



Trabalho de parto pré-termo

- 1 Introdução
- 2 Prevenção do trabalho de parto pré-termo
 - 2.1 Intervenções sociais
 - 2.2 Medidas físicas
 - 2.2.1 *Monitorização domiciliar da atividade uterina*
 - 2.2.2 *Repouso no leito*
 - 2.2.3 *Cerclagem cervical*
 - 2.2.4 *Avaliação cervical*
 - 2.3 Conduas farmacológicas profiláticas
 - 2.3.1 *Drogas betamiméticas*
 - 2.3.2 *Magnésio*
 - 2.3.3 *Cálcio*
 - 2.3.4 *Progestogênicos*
 - 2.3.5 *Outros agentes*
- 3 Tratamento tocolítico no trabalho de parto pré-termo ativo
 - 3.1 Drogas betamiméticas
 - 3.2 Inibidores da síntese de prostaglandinas
 - 3.3 Etanol
 - 3.4 Progestogênicos
 - 3.5 Sulfato de magnésio
 - 3.6 Antagonista do cálcio
 - 3.7 Antagonistas da ocitocina
 - 3.8 Diazóxido
- 4 Outros tratamentos no trabalho de parto pré-termo ativo
 - 4.1 Hidratação
 - 4.2 Agentes antimicrobianos
 - 4.3 Sulfato de magnésio
- 5 Manutenção da inibição do trabalho de parto pré-termo
- 6 Conclusões

1 Introdução

O parto pré-termo ainda é a principal causa de mortalidade e de morbidade de curto e longo prazos em bebês normalmente formados. A prevenção e o tratamento do trabalho de parto pré-termo são importantes, não como um fim em si, mas como meio de evitar o parto pré-termo e suas conseqüências (ver Cap. 37). O trabalho de parto pré-termo, por definição o trabalho de parto que começa antes de 37 semanas completas de gestação, é um processo contínuo, sendo as conseqüências mais graves do parto pré-termo observadas antes de 34 semanas de gestação.

A prevenção do parto pré-termo nem sempre é prudente; muitos partos pré-termo ocorrem em virtude de distúrbios

como ruptura das membranas antes do trabalho de parto com seu risco inerente de amnionite, ou como uma intervenção planejada para interromper uma gravidez devido a doença materna grave ou a problemas com o bem-estar ou o crescimento fetal. Essas situações são discutidas em outros capítulos.

Fisiologicamente, o trabalho de parto pré-termo difere pouco do trabalho de parto a termo, exceto por ocorrer muito cedo. Entretanto, será acompanhado por maior ansiedade das mulheres e de seus parceiros. Nem sempre é fácil dizer se o trabalho de parto pré-termo realmente começou ou não. Em muitos casos, o trabalho de parto pré-termo aparentemente progressivo cessa, independentemente da instituição de qualquer tratamento. Uma conduta excessivamente expectante enquanto se observam os sinais de progresso pode ser perigosa, pois é mais difícil interromper o trabalho de parto pré-termo mais avançado.

A supressão bem-sucedida das contrações uterinas não melhora necessariamente o resultado para o lactente. O parto pode ser adiado por um período clinicamente útil, enquanto qualquer tratamento suficientemente potente para suprimir as contrações uterinas pode ter outros efeitos sobre as mulheres ou o bebê, alguns dos quais podem ser indesejáveis ou perigosos.

2 Prevenção do trabalho de parto pré-termo

2.1 Intervenções sociais

Há uma forte associação entre a situação social e econômica da mulher e o risco de parto pré-termo. Essa associação incentivou a criação de diversos programas sociais com o objetivo de reduzir esse risco. Embora essas intervenções sejam bem-intencionadas, a avaliação controlada (discutida no Cap. 3) não detectou quaisquer efeitos sobre a taxa de parto pré-termo.

2.2 Medidas físicas

2.2.1 *Monitorização domiciliar da atividade uterina*

Diversos estudos abordaram a questão de a monitorização eletrônica domiciliar da atividade uterina, com transmissão diária para um centro de monitorização por telefone, reduzir ou não a frequência de parto pré-termo por identificação precoce

de mulheres sob risco de trabalho de parto pré-termo. Infelizmente, houve enorme potencial de viés nos relatos iniciais. Estudos mais recentes, de melhor qualidade, em gestações com maior risco de trabalho de parto pré-termo não mostraram que a monitorização domiciliar da atividade uterina tenha resultado em diagnóstico precoce do trabalho de parto pré-termo ou em redução das taxas de parto pré-termo ou de morbidade neonatal.

