



SÍNDROME DO PARTO PRÉ-TERMO: RELEVÂNCIA CLÍNICA E ETIOLÓGICA

Professora Doutora Marília da Glória Martins

Conceito

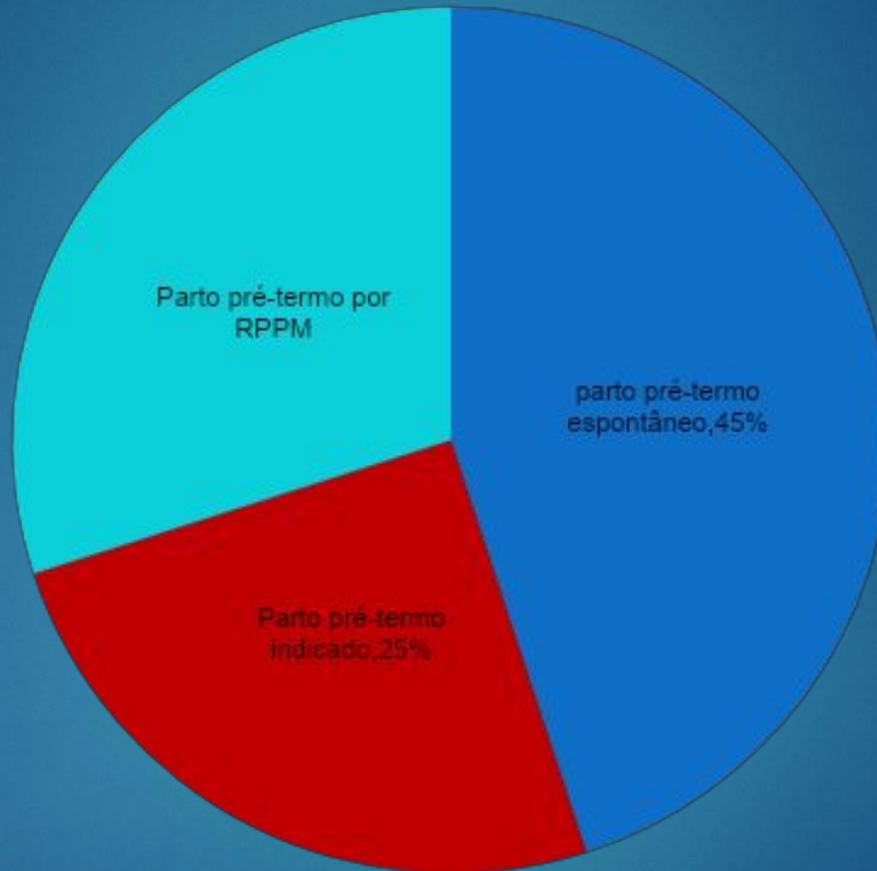
Pré-termo é toda criança que nasce antes da 37^a semana ou menos que 259 dias, contados a partir do primeiro dia do último período menstrual normal (OMS, 1972).

Epidemiologia

Pode ser dividido em três grupos:

- Pré-termo espontâneo com membranas íntegras *ou idiopático* (45%)
- Pré-termo por RPPM (25%)
- Pré-termo indicado por razões maternas e/ou fetais (30%).

Expressão gráfica da epidemiologia do parto pré-termo



Classificação dos conceptos pré-termo quanto à idade gestacional.

Goldenberg et al, 2008

- Prematuridade extrema: < 28 semanas de gestação.
- Prematuridade grave: 28 - 30 semanas de gestação.
- Prematuridade moderada: 31 - 33 semanas de gestação.
- Prematuridade quase termo: 34 - 36 semanas de gestação.

Categorias para baixo peso ao nascer são:

Baixo peso < 2.500g

Muito baixo peso < 1.500g

Extremo baixo peso < 1.000g

- 2/3 dos infantes de baixo peso são prematuros.
- Os infantes de baixo peso denominados pequenos para a idade gestacional (PIG), nascem com peso abaixo do 10º percentil.
- Os prematuros tb podem ser PIG, tem prognóstico agravado, principalmente se sofreram intra útero por RCIU.



