

Como melhorar os desfechos clínicos nos partos prematuros

Resumo Executivo

As orientações da OMS sobre intervenções para melhorar os desfechos clínicos nos partos prematuros



Introdução

Os bebês prematuros têm maior risco de desenvolver problemas graves ou de morrer durante o período neonatal. Sem o tratamento adequado, aqueles que sobrevivem têm maior risco de ter deficiências ao longo da vida e pior qualidade de vida. As complicações decorrentes da prematuridade são a principal causa de morte neonatal e a segunda principal causa de morte entre as crianças menores de 5 anos. Os esforços globais para reduzir ainda mais a mortalidade infantil exigem ações urgentes voltadas aos casos de prematuridade.

A mortalidade infantil e a morbidade após o nascimento prematuro podem ser reduzidas através de intervenções voltadas para a mulher antes e durante a gestação e para o recém-nascido prematuro. Intervenções de prevenção primária para reduzir o risco de parto prematuro (como campanhas para parar de fumar) podem ser dirigidas para todas mulheres. Outras intervenções dirigidas apenas às gestantes de alto risco para parto prematuro (como por exemplo o uso de progesterona ou a realização de cerclagem) também podem ser usadas. No entanto, as intervenções mais benéficas são aquelas que aumentam as chances de sobrevivência e os desfechos clínicos dos bebês quando o parto prematuro é inevitável. Essas intervenções são oferecidas à mãe pouco antes ou durante o parto e visam minimizar os riscos imediatos e tardios do bebê prematuro, como a imaturidade

pulmonar, infecções e complicações neurológicas. Os cuidados neonatais básicos e avançados para prevenir ou tratar possíveis complicações dos prematuros também são fundamentais para aumentar suas chances de sobrevivência livre de deficiências.

Dois publicações da OMS (*Manejo das complicações da gravidez e do parto: Um Guia Para Obstetristas e Médicos - 2000*, e o *Livro de Bolso dos Cuidados Hospitalares para Crianças - 2013*) oferecem orientações sobre intervenções maternas e neonatais que podem melhorar os desfechos clínicos dos bebês prematuros.

De acordo com as normas da OMS sobre diretrizes assistenciais, ambas publicações precisavam ser atualizadas para incluir as práticas baseadas em evidências mais recentes e para responder às perguntas dos governos dos países sobre condutas controversas. A diretriz atual é focada em intervenções que podem ser implementadas durante a gravidez, trabalho de parto e período neonatal, com o objetivo de melhorar os desfechos clínicos nos partos prematuros. Esta diretriz não inclui intervenções para prevenir e reduzir o risco do parto prematuro em geral ou para modificar esse risco especificamente em gestantes de alto risco.

Público Alvo

O público principal desta diretriz inclui os profissionais de saúde responsáveis pela elaboração de políticas de saúde e de protocolos clínicos locais ou nacionais, bem como os gestores de programas de saúde materno infantil e os formuladores de políticas de saúde em geral. A diretriz também será útil para aqueles que cuidam diretamente das gestantes e dos recém-nascidos prematuros, tais como os obstetras, pediatras, clínicos gerais, obstetras, enfermeiras e médicos de família. As informações contidas nesta diretriz serão úteis para o desenvolvimento de material de apoio e de treinamento para a formação teórica e prática dos profissionais de saúde, para otimizar a assistência materna e neonatal aos partos prematuros.

Métodos usados para desenvolver a diretriz

O desenvolvimento desta diretriz seguiu os métodos habituais descritos no Manual da OMS para o desenvolvimento de diretrizes assistenciais. (*WHO Handbook for guideline development, sem tradução para o português*). Resumidamente, foram seguidos os seguintes passos: (i) identificação das perguntas prioritárias e dos desfechos críticos, (ii) busca das evidências, (iii) avaliação crítica e síntese das evidências, (iv) formulação das recomendações, e (v) planos para a divulgação, implementação, avaliação de impacto e atualização da diretriz. A evidência científica que apoia as recomendações é apresentada usando o sistema GRADE (Graduação da Avaliação das Recomendações, Desenvolvimento e Avaliação). Revisões sistemáticas atualizadas foram usadas para preparar os perfis de evidência para as questões prioritárias. Em maio de 2014, a OMS convocou uma Consulta Técnica em que um grupo internacional de peritos - o Grupo de Desenvolvimento de Diretrizes (GDG, em inglês) - formulou e aprovou as recomendações com base nos perfis de evidência. Em novembro de 2014, o GDG realizou uma conferência virtual (*online*) para analisar e rever as recomendações à luz dos resultados de um grande ensaio clínico que visava aumentar o uso de corticoide antenatal em países em desenvolvimento.

Recomendações

A Consulta Técnica da OMS elaborou uma lista de 10 recomendações principais (e 17 recomendações secundárias). Essa lista inclui intervenções maternas (uso de corticoide antenatal, tocolíticos, sulfato de magnésio, antibioticoterapia profilática e via de parto) e intervenções neonatais (método canguru, uso de filme plástico para aquecer o bebê, pressão positiva contínua nas vias aéreas, surfactante e oxigenoterapia). Para cada recomendação, a qualidade das evidências foi classificada como “muito baixa”, “baixa”, “moderada” ou “alta”. Para fazer as recomendações a favor ou contra cada intervenção proposta, e para classificar essas recomendações como forte ou fraca (condicional), o GDG levou em consideração a qualidade das evidências e outros fatores, incluindo o equilíbrio entre os benefícios e os malefícios, os valores e as preferências das partes interessadas, e os recursos envolvidos na implementação da intervenção. Para garantir que cada recomendação fosse bem compreendida e corretamente usada na prática, os especialistas do GDG adicionaram mais explicações quando necessário. Para esclarecer qualquer dúvida sobre as bases que apoiam as recomendações desta diretriz, os usuários devem consultar estas explicações adicionais e os resumos de evidências na versão completa da diretriz.

A tabela a seguir resume as recomendações sobre as intervenções maternas e neonatais para melhorar os desfechos clínicos dos recém-nascidos prematuros. De acordo com as normas que regem as diretrizes da OMS, essas recomendações serão revisadas e atualizadas permanentemente, de acordo com o surgimento de novas evidências. A OMS irá revisar e atualizar essa diretriz em intervalos não superiores a cinco anos. A OMS está aberta para sugestões de novas perguntas a serem incluídas nas futuras atualizações dessa diretriz.

Lista resumida das recomendações da OMS sobre intervenções para melhorar os desfechos clínicos nos partos prematuros

Intervenções maternas	Recomendações	Força da recomendação e qualidade da evidência
Administração antenatal de corticoides para melhorar desfechos clínicos nos prematuros	1.0. A corticoterapia antenatal é recomendada nas mulheres entre 24 e 34 semanas de gestação com risco de parto prematuro, desde que as seguintes condições estejam presentes: <ul style="list-style-type: none"> • a avaliação da idade gestacional pode ser feita com precisão; • o parto prematuro é considerado iminente nos próximos sete dias; • não há evidência clínica de infecção materna; • é possível oferecer assistência adequada ao parto (incluindo a capacidade de diagnosticar e assistir com segurança o trabalho de parto e o parto prematuro); • é possível oferecer cuidados adequados ao recém-nascido prematuro, caso sejam necessários (incluindo reanimação, controle térmico, suporte nutricional, tratamento de infecção e administração segura de oxigênio). 	Recomendação forte baseada em evidência de qualidade moderada para os desfechos neonatais e evidência de baixa qualidade para os desfechos maternos
	1.1. O corticoide deve ser administrado às mulheres elegíveis quando o parto prematuro é considerado iminente nos próximos 7 dias do início do tratamento, inclusive nas próximas 24 horas.	Recomendação forte baseada em evidência de baixa qualidade
	1.2. A corticoterapia antenatal é recomendada nas mulheres com risco de parto prematuro com um ou com mais de um feto (gestação múltipla).	Recomendação forte baseada em evidência de baixa qualidade
	1.3. A corticoterapia antenatal é recomendada nas mulheres com rotura prematura das membranas sem sinais clínicos de infecção.	Recomendação forte baseada em evidência de qualidade moderada para os desfechos neonatais e evidência de baixa qualidade para os desfechos maternos
	1.4. A corticoterapia antenatal não é recomendada nas mulheres com corioamnionite em risco de parto prematuro.	Recomendação fraca (condicional) baseada em evidência de qualidade muito baixa
	1.5. A corticoterapia antenatal não é recomendada nas mulheres que serão submetidas a cesariana eletiva entre 34-36+ 6 semanas (fase da prematuridade tardia).	Recomendação fraca (condicional) baseada em evidência de qualidade muito baixa
	1.6. A corticoterapia antenatal é recomendada para mulheres com síndromes hipertensivas da gravidez em risco iminente de parto prematuro.	Recomendação forte baseada em evidência de qualidade moderada para os desfechos neonatais e evidência de baixa qualidade para os desfechos maternos
	1.7. A corticoterapia antenatal é recomendada para mulheres em risco iminente do parto prematuro de um feto com restrição do crescimento.	Recomendação forte baseada em evidência de qualidade muito baixa
	1.8. A corticoterapia antenatal é recomendada para mulheres com diabetes pré-gestacional e gestacional que estão em risco iminente de parto prematuro. Essa conduta deve ser associada a intervenções para otimizar o controle glicêmico dessas mulheres.	Recomendação forte baseada em evidência de qualidade muito baixa
	1.9. Quando o parto prematuro é iminente, os corticoides recomendados são a dexametasona intramuscular (IM) ou a betametasona IM (total 24 mg, em doses divididas).	Recomendação forte baseada em evidência de baixa qualidade
1.10. É recomendável fazer um novo ciclo de corticoide antenatal se o parto prematuro não ocorrer no prazo de 7 dias após a dose inicial, e uma nova avaliação clínica indicar que há um alto risco de parto prematuro nos próximos 7 dias.	Recomendação fraca (condicional) baseada em evidência de qualidade moderada para os desfechos neonatais e evidência de baixa qualidade para os desfechos maternos	

^a Para as recomendações relacionadas com intervenções maternas, a classificação da qualidade da evidência serve tanto para os desfechos maternos quanto para os desfechos neonatais, quando a qualidade da evidência para ambos não é apresentada separadamente.

Intervenções maternas	Recomendações	Força da recomendação e qualidade da evidência
Uso de tocolíticos para inibição do trabalho de parto prematuro	2.0. O uso de tocolíticos (tratamento agudo e de manutenção) não é recomendado para as mulheres em risco iminente de parto prematuro, para melhorar os desfechos neonatais.	Recomendação fraca (condicional) baseada em evidência de qualidade muito baixa
Uso do sulfato de magnésio para prevenção de complicações neurológicas no feto	3.0. O uso de sulfato de magnésio é recomendado para mulheres em risco iminente de parto prematuro antes da 32ª semana de gestação, para a prevenção da paralisia cerebral no nascituro.	Recomendação forte baseada em evidência de qualidade moderada
Uso de antibióticos para o trabalho de parto prematuro	4.0. A administração rotineira de antibióticos não é recomendada para mulheres em trabalho de parto prematuro com membranas amnióticas intactas e sem sinais clínicos de infecção.	Recomendação forte baseada em evidência de qualidade moderada
	5.0. A administração de antibióticos é recomendada para mulheres com rotura prematura das membranas antes do início do trabalho de parto.	Recomendação forte baseada em evidência de qualidade moderada
	5.1. Nos casos de rotura prematura das membranas antes do início do trabalho de parto, a eritromicina é recomendada como o antibiótico profilático de escolha.	Recomendação fraca (condicional) baseada em evidência de qualidade moderada
	5.2. O uso da combinação de amoxicilina e ácido clavulânico ("co-amoxiclav") não é recomendado para mulheres com rotura prematura das membranas antes do início do trabalho de parto.	Recomendação forte baseada em evidência de qualidade moderada
Via de parto	6.0. Não se recomenda a realização rotineira de cesariana com a finalidade de melhorar os desfechos neonatais do prematuro, independentemente de o feto estar em apresentação cefálica ou pélvica.	Recomendação fraca (condicional) baseada em evidência de qualidade muito baixa
Cuidados térmicos para os recém-nascidos prematuros	7.0. O método canguru é recomendado como cuidado de rotina para os bebês com peso ao nascer menor ou igual a 2 Kg. O método deve ser iniciado assim que os recém-nascidos estiverem clinicamente estáveis.	Recomendação forte baseada em evidência de qualidade moderada
	7.1. Sempre que possível, o método canguru deve ser oferecido de forma contínua aos bebês com peso ao nascer menor ou igual a 2 kg.	Recomendação forte baseada em evidência de qualidade moderada
	7.2. Se não for possível usar o método canguru de forma contínua para os bebês com peso ao nascer menor ou igual a 2 Kg, recomenda-se o uso do método canguru de forma intermitente ao invés dos cuidados convencionais.	Recomendação forte baseada em evidência de qualidade moderada

