

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIENCIAS DA SAUDE
DEPARTAMENTO DE TOCOGINECOLOGIA

CONDUTAS NA AMNIOREXE PREMATURA
NA MATERNIDADE CARMELA DUTRA:
ESTUDO DE 36 CASOS.

AUTORES:

* ALIPIO LUCIO CRUZ E PRADO
* JEAN BENO SCHREINER LUCHT

ORIENTADOR:

PROF. Dr. KLAUS M. HUEDEPOHL

* DOUTORANDOS DO CURSO
DE MEDICINA DA UFSC

FLORIANOPOLIS, JUNHO DE 1990.

INDICE

	Pg.
I - RESUMO.....	02
II - SUMMARY.....	03
III - INTRODUCAO.....	04
IV - PACIENTES E METODOS.....	05
V - RESULTADOS.....	06
VI - DISCUSSAO.....	20
VII - CONCLUSAO.....	23
VIII - REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	24

I - RESUMO

O presente estudo, refere-se a 36 pacientes internadas na maternidade Carmela Dutra em Florianopolis, no periodo de fevereiro a junho de 1990, com amniorrexe prematura.

A faixa etaria mais acometida foi de 15 a 20 anos com 30,5% dos casos.

A conduta adotada variou de acordo com a avaliacao da idade gestacional; sendo usado corticoide em apenas 2 casos; pretermos, nos quais nao ocorreu dificuldade respiratoria neonatal. Ja' a antibioticoterapia profilatica foi usada em aproximadamente 70% das pacientes. O indice de infeccao materna foi de 11,1% e no recém-nascido de 8,2%.

Os exames laboratoriais utilizados no rastreamento de infeccoes foram o hemograma em 10 pacientes; VHS em 7; PCR bacterioscopia e cultura do liquido amniotico em 6 pacientes.

Vinte e cinco pacientes (69,5%) foram submetidas a operacao cesareana, onde a maior indicacao foi por falha de inducao (40%); as restantes (11 pacientes) tiveram parto pelvico.

II - SUMMARY

This study, is referential the 36 patients hospitalized in Florianopolis Carmela Dutra Maternity hospital, who presented with premature rupture of the membranes, between february and june on 1990.

The age group more incidence was between 15 - 20 years old (30,5%).

The management used, was acording with age gestation avaliation. Corticoids were used in only two cases, prematures; where neonatal distress respirastory hadn't. However profilatic antibiotics were used in aproximatily 70 % of the patients. The maternal infeccion index was 11,11% and 8,2% in new-born.

The laboratories examination used for two search infection, were the blood count in 10 patients; VHS in 7, and C-Reative protein and bacterioscopy and fluid amniotic culture in 6 patients.

Twenty-five patients (69,5%) were submitted caesarean section, the more indication was because of imperfection of the induction (40%). The remainder (11 patients) were delivery pelvic.

III - INTRODUCAO

Ao pensarmos em um assunto para o trabalho científico, ocorreu-nos que deveríamos fazê-lo sobre algo que tivesse uma importância prática na conduta médico-hospitalar.

Observamos que havia uma entidade relativamente frequente, aparecendo na admissão da Maternidade Carmela Dutra, onde nos, como doutorandos pudemos acompanhar.

Tratava-se dos casos de amniorrexe prematura; que é a rotura das membranas ovulares havida antes de iniciado o parto. (2)

A rotura prematura de membranas ocorre em aproximadamente 10% dos casos e encerra tanto riscos maternos como fetais. Entre os primeiros destacam-se as corioamnioites que ocasionalmente podem levar a septicemia. Entre os riscos fetais; as infeções neonatais, a prematuridade e a asfixia neonatal. Todos eles aumentam a mortalidade neonatal.(18)

Outro fator que levou-nos a escolher o assunto, foi em relação a conduta adotada frente a estes casos.

