

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIENCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE TOCOGINECOLOGIA

FATORES DESENCADÉANTES DO TRABALHO DE PARTO
PREMATURO E O USO DE TERBUTALINA PARA A SUA
INIBIÇÃO

Florianópolis, 10 de setembro de 1992

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE TOCGINECOLOGIA

FATORES DESENCADEANTES DO TRABALHO DE PARTO
PREMATURO E O USO DE TERBUTALINA PARA A SUA
INIBIÇÃO

AUTORES: JOÃO CARLOS RIBAS
CLÁUDIO DE OLIVEIRA
DOUTORANDOS DA 11ª FASE DO CURSO DE
GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA UNIVERSIDA
DE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ORIENTADOR: RICARDO NASCIMENTO
PROFESSOR AUXILIAR DO DEPARTAMENTO
DE TOCGINECOLOGIA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SANTA CATARINA.

SUMÁRIO

RESUMO.....	4
INTRODUÇÃO.....	5
MATERIAIS E MÉTODOS.....	7
RESULTADOS.....	10
DISCUSSÃO.....	17
CONCLUSOES.....	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25

RESUMO

Foram analisadas, prospectivamente, 50 pacientes em trabalho de parto prematuro ou em ameaça de parto prematuro que foram admitidas na Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis, SC, durante o período de 14 de dezembro de 1991 até 26 de fevereiro de 1992.

O objetivo do estudo foi avaliar os principais fatores desencadeantes do trabalho de parto prematuro, a idade gestacional mais comum em que o mesmo ocorre e a eficácia do uso de terbutalina para a sua inibição.

Os principais fatores desencadeantes encontrados foram amniorrexe prematura, infecção urinária, síndromes hemorrágicas da segunda metade da gestação e stress emocional.

Foi mais comum em mulheres com idade gestacional igual ou superior a 30 semanas.

A terbutalina foi utilizada em 23 pacientes e mostrou uma eficácia de 65,2%. Dessas, 4 pacientes apresentaram efeitos colaterais, incluindo taquicardia e hipotensão, porém, foram bem tolerados.

INTRODUÇÃO

(As elevações nas taxas de morbidade e mortalidade perinatais devem-se principalmente à prematuridade e ao baixo peso dos recém-nascidos prematuros, os quais, na maioria das vezes, necessitam de cuidados intensivos prolongados, o que aumenta em muito os custos hospitalares.^{1,10} Assim sendo, o trabalho de parto prematuro constitui um grande problema à saúde pública, às gestantes e aos obstetras, desde as medidas de prevenção até o tratamento de inibição.¹

Em nosso meio, onde a maioria das gestantes apresentam um baixo nível sócio-econômico e onde os recursos destinados a saúde pública são precários, os programas de prevenção ao nascimento pré-termo como: educação, automonitorização e/ou monitorização ambulatorial da atividade uterina, hospitalização profilática, uso profilático de agentes tocolíticos, uso profilático de cerclagens cervicais e controle de infecções geniturinárias, praticamente inexistem.^{5,6,7,8,10,12,14,15,16,20,22,23} Dessa forma, torna-se imprescindível estar atento para os fatores desencadeantes do trabalho de parto prematuro, bem como para o controle de sua inibição quando esta for necessária.

O uso de terbutalina vem sendo uma boa opção

no tratamento de inibição do trabalho de parto prematuro dentre os beta-simpaticomiméticos e outros agentes tocolíticos.^{1,17,25,26} Ela é uma droga beta 2-agonista e atua relaxando a musculatura lisa uterina e inibindo sua contratilidade, com poucos efeitos colaterais.⁴

Tendo em vista a complexidade da prematuridade e suas repercussões sobre diversos aspectos, o presente trabalho tem como objetivos destacar os principais fatores envolvidos no desencadeamento do trabalho de parto prematuro, avaliar a idade gestacional mais freqüente em que o mesmo ocorre e a eficácia do uso de terbutalina para a sua inibição.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foram analisadas, prospectivamente, 50 gestantes em ameaça de parto prematuro ou em trabalho de parto prematuro que deram entrada na admissão da Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis, SC, durante o período de 14 de dezembro de 1991 a 28 de fevereiro de 1992.

