

PARTO PRÉ-TERMO

by Ana Faria Pereira



B

CONCEITO

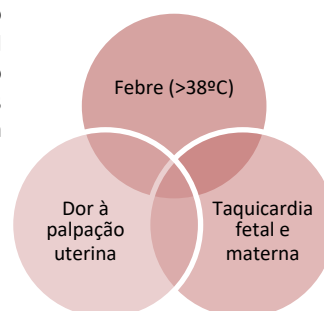
Parto pré-termo (PPT) é o parto que ocorre depois do limite de viabilidade (depende essencialmente dos cuidados de saúde) e **antes das 37 semanas**. Para afirmarmos PPT tem que haver 2 coisas:

- Contracções uterinas regulares e dolorosas
- Apagamento ou dilatação do colo

Nos **PPTs espontâneos** há uma associação com rotura prematura de membranas pré-termo (RPM-PT), mas também pode ocorrer com membranas intactas; os **PPTs eletivos** ou **iatrogénicos** são aqueles em que há uma intervenção deliberada em contexto de complicações obstétricas (eclâmpsia, p.ex).

Não está totalmente esclarecido porque é que acontecem os PPT, mas há algumas etiologias/fatores de risco conhecidos:

- RPM-PT (responsável por 1/3 dos PPT)
- Corioamnionite (20-30% dos PPT; 1/5 tem culturas do líquido amniótico positivas) – clínica de febre (>38°C) + dor à palpação uterina + taquicardia fetal e materna. Líquido amniótico fétido (sinal mais tardio) e leucocitose (não específico – relembrar que na gravidez valores de leucócitos 10000-12000/mm³ podem ser normais, não significam infeção); é contraindicação quer para tocólise, quer para corticoterapia → indicação para antibioterapia e PARTO.
- Infeção extra-uterina (ITU, vaginose bacteriana)
- Anomalias da placenta (DPPNI, insuficiência placentar, etc)
- Anomalias uterinas (útero septado, fibromiomas)
- Incompetência cervico-istmica / insuficiência cervical
- Hiperdistensão uterina (hidrâmnios, gestação múltipla)
- Doença periodontal
- Fatores comportamentais/modificáveis (tabaco, IMC prévio baixo)



Principal fator de risco para PPT é história prévia de PPT.

SINTOMAS E SINAIS DE APPT

- Pressão pélvica
- Lombalgias
- Pressão abdominal
- Dor abdominal tipo menstrual
- Alteração/aumento do fluxo vaginal, que pode ter sangue
- Contracções uterinas (que efetivamente resultam em alterações do colo)

É importante aconselhar a grávida a procurar ajuda médica na presença destas queixas

DIAGNÓSTICO

É baseado em critérios clínicos:

Contractilidade regular + modificação do colo

CTG – para avaliação da contractilidade uterina

Toque vaginal ou exame com espéculo – para avaliação da dilatação e apagamento do colo

Evitar fazer toques vaginais se Rotura Prematura de Membranas, sob risco de infeção

Ecografia – para avaliação do comprimento do colo, quantidade de líquido amniótico, apresentação fetal, placenta e malformações fetais

Avaliação laboratorial:

- Colheita de exsudado vaginal/retal SGB
- Urocultura
- Pesquisa de Clamidia e Neisseria

Amniocentese: praticamente já não se usa



[MD]

[T]

[GD]


PARTO PRÉ-TERMO

by Ana Faria Pereira



B

PREVENÇÃO

PROGESTERONA VAGINAL Pessário Repouso no leito e abstinência sexual CERCLAGE OU CICLORRAFIA  <small>Figura 1: Técnica de ciclorrafia</small>	Limita a produção de prostaglandinas e, portanto, inibe a contractilidade <u>Se colo <25mm (Eco 2ºT) → Progesterona vaginal</u> diária é o que + se usa (desde o momento do diagnóstico; não tem que ser na eco do 2ºT obrigatoriamente)	[P]
	A maioria dos estudos não mostra grande benefício	
	Mundialmente recomendado, mas sem evidência científica	
	Técnica cirúrgica que consiste em dar pontos com um fio não reabsorvível no colo do útero Indicações: <ul style="list-style-type: none">Indicada apenas na insuficiência cervical. Diagnóstico de insuficiência cervical: <ul style="list-style-type: none">≥ 2 abortos tardios do 2ºT com dilatação indolor do coloDilatação indolor do colo uterino em gravidez atualCerclage cervical em gravidez anterior≥ 1 PPT anteriores com colo <25mm antes das 24 semanas Contraindicações: contractilidade uterina regular; corioamnionite; malformações fetais graves; gestação ≥27 semanas ou rotura de bolsa amniótica Às 37 semanas (ou se entrar em TP antes) cortam-se os fios	

ABORDAGEM

Objetivo: Durante as 48 horas necessárias para a corticoterapia (maturação pulmonar) vamos fazer de tudo para evitar este parto

