10º FEPEG FÓRUM ENSINO • PESQUISA EXTENSÃO • GESTÃO
RESPONSABILIDADE SOCIAL: INDISSOCIABILIDADE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA
Realização: Unimontes, Secretaria de Desenvolvimento Econômico, Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, Minas Gerais
Apoio: FAPEMIG, FADENOR
ISSN 1806-549 X

Autor(es): VICTOR BRUNO DA SILVA, AMÉRICA MARIA ELEUTÉRIO DEL MENEZZI, ANA MARIA DOS SANTOS NUNES

Avaliação do diagnóstico de trabalho de parto pré-termo em um hospital do norte de Minas Gerais

Introdução

Apesar dos avanços científicos na área da obstetrícia, a prematuridade ainda é a principal causa de morbimortalidade perinatal, estando associada, principalmente, a complicações infecciosas, respiratórias e neurológicas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) são considerados prematuros todos os recém-nascidos vivos com idade gestacional inferior a 37 semanas (< 259 dias) contadas a partir do primeiro dia da última menstruação (BEZERRA; OLIVEIRA; LATOIRE, 2006; BITTAR; ZUGAIBE, 2009).

A prematuridade pode ser espontânea ou eletiva. A prematuridade espontânea, correspondente a maior parte dos casos, sendo consequência do trabalho de parto espontâneo, propriamente dito, ou da rotura prematura das membranas amnióticas. A prematuridade eletiva, por sua vez, consiste na indicação médica e interrupção precoce da gestação por intercorrências maternas e/ou fetais, representando entre 20% e 35% dos partos pré-termos. A morbidade neonatal é maior entre os prematuros eletivos, os quais apresentam taxas mais altas de problemas respiratórios e hipoglicemia tendo, com um ano de idade, maior incidência de doença pulmonar crônica e retardo no crescimento (RADES, BITTAR; ZUGAIBE, 2004).

Cerca de metade dos casos de parto pré-termo espontâneo têm causa desconhecida. No restante pode estar associada a diversos fatores: sociais, tais como gestantes nos extremos etários e baixo nível socioeconômico; obstétricos, que podem ser devido à infecção amniótica ou a alterações hormonais; ginecológicos, amputação do colo uterino, malformações uterinas e miomas; além de fatores clínico-cirúrgicos, como infecção urinária e necessidade de uma cirurgia durante a gravidez (BRAQUIÃO, 2011). Já em relação ao parto pré-termo eletivo, os principais motivos que levam a interrupção da gestação são: sofrimento fetal anteparto, síndromes hipertensivas, restrição do crescimento fetal, entre outros (RADES; BITTAR; ZUGAIBE, 2004).

O diagnóstico correto de um trabalho de parto pré-termo (TPP) é uma dificuldade presente na vida da maioria dos obstetras, pois não existe um consenso na literatura atual ou um protocolo baseado em evidências que norteie esses profissionais. O *American College of Obstetricians and Gynecolgists*, um dos órgãos mundiais mais respeitados nesse aspecto, enfatiza que para o diagnóstico de TPP é importante que exista persistência de contrações uterinas regulares, ou seja, pelo menos quatro contrações em 20 minutos ou oito contrações em 60 minutos; dilatação cervical de pelo menos um centímetro e presença de esvaecimento cervical igual ou superior a 80% com progressão das alterações cervicais (BITTAR; ZUGAIBE, 2009). O diagnóstico falso positivo de TPP pode trazer consequências danosas às gestantes, bem como para os serviços de saúde, com aumento de internações e do uso de medicamentos desnecessários pelas grávidas, ocupação excessiva de leitos, dificuldade de alta, aumento da ansiedade materna. Nesse contexto, o presente estudo objetivou avaliar o seguimento de um protocolo para TPP estabelecido em um hospital de referência do município de Montes Claros - Minas Gerais.

Material e métodos

Trata-se de um estudo retrospectivo com abordagem quantitativa, em que foi avaliada a conduta dos profissionais de saúde mediante o diagnóstico de trabalho de parto pré-termo.

O estudo foi conduzido na unidade obstétrica do hospital Santa Casa de Misericórdia de Montes Claros, referência em gravidez de alto risco no Norte de Minas Gerais e sul da Bahia. Esse hospital alberga uma grande equipe de profissionais, incluindo médicos especialistas, residentes e acadêmicos de medicina, os quais estão envolvidos na admissão e na avaliação inicial das pacientes que procuram atendimento, assim como na atuação direta no Bloco Obstétrico (BO). Essa diversidade de médicos e áreas de atuação, além do grande número de estudantes flutuantes, fazem com que seja de vital importância uma conduta uniforme para o funcionamento do serviço. Pensando nisso, associado às dificuldades no diagnóstico do TPP, a equipe de médicos que atuam na área de alto risco desse hospital elaborou um protocolo para uniformizar os critérios de internação e a conduta a ser adotada em cada caso, sendo utilizado como base o Índice de Bishop Modificado (IBM), pela facilidade de sua utilização.

