

Ruptura das membranas antes do trabalho de parto (amniorrexe prematura)

- 1 Introdução
- 2 Diagnóstico
 - 2.1 Ruptura das membranas
 - 2.2 Exame vaginal
 - 2.3 Avaliação do risco de infecção
 - 2.4 Avaliação do risco de imaturidade fetal
- 3 Ruptura das membranas pré-termo antes do trabalho de parto
 - 3.1 Riscos
 - 3.2 Atenção antes do início do trabalho de parto
 - 3.2.1 *Antibióticos profiláticos*
 - 3.2.2 *Tocolíticos profiláticos*
 - 3.2.3 *Administração de corticosteróides*
 - 3.2.4 *Indução de trabalho de parto*
 - 3.3 Atenção após o início do trabalho de parto
 - 3.3.1 *Antibióticos*
 - 3.3.2 *Tocolíticos*
 - 3.3.3 *Amnioinfusão*
- 4 Ruptura das membranas a termo antes do trabalho de parto
 - 4.1 Indução de trabalho de parto com ocitocina
 - 4.2 Indução de trabalho de parto com prostaglandinas
 - 4.3 Comparação entre prostaglandinas e ocitocina
 - 4.4 Antibióticos profiláticos
- 5 Conclusões

1 Introdução

A ruptura das membranas (amniorrexe) antes do trabalho de parto é definida como a ruptura espontânea das membranas antes do início de contrações uterinas regulares. Frequentemente é denominada “ruptura prematura das membranas”, mas esse nome pode levar a erro, porque a palavra “prematura” é associada a baixo peso ao nascimento e a parto pré-termo. A designação “ruptura antes do trabalho de parto” é mais apropriada e precisa.

Quando há ruptura das membranas antes do trabalho de parto antes de 37 semanas de gestação, nós a denominamos “ruptura pré-termo antes do trabalho de parto”; a partir de 37 semanas, é denominada “ruptura das membranas a termo antes do trabalho de parto”. A distinção, embora arbitrária, é importante para o prognóstico e o tratamento.

2 Diagnóstico

2.1 Ruptura das membranas

É importante ter certeza sobre a ocorrência ou não de ruptura das membranas. Algumas vezes o diagnóstico é evidente pelo súbito jato de líquido amniótico transparente da vagina e sua perda contínua subsequente. Algumas vezes pode ser difícil diferenciar a ruptura das membranas de outros extravasamentos de líquido, como corrimento vaginal ou urina. Se a ruptura foi recente, pode ser possível confirmar o diagnóstico colhendo uma amostra de líquido, seja instruindo a mulher a sentar-se sobre um coletor adequado ou colhendo ao exame com espéculo uma amostra de um acúmulo de líquido amniótico no fórnice posterior.

O teste com nitrazina provavelmente é o mais usado para diferenciar o líquido amniótico de outros líquidos corporais, mas possui uma taxa de aproximadamente 15% de resultados falso-positivos. Por essa razão, vale a pena realizar outro teste, geralmente observação microscópica da cristalização. É menos provável que o teste da cristalização produza resultados falso-positivos, embora possua maior incidência de falso-negativos.

Se a ruptura suspeita ocorreu algumas horas antes e a maior parte do líquido saiu pela vagina, pode não ser possível estabelecer ou confirmar o diagnóstico com qualquer grau de segurança. Nessas circunstâncias, é muito importante realizar uma anamnese cuidadosa. Pode-se obter informações sobre quando e como ocorreu a saída de líquido; se algo semelhante já aconteceu antes; a quantidade aproximada de líquido perdida; qual era a cor; como era o cheiro; e se aconteceu alguma outra coisa importante. Esta última pergunta pode propiciar um comentário sobre a presença de partículas brancas ou gordurosas. A constatação de oligoidramnio por ultrasonografia é forte sinal de confirmação de ruptura das membranas antes do trabalho de parto, quando há uma história de súbita liberação de líquidos.

Não está claro se a ruptura alta das membranas deve ou não ser considerada clinicamente diferente da ruptura baixa. Há poucas informações sobre a forma de diferenciação desses dois tipos de ruptura, ou se requerem ou não diferentes formas de



tratamento. Na ausência desses dados, a única conduta prática é considerá-las equivalentes.

