

	<b>HOSPITAL DAS CLÍNICAS</b> <b>FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP</b> <b>SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA DO HCFMB – SO</b> Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n – CEP 18618-687 Botucatu – São Paulo – Brasil Telefone (14) 3880-1402 E-mail <a href="mailto:deptogo@fmb.unesp.br">deptogo@fmb.unesp.br</a>	<b>PRC SO 001 - Pág.: 1 / 10</b>
		<b>Emissão: 01/10/2018</b>
<b>MANUAL DE PROTOCOLOS CLÍNICOS DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA DO HCFMB – SO</b>		<b>Revisão nº:</b>
		<b>Última Revisão:</b>
<b>PRC SO 001 – PROTOCOLO DE ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)</b>		

## MANUAL DE PROTOCOLOS CLÍNICOS DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA DO HCFMB – SO

### 1. PROTOCOLO DE ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)

#### 1.1. INTRODUÇÃO

É a rotura espontânea das membranas coriônica e amniótica antes do início de trabalho de parto, independentemente da idade gestacional.

- RPM no termo: a partir de 37 semanas
- RPM no pré-termo: abaixo de 37 semanas

#### 1.2. DIAGNÓSTICO

##### 1.2.1. Anamnese:

- História de perda de líquido amniótico (LA) por via vaginal inicialmente abrupta e em quantidade variável e, depois, de forma intermitente.
- Diferenciar de perda urinária, corrimento vaginal e perda do tampão cervical.

##### 1.2.2. Exame físico:

- Inspeção vulvar: LA escoando pela rima vulvar e/ou vulva umedecida
- Exame Especular (contra-indicado utilizar vaselina ou sabão líquido para lubrificar o espéculo): LA acumulado em fundo de saco vaginal ou evidência de sua saída pelo orifício externo da cérvix, espontaneamente ou à manobra de Valsalva.
- Toque: não deve ser realizado (exceto quando há indicação para avaliação do colo uterino para a indução do parto ou em fase ativa do trabalho de parto. Não há necessidade de luva estéril. Utilizar clorexidina degermante para o exame).

##### 1.2.3. Testes complementares:

- Só devem ser realizados quando a história clínica e o exame especular não foram conclusivos para o diagnóstico da RPM

<b>Elaboração:</b> Joelcio Francisco Abbade Vera T M Borges, José C Peraçoli, Leandro G Oliveira, Roberto A A Costa	<b>Colaboração:</b>	<b>Aprovação Gerente Médico / Diretor de Departamento</b> <b>Assistência:</b> Prof. Associada Lenice do Rosário de Souza e Prof. Associada Erika Veruska Paiva Ortolan
<b>Revisão:</b>		<b>Assessoria Gestão da Qualidade:</b> Prof. Dra. Maria Justina D.B.Felippe e Tatiane B. Rossi Benvenuto.

	<p>HOSPITAL DAS CLÍNICAS  FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP  SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA DO HCFMB – SO  Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n – CEP 18618-687  Botucatu – São Paulo – Brasil  Telefone (14) 3880-1402 E-mail <a href="mailto:deptogo@fmb.unesp.br">deptogo@fmb.unesp.br</a></p>	<p>PRC SO 001 - Pág.: 2 / 10</p>
		<p>Emissão: 01/10/2018</p>
<p><b>MANUAL DE PROTOCOLOS CLÍNICOS DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA DO HCFMB – SO</b></p>		<p>Revisão nº:</p>
		<p>Última Revisão:</p>
<p><b>PRC SO 001 – PROTOCOLO DE ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)</b></p>		

- Determinação do pH vaginal (terço médio da parede vaginal): **pH  $\geq$  6** é sugestivo de presença de LA (a utilização de lubrificante para o exame especular e a presença de sangue ou espermatozoides pode resultar em teste falso positivo).
- Teste de Iannetta (realizar esfregaço com conteúdo vaginal em lâmina e aquecê-la): se coloração amarronzada exclui presença de LA, sendo sugestivo de presença de LA quando **permanecer incolor/branca**
- Teste da Cristalização: realizar esfregaço com conteúdo vaginal em lâmina e após ressecamento em meio ambiente visualizar em microscópio o conteúdo vaginal, que mostra a **formação de cristais em forma de samambaia**.
- Ultrassonografia (identificação do maior bolsão ou do índice de líquido amniótico) – o **oligoâmnio** corrobora e o exame normal não afasta o diagnóstico de RPM.