O parto pré-termo é responsável por

75% da mortalidade perinatal e mais da metade da morbidade.

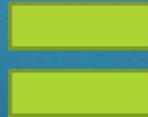
Prevalência de prematuridade

Na Europa.....5 a 8%

EE.UU.....13,06%

Nos últimos decênios pode-se observar um aumento dos percentuais de prematuros em 30%.

Gestação gemelar



Técnicas de reprodução assistida?

Recorrência de prematuridade

- ❖ um parto pré-termo (<35 semanas) risco é de 16%.
- ❖ dois partos pré-termo o risco é de 41%.
- ❖ três partos pré-termo o risco é de 67%.

1. O nascimento pré-termo antes da 34^a semana é a principal causa de morbidade e mortalidade neonatal.
2. Responsável por 75% a 95% dos óbitos neonatais não associados a malformações congênitas.
3. Dos sobreviventes, até 15% apresentam sequelas significativas:
 - a. Alterações do desenvolvimento psicomotor.
 - b. Doenças respiratórias crônicas.
 - c. Predisposição para doenças infecciosas.
 - d. Paralisia cerebral.
 - e. Retinopatia.
 - f. Perda auditiva.
 - g. Distúrbios oftalmológicos.

Complicações neonatais precoces:

- a. Síndrome do desconforto respiratório (SDR).
- b. Hemorragia intraventricular.
- c. Infecção.
- d. Enterocolite necrosante.

Etiologia

MULTIFATORIAL

- ✓ Variáveis sociobiológicas.
- ✓ História obstétrica.
- ✓ Complicações da gravidez em curso.

- Parto pré-termo anterior.
- Polidrâmnio.
- Grande múltipara.
- Anomalia uterina.
- Dilatação cervical > 1 cm antes da 32 sem.
- Abortamento de 2º trimestre x 2.

FATORES DE RISCO

Grandes causas



FATORES DE RISCO

Grandes causas



- Cirurgia abdominal durante a gravidez.
- Conização prévia da cérvix.
- Encurtamento cervical antes da 32^a sem < 1cm.
- Irritabilidade uterina.
- Abuso de cocaína.

FATORES DE RISCO

Pequenas causas



- Doença febril.
- Hemorragia após 12 semanas.
- História de pielonefrite.
- Tabagismo + 10 cigarros /dia.
- Abortamento do 2º trimestre x1.
- > que 2 abortos de 1º trimestre.

FATORES PREDITIVOS

- Estatus socioeconômico precário.
- Pré-natal inadequado ou ausente.
- Paciente com idade ≤ 19 e ≥ 35 anos.
- Diabetes melitus.
- Doença da tireóide.
- RPPM.
- Infecção do trato geniturinário.
- Gemelidade.

Outros fatores predisponentes

Parto pré-termo

idade gestacional

heterogeneidade nos
pré-termos

estado civil e altura
materna

idade materna e
paridade

etnicidade

história reprodutiva

FATORES PREDISPOANTES



Situação socioeconômica e cultural precária



Assistência pré-natal inadequada ou ausente

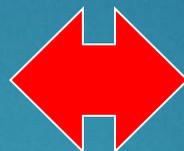
Maior prevalência de infecções geniturinárias

Socioeconômicos

- Pouca frequência ao pré-natal
- Baixo nível socioeconômico
- Extremos da idade
- Desnutrição

Hábitos de vida

- Trabalho braçal
- Tabagismo
- Ansiedade
- Drogas



prematividade

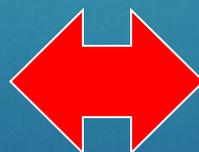


Antecedentes Médicos

- Pré-termo anterior
- Abortos
- Anomalias uterinas
- Doença renal

Complicações da gravidez atual

- RPPM
- Trabalho de parto pré-termo
- Hipertensão arterial
- Infecções
- Polidrâmnios/ Sang. Genital



Complicações da gravidez em curso

- Parto pré-termo eletivo.
- Parto pré-termo espontâneo.
- Gestação múltipla.
- Estado nutricional.
- Suporte social e estresse.
- Idade gestacional ignorada.
- Infecção.
- Trabalho extenuante.
- Gravidez resultante de tecnologia assistida.

