



ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS NO MANEJO E NA PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES INFECCIOSAS

Ana Luiza Milhomem Ciel Fernandes¹; Adam Policarpo Melo Amaral²; Sergio Hax³; Humberto Borges Ribeiro Filho²; Igor Louza Rodrigues de Souza⁴; Pablyne Câmara Rezende⁴; Júlia de Paula Cavalcante⁵; Vichthorya Maria Carvalho²; Ana Laura Vieira Inacio Cunha Godoy²; Regiane Vieira Pareali da Costa².

¹ Universidade de Gurupi – UnirG.

² Faculdade Zarns de Itumbiara.

³ Universidade Católica de Pelotas.

⁴ Centro Universitário Atenas – Paracatu.

⁵ Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA.

RESUMO:

A rotura prematura de membranas, especialmente quando ocorre antes de 37 semanas, constitui relevante desafio obstétrico por exigir equilíbrio entre o prolongamento da gestação e o risco de complicações infecciosas. Este capítulo teve como objetivo discutir os desafios contemporâneos relacionados ao manejo da condição e à prevenção de infecções maternas, fetais e neonatais. Realizou-se revisão narrativa, com busca nas bases PubMed/MEDLINE, Biblioteca Virtual em Saúde, SciELO e Cochrane Library, mediante descritores controlados e termos livres relacionados à rotura de membranas, infecção intra-amniótica, biomarcadores e antibioticoterapia. Os resultados demonstraram que a conduta deve ser individualizada conforme a idade gestacional, a viabilidade fetal e as condições materno-fetais. A antibioticoterapia de latência, a vigilância clínica contínua e a redução de exames vaginais desnecessários permanecem medidas essenciais. Entretanto, a identificação precoce da infecção intra-amniótica ainda é limitada, pois sinais clínicos, proteína C-reativa, leucócitos e índices derivados do hemograma apresentam desempenho variável quando empregados isoladamente. Biomarcadores como a interleucina 6 no fluido cervicovaginal mostraram resultados promissores, porém ainda necessitam de padronização e validação. A amniocentese pode auxiliar em situações selecionadas, embora seu caráter invasivo restrinja o uso rotineiro. Conclui-se que a integração entre avaliação clínica, exames laboratoriais, monitorização fetal e antibioticoterapia racional é fundamental para reduzir as complicações infecciosas e evitar interrupções gestacionais desnecessariamente precoces.

Palavras-chave: Rotura prematura de membranas; Corioamnionite; Infecção intra-amniótica; Antibioticoterapia; Prematuridade.

ABSTRACT

Premature rupture of membranes, especially when occurring before 37 weeks of gestation, poses a significant obstetric challenge because management must balance pregnancy prolongation against infectious risk. This chapter discusses contemporary challenges in managing the condition and preventing maternal, fetal, and neonatal infections. A narrative review was conducted in





PubMed/MEDLINE, the Virtual Health Library, SciELO, and the Cochrane Library using controlled descriptors and free-text terms related to membrane rupture, intra-amniotic infection, biomarkers, and antibiotic therapy. Management should be individualized according to gestational age, fetal viability, and maternal-fetal status. Latency antibiotics, continuous clinical surveillance, and avoidance of unnecessary vaginal examinations remain essential. Early identification of intra-amniotic infection is still limited because clinical signs, C-reactive protein, leukocyte counts, and blood-count-derived indices show variable performance when used alone. Cervicovaginal interleukin-6 is promising but requires standardization and validation. Amniocentesis may assist in selected cases, although its invasive nature limits routine use. Integrating clinical assessment, laboratory testing, fetal monitoring, and rational antibiotic therapy is fundamental to reducing infectious complications while avoiding unnecessarily early delivery.

Keywords: Premature rupture of membranes; Chorioamnionitis; Intra-amniotic infection; Antibiotic therapy; Prematurity.