### 1.3. CONDUTA

#### 1.3.1. **Gestação de 20 a 23 semanas e 6 dias**

##### 1.3.1.1. **Considerações Clínicas**

- Sobrevida do recém-nascido com idade gestacional (IG)  $\geq$  22 semanas é significativamente maior (57,7%) do que com  $<$ 22 semanas (14,4%).
- Latência: de uma semana em até 50% dos casos. Em aproximadamente 80% dos casos o parto ocorrerá em até cinco semanas.
- Possíveis complicações maternas na conduta expectante: infecção; endometriíte; descolamento prematuro de placenta; retenção placentária, prolapso de cordão e risco de sepsse materna.
- Possíveis complicações fetais: hipoplasia pulmonar (em aproximadamente 10-20% dos casos) e sequência de deformação de Potter (orelhas de implantação baixa, dobras epicânticas bilaterais proeminentes, contraturas de membros e más formações esqueléticas).

##### 1.3.1.2. **Conduta**

- Aconselhar o casal quanto aos riscos e benefícios da conduta expectante.

<p><b>Elaboração:</b> Joelcio Francisco Abbade <b>Colaboração:</b> Vera T M Borges, José C Peraçoli, Leandro G Oliveira, Roberto A A Costa</p>	<p><b>Aprovação Gerente Médico / Diretor de Departamento Assistência:</b> Prof. Associada Lenice do Rosário de Souza e Prof. Associada Erika Veruska Paiva Ortolan</p>
<p><b>Revisão:</b></p>	<p><b>Assessoria Gestão da Qualidade:</b> Prof. Dra. Maria Justina D.B.Felippe e Tatiane B. Rossi Benvenuto.</p>

	<b>HOSPITAL DAS CLÍNICAS</b> <b>FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP</b> <b>SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA DO HCFMB – SO</b> Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n – CEP 18618-687 Botucatu – São Paulo – Brasil Telefone (14) 3880-1402 E-mail <a href="mailto:deptogo@fmb.unesp.br">deptogo@fmb.unesp.br</a>	<b>PRC SO 001 - Pág.: 3 / 10</b>
		<b>Emissão: 01/10/2018</b>
<b>MANUAL DE PROTOCOLOS CLÍNICOS DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA DO HCFMB – SO</b>		<b>Revisão nº:</b>
		<b>Última Revisão:</b>
<b>PRC SO 001 – PROTOCOLO DE ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)</b>		

- A interrupção imediata da gestação deve ser oferecida.
- Registrar adequadamente no prontuário da paciente.
- Se a opção for pelo tratamento expectante e não houver sinais de infecção:
  - Internação com controle de temperatura, frequência cardíaca a cada 6 horas, batimento cardíaco fetal (BCF) diariamente e hemograma duas vezes por semana.
  - Acompanhamento ambulatorial pode ser uma opção, se houver pelo casal, o entendimento:
    - ✓ De como monitorar sinais de infecção intrauterina (monitoramento domiciliar de frequência cardíaca materna e temperatura.
    - ✓ De retornar ao hospital imediatamente se houver sinais ou sintomas de sangramento, trabalho de parto ou infecção
  - Orientar o retorno pré-natal para avaliação semanal e programar a internação no momento da viabilidade fetal (24 semanas)
- Indicar a interrupção da gestação nos casos de infecção intrauterina. O parto vaginal é a via de parto indicada nestes casos.
- Corticosteroides para a maturidade pulmonar e antibióticos para aumentar o período de latência são recomendados ao atingir a 24ª semana de gestação.
- Porém, pode-se considerar um único ciclo de corticosteroides, logo após 23 semanas de gestação, devido ao risco de parto em até 7 dias. Caso este tenha sido feito com 23 semanas só consideraremos a repetição do ciclo na iminência do parto.

### 1.3.2. Gestação de 24 a 33 semanas e 6 dias

- Internação para conduta expectante, desde que a vitalidade fetal esteja preservada e não haja sinais de infecção
- Colher exames laboratoriais: hemograma, rastreamento para infecção do trato urinário (cultura de urina)

<b>Elaboração:</b> Joelcio Francisco Abbade Vera T M Borges, José C Peraçoli, Leandro G Oliveira, Roberto A A Costa	<b>Colaboração:</b>	<b>Aprovação Gerente Médico / Diretor de Departamento Assistência:</b> Prof. Associada Lenice do Rosário de Souza e Prof. Associada Erika Veruska Paiva Ortolan
<b>Revisão:</b>		<b>Assessoria Gestão da Qualidade:</b> Prof. Dra. Maria Justina D.B.Felippe e Tatiane B. Rossi Benvenuto.

	<b>HOSPITAL DAS CLÍNICAS</b> <b>FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP</b> <b>SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA DO HCFMB – SO</b> Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n – CEP 18618-687 Botucatu – São Paulo – Brasil Telefone (14) 3880-1402 E-mail <a href="mailto:deptogo@fmb.unesp.br">deptogo@fmb.unesp.br</a>	<b>PRC SO 001 - Pág.: 4 / 10</b>
		<b>Emissão: 01/10/2018</b>
<b>MANUAL DE PROTOCOLOS CLÍNICOS DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA DO HCFMB – SO</b>		<b>Revisão nº:</b>
		<b>Última Revisão:</b>
<b>PRC SO 001 – PROTOCOLO DE ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)</b>		

- Realizar exame ultrassonográfico: estimar idade gestacional, avaliação de crescimento e de vitalidade fetal, excluir anomalias fetais e avaliar líquido amniótico.

### 1.3.2.1. Medicações:

- Corticoide: administrar betametasona, na dose de 12 mg, por via intramuscular, e repetir após 24 horas (duas doses de 12 mg com intervalo de 24 horas);

\* No parto iminente, um novo ciclo do corticoide pode ser realizado caso o último ciclo tenha ocorrido há mais de 14 dias.

- Antibioticoterapia (prolongar o período de latência):
  - AMPICILINA 2g EV de 6/6 h por 48 h, seguida por AMOXACILINA 500mg VO 8/8h por 5 dias E
  - AZITROMICINA 1g VO em dose única.
  - Amoxicilina-clavulanato deve ser evitada, pois está associada a maior incidência de enterocolite necrotizante.

### 1.3.2.2. Conduta Diária:

- Aferição da temperatura e frequência cardíaca materna a cada 6 horas.
- Exame obstétrico: tônus uterino, batimento cardíaco fetal, sensibilidade dolorosa à palpação uterina
- Perfil biofísico fetal (PBF) e hemograma devem ser realizados duas vezes por semana (segundas e sextas-feiras).
- A paciente deverá permanecer internada de segunda a sexta-feira e, se não houver contraindicação médica, poderá ter alta durante o final de semana.

Com as seguintes orientações:

- Não ter relação sexual
- Medir temperatura a cada 6 horas
- Retornar se apresentar febre ou trabalho de parto

<b>Elaboração:</b> Joelcio Francisco Abbade Vera T M Borges, José C Peraçoli, Leandro G Oliveira, Roberto A A Costa	<b>Colaboração:</b>	<b>Aprovação Gerente Médico / Diretor de Departamento</b> <b>Assistência:</b> Prof. Associada Lenice do Rosário de Souza e Prof. Associada Erika Veruska Paiva Ortolan
<b>Revisão:</b>		<b>Assessoria Gestão da Qualidade:</b> Prof. Dra. Maria Justina D.B.Felippe e Tatiane B. Rossi Benvenuto.

