

CASO 4: IIC/TPP/RAMO

OBJETIVO 1: DEFINIR INCONTINÊNCIA ISTMO-CERVICAL (IC), TRABALHO DE PARTO PREMATURO (TPP), ROTURA ANTEPARTO DE MEMBRANAS OVULARES E ESPECIFICAR AS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE CADA SITUAÇÃO.

Vamos entender esses 3 conceitos que, apesar de parecerem fáceis, podem confundir!

→ **INCONTINÊNCIA ISTMO-CERVICAL:** incapacidade do colo uterino de manter uma gestação até o termo, por perda progressiva da sua função de contenção → causando dilatação cervical indolor (geralmente no 2º trimestre) e perdas gestacionais!!!

A definição clássica é: histórico de 2 ou mais perdas gestacionais consecutivas de 2º trimestre (antes das 28 semanas) e dilatação de colo SEM dor compatível, sugerindo incapacidade do colo de segurar a gestação!!!

Em outras palavras, a IIC é quando o colo está enfraquecido (no objetivo 2 entenderemos o que pode causar isso), e ele tá tão fraco que não suporta o peso do bebê, então quando ele come-

ça a quando ele começa a crescer um pouquinho mais o colo não aguenta → mas esse processo não ativa as vias de parto, então a mulher não vai sentir NADA! → perda indolor no 2º trimestre (que é quando o peso já ultrapassa o que aquele colo fragilizado suporta).

Agora fica muito mais fácil de entender a **clínica:**

- **Perda gestacional INDOLOR (sem contrações uterinas) no 2º trimestre** → lembrando que para diagnóstico são 2 ou + perdas consecutivas antes das 28S (ou seja, segundo trimestre)
- **Dilatação cervical indolor e progressiva** → paciente pode relatar sensação de **pressão pélvica** ou **peso no baixo ventre (justamente a queixa da paciente do caso)**, aumento da secreção vaginal aquosa ou mucosa, pequeno sangramento.
- **Pode ocorrer RAMO até porque:** se o colo está dilatando, as membranas ficam mais expostas → pode ser, inclusive, o primeiro sinal (perda de líquido).

CASO 4: IIC/TPP/RAMO

- Pouca dor e pouco sangramento
- **Concepto sem malformações e vivo antes da expulsão** → até porque não ocorreu o aborto/parto prematuro por conta de alguma anomalia fetal, mas sim por um defeito estrutural do colo
- **Dilatação indolor** → **protusão das membranas (ficam expostas)** → **rotura das membranas (RAMO)** → **expulsão rápida do feto**

Vamos relembrar alguns pontos do caso 4 que falam fortemente de IIC:

- **Histórico obstétrico da paciente:**
 - **1º gestação:** parto prematuro com 25 semanas
 - **2º gestação:** parto prematuro com 23 semanas
 - **3º gestação:** aborto com 19 semanas
 - **4º gestação (a do caso):** aborto com 16 semanas

Perdas gestacionais recorrentes, prematuras e todas no 2º trimestre e, segundo a paciente, indolores.

E percebem que essas perdas estão cada vez mais precoces? É como se o colo estivesse ficando cada vez mais fraco (spoiler: é isso mesmo).

- **Clínica atual:**

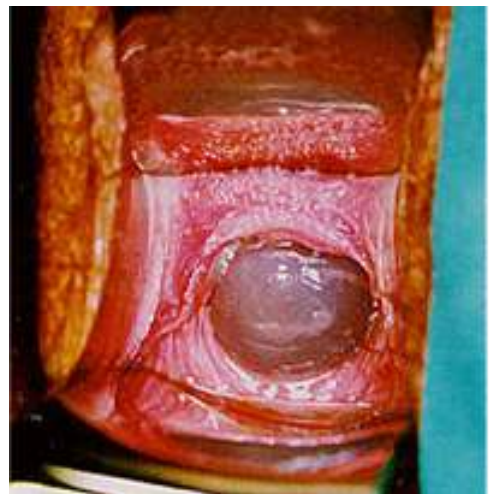
→ Peso no pé da barriga, desconforto leve, tipo cólica: não é dor intensa de parto

→ Evolução rápida, sem sangramento importante, sem contrações

- **Exame físico:**

→ Colo apagado, dilatado 3cm e indolor

→ Exame especular: protusão da bolsa amniótica no terço superior da vagina (opa, esse bebê tá descendo...)



Vejam as membranas ultrapassando o colo → (meramente ilustrativo, essa imagem não está no caso!!!).

CASO 4: IIC/TPP/RAMO

• USG transvaginal

→ morfologia fetal normal, líquido normal e placenta normal: ou seja, o problema não está no feto (lembrem-se que a principal causa de aborto é malformação).

