

REVISÃO LITERATURA

MANEJO DO TRABALHO DE PARTO PREMATURO

MANAGEMENT IN PRETERM LABOR

Nayara Pettine Dias¹, Fábio Roberto Ruiz de Moraes², Isabela Borges Corrêa Bichuete³, Marcelo Augusto Martins Aires⁴



ACESSO LIVRE

Citação: Dias NP, Moraes FRR, Bichuete IBC, Aires MAM. (2021) Manejo do trabalho de parto prematuro. Revista de Patologia do Tocantins, 8(3).

Instituição: ¹ Médica do programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia, cursando 3º ano, pela Universidade Federal do Tocantins. Palmas - TO, Brasil. ² médico pela Universidade Federal de Santa Catarina, especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Medicina Fetal e Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia, mestre em Princípios da Cirurgia pelo Instituto de Pesquisas Médicas. Palmas - TO, Brasil. ³ Médica do programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia, cursando 3º ano, pela Universidade Federal do Tocantins. Palmas - TO, Brasil. ⁴ médico pela Universidade Federal do Tocantins. Palmas - TO, Brasil.

Autor correspondente: Nayara Pettine Dias; Endereço: Quadra 308 Sul, Alameda 13, HM1-2, Residencial Exclusive, Apartamento 504, Plano Diretor Sul, CEP 77021-055, Palmas, Tocantins, Brasil; E-mail: nayarapettine@hotmail.com; Celular/Whatsapp: (63) 98471-1257.

Editor: Rosa A. C. g. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

Publicado: 05 de novembro de 2021.

Direitos Autorais: © 2021 Dias et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Conflito de interesses: os autores declararam que não existem conflitos de interesses.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A prematuridade é definida como o nascimento do produto da concepção antes de 37 semanas de idade gestacional e é responsável pelas principais causas de morbidade infantil, especialmente no período neonatal. **DESENVOLVIMENTO:** Esse artigo revisou fontes literárias clássicas da obstetrícia e pareceres das sociedades médicas interessadas no tema e tem por finalidade trazer à luz as principais medidas farmacológicas na condução do trabalho de parto prematuro. O diagnóstico de trabalho de parto prematuro usualmente é clínico: documentação de contrações uterinas rítmicas e regulares capazes de promover a plasticidade do colo uterino (apagamento, dilatação ou ambos). A coleta detalhada da história clínica, o exame obstétrico e a pesquisa por sinais e sintomas que possam sugerir outros diagnósticos diferenciais é essenciais para o diagnóstico correto e manejo apropriado. **CONCLUSÃO:** Ao considerar a epidemiologia e a carga que a prematuridade exerce sobre o sistema de saúde, é de suma importância o correto diagnóstico e a datação da idade gestacional, a qual será o parâmetro para as intervenções melhor estabelecidas até o momento.

Palavras-chave: trabalho de parto prematuro; diagnóstico; manejo clínico.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Preterm birth is defined as birth before 37 weeks of gestation. It is the leading cause of neonatal morbidity, especially in the neonatal period, and is the most common reason for hospitalization during pregnancy. **DEVELOPMENT:** This present paper reviewed classical obstetrical sources and bulletins from medical societies on these theme and will discuss the main pharmacological management for preterm labor. The diagnosis of preterm labor generally is based on clinical criteria of regular uterine contractions accompanied by a change in cervical (dilation, effacement, or both). A detailed clinical history, an obstetrical examination and a search for signs and symptoms which suggest other differential diagnosis are essential for correct diagnosis and management. This present paper reviewed classical obstetrical sources and bulletins from medical societies on these theme and will discuss the main pharmacological management for preterm labor. **CONCLUSION:** The epidemiology and the prematurity burden on health system shed lights on the importance of correct diagnosis and the necessity to determine gestational age, then appropriate management would be done following the best evidence until now.

Key words: preterm labor; diagnosis; clinical management.

INTRODUÇÃO

A prematuridade é o produto conceptual que nasce antes de 37 semanas completas de gestação. O diagnóstico de trabalho de parto prematuro (TPP) é eminentemente clínico: documentação de contrações uterinas rítmicas e regulares capazes de promover a plasticidade do colo uterino (apagamento, dilatação ou ambos) com presença de dilatação do colo uterino maior que 2 cm. Devido ao melhor conhecimento e manejo dessa condição, atualmente menos de 10% das mulheres com o diagnóstico de TPP terão o parto dentro dos próximos sete dias após o início dos sintomas.^{1,2}

Nesse contexto, é de suma importância o diagnóstico de TPP, observando-se sempre os fatores de risco existente, para a tomada de decisões que possam melhorar o prognóstico do binômio materno-fetal, devido às potenciais complicações inerentes ao nascimento antes do termo, em especial prematuros extremos.

DESENVOLVIMENTO

O Parto Prematuro é definido pelo nascimento antes de 37 semanas de gestação ou antes dos 259 dias completos contados a partir do primeiro dia do último ciclo menstrual. Portanto, TPP é a presença de contrações uterinas efetivas, associadas a modificações cervicais que podem culminar no parto entre 22 e 36 semanas e 6 dias de gestação.³

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2012), o parto prematuro pode ser classificado de acordo com a idade gestacional em:

- Prematuro extremo: < 28 semanas;
- Muito pré-termo: 28 a 30 semanas + 6 dias;
- Pré-termo precoce: 31 a 33 semanas + 6 dias;
- Pré-termo tardio: 34 a 36 semanas + 6 dias.

Essa classificação tem sua importância estabelecida, pois quanto menor a idade gestacional ao nascimento maior a morbimortalidade, além de definir condutas específicas para cada grupo.³

FATORES DE RISCO

Dentre os principais fatores de risco para TPP espontâneo estão listados na maioria das literaturas os fatores socioeconômicos e culturais, uso abusivo de substâncias como o álcool, o tabaco e outras drogas ilícitas. Isoladamente, uma história de parto prematuro prévio é o fator que mais aumenta a chance da ocorrência de um novo trabalho de parto pré-termo, podendo aumentar em até cinco vezes o risco de nova prematuridade. Processos infecciosos, principalmente genitourinárias, são sabidamente outro fator que frequentemente estão associados ao TPP e suas potenciais complicações. Além deste, a gestação múltipla, a incompetência cervical e os traumas podem estar presentes como fatores desencadeantes.⁴

De maneira eletiva, pode-se citar as morbidades maternas, por exemplo, pré-eclâmpsia grave, diabetes gestacional compensado ou não, cardiopatias maternas e iatrogênica

como os principais fatores de risco para o nascimento prematuro.⁴

AVALIAÇÃO INICIAL

Inicialmente, é fundamental estabelecer corretamente a idade gestacional. Deve ser definida pelo cálculo a partir de um exame ecográfico prévio, preferencialmente realizado entre 07 e 14 semanas de idade gestacional, tendo em vista que a maioria das gestantes não consegue estabelecer corretamente a data da última menstruação ou apresentam, muitas vezes, sangramentos de primeiro trimestre, que dificultam identificar pontualmente esta data.^{2,5}

A anamnese detalhada deve ser focada em identificar os fatores de risco mais importantes associados ao TPP e estabelecer as histórias gestacionais anteriores, bem como seus desfechos.^{2,5}

No exame físico, devem ser colhidos os sinais vitais, atentar-se a presença de febre ou taquicardia materna, batimentos cardíacos fetais, altura uterina (para correlação com a idade gestacional) e estabelecer a presença ou não de dinâmica uterina, determinar o tônus uterino e presença ou não de modificações plásticas por meio do toque vaginal.^{2,4,5}

DIAGNÓSTICO

Os sintomas clássicos são contrações uterinas regulares, muitas vezes associadas a dor lombar e sangramento vaginal discreto. Ao exame físico deve-se evidenciar a presença de contrações e modificações cervicais.^{1,4}

As contrações devem ser persistentes e progressivas, ou seja, presença de pelo menos 04 (quatro) contrações em 20 minutos ou 08 (oito) contrações em 60 minutos e dilatação cervical maior que 02 cm ou esvaecimento cervical maior ou igual a 80%. Nos casos de dúvidas diagnósticas reavaliações subsequentes podem ser necessárias.^{2,4}

CONDUTA INICIAL

A internação hospitalar deve ser realizada para que a paciente receba uma assistência adequada para monitorização de bem estar materno-fetal. A vitalidade fetal avaliada por meio da cardiotocografia deve ser solicitada a partir das 26 semanas completas de gestação. A ultrassonografia e o rastreamento infeccioso (hemograma, proteína C reativa, urina tipo 1 e urocultura com antibiograma), devem ser solicitados a partir de qualquer idade gestacional para que sejam descartadas possíveis contra-indicação à tocolise ou quadros graves que necessitem de condutas específicas como nos casos de corioamnionite.²

