LUMEN ET VIRTUS
ISSN: 2177-2789

CONDUTAS OBSTÉTRICAS EM CASOS DE ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

OBSTETRIC CONDUCT IN CASES OF PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES

CONDUCTA OBSTÉTRICA EN CASOS DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

https://doi.org/10.56238/levv16n49-063

Data de submissão: 19/05/2025 **Data de publicação:** 19/06/2025

Rafaella Christina de Araújo Dourado
Graduanda em Medicina
Faculdade de Medicina de Olinda
E-mail: rafaella_dourado@hotmail.com
Orcid: 0009-0009-4749-1701
Lattes: http://lattes.cnpq.br/4316141529323006

Nicolas Madeira Flores
Graduando em Medicina
Universidade Católica de Pelotas
E-mail: niflores2000@gmail.com

Danielly Teodoro Santos
Bacharelado em Enfermagem
Centro Universitário Estácio do Pantanal - FAPAN
E-mail: teodorodanielly879@gmail.com
Lattes: http://lattes.cnpq.br/8514882824101125

Lucivânia da Silva Araújo
Graduada em Medicina
Fametro
E-mail: vania_s.araujo@hotmail.com

Adriele Semprebom Ferreira Betti
Pós-Graduanda em Enfermagem em UTI Adulto
FACUMINAS
E-mail: adrieleeluan@gmail.com
Lattes: https://lattes.cnpq.br/6543531234961192

Danielle de Oliveira Duarte
Especialista em Direito Imobiliário
UCAM - Universidade Candido Mendes
E-mail: danielleoduarte@yahoo.com.br
Orcid: 0009-7339-8543
Lattes: 1881198334222411

Andres Santiago Quizhpi Lopez
Cirurgião e Traumatologo Buco Maxilofacial
Universidad Católica de Cuenca sede Azogues
E-mail: ansaquilo@yahoo.es
ORCID: 0000-0002-6089-0389

Ingrid Araujo Carvalho
Especialista em UTI Adulto
Líder Educacional
E-mail: ingrid.ld154@gmail.com
Orcid:0009-0007-97733129

Thamyres Maria Silva Barbosa
Mestranda em Gestão dos serviços de atenção primária a saúde
Fundação Universitária Iberoamericana-FUNIBER
E-mail:Thamyresmaria726@gmail.com
Orcid: https://orcid.org/0009-0007-0657-5023

RESUMO

Introdução: A rotura prematura de membranas (RPM) representa uma intercorrência obstétrica significativa, associada a riscos maternos e neonatais, especialmente quando ocorre antes do termo gestacional. **Objetivo:** Analisar, por meio de uma revisão integrativa, as principais condutas obstétricas indicadas pela literatura científica no manejo da RPM, considerando as distintas fases da gestação. **Metodologia**: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, guiada pela estratégia PICO. A busca foi realizada entre março e abril de 2025, nas bases SciELO, PubMed, LILACS e Google Scholar, considerando artigos publicados entre 2016 e 2025. Foram selecionados nove estudos que atendiam aos critérios de inclusão e analisados de forma crítica e descritiva. **Resultados e Discussão:** As evidências destacam a importância de uma abordagem individualizada, considerando idade gestacional, presença de infecção e viabilidade fetal. Condutas como hospitalização, uso profilático de antibióticos e corticoides, administração seletiva de progesterona e vigilância clínica contínua foram recorrentes. O uso de biomarcadores, como a relação plaquetas-linfócitos, e a detecção de sludge amniótico demonstraram utilidade diagnóstica e prognóstica. Divergências foram observadas quanto ao uso prolongado de corticoides e à administração de progestágenos. **Considerações Finais: A padronização das condutas deve ser equilibrada com o julgamento clínico e o cuidado** centrado na paciente. O estudo destaca a necessidade de novas pesquisas voltadas à eficácia de biomarcadores e à adaptação das diretrizes em contextos com recursos limitados.

Palavras-chave: Gerenciamento Clínico. Rotura Prematura de Membranas. Trabalho de Parto Prematuro.

