

1.1. Corioamniorrexe Prematura

Corioamniorrexe consiste na ruptura das membranas corioamnióticas, quando esta ocorre ANTES DO INÍCIO DO TRABALHO DE PARTO é chamada de corioamniorrexe prematura, portanto não se relacionando com a idade gestacional. Outras definições são importantes:

- Corioamniorrexe prematura pré-termo: ruptura das membranas antes da 37ª semana de gestação
- Corioamniorrexe precoce: ocorre já na fase ativa do trabalho de parto, porém com dilatação cervical inferior a 6 cm
- Corioamniorrexe oportuna: ocorre com dilatação cervical entre 6 e 8 cm
- Corioamniorrexe tardia: ocorre em dilatação cervical acima de 8 cm
- Amniotomia: rotura artificial das membranas corioamnióticas

Diagnóstico da corioamniorrexe:

Anamnese: perda líquida de moderada a grande quantidade, que molha além da roupa íntima. Questionar a paciente sobre o momento em que ocorreu a perda e sua relação com as contrações (se veio antes ou depois)

Exame físico: o exame especular evidencia presença de líquido em fundo de saco vaginal, eventualmente com saída ativa pelo orifício cervical externo, podendo ser claro ou meconiado e conter ou não grumos. Além disso, pode-se observar umidade perineal. Ao toque vaginal pode-se sentir diretamente a apresentação fetal, sem interposição de membranas.

Testes diagnósticos

- Teste da Cristalização: sensibilidade próxima de 90%, entretanto o teste pode ser falso positivo na presença de sangramento e algumas infecções
- Teste de Iannetta (teste da chama): procede-se como na avaliação da cristalização, porém ao invés de deixar o material da lâmina secar, utiliza-se chama para aquecê-lo. Mudança da cor do material para marrom corresponde a teste negativo e mudança para branco a positivo

- Teste do pH do conteúdo vaginal: pH vaginal acima de 6.0 em quadro suspeito é indicativo de corioamniorrexe. Vaginose bacteriana e sangramentos genitais também podem elevar o pH vaginal.
- Ultrassonografia: a avaliação do Índice de Líquido Amniótico (ILA) pode auxiliar no diagnóstico em caso de oligoâmnio associado a história sugestiva. Entretanto, apresenta pouca especificidade e sensibilidade devido às alterações do volume amniótico associadas a outras condições obstétricas
- Diagnóstico invasivo: reserva-se para aqueles casos suspeitos de corioamniorrexe prematura, especialmente pré-termo em que as provas diagnósticas anteriores revelam-se inconclusivas ou insuficientes para fechar diagnóstico. Consiste colocar tampão vaginal e injetar corante ou contraste radiológico na cavidade amniótica (preferencialmente sob visão ultrassonográfica). Após 1 hora, retira-se o tampão que nos casos de corioamniorrexe estará tinto pelo corante injetado no LA. No caso de contraste é necessário radiografar o tampão.

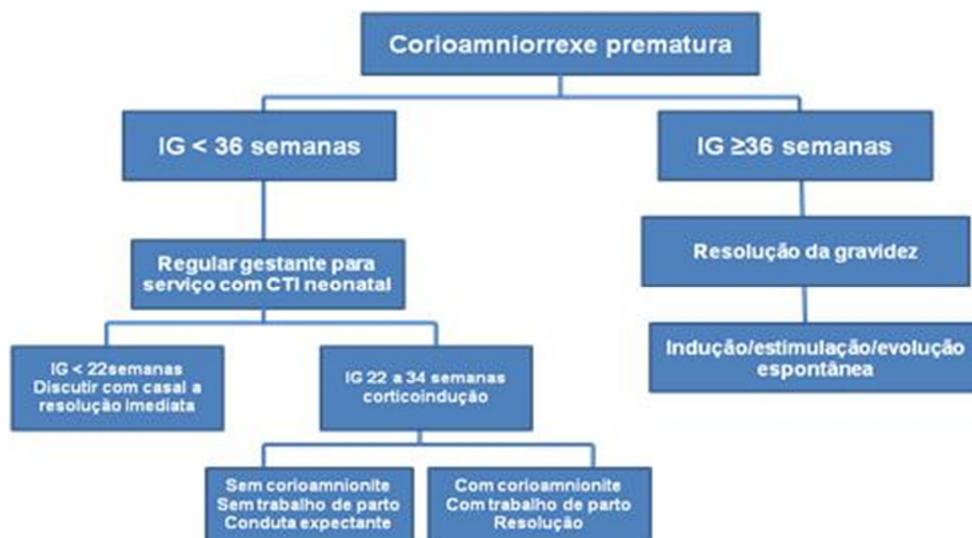
Exames subsidiários para a paciente com diagnóstico de corioamniorrexe:

