Internato 2026

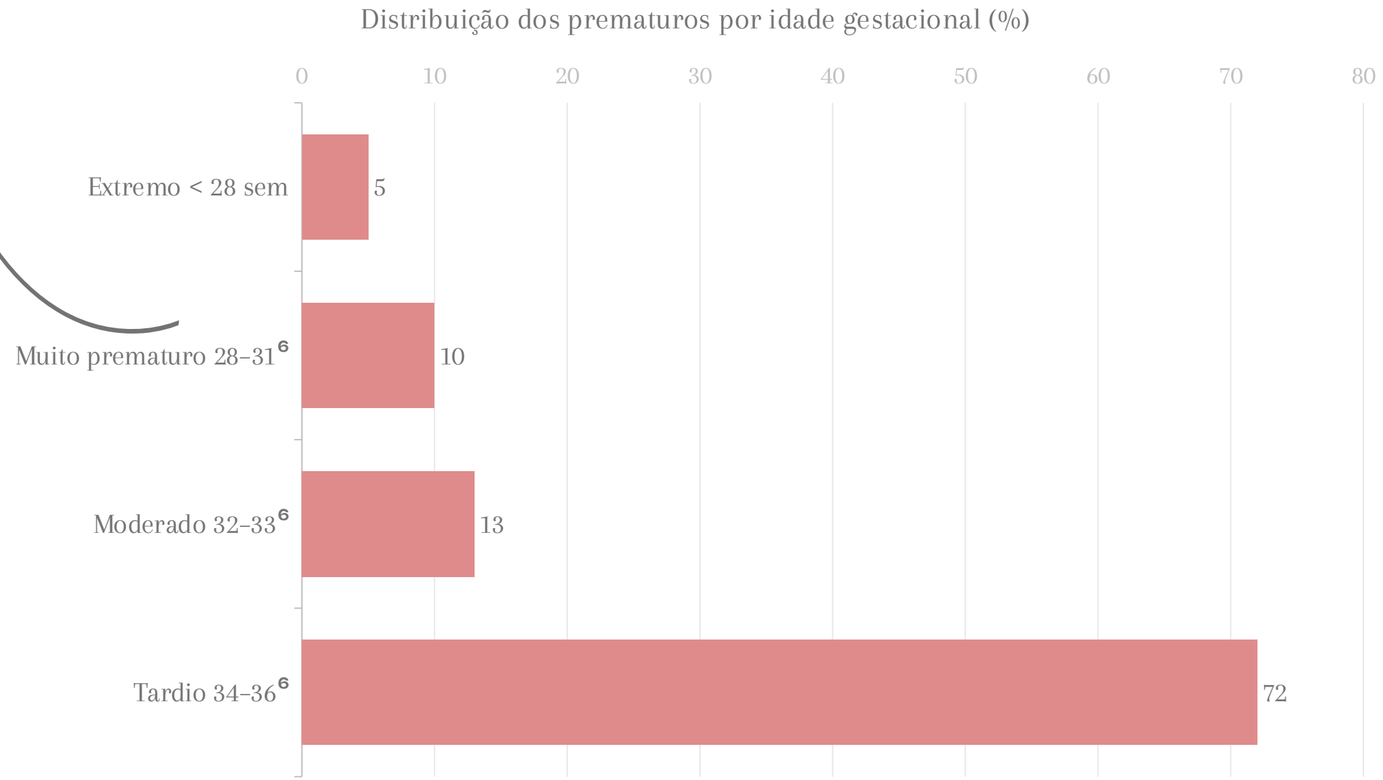
Prematuridade e rotura prematura de membranas

Luis Paulo Zica

Principais objetivos:

1. Quem vai parir antes: predição pelo colo e pela história
2. Prevenção: progesterona, cerclagem e o que não funciona
3. Trabalho de parto prematuro: corticoide, tocólise, sulfato e estreptococo B
4. RPMO: diagnóstico, antibiótico de latência e conduta por idade gestacional
5. Corioamnionite: reconhecer e resolver

EPIDEMIOLOGIA | NASCER CEDO



11%

dos nascidos vivos no Brasil são prematuros (< 37 semanas) — cerca de 300 mil por ano, a 10ª maior taxa do mundo

1ª

causa de morte em menores de 5 anos no mundo é a prematuridade e suas complicações (OMS)

30%

dos partos prematuros são precedidos por rotura prematura de membranas; 25–30% são indicados por doença materna ou fetal

Fontes: Sinasc/MS 2023; Leal MC et al., Reprod Health 2016 (Nascer no Brasil); OMS, Born Too Soon 2023; Chawanpaiboon S et al., Lancet Glob Health 2019.