Ha uma conduta de rotina, e nos gostaríamos de avaliá-la para ver se esta sendo devidamente seguida, se ha beneficio materno-fetal, ou ate mesmo se ha algo a acrescentar.

IV - PACIENTES E METODOS

Nosso trabalho foi realizado através da análise de prontuários de pacientes que foram internadas na Maternidade Carmela Dutra, no período de fevereiro a junho de 1990, e com a patologia em questão.

Estudamos um total de 36 (trinta e seis) pacientes, que tiveram seu diagnóstico feito na admissão, através do toque vaginal ou exame especular.

Ordenamos a amostragem de forma a sabermos a conduta adotada, o tempo de bolsa rota, a idade gestacional, tipo de parto e complicações materno-fetais, especificamente as infecções diagnosticadas através de exames laboratoriais.

V - RESULTADOS

TABELA 01

DISTRIBUICAO DAS PACIENTES QUANTO AO CONTROLE DE INFECCAO

RESPOSTA	HEMOGRAMA		VHS		PCR		BACTERIOSCOPIA CULTURA	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
AFIRMATIVA	10	27.7	7	19.5	6	16.7	6	16.7
NEGATIVA	26	72.3	29	80.5	30	83.3	30	83.3
TOTAL	36	100	36	100	36	100	36	100

FONTE: SAME - Maternidade Carmela Dutra
 Fevereiro a junho de 1990

TABELA 02

DISTRIBUICAO DAS PACIENTES QUANTO A CONDOTA ADOTADA

RESPOSTA	CORTICOIDE		UTERO INIBIDOR		ANTIBIOTICO	
	No.	%	No.	%	No.	%
AFIRMATIVA	2	5.6	3	8.4	25	69.5
NEGATIVA	34	94.4	33	91.6	11	30.5
TOTAL:	36	100	36	100	36	100

FONTE: SAME - Maternidade Carmela Dutra
 Fevereiro a junho de 1990

TABELA 03

DISTRIBUICAO DAS FACIENTES QUANTO AO PERIODO DE LATENCIA

PERIODO DE LATENCIA	No.	%
1 - 11 Hs	25	69.5
12 - 24 Hs	5	13.9
mais de 24 Hs	2	5.5
desconhecido	4	11.1
TOTAL:	36	100

FONTE: SAME - Maternidade Carmela Dutra
Fevereiro a junho de 1990

TABELA 04

DISTRIBUICAO DAS PACIENTES QUANTO AO HABITO DE FUMAR

PACIENTE	No.	%
FUMANTE	13	36.1
NAO FUMANTE	23	69.3
TOTAL	36	100

FONTE: SAME - Maternidade Carmela Dutra
Fevereiro a junho de 1990

TABELA 05

DISTRUBUICAO DAS FACIENTES SEGUNDO A IDADE

IDADE	No.	%
15 - 20 anos	11	30.5
21 - 26 anos	9	25.0
27 - 30 anos	8	22.3
31 - 37 anos	6	16.7
desconhecida	2	5.5
TOTAL:	36	100

FONTE: SAME - Maternidade Carmela Dutra
Fevereiro a junho de 1990

TABELA 06

DISTRIBUICAO DA IDADE GESTACIONAL SEGUNDO A
DATA DA ULTIMA MEMSTRUACAO

IDADE GESTACIONAL	No.	%
< 34 sem.	2	5.5
> 34 - < ³⁷ 38 sem.	11	30.5
> 38 - < 42 sem.	19	52.8
desconhecida	4	11.2
TOTAL:	36	100

FONTE: SAME - Maternidade Carmela Dutra
Fevereiro a junho de 1990

TABELA 07

DISTRIBUICAO DA IDADE GESTACIONAL DOS RECEM-NASCIDOS PELO
METODO DO CAPURRO SOMATICO

IDADE GESTACIONAL	No.	%
< 34 sem.	-	-
> 34 - < 38 sem.	10	27.0
> 38 - < 42 sem.	22	59.5
desconhecida	5	13.5
TOTAL:	37	100