→ Dilatação cervical com presença de membranas no interior do colo (colo não está conseguindo segurar essas membranas)

- **Evolução (exatamente o que já discutimos): dilatação indolor → protusão das membranas (ficam expostas) → rotura das membranas (RAMO) → expulsão rápida do feto**

Ou seja, um caso clássico de IIC!!!

Detalhe importante: o 2º trimestre começa por volta da 14ª semana, se tiver uma perda gestacional antes disso, ou seja, de 1º trimestre, as causas estão mais associadas a: incompatibilidade genética, alterações cromossômicas, falhas de implantação, fatores hormonais e malformações uterinas. Não pensamos em IIC no 1º trimestre porque o feto ainda tá muito pequeno, o colo mesmo enfraquecido ainda dá conta!

• TRABALHO DE PARTO PREMATURO (TPP):

→ **Definição:** início de trabalho de parto com IG MAIOR 20-22 semanas e MENOR que 37 semanas. à ou seja, entre 20/22 semanas a 36 semanas e 6 dias.

→ **Antes de 20-22 semanas:** é considerado **ABORTO**

→ **Depois de 37 semanas:** é considerado **trabalho de parto a termo**

Definimos o prematuro, mas como eu sei se está em trabalho de parto ativo?

→ Paciente tem que apresentar **CONTRAÇÕES REGULARES E DOLOROSAS + MODIFICAÇÕES DE COLO** (paciente tem que apresentar ambos!!!)

Vamos destrinchar:

→ **Contrações uterinas:** contrações regulares quando: 2 a 3 contrações em 10 minutos OU no mínimo 6 em 60 minutos) → ou seja, se repetem em intervalos previsíveis. Têm que ser dolorosas → intensidade suficiente para alterar o colo. **Thicy Mesquita**

CASO 4: IIC/TPP/RAMO

→ **Modificações do colo:** o colo passa por 2 modificações durante o TP.

→ **Apagamento (>80%):** colo vai afinar → passa de espesso para fino.

O colo é feito de colágeno, fibras elásticas e músculo liso → durante a gravidez, ele deve estar comprido, firme e espesso → durante o TP a cabeça do bebê precisa passar, logo, esse colo tem que ficar mais fino e flexível → liberação de prostaglandinas e relaxina amolecem o colágeno → colo fica mais fino, possibilitando maior flexibilidade para a passagem do bebê.

→ **Dilatação cervical (>2 cm):** abertura do orifício cervical interno

Outro ponto importante para a passagem do bebê é a abertura do OCI → as contrações empurram o bebê para baixo → OCI aumenta → considerar como início de TP a partir de 2cm

Importante lembrar dos valores (80% e 2cm)!!!

Trabalho de parto ativo = contrações dolorosas + > 80% de apagamento cervical + dilatação > 2cm.

Sabendo disso: insuficiência istmo-cervical é considerado trabalho de parto? Vamos ver:

Tem modificação de colo: sim!

Tem contrações dolorosas e ritmadas: NÃO!!!!

Logo, IIC NÃO É TRABALHO DE PARTO PREMATURO! O bebê que nasceu é prematuro, mas essa gestante não entrou em trabalho de parto, as modificações cervicais NÃO FORAM provocadas pelas contrações, mas sim por um defeito estrutural no colo.

• ROTURA ANTEPARTO DE MEMBRANAS OVULARES (RAMO)

→ **Definição:** rotura espontânea das membranas coriônica e amniótica antes do início de trabalho de parto (RAMO), **independentemente da idade gestacional!**

Geralmente espera-se que as contrações causem a rotura dessas membranas → **rotura INTRAPARTO.**

Elas podem, inclusive, não romper → **já ouviram falar do parto empelicado?**

Thicy Mesquita

CASO 4: IIC/TPP/RAMO

Mas, no caso da RAMO, a “bolsa” estourou antes das contrações e modificações de colo → **rotura ANTEPARTO**

A gestante vai estar tranquilinha, **sem sentir nada e vai perder líquido** devido ao rompimento das membranas ovulares (coriônica e amniótica).

Agora, voltando para a definição: lembrar que é → **INDEPENDENTE DA IDADE GESTACIONAL** → porque isso confunde MUITO.

RAMO é quando a bolsa estoura **ANTES DO PARTO**, apenas isso.

Se a gestante estiver com 38 semanas e perder líquido amniótico antes das contrações é RAMO? **SIM!**

Se a gestante estiver com 28 semanas e perder líquido antes das contrações é RAMO? **SIM!**

O ponto é: nem todo RAMO está associado com prematuridade. Posso ter uma gestante com >37 semanas que rompeu as membranas ovulares antes de iniciar o trabalho de parto (e não necessariamente isso vai causar problemas).

Claro, se houver uma rotura anteparto em uma gestação pré-termo, isso provavelmente vai implicar em um trabalho de parto prematuro (fora os riscos associados a perda dessas membranas: maior risco de infecções, prolapso de cordão, oligoâmnio).

→ Clínica da RAMO:

Saída de quantidade moderada ou grande de **líquido pela vagina**, de forma **súbita** e **intermitente** → características do líquido: claro, fluido, com odor similar à água sanitária.

No momento da saída de líquido a paciente **NEGA** contrações.

Paciente pode relatar que do nada **“fez xixi”**, mas não é urina!!! Ou então relatar que saiu um líquido que molhou a calcinha e a roupa.

Ao exame físico: líquido claro saindo pelo orifício cervical, acumulado no fundo do saco vaginal (tem algumas técnicas para confirmar se esse líquido é amniótico, mas falaremos no objetivo 3). Altura uterina menor que a idade gestacional (devido ao oligoâmnio).

Ponto importante: o toque vaginal é contraindicado em caso de suspeita de RAMO → lembrem que as membranas que as Thicy Mesquita

CASO 4: IIC/TPP/RAMO

membranas que protegem o feto foram rompidas e se fizer o toque pode facilitar uma ascensão de microrganismos.

→ Podem ocorrer, também, complicações como:

- **Infecção intra-amniótica** → sem as membranas o feto fica mais exposto a infecções por bactérias que ascendem → risco de sepse neonatal e endometrite pós parto.
- **Oligodrâmnio.**
- **Compressão ou prolapso do cordão umbilical** → bebê pode comprimir o cordão, risco de asfixia fetal.
- **Descolamento prematuro de placenta** → o líquido amniótico faz pressão na placenta e assim ela se mantém “grudada” na parede do útero → se diminui o LA, placenta pode descolar com mais facilidade
- **Parto pré-termo** → se ocorrer RAMO em gestação pré-termo! → complicações associadas a prematuridade (e dependem da IG).

Discutimos no tópico de IIC que a fraqueza do colo expõe as membranas e elas podem se romper! No caso, reparem que inicialmente a paciente NEGA perda de líquido e na USG ela estava com LA normal (ou seja, membranas íntegras até então), massss, no último paragrafo:

“Durante a observação na maternidade, a paciente evoluiu com perda espontânea de líquido claro em moderada quantidade pela vagina e, ao ser posicionada para fazer novo exame físico, evoluiu com expulsão de concepto morto” → ela evoluiu com RAMO

Nesse caso, a fraqueza do colo precipitou essa rotura de membranas, por isso importante entender esses conceitos. Pode ter IIC com RAMO. Pode ter trabalho de parto prematuro com RAMO. Pode ter trabalho de parto a termo com RAMO. Basta a bolsa romper antes das contrações!

CASO 4: IIC/TPP/RAMO

OBJETIVO 2: EXPLICAR A PATOGÊNESE DA IIC E DO TPP, CORRELACIONANDO COM OS FATORES DE RISCO DE CADA CASO.

→ PATOGÊNESE DA IIC:

Colo uterino é composto por colágeno, elastina e fibras musculares lisas.

Durante a gestação normal:

- Colo deve permanecer longo, firme e fechado → mantendo o feto dentro do útero
- Ele deve suportar a pressão crescente do útero, com o crescimento do bebê e produção do LA → sem dilatar antes da hora

Masss, na IIC o colo FALHA em sua função. É um colo fraco, incompetente, insuficiente (tadinho...)

Alguma condição vai afetar a estrutura do colo, tornando-o menos resistente.

E o que pode causar essa fraqueza?

→ Doenças do colágeno ou tecido conjuntivo, como:

- Síndrome de Ehlers-Danlos: doença genética do tecido conjuntivo que altera síntese e estrutura do colá-

geno → colágeno do colo é menos resistente e menos organizado → resulta em um colo mais flácido, encurtado e facilmente distensível.

- **Síndrome de Marfan:** doença genética ligada a mutações na fibrilina-1, que altera o tecido conjuntivo.
- **Osteogênese imperfeita:** deficiência na produção de colágeno tipo I

O colágeno tem função de sustentação à pensem nas alterações mamárias, quando estudamos vimos que mamas de pacientes mais jovens tem mais colágeno e são mais firmes à no colo é o mesmo raciocínio, logo, se há menos colágeno, esse colo é menos firme e resistente.

→ Alterações adquiridas (por traumas/manipulações cervicais)

- **Curetagem:** raspagem do endométrio → durante o procedimento o orifício interno e o canal cervical podem ser dilatados → isso pode causar microtraumas ou lacerações cervicais → cicatrização cria áreas de tecido mais frágil.

Thicy Mesquita

CASO 4: IIC/TPP/RAMO

→ **Curagem:** mesmo raciocínio da curetagem.

→ **Conização:** remoção de tecido cervical, geralmente para tratamento de lesões de alto grau → remove tecido estrutural (incluindo colágeno e fibras musculares) → colo fica mais curto e menos resistente.

Coincidência ou não, na 2º gestação da paciente do caso: “houve retenção placentária, sendo necessária curagem e curetagem uterina” e na 3º gestação “aborto espontâneo com 19 semanas, submetida a curetagem uterina”.

Esses procedimentos, provavelmente, não foram a causa da IIC dela, até porque ela já tinha tido uma perda gestacional anterior a realização das curetagens mas lembram que no objetivo 1 ressaltamos que a cada gestação essa dilatação era ainda mais precoce, como se o colo estivesse cada vez mais frágil?

Esses procedimentos podem ter agravado uma fraqueza estrutural pré-existente na paciente!!!!

• Fatores de risco para IIC:

→ **Traumas cervicais prévios:** curetagem, curagem, conização.

→ **Anomalias congênitas.**

→ **Exposição intraútero ao dietilestradiol (DES)** → estrogênio sintético utilizado entre as décadas de 1940-1970 para prevenir abortos espontâneos em gestantes → muitas mulheres foram expostas intraútero ao DES → ele interferia no desenvolvimento fetal do útero e do colo → colo dessas mulheres pode ser mais curto, menos resistente e mais flácido.

→ **Malformações uterinas** → útero em T, septado ou bicornio → podem alterar a formação do colo e a distribuição de pressão cervical.

• PATOGÊNESE DO TRABALHO DE PARTO PREMATURO:

O trabalho de parto prematuro nada mais é que: ativação das vias de parto, mas em gestação pré-termo → ou seja, essas vias são ativadas de forma precoce

CASO 4: IIC/TPP/RAMO

Vamos, antes de tudo, entender a ativação **FISIOLOGICA**:

- **Sinal endócrino materno-fetal:**

feto maduro produz CORTISOL FETAL → aumenta a síntese de estrogênio → progesterona mantém o útero quietinho sem contrair (quiescência), enquanto o estrogênio estimula as contrações → elevação de estrogênio prepara o útero para as contrações.

- **Estrogênio elevado aumenta os receptores de oxitocina no miométrio**

→ aumentando a entrada de cálcio nas células musculares uterinas → mais contrações

- **Liberação de citocinas pró-inflamatórias no útero, decídua e membranas**

→ aumenta produção de prostaglandinas → prostaglandinas produzem metaloproteínases (degradam colágeno), além de aumentarem a sensibilidade a oxitocina e estimularem as contrações

- **Alterações mecânicas do colo e útero:**

Metaloproteínases degradam colágeno e outras proteínas estruturais do colo (lembram que para o bebê nascer esse colo precisa se

apagar?) → apagamento cervical. Além disso, se o colo estiver amolecido, dilata mais fácil.

Entendendo o fisiológico fica muito mais fácil de entendermos o TP prematuro:

Essas vias, que deveriam ser ativadas após as 37 semanas, são ativadas precocemente. Como?

→ Infecções: atividade inflamatória aumenta a produção de citocinas inflamatórias → estimulam a produção de prostaglandinas (influenciam nas contrações) → produção de metaloproteínases (degradam o colágeno do colo) → trabalho de parto antes da hora (prematuro).

(Por isso que em grávida sempre tem que tratar infecções (até bacteriúria assintomática), porque qualquer infecção pode estimular um TP que não deveria acontecer naquela IG.)

- **Estresse mecânico e maior distensão uterina:**

situações como gemelaridade, polidrâmnio, bebês macrossômicos (lembram do DMG?) → causam maior pressão sobre o colo → estimulam alterações cervicais precoces e liberação **Thicy Mesquita**

CASO 4: IIC/TPP/RAMO

local de prostaglandinas e citocinas.

(Por isso que parto gemelar dificilmente é a termo).

→ **Alterações hormonais:** a progesterona mantém a quiescência uterina (o útero fica quietinho, sem contrair), situações que alterem os níveis de progesterona (como disfunção placentária, inflamação) podem estimular contrações precoces.

→ **Estresse materno (seja físico, emocional, trauma) ou fetal (hipóxia)** → liberação de cortisol → cortisol elevado estimula a via que falamos anteriormente (gatilho neuroendócrino).

→ **Colo curto < 2,5cm:** um colo menos facilita que outros gatilhos como inflamação e distensão provoquem contrações e dilatação.

• Fatores de risco para TPP:

Já entendemos alguns na patogênese, mas reforçando:

→ **Trabalho de parto prematuro prévio**

→ **Colo curto < 2,5 cm** → tem que avaliar comprimento do colo em todas as gestações a partir das 20-24 semanas (lembrem que o nome da US de 2º tri-

mestre é: **US morfológica do 2º trimestre + Cervicometria**), contudo, em gestantes com histórico de TPP prévio tem que rastrear a partir das 16 semanas.

Esses 2 são os principais fatores de risco, mas também temos:

→ Gestação múltipla

→ Polidrâmnio

→ Multiparidade

→ ITU, bacteriúria

→ Vaginose bacteriana

→ Tabagismo, etilismo, depressão, ansiedade.

→ **Comorbidades:** diabetes, hipertensão, obesidade.

E muitos outros...

Fatores de Risco para o Parto Pré- Termo

Maiores	Menores
Gestação múltipla	Hipertermia materna
Polidrâmnio	Sangramento uterino
Anomalia fetal	Pielonefrite/bacteriúria
Anomalia uterina	Tabagismo
Cirurgia abdominal na gestação	Adição a drogas
Abortamento de repetição	Abortamento prévio
Conização uterina prévia	Idade > 35 anos
Cérvice uterina incompetente	Parto pré-termo anterior
Rupreme	Vaginite
Corioamnionite	

CASO 4: IIC/TPP/RAMO

OBJETIVO 3: DISCUTIR COMO REALIZAR O DIAGNÓSTICO DE IIC, TPP E RAMO.

Esse objetivo é bem tranquilo, vamos sintetizar esse diagnóstico, fica fácil de entender depois que discutimos as definições e clínica:

→ DIAGNÓSTICO DE INSUFICIÊNCIA ISTMO-CERVICAL (FEBRASGO):

Fora da gravidez:

- Histórico de **2 ou mais** perdas gestacionais **INDOLORES, RÁPIDAS, CONSECUTIVAS** antes das **28** semanas → É basicamente essa história que vai levar ao diagnóstico.

Contudo, alguns **testes complementares** podem ser utilizados (mas não são obrigatórios):

- **Teste da vela:** introduzir um dilatador, se passar com facilidade pelo orifício interno sugere IIC (não faz isso em grávida!!!).
- **Histerossalpingografia:** pode mostrar o OCI dilatado ou canal cervical com formato anormal.

Diagnóstico durante a gestação (em paciente primigesta não dá para avaliar histórico):

- Dilatação cervical progressiva, sem contrações
- Prolapso de membranas pela vagina
- **USG:** afunilamento do orifício interno:

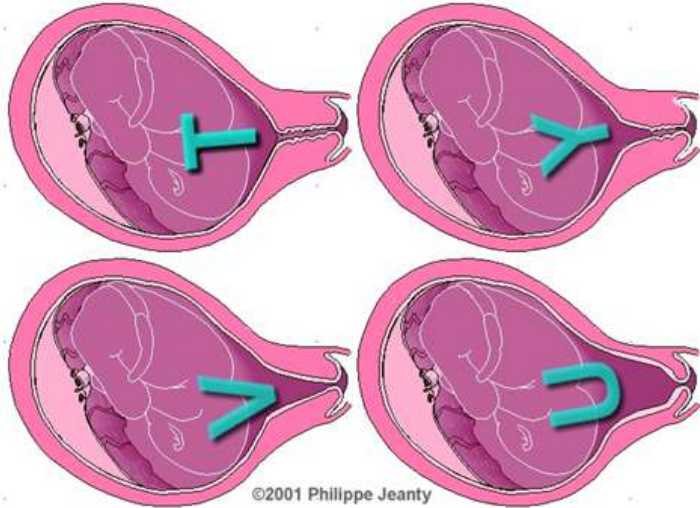
1) Tipo T: estágio inicial onde se observa uma discreta dilatação endocervical homogênea

2) Tipo Y: estágio intermediário com dilatação evidente do orifício cervical interno (OCI), correspondendo ao “sinal do funil” observado nas ultrassonografias

3) **Tipo V:** estágio mais avançado na gravidade da IIC na qual a dilatação do OCI progride até o final do orifício cervical externo (OCE)

4) **Tipo U:** estágio de gravidade acentuada, sendo observada importante herniação da bolsa amniótica, correspondendo a risco grave de parto prematuro ou abortamento inevitável

CASO 4: IIC/TPP/RAMO



Mas o mais importante é a história da paciente!!!!

No CI, a IIC com certeza terá uma história bem típica (como no nosso caso).

→ DIAGNÓSTICO DE TRABALHO DE PARTO PREMATURO

Antes das 37 semanas, presença de:

- **Contrações uterinas regulares (2 a 3 em 10 minutos ou no mínimo 6 em 60 minutos) e DOLOROSAS**
- +
- **Modificações do colo (dilatação > 2 cm E apagamento > 80%), visto através do toque vaginal.**

Isso é o básico! Porém, se surgir dúvida nesses critérios:

- **USG transvaginal:** pode medir o colo, se ele estiver menor do que **2cm** de comprimento fala a favor

de trabalho de parto prematuro → evidencia o apagamento do colo, mas lembrem-se que o termo apagamento é pelo toque vaginal!!!

- Se medir o colo e ele estiver entre 2-3cm pode solicitar **FIBRONECTINA FETAL** → marca desprendimento da interface corio-tecidual → só solicitar fibronectina se **SINTOMÁTICO** (contrações, suspeita de TP ativo).

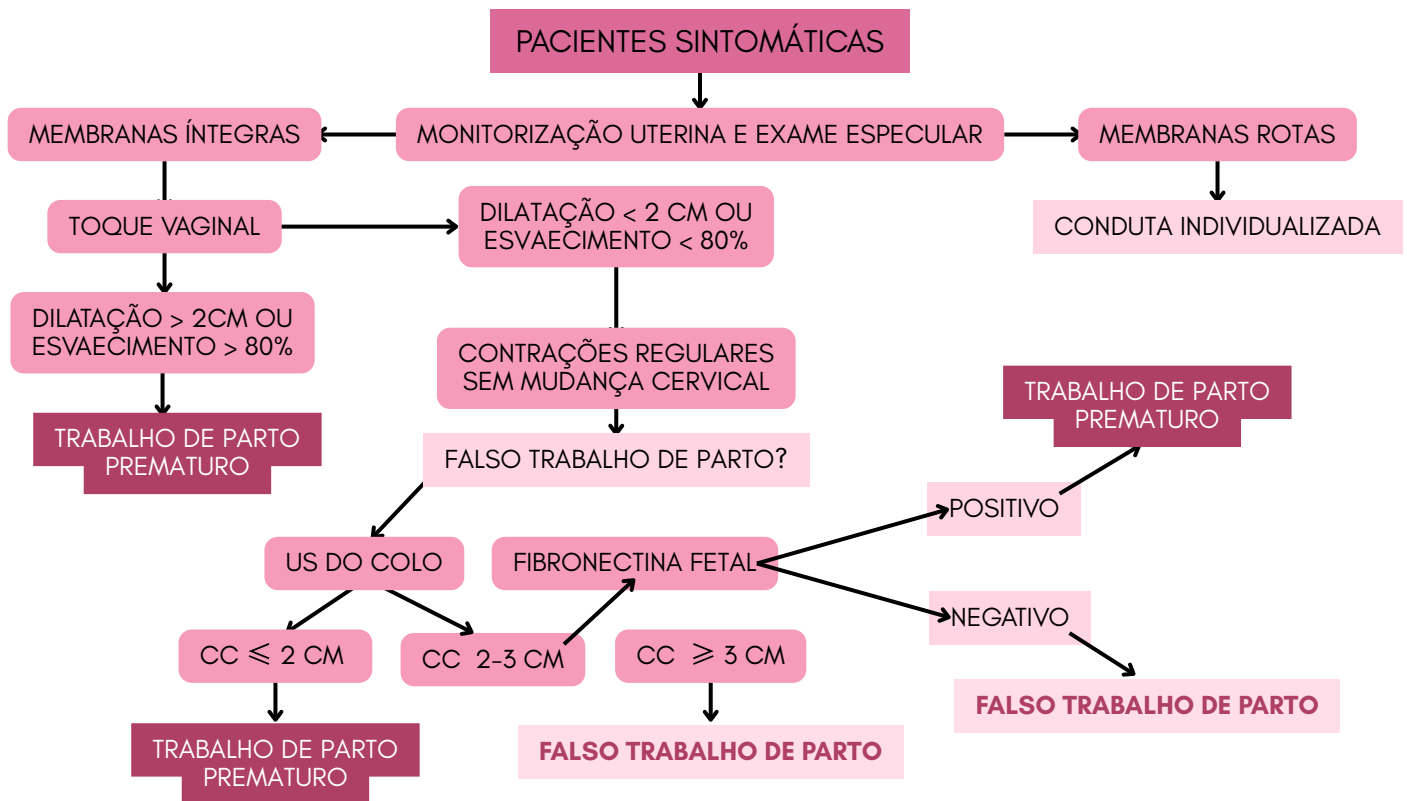
Resumindo: o diagnóstico é feito pela presença de **contrações regulares e dolorosas + toque vaginal com >2cm de dilatação e >80% de apagamento.**

Se **dúvida** sobre as modificações do colo, solicitar **USG transvaginal** para avaliar comprimento do colo (espera-se que esteja **< 2cm** em trabalho de parto, sinal que o colo tá apagando).

