TRABALHO DE PARTO PRÉ-TERMO

Via de parto: qual a melhor?

Profª. Drª. Marília da Glória Martins

Nascimento pré-termo

Todos que nascem antes de completada a 37ª semana ou menos que 259 dias, desde o primeiro dia do último período menstrual normal (OMS, 1977).

Fatores que podem influenciar na opção pela via de parto

- Idade gestacional
- Peso fetal estimado
- Passado obstétrico
- Restrição do crescimento fetal
- Hemorragias da segunda metade da gravidez
- Sinais de comprometimento da higidez conceptual intraparto
- Duração do trabalho de parto
- Presença de infecção intra-amniótica
- Apresentação do feto
- Intercorrências clínicas (hipertensão arterial e o diabete mellitus

Souza et al, 2007

Importante frisar regras básicas assistenciais importantíssimas tanto na assistência por via vaginal como na execução do parto cesáreo:

- Cuidados na condução do trabalho de parto.
- Cuidados especiais no manejo do parto por via baixa.
- Primorosa técnica operatória nos partos instrumentais.

Podem auxiliar na melhoria dos resultados para os recém-nascidos.

CONDUÇÃO DO PARTO PRÉ-TERMO

1. Episiotomia

⇒ Usualmente aconselhada para ajudar a reduzir a resistência do desfiladeiro pélvico e encurtar o segundo período do parto.

⇒ Estudos recentes desabonam o emprego rotineiro dessa medida.

Evidências mostram benefícios mínimos para a episiotomia de rotina para o parto pré-termo.

CONDUÇÃO DO PARTO PRÉ-TERMO

2. Fórcipe baixo

⇒ Foi muito estimulado com a idéia de proteger a cabeça do concepto prematuro.

⇒ Estudos recentes desabonam tal conduta.

CONDUÇÃO DO PARTO PRÉ-TERMO

3. Extração a vácuo

⇒ Está contra-indicada por apresentar riscos adicionais para hemorragia intracraniana.

CONDUÇÃO DO PARTO PRÉ-TERMO

4. Amniotomia

⇒ Deve ser postergada o máximo possível, sendo o parto conduzido preferentemente com membranas intactas.

CONDUÇÃO DO PARTO PRÉ-TERMO

5. Cardiotocografia

⇒ A interpretação da cardiotocografia é mais difícil em fetos prematuros, principalmente se uso de tocolíticos que influenciam os batimentos cardíacos fetais.

CONDUÇÃO DO PARTO PRÉ-TERMO

6. Analgesia

⇒ A analgesia de condução pode ser praticada no trabalho de parto pré-termo sem qualquer inconvenientes.

CONDUÇÃO DO PARTO PRÉ-TERMO

6. Clampeamento do cordão

⇒ Após o desprendimento do feto, o clampeamento imediato do cordão não adiciona qualquer benefício; é recomendado que seja realizado após 45 - 60 segundos, mantendo-se o recém-nascido em nível inferior à placenta para que ocorra passagem de sangue desta ao infante prematuro.

CONDUÇÃO DO PARTO PRÉ-TERMO

O percurso do parto pré-termo permanece um tema muito discutido para as crianças muito pequenas, particularmente se o feto estiver em apresentação pélvica.

CONDUÇÃO DO PARTO PRÉ-TERMO

Sem evidências convincentes para apoiar o conceito de que o parto vaginal não deva ser a melhor maneira de parir quando:

- A apresentação é cefálica.
- Quando o trabalho de parto estiver progredindo normalmente.
- Quando os bcf estiverem no limite da normalidade.

Qual a melhor via?

Regra geral:

Diante dos conceptos prematuros alguns serviços preconizam a possibilidade da assistência por via vaginal diante da apresentação cefálica, e, diante da apresentação pélvica , realizar parto operatório cesáreo.

Souza et al, 2007 e Bittar et al, 2007

As incidências de traumas fetais e asfixia são semelhantes, independentemente da via de parto adotada.

ACOG, 2002

Destaques:

1. Estudo multicêntrico envolvendo conceptos prematuros em apresentação cefálica comparou 59 RN de parto normal com 59 de parto cesáreo. O seguimentos dessas crianças por dois anos evidenciou benefícios no desenvolvimento neuropsicomotor relacionados à via alta.

Westgren et al, 1985

2. Philip et al, 1991, avaliaram 490 conceptos nascidos por parto vaginal e 411 de parto cesáreo, também verificaram que a via alta relacionou-se com menores índices de hemorragia cerebral, principalmente nos conceptos com menos de 1000g, independentemente da apresentação.

3. Yang et al, 1990 e Kato et al, 1996, observaram que hemorragia cerebral e mortalidade neonatal não foram reduzidas pela prática de cesáreas nos conceptos prematuros em apresentação cefálica, principalmente após análise de regressão logística e ajustes de fatores confusionais.

4. Melchor et al, 1992 e Jonas et al, 1997, avaliaram conceptos nascidos com menos de 1.500g e também não puderam detectar vantagens adicionais para o concepto prematuro em apresentação cefálica associadas à parturição por via alta na ausência de outras complicações obstétricas.

Estudos recentes mostram:

1. Riskin et al, 2004, avaliaram 2.955 conceptos em apresentação cefálica, nascidos entre 1995 e 2000, com idade gestacional entre 24 e 34 semanas de gestação. A análise estatística multivariada evidenciou que a realização de parto cesáreo não melhorou a sobrevida desses conceptos prematuros.

2. Lee et al, 2006 analisaram dados americanos de 1999 e 2000, obtendo casuística de mais de 600 mil partos entre 26 e 36 semanas de gestação e em apresentação cefálica. Concluíram que o parto cesáreo melhorou a sobrevivência desses prematuros quando presente a restrição do crescimento intrauterino, porém não foi útil nos conceptos com peso adequado para a idade gestacional. Segundo esses pesquisadores, a prematuridade sozinha não é indicação de parto cesáreo.

3. Högberg U, Holmgren PA, 2007, analisaram retrospectivamente dados de sete centros suecos de atendimento terciário, de 1990 a 2002, incluindo idade gestacional de 23 a 28 semanas, obtendo total de 2.094 casos. Concluíram que o parto cesáreo pode ser vantajoso para a sobrevivência de conceptos prematuros extremos, em casos selecionados e dependendo das condições clínicas maternas, e não em prematuros em apresentação cefálica sem outra indicações.

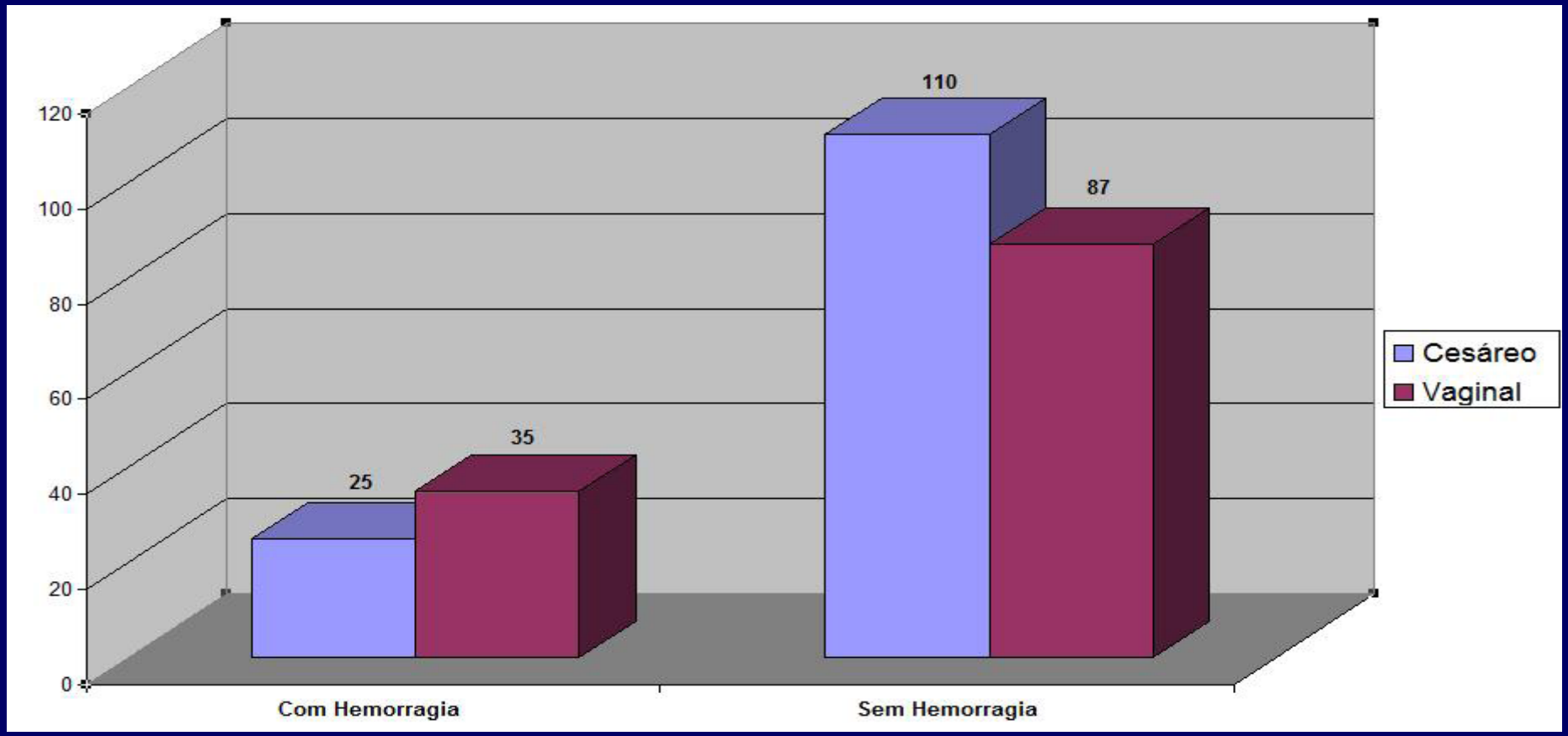
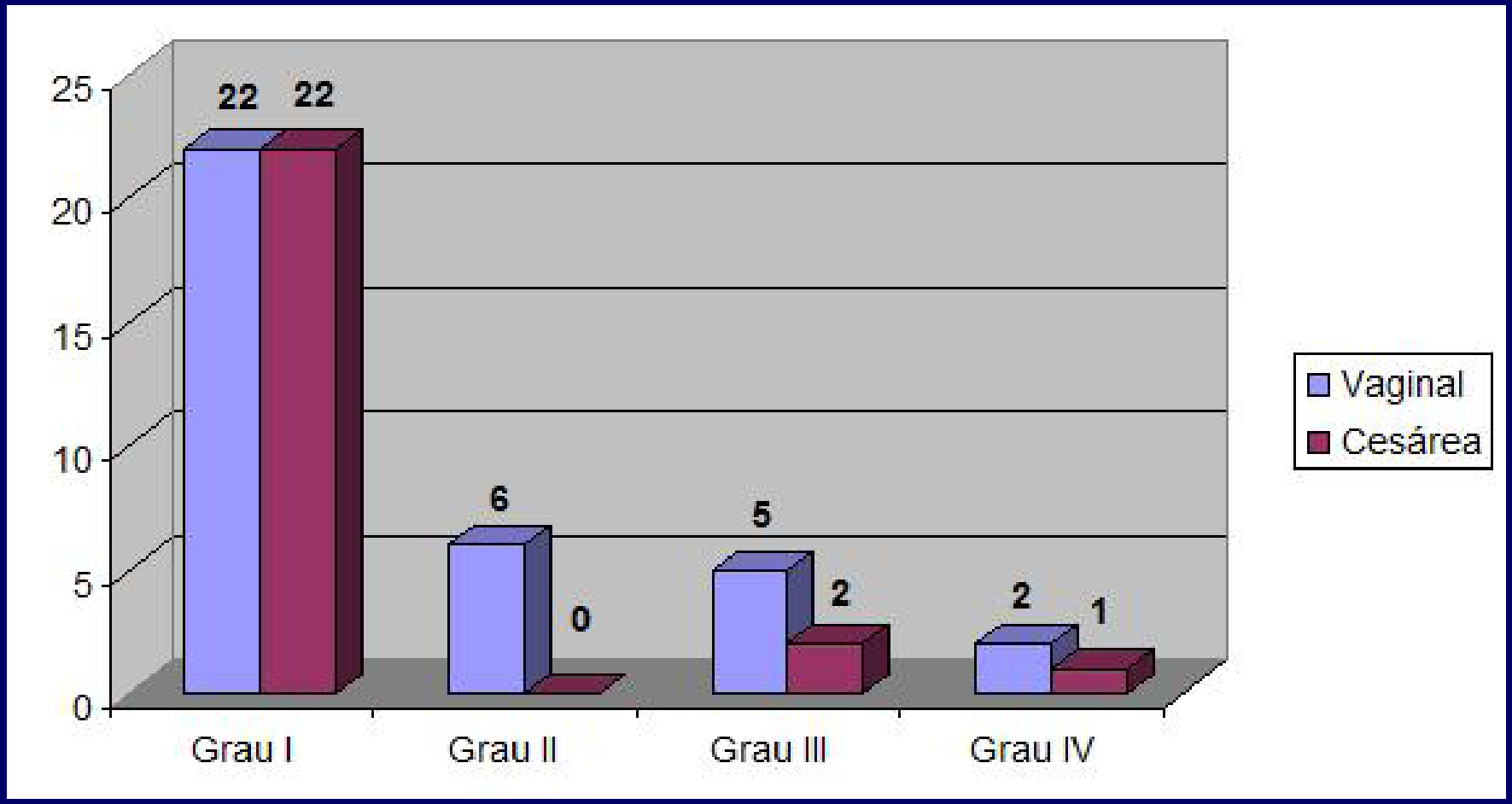
4. Em Israel, Riskin et al, 2008 investigaram a associação entre o tipo de parto e a presença de hemorragia cerebral grave de 4.658 prematuros cefálicos entre 24 e 34 semanas de gestação, com menos de 1 500g, não observaram vantagem em relação ao tipo de parto.

5. Wylie et al, 2008, apuraram dados em Washington, nos Estados Unidos da América, de 1994 a 2003 , envolvendo gestações únicas em apresentação cefálica de fetos com peso de 500 a 1 500 g. Casuística de 1.216 partos cesáreos e 1.250 partos normais. Não conseguiram concluir se o parto cesáreo deve ser recomendado como estratégia benéfica rotineira para esses conceptos, para diminuir morbidade e mortalidade na ausência de outras indicações para indicação do parto por via alta.

Goldenberg, 2002, enfatiza que os conceptos pré-termo, especialmente com menos de 32 semanas, estão mais sujeitos a lesões traumáticas e asfíxicas no parto pélvico. Entretanto o mesmo não é observado em pré-termo em apresentação cefálica

De acordo com ACOG 2002, muitos estudos falharam em apontar benefícios do parto cesáreo na prevenção da hemorragia intraventricular.

Via de parto versus hemorragia intraventricular em conceptos com peso ≥ 1.500g, o período de 2008 - 2009 em Hospital Público de São Luis - MA



Grau da hemorragia intraventricular pelo método de Papile em conceptos com peso até 1500 ao nascimento segundo via de parto. No período de 2008 e 2009 em hospital público de São Luis-MA