FONTE: SAME - Maternidade Carmela Dutra
Fevereiro a junho de 1990

TABELA 08

DISTRIBUICAO DOS PESOS DOS RECEM-NASCIDOS EM GRAMAS

PESO	No.	%
< 1000	-	-
> 1000 - < 2500	4	10.8
> 2500	28	75.6
desconhecido	5	13.6
TOTAL:	37	100

FONTE: SAME - Maternidade Carmela Dutra
Fevereiro a junho de 1990

TABELA 09

DISTRIBUICAO DAS PACIENTES QUANTO AO TIPO DE PARTO

TIPO DE PARTO	No.	%
parto normal	11	30.5
parto cesareo	25	69.5
TOTAL:	36	100

FORTE: SAME - Maternidade Carmela Dutra
Fevereiro a junho de 1990

TABELA 10

DISTRIBUICAO QUANTO A INDICACAO DE PARTO CESAREO

MOTIVO	No.	%
apresentacao pelvica	2	8
distocia cervical	2	8
desproporcao cefalo-pelvica	2	8
sofrimento fetal	1	4
falha de inducao	10	40
outros	8	32
TOTAL:	25	100

FONTE: SAME - Maternidade Carmela Dutra
 Fevereiro a junho de 1990

TABELA 11

DISTRIBUICAO DOS RECEM-NASCIDOS QUANTO AO
APGAR DO PRIMEIRO MINUTO

APGAR 1o. MINUTO	No.	%
zero (natimorto)	1	2.7
1 - 3	-	-
4 - 6	1	2.7
7 - 10	31	83.7
desconhecido	4	10.9
TOTAL:	37	100

FONTE: SAME - Maternidade Carmela Dutra
Fevereiro a junho de 1990

TABELA 12

DISTRIBUICAO DAS PACIENTES QUANTO AS COMPLICACOES IMEDIATAS
FOR TIPO DE PARTO

COMPLICACOES	PARTO NORMAL		PARTO CESAREO	
	No.	%	No.	%
sim	1	9.0	-	-
nao	10	91.0	25	100
TOTAL:	11	100	25	100

FORTE: SAME - Maternidade Carmela Dutra
Fevereiro a junho de 1990

TABELA 13

INFECCAO MATERNA SEGUNDO EXAMES LABORATORIAIS

RESPOSTA	No.	%
afirmativa	4	11.1
negativa	32	88.9
TOTAL:	36	100

FONTE: SAME - Maternidade Carmela Dutra
Fevereiro a junho de 1990

TABELA 14

PRESENCIA DE INFECCAO NOS RECEM-NASCIDOS

RESPOSTA	No.	%
afirmativa	3	8.2
negativa	34	91.8
TOTAL:	37	100

FONTE: SAME - Maternidade Carmela Dutra
Fevereiro a junho de 1990

VI - DISCUSSAO

No presente estudo de 36 pacientes internadas na M.C.D., com aminorrexe prematura, foi constatada que o exame laboratorial mais utilizado para detectar infeccao materna foi o hemograma (27,7%), a seguir VHS (19,5%) e por fim a dosagem de proteina C-reativa (PCR) e bacterioscopia e cultura do liquido amniotico (16,7%).

Nos casos em que houveram alteracoes dos exames laboratoriais, a confirmacao da infeccao se deu atraves da constatacao de dados clinicos presentes, tais como febre e taqucardia materna.

A dosagem da (PCR), feita em 6% dos casos se mostrou reagente em dois casos, ambos confirmaram a infeccao tambem atraves do hemograma.

A (PCR) serica aumenta durante processos infecciosos agudos e cronicos. Seu uso no diagnostico precoce de infeccao ovular e controverso. Para alguns autores, valores consecutivos maiores que 2mg/dl, parecem altamente preditivos de infeccao (11).

A (PCR) se tornou maior ou igual a 2mg/dl, em 14 de 20 pacientes 12 horas antes dos demais parametros se modificarem (9).