ABSTRACT

Introduction: Premature rupture of membranes (PROM) is a significant obstetric complication associated with maternal and neonatal risks, especially when it occurs before term. **Objective:** To analyze, through an integrative review, the main obstetric procedures indicated by the scientific literature in the management of PROM, considering the different phases of pregnancy. **Methodology:** This is an integrative review of the literature, guided by the PICO strategy. The search was carried out

between March and April 2025, in the SciELO, PubMed, LILACS and Google Scholar databases, considering articles published between 2016 and 2025. Nine studies that met the inclusion criteria were selected and analyzed critically and descriptively. **Results and Discussion:** The evidence highlights the importance of an individualized approach, considering gestational age, presence of infection and fetal viability. Conducts such as hospitalization, prophylactic use of antibiotics and corticosteroids, selective administration of progesterone and continuous clinical surveillance were recurrent. The use of biomarkers, such as the platelet-lymphocyte ratio, and the detection of amniotic sludge demonstrated diagnostic and prognostic utility. Divergences were observed regarding the prolonged use of corticosteroids and the administration of progestogens. **Final Considerations: The standardization of conducts must be balanced with clinical judgment and patient-centered care**. The study highlights the need for further research focused on the efficacy of biomarkers and the adaptation of guidelines in contexts with limited resources.

Keywords: Clinical Management. Premature Rupture of Membranes. Preterm Labor.

RESUMEN

Introducción: La rotura prematura de membranas (RPM) es una complicación obstétrica significativa asociada a riesgos maternos y neonatales, especialmente cuando ocurre antes del término. **Objetivo:** Analizar, mediante una revisión integrativa, los principales procedimientos obstétricos indicados en la literatura científica para el manejo de la RPM, considerando las diferentes fases del embarazo. **Metodología:** Se trata de una revisión integrativa de la literatura, guiada por la estrategia PICO. La búsqueda se realizó entre marzo y abril de 2025 en las bases de datos SciELO, PubMed, LILACS y Google Académico, considerando artículos publicados entre 2016 y 2025. Se seleccionaron y analizaron de forma crítica y descriptiva nueve estudios que cumplieron con los criterios de inclusión. **Resultados y discusión:** La evidencia destaca la importancia de un enfoque individualizado, considerando la edad gestacional, la presencia de infección y la viabilidad fetal. Conductas como la hospitalización, el uso profiláctico de antibióticos y corticosteroides, la administración selectiva de progesterona y la vigilancia clínica continua fueron recurrentes. El uso de biomarcadores, como el cociente plaquetas-linfocitos, y la detección de lodo amniótico demostraron utilidad diagnóstica y pronóstica. Se observaron divergencias con respecto al uso prolongado de corticosteroides y la administración de progestágenos. **Consideraciones finales: La estandarización de las conductas debe equilibrarse con el juicio clínico y la atención centrada en el paciente.** El estudio destaca la necesidad de mayor investigación centrada en la eficacia de los biomarcadores y la adaptación de las guías en contextos con recursos limitados.

Palabras clave: Manejo clínico. Rotura prematura de membranas. Trabajo de parto pretérmino.

1 INTRODUÇÃO

A rotura prematura de membranas (RPM) é uma situação bastante comum na obstetrícia, ocorrendo quando as membranas que envolvem o bebê se rompem espontaneamente antes do início do trabalho de parto. Essa condição pode acontecer tanto em gestações a termo, quanto antes das 37 semanas, neste caso chamada de RPM pré-termo. Sua importância clínica está nas possíveis consequências para a mãe e o bebê, como risco de infecção, parto prematuro e complicações que podem afetar a saúde do recém-nascido (Souto *et al.,* 2022).

A RPM é classificada de acordo com o momento em que ela acontece na gestação. Quando ocorre a partir das 37 semanas, chamamos de a termo; se acontece antes disso, é pré-termo. Dentro dessa classificação, há subdivisões: RPM próxima ao termo, entre 34 e 36 semanas; RPM remota, entre 24 e 33 semanas; e RPM pré-viável, antes da 24ª semana (Araujo-Vargas *et al.,* 2024). Essa divisão ajuda os profissionais a decidirem a melhor conduta, equilibrando os riscos da prematuridade com os de manter a gravidez por mais tempo.

