

005

Parto prematuro

Última revisão: 26/11/2013
Estabelecido em: 22/07/2010

Responsáveis / Unidade

Frederico José Amedée Peret – Médico | MOV

Validadores

Comissão Local de Protocolos Clínicos da MOV

Disponível em www.fhemig.mg.gov.br
e intranet

INTRODUÇÃO / RACIONAL

O trabalho de parto pré-termo representa cerca de 25% das internações para parto na Maternidade Odete Valadares – FHEMIG, significa 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.

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

OBJETIVOS

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

SIGLAS

LA: Líquido Amniótico

EV: Endovenoso

FC: Frequência Cardíaca

GRAM: Método de coloração

RPPM: Ruptura Prematura Pré-termo das Membranas

IG: Idade Gestacional

MOV: Maternidade Odete Valadares

PA: Pressão Arterial

VO: Via Oral

TPP: Trabalho de Parto Prematuro

PC: Parto Cesariano

PN: Parto Normal

MATERIAL / PESSOAL NECESSÁRIO

- Fármacos tocolíticos:
 - Primeira escolha: nifedipina cápsulas e comprimidos de ação rápida de 10 mg;
 - Segunda escolha: salbutamol – frasco ampola de 2 mg;
 - Terceira escolha: atosiban – frasco com 7,5 mg por mL.
- Bomba de infusão.
- Corticóides:
 - Betametasona ampola de 1ml com 4 mg/mL;
 - Dexametasona frasco-ampola de 2,5 mL com 10 mg (4mg/mL).
- Antibióticos parenterais:
 - Penicilina potássica (Cristalina) frasco-ampola de 5.000.000 UI;
 - Ampicilina frasco-ampola de 500 mg.

- Sulfato de Magnésio frasco-ampola de 10 mL a concentração de 50% - 5g.
- Exames laboratoriais mínimos:
- Leucograma;
- Exame de urina rotina e GRAM;
- Cultura vaginal e perianal para Streptococcus do Grupo B por meio seletivo - Todd-Hewit.
- 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 para prevenção de sepse neonatal por Streptococcus B;
6. Administração de corticoterapia (se indicado);
7. Administração de Sulfato de Magnésio para neuroproteção entre 24 e 32 semanas de gestação;
8. Inibição das contrações uterinas (se indicado);
9. Avaliação da via ideal de parto;
10. Assistência neonatal imediata na sala de parto;
11. Assistência intensiva neonatal (quando indicado).

1. 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.

2. 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"

3. Interpretação

- Índice de tocólise entre 5 e 10: inibição medicamentosa com uterolítico;
- Índice de tocólise < 5: Observação:
 - Reavaliar condições do colo, se houver mudanças, indicar uterolítico;
- Índice de tocólise > 10: Individualizar ou condução do parto:
 - Caso parto imediato avaliar o uso emergencial de antibioticoterapia e do Sulfato de Magnésio;
 - Caso não haja evidência de parto imediato iniciar corticóide incluindo pacientes que tenham recebido um esquema de corticóide em intervalo igual ou acima de 15 dias;
 - Pacientes com indicação de tocólise e que haja risco de falha e/ou progressão do trabalho de parto iniciar todas as 3 medidas acima.

4. Conduta na paciente internada

Medidas gerais e recomendações para prescrição de enfermagem

- Repouso no leito deve ser avaliado de forma individualizada;
- Dieta livre;
- Dieta suspensa se alto risco de parto e/ou progressão;
- Dados vitais de 6/6 horas;
- Avaliar contrações uterinas e ausculta fetal periodicamente;
- Avaliação clínica materna antes do emprego dos tocolíticos.
- **Comunicar de imediato, se:**
 - Sangramento;
 - Aumento das contrações;
 - Efeitos colaterais de tocolíticos (ver na parte específica);
 - Suspeita de perda de LA.

5. Contra-indicações a Terapia Uterolítica

A. Absolutas

- Síndromes hipertensivas graves;
- Descolamento prematuro de placenta;
- Doença clínica materna com evidências de gravidade e/ou descompensação;
- Morte fetal;
- Corioamnionite;
- Anomalias fetais graves;
- Restrição de crescimento intrauterino com alteração da vitalidade fetal;
- Amniorrexe.