2.2.2 *Repouso no leito*

O repouso no leito, na esperança de reduzir a incidência de parto pré-termo, é usado predominantemente em gestações múltiplas. A intervenção não mostrou ser efetiva para esse fim (ver também Cap. 17).

2.2.3 *Cerclagem cervical*

A cerclagem cervical pode ser útil para evitar parto pré-termo em uma pequena parcela de mulheres, mas infelizmente não há métodos satisfatórios para se identificar as mulheres que tendem a ser beneficiadas por essa intervenção. Os benefícios são mais prováveis em mulheres que tiveram duas ou mais gestações prévias que terminaram pré-termo.

A intervenção deve ser evitada em mulheres que não tendem a se beneficiar dela, devido aos possíveis riscos associados à cirurgia e ao risco adicional de estimular contrações uterinas.

2.2.4 *Avaliação cervical*

Alguns pequenos estudos, e um grande estudo multicêntrico, analisaram se o exame vaginal ou a ultra-sonografia da porção cervical podem ajudar a reconhecer mulheres propensas a dar à luz muito cedo, a tempo de instituir medidas preventivas úteis. Não foram demonstrados benefícios. Embora algumas dessas condutas possam ser promissoras, também há desvantagens bem definidas, tanto para os próprios procedimentos quanto para as intervenções que podem ser precipitadas por seus resultados.

2.3 *Conduas farmacológicas profiláticas*

2.3.1 *Drogas betamiméticas*

Muitos clínicos prescrevem drogas betamiméticas para evitar contrações uterinas em mulheres que, por uma razão ou outra, parecem correr maior risco de trabalho de parto pré-termo. Estudos de betamiméticos profiláticos, tanto na gravidez múltipla quanto em gestações de feto único consideradas de alto risco para parto pré-termo, não detectaram qualquer diminuição do risco de parto pré-termo, baixo peso ao nascimento ou mortalidade perinatal.

2.3.2 *Magnésio*

Os efeitos da suplementação de rotina com magnésio sobre diversos resultados adversos da gravidez, incluindo trabalho de parto pré-termo, foram avaliados em alguns estudos. Em geral, são de muito má qualidade para permitir avaliação fidedigna da suplementação de magnésio.

2.3.3 *Cálcio*

A suplementação de cálcio, com dose mínima de 1 g por dia, durante a gravidez reduz o risco de as mulheres desenvolverem hipertensão e pré-eclâmpsia. O efeito é maior nas mulheres sob alto risco de hipertensão e nas mulheres com baixo consumo basal de cálcio na alimentação. É necessário avaliar se doses menores de cálcio podem ter benefícios semelhantes. Em geral, não há redução evidente do risco de parto pré-termo.

2.3.4 *Progestogênios*

Injeções intramusculares regulares de caproato de 17 α -hidroxiprogesterona podem reduzir a incidência de trabalho de parto pré-termo e de parto pré-termo em mulheres consideradas de alto risco para trabalho de parto pré-termo, mas não mostraram reduzir a mortalidade ou a morbidade perinatal. Os achados podem indicar avaliação adicional, preferivelmente com formas menos invasivas de administração.

2.3.5 *Outros agentes*

A suplementação alimentar profilática com óleos de peixe e com compostos de zinco foi avaliada em estudos randomizados. O uso de óleos de peixe causa um aumento promissor da duração da gestação e do peso ao nascimento (ver Cap. 6).

3 *Tratamento tocolítico no trabalho de parto pré-termo ativo*

3.1 *Drogas betamiméticas*

O uso de betamiméticos para suprimir as contrações uterinas pré-termo é maior que o uso de quaisquer outros agentes inibidores do trabalho de parto. Vários betamiméticos foram introduzidos na esperança de desenvolver agentes que teriam efeito máximo sobre o relaxamento uterino, com efeito mínimo sobre o coração ou outros órgãos do corpo.