Outros consideram o nivel de (PCR) 4,3 mg/dl indicativo de infeccao (10).

No entanto, nem todos os autores encontraram sensibilidade e especificidade tao boas (14,18).

Analizando em conjunto com os demais exames laboratoriais ou sinais e sintomas de infeccao fornece uma melhor acuidade diagnostica (22).

A bacterioscopia e cultura do liquido amniotico, feita em 6 casos, so revelou crescimento bacteriano em 1 caso.

Schwarcz & cols., salientou a participacao no processo das infestacoes por trichomonas (24).

Ledeger em seu artigo, diz que a cesareana por si so aumenta a incidencia de infeccao pos-parto; agravante e' o fato da infeccao ser causada por flora bacteriana mista, ai incluidos, em mais de 70% dos casos, anaerobios dificeis de indentificar e tratar (16).

Como nosso trabalho apenas duas pacientes tinham Idade Gestacional (IG) abaixo de 34 semanas no momento da admissao, o uso de corticoide ficou restrito a elas; quase o mesmo ocorreu em relacao ao uso de utero inibidor, que foi usado nos dois casos e em outro onde a gestante apresentou inicio de hemorragia. Nos casos em que foi utilizado o corticoide, nao ocorreu Sindrome da Angustia Respiratoria (SAR), complicacao muito temida nos prematuros; haja visto que nenhum recém-nascido apresentou menos que 34 semanas segundo avaliacao da IG pelo metodo de Capurro (tabela 07).

O beneficio da terapia materna com corticoides em reduzir a incidencia da SAR em Rotura Prematura de Membranas (RPM), e' ate' controvertido (21).

Sua administracao, segundo a referencia (20); antes da 27 semana de gestacao, especialmente com RPM, nao se mostrou salvador na diminuicao da incidencia desta desordem.

Outros autores estudaram 250 pacientes com RPM com idade gestacional entre 28 e 33 semanas e concluíram que o uso de corticoides diminuiu a incidencia de SAR de 51% para 25% (17).

Bauer & cols., sugeriram que a RPM esta' relacionada a menor incidencia da SAR neonatal merce, provavelmente, do "stress" causado ao feto que aumenta sua producao de cortisol e acelera o mecanismo enzimatico indutor da producao de surfactantes pulmonares (3).

Berkowitz e cols., tambem demonstraram que a amniorrexe prematura com duracao superior a 16 horas esta' relacionada a significativa reducao da incidencia de SAR em conceptos nascidos com ate' 31 semanas de IG e expressivo aumento da sobrevida do recém nato de 35 semanas ou mais (4).

No entanto, outro artigo conclui que apenas o prolongamento do tempo de RPM, sem o uso de corticoide, por si so' nao aumenta a maturacao pulmonar no prematuro (17).

Para se fazer uma avaliacao da maturidade pulmonar, o teste de Clements, a relacao lecitina esfingomielinina e o fosfatidilglicerol (perfil pulmonar) em liquido amniotico obtido via abdominal, sao indices confiaveis (7,13,25).

No nosso estudo, verificamos que a grande maioria das pacientes (69,5%) tiveram um periodo de latencia entre 1 e 11 horas, isto devido as mesmas estarem em uma IG onde o feto ja' teria maturidade.

Holbes & Oakaes, propuseram que os fetos com IG superior a 34 semanas, se beneficiam com intervalo de ate' 16 horas, enquanto aqueles com menos de 34 semanas, necessitam um periodo de latencia de 72 horas (15).

Outros autores tambem concluíram que o manuseio deve ser conservador, quando a rotura das membranas ocorre antes de 34 semanas (23).

Notamos em nosso trabalho, que o uso de antibiotico profilatico foi na ordem de quase 70% dos casos.

Veille J. C., afirma em seu artigo que o uso de antibiotico profilatico em RPM, deve ser utilizado somente se estiverem presentes nas culturas cervicais e vaginas Streptococos do grupo B e/ou Neisseria gonorrhoeae (26).