B. Relativas

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

6. Tocólise de primeira linha

A. Nifedipina de ação rápida

Dosagem

- Ataque: 10 mg VO a cada 20 minutos – Total de 40 mg ou dose única de 30 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 – prevenir 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.

7. Tocólise de segunda linha

A. Agonistas β -adrenérgicos :

Infusão com SGI a 5%

- Volume máximo a ser infundido: 2.500 mL;

Suspender infusão quando:

- 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.**

1. 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;
- 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.

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

2. Atosiban (não padronizado na FHEMIG)

Bolus venoso inicial de 6,75 mg em 1 minuto seguido de infusão rápida em 3 horas de 18 mg/hora (24ml/horas) e infusão de manutenção de 6 mg hora (8ml/hora) por até 48 horas.

Reações adversas: ocasionalmente cefaléia leve e náuseas.

8 . Anti-inflamatórios

A. Indometacina

- Indicado apenas em gestações abaixo de 32 semanas pelo risco de fechamento precoce do canal arterial;

9. Corticoterapia antenatal

- Idade gestacional entre 24 a 34 semanas;
- Deve ser administrado em todos os pacientes em tocólise;

10. Droga de escolha

A. Fosfato de Betametasona: 12 mg (3 ampolas de 4 mg) IM a cada 24 horas;

B. Dexametasona: 5 mg IM de em 6 horas por 24 horas;

- Em pacientes com uso prévio de corticóide acima de 15 dias e que permaneçam em risco de parto prematuro pode ser realizado dose única de resgate antes do parto. Não é recomendado esquema semanal como rotina.

11. Profilaxia da Sepse Perinatal por Streptococcus do Grupo B9

Administrar antibiótico profilático a todas as pacientes em trabalho de parto pré-termo, se houver risco de parto nas 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.

Observação: Pacientes com indicação de cesariana e de uso de antibioticoterapia, devem iniciar a medicação pelo menos duas horas antes do parto. Evidências de proteção neonatal é de no mínimo duas horas.

12. Neuroproteção neonatal

Deve ser realizada em pacientes com alto risco de parto pré-maturo (entre 24 e 32 semanas de gestação) ou antes de cesarianas programadas em prematuros.

A. Sulfato de Magnésio

Dose: 50% 8 mL diluído em 12 mL de água destilada injetar em bolus em 10-15 minutos;

Manutenção: sulfato de Magnésio a 50% 2 ampolas em 500 mL de soro glicosado a 96 mL hora.

Manter até o parto e ou inibição do trabalho de parto pré-termo (uso máximo por horas).

Avaliar a toxicidade materna conforme o protocolo de pré-eclâmpsia.

13. Condução do Parto Pré-termo

A. Princípios Gerais:

- Minimizar o uso de ocitócicos;
- Amniotomia será praticada o mais tardiamente possível;
- Evitar sedativos, opiáceos e tranquilizantes;
 - Uso mais liberal da Episiotomia no sentido de proteção fetal;
 - Não prolongar o período expulsivo;
 - Clampagem oportuna do cordão umbilical conforme as diretrizes neonatais;

- Neonatologista sempre presente na sala de parto.

B. Via do Parto

Via de parto individualizada e por indicação obstétrica, exceto:

- Apresentação não-cefálica;
- Nas gravidezes abaixo de 29 semanas e/ou peso < 1.000 g sem trabalho de parto em fase ativa.

ITENS DE CONTROLE

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

REFERÊNCIAS

-
1. Crowley P. Prophylactic corticosteroids for preterm birth (Cochrane Review). In: The Reproductive Health Library, Issue 8, 2005. Oxford
-
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
-
3. Smaill F. Intrapartum antibiotics for Group B streptococcal colonisation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software
-
4. 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
-
5. Crowther CA, Harding JE. Repeat doses of prenatal corticosteroids for women at risk of preterm birth for preventing neonatal respiratory disease. Cochrane Database Syst Rev 2007
-
6. Doyle LW, Crowther CA, Middleton P, Marret S, Rouse D. Magnesium sulphate for women at risk of preterm birth for neuroprotection of the fetus. Cochrane Database Syst Rev 2009
-
7. Rouse DJ, Hirtz DG, Thom E, et al. A randomized, controlled trial of magnesium sulfate for the prevention of cerebral palsy. N Engl J Med 2008;359:895-905
-