Apenas três dos muitos agentes betamiméticos disponíveis foram comparados a um grupo de controle tratado com placebo, ou não-tratado, para inibição do trabalho de parto pré-termo. Algumas das drogas amplamente usadas, como salbutamol ou fenoterol, nunca foram testadas assim. A maioria dos estudos controlados é referente à ritodrina.

Dados desses estudos mostram que os betamiméticos reduzem a proporção de partos que ocorrem nas primeiras 24

horas e nas 48 horas que sucedem o início do tratamento. Os betamiméticos também reduzem a incidência de parto pré-termo. Não foi detectada diminuição da mortalidade perinatal ou da morbidade grave, como síndrome de angústia respiratória.

Pelo menos três fatores podem contribuir para essa ausência de efeito sobre importantes resultados adversos. Em primeiro lugar, os estudos podem ter incluído um número excessivo de mulheres com gestação suficientemente avançada, de forma que seria improvável que o adiamento do parto e o prolongamento da gravidez conferissem qualquer benefício significativo para o bebê. Segundo, o tempo conquistado mediante tratamento com betamiméticos pode não ter sido usado para implementar medidas com efeitos benéficos diretos, como promover maturidade pulmonar fetal ou transferir para um centro com instalações adequadas para assistência pré-natal (ver Cap. 37). Em terceiro lugar, pode haver efeitos adversos diretos ou indiretos da farmacoterapia (incluindo prolongamento da gravidez quando isso não é o melhor para o feto), que se contrapõe ao seu potencial ganho.

Os estudos controlados com placebo não sugerem que a farmacoterapia com betamiméticos freqüentemente represente grandes riscos para a mulher ou para o feto, mas outros dados na literatura mostram que essas drogas não são inócuas. Os sintomas observados com maior freqüência associados ao uso de betamiméticos são palpitações, tremor, náusea e vômito. Pode haver cefaléia, desconforto vago, sede, nervosismo e agitação.

O efeito colateral mais comum e relacionado à dose observado em todas as mulheres tratadas com betamiméticos é um aumento da freqüência cardíaca. Apenas raramente será obtida inibição efetiva do trabalho de parto com freqüências cardíacas maternas inferiores a 100 batimentos por minuto. Por outro lado, freqüências cardíacas de 130-140 batimentos por minuto devem impedir aumentos adicionais da dose de betamiméticos administrada. O desconforto torácico e a dispnéia devem alertar aqueles que prestam atendimento para a possibilidade de congestão pulmonar.

O edema pulmonar é uma complicação bem reconhecida dos betamiméticos. A maioria dos casos está associada à hidratação intravenosa agressiva e à negligência dos sinais de acúmulo de líquido. É mais seguro administrar drogas betamiméticas em um pequeno volume de líquido com o uso de uma bomba de infusão do que confiar na infusão intravenosa de soluções diluídas da droga. O edema pulmonar é mais provável em mulheres com gestações gemelares. A expansão do volume plasmático é maior em mulheres com gestações múltiplas, e estas mulheres correm maior risco de desenvol-

ver edema pulmonar durante o tratamento com betamiméticos do que as mulheres com gestações de feto único.

A isquemia miocárdica foi descrita como a outra complicação grave, embora rara, do tratamento com drogas betamiméticas. A administração de drogas betamiméticas na gravidez resulta em aumento acentuado do débito cardíaco, da mesma ordem observada no exercício moderado. O trabalho adicional imposto ao miocárdio pode ser excessivo para mulheres com cardiopatia preexistente. Estas mulheres não devem ser tratadas com betamiméticos, pois os riscos provavelmente são maiores que quaisquer benefícios que poderiam ser obtidos.

Todos os betamiméticos mostram uma clara tendência a reduzir a pressão diastólica. Isso geralmente é acompanhado por aumento da pressão arterial sistólica, resultando em aumento final da pressão de pulso. A hipotensão clinicamente significativa é menos freqüente com os betamiméticos usados atualmente, como ritodrina e terbutalina, do que com os agentes anteriores, como isoxsuprina, mas o problema não foi eliminado.

