

REVISÃO DE LITERATURA

TRABALHO DE PARTO PREMATURO: REVISÃO DE LITERATURA DOS FATORES DE RISCO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO
PRETERM LABOR: LITERATURE REVIEW OF RISK FACTORS, DIAGNOSIS AND TREATMENTNayara Pettine Dias Soares¹, Caroline Filardi Silveira².**RESUMO**

O trabalho de parto prematuro é a principal causa de morbi-mortalidade perinatal. O trabalho de parto pré-termo é aquele que ocorre em idades gestacionais abaixo de 37 semanas, desencadeado na maioria das vezes por múltiplos fatores evitáveis como processos infecciosos, baixo nível socioeconômico e educacional, assistência pré-natal deficiente e hábitos de vida. O diagnóstico clínico é dado por contrações uterinas regulares, associado a modificações do colo uterino e seu tratamento deve ser prontamente instituído, na ausência de contra indicações, utilizando-se de hidratação venosa, tocolise, corticóide e antibioticoprofilaxia. Entretanto, é primordial conhecer os principais fatores de risco para realizar o diagnóstico correto e precoce, a fim de se estabelecer medias terapêuticas efetivas, evitando um desfecho desfavorável.

Palavras-chave: Trabalho de Parto Prematuro; Fatores de Risco, Diagnóstico, Tratamento.

ABSTRACT

Preterm labor is the leading cause of perinatal morbidity and mortality. Preterm labor is one that occurs at gestational ages below 37 weeks, triggered most often by multiple avoidable factors such as infectious processes, low socioeconomic and educational status, poor prenatal care and life habits. Clinical diagnosis is given by regular uterine contractions associated with changes in the cervix and the treatment should be promptly instituted, in the absence of contraindications, using venous hydration, tocolysis, steroids and antibiotic prophylaxis. Meanwhile, it is primordial knowing the main risk factors to perform the correct and early diagnosis, in order to establish effective therapeutic measures, avoiding an unfavorable outcome.

Keywords: Preterm labor, Risk factors; Diagnosis, Treatment.

 **ACESSO LIVRE**

Citação: Soares NPD, Silveira CF (2018) Trabalho de parto prematuro: revisão de literatura dos fatores de risco, diagnóstico e tratamento. Revista de Patologia do Tocantins, 5(2):.

Instituição: ¹Médica do programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia pela Universidade Federal do Tocantins; ²Médica Especialista em Ginecologia e Obstetrícia e Endoscopia pela Universidade Federal de Goiás.

Autor correspondente: Nayara Pettine Dias Soares; nayarapettine@hotmail.com

Editor: Guedes V. R. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

Publicado: 08 de setembro de 2018.

Direitos Autorais: © 2018 Soares 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.

INTRODUÇÃO

O Trabalho de Parto Prematuro (TPP) é a causa de aproximadamente 75% nos nascimentos antes das 37 semanas completas de gestação excluindo-se os abortamentos (idade gestacional menor que 22 semanas) e conseqüentemente é a principal causa de morbidade e mortalidade perinatal, reduzindo assim um importante indicador de saúde no Brasil. Embora seu diagnóstico na prática clínica apresente inúmeras dificuldades devido às atividades contrateis uterinas durante todo período gestacional, o diagnóstico de TPP e seu tratamento não podem ser tardios devido suas possíveis conseqüências irreparáveis ao recém-nato.^{1,2}

DESENVOLVIMENTO

O TPP é definido clinicamente por contrações uterinas regulares capazes de promover modificação do colo uterino, ou seja, devem estar presentes no mínimo de 1 a 2 contrações dolorosas em 10 minutos, persistindo por mais de uma hora que vão promovendo o pagamento de pelo menos 80% do colo uterino ou dilatação maior ou igual a 2 cm em gestações que estejam entre 20 semanas completas e 37 semanas incompletas.³

Fatores de Risco:

A história prévia de TPP é o fator de risco mais importante e bem estabelecido na literatura para um novo evento. Dentre os quadros infecciosos se destacam a corioamnionite, pielonefrite e bacteriúria assintomática. O baixo nível sócioeconômico e cultural estão associados ao tabaco, baixo peso materno, os próprios processos infeccioso por higiene deficiente, baixa idade materna., violência doméstica, anemia, dentre outros.^{4,5}

Diagnóstico:

Na prática clínica há uma grande dificuldade de se estabelecer o diagnóstico corretamente devido a atividade contrátil uterina constante durante todo período gestacional, portanto a associação de critérios clínicos e complementares devem se utilizados para maior precisão diagnóstica.^{3,6}

- Clínico:
 - Contrações dolorosas (1-2/10 minutos);
 - Modificação do colo uterino (apagamento ≥ 80% ou dilatação ≥ 2cm)
 - Idade gestacional ≥ 20 semanas e < 37.
- Exames complementares:
 - Fibronectina (glicoproteína fetal com alto valor preditivo negativo);
 - Comprimento do colo uterino (se medida > 30mm no USG tem alto valor preditivo negativo.