Para as pacientes com ameaça de parto prematuro foram considerados:³ (a) presença de no mínimo três contrações uterinas por hora; (b) colo parcialmente apagado, com dilatação mínima ou inexistente; (c) idade gestacional maior que 22 semanas e menor que 37 semanas. Os critérios utilizados para o diagnóstico de trabalho de parto prematuro foram:³ (a) presença de no mínimo uma contração uterina de 15 segundos por dez minutos, percebida pela palpação abdominal; (b) apagamento cervical ou dilatação cervical igual ou superior que 1cm; (c) mesmo critério anterior para a idade gestacional.

A idade gestacional foi obtida pelo dia da última menstruação e/ou pela ultrassonografia obstétrica realizada previamente ou durante o período de internação, quando necessário.

Cada paciente foi avaliada quanto à raça, profissão, estado civil, vícios e história obstétrica. Caso

a paciente apresentasse algum fator desencadeante associado, o mesmo era assinalado em uma relação que incluía:³ gemelidade, amniorrexe prematura, malformações uterinas e miomas, infecção do trato urinário, polidramnia, incompetência istmocervical. síndromes hemorrágicas da segunda metade da gestação, outras infecções e outros (pré-eclâmpsia, stress,...).

Foi solicitado parcial de urina em todas as pacientes admitidas e, urocultura com antibiograma àquelas com parcial de urina alterado.

A admissão foram analisados sinais vitais e exame obstétrico, dando-se ênfase à atividade uterina e à dilatação e ao apagamento do colo.

As pacientes em que foi diagnosticado ameaça de parto prematuro ou trabalho de parto prematuro permaneceram por um período de 12 a 24 horas na sala de parto para tratamento de inibição, quando houvesse indicação, sob uma das seguintes formas:

a) Terbutalina - 10 ampolas de 0,5mg em 500 ml de SG 5%, endovenoso a 20 gotas/minuto (10 microgramas/minuto);

b) Terbutalina - 10 ampolas de 0,5mg em 500 ml de SG 5%, endovenoso a 10 gotas/minuto (5microgramas/minuto).

As pacientes que não obtiveram inibição, ou seja, aquelas que sob medicação endovenosa na sala de parto não apresentaram mais contração uterina por um período mínimo de 01 hora após a última contração, fo

ram transferidas à unidade de alto risco onde passaram a receber terbutalina, 1 ampola de 0,5mg, subcutânea de 6 em 6 horas, durante 24 horas. As que continuassem sem contrações durante este período, passariam a receber terbutalina, 1 comprimido de 5mg via oral de 6 em 6 horas, por 48 horas, perfazendo um total de 3 a 4 dias de internação.

As pacientes que apresentaram infecção urinária foram tratadas com antibioticoterapia adequada.

Qualquer efeito colateral da terbutalina ficava registrado no prontuário.

As pacientes que obtiveram inibição do trabalho de parto prematuro com o tratamento acima receberam alta hospitalar com terbutalina, 1 comprimido de 5mg via oral de 6 em 6 horas, até completar 37 semanas de gestação.

Caso não respondessem ao tratamento citado, as pacientes evoluíam para parto normal ou cesareana. Se por um ou mais motivos não foi realizado o tratamento, tal motivo foi registrado no correspondente prontuário.

RESULTADOS

Das 50 pacientes estudadas, metade tinha menos que 25 anos de idade e apenas 14% mais que 36 anos. Noventa por cento eram brancas. Trinta e duas pacientes (64%) eram casadas e exerciam atividade domiciliar, enquanto as 18 restantes exerciam outras atividades, dentre elas: doméstica (3), cozinheira (2), costureira (2), estudante (2), secretária (2), balconista (2), professora (1), babá (1), cabeleireira (1), enfermeira (1) e bibliotecária (1).

Com relação à idade gestacional, 82% das pacientes estavam com mais de 30 semanas completas à admissão.

Dezessete pacientes (34%) fumavam entre 5 a 20 cigarros por dia durante a gestação e apenas 1, (2%) era etilista. O restante não apresentava qualquer outro vício.