Outros medicamentos, incluindo antagonistas do cálcio (verapamil) e beta-1-bloqueadores (atenolol, metoprolol), foram experimentados como auxiliares dos betamiméticos em tentativas de reduzir os efeitos colaterais cardiovasculares. Não foi demonstrado que o uso desses agentes atinja os efeitos desejados, e os dados disponíveis não justificam seu uso.

Todos os agentes betamiméticos influenciam o metabolismo dos carboidratos: os níveis sanguíneos de glicose aumentam em cerca de 40%, e há um aumento da secreção de insulina. Em mulheres com diabetes, o aumento dos níveis de glicose é ainda mais acentuado. Assim, uma mulher com diabetes bem-controlado provavelmente sofrerá um descontrole com a administração de betamiméticos. Isso é ainda mais provável quando os betamiméticos são associados aos corticosteróides, que também têm efeitos diabetogênicos.

Não há dúvida de que os agentes betamiméticos atravessam a placenta. A estimulação de receptores beta no feto provoca aproximadamente os mesmos efeitos que na mãe. Os efeitos cardiovasculares resultam em taquicardia fetal, embora geralmente sejam menos acentuados que na mãe. Como os efeitos metabólicos na mãe e no feto podem resultar em hipoglicemia e hiperinsulinismo após o parto, é aconselhável determinar os níveis sanguíneos de glicose em lactentes nascidos durante ou logo após o uso de betamiméticos para inibir o trabalho de parto.

Alguns estudos compararam os resultados a longo prazo entre lactentes cujas mães receberam betamiméticos e lactentes cujas mães não receberam esse tratamento. Todos esses

estudos foram pequenos, e os grupos de controle foram formados de formas diversas. Ainda não foram observados efeitos a longo prazo.

Nenhum estudo de comparação de dois betamiméticos foi suficientemente grande para ter uma chance de detectar ou excluir grandes diferenças nos resultados que realmente importam. E nenhum dos estudos mostrou quaisquer diferenças nítidas em relação a resultados maternos sérios, como edema pulmonar. Considerados juntos, os estudos que comparam diferentes agentes betamiméticos não mostraram razão para se preferir um agente a outro.

3.2 Inibidores da síntese de prostaglandinas

Como as prostaglandinas têm grande importância no início e na manutenção do trabalho de parto humano, a supressão da síntese de prostaglandinas é uma conduta lógica para a inibição do trabalho de parto pré-termo. Diversos agentes com estruturas químicas muito diferentes inibem a síntese de prostaglandinas. Aqueles que foram usados no tratamento do trabalho de parto pré-termo incluem naproxeno, ácido flufenâmico, aspirina e sulindaco, porém o mais usado foi a indometacina.

Todas essas drogas atuam inibindo a atividade da enzima ciclooxigenase necessária para a síntese de prostaglandinas, prostaciclina e tromboxano, mas os mecanismos de inibição podem ser diferentes. A aspirina, por exemplo, causa inibição irreversível da enzima, enquanto a indometacina resulta em inibição competitiva e reversível.

Os inibidores da síntese de prostaglandinas são inibidores efetivos da contratilidade do miométrio, tanto durante a gravidez quanto fora dela. São mais efetivos nesse aspecto do que qualquer betamimético. Não foi descrito nenhum caso em que um betamimético tenha resultado na supressão da contratilidade uterina após falha da inibição da síntese de prostaglandinas; o inverso foi observado repetidamente. Estudos sobre indometacina, embora de natureza heterogênea, mostram que essa droga reduz a frequência de parto em 48 horas, e em 7-10 dias, após o início do tratamento. A incidência de parto pré-termo e de baixo peso ao nascimento é reduzida. Há uma tendência à redução da incidência de morte perinatal e de síndrome de angústia respiratória.

Houve poucos relatos sobre o uso de naproxeno, ácido flufenâmico e aspirina na literatura. Essas drogas não foram usadas tão amplamente quanto a indometacina, e não houve estudos controlados sobre seu uso.

Os inibidores da síntese de prostaglandinas não são inócuos. Os potenciais efeitos colaterais maternos mais graves são ulceração péptica, hemorragia gastrointestinal e de ou-

tro tipo, trombocitopenia e reações alérgicas. Foram observados náusea, vômito, dispepsia, diarreia e erupções alérgicas em mulheres tratadas, mesmo brevemente, com inibidores da síntese de prostaglandinas no trabalho de parto pré-termo. Pode haver cefaléia e tonteira bem no início do tratamento.