- Vitalidade fetal: obrigatória nos casos de conduta expectante e na indução do trabalho de parto e recomendável nos casos de Estimulação ou evolução espontânea.
- Hemograma:
 - Indução e estimulação do TP: deve ser colhido a cada 12 horas a partir da internação até o nascimento nos casos de indução do TP
 - Conduta expectante: a cada 3 dias. Nos casos de aumentos significativos na contagem global de leucócitos ou bastonetes, considerar início de tratamento para Corioamnionite
- Swab endovaginal e endoanal para *Streptococcus agalactiae*: como no CRSM-Mater adota-se conduta ativa na profilaxia para este germe, não se recomenda sua coleta neste serviço. Exceção feita aos casos em que houver necessidade de internação para conduta expectante de

Corioamniorrexe Prematura Pré-Termo por falta de leitos para transferência em serviço terciário

- Urina tipo I e Urocultura: deve-se fazer triagem clínica e laboratorial para focos infecciosos predisponentes de rotura das membranas, sendo que o foco urinário é o mais comum
- Curva térmica: deve ser realizada de preferência por via oral e a cada 4 horas. Intervalos inferiores a esse deverão ser julgados individualmente

Conduta: Será baseada na idade gestacional e na concomitância ou não de corioamnionite e trabalho de parto, de acordo com o fluxograma 14



Fluxograma 1 - Conduta para corioamniorrexe prematura

ATENÇÃO

- ❖ A conduta para indução/estimulação/evolução espontânea do TP de parto já foi descrita no capítulo de indução de trabalho de parto deste protocolo
- ❖ Está contra-indicado realizar inibição do trabalho de parto nos casos de corioamniorrexe
- ❖ Cuidados especiais:
- ❖ Não é necessário isolar a paciente
- ❖ Toques vaginais:
 - Evitar toques desnecessários, independente do tempo e bolsa rota. O toque deve ser realizado por um profissional com experiência visando

manter padrão comparativo da evolução do Índice de Bishop e evitar repetição deste exame

- Utilizar luvas estéreis, preferencialmente as de procedimento, após adequada higienização das mãos
- ❖ Orientação à paciente e acompanhante:
 - Tempo da indução: salientar que o processo de indução pode ser demorado e explicar o que está sendo feito
 - Tranquilizar quanto à perda líquida, desmistificando as histórias de “parto seco”, ou que “se a bolsa rompeu já deveria estar nascendo”
 - Explicar que o líquido continuará saindo, principalmente às movimentações maternas e fetais
- ❖ -Durante a assistência ao parto não há recomendações diferentes das habituais para estes casos.

Profilaxia para Estreptococo do Grupo B ou *Streptococcus agalactiae*

(SGB): trata-se de coco gram positivo cujo principal sítio de colonização é o trato gastrointestinal, mas pode colonizar o trato genitourinário. Aproximadamente 10% a 30% das gestantes são colonizadas por EGB, sendo de forma transitória, crônica ou intermitente. Esta colonização, quando presente no momento do parto, é um importante fator de risco para o desenvolvimento da doença estreptocócica neonatal. A infecção do recém-nascido ocorre principalmente durante a sua passagem no canal de parto ou por via ascendente, quando há ruptura de membranas. Na década de 70 este microrganismo surgiu como o mais importante agente causal de sepse em recém-nascidos. A doença de início precoce foi reduzida em 70% após o uso da profilaxia intraparto.