Predição e prevenção

Colo curto, história e progesterona



CASO 1| COLO CURTO NO MORFOLÓGICO

Tatiane, 29 anos, G1, 21 semanas.

Assintomática, veio mostrar o ultrassom morfológico: feto sem alterações, placenta posterior, líquido normal — e colo uterino de 18 mm à via transvaginal, sem afunilamento.

Sem história de parto prematuro (é a primeira gestação), sem cirurgia de colo, não fuma. Pré-natal regular, exames normais, sem infecção urinária. Nega contrações ou perda de líquido.

Pergunta se precisa 'costurar o colo' e se tem que ficar de repouso absoluto até o fim.



O que o colo de 18 mm significa? Progesterona, cerclagem, pessário ou repouso?

PREDIÇÃO | QUEM VAI PARIR ANTES

História

Parto prematuro espontâneo prévio: o fator de risco mais forte — recorrência de 15–30% (e sobe quanto mais precoce foi).
Perda no 2º trimestre, conização/LEEP, malformação uterina, gemelaridade, intervalo interpartal < 6–18 meses.
Modificáveis: tabagismo, bacteriúria, vaginose em alto risco, periodontite, desnutrição, uso de drogas.

Colo pelo ultrassom transvaginal

Medida entre 18 e 24 semanas, no morfológico, bexiga vazia, 3 medidas, a menor.
‹ 25 mm: colo curto — risco de parto < 35 semanas de 15–20% em baixo risco e > 30% em alto risco
‹ 15 mm: risco de 50%
Afunilamento isolado e 'sludge' no LA somam risco. Rastreio universal é custo-efetivo (ACOG/SMFM: rastrear ou não, ambos aceitáveis; FEBRASGO recomenda).

Fibronectina fetal

Glicoproteína da interface coriodecidual; positiva se ≥ 50 ng/mL entre 22 e 34 semanas, em sintomáticas.
Valor é o preditivo negativo (99% de não parir em 7–14 dias): serve para liberar, não para internar.
Falso-positivo com toque, coito ou sangramento nas 24 h anteriores.
Pouco disponível no SUS; o colo < 15 mm pelo USG tem o mesmo papel.

Fontes: Iams JD et al., NEJM 1996; Romero R et al., AJOG 2018 (meta-análise colo curto); ACOG Practice Bulletin 234 — Prediction and Prevention of Spontaneous Preterm Birth (2021); FEBRASGO 2021.

PREVENÇÃO | O QUE FUNCIONA E PARA QUEM

Intervenção	Indicação	Evidência
Progesterona vaginal 200 mg/noite (ou gel 90 mg)	Colo ≤ 25 mm entre 18–24 sem, gestação única, com ou sem história — do diagnóstico até 36 sem	Reduz parto < 33 sem em ~35% e morbidade neonatal (Romero 2018). É a intervenção com melhor evidência.
Progesterona vaginal em história de prematuro	Parto prematuro espontâneo prévio, colo normal	Benefício menor e debatido (EPPPIC 2021); muitos serviços mantêm. Caproato de 17-OH IM saiu de uso (PROLONG 2020, retirado pelo FDA em 2023).
Cerclagem	História de ≥ 1 parto prematuro/perda de 2º tri + colo < 25 mm antes de 24 sem (ultrassom-indicada); ≥ 3 perdas (história-indicada, 12–14 sem); dilatação indolor ao exame (emergência/física)	Reduz prematuridade e mortalidade perinatal nas indicadas. Em colo curto SEM história, não há benefício. Técnicas: McDonald, Shirodkar; retirar com 36–37 sem.
Pessário cervical	Colo curto	Resultados conflitantes (PECEP positivo; TOPS 2024 negativo e com mais óbito fetal): não recomendar de rotina.
Repouso, hidratação, tocólise profilática, antibiótico de rotina	—	Não reduzem prematuridade. Repouso aumenta tromboembolismo e perda muscular. Tratar bacteriúria e vaginose sintomática, sim.
Gemelar	Colo ≤ 25 mm	Progesterona vaginal reduz morbidade neonatal (meta-análise individual 2017); cerclagem só se colo < 15 mm ou dilatação; pessário não.