Portanto, na dúvida de TPP exames complementares podem ser utilizados com a finalidade de identificar o verdadeiro TPP evitando assim intervenções desnecessárias.⁶

Tratamento :

A paciente em TPP deve ser tratada em regime de internação hospitalar com a finalidade de acompanhar a evolução do trabalho de parto e iniciar o uso dos tocolíticos. Sempre confirmar a idade gestacional na admissão da paciente, avaliar a vitalidade fetal e afastar corioamnionite e outras contra indicações da tocolise, pois se a qualquer momento a vitalidade fetal for colocada em risco à gestação deve ser interrompida pela via de parto mais rápido.⁷

A realização de hidratação venosa volumosa não é uma recomendação consensual, porém, em casos pouco avançados uma infusão de 1.000 ml (500ml de soro fisiológico à 0,9% + 500ml de soro glicosado a 5%) se mostrou benéfica em reduzir as taxas de TPP.⁷

A Nifedipina, que é um inibidor dos canais de cálcio, é um dos uterolítico mais utilizado no Brasil, devido sua efetividade na inibição do TPP e segurança quanto aos efeitos colaterais maternos e fetais. Não há posologia ideal e consensual na atualidade, mas o esquema mais utilizado recomenda uma dose de ataque de 30 mg via oral dose única, seguida de doses de manutenção de 20 mg via horas a cada 4 ou 6 horas.^{7,8}

O uso de corticoides é recomendado apenas para as idades gestacionais ≥ 26 e <34 semanas. A betametasona é a droga de escolha, aplicando 12 mg intramuscular a cada 24 horas no total de 2 doses.^{1,7}

A antibioticoprofilaxia ampla não é recomendada. Deve-se apenas instituir a profilaxia para infecção neonatal pelo estreptococo do grupo B utilizando o esquema de penicilina G cristalina 5.000.000 UI endovenoso dose de ataque, seguido de 2.500.000 UI endovenoso de 4/4 até o nascimento ou Amipicilina 2 gramas endovenoso dose de ataque seguido de 1 grama endovenoso de 4/4 horas até o nascimento.^{1,7}

Estas medidas em conjunto devem ser utilizadas na intenção de reduzir os efeitos danosos para do concepto se o trabalho de parto evoluir, e não com a finalidade de prolongar a gestação, , pois muitas vezes, devido os excessos de intervenções os resultados perinatais podem ser desfavoráveis a saúde do recém-nascido, bem como colocar em risco a saúde da mãe.⁹

COMENTÁRIOS FINAIS

Embora de difícil reconhecimento, TPP dever estar entre os principais diagnósticos diferenciais referentes à dor abdominal gestacional, devido à alta morbimortalidade do recém-nato abaixo das 37 semanas de gestação. A história prévia de TPP e os processos infecciosos se destacam como fatores de risco. O diagnóstico clínico, quando duvidoso, deve ser associado a exames complementares, a fim de reduzir o número de intervenções desnecessárias. O tratamento deve ser baseado na eficácia e segurança do tocolítico e não deve ser utilizado com a finalidade de prolongar a gestação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde. *Gestação de alto risco: manual técnico*. 5ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
2. Zugaib, M. *Obstetrícia*. 3ª ed. Barueri - SP: Manole, 2016.
3. Bittar, RE; Carvalho, MHB; Zugaib, M. *Condutas para o trabalho de parto prematuro*. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, Setembro 2005.
4. Bittar, RE; Zugaib, M. *Indicadores de risco para o parto prematuro*. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, Abril 2009.
5. Ahumada-Barrios, ME; Alvarado, GF. *Fatores de Risco para parto prematuro em um hospital*. Revista Latino-Americana. Enf, Ribeirão Preto-SP 2016.
6. Dória MT, Spautz CC. *Trabalho de Parto Prematuro: predição e prevenção*. Revista FEMINA. Setembro de 2011.
7. Bittar RE, Zugaib M. *Tratamento do Trabalho de Parto Prematuro*. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2009.
8. Dias, TZ; et al. *Tocolysis among Women with Preterm Birth: Associated Factors and Outcomes from a Multicenter Study in Brazil*. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, Abril 2018.
9. Patriota, AF; Guerra, GVQL; et al. *Ruptura prematura das membranas antes da 35ª semana: resultados perinatais*. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, Julho 2014.