

TRABALHO DE PARTO PREMATURO

1ª edição: janeiro/2003

1ª revisão: maio/2004

2ª revisão: setembro/2008

Data prevista para a próxima revisão: setembro/2010

OBJETIVOS

Responder adequadamente às complexas necessidades das mulheres e recém-nascidos em trabalho de parto prematuro com:

Garantia de avaliação de todas as mulheres com idade gestacional entre 22 e 36 semanas e com presunção de trabalho de parto.

Oferta do melhor cuidado baseado na melhor evidência disponível.

Comunicação e informação adequada aos pais e familiares.

SUMÁRIO DAS MELHORES PRÁTICAS

- 1. Avaliar a atividade uterina através da palpação abdominal e não através de tocografia em todas as mulheres com qualquer sinal de trabalho de parto prematuro.**

Qualidade da evidência: III

Grau de recomendação: B

- 2. Evitar exame digital se houver sinais de ruptura de membranas ou suspeita de placenta prévia. Avaliar o colo através de exame especular estéril.**

Qualidade da evidência: IV

Grau de recomendação: C

- 3. A ultrasonografia transvaginal pode ser utilizada para avaliação do comprimento cervical em mulheres com trabalho de parto prematuro presumido.**

Qualidade da evidência: IIb

Grau de recomendação: B

- 4. O repouso no leito não deve ser adotado de rotina como forma de prevenir o parto prematuro.**

Qualidade da evidência: Ib

Grau de recomendação: A

5. A hidratação não deve ser adotada de rotina como forma de prevenção ou tratamento do trabalho de parto prematuro.

Qualidade da evidência: Ia Grau de recomendação: A

6. As drogas tocolíticas devem ser utilizadas com o objetivo de ganhar tempo até a ação do corticóide e/ou quando a mãe estiver para ser transferida.

Qualidade da evidência: Ia, Ib Grau de recomendação: A

7. Na escolha da droga tocolítica, a nifedipina deve ser a preferida já que está associada a menos efeitos colaterais e com eficácia comparada à dos betamiméticos.

A indometacina também pode ser utilizada com atenção para os efeitos colaterais.

O sulfato de magnésio não tem demonstrado atividade tocolítica e não deve ser utilizado.

Qualidade das evidências: Ia, Ib Grau de recomendação: A

8. Os corticóides devem ser utilizados em todas as pacientes em trabalho de parto prematuro entre 24 e 34 semanas.

Qualidade da evidência: Ia Grau de recomendação: A

9. Pacientes com ruptura prematura de membranas pré-termo devem utilizar a corticoterapia entre 24 e 34 semanas se não houver sinais de corioamnionite.

Qualidade da evidência: Ia Grau de recomendação: A

10. Fazer profilaxia para a sepse neonatal pelo estreptococo do grupo B (GBS) em todas as pacientes com risco iminente de parto prematuro com cultura positiva ou cultura não realizada para GBS.

Qualidade da evidência: IIa Grau de recomendação: B

11. Pacientes com cultura negativa para GBS não necessitam profilaxia em nenhuma situação.

Qualidade da evidência: IIa

Grau de recomendação: B

12. Não usar antibióticos profiláticos em mulheres em trabalho de parto prematuro com membranas íntegras, exceto para profilaxia da sepse neonatal por GBS.

Qualidade da evidência: Ia

Grau de recomendação: A

13. O uso rotineiro do fórceps e/ou da episiotomia devem ser evitados como medidas de proteção do feto no parto prematuro.

Qualidade da evidência: IIa

Grau de recomendação: B

14. A cesariana não é justificada como procedimento de rotina para partos prematuros de extremo baixo peso.

Qualidade da evidência: IIa

Grau de recomendação: B

AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO

Conceitua-se gravidez pré-termo aquela cuja idade gestacional encontrasse entre 22 (ou 154 dias) e 37 (ou 259 dias) semanas. Nesse período, o trabalho de parto é caracterizado pela presença de contrações freqüentes (uma a cada 5 a 8 minutos) acompanhadas de modificações cervicais caracterizadas por dilatação maior que 2,0 cm e/ou esvaecimento maior que 50%.

Diagnóstico

Anamane

Avaliar fatores de risco, problemas na gravidez atual, complicações clínicas associadas e estado fetal.

Fatores de risco associados á prematuridade

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Parto prematuro prévio• Gestação múltipla |
|--|

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• História materna de um ou mais abortos espontâneos no segundo trimestre• Comprimento cervical < 3.0 cm• Baixo nível sócio-econômico• Idade materna <18 anos ou >40 anos• Complicações maternas (clínicas ou obstétricas)• Atividade física aumentada• Tabagismo• Uso de cocaína• Ausência de controle pré-natal• Situações de alto estresse | <ul style="list-style-type: none">• Crescimento Intra-uterino Restrito• Anomalias congênitas• Polihidrâmnios• Ruptura prematura de membranas pré-termo• Descolamento de placenta• Presença de DIU• Mioma (particularmente submucoso ou subplacentário)• Anomalias uterinas• Insuficiência istmo-cervical• Infecções maternas• Síndrome antifosfolípide• Trauma• Cirurgia |
|---|--|

Exame Físico

- Avaliar atividade uterina através da palpação abdominal e não através de tocografia (frequência, intensidade e duração das contrações).
- Ausculta de batimentos cardio-fetais com estetoscópio de Pinard, Sonar, etc.
- Se houver história de eliminação de líquido pela vagina, avaliar a possibilidade de ruptura de membranas através de exame especular.
 - A inspeção visual pode ser utilizada para avaliar o colo.
- Realizar exame digital cervical se não houver ruptura de membranas ou suspeita de placenta prévia.
- Se houver sangramento vaginal avaliar possibilidade de placenta prévia e/ou descolamento de placenta.

Exames laboratoriais

- Hemograma com leucograma.

- Urinálise, gram de gota de urina e urocultura.
- Pesquisa para estreptococo do grupo B se não tiver sido realizada antes e houver disponibilidade local.
- Ultra-sonografia:
 - Se houver suspeita de placenta prévia ou ruptura de membranas e houver dúvidas em relação à idade gestacional e crescimento fetal, assim como para auxiliar na tomada de decisões quando necessário.
 - Comprimento cervical < 3,0 cm à ultrasonografia tem um bom valor preditivo em mulheres com risco aumentado para parto prematuro.

PREVENÇÃO

Embora a prevenção da prematuridade continue a ser um desafio para a obstetrícia, estudos recentes demonstraram o benefício da progesterona em algumas situações.

Gestantes com alto risco para parto prematuro tais como: parto prematuro anterior, submetidas a cerclagem cervical e portadoras de mal-formações uterinas devem receber 100 mg de progesterona por via vaginal a partir de 24 até 34 semanas de gestação. Também naquelas que apresentarem comprimento cervical $\leq 1,5$ cm em ultrasonografia transvaginal realizada entre 20 e 25 semanas, independente de fatores de risco presentes, devem receber 200 mg de progesterona vaginal entre 24 e 34 semanas. Para fins de prevenção, toda paciente que for submetida a uma ultrasonografia entre 20 e 25 semanas deve ter uma avaliação do comprimento cervical por via transvaginal.

TRATAMENTO

Avaliação das condições de assistência neonatal

Toda gestante em trabalho de parto prematuro deve ser assistida em unidade com recursos adequados para assistência neonatal, ou seja, de nível

secundário ou terciário, dependendo da idade gestacional e/ou outros problemas fetais. A melhor forma de transporte de prematuros ainda é no interior do útero da mãe. Não se deve retardar o início do tratamento em vista da transferência materna.

Aconselhamento sobre Morbidade/Mortalidade Relacionadas à Idade Gestacional

Toda mulher com diagnóstico de trabalho de parto prematuro e sua família devem receber aconselhamento sobre a morbidade e mortalidade associadas à idade gestacional e da eficácia limitada do tratamento.

Repouso no leito

Não existem evidências que apoiem o uso do repouso no leito como forma de prevenir o parto prematuro.

Hidratação

Não existe nenhum benefício comprovado do uso da hidratação como forma de prevenção ou tratamento do trabalho de parto prematuro.

Tocólise

O uso de agentes tocolíticos ou inibidores das contrações uterinas deve ser iniciado assim que o diagnóstico de trabalho de parto prematuro for realizado, respeitadas as contra-indicações para o seu uso. O principal objetivo da tocolise é ganhar tempo necessário para a ação da corticoterapia (ver adiante) e/ou transporte materno-fetal com segurança.

Contra-indicações:

- Corioamnionite, sangramento grave, condições clínicas maternas, hipertensão induzida pela gravidez.
- Morte fetal, anomalias fetais incompatíveis com a vida, comprometimento fetal, crescimento intra-uterino restrito grave ou idade gestacional > 34 semanas.

- Contra-indicações relativas às drogas

Deve-se assegurar monitoração adequada do feto, estado de hidratação materna e atenção às complicações do tratamento.

Nifedipina (droga de primeira escolha)

Apresentação: comprimidos ou cápsulas de **ação rápida** de 10 mg.

Dose de ataque:

1. 10 mg VO a cada 20 minutos até quatro doses OU
2. 30 mg VO em dose única, e se necessário 20 mg após 90-120 minutos se a atividade uterina persistir. Se após a 2ª. dose mantiver atividade uterina, considerar falha terapêutica e utilizar outro agente.

Dose de manutenção:

- 20 mg VO a cada 4 a 8 horas por no máximo 72 horas

Contra-indicações: hipotensão materna (PA < 90/50 mmHg) e bloqueio átrio-ventricular.

Indometacina

Apresentação: via oral - comprimidos de 25 e 50 mg; via retal - supositório de 100 mg

Dose de ataque:

50 mg VO (ou 100 mg/via retal)

Dose de manutenção:

25 mg/VO (1 compr.) cada 4 a 6 horas por no máximo 48-72 horas OU

100 mg/via retal a cada 24 horas (no máximo duas doses)

O uso da indometacina em dose única de 100 mg por via retal presta-se de fundamental valor na naquelas pacientes que serão transferidas para centros de atenção secundária ou terciária.

Contra-indicações: disfunção renal ou hepática, úlcera péptica ativa, asma sensível a AINE, desordens de coagulação, trombocitopenia, oligohidrânio (ruptura de membranas) e após 32 semanas (para evitar complicações, como o fechamento precoce do ducto arterioso).

Salbutamol

Apresentação: injetável - ampolas de 1 ml com 0,5 mg

Preparo da solução: 5 mg (10 amp.)/500 ml SG 5% (0,01 mg/ml)

Dose inicial: 10 mcg/min (60 ml/hr em bomba de infusão ou 20 gotas/min)

Aumentar 10 mcg/min de 20 em 20 minutos até inibição das contrações ou efeitos colaterais maternos indesejáveis (pulso > 120 bpm, dor torácica, hipotensão, etc.)

Manter por 60 minutos

Diminuir 10 mcg/min de 30 em 30 minutos até menor dosagem efetiva para inibição das contrações.

Manter por 12 horas

Terbutalina

Apresentação: injetável - ampolas de 1 ml com 0,5 mg

Preparo da solução: 5 mg (10 amp.)/500 ml SG 5% (0,01 mg/ml)

Dose inicial: 10 mcg/min (60 ml/hr em bomba de infusão ou 20 gotas/min)

Aumentar 10 mcg/min de 20 em 20 minutos até inibição das contrações ou efeitos colaterais maternos indesejáveis (pulso > 120 bpm, dor torácica, hipotensão, etc.)

Manter por 60 minutos

Diminuir 10 mcg/min de 30 em 30 minutos até menor dosagem efetiva para inibição das contrações.

Manter por 12 horas

Ritodrina

Apresentação: injetável - 10,0 mg (ampolas de 5 ml)

Preparo: 50 mg (5 ampolas)/500 ml SG 5% (0,1 mg/ml)

Dose inicial: 50 mcg/min (30 ml/hr em bomba de infusão contínua ou 10 gotas/min) por via intravenosa

Aumentar 50 mcg/min de 20 em 20 minutos até inibição das contrações ou efeitos colaterais maternos indesejáveis (pulso > 120 bpm, dor torácica, hipotensão, etc.)

Manter por 60 minutos

Diminuir 50 mcg/min de 30 em 30 minutos até menor dosagem que mantiver útero inibido

Manter por 12 horas

Deve-se ter cuidado com o uso de betamiméticos e hidratação venosa devido ao risco aumentado de edema agudo de pulmão.

Corticosteróides

A administração de corticóides para amadurecimento pulmonar fetal se constitui na principal estratégia para a redução da morbidade e mortalidade perinatal associadas à prematuridade, tais como redução da ocorrência de síndrome de membrana hialina, hemorragia intraventricular e enterocolite necrotizante. Os efeitos atingem seu benefício máximo se o parto ocorrer entre 24 horas e 7 dias após a última dose do medicamento. Entretanto, mesmo se o parto ocorrer fora desse prazo ainda existem benefícios e, portanto, toda

mulher com risco de parto prematuro deve receber corticoterapia, exceto quando houver contra-indicações ao seu uso. As opções disponíveis são:

- Betametazona 12 mg IM de 24 em 24 h ou de 12 em 12 h (dose acelerada) X 2 doses OU
- Dexametasona 6 mg IM de 12 em 12 h X 4 doses
- Indicações:

IG \geq 24 e \leq 34 semanas

- Contra-indicações:

Evidências clínicas de infecção e/ou parto iminente

- Repetição das doses:

As evidências atuais ainda são conflitantes em relação ao uso rotineiro de doses repetidas ou de resgate de corticosteróides no manejo do trabalho de parto prematuro. O benefício a curto prazo é evidente para doses repetidas mas ainda há dúvidas em relação as conseqüências a longo prazo. Sugere-se repetição da dose se apresentar novo episódio com risco elevado de parto pré-termo antes de 32 semanas e após 7 dias da dose de ataque inicial, com um máximo de 3 doses. Neste caso a droga de escolha deve ser a betametazona em dose de 12 mg.

Efeitos colaterais dos corticóides:

Aumento na contagem total de leucócitos de ~ 30% e ~ 45% de redução na contagem de linfócitos dentro de 24 h após injeção de betametazona. As contagens retornam aos valores basais dentro de 3 dias. Pacientes com contagem total de leucócitos $> 20 \times 10^3$ células/cc após a administração de esteróides devem ser avaliadas para infecção.

Hiperglicemia materna (em pacientes diabéticas em uso de insulina pode ser necessário aumento significativo das doses).

Alterações significativas nos parâmetros de avaliação do bem-estar fetal tais como: diminuição ou aumento da frequência cardíaca fetal basal, diminuição ou aumento da variabilidade, diminuição dos movimentos fetais e alterações nos parâmetros biofísicos fetais. Tais alterações não podem ser confundidas com comprometimento do bem-estar fetal, pois são transitórias e retornam ao normal no quarto dia após a administração da primeira dose de corticóide.

Possibilidade de contrações uterinas em gestações múltiplas com três ou mais fetos.

Antibióticos

Não existem evidências que justifiquem o uso de antibióticos no trabalho de parto prematuro com o objetivo de prolongar a gestação e aumentar a eficácia da tocolise. Os mesmos só devem ser utilizados para profilaxia da sepsis neonatal pelo estreptococo do grupo B (EGB) como a seguir:

Pacientes em trabalho de parto ou ruptura de membranas ≤ 37 semanas com risco iminente e significativo de parto prematuro com cultura positiva para EGB ou cultura não realizada.

Esquema:

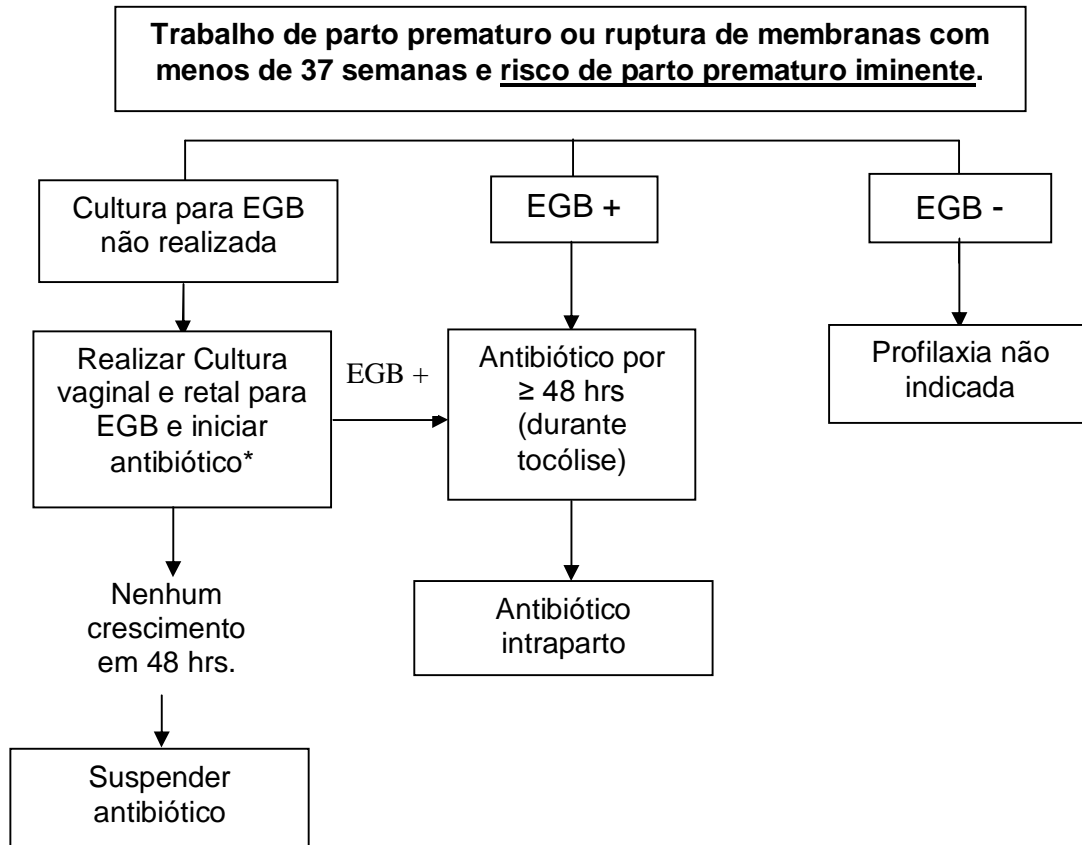
- Penicilina G 5 milhões UI IV seguida por 2.5 milhões UI IV de 4 em 4 h ou ampicilina 2,0 g IV seguida por 1,0 g IV de 4 em 4 h. Se a paciente for alérgica à penicilina usar Clindamicina 900 mg IV de 8 em 8 h. A eficácia é maior quando o intervalo entre a última dose e o parto for > 4 horas, mas a profilaxia deve ser realizada ainda que se vislumbre um intervalo menor que 4 horas até o parto.
- Dar preferência para a penicilina.
- O antibiótico deve ser mantido até a inibição efetiva (durante a tocolise) ou até o parto, se ocorrer antes.

- Em algumas situações pode ser mantido por mais de 48 horas se o parto não tiver ocorrido e houver risco significativo de ocorrer brevemente.

Outras indicações para profilaxia para EGB independentes da idade gestacional em gestantes com cultura não realizada:

- Membranas rotas > 18 h,
- Bacteriúria por EGB
- História de recém-nascido prévio infectado por EGB
- Temperatura intraparto $\geq 38^{\circ}$ C.
- Pacientes com cultura negativa para EGB não precisam profilaxia em nenhuma situação.

Fluxograma para profilaxia da infecção neonatal pelo estreptococo do grupo B em pacientes com trabalho de parto prematuro ou ruptura prematura de membranas com menos de 37 semanas.



* Quando não for possível realizar a cultura mantenha o antibiótico por pelo menos 48 horas até a inibição do trabalho de parto ou até o parto.

OUTRAS RECOMENDAÇÕES E CUIDADOS

Cuidados gerais

- Dieta regular
- Dados vitais a cada 4 h
- Contagem de movimentos fetais duas vezes ao dia (após o almoço e jantar).
- Cardiotocografia basal duas vezes por semana.

- Comunicar se temperatura axilar $\geq 37,8^{\circ}$ C, contrações uterinas, diminuição de movimentos fetais, dor torácica, pulso materno >100 , leucócitos >15.000 , BCF > 160 .

Avaliação diária

- Contrações uterinas
- Diminuição dos movimentos fetais (< 6 movimentos em um período de 1 hora)
- Febre
- Taquicardia materna ou fetal
- Dor uterina
- Avaliar resultados de exames solicitados

Alta

- Alta após 24 horas sem contrações
- Não há benefícios comprovados do uso de medicação tocolítica a nível ambulatorial com o objetivo de prevenir trabalho de parto prematuro recorrente.
- Referir para consulta no pré-natal de alto risco.
- Orientações para a alta:
 - Atenção para eliminação de fluidos vaginais
 - Atenção para sinais e sintomas de TPP
 - Contagem de movimentos fetais duas vezes ao dia
 - Retorno ao Hospital se necessário (presença de contrações, eliminação de sangue ou fluido pelos genitais, diminuição dos movimentos fetais)

Se a tocolise falhar ou o trabalho de parto não puder ser inibido

- Não há nenhum benefício comprovado para o recém-nascido prematuro do uso rotineiro do fórceps e da episiotomia. Devem ser utilizados apenas para outras indicações (ex. estado fetal não tranqüilizador).
- Não existem evidências que o uso rotineiro da cesariana possa melhorar o prognóstico de recém-nascidos prematuros. Embora a sua realização possa reduzir a mortalidade neonatal em recém-nascidos de extremo baixo peso, a morbidade neonatal pode ser extremamente alta, não justificando o procedimento. Devem ser considerados também os riscos maternos.