Outros autores tambem nao recomendam a administracao de antibiotico de profilatico durante o periodo de latencia, podendo entretanto faze-lo nos casos manipulados, nas pacientes que por ventura apresentem maior risco de infeccao e, independente disto, naqueles que de "perce", ja' tenham alguma patologia que justifique o seu emprego, a exemplo das cardiopatas (1).

Para Blanco, o uso profilatico de antibiotico na mae, costuma reservar-se para as que vao ser submetidas a cesareana e para aquelas medicadas com corticoesteroides (5).

A divisao das pacientes quanto ao habito de fumar, revelou que aproximadamente 36% delas, eram fumantes, e quantidade de cigarros variava de 3 a 20 cigarros por dia.

Blanco, considera condicoes predisponentes a amniorrexe prematura, entre outras o habito de fumar (12).

Das 36 pacientes estudadas, a idade variou entre 15 a 37 anos.

A faixa etaria onde houve maior incidencia foi a de 15 a 20 anos com 30,5%.

Nao ha interferencia da idade da gestante como fator de agravo para desenvolver amniorrexe prematura (12).

Mais da metade das pacientes, possuiam IG maior ou igual a 38 semanas e menor que 42 semanas segundo a data da ultima menstruacao D.U.M. (tabela 06); portanto encontravam-se com a gestacao a termo, e apos a avaliacao obstetrica, era indicado o parto.

Apos o nascimento a avaliacao da IG dos RN pelo metodo de Capurro, tambem confirmou o mesmo dado (tabela 07). Apenas 4 RN (10,8%), tiveram baixo peso nascerem.

Segundo Holb e Oakes, cerca de 20% de conceptos nascidos apos amniorrexe prematura sao de baixo peso e aproximadamente 16% das pacientes que dao a luz produtos de baixo peso tiveram amniorrexe prematura (15).

Segundo a tabela 09 observamos que 25 pacientes (69,5%), foram submetidas a operacao cesareana e tiveram como indicacao as seguintes causas: falha de inducao (40%); apresentacao pelvica distocia cervical e desproporcao cefalo-pelvica, com 8% cada.

Houve 1 caso de sofrimento fetal (4%) e outras causas nao especificadas (sem justificativas), 8 pacientes (32%).

Ja' as que tiveram parto trans-pelvico, foram em numero de 11 (30,5%).

A avaliacao do Apgar no primeiro minuto, demonstrou que 31 dos 37 recém-nascidos obtiveram Apgar entre 7 e 10. Apenas 1 recém-nascido ficou situado entre 4 e 6 e houve um natimorto.

Costa C. e Santos em seu trabalho, tambem encontrou a maior incidencia de Apgar entre 7 a 10 (6).

Na avaliacao de complicacoes por tipo de parto, notamos que houve apenas uma complicacao no parto normal, que foi o secundamento incompleto; onde a paciente foi submetida a uma curetagem posteriormente.

Nao foi relatado nenhuma complicacao nas pacientes que se submeteram a operacao cesareana.

Nos ultimos anos, apesar de ter aumentado em muito sua incidencia, tambem tem diminuido em muito sua morbimortalidade (19).

Quanto a presenca de infeccao no recém-nato, encontramos apenas em 3 dos 37 casos (8,2%); sendo 2 casos de Inpetigo Bolioso e 1 infeccao de coto umbilical.

De acordo com o trabalho publicado, aproximadamente 70% das culturas do recém-nato colhidas ao nascimento, eram positivas quando o tempo de rotura das membranas eram maior ou igual a 24 horas e observaram uma tendencia de diminuicao desta frequencia com aumento da IG. As bacterias mais frequentemente isoladas foram: *Stafilococos epidermidis* (41,7%) e *Streptococos viridans* (11,1%); e os locais mais frequentemente colonizados: o coto umbilical, orofaringe e o pavilhao auricular (27).