Intervenções maternas	Recomendações	Força da recomendação e qualidade da evidência
Cuidados térmicos para os recém-nascidos prematuros (continuação)	7.3. Os recém-nascidos instáveis com peso ao nascer menor ou igual a 2Kg ou os recém-nascidos estáveis com peso inferior a 2Kg que não podem participar do método canguru, devem ser cuidados em um ambiente térmico neutro, ou seja sob aquecedores radiantes ou em incubadoras.	Recomendação forte baseada em evidência de qualidade muito baixa
	7.4. Não há evidência suficiente sobre a eficácia dos envoltórios de filme plástico no cuidado térmico dos prematuros imediatamente após o parto. No entanto, durante a estabilização e transferência do prematuro para o berçário, o uso desses envoltórios pode ser considerado como uma alternativa para evitar a hipotermia.	Recomendação fraca (condicional) baseada em evidência de baixa qualidade
Pressão positiva contínua nas vias aéreas em recém-nascidos com síndrome do desconforto respiratório	8.0. O uso de pressão positiva contínua nas vias aéreas é recomendado para o tratamento dos recém-nascidos prematuros com síndrome do desconforto respiratório	Recomendação forte baseada em evidência de baixa qualidade
	8.1. A pressão positiva contínua nas vias aéreas em recém-nascidos com síndrome do desconforto respiratório deve ser iniciada assim que o diagnóstico for feito.	Recomendação forte baseada em evidência de qualidade muito baixa
Uso de surfactante em recém-nascidos com síndrome do desconforto respiratório	9.0. O uso de surfactante exógeno é recomendado para os recém-nascidos com síndrome do desconforto respiratório que estejam intubados e em ventilação mecânica.	Recomendação fraca (condicional) (apenas nos locais onde houver condições para intubação, ventilação mecânica, gasometria, cuidados de enfermagem e de monitoramento neonatal), baseada em evidência de qualidade moderada
	9.1. Tanto o surfactante de origem animal como o sintético podem ser utilizados em recém-nascidos prematuros com síndrome do desconforto respiratório e que estejam em ventilação mecânica.	Recomendação fraca (condicional) (apenas nos locais onde houver condições para intubação, ventilação mecânica, gasometria, cuidados de enfermagem e de monitoramento neonatal), baseada em evidência de qualidade moderada
	9.2. Não é recomendado o uso profilático de surfactante em recém-nascidos prematuros antes do início da síndrome do desconforto respiratório.	Recomendação forte baseada em evidência de baixa qualidade
	9.3. Em recém-nascidos prematuros intubados com síndrome do desconforto respiratório, o surfactante deve ser usado precocemente (nas primeiras 2 horas após o nascimento), ao invés de esperar a piora dos sintomas antes de iniciar o tratamento.	Recomendação fraca (condicional) (apenas nos locais onde houver condições para intubação, ventilação mecânica, gasometria, cuidados de enfermagem e de monitoramento neonatal), baseada em evidência de baixa qualidade
Uso e dosagem de oxigênio para os recém-nascidos prematuros	10.0. Para a ventilação dos prematuros que nasceram com idade gestacional menor ou igual a 32 semanas, recomenda-se iniciar oxigenioterapia com 30% de oxigênio ou com ar ambiente (se não houver essa concentração de oxigênio disponível), e não com oxigênio a 100%.	Recomendação forte baseada em evidência de qualidade muito baixa
	10.1. O uso de concentrações crescentes de oxigênio só deve ser considerado para os prematuros em oxigenioterapia com frequência cardíaca menor que 60 batimentos por minuto, após 30 segundos de ventilação adequada com 30% de oxigênio ou com ar ambiente.	Recomendação forte baseada em evidência de qualidade muito baixa



Organização
Mundial da Saúde



For more information, please contact:

Department of Reproductive Health and Research
World Health Organization
Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27, Switzerland
E-mail: reproductivehealth@who.int

www.who.int/reproductivehealth

Department of Maternal, Newborn, Child & Adolescent Health
World Health Organization
Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27, Switzerland
E-mail: mncah@who.int

www.who.int/maternal_child_adolescent

Foto: UNICEF/Asselin

WHO/RHR/15.22 © Organização Mundial da Saúde 2015

Todos os direitos reservados. As publicações da Organização Mundial da Saúde estão disponíveis no site da OMS (www.who.int) ou podem ser compradas da OMS Press, 20 Avenue Appia, 1211 Genebra 27, Suíça (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorders@who.int). Os pedidos de autorização para reproduzir ou traduzir as publicações da OMS -seja para venda ou para distribuição não comercial- devem ser dirigidos para a OMS Press através do site da OMS (www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Todas as precauções razoáveis foram tomadas pela Organização Mundial de Saúde para verificar o conteúdo contido nesta publicação. No entanto, o material publicado é distribuído sem qualquer tipo de garantia, expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do material cabe ao leitor. Em circunstância alguma a Organização Mundial da Saúde será responsável por danos decorrentes do seu uso.