

**PROTOCOLO OBS 023 – TRABALHO DE PARTO PREMATURO**

<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisado por:</b>	<b>Validado por:</b>
Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral

## 1. INTRODUÇÃO

Trabalho de parto prematuro (TPP) é definido como aquele iniciado antes de completada a 37ª semana de gestação, excluindo os abortamentos (que ocorrem antes da 20ª semana de gestação). Seu diagnóstico se baseia na presença de critérios clínicos como: contrações uterinas regulares com modificações no colo uterino (apagamento e/ou dilatação de pelo menos 2 cm).

Sua incidência vem aumentando nos últimos anos devido ao maior número de gestações gemelares, facilitados pelas técnicas de reprodução assistida, variando de 5 a 15% das gestações em países desenvolvidos, podendo chegar a 22% no Brasil, com metade destes sendo idiopático. Apenas 10% das pacientes que entram em trabalho de parto prematuro evoluem para parto nos próximos 7 dias, 30% têm remissão dos sintomas e 50% têm parto no termo.

Sua grande importância se deve ao fato da prematuridade ser responsável por 70% da mortalidade neonatal e pelo acometimento neurológico, a longo prazo, de aproximadamente 50% dos recém-nascidos acometidos.

## 2. FATORES DE RISCO

Os principais fatores de risco para o TPP são: infecção intrauterina, hemorragia decidual, sobredistensão uterina e estresse materno ou fetal. Fatores genéticos e hormonais, insuficiência uteroplacentária, resposta inflamatória exagerada e incompetência cervical também influenciam. Dentre os fatores que determinam recorrência, história de TPP prévio é o principal. Embora tais fatores mereçam ser conhecidos, dois terços dos TPP acontecem em pacientes sem nenhum fator de risco conhecido.

## 3. MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DO TRABALHO DE PARTO PREMATURO

### a) Medida do colo uterino via transvaginal:

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
---------------------------	---------------------------------	------------------

**PROTOCOLO OBS 023 – TRABALHO DE PARTO PREMATURO**

<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisado por:</b>	<b>Validado por:</b>
Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral

Existe uma relação entre a medida do colo e a idade gestacional do parto, de forma que o colo deve ser medido via transvaginal entre 16 e 28 semanas (preferencialmente junto ao ultrassom morfológico de segundo trimestre), para que possam ser identificadas as pacientes que terão maior risco de parto antes de 37 semanas. Em pacientes que já apresentem fatores de risco para TPP, mais medidas do colo devem ser consideradas.

**b) Progesterona:**

Usar progesterona natural micronizada, de 100 a 200 mg intravaginal, diariamente, da 18<sup>a</sup> a 36<sup>a</sup> semana de gravidez em todas as gestantes com história de trabalho de parto prematuro em gestações anteriores OU com colo com medida menor ou igual a 25mm em ultrassom transvaginal feito no segundo trimestre da gestação atual. Nesse último grupo de pacientes, iniciar progesterona assim que o colo curto for diagnosticado. Em gestantes gemelares com colo curto ao ultrassom transvaginal, considerar dobrar a dose de progesterona.

**c) Cerclagem uterina:**

A cerclagem uterina está indicada nas gestantes que tiverem diagnóstico ou suspeita (história clínica progressiva de herniação de bolsa ou dilatação cervical indolor) de incompetência istmo cervical, devendo ser realizada no fim do primeiro trimestre (12-14s); OU

Nas gestantes com história de TPP em gravidez anterior que apresentaram colo curto (menor ou igual a 25 mm) no segundo trimestre da gestação, devendo ser realizado assim que o diagnóstico do colo curto foi dado; OU

Nas pacientes com exame de toque ou especular entre 16 e 28 semanas da gestação atual sugerindo diagnóstico de IIC (bolsa protusa, colo dilatado sem contração uterina), devendo ser realizado o mais rápido possível, desde que hajam

<b>Data da criação MAIO/2020</b>	<b>Data de Implantação: JUNHO/2020</b>	<b>Validade: 2 anos</b>
----------------------------------	--	-------------------------

**PROTOCOLO OBS 023 – TRABALHO DE PARTO PREMATURO**

<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisado por:</b>	<b>Validado por:</b>
Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral

condições técnicas para tal (como possibilidade de redução da bolsa amniótica) e sejam afastadas condições impeditivas como contrações uterinas e infecções.