O IBM, originalmente criado em 1964, avalia cinco parâmetros: consistência do colo uterino, posição do mesmo, grau de apagamento, dilatação do colo uterino e altura de apresentação do polo fetal. Em 1996 foi acrescentado um novo

Apoio financeiro: Recursos Próprios.
Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes: 626.759/2014.

ISSN 1806-549 X

parâmetro, o comprimento do colo uterino. O escore de Bishop ainda é considerado um dos métodos mais confiáveis na avaliação do colo uterino. (ARAGÃO et. al., 2011).

A amostra do presente estudo foi composta por todas as gestantes admitidas na Santa Casa de Montes Claros no período primeiro de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2014, com diagnóstico de trabalho de parto pré-termo (CID 060.0) na internação, perfazendo um total de quarenta e nove gestantes.

A partir da amostra selecionada, foi realizada uma análise retrospectiva dos prontuários. A análise buscou dados como: identificação da paciente (idade e número de atendimento), idade gestacional no momento da internação, dinâmica uterina, características do colo (consistência, posição, grau de apagamento e de dilatação), altura de apresentação do polo fetal, uso de medicamentos (buscopan, nifedipina, corticoide), estado da bolsa amniótica (íntegra ou rota) e evolução para parto.

Com as informações obtidas mediante a revisão dos registros médicos dos atendimentos, realizou-se uma análise estatística descritiva quantitativa simples, cujo objetivo foi verificar os aspectos relevantes à pesquisa.

Este trabalho foi realizado dentro dos preceitos éticos, contando com a apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, processo nº 626.759/2014.

Resultados e discussão

Quando foi analisada a ocorrência ou não de nascimento dos filhos das pacientes internadas, foi observado que catorze gestantes deram à luz no período da internação, de forma que dessas catorze apenas duas possuíam o colo com dilatação inferior a dois centímetros, uma com dilatação entre dois e três centímetros e todas as outras onze tinham uma dilatação do colo uterino igual ou superior a quatro centímetros. Todas as mães que não tiveram os seus filhos na internação por TPP possuíam dilatação do colo uterino discreto (inferior a dois centímetros).

Das quarenta e nove pacientes internadas no serviço de alto risco com diagnóstico de TPP, nesse período, somente em vinte e quatro foi realizada a infusão de Buscopan simples no soro fisiológico de forma ambulatorial, conforme sugerido no protocolo. Quanto à realização de tocólise com o uso de Nifedipina com doses de ataque (10 miligramas via oral a cada 20minutos até a cessação das contrações ou até completar 40 miligramas - 4 doses) e de manutenção (20 miligramas via oral de oito em oito horas - máximo 60 miligramas /dia- mantendo por até 48 horas, ou 24 horas se não houver contrações), apenas em sete pacientes não foi prescrito essa medicação, sendo os casos descritos na Tabela 1. Não foi prescrito o uso de corticoterapia para oito pacientes (Tabela 2).

Dos catorze partos registrados em apenas dois não foi realizada a segunda dose de corticoide, de sorte que em todas essas gestantes foi infundido nifedipina ataque e manutenção, tendo sido observada melhora das contrações, mas mesmo assim ocorreu a evolução para parto.

O índice de BISHOP não pode ser avaliado, pois na maioria dos casos não foram descritos todos os parâmetros utilizados para o cálculo dessa escala (posição do colo, apagamento, dilatação, altura da apresentação e consistência do colo uterino). Foi possível analisar apenas um dos itens do IBM, a dilatação do colo uterino, a qual foi a variável mais constantemente documentada nos registros médicos. De todas as gestantes que possuíam dilatação uterina inferior a quatro centímetros, apenas uma evoluiu para parto no momento da internação. Dessa forma, se o protocolo com o cálculo do IBM tivesse sido aplicado corretamente, provavelmente muitas internações poderiam ter sido evitadas, já que a melhora dos sinais clínicos após uso de Buscopan autoriza alta clínica sem necessidade de internação hospitalar.

De acordo com os dados analisados nesse trabalho, podemos concluir que apesar do hospital em questão ter um protocolo para atendimento de gestações de alto risco, e de todos os médicos plantonistas terem acesso a esse protocolo, muitos dos critérios estabelecidos pelo protocolo não são seguidos diante das pacientes com diagnóstico de TPP (como o uso do Buscopan e de soro fisiológico na admissão). Apesar do uso de hidratação parenteral não reduzir a taxa de partos prematuros, em ocasiões de dúvidas, como quando as contrações uterinas e as alterações do colo são pouco evidentes, existindo dúvida quanto ao diagnóstico do TPP, a infusão de soro por uma hora com cessação das contrações uterinas pode indicar um falso trabalho de parto (FEBRASGO, 2013).