VII - CONCLUSAO

Para se ter o diagnostico confirmativo de infeccao, se faz necessario o uso de recursos laboratoriais alem da valorizacao clinica. Destacamos com real importancia, portanto a realizacao destes exames para se obter um diagnostico presuntivo de infeccao, o que diminuiria consideravelmente a morbidade materno-fetal.

Concluimos que para as pacientes com RPM, com IG inferior a 34 semanas, a conduta em prolongar o periodo de latencia se mostra benefica para o recém-nascido. Contudo o uso de corticoide neste periodo e' controverso.

Concluimos que a rotina do hospital em questao, utiliza antibioticoterapia profilatica em todos os partos cesareos, independente de exames ou condicoes clinicas que evidenciassem processo infeccioso. Verificamos tambem que o antibiotico e' introduzido precocemente ao ser feito o diagnostico de amniorrexe prematura.

Notamos em nosso trabalho que houve maior incidencia de amniorrexe prematura em mulheres jovens (15-20 anos) 30,5%.

36,1% das pacientes que tiveram amniorrexe prematura eram fumantes.

Das 36 pacientes, 25 foram submetidas a operacao cesareana, sendo que a maior indicacao ficou por conta da falha de inducao, portanto concluimos que deve ser feita uma nova avaliacao quanto a maneira pela qual se conduz o trabalho de parto nestes casos.

Nas pacientes com amniorrexe prematura que se encontravam com IG a termo, nao ocorreu SAR no recém-nascido.

VIII - BIBLIOGRAFIA

- 1 - Amniorrexe Prematura. AMED A.M., CAMANO L. In Atualizacao Terapeutica 14a. Ed. Sao Paulo. Artes Medicas, 1988, 678.
- 2 - Amniorrexe Prematura. In REZENDE E MONTEMEGRO, Obstetricia Fundamental. 5a. Ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1987, 294 - 304.
- 3 - BAUER, C. R.; STEIN, L & COLLE, E.- Prolonged rupture of membranes associated with a decreased incidence of respiratory distress syndrome. Pediatrics. 1974, 53:7.
- 4 - BERKOWITZ, R.L.; KANTOR, R.D.; BECK, G.J. & WASHAW, J.B. - The relationship between premature rupture of membranes and the respiratory distress syndrome. Am.J. Obstet Gynecol. 1978, 131:503.
- 5 - BLANCO, J. D. - Rupture of the membrans in preterm gestation Cl. Obstet Gynec. 1984, 27:60.
- 6 - COSTA, C.F.F.& SANTOS, L.C. - Amniorrexe prematura diagnostico e tratamento. Femina, 9 (8): 605-06.1981.
- 7 - DOMBROSKI, R.A. et alii. - Comparison of amniotic fluid lung maturity profiles in paired vaginal and amniocentesis specimens. AM.J.Obstet. Gynecol. 140 (4). 461-4, june, 1981.
- 8 - ERNEST, J.M.; SWAIN M; BLACK S.M.; NELSON L.H.; HATJIS C.G.; MEIS P.J.- C-reactive protein: a limited test for managing patients with preterm labor or preterm rupture of membranes? Am J. Obstet Gynecol. 156 (2): 449-54, 1987, Feb.
- 9 - EVANS, MARK I. et alii. C-Reactive protein as a predictor of infections morbidity with premature rupture of menbranes.Am.J. Obstet. Gynecol. 138(6): 648-52,november,1980.
- 10 - FARB, HARRY F. et alii. C-Reactive protein with premature rupture of membranes and premature labor. Obstetrics and gynecology. 62:49-51. July, 1983.