Estratégias preventivas:

1. Identificação dos fatores de risco.
2. Utilização profilática de progesterona exógena.

DIAGNÓSTICO

IDADE GESTACIONAL

- 24 a 37 semanas incompletas.

CONTRAÇÕES UTERINAS

- Freqüência $> 1/10$ minutos.
- duração ≥ 15 segundos.
- padrão contrátil de 30 minutos

ESTADO DO COLO UTERINO

- apagado, centralizado e dilatado p/ ≥ 2 cm até 4cm.

TRATAMENTO

1- Internação.

2- Plano terapêutico.

- corticosteroide.
- uterolíticos.
- antibióticos de largo espectro.

TRATAMENTO

Repouso no leito

Goldemberg et al.(1994), em revisão da estratégia de repouso no leito para reduzir o parto pré-termo não observaram nenhum benefício.

Corticosteroides: Esquemas mais utilizados

Betametasona

- 12 mg IM a cada 24 h, duas doses (Liggins,1972)
- 6 mg IM a cada 12 h, quatro doses (Doran et al.1980)
- 4 mg IM a cada 8 h, seis doses (Gamsu et al.1989)

Dexametasona

- 4 mg IM a cada 8 h, seis doses (Taeusch et al.1979)
- 6 mg IM a cada 12 h, quatro doses (Morales et al. 1986)
- 5 mg IM a cada 12 h, quatro doses (CGAST, 1981)

Hidrocortisona

- 500 mg EV a cada 12 h, quatro doses (Morrinson et al. 1978)

Benefícios do uso de corticosteróides

- Redução de 40 % da ocorrência de SDR abaixo de 34 semanas.
- Redução de 10 a 80% do risco de Hemorragia Intraventricular e Enterocolite Necrosante.
- Redução de 40 a 60 % na Mortalidade Neonatal.
- Não existem evidências estatísticas de aumento de Infecções Perinatais.
- O risco de infecção materna não se altera.

Benefícios neonatais a curto e longo prazo do uso de corticosteróides antenatais

Curto prazo

- Redução da incidência de SDR (50%).
- Redução da incidência de mortalidade neonatal (40-60%).
- Redução na ocorrência de hemorragia intraventricular (10-80%).
- Redução do tempo de hospitalização.

Longo prazo

- Seguimento por 12 anos, ausência de efeitos adversos.

Efeitos adversos neonatais de curto e longo prazo do uso antenatal de corticosteróides

Curto prazo

- Potencial de infecção e supressão adrenal não comprovada em estudos clínicos.
- Necessidade de maiores pesquisas.

Longo prazo

- Seguimento de 12 anos, ausência de alterações motoras, na linguagem, na memória e desempenho escolar.

Potenciais efeitos adversos maternos com o tratamento corticosteróide antenatal

- Edema pulmonar quando associado com agentes tocolíticos, infecção, hiperhidratação e em gestação gemelar.
- Aumento do risco de infecção em casos de RPPM.
- Controle da glicemia em diabéticas, necessidade de ajuste de insulina.
- Rastreamento do diabetes pode ser prejudicado.
- Procrastinação da antecipação do parto.
- Risco de morte fetal em hipertensas (não confirmado).
- Ausência de efeitos adversos de longo prazo.

Recomendações para o uso antenatal de corticosteróides

- Tratamento inicial consiste em seis doses de 4mg mg de dexametasona, IM, em 24 horas.
- Benefício se inicia 24 horas após o início da terapia e se mantém por 7 dias.
- RPPM entre 24-34 semanas, na ausência de corioamnionite, recomenda-se sua utilização.
- Não deve ser utilizado frente ao parto iminente.

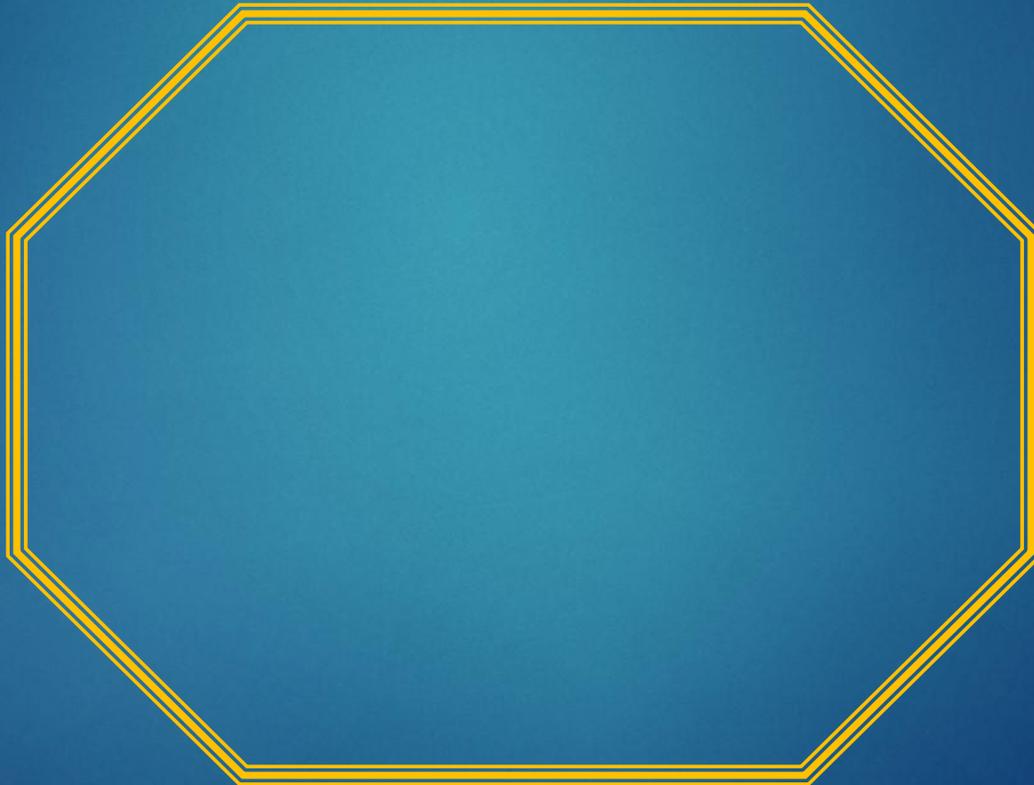
CLASSIFICAÇÃO DAS SUBSTÂNCIAS UTEROLÍTICAS

Determina a refratariedade da fibra miometrial	Progesterona
Inibidores da ocitocina	Álcool etílico (etanol)
Antagonistas da ocitocina	Atosiban
β - adrenérgicos (ativação da adenilciclase)	Ritodrina Fenoterol Salbutamol Terbutalina
Alteram o potencial eletromagnético da fibra miometrial	Inibidores do cálcio - nifedipina e MgSO ₄

CLASSIFICAÇÃO DAS SUBSTÂNCIAS UTEROLÍTICAS

Inibidores das prostaglandinas (inibição da cicloxigenase)	Indometacina Aspirina Naproxeno Fenopropeno Ibuprofeno
Precusores do óxido nítrico	Trinitrato de glicerina
Outros	Diazóxido Halotano

Antibióticos de largo espectro



CONDIÇÕES QUE LIMITAM O ÊXITO

- ♥ incompetência istmocervical.
 - ♥ ruptura prematura pré-termo das membranas.
 - ♥ trabalho de parto avançado.
 - ♥ infecções materna e ou fetais.
 - ♥ corioamnionite subclínica.

CONTRA-INDICAÇÕES PARA DETER O TPP

- sangramento vaginal.
- pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia.
- óbito fetal ou malformação incompatível com a vida.
- infecção intra-uterina.
- doença cardíaca materna.