Se colo entre **2-3cm** (tá curto, mas ainda não tá no ponto de corte), solicitar **fibronectina fetal** para avaliar se houve desprendimento coriônico da decídua.

Essa mesma ideia, mas em fluxograma:

CASO 4: IIC/TPP/RAMO



→ DIAGNÓSTICO DE RAMO

- O **padrão ouro** é o mais fácil de todos: **visualização de líquido fluindo pelo OCE**, mas existem testes complementares que podem ser utilizados:

→ **Fita medidora de PH vaginal**: pH > 6,5 fala a favor de RAMO

→ **Teste de cristalização**: LA é rico em sais e proteínas, quando ele seca em uma lâmina de vidro, os sais se organizam em padrões cristalinos típicos em aspecto de folhas de samambaia!!!!



até que parece, vai...

→ **Ultrassom transvaginal**: detectar oligoâmnio

Bem tranquilo, né? Lembrando que o PADRÃO OURO é a visualização de líquido saindo do orifício cervical externo!!!!

Thicy Mesquita

CASO 4: IIC/TPP/RAMO

As outras avaliações são **COMPLEMENTARES**. Lembrando, também, que o toque vaginal **NÃO DEVE SER FEITO** em suspeita de **RAMO** (maior risco de infecções).

OBJETIVO 4: SINTETIZAR AS CONDUTAS PERANTE UM CASO DE IIC E TPP.

→ **CONDUTA IIC**

- **Avaliação do colo:** ultrassom transvaginal (geralmente entre 20-24 semanas ou, se TPP prévio ou história que fala a favor de IIC com 16 semanas)
- **Objetivo:** cervicometria → detectar colo curto ou alterações precoces indicativas de insuficiência

Quando tem colo curto:

- **Paciente COM histórico de IIC/perdas gestacionais** → se colo < 2,5cm → CERCLAGEM até 26-28 semanas, com ou sem progesterona junto (mas geralmente eles fazem os dois: cerclagem + progesterona vaginal, segundo minha tutora)

Pode ser feita, também, entre 12-14 semanas (profilática) à geralmente sem progesterona.

- **Paciente SEM histórico de IIC/perdas gestacionais OU paciente primigesta** → se colo < 2cm → realizar progesterona via vaginal (até 36-37s) e observar via US seriado

Além disso:

- Evitar **esforço físico** excessivo ou traumas (muitas mulheres com IIC e até pós cerclagem ficam de cama porque qualquer esforço, associado a gravidade, pode precipitar a dilatação cervical) à mas, se perguntarem no CI não falem repouso absoluto, falem **repouso relativo!!!**

→ **CONDUTA TPP**

Aqui é um pouco mais complexo, vamos dividir em algumas etapas:

Predição:

avaliar cervicometria 20-24 semanas ou, se TPP prévio, com 16 semanas.

Prevenção:

- se TPP prévio → iniciar progesterona via vaginal profilática a partir das 16 semanas, independente da medida do colo.
- se colo curto $\leq 2,5\text{cm}$ → iniciar progesterona via vaginal desde o diagnóstico.

Thicy Mesquita

CASO 4: IIC/TPP/RAMO

se sinais de IIC → avaliar necessidade de cerclagem.

- **Manejo do TPP ativo** (contrações regulares e dolorosas + apagamento >80% e dilatação > 2cm):

Avaliação inicial: internação da gestante, anamnese e exame físico detalhados, sinais vitais maternos, avaliação obstétrica (dinâmica uterina, altura uterina, apresentação fetal, BCF), cardiotocografia fetal, perguntar sobre percepção de movimentos fetais.

Exames laboratoriais iniciais: hemograma, urina tipo 1 e urocultura, pesquisa de streptococo do grupo B (cultura vaginal e anal) e US obstétrica.

TOCÓLISE: pausar as contrações e TP (por 48-72h) para transferir a gestante para um local de referência e para administrar corticoide → utilizar **nifedipino, atosiban ou terbutalina**

- **Critérios para realizar tocólise (tem que ter os 3):**

- 1) Membranas integras (sem RAMO)
- 2) Colo com no máximo 4-5cm de dilatação

- 3) Idade gestacional entre 24-34 semanas

Não realizar tocólise se houver risco materno/fetal de prolongar a gravidez ou se os riscos associados a utilização de uterolíticos superarem os riscos decorrentes do parto pré-termo.