- 11 - FISK NM; FYSH J; CHILD AG; GATENBY PA; JEFFERY H; BRADFIELD AH. Is C-Reactive protein really useful in preterm premature rupture of the membranes? Br. J. Obstet. Gynaecol. 94(12):1159-64, 1987 Dec.
- 12 - GEME, J. W. S. et al. Perinatal bacterial infection after prolonged rupture of amniotic membranes: an analysis of risk and management. The Journal of Pediatrics; 104:608, 1984.
- 13 - HALLMAN, M. et alii. Phosphatidilinositol and phosphatidilglicerol in amniotic fluid: indices of lung maturity. Am. J. Obstet. Gynecol. 125(5):613-7, July, 1976.
- 14 - HAWRYLYSHIN, P. et alii. Premature rupture of membranes: role of C-Reactive protein in prediction of Chorioamnionitis. Am. J. Obstet. Gynecol. 147:240-6, October, 1983.
- 15 - HOLB, C.J. & OAKES, G. K. - Special Considerations in the management of preterm labor. Cl. Obstet. Gynecol. 23:147, 1980.
- 16 - LEDGER, W. J. Premature rupture of membranes and maternal-fetal infection. Cl. Obst. Gynecol. 22:329, 1979.
- 17 - MORALES, W. J.; DIEBEL, N. D.; LAZAR, A. J.; ZADROZNY, D. The affect of antinatal dexamethasone administration on the prevention of respiratory distress syndrome in preterm gestations with premature rupture of membranes. Am. J. Obstet. Gynecol. 154(3):591-5, 1986, Mar.
- 18 - MUHLHAUSEN, Erich. Premature rupture of membranes and intrauterine infection: some of their consequences for the mother and the newborn infant. Bol. Hosp. San Juan de Dios. 32(1):53-56, ene. Feb., 1985.
- 19 - Operacao Cesariana. In FREITAS, F.; COSTA, S. M.; PASSOS, E. P.; RAMOS, J. G. L. Rotinas em Obstetricia. Porto Alegre, Artes Medicas, 1989, 76-84.
- 20 - Prevention of respiratory distress syndrome: effect of dexamethazone administration. US Departament of Health and Human Services Publication. No. 85-2695; August, 1985.
- 21 - RUDAL, E. G. Premature Rupture of the membranes - a review. J. Reprod. Med. 1985;30:841.
- 22 - Ruptura Prematura das Membranas Ovulares. In FREITAS, F.; COSTA, S. M.; Rotinas em Obstetricia. Porto Alegre, Artes Medicas, 1989, 99-107.

- 23 - SILVA, R.; ANDRS, J.; SIA, D.; ENRIQUE; JIGUEZ, M.; ANTONIO; DLANO, V.; PAULINA; AMTMANN, G.; ERWIN; MARTNEZ, R. AND WALTER. Manejo Conservador de la Rotura Prematura de membranas en Embarazos Menores de 34 semanas. Rev. Chil. Obstet. Gynecol. 51(3):262-9. Jun, 1986.
- 24 - SCHWARCZ, R.; CAPURRO, H.; BEJOR, R.; VINACUR, J.; BELITZKY, R.; DIAZ, A. G.; ROSELLO, J. L. D. & MARTELL, M. Manejo Perinatal de la Prematurez. Publicacion Cientifica n.755. Centro Latino Americano de Perinatologia y Desarrollo Humano. Montevideo, 1978.
- 25 - VAN DORSTEN, J. P. et al. - Preterm rupture of the membranes; combination therapy. Am. J. Obstet. Gynecol. 1985, 153-147.
- 26 - VEILLE, J. C. Management of preterm premature rupture of membranes. Clin. Perinatol. 15(4):851-62, 1988 Dec.
- 27 - VICTORINO, M. F. A. R.; LEONE, C. R.; RAMOS, J. L. A. Rotura Prematura de membranas: realcao com os sinais clinicos e a colonizacao bacteriana do recém-nascido. Rev. Paul. Pediatria. 4(12):7-9, Mar. 1986.

TCC
UFSC
TO
0176

N.Cham. TCC UFSC TO 0176
Autor: Prado, Alipio Luci
Título: Conduas na amniorrexe prematura



972806228

Ac. 254310

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM