

# TRABALHO DE PARTO PREMATURO: DIAGNÓSTICO E MANEJO

Louise Barbosa  
Kelly Kasper  
Bruna Gregolim  
Letícia Germany Paula

## UNITERMOS

TRABALHO DE PARTO PREMATURO; TOCOLÍTICOS; TOCÓLISE; CORTICOESTEROIDES

## KEYWORDS

OBSTETRIC LABOR, PREMATURE; TOCOLYTIC AGENTS; TOCOLYSIS; ADRENAL CORTEX HORMONES

## SUMÁRIO

O parto prematuro é um dos maiores desafios obstétricos na atualidade, apresentando altas taxas de morbimortalidade perinatal. O presente capítulo foi elaborado com o objetivo de uniformizar condutas para o diagnóstico e manejo terapêutico do trabalho de parto prematuro.

## SUMMARY

*Preterm birth is a major obstetrical challenges nowadays, presenting high rates of perinatal morbidity and mortality. This chapter has been elaborated with the objective of standardize practices for the diagnosis and therapeutic management of preterm labor.*

## INTRODUÇÃO

Define-se trabalho de parto prematuro a presença de contrações frequentes e intensas suficientemente efetivas nas modificações cervicais em toda gestante com **idade gestacional entre 20 e 37 semanas**<sup>1</sup>. A tocolise é o recurso disponível para tentar adiar o parto, onde se torna possível a realização de **corticoterapia**, prevenindo complicações comuns da prematuridade.

## DIAGNÓSTICO

Avaliar na anamnese idade gestacional, fatores de risco, comorbidades na gestação atual, complicações clínicas associadas e estado fetal. O exame físico deve conter: Contratilidade uterina precocemente aumentada e intensa; (uma a

cada 5 – 8 min) e modificação do colo uterino progressivamente ( >2cm e/ou apagamento >50% , centralização) ; persistindo por no mínimo uma hora.<sup>1</sup>

### **LIMITES GESTACIONAIS**

Sugere-se 22 semanas como a idade mínima para considerar a terapia tocolítica, dado que essa idade gestacional é o limite de viabilidade fetal e efetividade da corticoterapia.<sup>1</sup> Como limite máximo gestacional para a terapia tocolítica, recomenda-se 34 semanas, onde a morbidade e mortalidade são muito baixas para justificar uma potencial complicação fetal e materna.

### **CONDUTA**

As decisões devem ser tomadas considerando a idade gestacional, peso estimado do feto e contra-indicações para o bloqueio do TP. As contra-indicações da terapia tocolítica são: morte fetal, anomalia fetal incompatível com a vida, situação fetal não tranquilizadora, pré eclâmpsia com grande chance de eclâmpsia, hemorragia materna com instabilidade hemodinâmica e corioamnionite.<sup>1</sup>

### **ASSISTÊNCIA AO TPP**

- Internação hospitalar;
- Avaliação da vitalidade fetal por meio da ausculta e monitorização dos batimentos cardio fetais; Eco obstétrica para casos selecionados;
- Acesso venoso; coleta de hemograma, EQU e urocultura;
- Cultura para Strepto B se cultura inexistente – não esperar resultado para realizar profilaxia.

### **INIBIÇÃO DO TPP**

A inibição da contratilidade uterina, ou **tocólise**, é o último recurso preventivo disponível pelo obstetra para tentar adiar o parto. Geralmente não evita o parto prematuro, e sim adia por pelo menos 48 horas, momento onde se torna possível a realização de **corticoterapia** antenatal, prevenindo complicações comuns como a síndrome do desconforto respiratório, enterocolite necrotizante e morte neonatal. Além disso, tais medidas permitem uma eventual transferência da gestante para outro serviço hospitalar com melhores condições de atendimento a prematuros. Devem ser iniciadas assim que houver o diagnóstico de TPP. A inibição do trabalho de parto prematuro tem menos chance de ser efetiva a partir de 3 cm de dilatação do colo uterino<sup>2</sup>. A seguir são listados os tocolíticos de melhor custo-benefício mais utilizados na

rede pública, segundo diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil<sup>3</sup> (inibidores da COX, beta agonistas, bloqueadores de canal de cálcio), os quais mostraram ser estatisticamente efetivos no atraso do TPP por 48 h.<sup>4</sup> A tabela 1 mostra um fluxograma do manejo terapêutico em situações especiais.<sup>5</sup>

### ***Bloqueadores do Canal de Cálcio***

**Nifedipina: (primeira escolha):** 10mg VO a cada 20 minutos até 4 doses OU 20mg VO dose única e, se necessário, 20 mg VO após 90-120 min se contratilidade uterina persistir. Se após 2ª dose a contratilidade uterina persistir, considerar falha terapêutica e iniciar outra droga.

