



PROCOLO ASSISTENCIAL



Tema: Parto Pré-Termo

Protocolo Nº 155

1ª Versão: Novembro de 2017

Versão Nº 01

Atualização:

Página 1 de 13

Aprovado por: Andréa Maria Silveira

Responsável Técnico: Mário Dias Corrêa Júnior

SUMÁRIO

SUMÁRIO.....	1
SIGLAS	2
CONFLITOS DE INTERESSE.....	2
JUSTIFICATIVAS.....	2
OBJETIVOS	2
CRITÉRIOS DE ADMISSÃO	2
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	2
ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS / RESPONSABILIDADES.....	3
CONCEITOS.....	3
EXAMES COMPLEMENTARES	3
CRITÉRIOS DE GRAVIDADE.....	3
ATIVIDADES ESSENCIAIS (DIAGNÓSTICO / PREVENÇÃO / TRATAMENTO / ETC)	4
RASTREAMENTO.....	4
PREVENÇÃO	5
DIAGNÓSTICO.....	5
CONDUTA.....	5
FLUXOGRAMAS.....	11
CRITÉRIO DE SAÍDA DO PROCOLO	11
MONITORAMENTO.....	12
REFERÊNCIAS.....	12
HISTÓRICO DAS VERSÕES.....	13

Tema: Parto Pré-Termo

Protocolo Nº 155

1ª Versão: Novembro de 2017

Versão Nº 01

Atualização:

Página 2 de 13

Aprovado por: Andréa Maria Silveira

Responsável Técnico: Mário Dias Corrêa Júnior

SIGLAS

TPPT | Trabalho de Parto Pré-Termo

CONFLITOS DE INTERESSE

Os participantes declaram não haver conflito de interesse.

JUSTIFICATIVAS

A prematuridade é a principal causa de morbi-mortalidade neonatal. No Brasil cerca de 12% dos nascimentos acontecem antes do termo. Desses 30 a 40% vão ocorrer em razão do trabalho de parto pré-termo espontâneo, com membranas íntegras.

OBJETIVOS

Propor condutas para gestantes em risco de prematuridade ou em trabalho de parto pré-termo espontâneo.

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

Mulheres em risco de parto pré-termo.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Ruptura prematura de membranas.
- Complicações maternas que impossibilitem a inibição do trabalho de parto.

Tema: Parto Pré-Termo

Protocolo Nº 155

1ª Versão: Novembro de 2017

Versão Nº 01

Atualização:

Página 3 de 13

Aprovado por: Andréa Maria Silveira

Responsável Técnico: Mário Dias Corrêa Júnior

ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS / RESPONSABILIDADES

Médico (a)	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticar, Prescrever, Acompanhar
Enfermeiro (a)	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisionar a administração da prescrição médica • Monitorar dados vitais materno e fetal conforme plano de cuidados definido pelo médico-obstetra • Monitorar contrações uterinas nos intervalos previstos na prescrição • Planejar e prover suporte emocional às gestantes em risco de parto pré-termo
Técnico de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Executar o plano de cuidados individual
CCIH	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o uso de antibióticos e as taxas de infecção
Laboratório	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar os exames solicitados
Farmácia	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer as medicações necessárias
Gesqualis	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar o seguimento do protocolo
Gestores de área	<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar o seguimento do protocolo
Diretoria Geral	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir condições para o seguimento do protocolo

CONCEITOS

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

EXAMES COMPLEMENTARES

Hemograma completo, Exame de Urina Rotina, Urocultura.

CRITÉRIOS DE GRAVIDADE

Sinais de infecção materna e/ou fetal.

Tema: Parto Pré-Termo

Protocolo Nº 155

1ª Versão: Novembro de 2017

Versão Nº 01

Atualização:

Página 4 de 13

Aprovado por: Andréa Maria Silveira

Responsável Técnico: Mário Dias Corrêa Júnior

ATIVIDADES ESSENCIAIS (DIAGNÓSTICO / PREVENÇÃO / TRATAMENTO / ETC)

RASTREAMENTO - Fatores de Risco

Maiores:

- História pessoal de parto pré-termo em gestação anterior;
- Colo uterino inferior a 2,5cm na ultrassonografia transvaginal

Menores:

- Idade materna < 18 e > 35 anos;
- Estatura < 148cm;
- Peso pré-concepcional < 45 Kg;
- Raça negra;
- Tabagismo (10 ou mais cigarros/dia);
- Consumo regular de bebida alcóolica (mais de 7 doses/semana);
- Intervalo interpartal < 12 meses;
- Nuliparidade
- Multiparidade (3 ou mais partos);
- Perda fetal prévia;
- História familiar de parto pré-termo;
- Trabalho excessivo ou estressante;
- Malformação uterina;
- Cirurgia anterior sobre o colo uterino (amputação, CAF);
- Técnicas de reprodução assistida;
- Sangramento na 1ª ou 2ª metade da gestação;
- Bacteriúria assintomática;
- Vaginose bacteriana;
- Gestação múltipla;
- Intercorrência na gestação em curso.