**d) Tratamento de Infecção Cervicovaginal:**

Apesar do conhecimento que vaginose bacteriana e tricomoníase estão relacionadas com o aumento na incidência de TPP, seu tratamento como profilaxia primária não diminuiu a incidência de parto com menos de 37 semanas de gestação.

**4. DIAGNÓSTICO DO TRABALHO DE PARTO PREMATURO**

Devem estar presentes os seguintes achados:

- Atividade uterina regular com contrações em intervalos de 5 a 8 min, e duração mínima de 20 segundos, mantendo esse padrão por, no mínimo, 30 min;
- Alteração progressiva da cérvix uterina com dilatação de 2 cm ou mais, apagamento cervical de 80%;
- Outros elementos que, se presentes, favorecem o diagnóstico de TPP são: formação da “bolsa das águas”, colo solitado pela apresentação fetal e rotura anteparto de membranas.
- Toda paciente que persista com atividade uterina, mas sem evolução na dilatação cervical deverá realizar ultrassonografia para medição do colo uterino, já que sua medida menor que 30 mm é um fator de risco para TPP.

**5. TRATAMENTO DO TRABALHO DE PARTO PREMATURO**

**a) Internação hospitalar:**

Necessário para acompanhar a evolução das alterações do colo uterino e para início da tocolise.

Não é necessário manter a paciente em repouso no leito.

<b>Data da criação MAIO/2020</b>	<b>Data de Implantação: JUNHO/2020</b>	<b>Validade: 2 anos</b>
----------------------------------	--	-------------------------

**PROTOCOLO OBS 023 – TRABALHO DE PARTO PREMATURO**

<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisado por:</b>	<b>Validado por:</b>
Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral

**b) Hidratação/sedação:**

Não há evidência que essas duas medidas diminuam o risco de evolução do trabalho de parto prematuro, apesar de serem usadas por alguns autores para diagnosticar um falso trabalho de parto.

**c) Tocólise:**

A tocólise, quando não houver contraindicação (tabela 1), deve ser iniciada em todo início de trabalho de parto prematuro, com elevado risco de evolução para parto, já estabelecido pelos seus critérios diagnósticos em gestações entre 24 - 37 semanas.

- Gestação > 37 semanas	- Malformações fetais graves
- Óbito fetal	- Sofrimento fetal ao US ou CTG
- Descolamento de placenta	- Pré-eclâmpsia/eclâmpsia
- Corioamnionite	- Inviabilidade fetal

**Tabela 1- Contraindicações para tocólise**

**d) Nifedipina**

A Nifedipina mostrou-se mais efetiva tanto no retardamento da evolução do trabalho de parto prematuro como no acompanhamento neonatal em relação aos beta-miméticos, assim como possui menos efeitos colaterais, sendo, portanto, o medicamento de escolha.

- **Dose de Ataque:** Iniciar 10 - 20 mg, via oral, acompanhado de 10 – 20 mg a cada 30 minutos, somente se as contrações persistirem, no máximo de 4 doses, com avaliação frequente da pressão.

<b>Data da criação MAIO/2020</b>	<b>Data de Implantação: JUNHO/2020</b>	<b>Validade: 2 anos</b>
----------------------------------	--	-------------------------

**PROTOCOLO OBS 023 – TRABALHO DE PARTO PREMATURO**

<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisado por:</b>	<b>Validado por:</b>
Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral

- **Dose de Manutenção:** 20 mg, oral, a cada 8h, durante 48-72h. Uso por tempo superior não mostrou benefício.
  - **Contra Indicações:**
    - Alergia;
    - Doença cardíaca materna significativa;
    - Hipotensão;
    - Disfunção hepática;
    - Uso concomitante de betamiméticos endovenoso, nitrato ou medicamento anti- hipertensivo;
  - **Efeitos Colaterais:**
    - Hipotensão, apesar de que em pacientes normotensas os efeitos são mínimos, necessitando de maiores cuidados em pacientes com alterações hipertensivas. Caso ocorra, suspender a medicação e iniciar hidratação venosa salina;
    - Taquicardia, palpitações;
    - Outros: Flushing, náuseas, cefaleia.
- e) Corticoide**
- f) 23 semanas:** Quando o serviço de neonatologia tiver suporte e for o desejo da família, pode ser feito;
- g) 24 – 34 semanas:** Toda gestante com risco iminente de parto prematuro nos próximos 7 dias. Uma nova dose (12mg de Betametasona) pode ser realizado caso o último ciclo tenha ocorrido há mais de 14 dias;
- h) 34 – 36 6/7 semanas:** Toda gestante com iminente risco de parto prematuro nos próximos 7 dias, exceto corioamnionite e uso prévio de ciclo de corticoide para maturação.

