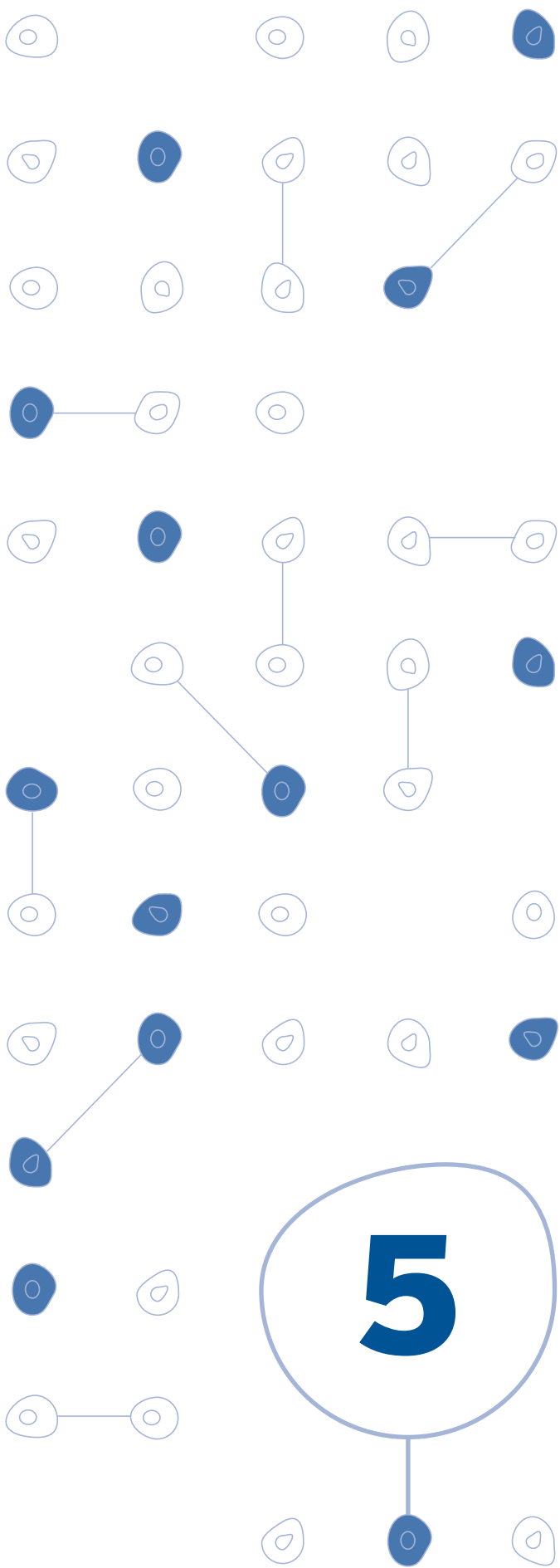




Inibição do Trabalho de Parto Prematuro (TPP)



Descrição

Definição

Define-se como prematuro ou pré-termo o recém-nascido com menos de 37 semanas completas de gestação, ou 259 dias, contadas a partir do 1º dia do último período menstrual normal, não importando o seu peso.

Incidência

Em termos gerais, é estimada em 8% a 12% dos partos.

Importância

A prematuridade é a maior causa de morbilidade e mortalidade neonatais.

Etiologia

É multifatorial; destaca-se sua ocorrência diante de processos inflamatórios e infecciosos, locais e/ou sistêmicos.

Diagnóstico

Identificação

Presença de pelo menos 2 contrações em 10 minutos (na avaliação clínica), rítmicas, com sensação dolorosa, acompanhadas de modificações cervicais, independentemente de estarem associadas à rotura das membranas ovulares, sangramento genital ou perda de tampão mucoso.

Nossa rotina, na admissão, é manter a gestante em observação por, no mínimo, 20 minutos, valorizando a presença de pelo menos 4 contrações nesse período.

O uso de tocografia externa pode auxiliar na caracterização das contrações uterinas.

O comprimento cervical inferior a 15 mm, aferido por meio de ultra-sonografia transvaginal, também pode ser útil.

Uso de tocolíticos – avaliação materna e fetal

Avaliação clínica e subsidiária para afastar patologias clínicas e obstétricas

- Controle de pulso materno, pressão arterial e temperatura
- Ausculta cardíaca e pulmonar
- Hemograma completo
- Urina tipo I
- Urocultura e antibiograma
- Pesquisa de estreptococo do grupo B
- Cardiotocografia
- Ultra-sonografia obstétrica com dopplervelocimetria

As avaliações devem ser realizadas concomitantemente à tocolíse.