A apresentação cefálica ocorreu em 94% das pacientes.

Quanto a história obstétrica, 17 pacientes eram primigestas, 10 eram secundigestas, 8 eram tercigestas e 15 pacientes eram plugestas. Trinta e uma pacientes nunca tinham abortado e 19 tinham história de aborto, porém, este dado não está contido na tabela I.

TABELA I - CARACTERÍSTICAS DAS PACIENTES

DADOS	Nº	%
IDADE (anos)		
15 a 25	25	50
26 a 35	18	36
≥36	07	14
COR		
branca	45	90
preta	05	10
ESTADO CIVIL		
casadas	32	64
solteiras	15	30
separadas	01	02
sem registro	02	04
ATIVIDADE EXERCIDA		
domiciliar	32	64
outras	18	36
VÍCIOS		
fumo	17	34
álcool	01	02
nenhum	32	64
IDADE GESTACIONAL (sc)		
22 a 29	09	18
30 a 36	41	82
APRESENTAÇÃO		
cefálica	47	94
pélvica	03	06
PARIDADE		
primigestas	17	34
secundigestas	10	20
tercigestas	08	16
plurigestas	15	30
TOTAL	50	100

≥ = igual ou maior; sc = semanas completas;
 FONTE: Florianópolis-SC-14/12/1991 a 26/02/1992,
 SAME Maternidade Carmela Dutra.

Com relação aos principais fatores desencadeantes antes do trabalho de parto prematuro, das 3 gestantes que apresentavam gemelidade, apenas 2 usaram terbutalina, sendo que uma inibiu e a outra não inibiu o trabalho de parto prematuro.

A ansiedade foi o tipo mais comum de stress nas pacientes com esse fator.

TABELA II - PRINCIPAIS FATORES DESENCADEANTES DO TPP

FATORES	PACIENTES COM O FATOR	
	Nº	%
AMNIOREXE PREMATURA	15	30
INFECÇÃO URINÁRIA	12	24
S.H.	11	22
STRESS	07	14
VULVOVAGINITES	04	08
GEMELIDADE	03	06
PRÉ-ECLAMPSIA	03	06
I.I.C.	01	02
NENHUM	07	14

TPP= Trabalho de parto prematuro; S.H.= Síndromes hemorrágicas da segunda metade da gestação; I.I.C.= incompetência ístmocervical;

FONTE: Florianópolis-SC-14/12/1991 a 26/02/1992;
SAME Maternidade Carmela Dutra.

Dos 15 pacientes com amniorrexe prematura , 7 apresentaram líquido amniótico claro com grumos e 2 líquido amniótico claro sem grumos à admissão. Em 6 pacientes as características do líquido amniótico não estavam contidas nos prontuários.

Os sinais vitais estavam dentro da normalidade em 94% das pacientes. Houve 3 pacientes com temperatura axilar maior que 37,5°C à admissão, sendo 2 com amniorrexe prematura e infecção do trato urinário e 1 apenas com amniorrexe prematura. Dessas 3 pacientes, apenas uma com 34 semanas de gestação e com dois fatores associados foi submetida ao esquema com terbutalina e antibioticoterapia, tendo sucesso na sala de

parto, porém, voltou a desenvolver trabalho de parto pre maturo na unidade e evoluiu para parto normal no 2º dia de internação.

Das 11 pacientes que apresentaram síndro me hemorrágica da segunda metade da gestação, em apenas 6 foi evidenciado sangramento vaginal oriundo do colo no momento da admissão, as outras apresentaram anterior mente.

Apenas uma paciente, primigesta, com ida de gestacional de 32 semanas e com stress emocional u sava terbutalina 1 comprimido de 5mg via oral de 8 em 8 horas desde o 4º mes de gestação.

TABELA III - CARACTERÍSTICAS DO COLO

DADOS	Nº	%
DILATAÇÃO		
fechado	05	10
com 1cm	11	22
com 2cm	07	14
com 3cm	08	16
≥ 4cm	15	30
sem registro	04	08
TOTAL	50	100
APAGAMENTO		
grosso (25%)	27	54
médio (50%)	15	30
fino (75%)	04	08
sem registro	04	08
TOTAL	50	100

FONTES: Florianópolis-SC-14/12/1991 a 26/02/1992;
SAME da Maternidade Carmela Dutra.

O grau de dilatação e apagamento do colo não constava no prontuário de 4 pacientes, das quais duas chegaram em período expulsivo e as outras duas foram submetidas a cesareana de urgência por descolamento prematuro de placenta e por gemelidade com apresentação pélvica.

TABELA IV - ATIVIDADE UTERINA A ADMISSÃO

ATIVIDADE UTERINA	Nº	%
COM AU NOS 1ºS 10min.	42	84
< 80 UM	23	54,7
80 a 120 UM	15	35,7
> 120 UM	04	09,5
SEM AU NOS 1ºS 10min.	06	12
PERÍODO EXPULSIVO	02	04
TOTAL	50	100

AU= Atividade uterina; UM= Unidades Montevidéau;
 FONTE: Florianópolis-SC-14/12/1991 a 26/02/1992;
 SAME Maternidade Carmela Dutra.

Das 23 pacientes que utilizaram terbutalina, apenas 4 apresentaram taquicardia, sendo que uma delas também apresentou hipotensão. Os valores oscilaram entre 120 a 156 b.p.m. para o pulso e 90mmHg para a máxima e 60mmHg para a mínima, com relação a pressão arterial. Duas pacientes usaram terbutalina a 20 gotas/minuto (10 microgramas/minuto) e duas a 10 gotas/minuto (5 microgramas/minuto). Esses foram os únicos efeitos colaterais, observados apenas com a medicação endovenosa. No entanto, todas as 4 pacientes obtiveram

sem precisar interromper ou diminuir a medicação.

TABELA V - PACIENTES QUE UTILIZARAM TERBUTALINA

DADOS	COM INIBIÇÃO		SEM INIBIÇÃO	
	Nº	%	Nº	%
IDADE GESTACIONAL (sc)				
22 a 29	01	06,6	04	50
30 a 36	14	93,3	04	50
Nº FD ASSOCIADOS				
nenhum	04	26,6	02	25
01	09	60	01	12,5
≥02	02	13,3	05	62,5
ATIVIDADE UTERINA				
< 80 UM	11	73,3	01	12,5
80 a 120 UM	04	26,6	05	62,5
DILATAÇÃO DO COLO				
fechado	04	26,6	00	00
com 1cm	05	33,3	01	12,5
com 2cm	03	20	02	25
≥3cm	03	20	05	62,5
APAGAMENTO DO COLO				
grosso (25%)	13	86,6	03	37,5
médio (75%)	02	13,3	04	50
fino (75%)	00	00	01	12,5
TERBUTALINA EV				
10microg/min (20gts)	06	40	07	87,5
05microg/min (10gts)	09	60	01	12,5
PARTOS	-	-	07	87,5
CESAREANAS	-	-	01	12,5
TOTAL	15	100	08	100

sc= semanas completas ; ≥= igual ou maior; <= menor
 UM= Unidaw Montevideú; FD= fatores desencadeantes;
 FONTE: Florianópolis-SC-14/12/ç99ç a 26/02/1992;
 SAME Maternidade Carmela Dutra.

Os principais fatores desencadeantes no grupo com inibição foram amniorrexe prematura, infecção do trato urinário, síndromes hemorrágicas, stress, vulvovaginite, incompetência istmocervical e gemelidade, sendo esta ordem de frequência.

Os principais fatores no grupo que não obteve inibição foram, por ordem de frequência, amniorrexe prematura e infecção do trato urinário, seguidos de stress, síndromes hemorrágicas, gemelidade, pré-eclâmpsia e vulvovaginite.

Das 8 pacientes que não obtiveram inibição com o uso de terbutalina, 3 não tiveram resposta a terbutalina endovenosa na sala de parto e evoluíram para parto normal. As outras 5 pacientes responderam à medicação endovenosa na sala de parto, porém não tiveram sucesso com a continuação da terapia na unidade.

Portanto, o nº total de pacientes que responderam ao uso endovenoso de terbutalina nas primeiras 24 horas foi 20, ou seja, 15 do grupo que obteve inibição e 5 do grupo que não obteve inibição, representando uma efetividade de 86,9% nas primeiras 24 horas.