**Contraindicações:** hipotensão materna ou bloqueio átrio ventricular.<sup>3</sup>

### ***Inibidores da COX (Prostaglandinas)***

**Indometacina:** Dose de ataque 50 mg VO (ou 100 mg via retal). Dose de manutenção 25 mg VO a cada 4-6h por no máximo 48 – 72h<sup>3</sup> **Contraindicações:** disfunção hepática ou renal, úlcera péptica ativa, asma sensível a AINE, coagulopatia, rotura de membranas e após 32 semanas (evita complicações como fechamento precoce do ducto arterioso).<sup>3</sup>

### ***Agonistas Betamiméticos***

**Salbutamol:** Solução de 5 mg (ou 10 ampolas) em 500 ml de SG 5% ( 0,01 mg/ml) Iniciar a 10 mcg/min (60 ml/h em bomba de infusão ou 20 gts/min) e aumentar 10 mcg/min de 20 em 20 minutos até a inibição das contrações. Manter por 60 min. Diminuir 10 mcg/in de 30 em 30 min até inibição das contrações. Manter por 12 horas.<sup>3</sup>

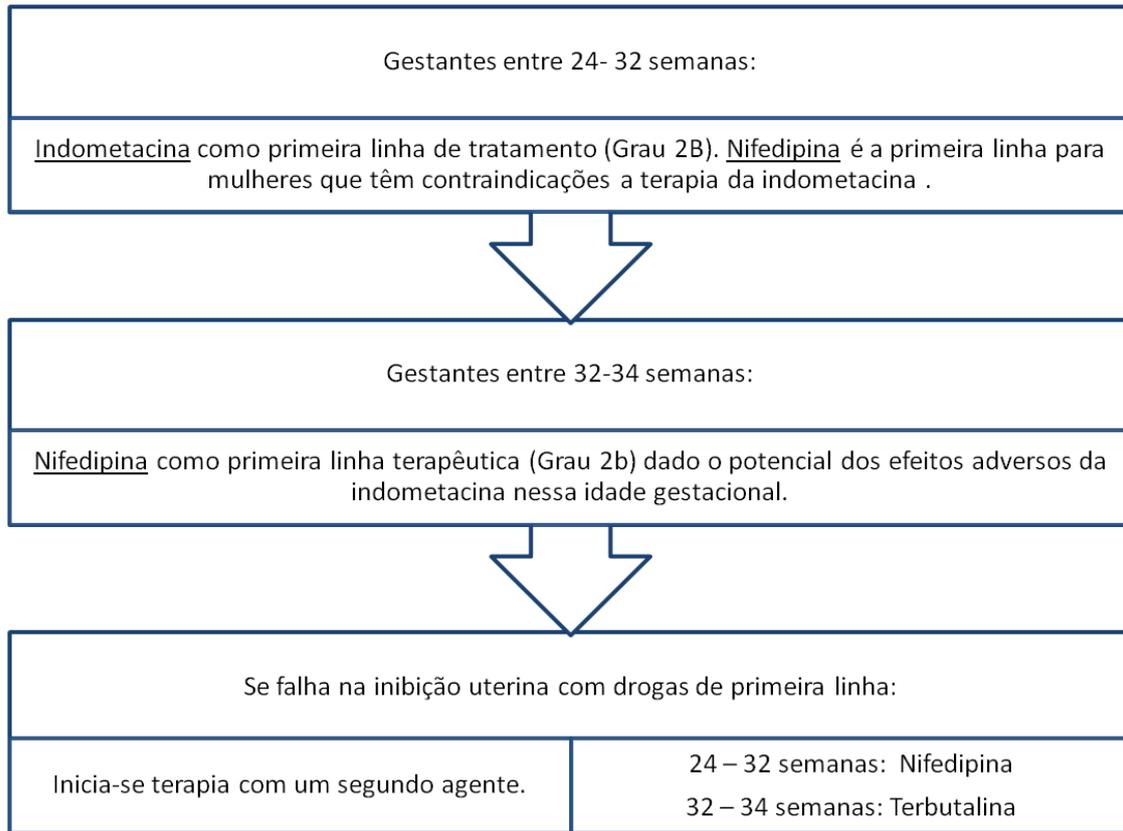
**Terbutalina:** Solução de 5 mg (ou 10 ampolas) em 500 ml de SG 5% ( 0,01 mg/ml) Iniciar a 10 mcg/min (60 ml/h em bomba de infusão ou 20 gts/min) e aumentar 10 mcg/min de 20 em 20 minutos até a inibição das contrações. Manter por 60 min. Diminuir 10 mcg/in de 30 em 30 min até inibição das contrações. Manter por 12 horas.<sup>3</sup>

**Ritodrina:** Solução de 50 mg (ou 5 ampolas) em 500 ml de SF 5% ( 0,1 mg/ml). Iniciar a 50 mcg/min (30 ml/h em bomba de infusão ou 10 gts/min EV. Aumentar 50 mcg/min de 20 em 20 min até inibição uterina. Manter por 12 h.<sup>3</sup>

**Contraindicações:** arritmia cardíaca; usar com cautela em diabéticas não controladas e hipertireoidismo. Em mulheres com diabetes a monitorização da glicose e suplementação da insulina são indicados para manter euglicemia.