Tratamento

Tocolíticos

Regras gerais

- Idade gestacional entre 22 semanas e 34 semanas
- Bolsa íntegra
- Dilatação de, no máximo, 5 cm no início da inibição
- Sugere-se tempo de uso máximo dos tocolíticos de 48 horas
- No caso de recorrência do TPP, reavaliar globalmente o caso antes de nova tocolíse
- Evitar a associação dos tocolíticos
- Não utilizar hidratação isoladamente como tocolítico
- Promover apoio emocional à gestante
- Ausência de complicações maternas e/ou fetais, clínicas e/ou obstétricas que desaconselham o prolongamento da gestação

Objetivo primordial

Postergar o parto por 48 horas a 72 horas para realizar ciclo completo de corticoterapia.

Corticoterapia {
Betametasona (Celestone Soluspan®)
2 ampolas (12 mg) por via intramuscular/dia durante 2 dias consecutivos (1 ciclo).

Utilizar, no máximo, 2 ciclos separados por pelo menos 7 dias.

Tratamento Medicamentoso

1ª Opção {
• Antagonistas de ocitocina – Atosiban (Tractocile®)
• Beta-adrenérgicos – Terbutalina (Terbutil®; Bricanyl®)
• Bloqueadores de canais de cálcio – Nifedipina (Adalat®)

Opções de exceção {
• Inibidores de prostaglandinas – Indometacina (Indocid®)
• Sulfato de magnésio

Manutenção pós-tocolíse

- Progesterona natural micronizada (Utrogestan®; Evocanil®) 200 mg por via vaginal à noite, até 34 semanas

Tratamento

Atosiban (Tractocile®)

Possui 2 tipos de apresentação comercial:

- Ampola de 6,75 mg em 0,9 ml
- Frascos de 37,5 mg em 5 ml

Etapas

Etapas 1
1 ampola de 0,9 ml por via endovenosa em *bolus*, em 1 minuto, sem diluir.

Etapas

Etapas 2
Infusão de solução a 24 ml/h durante 3 horas (total de 72 ml). O restante do volume (28 ml) será infundido na velocidade de 8 ml/h, até terminar o produto.

Etapas

Etapas 3 (se necessário)
Nova infusão subsequente (90 ml de soro + 10 ml de Atosiban) é praticada, na velocidade de 8 ml/h, por até 45 horas.

Observações

70% a 80% dos casos costumam ser inibidos apenas com as etapas 1 e 2.

A infusão intravenosa para as etapas 2 e 3 é preparada em bolsas de 100 ml de SG a 5%, SF a 0,9% ou ringer-lactato. Retire 10 ml de solução da bolsa de infusão e substitua por 2 frascos de 5 ml de Atosiban (ou seja: 90 ml de soro + 10 ml de Atosiban).

Mulheres com recorrência de trabalho de parto prematuro podem receber até três retratamentos.

Terbutalina (Bricanyl®, Terbutil®)

Dose de ataque

- Adicionar 5 ampolas em 500 ml de SG a 5%
- Iniciar com 10 gotas/min a 20 gotas/min e observar tolerância da paciente (manter pulso materno abaixo de 120 bpm)
- Se necessário, aumentar de 10 gotas/min a 20 gotas/min a cada período de 20 minutos ou 30 minutos até obter a inibição e manter esta infusão por cerca de 12 horas (dose máxima de 80 gotas/min)

Dose de manutenção

- Após 12 horas, na ausência de contrações, diminuir de 10 gotas/min a 20 gotas/min, a cada período de 20 minutos a 30 minutos, mantendo dose mínima necessária por cerca de mais 12 horas

Atenção

Não utilizar terbutalina por via oral ou subcutânea, ou isoxsuprina (Inibina®), por serem ineficazes.

Tratamento

Nifedipina (Adalat®)

Dose de Ataque

- Cápsulas de Adalat® – 10 mg a cada 20 minutos (máximo de 3 cápsulas), por via oral

Dose de Manutenção

- Comprimidos de Adalat Oros® – 20 mg a cada 8 horas durante 48 horas

Uso de exceção

Indometacina (Indocid®)

- 100 mg por via retal a cada 12 horas ou 24 horas ou 25 mg por via oral a cada 6 horas durante 48 horas

Sulfato de magnésio

- Dose de ataque
4 g por via endovenosa em 5 minutos
- Dose de manutenção
2 g/h a 4 g/h por via endovenosa durante 24 horas