Manifestações clínicas

Maternas: a maioria das gestantes é assintomática e em torno de 4% podem apresentar colonização maciça pelo EGB diagnosticado pela infecção do trato urinário causada por este agente.

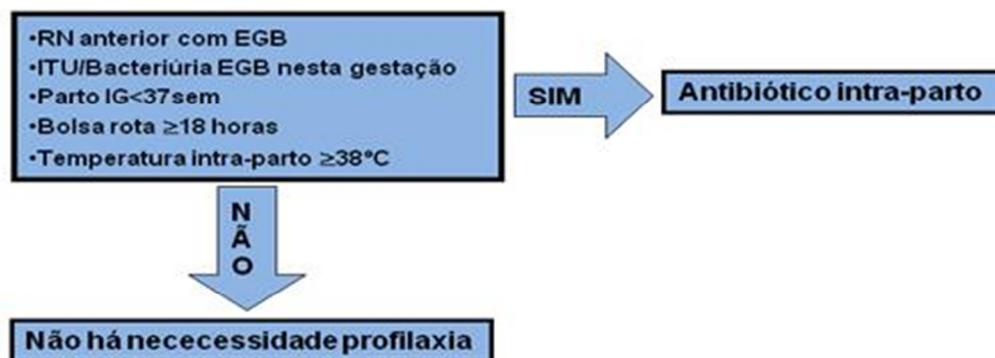
Recém-nascido: Podem ocorrer dois tipos de manifestações:

- Doença estreptocócica de início precoce (<7 dias após o nascimento)
- Doença estreptocócica tardia (entre 7 e 90 dias).

Estas incluem sepse, pneumonia, meningite, osteomielite, artrite séptica e celulite. Aproximadamente 1 a 2% dos recém-nascidos de mães colonizadas irão desenvolver infecção de início precoce. A mortalidade associada a esta infecção pode atingir 20%. A frequência de seqüelas nos sobreviventes é estimada entre 15 e 30%.

Diagnóstico da colonização materna pelo EGB: o objetivo é identificar as gestantes colonizadas que tem risco de transmissão vertical deste agente levando a doença neonatal pelo EGB. O rastreio pode ser realizado de duas formas:

- Cultura para EGB: Rastreio universal realizado por meio da coleta de material da vagina (1/3 inferior) e endoanal em meio específico em todas as gestantes entre 35 a 37 semanas de gestação. A abordagem deste tipo de rastreio é 50% mais eficaz que a abordagem por identificação de fatores de risco.
- Identificação de fatores de risco para EGB: esta é a forma de rastreio realizada no Centro de Referência da Saúde da Mulher-Mater



Fluxograma 2 - Profilaxia intra-parto para EGB baseada em fatores de risco

A profilaxia intraparto para EGB está indicada nas seguintes situações:

- Colonização diagnosticada nesta gravidez por swab vaginal/endoanal
- ITU ou bacteriúria assintomática por SGB nesta gestação
- História de sepse neonatal precoce em gestação prévia

- Quando o tempo de bolsa rota tiver ultrapassado ou tiver perspectiva de ultrapassar 18 horas até o parto. Recomenda-se não aguardar que as 18 horas se completem caso já se tenha estimativa do tempo até o parto superar este período
- Febre intra-parto

Drogas utilizadas para a profilaxia da doença neonatal por EGB:

1ª escolha é a Penicilina Cristalina:

- Via endovenosa
- Dose de ataque de 5.000.000 UI
- Dose de manutenção de 2.500.000 UI a cada 4 horas até o parto (prolongar por até 48 horas caso não ocorra o parto dentro deste período)

Drogas alternativas:

- **Clindamicina** via endovenosa: 900 mg a cada 8 horas até o parto (prolongar por até 48 horas caso não ocorra o parto dentro deste período)
- **Ampicilina** via endovenosa: dose inicial 2g seguida por 1g a cada 4h até o nascimento

Para pacientes alérgicas a penicilina:

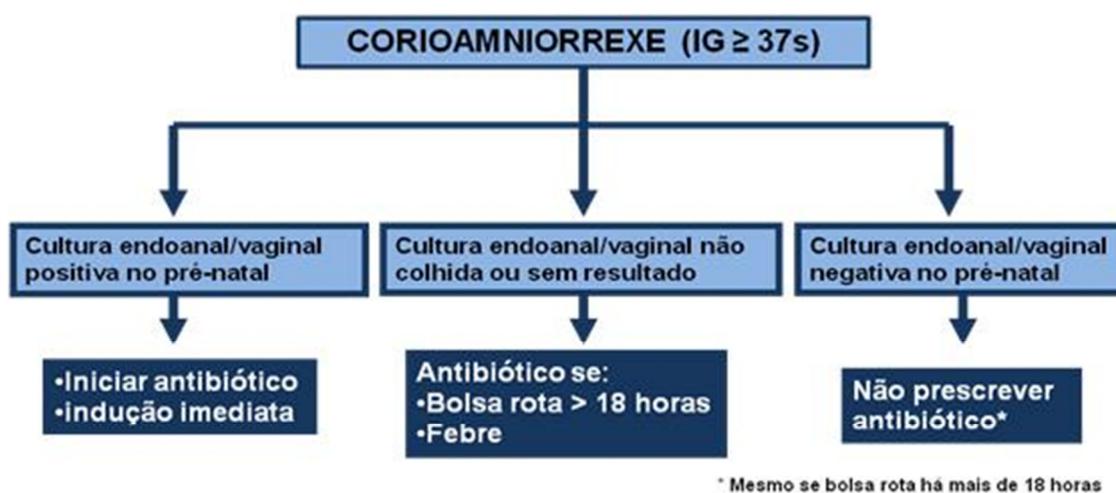
Com baixo risco de anafilaxia: **Cefazolina** EV 2g dose de ataque e 1g EV 8/8 h até o parto

Com alto risco de anafilaxia: **Clindamicina** EV 900 mg a cada 8 h até o parto

ATENÇÃO: Deve haver um intervalo de pelo menos 4h entre a profilaxia e o parto, sendo que devem ser administradas duas doses antes do nascimento, pois a proteção máxima é obtida a partir da 2ª dose antes do nascimento. Obedeça aos intervalos recomendados entre as doses.

Situações em que a profilaxia intraparto para EGB NÃO está indicada

- Gestação anterior com cultura positiva para EGB, a menos que cultura para a gestação atual seja positiva;
- Cesárea eletiva, na ausência de trabalho de parto ou ruptura de membranas (independente/e do resultado da cultura para EGB);
- Cultura vaginal/retal negativa para EGB dentro do período de 5 semanas antes do parto, durante a gestação atual, mesmo apresentando fatores de risco (parto <37 semanas, ruptura de membranas ≥18 horas)



Fluxograma 3 - Conduta para corioamniorrexe prematura a termo em relação a profilaxia para EGB

1.2. Trabalho De Parto Pré-termo

Consiste na presença de duas ou mais contrações uterinas em 10 minutos associadas a trabalho de colo em idade gestacional inferior a 37 semanas. Muitas vezes o diagnóstico é duvidoso, flagrando-se contrações com frequência e intensidade compatíveis com trabalho de parto, sem haver trabalho de colo correspondente. O inverso também pode ocorrer, com dinâmica uterina frustra e colo esvaecido ou dilatado. O uso de tocolíticos consegue retardar o parto, em média, entre 2 e 7 dias, dependendo do tipo de droga utilizada e do momento em que foi instalada. Este tempo é suficiente para se realizar administração de corticóide

a) Fatores de risco para o trabalho de parto pré-termo: o principal fator de risco é o passado obstétrico de parto pré-termo, mas também se destacam infecções em geral; trabalho de parto pré-termo em gestação atual ou prévia; colo curto; anemia materna; extremos da idade reprodutiva; polidrâmio; mal-formações mullerianas; gemelaridade; hipóxia; tabagismo; mal-formações fetais e corioamniorrexe prematura. A avaliação ecográfica do colo uterino pode auxiliar no diagnóstico, fornecendo informações principalmente quanto à dilatação do orifício cervical interno, comprimento cervical e eco glandular, que podem ocorrer semanas antes de alterações perceptíveis ao exame digital do colo uterino

b) Diagnóstico:

b1) Exame físico: triagem clínica para infecções genitais e avaliação cuidadosa da dinâmica uterina e da dilatação cervical

b2) Exames laboratoriais:

- Hemograma completo: avaliação de presença de anemia e infecções sistêmicas
- Urina tipo I e Urocultura: pesquisa de ITU, visto que o trato urinário é o principal foco infeccioso desencadeante de contrações uterinas

Swab endovaginal e endoanal para *Streptococcus agalactiae*: como a taxa de sucesso na redução de partos pré-termo com a inibição é relativamente baixa e significativa parcela das pacientes inicialmente inibidas voltam a entrar em

trabalho de parto antes do termo, é importante detectar colonização por esse germe para instalar profilaxia no caso da progressão do trabalho de parto.

b3) Outros exames:

- **Cardiotocografia:** avaliar vitalidade fetal é obrigatório nos casos de inibição do trabalho de parto. Caso a idade gestacional seja precoce para a cardiotocografia, deve-se avaliar a vitalidade com o Perfil Biofísico Fetal ao ultrassom
- **Ultrassonografia obstétrica:** avaliar o crescimento fetal, líquido amniótico, buscar mal-formações fetais e buscar sinais indiretos de maturidade (principalmente para as idades gestacionais entre 34 e 36 semanas)
- **Ultrassom do colo uterino:** a presença de eco glandular e colo uterino maior que 2,0 cm indicam baixa probabilidade de progressão para parto pré-termo no período de 1 semana. A técnica para medir o colo uterino será descrita a seguir:
 - Via transvaginal
 - Bexiga vazia
 - Imagem sagital do colo com visualização do OE e OI sem incluir o segmento inferior, sem comprimir o colo.
 - Medir distância linear entre área triangular ecodensa no OE e incisura “V” OI
 - Imagem ampliada 2/3 tela
 - Espessura do LA colo = LP
 - Realizar 3 medidas: registrar mais curta
 - Pressão supra-púbica/fundo uterino 15-30s
 - Na presença de funil, o comprimento do colo deve ser medido entre a extremidade inferior do funil e o orifício externo.

Interpretação do ultrassom transvaginal para mensuração do colo uterino:

- Colo com comprimento cervical > 30mm: baixo risco de parto dentro de 48 horas (0-2%) e dentro de 7 dias (2-7%).

- Colo com < 20 mm: alto valor preditivo positivo para parto dentro das próximas 48 horas (próximo de 100%).
- Eco glandular ausente também tem alto valor preditivo positivo para parto pré-termo nas próximas 48 horas.



Figura 1 - Demonstração da técnica de medida do comprimento do colo uterino ao USTV



Figura 2 - Formatos de funis do colo uterino a ultrassonografia transvaginal (azul: polo cefálico; laranja: colo uterino; vermelho: funil).
Extraído de Iams, JD em Obst & Gynecol, 2003, 101:402-12

Presença de dilatação do orifício interno, atentando para presença ou ausência de funil (Figura 27). O canal endocervical formando T com o segmento uterino mostra um trabalho de colo menor que quando há presença de funil. Os funis em Y, V e U mostram trabalhos de colo progressivamente mais intensos.

c) Conduta:

c1) Realizado o diagnóstico de Trabalho de Parto Pré-Termo, dependendo da dilatação cervical, a gestante deverá ser transferida para hospital terciário com disponibilidade de UTI Neonatal. Esta transferência deverá ser solicitada à Central de Regulação Médica para que seja liberada a vaga não apenas para a gestante, mas para o neonato caso não haja sucesso na inibição. A internação definitiva no Centro de Referência-Mater só será possível quando não houver disponibilidade de leitos em outros hospitais, o que deverá estar claramente expresso no prontuário médico.

c2) Iniciar a tocolise imediatamente, caso não haja contra-indicação.

c3) Corticoindução: A aplicação intramuscular de Betametasona na dose de 12 mg a cada 12 horas por 24 horas em gestações abaixo de 34 semanas, sob risco de nascimento pré-termo, reduz significativamente a mortalidade neonatal, a síndrome de desconforto respiratório, a hemorragia intraventricular e a enterocolite necrotizante. Após as 34 semanas, os efeitos adversos do corticoide não compensam seus eventuais benefícios. A literatura evidencia efeitos danosos ao feto no uso de ciclos repetidos de corticoide (redução no crescimento pós-natal e alteração do desenvolvimento neurológico). Entretanto, há evidências de que a repetição de uma única dose de 12 mg pelo menos 7 dias após o primeiro ciclo não interfere negativamente no desenvolvimento da criança após o nascimento.

c4) Tocolise: fármacos tocolíticos

Agonistas Beta-Adrenérgicos (TERBUTALINA, RITODRINA). Têm boa eficácia tocolítica, porém estão mais frequentemente relacionados a efeitos adversos graves. Portanto, a inibição deve ser rigorosamente monitorizada.

- Mecanismo de ação: o estímulo dos receptores Beta-2 resulta em relaxamento da musculatura lisa, incluindo o miométrio.
- Dose (TERBUTALINA): 1,5 mg em 500 ml de soro fisiológico ou glicosado 5% e correr em Bomba de Infusão Contínua EV. Deve-se iniciar com 30 ml/h e a cada 30 minutos reavaliar a dinâmica uterina, PA; FC e BCF. A infusão deve ser aumentada em 30 ml/h a cada reavaliação até a inibição das contrações e a infusão deve ser reduzida ou interrompida se PA alterar 20%

em relação à inicial, se frequência cardíaca materna estiver acima de 120 bpm ou BCF acima de 170 bpm. A manutenção deve ser feita com Terbutalina SC 0,5 mg a cada 8 horas (3 doses) após 2 horas sem contrações uterinas. A infusão EV deve ser interrompida 30 minutos após a 1ª dose SC.

- Efeitos colaterais:
 - Maternos: náuseas, vômitos, tremores, ansiedade, rubor, cefaleia, queimação retroesternal, taquicardia, angina, constipação, arritmias, edema pulmonar (principalmente se realizado hiperhidratação antes e associado ao uso do corticoide), infarto agudo do miocárdio, hipocalcemia, hiperglicemia
 - Fetais: taquicardia
 - Neonatais: hipoglicemia, hiperinsulinismo, hipocalcemia e cetoacidose
- Contra-indicações: Diabetes materno descompensado, cardiopatia materna e hipertireoidismo.

Bloqueadores de Canal de Cálcio (NIFEDIPINA). Embora a literatura demonstre eficácia semelhante à dos Beta-Adrenérgicos com padrão de segurança superior a eles, a indicação deste fármaco permanece *off label* para inibição do trabalho de parto pré-termo.

- Mecanismo de ação: reduzem o influxo de cálcio pela membrana da célula miométrial, controlando sua contratilidade e a atividade de marca-passo.
- Dose: 10 a 40 mg de Nifedipina simples na primeira hora (10 mg a cada 15 minutos) e 60 a 160 mg de Nifedipina Retard por 48 horas (20 mg a cada 6 horas).
- Avaliação: avaliar dinâmica uterina no início da medicação e a cada hora, até obter frequência de contrações abaixo de 2 em 30 minutos. Aferir PA a cada hora nas primeiras 4 horas.
- Efeitos colaterais: ocorrem em torno de 17% das gestantes, sendo 2% graves com necessidade de interrupção da medicação: hipotensão materna, tontura, rubor, sensação de desmaio, cefaléia e edema periférico

- Contra-indicações: hipotensão, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e estenose aórtica

Progesterona

- Mecanismo de ação: promove relaxamento da musculatura lisa, bloqueia a ação da ocitocina no miométrio e inibe a formação de “gap junctions” entre as células miometriais.
- Não devem ser usada como tocolítico, porém pode trazer benefício quando utilizada em pacientes com colo uterino curto ao ultrassom sem ter tido Trabalho de Parto, em pacientes com história prévia de Parto Pré-Termo ou que ficaram com colo curto após um Trabalho de Parto Pré-Termo inibido
- Duração do uso: pode ser usado a partir do diagnóstico de colo curto, ou no caso de indicação por risco prévio, a partir das 24 semanas. Seu uso pode ser estendido até as 34 semanas de gestação
- Dose: 100 a 200 mg, preferencialmente por via vaginal

Antagonista da Ocitocina (ATOSIBAN): não está disponível no Centro de Referência-Mater, visto que os casos de inibição de Trabalho de Parto Pré-Termo devem ser preferencialmente encaminhados a serviços terciários.

Acompanhamento pré-natal:

- Pacientes que não tiverem sido encaminhadas para inibição em serviço terciário por falta de vagas, deverão ser encaminhadas para concluir o Pré-Natal no Ambulatório de Prematuridade do HC-FMRP-USP
- Caso a paciente esteja próxima ao termo (acima de 35 semanas), poderá ser seguida no Pré-Natal do CRSM-Mater até o parto.

Cenário 1- Dinâmica uterina fraca e trabalho de colo ausente ou discreto:

ao atender uma gestante com

IG \geq 36semanas: deixar evolução espontânea

IG abaixo de 36 semanas com este quadro recomenda-se:

- Hidratação: a literatura não mostra benefícios no prolongamento da gestação e resultados perinatais, entretanto parece aliviar a

sintomatologia das pacientes. Recomenda-se não extrapolar 1000 ml de SF 0,9% (principalmente se for optar pelo uso de Terbutalina para inibição) pelo risco de congestão pulmonar ou edema agudo de pulmão

- Repouso: também não há evidências de prolongar a gestação, entretanto possibilita evitar instalar medidas farmacológicas em pacientes cujas contrações cessariam espontaneamente
- Sintomáticos: não se prestam para interromper as contrações, porém aliviam a sensação de cólica em pacientes cujo limiar doloroso baixo torna as contrações de Braxton-Hicks sintomáticas.
- Reavaliação após 2 horas: deve ser realizada, preferencialmente, pelo mesmo examinador do início do atendimento, permitindo comparação evolutiva das contrações e alterações cervicais.

Quadro clínico inalterado: a paciente será liberada para casa com orientação de retornar ao Centro de Referência-Mater se houver aumento da atividade uterina ou perda vaginal (sanguínea ou líquida) ou, se não houver evolução, de retornar a consulta pré-natal

Quadro clínico se modifica com aumento da dinâmica e/ou modificação cervical: a conduta esta nos cenários 2 e 3.

Cenário 2 - Dinâmica uterina efetiva com trabalho de colo perceptível ao toque

- Internar
- Avaliar vitalidade
- Repouso: literatura não demonstra vantagem em prescrever repouso absoluto ou relativo no aumento da duração da gravidez durante a inibição do trabalho de parto
- Instalar tocólise: lembrar que o sucesso da inibição do trabalho de parto pré-termo é maior quanto mais precoce a tocólise for instalada, portanto não se justifica desperdiçar tempo com hidratação ou reavaliação
- Corticondução

- Evitar toques desnecessários: a literatura demonstra que a realização de toques vaginais repetidos reduz a duração da gestação nos casos de Trabalho de Parto Pré-Termo

Cenário 3- Dinâmica uterina de 3 contrações em 10 minutos sem trabalho de colo perceptível ao toque:

- Internar
- Avaliação da vitalidade
- Repouso
- Tocólise
- Corticoindução
- Pode-se optar por avaliação complementar com Ultrassom de colo uterino: colo <20mm e/ou eco glandular ausente conduzir como nos casos em que se percebe alteração cervical.
- Quando não for possível realizar a mensuração do colo, a equipe deve realizar a conduta descrita no cenário 2.