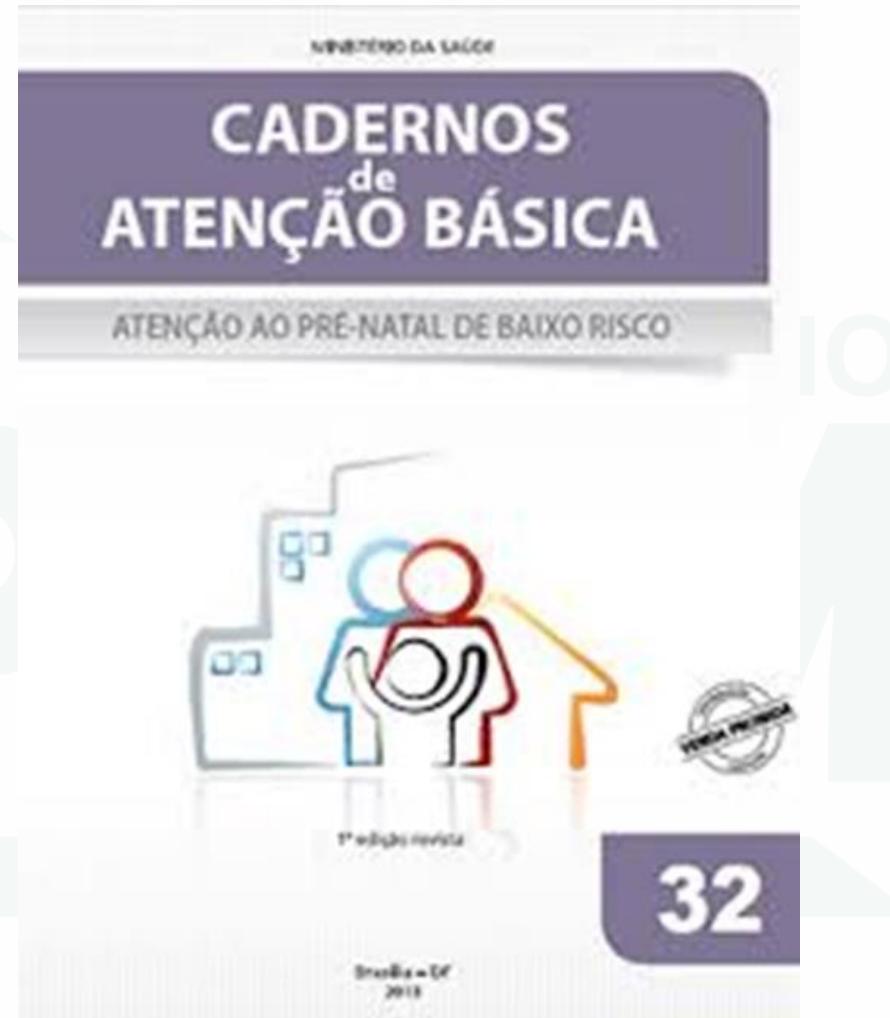


# **Escola de Saúde e Formação Complementar do Exército**





## Gestação de Alto Risco



O Manual Gestação de Alto Risco (BRASIL, 2022) é dividido em **6 partes**:

1. Introdução
2. Condições patológicas inerentes ao estado gravídico
3. Doenças infecciosas na gestação
4. Frequentes condições mórbidas maternas influenciadoras no risco gestacional (\*)
5. Medicina fetal e a gestação de alto risco (\*)
6. Desfecho não espontâneo da gestação de alto risco

OBS(\*): as partes 4 e 5 do manual não foram abordadas nesse resumo por se tratarem de conteúdos pouco abordados em provas.

## Condições clínicas de identificação de maior risco na gestação atual

Características individuais e condições sociodemográficas

História reprodutiva anterior

Condições clínicas prévias à gestação

## Condições clínicas de identificação de maior risco na gestação atual

**Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual**

**Situações clínicas de urgência/emergência obstétrica que devem ser avaliadas em contexto hospitalar**

# Características individuais e condições sociodemográficas

Baixo peso no início da gestação (IMC <18).

Obesidade com IMC >40

Idade <15 anos e >40 anos.

Transtornos alimentares (bulimia, anorexia).

Dependência ou uso abusivo de tabaco, álcool ou outras drogas



# História reprodutiva anterior

Restrição de crescimento fetal em gestações anteriores / Óbito fetal de causa não identificada.

Parto pré-termo em qualquer gestação anterior < 34 sem

Abortamento espontâneo de repetição (3 ou +)

Isoimunização Rh

Pré-eclâmpsia precoce (< 34 semanas) eclâmpsia ou síndrome HELLP



# Condições clínicas prévias à gestação:

Doença autoimune e  
doenças hematológicas

Cirurgia bariátrica /  
transplantes

TODAS as  
.... patias

Hipertensão e  
diabetes prévios

Transtornos mentais

Portadora do HIV



# Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual

Anemias,  
alterações no ILA

Infecção urinária

Síndromes hipertensivas e  
Diabetes em uso de insulina

Malformação fetal

Doenças infecciosas na  
gestação: sífilis, toxoplasmose  
aguda, rubéola,  
citomegalovírus, herpes  
simples, tuberculose,  
hanseníase, hepatites,  
condiloma acuminado



# Situações clínicas de urgência/emergência obstétrica que devem ser avaliadas em contexto hospitalar

Crise hipertensiva  
Eclâmpsia/convulsões

Hemorragias na gestação

Anemia grave /  
Crise de asma

Prurido gestacional/  
icterícia

Vômitos  
incoercíveis

Idade gestacional de  
41 semanas ou mais



**Fatores de risco que  
permitem a realização do  
pré-natal pela equipe de  
atenção básica**



## Fatores relacionados às características individuais e às condições sociodemográficas desfavoráveis:

- Idade / baixa estatura
- Ocupação
- Situação familiar / conjugal insegura
- Baixa escolaridade
- Condições ambientais desfavoráveis
- IMC: baixo peso, sobre peso ou obesidade.

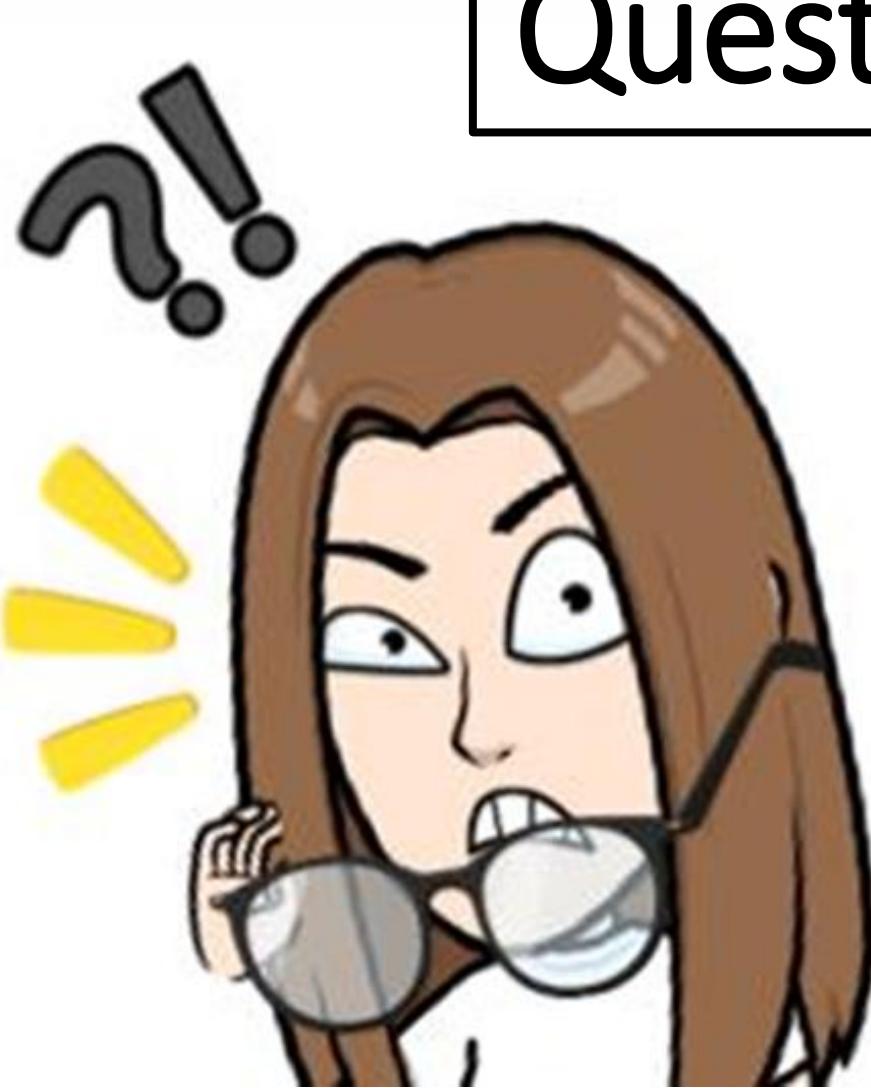
## Fatores relacionados à história reprodutiva anterior:

- CIUR, pré-termo ou malformado;
- Macrossomia fetal;
- Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas;
- Intervalo interpartal;
- Nuliparidade e multiparidade ( + 5 partos)
- Cirurgia uterina anterior;
- Três ou mais cesarianas.

## Fatores relacionados à gravidez atual:

- Ganho ponderal inadequado;
- Infecção urinária;
- Anemia.

# Questões





**Manual de Acolhimento e  
Classificação de Risco  
em Obstetrícia**

Trata-se de um instrumento destinado a favorecer a organização das portas de entradas dos serviços de urgência obstétrica, garantindo acesso com qualidade às mulheres no período gravídico puerperal e assim impactar positivamente nos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatal.



**Manual de Acolhimento e  
Classificação de Risco  
em Obstetrícia**

Por meio de ações que buscam a ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal, da garantia de vinculação da gestante aos serviços de referência para atendimento integral, da implementação de boas práticas, incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher, e do acesso ao planejamento reprodutivo, a Rede Cegonha articula os seguintes objetivos:

- Fomentar a implementação de um modelo de atenção à saúde da mulher e criança com foco na melhoria do cuidado ao parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança de zero aos 24 meses;
- Fomentar a organização e fortalecimento da rede de atenção a gravidez, parto, puerpério e a criança até dois anos de vida, garantindo acesso qualificado, com acolhimento e resolutividade;
- Contribuir para a redução da morbimortalidade materna e infantil, principalmente em seu componente neonatal.

A Rede Cegonha tem como diretrizes para nortear a reorganização dos processos de trabalho nos serviços obstétrico-neonatais:

- Garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;
- Garantia do acolhimento e classificação de risco, qualificação do acesso e assistência;
- Garantia de vinculação da gestante desde o pré-natal até os serviços de referência que compõem a rede integral, incluindo a maternidade programada para a realização do parto;
- Garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo;
- Gestão democrática e participativa. Gestão participativa e compartilhada na maternidade, buscando aumentar o grau de corresponsabilização entre usuários/acompanhantes, trabalhadores e gestores.

Capítulos do manual para leitura complementar: Passo a passo para implantação do A&CR: recomendações e Atribuições das equipes de A&CR

Os Protocolos de CR utilizam algumas categorias de sistematização, que serão apresentadas nos itens seguintes. Chaves de decisão dos fluxogramas:

1. Alteração do nível de consciência/estado mental.
2. Avaliação da respiração e ventilação.
3. Avaliação da circulação.
4. Avaliação da dor (escalas).
5. Sinais e sintomas gerais (por especialidade ou específicos).
6. Fatores de risco (agravantes presentes).

1. Avaliação sumária do nível de consciência: Pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou alteração do estado mental são classificadas como vermelho/laranja. Estas pacientes apresentam via aérea desprotegida, com risco iminente de aspiração pulmonar.
2. Análise Primária: o risco de morte estará presente na ausência ou instabilidade de sinais vitais, assim descritos:
  - **Vias Aéreas:** incapacidade de manter via aérea pélvia, estridor inspiratório e expiratório representam grave risco.
  - **Respiração:** a paciente não consegue manter uma oxigenação adequada por apneia, *gasping* ou qualquer padrão respiratório ineficaz. Podem haver sinais de esforço respiratório como retração intercostal, batimento de asa de nariz.

- **Circulação:** a ausência de pulso periférico ou pulso periférico fino associado a sudorese, palidez, taquicardia, hipotensão e alteração do estado de consciência.
- **Hemorragia:** na hemorragia grave, a morte ocorrerá rapidamente se ela não for interrompida:
  - A hemorragia exangue seria aquela cujo sangramento se mantém sustentado com perda abrupta de mais de 1500 ml;
  - Sangramento intenso: perda brusca  $\geq$  150 ml ou mais de 02 absorventes noturnos em 20 minutos;
  - Sangramento moderado: 60 a 150 ml em 20 minutos (01 absorvente noturno);
  - Sangramento leve:  $\geq$  60 ml em 6 horas = 01 absorvente normal.

**Tabela 1 – Parâmetros de avaliação dos sinais vitais em gestantes e puérperas**

Pressão Arterial Sistólica	Pressão Arterial Diastólica	Frequência Cardíaca
Inaudível ou abaixo de 80	*****	$\geq 140$ ou $\leq 59$ bpm Em paciente sintomática
$\geq 160$ mmHg	$\geq 110$ mmHg	$\geq 140$ ou $\leq 50$ Em paciente assintomática
$\geq 140$ mmHg a 159 mmHg com sintomas	$\geq 90$ mmHg a 109 mmHg com sintomas	91 a 139 bpm
Abaixo de 139 mmHg	Abaixo de 89 mmHg	60 a 90 bpm

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (Hipertensão em situações especiais).

**Tabela 2 – Parâmetros de Avaliação da Glicemia**

Glicemia	Valores
Hiperglicemia	Glicemia $> 300$ mg/dl
Hiperglicemia com cetose	Glicemia $> 200$ mg/dl com cetona urinária ou sinais de acidose (respiração profunda)
Hipoglicemia	Glicemia $< 50$ mg/dl

Fonte: Consenso Sociedade Brasileira de Diabetes- 2012.

## Fluxos de atendimento após classificação de risco

- **Pacientes classificadas como vermelhas** (atendimento imediato)
  - O atendimento destas pacientes se dá diretamente na sala de Emergência, pois são pacientes com risco de morte necessitando de atendimento médico imediato.
- **Classificação Laranja** (atendimento em até 15 minutos)
  - O atendimento destas pacientes deverá ser no consultório médico ou da enfermeira obstetra, atentando para prioridade do atendimento, ou, caso a estrutura física da unidade favoreça, diretamente no Centro obstétrico, pois seu potencial risco demanda o atendimento por esses profissionais o mais rápido possível.
- **Classificação Amarela** (atendimento em até 30 minutos)
  - O atendimento destas pacientes deverá ser no consultório médico ou da enfermeira obstetra, atentando para prioridade do atendimento.
- **Classificação Verde** (atendimento em até 120 minutos)
  - Por definição, são pacientes sem risco de agravo. Serão atendidas por ordem de chegada.
- **Classificação Azul** (atendimento não prioritário ou encaminhamento conforme pactuação)
  - Os encaminhamentos para o Centro de Saúde devem ser pactuados no território de forma a garantir o acesso e atendimento da usuária pela equipe multiprofissional neste serviço.

1

Necessitam de atendimento imediato.  
**CASOS DE EMERGÊNCIA**

2

Necessitam de atendimento praticamente imediato.  
**CASOS MUITO URGENTES**

3

Necessitam de atendimento rápido, mas podem  
aguardar.  
**CASOS DE URGÊNCIA**

4

Podem aguardar atendimento ou serem  
encaminhados para outros serviços de saúde.  
**CASOS POUCO URGENTES**

5

Podem aguardar atendimento ou serem  
encaminhados para outros serviços de saúde.  
**CASOS NÃO URGENTES**

# Atendimento - Classificação de Risco

VERMELHO = EMERGENTE =

**IMEDIATO**

LARANJA = MUITO URGENTE

**ATÉ 15 MINUTOS**

AMARELO = URGENTE =

**ATÉ 30 MINUTOS**

VERDE = POUCO URGENTE

**ATÉ 120 MINUTOS**

AZUL = NÃO URGENTE =

**NÃO PRIORITÁRIO**

1 DESMAIO/MAL ESTAR GERAL

2 DOR ABDOMINAL/LOMBAR/CONTRAÇÕES UTERINAS

3 DOR DE CABEÇA / TONTURA / VERTIGEM

4 FALTA DE AR/SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

5 FEBRE/SINAIS DE INFECÇÃO

6 NÁUSEAS E VÔMITOS

7 PERDA DE LÍQUIDO VIA VAGINAL/SECREÇÕES

8 PERDA DE SANGUE VIA VAGINAL

9 QUEIXAS URINÁRIAS

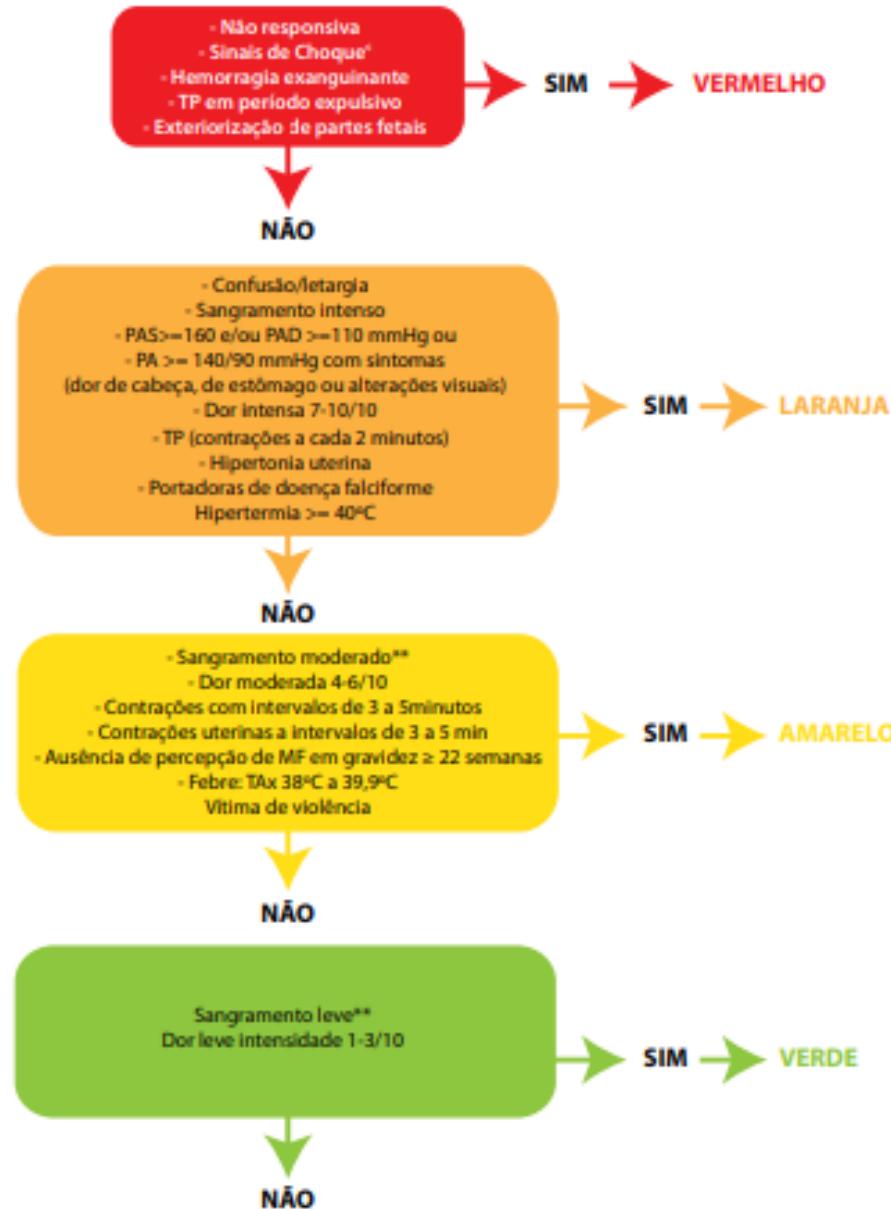
10 PARADA/REDUÇÃO DE MOVIMENTOS FETAIS

11 RELATO DE CONVULSÃO

12 OUTRAS QUEIXAS/SITUAÇÕES



**Manual de Acolhimento e  
Classificação de Risco  
em Obstetrícia**



<b>**Volume aproximado de perda sanguínea</b>	<b>FC</b>	<b>PAS</b>
<b>Exangüinante: perda <math>\geq 1500</math> ml (um lençol encharcado abruptamente)</b>	$\geq 120$	<b>PAS <math>\leq 70</math></b>
<b>Sangramento intenso: perda brusca <math>\geq 150</math> ml em 20 minutos (+ de 2 absorventes noturnos)</b>	<b>100-119</b>	<b>PAS <math>\leq 71</math> a 80</b>
<b>Moderado: 60 a 150 ml em 20 minutos (01 absorvente noturno)</b>	<b>91-100</b>	<b>Levemente hipotensa</b>
<b>Sangramento leve: &lt; 60 ml em 6 horas = 01 absorvente normal</b>	$\leq 90$	<b>Normal</b>

