

Prematuridade

Preterm birth

Carolina Lins Rodrigues¹, Lívia Paula Freire Bonfim¹, Lorena Batista Pascoal¹, Luana Vieira Monteiro¹, Ludmila Helene Ferreira de Freitas¹, Natália Bragança Oliveira¹, Priscilla Kelly Soares Torres¹, Stéphanie Oliveira Magalhães Fernandes¹, Thaís Meyin Lin Santos¹, Gabriel Costa Osanan²

RESUMO

O parto pré-termo representa a principal causa de morbimortalidade perinatal. Este relato de caso tem como objetivo destacar a importância do diagnóstico de parto prematuro, da condução adequada do caso e da estrutura hospitalar para atendimento das intercorrências neonatais.

Palavras-chave: parto pré-termo, PPT, morbimortalidade perinatal.

¹ Acadêmicos da Faculdade de Medicina da UFMG
² Mestre em Ginecologia e Obstetrícia pela UFMG e Professor substituto do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da UFMG

ABSTRACT

The preterm birth represents the major cause of perinatal morbimortality. The point of this case report is to highlight the importance of its diagnosis, its right approach and the hospital structure for attending neonatal complications.

Key words: preterm birth, PTB, perinatal morbimortality.

INTRODUÇÃO

Parto prematuro (PPT), definido como aquele que ocorre entre 20 e 37 semanas de gestação, é responsável por 75% da mortalidade perinatal e por mais da metade da morbidade a longo prazo.¹ Embora a maioria dos prematuros sobreviva, há um crescimento no risco de distúrbios no desenvolvimento neurológico e complicações respiratórias e gastrointestinais da criança.²

O trabalho de parto pré-termo (TPPT) é atualmente compreendido como uma síndrome iniciada por múltiplos mecanismos³ e uma interação de vários fatores de risco.²

O presente relato de caso tem os objetivos de destacar a importância da realização de um pré-natal (PN) em que se identificam fatores de risco para o TPPT, acompanhamento adequado à gestante, e salientar as dificuldades que impõe à condução adequada do TPPT.

RELATO DO CASO

IGMP, 15 anos, solteira, primigesta, idade gestacional de 33 semanas e seis dias, compareceu, no dia 01/04/09 às 13h20, ao atendimento de urgência com queixa de contrações uterinas frequentes. Negava perdas vaginais, doenças ou uso de medicamentos. Apresentava diurese sem alterações.

Instituição:
Hospital das Clínicas/ Faculdade de Medicina da UFMG

Endereço para correspondência:
Faculdade de Medicina da UFMG
Av. Alfredo Balena, 190
Belo Horizonte/ MG
CEP 30130-100
Email: osanangc@yahoo.com.br

Na história pregressa, a paciente negava cirurgias, internações, alergias e uso de medicação contínua. Era tabagista (dois maços/dia) e etilista social. Relatava uso prévio de maconha e cocaína (negava uso dessas drogas durante a gestação).

Na história familiar, sua mãe era portadora de diabetes melito, e seu avô de câncer de próstata. Negava malformações e gemelaridade na família.

Relatava menarca aos nove anos, início da atividade sexual aos 13 e três parceiros sexuais. Negava doenças sexualmente transmissíveis. Apresentava ciclos regulares. Nunca fez uso de método contraceptivo. Gravidez não planejada, porém bem aceita.

Passou por cinco consultas de pré-natal. Estava fazendo uso de sulfato ferroso (dois comprimidos/dia). Os exames do dia 29/01/09 mostravam hemoglobina 10,3 g%; glicemia de jejum 83 mg/dL; VDRL não reator; urina rotina sem alterações; anti-HIV negativo; grupo sanguíneo O, Rh positivo; HbsAg negativo; toxoplasmose: IgG negativo, IgM negativo; CMV IgG positivo, IgM negativo; rubéola IgG positivo, IgM negativo. Na ultrassonografia (US) de 06/12/08, detectou-se gestação intraútero de 17 semanas e dois dias. Outro US do dia 10/03/09 indicou gestação de 30 semanas, peso fetal estimado de 1.535 g e placenta corporal anterior. Líquido amniótico normal.

Ao exame físico, paciente corada, hidratada, eufórica e sem edemas. PA: 100 x 60 mmHg. Observada movimentação fetal. Útero fita: 30 cm. Dinâmica uterina: 3/10/35. Batimentos cardíacos fetais: 146bpm. Colo uterino centralizado, 80% apagado, dilatado 7/8 cm, bolsa íntegra herniada, apresentação cefálica, plano 0 de De Lee.

A partir desse momento, foram solicitados VDRL, anti-HIV teste rápido e propedêutica infecciosa. Prescrita penicilina cristalina 5 milhões, endovenosa, dose de ataque e penicilina cristalina 2,5 milhões, endovenosa, 4/4h.

Às 16h35, a paciente apresentou rotura espontânea de membranas com colo 10 cm dilatado. Levada ao bloco cirúrgico, em posição de litotomia, sob raqui-anestesia, evoluiu para parto vaginal com episiotomia. Expulsão de recém-nascido vivo, sexo masculino, apgar 8/8, peso 2.100 g, assistido por pediatra. Feita revisão do canal de parto: ausência de lacerações. Realizada episiorrafia. Toque retal sem alterações. Ato sem complicações e com sangramento habitual. Paciente encaminhada para a sala de observação, estável hemodinamicamente.