2.2 Exame vaginal

É provável que os exames vaginais possam introduzir ou aumentar o risco de infecção intra-uterina, embora não tenham sido realizadas comparações controladas para comprovar ou refutar essa suposição. O exame vaginal só deve ser realizado para se obter informações que seriam úteis para determinar cuidados adicionais, e que não podem ser obtidas de forma menos invasiva. Provavelmente os exames de toque vaginal e especular trazem poucos benefícios. As informações que se pode obter por exame especular provavelmente são superiores às obtidas pelo exame de toque vaginal. Pode incluir visualização do “acúmulo” de líquido amniótico no fórnice posterior, e coleta de parte desse líquido para teste de nitrazina, e exame microscópico da cristalização para confirmar que houve ruptura das membranas. Pode haver líquido suficiente para determinação do fosfatidilglicerol como medida da maturidade pulmonar fetal. Pode ser colhido material para cultura ou pesquisa de patógenos, incluindo estreptococos do grupo B. Por outro lado, o exame especular tende a ser mais desagradável para a mãe do que o toque vaginal. Não foram realizadas comparações controladas para estabelecer o benefício, se houver, do toque vaginal ou do exame especular.

2.3 Avaliação do risco de infecção

Qualquer mulher com ruptura das membranas antes do trabalho de parto, em qualquer período da gestação, deve ser avaliada em relação a sinais de infecção intra-uterina. Estes incluem febre e taquicardia materna ou fetal. Se qualquer um desses sinais for acompanhado por útero dolorido e líquido fétido, não haverá dúvida sobre o diagnóstico. Entretanto, o útero dolorido e o corrimento fétido são sinais tardios de infecção intra-uterina.

Os primeiros sinais clínicos de infecção intra-amniótica são taquicardia fetal e pequena elevação da temperatura materna, mas ambos os sinais são bastante inespecíficos. A estimativa da proteína C reativa na circulação materna, que é usada em algumas situações, pode ser um sinal precoce razoavelmente fidedigno de infecção intra-uterina, mas a utilidade desse teste nunca foi avaliada em comparação controlada.

Embora ocasionalmente a infecção intra-uterina possa preceder a ruptura das membranas, o principal risco é de infecção ascendente da vagina para a cavidade uterina. Portanto, informações sobre a presença de patógenos na vagina podem ser úteis, particularmente sobre aqueles organismos causados

da maioria das infecções fetais, como estreptococos do grupo B, *Escherichia coli* e *Bacteroides*. A antibioticoterapia intraparto de mães portadoras de estreptococos do grupo B na vagina reduz a incidência de sepse neonatal e morte neonatal por infecção causada por estreptococos do grupo B.

Em populações com alta prevalência de portadores de estreptococos do grupo B, deve-se adotar como padrão a pesquisa do microorganismo ou a antibioticoterapia intraparto rotineira após ruptura prolongada das membranas. Em outras populações, uma cultura inicial deve ser parte da assistência prestada após ruptura das membranas pré-termo antes do trabalho de parto.

A amniocentese foi defendida para avaliar o risco de infecção, particularmente no período pré-termo. Os problemas com a amniocentese incluem seu caráter invasivo e os riscos associados ao procedimento, incapacidade de se obter líquido amniótico em uma parcela dos casos, e, mais importante, a má correlação entre os resultados de testes diagnósticos aplicados ao líquido e o desenvolvimento de infecção fetal. Não são encontradas bactérias em todas as mulheres com sinais clínicos de infecção intra-amniótica, e nem sempre elas estão ausentes em mulheres sem sinais de infecção. Alguns estudos de observação sugeriram que os leucócitos no líquido amniótico são mais preditivos de morbidade infecciosa do que as bactérias, mas isso não foi confirmado por outros estudos.