A irritação gastrointestinal é comum com o uso de inibidores da síntese de prostaglandinas, e pode ocorrer independentemente da via de administração. No caso da indometacina, ela é menos freqüente com a administração retal que oral; como a droga é igualmente absorvida por ambas as vias de administração, a via retal oferece alguma vantagem.

Os sinais de infecção podem ser mascarados por administração de inibidores da síntese de prostaglandinas, e isso poderia prejudicar ou adiar o diagnóstico de infecção intra-uterina incipiente. O prolongamento do tempo de sangramento observado com inibidores da síntese de prostaglandinas pode ser importante, principalmente quando se considera a anestesia peridural.

Os inibidores da síntese de prostaglandinas, incluindo a indometacina e o sulindaco, passam da mãe para o feto, e influenciam diversas funções fetais. As áreas de maior preocupação estão relacionadas com a circulação cardiopulmonar, a função renal, a função gastrointestinal e a coagulação. A constrição do canal arterial foi identificada como grave preocupação. Isso provavelmente tem pequeno efeito sobre a oxigenação fetal a curto prazo, mas com o tratamento prolongado pode resultar em alterações semelhantes àquelas observadas na hipertensão pulmonar persistente no recém-nascido. Diversos relatos associaram a hipertensão pulmonar persistente no recém-nascido ao uso pré-natal de inibidores da síntese de prostaglandinas.

O tratamento com indometacina pode reduzir a função renal fetal e neonatal. O efeito está relacionado à dose e parece ser transitório. Alguns relatos observaram comprometimento da função renal em fetos e nos recém-nascidos ao nascimento após a administração de inibidores da síntese de prostaglandinas à mãe. O tratamento materno prolongado pode influenciar suficientemente o débito urinário fetal para alterar o volume de líquido amniótico, embora possa haver outros mecanismos envolvidos na redução do volume de líquido amniótico que podem ser observados durante o tratamento com indometacina. Entretanto, não há indicações de que o uso dessa droga no trabalho de parto pré-termo cause comprometimento permanente da função renal no lactente.

Diversos relatos associaram o uso pré-natal de inibidores da síntese de prostaglandinas ao desenvolvimento de enterocolite necrotizante.

Todos os inibidores da síntese de prostaglandina inibem a agregação plaquetária e prolongam o tempo de sangramento. Isso ocorre na mãe, no feto e no recém-nascido ao nascimento. Como os recém-nascidos, e particularmente os recém-nascidos pré-termo, eliminam esses medicamentos com menor eficiência que suas mães, esses efeitos persistirão por mais tempo no bebê do que na mãe.

A indometacina, como os betamiméticos, pode ser útil para retardar o parto suficientemente para melhorar o resultado para o lactente. Serão necessários mais dados e mais bem controlados antes que se possa fazer uma avaliação adequada de sua utilidade na assistência ao trabalho de parto pré-termo.

O efeito prolongado dos salicilatos sobre a função plaquetária e as grandes doses necessárias para interromper as contrações uterinas impedem o uso dessas drogas para o trabalho de parto pré-termo.

3.3 Etanol

O etanol, que durante muito tempo foi um dos principais inibidores do trabalho de parto, agora só tem interesse histórico. É menos eficaz que outras farmacoterapias e tem efeitos colaterais graves nas mães e nos bebês.

3.4 Progestogênios

O pequeno número de pesquisas controladas sobre o uso de progesterona no trabalho de parto pré-termo estabelecido não demonstrou quaisquer efeitos úteis de inibição do trabalho de parto.

3.5 Sulfato de magnésio

O sulfato de magnésio foi usado para inibição do trabalho de parto pré-termo, embora os estudos controlados por placebo não tenham mostrado que ele seja efetivo na redução da frequência de quaisquer resultados adversos. Pode ter efeitos colaterais graves. Foi descrito edema pulmonar associado à administração de sulfato de magnésio e de corticosteróides no trabalho de parto pré-termo. Como o magnésio é excretado basicamente pelo rim, pode haver hipermagnesemia se houver comprometimento da função renal. Isso pode causar comprometimento dos reflexos, depressão respiratória, alteração da condução miocárdica, parada cardíaca e morte. O exame regular dos reflexos tendíneos protege contra essas complicações, pois esses reflexos desaparecem com níveis de magnésio menos elevados que aqueles causadores de depressão respiratória e distúrbios da condução cardíaca.

