

EPIDEMIOLOGIA DO PARTO PRETERMO

Apesar da intensa investigação e enormes progressos na Medicina, ainda hoje não são completamente conhecidos os mecanismos causadores do Parto Pretermo, tornando a prevenção deste acontecimento uma das mais importantes questões não resolvidas que os obstetras enfrentam.

A incidência de parto pretermo varia de país para país, de raça para raça, mas, apesar dos avanços nos cuidados obstétricos, não se tem modificado significativamente durante os últimos 30 anos; de facto, nos países mais industrializados aumentou até ligeiramente. Uma das razões para que tal aconteça é o avanço da tecnologia médica, permitindo que actualmente possam nascer e sobreviver bebés que, há alguns anos atrás, não teriam tido essa capacidade. Por outro lado, o melhor domínio e compreensão de algumas doenças crónicas, permitiu que hoje possam ser mães, mulheres que, pela patologia que têm, não teriam tido possibilidade de levar a cabo uma gravidez até à viabilidade do feto.

Assim, a Reprodução Medicamente Assistida que condiciona um maior número de gravidezes gemelares, ou o melhor controle de algumas doenças como a diabetes, preeclâmpsia, doenças imunológicas e outras, acabam por aumentar o número de partos pretermo por indicação médica.

Como acontece o parto pretermo?

O início do parto pretermo é espontâneo em cerca de 20 a 30 %, após rotura de membranas (Bolsa de Águas) em 30 a 40% dos casos e é medicamente indicada em 35 a 40% dos nascimentos de bebés prematuros.

O parto pretermo é um síndrome complexo em cuja génese são conhecidos múltiplos factores de risco; há já evidência de que estão implicados factores bioquímicos, imunológicos, histopatológicos e anatómicos.

Os estudos clínicos e experimentais mostram que o parto pretermo resulta basicamente de 4 mecanismos patogénicos primários: activação de mecanismos feto-maternos hormonais, de inflamação, hemorragia decidual e distensão anormal do útero. Embora cada um destes mecanismos seja diferente, partilham vias bioquímicas comuns de estímulo à contractilidade uterina e a alterações bioquímicas que levam à rotura de membranas e à modificação das características do colo do útero.

Factores de risco

É bem conhecida a associação de alguns factores de risco ao parto pretermo:

A gravidez gemelar é um dos mais elevados, bem como a **história de um parto pretermo anterior**. A recorrência do parto pretermo varia entre 17 e 40% estando relacionada com o número de partos pretermo anteriores.

Infecções, urogenitais ou sistémicas, como pneumonias, pielonefrite ou apendicite aguda, podem originar aumento da actividade uterina, podendo ocasionar parto pretermo.

Embora nos partos espontâneos a causa exacta seja muitas vezes desconhecida, há uma forte evidência que a infecção intrauterina está associada a mais de 40% dos partos pretermo espontâneos, especialmente em idades gestacionais muito precoces, estando confirmada a relação entre a infecção intrauterina e a existência de certas infecções vaginais, nomeadamente a vaginose bacteriana. A infecção parece também ser responsável por cerca de 60% dos casos de rotura de membranas.

Recentemente também tem sido valorizado o papel das infecções dentárias- periodontite- na ocorrência de prematuridade.

A Hemorragia Vaginal causada por placenta prévia ou descolamento de placenta, está associada a um risco tão elevado quanto a gravidez gemelar. Também a hemorragia de causa não esclarecida a partir do 2º trimestre, aumenta o risco de parto pretermo.

Determinados **problemas ginecológicos** tais como, malformações uterinas, fibromiomas ou incompetência cervico-ístmica estão também fortemente associados a parto pretermo.

Há ainda outros factores descritos em estudos epidemiológicos mostrando que circunstâncias sociais adversas, tais como dificuldades económicas, problemas sociais e comportamentais, baixo nível educacional, estão significativamente associadas a um risco aumentado, bem como peso muito baixo antes da gravidez, ou grandes alterações da quantidade de líquido amniótico.

Outros riscos ainda incluem idade materna muito jovem, a raça negra, existência de determinadas doenças crónicas, ou anomalias do feto.