Tema: Parto Pré-Termo

Protocolo Nº 155

1ª Versão: Novembro de 2017

Versão Nº 01

Atualização:

Página 5 de 13

Aprovado por: Andréa Maria Silveira

Responsável Técnico: Mário Dias Corrêa Júnior

PREVENÇÃO

Gestante com parto pré-termo espontâneo em gestação anterior

- Progesterona vaginal – 100mg/dia – a partir de 16 semanas de gestação
- Solicitar medida do comprimento do colo uterino (US transvaginal) de 15/15 dias entre 16 e 26 semanas:
 - ⇒ Se colo uterino > 2,0cm: manter progesterona 100 mg até 36 semanas;
 - ⇒ Se colo uterino \leq 2,0cm: aumentar progesterona para 200mg/dia até 36 semanas.

Gestante sem parto pré-termo prévio

- Solicitar medida do comprimento do colo uterino (US transvaginal) entre 20 e 24 semanas:
 - ⇒ Se colo uterino entre 2,5 e 2,0cm: progesterona vaginal (100mg/dia) até 36 semanas.
 - ⇒ Se colo uterino \leq 2,0cm: progesterona vaginal (200mg/dia) até 36 semanas.

DIAGNÓSTICO

- Idade gestacional inferior a 37 semanas E,
- Contrações uterinas documentadas (4/20 minutos ou 8/60 minutos), com mudanças progressivas no colo uterino, OU
- Colo uterino apagado pelo menos 80%, OU
- Colo uterino dilatado > 2 cm.

CONDUTA

A) INTERNAÇÃO

- ⇒ Repouso relativo no leito;
- ⇒ Dados vitais;
- ⇒ Tocografia clínica e ausculta fetal (2x ao dia);

Tema: Parto Pré-Termo

Protocolo Nº 155

1ª Versão: Novembro de 2017

Versão Nº 01

Atualização:

Página 6 de 13

Aprovado por: Andréa Maria Silveira

Responsável Técnico: Mário Dias Corrêa Júnior

⇒ Avaliação clínica materna antes do emprego dos tocolíticos;

- Solicitar urina rotina, Gram de gota, urocultura e hemograma completo;
- Avaliar índice de tocolise:

Variáveis	Índice de Tocólise		
	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"

- Índice de tocolise entre 5 e 10: inibição medicamentosa com uterolítico;
- Índice de tocolise < 5: hidratação venosa (500 ml de Ringer lactato em 30 minutos) + observação. Reavaliar condições do colo: se mudanças ⇒ uterolítico;
- Índice de tocolise > 10: baixa taxa de sucesso da inibição - individualizar;
- Corticoterapia antenatal em gestação < 37 semanas e índice de tocolise entre 5 e 10.

Inibição do Trabalho de Parto

- Contraindicações absolutas:
 - ⇒ Síndromes hipertensivas graves;
 - ⇒ Descolamento prematuro de placenta;
 - ⇒ Outras hemorragias graves;
 - ⇒ Morte fetal;
 - ⇒ Corioamnionite;
 - ⇒ Anomalias fetais graves;
 - ⇒ Restrição de crescimento intrauterino;
 - ⇒ Sofrimento fetal agudo;

Tema: Parto Pré-Termo

Protocolo Nº 155

1ª Versão: Novembro de 2017

Versão Nº 01

Atualização:

Página 7 de 13

Aprovado por: Andréa Maria Silveira

Responsável Técnico: Mário Dias Corrêa Júnior

- **Relativas:**

- ⇒ Síndromes hipertensivas – formas não graves;
- ⇒ Placenta prévia não sangrante;
- ⇒ Doença cardíaca materna;
- ⇒ Hipertireoidismo;
- ⇒ Diabetes mellitus;
- ⇒ Anomalias fetais;
- ⇒ Rotura prematura de membranas;
- ⇒ Dilatação cervical \geq 5 cm.

B) UTEROLÍTICOS

Nifedipina (Primeira opção)

- **Dosagem**
 - ⇒ Ataque: 30 mg, VO (preferencialmente a Nifedipina de liberação rápida);
 - ⇒ Manutenção: 10 a 20 mg, VO, de 4 a 12 horas;
 - ⇒ Dose máxima diária: 80 mg.
- **Contra indicações:**
 - ⇒ Hipotensão e lesões cardíacas dependentes de pré-carga como insuficiência aórtica.
- **Complicações potenciais**
 - ⇒ Hipotensão transitória, tonteira e vermelhidão;
 - ⇒ Diminuição do fluxo uteroplacentário;
 - ⇒ Potencializa a ação do magnésio podendo levar a diminuição da frequência cardíaca e da pressão sistólica;
 - ⇒ Elevação das transaminases.

