Faculdade e Escola técnica Dama

Bacharelado em Enfermagem – 6ª fase

Alunos: Ana Paula Ferreira da Silva, Emerson Euclides

Professora: Isabella Murara Vieira

Disciplina: Assistência de Enfermagem em Obstetrícia

Intercorrências na gestação: Dilatação prematura do colo

“Define-se trabalho de parto prematuro a presença de contrações frequentes e intensas suficientemente efetivas nas modificações cervicais em toda gestante com idade gestacional entre 20 e 37 semanas.” (BARBOSA et al, 2018)

Para Bittar, Carvalho, Zugaib (2005) Mesmo com a evolução e com a melhora na qualidade da assistência no pré-natal, ainda existe uma grande incidência de mortalidade relacionada ao parto prematuro, o que causa complicações e pode levar a criança a morte no seu primeiro ano de vida.

“Na anamnese deve-se avaliar fatores de risco (fisiológicos, comportamentais e psicossociais), problemas na gravidez atual, complicações clínicas associadas e estado fetal.” (BRASIL, 2010 p. 70)

O diagnóstico correto do TPP nem sempre é fácil e classicamente baseia-se na presença de contrações uterinas regulares (pelo menos uma a cada 5 minutos) e persistentes, dilatação cervical igual ou superior a 1 cm, esvaecimento cervical igual ou superior a 80% e progressão das alterações cervicais. No falso trabalho de parto verifica-se apenas o aparecimento de contrações irregulares e sem coordenação, além da ausência de modificações importantes no colo uterino.(BITTAR; CARVALHO; ZUGAIB, 2005)

 De acordo com Bittar (2018 p. 196) são complicações do trabalho de parto prematuro: síndrome da angústia respiratória, hemorragia intracraniana, enterocolite necrosante e morte neonatal as quais acontecem com maior frequência com idade gestacional menor que 32 semanas, sendo maior risco abaixo de 28 semanas.

“O fator de risco mais importante é a história de parto prematuro prévio, o risco de um novo evento varia entre 14 e 22%. Após dois partos prematuros, o risco é de 28 a 42% e de 67% após três.” (DÓRIA; SPAUTZ, 2011 p. 444)

Para Dietrich *apud* Danesh (2015 p. 9)

Há 30 anos que os glicocorticoides são usados no trabalho de parto prematuro para amadurecer o pulmão fetal e reduzir significativamente a incidência da síndrome de desconforto respiratório, hemorragia ventricular e morbimortalidade neonatal em até 50%.

Diante do diagnóstico de TPP, procede-se à internação hospitalar e a parturiente é mantida em repouso no leito. As seguintes providências e avaliações devem ser realizadas:

Para Bittar (2018 p. 202) Avaliar a vitalidade fetal, quando se tem idade gestacional igual ou superior a 25 semanas, através da cardiotocografia fetal, a ultrassonografia, para confirmar a posição do feto, volume do líquido amniótico, peso fetal e idade gestacional, acesso venoso periférico e coleta de exames laboratoriais e tocólise, se necessário.

Segundo Bittar; Carvalh; Zugaib (2005), a inibição do trabalho de parto é indicada, de acordo com o período do início dos sintomas, dilatação superior a 3cm, e idade gestacional de 22 a 34 semanas. Nos locais onde os riscos para o recém-nascido são maiores, a inibição deve ocorrer até as 36 semanas.

“O objetivo principal para o uso destas drogas é inibir as contrações uterinas e adiar o nascimento por pelo menos 48h, em gestantes com até 34 semanas.” (BITTAR, 2018 p. 203)

“Após a inibição do TPP e por ocasião da alta hospitalar, recomendamos à gestante repouso físico e sexual e, apesar das controvérsias, a manutenção da progesterona natural até 36 semanas de gestação.” (BITTAR, 2018 p. 203)

Embora a prevenção da prematuridade continue a ser um desafio para a obstetrícia, alguns resultados têm sido obtidos por meio da identificação e tratamento de infecções genitais e trato urinário, assim como com a adaptação laboral da grávida de risco. (BRASIL, 2010 p. 71)

De acordo com Dória; Spautz (2011 p 446) Apesar de todas as ações voltadas à previsão do que pode acontecer, poucas são as ações para prevenção do trabalho de parto prematuro, provavelmente por apresentar etiologias diferentes, e por ainda não ter sido demonstrado na literatura um método eficaz de prevenção.

**REFERÊNCIAS**

DÓRIA, Maíra Teixeira; SPAUTZ, Cleverton Cesar. **Trabalho de parto prematuro:** predição e prevenção. Curitiba PR, 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n9/a2957.pdf> Acesso em: 21/09/2020

DIETRICH, Cristine. Corticoide no manejo do trabalho de parto pré-termo e seu efeito sobre a avaliação do Doppler das artérias oftálmicas e artérias uterinas. 2015. Tese de Doutorado. Disponível em: [https://repositorio.ufcspa.edu.br/jspui/bitstream/123456789/389/1/%5bDISSERTA%c3%87%c3%83O%5d%20Dietrich%2c%20Cristine](https://repositorio.ufcspa.edu.br/jspui/bitstream/123456789/389/1/%5BDISSERTA%C3%87%C3%83O%5D%20Dietrich%2C%20Cristine) Acesso em: 22/09/2020

BITTAR, Roberto Eduardo. Parto pré-termo. São Paulo SP, 2018. Disponível em: [file:///C:/Users/dfcei/Downloads/143192-Texto%20do%20artigo-296445-1-10-20180614.pdf](file:///C%3A/Users/dfcei/Downloads/143192-Texto%20do%20artigo-296445-1-10-20180614.pdf) Acesso em: 21/09/2020

BITTAR, Roberto Eduardo; CARVALHO, Mário Henrique Burlacchini; ZUGAIB, Marcelo. Condutas para o trabalho de parto prematuro. Rio de Janeiro RJ, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032005000900010> Acesso em: 21/09/2020