Os níveis de magnésio no feto acompanham de perto os níveis maternos. Os lactentes nascidos durante ou logo após o tratamento apresentam sonolência; têm tônus muscular redu-

zido, baixos níveis de cálcio, e podem levar 3 ou 4 dias para eliminar o excesso de magnésio.

3.6 Antagonistas do cálcio

Os “bloqueadores dos canais de cálcio” ou “antagonistas do cálcio” incluem uma grande variedade de substâncias diferentes e aparentemente não-relacionadas, algumas das quais, como o verapamil e o nifedipino, foram usadas no tratamento da cardiopatia isquêmica e da hipertensão arterial, e também foram usadas no tratamento da hipertensão gestacional.

Nos poucos e pequenos estudos realizados para avaliar esses agentes no trabalho de parto pré-termo, foram descritos menos efeitos colaterais maternos, maior adiamento do parto e menos internações na unidade de terapia intensiva neonatal. São necessários outros estudos randomizados bem planejados para estabelecer se esses efeitos levam a melhora da evolução do recém-nascido e do lactente.

3.7 Antagonistas da ocitocina

Vários antagonistas análogos da ocitocina estão sendo investigados atualmente. Os resultados obtidos até hoje sugerem que pode haver menos efeitos colaterais maternos em comparação com os betamiméticos, enquanto os efeitos sobre a atividade uterina são semelhantes.

3.8 Diazóxido

O diazóxido é um potente agente anti-hipertensivo que também inibe as contrações uterinas. Possui muitas propriedades em comum com os betamiméticos, tanto sobre o sistema cardiovascular quanto sobre o metabolismo dos carboidratos. Não foram descritos estudos controlados do uso desse medicamento no trabalho de parto pré-termo, embora ele seja considerado o principal agente tocolítico em pelo menos alguns centros da América do Norte. Os dados disponíveis não justificam seu uso na gravidez e certamente não para a inibição do trabalho de parto pré-termo.

4 Outros tratamentos no trabalho de parto pré-termo ativo

4.1 Hidratação

A hidratação com líquidos intravenosos, com ou sem sedação, é usada freqüentemente como conduta primária para interromper o trabalho de parto pré-termo, particularmente na América do Norte. Essa conduta não foi bem avaliada, e os dados disponíveis mostram que a hidratação não é mais útil que a ausência de tratamento. Há aumento do risco de edema pulmonar se forem usados subsequentemente medicamentos inibi-

dores do trabalho de parto. Essa prática deve ser abandonada, exceto se houver indicações para comprová-la.

4.2 Agentes antimicrobianos

A infecção subclínica e a colonização bacteriana podem causar trabalho de parto pré-termo com ou sem ruptura prévia das membranas. Durante muitos anos foram descritos dados que apóiam essas sugestões em várias associações epidemiológicas, microbiológicas e histológicas entre parto pré-termo e infecção do trato reprodutivo. Assim, a hipótese de que a antibioticoterapia poderia ser benéfica no tratamento de mulheres em trabalho de parto pré-termo é atraente.

As indicações dos poucos estudos realizados são conflitantes. Quando as membranas estão intactas, os dados não demonstram benefício significativo da antibioticoterapia sobre a taxa de parto pré-termo, prolongamento da gravidez, síndrome de angústia respiratória ou sepse neonatal, embora a infecção materna (corioamnionite/endometrite) e a enterocolite necrotizante neonatal tenham sido reduzidas. Em geral, parece haver pequeno aumento da mortalidade relacionada perinatal associada ao uso de antibióticos. Está sendo realizado um grande estudo multicêntrico pragmático que deve ajudar a esclarecer algumas dessas incertezas.

A antibioticoterapia após ruptura de membranas pré-termo antes do trabalho de parto está associada a prolongamento da gravidez, redução da corioamnionite e redução da morbidade infecciosa neonatal. Não foram detectadas diferenças sobre outras medidas de morbidade ou mortalidade neonatal a curto ou longo prazo nos estudos descritos.