1 INTRODUÇÃO

A rotura prematura de membranas ovulares é definida pela ruptura espontânea das membranas amnióticas antes do início do trabalho de parto, independentemente da idade gestacional. Quando ocorre antes de 37 semanas, é denominada rotura prematura pré-termo de membranas (RPPM pré-termo), condição estreitamente relacionada ao nascimento prematuro e a importantes desfechos adversos maternos, fetais e neonatais. A diretriz clássica do American College of Obstetricians and Gynecologists estabelece que a conduta deve considerar a idade gestacional e a presença de complicações, como infecção intra-amniótica, descolamento prematuro de placenta e comprometimento fetal. Apesar dos avanços na assistência perinatal, o manejo permanece complexo, pois exige equilíbrio entre o prolongamento da gestação, necessário para favorecer a maturação fetal, e o risco progressivo de infecção ascendente e outras complicações obstétricas (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2020; Giouleka *et al.*, 2024; Dayal; Hong, 2025).

A relevância clínica da RPPM pré-termo decorre não apenas de sua associação com a prematuridade, mas também da ruptura da barreira física que protege o ambiente intrauterino contra a ascensão de microrganismos provenientes do trato genital inferior. Esse processo pode resultar em invasão microbiana da cavidade amniótica, inflamação intra-amniótica, corioamnionite clínica ou histológica e, nos casos mais graves, bacteremia e sepse materna. Para o conceito, a exposição intrauterina à inflamação relaciona-se à sepse neonatal precoce, pneumonia, enterocolite necrosante, hemorragia intraventricular, displasia broncopulmonar e comprometimento do neurodesenvolvimento. A gravidade desses desfechos tende a ser maior quanto mais precoce for a rotura e mais prolongado o período de latência (Goodfellow *et al.*, 2024; Battarbee *et al.*, 2024).

Um dos principais desafios contemporâneos consiste na identificação precoce da infecção intra-amniótica. Os sinais clínicos tradicionalmente empregados, como febre materna, taquicardia materna ou fetal, dor uterina e secreção vaginal de odor desagradável, geralmente aparecem quando o processo inflamatório já se encontra estabelecido. Da mesma forma, marcadores séricos





convencionais, incluindo leucócitos, proteína C-reativa e relação neutrófilo-linfócito, apresentam desempenho variável e podem sofrer influência da própria gestação, do estresse fisiológico e do uso de corticosteroides. Estudos recentes mostram que índices inflamatórios derivados do hemograma podem contribuir para a estratificação do risco, mas ainda possuem capacidade preditiva independente limitada e não devem ser utilizados isoladamente para determinar a interrupção da gestação (Lanzarone *et al.*, 2025; Altinboga *et al.*, 2026).

Nesse contexto, a investigação de biomarcadores mais específicos tornou-se uma das principais perspectivas para a personalização da assistência. A interleucina 6, mensurada no líquido amniótico, plasma materno ou fluido cervicovaginal, tem apresentado resultados promissores na identificação de inflamação intra-amniótica e corioamnionite histológica. Uma metanálise recente demonstrou elevada acurácia da interleucina 6 cervicovaginal na população com RPPM pré-termo, sugerindo seu possível emprego como teste não invasivo de triagem. Outros marcadores cervicovaginais, como haptoglobina, pentraxina-2 e resistina, também estão sendo estudados para identificar invasão microbiana e inflamação antes do aparecimento das manifestações clínicas. Entretanto, diferenças nos pontos de corte, nos métodos laboratoriais e nas populações avaliadas ainda limitam sua incorporação rotineira aos protocolos assistenciais (Cho *et al.*, 2025; Solomou *et al.*, 2025).

A amniocentese permanece o método mais direto para investigação da cavidade amniótica, permitindo avaliar cultura, testes moleculares e mediadores inflamatórios. Contudo, seu caráter invasivo, a disponibilidade limitada e a ausência de consenso sobre quais pacientes realmente se beneficiam do procedimento dificultam sua utilização universal. Evidências recentes indicam que a identificação da inflamação ou da infecção intra-amniótica pode contribuir para individualizar o momento do parto e evitar tanto a manutenção de uma gestação infectada quanto uma interrupção desnecessariamente precoce. Ainda assim, a decisão clínica deve integrar idade gestacional, viabilidade fetal, sinais maternos, avaliação cardiotocográfica, resultados laboratoriais e capacidade de assistência neonatal da instituição (Cobo *et al.*, 2025; Vajrychova *et al.*, 2025).