Deve-se ressaltar que uma importante limitação do estudo foi a ausência de dados nos registros médico-hospitalares das pacientes incluídas nesse estudo. Em todos os registros estudados observou-se a ausência de algum dado do exame obstétrico habitual que deve ser realizado nestes casos, impossibilitando o cálculo do IBM e uma análise real da necessidade de indicação de terapia com tocólise.

ISSN 1806-549 X

Considerações finais

O trabalho de parto prematuro é um dos maiores desafios para os obstetras, de forma que apenas a instituição de protocolo para a sua abordagem é insuficiente para reduzir o número de internações desnecessárias. É preciso que exista uma maior sensibilização dos obstetras para a importância da utilização de um protocolo para a abordagem de pacientes com diagnóstico de TPP, além de uma maior conscientização de toda a equipe obstétrica sobre a importância de se ter registros médico-hospitalares adequados e completos, a fim de melhorar o serviço de alto risco do hospital.

Agradecimentos

À Universidade Estadual de Montes Claros pelo incentivo ao desenvolvimento de projetos de pesquisa. Ao Hospital Santa Casa de Misericórdia de Montes Claros pelo apoio e disponibilidade de acesso aos dados. Aos médicos residentes de Ginecologia e Obstetrícia da instituição pelo auxílio prestado quando necessário.

Referências bibliográficas

ARAGÃO,J.R.B.F; *et al*. Ultrassonografia do colo uterino versus índice de Bishop como preditor do parto vaginal. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 33, n. 11, pags: 361-366, 2011.

BAQUIÃO, I. **Trabalho de parto prematuro**: fatores de risco e estratégias para sua predição e prevenção. 2011. 41f . (Trabalho de conclusão de curso de especialização) - Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2011.

BEZERRA , L. C. ; OLIVEIRA , S.M.J. V ; LATORRE , M.R D. Prevalência e fatores associados à prematuridade entre gestantes submetidas à inibição de trabalho de parto prematuro. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**., Recife, v. 6, n. 2, pags: 223-229, abr. / jun. 2006.

BITTAR, R.E; ZUGAIBE, M. Tratamento do trabalho de parto premature. **Rev Bras Ginecol Obstet**., v. 31, n. 8, pags: 415-422, 2009.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA - FEBRASGO. **Manual de perinatologia**, São Paulo, 118 p; 2013.

RADES,E; BITTAR,R. E; ZUGAIB,M. Determinantes Diretos do Parto Prematuro Eletivo e os Resultados Neonatais. **Rev Bras Ginecol Obstet**., v. 26, n. 8, pags: 655-662, 2004.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MONTES CLAROS. **Manual de Protocolos de Ginecologia e Obstetrícia:** equipe de alto risco da Santa Casa de Montes Claros. 4ed. 58p.

Tabela 1: Pacientes que não utilizaram Nifedipina.

Idade Gestacional	Posição do colo	Apagamento	Dilatação	Evolução para parto
33,4 semanas	Posterior	> ou = 50%	Nenhuma	Não
35 semanas	Centralizado	> ou = 50%	07 cm	Sim (Parto normal em três dias)
32 semanas (Gemelar)	Centralizado	> ou = 50%	02 cm	Não
30 semanas (Trigemelar)	Centralizado	> ou = 50%	04 cm	Sim (Não registrado em quanto tempo)
29,6 semanas	Posterior	> ou = 50%	06 cm	Sim (em menos de 24h)
23 semanas	Centralizado	> ou = 50%	Nenhuma	Não
28 semanas	Posterior	> ou = 50%	02 cm	Não

Tabela 2: Paciente que não utilizaram corticoterapia.

Idade Gestacional	Posição do colo	Apagamento	Dilatação	Consistência	Evolução para parto
25 semanas	Posterior	*	02 cm	*	*
30 semanas (Trigemelar)	Centralizado	> ou = 50%	04 cm	*	Sim (Não registrado em quanto tempo)
29,6 semanas	Posterior	> ou = 50%	06 cm	*	Sim (em menos de 24 horas)
23 semanas	Centralizado	> ou = 50%	Nenhuma	*	Não
27 semanas	Posterior	*	Nenhuma	Firme	Não
32 semanas	Posterior	*	*	Firme	Não
34 semanas	Centralizado	> ou = 50%	02 cm	*	Não
34,5 semanas	Centralizado	> ou = 50%	02 cm	*	*

*Não registrado.