	<b>HOSPITAL DAS CLÍNICAS</b> <b>FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP</b> <b>SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA DO HCFMB – SO</b> Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n – CEP 18618-687 Botucatu – São Paulo – Brasil Telefone (14) 3880-1402 E-mail <a href="mailto:deptogo@fmb.unesp.br">deptogo@fmb.unesp.br</a>	<b>PRC SO 001 - Pág.: 5 / 10</b>
		<b>Emissão: 01/10/2018</b>
<b>MANUAL DE PROTOCOLOS CLÍNICOS DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA DO HCFMB – SO</b>		<b>Revisão nº:</b>
		<b>Última Revisão:</b>
<b>PRC SO 001 – PROTOCOLO DE ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)</b>		

### 1.3.2.3. Parto:

- Recomenda-se a resolução da gestação a partir da 34ª semana ou se houver sinais de infecção intrauterina.
- Não inibir o trabalho de parto que se iniciar espontaneamente.

### 1.3.3. Gestação a partir da 34ª semana

- Recomenda-se aguardar até 24 horas para que a gestante entre em trabalho de parto espontaneamente.
- Após esse tempo, de acordo com a indicação obstétrica, recomenda-se a resolução da gestação.
- Caso seja possível a indução, pode-se utilizar misoprostol ou ocitocina.

## 1.4. INFECCÃO INTRAUTERINA

### 1.4.1. Rastreamento

- Clínico
  - Sinais maternos (febre e taquicardia).
  - Taquicardia fetal. Confirmar com cardiocografia, para registrar a taquicardia fetal persistente.
- Laboratorial
  - Hemograma: realizado duas vezes por semana
  - Cultura de urina na internação da paciente.
- Ultrassonográfico
  - Perfil biofísico fetal: movimento respiratório e índice de líquido amniótico.

### 1.4.2. Presunção do Diagnóstico

- Febre materna
  - Temperatura  $\geq 39^{\circ}\text{C}$  ou entre  $38,0 - 38,9^{\circ}\text{C}$  em duas ocasiões com 30 minutos de intervalo
- Associada a pelo menos UM dos achados listados abaixo:

<b>Elaboração:</b> Joelcio Francisco Abbade Vera T M Borges, José C Peraçoli, Leandro G Oliveira, Roberto A A Costa	<b>Colaboração:</b>	<b>Aprovação Gerente Médico / Diretor de Departamento</b> <b>Assistência:</b> Prof. Associada Lenice do Rosário de Souza e Prof. Associada Erika Veruska Paiva Ortolan
<b>Revisão:</b>		<b>Assessoria Gestão da Qualidade:</b> Prof. Dra. Maria Justina D.B.Felippe e Tatiane B. Rossi Benvenuto.

	<p>HOSPITAL DAS CLÍNICAS  FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP  SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA DO HCFMB – SO  Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n – CEP 18618-687  Botucatu – São Paulo – Brasil  Telefone (14) 3880-1402 E-mail <a href="mailto:deptogo@fmb.unesp.br">deptogo@fmb.unesp.br</a></p>	<p>PRC SO 001 - Pág.: 6 / 10</p>
		<p>Emissão: 01/10/2018</p>
<p><b>MANUAL DE PROTOCOLOS CLÍNICOS DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA DO HCFMB – SO</b></p>		<p>Revisão nº:</p>
		<p>Última Revisão:</p>
<p><b>PRC SO 001 – PROTOCOLO DE ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)</b></p>		

- Taquicardia fetal: BCF  $\geq$  160 batimentos/minuto por  $\geq$  10 minutos, excluindo acelerações, desacelerações e variabilidade acentuada.
- Leucocitose materna:  $\geq$  15.000/mm<sup>3</sup> na ausência do uso de corticosteroide e mostrando desvio à esquerda.
- Secreção de aspecto purulento se exteriorizando pelo colo.