Outro ponto central é o emprego dos antibióticos de latência, recomendados principalmente nos casos de RPPM pré-termo em que se opta pela conduta expectante. Esses esquemas podem prolongar a gestação e reduzir algumas complicações infecciosas, mas ainda existem divergências quanto à escolha do antimicrobiano, duração do tratamento e substituição da eritromicina pela azitromicina. Essas incertezas assumem maior importância diante das diferenças regionais de resistência bacteriana e do possível impacto dos antibióticos sobre o microbioma materno e neonatal. Consequentemente, a profilaxia antimicrobiana precisa ser diferenciada do tratamento da infecção intra-amniótica estabelecida e da profilaxia intraparto para o estreptococo do grupo B, uma vez que apresentam objetivos, indicações e esquemas distintos (Day *et al.*, 2024; Kua *et al.*, 2025).

Diante desse cenário, a abordagem contemporânea da rotura prematura de membranas deve ultrapassar protocolos baseados exclusivamente na idade gestacional e na presença de manifestações clínicas tardias. A integração entre vigilância materno-fetal, antibioticoterapia racional, avaliação microbiológica, biomarcadores inflamatórios e definição individualizada do





momento do parto pode contribuir para reduzir simultaneamente a prematuridade iatrogênica e as complicações infecciosas. Assim, este capítulo tem como objetivo discutir os desafios atuais no diagnóstico e no manejo da rotura prematura de membranas, com ênfase na prevenção, detecção precoce e tratamento das infecções maternas, fetais e neonatais

2 METODOLOGIA

O presente capítulo caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura, de natureza descritiva e abordagem qualitativa, desenvolvida com o objetivo de reunir e discutir evidências sobre os desafios contemporâneos no manejo da rotura prematura de membranas, com ênfase na prevenção, identificação precoce e tratamento das complicações infecciosas maternas, fetais e neonatais.

A busca bibliográfica foi realizada em julho de 2026 nas bases PubMed/MEDLINE, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SciELO e Cochrane Library. Utilizaram-se descritores DeCS/MeSH e termos livres em português e inglês. A estratégia principal foi: ("Premature Rupture of Fetal Membranes" OR "Preterm Prelabor Rupture of Membranes" OR PPROM OR "Rotura Prematura de Membranas") AND ("Intra-Amniotic Infection" OR chorioamnionitis OR "infecção intra-amniótica" OR biomarker* OR biomarcadores OR "Antibiotic Prophylaxis" OR antibiotic* OR antibioticoterapia). Nas bases que não aceitaram a sintaxe completa, os blocos foram adaptados aos campos e operadores disponíveis, preservando os mesmos conceitos.

Foram elegíveis publicações de janeiro de 2024 a julho de 2026, em português, inglês ou espanhol, incluindo artigos originais, estudos observacionais, revisões sistemáticas, metanálises, revisões clínicas e diretrizes de sociedades científicas. Também foram admitidos documentos clássicos anteriores ao recorte quando necessários para definir a condição ou fundamentar recomendações consolidadas. Consideraram-se essenciais os documentos que apresentavam recomendação formal de sociedade científica, definição amplamente adotada ou orientação clínica não substituída por evidência posterior.

Foram excluídos trabalhos duplicados, relatos isolados de caso, resumos publicados exclusivamente em anais de eventos, estudos sem relação direta com a rotura prematura de membranas e publicações que não abordassem aspectos relacionados ao diagnóstico, manejo clínico, antibioticoterapia, inflamação intra-amniótica ou prevenção das complicações infecciosas. Também foram excluídos estudos com informações insuficientes sobre os métodos empregados ou cujos resultados não contribuísem diretamente para os objetivos desta revisão.