A frequência varia entre 8% e 10% das gestações, sendo mais comum em mulheres que estão a termo. No entanto, cerca de 30% dos partos prematuros acontecem após RPM pré-termo, o que reforça a importância do diagnóstico precoce e de um acompanhamento cuidadoso e individualizado (Gutiérrez Ramos, 2018). A sua ocorrência tem impacto relevante na saúde pública, especialmente em grupos vulneráveis como adolescentes grávidas (Borja Torres *et al.,* 2019).

Entre os fatores de risco estão infecções do trato urinário, vaginose bacteriana, histórico de partos prematuros, baixo índice de massa corporal e dificuldades socioeconômicas. Esses fatores podem enfraquecer as membranas ovulares e facilitar sua ruptura antecipada. Além disso, processos inflamatórios intrauterinos e alterações químicas também podem contribuir para essa fragilidade (Gutiérrez Ramos, 2018; Souto *et al.,* 2022).

As adolescentes grávidas são especialmente vulneráveis devido à imaturidade biológica e às dificuldades no acesso aos serviços de saúde. Nessa fase da vida, muitas vezes falta um acompanhamento pré-natal adequado, o que dificulta a identificação precoce dos riscos e aumenta as chances de complicações obstétricas (Borja Torres *et al.,* 2019). Isso reforça a necessidade de políticas públicas que priorizem a saúde reprodutiva das jovens. O diagnóstico geralmente é feito através da história clínica e do exame físico. O exame especular é o método mais comum para confirmação, pois permite observar a saída do líquido amniótico pelo colo do útero (Araujo-Vargas *et al.,* 2024). Outros exames laboratoriais e bioquímicos podem ser realizados para confirmar a origem do líquido e descartar outros diagnósticos.

Dentre os testes complementares estão o teste com papel de nitrazina, a cristalização em forma de helecho e a medição da creatinina no fundo do saco vaginal. Essas técnicas são acessíveis e confiáveis para ajudar no diagnóstico. A ultrassonografia também pode colaborar ao detectar

oligohidrâmnio (baixa quantidade de líquido amniótico), embora não seja conclusiva por si só (Araujo-Vargas *et al.,* 2024).

É importante evitar o toque vaginal ao suspeitar de RPM, salvo em casos onde há sinais claros de trabalho de parto próximo. Essa prática visa diminuir o risco de infecções ascendentes e outras complicações, principalmente em gestações antes das 37 semanas. Nessa situação, preferem-se métodos menos invasivos como inspeção com espéculo estéril ou testes laboratoriais. O tratamento varia conforme a idade gestacional. Para aquelas próximas ao termo, recomenda-se induzir o parto nas primeiras 24 horas após a ruptura para evitar infecções maternas ou fetais. Em alguns casos, pode-se optar por uma conduta expectante, ou seja, monitorar com atenção por um curto período desde que haja controle rigoroso dos sinais clínicos (Gutiérrez Ramos, 2018).

Se houver presença de estreptococo do grupo B (EGB), é indicado administrar antibióticos durante o parto para prevenir infecção no recém-nascido. A escolha deve levar em conta alergias da mãe e seu histórico pré-natal. Em casos com tempo prolongado até o parto, recomenda-se o uso profilático de antibióticos independentemente do status do EGB (Gutiérrez Ramos, 2018). Para gestações entre 24 e 34 semanas, costuma-se adotar uma abordagem conservadora: promover a maturação do feto enquanto controla possíveis infecções. O uso de corticoides com betametasona ou dexametasona ajuda no desenvolvimento dos pulmões do bebê. Antibióticos podem ser usados para prolongar essa fase de latência tempo até o parto assim como sulfato de magnésio para proteção cerebral fetal em gestações antes da 32ª semana (Souto *et al.,* 2022).

As decisões clínicas devem sempre considerar o bem-estar tanto da mãe quanto do bebê. Quando surgem sinais de infecção grave ou sofrimento fetal ou descolamento prematuro da placenta, é necessário realizar o parto imediatamente mesmo que seja antes do ideal para proteger ambos (Gutiérrez Ramos, 2018). A RPM é uma situação considerada uma emergência perinatal porque rompe a barreira protetora ao redor do bebê, aumentando o risco de infecções e outras complicações graves. Monitoramento constante com avaliações clínicas detalhadas e exames periódicos é fundamental para evitar desfechos adversos. Isso inclui acompanhar sinais vitais maternos, movimentos fetais e exames laboratoriais (Souto *et al.,* 2022).

No caso das adolescentes grávidas, a falta de orientação adequada sobre sexualidade e saúde reprodutiva soma-se às dificuldades enfrentadas na gestação. A ausência de políticas públicas eficientes nesse campo prejudica ações preventivas contra RPM e outras complicações obstétricas (Borja Torres *et al.,* 2019). Dessa forma, ampliar o acesso aos serviços de saúde e fortalecer o acompanhamento pré-natal são passos essenciais.

Com isso, fica claro que a rotura prematura das membranas exige uma conduta obstétrica bem fundamentada na avaliação cuidadosa de cada caso. Conhecimento atualizado, diagnóstico preciso e atenção às particularidades da paciente são essenciais para garantir uma assistência segura e eficaz.

Este estudo busca reunir as evidências científicas mais recentes sobre as condutas recomendadas nesses casos para contribuir com uma prática clínica cada vez mais segura.

2 METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de uma revisão integrativa da literatura, uma abordagem que reúne e sumariza informações importantes de diversos estudos sobre um tema específico. Ela permite reunir achados de pesquisas com diferentes métodos, oferecendo uma visão mais completa e consolidada do assunto. A revisão integrativa é uma estratégia bastante rigorosa e abrangente, que contribui para o desenvolvimento do conhecimento na área da saúde, ajudando profissionais a tomarem decisões clínicas mais embasadas em evidências confiáveis (Mendes; Silveira; Galvão, 2019).

A revisão foi feita seguindo as seis etapas sugeridas por Mendes, Silveira e Galvão (2019). Primeiro, foi elaborada a questão de pesquisa. Depois, definiram-se os critérios para incluir ou excluir os estudos. Em seguida, os estudos foram selecionados nas bases de dados. Após isso, as informações extraídas foram organizadas em categorias. Na etapa seguinte, realizou-se uma análise crítica dos estudos que foram incluídos.

A investigação teve como ponto de partida uma pergunta formulada com base na estratégia PICO, onde definiu-se os seguintes elementos: gestantes (P), condutas obstétricas (I), sem comparação (C) e os desfechos clínicos relacionados à rotura prematura de membranas (O). Assim, a questão que nos guiou foi: “Quais condutas obstétricas indicadas pela literatura científica devem ser adotadas no manejo da rotura prematura de membranas em diferentes fases da gravidez?”

Para responder a essa questão, estabeleceu-se alguns critérios de inclusão. Selecionou-se artigos completos publicados entre 2016 a 2025, escritos em português, inglês ou espanhol, que abordassem especificamente as condutas obstétricas diante da rotura prematura de membranas. Foram excluídos estudos repetidos, aqueles com acesso restrito, editoriais, cartas ao editor, resumos sem texto completo e pesquisas que não tratassem diretamente do manejo clínico dessa condição.

A busca pelos estudos foi feita entre março e abril de 2025, utilizando as bases de dados eletrônicas *SciELO, PubMed,* LILACS e Google Scholar. Empregando termos específicos e também combinações, como “rotura prematura de membranas”, “trabalho de parto prematuro” e “Gerenciamento Clínico”, usando operadores booleanos *AND* e *OR* para ampliar as possibilidades de recuperação dos materiais mais relevantes.