## ***Tocólise em Situações Especiais***

**Figura 1**



### **CORTICOTERAPIA**

Principal estratégia para redução de mortalidade e morbidade associada à prematuridade, reduzindo ocorrência de doença da membrana hialina, enterocolite necrotizante e hemorragia intraventricular. Os efeitos atingem seu benefício máximo se o parto ocorrer entre 24 horas e 7 dias após a última dose do medicamento:

- Betametasona 12 mg IM de 24/24h ou
- Dexametasona 6 mg IM de 12/12h, 4 doses<sup>6</sup>

***Contraindicações:*** evidências clínicas de infecção ou parto iminente

#### **Efeitos colaterais:**

- Hiperglicemia materna: em diabéticas insulino dependentes, pode ser necessário aumento da dose;

- Aumento de cerca de 30% na contagem total de leucócitos e cerca de diminuição de 45% da contagem total de linfócitos dentro de 24h após administração de betametasona;
- Alteração no padrão de vitalidade fetal: aumento ou diminuição dos batimentos cardíacos basais, aumento ou diminuição da variabilidade fetal, diminuição dos movimentos fetais; Essas alterações são transitórias e tendem a voltar ao normal dentro de 4 dias após administração de corticoide;

### **ANTIBIOTICOPROFILAXIA PARA ESTREPTO B**

Toda gestante em TPP deve ser considerada de alto risco para sepse neonatal pelo GSB.<sup>7</sup> Todas devem receber profilaxia, exceto aquelas com cultura negativa; Deve ser administrado no momento do diagnóstico de TPP e deve ser mantida no mínimo por 72 horas. Se no decorrer do processo, a cultura negativar, pode-se suspender antibiótico.

- Primeira escolha: Penicilina G 5 milhões UI EV, seguida de 2,5 milhões UI EV de 4 em 4 horas OU
- Segunda escolha: Ampicilina 2g EV seguida de 1g EV de 4/4 horas
- Alérgicas a Penicilina: Clindamicina 900 mg EV de 8/8h<sup>3</sup>

### **EFEITOS NEUROPROTETORES – O PAPEL DO SULFATO DE MAGNÉSIO**

Evidências acumuladas e meta análises têm demonstrado que o Sulfato de Magnésio reduz a gravidade e o risco de paralisia cerebral quando administrado entre 24 e 32 semanas de idade gestacional, na vigência de TPP.<sup>8</sup>

### **CUIDADOS GERAIS**

Os cuidados gerais com a gestante em TPP internada baseiam-se em uma dieta regular, acompanhada de controle de sinais vitais a cada 4 horas e de movimentos fetais 2x ao dia. Recomenda-se cardiotocografia 2x por semana para casos selecionados. Os critérios de alta resumem-se em 24 horas sem nenhuma contração uterina.<sup>2</sup> É necessário referir a gestante a um pré natal de alto risco. Não há evidência de que repouso no leito, hidratação, sedação, antibioticoprofilaxia ou suplementação de progesterona sejam eficazes para inibir o TPP.<sup>9,10</sup>

### **SE A TOCÓLISE FALHAR**

A escolha da via de parto é de acordo com o obstetra, avaliando estado tranquilizador fetal, indicações e contraindicações ao procedimento. Não há benefício comprovado que cesárea diminua mortalidade ou morbimortalidade

em partos pretermos. Não há níveis de evidência que citem que episiotomia ou fórceps tragam algum benefício no parto pretermo.<sup>3</sup>

## CONCLUSÃO

A prematuridade é considerada a principal causa de morte neonatal. A mortalidade se eleva à medida que a idade gestacional diminui, mas a relação não é linear. Reconhecer o trabalho de parto prematuro e trata-lo adequadamente é indispensável na prática médica obstétrica.

## REFERÊNCIAS

1. American College of Obstetricians and Gynecologists; Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. ACOG practice bulletin no. 127: Management of preterm labor. *Obstet Gynecol.* 2012;119(6):1308-17.
2. How HY, Khoury JC, Sibai BM. Cervical dilatation on presentation for preterm labor and subsequent preterm birth. *Am J Perinatol.* 2009;26(1):1-6.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico.* Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
4. Haas DM, Caldwell DM, Kirkpatrick P, et al. Tocolytic therapy for preterm delivery: systematic review and network meta-analysis. *BMJ.* 2012;345:e6226.
5. Vogel JP, Nardin JM, Dowswell T, et al. Combination of tocolytic agents for inhibiting preterm labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(7):CD006169.
6. Bar-Lev MR, Maayan-Metzger A, Matok I, et al. Short-term outcomes in low birth weight infants following antenatal exposure to betamethasone versus dexamethasone. *Obstet Gynecol.* 2004;104(3):484-8.
7. ACOG Committee Opinion No. 445: antibiotics for preterm labor. *Obstet Gynecol.* 2009;114(5):1159-60.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice Society for Maternal-Fetal Medicine. Committee Opinion No. 573: Magnesium sulfate use in obstetrics. *Obstet Gynecol.* 2013;122(3):727-8.
9. Crowther CA, Han S. Hospitalisation and bed rest for multiple pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(7):CD000110.
10. Stan CM, Boulvain M, Pfister R, et al. Hydration for treatment of preterm labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(11):CD003096.