Foi realizado apenas um estudo controlado para avaliar a utilidade da amniocentese na detecção de infecção intra-uterina por coloração pelo Gram e cultura após ruptura das membranas pré-termo antes do trabalho de parto. O uso de amniocentese não reduziu a parcela de mulheres que tiveram parto induzido devido à amnionite clínica nem o número de mortes perinatais. Causou diminuição da frequência de padrões cardíacos fetais anormais no trabalho de parto e redução do número médio de dias que os lactentes permaneceram internados após a alta materna. De maneira geral, não há dados adequados para se avaliar se o uso de amniocentese em mulheres com ruptura das membranas pré-termo antes do trabalho de parto produz mais benefícios que danos para a mãe e o bebê.

Vários estudos de observação sugerem que os movimentos respiratórios fetais e os movimentos visíveis do corpo cessam quando ocorre infecção intra-amniótica. Estas alterações do comportamento fetal exigem avaliação adicional, mas podem ser tão fidedignas para a detecção de infecção intra-uterina quanto a técnica mais invasiva de amniocentese.

2.4 Avaliação do risco de imaturidade fetal

A avaliação do risco de imaturidade fetal depende principalmente de determinação cuidadosa da idade gestacional, inclu-

indo quaisquer avaliações por ultra-sonografia realizadas no início da gravidez. Geralmente haverá pouca dificuldade em se identificar fetos muito imaturos ou claramente próximos ao termo. Entre essas duas categorias, e mais especificamente entre 26 e 34 semanas de gestação, é bem mais difícil se avaliar o risco da imaturidade relativa.

A maturidade pulmonar, determinada por análise do líquido amniótico, está associada a diminuição do risco de mortalidade e morbidade por distúrbios respiratórios, mas não significa necessariamente que serão evitados outros riscos associados ao parto pré-termo, principalmente a hemorragia periventricular.

3 Ruptura das membranas pré-termo antes do trabalho de parto

3.1 Riscos

A conseqüência mais grave, e mais comum, da ruptura de membranas pré-termo antes do trabalho de parto é o parto pré-termo. O risco associado está diretamente relacionado à idade gestacional e à maturidade do feto. Na extremidade inferior da faixa de idade gestacional, a melhora da evolução perinatal dependerá totalmente da continuação da gravidez. Na outra extremidade da faixa de idade gestacional pré-termo, as políticas de atenção devem ser pouco diferentes ou iguais àquelas aplicadas após a ruptura das membranas a termo. A ruptura de membranas antes do trabalho de parto em idades gestacionais situadas entre dois extremos (aproximadamente entre 24 e 34 semanas) acarreta o difícil dilema de se equilibrar os riscos de imaturidade com os riscos de infecção.

A morbidade infecciosa, principalmente devida à infecção intra-uterina ascendente, é o segundo maior risco para o bebê. Este risco é maior quando a idade gestacional é menor, possivelmente devido à relativa imaturidade dos mecanismos de defesa antibacterianos e às propriedades bacteriostáticas subdesenvolvidas do líquido amniótico no início da gravidez.

Além desses dois maiores riscos, outros perigos da ruptura de membranas pré-termo antes do trabalho de parto incluem: prolapso do cordão umbilical; compressão do cordão devido à perda do líquido amniótico protetor; hipoplasia pulmonar e várias deformidades associadas ao oligodrâmio persistente; descolamento prematuro da placenta; e as dificuldades mecânicas (se for necessário cesariana) de retirar o bebê de um útero contendo pouco ou nenhum líquido amniótico e com um segmento inferior mal desenvolvido.

O prolapso do cordão umbilical pode ocorrer no momento da ruptura de membrana ou depois, com o início do trabalho

de parto. Qualquer modificação em uma situação aparentemente estável, como a perda recorrente de líquido amniótico ou o início de contrações uterinas, deve alertar o profissional para essa possibilidade. Avaliações repetidas da frequência cardíaca fetal, seja por ausculta ou cardiocografia e uma ultra-sonografia cuidadosa, podem ser úteis nessas circunstâncias.

Pode haver compressão do cordão umbilical devido à perda do efeito protetor do líquido amniótico. O risco de aumento local da pressão aumenta com o início das contrações uterinas, e a incidência de acentuadas desacelerações da frequência cardíaca fetal está diretamente relacionada ao grau de oligodrâmio.