Agonistas β -adrenérgicos

- **Princípios gerais de administração:**
 - ⇒ Infusão com SGI a 5%;

Tema: Parto Pré-Termo

Protocolo Nº 155

1ª Versão: Novembro de 2017

Versão Nº 01

Atualização:

Página 8 de 13

Aprovado por: Andréa Maria Silveira

Responsável Técnico: Mário Dias Corrêa Júnior

- ⇒ Usar bomba de infusão;
- ⇒ Volume máximo a ser infundido em 24 horas: 2.500ml.
- Suspende infusão se:
 - ⇒ Frequência cardíaca materna > 130bpm;
 - ⇒ PA sistólica \leq 80 mmHg;
 - ⇒ FCF > 180 bpm.
- Após cessação das contrações:
 - ⇒ Manter infusão por 6-24 horas;
 - ⇒ Reduzir lentamente a infusão até dose mínima efetiva e manter por mais 12 horas;
 - ⇒ Manutenção por via oral ineficaz.

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.
- Dose máxima: 30 mg/min (60 gotas/min).
- Contra indicações:
 - ⇒ Doença cardíaca materna sensível a taquicardia;
 - ⇒ Diabetes mellitus mal controlado.
- Complicações potenciais:
 - ⇒ Taquicardia, hipotensão, tremor, palpitação;
 - ⇒ Dificuldades respiratórias, dor torácica;
 - ⇒ Edema pulmonar;
 - ⇒ Hipocalcemia e hiperglicemia;
 - ⇒ Taquicardia fetal.

Indometacina

Princípios gerais:

- Usar por 3 ou 4 dias;
- Suspende uso em caso de:

Tema: Parto Pré-Termo

Protocolo Nº 155

1ª Versão: Novembro de 2017

Versão Nº 01

Atualização:

Página 9 de 13

Aprovado por: Andréa Maria Silveira

Responsável Técnico: Mário Dias Corrêa Júnior

- ⇒ Oligodrâmnio;
- ⇒ Surgimento de petéquias;
- ⇒ Alterações no fluxo renal materno;
- *Dose de ataque:* 100 mg, via retal.
- *Dose de manutenção:* 25 a 50 mg, VO, 4/4 horas.
- Contra indicações:
 - ⇒ Disfunção plaquetária ou distúrbio de coagulação;
 - ⇒ Disfunção hepática ou renal;
 - ⇒ Úlcera gástrica;
 - ⇒ Asma.
- Complicações potenciais:
 - ⇒ Náusea, refluxo esofágico, gastrite e emese;
 - ⇒ A disfunção plaquetária raramente tem significado clínico em pacientes sem distúrbio de coagulação;
 - ⇒ Oligodrâmnio;
 - ⇒ Fechamento do canal arterial;
 - ⇒ Enterocolite necrotizante.

C) MONITORIZAÇÃO APÓS TOCÓLISE

- Avaliar contrações uterinas a cada hora até a cessação das mesmas;
- Ausculta fetal a cada hora até cessação das contrações.

D) CORTICOTERAPIA ANTENATAL

- As drogas de escolha são:
 - ⇒ Betametasona, 12 mg, intramuscular, 2 doses com intervalo de 24 horas **OU**
 - ⇒ Dexametasona, 6mg, intramuscular, 4 doses com intervalo de 12/12 horas.
- A corticoterapia deverá ser realizada entre 24 semanas e 36 semanas e 6 dias. Em situações especiais, pode ser dada à partir de 23 semanas.
- Em gestações abaixo de 34 semanas, nas quais já tenha sido utilizada corticoterapia antenatal há mais de 14 dias e que voltam a ficar em risco de parto pré-termo, pode ser realizado o esquema de resgate (ciclo completo).

Tema: Parto Pré-Termo

Protocolo Nº 155

1ª Versão: Novembro de 2017

Versão Nº 01

Atualização:

Página 10 de 13

Aprovado por: Andréa Maria Silveira

Responsável Técnico: Mário Dias Corrêa Júnior

- O efeito máximo da corticoterapia ocorre entre 24 horas e 7 dias após a aplicação da última dose.
- Em pacientes cujo parto está previsto para intervalo inferior a 24 horas, a primeira dose ainda assim deve ser aplicada.
- Em pacientes cujo parto deverá ocorrer entre 24 e 48 horas, as doses podem ser adiantadas (Betametasona de 12 em 12 horas).

Prevenção da sepse neonatal pelo strepto β

- Realizar a prevenção da sepse neonatal pelo strepto β -hemolítico, segundo protocolo específico.

