



# PARTO PRETERMO

Rotinas Assistenciais da Maternidade Escola  
da Universidade Federal do Rio de Janeiro

É parto pretermo (PPT) o ocorrido antes de 37 semanas de gestação (259 dias). Concomitantemente, é *recém-nascido de baixo-peso* aquele com peso inferior a 2.500 g. Os limites inferiores para o parto pretermo e para o baixo-peso, embora omissos pelas definições internacionais, parecem estar situados, respectivamente, em 22 semanas e em 500 g.

O parto pretermo é a causa principal de morbidade e de mortalidade perinatal e um dos principais responsáveis pela mortalidade infantil.

## CLASSIFICAÇÃO

O parto pretermo pode ser dividido de acordo com a idade gestacional em:

- Prematuridade extrema, < 28 semanas (5%).
- Prematuridade grave, 28-30 semanas (15%).
- Prematuridade moderada, 31-33 semanas (20%).
- Prematuridade quase-termo, 34-36 semanas (60%).

## FATORES DE RISCO

- História reprodutiva de PPT anterior e de reprodução assistida.
- Hemorragia anteparto, rotura prematura das membranas, anomalias uterinas, mioma, conização do colo (notadamente aquelas feitas com lâmina de bisturi frio).
- Fatores fetais/intrauterinos: prenhez gemelar, anomalias fetais, polidrâmnio.
- Infecção: corioamnionite, bacteriúria, vaginose bacteriana com história de PPT.
- Fatores demográficos: baixo-nível socioeconômico e educacional, etnicidade (em países desenvolvidos), idade materna <18 e >35 anos.
- Hábitos de vida: tabagismo, uso de drogas ilícitas, estresse, abuso físico.
- Assistência pré-natal deficiente, baixo peso pré-gravídico e ganho de peso inadequado na gravidez.

Os diagnósticos mais frequentemente associados ao parto pretermo indicado são as desordens hipertensivas, hemorragia e sofrimento fetal agudo e crônico (CIUR).

## ETIOLOGIA

O parto pretermo pode ser dividido em três grupos:

- Parto pretermo espontâneo, com membranas íntegras.
- Parto pretermo por rotura prematura das membranas pretermo (RPMP).
- Parto pretermo indicado por razões maternas ou fetais.

Cerca de 45% dos partos pretermo são espontâneos, 25% seguem a RPMP e 30% são indicados. Este último é relacionado ao aumento da incidência de parto pretermo. Outro fator de grande contribuição é a gestação múltipla resultante das técnicas de reprodução assistida.

A RPMP é definida como a amniorrexe espontânea ocorrida antes de 37 semanas de gestação no mínimo 1 hora precedendo o início das contrações. A causa na maioria dos casos é desconhecida, mas a infecção intra uterina assintomática parece ser bem frequente.

## PREDIÇÃO

Após um parto pretermo, as oportunidades de repeti-lo chegam a 20%; após dois partos pretermo anteriores o risco ascende para 35-40%. Atualmente existem três grandes marcadores de parto pretermo:

- **Vaginose bacteriana** – existem evidências de aumento significativo do risco de parto pretermo nas portadoras de vaginose bacteriana assintomática.
- **Medida do comprimento do colo uterino**
  - O comprimento do colo na população obstétrica geral é relativamente estável nos 2 primeiros trimestres da gravidez.
  - Em mulheres assintomáticas, com 24 semanas de gestação, o comprimento cervical < 25 mm (**avaliado sempre pela ultrassonografia transvaginal**) define o risco aumentado de parto pretermo; quanto mais curto o colo, maior o risco.
  - O comprimento do colo pode discriminar entre as mulheres que não estão em verdadeiro trabalho de parto e aquelas com risco pronunciado de parto pretermo.
  - Quando o comprimento do colo for > 30 mm a probabilidade de parto na semana subsequente é de apenas 1%.
- **Fibronectina fetal**
  - É marcador bioquímico de parto pretermo – glicoproteína presente na secreção cervicovaginal, marcadora de disrupção coriodecidual.
  - Tipicamente a fibronectina está ausente da secreção vaginal de 24 semanas até o termo; todavia, 3-4% das mulheres com fibronectina positiva (> ou = 50 ng/ml), no rastreamento de 24-26 semanas, apresentam risco elevado de parto pretermo.
  - Em virtude de seu alto custo, não é utilizado na prática clínica.

