

TRABALHO DE PARTO PREMATURO: UMA EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA

Lúcia Helena Dupuy Patella
Morgana Girardi Tedesco
João Alfredo Piffero Steibel

UNITERMOS

TRABALHO DE PARTO PREMATURO; PROGESTERONA; TOCÓLISE; CORTICOSTEROIDES.

KEYWORDS

OBSTETRIC LABOR, PREMATURE; PROGESTERONE; TOCOLYSIS; ADRENAL CORTEX HORMONES.

SUMÁRIO

O objetivo deste artigo é a revisão bibliográfica sobre trabalho de parto prematuro. Através de uma abordagem dos seus fatores de risco diagnóstico, manejo e prevenção.

SUMMARY

The purpose of this paper is a literature review over preterm labor. That is made thru the analysis of its risk factors, diagnosis, management and prevention.

INTRODUÇÃO

O parto pré-termo é a interrupção da gestação entre 20 e 37 semanas. É uma das principais causas de morbimortalidade perinatal, acometendo cerca de 10% das gestações e sendo responsável por 75% dos nascimentos antes da 37ª semana de gestação. Sua incidência tem se mantido nas últimas décadas, apesar das intervenções obstétricas. A diminuição da mortalidade neonatal deve-se, principalmente, aos avanços da neonatologia.¹

FATORES DE RISCO

A patogenia do trabalho de parto prematuro (TPP) ainda não está bem estabelecida, porém alguns fatores de risco podem ser identificados.¹

Os principais são:

- TPP em gestação anterior
- Ruptura prematura das membranas

- Infecção materna ou fetal
- Gestação múltipla
- Tabagismo
- Malformações uterinas
- Incompetência istmo-cervical
- Doenças maternas (como Diabetes Melitus e Hipertensão arterial sistêmica)

DIAGNÓSTICO

Há uma dificuldade no reconhecimento do início do trabalho de parto, pois o útero apresenta atividade contrátil durante toda a gestação, com contrações de dois tipos: de baixa e de grande amplitude (Braxton Hicks).²

No último trimestre da gestação, as contrações de Braxton Hicks vão se tornando cada vez mais frequentes e podem ser confundidas com contrações de trabalho de parto. Tal fato é responsável pelas internações desnecessárias em cerca de metade das gestantes supostamente em TPP.²

Apesar desta dificuldade o exame clínico continua sendo o melhor método diagnóstico. Os principais indicadores de trabalho de parto utilizados na prática clínica são: contrações uterinas regulares com intervalo de 5 minutos, ou menos, por um período de 1 hora; dilatação do colo uterino (usualmente >2cm) e apagamento da cérvix (>80%).¹

MANEJO

Medidas como limitar atividade física em pacientes com queixa de contrações e apagamento do colo uterino parecem razoáveis, porém não há indicação de repouso no leito, pois este é aparentemente ineficaz e aumenta o risco tromboembólico.¹

Devem ser solicitados exames para avaliar uma possível infecção (hemograma, exame qualitativo de urina, urocultura e swab vaginal para cultura de Strepto Beta-hemolítico (SGB)) e deve ser feita a avaliação do bem-estar fetal (cardiotocografia ou perfil biofísico fetal).¹

Após realizado o diagnóstico do TPP é de suma importância determinar a idade gestacional correta, pois esta irá guiar a conduta adequada.¹

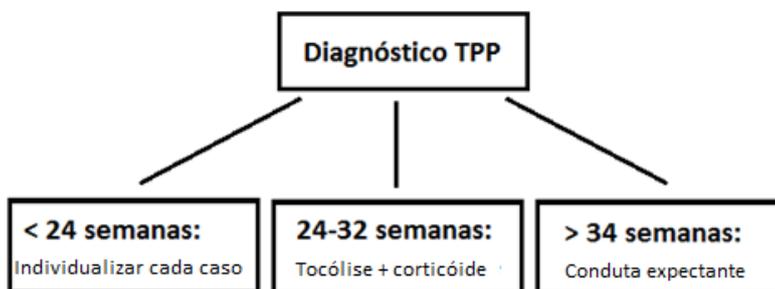


Figura 1 - Adaptado de Acauan Filho BJ, et al. *Obstetrícia de Plantão: da sala de admissão ao pós parto*. EDIPUCRS. 2012.