A ruptura prolongada das membranas com oligodrâmio por várias semanas pode causar diversas anormalidades de compressão e da postura fetal. São necessárias quantidades adequadas de líquido amniótico para o desenvolvimento pulmonar normal. A ruptura precoce e prolongada das membranas pode causar hipoplasia pulmonar e quando grave, morte neonatal. Não está claro se a presença de movimentos respiratórios fetais ou se as medidas do tórax por ultra-sonografia são úteis para indicar preservação do crescimento pulmonar; os estudos de observação descritos mostraram resultados conflitantes.

Deve-se suspeitar de descolamento prematuro da placenta sempre que uma mulher com ruptura de membranas pré-termo apresentar hemorragia ou dor abdominal.

3.2 Atenção antes do início do trabalho de parto

O parto pré-termo é a principal conseqüência da ruptura das membranas pré-termo antes do trabalho de parto. Quando não há instalações adequadas para terapia intensiva perinatal e neonatal, a forma mais efetiva de assistência é encaminhar a mulher a um centro perinatal, onde essas instalações estejam prontamente disponíveis.

A maioria das mulheres entrará em trabalho de parto horas ou poucos dias após a ruptura das membranas no período pré-termo. Entretanto, em algumas mulheres haverá retardo muito maior do trabalho de parto. Entre essas mulheres haverá algumas nas quais o diagnóstico de ruptura das membranas pode ter sido errado; em outras um extravasamento alto pode ter cessado, de forma que o líquido amniótico volta ao normal. Entretanto, essa é a exceção e não a regra. A reaccumulação de líquido amniótico pode indicar que a mulher pode voltar para casa com grau razoável de segurança, embora isso nunca tenha sido avaliado em uma comparação controlada.

Desde que a mãe e o feto estejam bem nas avaliações iniciais, as principais preocupações nos primeiros dias após a rup-



tura das membranas referem-se à detecção do início de infecção ou contrações uterinas. A atenção deve concentrar-se na detecção desses fatos por avaliações regulares da temperatura e do pulso materno, da frequência cardíaca fetal e da contratilidade uterina. Não está claro se a contagem seriada de leucócitos ou a determinação dos níveis de proteína C reativa aumentam a precisão dessa supervisão. A variação do número de leucócitos e os níveis de proteína C reativa podem ser muito grandes, particularmente quando são acrescentadas as influências do trabalho de parto ou da administração de corticosteróides.

Outros elementos de supervisão são guiados pela necessidade de detectar outras complicações que podem ocorrer após ruptura de membranas pré-termo antes do trabalho de parto.

3.2.1 *Antibióticos profiláticos*

A profilaxia com antibióticos reduz o risco de parto pré-termo em uma semana, de infecções maternas antes do parto e de infecção do bebê. Não foi demonstrado efeito sobre a incidência geral de parto pré-termo (menos de 37 semanas) sobre a morbidade infecciosa pós-parto materna ou sobre o risco de pneumonia neonatal.

Pode-se esperar que a redução da infecção neonatal, associada a aumento da maturidade fetal obtida por prolongamento do tempo decorrido até o parto, aumente a sobrevida neonatal. Embora os estudos controlados realizados até agora não tenham demonstrado isso, os indícios acumulados falam em favor da antibioticoterapia. Não há certeza sobre quais antibióticos proporcionariam os melhores resultados, nem qual a duração do tratamento necessária. O tratamento provavelmente deve ser guiado por cultura bacteriana e mantido até o parto.

3.2.2 *Tocolíticos profiláticos*

Dois pequenos estudos sobre o uso de ritodrina oral abordaram a possibilidade de a administração de tocolíticos melhorar a evolução em mulheres que não entram em trabalho de parto após ruptura de membranas pré-termo antes do trabalho de parto. Não houve diferença na proporção de mulheres que deram à luz em 10 dias. O número de mulheres envolvidas foi pequeno demais para se avaliar a influência, se houver, sobre a infecção neonatal, síndrome de angústia respiratória ou mortalidade perinatal.

Esses dados e os dados de estudos controlados por placebo sobre o uso profilático de betamiméticos em mulheres sem ruptura das membranas não apóiam sugestões de que a tocolise profilática antes do início das contrações uterinas seja útil.