### 1.5. VIA DE PARTO

- O parto vaginal (espontâneo ou induzido) é a via preferencial nos casos de RPM.
- Pode-se tentar até dois dias de indução do parto.
- A cesariana será indicada de acordo com as condições obstétricas:
  - Apresentação pélvica
  - Cesárea iterativa
  - Prolapso de cordão

### 1.6. ANTIBIOTICOPROFILAXIA INTRAPARTO PARA ESTREPTOCOCO DO GRUPO B

#### 1.6.1. Indicações

- **Pré-termo:** em todos os casos de trabalho de parto espontâneo ou indução do parto
- **Termo:** em todos os casos de trabalho de parto ou indução do parto:
  - Após 18 horas da rotura das membranas,
  - Febre ( $\geq$  37,8°C),
  - Sinais clínicos de corioamnionite, cultura de urina positiva para GBS (mesmo que a infecção urinária tenha sido tratada corretamente) e
  - Antecedente de recém-nascido infectado por GBS.
  - NÃO há indicação do uso da profilaxia durante a cesárea eletiva.

#### 1.6.2. Antibióticos e doses

- Ampicilina: 2g por via intravenosa (IV), seguido por 1g, IV, a cada 4 horas; **OU**
- Clindamicina: 900mg, IV a cada 8 horas, se houver alergia à penicilina.

<p><b>Elaboração:</b> Joelcio Francisco Abbade <b>Colaboração:</b> Vera T M Borges, José C Peraçoli, Leandro G Oliveira, Roberto A A Costa</p>	<p><b>Aprovação Gerente Médico / Diretor de Departamento Assistência:</b> Prof. Associada Lenice do Rosário de Souza e Prof. Associada Erika Veruska Paiva Ortolan</p>
<p><b>Revisão:</b></p>	<p><b>Assessoria Gestão da Qualidade:</b> Prof. Dra. Maria Justina D.B.Felippe e Tatiane B. Rossi Benvenuto.</p>

	<b>HOSPITAL DAS CLÍNICAS</b> <b>FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP</b> <b>SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA DO HCFMB – SO</b> Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n – CEP 18618-687 Botucatu – São Paulo – Brasil Telefone (14) 3880-1402 E-mail <a href="mailto:deptogo@fmb.unesp.br">deptogo@fmb.unesp.br</a>	<b>PRC SO 001 - Pág.: 7 / 10</b>
		<b>Emissão: 01/10/2018</b>
<b>MANUAL DE PROTOCOLOS CLÍNICOS DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA DO HCFMB – SO</b>		<b>Revisão nº:</b>
		<b>Última Revisão:</b>
<b>PRC SO 001 – PROTOCOLO DE ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)</b>		

\* Suspende o antibiótico após o parto.

## **1.7. USO DE ANTIBIÓTICO NA INFECÇÃO INTRAUTERINA INTRAPARTO E PÓS-PARTO**

### **1.7.1. Indicações**

- Iniciar o uso de antibiótico imediatamente depois do diagnóstico de infecção intrauterina presumido ou confirmado
- Considerar que está sendo realizada a profilaxia para GBS com este esquema de antibiótico.

### **1.7.2. Antibióticos e doses**

- Manter o esquema de profilaxia para GBS e introduzir os antibióticos abaixo:
  - Clindamicina: 900mg, IV a cada 8 horas; E
  - Gentamicina: 3 a 5mg/Kg peso da paciente, por via IV, dose única diária.