4.3 Sulfato de magnésio

Os lactentes nascidos muito, ou extremamente, prematuros correm maior risco de paralisia cerebral; quanto menor a idade gestacional ao nascimento maior é o risco. Em estudos de caso-controle há uma forte associação entre exposição pré-natal ao sulfato de magnésio antes de parto muito prematuro e uma redução do risco de paralisia cerebral, mas também há preocupações com um possível aumento da mortalidade perinatal com o uso de sulfato de magnésio. Atualmente estão sendo realizados diversos estudos controlados internacionais multicêntricos para avaliar se a administração pré-natal de sulfato de magnésio a mulheres imediatamente antes de parto muito prematuro reduz o risco de paralisia cerebral do lactente.

5 Manutenção da inibição do trabalho de parto pré-termo

A interrupção bem-sucedida do trabalho de parto pré-termo não significa que o problema não ocorrerá novamente antes

de ser atingida maturidade fetal adequada. Assim, a atenção foi voltada para detectar recorrências e manter a inibição do trabalho de parto durante o tempo necessário.

A monitorização domiciliar da atividade uterina é usada para detecção precoce de recorrências em mulheres cujas contrações foram efetivamente interrompidas por tratamento do trabalho de parto pré-termo.

Os betamiméticos administrados por via oral para manter a inibição do trabalho de parto após a interrupção das contrações uterinas por tratamento intravenoso reduzirão o risco de trabalho de parto pré-termo recorrente, mas não reduziram a incidência de parto pré-termo. Os poucos estudos descritos da manutenção oral de inibição do trabalho de parto não detectaram qualquer efeito sobre a incidência de síndrome de angústia respiratória ou morte perinatal.

O tratamento de manutenção com magnésio oral não mostrou reduzir o risco de parto pré-termo ou de mortalidade perinatal, embora os poucos estudos realizados tenham sido de má qualidade.

6 Conclusões

As intervenções sociais e as medidas físicas foram desapontadoras por sua ineficácia na prevenção do trabalho de parto pré-termo. O aumento do suporte social, embora seja promissor, não mostrou ser efetivo na redução do risco de trabalho de parto e parto pré-termo. A monitorização domiciliar da atividade uterina é uma intervenção dispendiosa e invasiva, que não demonstrou qualquer benefício significativo. O repouso no leito, que foi avaliado principalmente na gravidez múltipla, não reduz o risco de parto pré-termo. Não foram demonstrados benefícios (ou riscos) de exames vaginais repetidos ou avaliação ultra-sonográfica da porção cervical.

Não há indicações de que o uso profilático de betamiméticos orais cause mais benefícios do que danos. Como não se pode considerar o tratamento a longo prazo com esses agentes desprovido de efeitos adversos sobre o bebê, eles não devem ser usados fora do contexto de estudos controlados. Entretanto, há indicações razoáveis de que o tratamento de manutenção oral após inibição do trabalho de parto pré-termo ativo com betamiméticos intravenosos reduz a frequência de trabalho de parto pré-termo recorrente e a necessidade de hospitalização repetida, bem como o tratamento intravenoso com betamiméticos, embora não tenha sido demonstrada redução do risco de parto pré-termo ou de resultados neonatais significativos.

Atualmente, apenas duas categorias de drogas merecem consideração como inibidores do trabalho de parto pré-termo:

agentes betamiméticos e inibidores da síntese de prostaglandinas. Todas as outras são obsoletas, excessivamente perigosas ou ainda estão em fase experimental. Não há mais lugar para o etanol ou a progesterona no tratamento do trabalho de parto pré-termo. Os análogos da ocitocina e os antagonistas do cálcio foram insuficientemente estudados para determinar se são benéficos. O sulfato de magnésio, embora muito usado em alguns centros, nunca foi avaliado adequadamente. Outras drogas, como o diazóxido, não devem ser usadas em tentativas de inibir o trabalho de parto pré-termo devido ao seu potencial de efeitos colaterais graves.