3.2.3 *Administração de corticosteróides*

As preocupações teóricas de que os corticosteróides podem ser supérfluos e perigosos em mulheres com ruptura de membranas antes do trabalho de parto não foram confirmadas pelos resultados de estudos controlados. Essas preocupações foram baseadas na observação de que a própria ruptura das membranas pode estimular a maturidade pulmonar fetal, e assim torna desnecessário o uso de outros agentes para promover a maturidade. Além disso, houve temores de que os efeitos imunossupressores dos corticosteróides pudessem aumentar a susceptibilidade à infecção intra-uterina e mascarar sinais precoces de infecção em mulheres com ruptura de membranas antes do trabalho de parto.

Essas preocupações não são apoiadas pelas evidências. Uma revisão sistemática dos estudos randomizados de administração de corticosteróides a mulheres com ruptura de membranas pré-termo antes do trabalho de parto mostra claramente que a incidência de síndrome de angústia respiratória é ainda mais reduzida pela administração de corticosteróides, independentemente de quaisquer efeitos que a própria ruptura de membranas antes do trabalho de parto possa exercer sobre a maturidade pulmonar fetal. Em geral, a frequência de infecção materna não aumenta após o uso de corticosteróides, embora a infecção materna possa estar aumentada nas mulheres cujas membranas se romperam há mais de 24 horas.

O risco de infecção neonatal não sofreu grande aumento estatístico no grupo tratado com corticosteróides, em comparação com o grupo de controle. Todavia, a infecção neonatal após tratamento materno com corticosteróides ainda é um possível risco. Pode ser apropriado o uso concomitante de antibióticos (ver Cap. 25).

3.2.4 *Indução de trabalho de parto*

Comparações controladas entre uma política “ativa” de parto eletivo após ruptura de membranas pré-termo antes do trabalho de parto e uma política de controle sem indução eletiva não mostram efeito protetor da política ativa contra qualquer efeito adverso. Na verdade, há uma tendência de os resultados serem menos favoráveis no grupo de política “ativa”. Esses resultados adversos incluem sepse materna e diversas formas de morbidade do lactente (infecção neonatal, síndrome de angústia respiratória, hemorragia intracraniana e morte perinatal por outras causas além de malformações congênitas).

Mesmo quando se usam corticosteróides juntamente com a indução de trabalho de parto para aumentar a maturidade pulmonar, a política ativa não beneficia o lactente. Nesse caso,

os efeitos benéficos dos corticosteróides pré-natais na ruptura de membranas pré-termo antes do trabalho de parto parecem ser neutralizados por redução da duração da gravidez com parto eletivo.

3.3 Atenção após o início do trabalho de parto

O início das contrações uterinas pode ser resultante de infecção intra-uterina. Esteja o feto maduro ou imaturo, provavelmente deve-se permitir que o trabalho de parto pré-termo que começa algum tempo após a ruptura das membranas prossiga para parto pré-termo, devido ao risco de infecção. Quando o feto é imaturo a ponto de não ter chance de sobrevivência extra-uterina, as tentativas de prolongar a gravidez devem depender não apenas do pouco que se pode ganhar em termos de resultado para o lactente, mas ainda mais dos riscos maternos e das opiniões dos pais. As decisões sobre o método de parto e sobre a necessidade de cesariana devem ser pouco diferentes daquelas em outros partos pré-termo (ver Cap. 37).

3.3.1 Antibióticos

Não se esclareceu adequadamente por meio de estudos controlados se os antibióticos devem ou não ser administrados imediatamente nessas circunstâncias. Tanto o senso comum clínico quanto os dados de estudos que compararam a antibioticoterapia intraparto com a antibioticoterapia pós-parto imediata para infecção intra-amniótica tendem a apoiar o uso de antibioticoterapia assim que houver suspeita de um diagnóstico de infecção intra-uterina.

3.3.2 Tocólise

Os pequenos estudos controlados que compararam o uso ou não de tocólise no trabalho de parto pré-termo após ruptura de membranas antes do trabalho de parto não mostram diferenças em qualquer um dos resultados examinados. Estes incluem atraso do parto, recorrência do trabalho de parto pré-termo, parto pré-termo, peso ao nascimento, mortalidade e morbidade respiratória.

Não há indicações de que os agentes tocolíticos por si mesmos melhorem a evolução perinatal, e eles não são inócuos. Só devem ser usados quando os benefícios do prolongamento da gravidez por alguns dias superam claramente os riscos. Exemplos disso seriam quando a inibição do trabalho de parto permite a implementação de outras medidas efetivas para melhorar a evolução do lactente pré-termo, como a administração de corticosteróides maternos ou a transferência da mãe para um centro perinatal com instalações adequadas para assistência no parto pré-termo e do lactente pré-termo.

3.3.3 Amnioinfusão

As desacelerações da frequência cardíaca fetal durante o trabalho de parto pré-termo são mais frequentes se houver ruptura das membranas antes do início do trabalho de parto. Muitos dos padrões anormais de frequência cardíaca fetal são sugestivos de compressão do cordão umbilical, e podem ser devidos à perda do efeito protetor do líquido amniótico. Os méritos e riscos relativos da amnioinfusão durante o trabalho de parto em mulheres com ruptura de membranas pré-termo antes do trabalho de parto ainda não foram completamente avaliados. Os dados disponíveis até agora sugerem uma redução significativa do número de desacelerações acentuadas da frequência cardíaca fetal por hora durante o primeiro estágio do trabalho de parto e aumento do pH na artéria umbilical, com amnioinfusão. Os méritos e riscos dessa conduta requerem avaliação suplementar.

4 Ruptura das membranas a termo antes do trabalho de parto

A ruptura de membranas antes do trabalho de parto ocorre em 6-19% de todos os partos a termo. A maioria das mulheres cujas membranas se rompem a termo antes do trabalho de parto entrará em trabalho de parto logo após a ruptura das membranas. Quase 70% dessas mulheres darão à luz em 24 horas, e quase 90%, em 48 horas. Um número notavelmente constante de 2-5% não terá dado à luz após 72 horas, e uma parcela quase igual continuará assim após 7 dias. É possível que essas mulheres tenham uma deficiência da produção de prostaglandinas ou da via de biossíntese de prostanóides, e que ela seja responsável não apenas pela ausência de trabalho de parto espontâneo mas também pelo freqüente progresso inadequado da dilatação cervical quando o trabalho de parto é induzido com ocitocina.

A infecção, tanto materna quanto neonatal, tem sido a principal preocupação. Esta preocupação remonta à década de 1950, quando a ruptura das membranas a termo antes do trabalho de parto foi associada a um alto risco de mortalidade materna e perinatal. Não causa surpresa que tenha sido defendida a indução imediata do trabalho de parto para reduzir esse risco.

O prognóstico de ruptura das membranas a termo antes do trabalho de parto modificou-se muito nas últimas décadas do século XX. Dados colhidos durante longos períodos, alguns dos quais incluem mulheres que deram à luz há mais de 25 anos, têm importância questionável para a prática obstétrica atual. As mortes maternas observadas nos anos anteriores ocorreram principalmente em mulheres com infecção intra-uterina

grave e prolongada, que muitas vezes tiveram antibioticoterapia julgada inadequada pelos padrões atuais. Quase nunca é constatada mortalidade materna em estudos sobre ruptura das membranas a termo antes do trabalho de parto realizados mais recentemente, e a morte perinatal por infecção também tornou-se rara. Com a modificação do prognóstico para as mulheres e seus lactentes, e a preocupação com a percepção de aumento do risco de parto cirúrgico após indução de trabalho de parto, recentemente uma conduta mais expectante tornou-se mais popular.

A questão fundamental sobre a assistência a mulheres com ruptura das membranas, a termo ou quase a termo, é se é melhor induzir o trabalho de parto imediatamente após a ruptura das membranas ou retardar a indução na expectativa de que o trabalho de parto comece espontaneamente. A próxima questão, no caso de ser escolhida indução imediata, é o método de indução: ocitocina ou prostaglandinas. As mulheres devem ser informadas sobre os efeitos das opções de tratamento disponíveis e incentivadas a escolher a opção de tratamento que preferirem.