Tocolíticos

Os tocolíticos são os medicamentos utilizados para inibir a atividade contrátil do útero. Não há evidência de que os tocolíticos melhoram o prognóstico perinatal, porém eles são empregados por 48h para que o corticóide antenatal possa exercer os seus efeitos e, se necessário, a mulher ser transferida para um centro terciário.³

Deve-se ressaltar também que há contraindicações para o uso destes. Estas podem ser divididas em maternas (corioamnionite, sangramento grave, condições clínicas maternas, hipertensão induzida pela gravidez), fetais (morte fetal, anomalias fetais incompatíveis com a vida, comprometimento fetal, crescimento intrauterino restrito grave) e contraindicações relacionadas às drogas.⁴

Há diferentes classes de tocolíticos, são elas:

- Agonistas beta-adrenérgicos (Salbutamol)
- Bloqueadores do canal de cálcio (Nifedipina)
- Inibidores de prostaglandinas (Indometacina)
- Antagonistas de receptor da ocitocina (Atosiban)

A preferência atual é para a Nifedipina na dose inicial de 10mg, via oral, repetida de 20/20 minutos até 40mg e depois dose de manutenção de 10-20mg, via oral, de 6/6 horas por 48h.³

Corticosteróides

A administração de corticoides para amadurecimento pulmonar fetal se constitui na principal estratégia para a redução da morbidade e mortalidade perinatal associadas à prematuridade como, por exemplo, redução da ocorrência de síndrome de membrana hialina, hemorragia intraventricular e enterocolite necrosante. Os efeitos atingem seu benefício máximo se o parto ocorrer entre 24 horas e 7 dias após a última dose do medicamento.⁴

Toda mulher com risco de parto prematuro com idade gestacional entre 24 e 34 semanas deve receber corticoterapia, exceto quando houver contraindicações ao seu uso. A droga recomendada é a betametasona 12mg IM de 24 em 24 h. Caso haja evidências clínicas de infecção ou parto iminente o uso do corticóide está contraindicado.⁴

Antibióticos

Não existem evidências que justifiquem o uso de antibióticos no trabalho de parto prematuro com o objetivo de prolongar a gestação.⁴

Estes devem ser utilizados para profilaxia da sepsis neonatal pelo estreptococo do grupo B (EGB) em gestantes em trabalho de parto ou com rotura de membranas anterior à 37ª semana, com risco iminente e significativo de parto prematuro, que tenham cultura positiva para EGB, ou se a cultura não foi realizada.⁴

Outras indicações para profilaxia de infecção por EGB independentemente da idade gestacional em gestantes com cultura não realizada, são: membranas rotas >18h; bacteriúria por EGB durante a gestação; história de recém-nascido prévio infectado por EGB; temperatura intraparto $\geq 38^{\circ}\text{C}$.⁴

Em geral utiliza-se:

- Penicilina G 5 milhões UI IV seguida por 2.5 milhões UI IV de 4 em 4h OU;
- Ampicilina 2,0g IV seguida por 1,0g IV de 4 em 4h.
- Clindamicina 900mg IV de 8 em 8h, se alergia à Penicilina.

Dar preferência à penicilina e manter o antibiótico até o parto. A eficácia é maior quando o intervalo entre a última dose e o parto for maior que 4 horas, mas a profilaxia deve ser realizada ainda que se vislumbre um intervalo menor que 4 horas até o parto.⁴

Sulfato de Magnésio

O trabalho de parto pré-termo traz ao concepto um maior risco de complicações neurológicas, devido à sua vascularização imatura, circulação cerebral passiva mais exposta à pressão e mais perturbações hemodinâmicas.⁵

Seu uso estaria indicado em gestações com menos de 30 semanas, imediatamente antes do parto e na dose de 4 g por 20 minutos, seguida de infusão de manutenção de 2g por hora.⁵

Manejo Intraparto

É muito importante realizar uma assistência adequada ao concepto em vistas a assegurar o menor agravo possível e melhorar seu prognóstico.⁵

A via de parto deve ser decidida pelas condições obstétricas. Não existem evidências de que o parto cesáreo garanta melhor prognóstico neonatal, embora para prematuros extremos seja opinião de alguns pediatras que a cesárea diminuiria a frequência de hemorragia intraventricular. Para escolha da via de parto também deve ser considerada a apresentação fetal. A via baixa deve ser preferida nos casos de cefálicas fletidas. O parto de prematuros em apresentação pélvica deve ser realizado por via alta, tendo-se o cuidado de evitar traumatismos, principalmente as deflexões bruscas que acarretam mais casos de hemorragia intracraniana nos pré-termos. O fórcepe poderá ser uma opção para a abreviação do período expulsivo, em conceptos com peso fetal > 1.500 g.⁵