A rejeição de outros agentes não significa forte endosso dos betamiméticos ou dos inibidores da síntese de prostaglandinas. Embora ambos sejam efetivos para adiar temporariamente o parto, não há indicações de que o uso dessas drogas reduza por si só a morbidade de lactentes. Eles podem ser úteis quando o tempo ganho antes do parto é usado para implementar medidas efetivas, como transferência da mãe para um centro com instalações adequadas para assistência perinatal e neonatal intensiva, administração de corticosteróides pré-natais para reduzir a morbidade neonatal, ou uso criterioso de “conduta expectante” no período da gestação em que as chances de sobrevivência íntegra do lactente são muito pequenas. O tratamento com essas drogas potentes pode ser perigoso para as mulheres e ocasionalmente pode resultar em morte materna.

Os potenciais benefícios dos betamiméticos, ponderados em relação ao risco de efeitos adversos, não justificam seu uso em mulheres com cardiopatia, hipertireoidismo ou diabetes. Se for necessário inibir o trabalho de parto nessas mulheres, os inibidores da síntese de prostaglandinas são a opção lógica. Para outras mulheres que necessitam de inibição do trabalho de parto, os betamiméticos são atualmente as drogas de escolha.

O tratamento de manutenção oral com betamiméticos ou magnésio após a inibição de trabalho de parto pré-termo ativo não reduz o risco de parto pré-termo.

Os papéis dos antimicrobianos no trabalho de parto pré-termo ativo, e o sulfato de magnésio administrado imediatamente antes do parto pré-termo para prevenção de paralisia cerebral, estão em avaliação.

Fontes

Effective care in pregnancy and childbirth

Keirse, M.J.N.C., Grant, A. and King, J., Preterm labour.

Crowther, C. and Chalmers, I., Bed-rest and hospitalization during

pregnancy.

Grant, A., Cervical cerclage to prolong pregnancy.

Biblioteca Cochrane

Atallah, A.N., Hofmeyr, G.J. and Duley, L., Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems.

Crowther, C.A. and Moore, V., Magnesium for preventing preterm birth after threatened preterm labour.

Crowther, C.A., Hiller, J.E. and Doyle, L., Magnesium sulphate for preventing preterm birth in threatened preterm labour [protocol].

Hodnett, E.D., Support during pregnancy for women at increased risk.

Kenyon, S. and Boulvain, M., Antibiotics for preterm premature rupture of membranes.

King, J. and Flenady, V., Antibiotics for preterm labour with intact membranes.

Makrides, M. and Crowther, C.A., Magnesium supplementation during pregnancy.

Revisões pré-Cochrane

Grant, A.M., Cervical cerclage (all trials). Review no. 04135.

Stutz pessary vs cervical cerclage. Review no. 03282.

Kaufman, K., Weekly vaginal examinations. Review no. 06818.

Keirse, M.J.N.C., Ultrasound vs pelvic examination for prevention of preterm delivery. Review no. 06817.

Betamimetic tocolytics in preterm labour. Review no. 03237.

Prophylactic oral betamimetics in pregnancy. Review no. 04401.

Oral betamimetics for maintenance after preterm labour. Review no. 04380.

Tocolytic treatment during preterm labour after PROM. Review no. 04397.

Prophylactic oral betamimetics in twin pregnancies. Review no. 03462.

Ethanol tocolysis in preterm labour. Review no. 04377.

Progesterone in active preterm labour. Review no. 04381.

Indomethacin tocolysis in preterm labour. Review no. 04383.

Prendiville, W.J., 17alpha-hydroxyprogesterone caproate in pregnancy. Review no. 04399.

Outras fontes

Buekens, P., Alexander, S., Boutsen, M., Blondel, B., Kaminski, M. and Reid, M. (1994). Randomised controlled trial of routine cervical examinations in pregnancy. European Community Collaborative Study Group on Prenatal Screening. *Lancet*, 344, 841-4.

CHUMS (The Collaborative Home Uterine-Monitoring Study) Group (1995). A multicenter randomized controlled trial of home uterine monitoring: active versus sham device. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 173, 1120-7.

Dyson, D.C., Danbe, K.H., Bamber, J.A., Crites, Y.M., Field, D.R., Maier, J.A. et al. (1998). Monitoring women at risk for preterm labor. *N. Eng. J. Med.*, 338, 15-9.