Fontes: Romero R et al., AJOG 2018; EPPPIC, Lancet 2021; Blackwell SC et al., Am J Perinatol 2020 (PROLONG); Hoffman MK et al., JAMA 2023 (TOPS); Berghella V, Cochrane 2017 (cerclagem); ACOG 234.

CASO 1 | RESOLUÇÃO

Colo curto (18 mm) em gestação única sem história: progesterona vaginal, sem cerclagem, sem repouso.

Abaixo de 25 mm o risco de parto < 35 semanas é de ~15–20%. A progesterona vaginal 200 mg/noite (ou gel 90 mg) do diagnóstico até 36 semanas reduz o parto < 33 semanas em um terço e a morbidade neonatal.

Cerclagem: não. Em colo curto sem história de prematuro, a cerclagem não mostrou benefício. Seria indicada se ela tivesse um parto prematuro prévio ou perda de 2º trimestre com colo < 25 mm, ou se o colo estivesse dilatado com bolsa visível.

Pessário: não rotineiro — o TOPS (2024) não mostrou benefício e levantou sinal de óbito fetal.

Repouso absoluto: não funciona e faz mal (trombose, descondicionamento, ansiedade, perda de renda). Pode manter atividade habitual, evitar esforço extenuante; coito não é proibido.

Seguimento: colo a cada 1–2 semanas até 24–28 sem (dilatação → considerar cerclagem de emergência); orientar sinais de TPP; corticoide só se entrar em trabalho de parto, não profilático.



Colo < 25 mm = progesterona

Até 36 semanas

Cerclagem só com história

Repouso não previne

Fontes: Romero R et al. 2018; ACOG 234 (2021); Hoffman MK et al., JAMA 2023.

Trabalho de parto prematuro

Corticoide, tocólise, sulfato e estreptococo — na ordem certa



CASO 2 | CONTRAÇÕES COM 30 SEMANAS

Mariana, 22 anos, G2P1 (parto a termo), 30 semanas e 2 dias.

Cólicas rítmicas há 4 horas, 'tipo menstruação', que não passaram com repouso e água. Sem perda de líquido, sem sangramento, sem febre. Tabagista, infecção urinária tratada há 3 semanas.

Exame: PA 110/70, T 36,8 °C, BCF 150. Dinâmica: 3 contrações em 10 min, 40 s, moderadas. Especular: colo entreaberto, sem líquido, sem sangue. Toque: colo 2 cm, 70% apagado, bolsa íntegra. USTV: colo 12 mm com afunilamento.

Swab para estreptococo B não foi colhido ainda. Urina 1 sem leucocitúria. Hemograma: 12.400 leucócitos.



É trabalho de parto prematuro? O que entra nas próximas 2 horas — e em que ordem?

TPP | A SEQUÊNCIA ENTRE 24 E 34 SEMANAS

Diagnóstico: contrações regulares (≥ 4 em 20 min) + colo ≥ 2–3 cm ou apagamento ≥ 80% ou mudança em exames seriados

1. CORTICOIDE
Betametasona 12 mg IM, 2 doses com 24 h (ou dexametasona 6 mg 12/12 h x4). Reduz SDR, hemorragia intraventricular, ECN e morte. Resgate: 1 ciclo se < 34 sem e > 14 dias do anterior