4.1 Indução de trabalho de parto com ocitocina

A indução de trabalho de parto com ocitocina, a termo ou quase a termo (quando foram superados os principais riscos de imaturidade pulmonar), reduz o risco de infecção materna (corioamnionite e endometrite) e mostra tendência a reduzir o risco de infecção neonatal em comparação com a conduta expectante. Entretanto, a maioria dos estudos controlados que avaliaram infecção neonatal teve pouca qualidade metodológica, e o efeito benéfico da indução de trabalho de parto com ocitocina sobre a infecção neonatal pode ter sido superestimado. A indução de trabalho de parto com ocitocina diminui a taxa de internação para terapia intensiva neonatal.

A indução com ocitocina possui um aumento pequeno, mas não estatisticamente significativo, do risco de parto cirúrgico ou cesariana. Está associada ao uso mais freqüente de analgesia peridural e de monitorização interna da freqüência cardíaca fetal.

4.2 Indução de trabalho de parto com prostaglandinas

Os efeitos da indução do trabalho de parto com prostaglandinas, com ou sem ocitocina concomitante, na ruptura de membranas a termo antes do trabalho de parto, são semelhantes àqueles da indução apenas com ocitocina. Em comparação com a conduta expectante, a indução com prostaglandina resulta em menor risco de infecção materna e menor tendência de infecção do recém-nascido, juntamente com diminuição do

número de internações na unidade de terapia intensiva neonatal. Não há diferenças significativas nas taxas de parto vaginal cirúrgico ou cesariana. O uso de analgesia/anestesia e os efeitos colaterais maternos (diarréia) são mais freqüentes em mulheres induzidas com prostaglandinas que em mulheres tratadas de forma expectante.

4.3 Comparação entre prostaglandinas e ocitocina

As comparações diretas entre o uso isolado de ocitocina e o uso de prostaglandina (com ou sem ocitocina) para a indução de trabalho de parto na ruptura das membranas a termo antes do trabalho de parto mostram pouca diferença entre os dois métodos em relação às taxas de parto operatório ou cesariana. São usadas menos anestésias peridurais com as prostaglandinas, mas não se observa efeito sobre o uso geral de analgesia/anestesia.

O uso de prostaglandinas resulta em maior freqüência de infecções maternas, possivelmente relacionadas a aumento do número de exames vaginais. Também parece aumentar o risco de infecção neonatal, particularmente se for sabido que as mulheres estão colonizadas por estreptococos do grupo B (porém, como a avaliação da infecção neonatal só foi cegada para designação do tratamento e duração da ruptura de membranas em um dos 18 estudos controlados, o efeito prejudicial sobre esse resultado pode ser menor que o sugerido pelos dados). Em geral, as internações para terapia intensiva neonatal são mais freqüentes com a indução por prostaglandinas.

Assim, os dados sugerem que, se for escolhida indução precoce do trabalho de parto após ruptura de membranas a termo antes do trabalho de parto, a indução com ocitocina em lugar de prostaglandinas proporcionaria o maior benefício com menos danos.

4.4 Antibióticos profiláticos

É evidente que são necessários antibióticos apropriados quando há sinais de infecção na ruptura de membranas antes do trabalho de parto. O lugar dos antibióticos no tratamento de mulheres sem sinais de infecção é muito menos claro. Os dois estudos controlados de antibióticos profiláticos realizados na década de 1960 utilizaram antibioticoterapias que não são mais usadas. Embora não tenham mostrado qualquer efeito sobre a incidência de infecção fetal e neonatal, foi observada redução estatisticamente significativa na incidência de morbidade materna infecciosa pós-parto após profilaxia com antibióticos. Em alguns centros, isso levou à adoção de protocolos envolvendo a administração rotineira de antibióticos *após* o parto a mulheres com ruptura de membranas a termo prolongada. Embora a utilidade dessa conduta não tenha sido avaliada em

comparações randomizadas, seria útil determinar que mulheres, sem sinais claros de infecção, poderiam ser beneficiadas por administração de antibióticos após o parto.

Um pequeno estudo randomizado abordou a questão da conveniência da administração de antibióticos profiláticos ao bebê após o parto em mulheres com ruptura prolongada das membranas antes do trabalho de parto. Houve algum apoio à idéia de que antibióticos profiláticos reduziram o risco de infecção, mas o estudo deve ser reproduzido em uma amostra maior, com avaliação cega dos resultados para os lactentes.