## DIAGNÓSTICO

Devem estar presentes:

- Contratilidade uterina (precocemente aumentada), 1 a 2 contrações/10 minutos.
- Considera-se elevado o padrão contrátil quando dolorosas as contrações, com frequência igual ou superior às acima apontadas, que modificam o colo progressivamente, persistindo no mínimo por uma hora, estando a grávida em repouso no leito pelo período mínimo de 30 minutos..
- Alterações do colo uterino: apagamento  $\geq$  80%, dilatação  $\geq$  2 cm, centralização.

## CONDUTA

- Internação da paciente.
- Confirmação da idade gestacional.
- Avaliação da vitalidade fetal.
- Afastar a corioamnionite (história, exame físico e leucograma).
- Investigar amniorrexe prematura.
- Tocólise.
- Aceleração da maturidade pulmonar - ver capítulo específico.
- Profilaxia para GBS – exceto para pacientes com cultura negativa recente (< 5 semanas) – ver capítulo de Assistência ao Parto.
- Neuroproteção (na falha ou contra-indicação da tocólise) – ver capítulo específico.

## TOCÓLISE

As drogas tocolíticas atualmente utilizadas na Instituição são:

- *Bloqueadores de canal de cálcio*
  - A nifedipina é o bloqueador de cálcio mais utilizado e estudado, tendo sido demonstrado *in vitro* potente efeito relaxante no miométrio.
  - Efeitos colaterais leves: rubor, cefaléia e náusea.
  - Efeitos adversos graves (0,9% dos casos) têm sido relatados: infarto do miocárdio, dispnéia intensa, hipóxia materna, hipotensão com morte fetal e fibrilação atrial;
  - A taxa de efeitos adversos graves é mais elevada quando a dose total de nifedipina é > 60 mg.
  - A dose ótima inicial é de 10 mg VO. Se as contrações persistirem, essa dose pode ser repetida a cada 15 a 20 minutos até a dose máxima de 40 mg durante a 1ª hora do tratamento, e então 10 a 20 mg VO a cada 4 a 6 horas.
  - Contraindicações: hipotensão e doenças cardíacas.
- *Agonistas-β<sub>2</sub>*
  - Dos agonistas-β<sub>2</sub>, o salbutamol é o mais empregado no Brasil, principalmente em decorrência de seu baixo custo. A via de escolha é IV, na dose inicial de 5 mcg/min, podendo-se dobrar a dose a cada 20 minutos até o máximo de 40 mcg/min. O salbutamol é encontrado em ampolas de 1 ml contendo 0,5 mg de sulfato de salbutamol. A solução pode ser preparada colocando-se 5 ou 10 ampolas em 500 ml de soro glicosado a 5%.
  - Efeitos colaterais maternos: pulso > 120 bpm e/ou queda da PA > 15%
  - Manter a tocolise por 24 h após a cessação das contrações uterinas.
  - No caso de retorno das contrações, reiniciar o esquema endovenoso.
  - Contraindicações: cardiopatia, principalmente se associada a arritmia. Deve ser usada com cautela em diabéticas não controladas, e nos casos de hipertireoidismo.

## PREVENÇÃO

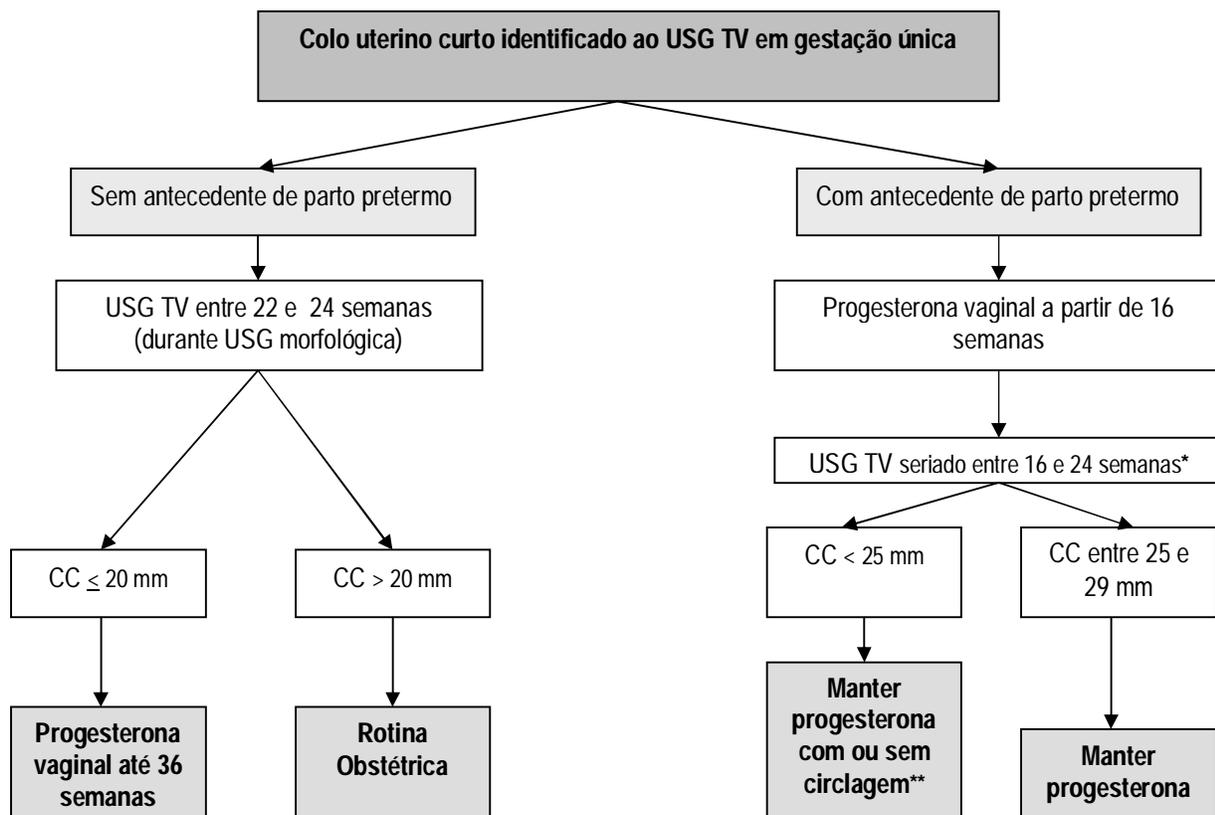
- *Comprimento do colo uterino*
  - A identificação de um colo uterino curto pela ultrassonografia transvaginal mostrou-se um poderoso preditor do parto pretermo.
  - O colo uterino curto tem etiologia multifatorial, o que justifica o seu rastreio universal, por ocasião da ultrassonografia morfológica (entre 22 e 24 semanas)
  - A prevenção do parto pretermo tem por base a medida do comprimento do colo (CC) e o antecedente de parto pretermo (PPT) – Figura 1.
- *Progesterona*
  - Mulheres com história de parto pretermo anterior e/ou o colo curto, entre 18 e 24 semanas, ao ultrassom transvaginal, têm indicação para a terapia profilática com a progesterona, a ser iniciada a partir de 16 semanas e mantida até ser pequeno o risco de prematuridade (36 semanas).
  - A prevenção em mulheres com história de parto pretermo deve ser feita com progesterona vaginal, 200 mg via vaginal, ao deitar.
  - Observou-se resultados significativos para a redução na taxa de parto pretermo (< 37 semanas), recém-nascido de baixo-peso (< 2.500 g) e morbimortalidade neonatal, quando a progesterona foi utilizada – Figura 1.
- *Tratamento da vaginose bacteriana*
  - Mulheres com história de parto pretermo ou de abortamento de 2º trimestre, portadoras de vaginose bacteriana assintomática, foram beneficiadas com o diagnóstico e tratamento da vaginose. O tratamento deve ser precoce, de preferência antes de 16 semanas, e por isso essas mulheres de risco, geralmente assintomáticas, devem ser rastreadas rotineiramente no pré-natal.

- Clindamicina 300 mg 2/dia, via oral, durante 7 dias (preferencialmente) ou Metronidazol 500 mg VO 8/8h por 7 dias, o que é capaz de reduzir em 40% o parto prematuro espontâneo antes de 37 semanas e em 80% o abortamento tardio após 16 semanas.
- **Suplementos nutricionais**  
A suplementação nutricional com o ômega-3, ácido polinsaturado, está associada à redução na produção de mediadores inflamatórios. Assim, pacientes com história de parto prematuro devem consumir peixe (rico em ômega 3), 3 vezes por semanas antes de 22 semanas, o que reduz em 40% na incidência de parto prematuro. A ingestão acima desta quantidade não oferece nenhum benefício adicional.

### ASSISTÊNCIA AO PARTO PRETERMO

Na falha da tocólise, iniciar assistência ao parto prematuro:

- monitorização fetal contínua.
- analgesia peridural.
- amniotomia tardia (acima de 8 cm de dilatação).
- episiotomia ampla.
- fórcepe de alívio – se peso fetal estimado pela USG for > 1500 g.
- na apresentação pélvica, indicar operação cesariana. A via vaginal é restrita aos fetos inviáveis.



\* Repetir a medida do comprimento do colo a cada 2 semanas se CC entre 25 e 29 mm, e semanalmente se CC < 25 mm.

\*\* Considerar custo/efetividade, efeitos adversos e as preferências da paciente e do obstetra para a indicação da circlagem, visto que os métodos apresentam eficácia semelhante na prevenção do parto prematuro.

**Figura 1** – Fluxograma do rastreamento universal do comprimento do colo uterino para predição e prevenção do parto prematuro.

## LEMBRETE

Na gestação múltipla nenhuma destas intervenções mostrou-se eficaz na prevenção do parto prematuro

### LEITURA SUGERIDA

- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG Practice Bulletin n. 130. Prediction and prevention of preterm birth. **Obstet. Gynecol.**, v.120, n.4, p.964-973, 2012.
- BERGHELLA V. Universal cervical length screening for prediction and prevention of preterm birth. **Obstet Gynecol Surv.** v.67, n.10, p.653-658, 2012.
- CHAVES NETTO, H.; SÁ, R.A.M.; OLIVEIRA, C.A. Gemelidade. In: CHAVES NETTO, H.; SÁ, R.A.M.; OLIVEIRA, C.A. **Manual de condutas em obstetrícia.** 3.ed. São Paulo: Atheneu, 2011. p.125-136.
- CONDE-AGUDELO, A. et al. Vaginal progesterone vs cervical cerclage for the prevention of preterm birth in women with a sonographic short cervix, previous preterm birth, and singleton gestation: a systematic review and indirect comparison metaanalysis. **Am. J. Obstet. Gynecol.** v. 208, n. 1, p.42.e1- 42e18, 2013.
- MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. Descolamento prematuro da placenta. In: MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Rezende obstetrícia.** 11.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p.409-415.
- NORWITZ, E. R. **Progesterone supplementation to reduce the risk of spontaneous preterm birth.** Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/progesterone-supplementation-to-reduce-the-risk-of-spontaneous-preterm-birth/contributors>>. Acesso em: 07 jan. 2013.
- ROBINSON, J. N.; NORWITZ, E. R. **Risk factors for preterm labor and delivery.** Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/risk-factors-for-preterm-labor-and-delivery/contributors>>. Acesso em: 07 jan. 2013.
- SOCIETY FOR MATERNAL-FETAL MEDICINE PUBLICATIONS COMMITTEE; BERGHELLA, V. Progesterone and preterm birth prevention: translating clinical trials data into clinical practice. **Am. J. Obstet. Gynecol.** v. 206, n.5, p. 376-386, 2012.