2. TOCÓLISE (48 h)
Nifedipino 20 mg VO; repetir 20 mg em 30 min se persistir; depois 20 mg 6–8/8 h. Máx. 160 mg/dia. Alternativas: atosibano; indometacina < 32 sem

3. NEUROPROTEÇÃO
Sulfato de magnésio se parto iminente < 32 sem: 4 g IV em 20 min + 1 g/h até o parto (ou 12–24 h). Reduz paralisia cerebral em 30%

4. GBS
Swab vaginal-retal e penicilina G 5 milhões UI IV + 2,5–3 milhões 4/4 h (ou ampicilina 2 g + 1 g 4/4 h) até o parto ou até o swab negativo

NÃO FAZER: tocólise de manutenção (terbutalina/salbutamol prolongados — FDA 2011); tocólise > 48 h ou com corioamnionite, DPP, sofrimento fetal, PE grave, ≥ 34 sem; hidratação venosa 'para parar contração'; repouso absoluto

INVESTIGAR E TRANSFERIR: urocultura, vaginose/IST, corioamnionite subclínica, DPP, polidrâmnio, gemelar; vitalidade (CTG ≥ 26–28 sem) e apresentação. Transferir in utero para onde há UTI neonatal

34–36^{6} sem: sem tocólise; corticoide em ciclo único se não recebeu e parto provável em 7 dias (ALPS) — decisão compartilhada; GBS conforme swab

Fontes: ACOG Practice Bulletin 171 (2016, reaf. 2021); Roberts D, Cochrane 2017; Flenady V, Cochrane 2014; Doyle LW, Cochrane 2009; Gyamfi-Bannerman C et al., NEJM 2016 (ALPS); ACOG 797 (2020); FEBRASGO 2021.

TOCOLÍTICOS | COMPARAÇÃO

Droga	Esquema	Contraindicações / efeitos	Lugar
Nifedipino	20 mg VO; 20 mg em 30 min se persistir; 20 mg 6–8/8 h por 48 h	Hipotensão, cefaleia, rubor; evitar com PA < 90/50, cardiopatia, associação a MgSO4 exige cautela (hipotensão)	1ª escolha: eficaz, oral, barato, menos efeitos que betamimético
Atosibano	6,75 mg IV bolus; 300 µg/min 3 h; 100 µg/min até 45 h	Náusea; sem contraindicação materna relevante; caro	1ª escolha quando há cardiopatia, gemelar ou intolerância ao nifedipino
Indometacina	100 mg VR ou 50 mg VO; 25–50 mg 6/6 h por ≤ 48 h	Só < 32 sem: fechamento do ducto arterioso, oligoâmnio, ECN; evitar com úlcera, asma por AINE, plaquetopenia	Opção < 32 sem, especialmente com polidrâmnio
Terbutalina / salbutamol	Terbutalina 0,25 mg SC 20/20 min (até 3 doses) só para taquissistolia aguda	Taquicardia, edema pulmonar, hiperglicemia, hipocalemia, arritmia; MORTE materna em uso prolongado	NÃO usar como tocólise de manutenção oral/SC (FDA 2011; ACOG)
Sulfato de magnésio	4 g + 1 g/h	Como tocolítico é ineficaz (Cochrane); indicado só para NEUROPROTEÇÃO < 32 sem	Não é tocolítico; é neuroprotetor
Progesterona	—	—	Não trata TPP agudo; previne em colo curto

Fontes: ACOG 171; Flenady V, Cochrane 2014; Crowther CA, Cochrane 2014 (MgSO4 tocólise); FDA Drug Safety Communication 2011 (terbutalina); FEBRASGO, Trabalho de parto prematuro (2021).

ESTREPTOCOCO DO GRUPO B

Rastreio

Swab vaginal (terço inferior) + retal, único, entre 36^{0} e 37^{6} semanas, válido por 5 semanas.
Colonização em 15–25% das gestantes; sepse neonatal precoce em 1–2% dos expostos sem profilaxia — a profilaxia reduz em 80%.
Não precisa de swab: bacteriúria por GBS em qualquer momento da gestação ou RN anterior com doença por GBS → profilaxia direta.

Quem recebe profilaxia intraparto

Swab positivo; bacteriúria por GBS; filho anterior com doença invasiva.
Swab desconhecido + um fator: < 37 semanas, bolsa rota ≥ 18 h, febre intraparto ≥ 38 °C, NAAT intraparto positivo.
Cesárea eletiva com bolsa íntegra e sem trabalho de parto: NÃO precisa, mesmo com swab positivo.
RPMO prematura: iniciar até o resultado; suspender se negativo.

Esquema

1ª escolha: penicilina G cristalina 5 milhões UI IV de ataque + 2,5–3 milhões UI 4/4 h até o parto
Alternativa: ampicilina 2 g IV + 1 g 4/4 h
Alergia sem anafilaxia: cefazolina 2 g + 1 g 8/8 h
Alergia grave: clindamicina 900 mg 8/8 h se sensível; vancomicina 20 mg/kg 8/8 h se resistente ou desconhecido
Adequada se ≥ 4 h antes do parto — mas iniciar sempre, mesmo tarde.

Fontes: ACOG Committee Opinion 797 — Prevention of Group B Streptococcal Early-Onset Disease in Newborns (2020); CDC 2010; FEBRASGO 2021.

CASO 2 | RESOLUÇÃO

Trabalho de parto prematuro com 30 semanas: tem 48 horas para fazer tudo o que importa.

3 contrações/10 min + colo 2 cm, 70%, 12 mm com afunilamento: diagnóstico fechado. Fatores: tabagismo, ITU recente. Internar.

Na primeira hora: betametasona 12 mg IM (2ª dose em 24 h); nifedipino 20 mg VO (repetir em 30 min se mantiver; depois 20 mg 8/8 h por 48 h); swab vaginal-retal e penicilina G 5 milhões UI IV + 2,5 milhões 4/4 h até o resultado.

Sulfato de magnésio: < 32 semanas com parto iminente (colo ≥ 4 cm ou parto programado): 4 g + 1 g/h. Com 2 cm e tocólise iniciada, armar e iniciar se progredir — com nifedipino, vigiar PA.

Investigar: urocultura, pesquisa de vaginose/IST, hemograma e PCR seriados (corioamnionite subclínica contraindica tocólise), USG com apresentação e LA, CTG. Transferir in utero se não houver UTI neonatal.

Se parou: suspender nifedipino em 48 h (sem manutenção), alta após 24–48 h estável, sem repouso absoluto, retorno semanal, cessação do tabagismo. Se evoluir: parto vaginal é a via, com neonatologia na sala; cesárea só por indicação obstétrica.



Corticoide + nifedipino + GBS

Sulfato < 32 sem se iminente

Tocólise só 48 h

Transferir antes do parto

Fontes: ACOG 171; FEBRASGO 2021; Doyle LW, Cochrane 2009.

Rotura prematura de membranas

Diagnosticar sem tocar, esperar com antibiótico, interromper na hora



CASO 3| PERDEU LÍQUIDO E AGORA TEM FEBRE

Adriana, 33 anos, G3P2, 32 semanas e 4 dias.

Internada há 5 dias por rotura prematura de membranas pré-termo (perda súbita de líquido claro, confirmada no especular). Recebeu betametasona (2 doses), ampicilina + azitromicina e está em amoxicilina. Swab de GBS negativo.
Hoje: T 38,4 °C, FC 112, útero doloroso à palpação, líquido pelo especular amarelado com odor. BCF 175 bpm com variabilidade reduzida. Leucócitos 19.800 com desvio; PCR 110 mg/L (ontem 30).
Colo 2 cm, 50% apagado, cefálico. Sem contrações regulares.



Foi certo esperar? O que mudou hoje? Tocólise, mais corticoide ou parto — e qual via?

RPMO | DIAGNÓSTICO E PRIMEIRA CONDUTA

Confirmar sem tocar

Especular estéril: líquido saindo pelo orifício ou acumulado no fundo de saco (Valsalva, tosse) — 90% dos diagnósticos.
Na dúvida: pH vaginal > 6,5 (papel de nitrazina azul; falso + com sangue, sêmen, vaginose); cristalização em folha de samambaia; testes de proteínas (PAMG-1/AmniSure, IGFBP-1) — sensibilidade > 95%
USG: oligoâmnio apoia, mas LA normal não exclui.
TOQUE VAGINAL: evitar — encurta a latência e aumenta infecção. Só se em trabalho de parto.

Avaliação inicial

Idade gestacional (datação!), apresentação, vitalidade (CTG ≥ 26–28 sem), sinais de corioamnionite, DPP, prolapso de cordão.
Swab vaginal-retal para GBS, hemograma, PCR, urocultura.
Internar em todos os casos pré-termo; a termo, induzir.
Latência média: 1 semana a 24–28 sem; poucos dias ≥ 34 sem. 50% parem em 1 semana.

Riscos

Materno-fetais: corioamnionite (15–35%), DPP (2–5%), prolapso de cordão, sepse neonatal
‹ 24 sem: hipoplasia pulmonar e deformidades por oligoâmnio prolongado — aconselhar
Corioamnionite: febre ≥ 38 °C + taquicardia materna/fetal, útero doloroso, líquido fétido, leucocitose > 15.000; febre isolada já pede antibiótico (Triple I)

Fontes: ACOG Practice Bulletin 217 — Prelabor Rupture of Membranes (2020); Higgins RD et al., Obstet Gynecol 2016 (Triple I); FEBRASGO, RPMO (2021).

RPMO | CONDUTA POR IDADE GESTACIONAL

Idade gestacional	Conduta	Detalhes
≥ 37 semanas	Indução imediata (ocitocina ou misoprostol se Bishop baixo) — não esperar	TERMPROM: menos corioamnionite com indução; GBS + → antibiótico e indução imediata; expectante só por horas se ela preferir e GBS negativo
34 – 36⁶ semanas	Parto (indução) é o padrão; expectante até 37 sem é aceitável em casos selecionados, bem monitorados e sem GBS/infecção (ACOG 2020, após PPROMT)	PPROMT (2016): expectante reduziu SDR e cesárea sem aumentar sepse, mas aumentou hemorragia anteparto e febre; corticoide: um ciclo se não recebeu (ALPS)
24 – 33⁶ semanas	EXPECTANTE: internar, corticoide, antibiótico de latência, sulfato < 32 sem se parto iminente, vigilância de infecção e vitalidade	Antibiótico de latência: ampicilina 2 g IV 6/6 h + azitromicina 1 g VO dose única por 48 h, depois amoxicilina 500 mg VO 8/8 h por 5 dias (7 dias no total). Prolonga a latência e reduz corioamnionite e morbidade neonatal (Kenyon/ORACLE; azitromicina substituiu eritromicina). NUNCA amoxicilina-clavulanato (ECN).
Durante a expectante	Temperatura e FC 6/6 h, CTG diária, hemograma/PCR 2–3x/semana, USG semanal (LA, crescimento), sem toque; deambulação permitida	Interromper se: corioamnionite, DPP, sofrimento fetal, trabalho de parto, prolapso de cordão — ou ao completar 34 (ou 37) semanas conforme o serviço
‹ 24 semanas (periviável)	Aconselhamento; expectante domiciliar ou hospitalar após 24 h sem infecção; antibiótico; corticoide a partir de 22–24 sem conforme decisão de reanimação	Sobrevida 20–50% com alta morbidade; hipoplasia pulmonar se oligoâmnio < 22 sem; interrupção é opção legal em alguns contextos — discutir
Tocólise na RPMO	Não é recomendada de rotina; aceitável por 48 h só para completar corticoide/transferir em < 34 sem sem infecção	Aumenta corioamnionite sem melhorar desfecho neonatal (Cochrane)

Fontes: ACOG 217 (2020); Morris JM et al., Lancet 2016 (PPROMT); Hannah ME et al., NEJM 1996 (TERMPROM); Kenyon S et al., Lancet 2001 (ORACLE I); Mackeen AD, Cochrane 2014 (tocólise); FEBRASGO 2021.

