


| | | | |
|--|-----------------------------------|---------------------|---------|
|  | PROTOCOLO | Código do Documento | Página |
| | | PROT.DT.013 | 1 / 3 |
| | TRABALHO DE PARTO PREMATURO (TPP) | Especialidade | Revisão |
| | | Direção Técnica | 01 |

1 O QUE DEFINIMOS COMO TRABALHO DE PARTO PREMATURO?

Quando são percebidas contrações uterinas em gestação de 22 semanas até 36 semanas e 6 dias. Geralmente ocorre espontaneamente, sem uma causa específica.

2 ATÉ QUE IDADE GESTACIONAL DEVE SER TENTADA A INIBIÇÃO?

A recomendação é que possa ser tentada **entre 22 semanas até 33 semanas e 6 dias de gestação**, sendo que os melhores resultados são alcançados quando a dilatação uterina é menor que 3 cm.

3 QUAL A VANTAGEM EM SE USAR UTEROLÍTICOS NO TRABALHO DE PARTO PREMATURO?

Não se espera com o tratamento a interrupção total do trabalho de parto. A intenção é reduzir a força e a frequência das contrações uterinas e atrasar o parto em pelo menos 48 horas, que é o tempo necessário para administrar o corticoide na gestante, o que permitirá aumento da sobrevivência para o feto, com redução das complicações, como síndrome do desconforto respiratório, hemorragia cerebral, enterocolite necrotizante, etc.

4 O QUE FAZER PARA PROMOVER A INIBIÇÃO DO TRABALHO DE PARTO PREMATURO?

Será necessário internar, descartar sofrimento fetal, manter repouso e prescrever um tocolítico (medicamento com a função de reduzir a força de contração uterina).

5 EXISTEM CONTRAINDICAÇÕES PARA USO DE TOCOLÍTICOS?

Sim. Não devemos usar tocolíticos em caso de sofrimento fetal intrauterino, pacientes em pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia, hemorragia materna com instabilidade hemodinâmica, placenta prévia, infecção intra-amniótica, descolamento prematuro de placenta e pacientes que não podem fazer uso de tocolíticos pelos elevados riscos dos efeitos colaterais.

6 QUAL TOCOLÍTICO UTILIZAR?

Com a saída do nifedipino cápsulas (bloqueador do canal de cálcio) do mercado², a primeira escolha na Clínica Santa Helena passa a ser o TractocileR (acetato de atosibana)³. Foi escolhido por ser tão efetivo quanto o nifedipino, ter sido fabricado especificamente para uso em trabalho de parto prematuro, apresentar efeitos colaterais mínimos e alta tolerabilidade (com menos interrupções do tratamento por efeitos colaterais), com eficácia comprovada e segurança no uso.^{4,5}

O atosibano é um inibidor do receptor da ocitocina (que é o hormônio responsável pela contração uterina).


Obs.: Em nosso meio não dispomos de outras medicações como nitroglicerina transdérmica ou ritodrina. Não utilizaremos a indometacina (inibidor de prostaglandinas) pelo risco aumentado de fechamento do canal arterial no feto e hipertensão pulmonar ao nascimento.

7 COMO PREPARAR E UTILIZAR A MEDICAÇÃO?

O TractocileR (acetato de atosibana) vem com duas formas de apresentação:

- Ampolas de 6,75 mg/0,9 mL (FUNDO BRANCO);
- Ampolas de 37,5 mg/5 mL (FUNDO ROXO);

| Revisado por: | Aprovado por: | Validado por: |
|---|--|--|
| MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico | JULIANO A. SIMÕES Coord. Neonatologia | LAÍS EMANUELLE PASSOS Gerente de Qualidade e CCIH |
| Data: 01/03/2019 | Data: 01/03/2019 | Data: 14/03/2019 |

| | | | |
|--|-----------------------------------|---------------------|---------|
|  | PROTOCOLO | Código do Documento | Página |
| | | PROT.DT.013 | 2 / 3 |
| | TRABALHO DE PARTO PREMATURO (TPP) | Especialidade | Revisão |
| | | Direção Técnica | 01 |

- Dose de **ATAQUE**: fazer uma ampola de 0,9 mL em bolus (1 minuto de infusão) puro, sem diluição;
- Dose de **MANUTENÇÃO**: de duas ampolas de 5 mL, mais 90 mL de soro glicosado a 5% em velocidade de 24 mL/hora por 3 horas nesta velocidade, **usando bomba de infusão**. Após as três primeiras horas, reduzir para 8 mL/hora até o final da solução (dura mais 3 horas e 30 minutos).

Ao finalizar a solução inicial de manutenção, preparar nova solução da mesma forma (2 ampolas de 5 mL em 90 mL de soro glicosado 5%) e manter na velocidade de 8 mL/ hora com uso de bomba de infusão em uso contínuo, trocando a solução a cada 12 horas e meia e mantendo esta solução por até 44 horas da hora de início da manutenção.