Depois de recuperar os artigos inicialmente encontrados, foi realizado uma triagem lendo títulos e resumos para selecionar aqueles que atendiam aos critérios. Os estudos considerados compatíveis foram lidos na íntegra. A interpretação dos resultados foi conduzida de forma sistemática, buscando identificar padrões, diferenças e possíveis lacunas na literatura existente. Ademais, os

resultados serão apresentados de forma descritiva e analítica, apoiando-se nas categorias temáticas que emergiram dos estudos. A síntese das evidências buscou responder diretamente à pergunta inicial.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise aprofundada dos estudos revelou um conjunto sólido de evidências acerca das condutas obstétricas diante da RPM, destacando-se o papel da hospitalização, do monitoramento intensivo e das intervenções farmacológicas na condução clínica. Foram considerados 9 estudos, após a aplicação dos critérios metodológicos, incluindo revisões sistemáticas, ensaios clínicos, protocolos oficiais e diretrizes internacionais. A diversidade de abordagens presente nesses estudos possibilitou uma síntese abrangente, evidenciando consensos e diferenças na prática obstétrica contemporânea.

Fonseca e Viana (2022) defendem a hospitalização imediata da gestante, associada ao uso profilático de antibióticos, corticoides para maturação pulmonar e monitoramento clínico rigoroso. Tal orientação encontra respaldo nas diretrizes do ACOG (2016), que reforçam o uso de sulfato de magnésio até 32 semanas para neuroproteção fetal, ampliando as estratégias terapêuticas. Embora ambas as fontes valorizem a conduta conservadora, o ACOG enfatiza uma maior especificidade nas faixas gestacionais e nas indicações farmacológicas.

O protocolo da SES-DF (2018) propõe manejo expectante em gestações entre 24 e 34 semanas, orientando vigilância contínua com foco na prevenção da infecção ascendente. Buyuk; Oskovi-Kaplan e Durukan (2020), por sua vez, alertam para os limites dessa conduta em gestações extremamente precoces, especialmente antes de 24 semanas, onde os riscos superam os benefícios. Essa divergência evidencia a necessidade de uma análise individualizada, considerando a viabilidade fetal e a infraestrutura disponível.

No que diz respeito ao diagnóstico complementar, Buyuk; Oskovi-Kaplan e Durukan (2020), ressaltam a utilidade de biomarcadores e ultrassonografia na avaliação cervical e na tomada de decisão clínica. Contudo, o ACOG (2016) manifesta ceticismo quanto à precisão desses exames isolados, indicando que sua interpretação deve ser integrada aos achados clínicos. Assim, há consenso quanto à importância da associação entre sinais clínicos e laboratoriais para fundamentar decisões mais precisas.

Nesse contexto, o estudo de Zavala-Garcia *et al*. (2018) apresenta a relação plaquetas-linfócitos (PLR) como uma ferramenta promissora para o diagnóstico precoce da RPM, apresentando resultados significativamente alterados em pacientes com ruptura, inclusive em gestações a termo. Essa métrica oferece vantagens por ser simples e de baixo custo, facilitando sua utilização em ambientes com recursos limitados. Tal achado complementa as limitações apontadas por Buyuk; Oskovi-Kaplan e Durukan (2020), e pelo ACOG (2016), fortalecendo a incorporação de novos parâmetros laboratoriais acessíveis na prática clínica.

A abordagem conduzida por Pasquier *et al.* (2019), por meio de ensaio clínico multicêntrico, demonstrou que o manejo expectante em casos de RPM entre 28 e 32 semanas reduz complicações neonatais graves como sepse e prematuridade extrema quando comparado à indução precoce do parto. Este resultado está alinhado ao protocolo do SES-DF (2018), que também privilegia o prolongamento gestacional na ausência de sinais infecciosos claros, indicando um consenso na busca por melhores desfechos perinatais.

A metanálise conduzida pelo EPPPIC Group (2021) avaliou o uso de progestágenos como estratégia preventiva do parto prematuro, concluindo que a administração vaginal de progesterona diminui a incidência de nascimento antes de 34 semanas, sobretudo em gestantes com histórico prévio de prematuridade. Em contrapartida, o uso do 17-OHPC mostrou riscos aumentados, principalmente em gestações gemelares. Esses achados desafiam a prática comum do uso indiscriminado de progestágenos e sugerem maior seletividade na sua prescrição.

Complementando essa discussão, Abdali *et al.* (2018) observaram que a progesterona foi eficaz para prolongar a fase latente após a RPM, resultando em melhorias nos desfechos neonatais. Diferentemente do estudo do EPPPIC Group, que priorizou a prevenção primária mediante administração profilática antes do rompimento das membranas, essa pesquisa evidenciou benefícios terapêuticos no pós-rompimento imediato. Tal contraste indica que o momento e o modo de administração influenciam diretamente na eficácia do tratamento com progesterona.

O boletim do ACOG (2016) recomenda o uso profilático de corticoides para todas as gestantes entre 24 e 34 semanas podendo estender-se até 36 semanas com foco na redução da síndrome do desconforto respiratório neonatal. Fonseca e Viana (2022) reforçam essa orientação ao salientar os benefícios na diminuição dessa complicação respiratória neonatal. Por outro lado, Pasquier *et al.* (2019) notaram benefícios apenas em populações específicas ou sob condições particulares, levantando questionamentos quanto ao uso repetido dos corticoides; assim sendo, recomenda-se cautela no momento de sua administração contínua.

Pontua-se também pontos críticos no manejo da RPM antes da viabilidade fetal. Buyuk; Oskovi-Kaplan e Durukan (2020), destacam que nessa fase inicial as condutas devem estar fortemente embasadas no prognóstico clínico atualizado e na decisão compartilhada com a gestante devido à baixa taxa de sobrevida fetal e às altas morbidades associadas. O protocolo da SES-DF (2018), por sua vez, não fornece orientações específicas sobre essa faixa gestacional evidenciando uma lacuna frente às recomendações internacionais mais detalhadas.

No âmbito da vigilância fetal, Pasquier *et al.* (2019) defendem o uso sistemático da cardiotocografia juntamente com exames complementares por imagem para orientar o manejo expectante; sinais precoces de sofrimento fetal devem levar à interrupção imediata da gestação. O ACOG (2016) concorda parcialmente com essa postura ao indicar que intervenções só devem ocorrer

quando alterações persistirem após monitoramento rigoroso; essa convergência reforça a importância do uso criterioso dos critérios objetivos para decisão pelo parto.

O risco de infecção constitui um dos principais fatores determinantes para interrupção da gestação após RPM. SES-DF (2018) e Fonseca e Viana (2022) alertam que sinais como febre materna persistente, taquicardia fetal ou leucocitose justificam ações interventivas imediatas. Buyuk; Oskovi-Kaplan e Durukan (2020), acrescentam que alterações nos marcadores inflamatórios sanguíneos ou alterações em exames imagológicos podem antecipar o diagnóstico de corioamnionite subclínica, facilitando uma intervenção precoce essencial à preservação materno-fetal.

O estudo realizado por Pannain *et al.* (2023) fornece evidências consistentes acerca da associação entre sludge amniótico e elevação do risco de RPM, parto prematuro e corioamnionite; mesmo diante de outros fatores predisponentes como colo curto uterino, presença do sludge potencializa os desfechos adversos. A utilização profilática ou terapêutica com antibióticos demonstrou eficácia em prolongar a gestação nesses casos específicos; esses resultados atualizam os protocolos tradicionais ao enfatizar a importância do tratamento oportuno das infecções subclínicas.

Fonseca e Viana (2022) salientam que o êxito no manejo da RPM depende fundamentalmente da integração multidisciplinar entre profissionais especializados na atenção obstétrica; essa visão é corroborada pelo ACOG (2016), que adverte contra as complicações decorrentes da ausência ou deficiência dessa equipe qualificada reforçando assim a necessidade de organização adequada dos serviços hospitalares.

Buyuk; Oskovi-Kaplan e Durukan (2020), também destacam os dilemas éticos envolvidos na decisão pela manutenção ou interrupção da gestação em limites próximos à viabilidade fetal; tais decisões devem ser tomadas em diálogo direto com a paciente respeitando seus valores pessoais e expectativas promovendo um cuidado centrado na mulher conforme recomendam diversas diretrizes internacionais.