A monitorização da vitalidade fetal deve ser contínua por meio da ausculta dos batimentos cardíacos fetal, manual ou por cardiotocografia intraparto. Devem ser evitados os toques repetidos. A amniotomia deve ser tardia, pois poderá auxiliar na dilatação sem que haja pressão sobre o polo cefálico. O uso de ocitocina deve ser criterioso, evitando contrações muito intensas ou muito frequentes.⁵

Optando-se pelo parto vaginal é preciso ter cuidado para evitar traumas, fazendo com que o desprendimento do polo cefálico seja lento. Não há espaço atual para a indicação de episiotomia precoce e ampla de rotina. A ligadura do cordão será realizada de acordo com as condições do recém-nascido e deverá ser tardia, nos casos em que a criança estiver bem.⁵

Na escolha pela cesárea, deve-se ter cuidado com a escolha do tipo de incisão no útero, pois é mais frequente não haver segmento inferior bem formado e para que a extração fetal seja o menos traumática possível, pode haver necessidade de incisões longitudinais no útero (segmento corporal).⁵

PREVENÇÃO

Os métodos que mostraram algum benefício para identificar pacientes com risco de trabalho de parto prematuro foram a ultrassonografia transvaginal do colo uterino e a fibronectina fetal na secreção vaginal.¹

O colo uterino, medido por via transvaginal, com menos de 20mm de comprimento aumenta o risco de TPP, assim como a presença da fibronectina fetal na secreção vaginal. Estes exames tem um interessante valor preditivo negativo, que nos permite concluir que pacientes com colo maior que 20mm e com ausência de fibronectina na secreção vaginal apresentam baixo risco para TPP.¹

Progesterona

Pacientes assintomáticas com história prévia de trabalho de parto pré-termo podem se beneficiar do uso de progesterona diária via vaginal a partir do segundo trimestre até as 34-36 semanas. Pacientes com colo menor que 15mm parecem também se beneficiar deste tratamento, porém isto não é válido para gestações múltiplas.¹

Cerclagem

Cerclagem significa sutura em bolsa e foi idealizada como maneira de manter o colo fechado, impossibilitando anatomicamente sua dilatação antes do final da gravidez, evitando, assim, a prematuridade.⁷

Althuisius et al. verificaram menor frequência de rotura prematura de membranas e parto pré-termo. Odibo et al., em meta-análise, observaram tendência para prevenção de parto pré-termo com menos que 34 semanas, pelo uso da cerclagem nas pacientes com perdas gestacionais de segundo trimestre anteriormente.⁷

No caso da cerclagem de urgência, praticada na vigência de cervicodilatação e exposição das membranas, alguns relatos referem que com ela se alcança maior idade gestacional ao nascimento, prolongando a gravidez, em média, 7 semanas, porém com índices elevados de corioamnionite.⁷ No entanto, a cerclagem do colo uterino para tratamento do TPP é extremamente controversa.

CONCLUSÃO

O trabalho de parto prematuro é uma condição obstétrica que deve ser manejada com atenção e cuidado por parte do médico, devido à elevada morbimortalidade fetal relacionada à prematuridade.

Um exame médico detalhado é muito importante para determinar a idade gestacional, a qual irá guiar a conduta a ser tomada. Há também de ser descartadas possíveis infecções e sofrimento fetal. Tanto a terapêutica medicamentosa, quando indicada, quanto o correto manejo intra-parto devem ser instituídos visando diminuir a morbimortalidade perinatal.

REFERÊNCIAS

1. Acauan Filho BJ, Cunha Filho EV, Steibel G, et al. Obstetrícia de Plantão: da sala de admissão ao pós parto. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2012.
2. Bittar RE, Zugaib M. Tratamento do trabalho de parto prematuro. Rev Bras Ginecol Obstet. 2009;1(8):415-22.
3. Montenegro CAB, Rezende J. Rezende, obstetrícia fundamental. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan; 2008.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

5. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de orientação gestação de alto risco [livro na Internet]. [Rio de Janeiro]: FEBRASGO; 2011 [citado 2014 jul 25]. Disponível em: http://febrasgo.luancomunicacao.net/wp-content/uploads/2013/05/gestacao_alto-risco_30-08.pdf.
6. Yoshizaki CT, Bittar RE, Francisco RPV, et al. Progesterona para prevenção do parto prematuro. *Femina*. 2012;40(2):79-86.
7. Mattar R. A cerclagem para prevenção da prematuridade: para quem indicar? *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006;(3)139-42.