<b>Data da criação MAIO/2020</b>	<b>Data de Implantação: JUNHO/2020</b>	<b>Validade: 2 anos</b>
----------------------------------	--	-------------------------

**PROTOCOLO OBS 023 – TRABALHO DE PARTO PREMATURO**

<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisado por:</b>	<b>Validado por:</b>
Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral

- Betametasona 12 mg intramuscular 24/24 horas, 2 doses;
- Dexametasona 6 mg intramuscular 12/12h, 4 doses.

**i) Antibioticoprofilaxia**

Toda paciente em trabalho de parto prematuro deve iniciar profilaxia contra infecção do Estreptococos  $\beta$ -hemolítico do Grupo B, exceto as pacientes entre 35 e 37 semanas de gestação que já tenham resultado de swab vaginal negativo para a bactéria.

- j) 1ª Opção:** Cefazolina 2 g endovenoso, seguido de 1 g 8/8h até o parto ou parada do trabalho de parto;
- k) Outras:** Penicilina Cristalina 5 milhões unidades internacionais, endovenoso, seguida de 2,5 milhões unidades internacionais 4/4h; Ampicilina 2 g endovenoso, seguido de 1 g 4/4h.

Pacientes com alto risco de anafilaxia por beta-lactâmicos:

- Clindamicina 900 mg endovenoso 8/8h;
- Vancomicina 1 g endovenoso 12/12h (se resistência aos dois medicamentos anteriores). Tempo de infusão de 60 minutos.

**6. SULFATO DE MAGNÉSIO PARA NEUROPROTEÇÃO:**

**a) Indicação:**

- IG entre 24 semanas e 31 semanas e 6 dias; E
- Parto iminente (dilatação 4 cm ou mais, com modificação progressiva do colo associado a dinâmica uterina regular) em 12h; OU
- trabalho de parto inicial com rotura anteparto de membranas; OU
- Parto eletivo por indicação materna ou fetal, seja cesariana ou parto vaginal (em caso de indicação de parto vaginal com indução, somente iniciar o protocolo quando dilatação for maior que 4 cm).

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
---------------------------	---------------------------------	------------------

**PROTOCOLO OBS 023 – TRABALHO DE PARTO PREMATURO**

<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisado por:</b>	<b>Validado por:</b>
Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral

**b) Dose:**

Ataque: 6g em 100 ml solução glicosada 5%, correr em 20-30 min. Manutenção: 2g/h (solução glicosada 5% 500 ml + 12g sulfato de magnésio EV, em bomba de infusão contínua, 84 ml/h).

**OBS.:** Essa dose foi escolhida por ser a mesma utilizada em pré-eclâmpsia grave no nosso serviço. Salientamos que nos casos de pré-eclâmpsia grave o esquema anticonvulsivante se sobrepõe ao de neuroproteção.

**c) Duração do tratamento:**

- Dose de manutenção até o parto ou máximo de 12h;
- O sulfato de magnésio deve ser suspenso caso trabalho de parto não seja mais iminente em 12h (ausência de dilatação cervical progressiva no intervalo de 4 horas entre as avaliações);
- Em caso de cesariana: Iniciar o protocolo 4h antes do parto (ataque 4h antes do parto e manter dose de manutenção até o parto).

**d) Retratamento:**

- Após 6 horas da suspensão do medicamento o esquema pode ser reiniciado;
- Exemplo:
  - Sulfato de magnésio foi suspenso há > 6h: reiniciar o protocolo (ataque e manutenção);
  - Sulfato de magnésio foi suspenso há < 6h: continuar o protocolo até completar 12h ou o parto.

<b>Data da criação MAIO/2020</b>	<b>Data de Implantação: JUNHO/2020</b>	<b>Validade: 2 anos</b>
----------------------------------	--	-------------------------

**PROTOCOLO OBS 023 – TRABALHO DE PARTO PREMATURO**

<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisado por:</b>	<b>Validado por:</b>
Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral

**e) Contraindicações:**

- Miastenia gravis, arritmia cardíaca, insuficiência renal (as mesmas em caso de pré - eclâmpsia grave);
- Múltiplas malformações fetais.