não tem AZUL

**PERDA DE SANGUE VIA VAGINAL**

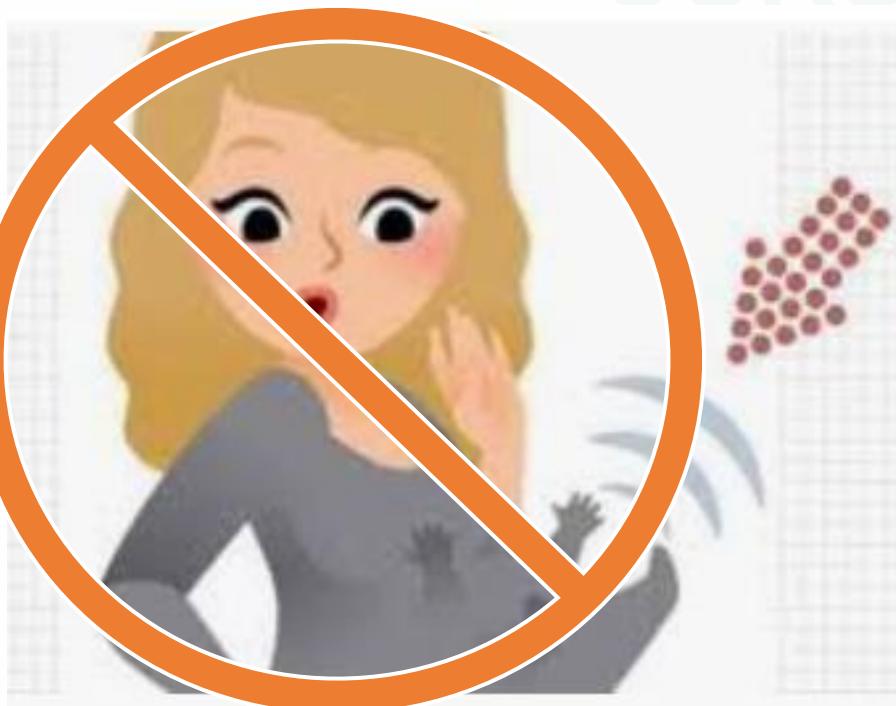
**RELATO DE CONVULSÃO**



não tem VERMELHO

QUEIXAS URINÁRIAS

PARADA/REDUÇÃO DE MOVIMENTOS FETAIS



# Questões

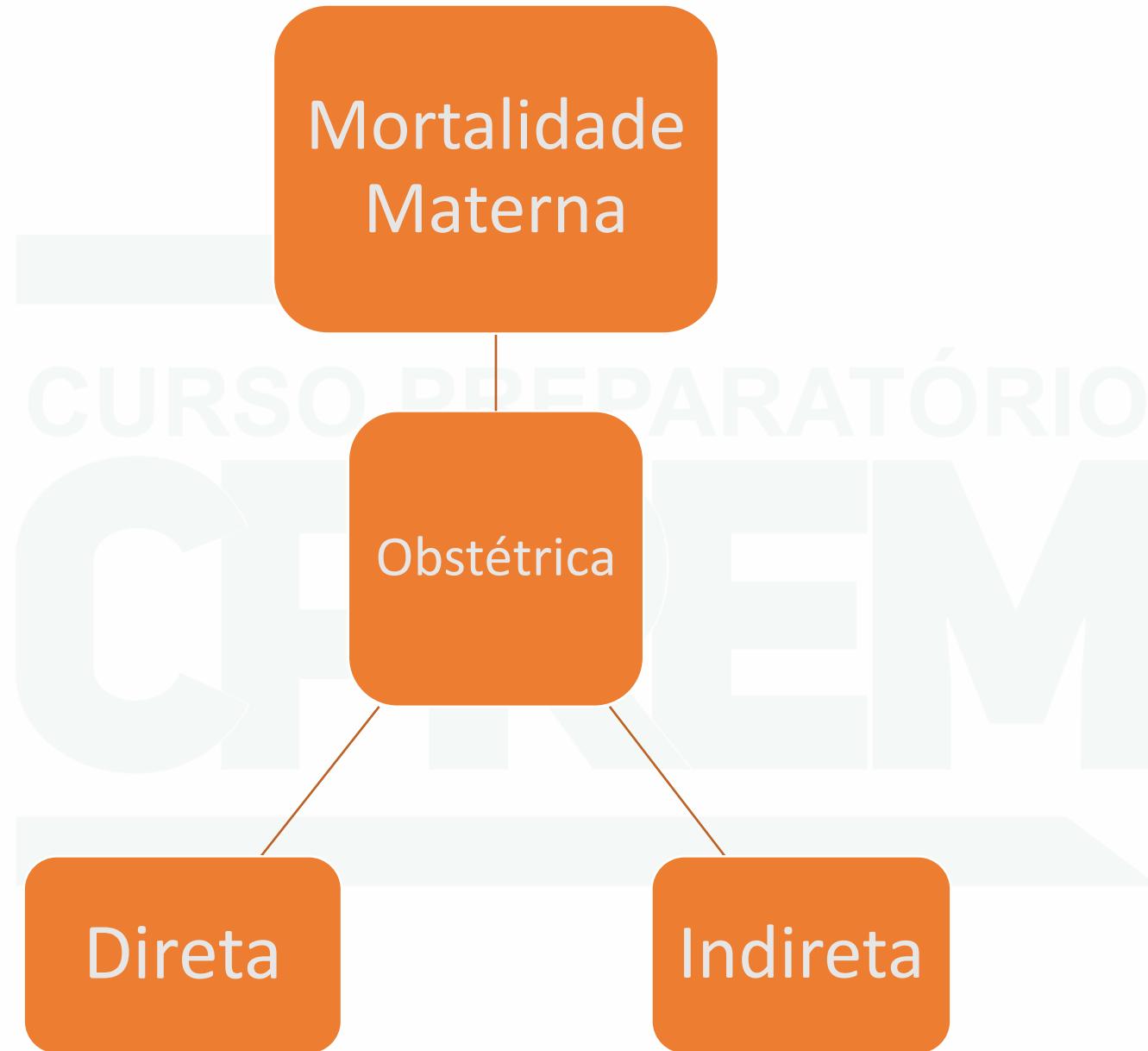


# Mortalidade Materna



Morte materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez.

É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela.





**O near miss materno (NMM) é definido como “uma mulher que quase morreu, mas que sobreviveu a uma complicaçāo grave durante o período gestacional até 42 dias após o término da gestação”**

# Questões



# Questão

A morte materna tardia é a morte de uma mulher, devido a causas obstétricas diretas ou indiretas, que ocorre num período, após o fim da gravidez, superior a:

- (A) 42 dias e inferior a um ano.
- (B) 60 dias e inferior a 6 meses.
- (C) 45 dias e inferior a um ano.
- (D) 30 dias e inferior a um ano.
- (E) 90 dias e inferior a um ano.

# Questão

A morte materna tardia é a morte de uma mulher, devido a causas obstétricas diretas ou indiretas, que ocorre num período, após o fim da gravidez, superior a:

- (A) 42 dias e inferior a um ano.
- (B) 60 dias e inferior a 6 meses.
- (C) 45 dias e inferior a um ano.
- (D) 30 dias e inferior a um ano.
- (E) 90 dias e inferior a um ano.

# SÍNDROMES HEMORRÁGICAS



## Como se classificam as síndromes hemorrágicas na gestação?

1<sup>a</sup> metade

- Abortamento;
- Gravidez ectópica;
- Mola Hidatiforme;
- Descolamento córioamniótico;

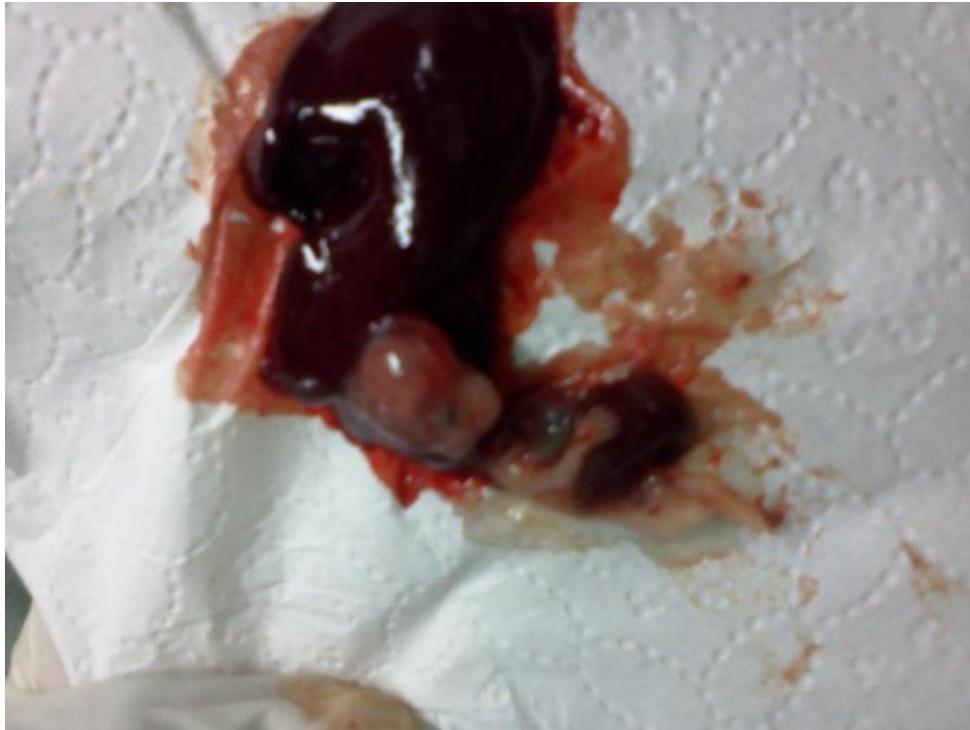
2<sup>a</sup> metade

- Placenta prévia;
- Descolamento prematuro da placenta;
- Rotura uterina;
- Vasa prévia

# Questões



# Abortamento X Aborto



# O que classifica o aborto?

O aborto espontâneo é definido como gestação intrauterina não viável até 20-22 sem ou peso fetal de 500g.

É considerado precoce ou de 1º trimestre até 12 semanas e 6 dias.



# Classificação para aborto



**Idade  
Gestacional**



**Peso**



**Comprimento**

**Quais são os sinais e sintomas  
indicativos de abortamento?**



**“aborto necessário ou terapêutico”**, quando não há outra forma de salvar a vida da gestante;



**“aborto sentimental ou humanitário”,** quando a gravidez decorre de estupro.

Portaria GM/MS Nº 2.561 de 2020, que dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do SUS. Documentos necessários nos casos de estupro:

- 1) Termo de Relato Circunstaciado do evento,
- 2) Termo de responsabilidade; e
- 3) Termo de consentimento assinados pela mulher ou quando incapaz, por seu representante legal;
- 4) Parecer Técnico assinado pelo médico;
- 5) Termo de aprovação de procedimento de interrupção da gravidez decorrente de estupro assinados por no mínimo 3 profissionais de saúde;



Quais são os tipos de  
abortamento?



# Ameaça de Aborto ou aborto evitável

Sangramento/cólica:  
muito ou pouco(a)?

Colo do útero:  
aberto ou fechado?

Feto: vivo ou morto?



# Ameaça de Aborto ou aborto evitável



Sangramento vaginal, mas o orifício interno do colo uterino permanece impérvio e a vitalidade embrionária está preservada.

Pode ser acompanhado por desconforto suprapúbico, cólicas moderadas, pressão pélvica ou dor lombar persistente.

## Aborto Inevitável



Cólica?

Sangramento?

além de sangramento vaginal abundante e cólicas uterinas, apresenta colo pérvio e não há possibilidade de salvar a gravidez.

Colo do útero:  
aberto ou fechado?

# Aborto Completo

Sangramento/cólica:  
muito ou pouco(a)?

Colo do útero:  
aberto ou fechado?

Interna ou não?



## Aborto Completo

Há eliminação completa do produto conceptual.

A cavidade uterina se apresenta vazia após gestação anteriormente documentada.

A USG é o exame que demonstra ausência da gestação.

Relato de sangramento importante, cólicas e eliminação de tecidos. O orifício interno do colo uterino tende a se fechar depois da expulsão completa do material intra-uterino.



## Aborto incompleto



Sangramento/cólica:  
muito ou pouco(a)?

Colo do útero:  
aberto ou fechado?

Interna ou não?

presença intrauterina dos  
produtos da concepção,  
após a expulsão parcial do  
tecido gestacional.

# Aborto Retido

Tem sangramento?

Colo do útero: aberto ou fechado?

Feto: vivo ou morto?



## Aborto Retido



é aquele no qual há ausência de BCF ou do embrião (gravidez anembriônica), mas não ocorre a expulsão espontânea do conteúdo intrauterino.

Os produtos da concepção podem permanecer retidos por dias ou semanas, com o orifício interno do colo uterino impérvio.

**É definido como a não eliminação do produto conceptual por um período de 30 dias.**

**Quadro clínico:** sangramento vaginal e o desaparecimento dos sintomas gestacionais.

**Apresentações clínicas do ABORTO RETIDO:**

- **não complicado ou**
- **complicado por hemorragia e/ou infecção.**

<b>ABORTO COMPLICADO</b>	
<b>HEMORRAGIA</b>	<b>INFECÇÃO</b>
<p>A paciente apresenta:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• sangramento vaginal maciço</li><li>• alteração de sinais vitais,<ul style="list-style-type: none"><li>• Anemia</li><li>• Taquicardia</li></ul></li><li>• Necessidade de transfusão sanguínea e</li><li>• Esvaziamento uterino cirúrgico.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• A paciente pode apresentar:<ul style="list-style-type: none"><li>• dor abdominal ou pélvica</li><li>• sensibilidade uterina,</li><li>• secreção purulenta,</li><li>• Febre</li><li>• Taquicardia</li><li>• Hipotensão</li></ul></li><li>• Avaliação e tratamento de emergência.</li></ul>

## No aborto complicado por infecção, Diagnóstico

- O exame especular permite a avaliação do sangramento, de sua origem e quantidade, e de sinais de infecção.
- O toque vaginal bimanual permite a determinação da dilatação cervical e pode auxiliar na estimativa da idade gestacional.
- Os exames laboratoriais devem incluir o tipo sanguíneo ABO e Rh, para que seja possível prevenir a aloimunização fetal e no caso de necessidade de transfusões sanguíneas.
- A ultrassonografia transvaginal é o exame-padrão para mulheres com complicações na gestação inicial.

Pode-se definir **gestação não evolutiva** por:

- Saco gestacional  $\geq 25$  mm, sem vesícula vitelina ou embrião.
- Ausência de embrião com batimento cardíaco embrionário 14 dias após visualização de saco gestacional sem vesícula vitelina. Ausência de embrião com batimento cardíaco embrionário 11 dias após visualização de saco gestacional sem vesícula vitelina.
- Embrião  $\geq 7$  mm, sem batimentos cardíacos.
- Ausência de embrião com atividade cardíaca em casos previamente documentados.

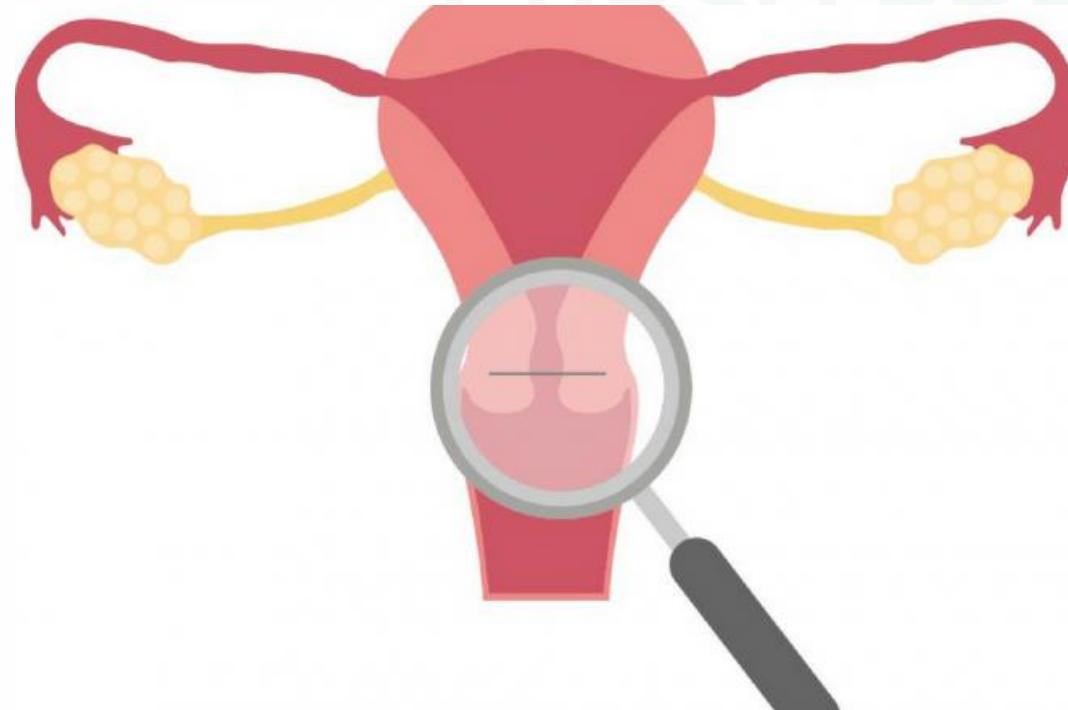
**CONDUTA - tratamento individualizado e escolha da paciente entre conduta expectante,  
medicamentosa ou cirúrgica.**

<p>Expectante - Consiste em aguardar a eliminação espontânea do produto conceptual. As mulheres são geralmente orientadas a esperar duas semanas para que o aborto se complete, mas a conduta pode ser mantida por mais tempo se não houver sinais de infecção.</p> <p>É necessária a observação da paciente a cada uma ou duas semanas, até o completo esvaziamento uterino, que pode ser confirmado por sinais clínicos e USG transvaginal. As principais complicações da conduta expectante são esvaziamento uterino incompleto, a hemorragia e infecção.</p>	<p>Medicamentosa - A droga mais comumente utilizada é o misoprostol; o seu uso a cada 6 horas mostra elevada taxa de sucesso.</p> <p>Há risco de sangramento aumentado e eliminação incompleta.</p> <p>A paciente deve receber analgesia oral ou endovenosa durante a eliminação.</p>	<p>Cirúrgica - é a escolha para mulheres com sangramento excessivo, instabilidade hemodinâmica, sinais de infecção, comorbidades cardiovasculares ou hematológicas.</p> <p>Mulheres clinicamente estáveis, a cirurgia pode ser oferecida para aquelas que preferem resolver o quadro rapidamente ou cujo tratamento conservador não foi bem-sucedido.</p> <p>A conduta cirúrgica inclui a aspiração manual ou elétrica, com ou sem dilatação cervical, e a curetagem uterina.</p>
--	---	---

### **Cuidados após o abortamento:**

- ✓ Recomenda-se a prescrição da imunoglobulina anti-D, na dose de 300 mcg, independentemente da IG, nos casos de abortamento.
- ✓ Em mulheres que optam pelo esvaziamento uterino cirúrgico, o material, sempre que possível, deve ser enviado para exame histológico, para confirmar ou excluir uma gestação molar.
- ✓ No caso de conduta expectante ou medicamentosa, ou não havendo estudo anatomo-patológico, recomenda-se pesquisa de hCG em teste de urina ou beta-hCG sérico 30 dias após a eliminação, a fim de documentar a resolução do quadro e minimizar a possibilidade de um diagnóstico de doença trofoblástica passar despercebido.
- ✓ Os períodos menstruais normais voltam em um ou dois meses após o aborto.
- ✓ É seguro para as mulheres retomarem atividade sexual quando o sangramento parar.

## Aborto espontâneo de repetição (AER)



É a ocorrência de 3 ou mais perdas gestacionais espontâneas e consecutivas.

## FATORES DE RISCO Aborto espontâneo de repetição

- Idade materna: quanto maior a idade, maior o risco de abortamento
- Extremos de peso
- Tabagismo • Consumo de álcool e drogas.
- Cafeína: dose dependente • Baixo índice de folato
- Cromossomopatias • Fatores anatômicos
- Fatores endócrinos – glicemia e TSH
- A insuficiência istmocervical

## O que classifica a incompetência istmo-cervical?

Dilatação indolor e recorrente do colo uterino, levando a perdas no 2º trim. Pode ser idiopática, decorrente da fraqueza estrutural do colo, ou secundária a procedimentos cirúrgicos



## Incompetência Istmo-Cervical

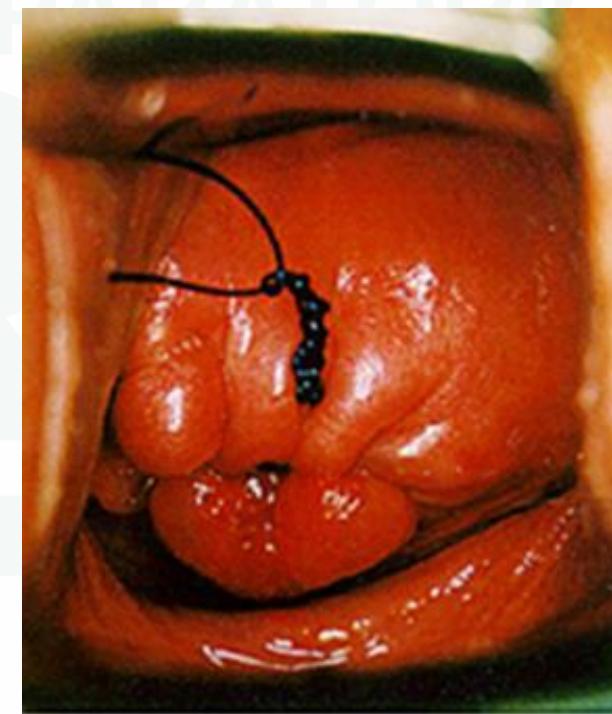
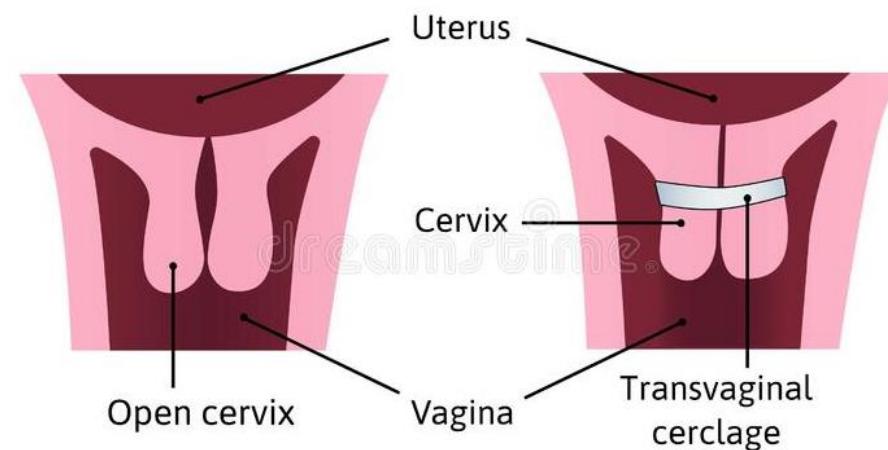


Figura 3 - Cirurgia à McDonald

Quando eletiva, deve ser realizada entre **12 e 16 semanas** de gestação.

Não há indicação de realizar imunoprofilaxia anti-Rh para mulheres Rh negativo.

Não há indicação de repouso absoluto.



# Aborto Infectado

Tem sangramento?

Colo do útero: aberto ou fechado?

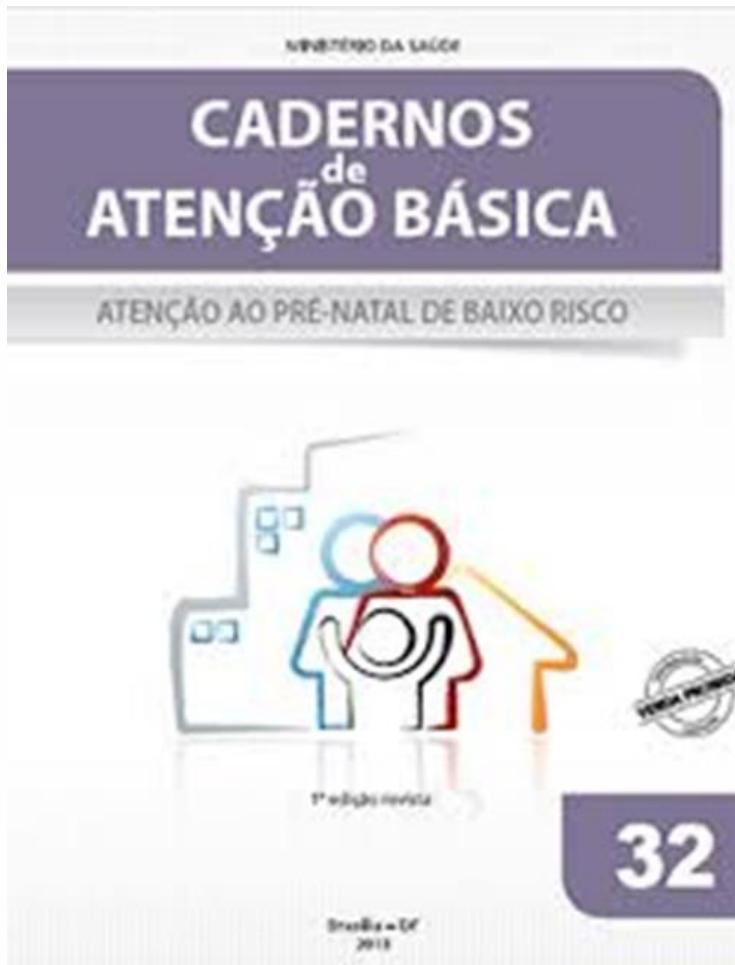
Interna ou não?



**Os sinais e sintomas mais comuns incluem:**

- Dor pélvica e/ou abdominal.
- Sensibilidade uterina.
- Secreção vaginal purulenta.
- Sangramento vaginal.
- Febre.
- Colo uterino entreaberto.





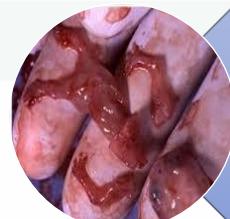
## Classificação do abortamento séptico



**Tipo I:** a infecção é limitada à cavidade uterina e ao miométrio



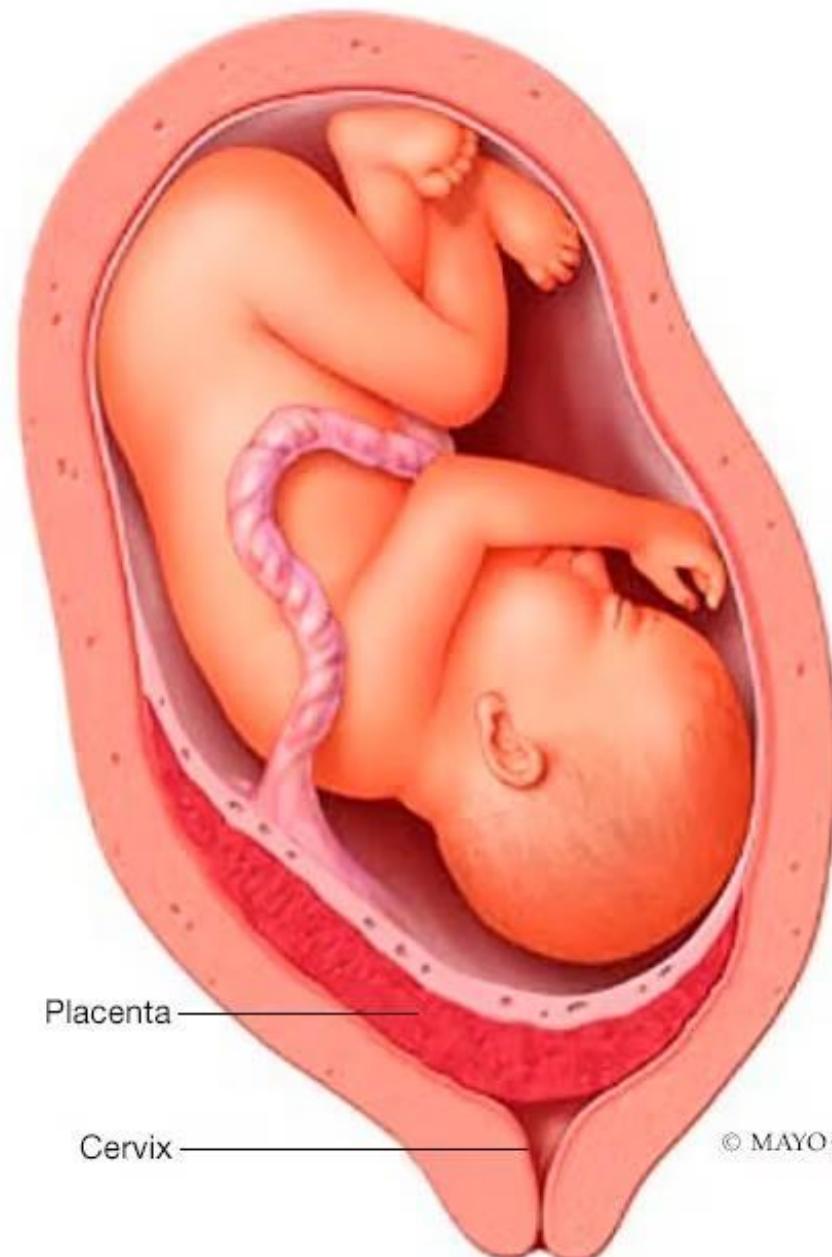
**Tipo II:** a infecção abrange o peritônio pélvico e os órgãos anexos



**Tipo III:** a infecção é generalizada, ocorre peritonite e choque séptico.

# Questões



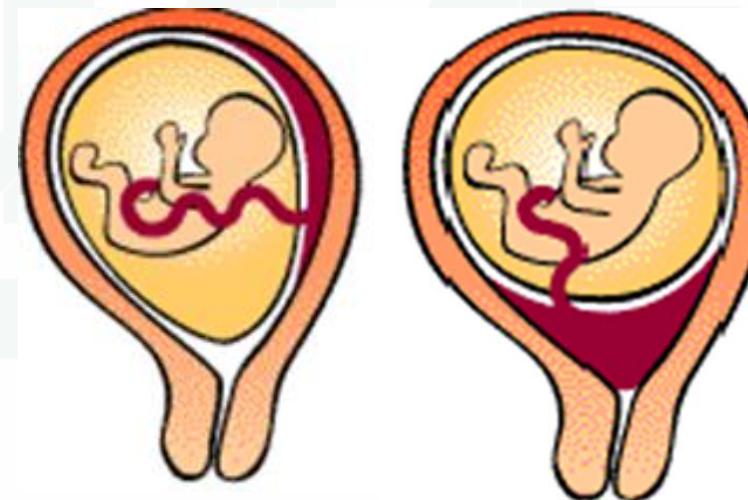


© MAYO CLINIC

## PLACENTA PRÉVIA

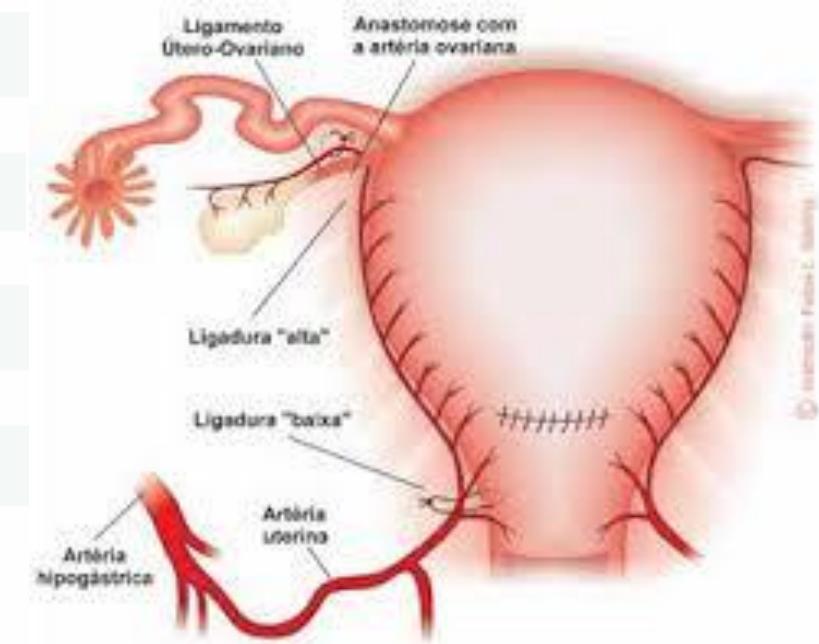
## PLACENTA PRÉVIA

A placenta que se implanta total ou parcialmente no segmento inferior do útero, a partir da 22<sup>a</sup> semana de gestação.



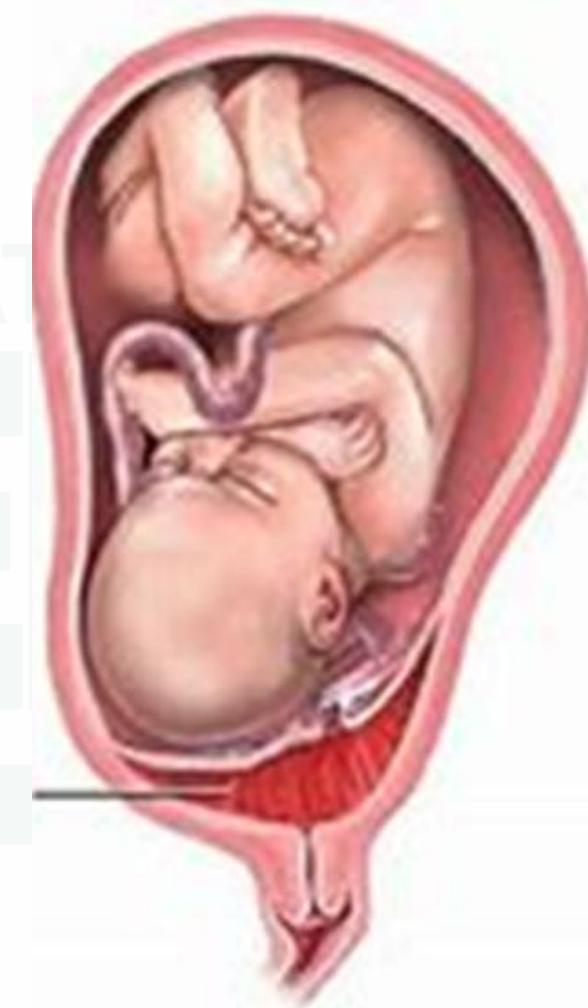
## FATORES DE RISCO

- Cesárea anterior
- placenta prévia em gestação anterior
- gestação múltipla,
- multiparidade,
- idade materna acima dos 35 anos,
- tabagismo, uso de cocaína,
- fertilização in vitro,
- curetagens e cirurgias uterinas anteriores
- abortos eletivos e espontâneos.



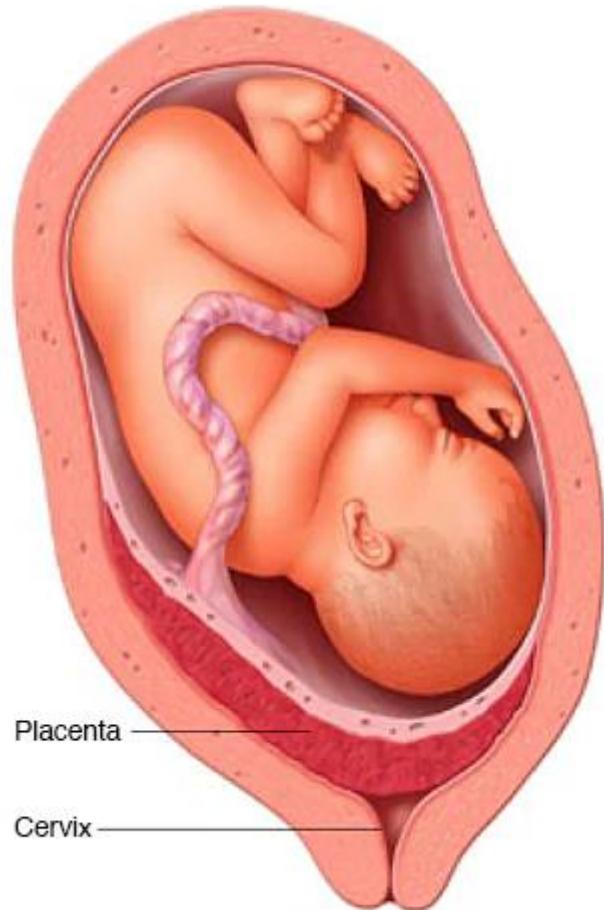
## QUADRO CLÍNICO

- Presença de sangramento vermelho vivo, de início e cessar súbitos,
- Indolor, imotivado
- Reincidente e progressivo.
- Ocorre mais frequentemente, na 2<sup>a</sup> metade da gestação, na ausência de contrações uterinas.



**Ao exame obstétrico:** útero de consistência normal e indolor, apresentando tônus normal e BCF preservados.  
→ É frequente haver apresentações anômalas.

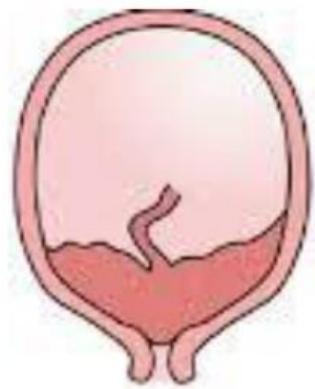
O **exame especular** sangramento variável proveniente do orifício do colo uterino ou acumulado na vagina.  
Não se deve proceder com o exame de toque vaginal, pelo risco de agravamento no quadro hemorrágico.



## DIAGNÓSTICO NO PRÉ-NATAL

A ulassonografia transvaginal é considerada o padrão-ouro para confirmação diagnóstica → somente se estabelece **após a 26ª semana de gestação**

<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>DESCRIÇÃO DA PLACENTA</b>
<b>Centro-total ou completa</b>	Recobre totalmente o orifício interno
<b>Centro-parcial ou parcial</b>	Recobre parcialmente o orifício interno
<b>Marginal</b>	A borda placentária atinge a borda do orifício interno
<b>Lateral ou baixa</b>	Implantação no segmento inferior, sem atingir o orifício interno



**Centro-total  
ou completa**



**Centro-parcial  
ou parcial**

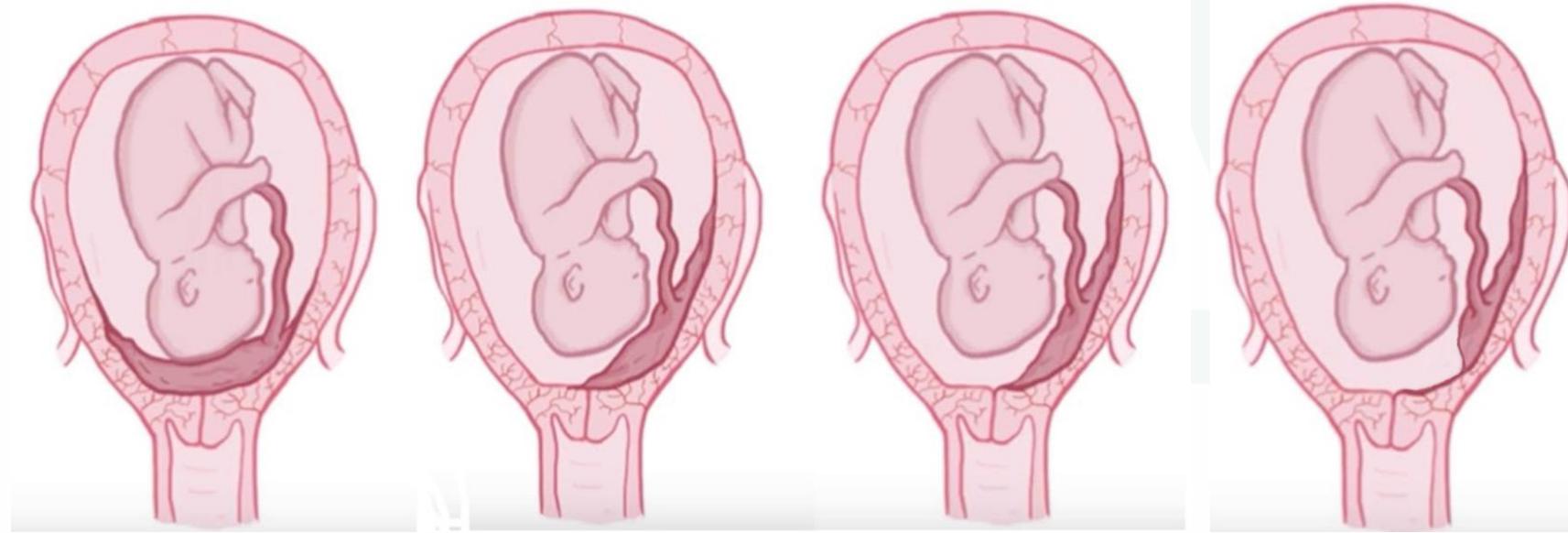


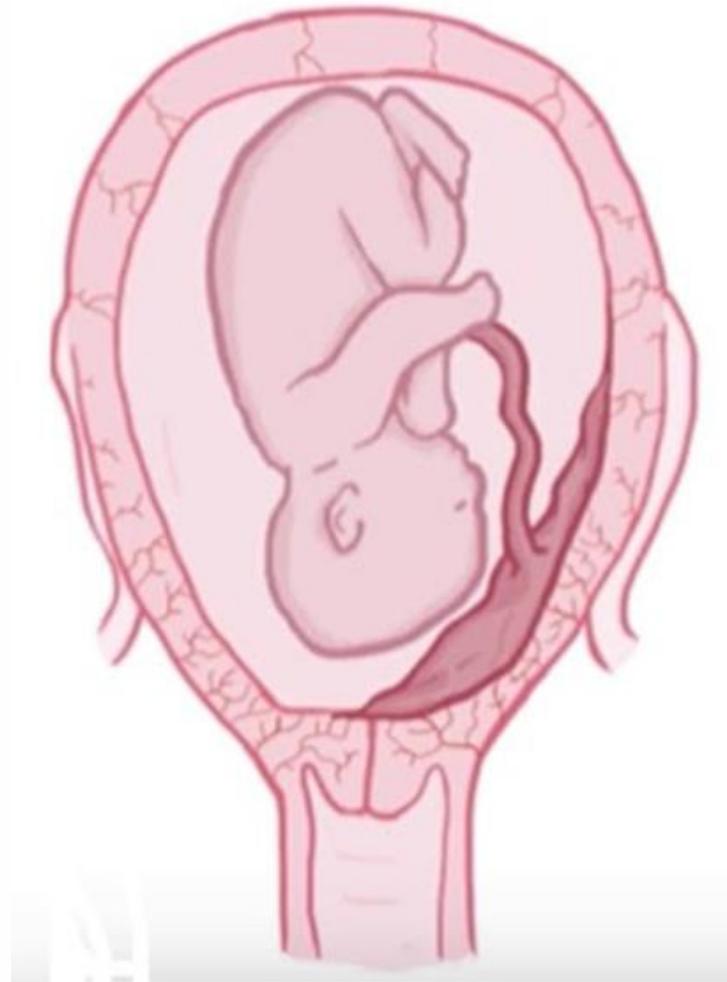
**Marginal**



**Lateral ou baixa**

VAMOS TREINAR?





Recobre parcialmente  
o orifício interno

**PARCIAL**

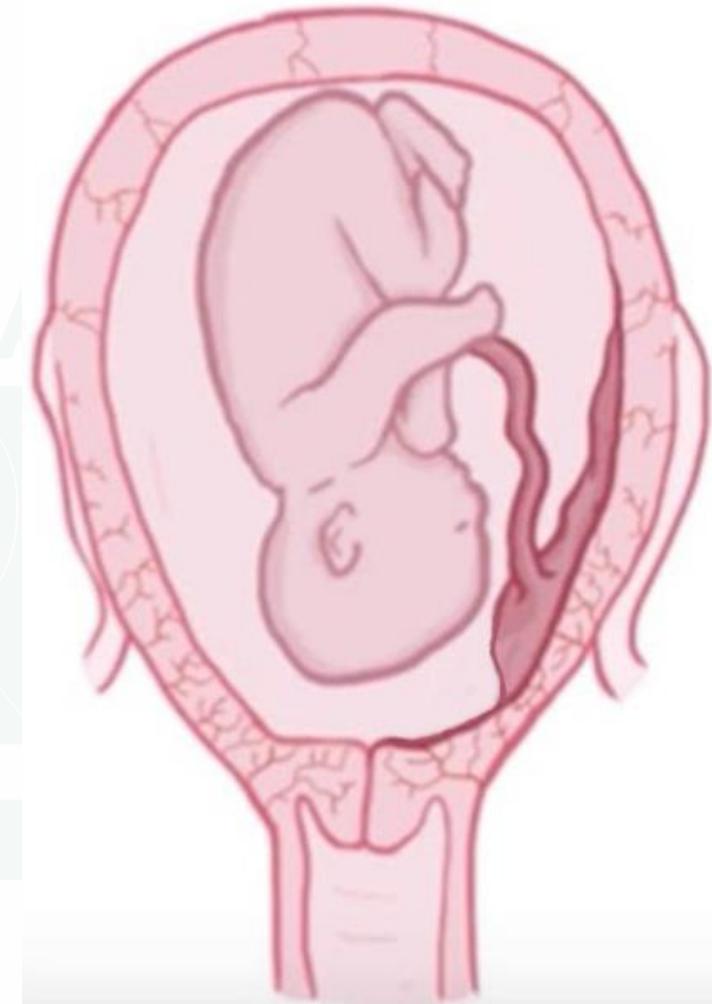
recobre totalmente o  
orifício interno do colo  
do útero

Completa ou centro-  
total



Implantação no  
segmento inferior,  
sem atingir o orifício  
interno

LATERAL ou  
BAIXA



A borda placentária  
atinge a borda do  
orifício interno

MARGINAL



## Conduita

A conduita clínica depende da intensidade do sangramento.

- ✓ **conduta expectante** → avaliação quinzenal do crescimento fetal e da localização placentária, para programação do parto. Alcançada a maturidade fetal, com 36 semanas, é indicada a resolução da gestação.
- ✓ O parto vaginal poderá ser escolhido nas placentações laterais e /ou marginais.



## Sangramento ativo

- Todas as pacientes com sangramento da 2<sup>a</sup> metade da gravidez têm indicação de internação para avaliação materna e fetal.
  - longe do termo, em que não se espera maturidade fetal, é indicada a conduta expectante, afastados os demais elementos que indicam a resolução imediata. Recomenda-se manter repouso no leito até que a hemorragia seja estabilizada, com cessação do sangramento por 6 horas.
- A avaliação do bem-estar fetal é obrigatória, pois a anemia materna pode promover a hipóxia fetal.

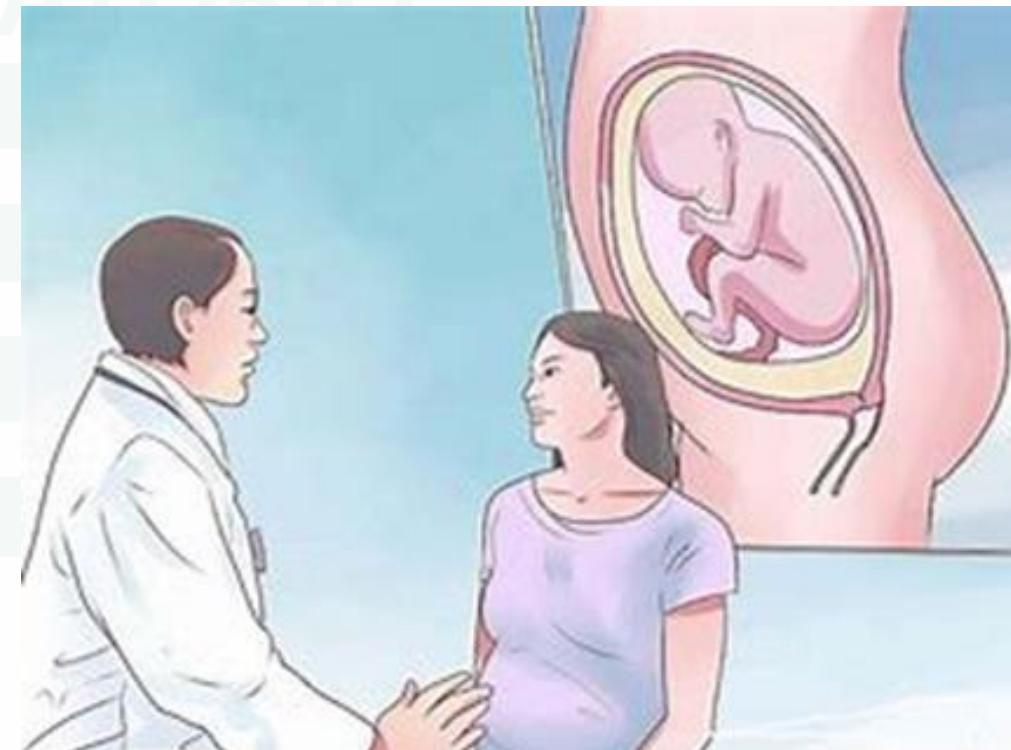
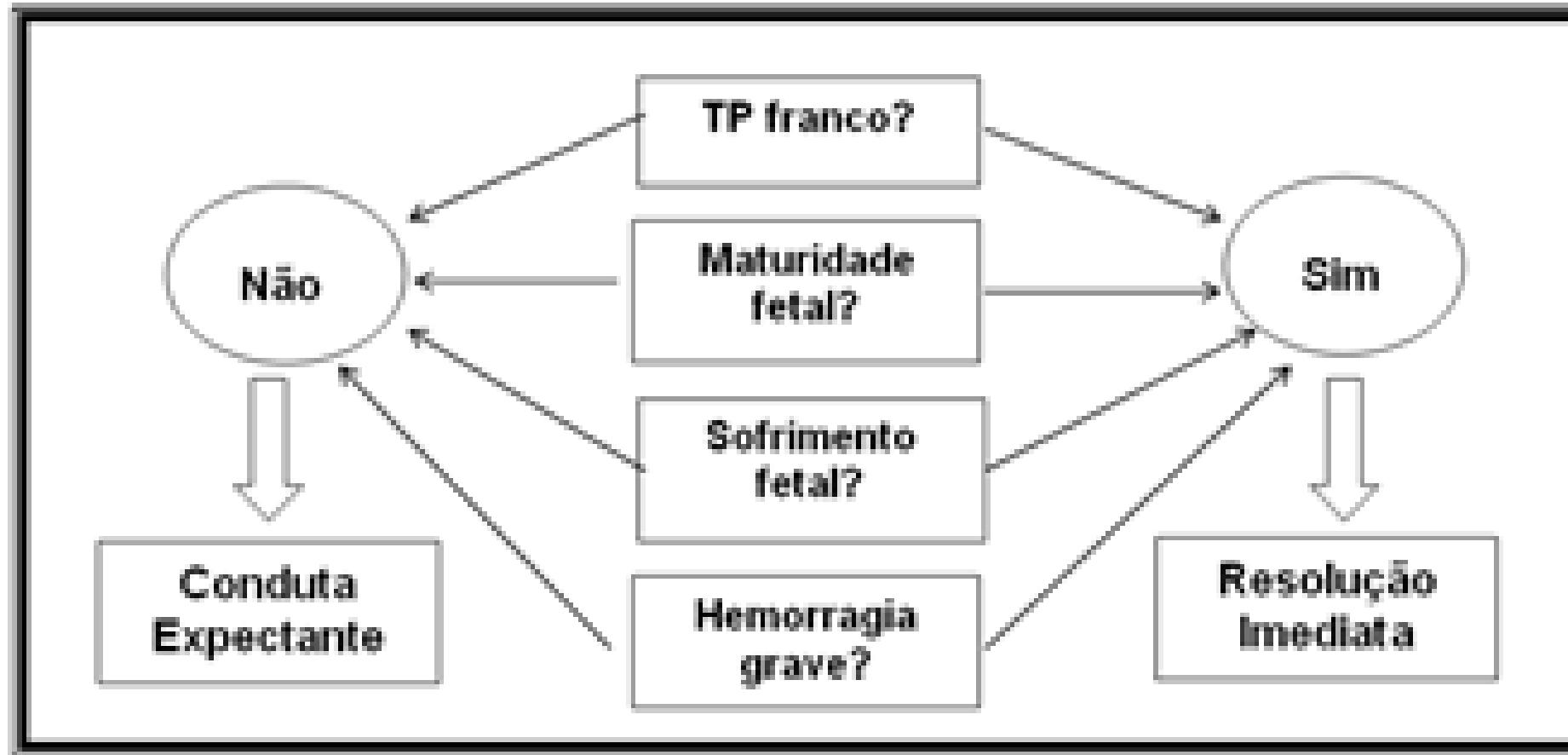
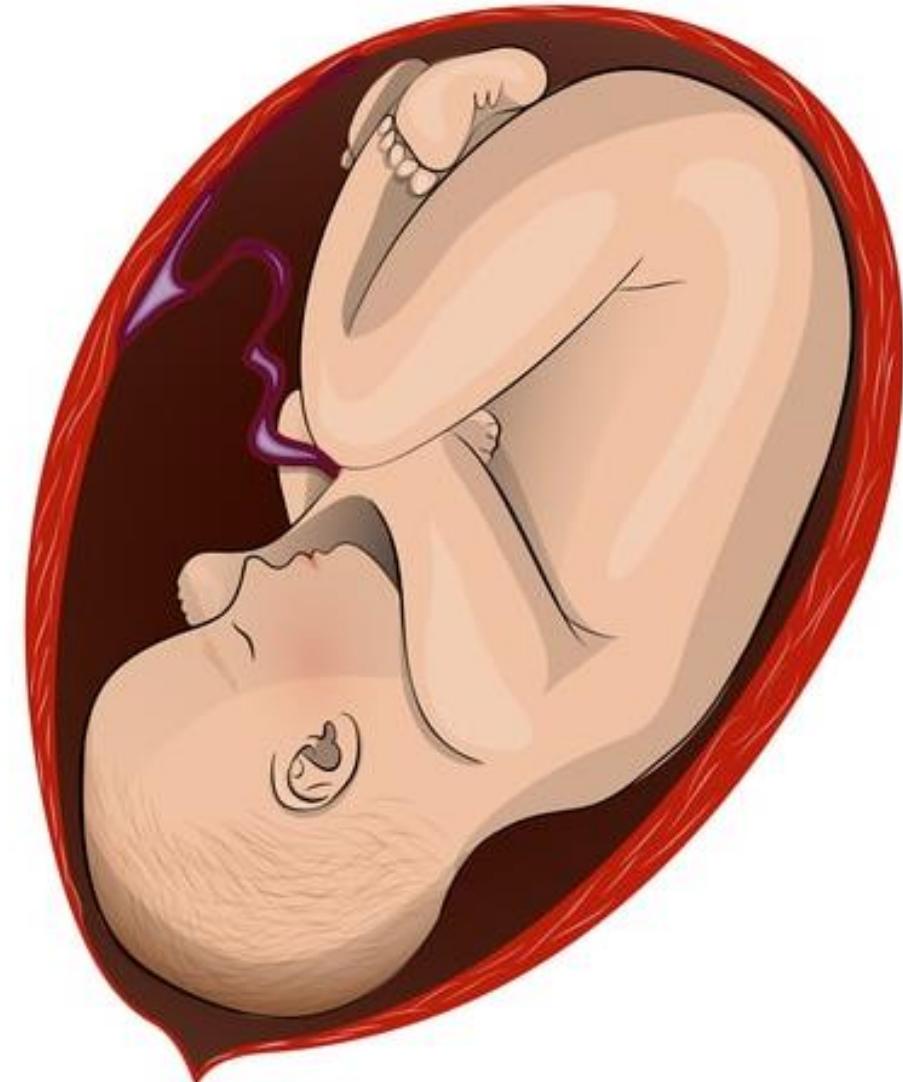


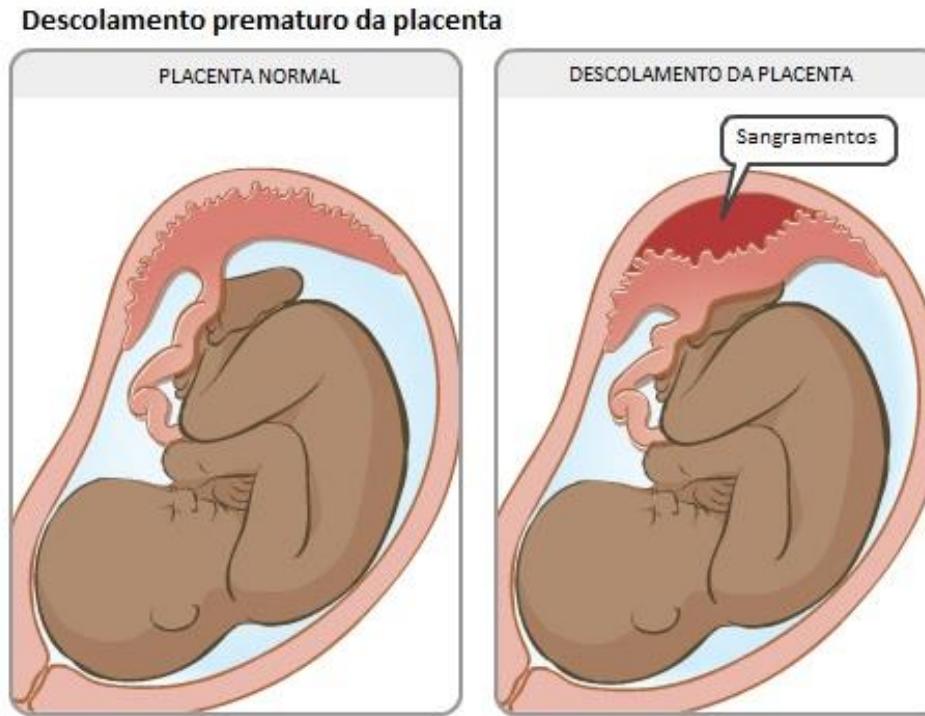
Figura 1 – Elementos de conduta obstétrica em casos de placenta prévia



# DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA

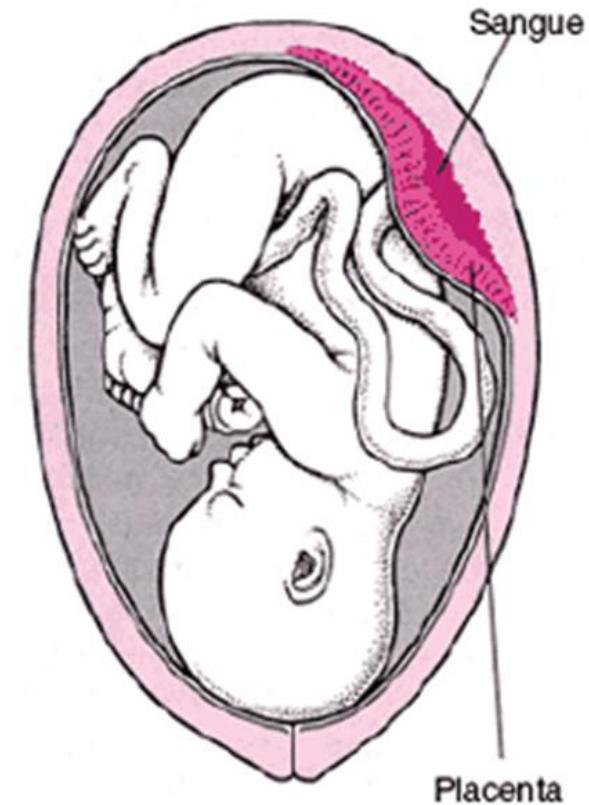


É definido pelo descolamento parcial ou completo da placenta, normalmente inserida, de forma intempestiva e prematura no corpo do útero, **após a 20<sup>a</sup> semana de gestação.**



## Quais os principais fatores de risco para o DPP?

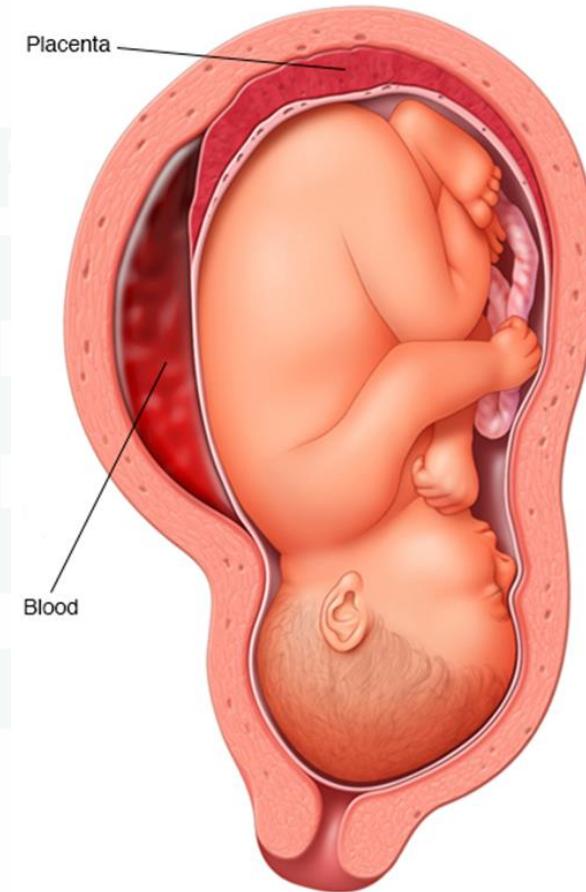
- idade materna avançada,
- multiparidade,
- distúrbios hipertensivos,
- rotura prematura das membranas,
- hábito de fumar,
- presença de trombofilias,
- usuários de cocaína e
- DPP prévio.

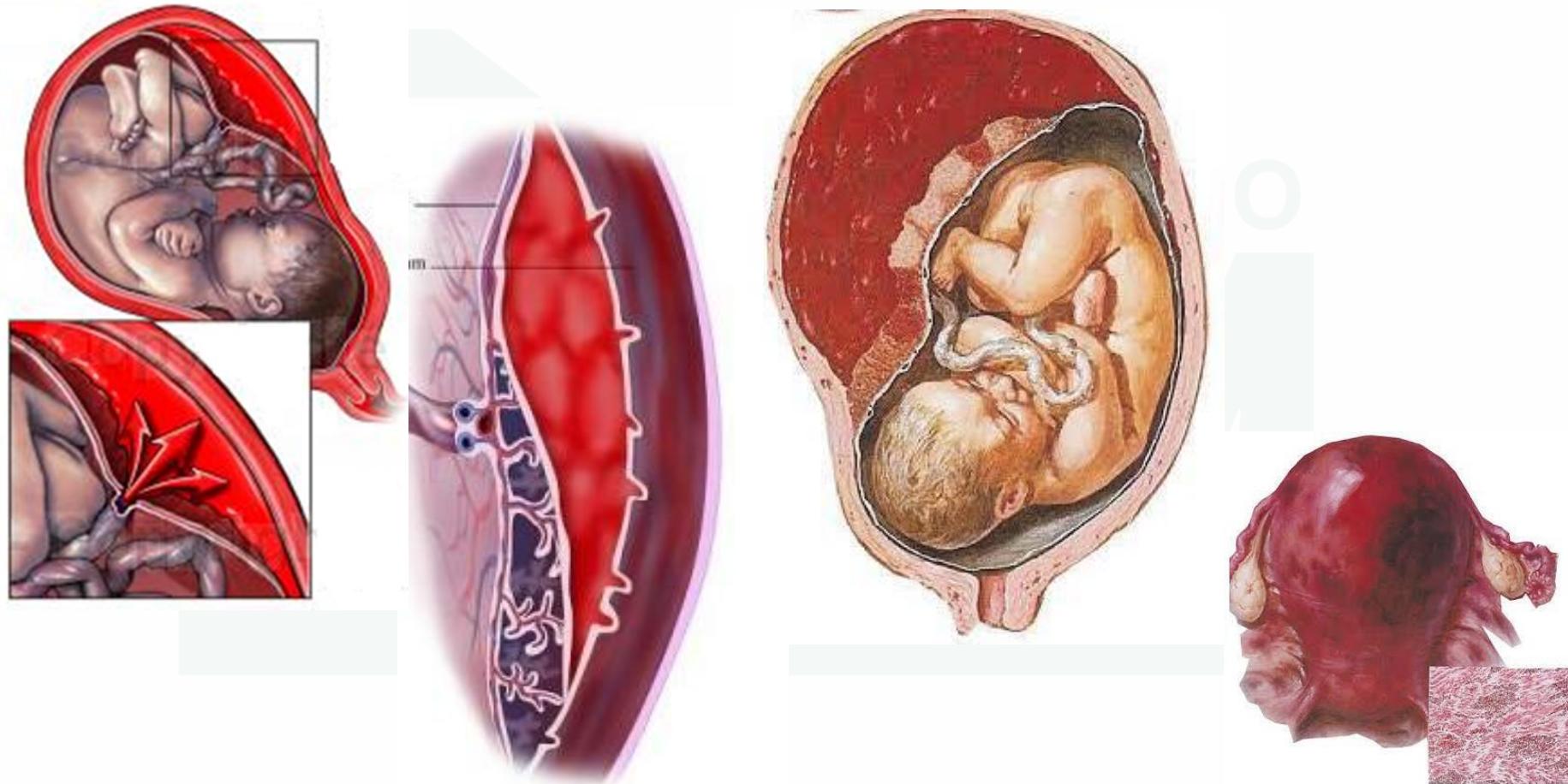


<b>Fatores de risco associados ao DPPNI (BRASIL, 2022)</b>	
<b>Fatores de risco sociodemográficos</b>	Idade materna ≥35 anos e < 20 anos Paridade ≥3 Etnia negra
<b>Fatores de risco na gestação atual</b>	Síndromes hipertensivas Trauma Distúrbios do líquido amniótico Placenta prévia
<b>Fatores de risco em gestação pregressa</b>	Cesárea anterior Pré-eclâmpsia Descolamento prematuro de placenta

## **Diagnóstico** - fundamentalmente clínico:

- dor abdominal de início súbito
- sangramento vaginal characteristicamente escurecido
- hipersensibilidade à palpação uterina,
- hipertonia uterina e
- alterações na vitalidade fetal.







**Fisiopatologia** do DPP - alterações locais (uterinas) e as gerais (alterações de coagulação, renais e hipofisárias).

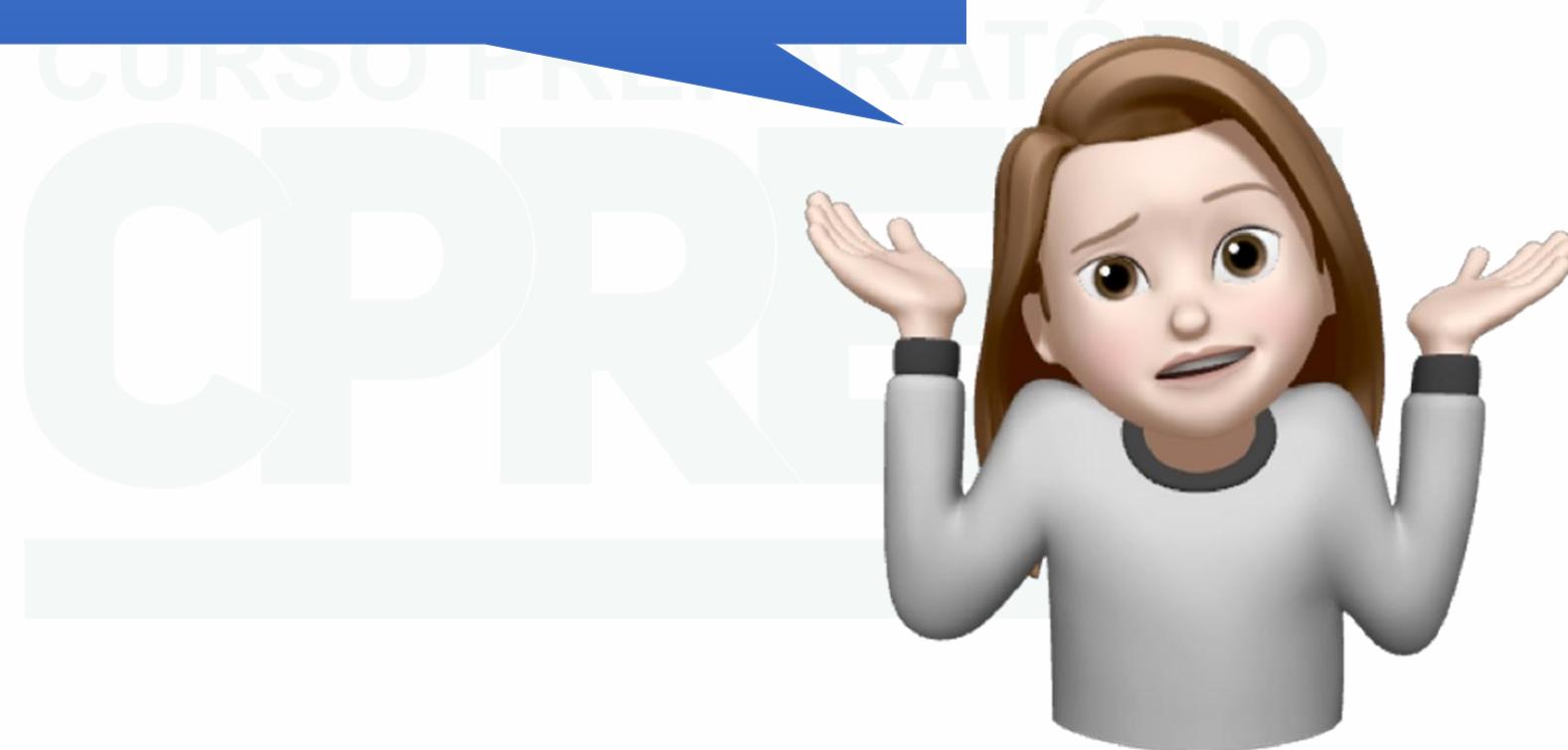
- **uterinas** caracterizam-se pela hipertonia uterina e apoplexia uteroplacentária;
- as **alterações renais** por necrose tubular aguda e necrose cortical aguda
- **hipofisárias** pela síndrome de Sheehan

## O que é a Síndrome de Sheehan?

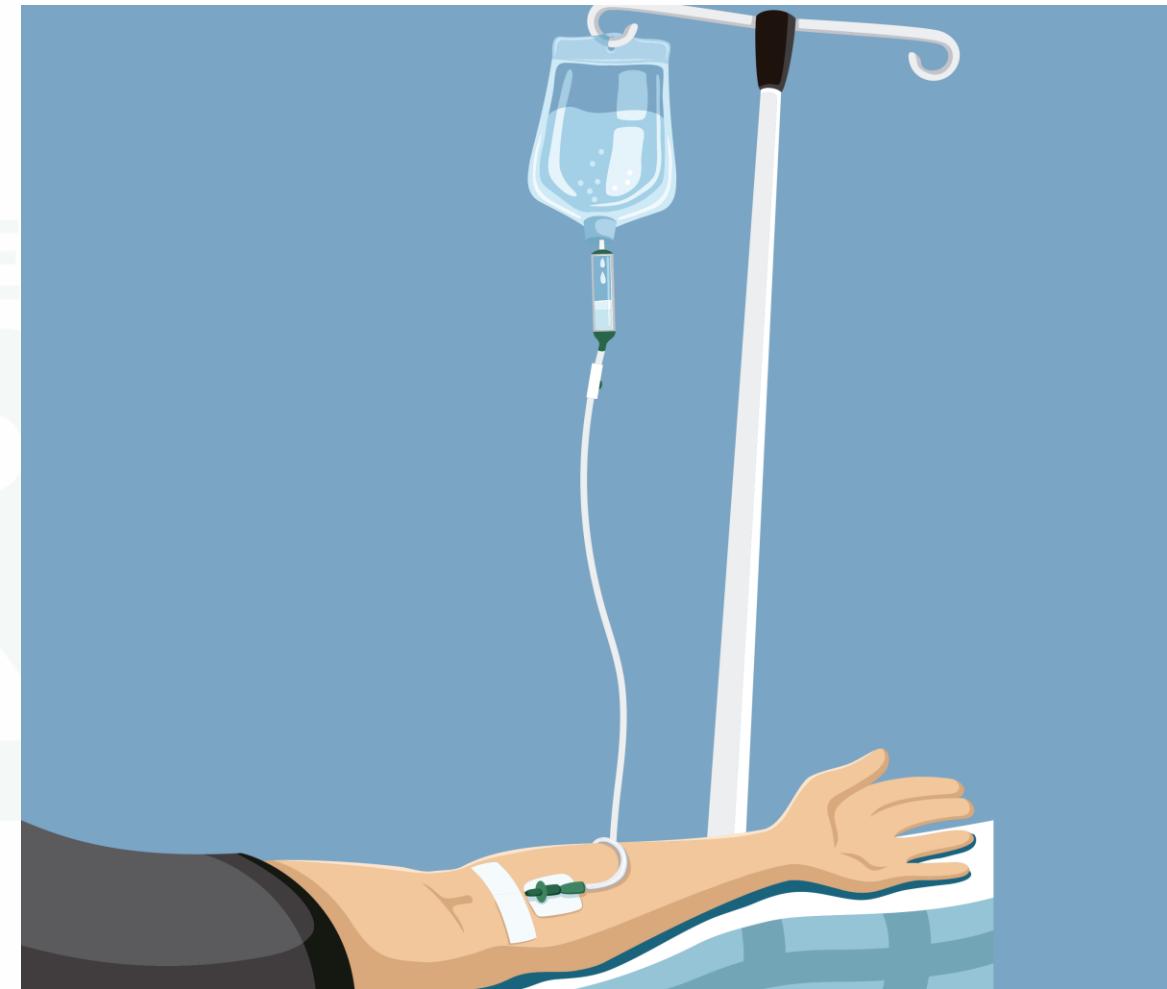
Consiste em um quadro de hipopituitarismo provocado por uma necrose hipofisária, normalmente secundária a hipotensão ou choque, que tem como causa uma hemorragia extensa durante ou logo após o parto



Qual é a CONDUTA no diagnóstico  
para DPP?



**Garantia de 2 acessos  
venosos periféricos  
calibrosos**



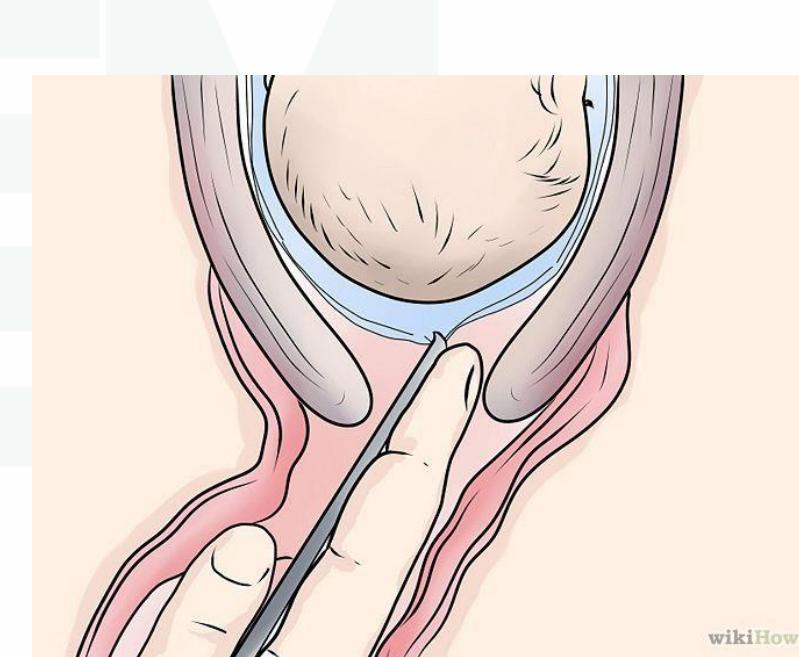


**Pronta reserva de  
hemoconcentrados.**

- A paciente deve ser sondada e seu débito urinário observado e mantido acima de 30 mL/hora.



- A amniotomia é mandatória para minimizar riscos, uma vez que se relaciona com redução da hemorragia materna e do risco de coagulação intravascular disseminada e embolia amniótica.



wikiHow

## O que fazer em situação da mulher apresentar estabilidade hemodinâmica e FETO VIVO?

IG ≥ a 24/26 semanas e evidências de sofrimento fetal  
→ **parto imediato**. Caso a expectativa de tempo para parto superar 20 minutos → parto cesáreo deve ser preferido.





Nos casos de óbito fetal  
ou feto de viabilidade  
incerta (IG <24 semanas)  
com estabilidade clínico-  
laboratorial materna →  
via de parto vaginal é  
preferível tendo previsão  
de nascimento  
entre 4 a 6 horas.

# Questões





## SÍNDROMES HIPERTENSIVAS

## O QUE DIAGNOSTICA HIPERTENSÃO?



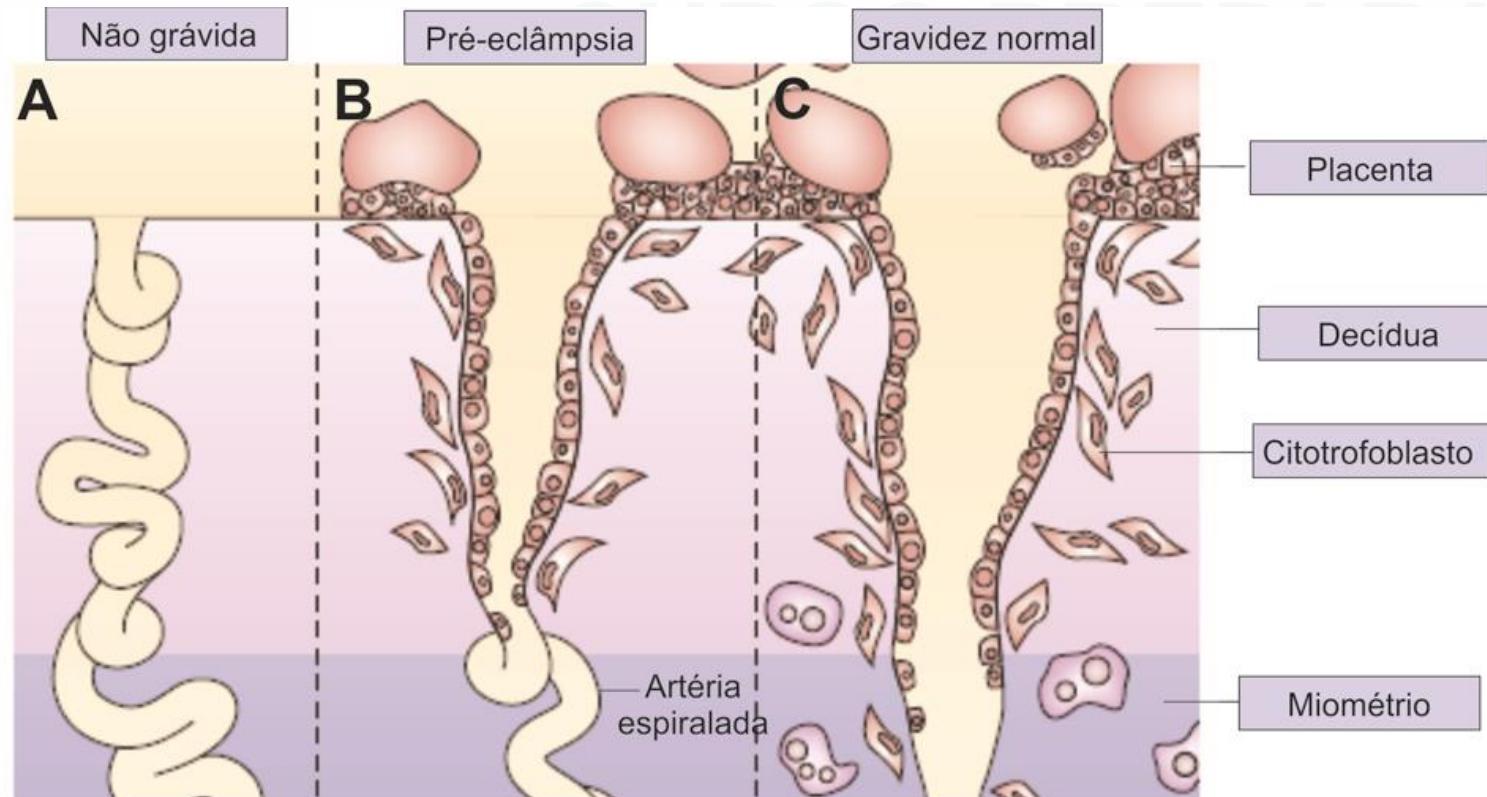
- PA sistólica  $\geq 140$  mmHg e/ou PA  $\geq 90$  mmHg.
- Deve ser aferida PREFERENCIALMENTE com a paciente sentada, aplicando o aparelho com manguito de 13 cm, no **membro superior direito**, mantendo-o elevado, na altura do coração.



- Paciente em repouso → em decúbito lateral esquerdo
- Realizar mais que uma medida com intervalo de pelo menos **4 a 6 horas**.
- Considerar a pressão diastólica o 5º ruído de Korotkoff, correspondente ao desaparecimento da bulha.



## Por que algumas gestantes desenvolvem síndromes hipertensivas na gestação?





## CLASSIFICAÇÕES DIAGNÓSTICAS DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS

Hipertensão crônica



Hipertensão gestacional

Pré-eclâmpsia / eclâmpsia



Pré-eclâmpsia sobreposta à  
Hipertensão crônica

## DEFINIÇÃO DE PROTEINÚRIA

presença de pelo menos 300 mg em urina de 24 horas.



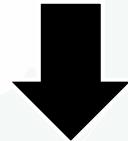
**Como a proteinúria é um achado tardio, como diagnosticar pré-eclâmpsia?**



**Na ausência de proteinúria**



**considerar pré-eclâmpsia  
quando a hipertensão arterial**



**For acompanhada de  
comprometimento sistêmico  
ou disfunção de órgãos-alvo**



**Mostrar sinais de  
comprometimento  
placentário**

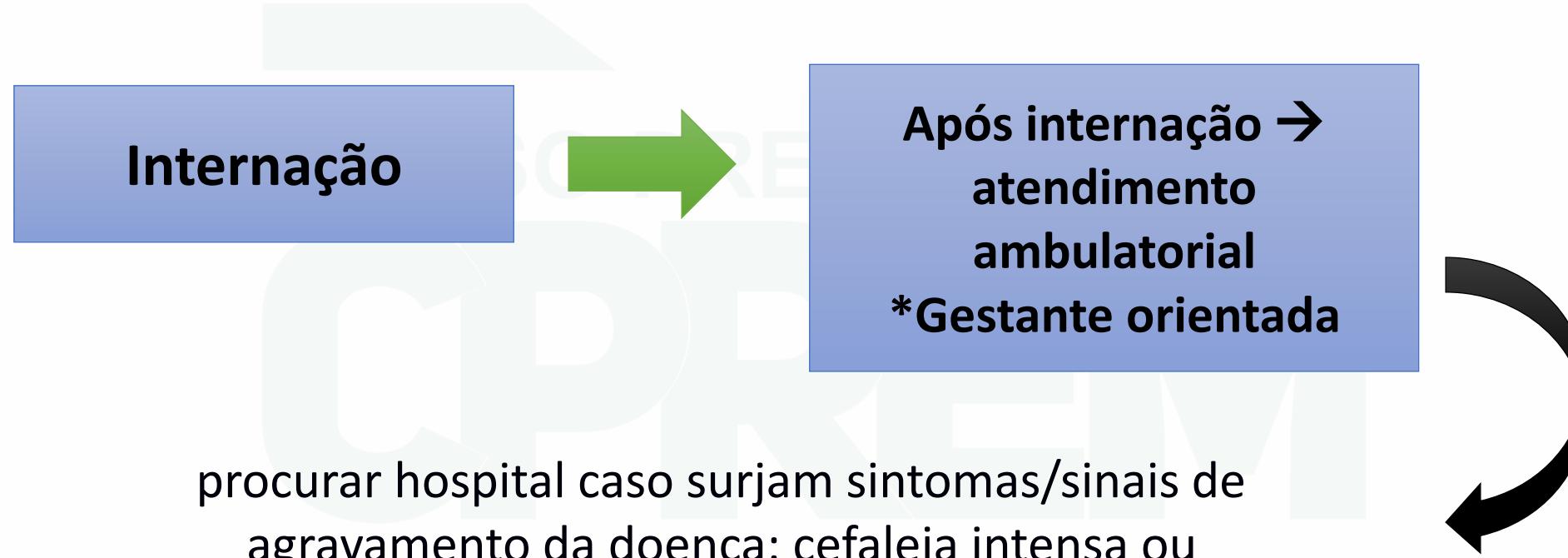
# Pré-Eclâmpsia

**Sem sinais de gravidade**

**Com sinais de gravidade**



# PRÉ-ECLÂMPSIA SEM SINAIS DE GRAVIDADE



## PRÉ-ECLÂMPSIA SEM SINAIS DE GRAVIDADE

- Manter consulta semanal para monitoramento das condições do feto e realizar exames laboratoriais necessários.  
→ Se a gestante se mantiver bem controlada, a resolução da gestação deve ocorrer com 37 semanas.



## PRÉ- ECLÂMPSIA COM SINAIS DE GRAVIDADE

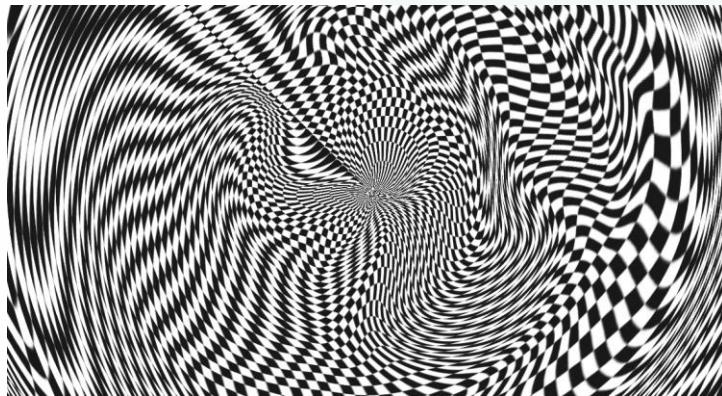
Caracterizada pela presença dos seguintes sinais de gravidade:

- Estado hipertensivo com PA sistólica  $\geq 160$  mmHg e/ou PA diastólica  $\geq 110$  mmHg, confirmada por intervalo de 15 minutos, aferida com técnica adequada. **A associação com sintomas configura uma emergência hipertensiva.**
- Síndrome HELLP.

## PRÉ- ECLÂMPSIA COM SINAIS DE GRAVIDADE

- Sinais de iminência de eclâmpsia
- Eclâmpsia.
- Edema agudo de pulmão.
- Dor torácica, queixa que deve ser valorizada, se estiver acompanhada ou não por alterações respiratórias.
- Insuficiência renal, identificada pela elevação progressiva dos níveis séricos de creatinina ( $\geq 1,2$  mg/dL) e ureia, além da progressão para oligúria (diurese inferior a 500 mL/24 horas).

# FOSFENA



ESCOTOMA CINTILANTE

# PRÉ-ECLÂMPSIA COM SINAIS DE GRAVIDADE

**Internação  
Hospitalar**



**Para acompanhamento e  
redução de danos**



A **condução conservadora** é considerada quando:

- clínica estável
- êxito no controle farmacológico da hipertensão
- exames laboratoriais adequados e
- vitalidade fetal preservada.



- A prescrição da dieta deve ser a habitual; a restrição de sal é justificada apenas para as situações clínicas nas quais existam vantagens para a redução do volume intravascular.
  
- Não há necessidade de repouso absoluto no leito.
  
- Solicitação de exames laboratoriais.
  
- A repetição da proteinúria não se faz necessária.

## Pra que serve o sulfato de magnésio?

Prescrição do **sulfato de magnésio** - é o anticonvulsivante de escolha a ser ministrado quando há risco de convulsão



A prescrição do sulfato é indicada:

- situação inerente aos quadros de pré-eclâmpsia com sinais de deterioração clínica e/ou laboratorial, iminência de eclâmpsia, eclâmpsia, síndrome HELLP e hipertensão de difícil controle
- **PA sistólica  $\geq 160$  mmHg e/ou PA diastólica  $\geq 110$  mmHg**, mesmo na ausência de sintomas, indica a profilaxia de convulsão com sulfato de magnésio.

## Aspectos relacionados a intervenções obstétricas na pré-eclâmpsia grave

IG < 24 à 26 semanas	IG entre 24/26 e 34 semanas	IG entre 34 à 37 semanas
Decisão individualizada, compartilhando com o casal o prognóstico desfavorável do prolongamento da gestação, que está associada à elevada morbimortalidade materna e perinatal.	Na ausência das condições que indicam parto imediato, tentar avançar pelo menos até 34 semanas. Impõe-se atenta vigilância clínica e materna e fetal. Fazer ciclo de corticoterapia	nos casos com melhora dos parâmetros clínicos e laboratoriais → considerar o prolongamento da gestação, até 37ª semana.





- A síndrome HELLP desenvolve-se em 10% a 20% das gestantes com pré-eclâmpsia grave/eclâmpsia.
- A sintomatologia geralmente é pobre, podendo-se encontrar mal-estar, epigastralgia, náuseas ecefaléia.

## Qual é a conduta na síndrome HELLP?

- **Emergência obstétrica.**
- **A interrupção da gestação está indicada independentemente da IG.**
- **Tratamento são a prevenção das complicações hemorrágicas e da eclâmpsia, o controle da HA grave e o desencadeamento do parto.**



## ECLÂMPSIA

**É uma emergência obstétrica e requer atendimento imediato. Tratamento:**

- manutenção da função cardiorrespiratória,
- controle das convulsões e a prevenção de sua recorrência
- correção da hipoxemia e da acidose materna,
- controle da hipertensão arterial grave e o desencadeamento do parto.

O aspecto mais urgente do tratamento não é o de parar de imediato a convulsão, mas o de garantir a oxigenação materna e minimizar o risco de aspiração.



# ATENÇÃO

## Os 10 passos no manejo da convulsão eclâmptica

1. Aspirar as secreções e inserir um protetor bucal.
2. Medir a saturação de O<sub>2</sub> e administrar O<sub>2</sub> a 8 L a 10 L/min.
3. Instalar solução de glicose a 5% em veia periférica.
4. Recolher amostra de sangue e urina para avaliação laboratorial.
5. Manter a paciente em decúbito lateral.
6. Administrar sulfato de magnésio\*.
7. Administrar nifedipina (VO) ou hidralazina (IV) se PA  $\geq 160/110$  mmHg.
8. Inserir um cateter vesical de demora.
9. Aguardar a recuperação do sensório.
10. Programar a interrupção da gestação.

iSinaliza.com - 0000000



## Tratamento das convulsões

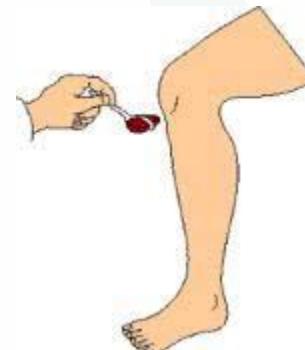
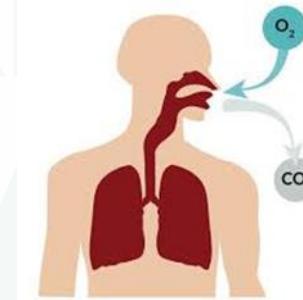
- O sulfato de magnésio é a droga de 1ª escolha.
- Deve ser feito com a paciente em decúbito lateral, preferencialmente esquerdo → diminuir o risco de hipotensão arterial grave.

Avaliação para manutenção do uso do sulfato de magnésio	Avaliar paciente a cada 4 horas. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar níveis séricos se parâmetros alterados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diurese: &gt;25 mL/h</li> <li>• Reflexos tendinosos: presentes</li> <li>• Frequência respiratória &gt;12 mpm</li> </ul>
Suspensão do uso	Depressão respiratória, ou diurese insuficiente, ou ausência de reflexos	Até 2 horas sem uso, reiniciar a infusão endovenosa. <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 horas suspenso = nova dose de ataque de 2 g sulfato.</li> </ul>
Intoxicação	Se ocorrer depressão respiratória: aplicar 10 mL de gliconato de cálcio a 10% (1 g) IV lentamente (3 min)	Dar suporte respiratório (O <sub>2</sub> , 5 L/min, por máscara).
	A intoxicação pelo sulfato de magnésio com bloqueio mioneural, depressão e parada respiratória é um evento raro e só ocorre por acúmulo do magnésio na circulação materna por administração de doses excessivas na manutenção, ou por diminuição da excreção renal em pacientes com insuficiência renal.	

## Avaliação para manutenção do uso do sulfato de magnésio

- Avaliar paciente a cada 4 horas.
- Solicitar níveis séricos se parâmetros alterados.

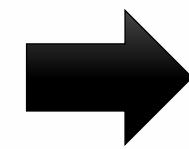
Frequência respiratória >12 mpm



Reflexos tendinosos: presentes

Diurese: >25 mL/h

Suspensão do uso

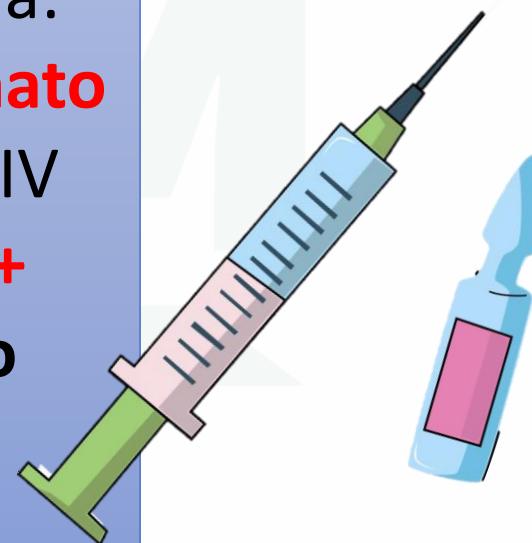


Depressão respiratória,  
**ou** diurese insuficiente,  
**ou** ausência de reflexos

Intoxicação



Depressão respiratória:  
aplicar 10 mL de **gliconato de cálcio a 10%** (1 g) IV  
lentamente (3 min) +  
suporte respiratório  
(O<sub>2</sub>, 5 L/min, por máscara).



# Agentes recomendados para o tratamento da **crise** ou **emergência** hipertensiva em gestantes

<b>Hidralazina</b> Ampola de 20 mg/mL	A ampola de hidralazina contém 1 mL, na concentração de 20 mg/mL. Diluir uma ampola (1 mL) em 19 mL de água destilada, assim obtém-se a concentração de 1 mg/mL.  <b>Dose inicial:</b> 5 mg, via intravenosa <b>Repetir, se necessário:</b> 5 mg a cada 20 minutos <b>Dose máxima:</b> 30 mg
<b>Nifedipino</b> Comprimido de 10 mg	<b>Dose inicial:</b> 10 mg, via oral  <b>Repetir, se necessário:</b> 10 mg a cada 20 a 30 minutos (via oral)  <b>Dose máxima:</b> 30 mg
<b>Nitroprussiato de sódio</b> Ampola 50 mg/2 mL	A ampola de nitroprussiato de sódio contém 2 mL, na concentração de 50 mg/2 mL. Diluir uma ampola (2 mL) em 248 mL de soro glicosado 5%, assim teremos a concentração de 200 mcg/mL.  <b>Dose inicial:</b> 0,5 mcg a 10 mcg/kg/min, infusão intravenosa contínua

## **Anti-hipertensivos recomendados para uso na gestação**

Simpatolíticos de ação central, a<sub>2</sub>-agonistas: **metildopa, clonidina**

Bloqueadores de canais de cálcio: **nifedipina retard, Nifedipino de liberação rápida, Anlodipino**

Vasodilatador periférico: **hidralazina (drágeas)**

β-bloqueadores: **metoprolol, pindolol, carvedilol**

## Momento de interrupção da gestação

O tratamento definitivo da eclâmpsia é o nascimento do feto e a retirada da placenta, que devem ocorrer independentemente da IG, logo que o quadro clínico estiver estabilizado.



- Toda gestante que apresentou pré-eclâmpsia em gestação anterior, principalmente formas clínicas mais graves, são eleitas para **uso profilático de ácido acetilsalicílico**, na dose de 100mg diários, via oral, a partir de 12 e até 36 semanas de gravidez, além de suplementação de cálcio.



**ATENÇÃO!**

# Questões





TÓRIO  
PREMATURIDADE

## PREMATURIDADE

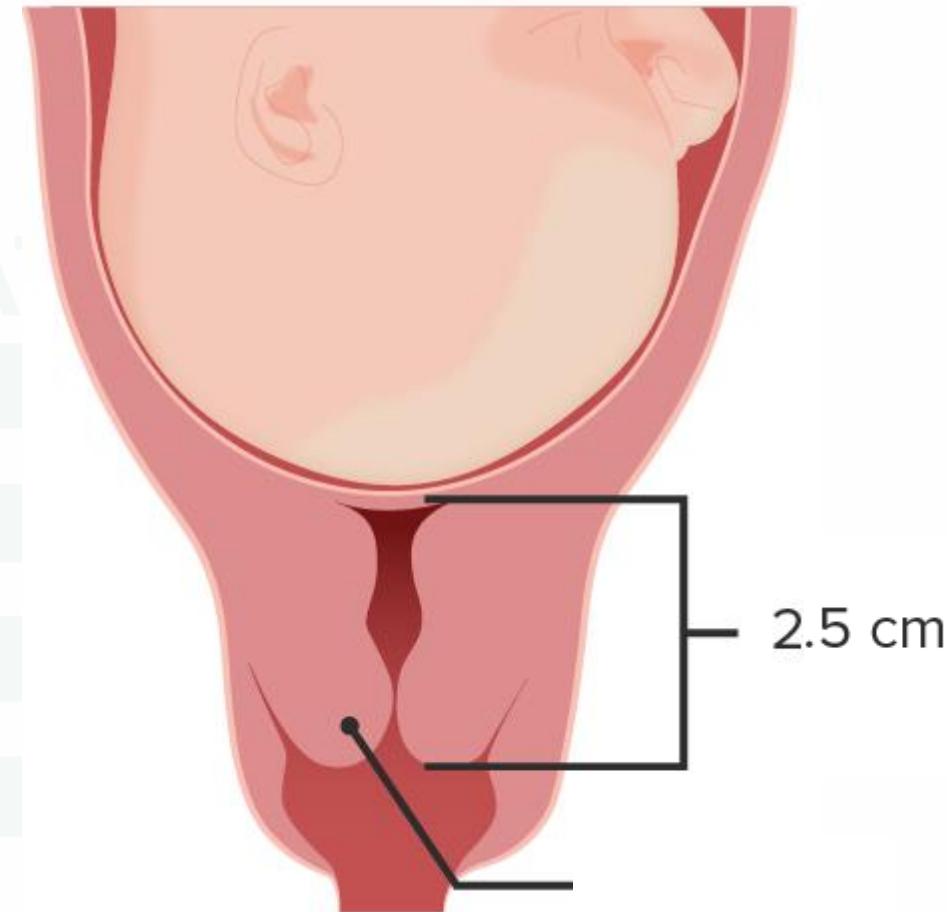
O parto pré-termo é aquele que ocorre em até 36 semanas e 6 dias de idade gestacional, excluindo o período considerado como de abortamento.

São 3 as principais causas de partos pré-termo:

- o trabalho de parto prematuro,
- a rotura prematura pré-termo das membranas ovulares e a
- prematuridade terapêutica (quando alguma condição mórbida materna e/ou fetal ocasiona a antecipação do parto).

O comprimento do canal cervical  $\leq 25$  mm indica maior risco de parto pré-termo; e quanto mais curto o colo do útero, maior o risco.

O seu diagnóstico correto se caracteriza pela ocorrência de contrações uterinas associadas a modificações do colo uterino (amolecimento, esvaecimento e dilatação).



Gestantes em trabalho de parto prematuro devem ser internadas e submetidas a anamnese e exame físico detalhados, buscando identificar diagnósticos diferenciais e eventuais comorbidades.

A eficácia máxima da corticoterapia parece ocorrer quando o parto ocorre de 2 a 7 dias após a administração da 1<sup>a</sup> dose, mas depois de 24 horas já existe algum efeito.

Abaixo de 24 horas de administração, a eficácia é incompleta e declina após 7 dias, embora algum efeito pareça permanecer por mais alguns dias.

A utilização deve ser estimulada entre 24 e 34 semanas de gestação.

A **tocólise** é contraindicada quando os riscos maternos e/ou fetais de prolongar a gravidez ou os riscos associados à utilização de uterolíticos superarem os riscos decorrentes de um parto pré-termo.

As **principais contraindicações** são: morte fetal intrauterina, anomalia fetal letal, vitalidade fetal alterada, quadros hipertensivos graves (incluindo pré-eclâmpsia com achados graves), hemorragia materna com instabilidade hemodinâmica, corioamnionite e doenças cardíacas graves.

São consideradas eleitas para a tocólise pacientes com membranas íntegras, com até 4 cm a 5 cm de dilatação cervical e com idade gestacional entre 24 e 34 semanas.

## Tocolíticos

1. Agonistas de receptores beta-2-adrenérgicos: **NÃO** É recomendado como medicação de primeira escolha, pela grande quantidade de efeitos adversos (mal-estar, palpitação, tremores, hiperglicemia, hipopotassemia, taquiarritmias e até edema agudo de pulmão) – **TERBUTALINA** (administrada por via intravenosa contínua, preferencialmente com bomba de infusão).
  
2. Bloqueadores de canal de cálcio: seu uso como uterolítico é considerado off label. O medicamento mais utilizado deste grupo é a **NIFEDIPINA**, que tem sido recomendada como 1ª escolha na tocolise. Seus efeitos colaterais maternos mais comuns são rubor facial, cefaleia, náuseas, hipotensão (geralmente leve e fugaz).

## **Neuroproteção com sulfato de magnésio**

Recomenda-se sua ministração até 31 semanas e 6 dias.

O uso deve ser iniciado quando se considerar que o parto tem alta probabilidade de ocorrer nas próximas 24 horas.

Na prematuridade eletiva (ou terapêutica), deve ser usado por 4 horas, até o nascimento.

Durante a administração, o monitoramento materno e fetal deve ser realizado (controle de diurese, verificação de reflexo patelar, registro da frequência respiratória, frequência cardíaca e pressão arterial).

Uma ampola de gluconato de cálcio 10% (10 mL = 1g) deve estar disponível para a rara possibilidade de observação de um quadro de intoxicação grave.

Independentemente da via de parto, garantir a temperatura adequada na sala de parto durante o nascimento de um prematuro → entre 23ºC e 26ºC.

Parece não haver impedimento para o clampeamento tardio do cordão umbilical (esperar pelo menos de 1 a 3 minutos), desde que o RN esteja em boas condições e não exista outro fator impeditivo.



## ROTURA PREMATURA DAS MEMBRANAS OVULARES

## **ROTURA PREMATURA DAS MEMBRANAS OVULARES**

A rotura prematura de membranas (RPM) é definida como a saída espontânea de líquido amniótico pela vagina, após a perda da integridade das membranas ovulares, na ausência de sinais de trabalho de parto, em gestações acima de 20 a 22 semanas.

O conceito do chamado período de latência: é o tempo decorrido entre a rotura e o início espontâneo do trabalho de parto.

Etiologia:

fatores causais, como: aumento da pressão intrauterina (determinada, por exemplo, por polidrâmnio ou gemelidade), fraqueza estrutural do colo uterino (como na insuficiência istmocervical e nos casos de cervicodilatação precoce) e processo inflamatório/infeccioso local → mais influente: Infecções vaginais ascendentes atingem o colo e o canal cervical, chegando à área das membranas (isso estaria ainda mais facilitado diante de cervicodilatação precoce), promovendo enfraquecimento das estruturas e sua rotura.

Outros fatores de risco: inserção baixa de placenta, infecções do trato urinário, tabagismo, excesso de movimentação fetal, e até fatores nutricionais e o baixo nível socioeconômico.

Principal complicação: infecção da cavidade amniótica.

Fatores complicadores da RPM: descolamento prematuro da placenta e o prolapso de cordão.

Oligoâmnio severo e persistente, em idades gestacionais precoces, podem ocorrer distúrbios de desenvolvimento fetal, como hipoplasia pulmonar, deformidades características da face, das mãos e dos pés e crescimento intrauterino restrito.

## Diagnóstico

É fundamentalmente clínico → relato de perda de líquido em quantidade variada, mas frequentemente contínua, pelos genitais.

O exame físico costuma confirmar o diagnóstico; a palpação obstétrica pode revelar sensação de pouco líquido, e deve-se buscar a visualização direta do líquido amniótico saindo pelo orifício externo do colo uterino no exame especular.

Podem ser necessárias algumas manobras facilitadoras, como a mobilização cefálica e Valsalva.

## Diagnóstico

Nos casos de dúvida diagnóstica → realizar exames do conteúdo cervicovaginal: cristalização do muco cervical em lâmina (em “folha de samambaia”), vista no microscópio, e a medida do pH por meio de fitas (quando acima de 6,5, reforça o diagnóstico).

A ultrassonografia obstétrica pela observação de líquido amniótico em quantidades reduzida.

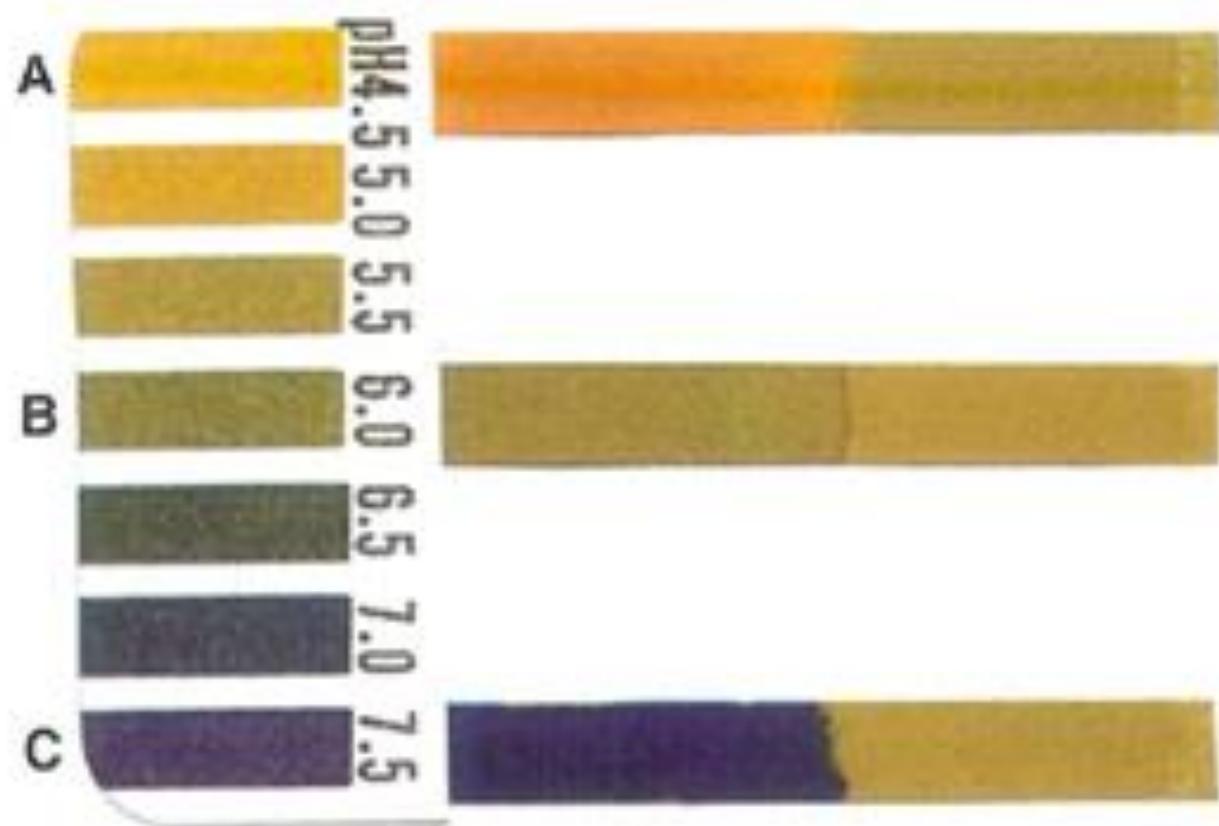


Fig. 1 - Teste da Nitrazina. A fita A foi obtida em mulher normal sem queixas, a fita B em mulher com vaginose bacteriana e a fita C em gestante com RPMD.

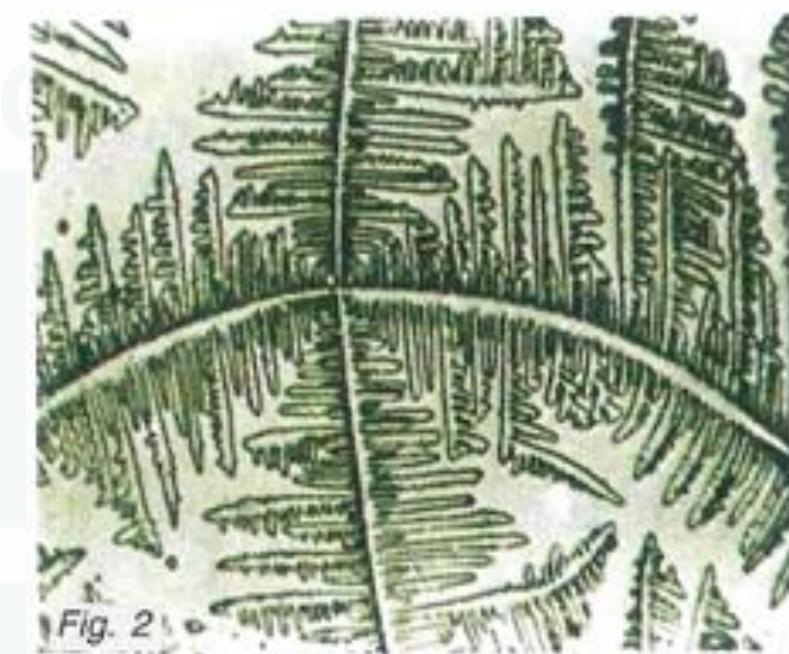


Fig. 2

## Conduta

Na admissão antes do termo, com vitalidade fetal assegurada e que serão designadas conduta expectante, o toque não deve ser realizado, pois é ato facilitador de infecção.

Todas devem ser, inicialmente, internadas, avaliadas clinicamente (pulso, temperatura, pressão arterial, tônus uterino, presença de fisometria) e laboratorialmente, para detecção de processo infeccioso, e submetidas à pesquisa de estreptococo do grupo B.

A conduta obstétrica baseia-se IG.



# CONDUTA



Abaixo de 24  
semanas

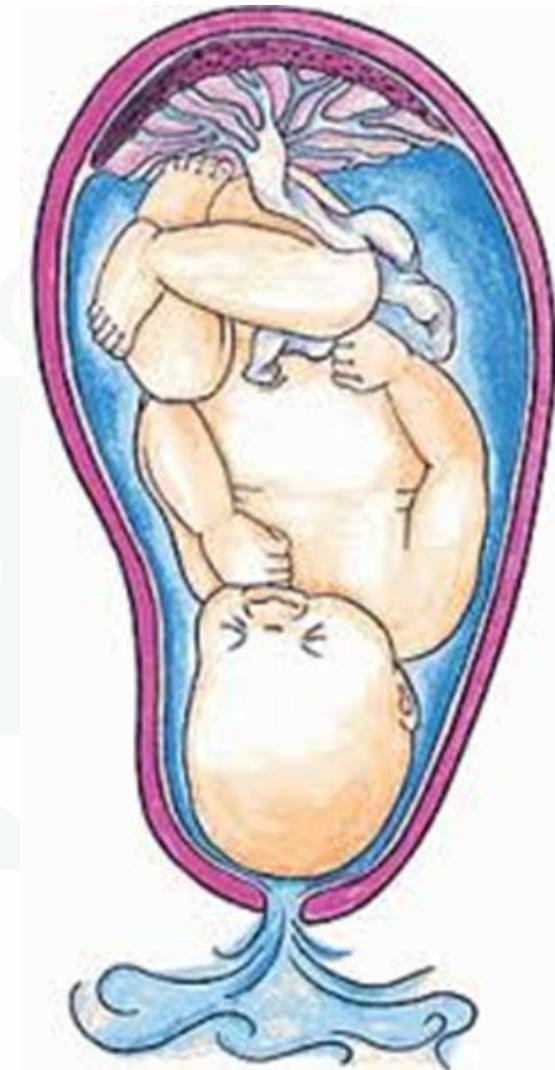


Entre 24 e 34  
semanas



À partir de 34  
semanas

- **Conduta na RPM antes da viabilidade fetal ou 24 semanas → prognóstico desfavorável**
- **Conduta na RPM entre 24 e 34 semanas → conduta expectante, visando aguardar o crescimento e o amadurecimento fetais, com vigilância atenta contra as complicações infecciosas e monitoração da vitalidade conceptual.**



Recomendam-se:

- Repouso relativo.
- Hidratação via oral generosa (mínimo de 2,5 L ao dia).
- Controle de pulso, pressão arterial e temperatura.
- Observação do tônus uterino e dos batimentos cardíacos fetais. Verificação do aspecto, do odor e da cor dos pensos de contenção vaginal.
- Exames laboratoriais. Cardiotocografia diária. Ultrassonografia obstétrica com Doppler e perfil biofísico fetal 2 vezes por semana.
- Corticoterapia antenatal.
- Tocolíticos devem ser evitados.
- Antibióticos – avaliar a necessidade

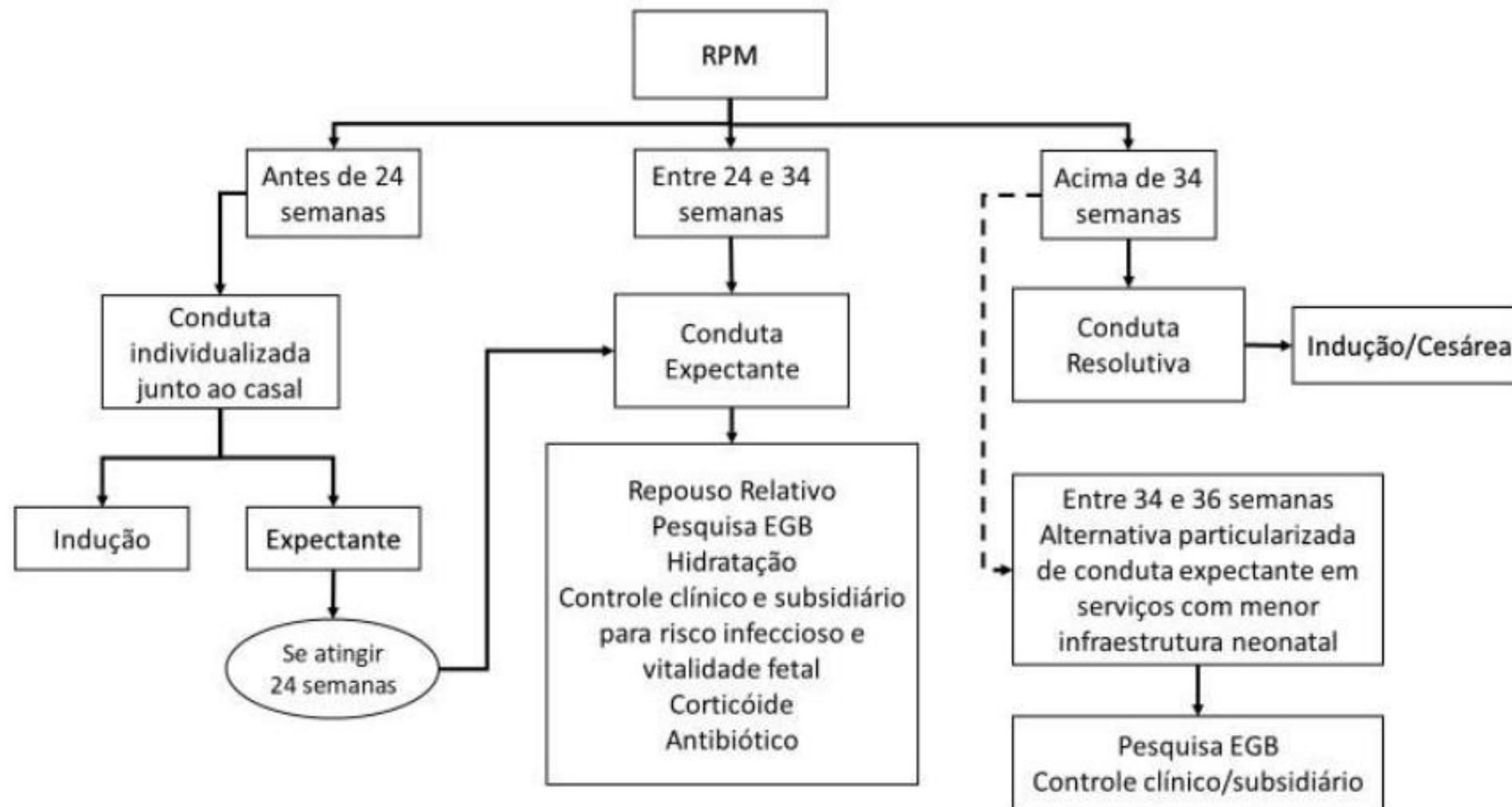
## ATENÇÃO – Sinais sugestivos de infecção intrauterina

- Taquicardia materna e/ou fetal.
- Febre materna.
- Leucócitos  $>20.000/\text{mm}^3$  ou com desvio significativo à esquerda;
- Ausência de movimentos respiratórios fetais no perfil biofísico.

A regra geral é pela internação das gestantes até o parto

- **Conduta na RPM após 34 semanas → resolução da gestação, principalmente nas maternidades em que haja suporte neonatal adequado, evitando-se a exposição do binômio mãe-feto ao risco infeccioso.**





## Atenção:

- Presença de infecção intrauterina indica conduta ativa imediata, independentemente da idade gestacional.
- Sulfato de magnésio está recomendado como neuroprotetor conceptual se o parto for ocorrer antes de 32 semanas de gestação.

# Questões



# •Diabetes Gestacional•



**Diabete Melito:** doença metabólica crônica, caracterizada por hiperglicemia.

É responsável por índices elevados de morbimortalidade perinatal, especialmente macrossomia fetal e malformações fetais.



## Diabetes gestacional



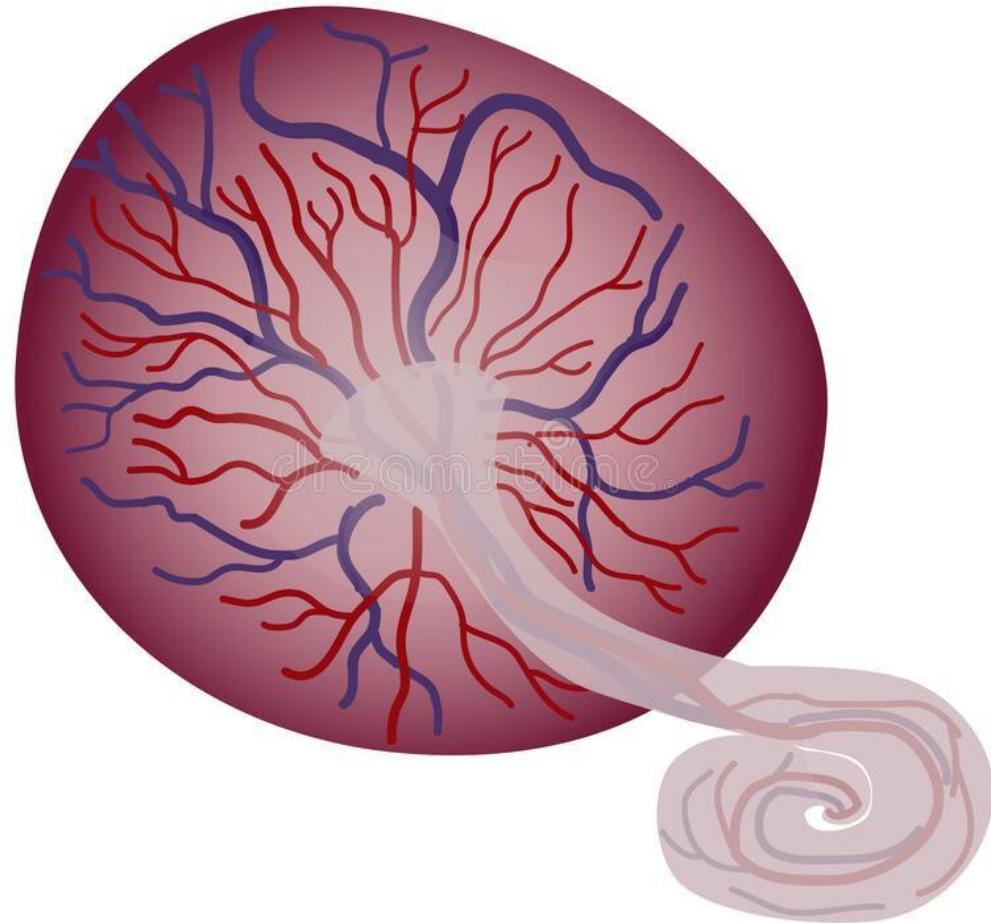
A diabetes mellitus gestacional (DMG) é definida como uma alteração no metabolismo dos carboidratos, resultando em hiperglicemia de intensidade variável, que é diagnosticada pela primeira vez ou se inicia durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto.

Há dois tipos de hiperglicemia que podem ser identificadas na gestação:

- diabete mellitus diagnosticado na gestação (DMDG)
- diabete mellitus gestacional (DMG)

O nível de hiperglicemia diferencia esses dois tipos.





CURSO PREPARATÓRIO  
**CPREM**

Dentre os **fatores de risco**, destacam-se:

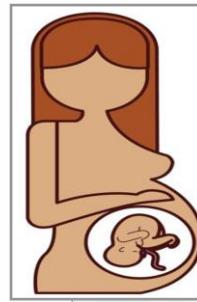
- obesidade,
- idade materna superior a 25 anos,
- história familiar e/ou pessoal positiva,
- gemelaridade,
- hipertensão arterial,
- dislipidemia,
- tabagismo,
- sedentarismo,
- macrossomia pregressa,
- óbito fetal sem causa aparente, entre outros.



O rastreamento  
glicêmico deve ser  
oferecido a **TODAS**  
**AS GESTANTES**,  
independente da  
existência de  
fatores de risco!

# RASTREAMENTO: Glicemia de jejum (GJ) na 1<sup>a</sup> consulta de pré-natal.





**Glicemia de jejum  $\geq 126$  mg/dL:**  
**diabetes mellitus diagnosticado na gestação (diabetes prévio);**



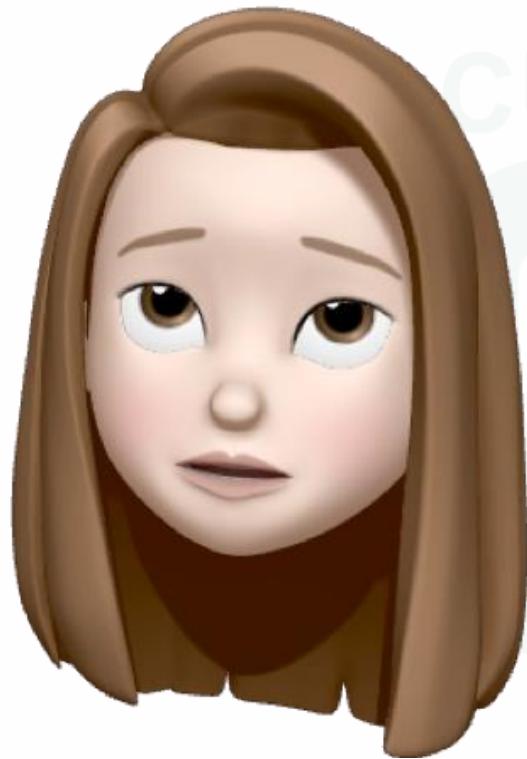
**Glicemia de jejum entre 92 mg/dL e 125 mg/dL: diabetes mellitus gestacional.**



**Glicemia de jejum  $< 92$  mg/dL no 1º trim:**  
realizar TOTG com 75 g, entre 24 e 28 sem, com avaliação da GJ, G1h e G2h.



- **TOTG-75g:** para o DMG (pelo menos um valor alterado), considerar os limites de:
  - **GJ - 92 mg/dL**
  - **Glicemia de 1 hora - 180 mg/dL**
  - **Glicemia de 2h 153 mg/dL**
- se **GJ  $\geq$ 126 mg/dL e/ou duas horas  $\geq$ 200 mg/dL:** **diabetes prévio, diagnosticado na gestação.**

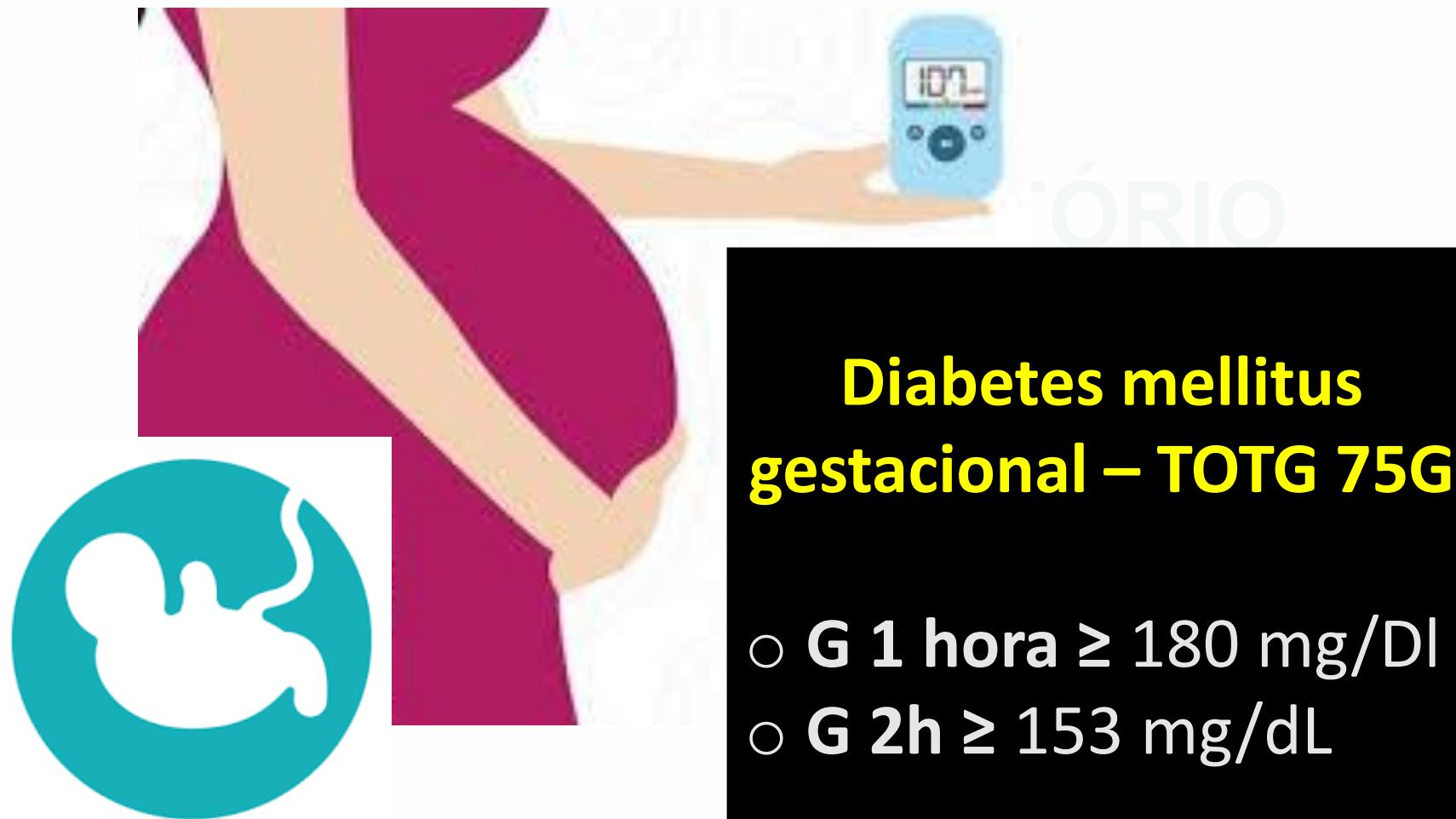


Qual valor diagnostica diabetes  
gestacional?



## **Diabetes mellitus gestacional**

GJ entre 92 mg/dL e  
125 mg/dL



## **Diabetes mellitus gestacional – TOTG 75G**

- G 1 hora  $\geq 180$  mg/Dl
- G 2h  $\geq 153$  mg/dL

**Qual o manejo do diabetes na gravidez através de medidas não farmacológicas?**

Controle glicêmico

Dieta

Atividade física



## **Controle glicêmico - automonitorização**

da glicemia capilar, por glicosímetro.

Realizar o perfil glicêmico diariamente (ou pelo menos 3 vezes por semana): jejum, pós-café, pós-almoço e pós-jantar.

Manter controle da glicemia materna.

### **Níveis de normoglicemias:**

- Jejum <95 mg/dL
- Uma hora pós-prandial <140 mg/dL
- Duas horas pós-prandial <120 mg/dL





➤ **Atividade física -**  
Recomenda-se a caminhada orientada – de intensidade moderada, 5 ou mais dias na semana, por 30 a 40 minutos.

## Tratamento farmacológico

A insulina – 1<sup>a</sup> escolha no controle da hiperglicemia na gestação.

Diferentes tipos de insulina estão disponíveis e são considerados seguros para uso na gestação.

- De ação intermediária e longa são recomendadas para o controle **no jejum e pré-prandial**;
- De ação rápida e ultrarrápida são indicadas para controle **pós-prandial**.

## Cuidados obstétricos pré-natais

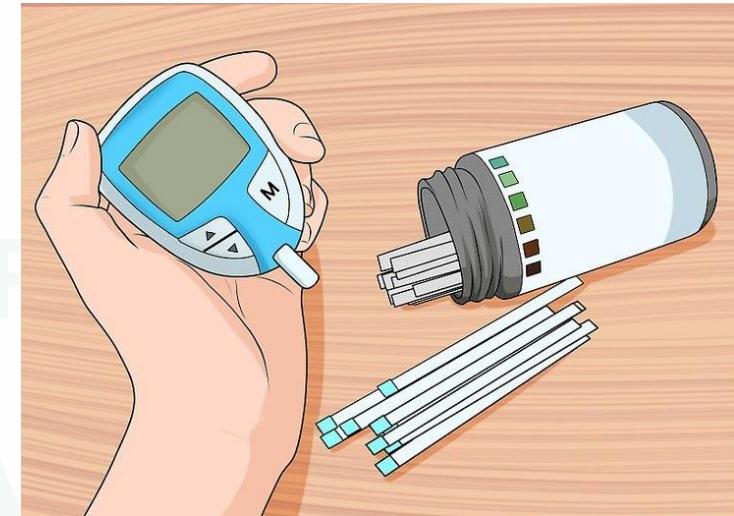
Nas gestações complicadas pelo DMG, merecem especial atenção:

- O **crescimento fetal** – USG para avaliação do crescimento fetal é iniciada entre 24 e 28 semanas.
- As condições de **oxigenação intrauterina**.
- O **momento do parto** - DMG não justifica a indicação de cesárea.



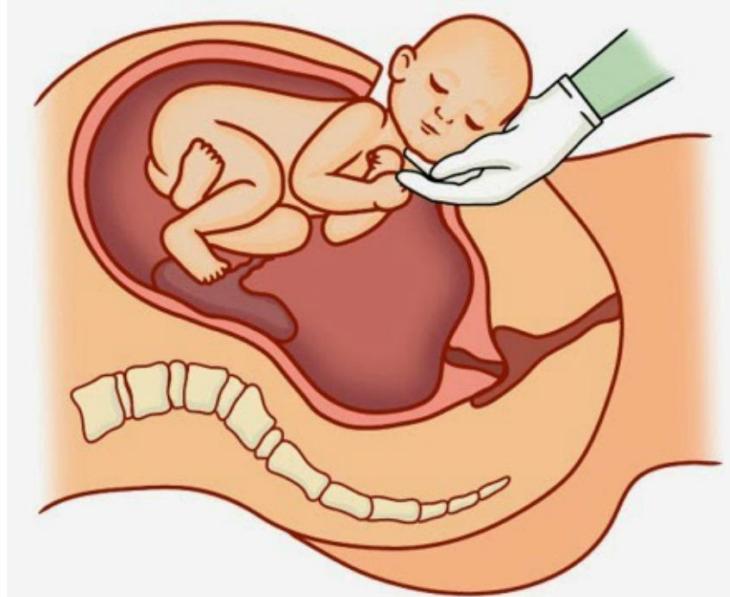
## Controle glicêmico no parto

- Níveis de glicose intraparto entre 100 mg/dL e 120 mg/dL;
- Reposição contínua de glicose intravenosa (5% a 10%), quando os níveis estiverem abaixo de 70 mg/dL,
- Administração de insulina regular de ação rápida, via subcutânea, quando os níveis glicêmicos forem  $\geq 120$  mg/dL.





**Trabalho de parto com  
início espontâneo e  
insulina já administrada -  
infusão continua de glicose  
a 5% (IV) e monitoramento  
da glicemia capilar a cada 1  
ou 2 horas.**



## Cesárea programada

- jejum mínimo de 8 horas,
- metade a um terço da dose diária de insulina NPH na manhã do parto,
- controle da glicemia capilar de 2 em 2 horas
- infusão contínua de glicose a 5%

## Cuidados no pós-parto

- Realizar avaliação glicêmica após **6 a 8 semanas**, preferencialmente com TOTG 75g, **medidas de jejum e 2 horas**.

**Os valores que definem diabetes são:**

- jejum  $\geq 126$  mg/dL ou
- 2 horas  $\geq 200$  mg/dL.



# Questões



# Questão

A hiperglicemia na gestação deve ser investigada no início e na metade dela. O diagnóstico na gravidez, e o consequente controle dos níveis glicêmicos, reduz as complicações para a mãe e seu filho. Faz parte da rotina de exames do segundo trimestre o Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) com 75g. Neste exame, a gestante ingere via oral um líquido composto por 75g de glicose e é avaliado os valores de glicemia em jejum, glicemia após 1 hora de ingestão e glicemia após 2 horas de ingestão. São considerados valores limites de normalidades do TOTG respectivamente:

- (A) Para a diabetes mellitus gestacional, considerar os limites de 92 mg/dL, 180 mg/dL e 153 mg/dL.
- (B) Para a diabetes mellitus gestacional, considerar os limites de 92 mg/dL, 153 mg/dL e 140 mg/dL.
- (C) Para a diabetes mellitus gestacional, considerar os limites de 85 mg/dL, 180 mg/dL e 153 mg/dL.
- (D) Para a diabetes mellitus gestacional, considerar os limites de 85 mg/dL, 153 mg/dL e 140 mg/dL.
- (E) Para a diabetes mellitus gestacional, considerar os limites de 99 mg/dL, 160 mg/dL e 120 mg/dL.

# Questão

A hiperglicemia na gestação deve ser investigada no início e na metade dela. O diagnóstico na gravidez, e o consequente controle dos níveis glicêmicos, reduz as complicações para a mãe e seu filho. Faz parte da rotina de exames do segundo trimestre o Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) com 75g. Neste exame, a gestante ingere via oral um líquido composto por 75g de glicose e é avaliado os valores de glicemia em jejum, glicemia após 1 hora de ingestão e glicemia após 2 horas de ingestão. São considerados valores limites de normalidades do TOTG respectivamente:

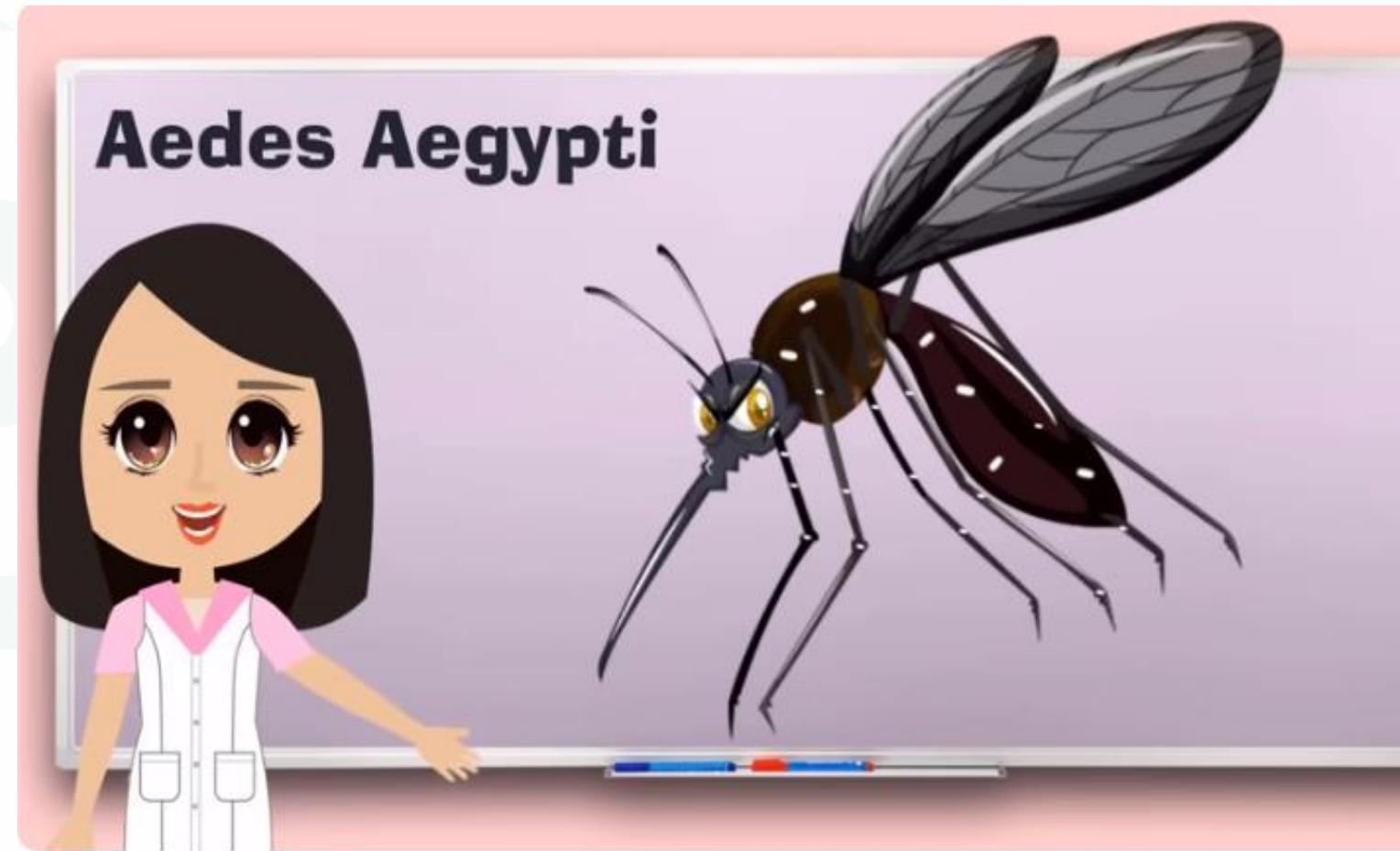
- (A) Para a diabetes mellitus gestacional, considerar os limites de 92 mg/dL, 180 mg/dL e 153 mg/dL.
- (B) Para a diabetes mellitus gestacional, considerar os limites de 92 mg/dL, 153 mg/dL e 140 mg/dL.
- (C) Para a diabetes mellitus gestacional, considerar os limites de 85 mg/dL, 180 mg/dL e 153 mg/dL.
- (D) Para a diabetes mellitus gestacional, considerar os limites de 85 mg/dL, 153 mg/dL e 140 mg/dL.
- (E) Para a diabetes mellitus gestacional, considerar os limites de 99 mg/dL, 160 mg/dL e 120 mg/dL.



# Prevenção, diagnóstico e tratamento da dengue na gestação e no puerpério (2024)



- Os arbovírus são organizados filogeneticamente em 6 famílias.
- O vírus da Dengue (DENV), pertencente à família Flaviviridae.
- Por ser um vírus cujo genoma é formado por RNA, o DENV apresenta elevadas taxas de mutação.
- Possui quatro sorotipos diferentes, denominados DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4.





# Dengue    Zika Chikungunya

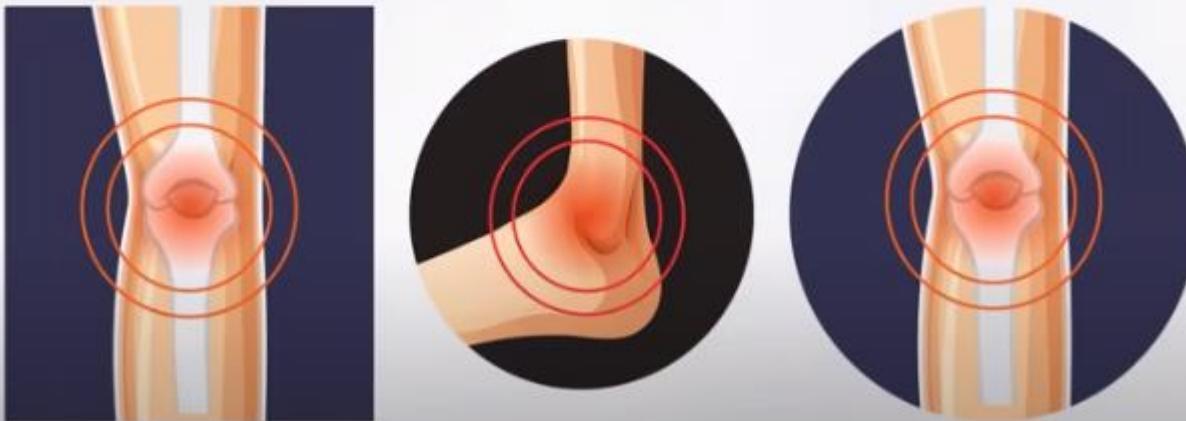


A febre amarela também

# Dengue



# Chikungunya



# Zika



Grupos populacionais mais suscetíveis a complicações e evolução para as formas mais graves → gestantes e puérperas, especialmente até 14 dias pós-parto, em decorrência do retorno lento das alterações fisiológicas aos padrões pré-gestacionais.

Risco aumentado de morbimortalidade → choque, hemorragias e óbito.

Quanto ao **prognóstico perinatal** as complicações mais frequentemente observadas são: prematuridade, restrição de crescimento intrauterino e morte fetal.

## Fases clínicas da dengue e caracterização da gravidade

A 1<sup>a</sup> fase é chamada de **fase febril**, a 2<sup>a</sup> é chamada de **fase crítica** e a 3<sup>a</sup> é chamada de **fase de recuperação**.

Em média, 24 horas após a entrada do DENV no organismo, o sistema imune começa a esboçar sua resposta, inicialmente baseada na produção de imunoglobulina M (IgM), detectável para subsídio diagnóstico após o 5º dia de manifestações clínicas da dengue.

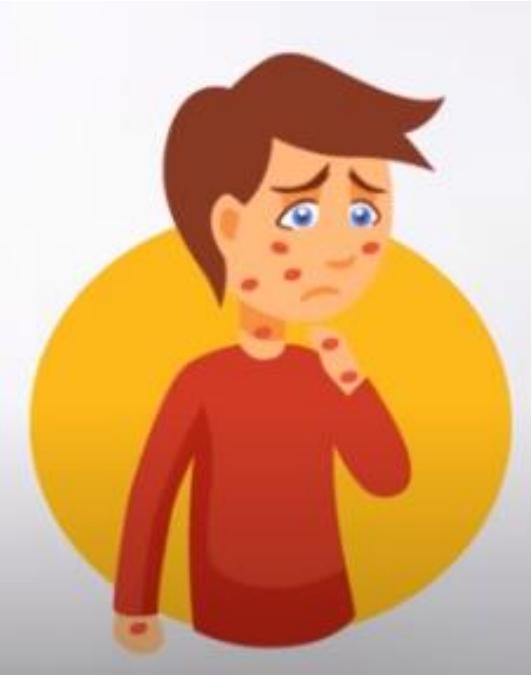
A produção de imunoglobulina G (IgG) normalmente é detectável após 14 dias.

## Fase febril

“dengue sem sinais de alarme” → febre, geralmente de início súbito e elevada (39-40°C), associada a cefaleia, rash cutâneo maculopapular (50% dos casos), prostração, mialgia, artralgia de baixa intensidade e dor retro-ocular.

Anorexia, náuseas, vômitos e diarreia com fezes pastosas também podem estar presentes. De forma geral, a prova do laço é positiva nessa fase.

Após a fase febril, grande parte dos pacientes se recupera, com melhora da febre e retorno gradual para a normalidade.





## Fase crítica

Fora e durante a gravidez, os sinais de alarme devem ser sistematicamente pesquisados e valorizados, visto que indicam alterações com potencialidade de evolução para formas mais graves da doença e piora da saúde materna.

Normalmente, cursam com leucopenia e plaquetopenia progressivas.



## Dengue com sinais de alarme

Têm início com o declínio da febre, entre 3 e 7 dias após o início dos sintomas.

Os sinais de alarme resultam do aumento da permeabilidade vascular e marcam o início da deterioração clínica, quadro que exigirá internação hospitalar

Nos **casos mais graves**, a febre tende a ceder entre o 3º e o 7º dia do início dos sintomas (período de defervescência), mas surgem outras complicações que devem alertar o obstetra para uma evolução mais grave.

São os casos de dor abdominal intensa, vômitos, derrames das cavidades virtuais, hipotensão, hepatomegalia, manifestações hemorrágicas e sinais de comprometimento do sistema nervoso central (letargia e/ou irritabilidade).

1. Verificar a pressão arterial e calcular o valor médio pela fórmula:

$$\text{Média da Pressão Arterial} = \frac{\text{Pressão Arterial Sistólica} + \text{Pressão Arterial Diastólica}}{2}$$

2. Insuflar o manguito do esfigmomanômetro até o valor médio, manter durante cinco minutos em adultos ou três minutos em crianças;
3. Demarcar uma área de aproximadamente 2,5 cm x 2,5 cm abaixo 5 cm da dobra do cotovelo, delimitando-a como um quadrado na pele com caneta ou outro marcador;
4. Contabilizar o número de petéquias no quadrado;
5. Avaliar o resultado: a prova será positiva se houver 20 ou mais petéquias em adultos e 10 ou mais em crianças



- ✓ Em decorrência da permeabilidade vascular comprometida, observam-se maior risco de choque, trombocitopenia e fenômenos hemorrágicos;
- ✓ Na fase aguda da doença, mulheres no ciclo gravídico-puerperal precisam de atenção e cuidado diferenciado, que deve incluir também gestantes com menos de 12 semanas
- ✓ Incluir nesse grupo de maior risco também a puérpera até o 14º dia após o parto.

## FAZER LEITURA: FISIOPATOLOGIA DA DENGUE NA GESTAÇÃO



## Diagnóstico laboratorial

- ✓ Na fase aguda, que ocorre nos primeiros 3 a 7 dias após o início dos sintomas, o RNA viral sérico seria o melhor exame, para isso utilizando a reação em cadeia da polimerase com transcrição reversa (RT-PCR).
- ✓ A partir do 6º dia das manifestações clínicas da dengue, o diagnóstico laboratorial da infecção é feito com base nos testes da resposta imune ao vírus, aferindo a presença de IgM e IgG.
- ✓ IgM (a partir do 7º dia) e IgG (a partir de 14-17 dias).
- ✓ O hemograma é fundamental não somente para auxiliar paralelamente no diagnóstico da dengue, mas também na classificação da gravidade: mais significativas são leucopenia, plaquetopenia e elevação do hematócrito

## Formação de grupos segundo a gravidade da doença

- **Grupo A:** Preenche os requisitos de dengue, mas não apresenta nenhum sinal de alarme, sem condição especial, vulnerabilidade social ou comorbidades.

- **Grupo B:** Dengue sem sinais de alarme, mas apresenta condição especial, vulnerabilidade social ou comorbidades. Se houver sangramento de pele espontâneo ou induzido pela prova do laço, também se classifica nesse grupo.

**As condições clínicas especiais e/ou risco social ou comorbidades são:** gestantes, lactentes (< 2 ANOS) adultos com idade acima de 65 anos, hipertensão arterial ou outras doenças cardiovasculares graves, diabetes mellitus, doença pulmonar obstrutiva crônica, obesidade, doenças hematológicas crônicas (anemia falciforme e púrpura) doença renal crônica, hepatopatias e doenças autoimunes.

- **Grupo C:** Quando houver algum sinal de alarme.
- **Grupo D:** Quando houver algum sinal de gravidade (choque, sangramento grave ou disfunção grave de órgãos)

## SINAIS DE ALARME DE DENGUE

- Dor abdominal intensa e contínua
- Vômitos persistentes
- Acúmulo de líquidos nas cavidades virtuais
- Hipotensão postural e/ou lipotimia
- Hepatomegalia (fígado > 2 cm abaixo do rebordo costal)
- Sangramento de mucosa
- Sinais de acometimento do sistema nervoso central (letargia, irritabilidade, alterações comportamentais, convulsão, entre outros)
- Aumento do hematócrito (>10%) e queda de plaquetas

## SINAIS DE GRAVIDADE DE DENGUE

- Extravasamento grave de plasma levando ao choque evidenciado por taquicardia
- Extremidades distais frias, com pulso fraco e filiforme; enchimento capilar lento (>2 segundos)
- Pressão diferencial < 20 mmHg (pressão arterial convergente)
- Hipotensão arterial e cianose (fase tardia do choque)
- Taquipneia
- Hipotermia ou redução repentina da temperatura corporal
- Oligúria (<1,5ml/kg/h)
- Edema agudo com insuficiência respiratória
- Sangramento grave, podendo haver hematêmese e/ou melena
- Comprometimento grave de múltiplos órgãos

## Classificação de risco de acordo com os sinais e sintomas

Azul	Grupo A	Atendimento conforme o horário de entrada
Verde	Grupo B	Prioridade
Amarelo	Grupo C	Urgência - Atendimento o mais rápido possível
Vermelho	Grupo D	Emergência - Necessidade de atendimento imediato

Como não existe tratamento antiviral para a dengue, o tratamento, na maioria das vezes, consistirá em repouso, ingestão ou infusão de líquidos para prevenir desidratação e uso de analgésicos e antipiréticos como paracetamol ou dipirona, quando necessário.

O uso de ácido acetilsalicílico (AAS) e de anti-inflamatórios não esteroidais (AINES) está contraindicado, visto que pode agravar o quadro hemorrágico.

## **IMPORTANTE:**

Outra variável que preocupa na assistência à gestante com dengue é o uso de AAS para a prevenção secundária de pré-eclâmpsia ou para evitar fenômenos tromboembólicos.

Na vigência da fase aguda da dengue, o uso desse medicamento deverá ser suspenso.

É senso comum que o AAS poderá ser reintroduzido uma semana após a remissão da doença.

## **Grupo B – Gestantes e puérperas até o 14º dia pós-parto sem sinal de alarme**

Gestantes ou puérperas apresentem as manifestações clínicas sugestivas ou diagnóstico de dengue e não apresentem nenhum sinal de alarme ou gravidade.

Devem ser atendidas o mais rápido possível, necessitam de vigilância e hidratação



Fazer leitura no manual das “**Orientações para a hidratação oral de gestantes e puérperas (até o 14º dia pós-parto) com dengue**” e **Cuidados de gestante e puérperas (até o 14º dia pós-parto) com dengue (grupo B)**

## **Grupo C – Gestantes e puérperas até o 14º dia pós-parto com sinais de alarme**

Elas devem ser internadas, preferencialmente, em um hospital onde exista a possibilidade de cuidados intensivos, caso ocorra progressão da doença.

**FAZER A LEITURA: Cuidados de gestantes e puérperas (até o 14º dia pós-parto) com dengue (Grupo C)**

**Grupo D – Gestantes e puérperas até o 14º dia pós-parto com sinais de gravidade (choque, sangramento grave ou disfunção grave de órgãos)**

**FAZER LEITURA: Cuidados de gestantes e puérperas (até o 14º dia pós-parto) com dengue (Grupo D)**

## Linha de cuidado pré-natal, obstétrico e puerperal

- Comumente gestantes com dengue grave evoluem para o **trabalho de parto pré-termo** → indicação para inibição (tocólise) do trabalho de parto pré-termo → é atosibana, um inibidor de ocitocina. A terbutalina, o sulfato de magnésio e o nifedipino apresentam limitações de uso em gestantes com dengue, principalmente na fase de choque → mas, entre eles, o nifedipino tem melhor perfil.
- O uso de anti-inflamatórios não esteróides (AINES) está contraindicado em qualquer fase da dengue.

- Dependendo da IG, está liberado o uso de corticoides para a profilaxia de hemorragias parenquimatosas do feto/neonato e a aceleração da produção de substâncias surfactantes. Preconizam-se a betametasona e, alternativamente, a dexametasona.
- **A melhor opção de parto para gestantes com dengue é o parto via vaginal**, preferentemente com plaquetas acima de 50.000/mm.

Deve **evitar a via intramuscular** para administração de medicamentos em pacientes com dengue → ocitocina profilática universal do pós-parto por via endovenosa, conforme se segue: 5 UI in bolus em infusão lenta a cada três minutos e, se for necessário, até a 3<sup>a</sup> dose.



Na sequência, infundir mais 20 UI em 500 mL por 2 horas (250 mL/h) e mais 20 UI em 500 mL por 4 horas (125 mL/h)

Na eventualidade de parada cardiorrespiratória de gestante com dengue e com mais de 20 semanas de IG, a reanimação cardiopulmonar deve ser realizada com o deslocamento do útero para a esquerda, para descompressão da veia cava inferior.

Considerar a realização da cesárea depois de 4 a 5 minutos de tentativa de ressuscitação cardiopulmonar.

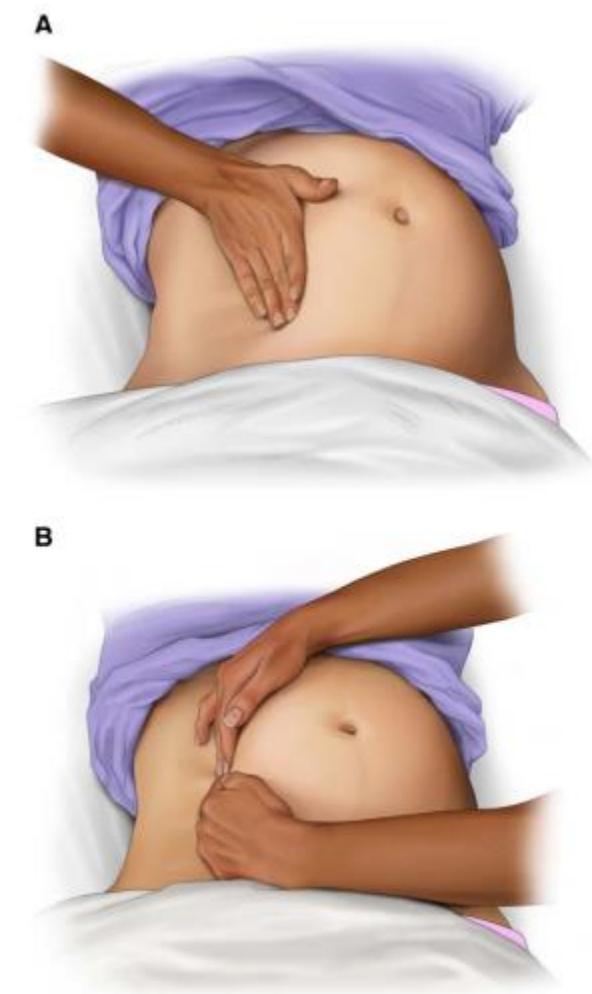


Figure 1. A, Manual LUD, performed with one-handed technique. B, Two-handed technique during resuscitation.

## Manejo obstétrico na gestante com dengue

- Inibição do trabalho de parto pré-termo com atosibana (preferentemente) ou nifedipino; permitido o uso de corticoide.
- O sulfato de magnésio pode ser utilizado em gestantes com dengue (sem choque ou hemorragias) com menos de 32 semanas ou nos casos de pré-eclâmpsia grave. Recomenda-se que o gluconato de cálcio esteja disponível para uso imediato, caso haja necessidade de seu uso.

## Manejo obstétrico na gestante com dengue

- Suspender AAS e anticoagulação profilática na vigência de sangramento ou plaquetas  $< 30.000 \text{ mm}^3$ .
- No parto/cesariana/aborto inevitáveis, a equipe deve estar preparada para possível aumento de sangramento, com reserva de sangue e medidas de prevenção. Manter plaquetas  $> 50.000/\text{mm}^3$  no parto e  $> 70.000/\text{mm}^3$  na cesárea.
- O aleitamento natural é permitido.
- Seguimento do neonato para avaliar a transmissão vertical se o nascimento ocorrer entre 10 dias antes e 10 horas após o início do quadro febril.

O risco de transmissão do DENV por meio da **amamentação** parece ser um evento raro, por isso, considerando as inúmeras vantagens do aleitamento natural, a orientação é a manutenção do aleitamento natural em puérperas com dengue

Não há dúvida de que as vacinas são recursos poderosos para evitar algumas infecções em gestantes, mas, considerando o DENV, **nenhuma das vacinas disponíveis está liberada para uso durante a gravidez**, visto que apresentam vírus atenuados em sua composição.

## Critérios de alta hospitalar

- Estabilização hemodinâmica durante 48 horas.
  - Ausência de febre por 24 horas.
  - Melhora visível do quadro clínico.
- Hematócrito normal e estável por 24 horas.
  - Plaquetas em elevação.

## PUBLICAÇÃO E REDE SOCIAL



# Instagram



@prof.luciane.pereira