

Escola de Saúde e Formação Complementar do Exército



PREPARATÓRIO
CPREM



Aula 1 – 04/11/2023 – Assistência ao pré-natal de baixo risco



Aula 2 – 27/01/2024 - Gestação de alto risco



Aula 3 – 24/02/2024 – Parto, puerpério, aleitamento materno e cuidados ao RN



Aula 4 – 20/04/2024 – Assistência de Enfermagem à Saúde sexual e saúde reprodutiva



Aula 5 – 04/05/2024 – Prevenção do câncer do colo de útero e de mama



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

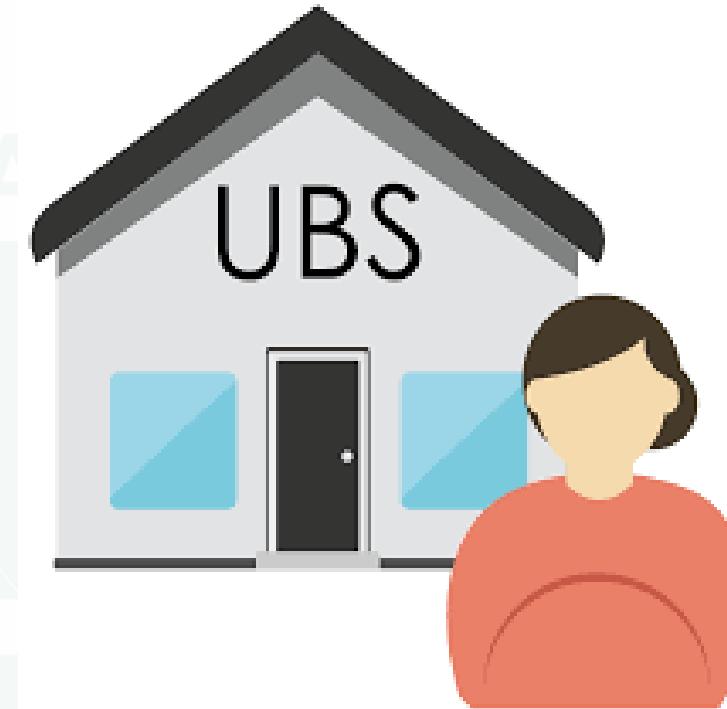
Prurido gestacional/
icterícia

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

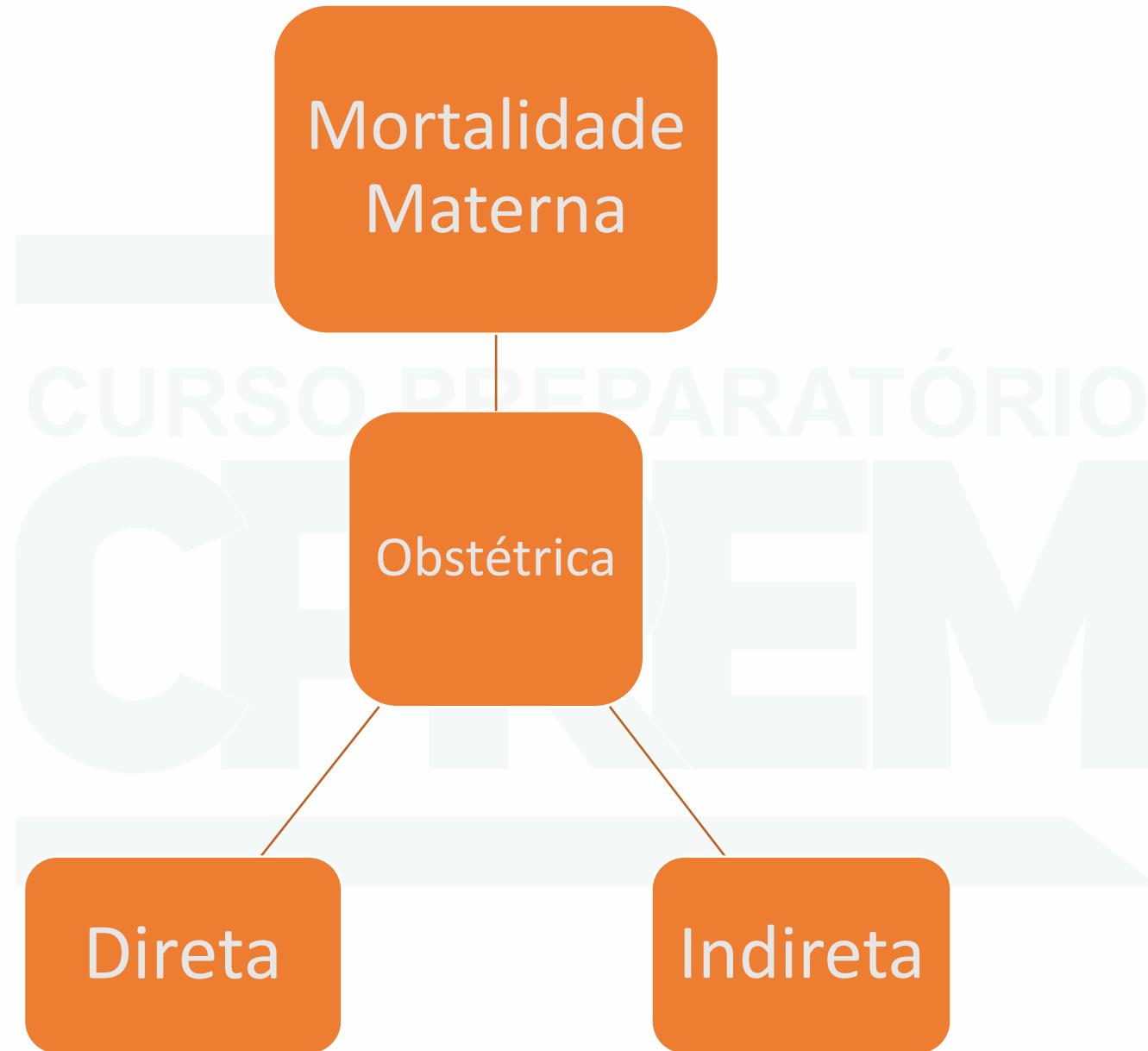


Mortalidade Materna



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 4

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 4

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^a metade

2^a metade

- Abortamento;
- Gravidez ectópica;
- Mola Hidatiforme;
- Descolamento córioamniótico;
- Placenta prévia;
- Descolamento prematuro da placenta;
- Rotura uterina;
- Vasa prévia

Questões



Questão 5

As mais importantes situações hemorrágicas gestacionais na primeira metade da gestação são:

- (A) Placenta prévia; Descolamento prematuro da placenta; Abortamento.
- (B) Gravidez ectópica; Neoplasia trofoblástica gestacional benigna (mola hidatiforme); placenta prévia.
- (C) Rotura uterina; Gravidez ectópica; Descolamento prematuro da placenta.
- (D) Abortamento; Gravidez ectópica; Neoplasia trofoblástica gestacional benigna (mola hidatiforme).

Questão 5

As mais importantes situações hemorrágicas gestacionais na primeira metade da gestação são:

- (A) Placenta prévia; Descolamento prematuro da placenta; Abortamento.
- (B) Gravidez ectópica; Neoplasia trofoblástica gestacional benigna (mola hidatiforme); placenta prévia.
- (C) Rotura uterina; Gravidez ectópica; Descolamento prematuro da placenta.
- (D) Abortamento; Gravidez ectópica; Neoplasia trofoblástica gestacional benigna (mola hidatiforme).

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 Circunstanciado 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.**

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

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 ≥ 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 ≥ 7 mm, sem batimentos cardíacos.
- Ausência de embrião com atividade cardíaca em casos previamente documentados.

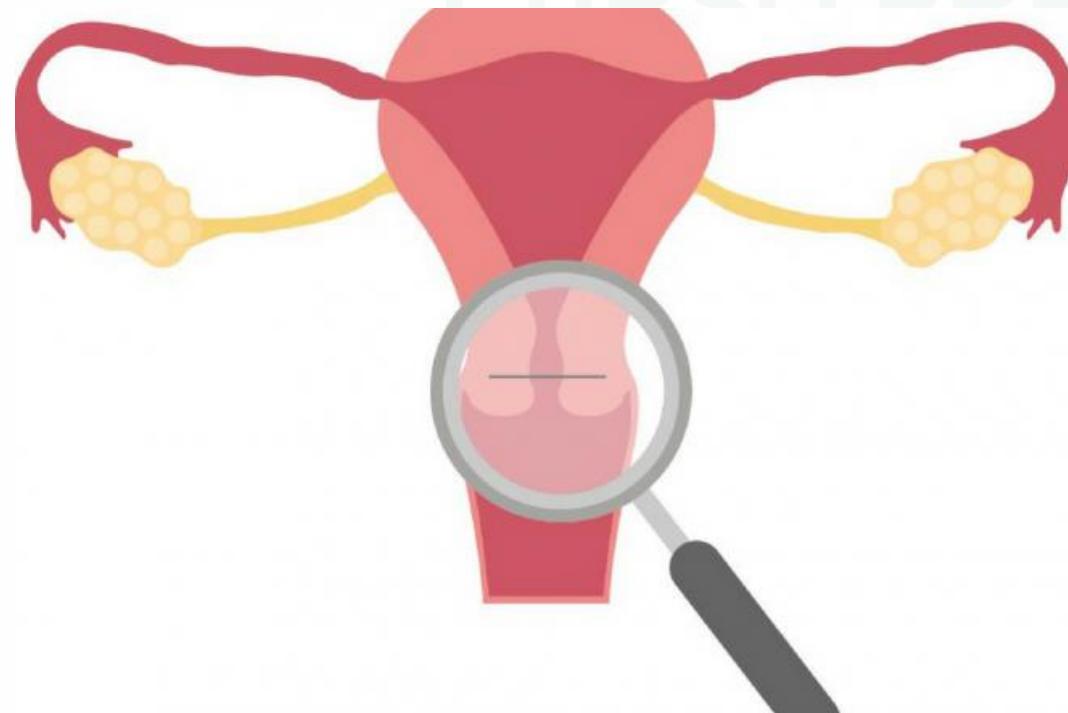
**CONDUTA - tratamento individualizado e escolha da paciente entre conduta expectante,
medicamentosa ou cirúrgica.**

<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

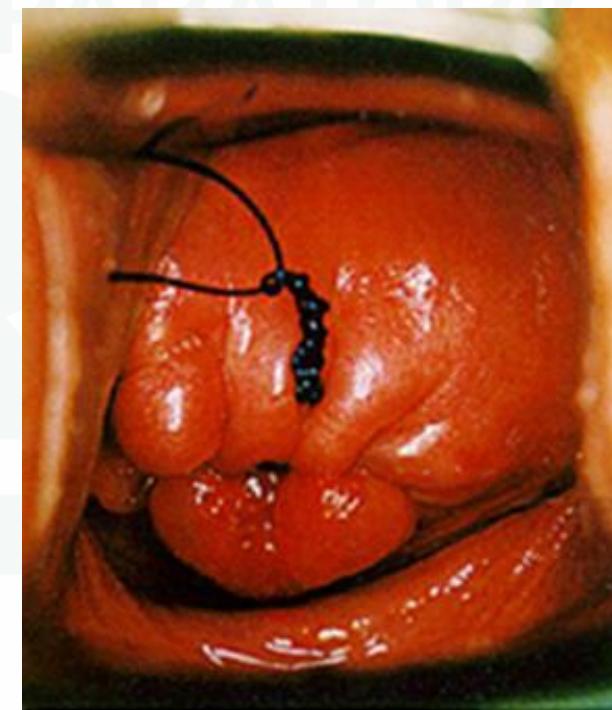
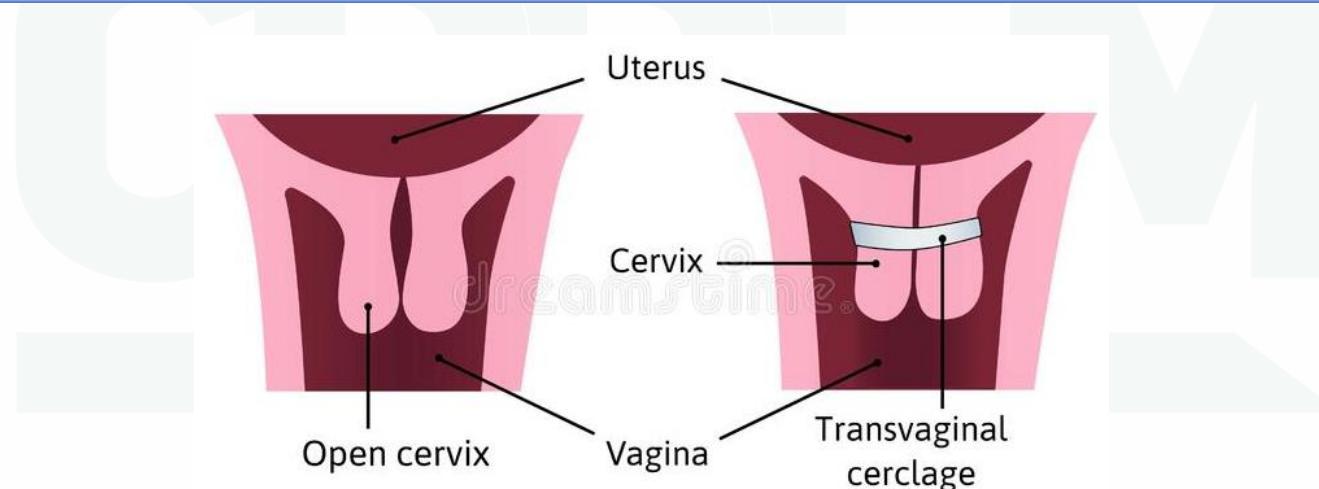


Figura 3 - Cirurgia a McDonald.

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:

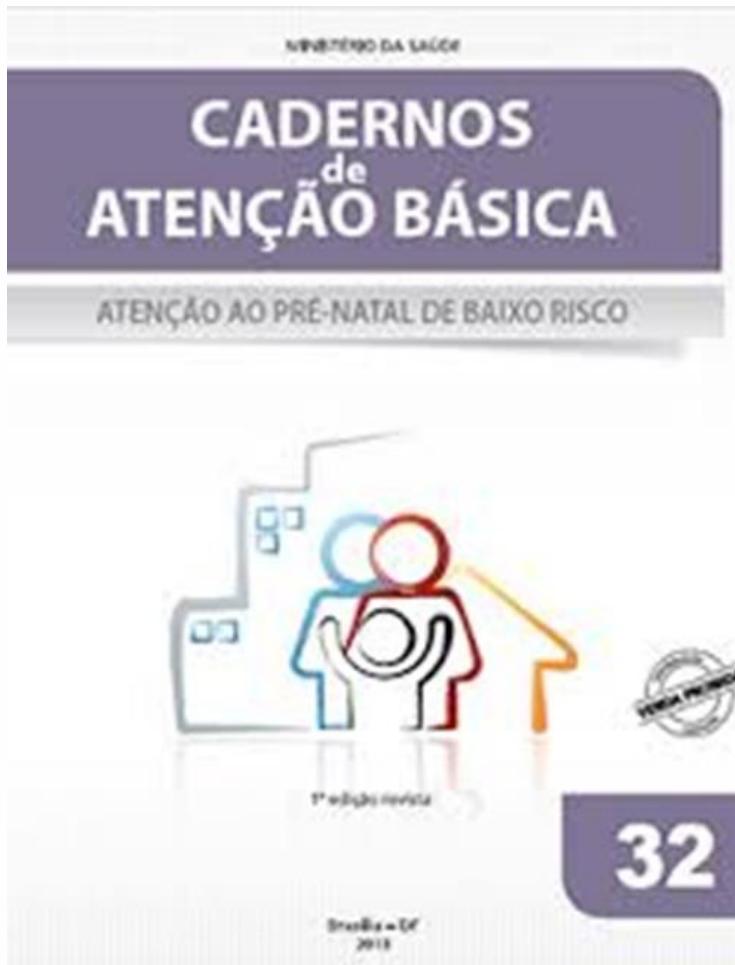
- Dor pélvica e/ou abdominal.
- Sensibilidade uterina.
- Secreção vaginal purulenta.
- Sangramento vaginal.
- Febre.
- Colo uterino entreaberto.



Conduta

Restauração rápida da perfusão, o início de antibióticos intravenosos e a evacuação cirúrgica do útero.

- Esvaziamento uterino - realizada logo após o início da antibioticoterapia e a estabilização da paciente. Os principais riscos do procedimento são o sangramento aumentado e a perfuração uterina.
- O manejo pós-operatório em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pode ser necessário.



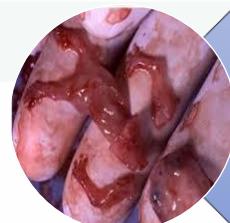
Classificação do abortamento séptico



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



Questão 6

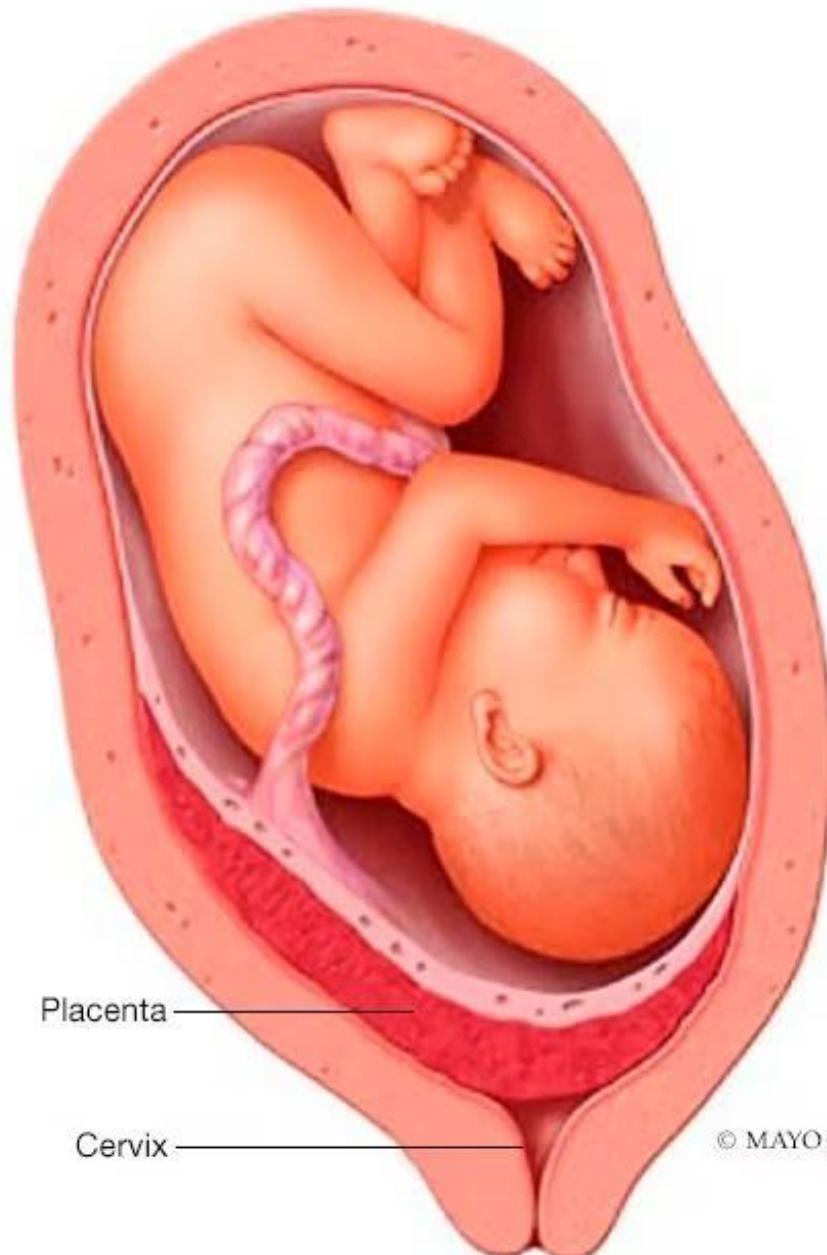
Entre as síndromes hemorrágicas, assinale a opção com as características referentes ao aborto retido.

- (A)hemorrágico variável, independentemente da idade gestacional.
- (B)Quadro infeccioso materno, com presença de ovo íntegro ou não e, quadro
- (C)Ocorrência de discreto sangramento, com colo impérvio, regressão dos fenômenos gravídicos e redução do volume uterino em relação à idade gestacional.
- (D)Presença de secreção fétida endovaginal, dor pélvica intensa à palpação, calor local e febre, além de comprometimento variável do estado geral.
- (E) Sangramento moderado a acentuado contendo coágulos e/ou restos ovulares, colo uterino permeável, dor em cólica de forte intensidade.

Questão 6

Entre as síndromes hemorrágicas, assinale a opção com as características referentes ao aborto retido.

- (A)hemorrágico variável, independentemente da idade gestacional.
- (B)Quadro infeccioso materno, com presença de ovo íntegro ou não e, quadro
- (C)Ocorrência de discreto sangramento, com colo impérvio, regressão dos fenômenos gravídicos e redução do volume uterino em relação à idade gestacional.
- (D)Presença de secreção fétida endovaginal, dor pélvica intensa à palpação, calor local e febre, além de comprometimento variável do estado geral.
- (E) Sangramento moderado a acentuado contendo coágulos e/ou restos ovulares, colo uterino permeável, dor em cólica de forte intensidade.



PLACENTA PRÉVIA

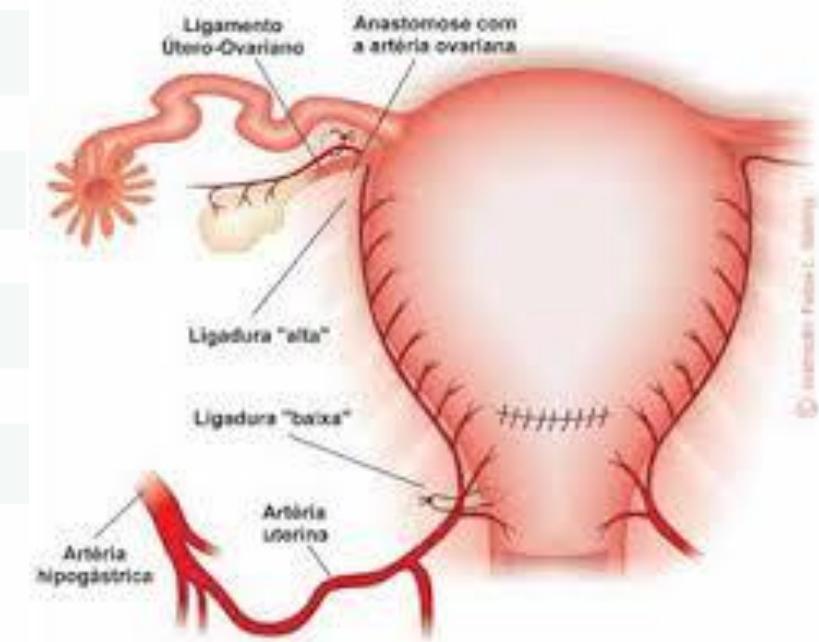
PLACENTA PRÉVIA

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



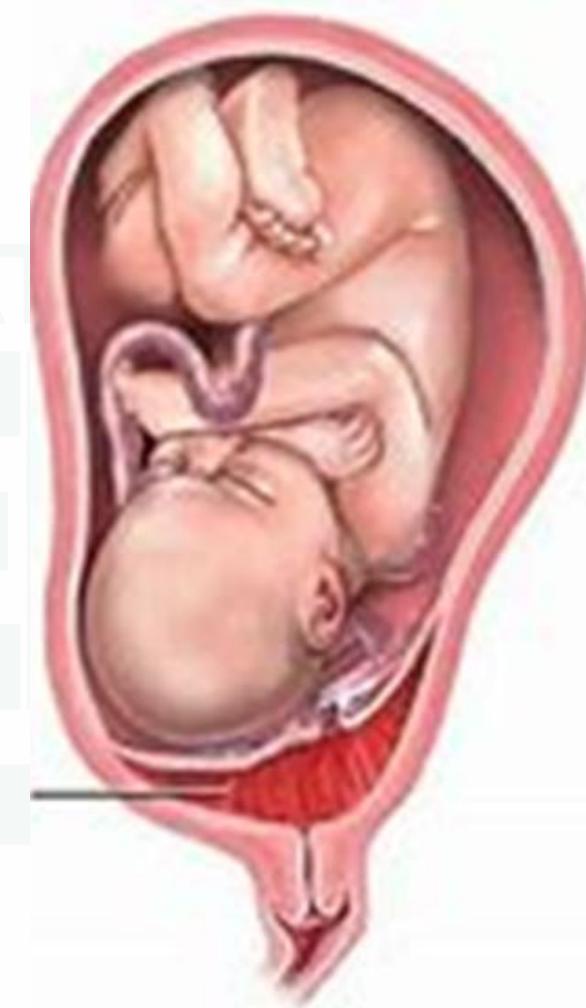
FATORES DE RISCO

- 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.



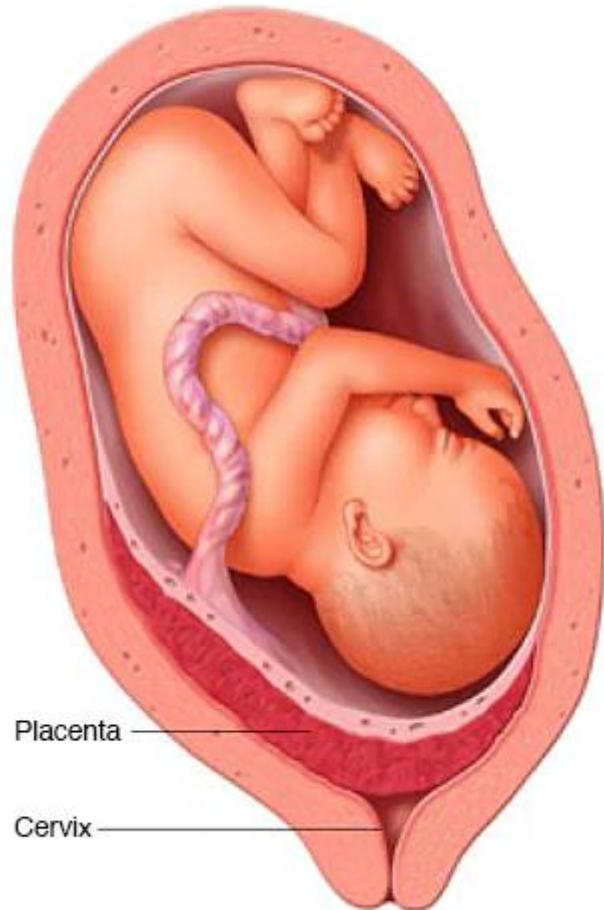
QUADRO CLÍNICO

- Presença de sangramento vermelho vivo, de início e cessar súbitos,
- Indolor, imotivado
- Reincidente e progressivo.
- Ocorre mais frequentemente, na 2^a 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.

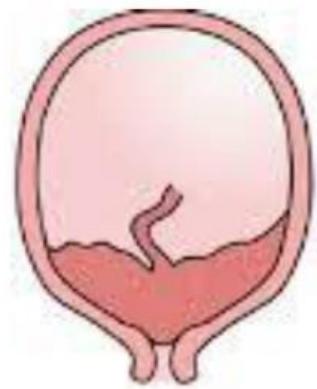
O **exame especular** sangramento variável proveniente do orifício do colo uterino ou acumulado na vagina.
Não se deve proceder com o exame de toque vaginal, pelo risco de agravamento no quadro hemorrágico.



DIAGNÓSTICO NO PRÉ-NATAL

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

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



**Centro-total
ou completa**



**Centro-parcial
ou parcial**

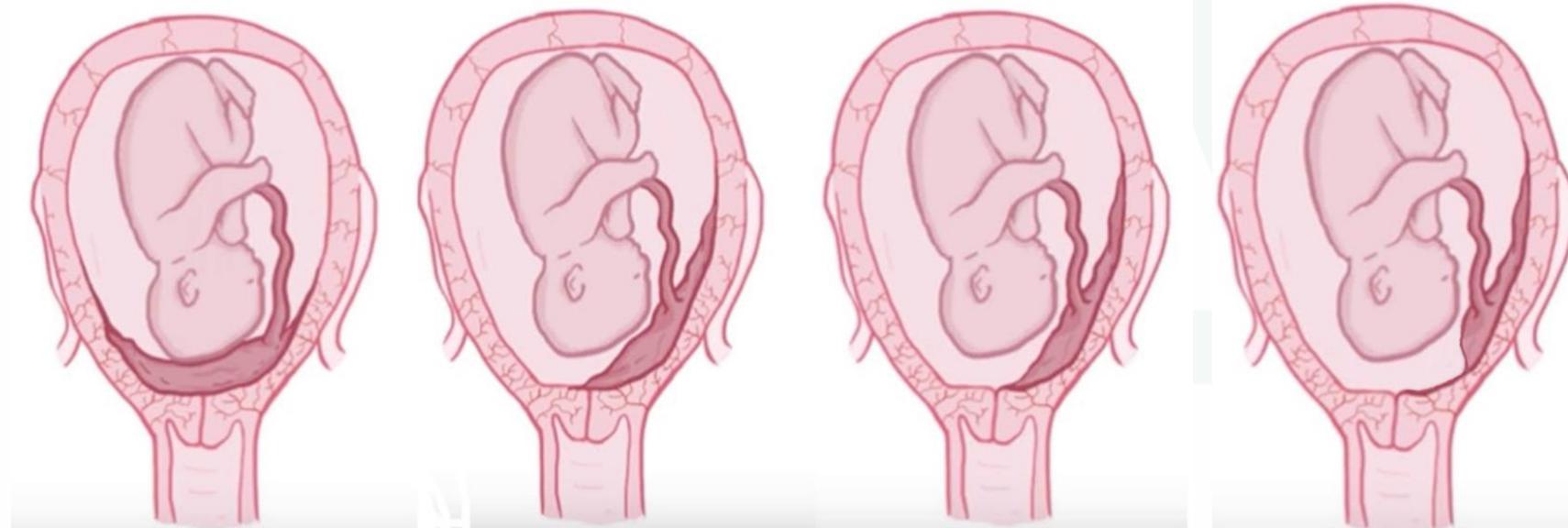


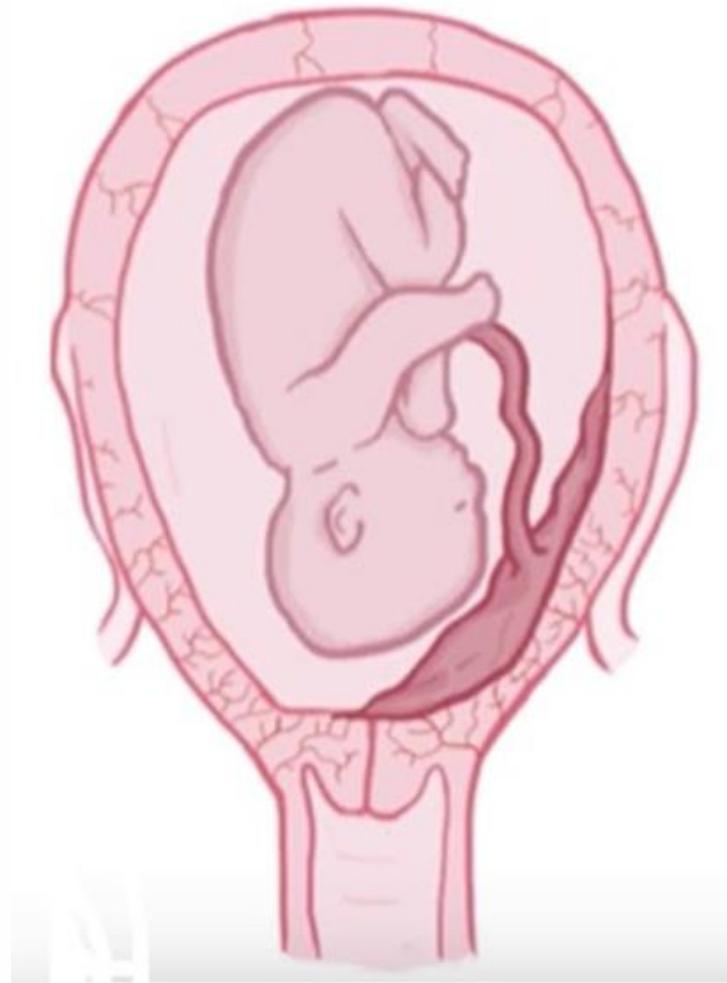
Marginal



Lateral ou baixa

VAMOS TREINAR?





Recobre parcialmente
o orifício interno

PARCIAL

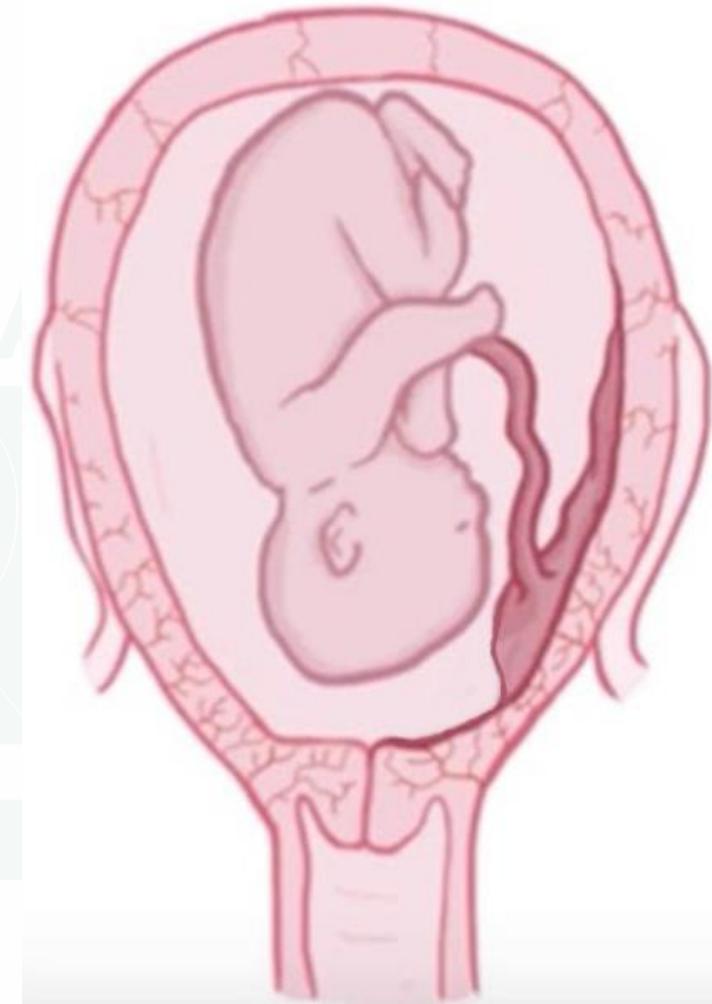
recobre totalmente o
orifício interno do colo
do útero

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^a 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.

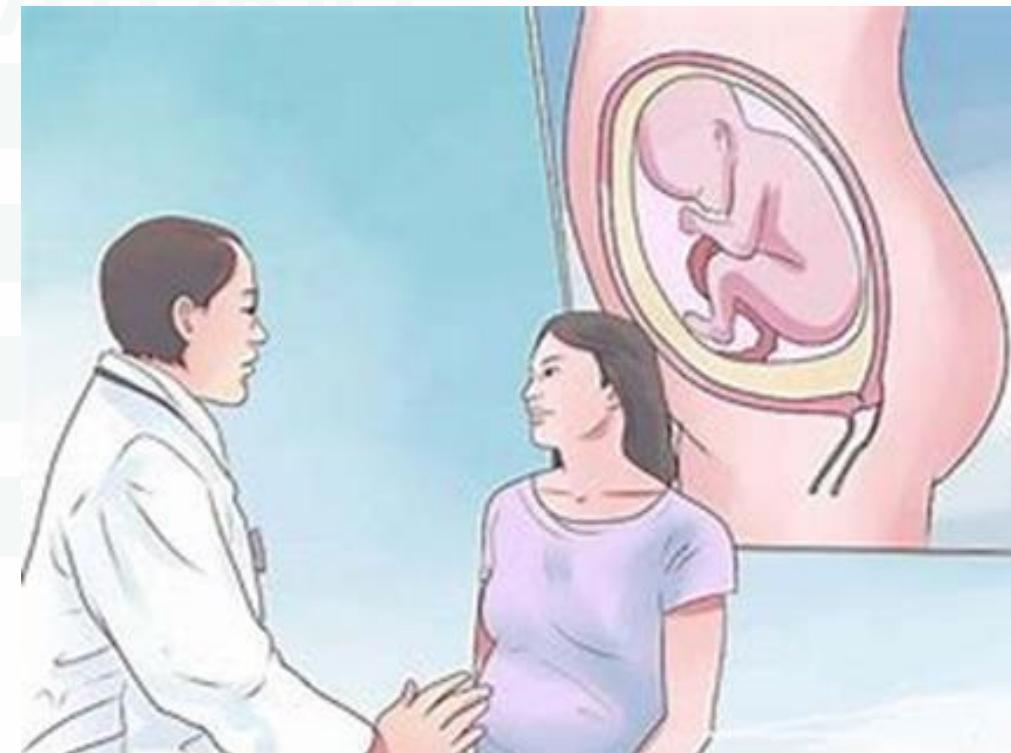
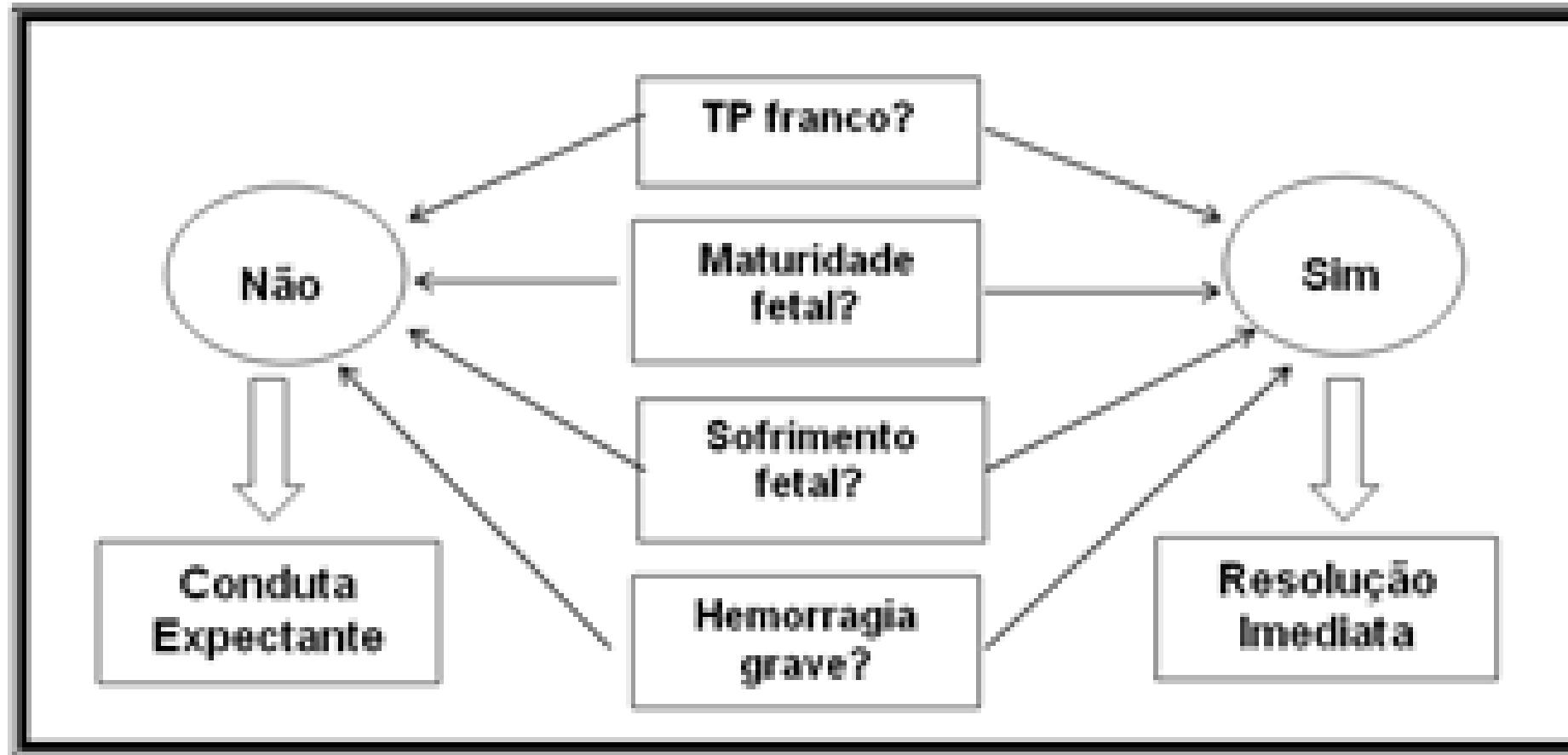


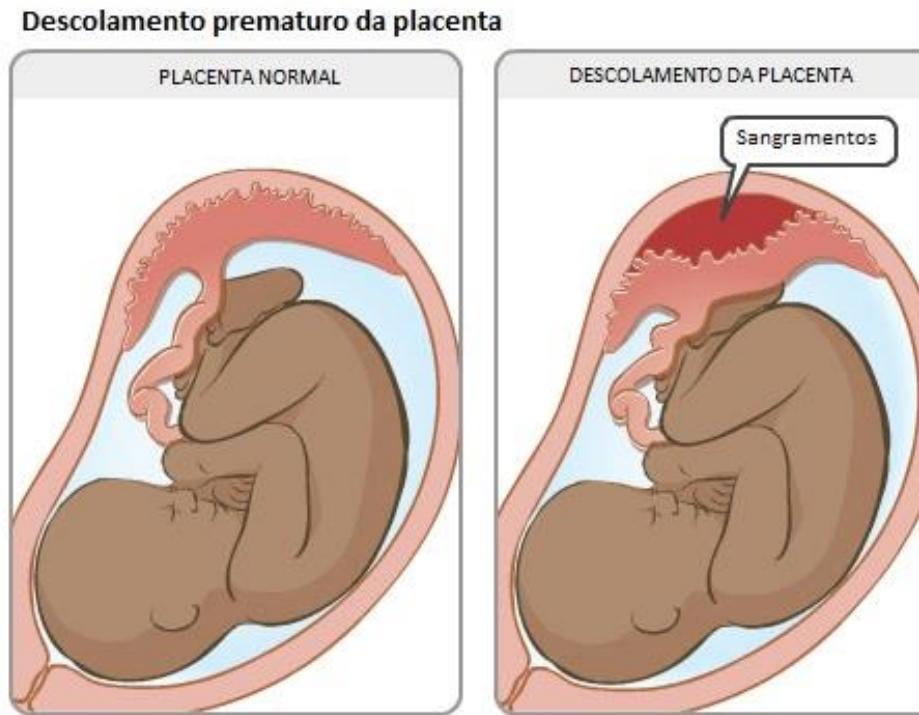
Figura 1 – Elementos de conduta obstétrica em casos de placenta prévia



DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA

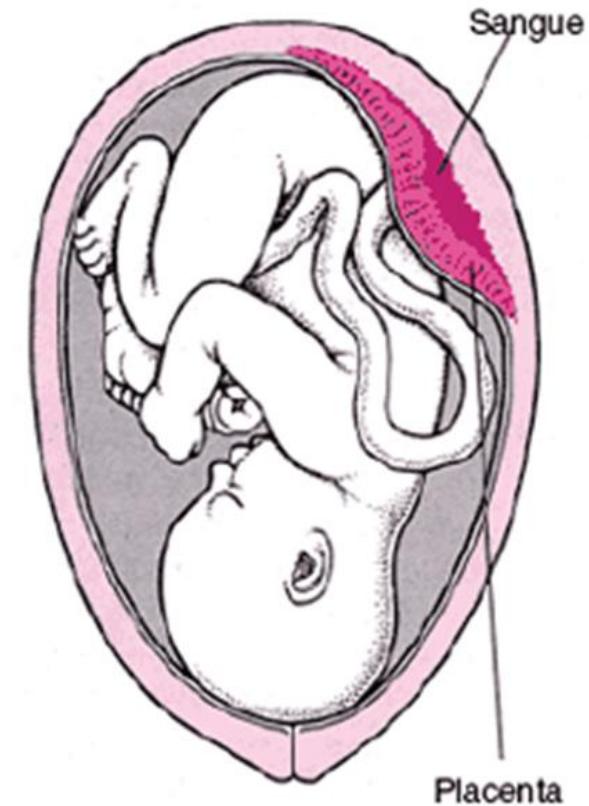


É definido pelo descolamento parcial ou completo da placenta, normalmente inserida, de forma intempestiva e prematura no corpo do útero, **após a 20^a semana de gestação.**



Quais os principais fatores de risco para o DPP?

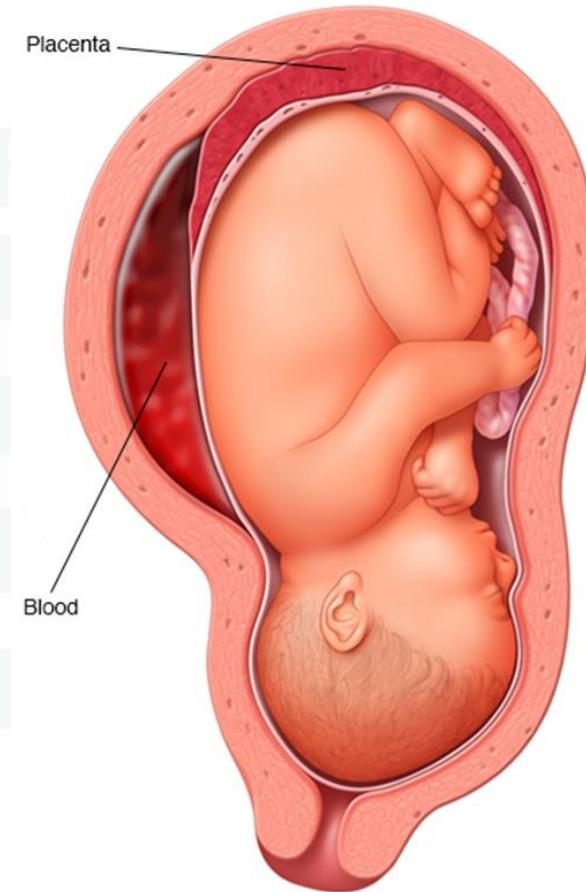
- idade materna avançada,
- multiparidade,
- distúrbios hipertensivos,
- rotura prematura das membranas,
- hábito de fumar,
- presença de trombofilias,
- usuários de cocaína e
- DPP prévio.

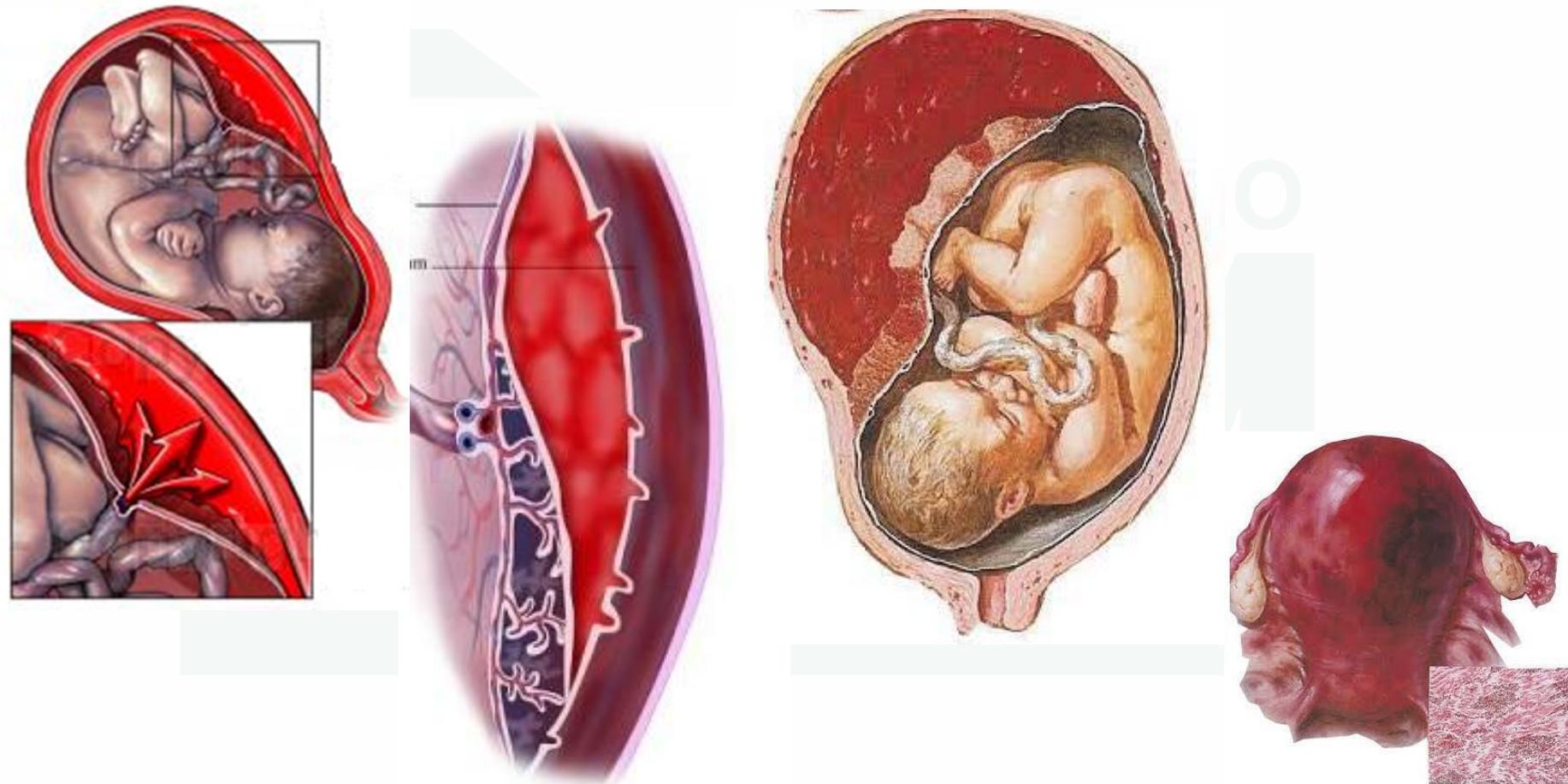


Fatores de risco associados ao DPPNI (BRASIL, 2022)	
Fatores de risco sociodemográficos	Idade materna ≥35 anos e < 20 anos Paridade ≥3 Etnia negra
Fatores de risco na gestação atual	Síndromes hipertensivas Trauma Distúrbios do líquido amniótico Placenta prévia
Fatores de risco em gestação pregressa	Cesárea 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).

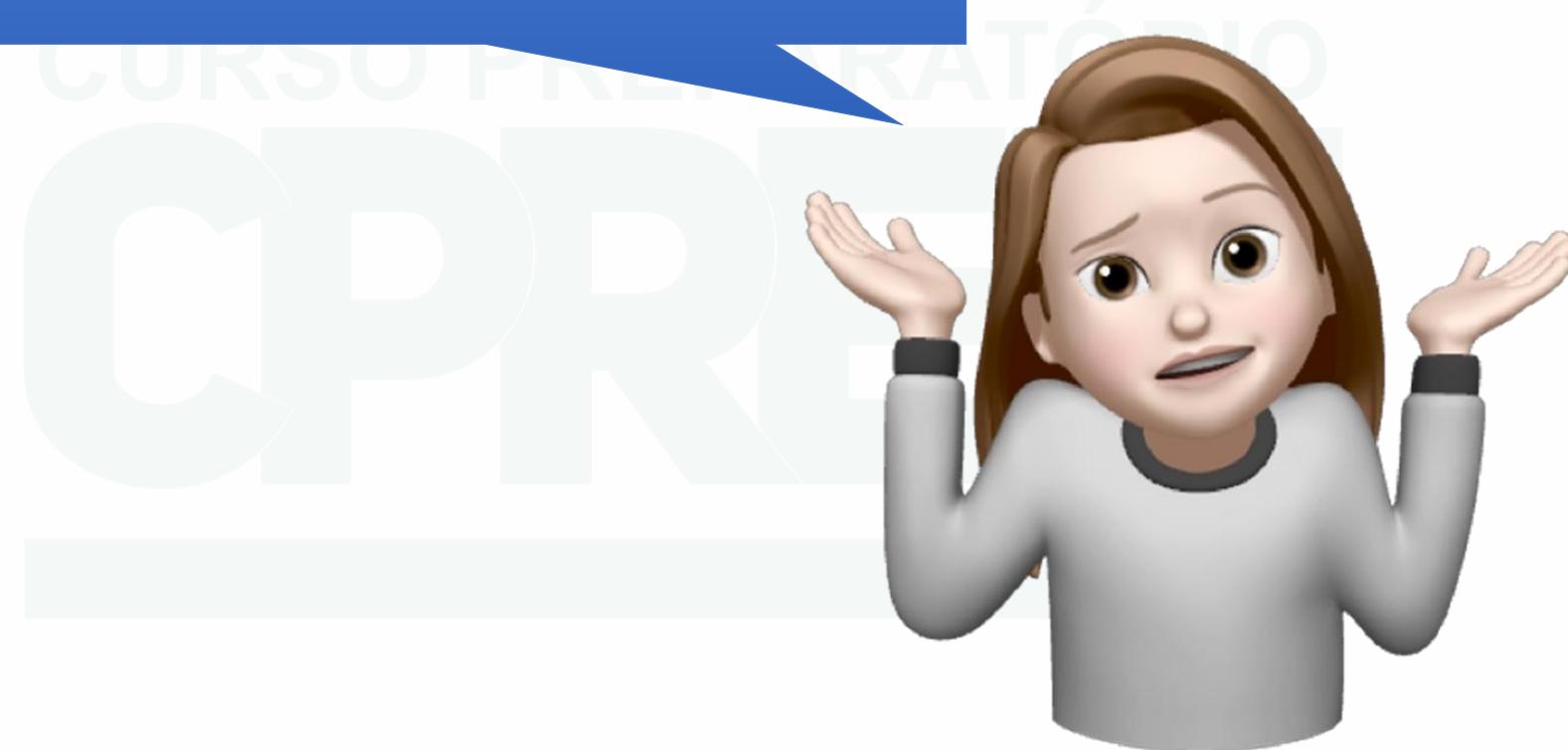
- **uterinas** caracterizam-se pela hipertonia uterina e apoplexia uteroplacentária;
- as **alterações renais** por necrose tubular aguda e necrose cortical aguda
- **hipofisárias** pela síndrome de Sheehan

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

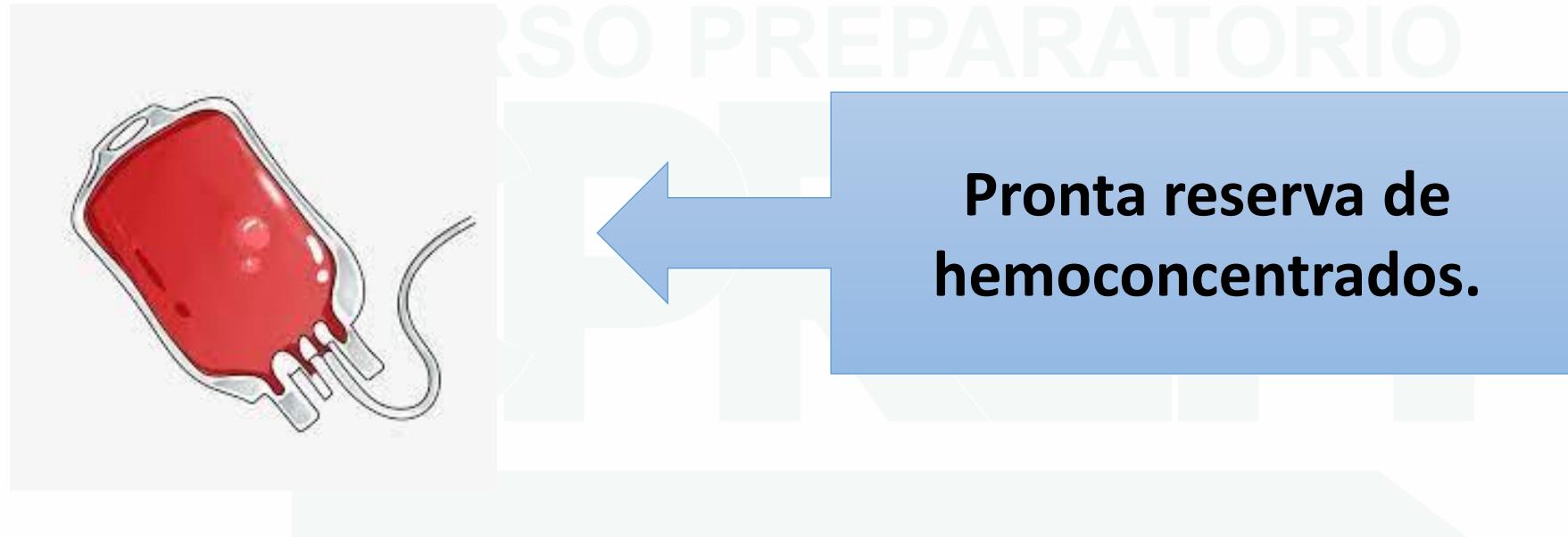


Qual é a CONDUTA no diagnóstico
para DPP?

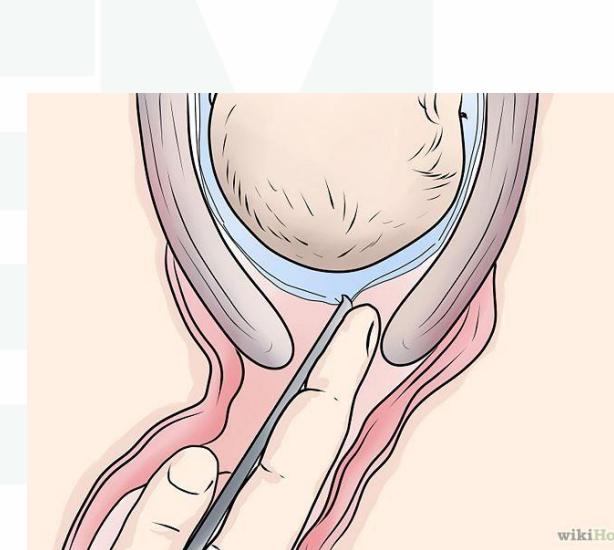


**Garantia de 2 acessos
venosos periféricos
calibrosos**





- 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.



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.

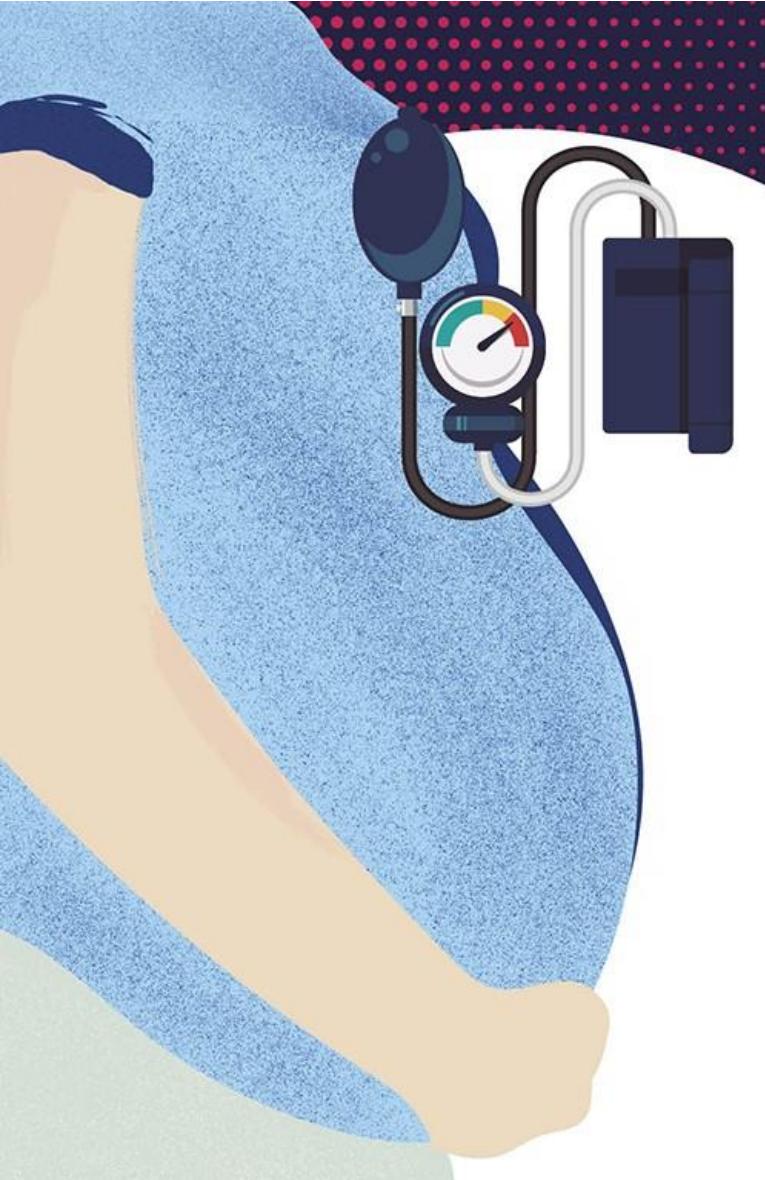




Nos casos de óbito fetal
ou feto de viabilidade
incerta (IG <24 semanas)
com estabilidade clínico-
laboratorial materna →
via de parto vaginal é
preferível tendo previsão
de nascimento
entre 4 a 6 horas.

Questões





SÍNDROMES HIPERTENSIVAS

O QUE DIAGNOSTICA HIPERTENSÃO?



- PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou PA ≥ 90 mmHg.

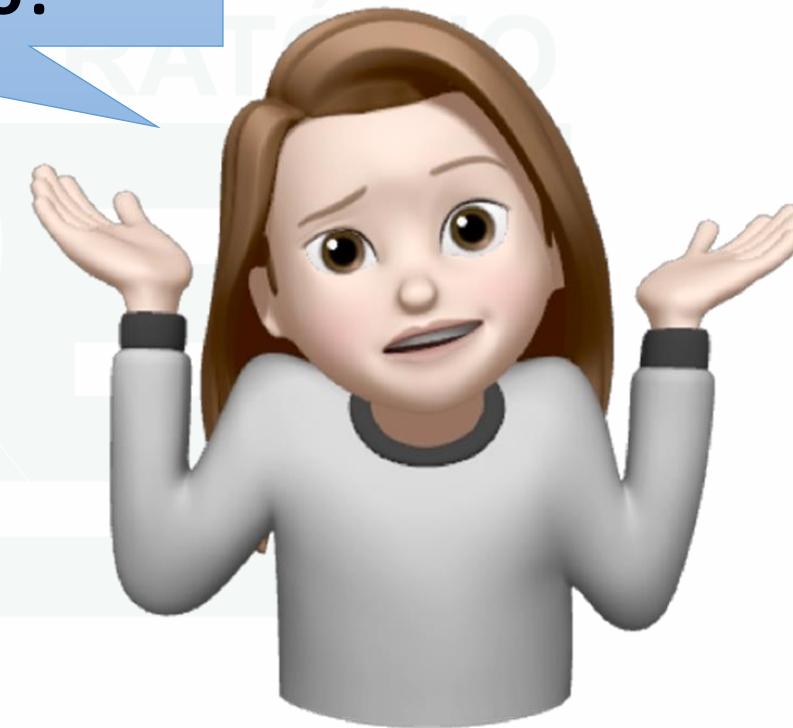
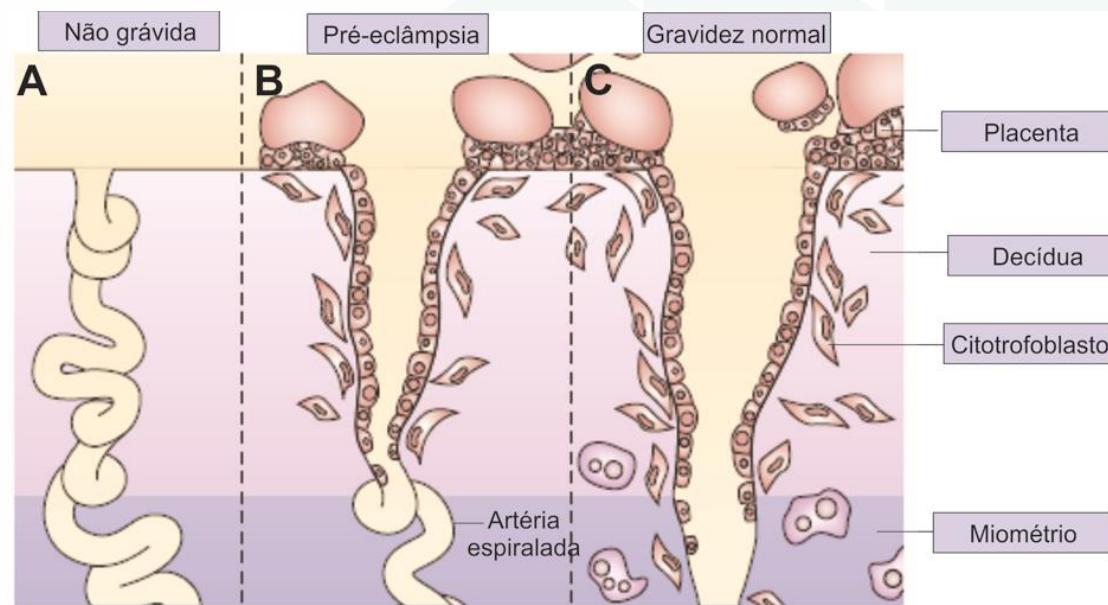
- Deve ser aferida PREFERENCIALMENTE com a paciente sentada, aplicando o aparelho com manguito de 13 cm, no **membro superior direito**, mantendo-o elevado, na altura do coração.



- 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?



Classificação clínicas das Síndromes Hipertensivas



- Hipertensão arterial Crônica
- Hipertensão gestacional
- Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica
- Pré-eclâmpsia/eclâmpsia

DEFINIÇÃO DE PROTEINÚRIA

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

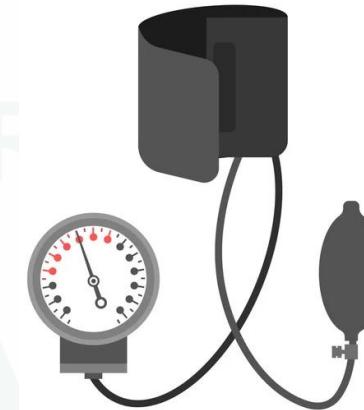


Hipertensão gestacional

- identificação na 2^a metade da gestação, em gestante previamente normotensa
- sem proteinúria ou manifestação de outros sinais/sintomas relacionados à pré-eclâmpsia (PE)
- É um diagnóstico temporário e deve desaparecer até 12 semanas após o parto → se persistir é reclassificada como **hipertensão arterial crônica**.

Controle da hipertensão gestacional

- Manter os valores da PA
- entre **110 a 140 X 85 mmHg**
(usando hipotensores, se necessários)
- Monitorar o desenvolvimento de pré-eclâmpsia e **postergar a resolução da gestação até 39 + 6 semanas** (desde que a PA esteja controlada, não haja comprometimento do bem-estar fetal ou evolução para pré-eclâmpsia).



Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica

- Quando, a partir da 20^a semana de gestação, ocorre **o aparecimento ou piora da proteinúria** já detectada na 1^a metade da gestação.
- Quando gestantes portadoras de HA crônica necessitam de associação de anti-hipertensivos ou aumento das doses terapêuticas iniciais.
- Na ocorrência de disfunção de órgãos-alvo.

Pré-eclâmpsia

Identificação de **hipertensão arterial**, em gestante previamente normotensa, a partir da 20^a semana de gestação, associada à **proteinúria significativa**.



Proteína
na Urina



Hipertensão

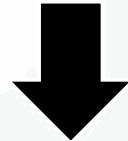
Como a proteinúria é um achado tardio, como diagnosticar pré-eclâmpsia?



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**

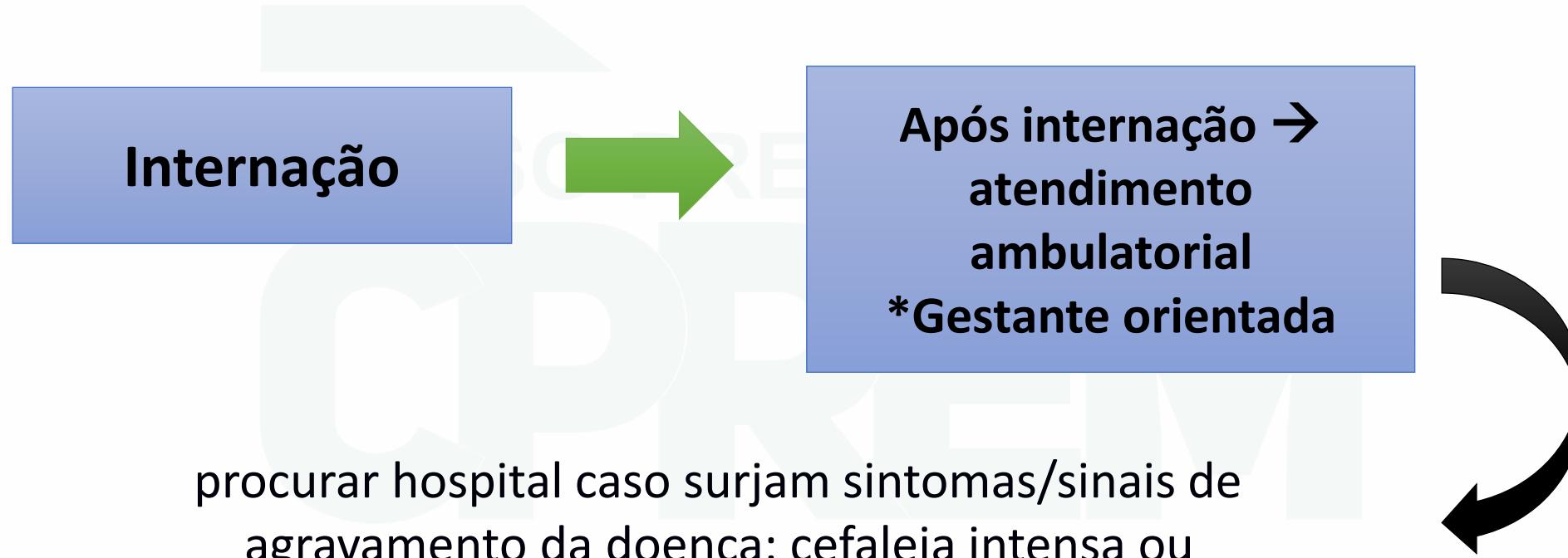
Pré-Eclâmpsia

Sem sinais de gravidade

Com sinais de gravidade



PRÉ-ECLÂMPSIA SEM SINAIS DE GRAVIDADE



procure hospital caso surjam sintomas/sinais de agravamento da doença: cefaleia intensa ou persistente, alterações visuais, falta de ar ou dor no quadrante superior direito ou epigástrica.
Avaliar movimentos fetais. Aferir PA diariamente.

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**

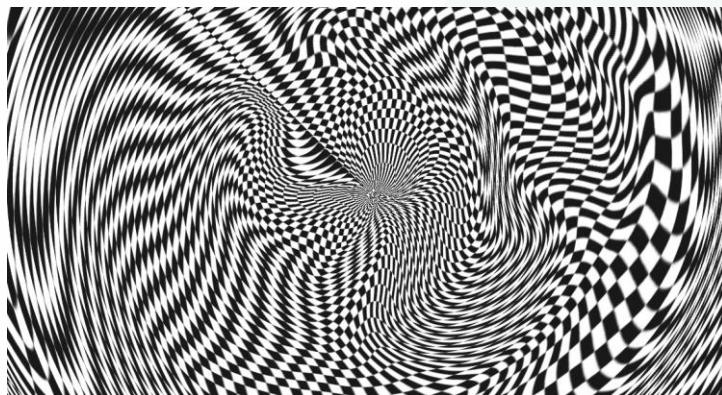
Caracterizada pela presença dos seguintes sinais de gravidade:

- Estado hipertensivo com PA sistólica ≥ 160 mmHg e/ou PA diastólica ≥ 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



NORMAL

ESCOTOMA



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 ≥ 160 mmHg e/ou PA diastólica ≥ 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 O₂ e administrar O₂ 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

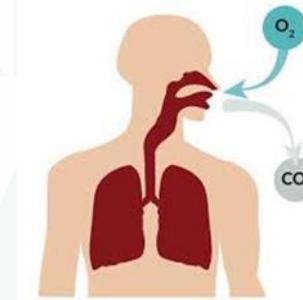
- O sulfato de magnésio é a droga de 1ª escolha.
- Deve ser feito com a paciente em decúbito lateral, preferencialmente esquerdo → diminuir o risco de hipotensão arterial grave.

Avaliação para manutenção do uso do sulfato de magnésio	Avaliar paciente a cada 4 horas. <ul style="list-style-type: none">• Solicitar níveis séricos se parâmetros alterados.	<ul style="list-style-type: none">• Diurese: >25 mL/h)• Reflexos tendinosos: presentes• Frequência respiratória >12 mpm
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">• 2 horas suspenso = nova dose de ataque de 2 g sulfato.
Intoxicação	<p>Se ocorrer depressão respiratória: aplicar 10 mL de gliconato de cálcio a 10% (1 g) IV lentamente (3 min)</p> <p>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.</p>	Dar suporte respiratório (O ₂ , 5 L/min, por máscara).

Avaliação para manutenção do uso do sulfato de magnésio

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

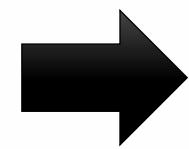
Frequência respiratória >12 mpm



Reflexos tendinosos: presentes

Diurese: >25 mL/h

Suspensão do uso

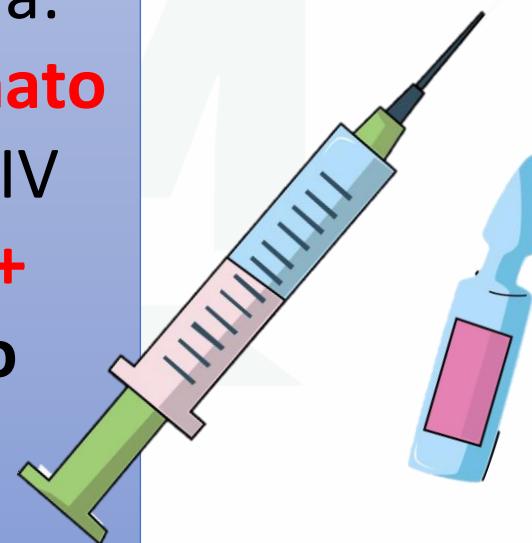


Depressão respiratória,
ou diurese insuficiente,
ou ausência de reflexos

Intoxicação



Depressão respiratória:
aplicar 10 mL de **gliconato de cálcio a 10%** (1 g) IV
lentamente (3 min) +
suporte respiratório
(O₂, 5 L/min, por máscara).



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

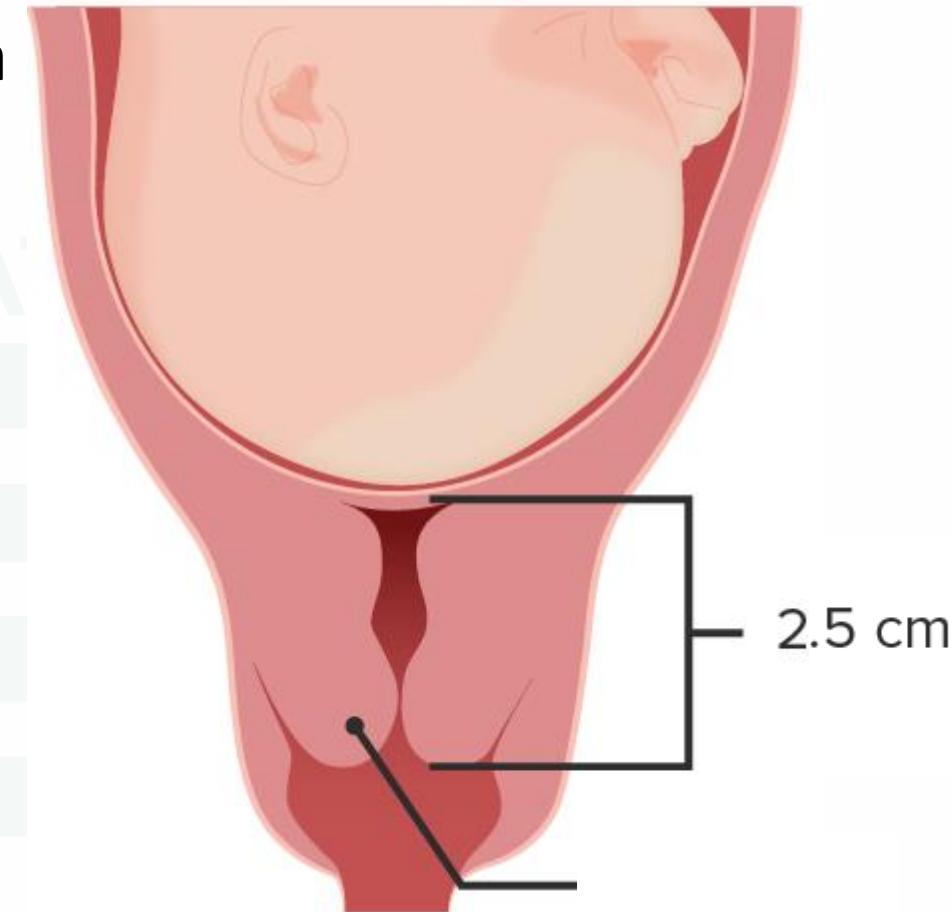
O parto pré-termo é aquele que ocorre em até 36 semanas e 6 dias de idade gestacional, excluindo o período considerado como de abortamento.

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 ≤ 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^a 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.

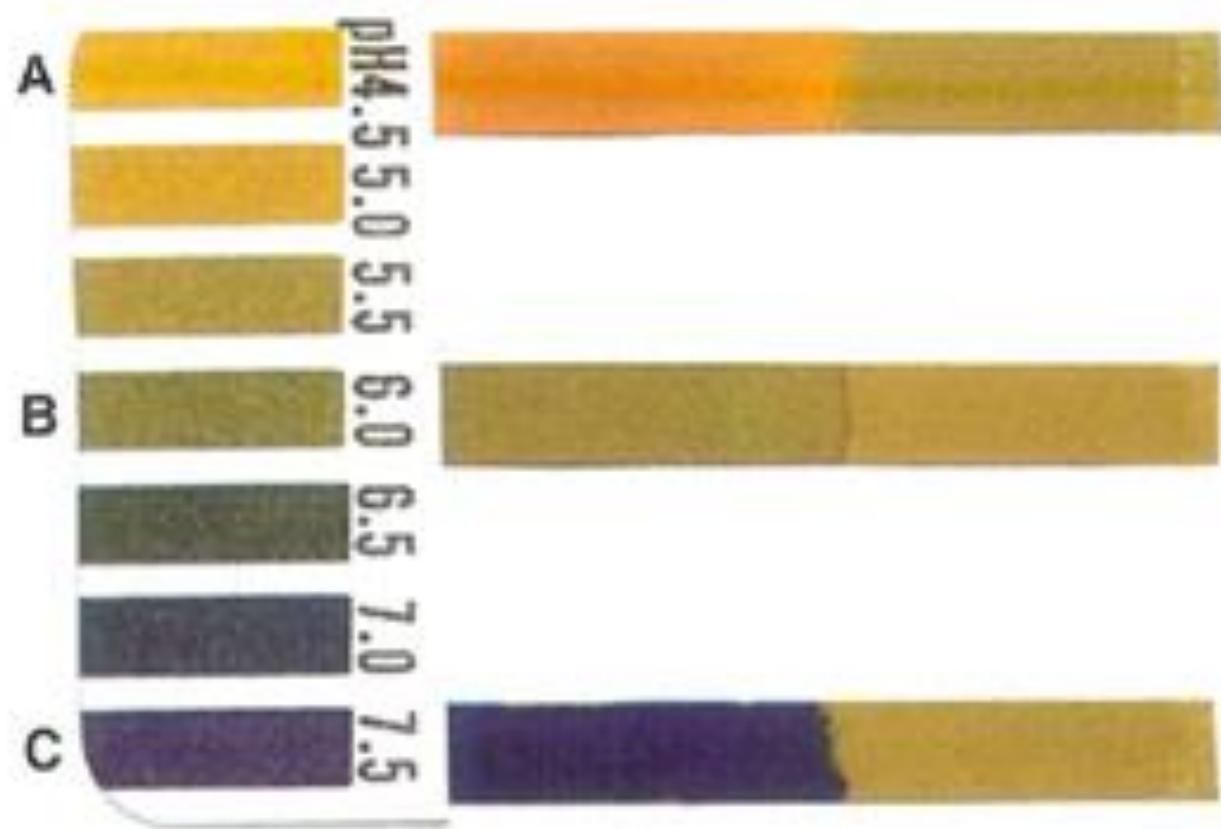


Fig. 1 - Teste da Nitrazina. A fita A foi obtida em mulher normal sem queixas, a fita B em mulher com vaginose bacteriana e a fita C em gestante com RPMD.

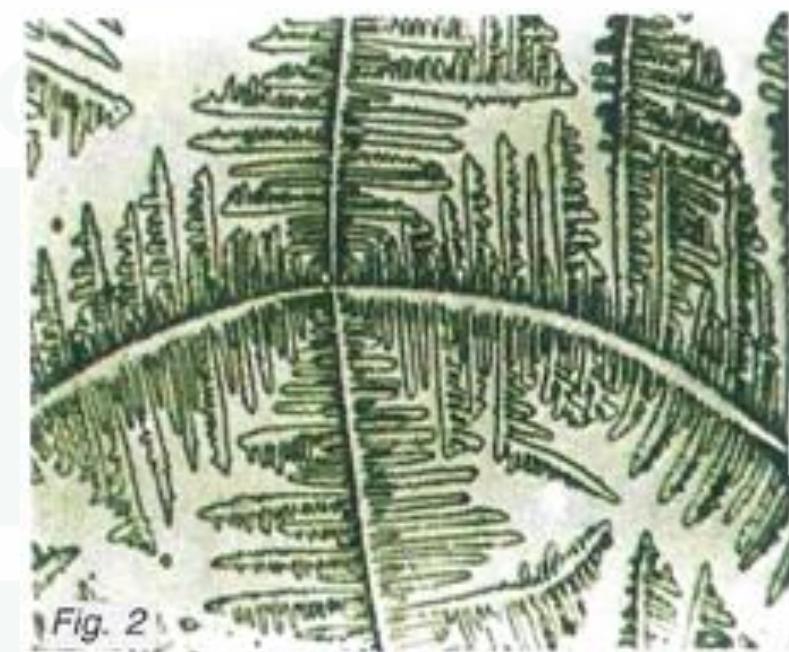


Fig. 2

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

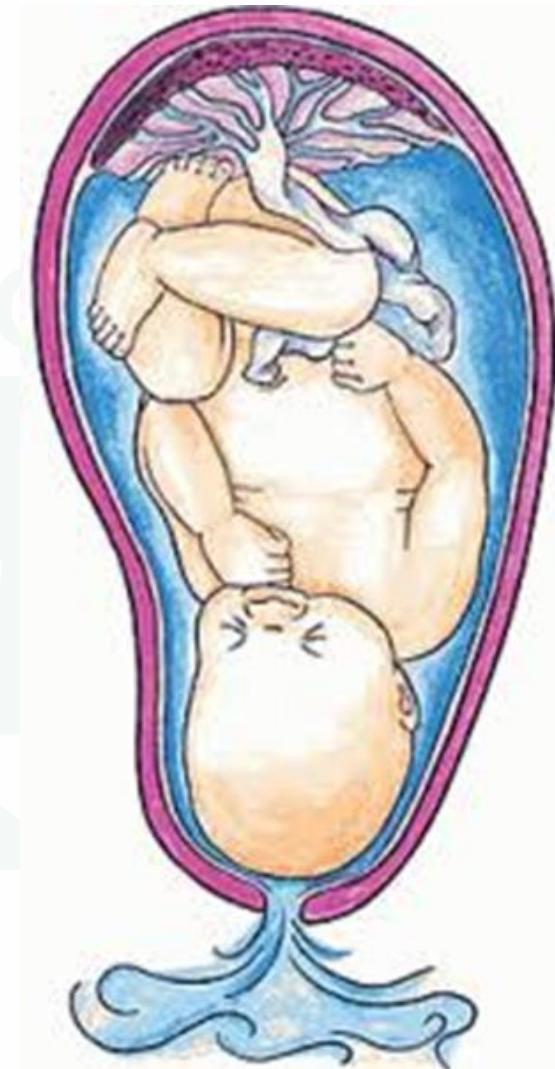


Entre 24 e 34
semanas



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

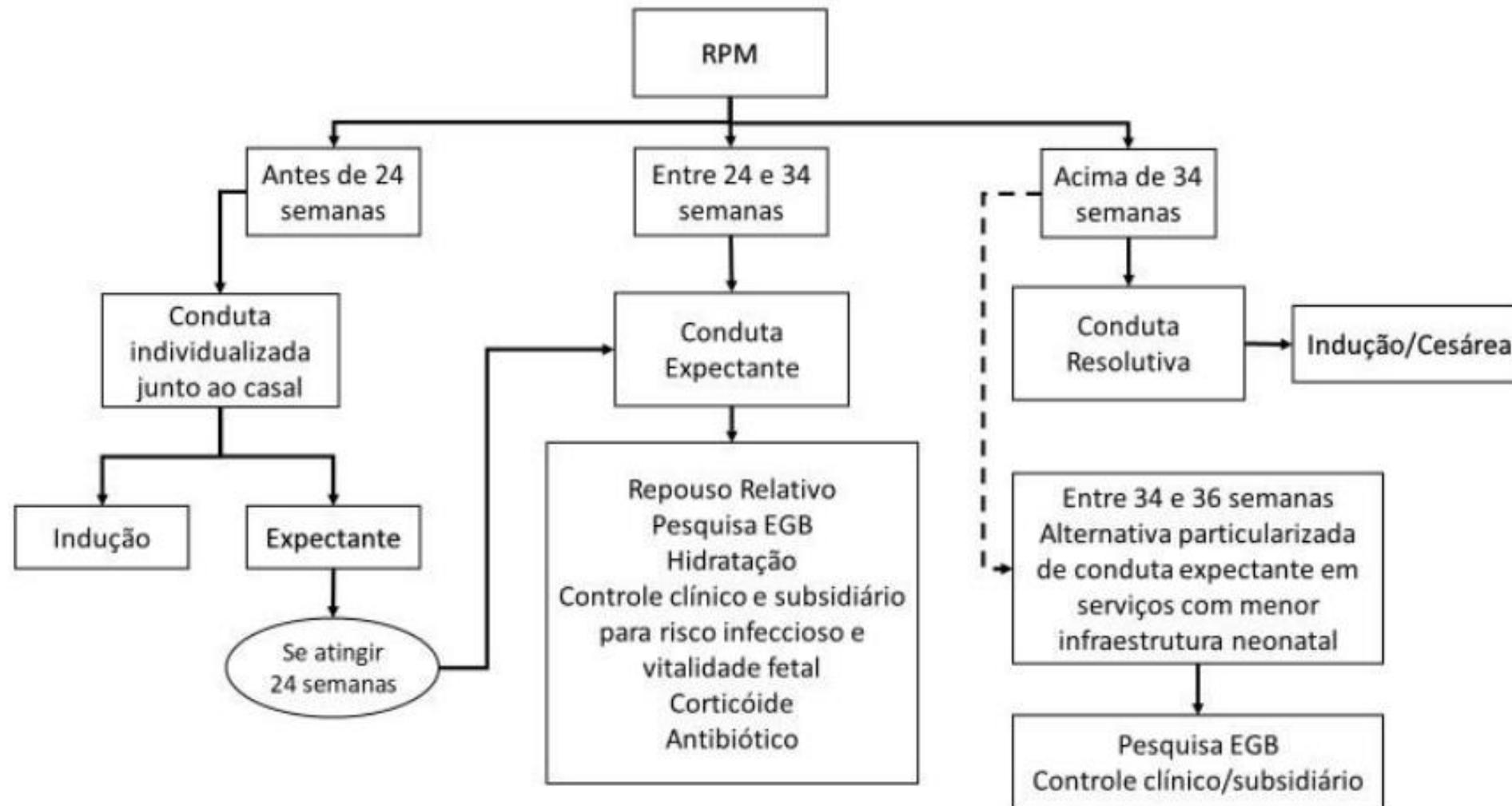
ATENÇÃO – Sinais sugestivos de infecção intrauterina

- 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



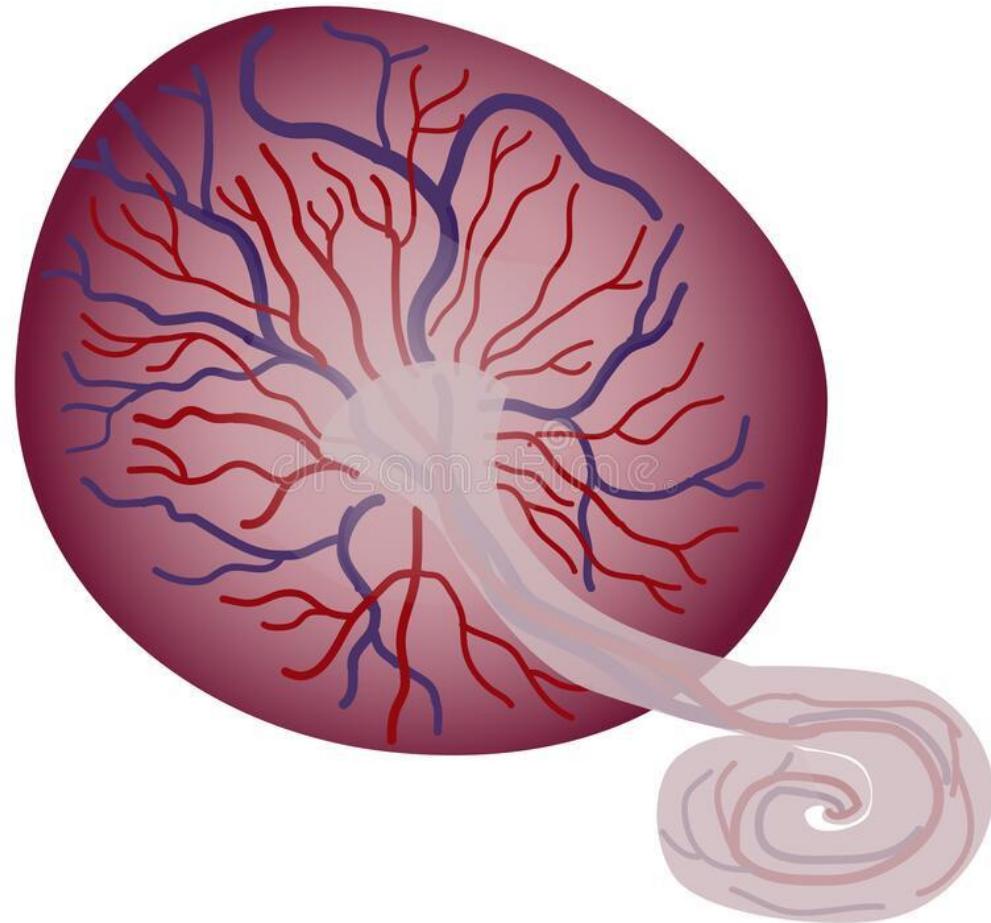
A diabetes mellitus gestacional (DMG) é definida como uma alteração no metabolismo dos carboidratos, resultando em hiperglicemia de intensidade variável, que é diagnosticada pela primeira vez ou se inicia durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto.

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:

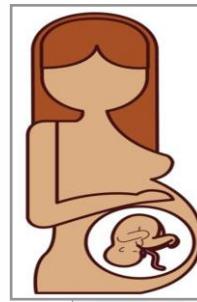
- obesidade,
- idade materna superior a 25 anos,
- história familiar e/ou pessoal positiva,
- gemelaridade,
- hipertensão arterial,
- dislipidemia,
- tabagismo,
- sedentarismo,
- macrossomia pregressa,
- óbito fetal sem causa aparente, entre outros.



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

RASTREAMENTO: Glicemia de jejum (GJ) na 1^a consulta de pré-natal.





Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL:
diabetes mellitus diagnosticado na gestação (diabetes prévio);



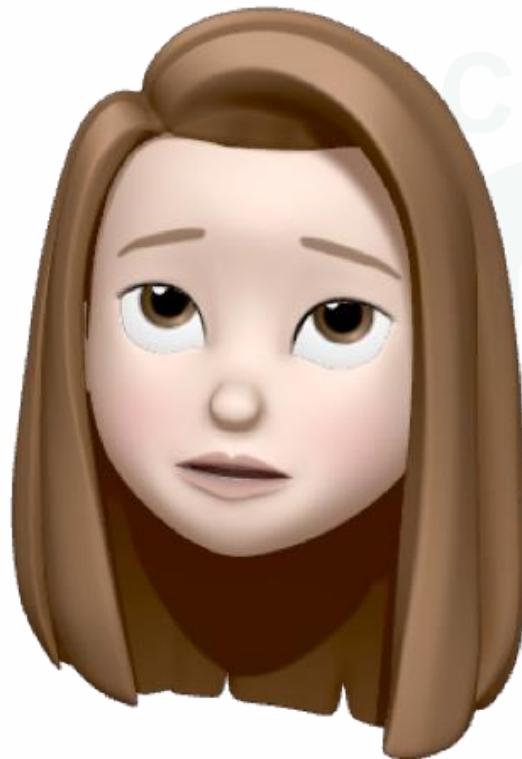
Glicemia de jejum entre 92 mg/dL e 125 mg/dL: diabetes mellitus gestacional.



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.

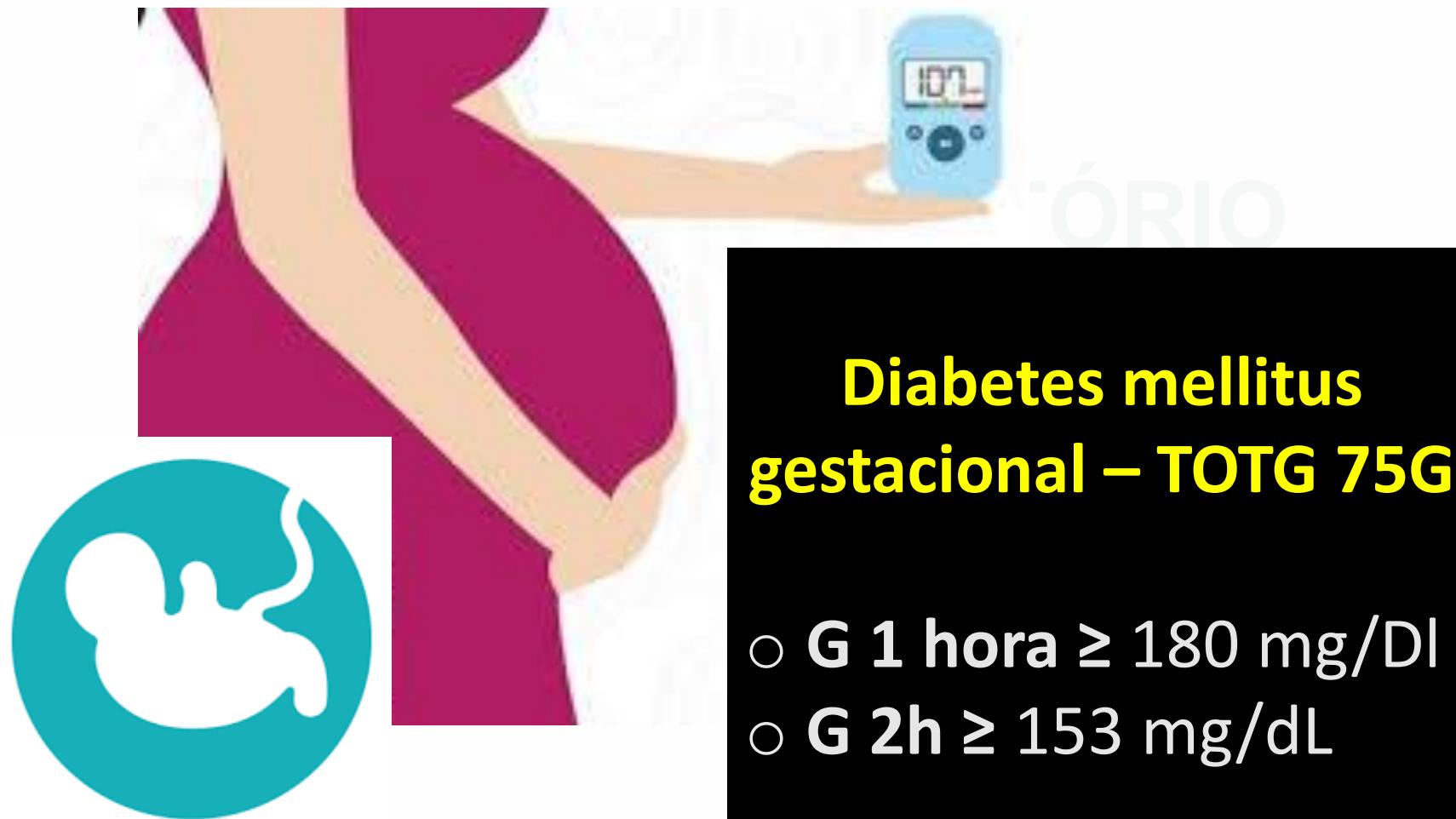


Qual valor diagnostica diabetes
gestacional?



Diabetes mellitus gestacional

GJ entre 92 mg/dL e
125 mg/dL



Diabetes mellitus gestacional – TOTG 75G

- G 1 hora ≥ 180 mg/Dl
- G 2h ≥ 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 normoglicemia:

- 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^a 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

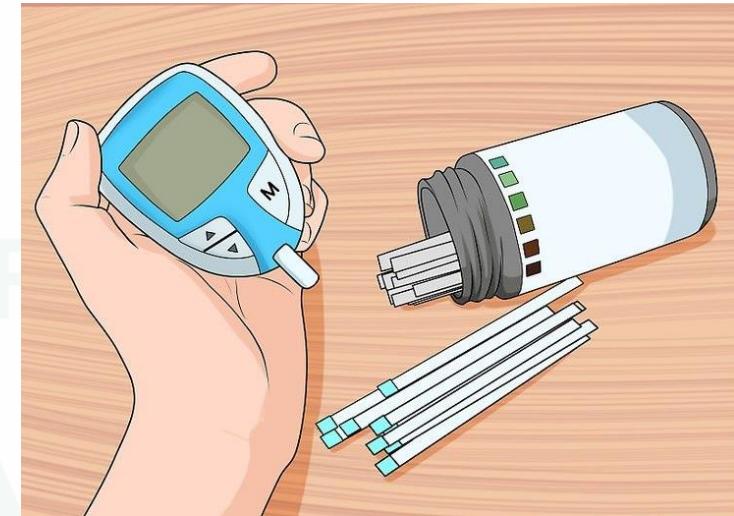
Nas gestações complicadas pelo DMG, merecem especial atenção:

- 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.



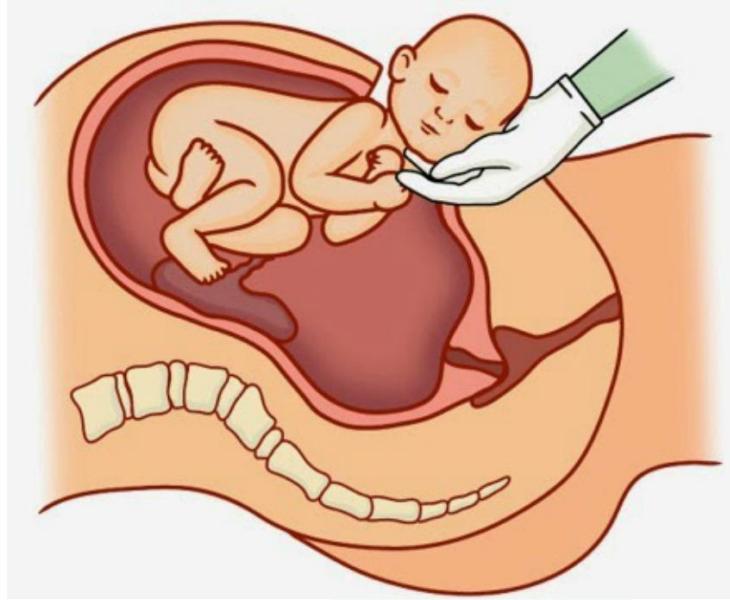
Controle glicêmico no parto

- 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 ≥ 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 ≥ 126 mg/dL ou
- 2 horas ≥ 200 mg/dL.



Questões



Questão 18

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 18

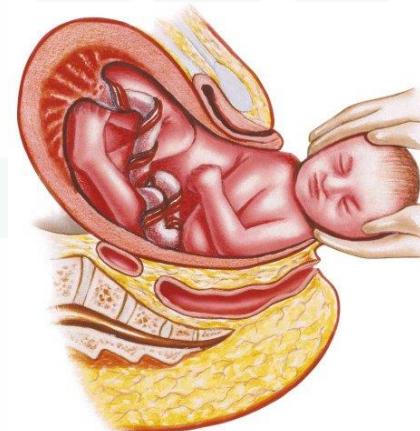
A hiperglicemia na gestação deve ser investigada no início e na metade dela. O diagnóstico na gravidez, e o consequente controle dos níveis glicêmicos, reduz as complicações para a mãe e seu filho. Faz parte da rotina de exames do segundo trimestre o Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) com 75g. 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.

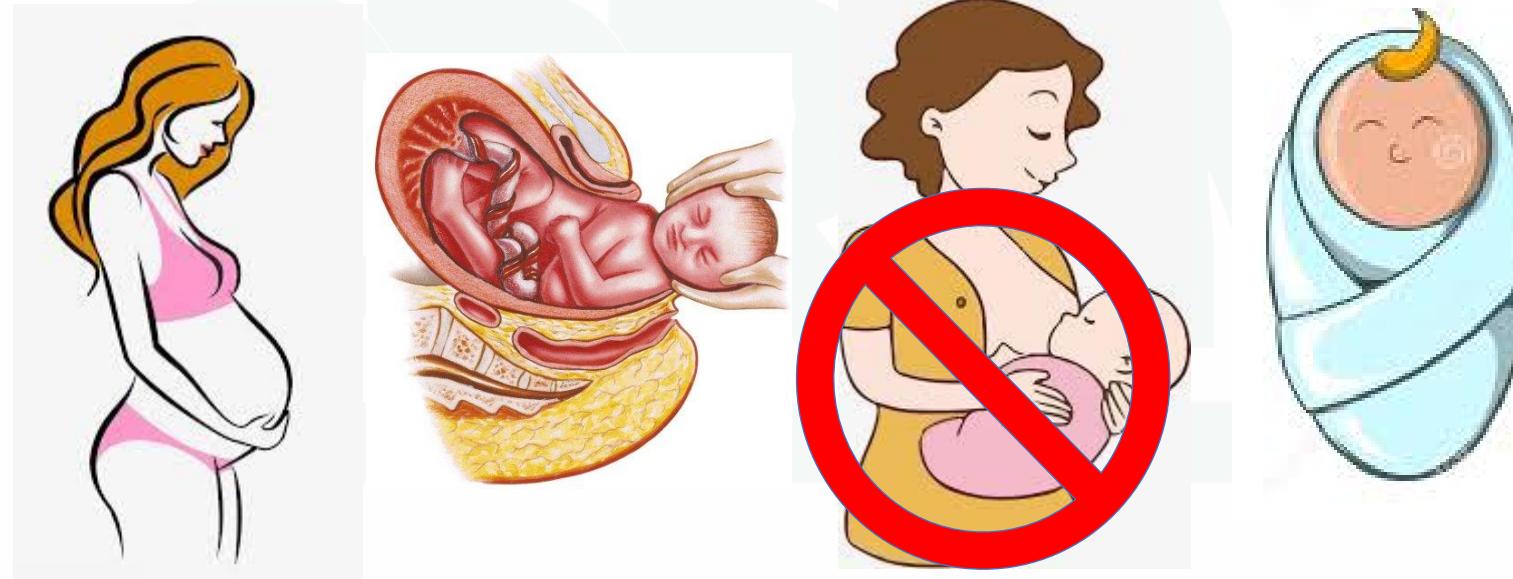


Infecção pelo HIV – transmissão vertical

Fatores relacionados à transmissão

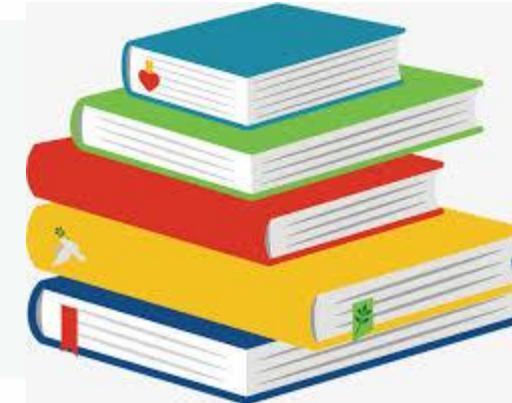


Quais intervenções diminuem o risco de transmissão vertical?



Início da Tarv durante a gestação, sem exposição prévia à Tarv

- Esquema inicial preferencial para **1º trimestre** (até 12 semanas): não há estudos suficientes que garantam segurança total da exposição fetal à Tarv.



Deve-se pesar risco-benefício para iniciar a Tarv nesse período.