Após a remoção de duplicatas, títulos e resumos foram examinados quanto à pertinência temática; em seguida, 13 publicações potencialmente elegíveis foram selecionadas para leitura integral e as 13 foram incluídas na síntese final. A seleção considerou aderência ao objetivo, atualidade, relevância clínica, clareza metodológica e contribuição para controvérsias do manejo. Por se tratar de revisão narrativa, o quantitativo bruto recuperado em cada base não foi utilizado como fluxo de seleção do tipo PRISMA. As evidências foram organizadas nos eixos: aspectos conceituais; mecanismos infecciosos e inflamatórios; diagnóstico da infecção intra-amniótica;





biomarcadores; antibioticoterapia de latência; vigilância materno-fetal; momento do parto; e prevenção de complicações maternas e neonatais.

Não foram realizadas metanálise nem avaliação formal do risco de viés, procedimentos próprios de revisões sistemáticas. A síntese foi descritiva e crítico-interpretativa, com comparação de recomendações, identificação de convergências, divergências e lacunas. Essa opção metodológica, somada à ausência de registro do número bruto de resultados por base, limita a reprodutibilidade e deve ser considerada na interpretação dos achados. Como foram utilizados exclusivamente dados publicados e de acesso público, sem participação direta de seres humanos ou consulta a informações pessoais, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O manejo da rotura prematura de membranas depende fundamentalmente da idade gestacional, da viabilidade fetal e da presença de sinais de infecção, trabalho de parto, sofrimento fetal, prolapso do cordão umbilical ou descolamento prematuro de placenta. Nos casos a termo, a interrupção da gestação costuma ser indicada devido ao aumento progressivo do risco infeccioso sem benefício relevante decorrente da manutenção da gravidez. Na RPPM pré-termo, entretanto, a decisão é mais complexa, uma vez que prolongar a gestação pode favorecer a maturação fetal, mas também ampliar o tempo de exposição a microrganismos ascendentes (Giouleka *et al.*, 2024; Dayal; Hong, 2025).

Kua *et al.* (2025), ao compararem diretrizes nacionais e internacionais, identificaram diferenças relevantes nas recomendações sobre o momento do parto, a duração da antibioticoterapia, a possibilidade de acompanhamento ambulatorial e o manejo da RPPM pré-viável. Essa heterogeneidade demonstra que parte das condutas ainda se baseia em evidências limitadas e na disponibilidade de recursos de cada serviço. Portanto, protocolos institucionais devem considerar não apenas a idade gestacional, mas também o acesso a exames microbiológicos, unidades de terapia intensiva neonatal e equipes especializadas em medicina materno-fetal.

Em síntese, a heterogeneidade entre diretrizes não invalida os princípios centrais do cuidado, mas evidencia que decisões sobre local de acompanhamento, duração da latência e momento do parto devem explicitar o contexto assistencial e as preferências da gestante.

A ruptura das membranas compromete uma das principais barreiras de proteção da cavidade amniótica, favorecendo a migração de microrganismos do trato genital inferior. Esse processo pode provocar invasão microbiana do líquido amniótico, resposta inflamatória materna e fetal e desenvolvimento de corioamnionite. Entretanto, infecção e inflamação intra-amniótica não são conceitos necessariamente equivalentes, pois pode existir inflamação estéril sem microrganismos identificáveis ou invasão microbiana sem manifestações clínicas evidentes (Lanzarone *et al.*, 2025).

A corioamnionite clínica geralmente é suspeitada diante de febre materna associada a manifestações como taquicardia materna ou fetal, sensibilidade uterina, leucocitose e secreção vaginal purulenta ou de odor desagradável. Contudo, esses achados apresentam sensibilidade e





especificidade limitadas. Além disso, alterações como leucocitose e taquicardia podem decorrer do uso de corticosteroides, do trabalho de parto, da ansiedade, da desidratação ou de outras condições clínicas, dificultando a diferenciação entre respostas fisiológicas e infecção verdadeira (Altinboga *et al.*, 2026).

