

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.013	1 / 4
	INIBIÇÃO DE TRABALHO DE PARTO PREMATURO	Especialidade	Revisão
		OBSTETRÍCIA	1

Objetivo

Padronizar o manejo e medicações para inibição de parto prematuro no HMSH

Executantes

Obstetras, enfermeiras, técnico de enfermagem e farmácia

Materiais / Documentos necessários

Relatório de alto custo para uso do tractocile

Descrição do protocolo	
Responsável	Ação
Obstetra	Avalia clinicamente a paciente e se há indicação do atosibano, bem como se há alguma contraindicação para inibição conforme protocolo
	Prescreve a dose de ataque e manutenção conforme protocolo, mantendo a prescrição diária até completar cada ciclo
	Se necessário novo ciclo, emitir relatório escrito com a justificativa detalhada do uso de mais de um ciclo na mesma paciente (máximo de 3 ciclos)
Enfermeiro	Apraza corretamente e acompanha de perto o processo para que a medicação seja usada pelo tempo necessário
Farmacêutico ou técnico de farmácia	Somente libera a medicação com a documentação necessária apresentada
Técnico	Prepara, administra e registra bem em prontuário todos os horários de instalação e retirada, bem como as vazões em uso

PROTOCOLO CLÍNICO

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. QUAL A IDADE GESTACIONAL PODE 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 (em até 95% dos casos é possível) ou até 7 dias (em 70% dos casos é possível), que é o tempo necessário para administrar o corticoide na gestante, o que permitirá aumento da sobrevida para o feto, com redução das complicações, como síndrome do desconforto respiratório, hemorragia cerebral, enterocolite necrotizante, etc. Se funcional pode permitir ganho de peso e prolongamento da gestação, aumentando a sobrevida do feto em idades gestacionais maiores.

4. EXISTEM CONTRAINDICAÇÕES PARA USO DE TOCOLÍTICOS?

Sim. Não devemos usar tocolíticos em caso de sofrimento fetal intrauterino ou anomalias letais, 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.

5. QUAIS AS MEDIDAS AS SEREM ADOTADAS 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).

	PROTOCOLO		Código do Documento	Página
			PROT.DT.013	2 / 4
	INIBIÇÃO DE TRABALHO DE PARTO PREMATURO		Especialidade	Revisão
			OBSTETRÍCIA	1

6. QUAIS AS MEDIDAS DIANTE DE UMA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS?

Seguir o protocolo institucional sobre RPMO, coletando todos os exames de triagem, bem como exames para avaliação de corioamnionite e bem estar fetal, além dos cuidados resumidos no quadro.

	< 22/0 sem	22/0 sem até 23/6 sem	24/0 sem até 33/6 sem	34/0 sem em diante
Conduta	Expectante ^{&}			Resolução*
ANTIBIÓTICOS para latência e IST	Considerar após 20/0 sem	Sempre indicada		Não está indicado
Profilaxia para estrepto	Não indicada	Sempre indicada		Somente se fatores de risco ou cultura positiva
Corticóide	Não indicado	Sempre indicado (um ciclo apenas) - afastar antes corioamnionite -		Não recomendamos
Magnésio (neuroproteção)	Não indicado	Sempre indicado	Indicado até 32 semanas	Não recomendado
Psicóloga (núcleo de cuidados paliativos)	Avisar psicóloga para aconselhamento	Avisar psicóloga para aconselhamento	Atendimento somente se indicado por outros motivos	
Corioamnionite (tratamento se indicado)	Sempre que indicado (critérios) com genta e clinda conforme protocolo (o diagnóstico implica em resolução)			

7. QUAL O TOCOLÍTICO DE ESCOLHA?

Desde 2018, nossa primeira escolha no HMSH é o uso do acetato de atosibana (Tractocile^R)³. Foi escolhido por 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 e por apresentar eficácia semelhante ao nifedipino (não há nenhuma vantagem cientificamente no uso deste último).^{2,4,5,8}

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. O nifedipino segue como medicação não padronizada na instituição.