5 Conclusões

Qualquer mulher com história sugestiva de ruptura de membranas antes do trabalho de parto deve ser avaliada logo que possível. A atenção deve ser voltada para determinar se realmente houve ruptura das membranas; para uma revisão cuidadosa da história menstrual e avaliação da idade gestacional; para possíveis sinais de infecção incipiente ou estabelecida; para sinais de sofrimento fetal por compressão ou prolapso do cordão; e para sinais de contrações uterinas.

No caso da mulher com ruptura de membranas pré-termo antes do trabalho de parto que não esteja em trabalho de parto, não esteja infectada e não apresente indícios de sofrimento fetal ou de outra patologia fetal ou materna, é provável que a continuação da gravidez seja mais benéfica do que prejudicial. A administração profilática de antibióticos a mulheres com ruptura das membranas pré-termo antes do trabalho de parto retarda o parto e reduz o risco de infecção materna e neonatal. Ainda não foi demonstrado efeito sobre a mortalidade perinatal. Em mulheres notoriamente portadoras de estreptococos do grupo B, os antibióticos intraparto devem ser adotados como tratamento padrão (ver Cap. 19).

Não há indícios de que o uso profilático de agentes betamiméticos antes do início das contrações uterinas seja útil para a prevenção do início do trabalho de parto pré-termo.

Como o parto pré-termo frequentemente sucede a ruptura das membranas pré-termo antes do trabalho de parto, deve-se administrar corticosteróides se não houver indicação de maturidade pulmonar suficiente, para reduzir o risco de síndrome de angústia respiratória. Embora não haja respaldo de estudos controlados, a associação de antibióticos e corticosteróides pode causar mais benefícios do que danos.

O uso rotineiro de medidas para realizar parto precoce após ruptura das membranas pré-termo antes do trabalho de parto

não reduz o risco de infecção, e causa mais danos que benefícios. Entretanto, se houver sinais de infecção intra-uterina, deve ser iniciada antibioticoterapia e o parto realizado tão logo possível. No momento do parto deve estar presente um neonatologista experiente.

Para mulheres com ruptura das membranas a termo (ou quase a termo) antes do trabalho de parto, devem ser cuidadosamente avaliados os efeitos da indução em comparação com a conduta expectante. Os riscos de infecção (materna e neonatal) são um pouco maiores com a conduta expectante. Se for escolhida indução precoce do trabalho de parto, a ocitocina, e não as prostaglandinas, oferece o maior benefício com os menores danos.

Fontes

Effective care in pregnancy and childbirth

Grant, J. and Keirse, M.J.N.C., Prelabour rupture of the membranes at term.

Keirse, M.J.N.C., Ohlsson, A., Treffers, P. and Kanhai, H., Prelabour rupture of the membranes preterm.

Biblioteca Cochrane

Crowley, P., Prophylactic corticosteroids for preterm delivery.

Hofmeyr, G.J., Amnio-infusion for preterm rupture of membranes.

Kenyon, S. and Boulvain, M., Antibiotics for preterm premature rupture of membranes.

Tan, B.P. and Hannah, M.E., Oxytocin for prelabour rupture of membranes at or near term.

Prostaglandins versus oxytocin for prelabour rupture of membranes at term.

Prostaglandins versus oxytocin for prelabour rupture of membranes at or near term.

Prostaglandins for prelabour rupture of membranes at or near term.

Revisões pré-Cochrane

Crowley, P., Corticosteroids and induction of labour after PROM preterm. Review no. 06871.

Elective delivery after preterm prelabour rupture of membranes. Review no. 04473.

Keirse, M.J.N.C., Betamimetics after preterm prelabour rupture of membranes. Review no. 04396.

Outras fontes

Hannah, M.E., Ohlsson, A., Wang, E.E., Matlow, A., Foster, G.A., Willan, A.R. et al. (1997). Maternal colonization with group B streptococcus and prelabour rupture of membranes at term: the role of induction of labor. Term PROM Study Group. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 177, 780–5.