Os principais motivos pelos quais as 27 pacientes restantes não utilizaram terbutalina foram amniorrexe prematura, descolamento prematuro de placenta, julgar-se gestação à termo, período expulsivo, trabalho de parto adiantado, gemelidade com apresentação pélvica, febre, pré-eclâmpsia, sofrimento e morte fetal. Algumas pacientes apresentavam mais que um desses fatores associados. Dessas, 20 tiveram parto normal e 7 cesareana.

DISCUSSÃO

A incidência de parto prematuro na América Latina oscila entre 10 a 43%. No entanto, por não saber-se ao certo quais são os reais fatores responsáveis pelo desencadeamento do trabalho de parto prematuro, torna-se difícil decidir quando e como deve-se previni-lo.¹

Analisando a nossa casuística, grande parte das pacientes eram brancas, tinham menos de 25 anos de idade, eram casadas, exerciam atividade domiciliar, eram plurigestas ou primigestas, estavam com mais de 30 semanas de gestação à admissão e não tinham história de aborto. A apresentação cefálica foi a mais encontrada. Em frente a esses dados a literatura refere que o parto prematuro é mais freqüente nas adolescentes e com idade gestacional maior que 30 semanas.¹ Por outro lado, diz que a prematuridade é mais comum em solteiras e em mulheres da raça negra, mas cita que isso se deve a presença de outros fatores associados e não especialmente o racial.¹

Parece haver uma relação entre o tipo de atividade física exercida e as horas de trabalho com o parto prematuro. Hoffman e Bakketveig (1984) observaram que o risco de parto prematuro é maior nas gestantes que trabalham em escritórios, comércio e fábricas e menor nas

donas-de-casa e que não trabalham.¹ No entanto, o fato da maior parte das gestantes em nosso trabalho exercerem atividade domiciliar, esta pode não retratar a sua real atividade exercida durante a gestação. Além disso, as gestantes que trabalham mais que trinta horas por semana têm maior risco para parto prematuro.¹¹

Apesar de uma pequena parcela ter história de aborto, isso caracteriza uma maior risco para o parto prematuro nestas pacientes.¹

Pelo fato de um número significativo de pacientes fumarem durante a gestação, é sugestivo que o tabagismo exerça um papel na duração da gravidez. Além do que, o fumo pode exercer uma influência negativa no peso dos recém-nascidos e na sua qualidade futura.¹ Da mesma forma acredita-se que o alcoolismo também contribua para a prematuridade.¹

Os principais fatores desencadeantes do trabalho de parto prematuro estão na tabela II. O nº de pacientes com apenas um fator foi 38 (76%), com dois fatores foi 10 (20%) e com três fatores associados apenas 2 (4%). Dos dez pacientes que tinham dois fatores associados, a infecção do trato urinário estava presente em sete. Dos quinze pacientes que apresentaram amniorrexe prematura, cinco tinham infecção urinária. A associação mais comum no grupo com dois fatores associados foi amniorrexe prematura e infecção urinária., em cinco casos, seguida de gemelidade e infecção urinária em 2.

A alta incidência de amniorrexe prematura ,

30%, está acima dos valores referidos na literatura , 10%.² No entanto, Meigs et al (1987) refere que 47% do prematuros deve-se à amniorrexe prematura.¹

A retração uterina é o principal fator envolvido no desencadeamento do trabalho de parto na amniorrexe prematura.¹

Dos quinze pacientes com amniorrexe prematura, apenas três apresentavam temperatura axilar maior que 37,5°C à admissão, sendo que duas tinham infecção urinária. Apesar de não se saber exatamente as causas do aumento da temperatura nessas pacientes, vale à pena ressaltar que as formas leves e triviais de infecção amniótica são caracterizadas por ligeira hipermia e taquicardia materna. Além disso, o risco de infecção aumenta consideravelmente após 24 horas de rotura.²

Das nove pacientes com amniorrexe prematura, nas quais foram observadas as características do líquido amniótico, essas não apresentaram sinais sugestivos de infecção.

Lonky & Hayashi (1981) dão grande relevo à infecção derivada de cervicite, vaginite e colonização por microorganismos via ascendente, na sua etiologia.²

Alguns questionam o poder bactericida do líquido do líquido amniótico.²

Fisk (1988) revelou que 97% dos perinatologistas preferem a conduta conservadora frente a amniorrexe prematura, sendo a mortalidade perinatal decorren

te da prematuridade ser muitas vezes superior à infecção.²

A amniorree prematura também foi a contra-indicação mais freqüente na inibição do trabalho de parto prematuro.

Apenas duas pacientes conseguiram prolongar a gestação por 48 horas na presença de amniorrexe prematura com o esquema terapêutico, uma com 30 e outra com 34 semanas de gestação. Com relação a isso é recomendável retardar o nascimento, na presença de atividade uterina, de preferência até a 32ª semana e pelo menos durante 72 horas, para se obter maturidade pulmonar fetal.²

Com relação à elevada associação de infecção urinária com os outros fatores, principalmente com a amniorrexe prematura, sabe-se que as infecções geniturinárias são mais comuns no grupo social mais baixo da população e associam-se ao parto prematuro e a rotura das membranas.¹

Haja vista o grande nº de infecções geniturinárias envolvidas no trabalho de parto prematuro, questiona-se o uso profilático de antibióticos durante a gestação.

Mc Gregor e Morales (1988) acreditam que os antibióticos deveriam ser usados como adjuvantes na terapêutico trabalho de parto prematuro, com papel preventivo.²¹

Parece que infecções geniturinárias contribuem com 40 a 60% de partos prematuros associados com

trabalho de parto prematuro ou com ruptura prematura de membranas.²¹

No entanto, o uso profilático em gestantes na presença de amniorrexe prematura não apresentou nenhum benefício na prevenção do trabalho de parto prematuro.²¹

Romero & Mazor (1988) não puderam provar um decréscimo da prematuridade com o uso de antibióticos no tratamento da bactéria assintomática.¹

Com relação as síndromes hemorrágicas da 2ª metade da gestação, o descolamento prematuro de placenta dos casos antes do termo e risco de prematuridade é quatro vezes maior do que na população grávida normal.³

Apesar do stress emocional ser o quarto fator mais frequente nas pacientes estudadas, discute-se se ele realmente pode contribuir no desencadeamento do trabalho de parto prematuro.¹

Omer & Every (1988) acreditam que o stress crônico ou acumulado associam-se constantemente ao parto prematuro.¹

Atualmente acredita-se que o stress está presente em 80% das pacientes com partos pré-termo e em 70% nas com partos à termo. Sendo que a maior parte das pacientes com parto prematuro tinham três ou mais causas de stress, onde a ansiedade provocada pela gestação era a mais comum. Ainda refere que as dificuldades financeiras, conflitos familiares, moradia inadequada e abuso de substâncias são outros tipos frequentes de stress, além da ansiedade.¹¹ Apesar da ansiedade tam-

bém ser o tipo mais comum de stress em nossa casuística, também concordamos que esses fatores contribuim de uma forma importante para a sua elevada incidência. Além disso, o fato da maior parte das pacientes serem casdas e exercerem atividade domiciliar, pode refletir um maior número de conflitos familiares e, levando-se em consideração o baixo nível sócio-econômico dessas paci- entes, sem dúvida isso contribui para a elevada incidên- cia de stress.¹¹

Com relação à gemelidade, a literatura reco- menda um controle pré-natal mais frequente a essas pa- cientes.¹ Também sugere que essas pacientes deveriam ' receber monitorização em casa da atividade uterina , por ser um dos meios mais efetivos de diminuir a taxa de prematuridade nessas pacientes.¹⁵ Todavia, é ques- tionável o uso de agentes tocolíticos na gravidez ge- melar.¹

A terapia tocolítica beta-agonistas parece ser mais efetiva em gestações únicas, com membranas , íntegras e com nenhum fator obstétrico complicando a gestação.²⁷

A literatura refere que é controverso o uso de beta-simpaticomiméticos orais na profilaxia da prematuridade.^{1,3,9,13,17,18,19,20,26}

Os efeitos colaterais apresentados pelas pacientes que usaram terbutalina, estão dentro dos li- mites referidos na literatura.²⁵

Os efeitos colaterais referidos como mais comuns pela literatura incluem: taquicardia, arritmia

cardíaca, edema pulmonar, isquemia do miocárdio e hipotensão.^{1,4,13,24,26,27}

Em nosso trabalho o uso de terbutalina apresentou uma eficácia de 65,2%, mantendo-se dentro dos valores referidos pela literatura, 42 a 89%.^{9,23,26} Todavia, a literatura chama a atenção para uma maior efetividade dos beta-agonistas nas primeiras 24 horas de terapia endovenosa.¹² Tal fato foi observado em nosso trabalho apresentando uma efetividade de 86,9% nas primeiras 24 horas. Ainda relatam que as chances de fracasso com os beta-agonistas é bem maior quando a dilatação do colo é igual ou superior a 3cm e na presença de contrações efetivas à admissão.^{13,23}

Os principais motivos pelos quais as 8 pacientes não obtiveram inibição parece não estar relacionado com a dose da terbutalina e sim por apresentarem condições desfavoráveis à inibição como: presença de dois ou mais fatores associados, atividade uterina superior a 80 unidades Montevideu e colo com dilatação de 3 ou mais centímetros. (tabela V). Essas eram as características da grande maioria dessas pacientes. Julgamos que se não fossem essas as características, a eficácia da terbutalina em nosso trabalho seria maior.

Por outro lado, as 15 pacientes que obtiveram inibição apresentavam melhores condições, dentre elas: apenas um ou nenhum fator associado, atividade uterina inferior a 80 unidades Montevideu e a maioria apresentando dilatação igual ou inferior a 2cm (tabela V).

CONCLUSÕES

- A amniorrexe prematura foi o principal fator desencadeante do trabalho de parto prematuro.
- A infecção do trato urinário foi o segundo fator desencadeante e também foi o fator que mais esteve associado a outros fatores.
- O stress assumiu um importante papel no desencadeamento do trabalho de parto prematuro.
- A idade gestacional mais frequente do trabalho de parto prematuro foi superior a 30 semanas.
- A eficácia do uso de terbutalina foi de 65,2%, estando dentro dos valores da literatura.
- A terbutalina apresentou uma maior efetividade nas primeiras 24 horas, quando administrada endovenosamente.
- Os efeitos colaterais apresentados pelas pacientes não necessitou interromper a medicação ou diminuir a sua dosagem, sendo portanto, toleráveis.
- A eficácia da terbutalina não está relacionada diretamente com a sua dosagem, mas sim com as condições que as pacientes apresentam.
- Os objetivos do trabalho foram alcançados.

REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

- 1 . CORREA, MD: Parto Prematuro. In REZENDE, J: OBSTETRÍ-
CIA. 6ª edição. Editora Guanabara Koogan SA, Rio
de Janeiro, 1991, pag 640-651.
- 2 . BELFORT, P: Amniorrexe Prematura. In REZENDE, J: OBS-
TETRÍCIA. 6ª edição. Editora Guanabara Koogan SA,
Rio de Janeiro, 1991, pag 633-939.
- 3 . CORREA, MD: Parto Prematuro. In REZENDE, J: OBSTETRÍ-
CIA. 5ª edição. Editora Guanabara Koogan SA, Rio
de Janeiro, 1987, pag 587-590.
- 4 . WINER, N: Noradrenalina, Adrenalina e Aminas Simpa-
ticomiméticas. In GILMAN, AG et al. 7ª edição .
Editora Guanabara Koogan SA, Rio de Janeiro, 1987,
pag 112-113.
- 5 . HILL, WC et al: Home Uterina Activity Monitoring is
Associated With a Reduction in Preterm Birth .
Obstet Ginecol. 76(1 Suppl):13S-18S, 1990.
- 6 . CREASY, RK; MERKATZ, IR: Prevention of Préterm Birth:
Clinical Opnion. Obstet Ginecol. 76(1 Suppl):
02S-04S, 1990.
- 7 . MORRISON, JC: Preterm Birth: A Puzzle Worth Solving.
Obstet Ginecol. 76(1 Suppl):05S-12S, 1990.
- 8 . FREDA, MC: A PROPP for the Bronx: Préterm Birth Pre-
vention Education in Inner City. Obstet Gynecol.
76(1 Suppl):93S-96S, 1990.
- 9 . MEYER, WR; RANDALL, HW & GRAVES, WL: Nifedipina Versus
Ritodrine for Supressing Préterm Labor. J Reprod
Med. 35(6):933-939, 1990.
10. UOUNIS, JS et al: Twin gestations and prophylactic
hospitalization. Int J Gynecol Obstet. 32:325-330,
1990.

