PROTOCOLOS DE **obstetrícia**

descrições | diagnósticos | tratamentos

zintroys

Apresentação

OS TEMPOS SÃO OUTROS. O conhecimento se modifica vertiginosamente, mal se consegue acumulá-lo dentro de tratados, como se fazia à maneira antiga. A prática médica exige o compromisso de aliar o que está consolidado com os novos conceitos para aumentar a segurança das pacientes e qualificar sua assistência.

A instituição que tem um projeto de qualidade como seu princípio norteador pauta a liberdade de seus profissionais com agilidade gestora que amplifica a proteção dos agentes envolvidos na moderna assistência médica. Este manual de protocolos é instrumento integrador desta harmonia e dinâmica.

Mais uma vez, o Hospital e Maternidade São Luiz aplica seu selo de qualidade diferenciado ao estimular seu corpo médico a pensar e organizar, de forma continuada, benefícios para suas pacientes.

Parabéns!

João Luiz de Carvalho Pinto e Silva
Professor titular de Obstetrícia da
Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp

JANEIRO DE 1969. Comecei a trabalhar no São Luiz como interno do 5º ano. Na época, era auxiliar de cirurgia e ajudante de plantonista do pronto-socorro. Há 39 anos, existiam somente o prédio de três andares do pronto-socorro e os seis andares do prédio do Hospital.

A clínica obstétrica era jovem, tinha dois anos com plantonistas dia e noite. O berçário com plantonista foi montado pelos médicos Ruy Marco Antônio e Luiz Carlos Bueno Ferreira. Desde então, os partos passaram a ser feitos só por médicos, um grande progresso para a época. Acompanhei esse desenvolvimento e, em 1972, comecei a fazer parte da equipe, levado pelo Dr. Paulo Carneiro e Dr. Alceu de Campos Rodrigues. Já nesta época, fazíamos uma reunião científica por mês para discussão de casos e temas de obstetrícia. Isso foi o embrião da nossa maternidade.

Fui chefe da equipe obstétrica de 1975 a 1982 e, nessa época, já contava com 15 plantonistas – hoje, muitos deles são professores em universidades. Em 1983, um novo prédio, só para a maternidade, foi inaugurado. Desde então, progredimos em avanços científicos na Maternidade São Luiz que, agora, ao completar 70 anos, lança um livro de protocolos de obstetrícia, com o mesmo padrão de uma universidade. Vivo há quase 40 anos uma relação emocional e de trabalho com essa instituição que hoje está entre as melhores do país.

Parabéns, São Luiz!

É mais uma vitória que só me traz orgulho
por ser um médico da "casa".

Djalma da Cruz Gouveia
Médico obstetra do Hospital São Luiz

É UM PRIVILÉGIO ter sido indicado para fazer a apresentação destes protocolos obstétricos do Hospital e Maternidade São Luiz. Minha vida profissional como ginecologista e obstetra está profundamente associada à história desta casa, onde atuo há 35 anos. Graças à visão inovadora e aberta às mudanças adotada pelos então responsáveis, principalmente os saudosos doutores Alceu de Campos Rodrigues e Paulo Carneiro, e do meu bom amigo e colega, na época ainda tão jovem, Ruy Marco Antônio, em 1974 fui convidado para trabalhar no São Luiz. Pude, então, colocar em prática minhas novas idéias, com total liberdade de ação, por meio de uma série de modificações dos paradigmas até então vigentes no dia-a-dia de uma maternidade. Assim, tive o privilégio de trazer para esta "casa de nascer", em caráter pioneiro em nosso país, o embrião do movimento que muitos anos mais tarde seria denominado humanização do parto (naquela época, nem se pensava muito no assunto e nem esta expressão era usada).

Ao mesmo tempo, nesta maternidade, foram desenvolvidos e introduzidos, também em caráter absolutamente pioneiro: a participação ativa do pai na sala de parto; a adoção do parto de cócoras ou "parto das índias"; a utilização do bloqueio anestésico fracionado e com diluição suficientemente eficaz para permitir a deambulação livre das parturientes; a implantação do alojamento conjunto; o estímulo para o aleitamento no seio materno desde os primeiros minutos do nascimento e a prática da *shantala*, massagem milenar para bebês. Outro marco de pioneirismo desenvolvido no São Luiz, há cerca de 20 anos, está representado pela videoendoscopia. Após mais de 20 anos de "latência" da laparoscopia, até então exclusivamente diagnóstica, que aprendi e trouxe da França em 1967, tive a primazia de participar neste hospital, junto com poucos entusiastas, das primeiras videolaparoscopias e videohisteroscopias cirúrgicas realizadas no país.

Toda esta "revolução" e progresso estiveram diretamente associados à criação de um selecionado e exigente corpo clínico, bem como ao aperfeiçoamento e à modernização do espaço físico e tecnológico que impôs, com destaque para o berçário e a UTI Neonatal. Tais medidas promoveram excelência nos resultados estatísticos, com grande repercussão e impacto no meio médico, na mídia e na população como um todo, contribuindo para elevar o nome do São Luiz como referência em maternidade, papel que vem mantendo com realce até os dias de hoje, tendo o hospital sido escolhido em primeiro lugar dentre as maternidades de São Paulo, conforme o resultado da pesquisa realizada pela revista "Pais e Filhos" na edição de 13 de julho de 2008.

É sabido que a gravidez, na grande maioria das vezes, segue seu curso sem patologias significativas, requerendo apenas uma postura médica atenta, expectante, de orientação e suporte, nesta fase biopsicossocial tão rica e intensa da mulher. Nós, como equipe multidisciplinar de saúde, temos por obrigação oferecer com responsabilidade, consciência e competência, proteção e segurança ao binômio mãe-filho, em particular na gravidez de risco.

Há muito se fazia necessária a elaboração de um perfil de condutas médicas atualizadas e padronizadas, acessível aos profissionais que militam na área ginecológico-obstétrica onde quer que seja. É com isso que estamos sendo brindados neste momento. Avaliando detidamente estes protocolos, constatamos tanto o critério científico baseado em evidências quanto a forma clara, prática e objetiva com que foram formatados e expostos. Por este motivo, parece natural que a iniciativa louvável da diretoria desta instituição, por meio do seu Centro de Estudos, sob a competente batuta do incansável professor Soubhi Kahhale e agora auxiliado pelo professor Eduardo de Souza, fosse mais uma entre as ações pioneiras, nascida dentro do "nosso" São Luiz e que corrobora seu destacado e inalienável papel na prática de uma medicina moderna e humana em nosso país.
Façamos bom uso desta obra.

Estamos todos de parabéns!

Claudio Basbaum
Médico obstetra do Hospital São Luiz

Agradecimentos

Apresentamos nossos agradecimentos aos conselheiros Helio Vasone e Ruy Marco Antônio, que nos receberam com muito carinho e de braços abertos e ao diretor médico corporativo, Dr. Ruy Bevilacqua, pela confiança que nos tem oferecido. Nosso agradecimento especial para a Dra. Wanda Gomes Carneiro, que nos convidou para fazer parte desta excelente equipe, foi a principal responsável e grande incentivadora deste trabalho, e que, juntamente com os diretores e coordenadores das três unidades hospitalares do grupo São Luiz, nos tem oferecido as melhores condições para o desempenho de nossas atividades científicas. Recebemos apoio imprescindível da equipe de plantonistas de ginecologia e obstetrícia, chefiada pelo Dr. Mario Antonio Martinez Filho, e pudemos contar, também, com a participação efetiva de diversos membros das equipes de neonatologia, (em nome do Dr. Luiz Carlos B. Ferreira e da Dra. Graziela Lopes Del Ben), anestesiologia (em nome do Dr. Milton Brandão Neto), infectologia (em nome do Dr. Orlando J. G. Conceição), terapia intensiva (em nome da Dra. Laís F. Braun Ferreira) e hematologia (em nome do Dr. Marcello Augusto César), além do essencial apoio da equipe de enfermagem (em nome das Enfªs. Maria Lúcia A. P. Cardoso e Fabiana Veras). Agradecemos, ainda, ao coordenador do Centro de Estudos Itaim, Dr. João Fernando M. Ferreira, e ao pessoal do setor administrativo, com carinho especial para a Sra. Sônia Bertoni, sempre muito prestativa e atenta para que tudo desse certo, e ao grupo do marketing, responsável pela formatação final deste manual.

E a todos os que colaboraram, direta ou indiretamente, o nosso muito obrigado.

Soubhi Kahhale

Coordenador da
Clínica Obstétrica Itaim

Eduardo de Souza

Coordenador da
Clínica Obstétrica Anália Franco

Prefácio

Prezados colegas,

É com grande satisfação que apresentamos o manual "Protocolos de Obstetrícia do Hospital e Maternidade São Luiz", fruto de longo trabalho das várias equipes do São Luiz e dos cursos realizados ao longo de muitos anos. Nesse período, eminentes professores das mais importantes escolas médicas participaram do projeto, discutindo conosco as melhores condutas diante das principais intercorrências da gestação. O grupo São Luiz comemora, em 2008, uma tradição de sete décadas na área da saúde apresentando importante contribuição ao atendimento de gestantes. Muitos obstetras desta tradicional maternidade deram apoio decisivo ao aperfeiçoamento desse atendimento.

O objetivo deste manual, que aborda o diagnóstico e o tratamento das principais complicações obstétricas, é fornecer rápida e prática informação para o médico, além de normatizar os procedimentos obstétricos do nosso hospital. Não foi idealizado para substituir o estudo em livros e tratados especializados, mas para ser uma compilação atualizada das rotinas do serviço, com fluxogramas de conduta, exames complementares, listas de diagnósticos diferenciais, além das doses e apresentações dos medicamentos mais usados na prática diária, constando nomes farmacológicos e algumas marcas comerciais.

Sabemos que novos conhecimentos surgem em progressão geométrica. Assim, nosso desafio é revisar constantemente este conteúdo, com o compromisso de mantê-lo permanentemente atualizado, estimulando a prática da medicina baseada em evidências. Para atingir esse objetivo, o nosso manual tem projeto gráfico em diferentes cores, tornando a leitura fácil e agradável. Sua formatação permite encartes futuros de novos protocolos e de atualizações que serão enviadas aos colegas. Temos a expectativa de uma relação de parceria e respeito com o corpo clínico que prestigia nossa Maternidade e, assim, gostaríamos de receber críticas e sugestões.

Soubhi Kahhale

Coordenador da
Clínica Obstétrica Itaim

Eduardo de Souza

Coordenador da
Clínica Obstétrica Anália Franco

Aviso

Este manual tem o objetivo de nortear a conduta em diversas intercorrências obstétricas. O médico especialista, à luz de seus conhecimentos e experiência, deverá determinar a melhor conduta para a sua paciente. Nenhuma responsabilidade por qualquer prejuízo ou lesão às pacientes poderá ser atribuída aos autores ou à instituição. Os nomes comerciais de medicamentos são citados, servindo como exemplo de produtos que geralmente estão disponíveis em nosso hospital para a classe médica. Não há conflito de interesses, e eles poderão ser substituídos por outros com o mesmo princípio ativo. Todos os produtos comerciais são de nossa inteira confiança, assim como os genéricos aprovados pela Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária).

Os autores

Protocolos de obstetrícia

lista de protocolos

PROTOCOLO 1 • Abortamento

PROTOCOLO 2 • Gravidez Ectópica

PROTOCOLO 3 • Moléstia Trofoblástica Gestacional

PROTOCOLO 4 • Hiperêmese Gravídica

PROTOCOLO 5 • Inibição do Trabalho de Parto Prematuro

PROTOCOLO 6 • Corticoterapia Antenatal

PROTOCOLO 7 • Rotura Prematura das Membranas

PROTOCOLO 8 • Hipertensão na Gestação

PROTOCOLO 9 • Síndrome HELLP

PROTOCOLO 10 • Eclampsia

PROTOCOLO 11 • Anemias na Gestação

PROTOCOLO 12 • Diabetes Gestacional

PROTOCOLO 13 • SAF e Trombofilias

PROTOCOLO 14 • Infecção Urinária e Gestação

PROTOCOLO 15 • Sífilis e Gestação

PROTOCOLO 16 • Rubéola e Gestação

PROTOCOLO 17 • Toxoplasmose e Gestação

PROTOCOLO 18 • Citomegalovírus e Gestação

PROTOCOLO 19 • Hepatite B

PROTOCOLO 20 • Hepatite C

PROTOCOLO 21 • HIV e Gestação

PROTOCOLO 22 • Hemorragias do 3º Trimestre

PROTOCOLO 23 • Gestação Gemelar

PROTOCOLO 24 • Doença Hemolítica Perinatal

PROTOCOLO 25 • Restrição do Crescimento Intra-Uterino

PROTOCOLO 26 • Indicações do Ecocardiograma Fetal

PROTOCOLO 27 • Gestação Prolongada

PROTOCOLO 28 • Estreptococos Grupo B

PROTOCOLO 29 • Indução do Parto

PROTOCOLO 30 • Hemorragia Pós-Parto

PROTOCOLO 31 • Medidas Profiláticas para Infecção de Sítio Cirúrgico em Obstetrícia

PROTOCOLO 32 • Infecção Puerperal

PROTOCOLO 33 • Mastite Puerperal

1

Abortamento

Diagnóstico

Exames de rotina

- Confirmação ultra-sonográfica
- Tipagem sangüínea
- Hemograma completo
- Exame anatomopatológico
- Citogenética em casos de abortamento de repetição

Observação

Administrar imunoglobulina anti-Rh para todas as pacientes Rh - com parceiro Rh + ou status não conhecido.

Tratamento

Abortamento no 1º Trimestre

Abortamento completo

Constatados o abortamento completo e a ausência de infecção ou prenhez ectópica, requisitar retorno em 15 dias para revisão pós-abortamento. No retorno, medir dosagem de beta hCG quantitativa.

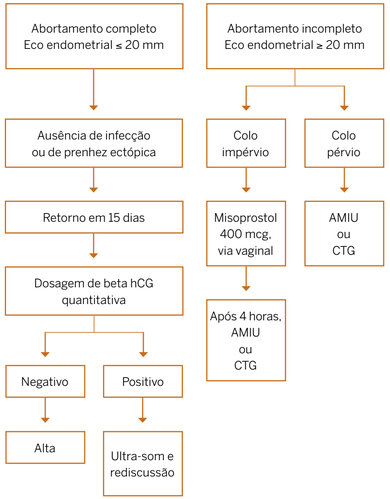
Beta hCG
- Negativo = alta
- Positivo = nova ultra-sonografia e rediscussão do caso

Abortamento incompleto

Colo impérvio
- Misoprostol (Prostokos®) – 400 mcg por via vaginal
- Depois de 4 horas, realizar aspiração manual intra-uterina (AMIU) ou curetagem (CTG)

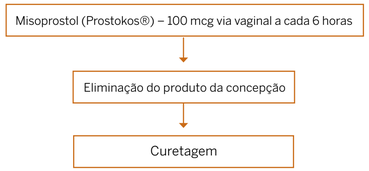
Colo pérvio
- Realizar aspiração manual intra-uterina ou curetagem

Fluxograma Abortamento no 1º Trimestre



Tratamento

Abortamento Tardio (12 a 20 semanas) – conduta



Abortamento Infectado – conduta

Fazer coleta de material para cultura e antibiograma.

Antibioticoterapia recomendada
- Ampicilina + Sulbactam (Unasyn®) – 3 g por via intravenosa, a cada 6 horas
- Adicionar Gentamicina (Garamicina®) –180 mg a 240 mg por via intravenosa, uma vez ao dia

Alta hospitalar
- Amoxacilina + Ácido clavulânico (Clavulin®) – 500 mg a 1 g por via oral a cada 8 horas por 7 dias

Esquema alternativo

- Penicilina cristalina + Gentamicina (Garamicina®) + Metronidazol (Flagyl®)

Em caso de alergia à Penicilina e Ampicilina, administrar Clindamicina e Gentamicina (Garamicina®).

Em caso de colo impérvio

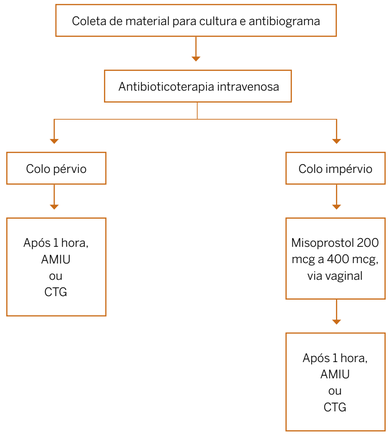
- Misoprostol (Prostokos®) – 200 mcg a 400 mcg por via vaginal
- Depois de 1 hora, realizar aspiração manual intra-uterina ou curetagem

Em caso de colo pérvio

- Depois de 1 hora do início da antibioticoterapia, realizar aspiração manual intra-uterina ou curetagem

Tratamento

Fluxograma Abortamento Infectado



Abortamento Complicado – conduta

- Internação em UTI
- Discussão multidisciplinar. Pode haver indicação para:
  :: Colpotomia
  :: Laparotomia
  :: Laparoscopia
  :: Histerectomia total abdominal

Tratamento

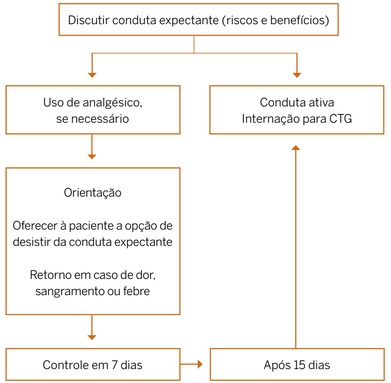
Abortamento Retido

Discutir os riscos e benefícios da conduta expectante.

Caso se opte pela realização da conduta expectante, usar analgésico, se necessário, e oferecer à paciente a opção de desistir.

Fazer controle em 7 dias e, em 15 dias, iniciar conduta ativa com curetagem.

Fluxograma Abortamento Retido



2

Gravidez Ectópica

Descrição

Definição

Implantação e desenvolvimento do ovo fora da cavidade corporal uterina. A localização mais freqüente é na tubária.

Diagnóstico

Clínico

Elementos mais valorizados:
- Atraso menstrual
- Sangramento vaginal
- Dor pélvica e à mobilização do colo
- Massa anexial ao toque

Laboratorial

Beta hCG positivo, porém menor que o esperado.

Ultra-sonográfico

Cavidade uterina vazia e massa anexial.

Observação

Gravidez tópica normal é sempre visualizada no ultra-som transvaginal, quando os títulos de beta hCG são superiores a 2.000 mUI/ml.

Tratamento

Conduta

É determinada a partir dos seguintes critérios:
- Estado hemodinâmico
- Desejo de procriação futura
- Localização e grau de evolução da prenhez

Tratamento Clínico Expectante (em casos selecionados)

Critérios

- Estabilidade hemodinâmica
- Desejo de gravidez futura
- Massa anexial menor que 3,5 cm de diâmetro
- Declínio espontâneo dos títulos de beta hCG no intervalo de 24 horas a 48 horas
- Ausência de embrião vivo
- Termo de consentimento assinado autorizando a realização do procedimento

Tratamento Clínico Medicamentoso (em casos selecionados)

Metotrexato – 50 mg/m2
por via intramuscular, dose única

Critérios

- Estabilidade hemodinâmica
- Massa anexial menor ou igual a 3,5 cm de diâmetro
- Beta hCG menor que 5.000 mUI/ml e ausência de declínio dos títulos de beta hCG no intervalo de 24 horas a 48 horas
- Desejo de gravidez futura
- Exames laboratoriais normais (hemograma completo, enzimas hepáticas e creatinina)
- Termo de consentimento assinado autorizando a realização do procedimento

Acompanhamento após tratamento com Metotrexato (MTX)

- Dosagem seriada de beta hCG, imediatamente antes da ministração do MTX e no 4° dia e 7° dia após o emprego da droga
- Solicitar hemograma completo, enzimas hepáticas e creatinina
- Evolução dos títulos de beta hCG:
  :: Quedas acima de 15% = bom prognóstico
  :: Acompanhamento com dosagens semanais de beta hCG, até negativação

Tratamento

Tratamento Cirúrgico

- Salpingostomia
- Salpingectomia
- Ressecção segmentar

Técnicas

- **Laparoscopia:** via preferencial
- **Laparotomia** : via tradicional, com recuperação mais lenta, mas indicada nos casos de instabilidade hemodinâmica

Critérios

- Instabilidade hemodinâmica (palidez cutâneo-mucosa, taquicardia, hipotensão arterial)
- Abdome agudo hemorrágico (reação peritoneal, descompressão brusca dolorosa, líquido livre na cavidade à ultra-sonografia)
- Massa anexial maior que 5,0 cm à ultra-sonografia
- Presença de atividade cardíaca do produto conceptual
- Beta hCG superior a 5.000 mUI/ml
- Recusa em realizar o tratamento clínico quando este estiver indicado

Observação

Em casos de gestação ectópica de localização mais rara (cornual, cervical e abdominal), recomenda-se discutir com a equipe multidisciplinar do hospital (obstetrícia, cirurgia e radiologia intervencionista) para estabelecimento da melhor conduta.

3

Moléstia Trofoblástica Gestacional

Descrição

Entidades anatomoclínicas

- Mola hidatiforme
  :: Completa
  :: Parcial

- Neoplasias Trofoblásticas Gestacionais
  :: Mola invasora
  :: Coriocarcinoma
  :: Tumor trofoblástico do sítio placentário
  :: Tumor trofoblástico epitelióide

Diagnóstico

Mola Hidatiforme

Fundamenta-se no quadro clínico, na dosagem de níveis séricos persistentemente elevados de subunidade beta (beta hCG) e na ultra-sonografia transvaginal (imagem em "flocos de neve").

Elementos clínicos freqüentes na Mola Hidatiforme Completa
- Sangramento genital na 1ª metade da gestação
- Altura uterina maior que a esperada
- Ausência de batimentos cardíacos fetais
- Eliminação de vesículas
- Toxemia gravídica precoce
- Hiperêmese gravídica
- Sinais e sintomas de hipertireoidismo

Malignização da Mola Hidatiforme

Ocorre quando há elevação ou positivação do beta hCG durante o seguimento pós-molar, afastados nova gestação e resto molar decorrente de esvaziamento anterior inadequado.

Identificação
Para determinar a localização anatômica da malignização e presença de metástases, recorre-se a:

- Exame ginecológico (atenção para a possibilidade de metástases vaginais, que nunca deverão ser biopsiadas, pelo risco de hemorragia)
- Ultra-sonografia de abdome total, pelve e transvaginal, com dopplervelocimetria
- Raio X de tórax
- Tomografia computadorizada ou ressonância magnética cerebral

Os locais mais freqüentes de metástase são: pulmões, vagina, órgãos pélvicos, cérebro e fígado.

Estadiamento
- Não-metastática: restrita ao útero

- Metastática
  :: Baixo risco – metástase pulmonar e/ou pélvica, título de beta hCG < 40.000 mUI/ml e tempo desde o esvaziamento até o diagnóstico < 4 meses
  :: Médio risco: metástase pulmonar e/ou pélvica, título de beta hCG > 40.000 mUI/ml e tempo desde o esvaziamento até o diagnóstico > 4 meses.
  :: Alto risco: metástase cerebral e/ou hepática, independentemente dos níveis de beta hCG, ou resistência à quimioterapia anteriormente aplicada

Observação
O potencial de transformação maligna na mola completa é de até 25%; na parcial, 10%. São fatores de pior prognóstico: idade materna > 40 anos, beta hCG > 100.000 mUI/ml, útero maior que o esperado para a idade gestacional, cistos tecaluteínicos > 6 cm.

Tratamento

Tratamento da Mola Hidatiforme

Esvaziamento molar por meio de curetagem uterina ou por aspiração manual intra-uterina em idade gestacional de até 12 semanas. Nos casos de úteros maiores, recomenda-se vácuo-aspiração elétrica, seguida de curetagem uterina tradicional.

Esvaziamento molar

Medidas prévias ao esvaziamento e exames laboratoriais

- Avaliação clínica (atenção para a estabilização hemodinâmica e sinais de hipertireoidismo)
- Dosagem quantitativa de beta hCG
- Solicitar hemograma, TGO-TGP, T3, T4 e TSH
- Providenciar reserva sangüínea (concentrado de hemácias)

Procedimentos no esvaziamento

- Utilizar anestesia geral ou de condução, de acordo com o estado geral da paciente

- Infundir ocitocina no momento da dilatação
  :: SG 5% – 500 ml
  :: Ocitocina – 15 UI

- Materiais obtidos durante e ao final das curetagens devem ser enviados separadamente para exame anatomopatológico
- Utilizar imunoglobulina anti-D em gestantes Rh - não sensibilizadas
- Não está indicado o uso profilático de quimioterapia
- Nas primeiras horas após o esvaziamento, principalmente nos casos de grande volume uterino, ainda pode se manifestar a deportação vilosa pulmonar, caracterizada por quadro de insuficiência pulmonar aguda (dispnéia, taquicardia e hipotensão), que merece tratamento de suporte imediato

Seguimento pós-molar

Consultas quinzenais para realizar exame físico geral, ginecológico e dosagem do beta hCG até obtenção de título indetectável por 3 vezes seguidas. A seguir, seguimento mensal por 1 ano.

O uso de preservativo é orientado, após a curetagem, até a próxima menstruação, quando a anticoncepção hormonal via oral deverá ser recomendada.

O seguimento pós-molar deve ser realizado, mesmo naquelas submetidas a histerectomia.

Tratamento

Tratamento das formas malignas

Formas não-metastáticas (incluindo mola invasora) e metastáticas de baixo e médio risco

Somente quimioterapia, se a finalidade é preservar a função reprodutiva; associar a histerectomia total abdominal naquelas com prole constituída. Na mola invasora não-metastática, somente a histerectomia total abdominal é suficiente, dispensando a quimioterapia.

Formas metastáticas de alto risco

Além da quimioterapia, está indicada a radioterapia. O tratamento cirúrgico das metástases pode ser necessário, principalmente em casos de sangramento profuso.

Histerectomia

A histerectomia total abdominal profilática com útero cheio é a regra em mulheres com mais de 40 anos e prole constituída; úteros muito volumosos podem requerer, inicialmente, o esvaziamento com aspirador elétrico, realizando-se a cirurgia após cerca de 7 dias.

Mulheres mais jovens, com desejo de esterilização, sem risco cirúrgico significativo, também podem decidir pela histerectomia.

Mulheres com idade inferior a 50 anos devem ter seus ovários preservados.

A histerectomia total abdominal deve ser realizada, independentemente da idade e paridade, nos casos de tumor trofoblástico do sítio placentário e tumor trofoblástico epitelióide.

Quimioterapia

Os seguintes agentes terapêuticos são os mais freqüentemente utilizados:

- Metotrexato

- EMA/CO
  :: Etoposida
  :: Metotrexato
  :: Actinomicina D
  :: Ciclofosfamida
  :: Vincristina

Após o término da quimioterapia, as pacientes deverão ser acompanhadas quinzenalmente (com dosagem de beta hCG) nos 3 primeiros meses e mensalmente até completar um ano do tratamento. É conveniente, ainda, seguimento bimensal por pelo menos mais um ano.

Tratamento

Gravidez Molar e feto vivo

Pode ser resultante de mola parcial ou de gestação múltipla (um ovo com desenvolvimento normal e outro correspondente à mola).

O tratamento merece individualização:

- Sempre discutir com o casal
- Há o risco de malignização (até 55%)
- Deve-se realizar o cariótipo fetal e dosagem de alfafetoproteína no líquido amniótico
- Atentar para o risco de complicações emergenciais, como sangramento, toxemia grave e crise tireotóxica
- Discutir a possibilidade de indução com prostaglandinas ou ocitocina
- A histerotomia só é realizada em casos excepcionais, com sangramento profuso, sem possibilidade de resolução via vaginal

4

Hiperêmese Gravídica

Descrição

Definição

Agravamento do quadro de êmese, geralmente no 1º trimestre gestacional, podendo determinar alterações hidroeletrolíticas, nutricionais e metabólicas.

Incidência

2/1.000 a 3/1.000 gestantes.

Fatores predisponentes

- Primigestas
- Gestantes orientais
- Conceptos femininos
- Gemelidade
- Diabetes melito
- Aloimunização Rh
- Gestação molar
- Gastrites

Etiopatogenia

Ainda não é totalmente conhecida. Envolve níveis elevados de gonadotrofina coriônica, fatores emocionais, nutricionais, imunológicos e metabólicos. Pode também estar relacionada a outras alterações hormonais (tireoidianas, ACTH, cortisol) e a presença do *Helicobacter pilorii*.

Quadro clínico

É evolutivo, com náuseas, vômitos, sialorréia, ansiedade, mal-estar, astenia, graus variáveis de desidratação e perda de peso, cetoacidose, hipoglicemia, distúrbios do equilíbrio eletrolítico e ácido-básico.

Pode gerar, também, comprometimento hepático, com elevação de enzimas, bilirrubinas e aparecimento de icterícia.

Quadros graves podem determinar alterações oftálmicas (retinianas) e acometimento neurológico (hiporreflexia e mialgia).

Pode culminar com aparecimento de alucinações (encefalopatia amoniacal = psicose de Wernicke-Korsakoff), desorientação, ataxia, instabilidade hemodinâmica, coma e tornar-se irreversível, evoluindo para o óbito materno.

Diagnóstico

Diagnóstico diferencial

Composto pelas seguintes patologias que podem estar associadas e que podem atuar como fatores desencadeantes:

- Crise tireotóxica
- Insuficiência adrenal
- Patologias gástricas e esofágicas
- Patologia das vias biliares
- Afecções pancreáticas
- Síndrome HELLP
- Esteatose aguda da gestação
- Intoxicação medicamentosa
- Gastroenterocolite aguda
- Apendicite
- Infecção do trato urinário
- Tumores cerebrais
- Distúrbios psiquiátricos

Exames laboratoriais

- Hemograma e plaquetas
- Osmolaridade
- Na^+, K^+, Cl^-
- TGO, TGP
- Glicemia
- Bilirrubinas totais e frações
- DHL
- Proteínas totais e frações
- TSH e T4 Livre
- Gasometria
- Uréia e creatinina
- Amilase
- Urina tipo I (incluindo pesquisa de cetonúria)
- Urocultura e antibiograma

Sinais de gravidade:

- K < 3,5
- Cetonúria > ++
- Hipocloridria
- Hiponatremia
- Aumento da osmolaridade

Exames complementares especializados

- Ultra-sonografia de abdome total
- Endoscopia digestiva alta
- Exame oftálmico retiniano
- Ressonância magnética de crânio

Tratamento

Casos internados

Oferecer dieta fracionada rica em carboidratos a cada 2 horas, incentivando a ingestão de líquidos gelados e sorvetes.

Hidratação endovenosa conforme a necessidade, com oferta calórica, reposição eletrolítica e vitaminas do complexo B.

Pode ser necessário manter a gestante em jejum oral entre 24 horas e 48 horas.

Tratamento Medicamentoso de 1ª Linha

- Metoclopramida (Plasil®) – 1 ampola por via endovenosa até a cada 6 horas
- Dimenidrinato, Piridoxina, Glicose, Frutose (Dramin B6 DL) – 1 ampola por via endovenosa até a cada 8 horas

Tratamento Medicamentoso de 2ª Linha (com ação central)

- Prometazina (Fenergan®) – 1 ampola intramuscular a cada 8 horas
- Clorpromazina (Amplictil®) – 1 ampola por via endovenosa diluída a cada 8 horas
- Ondansetrona (Zofran®) – 4 mg a 8 mg por via endovenosa a cada 8 horas
- Levomepromazina (Neozine®) – Solução a 4% – 3 gotas por via oral a cada 8 horas

Corticoterapia

- Hidrocortisona (Flebocortide®, Solucortef®) – 100 mg/dia a 300 mg/dia por via endovenosa até melhora do quadro
- Manutenção com Prednisolona (Meticorten®) – 10 mg/dia a 60mg/dia por via oral por 7 dias

Esquemas curtos (de até 7 dias) não necessitam de retirada gradual.

Observação
Casos rebeldes podem requerer o uso de alimentação enteral e até parenteral.

Tratamento

Tratamento Alternativo

- Psicoterapia
- Hipnose
- Técnicas de relaxamento
- Meditação
- Acupuntura
- Homeopatia
- Estimulação elétrica
- Quiropraxia
- Acupressão
- Massoterapia

5

Inibição do Trabalho de Parto Prematuro (TPP)

Descrição

Definição

Define-se como prematuro ou pré-termo o recém-nascido com menos de 37 semanas completas de gestação, ou 259 dias, contadas a partir do 1º dia do último período menstrual normal, não importando o seu peso.

Incidência

Em termos gerais, é estimada em 8% a 12% dos partos.

Importância

A prematuridade é a maior causa de morbidade e mortalidade neonatais.

Etiologia

É multifatorial; destaca-se sua ocorrência diante de processos inflamatórios e infecciosos, locais e/ou sistêmicos.

Diagnóstico

Identificação

Presença de pelo menos 2 contrações em 10 minutos (na avaliação clínica), rítmicas, com sensação dolorosa, acompanhadas de modificações cervicais, independentemente de estarem associadas à rotura das membranas ovulares, sangramento genital ou perda de tampão mucoso.

Nossa rotina, na admissão, é manter a gestante em observação por, no mínimo, 20 minutos, valorizando a presença de pelo menos 4 contrações nesse período.

O uso de tocografia externa pode auxiliar na caracterização das contrações uterinas.

O comprimento cervical inferior a 15 mm, aferido por meio de ultra-sonografia transvaginal, também pode ser útil.

Uso de tocolíticos – avaliação materna e fetal

Avaliação clínica e subsidiária para afastar patologias clínicas e obstétricas

- Controle de pulso materno, pressão arterial e temperatura
- Ausculta cardíaca e pulmonar
- Hemograma completo
- Urina tipo I
- Urocultura e antibiograma
- Pesquisa de estreptococo do grupo B
- Cardiotocografia
- Ultra-sonografia obstétrica com dopplervelocimetria

As avaliações devem ser realizadas concomitantemente à tocólise.

Tratamento

Tocolíticos

Regras gerais

- Idade gestacional entre 22 semanas e 34 semanas
- Bolsa íntegra
- Dilatação de, no máximo, 5 cm no início da inibição
- Sugere-se tempo de uso máximo dos tocolíticos de 48 horas
- No caso de recorrência do TPP, reavaliar globalmente o caso antes de nova tocólise
- Evitar a associação dos tocolíticos
- Não utilizar hidratação isoladamente como tocolítico
- Promover apoio emocional à gestante
- Ausência de complicações maternas e/ou fetais, clínicas e/ou obstétricas que desaconselham o prolongamento da gestação

Objetivo primordial

Postergar o parto por 48 horas a 72 horas para realizar ciclo completo de corticoterapia.

Corticoterapia: Betametasona (Celestone Soluspan®) 2 ampolas (12 mg) por via intramuscular/dia durante 2 dias consecutivos (1 ciclo).

Utilizar, no máximo, 2 ciclos separados por pelo menos 7 dias.

Tratamento Medicamentoso

1ª Opção
- Antagonistas de ocitocina – Atosiban (Tractocile®)
- Beta-adrenérgicos – Terbutalina (Terbutil®; Bricanyl®)
- Bloqueadores de canais de cálcio – Nifedipina (Adalat®)

Opções de exceção
- Inibidores de prostaglandinas – Indometacina (Indocid®)
- Sulfato de magnésio

Manutenção pós-tocólise
- Progesterona natural micronizada (Utrogestan®; Evocanil®) 200 mg por via vaginal à noite, até 34 semanas

Tratamento

Atosiban (Tractocile®)

Possui 2 tipos de apresentação comercial:
- Ampola de 6,75 mg em 0,9 ml
- Frascos de 37,5 mg em 5 ml

Etapa 1
1 ampola de 0,9 ml por via endovenosa em *bolus*, em 1 minuto, sem diluir.

Etapa 2
Infusão de solução a 24 ml/h durante 3 horas (total de 72 ml). O restante do volume (28 ml) será infundido na velocidade de 8 ml/h, até terminar o produto.

Etapa 3 (se necessário)
Nova infusão subseqüente (90 ml de soro + 10 ml de Atosiban) é praticada, na velocidade de 8 ml/h, por até 45 horas.

Observações
70% a 80% dos casos costumam ser inibidos apenas com as etapas 1 e 2.

A infusão intravenosa para as etapas 2 e 3 é preparada em bolsas de 100 ml de SG a 5%, SF a 0,9% ou ringer-lactato. Retire 10 ml de solução da bolsa de infusão e substitua por 2 frascos de 5 ml de Atosiban (ou seja: 90 ml de soro + 10 ml de Atosiban).

Mulheres com recorrência de trabalho de parto prematuro podem receber até três retratamentos.

Terbutalina (Bricanyl®, Terbutil®)

Dose de ataque
- Adicionar 5 ampolas em 500 ml de SG a 5%
- Iniciar com 10 gotas/min a 20 gotas/min e observar tolerância da paciente (manter pulso materno abaixo de 120 bpm)
- Se necessário, aumentar de 10 gotas/min a 20 gotas/min a cada período de 20 minutos ou 30 minutos até obter a inibição e manter esta infusão por cerca de 12 horas (dose máxima de 80 gotas/min)

Dose de manutenção
- Após 12 horas, na ausência de contrações, diminuir de 10 gotas/min a 20 gotas/min, a cada período de 20 minutos a 30 minutos, mantendo dose mínima necessária por cerca de mais 12 horas

Atenção
Não utilizar terbutalina por via oral ou subcutânea, ou isoxsuprina (Inibina®), por serem ineficazes.

Tratamento

Nifedipina (Adalat®)

Dose de Ataque
- Cápsulas de Adalat® – 10 mg a cada 20 minutos (máximo de 3 cápsulas), por via oral

Dose de Manutenção
- Comprimidos de Adalat Oros® – 20 mg a cada 8 horas durante 48 horas

Uso de exceção

Indometacina (Indocid®)
- 100 mg por via retal a cada 12 horas ou 24 horas ou 25 mg por via oral a cada 6 horas durante 48 horas

Sulfato de magnésio
- Dose de ataque
  4 g por via endovenosa em 5 minutos
- Dose de manutenção
  2 g/h a 4 g/h por via endovenosa durante 24 horas

6

Corticoterapia Antenatal

Descrição

Benefícios comprovados

- Redução da incidência de síndrome do desconforto respiratório
- Redução das hemorragias periventriculares e intraventriculares
- Redução da mortalidade neonatal

Possíveis efeitos benéficos adicionais

- Potencializa a ação do surfactante exógeno
- Redução de enterocolite necrosante
- Favorece a estabilização cardiovascular
- Auxilia na maturidade tubular renal
- Acelera aspectos da maturidade hepática e pancreática

Principais indicações de uso

- Trabalho de parto prematuro em inibição

- Nos casos de risco para ocorrência de parturição prematura, espontânea ou eletiva, ponderar o uso do corticóide
  :: Síndromes hipertensivas
  :: Diabetes melito
  :: Colagenoses
  :: Insuficiência istmocervical
  :: Prenhez múltipla
  :: Doença hemolítica perinatal
  :: Polidrâmnio
  :: Restrição do crescimento fetal
  :: Inserção baixa de placenta
  :: Rotura prematura de membranas
  :: Malformações congênitas
  :: Parto prematuro prévio
  :: Gestação e leiomioma do útero
  :: Cervicodilatação precoce

Premissas fundamentais

- Não utilizar se o parto for ocorrer imediatamente
- Ciclos incompletos já promovem efeitos benéficos
- Utilizar somente um ciclo de corticoterapia; excepcionalmente realizar dois ciclos, separados por cerca de 2 a 3 semanas

Observação importante

Ciclos repetitivos devem ser evitados devido aos possíveis efeitos maternos e, principalmente, conceptuais a curto e longo prazo. Destaca-se a supressão transitória do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, materno e fetal.

Tratamento

Idade gestacional de uso

De 24 semanas a 34 semanas. O melhor efeito é descrito quando utilizado de 28 semanas a 32 semanas.

Esquema de uso

Opção 1
Betametasona (Celestone Soluspan®) – 2 ampolas (12 mg) por via intramuscular, dose única diária, durante 2 dias consecutivos (total de 4 ampolas) = 1 ciclo

Opção 2
Dexametasona (Decadron®) – 1 ampola (4 mg) por via intramuscular, a cada 8 horas, durante 2 dias consecutivos (total de 6 ampolas) = 1 ciclo

Duração do efeito: 7 dias.

O efeito já é considerado satisfatório 24 horas após o término das injeções.

7

Rotura Prematura das Membranas (RPM)

Descrição

Definição

Define-se como rotura prematura das membranas (RPM) a ocorrência da rotura espontânea das membranas ovulares fora do trabalho de parto. A RPM desencadeia o trabalho de parto em 90% dos casos em um período de até 24 horas.

Incidência

É estimada em 12% do total de partos. Responsável por 1/3 dos nascimentos prematuros.

Fisiopatologia

A rotura das membranas ovulares apresenta como substrato anatomopatológico a presença de corioamnionite localizada, na maioria das vezes, perto do orifício interno do colo uterino.

Diagnóstico

Clínico

Anamnese
Momento da rotura, relação com atividade física, volume de líquido perdido, cheiro e coloração.

Exame especular
Avalia a saída de líquido amniótico e processos infecciosos associados.

Atenção
Somente realizar o toque vaginal se a paciente estiver em trabalho de parto.

Exames subsidiários

A ultra-sonografia pode revelar diminuição do volume de líquido amniótico.

Monitorização e detecção precoce de processo infeccioso

Clínica

- Verificação de temperatura a cada 6 horas
- Observação de taquicardia materna e fetal persistente
- Fisometria

Laboratorial

- Hemograma
- Proteína C reativa (PCR) 2 vezes por semana ou mais, conforme a evolução clínica
- Cultura vaginal e retal para estreptococo do grupo B (EGB)

Cardiotocografia

- Diariamente

Ultra-sonografia e Perfil Biofísico Fetal (PBF)

- 1 vez por semana ou mais, conforme a evolução

Tratamento

Conduta

- Internação da gestante
- Verificar idade gestacional (ver fluxograma abaixo)
- Na conduta expectante, faz-se repouso relativo e hidratação por via oral (3 litros/dia) ou intravenosa de acordo com as condições clínicas
- A antibioticoterapia profilática é controversa
- Recomenda-se antibiótico de amplo espectro se houver sinal de infecção
- Recomenda-se uso de corticosteróides se feto < 34 semanas
- Não é recomendado uterolítico; não inibir trabalho de parto

Conduta por idade gestacional

- < 24 semanas
  :: Avaliação e discussão com a equipe multidisciplinar e família
  :: Indução do parto
- Entre 24 semanas e 34 semanas
  :: Conduta expectante
  :: Avaliação da vitalidade fetal
  :: Monitorização da infecção
- > 34 semanas
  :: Interrupção da gestação

Observação
Qualquer que seja a idade gestacional, promover abordagem ativa e imediata na presença de infecção ou de comprometimento da vitalidade fetal.

Fluxograma da abordagem

< 24 semanas → Discussão Multidisciplinar + família → Indução do parto

Entre 24 e 34 semanas → Conduta expectante → Recomendação: uso de Corticosteróides

> 34 semanas → Interrupção da gestação

Tratamento

Corticoterapia

É recomendada se idade gestacional < 34 semanas. São utilizados, no máximo, 2 ciclos com intervalo de 2 semanas. Cada ciclo corresponde a administração de betametasona (Celestone Soluspam®) dose de 2 ampolas (12 mg) ao dia, por via intramuscular, durante 2 dias.

Antibiótico

Na presença de infecção ovular (corioamnionite)

Administrar concomitantemente:
- Penicilina Cristalina – 4 milhões U por via intravenosa a cada 4 horas durante 7 dias
- Metronidazol (Flagyl®) – 500 mg por via intravenosa a cada 6 horas durante 7 dias
- Gentamicina (Garamicina®) – 180 mg a 240 mg por via intravenosa (3 mg por kg/dia) a cada 24 horas durante 7 dias

Antibioticoterapia profilática

Não é recomendada como rotina. No entanto, em casos especiais, como prematuros < 34 semanas, pode-se utilizar a ampicilina, dose de 1 g a cada 6 horas por via endovenosa, por período de 3 dias a 7 dias.

8

Hipertensão na Gestação

Descrição

Introdução

Incide em 5% a 10% das gestações. Quando não adequadamente tratada, pode resultar em quadros graves como a eclampsia ou síndrome HELLP.

A hipertensão arterial na gestação representa a principal causa de morte materna no Brasil.

Classificação

- Pré-eclampsia
- Hipertensão crônica
- Hipertensão crônica com pré-eclampsia superajuntada

Definição

Pré-eclampsia
Desenvolvimento de hipertensão com proteinúria significante e/ ou edema de mãos e face. Ocorre após a 20ª semana de gravidez, ou antes desse período quando associada com a moléstia trofoblástica gestacional.

Hipertensão crônica
Na gravidez, termo engloba qualquer doença hipertensiva presente anteriormente à gravidez ou que é diagnosticada antes da 20ª semana de gestação.

Hipertensão crônica com pré-eclampsia superajuntada
É quando a pré-eclampsia se sobrepõe à hipertensão existente. Ocorre em 15% a 30% dos casos, e esse risco aumenta quando a gestante apresenta prejuízo da função renal.

Fatores predisponentes para pré-eclampsia

- Primigesta jovem
- Gestante com hipertensão arterial crônica
- Pré-eclampsia em gestação anterior
- Diabetes melito
- Nefropatia
- Colagenose
- Síndrome antifosfolípide
- Trombofilia
- Gemelidade
- Hidropsia fetal
- Troca de parceiro sexual

Diagnóstico

Exames laboratoriais

- Hemograma completo com contagem de plaquetas
- Urina tipo I + urocultura com antibiograma
- Proteinúria de 24 horas
- Uréia e creatinina
- Ácido úrico
- Perfil hemolítico (DHL)
- Enzimas hepáticas (TGO e TGP)
- Bilirrubinas totais e frações

Exames em função da gravidade e do quadro clínico

- Rotina para colagenoses (FAN e LE)
- Anticorpo antifosfolípide e anticardiolipina
- Coagulograma completo
- Eletroforese de proteínas
- Eletrocardiograma
- Ecocardiografia
- Fundo de olho
- Ultra-sonografia renal
- Tomografia ou ressonância magnética cerebral
- Ultra-sonografia de abdome total e hepático

Identificação

Pré-eclampsia
- Edema nas mãos e na face
- Proteinúria ≥ 0,3 g/l em urina de 24 horas
- Proteinúria ≥ 1 g/l ou≥ ++ em amostra isolada

Hipertensão crônica com pré-eclampsia superajuntada
- Aumento dos níveis pressóricos associados à proteinúria anteriormente ausente
- Na ausência de proteinúria, deve haver suspeita quando a hipertensão é acompanhada por:
  :: Cefaléia
  :: Alterações visuais
  :: Epigastralgia
  :: Alterações de exames laboratoriais, especificamente plaquetopenia
  :: Aumento das enzimas hepáticas e do ácido úrico

Diagnóstico

Pré-eclampsia grave

A pré-eclampsia é grave se estiverem presentes um ou mais dos seguintes critérios:

- Pressão arterial de 160 x 110 mmHg
- Proteinúria de 2 g em urina de 24 horas
- Perda da função renal, caracterizada por oligúria (< 400 ml/dia) e por níveis séricos de creatinina crescentes e maiores do que 1,2 mg/dl
- Sinais de iminência de eclampsia (cefaléia, epigastralgia ou transtornos visuais)
- Insuficiência pulmonar ou cardíaca (cianose e/ou edema pulmonar)
- Dor em hipocôndrio direito (distensão da cápsula hepática)
- Trombocitopenia grave (< 100.000 plaquetas/mm³)
- Anemia hemolítica microangiopática (DHL ≥ 600 U/l)

- Icterícia ou elevação das enzimas hepáticas
  :: Bilirrubina total – 1,2 mg%
  :: TGO e TGP ≥ 70 U/l

- Sinais de insuficiência placentária grave (oligoâmnio, dopplervelocimetria e cardiotocografia alterados)

Observação

Quando a pré-eclampsia aparece em idade gestacional mais precoce, isto é, longe do termo, deve ser considerada sempre como forma grave. Deve-se considerar também sua recorrência maior em gestações subseqüentes.

Tratamento

Critérios de internação

- Nas formas graves de pré-eclampsia

- Na hipertensão arterial crônica, quando houver:
  :: Diagnóstico de pré-eclampsia superajuntada
  :: Urgência ou emergência hipertensiva
  :: Controle insatisfatório após correta utilização de terapêutica anti-hipertensiva
  :: Comprometimento do bem-estar fetal

Tratamento Clínico da pré-eclampsia

Repouso em DLE

Aumenta o retorno venoso, diminui a reatividade vascular, diminui a pressão arterial e aumenta o fluxo útero-placentário.

Dieta hipossódica

Diminui a reatividade vascular.

Sedação

Diminui a ansiedade e a labilidade vasculoemocional:

- 1ª Opção
  Levopromazina (Neozine®) – 3 gotas (3 mg) por via oral a cada 8 horas

- 2ª Opção
  Diazepínico (Diazepan®) – 5 mg a 10 mg por via oral a cada 8 horas ou a cada 12 horas

Observação
O tratamento da iminência de eclampsia é igual ao da eclampsia

Tratamento

Terapêutica anti-hipertensiva

Pressão arterial excessivamente elevada (crise hipertensiva)

- 1ª Opção
  :: Hidralazina – 5 mg por via endovenosa a cada 15 minutos, até controle da hipertensão

- 2ª Opção
  :: Nifedipina (Adalat®) – 10 mg por via oral (contra-indicação relativa quando associada ao sulfato de magnésio)
  :: Nitroprussiato de sódio – 0,2 mcg/kg/min a 5 mcg/kg/min por via endovenosa (contra-indicação relativa pela formação de cianeto)

Manutenção

- 1ª Opção
  :: Pindolol (Viskem®) – 10 mg/dia a 30 mg/dia por via oral ou Metildopa (Aldomet®) – 750 mg a 2.000 mg por via oral
  :: Se necessário, adicionar a dose de Metildopa (caso tenha usado Pindolol) ou de Pindolol (no caso de ter usado Metildopa)
  :: Se necessária uma terceira droga, adicionar Amlodipina (Norvask®) – 5 mg/dia a 30 mg/dia por via oral

- 2ª Opção
  :: Nifedipina (Adalat®) – 10 mg a 20 mg por via oral
  :: Hidralazina (Apresolina®) – 50 mg/dia a 300 mg/dia por via oral
  :: Atenolol (Atenol®) – 50 mg/dia a 100 mg/dia
  :: Isradipina (Lomir®) – 10 mg/dia
  :: Diurético tiazídico (Higroton®) – 50 mg/dia a 100 mg/dia

Contra-indicação absoluta
Inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA) e antagonista do receptor AT1 da Angiotensina II

Tratamento

Conduta obstétrica

Indicações maternas para interrupção da gestação

- Idade gestacional ≥ 38 semanas

- Em qualquer idade gestacional se:
  :: Plaquetopenia < 100.000/mm³
  :: Deterioração progressiva da função hepática
  :: Deterioração progressiva da função renal
  :: Cefaléia persistente e/ou alterações visuais
  :: Epigastralgia persistente, náuseas e vômitos
  :: Suspeita de descolamento prematuro de placenta
  :: Eclampsia
  :: Síndrome HELLP

Indicações fetais

- Restrição grave do crescimento fetal
- Oligoâmnio
- Alterações nas provas de vitalidade fetal

9

Síndrome HELLP

Descrição

Definição

Agravamento multisistêmico das formas graves de pré-eclampsia, caracterizado por anemia hemolítica microangiopática, disfunção hepática e trombocitopenia.

Quadro clínico

- Mal-estar inespecífico
- Dor em hipocôndrio direito e/ou epigástrica
- Cefaléia, náuseas, vômitos
- Icterícia
- Alteração no estado de consciência
- Níveis pressóricos muito elevados
- Gengivorragia, hematomas, petéquias e hematúria

Diagnóstico

Diagnóstico laboratorial

Hemolysis → **Bilirrubina total** ≥ 1,2 mg%

Elevated **L**iver enzymes → **TGO e/ou TGP** ≥ 70 UI/L

Low **P**latelet counter → **Plaquetas** ≤ 100.000/mm³

Diagnóstico diferencial

- Esteatose hepática aguda da gravidez
- Síndrome hemolítico-urêmica
- Púrpura trombocitopênica trombótica
- Hepatite viral
- Apendicite
- Diabetes insipidus
- Colecistopatia
- Gastroenterite
- Gromerulonefrite
- Encefalopatia hepática
- Cálculos renais
- Úlcera péptica
- Pielonefrite
- Lupus eritomatoso sistêmico
- Miocardiopatia periparto
- Aneurisma de aorta
- Abuso de cocaína
- Hipertensão arterial maligna
- Hiperêmese gravídica
- Trombocitopenia idiopática

Esteatose Hepática Aguda na Gravidez (EHAG)

Complicação obstétrica rara que, geralmente, ocorre no final do terceiro trimestre. Apresenta altas taxas de mortalidade materna e tem duração média de 1 ou 2 semanas. Clinicamente, não pode ser diferenciada da hepatite viral fulminante. As pacientes se caracterizam por serem, em sua maioria, primigestas. A doença inicia-se com súbita dor abdominal e vômitos, que progride rapidamente para icterícia, taquicardia, hematêmese, oligúria, coma, parto prematuro, convulsões e morte.

Síndrome Hemolítica Urêmica (SHU)

Caracterizada por anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia, e insuficiência renal aguda. Pode também ter manifestações neurológicas febris. Ocorre principalmente em crianças; os relatos em adultos ocorrem em mulheres após o parto ou em usuárias de anticoncepcional oral.

Diagnóstico

Púrpura Trombocitopênica Trobótica (PTT)

Caracterizada por trombocitopenia, febre, alterações neurológicas, insuficiência renal e anemia hemolítica. A trombocitopenia é grave e os testes de coagulação são geralmente normais, de modo que as hemorragias não são freqüentes.

Hepatite viral

É a causa mais freqüente de icterícia durante a gravidez. O quadro clínico e a icterícia são leves, podendo desenvolver-se em qualquer idade gestacional. As transaminases séricas ficam elevadas, porém menos do que nas não-gestantes. As características colestáticas da hepatite podem estar mais pronunciadas. A confirmação do diagnóstico pode ser feita pelos testes sorológicos específicos.

Principais Diagnósticos Diferenciais

Hemólise
↑ Enzimas hepáticas
Trombocitopenia

EHAG
Coagulopatia grave
Hipoglicemia grave
Elevada mortalidade

SHU
Insuficiência renal

PTT
Disfunção neurológica
Hemólise grave (↑Ht)
Febre

Principais complicações

- Coagulação intravascular disseminada (CIVD)
- Insuficiência renal
- Descolamento prematuro da placenta
- Edema agudo pulmonar
- Hematoma / rotura hepática
- Hemorragia intracraniana

Tratamento

Tratamento Multidisciplinar

- Encaminhar a gestante para o centro obstétrico
- Avaliar estado geral
- Confirmar diagnóstico laboratorial
- Fazer o diagnóstico diferencial
- Estabilizar as condições vitais
- Combater a hipertensão arterial
- Fazer a profilaxia ou tratar as convulsões com sulfato de magnésio
- Corrigir a CIVD quando presente
- Avaliar idade gestacional e vitalidade fetal
- Interromper a gravidez independentemente da idade gestacional
- Encaminhar a puérpera para a UTI

Tratamento medicamentoso com Dexametasona

Administração de altas doses de corticóides, anteparto e pós-parto, pode antecipar a recuperação laboratorial das pacientes com síndrome HELLP.

Dexametasona – 10 mg por via endovenosa a cada 12 horas até o parto.

Tratamento

Via de parto - Indicações

- Quando possível, preferir parto vaginal. O parto vaginal com vigilância da vitalidade fetal está associado a menor morbiletalidade materna
- A hemorragia antes, durante e após o parto piora significativamente o prognóstico materno, favorecendo a instalação de insuficiência renal aguda
- A reposição volêmica com cristalóides reduz a pressão coloidosmótica plasmática, favorecendo o edema agudo de pulmão
- É primordial corrigir a plaquetopenia na ocasião do parto cesárea para 100.000 plaquetas/mm³
- Cada unidade de plaquetas transfundida aumenta a contagem sérica em 10.000 plaquetas/mm³
- A anestesia geral é indicada para casos de CIVD ou com plaquetopenia abaixo de 70.000 plaquetas
- A incisão abdominal cirúrgica é a laparotomia infra-umbilical transversa com colocação de drenos subaponeuróticos
- Nos casos de CIVD, a incisão deve ser infra-umbilical longitudinal mediana
- Rigorosa hemostasia e curativo compressivo

Rotura hepática

Fazer laparotomia exploradora ao sinal de dor epigástrica intensa associada com choque hipovolêmico.

Se confirmada a rotura, a conduta conservadora, ou seja, a drenagem e o tamponamento (mortalidade de 8%) é melhor para a gestante quando comparada à lobectomia ou ligadura de artérias hepáticas (mortalidade 33%).

10

Eclampsia

Descrição

Definição

É o aparecimento de convulsões e/ou coma em gestantes com pré-eclampsia, excluindo-se outras doenças convulsivas.

Observação
O tratamento da iminência de eclampsia é igual ao da eclampsia.

Diagnóstico

Exames laboratoriais

- Hemograma completo com contagem de plaquetas
- Proteinúria de 24 horas
- Uréia e creatinina
- Ácido úrico
- Perfil hemolítico (DHL)
- Enzimas hepáticas (TGO e TGP)
- Bilirrubinas totais e frações
- Coagulograma completo
- Gasometria arterial
- Sódio e potássio

Tratamento

Cuidados gerais na crise convulsiva

- Permeabilidade das vias aéreas
- Proteção da língua
- Administração de O_2
- Posição semi-sentada
- Assistência ventilatória

Sulfato de Magnésio (MgSO4 – 7H20)

Esquema de Zuspan

- Dose de ataque
  4 g por via endovenosa lento (8 ml de sulfato a 50% + 12 ml de água destilada em 4 minutos)

- Dose de manutenção
  1 g/h a 2 g/h por via endovenosa (10 ml de sulfato a 50% + 500 ml de SG 5% para correr a cada 5 h)

Em caso de recorrência de convulsão, repetir uma dose por via endovenosa de 2 g (4 ml de sulfato a 50%). Este esquema deve ser mantido por 24 horas após o parto.

Esquema de Pritchard

- Dose de ataque
  :: 4 g por via endovenosa lento (8 ml de sulfato a 50% + 12 ml de água destilada em 4 minutos)
  :: Adicionar 10 g por via intramuscular (10 ml de sulfato a 50% em cada glúteo, com agulha de 10 cm e calibre 20)

- Dose de manutenção
  5 g (10 ml a 50%) por via intramuscular a cada 4 horas, alternando os glúteos.

Em caso de recorrência de convulsão repetir uma dose por via endovenosa de 2 g (4 ml de sulfato a 50%). Este esquema deve ser mantido por 24 horas após o parto.

Toxidade materna

- Nível terapêutico – 4 mEq/l a 7 mEq/l
- Perda de reflexo patelar – 10 mEq/l
- Depressão respiratória – 15 mEq/l
- Parada cardíaca – 30 mEq/l

Tratamento

Intoxicação pelo sulfato de magnésio

Sinais de intoxicação
- Abolição do reflexo patelar
- Freqüência respiratória ≤ 14 irpm
- Diurese < 25 ml/h

Conduta na intoxicação
Suspende-se a dose subseqüente até que se restabeleçam os critérios.

Se necessário, usar o antídoto:
Gluconato de cálcio 10% – 10 ml por via endovenosa lento.

Na persistência de convulsões

Considerar o esquema ineficaz, suspeitar de hemorragia intracraniana e iniciar o tratamento com fenilhidantoína. Solicitar tomografia ou ressonância magnética e avaliação do neurologista.

Esquema de hidantalização
- Dose de ataque
  :: Fenitoína – 1 ampola (250 mg) diluída em soro fisiológico 250 ml por 10 minutos
  :: Repetir o esquema a cada 30 minutos, até completar 750 mg

- Dose de manutenção
  :: 100 mg por via endonvenosa a cada 8 horas enquanto se mantiver a venóclise
  :: Depois, dar 100 mg por via oral a cada 8 horas até a alta hospitalar

Terapêutica anti-hipertensiva

Pressão arterial excessivamente elevada (crise hipertensiva)

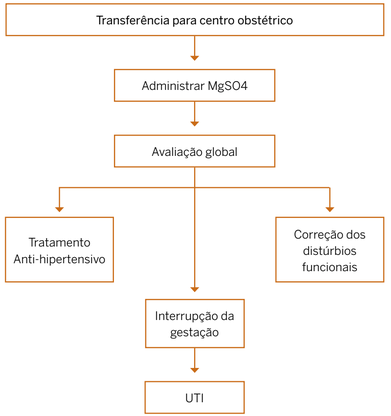
- 1ª opção
  :: Hidralazina – 5 mg por via endovenosa a cada 15 minutos, até controle da hipertensão

- 2ª opção
  :: Nifedipina (Adalat®) – 10 mg por via oral (contra-indicação relativa quando associada ao sulfato de magnésio)
  :: Nitroprussiato de sódio – 0,2 mcg/kg/min a 5 mcg/kg/min por via endovenosa (contra-indicação relativa pela formação de cianeto)

Tratamento

Tratamento obstétrico

Interrupção da gestação após estabilização do quadro clínico.



11

Anemias na gestação

Descrição

Definição

Concentração de hemoglobina inferior a 11 g/dl.

Classificação

Fisiopatológica

- Falta de produção
- Excesso de destruição
- Perdas hemorrágicas

Morfológica

- Microcíticas e hipocrômicas
- Macrocíticas
- Normocíticas e normocrômicas

Alterações hematológicas da gestação

Anemia fisiológica da gestação

- Normocrômica
- Normocítica
- Não se acentua no 3º trimestre
- Não requer investigação adicional

Incidência da anemia na gestação

Anemia ferropriva (85% dos casos)
Anemia hipocrômica e microcítica ou normocítica. Apresenta ferritina, ferro sérico e reticulócitos baixos.

Deficiência de folato ou vitamina B12
Anemia macrocítica. Apresenta hipersegmentação dos neutrófilos.

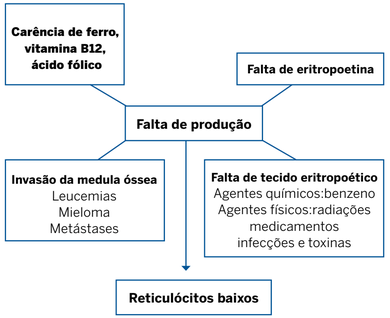
Falciforme
Anemia normocrômica. Apresenta afoiçamento das hemácias (prova de falcização) e presença da molécula HbS na eletroforese de hemoglobina.

Talassemias
Anemia hipocrômica e microcítica. Apresenta ferro sérico normal, hemácias em alvo e eletroforese de hemoglobina com elevação de HbA2. Suspeitar de talassemia quando a anemia não responder ao tratamento convencional.

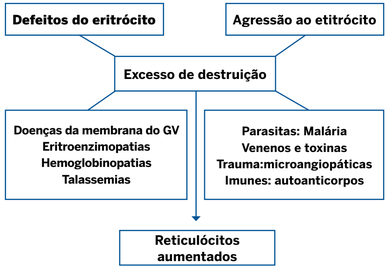
Descrição

Fisiopatologia

Falta de produção → reticulócitos baixos

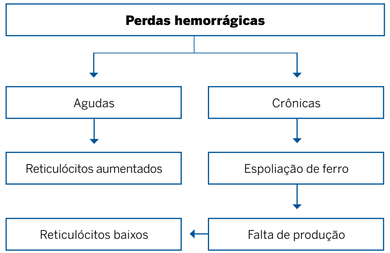


Excesso de destruição→reticulócitos aumentados

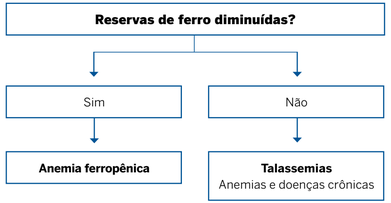


Descrição

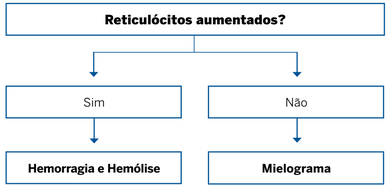
Perdas hemorrágicas



Anemias Microcíticas e Hipocrômicas



Anemias Normocrômicas e Normocíticas



Diagnóstico

Roteiro diagnóstico

- Anamnese
- Hemograma completo
- Porcentagem e número absoluto de reticulócitos
- Ferritina e ferro sérico
- Observar a morfologia das hemácias
- Prova de falcização
- Eletroforese de hemoglobina
- Dosagem de vitamina B12 e folatos

Resultado dos exames

Valores laboratoriais normais do hemograma e na anemia ferropriva durante a gestação:

	Normal	Anormal
Hb (g/dl)	13	< 11,0
Hemácias (10^6)	4,7	< 3,5
VCM (fl)	83	< 78
HCM (pg)	28	< 27
Ferritina (ug/l)	15 a 200	< 15
Ferro sérico (ng/dl)	50 a 150	< 50

Tratamento

Anemia ferropênica

Ferro por via oral

Administrar de 160 mg/dia a 200 mg/dia
- Sulfato ferroso – 4 comprimidos a 5 comprimidos ao dia
- Noripurum® (ferro polimaltosado) – 2 comprimidos ao dia
- Neutrofer® (ferro quelato glicinato) – 2 comprimidos ao dia

Para terapias específicas, é aconselhável a opinião do hematologista.

Ferro por via endovenosa

- Noripurum®
  :: Dose – 1 ampola ou 2 ampolas (100 mg ou 200 mg) diluídas em solução fisiológica
  :: Tempo de infusão – de 20 minutos a 2 horas
  :: Dose máxima – 200 mg por dia

Administrar medicamento duas vezes por semana até hemoglobina atingir 11 g/dl. Aplicação deve ser feita em ambiente hospitalar.

Critérios para uso de ferro parenteral
- Hb < 10 g/dl
- Ausência de resposta ao ferro por via oral (160 mg/dia a 200 mg/dia por 2 semanas)
- Deficiência de ferro comprovada (ferritina sérica < 15 ug/l)
- Exclusão de outras causas de anemia
- Idade gestacional > 16 semanas
- Intolerância ao ferro por via oral
- Efeitos colaterais do ferro por via oral
- Recusa a transfusão de sangue (testemunhas de Jeová)
- Curto tempo até o parto
- Riscos associados (doenças intestinais)
- Anemia pós-parto

Anemia pós-parto

Casos mais leves (Hb > 9,5 g/dl)
- Ferro por via oral 80 mg/dia a 100mg/dia por 6 meses

Casos mais graves (Hb < 9,5 g/dL)
- Ferro por via endovenosa
- Eritropoetina (discutir com hematologista)

12

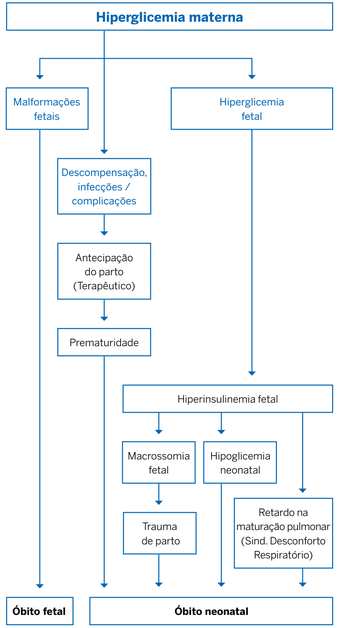
Diabetes Gestacional (DG)

Descrição

Definição
Qualquer grau de intolerância à glicose com início ou reconhecimento na gestação.

Prevalência
Varia de 1% a 14% de todas gestações, de acordo com o grupo estudado e o teste diagnóstico empregado.

Fisiopatologia



Descrição

Classificação

- Gestantes de alto risco para DG
- Gestantes de baixo risco para DG

Grupo de alto risco para DG

- Antecedente de DG em gestação anterior
- Sintomas sugestivos de diabetes (polis)
- Obesidade importante
- História familiar de diabetes (parentes de 1º grau)
- Idade materna > 35 anos
- Glicosúria
- Aumento excessivo de peso na gestação
- Hipertensão arterial
- Complicações fetais anteriores: óbitos perinatais
  macrossomia
  malformações fetais
  polidrâmnio

Diagnóstico

Rastreamento laboratorial

Objetivo
Avaliar o risco de DG na 1ª consulta pré-natal.

Métodos

Glicemia de jejum
- 90 mg/dl a 104 mg/dl = alto risco para DG
- 2 valores ≥ 105 mg/dl = DG

Testes de tolerância
- No baixo risco
  Iniciar com Teste de Tolerância Simplificado (TTS) de 50g; se > 130 mg/dl, realizar o Teste de Tolerância à Glicose Oral (TTGO) de 100g

- No alto risco
  Iniciar com o TTGO de 100g na 28ª semana

TTS 50g
- 50g de glicose via oral

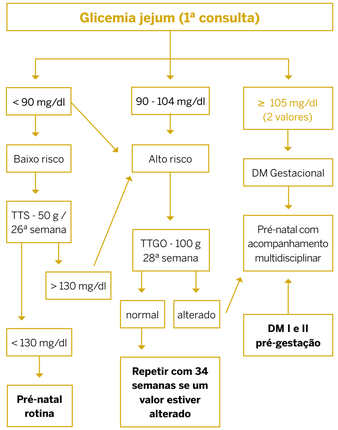
1 hora pós > 130 mg/dl = alto risco para DG

TTGO 100g 3 horas
- Realizado pela manhã
- Orientar consumo de carboidratos (≥ 150 g) nos 3 dias anteriores ao exame
- Jejum de 8 horas a 12 horas antes do teste
- Valores:
  :: Jejum – 95 mg/dl
  :: 1 hora pós – 180 mg/dl
  :: 2 horas pós – 155 mg/dl
  :: 3 horas pós – 140 mg/dl

2 ou mais valores alterados = diabetes melito gestacional

Diagnóstico

Fluxograma de Diagnóstico para DMG



Observação: Ver sintomas, antecedentes ou fatores que podem levar ao grupo de alto risco.

Avaliação do comprometimento sistêmico

Diabéticas com complicações crônicas

- Maior risco
- Comprometimento vascular (o mais comum é a restrição do crescimento fetal)

Controles no pré-natal

- PA
- ECG / ECO
- Função renal / proteinúria
- Fundo de olho
- Hemoglobina glicada a cada 3 meses

Tratamento

Tratamento Clínico
Supervisão do Grupo Multidisciplinar

Manutenção em normoglicemia

- Valores glicêmicos ideais
  :: jejum e pré-prandiais < 105 mg/dl
  :: pós-prandiais – 1 hora após < 140 mg/dl
  – 2 horas após < 120 mg/dl

- Orientação nutricional feita por nutricionista
- Exercícios físicos adequados

Terapia Hipoglicemiante
(sempre orientada pelo endocrinologista)

Está indicada a insulina humana de ação intermediária (NPH) se glicemia pré-prandial > 105 mg/dl e 2 horas após > 120mg/dl.

Dose empírica: ~ 0,7 UI/kg peso; 2/3 de manhã e 1/3 à noite.

Caso o controle glicêmico seja insatisfatório, utiliza-se insulina de ação rápida (regular) no período pré-prandial.

Avaliar cautelosamente ajustes da insulina:
- Pequenas variações das doses após perfil de 24 horas ou 48 horas
- Obter pelo menos 80% de valores adequados
- Minimizar ocorrência de hipoglicemias (orientação familiar)

Prevenção de infecções

- Evitar descompensações mais freqüentes
  :: Urinárias
  :: Cutâneas / dentárias
  :: Fúngicas

- Tratar a bacteriúria assintomática
- Realizar urocultura a cada 3 meses

Tratamento

Critérios de internação

- No diagnóstico: glicemias muito elevadas e para início da insulinização
- Intercorrências clínicas /obstétricas com comprometimento materno-fetal
- Gestação que atinge 38 a 39 semanas

Conduta obstétrica

Pacientes compensadas e sem complicações materno-fetais = interrupção da gestação com 38 semanas a 39 semanas.

Pacientes descompensadas e/ou com complicações = antecipação do parto em função das condições maternas e fetais.

Conduta clínica no dia do parto

Naquelas que utilizam insulina, programar as devidas alterações para o dia do parto, juntamente com o grupo da endocrinologia.

Preferencialmente pela manhã
- Ministrar 1/3 da dose de insulina NPH
- Cateterização venosa: infusão de SG 5% – 125 ml/h
- Controle glicêmico capilar a cada 3 horas
- Manter glicemia em 70 mg/dl a 120 mg/dl
- Em caso de glicemia > 140 mg/dl, acrescentar insulina regular 5 UI em 500 ml de soro glicofisiológico. Infundir na velocidade de 1 UI/h a 2 UI/h

Conduta no puerpério

Diabetes melito pré-gestacional = redução das necessidades de insulina pela metade.

Diabetes gestacional = retirada da insulina.

Reclassificação do estado glicêmico materno após 6 semanas do parto.

13

Síndrome Antifosfolípide (SAF) e Trombofilias

Descrição

Definição

As trombofilias são alterações da coagulação sangüínea que levam o indivíduo a maior predisposição para fenômenos trombo-embólicos.

Classificação

Adquiridas
- Síndrome antifosfolípide (SAF)

Hereditárias
- Deficiência de proteína S
- Deficiência de proteína C
- Deficiência de Antitrombina III (ATIII)
- Presença do fator V de Leiden
- Mutação do gene recombinante da protrombina
- Hiperhomocisteinemia

Complicações relacionada à SAF ou às trombofilias

- Abortamento de repetição
- Prematuridade
- Restrição de crescimento fetal
- Pré-eclampsia grave e de aparecimento longe do termo
- Depressão pós-parto
- Óbito fetal

Diagnóstico

Diagnóstico de SAF

Requer a associação de pelo menos um critério clínico com um critério laboratorial.

Critérios Clínicos

- Trombose venosa ou arterial

- Complicações gestacionais
  :: Uma ou mais mortes fetais acima de 10 semanas
  :: Nascimento de um ou mais fetos com menos de 34 semanas devido a pré-eclampsia ou insuficiência placentária
  :: Ocorrência de 3 ou mais abortos com menos de 10 semanas

Critérios Laboratoriais

- Presença do anticoagulante lúpico
- Identificação de anticorpos anticardiolipina das classes IgG e IgM
- Encontro de anticorpos antibeta2-glicoproteína I das classes IgG e IgM

Tratamento

Gestante sem antecedente pessoal de trombose

Para gestantes com mau passado obstétrico preconiza-se o uso associado de:

- Aspirina – 100 mg/dia (interromper 10 dias antes do parto)

- Heparina em dose profilática (uma das opções abaixo):
  :: Heparina (Liquemine® ou Heparin®) – 5.000 U por via subcutânea 2 vezes /dia
  :: Dalteparina (Fragmin®) – 5.000 U por via subcutânea 2 vezes/dia
  :: Enoxaparina (Clexane® ou Cutenox®) – 40 mg por via subcutânea 1 vez por dia

Gestante com antecedente pessoal de trombose

Para gestantes com mau passado obstétrico, preconiza-se o uso associado de:

- Aspirina – 100mg/dia (interromper 10 dias antes do parto)
- Heparina em dose plena (com orientação e controle do hematologista)

Cuidados com o uso de heparina
- Iniciar após a identificação de gestação tópica e com batimentos cardíacos fetais
- Heparina de baixo peso molecular (enoxaparina) está relacionada com menos incidência de plaquetopenia e osteopenia
- Suspender a heparina 24 horas antes do parto e reintroduzi-la (quando necessário) 12 horas após o parto

Pré-natal e parto

- Retornos mensais até 26 semanas, quinzenais até 34 semanas e semanais após essa data, até o parto

- Avaliação dos sinais e sintomas de trombose em cada retorno

- Hemograma com plaquetas e proteinúria bimensalmente

- Ecocardiografia fetal entre 24 semanas e 28 semanas

- Cuidadosa monitorização do crescimento e da vitalidade fetal a partir de 26 semanas (biometria, liquido amniótico, dopplevelocimentria e cardiotocografia). Repetição quinzenal até 32 semanas e semanal após essa data

- Internação se apresentar hipertensão, restrição do crescimento, oligoâmnio ou alteração na vitalidade fetal

- Interrupção da gestação com 38 semanas ou anteriormente em função das condições maternas e fetais

14

Infecção Urinária e Gestação

Descrição

Definição

A infecção do trato urinário (ITU) é caracterizada pelo crescimento de microorganismo(s), com ou sem danos para o trato urinário. Na prática clínica, é o número de bactérias igual ou superior a 100.000 unidades formadoras de colônia por mililitro (UFC/ml) em urina coletada em jato médio, na primeira micção do dia, sob condições adequadas de assepsia.

Formas clínicas
- Bacteriúria assintomática
- Infecção urinária baixa (cistites e uretrites)
- Pielonefrite aguda

Incidência

É a infecção bacteriana mais freqüente do ciclo gravídico-puerperal. Sua incidência é da ordem de 10%. O microorganismo mais freqüentemente encontrado é a *Escherichia coli*.

A bacteriúria assintomática ocorre em 5% a 7% das gestações, taxa semelhante aquela de mulheres não-grávidas e sexualmente ativas.

Infecção urinária sintomática se desenvolve em 20% a 40% das pacientes com bacteriúria assintomática no início da gestação e em 2% nas gestantes sem bacteriúria. Por esta razão, é importante investigar a presença de bacteriúria em todas as grávidas e tratar as que apresentam urocultura positiva.

Complicações

A pielonefrite aguda durante a gestação pode evoluir para choque séptico e deterioração da função renal.

Complicações obstétricas:

- Trabalho de parto prematuro
- Crescimento intra-uterino retardado
- Prematuridade
- Síndrome de angústia respiratória no recém-nascido
- Anormalidades congênitas
- Óbito fetal

Diagnóstico

O diagnóstico da infecção urinária é clínico e confirmado laboratorialmente por:

- Exame de urina tipo I
- Urocultura com antibiograma
- Hemograma completo

Pielonefrite aguda

Sinais e sintomas locais
- Disúria
- Polaciúria
- Urgência miccional
- Dor lombar a punho percussão (sinal de Giordano presente)

Sinais e sintomas sistêmicos
- Alteração do estado geral
- Anorexia
- Náuseas e vômitos
- Calafrios, sudorese
- Taquicardia
- Febre acima de 40ºC, intercalada com episódios de hipotermia
- Nos casos graves, alteração da função renal, anemia, septicemia e insuficiência respiratória

Tratamento

Drogas preferenciais

- Ampicilina
- Cefalosporina
- Nitrofurantoína

Drogas com contra-indicação

- As sulfonamidas devem ser evitadas quando próximo ao termo, por estarem associadas a hiperbilirrubinemia do recém-nascido
- As tetraciclinas são contra-indicadas por se depositarem nos ossos e dentes do feto, além de poder causar insuficiência hepática na mãe
- As quinolonas (Ciprofloxacino) devem ser evitadas por também se depositarem nos ossos e dentes do feto e poder causar insuficiência hepática na mãe
- Os aminoglicosídeos, pelos riscos de ototoxidade e nofrotoxicidade devem ser usados em pacientes com quadro grave, comprometimento do estado geral, ou quando a sensibilidade aos microorganismos não apontar outra alternativa

Bacteriúria assintomática

Tratamento dose única

- Ampicilina (Binotal®) – 2 g
- Cefalexina (Keflex®) – 2 g
- Fosfomicina (Monuril®) – 1 envelope (3 g)
- Amoxicilina (Amoxil®) – 3g
- Nitrofurantoína (Macrodantina®) – 200 mg

Tratamento por 3 dias

- Ampicilina (Binotal®) – 500 mg por via oral a cada 6 horas
- Cefalexina (Keflex®) – 500 mg por via oral a cada 6 horas
- Amoxicilina (Amoxil®) – 500 mg por via oral a cada 8 horas
- Nitrofurantoína (Macrodantina®) – 100 mg por via oral a cada 6 horas

Supressão para persistência bacteriana ou recorrência

- Nitrofurantoína (Macrodantina®) – 100 mg por via oral à noite, até o fim da gravidez

Tratamento

Cistite ou bacteriúria assintomática (tratamento prolongado)

- Ampicilina (Binotal®) – 500 mg por via oral a cada 6 horas
- Cefalexina (Keflex®) – 500 mg por via oral a cada 6 horas
- Nitrofurantoína (Macrodantina®) – 100 mg por via oral a cada 6 horas
- Amoxicilina (Amoxil®) – 500 mg por via oral a cada 8 horas
- Sulfonamida (Bactrin®) – 500 mg por via oral a cada 6 horas

Observação
Este tratamento deve ser mantido de 7 dias a 14 dias.

Pielonefrite Aguda - Conduta

- Hospitalização
- Culturas de urina e sangue
- Hemograma, creatinina sérica e eletrólitos
- Monitorização de sinais vitais, incluindo diurese (considerar uso de sonda vesical)
- Solução cristalóide endovenosa para manter diurese ≥ 30 ml/h
- Antibioticoterapia endovenosa
- Raio X do tórax em caso de dispnéia ou taquipnéia
- Repetir hemograma e eletrólitos em 48 horas
- Mudar para antibióticos por via oral quando afebril
- Alta quando afebril por 48 horas; considerar antibioticoterapia por 14 dias
- Urocultura em 1 semana a 2 semanas após completar a terapia
- Solicitar orientação do infectologista

Antimicrobianos no tratamento da pielonefrite aguda

- Ampicilina (Binotal®) – 1 g a 2 g por via endovenosa a cada 6 horas
- Cefalotina (Keflin®) – 1 g a 2 g por via endovenosa a cada 6 horas
- Cefazolina (Kefazol®) – 1 g a 2 g por via endovenosa a cada 8 horas

Observações
A eficácia deve ser avaliada de 24 horas a 48 horas.

Após remissão do quadro clínico, manter o tratamento por via oral por 14 dias.

Solicitar orientação do infectologista.

15

Sífilis e Gestação

Descrição

Etiologia

Bactéria espiroqueta *Treponema pallidum.*

Transmissão

Sexual (penetração pela mucosa ou pele).

Período de incubação

De 10 dias a 90 dias.

Transmissão vertical

Ocorre em mais de 70% dos casos de infecção ativa, se não for tratada. Quando tratada, há a possibilidade de ocorrer entre 1% a 2% das gestantes.

O feto só é contaminado a partir de 16 semanas, embora o abortamento de causa luética possa ocorrer antes dessa idade gestacional.

Repercussões fetais e neonatais

- Óbito fetal
- Osteocondrite em ossos longos
- Restrição ao crescimento intra-uterino (RCIU)
- Anemia hemolítica
- Microcefalia
- Icterícia
- Placentomegalia
- Surdez
- Hidropsia fetal
- Periostite dos ossos frontais
- Hepatoesplenomegalia
- Tíbia em sabre
- Exantema
- Dentes de Hutchinson
- Retardo mental
- Pneumonias
- Cirroses
- Fissuras periorais
- Hepatite
- Lesões pancreáticas
- Uveíte
- Meningite
- Deformidades das unhas
- Coriorretinite
- Trabalho de parto prematuro
- Miocardite
- Pênfigo palmar e plantar
- Rinite

Diagnóstico

Formas clínicas

Primária

- Cancro duro = úlcera única, indolor, com bordos sobrelevados duros e fundo limpo
- Pode haver linfoadenomegalia satélite
- Desaparece espontaneamente de 2 semanas a 6 semanas

Secundária

- Roséola sifilítica = *rash* cutâneo após 1 mês a 6 meses do cancro
- Exantema maculopapular róseo de limites imprecisos disseminado, incluindo região palmar e plantar
- Pode haver sintomas gerais brandos e condilomas planos genitais
- Desaparece espontaneamente de 2 semanas a 6 semanas

Latente

Formas de latente
- Recente = inferior a 1 ano
- Tardia = superior a 1 ano

Período sem manifestações clínicas, entre a sífilis secundária e a terciária.

Observação
Permanece o risco de transmissão, inclusive para o concepto

Terciária

- Goma sifilítica = comprometimento cutaneomucoso e articular
- Acometimento cardiovascular e neurológico (tabes dorsalis, afasias, paresias, convulsões, demência)

Diagnóstico

Nas formas primária e secundária = clínico e sorologia
Nas formas latente e terciária = sorologia
Presença de sintomas neurológicos = pesquisar líquor

Diagnóstico

Diagnóstico Sorológico

Rotina sorológica no pré-natal

(VDRL e FTA ABS)
- Na 1ª consulta
- No 3º trimestre
- No parto e puerpério, se necessário

Observações
Sempre pesquisar e tratar o(s) parceiro(s).

Não é possível a transmissão pelo aleitamento, a menos que uma lesão infectante esteja presente na mama.

Testes não específicos (não treponêmico)

VDRL
- Torna-se reagente após 2 a 4 semanas do aparecimento do cancro
- Variações significativas = elevação no título de 4 vezes em 1 mês
- Permanece positivo por vários anos

- Causas de falsos positivos com títulos baixos:
  :: Doenças infecciosas (hepatopatias crônicas)
  :: Doenças reumatológicas (colagenoses)

Teste específico (treponêmico)

FTA ABS (imunofluorescência indireta)
- Mantém-se positivo por toda a vida = cicatriz sorológica

- Causas de falsos positivos:
  :: Hanseníase
  :: Malária
  :: Colagenoses
  :: Mononucleose

Fluxograma Diagnóstico Sorológico

VDRL+, Título alto (1/8 ou >) e FTA ABS+	→	Sífilis ativa Tratar
VDRL+, Título baixo (até 1/4) e FTA ABS -	→	Resultado falso positivo (reação cruzada)
VDRL+, Título baixo (até 1/4) e FTA ABS+	→	Cicatriz sorológica se tiver tratamento prévio; pode ser sífilis latente
VDRL- e FTA ABS+	→	Cicatriz sorológica ou falso positivo

Diagnóstico

Diagnóstico de infecção fetal

A pesquisa do treponema por meio de amniocentese e cordocentese não é feita na prática.

A ultra-sonografia obstétrica auxilia na detecção de sinais indiretos de comprometimento fetal.

Sífilis + HIV

Manifesta-se de forma mais rápida e mais grave.

Sempre pesquisar liquor nos co-infectados.

Tratamento

Tratamento Medicamentoso

Forma primária

- Penicilina G Benzatina – 2.400.000 UI por via intramuscular, dose única
- Benzetacil® – 1.200.000 UI por via intramuscular em cada glúteo

Forma secundária e latente recente

- Penicilina G Benzatina – 2.400.000 UI por via intramuscular, 2 doses com intervalo de 1 semana

Forma latente tardia

- Penicilina G Benzatina – 2.400.000 UI por via intramuscular a cada semana, por 3 semanas

Forma terciária

Duas opções:
- Penicilina G Cristalina – 2.000.000 UI a 4.000.000 UI por via endovenosa a cada 4 horas durante 10 dias a 14 dias
- Penicilina G Benzatina – 2.400.000 UI por via intramuscular a cada semana, por 3 semanas

Tratamento Medicamentoso alternativo em casos de alergia a Penicilina

- Eritromicina (estearato) – 500 mg por via oral a cada 6 horas durante 14 dias

- Ceftriaxona (Rocefin®) – 1 g/dia por via intramuscular durante 10 dias

Observação
Não trata o concepto adequadamente.

Controle pós-tratamento

No pré-natal, realizar sorologia quantitativa mensal (repetir o tratamento se houver aumento de duas diluições no título de VDRL).

No pós-parto, repetição do VDRL em 3, 6, 9, 12 e 24 meses.

Os títulos devem cair 4 vezes com 3 meses.

16

Rubéola e Gestação

Descrição

Etiologia

RNA vírus da família Togavírus.

Via de transmissão

Contato direto com pessoas doentes, com contágio pelas gotículas de secreções nasofaríngeas.

A transmissão pode iniciar-se até 1 semana a 2 semanas antes do aparecimento do exantema e prolongar-se até 1 semana a 2 semanas após o surgimento do rash cutâneo.

Transmissão vertical

Só acontece na fase aguda da doença e diminui à medida que a idade gestacional aumenta. No 1º trimestre o risco de acometimento fetal é da ordem de 80% a 90%. No 2º trimestre, há risco de alterações funcionais de órgãos, e no 3º trimestre as repercussões fetais são raras.

Regra geral
Não costuma ser relevante o acometimento do concepto após o 1º trimestre da gestação.

Diagnóstico

Quadro clínico

Tem período de incubação de 2 semanas a 3 semanas. Pode ser totalmente assintomático em até 50% dos casos. Pode cursar como quadro gripal, com febre baixa, conjuntivite, artralgia, linfoadenomegalia (principalmente retroauricular, cervical e occipital) e exantema (maculopapular, puntiforme, difuso, mais acentuado na face, couro cabeludo e tronco).

Rotina pré-natal

A sorologia para rubéola deve ser solicitada na primeira consulta pré-natal. Caso seja negativa, encaminhar para vacinação após o parto.

Gestantes sabidamente imunes não precisam repetir a sorologia durante o pré-natal, mesmo diante de contato com pessoas doentes.

Infecção materna

Sorologia para detecção de anticorpos IgM e IgG. A detecção de IgM é possível de 3 dias a 5 dias após o início dos sintomas e permanece positiva por 4 semanas. Os anticorpos IgG permanecem positivos e estáveis indefinidamente.

O diagnóstico sorológico de rubéola aguda é confirmado diante de soroconversão ou quadruplicação dos títulos de IgG entre duas amostras de sangue, colhidas com 2 semanas a 3 semanas de intervalo, após a suspeita de contágio ou início de exantema.

A pesquisa sorológica é fundamental para gestantes susceptíveis que tiveram contato com doentes. Se IgM- e IgG-, a sorologia é repetida após 2 semanas a 3 semanas.

Sorologia materna
- IgM- IgG- = gestante susceptível
- IgM+ IgG+ = gestante com infecção aguda
- IgM- IgG+ = gestante com infecção pregressa

Diagnóstico

Infecção fetal

Diante de gestante IgM+ IgG+, realizar amniocentese (após 14 semanas de gestação e com mais de 30 dias após o início da infecção materna), para pesquisa do agente no líquido amniótico, por meio da reação em cadeia de polimerase (PCR).

O uso de cordocentese para pesquisa de IgM fetal específica é prática excepcional, em casos selecionados.

O teste de avidez para IgG pode ser útil nos casos de IgM+ persistente:

Avidez para IgG
- Baixa avidez (< 30%) indica infecção recente
- Alta avidez (> 60%) indica infecção antiga

O diagnóstico da infecção fetal é útil para melhor orientação do casal e para nortear a conduta neonatal.

Achados ultra-sonográficos

Geralmente identificados após a 20ª semana de gestação. Podem estar ausentes e são inespecíficos. Os principais são:
- Hidrocefalia
- Microcrania
- Defeitos cardíacos
- Hepatoesplenomegalia
- Catarata
- Hidropsia fetal
- Restrição do crescimento fetal
- Polidrâmnio
- Oligoâmnio
- Placentomegalia

Síndrome da Rubéola Congênita - Achados neonatais freqüentes

- Restrição do crescimento
- Hepatoesplenomegalia
- Púrpura trombocitopênica
- Catarata / glaucoma
- Microcefalia
- Retardo mental
- Cardiopatias / miocardite
- Surdez
- Anemia hemolítica
- Meningoencefalite

Tratamento

Tratamento Medicamentoso

Não há tratamento específico. O uso de drogas antivirais e/ou de imunoglobulina não é preconizado.

Profilaxia

- A imunização de crianças, adolescentes e mulheres susceptíveis em idade fértil é a melhor estratégia preventiva
- Gestantes susceptíveis não devem receber a vacina durante a gestação
- Mulheres vacinadas devem adotar medidas anticoncepcionais efetivas por período de 30 dias
- O uso inadvertido da vacinação em gestantes (início do 1º trimestre) não tem promovido alterações conceptuais
- Puérperas susceptíveis já devem ser imunizadas após 48 horas de pós-parto

17

Toxoplasmose e Gestação

Descrição

Etiologia

Protozoário intracelular *Toxoplasma gondii*.

Via de transmissão

Ingestão de oocistos (excretados nas fezes de gatos) ou de cistos teciduais (presentes em carnes contaminadas ingeridas cruas ou mal cozidas).

Transmissão vertical

Só ocorre na primoinfecção aguda materna. Há risco de ocorrer em 50% dos casos, se não tratada.

Os riscos de acometimento conceptual dependem da idade gestacional no momento da infecção:

Idade gestacional
- 1º trimestre = 15% a 20% de abortamento espontâneo
- 2º trimestre = 25% a 30% de abortamento espontâneo ou doença grave
- 3º trimestre = 65% de conceptos acometidos

Observação
A infecção materna recorrente, a reinfecção, ou a persistência de IgM+ fora da infecção aguda não oferecem riscos ao concepto.

Imunossupressão

A presença de imunossupressão (como Aids e aplasia medular) pode alterar a evolução da toxoplasmose, predispondo à infecção generalizada com acometimento sistêmico importante. Também pode proporcionar transmissão vertical mais grave, inclusive nas formas recorrentes.

Diagnóstico

Quadro clínico

Geralmente (80% a 90% dos casos), o quadro é assintomático. Pode haver manifestações gerais brandas de febre, coriza, mal-estar, adinamia, cefaléia, mialgia e linfoadenomegalia (geralmente occipital).

Rastreamento pré-natal

Solicitar sorologia específica na 1ª consulta pré-natal; nas gestantes susceptíveis, repetir a cada trimestre.

Infecção materna

É necessária a sorologia para detecção de anticorpos IgM e IgG. O IgM torna-se + em 1 a 2 semanas após a infecção; pode ser detectado até por alguns anos. O IgG atinge pico máximo com 2 meses e títulos + persistem indefinidamente.

Pesquisas de IgA e IgE não são feitas na prática diária.

Sorologia materna

IgM- IgG-
Gestante susceptível. Se, ao longo da gestação, IgM tornar-se +, indica soroconversão (infecção aguda).

Avidez para IgG
- Baixa avidez (< 30%) indica infecção há menos de 3 meses
- Alta avidez (> 60%) indica infecção antiga

IgM+ IgG+ na 1ª consulta, sem sorologia anterior
Suposta gestante com infecção aguda. Realizar teste de avidez para IgG.

Níveis crescentes de IgM (aumento de vezes em 15 dias a 30 dias) também sugerem infecção aguda.

IgM- IgG+
Gestante com infecção pregressa

Diagnóstico

Observações

A utilização dos testes sorológicos para toxoplasmose pode ser difícil e confusa em alguns casos, devido à possibilidade de falsos positivos e negativos decorrente da variabilidade da resposta imunológica do hospedeiro e do uso de análise laboratorial não padronizada.
É importante efetuar a repetição dos exames sorológicos no mesmo laboratório, utilizando a mesma metodologia, possibilitando a comparação dos resultados.

Infecção fetal

Diante de gestante com infecção aguda, realizar amniocentese com cerca de 20 semanas para pesquisa do agente no líquido amniótico por meio da reação em cadeia de polimerase (PCR).

O uso de cordocentese para pesquisa de IgM fetal específica é prática excepcional, em casos selecionados.

Acometimento do recém-nascido

Cerca de 70% dos conceptos acometidos são assintomáticos no nascimento; podem, contudo, expressar sinais tardios da doença ao longo do seguimento neonatal.

Manifestações clínicas comuns
- Oculares
  :: Coriorretinite,
  :: Atrofia do nervo óptico
  :: Cegueira
  :: Paralisia ocular
  :: Microftalmia

- Sistema nervoso central
  :: Microcefalia
  :: Hidrocefalia
  :: Ventriculomegalia
  :: Surdez
  :: Calcificações periventriculares

- Hepatoesplenomegalia
- Icterícia
- Ascite
- Hidropsia
- Trombocitopenia
- Retardo no desenvolvimento neuropsicomotor

Diagnóstico

Achados ultra-sonográficos

Geralmente identificados após a 20ª semana de gestação. Podem estar ausentes e são inespecíficos. Os principais são:
- Ventriculomegalia
- Calcificações periventriculares
- Hepatoesplenomegalia
- Opacificação do cristalino
- Placentomegalia
- Microcefalia
- Hidropsia fetal
- Restrição do crescimento fetal
- Polidrâmnio
- Oligoâmnio

Tratamento

Tratamento Medicamentoso da infecção materna aguda

Indicado durante a gestação. Deve ser iniciado no momento da suspeita diagnóstica. Reduz a possibilidade de transmissão vertical em 50% a 75% dos casos. Entretanto, não cruza a barreira placentária, não servindo para tratamento do feto acometido.

Espiramicina (Rovamicina 1,5 MUI®) – 2 comprimidos por via oral a cada 8 horas, uso contínuo até o parto.

Tratamento Medicamentoso da infecção fetal

Indicado quando a pesquisa no líquido amniótico (amniocentese) resultar positiva. Intercalar o uso da Espiramicina, a cada 3 semanas, com o seguinte esquema, até o parto:
- Pirimetamina (Daraprin 25 mg®) – 2 comprimidos por via oral a cada 12 horas
- Sulfadiazina (Sulfadiazina 500 mg®) – 2 comprimidos por via oral a cada 8 horas
- Ácido folínico (Leucovorin 10 mg®) – 1 comprimido por via oral ao dia

Realizar hemograma a cada 2 a 4 semanas, devido ao risco de anemia megaloblástica.

Em caso de alergia a sulfa, utilizar Clindamicina ou Azitromicina.

Profilaxia (para as gestantes susceptíveis)

- Cuidados higiênicos no trato de animais domésticos
- Uso de luvas no manuseio de areia, terra, plantas e carnes
- Lavar bem os alimentos que serão ingeridos crus
- Descascar as frutas
- Comer carne bem cozida
- Evitar ingerir ovos crus ou mal cozidos
- Lavar bem as mãos antes de se alimentar

18

Citomegalovírus e Gestação

Descrição

Etiologia

DNA vírus da família Herpesvírus.

Via de transmissão

Contato íntimo entre pessoas. O vírus pode ser encontrado na orofaringe, trato genital, urina, sêmen, sangue, leite e lágrimas de pessoas infectadas. Na gestação, a transmissão ocorre mais freqüentemente por contato sexual e pelo contato com crianças infectadas.

Transmissão vertical

Pode ocorrer com maior freqüência durante a primoinfecção (possibilidade de 30% a 40%). Pode surgir, menos freqüentemente, durante episódios de reinfecção ou de reativação (cerca de 1% de chance).

Diagnóstico

Quadro clínico

A maioria dos casos é assintomático. Pode haver sintomas inespecíficos de febre, fadiga, anorexia e linfoadenomegalia.

Infecção materna

Diagnóstico baseado nos testes sorológicos específicos e de acordo com a presença de anticorpos IgM e IgG.

A IgM torna-se positiva cerca de 2 semanas após o início dos sintomas maternos e pode persistir por até 18 meses.

Sorologia materna
- IgM- IgG- = gestante susceptível
- IgM+ IgG+ = gestante com infecção aguda
- IgM- IgG+ = gestante com infecção pregressa

Infecção fetal

Diante de gestante IgM+ IgG+, realizar amniocentese (após 14 semanas de gestação e com mais de 30 dias após o início da infecção materna) para pesquisa do agente no líquido amniótico por meio da reação em cadeia de polimerase (PCR).

O uso de cordocentese para pesquisa de IgM fetal específica é prática excepcional, em casos selecionados.

O teste de avidez para IgG não costuma trazer benefícios, pois a possibilidade de reinfecção e de reagudização resultam em maiores dificuldades na sua interpretação.

O diagnóstico da infecção fetal é útil para melhor orientação do casal e para nortear a conduta neonatal.

Achados ultra-sonográficos

São inespecíficos, podendo estar ausentes. Cerca de 50% dos fetos infectados podem exibir alterações ao ultra-som. Podem ser pesquisados após a 20ª semana de gestação. Os mais comuns são:

- Calcificações intracranianas periventriculares
- Hidropsia fetal
- Microcefalia
- Ventriculomegalia
- Hidrocefalia
- Restrição do crescimento fetal
- Polidrâmnio
- Oligoâmnio
- Placentomegalia
- Hiperecogenicidade intestinal

Tratamento

Tratamento Medicamentoso

Não há tratamento específico. O uso de drogas antivirais ainda não é preconizado na prática diária. O uso de imunoglobulina também não tem sido recomendado.

Observação
O neonatologista deve ser alertado, pois os conceptos poderão exibir sinais de acometimento multissistêmico no período pós-natal.

Profilaxia (para as gestantes susceptíveis)

- Evitar contato com secreções, saliva e urina de crianças de até 2 anos
- O uso de preservativo pode ser útil
- Gestantes que trabalham em creches, berçários, médicas, paramédicas e profissionais que lidam com crianças de até 2 anos merecem cuidados especiais
- Evitar contato com crianças febris e, em caso de necessidade de transfusão sangüínea, avisar o banco de sangue que é gestante, para receber sangue negativo para citomegalovírus

19

Hepatite B

Descrição

Etiologia

Vírus da hepatite B ou HBV, do tipo DNA.

Período de incubação

De 60 a 180 dias.

Cronicidade

De 3% a 10%.

Transmissão

- Parenteral (sangue, hemoderivados, drogas injetáveis)
- Sexual
- Vertical (da mãe para o feto)

Observação

A hepatite em gestantes tem sido subestimada porque os efeitos no recém-nascido às vezes só são percebidos décadas após o nascimento. A consequência mais grave é a evolução superior a 80% para as formas crônicas da doença. A prevenção no RN apresenta uma eficácia protetora de 90%.

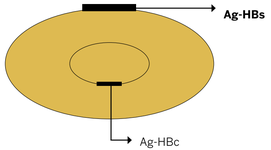
Repercussões sobre o ciclo gravídico-puerperal

Não parece haver diferenças importantes na evolução das hepatites em grávidas quando comparadas a não-grávidas.

Seja qual for a etiologia da hepatite viral, a grávida pode ser assintomática ou apresentar quadro clássico, com elevação marcante das transaminases e sorologia positiva.

Diagnóstico

Marcadores sorológicos do vírus da Hepatite B ou HBV



- **Ag-HBs**
  Antígeno de Superfície da Hepatite B
  Indicador de infecção aguda ou crônica
  Se positivo, comunicar o pediatra para profilaxia do RN

- Ag-HBc
  Antígeno Central (core) do VHB
  Avaliação por **Anti-HBc**
  Se positivo, indica contato com vírus HBV
  Não indica imunidade ou proteção

- **Ag-HBe** = antígeno da clivagem do core viral. Indica replicação

- Anti-HBs = anticorpo contra antígeno de superfície. Indica imunidade

- Anti-HBe = anticorpo contra o antígeno "e" do core. Sugere bom prognóstico

Diagnóstico

Hepatite B crônica – Rotina diagnóstica

A sorologia, tanto para hepatite B como C, deve ser feita em todas as gestantes, pois grande parte dos indivíduos com testes positivos não refere a quadro clínico anterior de hepatite, nem tem comportamento de risco.

Pesquisa-se inicialmente o anticorpo core (Anti-HBc) e Ag-HBs.

Em caso de Anti-HBc -

- Todos os outros exames negativos = paciente susceptível (indicar vacinação pós-parto)
- Se a paciente recebeu vacina, terá Ag-HBs- e Anti-HBs+, mostrando imunidade por vacinação

Em caso de Anti-HBc + (contato com o vírus)

- Ag-HBs- (não há infecção) e Anti-HBs+ (presença de anticorpos) = cura ou imunidade após infecção
- Ag-HBs+ = infecção. Comunicar o pediatra para profilaxia do RN. Chances de transmissão vertical de 10%. Para saber se está replicando ou não, procede-se a análise do Ag-HBe (antígeno de replicação)

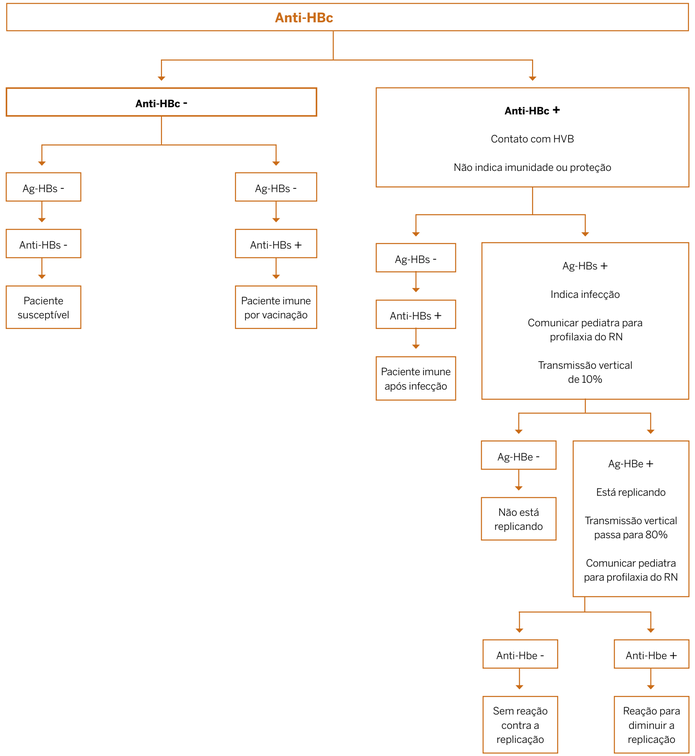
Ag-HBe

- Ag-HBe- = não há replicação. Encaminhar paciente para tratamento pós-parto

- Ag-HBe+ = está havendo replicação ativamente e a chance de transmissão vertical passa para 80% a 90%
  :: Ag-HBe+ e Anti-HBe+ = paciente está apresentando reação contra a replicação
  :: Ag-HBe+ e Anti-HBe- = paciente não apresenta reação contra a replicação

Tratamento

Fluxograma de diagnóstico



Tratamento

Observações

As gestantes com hepatite aguda devem ser cuidadosamente acompanhadas, sobretudo para se estabelecer diagnóstico diferencial com esteatose aguda, síndrome HELLP, colestase da gravidez, hepatite por drogas e outras viroses (CMV, mononucleose) que produzem sintomas semelhantes (*vide protocolo síndrome HELLP*).

A via de parto é de indicação obstétrica.

A amamentação é permitida.

20

Hepatite C

Descrição

Etiologia

Vírus da hepatite C ou HCV do tipo RNA.

Período de incubação

De 30 a 120 dias.

Cronicidade

De 50% a 70%.

Vias de transmissão

- Principalmente parenteral
- Sexual
- Vertical (rara quando comparada com hepatite B. Carga viral elevada aumenta o risco).

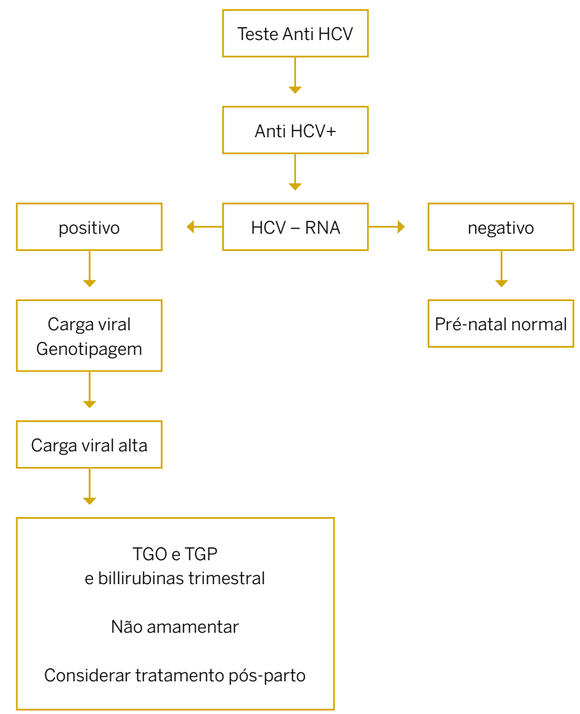
A maior parte dos casos de recém-nascidos de mães portadoras do Anti HCV corresponde à transmissão passiva de anticorpos, que tendem a se negativar no soro da criança após o sexto mês de vida.

Diagnóstico

Rotina diagnóstica

A sorologia deve ser feita em todas as gestantes, pois grande parte dos indivíduos com testes positivos não refere a quadro clínico anterior de hepatite, nem tem comportamento de risco.

Fluxograma de diagnóstico



Tratamento

Prevenção

Não existe vacina disponível para a prevenção da infecção pela hepatite C.

O uso de gamaglobulina não foi ainda estudado como alternativa na prevenção da transmissão vertical do HCV.

21

HIV e Gestação

Descrição

Etiologia

RNA vírus.

Vias de transmissão

- Inoculação percutânea de material infectado (sangue ou secreções)
- Intercurso sexual
- Uso de seringas e agulhas contaminadas
- Transfusão de sangue e derivados

Prevalência de HIV+ na população obstétrica

Estado de São Paulo = de 0,1% a 3,7%.
Brasil = menos de 1%.

Interrelações recíprocas

- A gravidez potencializa a deficiência do estado imunológico

- O HIV+ aumenta a chance de:
  :: Abortamento
  :: Prematuridade
  :: Rotura prematura de membranas
  :: Restrição do crescimento fetal
  :: Óbito fetal
  :: Incidência de mecônio
  :: Infecção puerperal

Transmissão vertical

A chance aumenta com o progredir da idade gestacional. A maior possibilidade de ocorrência de transmissão vertical é no trabalho de parto e no parto (cerca de 65% dos casos). Há riscos adicionais pelo aleitamento materno.

Transmissão vertical
- Sem intervenções preventivas = 20% a 25%
- Com medidas preventivas = 0% a 2%

Diagnóstico

Diagnóstico Sorológico no pré-natal

Solicitar sorologia na 1ª consulta pré-natal; se negativa, repetir no 3º trimestre.

O diagnóstico é feito diante de 2 testes tipo ELISA (que detecta anticorpos para HIV1+ e HIV2+), confirmados por meio do Western Blot (ou de imunofluorescência indireta), em nova amostra de sangue.

Observação
O teste sorológico para HIV sempre deverá ser solicitado com a concordância da paciente; diante de recusa, registrar o fato no prontuário médico.

Teste rápido
Apenas utilizado quando a grávida não fez pré-natal ou quando o teste não for disponível; é válido para nortear a terapêutica intraparto.

Assistência pré-natal em gestante HIV+

- Acompanhamento por equipe multidisciplinar, em que o infectologista desempenha papel importante na orientação da medicação anti-retroviral, bem como na profilaxia e no tratamento das infecções oportunistas (como as causadas pelo *Pneumocystis carinii* e *Toxoplasma gondii*)

- Evitar procedimentos invasivos, como amostra de vilo corial, amniocentese e cordocentese

- Em cada consulta pré-natal, atentar para a presença de infecções ginecológicas intercorrentes, incluindo HPV

- Incluir exames periódicos de avaliação virológica e imunológica (carga viral, CD4 e CD8), função renal e hepática, bem como monitoração para outras possíveis infecções (como toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes, hepatites, lues, gonorréia, clamídia, micoplasma e tuberculose)

- As sorologias indicando susceptibilidade deverão ser repetidas a cada trimestre

- Deve-se proceder à vacinação contra hepatite B nas gestantes susceptíveis

Tratamento

Tratamento durante o pré-natal – regras gerais

Se a gestante já utiliza esquema terapêutico anti-retroviral, ele deverá ser mantido até avaliação do infectologista; os medicamentos contra-indicados na gravidez deverão ser substituídos.

Visando apenas a profilaxia da transmissão vertical, o tratamento deve ser iniciado a partir da 14ª semana de gestação, com monoterapia ou politerapia, na dependência da carga viral e do estado imunológico.

É recomendado o uso de Zidovudina (AZT), associado a outros anti-retrovirais.

Tratamento Medicamentoso na gestação

- Zidovudina (AZT 100 mg) – 3 comprimidos por via oral a cada 12 horas
- Biovir® (AZT 300 mg + Lamivudina 150 mg) – 1 comprimido por via oral a cada 12 horas
- Nelfinavir 250 mg – 5 comprimidos por via oral a cada 12 horas
- Nevirapina 200 mg – 1 comprimido por via oral a cada 12 horas

Profilaxia Medicamentosa da transmissão vertical no parto

Constitui a essência da profilaxia da transmissão vertical. Esta profilaxia intraparto está indicada para todas as gestantes HIV+, independentemente da terapia anti-retroviral utilizada na gestação.

Esquema

Usar frasco-ampola de AZT de 20 ml com 200 mg (10 mg/ml).

Dose de ataque
AZT – 2mg/kg peso diluído em 100 ml de SG 5% infundido em 1 hora por via endovenosa.

Dose de manutenção
AZT – 1mg/kg peso/h até o clampeamento do cordão.

Observações

Nos casos de parto com evolução muito rápida, a dose de ataque de AZT deve ser ministrada em 30 minutos.

Nos casos de cesáreas eletivas, utilizar o AZT durante 4 horas antes do procedimento.

Tratamento

Via de parto

A via de parto preferencial nas gestantes HIV+ é a cesárea eletiva com 38 semanas, pois oferece maior segurança na prevenção da transmissão vertical.

A via vaginal poderá ser tentada diante de condições obstétricas excepcionais, com rápida evolução do trabalho de parto, diante de carga viral indetectável ou menor que 1.000 cópias/ml (avaliadas com 34 semanas ou mais de gestação).

Assistência ao parto – regras gerais

- Na cesárea, realizar técnica com hemostasia rigorosa de todos os planos, incluindo o segmento inferior, com retirada de concepto impelicado

- Clampeamento imediato do cordão umbilical

- Remoção imediata de sangue e secreções em contato com a pele e mucosas do recém-nascido

- Evitar trabalho de parto prolongado

- Evitar amniotomia e impedir mais de 4 horas de bolsa rota

- Não executar fórcipe, nem episiotomia

- Retirar o AZT via intravenosa após o clampeamento do cordão

- Manter o esquema anti-retroviral no puerpério, quando indicado

- O recém-nascido deverá receber AZT em xarope precocemente por período de 6 semanas

Importante
Está contra-indicada a amamentação.

22

Hemorragias do 3º trimestre

Descrição

Patologias causadoras de hemorragia do 3º trimestre

As principais são:
- Placenta prévia
- Descolamento Prematuro de Placenta (DPP)
- Ruptura de seio marginal
- Ruptura de vasa prévia
- Lesões cervicais, cervicites, pólipos e Ca de colo uterino
- Lesões vaginais e vulvares

Algumas dessas patologias podem ser diagnosticadas apenas com exame clínico ou vaginal por meio do exame especular. O toque vaginal deve ser evitado.

Placenta prévia

Definição

Implantação e desenvolvimento da placenta no segmento inferior do útero.

Incidência

De 1%, mas vem crescendo pelo aumento do número de cesáreas.

Classificação

Placenta prévia centro-total
Recobre totalmente o orifício interno do colo do útero.

Placenta prévia centro-parcial
Recobre parcialmente o orifício interno do colo do útero.

Placenta prévia marginal
A borda placentária margeia o orifício interno do colo do útero.

Placenta prévia lateral
Embora implantada no segmento inferior do útero, não alcança o orifício interno do colo.

Etiologia

Fatores etiológicos associados:
- Cesáreas anteriores
- Idade materna avançada
- Multiparidade
- Curetagens repetidas
- Cirurgias uterinas
- Gemelaridade
- História pregressa de placenta prévia

Descrição

Descolamento prematuro de placenta (DPP)

Definição

Separação da placenta de sua inserção normal antes da expulsão fetal.

Etiologia

É desconhecida.

Ruptura uterina

Definição

Separação de todas as camadas uterinas com saída de parte ou de todo o feto da cavidade uterina, causando uma grave hemorragia interna, taquicardia e hipotensão.

Diagnóstico

Placenta prévia

Quadro clínico

Sangramento genital indolor sem causa aparente, de coloração vermelha viva, reincidente e de gravidade progressiva.

Roteiro diagnóstico

É baseado no quadro clínico associado ao exame ultra-sonográfico pélvico e/ ou transvaginal e só deve ser firmado no 3º trimestre devido ao fenômeno da "migração" ou subida placentária.

A placenta prévia pode estar associada com o acretismo placentário, principalmente quando há cesárea anterior. No pré-natal deve ser pesquisada essa possibilidade através de ultra-sonografia com doplller e, se necessário, complementada pela ressonância magnética.

Na possibilidade de acretismo, o parto deve ser programado com apoio da radiologia intervencionista (*vide protocolo hemorragia pós-parto*).

Descolamento prematuro de placenta (DPP)

O diagnóstico é eminentemente clínico.

A ultra-sonografia pode auxiliar no diagnóstico diferencial com placenta prévia e confirma a vitalidade ou não do feto.

A cardiotocografia identifica sinais de sofrimento fetal com bradicardia, diminuição da variabilidade e Dips tipo II.

Quadro clínico

- Dor súbita e intensa principalmente em localização de fundo uterino
- Perda sangüínea vaginal em 80% dos casos
- Pode haver anemia, hipotensão e choque
- Parada da movimentação fetal
- Coagulopatia por consumo local e coagulação intra-vascular disseminada (CIVD)

Diagnóstico

Exame físico

- Aumento do tônus uterino (hipertonia), algumas vezes associado a hiperatividade uterina (polissistolia)
- Ao toque, a bolsa das águas geralmente é tensa
- Os batimentos cardíacos fetais são de difícil ausculta ou mesmo podem estar ausentes
- A paciente pode apresentar sinais de pré-choque ou choque hipovolêmico que, às vezes, não condizem com a perda sangüínea vaginal
- Podem aparecer sinais indiretos de CIVD, como petéquias, equimoses e hematomas

Condições associadas ao DPP

- Síndromes hipertensivas (principal fator)
- Descompressão uterina abrupta
- Traumas abdominais externos
- Tumores uterinos (leiomiomas)
- Malformações uterinas
- Multiparidade
- Tabagismo
- Uso de cocaína
- Trombofilias
- Antecedentes de DPP em gestação anterior

Exames laboratoriais durante a conduta no DPP

- Avaliação laboratorial da intensidade da anemia através de hemograma completo

- Avaliação da coagulação
  :: Teste de Weiner (formação e dissolução de coágulo)
  :: Coagulograma completo com plaquetas (plaquetas inferiores a 100.000 mm e TTPA elevado são sinais de CIVD)
  :: Fibrinogênio plasmático (quando menor que 100 mg% indica coagulopatia de consumo)

- Avaliação da função renal (uréia e creatinina)
- Avaliação metabólica e de função respiratória pela gasometria arterial

Ruptura uterina

O diagnóstico é clínico.

Tratamento

Placenta prévia - Conduta

Deve-se evitar o toque vaginal. Quando realizado, exige ambiente onde seja possível realizar uma intervenção de emergência.

A conduta é definida de acordo com a idade gestacional e as condições maternas e fetais.

Gestação pré-termo com sangramento discreto
- Internação instituída via parenteral
- Controle de sinais vitais maternos
- Controle de sangramento vaginal
- Comunicar o banco de sangue
- Controle de vitalidade fetal
- Administrar corticóides entre 26 semanas e 34 semanas (*vide protocolo de corticoterapia*)

Gestação pré-termo com hemorragia grave
- Resolução do parto por cesárea

Gestação 36 semanas ou mais
- Resolução do parto por cesárea

Observações

Em placentas prévias centro-totais, mesmo com feto morto, a interrupção é por cesárea.

Todas essas pacientes exigem cuidados especiais no pós-parto imediato, sendo prudente encaminhá-las à UTI.

Tratamento

DPP

- Os cuidados vitais maternos devem ser rápidos e concomitantes à interrupção da gestação
- Encaminhar a paciente para o centro obstétrico
- Cateterização venosa. De acordo com a gravidade, utiliza-se cateter periférico ou intracath
- Sondagem vesical para avaliação do volume urinário e da função renal
- Oxigênio úmido em máscara aberta
- Monitorização contínua da PA, freqüência cardíaca e diurese

Conduta no DPP

Estabilização da paciente
O propósito é promover reposição volêmica para manter a perfusão tecidual e evitar o choque. A reposição volêmica deve ser feita o mais precocemente possível com cristalóides, papa de hemácias, plasma fresco, crioprecipitados, plaquetas e fator VII recombinante.

Conduta obstétrica

Cesariana com feto vivo ou morto e em qualquer idade gestacional.

Admite-se o parto vaginal em gestante em condições estáveis em fase adiantada do trabalho de parto, realizando amniotomia e indução do parto, com ocitocina por período máximo de 2 horas.

Após o parto encaminhar a paciente à UTI.

Ruptura uterina - conduta

Laparotomia imediata, com sutura das lacerações ou histerectomia. Persistindo o sangramento solicitar apoio da radiologia intervencionista.

23

Gestação Gemelar

Descrição

Classificação

Dizigóticos (80% dos casos)

Fecundação de dois óvulos por dois espermatozóides. Podem ser ou não do mesmo sexo. A hereditariedade (materna), idade, raça e técnicas de reprodução assistida têm influência.

Monozigóticos (20% dos casos)

Fecundação de óvulo e espermatozóide únicos. Ocorre divisão de massa embrionária inicial comum. São geneticamente idênticos (mesmo sexo) e a gestação pode ser:
- Dicoriônica e Diamniótica (DC/DA)
- Monocoriônica e Diamniótica (MC/DA)
- Monocoriônica e Monoamniótica (MC/MA)
- Gêmeos acolados ou siameses

Complicações fetais

- A mortalidade perinatal é mais alta que a taxa para gestações únicas durante toda a gestação
- Prematuridade (50% dos gêmeos nascem antes de 34 semanas)
- Aborto, crescimento intra-uterino retardado (CIUR), malformações fetais, poliidrâmnio

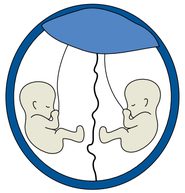
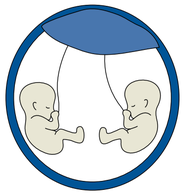
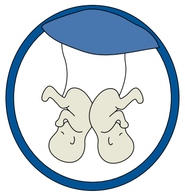
Na gestação monocoriônica
- Aumento na incidência de abortamento
- Quando ocorre óbito de um dos fetos, o risco de óbito ou retardo mental do outro é de 25%
- Nos casos de gestação monoamniótica, pode ocorrer óbito súbito, sem possibilidade de prevenção

Complicações maternas

- Pré-eclampsia
- Diabetes
- Hemorragia pós-parto
- Anemia
- Placenta prévia

Descrição

Freqüência e mortalidade perinatal em relação ao tipo de placentação

	Freqüência	Mortalidade
Dicoriônica Diamniótica	6%	20%
Monocoriônica Diamniótica	13%	30%
		
Monocoriônica Monoamniótica	1%	60%
		
Acolados ou Siameses	0,006%	90%
		

Diagnóstico

Determinação da corionicidade por ultra-sonografia

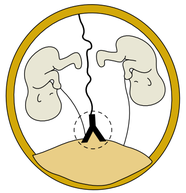
É importante para prognóstico da gestação. As gestações monocoriônicas apresentam maior risco de complicações e mortalidade perinatal. A identificação utiliza três parâmetros: sexo fetal, número de placentas e característica da membrana entre os dois sacos.

- Gêmeos de sexos diferentes são sempre dizigóticos e, portanto, dicoriônicos
- Se as placentas são separadas, a gestação é dicoriônica

- Características da membrana intergemelar :
  :: Entre 6 semanas e 9 semanas, a presença de septo espesso entre os sacos caracteriza a dicoriônica
  :: Entre 11 semanas e 14 semanas, a gestação é dicoriônica se presente o sinal de lambda (projeção triangular de tecido coriônico na inserção da membrana). Se a membrana amniótica se insere em forma de "T", a gestação é monocoriônica

Observação
Com a evolução da gestação, ocorre regressão do sinal de lambda e a determinação de corionicidade pode se tornar impossível de ser feita.

Sinais ultra-sonográficos que definem o tipo de corionicidade



Sinal do Lambda
(dicoriônica)

Sinal do T
(monocoriônica)

Tratamento

Assistência pré-natal

- Consultas mensais até 26 semanas, a seguir quinzenais e semanais a partir da 34ª semana
- Diminuição da atividade física
- Ultra-sonografias mensais nas dicoriônicas e quinzenais nas monocoriônicas, sempre com medida do colo do útero
- Utilização de progesterona natural (Utrogestan® – 200 mg à noite por via vaginal) para diminuição das contrações uterinas
- Pesquisa mensal de anemia e infecções do trato urinário
- Curva glicêmica para diagnóstico de diabetes gestacional

Gestação monocoriônica
- Acompanhamento concomitante com grupo de medicina fetal
- Síndrome de transfusão feto-fetal pode ocorrer precocemente em 15% dos casos. Seu tratamento de separação por *laser* (técnica disponível no Hospital e Maternidade São Luiz) tem sobrevida maior que a amniodrenagem seriada

Particularidades na inibição de Trabalho de Parto Prematuro (TPP)

- Dar preferência aos antagonistas da Ocitocina (Atosiban) (*vide protocolo de inibição do TPP*)
- Evitar a hiper-hidratação por haver risco de edema agudo de pulmão
- Evitar uso concomitante de betamiméticos com corticóides (risco de edema agudo de pulmão)
- Nos casos de risco de parto prematuro, realizar apenas um ciclo de corticoterapia entre 26 semanas e 32 semanas com preferência pela Betametasona (*vide protocolo de corticoterapia*)

Assistência ao parto

- O parto gemelar deve ser realizado com, no máximo, 38 semanas nas dicoriônicas e 34 semanas nas monocoriônicas
- Devido às intercorrências, tanto maternas como fetais, a cesariana eletiva parece ser a decisão mais adequada. No mesmo raciocínio, nas gestações com mais fetos, também será indicada a cesárea
- Pode-se permitir o parto vaginal nas gestações de termo, com pesos fetais acima de 1.500 g e com os dois fetos em apresentação cefálica ou o primeiro cefálico e o outro não-cefálico
- Após o parto, manter a paciente com infusão de Ocitocina por 12 horas, por haver risco de atonia uterina

24

Doença Hemolítica Perinatal (DHPN)

Descrição

Definição

Reação imunológica materna a antígenos eritrocitários fetais. Posteriormente, haverá passagem transplacentária desses anticorpos para a circulação fetal, com processo de hemólise progressiva, anemia e hipóxia.

A DHPN não é exclusiva do sistema Rh; a pesquisa de anticorpos deve ser solicitada para todas as pacientes, na primeira consulta pré-natal.

A incompatibilidade ABO mãe-feto constitui uma proteção parcial contra a aloimunização anti-D. O risco de aloimunização anti-D em gestações ABO compatíveis é acima de 15%; em caso de incompatibilidade o risco fica em torno de 1,5%.

Incidência

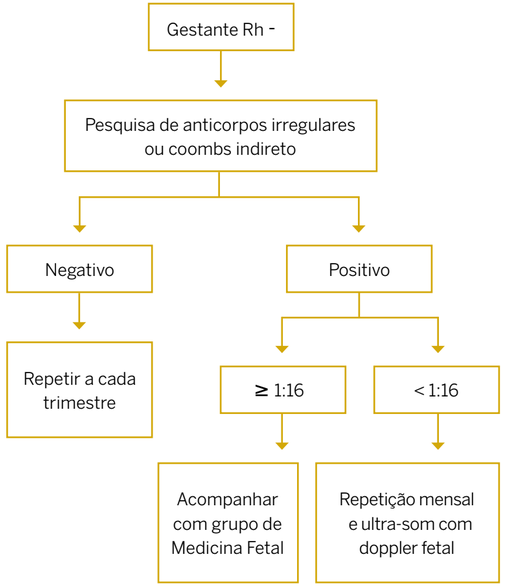
O sistema Rh é o mais freqüente e grave (80% a 90% dos casos), seguido pelo ABO, cujas complicações são mais comuns no período neonatal a cargo do neonatologista.

Diagnóstico

Roteiro diagnóstico

- Pesquisa e titulagem de anticorpos irregulares, antigamente denominado teste de coombs indireto
- Considera-se fator de gravidade título de anti-D igual ou maior do que 1:16
- A gestante Rh- deve ser investigada para subgrupo Du. Quando Du+, por apresentar risco desprezível, não necessita propedêutica especializada
- Tipagem sangüínea paterna. Só há risco com pai Rh+. A zigotagem paterna é indicada nos casos graves
- Pesquisar antecedentes de transfusões, evolução das gestações anteriores e dos recém-nascidos, além de uso de drogas injetáveis

Fluxograma da gestante Rh-



Parâmetros de gravidade na gestante sensibilizada

- Antecedentes de mau passado obstétrico pelo fator Rh
- Título de anticorpos anti-D igual ou maior do que 1:16
- Achado ao ultra-som de derrame pericárdico, ascite ou hidropsia fetal
- Dopplervelocimetria da artéria cerebral média fetal alterada
- Cardiotocografia com padrão sinusoidal ou presença de desacelerações
- Diminuição acentuada dos movimentos fetais

Tratamento

Tratamento dos casos graves (com orientação da Medicina Fetal)

Para hidropsia ou ascite, a conduta é a dosagem de hemoglobina por cordocentese e transfusão intra-uterina com concentrado de hemácias grupo O e Rh-.

Nos casos de fetos tratados com transfusão intra-uterina o parto deve ser realizado com 34 semanas por cesárea. Nos demais casos de fetos com chance de apresentarem hemoglobina maior que 13 g% e boa vitalidade fetal, o parto poderá ser realizado com 38 semanas .

A administração maciça de imunoglobulina endovenosa ou plasmaferese na mãe, por seu custo, sua complexidade e seus efeitos colaterais, tem sua indicação excepcional em casos graves com passado de perdas de repetição e ocorrência de hidropsia antes de 28 semanas.

Profilaxia da isoimunização

Gamaglobulina anti-D deve ser aplicada por via intramuscular, em dose que varia de 250 ug (Partogama®) a 300 ug (Rhogam®, Matergam®) em todas as gestantes Rh- e Du- **na 28ª semana de gestação** e naquelas que tenham recebido hemácias positivas nas seguintes situações:

- Após parto de RN (vivo ou morto) Rh+ (ou Rh- e Du+)
- Após abortamento, gestação ectópica, gestação molar, colheita de vilosidade ou após amniocentese, quando o pai é Rh+
- Na presença de sangramento vaginal
- Após transfusão de sangue Rh+, na dose de 300 ug a cada 30 ml de sangue total recebido ou a cada 15 ml de concentrado de glóbulos

Observações

A medicação profilática deve ser efetuada logo após o evento, no prazo máximo de 72 horas, havendo a possibilidade de não ocorrer a sensibilização quando a administração é feita até 21 dias, ressaltando-se que, quanto menor o intervalo, maior a eficácia.

As gestantes Du+ ou D "fraco", em sua maioria, não se sensibilizam, não necessitando, portanto, de Gamaglobulina anti-D.

25

Restrição do Crescimento Intra-Uterino (RCIU)

Descrição

Definição

Processo patológico capaz de modificar o potencial de crescimento do produto conceptual, de forma a restringir o desenvolvimento fetal.

Na prática, é caracterizado quando o crescimento fetal é inferior ao 10º percentil para determinada idade gestacional.

Classificação e principais etiologias

Tipo I – Simétrico (20% dos casos)
O feto apresenta crescimento harmônico e proporcionado, mantendo regularidade nas relações entre as circunferências cefálica, abdominal e o comprimento do fêmur. O líquido amniótico pode estar normal ou alterado e os resultados das provas de vitalidade fetal são variáveis (na dependência da etiologia):
- Anomalias congênitas
- Infecções pré-natais
- Irradiações ionizantes

Tipo II – Assimétrico (80% dos casos)
Ocorre crescimento desarmônico e desproporcionado, com alterações nas relações entre as circunferências cefálica, abdominal e o comprimento do fêmur. Cursa mais freqüentemente com oligoâmnio e alterações circulatórias materno-fetais:
- Hipertensão arterial
- Desnutrição materna
- Cardiopatias cianóticas
- Colagenoses
- Trombofilias
- Diabetes com vasculopatia
- Anemias graves
- Tabagismo
- Etilismo
- Uso de drogas ilícitas

Observações
A etiologia não é definida em cerca de 40% dos casos.

Atenção para a possibilidade freqüente de restrição do crescimento intra-uterino do tipo constitucional. Este cursa com discreta alteração do peso corpóreo, volume normal de líquido amniótico e provas de vitalidade fetal sem alterações; não merece, portanto, cuidados adicionais.

Repercussões fetais

Responsável por elevados índices de morbidade e mortalidade perinatais.

Diagnóstico

Identificação

Alguns elementos clínicos, embora pouco precisos, possuem valor para a suspeita diagnóstica, como a altura uterina menor do que a esperada para a idade gestacional.

Sua confirmação é feita pela ultra-sonografia obstétrica, com o cálculo do peso fetal. É necessário, entretanto, o conhecimento correto da data da última menstruação e/ou datação por ultra-sonografia precoce (de 1º trimestre), ou, pelo menos, duas ultra-sonografias concordantes, antes de 20 semanas de gestação.

Tratamento

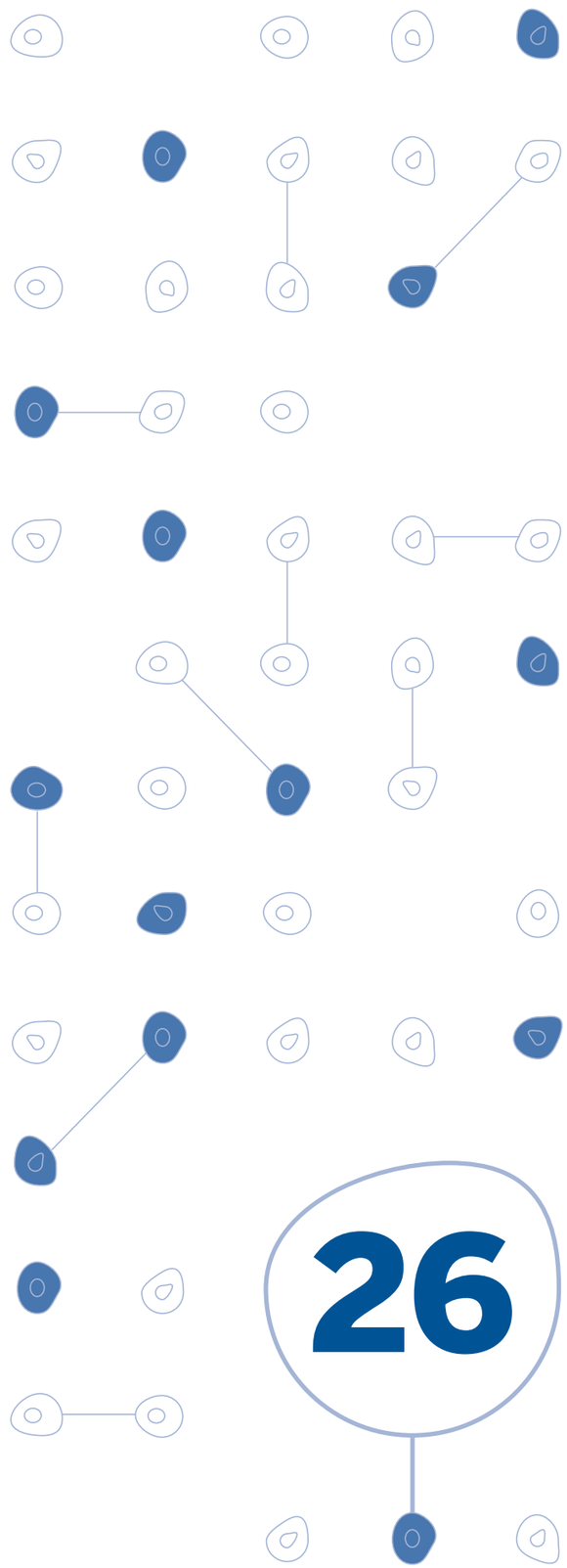
Conduta

A regra geral é: etiologia definida = tratamento específico.

- Realizar investigação etiológica (ultra-sonografia obstétrica, cariotipagem fetal na suspeita de anomalias congênitas e testes de infecções congênitas)
- Apuro e compensação de intercorrências clínicas maternas
- Vigilância da vitalidade fetal fundamentada no perfil biofísico fetal (incluindo a cardiotocografia) e dopplervelocimetria. A vigilância deve ser individualizada de acordo com a idade gestacional, a gravidade do caso e a etiologia envolvida
- Determinar o momento ideal para o parto. Promover a antecipação do nascimento em época oportuna; valer-se da corticoterapia antenatal para acelerar a maturidade pulmonar fetal, se necessário

Via de parto

A via preferencial é a cesariana. A indução do trabalho de parto e a via baixa podem ser tentadas em casos selecionados, com líquido amniótico em quantidade normal e com rigorosa vigilância da vitalidade fetal.



26

Indicações do Ecocardiograma fetal

Diagnóstico

Momento adequado para realização

- Idade gestacional indicada de 18 semanas a 34 semanas. O ideal é realizar o ecocardiograma de 24 semanas a 28 semanas
- Seguir com reavaliações periódicas quando apresentar exame alterado ou exame inconclusivo

Indicações fetais

- Aspecto anormal do coração no ultra-som morfológico
- Translucência nucal aumentada, independentemente do resultado do cariótipo
- Malformações fetais extra-cardíacas
- Fetos portadores de cromossomopatias
- Gravidez múltipla, gêmeos monocoriônicos
- Presença de foco ecogênico "Golf Ball" associado a outras alterações fetais ou em casos de estresse familiar
- Hidropsia não imune
- Retardo de crescimento intra-útero

- Arritmias fetais:
  :: Bradicardia (FC < 100 bpm)
  :: Taquicardia (FC > 180 bpm)
  :: Ritmo irregular (presença de pausas)

- Oligoâmnio e polidrâmnio

Diagnóstico

Indicações maternas

- Idade materna > 35 anos e < 15 anos
- Gestação pós-reprodução assistida
- Diabetes melito (risco de cardiopatia congênita de 2%)
- Diabetes gestacional (risco de miocardiopatia hipertrófica de 25% a 30%)
- História familiar com cardiopatia congênita
- História de filho anterior com cardiopatia congênita

- Doenças inflamatórias do tecido conjuntivo que aumentam o risco de bloqueio atrioventricular total:
  :: Lupus
  :: Artrite reumatóide
  :: Dermatomiosite
  :: Síndrome de Sjogren
  :: Anti-Ro
  :: Anti-La

- Infecções congênitas

- Exposição materna durante a gestação aos medicamentos:
  :: Carbonato de lítio
  :: Anticonvulsivantes (Hidantal,Fenobarbital e barbitúricos)
  :: Substâncias psicoativas (cocaína, maconha e anfetamina)

- Uso de agentes constritores do canal arterial:
  :: Anti-inflamatórios não esteróides (indometacina, aspirina, piroxican)
  :: Vasoconstritor nasal

27

Gestação Prolongada

Descrição

Definição clássica

É aquela que atinge 42 semanas completas (ou 294 dias), contadas a partir do 1º dia do último período menstrual.

Na atualidade, há forte tendência a evitar que a duração da gestação ultrapasse 41 semanas. A conduta expectante após esse limite tem revelado aumento da morbidade e mortalidade perinatais (com asfixia intra-uterina, presença de mecônio, macrossomia, distocia de bisacromial e compressões funiculares).

Diagnóstico

Critérios

É necessário o conhecimento correto da data da última menstruação e datação por ultra-sonografia precoce (de 1º trimestre), ou, pelo menos, duas ultra-sonografias concordantes, antes de 20 semanas de gestação.

Vigilância da vitalidade fetal

A vigilância mais atenta da vitalidade fetal já deve ser instituída após 40 semanas de gestação.

Entre 40 semanas e 41 semanas

- Perfil biofísico fetal (incluindo cardiotocografia) a cada 2 dias ou 3 dias.
- Exames anormais indicam conduta resolutiva
- Recomenda-se também realizar amnioscopia nos casos com dilatação (a presença de mecônio indica conduta resolutiva)

Tratamento

Gestação que atinge 41 semanas

Conduta = interrupção da gravidez

- Realizar provas de vitalidade fetal (cardiotocografia e perfil biofísico)
- Avaliar condições cervicais (índice de Bishop)
- Considerar o peso do concepto (há maior risco de macrossomia)
- Observar a quantidade de líquido amniótico (o oligoâmnio costuma acompanhar a gestação prolongada) e seu aspecto (amnioscopia nos casos de colo pérvio)

Decidir → Preparo cervical e/ou indução do parto
Decidir → Cesárea

Observação
O parto por via vaginal demanda cuidados adicionais, principalmente em função da possibilidade de oligoâmnio, presença de mecônio e macrossomia fetal (predispondo à desproporção céfalo-pélvica e distocia do bisacromial). É recomendada a monitoração cardiotocográfica contínua.

28

Estreptococos do Grupo B

Descrição

Definição

O estreptococo do grupo B (EGB), ou *Streptococcus agalactiae*, é considerado o agente causador de graves infecções neonatais de início precoce. Pode manifestar-se como pneumonia, meningite, osteomielite, septicemia e óbito neonatal.

O trato genital feminino é importante reservatório desse microorganismo. A prevenção reduz substancialmente as infecções neonatais causadas pelo EGB.

Diagnóstico

Rastreamento

O método de rastreamento é baseado na cultura de secreção vaginal e retal para EGB, entre a 35ª semana e a 37ª semana de gestação, para todas as gestantes. Cultura para EGB deve ser colhida em todas as gestantes internadas em trabalho de parto prematuro.

Tratamento

Profilaxia

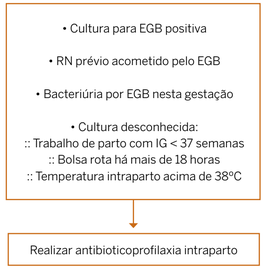
Indicações de antibioticoprofilaxia intraparto

- Cultura de secreção vaginal positiva para EGB (todas as pacientes nessa condição devem ser submetidas a antibioticoprofilaxia)
- EGB isolados na urina, em qualquer concentração, durante o decorrer da gestação
- Antecedente de recém-nascido acometido por doença causada pelo EGB em parto prévio, mesmo com cultura de secreção vaginal negativa para EGB

Cultura para EGB não realizada ou desconhecida

Recomenda-se antibioticoprofilaxia quando existirem os seguintes fatores de risco:

- Trabalho de parto com menos de 37 semanas
- Ruptura das membranas ovulares há 18 horas ou mais
- Temperatura materna intraparto maior ou igual a 38ºC



Tratamento

Antibioticoprofilaxia

1ª Opção

Dose de ataque
Penicilina G – 5.000.000 UI por via endovenosa

Dose de manutenção
Penicilina G – 2.500.000 UI por via endovenosa a cada 4 horas até o parto

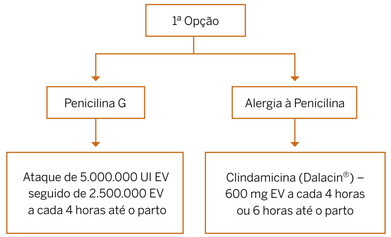
Quando há alergia à Penicilina
Clindamicina (Dalacin) – 600 mg por via endovenosa a cada 4 horas ou 6 horas até o parto

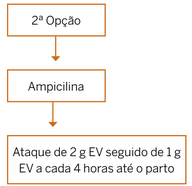
2ª Opção

Dose de ataque
Ampicilina – 2 g por via endovenosa

Dose de manutenção
Ampicilina – 1 g por via endovenosa a cada 4 horas até o parto

Esquema de antibioticoprofilaxia intraparto





Tratamento

Observações

O parto cesárea não previne a transmissão materno-fetal do EGB em pacientes colonizadas, já que a bactéria pode penetrar através das membranas íntegras.

O CDC não recomenda, de rotina, a antibioticoprofilaxia em casos de cesárea eletiva com bolsa íntegra em mulheres colonizadas. Em nosso serviço, sugerimos a antibiotocoprofilaxia por terem sido descritos casos de sepse precoce nestas situações.

Recomenda-se que a gestante chegue ao hospital 2 horas antes do horário da administração da primeira dose prescrita pelo médico-assistente.

A Ampicilina é segunda opção devido à seleção de resistência bacteriana na microbiota da gestante.

29

Indução do parto

Descrição

Definição

Desencadear contrações uterinas efetivas, por meio de métodos específicos, antes do deflagrar espontâneo. Usada em pacientes fora de trabalho de parto.

Não é o mesmo que:
- Condução: praticada durante o trabalho de parto com o propósito de adequar as contrações uterinas
- Maturação cervical: obtenção de colo uterino mais macio, complacente, capaz de dilatar facilmente e acomodar a passagem do feto

Indicações

Valoriza-se a indução do parto na presença de indicação médica adequada e quando o término da gestação promover benefício materno e /ou fetal. O procedimento não deve ser proposto apenas para conveniência médica e /ou da gestante.

A indução é indicada, principalmente, nos casos abaixo:
- Estados mórbidos maternos de difícil controle (síndromes hipertensivas e diabetes melito)
- Circunstâncias de risco no agravo da vitalidade fetal (restrição de crescimento intra-uterino, gestação prolongada, doença hemolítica perinatal)
- Malformações que apresentam evolução desfavorável com o continuar da gestação
- Rotura prematura de membranas
- Corioamnionites
- Óbito fetal

Principais contra-indicações

- Vício pélvico
- Desproporção cefalopélvica
- Macrossomia fetal evidente
- Tumores prévios
- Apresentações anômalas
- Inserção baixa da placenta
- Vasa prévia
- Comprometimento da vitalidade fetal
- Grande multiparidade
- Cicatriz uterina prévia (cesáreas, miomectomias, metroplastias)
- Gemelidade
- Polidrâmnio

Descrição

Principais complicações

A indicação bem fundamentada, com supervisão adequada, atuação precisa e o uso correto dos métodos, evitando-se tentativas prolongadas de indução de parto, diminuem muito a possibilidade dessas ocorrências:

- Trabalho de parto prolongado
- Síndrome de hiperestimulação uterina (taquissistolia de 6 ou mais contrações a cada 10 minutos associada a sinais de sofrimento fetal)
- Descolamento prematuro da placenta
- Ruptura uterina
- Infecção intraparto
- Embolia amniótica
- Tocotraumatismos
- Prolapso funicular
- Sofrimento fetal
- Hemorragia pós-parto

Diagnóstico

Método de indução do parto

O índice de Bishop norteia a escolha do método:

Quando < 6 pontos
Empregar métodos para proporcionar maturação cervical

Quando ≥ 6 pontos
Empregar métodos para desencadear contrações uterinas (indução propriamente dita)

Índice de Bishop modificado

	Pontuação			
	Zero	**Um**	**Dois**	**Três**
Dilatação (cm)	impérvio	1 a 2	3 a 4	>4
Comprimento do colo (cm)	>2	2	1	<1
Altura da apresentação	-3	-2	-1 ou 0	+1 ou +2
Consistência	Firme	Intermediária	Amolecida	
Posição	Posterior	Intermediária	Central	

Tratamento

Maturação Cervical

Métodos mais usados
- Prostaglandina E2
- Misoprostol
- Hialuronidase

Prostaglandina E2

Dinoprostone (Propess®) – dose única por via vaginal na forma de pessário por, no máximo, 24 horas. Deve ser retirado após esse período ou se houver desencadeamento de contrações uterinas.

Misoprostol (Prostokos®)

Análogo sintético da Prostaglandina E1 com apresentação em comprimidos de 25 mcg e 200 mcg. Promove maturação cervical de forma indireta, pois é capaz de desencadear contrações uterinas mesmo em doses baixas.

Dose recomendada no termo
Misoprostol (Prostokos®) – 25 mcg a cada 6 horas, por via vaginal, durante 24 horas

Observações

Aconselha-se elevação gradual e lenta das doses, se necessário; essas doses deverão ser individualizadas em idades gestacionais mais precoces e no óbito fetal.

O uso do Misoprostol eleva sobremaneira a possibilidade de síndrome de hiperestimulação; está contra-indicado na presença de incisões uterinas prévias em idades gestacionais avançadas.

Hialuronidase – (Hyalozima®)

É considerado método exclusivo para maturação cervical; é de uso ambulatorial, podendo ser utilizado após 34 semanas de gestação.

Dose
Diluir 1 frasco de 20.000 UTR em 4 ml de água destilada e injetar 2 ml nas posições cervicais 6 horas e 12 horas, utilizando prolongador e agulha de insulina (não retirar a agulha antes de 30 segundos, para evitar refluxo).

Após 48 horas, reavaliar as condições do índice de Bishop e repetir a aplicação, se necessário.

Tratamento

Indução de parto

Na prática, o uso de Ocitocina é o mais empregado. O descolamento digital das membranas ovulares e a amniotomia também podem ser praticados, em casos selecionados, com dilatação pronunciada e insinuação presente.

Ocitocina (Syntocinon®)

Apresenta melhores resultados na presença de índice de Bishop ≥ 6 e próximo ao termo da gestação. Uso endovenoso com infusão controlada por meio de bomba.

Preparo da solução

SG 5% – 500 ml
Ocitocina – 5 UI
cada 1 ml (20 gotas) = 10 mUI

- Inicia-se com 2 mUI/min (4 gotas/min ou 12 ml/h em bomba de infusão)
- Aumentam-se 2 mUI a cada 30 minutos, até o desencadeamento de contrações uterinas efetivas. Dose máxima de 32 mUI/minuto (ou 64 gotas/minuto)

Atenção
Evitar períodos prolongados de uso de Ocitocina; possui efeito antidiurético e há risco de intoxicação hídrica.

Falha de indução com Ocitocina
É considerada diante de ausência de atividade uterina após 2 horas de infusão de dose máxima.

Observações

Os métodos de indução de parto podem ser associados, posteriormente, aos de maturação cervical, em busca de melhores resultados.

O uso da cardiotocografia anteparto atestando boa vitalidade fetal é fundamental antes de instalar-se a indução do parto. Diante de contrações uterinas efetivas, o registro deve ser repetido e mantido continuamente, se possível.

Tratamento

Em caso de Síndrome de hiperestimulação uterina

- Retirar imediatamente o método de indução
- Decúbito lateral esquerdo e monitorar os batimentos cardíacos fetais
- Avaliar a possibilidade de praticar amniotomia ou instalar analgesia
- Tocólise aguda, se necessário, com ½ ampola de terbutalina por via subcutânea
- Reavaliar a possibilidade de manter resolução por via vaginal, ou indicar cesárea, preferencialmente após melhoria das condições fetais

30

Hemorragia Pós-Parto

Descrição

Definição
Emergência obstétrica com perda de sangue de mais de 500 ml no parto vaginal e 1.000 ml na cesárea, nas primeiras 24 horas após o parto. É uma das principais causas de morbi-mortalidade materna.

Incidência
5% dos partos.

Etiologia
- Atonia uterina..... (70%)
- Laceração genital e ruptura uterina ..... (20%)
- Retenção placentária e acretismo ..... (10%)
- Coagulopatias (consumo ou dilucional)..... (1%)

Fatores de risco para HPP
- Acretismo placentário
- Trabalho de parto, parto e dequitação prolongados
- História de HPP em gestação anterior
- Gestação múltipla
- Feto grande
- Cesárea(s) anterior(es)
- Pré-eclampsia

Observação
Os fatores de risco apresentam baixo valor prognóstico.

Tratamento

Conduta

Primeiro passo

- Realizar massagem e compressão uterina bimanual
- Iniciar infusão de solução salina ou outro cristalóide através de 2 acessos venosos calibrosos (16 Gauge) em MMSS.

- Administrar ocitócicos
  :: Ocitocina (Syntocinon®) – 10 unidades a 40 unidades em 1 litro de solução salina por via intravenosa, com taxa de infusão de 250 ml a cada hora
  :: Metilergonovina (Metergin®) – 1 ampola (0,2 mg) por via intramuscular
  :: Misoprostol (Prostokos®) – 800 mcg por via retal

Se não houver imediato controle da hemorragia, transferir paciente para o centro obstétrico.

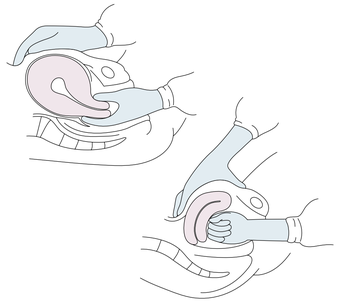
Segundo passo

- Montagem de equipe multidisciplinar (obstetra, anestesista, radiologista intervencionista, hematologista e urologista)
- Ressuscitação e estabilização, mantendo vias aéreas pérvias
- Sondagem vesical
- Colher hemograma e coagulograma
- Avaliar necessidade de tranfusão
- Anestesia para possíveis procedimentos

Terapia específica
- Reparar lacerações genitais (cervicais, vaginais e hematomas) e fazer curagem ou curetagem nos restos
- Em caso de atonia uterina, fazer massagem e compressão uterina
- Em caso de persistência da hemorragia, considerar distúrbios de coagulação
- Se a hemorragia estiver incontrolável, considerar intervenções cirúrgicas

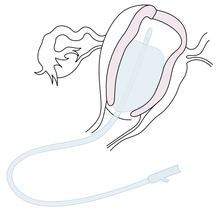
Tratamento

Compressão uterina manual



Compressão uterina por balão

Balão para tamponamento vaginal disponível no Hospital e Maternidade São Luiz



Tratamento

Intervenção cirúrgica

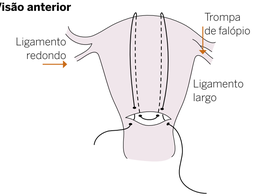
Terapia específica

- Laparotomia
  :: Sutura de B-Lynch
  :: Ligadura de artérias uterinas e útero-ováricas
  :: Ligadura da artéria ilíaca interna ou hipogástrica
  :: Histerectomia

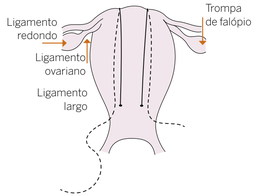
- Radiologia intervencionista
  :: Embolização
  :: Oclusão arterial

Sutura compressiva B-Lynch

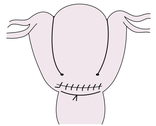
- **Visão anterior**



- **Visão posterior**



- **Visão anterior**



Tratamento

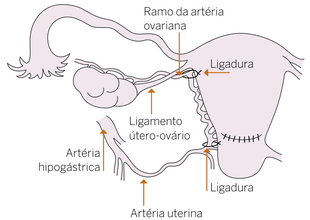
Ligadura de artéria ilíaca interna ou hipogástrica

Indicada para pacientes com prole não constituída; é um recurso anterior à histerectomia.

Limitações
- Dificuldade de abordagem do retroperitônio e visualização das hipogástricas
- Presença de coagulopatias dificulta a hemostasia
- Sucesso da ligadura de hipogástricas é controverso (< 50%)

Opções à ligadura
- Histerectomia
- Intervenção endovascular com radiologia intervencionista (sucesso de 80% a 90%)

Ligaduras de artérias



Radiologia intervencionista – indicações

- Atonia uterina
- Laceração útero-vaginal
- Malformações vasculares uterinas
- Prenhez ectópica (cornual, cervical e abdominal)
- Moléstia trofoblástica gestacional
- Tumores pélvicos na gestação (sarcoma uterino e carcinoma cervical)
- Anormalidades de implantação placentária (acretismo)

Tratamento

Acretismo placentário

Importância clínica

O aumento da incidência de cesáreas acarreta maior incidência de acretismo placentário. Em pacientes com placenta prévia e antecedente de uma cesariana, o risco de acretismo é de 25%. Em caso de duas ou mais cesarianas, passa a ser 50%.

Complicações

- Hemorragia maciça
- Coagulação intra-vascular disseminada
- Necessidade de histerectomia
- Lesão de órgãos adjacentes
- SARA
- Insuficiência renal
- Reação transfusional
- Aloimunização
- Sangramento para o retroperitôneo
- Tromboflebite pélvica
- Síndrome de Ogilvie
- Infecção pós-parto
- Deiscência da incisão abdominal
- Morte materna

Acretismo placentário – conduta

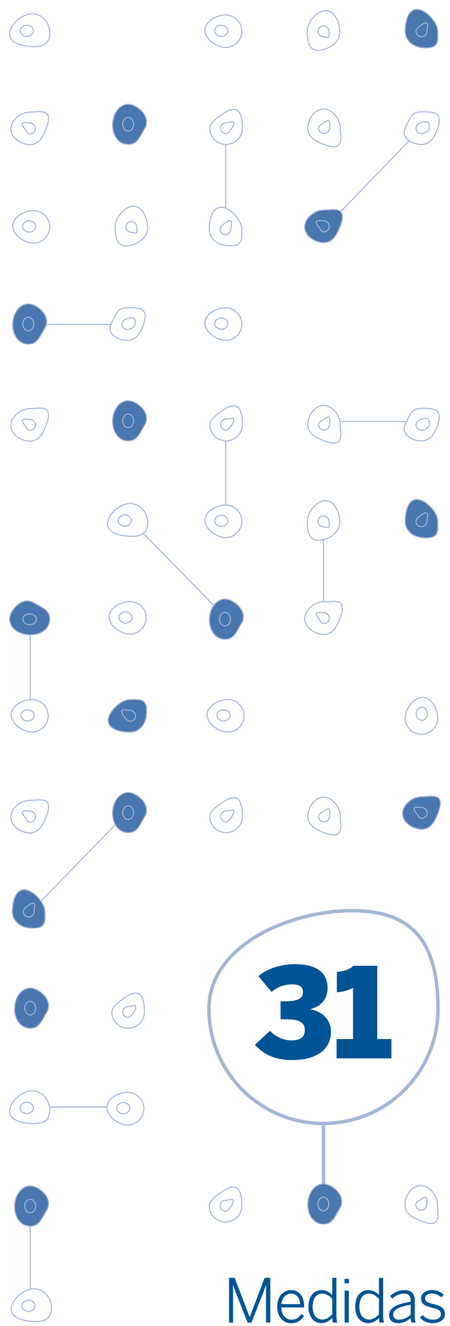
A conduta pode ser conservadora em paciente hemodinamicamente estável e com acretismo parcial.

Para sangramento que persiste com acretismo no corpo uterino, indica-se histerectomia subtotal, de fácil execução e menor tempo cirúrgico.

Nos casos de placenta prévia com cesárea anterior, solicitar ultra-sonografia com doppler e ressonância magnética.

Nos casos de suspeita de placenta percreta, deve-se programar o parto com apoio da radiologia intervencionista (programar cateterização das artérias ilíacas internas para possível embolização após a retirada do feto).

Nos casos de placenta percreta com envolvimento de tecidos adjacentes, a incisão uterina deve ser feita fora da área placentária (no fundo uterino) para a retirada do feto, podendo optar por deixar a placenta *in situ* e reintervenção após dias ou semanas, ou seja, após estabilização clínica da paciente.



Medidas Profiláticas para Infecção de Sítio Cirúrgico em Obstetrícia

Descrição

Definição de infecção de sítio cirúrgico

É a que ocorre na incisão, propriamente dita, e/ou também nos órgãos ou tecidos abordados na operação.

Não devem ser considerados os procedimentos ambulatoriais ou realizados fora dos centros operatórios.

Tratamento

Profilaxia

Medidas no pré-operatório

- Tratamento de focos infecciosos, mesmo que distantes do local a ser operado
- Período de internação pré-operatório o mais curto possível no caso de cirurgias eletivas
- Estabilização do quadro clínico, com compensação de doenças de base (diabetes, cardiopatia, etc.) e melhorar o estado nutricional
- Lavagem das mãos em todos os momentos
- Banho pré-operatório o mais próximo possível do ato cirúrgico, com sabão comum
- Tricotomia limitada à área em que os pelos impeçam a visualização do campo operatório; deve ser feita o mais próximo possível do ato cirúrgico (inferior a 2 horas), preferencialmente com aparelho elétrico

Medidas da equipe cirúrgica

- Antissepsia das mãos com solução degermante de Clorexidina a 2% ou 4%; não usar jóias nas mãos e antebraços
- Paramentação adequada, com uso de máscaras (recobrindo totalmente a boca e nariz), gorro (recobrindo todo o cabelo), avental, óculos (recomendados pelo risco de respingos de sangue e fluidos corpóreos em pele íntegra ou mucosas), luvas estéreis e propés
- A sala cirúrgica deve ser mantida com portas fechadas e a circulação de pessoal deve ser a menor possível

Medidas no transoperatório

Campo operatório
- Utilizar antissépticos do tipo Clorexidina
- Proceder à degermação inicial para remoção de sujidades e reduzir a carga microbiana transitória
- A antissepsia deve ser feita com solução alcoólica sob fricção, com produto do mesmo princípio ativo utilizado na degermação
- Para antissepsia de mucosas devem ser utilizadas soluções aquosas dos antissépticos.
- Utilizar campos cirúrgicos estéreis, de tecido ou descartáveis (não-tecido)

Técnica cirúrgica
A técnica e a duração das cirurgias são fatores relevantes no desenvolvimento de quadros infecciosos, assim como a habilidade do cirurgião em minimizar trauma tecidual, fazer contenção de sangramento e drenagem de hematomas, eliminar espaços mortos, remover tecidos desvitalizados e corpos estranhos, usar criteriosamente drenos e praticar suturas com tensão apropriada e com material biocompatível.

Tratamento

Observação
Os materiais particulares das equipes cirúrgicas deverão sofrer processo de esterilização da CME do Hospital São Luiz, obedecendo aos critérios para o controle de qualidade.

Medidas no pós-operatório

- Lavar as mãos antes e após trocas de curativos e de qualquer contato com o sítio cirúrgico
- Orientar paciente e familiares quanto aos cuidados com a incisão, sintomas de infecção do sítio cirúrgico e a necessidade de comunicar tais sintomas
- Notificar o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) do São Luiz em caso de ocorrência de infecção em sítio cirúrgico, mesmo após a alta da paciente. O contato pode ser pessoal, via telefone ou internet (www.saoluiz.com.br)
- Orientar lavagem diária, durante o banho, com sabonete

Antibioticoprofilaxia

Em partos, o antibiótico profilático deve ser administrado após o clampeamento do cordão umbilical, exceto em casos de profilaxia para estreptococo do grupo B, que deve seguir orientação específica.

Mesmo as cesarianas realizadas eletivamente com bolsa íntegra possuem indicação de profilaxia antibiótica contra infecção de sítio cirúrgico.

Partos normais, sem fatores predisponentes relevantes, anteparto e/ou intraparto não necessitam, rotineiramente, de antibioticoprofilaxia.

1ª Opção
Cefazolina (Kefazol®) – 2 g por via intravenosa inicial e mais 2 g por via intravenosa após 8 horas

2ª Opção
Cefalotina (Keflin®) – 2 g por via intravenosa inicial e mais 2 g por via intravenosa após 4 horas

32

Infecção puerperal

Descrição

Definição

É aquela que se origina do aparelho genital após parto recente. O conceito de infecção puerperal deve ser complementado com o de morbidade febril puerperal pela dificuldade de caracterizar a infecção que ocorre logo após o parto.

Morbidade febril puerperal
É a presença de temperatura de, no mínimo, 38ºC durante dois dias consecutivos, dentre os primeiros dez dias pós-parto, em pelo menos quatro tomadas diárias por via oral (excluídas as 24 horas iniciais).

Incidência

Varia de 1% a 15%. Juntamente com estados hipertensivos e hemorrágicos, forma a tríade letal do ciclo gravídico-puerperal.

Fatores predisponentes

- Amniorrexe e/ou trabalho de parto prolongados
- Manipulação vaginal excessiva (toques)
- Monitoração interna
- Cerclagem
- Más condições de assepsia
- Anemia
- Baixo nível socioeconômico
- Hemorragia anteparto, intraparto e pós-parto
- Placentação baixa
- Retenção de restos ovulares
- Parto cesáreo

Diagnóstico

Clínico

Formas clínicas
- Localizada
- Propagada
- Generalizada

Localizada
Vulvoperineal, vaginite, cervicite e endometrite.

Propagada
Miofasciites, endomiometrites, salpingites, anexite, parametrite, pelviperitonite e tromboflebite pélvica.

Generalizada
Peritonite generalizada, septicemia e choque séptico.

Tromboflebite pélvica puerperal

Apresenta-se clinicamente como febre de origem desconhecida. O exame físico é pouco elucidativo e, em alguns casos, pode-se palpar massa dolorosa de orientação cefálica que se estende até a margem lateral do músculo reto abdominal e que pode corresponder à veia ovariana.

Laboratorial

- Hemograma completo
- Hemoculturas
- Cultura de material endocervical e endometrial
- Ultra-sonografia é fundamental para o diagnóstico de retenção de produtos da concepção, abscessos intracavitários e de parede abdominal.

Tratamento

Tratamento Clínico

É fundamentado na antibioticoterapia e tratamento das complicações, incluindo abscessos, tromboflebite pélvica séptica, embolia séptica, distúrbio hidroeletrolítico, obstrução intestinal, insuficiência renal, insuficiência hepática, insuficiência respiratória e distúrbios da coagulação.

Tratamento Medicamentoso

Esquema 1

Ampicilina-sulbactam + Aminoglicosídeo (Gentamicina ou Amicacina)

Esquema 2

Clindamicina ou Metronidazol + Aminoglicosídeo (Gentamicina ou Amicacina)

Doses

Ampicilina-sulbactam
- Ampicilina-sulbactam (Unasyn®) – 3 g por via endovenosa a cada 6 horas durante 7 dias a 10 dias

São raras as reações alérgicas.

Gentamicina
- Gentamicina (Garamicina®) – entre 180 mg e 240 mg por via intramuscular ou endovenosa a cada 24 horas, durante 7 dias a 10 dias

Monitorar função renal e possibilidade de ototoxicidade.

Amicacina
- Amicacina (Novamin®) – 1 g por via intramuscular ou endovenosa a cada 24 horas, durante 7 dias a 10 dias

Monitorar função renal e possibilidade de ototoxicidade.

Clindamicina
- Clindamicina (Dalacin®) – 600 mg por via endovenosa a cada 6 horas durante 7 dias a 10 dias

Tomar precauções para caso de disfunção renal ou hepática.

Metronidazol
- Metronidazol (Flagyl®) – 500 mg por via endovenosa a cada 6 horas durante 7 dias a 10 dias

Reações colaterais de pouca intensidade.

Tratamento

Observações

As pacientes deverão permanecer com terapia endovenosa por pelo menos 24 horas a 48 horas após o último pico febril.

Evitar o uso terapêutico do antibiótico utilizado para profilaxia.

Se o quadro febril da paciente persistir e não houver indicação cirúrgica, aventar a possibilidade de tromboflebite pélvica que vai necessitar uso de heparina como teste terapêutico.

Não havendo melhora clínica de 24 a 48 horas, solicitar avaliação do infectologista.

Utilização de Heparina

Dose terapêutica
Heparina – 5.000 UI por via endovenosa, seguidas de 700 UI/h a 2.000 UI/h

O controle de TTPA deve ser feito a cada 4 horas. O nível terapêutico será atingido quando elevar o TTPA em 1,5 a 2 vezes o valor médio. Após estabilização do TTPA e da dose, o controle laboratorial pode ser diário.

Observação
As principais complicações do tratamento são a hemorragia e a trombocitopenia.

Tratamento Cirúrgico

- Curetagem de restos placentários
- Drenagem de abscessos (perineais e da incisão de cesariana)
- Debridamento de fasciite necrozante perineal e abdominal
- Colpotomia para abscesso do fundo de saco de Douglas
- Histerectomia total para miometrite e infecção pelo C. Welchii

- Laparatomia nos casos de:
  :: Abscessos entre alças, do espaço parietocólico e subfrênico
  :: Ligadura da veia ovariana
  :: Tromboflebite pélvica séptica que não responde ao tratamento de antibiótico + heparina

33

Mastite puerperal

Descrição

Definição

Infecção do tecido mamário que ocorre durante o período da amamentação.

Etiologia

Agentes
- *Staphylococus aureus*
- *Staphylococos epidermidis*
- *Streptococos B* hemolíticos

Agentes das formas graves (mais raras)
- Bactérias Gram negativas aeróbias (E. coli, Pseudomonas , Serratia)
- Bactérias anaeróbias (bacterióides)

Incidência

Acomete 1% a 5 % das puérperas que amamentam. Ocorre entre a 2ª semana e a 4ª semana do puerpério e também no desmame.

Classificação

Intersticial
Agente penetra por lesões (fissuras) e invade via linfática com acometimento extenso da mama (tecido conjuntivo e gorduroso). É a forma mais frequente (98% dos casos).

Parenquimatosa
Agente penetra pelo ducto, atingindo um ou mais lobos mamários e causando hiperemia local.

Fatores predisponentes

- Pele frágil (primíparas e pacientes claras)
- Mamilos umbilicados, planos, pequenos, invertidos e semi-invertidos (dificuldade de apreensão bucal pelo recém-nascido)
- Uso de hidratantes locais durante o pré-natal
- Excesso de higiene mamilar
- Vícios de sucção do mamilo ("pega errada")
- Estase láctea (ingurgitamento)
- Fissuras, escoriações e erosões perimamilares

Diagnóstico

Sintomas da mastite

- Dor
- Edema
- Hiperemia
- Aumento de calor local
- Possível evolução para abscesso (5% a 10% dos casos)

Observação
Pode haver repercussão sistêmica (febre, calafrios e sepse).

Tratamento

Profilaxia

- Amamentação precoce e freqüente, evitando ingurgitamento
- Técnica correta de amamentação
- Expor as mamas ao sol (10 minutos ao dia) ou a abajour de 40 W (com 2 palmos de distância das mamas)
- Higiene mamilar pós-mamada com o próprio leite (esperar secar)
- Evitar lavar mamilos com freqüência exagerada
- Auto-exame das mamas (verificar pontos de ingurgitamento e fissuras)
- Uso de sutiã adequado (retificação dos ductos, evitando estase)

- Favorecer o escoamento lácteo em mamas ingurgitadas
  :: Ocitocina nasal 10 minutos antes das mamadas (Syntocinon spray)

- Manter mamilos secos. Evitar a aplicação de cremes e protetores descartáveis e de tecidos
- É recomendado o uso de conchas protetoras

Tratamento Clínico

- Oferecer primeiro a mama comprometida e, após mamada, ordenhar manualmente até esvaziamento completo
- Para as pacientes que não estiverem amamentando, realizar ordenha até desaparecimento do quadro clínico
- Aplicação de compressas frias
- Introdução de antibiótico precocemente
- Sutiã adequado

Importante
Não suspender amamentação.

Tratamento Medicamentoso Ambulatorial

1ª Opção (por 7 dias a 14 dias)

- Cefadroxil (Cefamox®) – 500 mg por via oral a cada 12 horas
- Cefalexina (Keflex®) – 500 mg por via oral a cada 6 horas

Para pacientes alérgicas

- Clindamicina – (Dalacin C®) – 300 mg por via oral a cada 6 horas

Quando há suspeita de anaeróbio ou para associação

- Metronidazol (Flagyl®) – 400 mg por via oral a cada 8 horas

Tratamento

Tratamento Medicamentoso da paciente internada (casos graves e/ou que necessitam de drenagem cirúrgica)

1ª Opção (por 7 dias a 14 dias)
- Oxacilina (Staficilin-N®) – 1 g a 2 g por via endovenosa a cada 4 horas

2ª Opção (por 7 dias a 14 dias)
- Cefalotina (Keflin®) – 1g por via endovenosa a cada 4 horas
- Cefazolina (Kefazol®) – 1g por via endovenosa a cada 8 horas

Para pacientes alérgicas
- Clindamicina (Dalacin C®) – 600 mg por via endovenosa a cada 6 horas

Quando há suspeita de anaeróbio ou para associação
- Metronidazol (Flagyl®) – 500 mg por via endovenosa a cada 8 horas

Observação
Não havendo melhora clínica de 24 horas a 48 horas, solicitar avaliação do infectologista.

Em caso de abscesso mamário

- Aplicação de frio local
- Elevação das mamas (para retificação dos ductos, evitando estase)
- Avaliar necessidade de suspensão da amamentação (individualizar os casos)
- Promover ordenha manual a cada 3 horas
- Realizar ultra-sonografia
- Drenagem cirúrgica diante de "flutuação" ou presença de coleção à ultra-sonografia.
- Enviar material para cultura e antibiograma

Tratamento Cirúrgico

A incisão preferencial na pele é arciforme, enquanto que no parênquima é a radiada, para evitar formação de fístula.

Colocação de dreno de penrose por 24 horas a 48 horas; manter internação até a retirada do dreno.

Reiniciar amamentação após resolução do quadro.

Durante a drenagem cirúrgica, se houver abscesso de parede espessa, realizar biópsia para diagnóstico diferencial com carcinoma inflamatório.

Expediente

Coordenação
Superintendência de Marketing - Núcleo de Comunicação Corporativa do Hospital e Maternidade São Luiz
Equipe
Patricia Suzigan
Karin Faria
Giuliana Gonçalves

Edição
PrimaPagina
www.primapagina.com.br
Equipe
José Roberto de Toledo
Ricardo Meirelles
Tiago Mali

Projeto Gráfico e Diagramação
Buono Disegno
www.buonodisegno.com.br
Equipe
Renata Buono
Luciana Sugino
Renata Lauletta

Impressão
Ibep Gráfica SA

Gerando confiança da pré à pós-concepção

Mantecorp

informe publicitário

Pré-concepção

Um novo olhar sobre a concepção programada

Ovatel® - Monitor da ovulação através da saliva

Muitas mulheres têm dúvidas a respeito da sua ovulação, o que pode ser prejudicial quando um casal tenta engravidar. Para minimizar esta ansiedade e aumentar as chances de concepção, a Mantecorp lançou Ovatel, um método inovador para monitorar a ovulação através da saliva,[1,2] com 98% de efetividade na determinação dos momentos férteis[3].

No período fértil, há aumento gradual do nível sérico de estrogênio, que é secretado pelo folículo ovariano em desenvolvimento. Esse aumento de estrogênio modifica a composição de vários fluidos corporais, como o muco cervical e a saliva. Os maiores níveis de cloreto de sódio e mucina fazem com que o muco cervical seco apresente cristais em forma de folhas de samambaia. Este fenômeno, também chamado de arborização, é característico do período fértil. O aspecto mais exuberante do fenômeno da cristalização arboriforme aparece ao redor da época da ovulação, quando a taxa de estrogênios é alta. Nos outros dias, como não há estimulação estrogênica, o que se observa são cristais isolados e grosseiros. Essas modificações microscópicas podem ser também observadas na saliva, como foi estudado pelo pesquisador Biel Casals em 1968[4]. Sua apresentação ao conselho médico de Barcelona versou sobre a relação entre as mudanças hormonais durante o ciclo menstrual e a cristalização da saliva, indicando que o padrão na saliva era praticamente idêntico ao da arborização no muco cervical.[4] Em 1971, ele desenvolveu um microscópio para testar a cristalização na saliva. Seus experimentos envolveram vários médicos testando o equipamento por aproximadamente 10 meses em um grupo de 1000 mulheres. Estas mulheres usaram o teste da saliva como método para verificar quando estavam férteis. De acordo com Biel Casals a taxa de sucesso deste método foi de 96,2%[4].

Vários outros estudos mostraram a correlação das mudanças de padrão no muco cervical e saliva, comparando-os com outros métodos de diagnóstico da ovulação. Um estudo publicado em 1993 por Guida[5] e colaboradores atingiu concordância entre a cristalização da saliva e o período fértil pré-ovulatório e ovulatório em 92% dos casos. Galati e colaboradores, em 1994[3], mostraram uma acurácia próxima a 98% na identificação do período fértil do ciclo menstrual usando um mini-microscópio para testar a saliva.

informe publicitário

Ovatel® permite a visualização da cristalização da saliva, identificando o período fértil quando há arborização ou cristalização em forma de samambaia.[2]
A mulher aplica uma pequena quantidade de saliva à lente de Ovatel, esperando alguns minutos para que a amostra seque.[2] Em seguida, olha a lente contra uma fonte de luz, identificando as características dos cristais e concluindo se está no período fértil ou não. O teste pode ser feito diariamente, a qualquer hora do dia, preservando a intimidade e a individualidade da mulher.[2] O uso de Ovatel proporciona a identificação dos melhores dias com maiores chances de engravidar.[2]

Referências bibliográficas:

1. Barbato M, et al. A new diagnostic aid for natural family planning.Adv Contracept 1993;9(4):335-40.
2. Folheto informativo do produto Ovatel.
3. Galati G, et al. A new test for human female ovulation diagnosis. Inter Rev Med Sci 1994;6(1).
4. Biel Casals JM. Descripción de un nuevo test de ovulación y análisis de sus resultados. Med Clin (Barc) 1968;50:385-92.
5. Guida M, Barbato M, Bruno P, Lauro G, Lampariello C. Salivary ferning and the Menstrual cycle in women. Clin Exp Obst Gyn 1993;20:48-54.

Concepção

Uma gravidez deve ser marcada por boas lembranças

Hidramamy® - Loção hidratante anti-estrias

Hidramamy é uma loção hidratante indicada para prevenção do surgimento das estrias gestacionais[1]. As estrias que surgem durante a gestação são influenciadas por fatores genéticos, com menor produção de colágeno, elastina e fibronectina; fatores hormonais, como aumento do estrogênio, relaxina e corticosteróides no período gestacional e finalmente de fatores antropométricos, como ganho de peso superior a 15 kg, recém-nascidos com mais de 3 kg, idade materna abaixo dos 20 anos e etnia caucasiana. [2,9]

As estrias surgem na derme, em áreas de intensa distensão da pele. Várias medidas preventivas podem ser tomadas para impedir o surgimento ou agravamento das estrias gestacionais. Além do controle de peso, o uso de produtos cosmecêuticos hidratantes é de grande valor na prevenção das estrias. A capacidade de manter a pele hidratada nas áreas de maior propensão ao seu surgimento (abdômen, mamas) propicia uma distensão acomodada sem lesão da derme. [4,10,11]

informe publicitário

Uma preocupação evidente é a segurança dos produtos a serem usados durante a gravidez. Hidramamy® é uma loção com veículo sem fragrâncias, parabenos, corantes ou propilenoglicol. Sua fórmula possui combinação exclusiva de ativos já utilizados no mercado:

- **proteasyl:** complexo de ativos vegetais com melhora na firmeza da pele e estímulo da síntese de colágeno, elastina e glicosaminoglicanas;[1]
- **D-pantenol pró-vitamina B5**: hidratante e reepitelizante;[1]
- **hidroxiprolisilane:** silício orgânico, que participa de macromoléculas como colágeno e elastina, ativa mecanismos de regeneração da pele;[1]
- **óleo de amêndoas puro:** emoliente rico em ácidos graxos;[1]

Hidramamy® mostrou eficácia em estudos clínicos randomizados e controlados com placebo, em relação à hidratação, elasticidade, firmeza e prevenção do aparecimento de estrias gestacionais na pele das gestantes. A avaliação objetiva do estudo clínico mostrou melhora da firmeza no abdômen e da elasticidade na mama, abdômen e quadril. Houve melhora objetiva da hidratação em até 43% na mama, 66% no abdômen e 65% no quadril.[1]

Referências bibliográficas:

1. Data on file. Mantecorp Indústria Química e farmacêutica Ltda.
2. Burton JL, Lovell CR. Disorders of Connective Tissue. In: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM. Rook/Wilkinson/Ebling Textbook of Dermatology. Oxford: Blackwell Science Ltd.; 1998. p. 2008-9.
3. Hexsel DM, Dal´Forno T. Estrias. In: Azulay-Abulafia L, Bonalumi Filho A, Azulay DR, Leal FRPC. Atlas de Dermatologia: da semiologia ao diagnóstico. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda; 2007. p. 345-7.
4. Hexsel DM. Body Repair. In: Parish LC, Brenner S, Ramos-e-Silva M. Women's Dermatology: From Infancy to Maturity. New York: Parthenon Publishing; 2001. p. 586-95.
5. Chang ALS, Agredano YZ, Kimball AB. Risk factors associated with striae gravidarum. J Am Acad Dermatol 2004;51:881-5.
6. Atwal GS, Manku LK, Griffiths CEM, Polson DW. Striae gravidarum in primiparae. Br J Dermatol 2006;155:965-9.
7. Davey CM. Factors associated with occurence of striae gravidarum. J Obstet Gynaecol Br Commonw 1972;79:1113-4.
8. Tunzi M, Gray G. Common Skin Conditions During Pregnancy. Am Fam Physician 2007;75:211-8.
9. Madlon-Kay DJ. Striae gravidarum. Arch Fam Med 1993;2:507-11.
10. Young GL, Jewell D. Creams for preventing stretch marks in pregnancy. (Cochrane review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2006. Oxford: Uptade Software.
11. Oliveira Filho J. Dermatoses na gestante. In: Sampaio SAP, Rivitti EA. Dermatologia. São Paulo: Artes Médicas; 2007. p.1356.

informe publicitário

Pós-concepção

Pura proteção

Lanidrat® - Lanolina 100% purificada

A amamentação é extremamente importante, conforme recomenda a Organização Mundial de Saúde, pois traz inúmeros benefícios para o bebê e para a mãe. [1] Desta forma, a educação e preparo durante o pré-natal é fundamental para o sucesso do aleitamento materno. Porém, os mamilos podem ficar dolorosos e machucados durante a amamentação.[2,4] Isto é uma causa freqüente de abandono do aleitamento materno. Assim, quando ocorrem fissuras mamilares, é necessária uma intervenção rápida para que as lesões não progridam e cicatrizem rapidamente.[5]

Lanidrat® previne e trata as fissuras das mamas com pureza excepcional. Quimicamente, Lanidrat® tem oleosidade semelhante à da pele. [6,7] As semelhanças químicas e físicas entre Lanidrat® e os lipídios da pele humana levam a grande compatibilidade entre o produto e a pele. [6,8]

No caso de lesões ou rachaduras dos mamilos, assim como em outros tipos de fissuras, o tratamento recomendado é aumentar a hidratação da pele e evitar maior perda de líquido. Com o ambiente úmido, a pele recupera a hidratação de seu interior, facilitando a cicatrização e sem formação de crostas, ao mesmo tempo em que a superfície da pele íntegra mantém-se seca.[3]

Lanidrat® é um derivado de lanolina com auto grau de pureza, hipoalergênico, sem sabor ou odor e não contém conservantes ou aditivos de nenhuma natureza*. Sendo assim, é seguro para o recém-nascido, **não necessita ser retirado antes das mamadas[9]**, permitindo maior conforto e uma cicatrização mais rápida. Lanidrat® é tão puro e tão seguro que pode ser usado até nas peles mais sensíveis.[6,8]

Vários estudos clínicos comprovam a eficácia da lanolina no alívio das fissuras mamilares.[6,8] Em um estudo para avaliação da eficácia de lanolina anidra na cicatrização de traumas mamilares, Coca e Abrão[9] observaram uma melhora significativa nas mulheres do grupo tratamento em comparação com puérperas que só receberam orientações para correção da técnica de amamentação. Em um grupo de puérperas recebendo lanolina purificada associada a conchas para os seios, tanto a avaliação subjetiva da paciente como do pesquisador mostrou grande melhora após a intervenção acompanhada de orientações sobre técnica de amamentação.[9]

* Contra-indicações: Hipersensibilidade a lanolina

informe publicitário

Referências bibliográficas:

1. World Health Organization. The World Health Organization`s infant-feeding recommendation. Bull World Health Organ 1995;73:165-74.
2. Montrone AV, Arantes CI, Nassar AC, Zanon T. Trauma mamilar e a prática de amamentar: estudo com mulheres no início da lactação. Rev de APS 2006; 9(2):168-74.
3. Biancuzzo M. Sore nipples: prevention and problem solving. Herndon: WMC Worldwide Publishing; 2000.
4. Habif TP, Campbell Jr JL, Quitadamo MJ, Zug KA. Doenças da pele diagnóstico e tratamento. Porto Alegre, Artmed, 2002.
5. Brent N , Rudy SL, Redd B, Rudy TE, Roth LA. Sore nipples in breast-feeding women: A clinical trial of wound dressings vs conventional care. Arch Pediatr Adolesc Med 1998; 152(11): 1077-82.
6. Croda. Medical grade lanolin. Data on file, 2004. Disponível em http://www.crodausa.com/datasheets/Medical_Grade_Lanolins_PN-70R-1.pdf Acesso em: jul. 2008.
7. Croda Oleochemicals. Medical grade lanolin and lanolin derivates by Westbrook. Data on file.
8. Medilan Clinical Support Document. Product evaluation. Data on file. Croda
9. Coca KP, Abrão AC. An evaluation of the effect of lanolin in healing nipple injuries. Acta Paul Enferm 2008; 21(1):11-6.

A **Mantecorp** está ao lado da mulher antes, durante e após a gravidez. E para atendê-las com excelência, conforto e segurança, mantém uma Linha Feminina com produtos que protegem a mulher e o bebê.

Mantecorp

Ovatel
Monitor da ovulação através da saliva

Hidramamy

Lanidrat
Lanolina 100% purificada
Pura proteção

Mantecorp

SÃO LUIZ