CORIOAMNIONITE | RECONHECER E RESOLVER

Febre ≥ 38 °C na gestante com bolsa rota ou em trabalho de parto

FEBRE ISOLADA

Investigar outras causas (ITU, pielonefrite, influenza, peridural) — e iniciar antibiótico se nada explicar (Triple I suspeito)

CONFIRMADA

Febre + taquicardia fetal > 160, ou leucocitose > 15.000 (sem corticoide), ou líquido purulento = corioamnionite clínica

EXAMES E SUPORTE

Hemoculturas, hemograma, PCR, urocultura; CTG contínua; paracetamol — febre materna piora o desfecho neurológico fetal

ANTIBIÓTICO: ampicilina 2 g IV 6/6 h + gentamicina 5 mg/kg/dia IV. Na cesárea, acrescentar clindamicina 900 mg ou metronidazol 500 mg. Alergia: clindamicina ou vancomicina + gentamicina

PARTO: indicação de interrupção em qualquer idade gestacional — mas NÃO de cesárea. Induzir; cesárea só por indicação obstétrica. Sem tocólise, sem esperar corticoide. Avisar a neonatologia

PÓS-PARTO: antibiótico até 24 h afebril; vigiar atonia e HPP (útero infectado não contrai); endometrite se a febre persistir. RN: hemocultura e antibiótico empírico com a neonatologia

Fontes: ACOG Committee Opinion 712 — Intrapartum Management of Intraamniotic Infection (2017); Higgins RD et al., Obstet Gynecol 2016 (Triple I); FEBRASGO 2021.

CASO 3 | RESOLUÇÃO

Corioamnionite clínica em RPMO de 32 semanas: acabou a espera.

Febre 38,4 °C + taquicardia materna e fetal + útero doloroso + líquido fétido + leucocitose com desvio e PCR em ascensão: Triple I confirmado. A conduta expectante até aqui estava correta (corticoide completo, antibiótico de latência, GBS negativo) — a infecção é o evento que a encerra.

Agora: ampicilina 2 g IV 6/6 h + gentamicina 5 mg/kg/dia; paracetamol; hemoculturas; CTG contínua; neonatologia avisada; transferir só se instável e sem UTI neonatal — e mesmo assim antes do parto, não depois.

Tocólise? Corticoide? Não. Tocólise é contraindicada com infecção; o ciclo de corticoide já foi feito há 5 dias e, mesmo que não tivesse sido, não se adia o parto por ele numa corioamnionite.

Via de parto: vaginal. Colo 2 cm, 50%, cefálico, sem contrações: induzir com ocitocina. Cesárea só se CTG evoluir para categoria III ou outra indicação obstétrica — a cesárea na vigência de infecção aumenta endometrite, infecção de ferida e tromboembolismo.

Depois: antibiótico até 24 h afebril; vigiar atonia; placenta para anatomopatológico (corioamnionite histológica/funisite); RN avaliado e tratado pela neonatologia. Próxima gestação: risco de recorrência de RPMO de 15–30% — progesterona se colo curto; rastrear e tratar infecções.



- Triple I = parto
- Ampicilina + gentamicina
- Sem tocólise, sem adiar
- Via vaginal

Fontes: ACOG 712 (2017); ACOG 217 (2020); FEBRASGO 2021.

QUESTÃO | TPP

Gestante de 31 semanas, bolsa íntegra, com 4 contrações em 20 minutos e colo de 3 cm, 80% apagado. Afebril, CTG categoria I, sem sangramento. Qual conjunto de condutas está correto?

A Betametasona 12 mg IM (2 doses), nifedipino 20 mg VO, sulfato de magnésio 4 g + 1 g/h se o parto for iminente, swab e penicilina G até o resultado.

B Terbutalina 0,25 mg SC a cada 20 minutos e manutenção com salbutamol oral até 36 semanas, além de corticoide.

C Sulfato de magnésio 4 g + 2 g/h como tocolítico de primeira linha por 7 dias e repouso absoluto.

D Indometacina até 36 semanas, corticoide e amoxicilina-clavulanato profilático.