CORTICOTERAPIA	Para maturação pulmonar fetal e para prevenção da hemorragia intraventricular do Recém-nascido (RN) , do SDR e da Enterocolite Necrotizante Efeito benéfico máximo atingido em gestações com 24-34 semanas, com membranas intactas, mas estudos recentes mostram que também há vantagem ser for dado até às 36+6 semanas Conclusão: no PPT é para dar sempre Betametasona (2 administrações) ou Dexametasona (4 administrações) Contraindicações: <u>corioamnionite</u> ou (por precaução) <u>imunossupressão materna</u>	[T] [GD]
TOCÓLISE	Terapêutica inibidora da contractilidade uterina Não são indicados na profilaxia do PPT – é para atrasar o parto +/- 2 dias β-adrenérgicos Salbutamol, Terbutalina BCCs Nifedipina Antagonistas da ocitocina Atosiban AINEs Indometacina Sulfato de Mg²⁺ (Pouco eficaz como tocolítico) <i>Não há fármaco de 1ª linha!</i> Sulfato de Mg²⁺ em perfusão Contraindicações: <ul style="list-style-type: none">Morte fetalAnomalia fetal letalEstado fetal não tranquilizadorDoença materna grave (pré-eclâmpsia grave ou outras complicações obstétricas graves)Hemorragia vaginal abundante com instabilidade hemodinâmicaInfeção intra-amniótica (corioamnionite, por exemplo)DPPNITP avançado (>4cm de dilatação)Maturidade pulmonar fetal asseguradaRPM-PT	
NEUROPROTEÇÃO FETAL	Associado a ↓ da paralisia cerebral nos RNs pré-termo É para dar em todos os PPT com <32 semanas de gestação	
ANTIBIOTERAPIA	Sem rotura de membranas: só damos ATB para infeções documentadas ou para profilaxia do SGB Com rotura de membranas: Geralmente opta-se por: Ampicilina + Claritromicina (48h) + Amoxicilina (5 dias) OU Ampicilina + Gentamicina (48h) + Azitromicina (toma única) + Amoxicilina (5 dias)	



PARTO PRÉ-TERMO

by Ana Faria Pereira



B

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANA (RPM) (Extra-matriz)

- A **RPM** é a rotura de membranas que ocorre antes do trabalho de parto (TP) para **IG ≥ 37 semanas**
- A RPM pré-termo (**RPM-PT**) é a rotura de membranas que ocorre antes do TP para **IG < 37 semanas**

[MD]



Os conceitos de RPM e RPM-PT são muitas vezes confundidos: Prematuro ≠ pré-termo (RPM é prematura em relação ao trabalho de parto, mas não à IG).

A RPM-PT é responsável por 1/3 dos PPT, mas não se sabe bem qual a sua etiologia (fatores mecânicos, estruturais, infecciosos, etc); na RPM-PT, o tempo que decorre entre a rotura e o início do TP é inversamente proporcional à IG (isto é, quanto mais baixa a IG, mais tempo demorará da RPM ao TP).

Qual é o problema da RPM? Complicações:

- Maternas (DPPNI (há diminuição do LA, menos área de implantação para a placenta e ela descola), corioamnionite)
- Fetais (sépsis, doença da membrana hialina, hipoplasia pulmonar (oligoâmnios dificulta desenvolvimento pulmonar), hipóxia, deformações)
- Risco de prolapso do cordão

Fatores de risco conhecidos são:

- RPM-PT prévia
- Infecção cervico-vaginal
- Hemorragia vaginal prévia
- Tabaco
- Etc

MAS a maioria não tem fatores de risco

DIAGNÓSTICO

Ao **exame físico** devemos pedir para a grávida tossir ou mobilizar a apresentação fetal e ver se sai líquido pelo orifício cervical externo; **EVITAR TOQUE VAGINAL**

Podemos pegar nesse líquido e fazer testes que confirmam se é Líquido Amniótico ou não, tais como, por exemplo, o *Amnisure* (α1-microglobulina placentária), teste da nitrazina (ou teste do bromotimol) ou ainda Fern test.

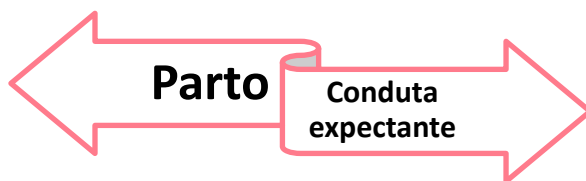
[GD]



Amnisure – to make sure it's amnios

Ecografia: oligoâmnios é sugestivo do diagnóstico

ABORDAGEM



[T]

Parto independentemente da IG se:

- Corioamnionite
- DPPNI
- Suspeita de hipoxia fetal

Só ponderamos se <34semanas; se **≥34s** vamos para o **parto!**

Se **IG 24-34 s** devemos fazer:

- Maturação pulmonar fetal com Corticoterapia
- Antibioterapia profilática de amplo espectro
- Neuroproteção com Sulfato Mg²⁺ (se <32s)
- Tocólise enquanto decorre a maturação pulmonar - **discutível**

IG <24 s → não investimos (não fazemos nada disto)



≥34semanas = PARTO



PARTO PRÉ-TERMO

by Ana Faria Pereira



REFERÊNCIAS

Casanova, R., Chuang, A., Goepfert, A., Hueppchen, N., Weiss, P., Beckmann, C., Ling, F., Herbert, W., Laube, D. & Smith, R (2019), *Obstetrics and Gynecology, Eighth Edition*, Wolters Kluwer



LEGENDA DE SÍMBOLOS



Ideia-chave ou nota importante a reter.



Mnemónica ou nota que ajuda a memorizar o conteúdo.