**f) Monitorização da paciente:**

- **Suspender medicação se:**
  - Frequência respiratória < 16 irpm;
  - Ausência de reflexos patelares;
  - Diurese < 30 ml/h (medida por sonda vesical de demora).

**7. EXAMES COMPLEMENTARES**

Toda paciente com trabalho de parto prematuro deve ser submetida aos seguintes exames:

- a) Hemograma mompleto;
- b) Sumário de urina e urinocultura;
- c) Bacterioscopia e exame a fresco do conteúdo vaginal;
- d) Ultrassonografia obstétrica com medição do colo uterino;
- e) Cardiotocografia, se gestação maior que 28 semanas.

**8. ASSISTÊNCIA AO PARTO PREMATURO**

- a) Analgesia: não está bem estabelecida, mas preconiza-se o uso de epidural para aumentar o relaxamento pélvico, evitando o uso de medicamentos depressores do sistema nervoso central;
- b) Episiotomia: não existem informações significativas do seu benefício ao neonato prematuro.
- c) Manter membranas ovulares íntegras pelo maior tempo possível durante o

<b>Data da criação MAIO/2020</b>	<b>Data de Implantação: JUNHO/2020</b>	<b>Validade: 2 anos</b>
----------------------------------	--	-------------------------



**PROTOCOLO OBS 023 – TRABALHO DE PARTO PREMATURO**

<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisado por:</b>	<b>Validado por:</b>
Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral

período de dilatação;

- d) Via de parto: indicação obstétrica, não havendo dados que favoreçam o uso de fórceps de alívio;
- e) Monitorização: ausculta de batimentos cardio fetal (BCF) a cada hora e cardiotocografia intermitente para detecção de sofrimento fetal de maneira precoce;
- f) Preparo de toda a equipe multidisciplinar para o recebimento do recém-nascido, que possui maior risco de complicações precoces.

**Obs: todas as pacientes q se enquadrarem nos critérios descritos no protocolo de CARACTERIZAÇÃO DE EMERGENCIA/URGENCIA DA GESTAÇÃO EM RISCO HABITUAL E ALTO RISCO, ou se medico assistente julgar necessario, devem seguir fluxograma de encaminhamento descrito nesse mesmo protocolo.**

<b>Data da criação MAIO/2020</b>	<b>Data de Implantação: JUNHO/2020</b>	<b>Validade: 2 anos</b>
----------------------------------	--	-------------------------

**PROTOCOLO OBS 023 – TRABALHO DE PARTO PREMATURO**

<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisado por:</b>	<b>Validado por:</b>
Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral

**REFERÊNCIAS**

1. AGUDELO, A.C.; Romero, R. Antenatal magnesium sulfate for the prevention of cerebral palsy in preterm infants <34weeks' gestation: a systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol. 2009 Junho; 200(6): 595–609.
2. CROWTHER, C.A.; et al. Repeat doses of prenatal corticosteroids for women at risk of preterm birth for improving neonatal health outcomes. Cochrane database of systematic reviews, 2015, Issue 7.
3. MCGOLDRICH, E.; et al. Antenatal corticosteroids for fetal lung maturation: an overview of Cochrane reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016, issue 4.
4. MOSTER, D.; LIE, R.T.; MARKESTAD, T. Long- term medical and social consequences of preterm birth. N Engl J Med, 2008; 359: 262-273.
5. THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIAN AND GYNECOLOGISTS. Antenatal corticosteroid therapy for fetal maturation. Committee Opinion for Obstetric Practice, nº 677, Outubro 2016.
6. THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIAN AND GYNECOLOGISTS. Magnesium Sulfate before anticipated preterm birth for neuroprotection. Committee Opinion for Ob- stetric Practice, nº 455, Março 2010, Reafirmado em 2015.
7. THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIAN AND GYNECOLOGISTS. Management of preterm labor. Clinical management guidelines for Obstetrician – Gynecologists, nº 171, Outubro 2016.
8. THE ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. Magnesium sulphate to prevent cerebral pal- sy following preterm birth. Scientific impact paper 0, 2011.
9. THE SOCIETY OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS OF CANADA. Magnesium sulphate for fetal neuropro- tection. SOGC clinical practice guideline, nº 258, 2011.

<b>Data da criação MAIO/2020</b>	<b>Data de Implantação: JUNHO/2020</b>	<b>Validade: 2 anos</b>
----------------------------------	--	-------------------------