### **1.7.3. Tratamento pós-parto**

- **Parto vaginal:** administrar uma dose adicional dos antibióticos (Clindamicina e Gentamicina) após o parto vaginal, nas mesmas doses apresentadas anteriormente.
- **Cesárea:** administrar doses adicionais pós-parto do antibiótico descrito acima (Clindamicina e gentamicina) até que a paciente esteja afebril e assintomática por pelo menos 48 horas.

## **1.8. NEUROPROTEÇÃO COM SULFATO DE MAGNÉSIO**

### **1.8.1. Indicações**

- É recomendada nos casos de trabalho de parto ou indução do parto em gestações com idade gestacional entre 24 e 32 semanas.

### **1.8.2. Medicação e dose:**

- Sulfato de Magnésio (Esquema de Zuspan)

<b>Elaboração:</b> Joelcio Francisco Abbade Vera T M Borges, José C Peraçoli, Leandro G Oliveira, Roberto A A Costa	<b>Colaboração:</b>	<b>Aprovação Gerente Médico / Diretor de Departamento Assistência:</b> Prof. Associada Lenice do Rosário de Souza e Prof. Associada Erika Veruska Paiva Ortolan
<b>Revisão:</b>		<b>Assessoria Gestão da Qualidade:</b> Prof. Dra. Maria Justina D.B.Felippe e Tatiane B. Rossi Benvenuto.



	<b>HOSPITAL DAS CLÍNICAS</b> <b>FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP</b> <b>SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA DO HCFMB – SO</b> Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n – CEP 18618-687 Botucatu – São Paulo – Brasil Telefone (14) 3880-1402 E-mail <a href="mailto:deptogo@fmb.unesp.br">deptogo@fmb.unesp.br</a>	<b>PRC SO 001 - Pág.: 8 / 10</b>
		<b>Emissão: 01/10/2018</b>
<b>MANUAL DE PROTOCOLOS CLÍNICOS DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA DO HCFMB – SO</b>		<b>Revisão nº:</b>
		<b>Última Revisão:</b>
<b>PRC SO 001 – PROTOCOLO DE ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)</b>		

- Dose inicial: 4g, por via IV, administração lenta (em 20 minutos)
- Dose de manutenção: 1g/hora, por via IV, em bomba de infusão contínua, durante 24 horas ou interromper após o parto.

### **1.9. INIBIÇÃO DO TRABALHO DE PARTO NA RPM**

- Não é recomendada em serviços de referência.
- No entanto, em casos selecionados, como necessidade de transferência materna para centros de referência com UTI neonatal, utiliza-se o mesmo esquema usado para inibição de trabalho de parto prematuro.

### **1.10. HIPER-HIDRATAÇÃO**

- Não prescrever.
- Até o momento, não há evidências científicas que deem suporte à prescrição da hiper-hidratação nos casos de RPM com conduta expectante.

### **1.11. TERMO DE CONSENTIMENTO**

Independentemente da conduta a ser utilizada, em qualquer uma dessas situações, deve-se obter, junto ao casal, termo de que foram esclarecidos sobre possíveis benefícios e riscos em qualquer uma das decisões.

### **1.12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. ROYAL COLLEGE of OBSTETRICIANS and GYNAECOLOGISTS. Prevention of Early-onset Neonatal Group B Streptococcal Disease: Green-top Guideline No. 36. **BJOG An Int J Obstet Gynaecol.** 2017;124:e280–305.
2. BOND, D.; MIDDLETON, P.; LEVETT, K.; VAN DER HAM, D.; CROWTHER, C.; BUCHANAN S. et al. Planned early birth versus expectant management for women with preterm prelabour rupture of membranes at 34 to 37 weeks' gestation for improving pregnancy. **Cochrane Libr [Internet].** 2017;1–147. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004735/full>

<b>Elaboração:</b> Joelcio Francisco Abbade Vera T M Borges, José C Peraçoli, Leandro G Oliveira, Roberto A A Costa	<b>Colaboração:</b> <b>Aprovação Gerente Médico / Diretor de Departamento Assistência:</b> Prof. Associada Lenice do Rosário de Souza e Prof. Associada Erika Veruska Paiva Ortolan
<b>Revisão:</b>	<b>Assessoria Gestão da Qualidade:</b> Prof. Dra. Maria Justina D.B.Felippe e Tatiane B. Rossi Benvenuto.



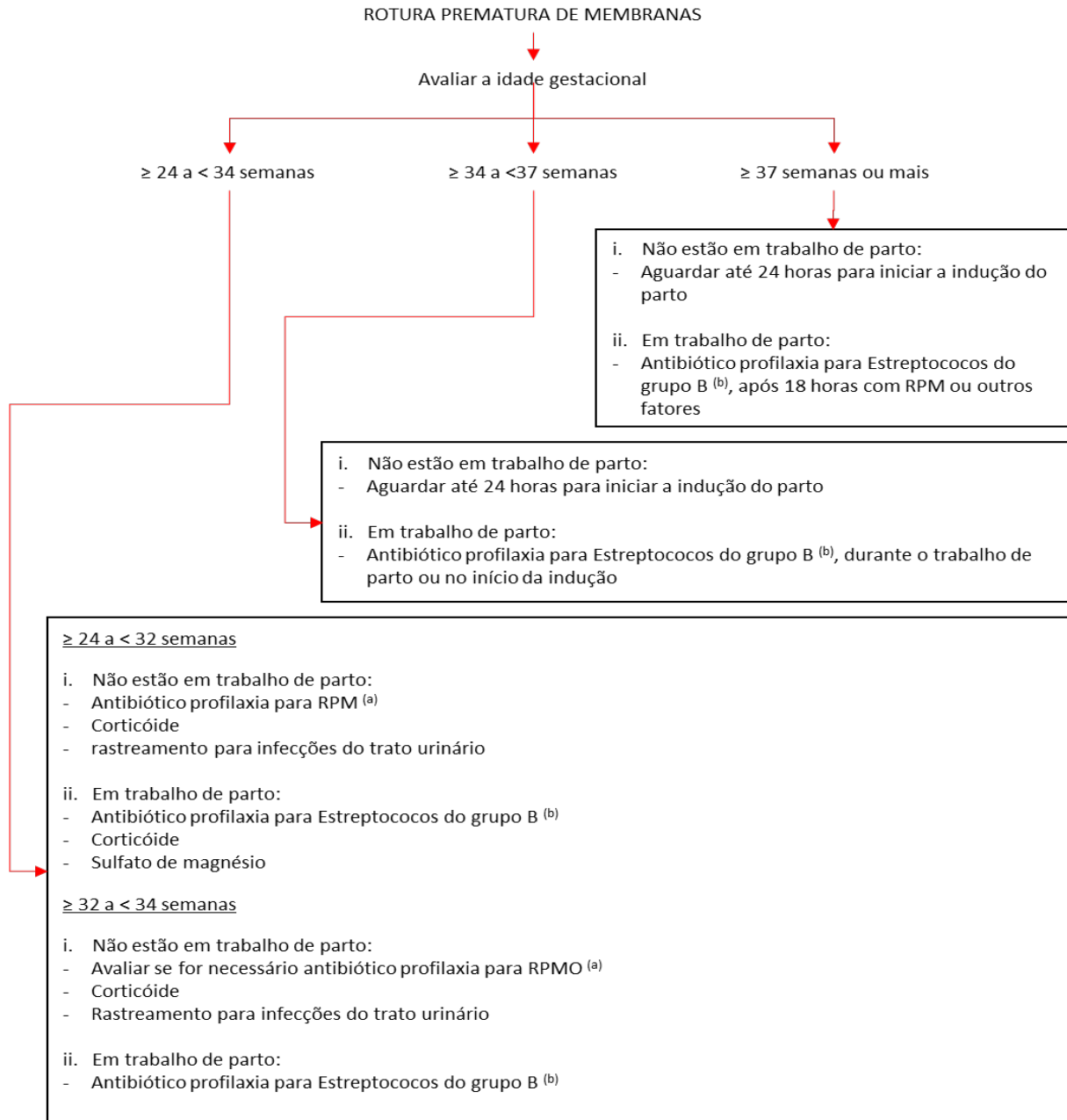
	<b>HOSPITAL DAS CLÍNICAS</b> <b>FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP</b> <b>SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA DO HCFMB – SO</b> Av. Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n – CEP 18618-687 Botucatu – São Paulo – Brasil Telefone (14) 3880-1402 E-mail <a href="mailto:deptogo@fmb.unesp.br">deptogo@fmb.unesp.br</a>	<b>PRC SO 001 - Pág.: 9 / 10</b>
		<b>Emissão: 01/10/2018</b>
<b>MANUAL DE PROTOCOLOS CLÍNICOS DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA DO HCFMB – SO</b>		<b>Revisão nº:</b>
		<b>Última Revisão:</b>
<b>PRC SO 001 – PROTOCOLO DE ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)</b>		

3. KENYON, S.; BOULVAIN, M.; NEILSON, J. Antibiotics for preterm rupture of membranes (Review). **Cochrane database Syst Rev [Internet]**. 2003;CD001058. Available from: <http://www.who.int/entity/rhl/reviews/langs/CD001058ru.pdf> %5Cn<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12804398>
4. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease**. *Mmwr*. 2010;59:1–32.
5. ACOG. Prelabor Rupture of Membranes. **Obstet Gynecol**. 2018;131:1–14.
6. DUFF, P.; LOCKWOOD, C.J. Preterm prelabor rupture of membranes. Berghella V, editor. **Uptodate. Waltham, MA: UpToDate Inc.**; 2018.
7. TITA, A.T.N. Intra-amniotic infection (clinical chorioamnionitis or triple I). Berghella V, editor. **Uptodate. Waltham, MA**; 2018.

<b>Elaboração:</b> Joelcio Francisco Abbade <b>Colaboração:</b> Vera T M Borges, José C Peraçoli, Leandro G Oliveira, Roberto A A Costa	<b>Aprovação Gerente Médico / Diretor de Departamento Assistência:</b> Prof. Associada Lenice do Rosário de Souza e Prof. Associada Erika Veruska Paiva Ortolan
<b>Revisão:</b>	<b>Assessoria Gestão da Qualidade:</b> Prof. Dra. Maria Justina D.B.Felippe e Tatiane B. Rossi Benvenuto.



### 1.13. FLUXOGRAMA



<sup>(a)</sup>Antibiótico profilaxia para RPMO

- (i) Ampicilina 2g, por via intravenosa a cada 6 horas por 48 horas, seguido de Amoxicilina 500mg, por via oral a cada 8 horas, por 5 dias; e  
(ii) Azitromicina, 1g, por via oral, em dose única

<sup>(b)</sup>Antibiótico profilaxia para Estreptococos do grupo B

- (i) ampicilina 2g por via intravenosa, como dose de ataque, e 1g por IV a cada 4 horas  
(ii) Se alergia à penicilina: Clindamicina, 900mg, IV a cada 8 horas

<b>Elaboração:</b> Joelcio Francisco Abbade Vera T M Borges, José C Peraçoli, Leandro G Oliveira, Roberto A A Costa	<b>Colaboração:</b>	<b>Aprovação Gerente Médico / Diretor de Departamento Assistência:</b> Prof. Associada Lenice do Rosário de Souza e Prof. Associada Erika Veruska Paiva Ortolan
<b>Revisão:</b>		<b>Assessoria Gestão da Qualidade:</b> Prof. Dra. Maria Justina D.B.Felippe e Tatiane B. Rossi Benvenuto.