Condução do Trabalho de Parto Pré-termo

- Princípios Gerais:
 - ⇒ Evitar o uso de ocitócitos;
 - ⇒ Amniotomia apenas no período expulsivo;
 - ⇒ Anestesia loco-regional ou peridural;
 - ⇒ Período expulsivo curto;
 - ⇒ Clampagem tardia do cordão umbilical: clampar, pelo menos, após 45 ou 60 segundos;
 - ⇒ Neonatologista sempre presente na sala de parto.
- Neuroproteção fetal:
 - ⇒ Para fetos com Idade Gestacional entre 24 e 32 semanas.
 - ⇒ Sulfato de Magnésio:
 - Apresentação: sulfato de magnésio a 50% - ampola de 10ml.
 - Dose de ataque: 4g, EV lento (tempo de infusão: 30 minutos).
 - Preparação: 8 ml do sulfato de magnésio a 50% + 12 ml de soro glicosado isotônico ou água destilada.
 - Dose de manutenção: 1g/h.
 - 10 g (duas ampolas de 10 ml a 50%) em 460 ml de soro. A velocidade do gotejamento 50 ml/h.
 - Suspende, imediatamente, após a extração fetal
 - ⇒ Duração Máxima: 24 h

Tema: Parto Pré-Termo

Protocolo Nº 155

1ª Versão: Novembro de 2017

Versão Nº 01

Atualização:

Página 11 de 13

Aprovado por: Andréa Maria Silveira

Responsável Técnico: Mário Dias Corrêa Júnior

- ⇒ Para partos eletivos: iniciar Sulfato de Magnésio 4 horas antes do parto.
 - Suspende, imediatamente, após a extração fetal.
- Via do Parto:
 - ⇒ Na apresentação pélvica acima de 26 semanas: cesariana;
 - ⇒ Nas gravidezes abaixo de 24 semanas: via vaginal;
 - ⇒ Entre 24 e 26 semanas – individualizar segundo condições maternas e fetais.
 - ⇒ Na apresentação de vértice, fletida, com membranas íntegras: via vaginal;
 - ⇒ Na presença de CIUR, preferencialmente, cesariana;
 - ⇒ Em caso de cesariana abaixo de 34 semanas, avaliar a necessidade de histerotomia corporal.

FLUXOGRAMAS



CRITÉRIO DE SAÍDA DO PROTOCOLO

Ocorrência do parto

Tema: Parto Pré-Termo

Protocolo Nº 155

1ª Versão: Novembro de 2017

Versão Nº 01

Atualização:

Página 12 de 13

Aprovado por: Andréa Maria Silveira

Responsável Técnico: Mário Dias Corrêa Júnior

MONITORAMENTO

1. Taxa de sucesso da inibição do trabalho de parto por 48 horas.
2. Taxa de sucesso da inibição do trabalho de parto até a alta.
3. Percentual de pacientes que recebeu pelo menos uma dose de corticoides.
4. Percentual de pacientes que recebeu um curso completo de corticoterapia.
5. Percentual de pacientes que recebeu antibioticoterapia para prevenção da sepse neonatal por estreptococos beta.
6. Percentual de pacientes (abaixo de 32 semanas) que recebeu sulfato de magnésio para neuroproteção.

REFERÊNCIAS

American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. ACOG practice bulletin no. 159: Management of Preterm Labor. Obstet Gynecol 2016; 127:e29.

Simhan HN, Caritis SN. Prevention of preterm delivery. N Engl J Med 2007; 357:477.

Vogel JP, Nardin JM, Dowswell T, et al. Combination of tocolytic agents for inhibiting preterm labour. Cochrane Database Syst Rev 2014; :CD006169.

Flenady V, Wojcieszek AM, Papatsonis DN, et al. Calcium channel blockers for inhibiting preterm labour and birth. Cochrane Database Syst Rev 2014; :CD002255.

Committee on Practice Bulletins—Obstetrics, The American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin no. 130: prediction and prevention of preterm birth. Obstet Gynecol 2012; 120:964.



PROTOCOLO ASSISTENCIAL



Tema: Parto Pré-Termo

Protocolo Nº 155

1ª Versão: Novembro de 2017

Versão Nº 01

Atualização:

Página 13 de 13

Aprovado por: Andréa Maria Silveira

Responsável Técnico: Mário Dias Corrêa Júnior

HISTÓRICO DAS VERSÕES

Versão - Data	Atividades	Nome	Cargo	Rubrica
1ª Versão – 15/08/2017	Elaborado por	Mário Dias Corrêa Júnior	Coordenador Obstetrícia	
1ª Versão – 05/10/2017	Avaliado por	Reunião do PNAR		
1ª Versão – novembro de 2017	Aprovado por	Dra. Andrea Maria Silveira	Diretora Técnica e Gerente de Atenção à Saúde	