Serão necessárias para o tratamento 1 ampola de fundo branco (6,75 mg/mL) e 8 ampolas de fundo roxo (37,5 mg/5 ml): 2 para a manutenção inicial e 6 para as três trocas posteriores na manutenção.

8 QUAIS OS CUIDADOS DEVEMOS TER AO UTILIZAR ESTE MEDICAMENTO?

As pacientes podem apresentar sintomas, bem mais leves do que ao se usar outras medicações para tocolise: náuseas, hiperglicemia, cefaleia, taquicardia discreta, hipotensão, dor no local da injeção, insônia, prurido e urticária ou paradoxalmente atonia uterina.

9 E NA FALTA DO TRACTOCILER OU IMPOSSIBILIDADE DO SEU USO POR ALGUM MOTIVO NÃO PREVISTO?

A segunda escolha em nosso meio será a **terbutalina intravenosa (BricanylR 500 mcg/mL)**, sendo seu uso desaconselhado atualmente.⁴


EFEITOS COLATERAIS: Neste caso, a atenção deve ser maior pelos riscos de efeitos colaterais na gestante e no feto. Os agonistas beta-adrenérgicos também agem em outros órgãos e, no sistema cardiovascular, contribuem para o aparecimento de dor torácica, taquicardia, dispnéia, mal-estar e edema agudo de pulmões. Além disso, atuam no sistema nervoso central (SNC) e causam cefaleia, tonturas e tremores. Tais efeitos colaterais contribuem para a descontinuidade do tratamento. Além disso, essas substâncias atravessam a placenta, tendo sido descritos inúmeros efeitos colaterais no feto e no recém-nascido, como taquicardia, hiperinsulinismo, hipoglicemia, hipocalcemia e hipotensão arterial.⁵

CUIDADOS AO USAR: realizar eletrocardiograma materno prévio; controlar com cuidado o pulso e a pressão arterial, mantendo o pulso materno abaixo de 120 bpm; auscultar periodicamente os pulmões e coração; e monitorar os batimentos cardíacos fetais. É importante salientar que os efeitos colaterais cardiovasculares, como o edema agudo de pulmões, são mais frequentes em situações de hipervolemia materna, como no polidrâmnio, na gestação gemelar e em pacientes submetidas à infusão de grande quantidade de líquidos. É importante destacar que, diante da tocolise com beta-agonistas, a administração de líquidos não deve ultrapassar 2 L em 24 horas.

ESQUEMA TERAPÊUTICO: são diluídas cinco ampolas de terbutalina (1 amp = 1 ml = 0,5 mg ou 500 microgramas) em soro glicosado a 5% (500 mL).

Infundir por via intravenosa, iniciando-se com 2,5 microgramas/min (10 gotas/min); a seguir, aumenta-se para 10 gotas/min a cada 20 minutos até um máximo de 80 gotas/min; uma vez obtida a dose mínima capaz de cessar as contrações, mantém-se o gotejamento por 24 horas.

| Revisado por: | Aprovado por: | Validado por: |
|---|--|--|
| MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico | JULIANO A. SIMÕES Coord. Neonatologia | LAÍS EMANUELLE PASSOS Gerente de Qualidade e CCIH |
| Data: 01/03/2019 | Data: 01/03/2019 | Data: 14/03/2019 |

| | | | |
|--|-----------------------------------|----------------------------|----------------|
|  | PROTOCOLO | Código do Documento | Página |
| | | PROT.DT.013 | 3 / 3 |
| | TRABALHO DE PARTO PREMATURO (TPP) | Especialidade | Revisão |
| | | Direção Técnica | 01 |

Após as 24 horas de administração da droga, diminuem-se 10 gotas a cada 20 minutos, até a sua suspensão total. A paciente deve ser mantida em repouso absoluto e sob vigilância por mais 24 horas pelo risco de retorno das contrações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Norman M. et al. Association of short antenatal corticosteroid administration-to-birth intervals with survival and morbidity among very preterm infants. JAMA Pediatr. 2017 Jul; 171(7): 678–686.

Comunicado de descontinuação do Adalat (nifedipino) pelo laboratório Bayer, disponível em: <https://www.bayer.com.br/midia/comunicados/comunicado-adalat.php>

Bula do medicamento TractocileR, disponível no endereço eletrônico: <https://cdn-1.consultaremedios.com.br/bulas/76/14398.pdf>

Doret M, Kayem G. Tocolysis for preterm labor without premature preterm rupture of membranes. Journal de Gynecologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2016;45:1374-1398.

Zugab, M. Tratamento do trabalho de parto prematuro. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2009; 31(8):415-22

Hyagriv N. Inhibition of acute preterm labor. Literature review current through Sep 2018, updated Nov 03, 2017. Disponível em www.uptodate.com

| | | |
|---|--|--|
| Revisado por: | Aprovado por: | Validado por: |
| MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico | JULIANO A. SIMÕES Coord. Neonatologia | LAÍS EMANUELLE PASSOS Gerente de Qualidade e CCIH |
| Data: 01/03/2019 | Data: 01/03/2019 | Data: 14/03/2019 |