A padronização das condutas propostas pela SES-DF (2018) visa reduzir variações nos procedimentos adotados entre diferentes unidades atendendo às evidências científicas disponíveis; contudo, estudos como os de Buyuk; Oskovi-Kaplan e Durukan (2020) e Pannain *et al.* (2023) indicam que processos demasiado rígidos podem não contemplar adequadamente as particularidades individuais ou dinâmicas clínicas específicas durante cada gestação ressaltando assim que uma estratégia personalizada deve complementar as normativas padronizadas.

Destaca-se ainda o crescente interesse no uso de biomarcadores laboratoriais como instrumentos auxiliares no diagnóstico precoce da RPM: Zavala-Garcia *et al.* (2018), por exemplo, reforçam que a relação plaquetas-linfócitos representa um índice acessível e eficiente passível de incorporação rotineira como complemento aos métodos diagnósticos convencionais em contextos com limitações tecnológicas significativas.

Na vertente preventiva, verificam-se evidências tanto no estudo do EPPPIC Group quanto no trabalho de Abdali *et al.* (2017), indicando que o uso adequado da progesterona contribui tanto à prevenção primária quanto ao prolongamento da fase latente após RPM dependendo crucialmente da seleção criteriosa das pacientes e do momento adequado para início dessa terapia aspectos ainda pouco padronizados na prática clínica habitual.

4 CONCLUSÃO

Ao retomar a questão central deste estudo: "Quais condutas obstétricas indicadas pela literatura científica devem ser adotadas no manejo da rotura prematura de membranas em diferentes fases da gestação?". Verifica-se que as evidências disponíveis apontam para a importância de uma abordagem individualizada, fundamentada em protocolos clínicos bem estabelecidos e regularmente atualizados. As condutas obstétricas na rotura prematura de membranas variam conforme a idade gestacional, a presença de infecção, a viabilidade fetal e as condições clínicas maternas, sendo imprescindível equilibrar os riscos associados à prematuridade e às possíveis complicações infecciosas.

Os resultados indicam que o manejo conservador é geralmente preferido entre 24 e 34 semanas de gestação, incluindo o uso de antibióticos profiláticos, corticoides e monitoramento fetal contínuo. A hospitalização e a vigilância multiprofissional constituem elementos essenciais nesse contexto. A implementação de marcadores laboratoriais, como a relação entre plaquetas e linfócitos, apresenta-se como estratégia promissora especialmente em cenários com recursos limitados. Além disso, a presença de sludge amniótico destaca-se como fator relevante de risco, reforçando a necessidade de diagnóstico precoce e intervenção preventiva. A administração de progesterona, tanto no aspecto profilático quanto terapêutico, demonstrou eficácia na extensão do período latente, sendo sua indicação condicionada ao estágio gestacional e às particularidades clínicas da gestante.

Como contribuição para a sociedade e o meio acadêmico, este estudo reforça a importância de práticas fundamentadas em evidências atualizadas e centradas na paciente. A análise crítica dos achados revelou consenso em algumas condutas, entretanto também identificou divergências relevantes quanto ao uso de progestágenos, à repetição de corticoides e às intervenções em limiares de viabilidade fetal. Esses pontos ressaltam o papel fundamental do julgamento clínico e da decisão compartilhada.

Entre as limitações desta revisão, destaca-se a heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos, bem como a escassez de ensaios clínicos randomizados voltados para populações específicas, como adolescentes e gestantes de alto risco em regiões com recursos limitados. Recomenda-se que futuras pesquisas aprofundem o estudo da eficácia de biomarcadores diagnósticos acessíveis, além da padronização das condutas conforme os diferentes perfis obstétricos. A

continuidade na produção científica nesta área é essencial para garantir um cuidado obstétrico seguro, humanizado e eficiente diante da complexidade da rotura prematura de membranas.

REFERÊNCIAS

ACOG, American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Practice Bulletin No. 171: Management of Preterm Labor. **Obstet Gynecol**, [s.l.], v. 128, n. 4, p. e155–e164, out. 2016. DOI: 10.1097/AOG.0000000000001711. PMID: 27661654.

ARAUJO-VARGAS, Kenny; LEÓN-VILLAVICENCIO, Luisa; VILLEGAS-MÁRQUEZ, Carlos. Rotura prematura de membranas: diagnóstico y manejo. **Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela**, v. 84, n. 1, p. 59-72, 2024.

ABDALI, Fatemeh; TAGHAVI, Simin; VAZIFEKHAH, Shabnam; BEHZAD, Mohammad Naghavi; ATTARI, Mohammad Mirza Aghazadeh. Effect of Progesterone on Latent Phase Prolongation in Patients With Preterm Premature Rupture of Membranes. **Acta Medica Iranica**, v. 55, n. 12, p. 772–778, dez. 2017. Disponível em: https://acta.tums.ac.ir/article_39965.html.

BUYUK, Gul Nihal; OSKOVI-KAPLAN, Z. Asli; DURUKAN, Maternal Serum Haptoglobin Levels as a Marker of Preterm Premature Rupture of Membranes. **Z Geburtshilfe Neonatol**, [s.l.], v. 225, n. 1, p. 47–50, fev. 2021. DOI: 10.1055/a-1167-4512. PMID: 32464669. Publicado online em: 28 maio 2020.

BORJA TORRES, Rubí Alisba Borja *et al.* Incidencia de la ruptura prematura de membrana en adolescentes embarazadas. ReCIAMUC, v. 3, n. 1, p. 328–352, jan./mar. 2019. DOI: https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.(1).enero.2019.328-352.

EPPPIC GROUP. Evaluating Progestogens for Preventing Preterm birth International Collaborative (EPPPIC): meta-analysis of individual participant data from randomised controlled trials. **The Lancet,** v. 397, n. 10280, p. 1183–1194, 27 mar. 2021. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00217-8. Disponível em: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00217-8/fulltext.

FONSECA, Maíra Machado; VIANA, José Fernandes de Souza. Ruptura prematura de membranas em gestação pré-termo: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 6, p. e10380-e10380, 2022.

GUTIÉRREZ RAMOS, Miguel. Manejo actual de la rotura prematura de membranas en embarazos pretérmino. **Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia**, Lima, v. 64, n. 3, p. 405–413, 2018. DOI: https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2105. Disponível em: https://revistas.spcog.org.pe/index.php/rpgo/article/view/2105.

PASQUIER, Jean-Charles *et al.* Intentional early delivery versus expectant management for preterm premature rupture of membranes at 28-32 weeks' gestation: A multicentre randomized controlled trial (MICADO STUDY). **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 233, p. 30–37, fev. 2019. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.11.024. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301211518306795.

PANNAIN, Gabriel Duque *et al*. Amniotic Sludge and Prematurity: Systematic Review and Meta-analysis. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 45, n. 8, p. e489–e498, ago. 2023. DOI: https://doi.org/10.1055/s-0043-1772189. Disponível em: https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0043-1772189

SOUTO, Carolina de Oliveira *et al.* Rotura prematura de membranas ovulares na gestação: aspectos etiopatogênicos, métodos diagnósticos e condutas terapêuticas. **Brazilian Journal of Development,** Curitiba, v.8, n.10, p.65628-65642, oct.,2022. DOI: https://doi.org/10.34117/bjdv8n10-047.

SES-DF, Secretaria de Estado de Saúde. Protocolo de Manejo da Rotura Prematura de Membranas – ROPREMA. Brasília: **Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal**, 2018. 16 p. Disponível em:https://www.saude.df.gov.br/wpconteudo/uploads/2018/05/ROPREMA_rotura_prematura_das_membranas.pdf.

ZAVALA-GARCIA *et al*. Utilidad diagnóstica del biomarcador relación plaquetas-linfocitos en rotura prematura de membranas de término y pretérmino**. Perinatología y Reproducción Humana**, v. 32, n. 4, p. 151–154, dez. 2018. DOI: https://doi.org/10.1016/j.rprh.2018.08.007. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S018753372030099X.