- **MATURAÇÃO PULMONAR FETAL (24-34 semanas + risco de TPP dentro de 7 dias)** → utilizar **betametasona ou dexametasona**
- **NEUROPROTEÇÃO FETAL (24-32 semanas + Alta probabilidade do parto ocorrer nas próximas 24h)** → indicado se TP ativo, TP com bolsa rota, parto pré-termo terapêutico (como vimos lá no resumo de pré-eclâmpsia) → **SULFATO DE MAGNÉSIO**
- **PROFILAXIA PARA ESTREPTOCOCO DO GRUPO B (rastreo universal):**

Se tiver **RN acometido anteriormente** ou **bacteriúria por EGB na gestação atual** nem precisa de rastreo → já vai receber profilaxia

- Rastreo geralmente é feito entre **35-37** semanas (pelo cultura do swab retal e vaginal). **Thicy Mesquita**

CASO 4: IIC/TPP/RAMO

Em caso de parto prematuro provavelmente o rastreio ainda não foi feito:

Coleta o material, faz a cultura, mas **não** espera o resultado para iniciar antibioticoterapia profilática → se resultado da cultura **negativo**, **suspender antibiótico** → droga de escolha: **penicilina C (1º escolha) ou ampicilina**

■ 6.4.4 Antibioticoprofilaxia para estreptococo do grupo B

A recomendação é que seja feita coleta de material (vaginal e anal) para cultura específica dessa bactéria e que, enquanto se aguarda o resultado, administre-se o antibiótico. Se o trabalho de parto prematuro não for inibido, o antibiótico deve ser mantido até o parto. Caso o resultado da cultura seja negativo ou se o trabalho de parto prematuro for inibido, o antibiótico deve ser suspenso após a tocolise.

CASO 4: TRABALHO DE PARTO PREMATURO

EXTRAMAPA: DESCREVER AS DIFERENÇAS ENTRE AS FORMAS CLÍNICAS DE ABORTAMENTO E PROPOR A INVESTIGAÇÃO DAS PRINCIPAIS CAUSAS DE ABORTAMENTO DE REPETIÇÃO.

FORMAS CLÍNICAS:

Importante focarmos em **3 pontos**: como é o sangramento, como fica a altura uterina e, principalmente: se o colo está aberto ou fechado.

Lembrando que:

Aborto à feto < 20-22 semanas OU se não souber a IG: <500g ou <25cm

→ AMEAÇA DE ABORTO:

- Sangramento vaginal leve ou moderado
- Dor abdominal leve ou moderada
- **Colo FECHADO**
- BCF presentes.
- Altura uterina = idade gestacional (até porque o feto ainda não saiu)

→ ABORTO INEVITÁVEL/ ABORTO EM CURSO:

- Processo de abortamento já iniciou e não pode ser interrompido.
- Sangramento vaginal moderado a intenso
- Dor abdominal intensa

- **Colo ABERTO (dilatado)**

- Feto/embrião vivo
- Altura uterina = IG

→ ABORTO INCOMPLETO:

- Parte do concepto foi expelida, mas os restos permanecem no útero
- Sangramento transvaginal moderado/intenso
- Dor abdominal intensa que não melhora após a expulsão (porque não saiu tudo)
- **COLO ABERTO**
- Altura uterina < IG

→ ABORTO COMPLETO:

- Todo o concepto foi expelido, útero vazio.
- Sangramento transvaginal abundante
- Dor abdominal intensa que melhora após a expulsão
- **Colo FECHADO**
- Altura uterina < IG (já saiu tudo)

→ ABORTO RETIDO:

- Feto ou embrião morreu, mas ainda não foi expelido pelo útero
- Sangramento ausente ou leve
- Feto/embrião sem vitalidade
- Altura uterina $\leq$ IG
- **Colo FECHADO**

CASO 4: TRABALHO DE PARTO PREMATURO

→ **ABORTO INFECTADO:**

- Presença de infecção associada ao aborto, geralmente quando há restos ovulares retidos
- Sangramento transvaginal moderado e com odor fétido
- Dor abdominal intensa
- **Colo ABERTO**

Dr. Ederson deu a dica na aula: todo aborto com colo ABERTO começa com a letra i: inevitável, incompleto, infectado

• INVESTIGAÇÃO PARA PERDA GESTACIONAL RECORRENTE:

A PARTIR DE 3 PERDAS GESTACIONAIS → INVESTIGAR

Tem que avaliar:

→ **Anatomia:** malformações uterinas, sinéquias, miomas

→ **Genética (principal causa de aborto):** aneuploidias → avaliar cariótipo do casal ou do conceito abortado

→ **Trombofilias:** investigar SAF, lúpus, trombofilias hereditárias

→ **Endócrino/metabólico:** tireoideopatias, DM, insuficiência lútea

→ **Infecciosa (menos comuns):** parvovírus B19, CMV (quando houver suspeita clínica)

