



005

ESTABELECIDO EM
13/12/2005

ÚLTIMA REVISÃO EM
06/09/2007

NOME DO TEMA //

Prematuridade

RESPONSÁVEIS – UNIDADE //

Dr. Frederico José Amedée Peret

COLABORADORES //

Dra. Beatriz Amélia Monteiro de Andrade

Dra. Suzana Maria Pires do Rio

Dr. Humberto Scuccato Madeira – MOV

VALIDADORES //

Dra. Marta Carrijo Vilela Santos

INTRODUÇÃO / RACIONAL

O trabalho de parto pré-termo representa cerca de 25% das internações para parto na Maternidade Odete Valadares – FHEMIG, representando risco perinatal elevado e implicando em altos custos financeiros, sociais e emocionais. Sendo assim, são necessárias medidas de prevenção e controle em todos os níveis de atenção. No nível hospitalar abordaremos cuidados de prevenção secundária e terciária com o objetivo de aumento do tempo de gestação e medidas de controle de agravos neonatais imediatos e a longo prazo.

OBJETIVO

Padronizar as condutas obstétricas no manejo do trabalho de parto pré-termo – entre 24 e 37 semanas de gestação – e membranas amnióticas íntegras.

MATERIAL NECESSÁRIO

1. Fármacos tocolíticos:
 - **Primeira escolha:** nifedipina cápsulas de 10 mg: efeito rebote IAM;
 - **Segunda escolha:** salbutamol – frasco ampola de 2 mg;
 - **Terceira escolha:** atosiban – frasco com 7,5 mg por ml;
2. Bomba de infusão
3. Corticoides
 - Betametasona ampola de 1ml com 4 mg/ml;
 - Dexametasona frasco-ampola de 2,5 ml com 10 mg (4mg/ml).
4. Antibióticos parenterais
 - Penicilina potássica(Cristalina)frasco-ampola de 5.000.000UI– ampicilina frasco-ampola de 500 mg.
5. Exames laboratoriais mínimos
 - Leucograma;
 - Exame de urina rotina e GRAM;
 - Cultura vaginal e perianal para Streptococcus do Grupo B por meio seletivo;
 - Todd-Hewit.
6. Exames para propedêutica fetal
 - Ultrassonografia com Doppler colorido;
 - Cardiotocógrafo.

ATIVIDADES ESSENCIAIS

1. Diagnóstico do trabalho de parto pré-termo e/ou ruptura prematura das membranas;
2. Identificação do fator causal (se houver);
3. Exclusão de infecção intra-amniótica e/ou intrauterina;
4. Avaliação da vitalidade fetal e confirmação da idade gestacional;
5. Administração de antibioticoterapia (se indicado);
6. Administração de corticoterapia (se indicado);
7. Inibição das contrações uterinas (se indicado);
8. Avaliação da via ideal de parto;
9. Assistência neonatal imediata na sala de parto;
10. Assistência intensiva neonatal (quando indicado).

ITENS DE CONTROLE

1. Execução de exames mínimos para exclusão de infecção intrauterina;
2. Uso de corticoides entre 26 e 34 semanas de gestação;
3. Uso de antibióticos para prevenção de sepse perinatal por Streptococcus B.

SIGLAS

- TPP – Trabalho de Parto Pré-termo
RPPM – Ruptura Prematura Pré-termo das Membranas
IG – Idade Gestacional
Strepto B – Streptococcus do Grupo B
ATB – Antibióticos
PC – Parto Cesariana
PN – Parto Normal ou Vaginal

REFERÊNCIAS GRAU DE RECOMENDAÇÃO / NÍVEL DE EVIDÊNCIA

1. Crowley P. Prophylactic corticosteroids for preterm birth(Cochrane Review). In: The Reproductive Health Library, Issue 8, 2005. Oxford.	A
2. King JF, Flenady VJ, Papatsonis DNM, Dekker GA,Carbonne B. Calcium channel blockers for inhibiting preterm labour (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004.	A
3. Kenyon S, Boulvain M, Neilson J. Antibiotics for pretermrupture of membranes (Cochrane Review). In: The Reproductive Health Library, Issue 8, 2005. Oxford.	A
4. Smaill F. Intrapartum antibiotics for Group B streptococcal colonisation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software.	A
5. Anotayanonth S, Subhedar NV, Garner P, Neilson JP, Harigopal S. Betamimetics for inhibiting preterm labour (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software.	A
6. Guinn DA, Atkinson MW, Sullivan L, et at. Single vs weeklycourses of ante-natal corticosteroids for women at risk of pretermdelivery: a randomized controlled trial. JAMA 2001; 286:1581^1587.	A
7. Crowther CA, Hiller JE, Doyle LW. Magnesium sulphate forpreventing preterm birth in threatened preterm labour (CochraneReview). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software.	A
8. Husslein P. Development and clinical experience with the new evidence-based tocolytic Atosiban. Acta Obstet Gynecol Scand. 2002: 81;633-641.	A

INTRODUÇÃO

Parto pré-termo é aquele que ocorre em gestações com mais de 24 semanas e menos de 37 semanas de duração.

ABORDAGEM GERAL

TRABALHO DE PARTO PRÉ-TERMO COM MEMBRANAS INTEGRAS

Diagnóstico

- Idade gestacional superior a 24 semanas e inferior a 37 semanas e
- Contrações uterinas documentadas (4/20 minutos ou 8/60 minutos) com mudanças progressivas no colo uterino, e/ou
- Colo uterino apagado pelo menos 80%, e/ou
- Colo uterino dilatado > 2 cm

Conduta

Avaliação da idade gestacional e da vitalidade fetal (ausculta);
Avaliação da necessidade de tocólise ou parto imediato – comunicar Unidade de Terapia Intensiva Neonatal;
Solicitar urina rotina, gram de gota e leucograma;
Exame especular – afastar infecções cervico-vaginais e amniorrexe;
Avaliação da vitalidade e biometria fetais – Ultrassonografia;
Avaliar progressão do quadro materno pelo índice de tocólise.

ÍNDICE DE TOCÓLISE

Variáveis	Pontos atribuídos		
	0	1	2
Posição do colo	Posterior	Anterior	Centralizado
Apagamento	Imaturo	30 a 50%	> 50%
Dilatação	Nenhuma	2 a 4 cm	> 4 cm
Altura da apresentação	Alta (móvel)	Média (fixa)	Baixa
Bolsa das águas	Não formada	Formada	Herniada

Contrações uterinas	< 1/hora	1/10'/15"	> 2/10'/25"
---------------------	----------	-----------	-------------

INTERPRETAÇÃO

Índice de tocólise entre 5 e 10: inibição medicamentosa com uterolítico;
Índice de tocólise < 5: hidratação venosa (500 ml de Ringer lactato em 30 minutos) + observação;
Reavaliar condições do colo: se mudanças uterolítico;
Índice de tocólise > 10: Individualizar ou condução do parto.
Prescrever corticoterapia antenatal em gestação acima de 24 e < 34 semanas após exclusão de processo infeccioso e ou da necessidade de parto imediato.
Iniciar antibioticoterapia profilática para Streptococcus do grupo B se possibilidade de evolução para o parto e não estiver disponível algum resultado de cultura.

Medidas Gerais

- Repouso relativo no leito;
- Dieta branda;
- Dados vitais;
- Avaliar contrações uterinas periodicamente;
- Avaliação clínica materna antes do emprego dos tocolíticos.

Terapia Uterolítica – Contraindicações

Absolutas

- Síndromes hipertensivas graves
- Descolamento prematuro de placenta
- Outras hemorragias graves
- Morte fetal
- Corioamnionite
- Anomalias fetais graves
- Restrição de crescimento intrauterino

Relativas

- Síndromes hipertensivas;
- Formas leves;
- Placenta prévia estável;
- Doença cardíaca materna;
- Diabetes mellitus compensado;
- Anomalias fetais compatíveis com sobrevida;
- Amniorrexe.

TOCÓLISE DE PRIMEIRA LINHA

Nifedipina

Dosagem

- ataque: 10 mg VO a cada 20 minutos – Total de 40 mg
- manutenção: 10 a 20 mg, VO a cada 4 a 6 horas por 48 a 72 h
- dose máxima diária: 60 mg

Cuidados

- Avaliar hidratação materna – risco de hipotensão.
- Efeitos colaterais com relevância clínica:
- Taquicardia, flushing, cefaleia, hipotensão leve.
- A droga deve ser evitada em pacientes hipovolêmicas, desidratadas, cardiopatas e com distúrbios de função hepática (devido ao metabolismo da droga).
- Constitui uma boa escolha nas pacientes diabéticas e com gravidez gemelar desde que não-hipertensas.

TOCÓLISE DE SEGUNDA LINHA

***ATOSIBAN**

Deve ser primeira linha em pacientes com hipertensão leve e cardiopatia compensada e com indicação de tocolise por apresentar mínimo efeito hemodinâmico.

Prescrição:

Bolus venoso inicial de 6,75 mg em 1 minuto seguido de infusão rápida em 3

horas de 18 mg/hora (24 ml/horas) e infusão de manutenção de 6 mg hora (8 ml/hora) por até 48 horas.

Reações adversas: ocasionalmente cefaleia leve e náuseas.

* Obs.: esta medicação não é padronizada pela rede FHEMIG, no momento da publicação.

AGONISTAS SS-ADRENÉRGICOS

Infusão com SGI a 5%

- Usar bomba de infusão
- Volume máximo a ser infundido: 2.500 ml
- Suspender infusão :
 - Frequência cardíaca (FC) materna > 130 bpm;
 - PA sistólica < 80 mmHg;
 - FC Fetal > 180 bpm.
- Após cessação das contrações:
 - Manter infusão por 24 a 48 horas;
 - Reduzir lentamente a infusão até dose mínima efetiva e manter por mais 12 horas;
 - Não administrar medicação por via oral.

Não deve ser prescrito em pacientes diabéticas.

Salbutamol

Apresentação: ampolas de 0,5 mg (1ml) Dose inicial: 10 -12 mg/min;

Preparação: 10 ampolas em 500 ml de SGI a 5%, 20 gotas por minuto;

Aumentar 10 mg/min a cada 15-20 minutos;

Dose máxima: 30 mg/min (60 gotas/min).

Observação – Não é indicado o uso do sulfato de magnésio como uterolítico.

CORTICOTERAPIA ANTENATAL

Indicação:

- Idade gestacional entre 26 a 34 semanas;
- Deve ser administrado em todos os pacientes em tocólise;
- Excluir infecção materna antes da prescrição – Exame clínico, Urina rotina e Gram, Leucograma.

Droga de escolha:

- Fosfato de Betametasona 12 mg (3 ampolas de 4 mg) IM a cada 24 horas.
- Alternativa – dexametasona 5 mg IM de em 6 horas por 24 horas
- Não é recomendada a repetição semanal da corticoterapia como rotina.

Profilaxia da Sepses Perinatal por Streptococcus do Grupo B

- Administrar antibiótico profilático a todos os pacientes em trabalho de parto pré-termo, se houver risco de parto na próximas horas e suspender se houver inibição efetiva do TPP.

Primeira escolha:

Penicilina potássica (Cristalina) 5.000.000 UI EV e repetir

2.500.000 UI a cada 4 horas até o parto.

Segunda escolha :

Ampicilina 2 g EV e repetir 1 g EV a cada 4 horas até o parto. Alternativa (casos de alergia):

Clindamicina 600 mg EV a cada 6 horas.

Condução do Parto Pré-termo

1. Princípios Gerais:

- Evitar o uso de ocitócicos;
- Amniotomia será praticada no período expulsivo;
- Evitar sedativos e tranquilizantes;
- Uso mais liberal da Episiotomia no sentido de proteção fetal;
- Anestesia loco-regional ou peridural;
- Não prolongar o período expulsivo;
- Cordão umbilical: clampar após 45 ou 60 segundos;
- Neonatologista sempre presente na sala de parto.

2. Via do Parto

- Apresentação não-cefálica : Cesariana;
- Nas gravidezes abaixo de 27 semanas e/ou peso < 1.500 g – Cesariana.

Na apresentação de vértice, fletida, com membranas íntegras respeitado as condições acima: Via vaginal.