Durante a conduta expectante, a vigilância deve incluir avaliação periódica da temperatura, frequência cardíaca e pressão arterial maternas, além da investigação de dor abdominal, sensibilidade uterina, alterações do líquido amniótico, sangramento vaginal e redução dos movimentos fetais. A avaliação fetal pode envolver ausculta da frequência cardíaca, cardiotocografia, ultrassonografia obstétrica e análise do crescimento, da apresentação fetal e do volume de líquido amniótico (Lanzarone *et al.*, 2025; Altinboga *et al.*, 2026).

Lanzarone *et al.* (2025) observaram que os testes inflamatórios disponíveis apresentam desempenho variável para a previsão da corioamnionite histológica e da funisite. Esses achados indicam que resultados normais não afastam completamente a doença, assim como valores elevados não confirmam, de maneira isolada, a presença de infecção intra-amniótica. Consequentemente, a utilização de pontos de corte rígidos pode gerar tanto atraso diagnóstico quanto intervenções obstétricas desnecessárias.

Altinboga *et al.* (2026) avaliaram índices derivados do hemograma, como a relação neutrófilo-linfócito, o índice de inflamação imune sistêmica e outros parâmetros combinados. Alguns desses índices apresentaram associação com menor período de latência, baixo peso ao nascer e corioamnionite. O índice de inflamação imune sistêmica demonstrou desempenho promissor para a identificação de corioamnionite; contudo, os marcadores perderam significância independente em parte das análises ajustadas. Assim, podem funcionar como ferramentas complementares de estratificação, mas ainda não substituem a avaliação clínica.

Na revisão sistemática e metanálise conduzida por Solomou *et al.* (2025), a interleucina 6 demonstrou desempenho diagnóstico relevante para a previsão de corioamnionite histológica. No subgrupo de gestantes com RPPM, a IL-6 cervicovaginal apresentou área sob a curva de 0,91, indicando excelente capacidade discriminatória. A dosagem plasmática também apresentou resultados satisfatórios, enquanto a IL-6 no líquido amniótico mostrou desempenho moderado. Esses achados sugerem que a avaliação cervicovaginal pode representar uma alternativa não invasiva promissora.

Entretanto, os próprios autores identificaram elevado risco de viés entre os estudos incluídos, além de diferenças nos métodos de coleta, técnicas laboratoriais e pontos de corte. Dessa forma, a elevada acurácia observada ainda precisa ser confirmada em estudos prospectivos, multicêntricos e com protocolos padronizados antes que a IL-6 seja adotada rotineiramente como critério para interrupção da gestação.

Cho *et al.* (2025) também identificaram resultados promissores com a análise de haptoglobina, pentraxina-2 e resistina no fluido cervicovaginal. As concentrações dessas proteínas apresentaram associação com invasão microbiana da cavidade amniótica, inflamação intra-amniótica e corioamnionite histológica. A principal vantagem desses marcadores é a possibilidade





de coleta não invasiva e repetida, favorecendo o acompanhamento durante o período de latência. Todavia, assim como ocorre com a IL-6, ainda faltam valores de referência universalmente aceitos e validação externa suficiente.

Assim, embora a IL-6 e outros marcadores cervicovaginais ampliem a capacidade de estratificação, a evidência atual ainda não sustenta seu uso rotineiro como critério isolado para interromper a gestação; seu papel permanece complementar à avaliação clínica e fetal.

A amniocentese possibilita a avaliação direta do líquido amniótico por meio de cultura, coloração de Gram, dosagem de glicose, contagem celular, testes moleculares e análise de mediadores inflamatórios. Por essa razão, pode oferecer informações mais específicas sobre a presença de microrganismos e a resposta inflamatória intra-amniótica. Cobo *et al.* (2025) discutem sua utilização na identificação de pacientes que poderiam se beneficiar de uma conduta mais individualizada.

Apesar do potencial diagnóstico, o uso rotineiro da amniocentese permanece controverso. O procedimento é invasivo, depende de equipe capacitada, pode ser tecnicamente difícil diante de oligodrâmnio acentuado e nem sempre produz resultados microbiológicos em tempo suficiente para orientar decisões urgentes. Além disso, culturas negativas não excluem inflamação intra-amniótica, especialmente quando a gestante já recebeu antibióticos ou quando estão envolvidos microrganismos de difícil cultivo.

Day *et al.* (2024) compararam uma dose única de azitromicina com um regime de cinco dias, ambos associados a um betalactâmico. Não houve diferença estatisticamente significativa no período de latência entre os grupos. Contudo, a corioamnionite histológica foi mais frequente entre as pacientes que receberam apenas uma dose, o que levanta a possibilidade de que esquemas prolongados ofereçam maior proteção contra a inflamação placentária. Por se tratar de estudo retrospectivo, seus resultados não são suficientes para estabelecer superioridade definitiva, sendo necessários ensaios prospectivos.

Portanto, a escolha do esquema antimicrobiano deve conciliar benefício perinatal, perfil microbiológico local e uso responsável de antibióticos. A ausência de ensaios comparativos robustos impede afirmar superioridade universal de um regime de azitromicina sobre outro.

Também é necessário diferenciar antibioticoterapia de latência, profilaxia intraparto para estreptococo do grupo B e tratamento da infecção intra-amniótica. Na presença de corioamnionite ou sepse, o esquema de latência não é suficiente, devendo-se iniciar tratamento intravenoso de amplo espectro e proceder ao controle do foco por meio da interrupção da gestação. Além disso, o uso prolongado e indiscriminado de antimicrobianos deve ser evitado, devido ao risco de resistência bacteriana, efeitos adversos e alterações do microbioma materno e neonatal (Lanzarone *et al.*, 2025; Altinboga *et al.*, 2026).

Goodfellow *et al.* (2024) evidenciaram que a RPPM antes de 23 semanas está associada a riscos maternos e neonatais expressivos. Entre as complicações maternas encontram-se corioamnionite, sepse, descolamento prematuro de placenta, hemorragia e necessidade de remoção





cirúrgica da placenta. Esses dados reforçam que o aconselhamento não deve abordar apenas as possibilidades de sobrevivência neonatal, mas também os riscos concretos para a saúde materna.

As recomendações da Society for Maternal-Fetal Medicine destacam a importância da decisão compartilhada, oferecendo informações individualizadas e não diretivas sobre conduta expectante e interrupção da gestação, quando permitida e clinicamente aplicável. Caso se opte pela continuidade, torna-se indispensável estabelecer um plano de vigilância e explicar claramente os sinais de alerta, como febre, calafrios, dor abdominal, sangramento, secreção vaginal alterada, redução dos movimentos fetais e mal-estar sistêmico (Battarbee *et al.*, 2024).

No período pré-viável e periviável, a evidência reforça que não existe decisão exclusivamente protocolar: o benefício fetal incerto deve ser ponderado com a morbidade materna, por meio de aconselhamento documentado, não diretivo e reavaliado ao longo da evolução clínica.

Portanto, as evidências disponíveis sustentam que o manejo da RPPM deve ser individualizado e conduzido por uma equipe multiprofissional. A prevenção das complicações infecciosas depende de diagnóstico adequado, redução de exames vaginais desnecessários, antibioticoterapia racional, vigilância clínica contínua e interrupção oportuna da gestação quando houver sinais de infecção ou comprometimento materno-fetal. O avanço dos métodos moleculares e dos biomarcadores não invasivos poderá aprimorar esse processo, mas, no cenário atual, esses recursos devem complementar — e não substituir o julgamento clínico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na prática clínica, a principal implicação desta revisão é que a segurança do manejo depende de protocolos capazes de reconhecer precocemente infecção ou comprometimento fetal e de distinguir antibioticoterapia de latência, profilaxia para estreptococo do grupo B e tratamento da infecção estabelecida. A decisão sobre o momento do parto deve ser compartilhada e considerar idade gestacional, riscos maternos, prognóstico neonatal e recursos disponíveis.

Como perspectiva futura, estudos prospectivos multicêntricos devem validar pontos de corte e métodos de coleta para IL-6 e outros biomarcadores não invasivos, além de comparar esquemas antimicrobianos com desfechos maternos e neonatais relevantes. Até que essas lacunas sejam superadas, biomarcadores e amniocentese devem permanecer ferramentas complementares, e não critérios isolados de decisão.





REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Prelabor rupture of membranes: ACOG Practice Bulletin, number 217. *Obstetrics & Gynecology*, v. 135, n. 3, p. e80–e97, 2020. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003700.

ALTINBOGA, Orhan *et al.* Complete blood count-derived inflammatory indices and perinatal outcomes in pregnancies with preterm premature rupture of membranes: a retrospective cohort study. *American Journal of Reproductive Immunology*, v. 96, n. 1, e70284, 2026. DOI: 10.1111/aji.70284.

BATTARBEE, Ashley N. *et al.* Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #71: management of previable and perivable preterm prelabor rupture of membranes. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, v. 231, p. B2–B15, 2024. DOI: 10.1016/j.ajog.2024.07.016. Disponível em: <https://publications.smfm.org/publications/573-society-for-maternal-fetal-medicine-consult-series-71/>. Acesso em: 28 jul. 2026.

CHO, Hee Young *et al.* Acute-phase proteins and resistin in the cervicovaginal fluid of women with preterm premature rupture of membranes. *American Journal of Reproductive Immunology*, 2025. DOI: 10.1111/aji.70117.

COBO, Teresa *et al.* Preterm prelabor rupture of membranes: the use of amniocentesis to detect intraamniotic infection reduces maternal and neonatal duration of antibiotic exposure. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, v. 233, n. 5, 2025. DOI: 10.1016/j.ajog.2025.06.011.

DAY, Kimberly N. *et al.* Latency antibiotics in preterm prelabor rupture of membranes: a comparison of azithromycin regimens. *The Annals of Pharmacotherapy*, v. 58, n. 3, p. 234–240, 2024. DOI: 10.1177/10600280231181135.

DAYAL, Sarosh; HONG, Perry L. Preterm and term prelabor rupture of membranes. In: *StatPearls. Treasure Island: StatPearls Publishing*, 2025. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532888/>. Acesso em: 28 jul. 2026.

GIOULEKA, Sonia *et al.* Diagnosis and management of preterm prelabor rupture of membranes: a comprehensive review of major guidelines. *Obstetrical & Gynecological Survey*, v. 79, n. 10, p. 591–603, 2024. DOI: 10.1097/OGX.0000000000001313.

GOODFELLOW, Laura *et al.* Preterm prelabour rupture of membranes before 23 weeks' gestation: prospective observational study. *BMJ Medicine*, v. 3, e000729, 2024. DOI: 10.1136/bmjmed-2023-000729.

KUA, Sonia *et al.* Systematic review of national and international clinical practice guidelines for management of preterm prelabour rupture of membranes. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, v. 234, n. 6, p. 1579–1592, 2026. DOI: 10.1016/j.ajog.2025.11.030. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41285214/>. Acesso em: 28 jul. 2026.

LANZARONE, Valeria *et al.* Diagnostic tests for the prediction of histological chorioamnionitis and funisitis in pregnant women with preterm premature rupture of membranes: a systematic





II CONGRESSO REGIONAL DE
**MEDICINA GERAL E
CLÍNICA INTEGRADA**

CORMED

CIÊNCIA • INTEGRAÇÃO • CUIDADO

review. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, v. 65, n. 1, p. 13–24, 2025. DOI: 10.1111/ajo.13864.

SOLOMOU, Eleni *et al.* Interleukin 6 for the prediction of chorioamnionitis: a systematic review and meta-analysis. Biomedicines, v. 13, n. 11, 2577, 2025. DOI: 10.3390/biomedicines13112577.

VAJRYCHOVA, Marie *et al.* Quantification of intra-amniotic inflammation in late preterm prelabour rupture of membranes. Scientific Reports, v. 15, 14814, 2025. DOI: 10.1038/s41598-025-99969-8.



Editora:
Editora Cognitus



Revista:
Cognitus Interdisciplinary Journal
(ISSN: 3085-6124)