11. FREDA, MC et al: Lifestyle modification as an intervention for inner city women at high risk for preterm birth. J Adv Nurs. 15(2):364-372, 1990.
12. COX, SM; SHERMAN, ML & LEVENO, KJ: Randomized investigation of magnesium sulfate for prevention of preterm birth. Am J Obstet Gynecol. 163(3): 767-772, 1990.
13. RICCI, JM et al: Oral tocolysis with magnesium: A randomized controlled prospective clinical trial. Am J Obstet Gynecol. 163(3):603-609, 1991.
14. VILLAR, J; REPKE, JT: Calcium supplementation during pregnancy may reduce preterm delivery in high-risk populations. Am J Obstet Gynecol. 163(4 Pt 1) : 1124-1130, 1990.
15. DYSON, DC et al: Prevention of preterm birth in high-risk patients: The role of education and provider contact versus home uterine monitoring. Am J Obstet Gynecol. 164(3):756-769, 1991.
16. HEUBACH, EM et al: Preterm birth prevention: Evaluation of a prospective controlled randomized trial. Am J Obstet Gynecol. 160(3 Pt 1) : 1172-1178, 1989.
17. RIDGWAY, LE et al: A prospective randomized comparison of oral terbutalina and magnesium oxid for the maintenance of tocolysis. Am J Obstet Gynecol. 163(3):879-881, 1990.
18. ASHWORTH, MF et al: Failure to prevent labor and delivery in twin pregnancy using prophylactic oral salbutamol. Br J Obstet Gynecol. 97(10):878-882 , 1990.
19. ESCHENBACH, A et al: A randomized placebo controlled trial of erythromycin for the treatment of Ureaplasma urealyticum to prevent preterm delivery. Am J Obstet Gynecol. 164(3):734-741, 1991.
20. GOLDENBERG, RJ et al: The Alabama Preterm Birth Prevention Project. Am J Obstet Gynecol. 75(6): 933-939, 1990.

21. NEWTON, ER; DISMOOR, MJ & GIBBS, RS: A Randomized, Blinded, Placebo-Controlled Trial of Antibiotics in Idiopathic Preterm Labor. *Obstet Gynecol.* 74(4):562-566, 1989.
22. IAMS, JD: Current Status of Prematurity Prevention. *JAMA.* 262(2):265-266, 1989.
23. HOGUE, CJR & YIP, R: Preterm Delivery: Can We Lower the Black Infants First Hurdle? *JAMA.* 262(4): 265-266, 1989.
24. UTTER, GO et al: Awaiting cervical change for the diagnosis of preterm labor does not compromise the efficacy of ritodrine tocolysis. *Am J Obstet Gynecol.* 163(3):882-886, 1990.
25. BESINGER, RE et al: Randomized comparative trial of indimethacin and ritodrine for long-term treatment of preterm labor. *Am J Obstet Gynecol.* 164(4): 981-988, 1991.
26. TASLIMI, MM et al: A national survey on preterm labor. *Am J Obstet Gynecol.* 160(6): 1352-1357, 1989.
27. LEVENO, KJ; LITTLE, BB & GUNNINGHAM, FG: The National Impact of Ritodrine for Inhibition of Preterm Labor. *Obstet Gynecol.* 76(1):12-15, 1990.

TCC
UFSC
TO
0188

N.Cham. TCC UFSC TO 0188
Autor: Ribas, João Carlos
Título: Fatores desencadeantes do trabal



97806949

Ac. 254322

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM