



1) OBJETIVO

Sistematizar a assistência obstétrica em pacientes com trabalho de parto com idade gestacional menor que 37 semanas (menos de 259 dias).

Definição de trabalho de parto prematuro (TPP): presença de dinâmica uterina rítmica, intensidade moderada, geralmente com frequência de 3 ou mais contrações em 10 minutos, que implicam efetivamente em alteração no colo uterino (esvaecimento ou dilatação), em pacientes com menos de 37 semanas de gestação.

Obs.: o diagnóstico precoce e fundamental par evolução do quadro.

Definimos o trabalho de parto prematuro como **INIBÍVEL** se:

1. Idade gestacional 22 a 34 semanas
2. Cervicodilatação <5 cm
3. Bolsa íntegra
4. Vitalidade fetal preservada
5. Ausência de contraindicações*:
 - a. Cardiopatia materna (classificação OMS 2 a 4)
 - b. Doença materna descompensada
 - c. Suspeita corioamnionite
 - d. Suspeita DPP
 - e. Malformação fetal com prognóstico reservado

Se o TPP for considerado inibível, procedemos à tocólise, conforme abaixo descrito. Nos casos em que for aplicável, associamos a administração de betametasona 12 mg intramuscular profundo para maturação pulmonar fetal (atentar às contraindicações maternas)

2) REGRAS / PRINCÍPIOS / DEFINIÇÕES

ACAMAÇÃO



Firmado o diagnóstico de trabalho de parto prematuro, uma medida elementar é o repouso relativo durante o processo de tocólise. Orientamos repouso preferencialmente em decúbito lateral. Este modo de proceder por si só tem mostrado resultados satisfatórios em cerca de 50% das vezes.

SEDAÇÃO

Se houver a participação do componente psicológico no quadro da paciente e isto está contribuindo para o aparecimento de contrações, o manejo da ansiedade também é recomendado. Para atenuar a ansiedade materna recorre-se aos sedativos (levopromazina 4% 3 gotas de 8 em 8 horas ou benzodiazepínico – 5mg 2X /dia). Em todos estes casos solicitar a avaliação da psiquiatria institucional.

HIDRATAÇÃO

O principal efeito da expansão de volume é diminuir o hormônio antidiurético (ADH) e a liberação de ocitocina da hipófise. Sugerimos hidratação com solução de ringer lactato 500 ml na primeira hora. Após, repetir hidratação até o máximo de 2 litros por dia. Atentar às contraindicações maternas para a hidratação (nefropatia, cardiopatia, hipertensão).

INIBIÇÃO FARMACOLÓGICA

O sucesso é maior quanto mais precocemente for instituída a tocólise, porém evita-se o emprego dessas drogas por longo prazo, pois seus benefícios são superados pelos efeitos colaterais.

1) Atosibano (Tractocile) - Antagonista específico da ocitocina – 1ª. opção

Etapa I

Injeção IV em bolus inicial

Injeção IV de 0,9 ml (6,75mg) durante 1 minuto de Solução injetável para bolus intravenoso (7,5 mg/ml)

Etapa II

ELABORADO POR:

EDUARDO CORDIOLI

REVISADO POR:

MARIANA CREMA TOBARA

APROVADO POR:

ALINE MARQUES DE SOUZA



TÍTULO:

TRABALHO DE PARTO PREMATURO

SETOR:

CÓDIGO:

NOR.0188

ÚLTIMA REVISÃO:

12/04/2023

PRÓXIMA REVISÃO:

12/04/2025

VERSÃO:

5

DATA CRIAÇÃO:

31/10/2015

Infusão de manutenção rápida em alta dose

Preparo: retira-se 10 ml de bolsa de 100ml de Soro fisiológico, solução de ringer lactato ou solução glicose a 5% e substitui-se por 10 ml de Tractocile 7,5 mg/ml solução concentrada para infusão (dois frascos –ampola de 5 ml cada)

Taxa de infusão: 24 ml/hora (18 mg/hora) por 3 horas.

Etapa III

Infusão de manutenção em baixa dose

Preparo: igual à Etapa II

Taxa de infusão: 8 ml/hora (6 mg/hora), repetir esta diluição e taxa de infusão por período de no **máximo** 45 horas.

TEMPO TOTAL DA TERAPIA: 48 HORAS

A DOSE TOTAL NÃO DEVE EXEDER A 330 MG

Terapia dever ser iniciada tão logo de diagnostique o trabalho de parto prematuro.

Efeitos colaterais: náusea, vômitos, rubores, cefaléia, hiperglicemia.

Não utilizar: idade gestacional abaixo de 24 semanas e acima de 33 semanas e 6 dias,

limitar até 3 tratamentos

2- Antagonista dos Canais de Cálcio – 2ª. opção

a) Nifedipina:

20mg de ataque VO e manutenção de 20mg 6/6h ou 8/8h por 48h.

Não deve ser utilizada em pacientes cardiopatas.

Na dose de manutenção, pode-se usar o comprimido simples ou o revestido (de liberação retardada). A dose de ataque é sempre com o comprimido simples. Os comprimidos

ELABORADO POR:

EDUARDO CORDIOLI

REVISADO POR:

MARIANA CREMA TOBARA

APROVADO POR:

ALINE MARQUES DE SOUZA



sempre devem ser engolidos inteiros, sem mastigar. Não utilizar via sublingual. A vigilância clínica materna é fundamental, bem como o controle da vitalidade fetal.

A associação de nifedipina com o sulfato de magnésio pode potencializar o risco de bloqueio neuromuscular do magnésio, aumentando o risco de alterações nas funções cardíaca e pulmonar, além de hipotensão, portanto deve haver cautela se essa associação ocorrer, com monitorização materna e fetal rigorosa.

3) Betamiméticos – 3ª Opção, (só usado em casos excepcionais)

Não se recomenda o uso dos fármacos betamiméticos em casos de cardiopatia materna, hipertireoidismo materno, polidrâmio, patologia materna grave ou descompensada, malformação fetal, sofrimento fetal, suspeita de infecção, hemorragia vaginal.

Entre os fármacos empregados para inibir a contração uterina contam-se: terbutalina, ritodrina, salbutanol, isoxsuprina, fenoterol e outros.

a) Terbutalina (Bricanyl): é a droga mais comumente utilizada.

Dose

Esquema: 5 ampolas (cada ampola = 0,5mcg) diluída em SG 5% - 500 ml EV 30ml/h em bomba de infusão contínua. Aumentar 30ml/h em BIC até no máximo 240ml/h, monitorando a FC materna que deve estar abaixo de 120bpm. Persiste-se com esquema por 24 horas. Caso retornem as contrações, repetir esquema apenas mais um ciclo.

Efeitos Colaterais

a) Maternos – Entre eles, averbam-se: taquicardia, delírio, rubor e, mais raro, hipotensão. Por vezes, algumas pacientes apresentam sensação de dor subesternal e edema pulmonar necessitando terapêutica de insuficiência cardíaca congestiva. Pode-se encontrar hiperglicemia discreta. Impõe-se, igualmente, pesquisa diária de hipopotassemia, nível de hemoglobina e hematócrito. Observam-se, amiúde, quedas de 20 a 25% destes últimos. Seu uso, na tentativa de inibir as contrações na prenhes gemelar, tem sido acompanhado de edema pulmonar materno.



b) Fetais – Constam, essencialmente, de taquicardia e hiperglicemia.

Administração de corticóide:

- Betametasona (Celestone soluspam) 12mg (2 ampolas de 6mg) IM, em 2 doses com intervalo de 24h. Podem ser realizados até 2 ciclos.

Neuroproteção com sulfato de magnésio

- Recomenda-se sua ministração até 31 semanas e 6 dias. O uso deve ser iniciado quando se considerar que o parto tem alta probabilidade de ocorrer nas próximas 24 horas. Esquema de uso: dose de ataque de 4g IV em 20 a 30 minutos, e seguir com dose de manutenção em infusão de 1 g IV, por hora, até o nascimento ou máximo de 24 horas de utilização (se não ocorrer o parto em 24 horas, a administração deve ser suspensa).

Antibioticoprofilaxia para estreptococo do grupo B

A recomendação é que seja feita coleta de material (vaginal e anal) para cultura específica dessa bactéria e que, enquanto se aguarda resultado, administre-se o antibiótico. Se o trabalho de parto prematuro não for inibido, o antibiótico deve ser mantido até o parto. Caso o resultado da cultura seja negativo ou se o trabalho de parto prematuro for inibido, o antibiótico deve ser suspenso após a tocólise.

AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO

Avaliação clínica e laboratorial.

3) AÇÃO(ÕES) DO(S) SETOR(ES) CLIENTE(S) INTERNO(S)

NÃO APLICÁVEL

4) OBSERVAÇÕES

NÃO APLICÁVEL

5) CLIENTES INTERNOS

NÃO APLICÁVEL

ELABORADO POR:

EDUARDO CORDIOLI

REVISADO POR:

MARIANA CREMA TOBARA

APROVADO POR:

ALINE MARQUES DE SOUZA



TÍTULO:

TRABALHO DE PARTO PREMATURO

SETOR:

CÓDIGO:

NOR.0188

ÚLTIMA REVISÃO:

12/04/2023

PRÓXIMA REVISÃO:

12/04/2025

VERSÃO:

5

DATA CRIAÇÃO:

31/10/2015

6) AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Comunicar a chefia e registrar no gerenciador de ocorrência – gerenciador de documentos.

7) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. - https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/03/manual_gestacao_alto_risco.pdf

ELABORADO POR:

EDUARDO CORDIOLI

REVISADO POR:

MARIANA CREMA TOBARA

APROVADO POR:

ALINE MARQUES DE SOUZA