E Cesárea imediata, pois o parto prematuro em apresentação cefálica tem melhor prognóstico por via alta.

QUESTÃO | TPP

Gestante de 31 semanas, bolsa íntegra, com 4 contrações em 20 minutos e colo de 3 cm, 80% apagado. Afebril, CTG categoria I, sem sangramento. Qual conjunto de condutas está correto?

A Betametasona 12 mg IM (2 doses), nifedipino 20 mg VO, sulfato de magnésio 4 g + 1 g/h se o parto for iminente, swab e penicilina G até o resultado.

B Terbutalina 0,25 mg SC a cada 20 minutos e manutenção com salbutamol oral até 36 semanas, além de corticoide.

C Sulfato de magnésio 4 g + 2 g/h como tocolítico de primeira linha por 7 dias e repouso absoluto.

D Indometacina até 36 semanas, corticoide e amoxicilina-clavulanato profilático.

E Cesárea imediata, pois o parto prematuro em apresentação cefálica tem melhor prognóstico por via alta.

QUESTÃO | RPMO

Gestante de 29 semanas com rotura prematura de membranas confirmada há 6 horas, afebril, sem contrações, CTG categoria I, swab de GBS desconhecido. A conduta mais adequada é:

A Indução imediata do parto com ocitocina, pois a rotura de membranas é indicação de interrupção.

B Conduta expectante com corticoide, ampicilina + azitromicina seguidas de amoxicilina por 7 dias, vigilância de infecção e sulfato de magnésio se o parto se tornar iminente.

C Tocólise com atosibano por 7 dias para prolongar a gestação e amoxicilina-clavulanato por 10 dias.

D Toque vaginal a cada 4 horas para acompanhar a dilatação e cerclagem de emergência.

E Alta hospitalar com repouso domiciliar e retorno semanal, sem antibiótico, já que não há sinais de infecção.

QUESTÃO | RPMO

Gestante de 29 semanas com rotura prematura de membranas confirmada há 6 horas, afebril, sem contrações, CTG categoria I, swab de GBS desconhecido. A conduta mais adequada é:

A Indução imediata do parto com ocitocina, pois a rotura de membranas é indicação de interrupção.

B Conduta expectante com corticoide, ampicilina + azitromicina seguidas de amoxicilina por 7 dias, vigilância de infecção e sulfato de magnésio se o parto se tornar iminente.

C Tocólise com atosibano por 7 dias para prolongar a gestação e amoxicilina-clavulanato por 10 dias.

D Toque vaginal a cada 4 horas para acompanhar a dilatação e cerclagem de emergência.

E Alta hospitalar com repouso domiciliar e retorno semanal, sem antibiótico, já que não há sinais de infecção.

MENSAGENS

1

Colo < 25 mm entre 18 e 24 semanas = progesterona vaginal 200 mg até 36 sem. Cerclagem só com história + colo curto ou dilatação. Pessário e repouso não previnem.

2

TPP 24–34 sem: betametasona 12 mg x2, nifedipino 48 h, sulfato de magnésio < 32 sem se iminente, swab + penicilina G até o resultado. Transferir in utero.

3

Tocólise é ponte de 48 h, nunca manutenção. Terbutalina/salbutamol prolongados: proibidos. Contraindicada com infecção, DPP, sofrimento fetal, ≥ 34 sem.

4

GBS: swab 36–37^{6}; profilaxia com penicilina G 5 milhões + 2,5–3 milhões 4/4 h; bacteriúria e filho anterior dispensam swab; cesárea eletiva com bolsa íntegra dispensa profilaxia.

5

RPMO: especular, não toque. ≥ 37: induzir. 34–36^{6}: parto (ou expectante selecionada). 24–33^{6}: expectante + ampicilina/azitromicina → amoxicilina 7 dias + corticoide.

6

Corioamnionite: febre + taquicardia fetal/leucocitose/líquido fétido = ampicilina + gentamicina e parto em qualquer IG, pela via obstétrica. Nunca tocólise, nunca esperar corticoide.

LUIS PAULO ZICA

BOA PROVA

Obrigado!