8. COMO PREPARAR E UTILIZAR O TRACTOCILE (ATOSIBANA)?

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);

Para cada ciclo de aproximadamente 48 horas serão necessários:

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.013	3 / 4
	INIBIÇÃO DE TRABALHO DE PARTO PREMATURO	Especialidade	Revisão
		OBSTETRÍCIA	1

8.1 - Dose de ATAQUE: fazer uma ampola de 0,9 mL em bolus (1 minuto de infusão) puro, sem diluição;

8.2 - 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.

Obs.: Para cada ciclo 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.

9. O CICLO DE ATOSIBANA (TRACTOCILE) PODERÁ SER REPETIDO?

Sim, conforme avaliação médica e após emissão de relatório escrito assinado e carimbado, justificando a necessidade de um segundo ciclo, o médico poderá prescrever um novo ciclo por mais 48 horas. O número máximo de repetições serão 3 ciclos no total.^{3,9}

10. E NA FALTA DO TRACTOCILE[®] OU IMPOSSIBILIDADE DO SEU USO POR ALGUM MOTIVO NÃO PREVISTO?

A segunda escolha em nosso meio será a terbutalina intravenosa (Bricanyl[®] 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, dispneia, 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 arterial⁵.

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.

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.

A critério do médico por motivo justificado, o uso do nifedipino poderá ser solicitado por meio de solicitação de compra de medicamento não padrão.

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.013	4 / 4
	INIBIÇÃO DE TRABALHO DE PARTO PREMATURO	Especialidade	Revisão
		OBSTETRÍCIA	1

Referências bibliográficas

1. 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.
2. Wilson A, Hodgetts-Morton VA, Marson EJ, Markland AD, Larkai E, Papadopoulou A, Coomarasamy A, Tobias A, Chou D, Oladapo OT, Price MJ, Morris K, Gallos ID. Tocolytics for delaying preterm birth: a network meta-analysis (0924). Cochrane Database Syst Rev. 2022 Aug 10;8(8):CD014978.
3. Bula do medicamento TractocileR, disponível no endereço eletrônico: <https://cdn-1.consultaremedios.com.br/bulas/76/14398.pdf>
4. Doret M, Kayem G. Tocolysis for preterm labor without premature preterm rupture of membranes. Journal de Gynecologie Obstetrique et Biologie de la Reproduction 2016;45:1374-1398.
5. Zugab, M. Tratamento do trabalho de parto prematuro. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2009; 31(8):415-22
6. Hyagriv N. Inhibition of acute preterm labor. Literature review current through Fev 2024, updated Mar 26, 2024. Disponível em www.uptodate.com
7. Fernandes, CE. Tratado de Obstetrícia FEBRASGO, 2019
8. Lyndrup J, Lamont RF. The choice of a tocolytic for the treatment of preterm labor: a critical evaluation of nifedipine versus atosiban. Expert Opin Investig Drugs. 2007 Jun;16(6):843-53
9. Ganla KN et al. Multiple Re-treatments with Atosiban, an Oxytocin Receptor Antagonist Helps to Delay the Preterm Labor Successfully. Acta Scientific Women's Health. 2021 May 3 (5):13-16

Anexos

Alto custo – Tractocile - formulário

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:	Validado por:
MARCOS PAVIONE Diretor técnico	MARCOS PAVIONE Diretor técnico	MATHEUS KUMMER Coord. Obstetrícia	ULLY MARIANNE Coordenadora da Qualidade
JULIANO SIMÕES Médico Obstetra			
Data: 01/03/2019	Data: 26/03/2024	Data: 25/03/2024	Data: 26/03/2024
Assinaturas e carimbo:			
			

Histórico das últimas duas revisões

Nº	Descrição das alterações:	Data:
1.	Atualização da literatura e orientação sobre repetição de ciclos	26/03/2024
2.		