CONDUTA: IDADE GESTACIONAL ENTRE 22 E 24 SEMANAS INCOMPLETAS

A conduta deve ser individualizada e compartilhada com a família. Não há indicação de inibição do trabalho de parto ou neuroproteção fetal. O corticoide pode ser realizado a partir das 23 semanas completas, desde que a família esteja ciente e concorde com os riscos.^{4,6}

CONDUTA: IDADE GESTACIONAL ENTRE 24 SEMANAS COMPLETAS E 34 SEMANAS INCOMPLETAS**TOCÓLISE**

A indicação de tocólise é estritamente para realização da maturidade pulmonar e está indicada nos casos nos quais a dilatação cervical for menor que 04 (quatro) cm, o esvaecimento ainda não estiver pronunciado e que tanto mãe quanto feto apresente ausência de contraindicações.²

As principais contraindicações da tocólise são: morte fetal, sofrimento fetal, malformações fetais, crescimento intrauterino restrito, corioamnionite, sangramento materno, síndromes hipertensivas, morbidades maternas, por exemplo, cardiopatias e rotura prematura das membranas ovulares.^{2,4}

A finalidade da tocólise é apenas admissível para maturação pulmonar fetal ou transferência para centros obstétricos de referência. Não deve ser mantida por tempo superior a 48 horas. Uma segunda tocólise é permitida em casos onde a primeira intervenção foi realizada em gestações muito precoces (idade gestacional menor que 28 semanas).^{1,6}

No esquema recomendado, é utilizado a nifedipina devido sua alta efetividade, poucos efeitos adversos e bom custo-benefício. A dose de ataque consiste na administração de 30 mg de nifedipina, via oral, seguidos de doses de manutenção com 10 mg, via oral de 06/06 horas por até 48 horas.^{1,4,7}

NEUROPROTEÇÃO FETAL

A utilização de sulfato de magnésio para neuroproteção fetal está indicada nos trabalhos de partos ativos ou eletivos que tem idades gestacionais entre 24 e 32 semanas completas, com intuito de reduzir a gravidade das paralisias cerebrais.^{1,4}

O esquema recomendado utiliza dose de ataque com 04g de sulfato de magnésio, intravenoso, em *bolus*, administrado em 20 minutos e, após, uma dose de manutenção com 01 g por hora, intravenoso, mantido por no máximo 24 horas nos casos que o nascimento não aconteça.^{1,4}

CORTICOPROFILAXIA

A utilização dos glicocorticoides com a finalidade de reduzir a incidência de Síndrome da Angústia Respiratória do Recém Nascido é amplamente recomendada na literatura, principalmente em se tratando dessa faixa de idade gestacional.^{1,4,6}

A Betametasona é a primeira droga de escolha. O esquema recomendado é de 12 mg, intramuscular, 1 vez ao dia, por 2 dias. A Dexametasona é a segunda droga de escolha, no esquema de 6 mg, intramuscular, 2 vezes ao dia por 2 dias.^{1,6,7}

ANTIBIOTICOPROFILAXIA

O uso de antibióticos durante o TPP visa à profilaxia para sepse neonatal pelo *Streptococcus agalactiae* (estreptococos do grupo B).^{1,4}

O antibiótico de primeira escolha é a penicilina cristalina, a dose de ataque consiste em 5.000.000 UI, intravenoso, seguidas de 2.500.000 UI, intravenoso, 04/04 horas até o clampeamento do cordão umbilical ou a utilização da segunda opção: ampicilina na dose de ataque de 02 g, intravenoso, dose única, seguido de 01 g, intravenoso, 04/04 horas até o clampeamento do cordão umbilical.^{4,7,8}

CONDUTA: IDADE GESTACIONAL ENTRE 34 SEMANAS COMPLETAS E 37 SEMANAS INCOMPLETAS

Está contraindicada a inibição do trabalho de parto e neuroproteção fetal. O corticoide pode ser realizado no mesmo esquema anteriormente descrito, porém avaliando-se o risco benefício de complicações, como a hipoglicemia neonatal associado ao uso dos corticoides nestas idades gestacionais. Mantem-se a necessidade de antibioticoprofilaxia para sepse neonatal no mesmo esquema estabelecido anteriormente.^{2,6}

FALHA NA INIBIÇÃO DO TRABALHO DE PARTO PREMATURO

A via de parto mais segura deve ser avaliada pelo obstetra através da avaliação do peso fetal estimado, apresentação fetal e condições materno-fetais e experiência do obstetra que irá assistir o parto. Se optado pela via vaginal, alguns cuidados como a amniotomia tardia, desprendimento cefálico e biacromial lentos, avaliar necessidade de episiotomia para evitar traumas no polo cefálico (episiotomia seletiva). A cesariana pode ser benéfica em casos onde o peso fetal é maior que 750 gramas associados a apresentações desfavoráveis. A extração fetal deverá ser lenta e delicada e se possível empelidado. O momento do clampeamento de cordão, em ambos casos, irá depender da idade gestacional e condições clínicas do recém-nascido.⁷

SUCESSO NA INIBIÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

A alta hospitalar pode ser dada após cessação das contrações uterinas por no mínimo 24 horas após suspensão da tocólise e com prescrição de progesterona 200 mg, via vaginal, 1 vez ao dia, até completar 36 semanas de idade gestacional. A prescrição de antibióticos na alta só está indicada nos casos nos quais há infecções identificadas e a antibioticoterapia deve ser direcionada contra o provável agente e sítio de infecção.^{1,2}

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os dados epidemiológicos, a forma de contaminação inicial estava associada a casos externos, ou seja, por meio de indivíduos que viajaram e aqueles que tiveram proximidade com eles. Nota-se que há um modelo típico de disseminação do vírus na região até o momento, em que os casos se concentram em polos regionais, na capital Palmas, Araguaína (TO), Imperatriz (MA) e Marabá (PA)8.

Nesse sentido, a cidade de Taboão-TO, com uma população de mais de dois mil e quinhentos habitantes, situada no entorno da rodovia Belém-Brasília (BR-153), representa um polo de concentração muito importante, tendo em vista que possui um posto de combustível que é um ponto de referência para abastecimento de veículos, alimentação e estadia. Muitas vezes, esses passageiros são oriundos dos estados do Pará e Maranhão, representando o topo geral de incidência de casos na região, considerando-se que a incidência, até o momento, é de 154,5 se tivesse cem mil pessoas, apresentando média superior à estadual (75) e até mesmo nacional (103)8.

Em virtude disso, as informações demonstram que a rodovia e o movimento de pessoas nesse espaço contribuem de forma significativa para haver a disseminação do novo coronavírus na fração norte dos Vales dos Rios Araguaia e Tocantins, os quais

fazem divisa com os estados do Pará, Maranhão e Tocantins. Nota-se que há um padrão de disseminação do vírus dos polos regionais para os sub-regionais, seguindo destes para as cidades de pequeno porte, em grau de localização, não obrigatoriamente relativa ao tempo. Ademais, destaca-se a via com notificação por 100 mil habitantes, constituída pela BR 155, PA 287, Vicinal PA Bannach e a TO 336, que conecta a cidade de Marabá-PA à rodovia BR 1538.

Dessa forma, a difusão do novo coronavírus no Tocantins se relaciona ao fluxo mais intenso no território regional, concentrando-se principalmente na fração norte do estado, correspondente à cidade de Araguaína e seu grande espaço de conexões urbano-regionais, assim como na região central ocupada pela capital Palmas⁷ e, em uma proporção menor, na região sul sob o domínio da cidade de Gurupi, que também está localizada às margens da BR-153 e possui grande infraestrutura de posto de combustíveis em seu perímetro urbano que tornam-se inevitavelmente locais de grande aglomeração⁹.

Conforme os dados obtidos pela Secretaria da Saúde do Estado do Tocantins (SES-TO), até o dia 28 de dezembro de 2020, a incidência por região de saúde, considerando 100 mil habitantes, é maior no Médio Norte do Araguaia (7.703,85) e menor no Sudeste (1.783,01). Sobre o número de casos confirmados relacionados à cidade, a capital Palmas lidera com 23,74% dos casos, seguida de Araguaína (19,84%) e Colinas do Tocantins (5,53%). Já com relação à porcentagem de óbitos, a cidade de Araguaína apresenta uma porcentagem maior (19,49%), seguida de Palmas (17,46%) e Gurupi (4,89%). O número de casos confirmados segundo o gênero é maior no sexo feminino (53,87%) do que no sexo masculino (46,13%). Já com relação à quantidade de óbitos segundo o gênero, predomina-se no sexo masculino (63,78%). Quanto ao número de casos associados à faixa etária, há prevalência entre os 30 a 39 anos de idade¹⁰.

Sendo assim, nota-se que a região norte do estado e as áreas adjacentes às rodovias encontram-se em condições epidemiológicas complexas, tanto pelas possíveis causas relacionadas à difusão do novo coronavírus, quanto pela precariedade do sistema de saúde, demandando um cuidado singular por parte dos poderes político e sanitário⁷.

É relevante destacar-se ainda sobre a possibilidade de haver uma subnotificação de casos em virtude da presença de pacientes assintomáticos, assim como a insuficiência da distribuição de testes para todos¹¹. Ademais, a ampla extensão territorial do Tocantins e a diversidade de classes econômicas da população em geral podem dificultar o processo de detecção da doença¹².

Além disso, sabe-se que o estado do Tocantins apresenta níveis socioeconômicos muito diversos, havendo em alguns casos a falta de acesso à escola ou à internet. Há também populações ribeirinhas que vivem isoladas e compreende-se que a dificuldade de conseguir informações tenha contribuído para o aumento do número de casos¹².

Além da dificuldade de informações, a saúde em locais rurais abriga populações em condição de vulnerabilidade, em extrema pobreza, onde muitas políticas públicas não chegam, pois há dificuldade de fixação de profissionais de saúde, principalmente médicos, nesses territórios¹³.

Outro problema é o afastamento dos profissionais por motivo de contaminação pela COVID-19 e a necessidade de escopo ampliado de práticas, que aumentam o risco de síndrome de esgotamento profissional, contribuem para uma escassez de profissionais, agravando ainda mais a situação de saúde das áreas rurais¹³.

Ademais, a escassez de recursos humanos e de centros de tratamento intensivo em áreas rurais e remotas dificulta o acesso aos cuidados necessários para o tratamento da COVID-19. Associado a isso, o perfil sanitário-epidemiológico desfavorável aumenta o risco de morte por COVID-19 nessas localidades¹³.

Além disso, existe a crença de que COVID-19 é “doença de cidade grande” o que cria obstáculos a mudanças de comportamento. Nessas localidades, é comum o sinal de telefone/internet funcionar em apenas um ponto da comunidade, compartilhado por todos moradores, por exemplo, dificultando o distanciamento social recomendado no contexto da COVID-19 e facilitando a disseminação da doença¹³.

Tendo em vista que a disseminação da doença se dá principalmente através do contato direto de pessoas, o objetivo inicial das políticas públicas, foi evitar sobrecarga do sistema de saúde, de forma a evitar mortes. Para isso, a abordagem dos governos de estados e municípios brasileiros se concentrou em uma das mais simples medidas para evitar o espalhamento de um vírus: o isolamento social. E no Tocantins não foi diferente¹⁴.

Entretanto, o impedimento de trânsito das pessoas diminuiu drasticamente a atividade econômica, gerando efeitos menos perenes como nos casos das áreas de Segurança e de Alimentação, e efeitos mais alongados como na Cultura e no Esporte que têm em sua natureza as aglomerações de pessoas, não se sabendo ainda quando haverá segurança para reiniciar. A Educação apesar de continuar funcionando, teve que se adaptar à forma digital. Há aspectos positivos, mas para a maioria dos casos não há substituto, em educação, para as atividades presenciais¹⁴.

Ressalta-se que tudo isso contribuirá com fortes efeitos sobre os sistemas Financeiros e de Comércio, uma vez que esse impacto econômico irá gerar múltiplos efeitos secundários¹⁴.

CONCLUSÕES

O TPP persiste como um importante problema de saúde, especialmente quando se considera as potenciais repercussões clínicas para o recém-nascido prematuro.

Diante do impacto positivo que o diagnóstico e o correto manejo do TPP podem gerar, é prudente que se defina o diagnóstico e se estabeleça medidas sabidamente benéficas conforme a idade gestacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rundell, K; Panchal, B. The Ohio State University Wexner Medical Center, Columbus, Ohio. American Family Physician. Março, 2017.
2. FEBRASGO. Manual de Perinatologia. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2013.

3. WHO. Save the Children Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. World Health Organization. Geneva, 2012.
4. FEBRASGO. Tratado de Obstetrícia Febrasgo. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Rio de Janeiro; 1 ed; 2019.
5. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília; Ministério da Saúde; 5 ed; 2012.
6. Gyamfi-Bannerman, C. et al. Antenatal Betamethasone for Whoman at Risks for Late Preterm Delivery. The New England Journal of Medicine. 374 ed. 2016.
7. Zugaib, M. et al. Protocolos Assistenciais, Clínica Obstétrica, FMUSP. 5 ed; São Paulo, 2015.
8. Organização Pan-Americana da Saúde. Centro Latino-Americano de Perinatologia, Saúde da Mulher e Reprodutiva. Prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde em neonatologia. OMS, 2016.