Alguns estudos da fisiologia do parto sugerem que há processos imunológicos, neuroendócrinos envolvidos no desenrolar do trabalho de parto normal e de pretermo.

De acordo com esta tese, o stress materno crónico torna-se um factor de risco importante e independente para o parto pretermo, podendo resultar numa activação prematura dos sistemas endócrinos feto-maternos. Contudo, nem todas as mulheres com elevados níveis de stress ou infecções genitais têm partos pretermo; de facto pouco se sabe acerca dos processos que determinam a diferença de susceptibilidade pessoal nesta situação.

Tem sido recentemente estudada a hipótese de uma predisposição genética sugerida pela história pessoal, familiar ou racial.

Prevenção

Conceptualmente, a prevenção do parto pretermo pode ser dividida em duas áreas. A primeira envolve a redução dos factores de risco presentes e a melhoria da qualidade de vida, incluindo

repouso e nutrição, redução do stress físico e emocional. No entanto, esta estratégia, utilizada há alguns anos em países desenvolvidos, não se mostrou eficaz para a diminuição de incidência do parto pretermo. Outros programas focaram-se na detecção precoce do início do parto: contracções e alterações do colo do útero. Para isso elaboraram-se programas educacionais dirigidos à grávida, vigilância médica dirigida às modificações do colo, ou vigilância das contracções no domicílio por meios tecnológicos. Nenhuma destas medidas teve o sucesso esperado, provavelmente porque os sintomas iniciais são muitas vezes ténues e as contracções podem não ser percebidas até uma fase relativamente avançada do processo.

Os meios tradicionais de predizer quais as mulheres em risco para parto pretermo baseados na história obstétrica, nos sintomas ou nos riscos epidemiológicos têm elevada probabilidade de falha. Actualmente a ecografia para medição do colo uterino e análises bioquímicas, podem aumentar a capacidade de detecção e ajudar a determinar a importância de cada patologia para o risco total de parto pretermo.

Uma das difíceis decisões de um obstetra é determinar se uma grávida com sinais iniciais de parto pretermo está realmente em trabalho de parto. Numerosos estudos confirmam que cerca de 50 % das grávidas com uma situação de ameaça de parto pretermo, irão ter o parto a termo. Por esta razão é tradicionalmente feita uma observação durante várias horas (internamento de curta duração) e avaliada a necessidade de terapêutica ou possibilidade da grávida poder regressar a casa.

A prevenção da prematuridade tem sido difícil e ineficaz pela sua etiologia multifactorial e em parte desconhecida.

Assim as estratégias recentes de prevenção apostam na detecção de incompetência do colo, da infecção em fase subclínica e de estudo e avaliação de efeitos hormonais

Deste modo as terapêuticas actuais têm como objectivo

- Corrigir precocemente as anomalias detectadas (tratamento das infecções, da incompetência cervico ístmica ou de malformações uterinas),
- inibir ou reduzir a intensidade e frequência das contracções a fim de atrasar o parto,
- optimizar o estado geral do feto antes do nascimento.

Embora o repouso seja tradicionalmente uma recomendação, até à data não foi cientificamente comprovado o seu valor na prevenção do parto pretermo

Assim, embora uma redução da actividade física seja apropriada para algumas grávidas com risco de parto pretermo ou para algumas situações clínicas, não há evidência que o repouso completo no leito resulte numa redução da incidência de prematuridade.

Muitas das estratégias usadas ao longo dos anos para a prevenção ou tratamento do parto pretermo não foram eficazes. No futuro, um melhor conhecimento acerca dos mecanismos envolvidos nesta patologia conduzirão a novas condutas e terapêuticas.

Até que novas estratégias sejam encontradas, os esforços são concentrados na prevenção das complicações neonatais, usando corticóides para acelerar a maturidade pulmonar fetal, antibióticos para prevenir determinadas infecções, e na conduta criteriosa para um parto não traumático. Parte fundamental desta estratégia de otimização do nascimento de um bebê prematuro é também que o parto se realize num Centro Hospitalar preparado com tecnologia adequada e equipas experientes nesta situação.