento vaginal, mucorreia própria da gestação, presença de sêmen na vagina, perda de tampão mucoso e duchas vaginais.^{5,6}

Quando o exame especular não flagrar nítido escoamento líquido, pode-se dispor do uso de exames subsidiários, tais como a caracterização do pH vaginal menos ácido que o esperado para a vagina da gestante, cristalização arboriforme do muco cervical, células orangiofílicas na citologia, presença de alfa-fetoproteína, fibronectina fetal ou diamino-oxidase, entre outros, para ratificar o diagnóstico. Como esses testes nem sempre são confiáveis e de difícil execução na prática clínica, convém concluir a investigação com o exame ultra-sonográfico. Em raros casos, técnicas mais invasivas (injeção intra-abdominal de corantes) poderão ser necessárias.^{7,8}

O exame clínico deve ser realizado de forma a minimizar o risco de introdução de micro-organismos na cavidade uterina. O exame vaginal digital deverá ser evitado, pois aumenta o risco de infecção ascendente, diminui a latência, que é compreendida como o intervalo transcorrido entre a ruptura prematura de membranas e o parto, além de acrescentar pouca informação quando comparado ao exame especular.⁹⁻¹¹

A ruptura prematura de membranas (RPM) associa-se a importantes complicações maternas e perinatais, o que torna o prognóstico tanto materno quanto fetal desfavorável, particularmente se a ruptura ocorrer longe do termo.¹²

As complicações perinatais são relacionadas ao parto (apresentação pélvica, distócia de cabeça derradeira, prolapso de cordão ou de partes fetais), prematuridade (hipoplasia pulmonar, deformidades do esqueleto axial, pneumotórax, principalmente se houver oligoâmnio prolongado), doença neonatal precoce (SDR, seps neonatal, hemorragia intraventricular, enterocolite necrotizante) e sequelas tardias (paralisia cerebral, cegueira, surdez).¹³⁻¹⁵

Situações de amniorrexe prolongada (duração maior que 24 horas) impõem risco aumentado de anomalias do desenvolvimento fetal (síndrome de deformidade fetal caracterizada por mãos espalmadas, flexão por contratura dos cotovelos, joelhos e pés), principalmente quando associado a oligoâmnio severo e baixa idade gestacional.¹⁶⁻¹⁸

A via de parto segue as indicações obstétricas. Abaixo de 24 semanas, dificilmente o feto é viável ou sobrevive à ruptura prematura das membranas; logo, a controvérsia permanece no manejo das pacientes com idade gestacional entre 24 e 34 semanas e com infecção subclínica. Neste período, a prematuridade passa a exercer maior valor prognóstico quando comparada ao risco de infecção.^{19,20}

Assim, objetivando o prolongamento da gestação e tendo em vista o efeito positivo sobre a sobrevivência neonatal - cada semana extra que o conceito permanecer no útero e a maior maturidade do conceito -, a conduta conservadora expectante com o uso de corticóides para maturação pulmonar tem sido adotada na maioria das pacientes.²¹

O uso de antibiótico durante o manejo expectante passou a ser questionado, uma vez que a infecção foi implicada na fisiopatologia da RPM.²²

OBJETIVO

Avaliar a associação entre antecedentes pessoais e obstétricos e a rotura prematura das membranas.

METODOLOGIA

Realizamos um estudo de coorte retrospectivo, mediante à consulta de prontuários das gestantes que estiveram internadas no Hospital Universitário (HU) da Faculdade de Medicina de Jundiaí por ruptura prematura de membranas, no período de março de 2008 a junho de 2009, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição.

Foram analisados 147 prontuários, selecionados mediante registro no livro de internação do pré-parto do HU e obtidos no serviço de arquivo médico.

As variáveis maternas analisadas foram: idade, etnia, estado civil, tabagismo, idade gestacional DUM e USG, número de consultas no pré-natal, antecedentes obstétricos, dilatação ao toque, esvaecimento, tempo de bolsa rota, tipo de parto, condução de parto. Variáveis neonatais: peso do recém-nascido, Apgar no 1º e 5º minutos, avaliação da idade gestacional pelo método de Capurro, necessidade de reanimação, ventilação pressão positiva e/ou de permanência em UTI Neo, tempo de internação. A paridade e a idade das gestantes foram avaliadas para caracterizar a população em estudo. Considerou-se a idade gestacional mais confiável na internação pelo histórico menstrual ou pela ultrasonografia obstétrica realizada mais precocemente.

RESULTADOS

Dos 147 prontuários analisados foram encontrados os seguintes resultados:

- A) Idade materna: prevalência foi maior no grupo etário entre 20 e 30 anos (54,5%).
- B) Etnia: houve um predomínio da raça branca com 58,6% quando comparado com a raça negra (6%) e parda (35,3%).
- C) Estado civil: o número de casadas (43,3%) e solteiras (46%) foram bem próximos e superiores quando comparados com as concubinas (10,6%).
- D) Tabagismo: a prevalência do efeito de tabagismo não foi positivo, uma vez que a porcentagem de não tabagismo foi de 72,82%, e os tabagistas com menos de dez cigarros/dia foi de 15,7%, e com mais de dez cigarros/dia foi de 11,4%.
- E) Idade gestacional DUM e USG: pela data da última menstruação (DUM), o predomínio foi a termo com 63,3%, já que os com menos de 37 semanas uma porcentagem de 35,7%, e com mais de 42 semanas 1,8%. Pela ultra-sonografia (USG) não houve diferença, sendo as gestações de termo com 64,5%, pré-termo com 35,5% e com mais de 42 semanas não tivemos nenhuma paciente. Houve maior prevalência no grupo termo para ambas as avaliações.
- F) Número de consultas pré-natais: houve um maior número nas gestantes que realizaram mais de seis consultas (59,8%), cumprindo as recomendações adotadas pelo nosso serviço HU - FMJ e pela OMS; 17,2% realizaram menos de seis consultas, e 22,9% não realizaram pré-natal.
- G) Gestações anteriores: houve predomínio das múltiplas com 66,6%, já as primigestas obtiveram 33,3%.
- H) Antecedentes obstétricos: no grupo das gestantes

multíparas, 55,3% haviam sido submetidas a partos prévios normais, 22,7% cesáreas e 20,9% abortos.

I) Dilatação: houve maior prevalência de gestantes que à chegada no hospital apresentaram dilatação entre 2 e 3 cm.

J) Esvaecimento: as gestantes à apresentação exibiram 50% de esvaecimento do colo uterino.

K) Tempo de bolsa rota: o tempo do rompimento da bolsa até o momento do atendimento inicial no HU-FMJ.

L) Condução do parto: 82,5% dos partos foram acompanhados com a conduta expectante. E 17,4% foram induzidos; as drogas de escolha foram ocitocina e misoprostol.

M) Tipo de parto: a evolução da gestação mais prevalente foi o parto vaginal normal, com 54,1% quando comparados com as cesáreas, 36,9%, e o uso de fórceps com 8,9%. Observação: 95,7% dos partos tiveram apresentação cefálica e 4,3% pélvica.

N) Peso do recém-nascido: 61,6% dos recém-nascidos tiveram o peso ao nascimento entre 2,500 kg e 3,500 kg.

O) Apgar de 1 e 5 minutos: o valor do Apgar de primeiro minuto com menos de sete foi de 10,7% e com valor maior que sete foi de 89,2%. No Apgar de cinco minutos com valor maior que sete foi de 99,2% e com menos que sete 0,8%.

P) Capurro: prevaleceram os RN com Capurro maior que 34 e menor que 40 semanas (74,3%).

Q) Reanimação: 18,4% dos neonatos necessitaram de reanimação após o parto, dentre estes, todos foram com ventilação com pressão positiva.

R) UTI Neo: houve três casos (2,6%) de RN que necessitaram de internação na Unidade de Terapia Intensiva.

S) Tempo de internação: a maior parte das pacientes e seu concepto tiveram alta após dois ou mais dias (63,2%).

DISCUSSÃO

Suzano *et al.*,²¹ em um estudo com 487 pacientes sobre ruptura prematura de membranas em gestação de 36 semanas ou mais, no Hospital de Clínicas de Franco da Rocha, constataram as seguintes prevalências: idade das gestantes entre 20 e 30 anos (57,9%), múltiparas (49,3%), idade gestacional entre 37 e 41 semanas (97,5%), parto vaginal (81,9%) e recém-nascidos com pesos entre 3,000 kg e 3,500 kg (36,6%), o que se aproxima do nosso estudo.

Mathias *et al.*,²² em um estudo com 3.144 pacientes, no Hospital de Clínicas de Franco da Rocha sobre condutas expectantes na rotura prematura das membranas no termo, constataram as seguintes prevalências: faixa etária entre 20 e 30 anos (61,6%); múltiparas (52,9%); idade gestacional de 37 a 41 semanas; partos induzidos com ocitocina (28,7%), pois as gestantes se apresentaram com colo favorável e houve 100% de eficácia na indução; parto via vaginal normal (82,7%); recém-nascidos com peso entre 2,500 kg e 3,500 kg (33,7%), que também coincide com nosso estudo. Entretanto, para Mathias *et al.*,²² foram verificados dois óbitos fetais e em nosso estudo não foi verificada esta ocorrência; dentre as comorbidades fetais a mais prevalente foi a icterícia (4,8%).

A conduta expectante na rotura prematura das membranas em gestações com mais de trinta e seis semanas foi abordada por Maia *et al.*,²⁶ demonstrando que a hiper-hidratação constitui um importante método de redução da taxa de cesáreas e dos riscos perinatais de sofrimento, além de reduzir infecção intraparto.

Apesar de não relatado nos prontuários, a conduta expectante exata adotada pelo HU-FMJ e o grupo de gestantes selecionado neste trabalho não se enquadrar perfeitamente em

36 semanas ou mais de gestação, os resultados coletados dos prontuários espelham os obtidos por Maia *et al.*,²³ exceto em um maior número de cesáreas realizadas no HU-FMJ (36,9% contra 12%) e uma porcentagem de apresentação cefálica de 95,7% contra 100% para Maia *et al.*²³

Tedesco *et al.*²⁴ observaram 111 pacientes com amniorrexe prematura na gravidez a pré-termo e termo, no município de Franco da Rocha, e concluíram que a maior prevalência foi: faixa etária de 13 a 45 anos (100%), brancas (53,1%), solteiras (45,0%), primigestas (74,4%), parto vaginal normal (86,2%), parto induzido (27,6%). Quanto aos partos espontâneos (72,4%) e tempo de bolsa rota em um período de até 12 horas semelhante ao nosso estudo. Porém, para Tedesco *et al.*²⁴ houve uma maior prevalência de primigestas e em nosso estudo de múltiparas.

Cabar *et al.*²⁵ realizaram um estudo com cesárea prévia como fator de risco para o descolamento prematuro de membranas. Obtiveram em suas análises um total 26,5% de gestantes com cesárea anterior, resultado semelhante (22,7%) foi obtido em nossos prontuários. O aspecto do estudo dos autores, isto é, a associação do descolamento prematuro de membranas em pacientes com cicatriz uterina de cesárea não pode ser confirmada com a presente casuística.

CONCLUSÃO

Com base nos nossos resultados e em comparação com a análise da literatura, observamos prevalência semelhante entre o nosso serviço e os demais serviços dos referidos estudos. A exceção se deve à alta prevalência de cesárea em detrimento aos demais e ao alto número de gestantes que não realizaram pré-natal (22,9%) em nosso município, cabendo, portanto, novos estudos para a investigação dos elevados índices de cesáreas nos casos de rotura prematura de membranas, principalmente na correlação entre a conduta adotada frente aos casos analisados e o desfecho, uma vez que na literatura encontramos referências à conduta ativa como sendo um fator de risco para o parto via alta, em especial para aqueles cujo o colo era desfavorável ao momento da apresentação e o tempo de parto acabou sendo demorado em demasia.

Já no que se refere aos pré-natais, constatamos uma realidade do Sistema Único de Saúde, pois temos como modelo teórico preconizado pela OMS um nível de exigências que a nossa realidade não conseguiu até o presente momento se adequar.

REFERÊNCIAS

1. Neme B. Obstetria básica. 3ª ed. São Paulo: Sarvier; 2006. p. 406-10.
2. Accetta SG, Jimenez MF. Ruptura prematura de membranas. In: Freitas F, Costa SHM, Ramos JGL, Magalhães JA. Rotinas em obstetria. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2003. p. 86-94.
3. Almeida MVL. Amniorrexe prematura. In: Netto HC. Obstetria básica. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 217-22.
4. Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetria. Rotura prematura das membranas. Projetos Diretrizes. Brasília: AMB; CFM; 2008.
5. Maymon E, Chaim W, Sheiner E, Mazor M. A review of randomized clinical trials of antibiotic therapy in preterm premature rupture of the membranes. Arch Gynecol Obstet. 1998;261:173-81.
6. Mercer MM. Preterm premature rupture of the membranes. Obstet Gynecol. 2003;101:178-93.
7. Ferguson SE, Smith GN, Salenicks ME, Windrin R, Walker MC. Preterm premature rupture of membranes: nutritional and

- socioeconomic factors. *Obstet Gynecol.* 2002;100:1250-6.
8. Alexander JM, Mercer BM, Miodovnik M, Thumau GR, Goldenberg RL, Das AF, et al. The impact of cervical examination on expectantly managed preterm rupture of membranes. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;183:1003-7.
 9. Cox MS, Leveno KJ. Intentional delivery versus expectant management with preterm ruptured membranes at 30-34 weeks' gestation. *Obstet Gynecol.* 1995; 86(6):875-9.
 10. Bertini AM, Taborda W, Amed AM, Porto AGM. Ruptura prematura das membranas. In: FEBRASGO. Tratado de obstetrícia. São Paulo: Revinter; 2001.
 11. Ramos JGL, Costa SHM, Valério EG, Muller ALL. Infecção intra-amniótica. In: Freitas F, Costa SHM, Ramos JGL, Magalhães JA. Rotinas em obstetrícia. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2003. p. 86-94.
 12. Kenyon SL, Taylor DJ, Mordt WT. Broad-spectrum antibiotics for preterm, prelabour rupture of fetal membranes: the Oracle I randomized trial. *Lancet.* 2001;357:979-88.
 13. Kirschbaum T. Antibiotics in the treatment of preterm labor. *Am J Obstet Gynecol.* 1993;168(4):1239-46.
 14. Edwards RK, Locksmith GJ, Duff P. Expanded-spectrum antibiotics with preterm premature rupture of membranes. *Obstet Gynecol.* 2000;96:60-4.
 15. Lamont RF. The role of infection in preterm labour and birth. *Hosp Med.* 2003;64(11):644-7.
 16. Ramsey PS, Nuthalapaty FS, Lu G, Ramin S, Nuthalapaty ES, Ramin KD. Contemporary management of preterm premature rupture of membranes (PPROM): a survey of maternal-fetal medicine providers. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191:1497-502.
 17. Kenyon S, Boulvain M, Neilson J. Antibiotics for preterm rupture of membranes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;12:CD001058.
 18. Vermillion ST, Soper DE, Bland MD, Newman RB. Effectiveness of antenatal corticosteroid administration after preterm premature rupture of the membranes. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;183:925-9.
 19. Maia Filho NL, Matias, L. Rotura das membranas. *GO Atual.* 1996;5:57-8.
 20. Thorp JM, Hartmann, KE, Berkman ND, Carey TS, Lohr KN, Gavin NI, et al. Antibiotic therapy for the treatment of preterm labor: a review of the evidence. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186:587-92.
 21. Suzano CES, Maia Filho NL, Tedesco RP, Nogueira ACGS, Mathias L. Rotura prematura de membranas em gestação de 36 semanas ou mais. *GO Atual.* 1998;10:8-14.
 22. Mathias L, Maia Filho NL, Tedesco RP, Caivano FA, Bonamigo V. Conduta expectante: rotura prematura das membranas no termo. *GO Atual.* 1999;3:21-9.
 23. Maia Filho NL, Tedesco RP, Mathias L. Conduta expectante na rotura prematura das membranas em gestações com mais de 36 semanas: resultados maternos e perinatais após a utilização da hiperhidratação materna. *GO Atual.* 2000;8:8-11.
 24. Tedesco RP, Maia Filho NL, Mathias L, Suzano CES, Assunção MSC, Gonçalves MG, Carvalho WAP. Amniorrexe prematura na gravidez a pré-termo e termo no Município de Franco da Rocha, Estado de São Paulo. *Perspect Médicas.* 1996;7:19-24.
 25. Cabar FR, Nomura RMY, Costa LCV, Alves EA, Zugaib M. Cesárea prévia como fator de risco para descolamento prematuro de placenta. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004;26:709-14.