O recém-nascido evoluiu com desconforto respiratório na sala de parto. Foi encaminhado à unidade neonatal, colocado inicialmente em CPAP 5/30%, satO₂ 98%, mas ainda com gemência. Optado por intubação orotraqueal. Realizado cateterismo umbilical, posteriormente radiografia de tórax mostrando cateter bem posicionado e infiltrado retículo granular difuso – doença da membrana hialina moderada. Prescritos surfactante e antibioticoterapia, considerando prematuridade sem causa aparente. Solicitados hemograma, PCR, hemocultura, gasometria venosa, grupo sanguíneo, Rh e Coombs direto.

DISCUSSÃO

Neste caso, verificam-se vários fatores de risco para TPPT reconhecidos pela literatura, como idade precoce da gestante (menos de 16 anos), estado civil (solteira), baixa condição socioeconômica e cultural, tabagismo, etilismo e abuso de drogas.² Embora não haja nenhum marcador clínico ou laboratorial que tenha acurácia suficiente para ser utilizado isoladamente na predição do PPT, sabe-se que o pré-natal (PN) realizado com qualidade e com adequado seguimento pela paciente são capazes de reduzir a incidência da prematuridade.⁴ O Ministério da Saúde preconiza a realização de, no mínimo, seis consultas até o final da gestação. A gestante já havia feito cinco consultas de PN até o momento do parto. Porém, a quantidade adequada de consultas não necessariamente reflete a qualidade do pré-natal realizado.

A tocólise é uma tentativa de atrasar o trabalho de parto, o suficiente para permitir a administração de corticosteroides, assim como a transferência da gestante para um serviço hospitalar que tenha unidade neonatal. Existe um escore conhecido como “índice de tocólise” (Tabela 1), que avalia a possibilidade de inibição do TPPT. Quando o resultado desse índice encontra-se entre 0 e 6, não está indicada a inibição do trabalho de parto. Já para valores entre 6 e 10 indica-se a inibição do trabalho de parto. Valores de tocólise acima de 10 indicam que a inibição é pouco provável, e não mais se justifica a tocólise.⁵ O caso relatado apresentava índice de tocólise igual a 11, portanto não estava indicada terapia tocolítica.

A corticoterapia é recomendada no TPPT entre 24 e 34 semanas de gestação. Admite-se que os efeitos benéficos da corticoterapia na melhora das funções pulmonar, circulatória e do sistema nervoso central

do recém-nascido são melhor percebidos 48 horas após administração da primeira dose. Entretanto, acredita-se que os efeitos benéficos possam acontecer já entre 8 e 15 horas após a administração.⁶ Considerando que no caso descrito havia previsão de parto em menos de oito horas, a gestante e o neonato não se beneficiariam dessa medida. Além disso, a corticoterapia apresenta riscos maternos e fetais que não devem ser desprezados.

Tabela 1 - Índice de risco de parto pré-termo calculado para a gestante: 11

Resultado do exame	Valores atribuídos		
	0	1	2
Posição do colo	Posterior	Intermediário	Centralizado
Apagamento	Imaturo	30% a 50%	≥ 50%
Dilatação	Nenhuma	2 a 4 cm	> 4 cm
Altura da apresentação	Alta (móvel)	Média (fixa)	Baixa
Bolsa d'água	Não formada	Formada	Herniada
Contrações	< 1/hora	1/10'/15''	≥ 2/10'/25'

O uso da penicilina cristalina para profilaxia de sepsé neonatal por estreptococo *beta*-hemolítico é preconizado em pacientes em TPPT,⁷ e a condução do trabalho de parto pela via vaginal na prematuridade deve respeitar alguns princípios básicos como: amniotomia tardia ao final do período de dilatação, evitar o uso de ocitócito e/ou drogas sedativas, realizar episiotomia ampla, abreviar o período expulsivo com a utilização de fórceps de alívio, principalmente nas primigestas, estar o neonatologista presente na sala de parto e UTI neonatal preparada para receber a criança.^{8,9} No caso em questão, foram seguidas as recomendações, visto que a amniorrexe ocorreu com 10 cm de dilatação do colo, não foram administradas drogas durante o trabalho de parto, foi realizada episiotomia e havia neonatologista no bloco cirúrgico.

CONCLUSÃO

A prematuridade constitui um grande desafio a perinatologia. Mesmo com as medidas atuais de prevenção e de cuidados especializados na condução do parto e no tratamento das intercorrências neonatais, ele ainda é a principal causa de morbimortalidade perinatal em todo o mundo.

REFERÊNCIAS

1. McCormick MC. The contribution of low birth weight to infant mortality and childhood morbidity. *N Engl J Med.* 1985; 312:82-90.
2. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Preterm Birth 1: Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet.* 2008; 371:75-84.
3. Romero R, Espinoza J, Kusanovic J. The preterm parturition syndrome. *BJOG.* 2006;113:17-42.
4. Di Renzo GC, Roura LC. Guidelines for the management of spontaneous preterm labour. *J Perinat Med.* 2006; 34:359-66.
5. Corrêa MD, Melo VH, Aguiar RALP, Corrêa Júnior MD. Noções práticas de obstetrícia. 13ª ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2004.
6. Ikegami M, Polk D, Jobe A. Minimum interval from fetal betamethasone treatment to postnatal lung response in preterm lambs. *Am J Obstet Gynecol.* 1996; 174:1408-13.
7. Iams JD, Romero R, Culhane JF, Goldenberg RL. Preterm Birth 2: Primary, Secondary, and Tertiary Interventions to Reduce the Morbidity and Mortality of Preterm Birth. *Lancet.* 2008; 371:164-75.
8. Cabral ACV, Diniz SSA. *Obstetrícia.* 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2002.
9. Cabral ACV, Aguiar RALP, Vitral ZNR. *Manual de assistência ao parto.* São Paulo: Atheneu; 2002.