**Esquema preferencial
para início da Tarv na
gestante (BRASIL, 2022)**

Tenofovir (TDF) +
Lamivudina (3TC) +
Dolutegravir (DTG)

**Iniciar DTG após 12
semanas de gestação.**

Manejo obstétrico e vias de parto na gestante vivendo com HIV



Trabalho de parto pré-termo:

- CV for maior que 1.000 cópias/mL
- CV desconhecida ou maior que 1.000 cópias/mL
- Gestantes em uso de ATV e com supressão da CV sustentada, ou pelo menos CV menor que 1.000 cópias/mL

Manejo obstétrico e vias de parto na gestante vivendo com HIV



- **Trabalho de parto pré-termo:** indicação da tocólise se < 34 semanas de gestação.
- Atentar para o uso da zidovudina endovenosa concomitante à inibição do TPPT se CV for maior que 1.000 cópias/mL.

Gestante com CV desconhecida ou detectável >
1000 cop/mL na 34^a sem

PC, eletivo, empelicado, à partir de 38
sem

AZT injetável no parto





Gestante com CV detectável
< que 1.000 cóp/ml na 34^a sem

Parto pode ser vaginal

AZT injetável no parto





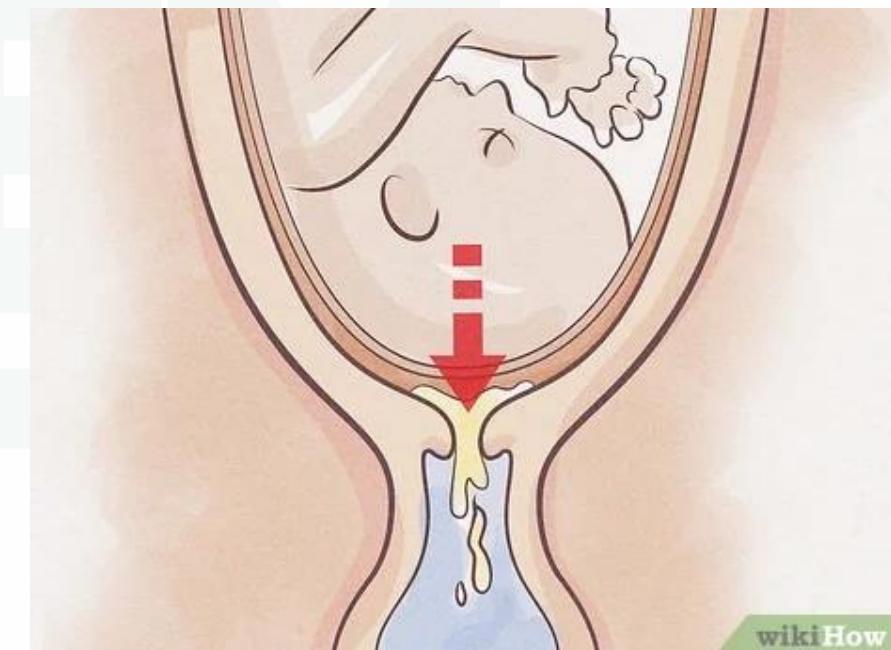
Gestante com CV
indetectável na 34^a sem

Parto preferencialmente
vaginal

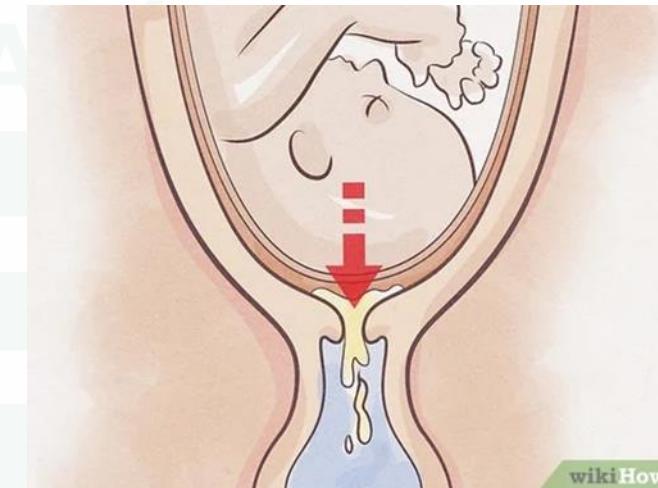
Manter TARV habitual VO



- **Mulher em trabalho de parto e corioamnirraxe prematura (CP)**, é preciso avaliar as condições de evolução do trabalho de parto e o risco de complicações.



- Previsão de um parto demorado ou distócico, mesmo que a CV seja menor que 1.000 cópias/mL → **considerar a resolução por cesariana.**
- Colo do útero favorável e a gestante em uso de Tarv, com CV menor que 1.000 cópias/mL e apresentação cefálica → **via de parto pode ser vaginal.** Pode-se utilizar oxitocina e/ou misoprostol para induzir ou estimular o trabalho de parto.



Cuidados específicos durante o parto vaginal

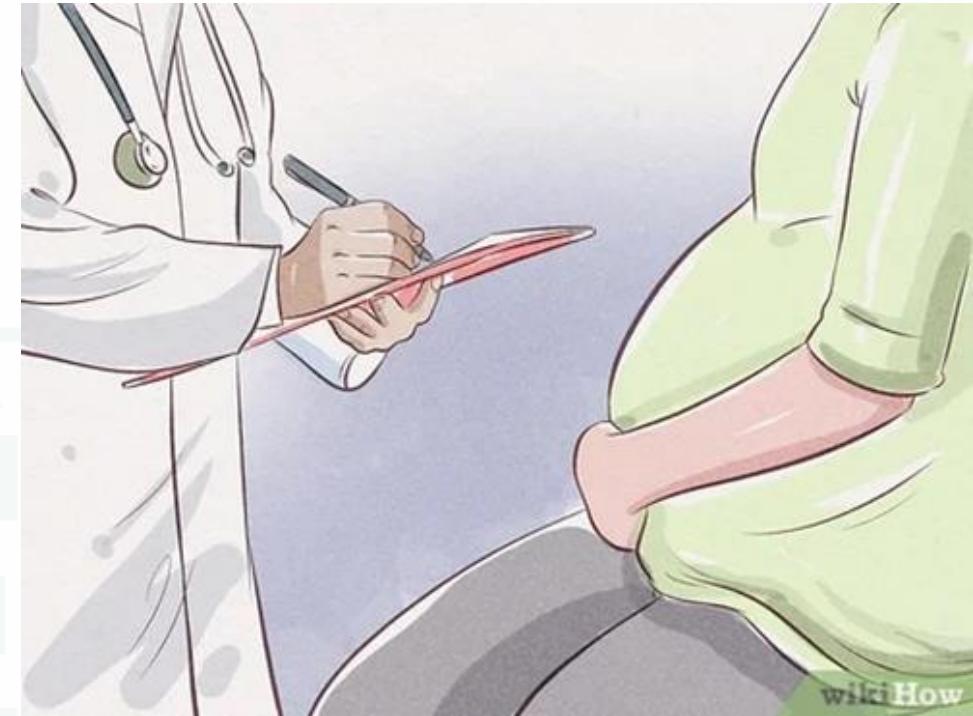
- Parto instrumentalizado deve ser evitado. A aplicação do fórceps ou do vácuo-extrator será admitida somente com indicação obstétrica precisa.
- Iniciar AZT EV quando indicado (se CV detectável) e manter infusão contínua até o clampeamento do cordão.
- Evitar toques sucessivos durante o trabalho de parto, assim como amniotomia artificial. Utilizar partograma.



- Se CV for >50 cópias e <1.000 cópias, evitar **corioamnirrexe prematura** por longos períodos. A taxa de TV se eleva depois de 4 horas da bolsa rota.
- A ligadura do cordão deve ser feita imediatamente após a expulsão do feto. Nunca ordenhar o cordão.
- A **episiotomia** deve ser realizada apenas após avaliação criteriosa e **protegida por compressas úmidas com o degermante** utilizado na assepsia inicial.

Cuidados específicos da cesariana eletiva

- Confirmar IG de 38 semanas.
- Se houver trabalho de parto antes da realização da cesárea, avaliar dilatação cervical → se menor que 4 cm, manter indicação de cesárea e iniciar imediatamente o AZT EV por pelo menos 3 horas.
- Proceder a parto empelicado sempre que possível.
- A ligadura do cordão deve ser imediata após a retirada do feto.





A Tarv deve ser mantida
após o parto,
independentemente da
contagem de CD4, CV e
dos sinais e sintomas
clínicos da mulher.

INIBIÇÃO LÁCTEA



O risco de TV do HIV continua por meio da amamentação. → **cabergolina 0,5 mg, dois comprimidos por via oral tomados juntos em dose única.**

Manejo clínico do recém-nascido exposto ao HIV (BRASIL, 2022)

- Após o nascimento, se for necessário, aspirar delicadamente as vias aéreas do RN, assim como o conteúdo gástrico, evitando traumas.
 - Realizar precocemente o banho em água corrente e limpar todo o sangue e as secreções maternas que possam estar aderidas ao corpo do RN.



Manejo clínico do recém-nascido exposto ao HIV (BRASIL, 2022)

- Recomenda-se colocar o RN junto à mãe o mais brevemente possível
 - Orientar sobre a **não amamentação**, substituindo o aleitamento materno pelo artificial até o 6º mês de idade.
 - O RN deve permanecer em alojamento conjunto.



A profilaxia medicamentosa ao RN deve seguir critérios de avaliação de risco

- 1- RNs de mães em uso de Tarv pelo menos desde a metade da gestação
 - 2- Com **CV do HIV indetectável** a partir de 28 semanas (3º t)
 - 3- Sem falha de adesão
- deverão ter coleta de sangue periférico para dosagem de CV-HIV e **utilizarão AZT solução oral**, ainda em sala de parto → O AZT xarope será mantido nas primeiras 4 semanas de vida desse RN.



- Mães sem pré-natal ou sem uso de Tarv na gestação
- Mães com CV desconhecida
- Mães com teste rápido positivo no momento do parto e sem diagnóstico prévio

A graphic element featuring a grey megaphone with a blue handle and a yellow base, positioned next to a red ribbon banner. The banner has the word "ATENÇÃO" written in large, bold, red letters.

ATENÇÃO

- Mães com indicação de profilaxia EV de AZT intraparto que não a receberam
- Mães com início da Tarv depois da 2^a metade da gestação
- Mães com infecção aguda pelo HIV durante a gestação ou aleitamento



→ Esse RN deverão colher a CV-HIV no sangue periférico e usar Tarv ainda na sala de parto e da seguinte maneira:

- RN \geq 37 semanas e \geq 2 kg de peso: AZT+3TC+RAL (Raltegravir)
- RN \geq 34 semanas e $<$ 37 semanas: AZT+3TC+NVP (nevirapina)
- RN $<$ 34 semanas: AZT

Questões



Sífilis – treponema pallidum

FORMAS DE TRANSMISSÃO



Quadro 18. Classificação da sífilis

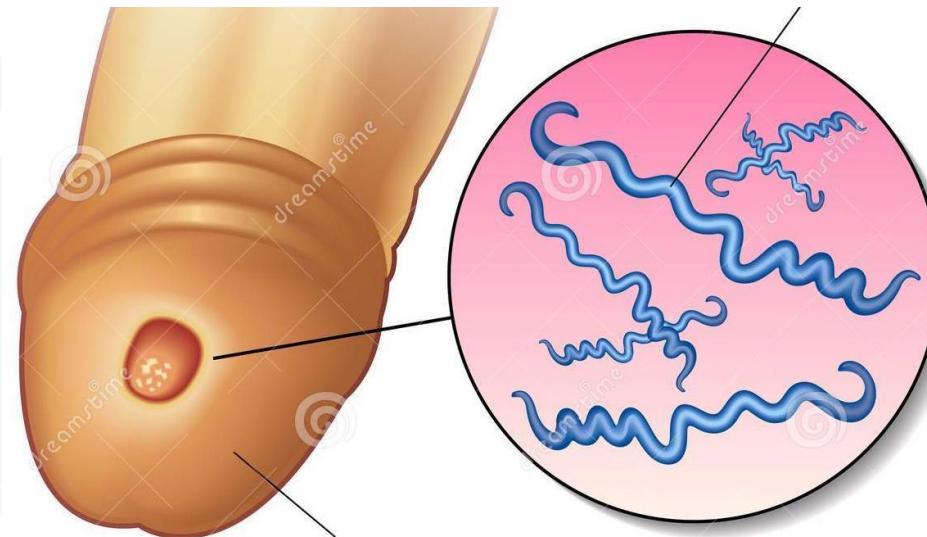
Sífilis adquirida	Recente (menos de um ano de evolução)	formas primária, secundária e latente recente
	Tardia (com mais de um ano de evolução)	formas latente tardia e terciária
Sífilis congênita	Recente	casos diagnosticados até o 2º ano de vida
	Tardia	casos diagnosticados após o 2º ano de vida

Cancro



Estágio 1
3-90 dias após
exposição

Sífilis primária



Primária - úlcera única, indolor, limpa (cancro duro) e com ínguas nas virilhas, que surgem entre 10 e 90 dias (média de 21) após a relação sexual desprotegida com pessoa infectada. Curta duração e de difícil diagnóstico.



Erupção
cutânea



Estágio 2
4-10 semanas após
infecção inicial

Sífilis secundária

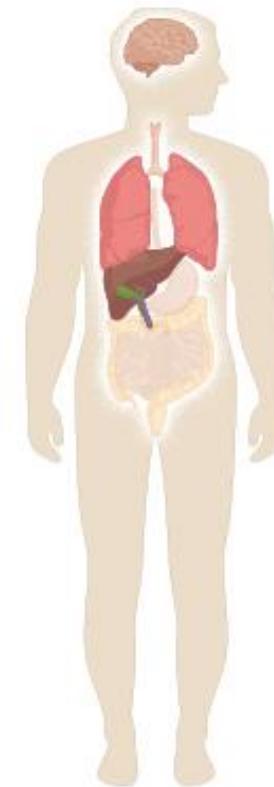


Secundária - manifesta-se entre 6 e 8 semanas após o desaparecimento espontâneo do cancro duro. As manifestações mais comuns são: roséolas (exantema), rash cutâneo, sifílides papulosas / máculas palmo-plantares (pápulas cutâneas com localização nas superfícies palmo-plantares sugerem fortemente o diagnóstico do secundarismo da sífilis), alopecia e condiloma plano (lesões pápulo-hipertróficas nas regiões de dobras ou de atrito); poliadenopatia.



Sífilis terciária

Afeta os
órgãos internos



Estágio 3
3-15 anos após
infecção inicial

Os sinais e sintomas surgem em um período variável após 3 a 12 anos, ou mais, do contágio.

As manifestações comuns: tubérculos ou gomas (lesões cutaneomucosas), comprometimento articular, aneurisma aórtico, artropatia de Charcot, *tabes dorsalis* e demência.



- *Tabes dorsalis*

- Desmielinização dos cordões post. da medula, raízes dorsais e gânglios dos nn. Raq.
- Perda da sens. posicional e termo-álgica
- Marcha atáxica, de base alargada e pé pendente
- Parestesias
- Alt. da micção
- Impotência sexual
- Arreflexia

Caderno de Atenção Básica n.32: Atenção ao pré-natal de Baixo Risco (BRASIL, 2013)		
Teste rápido para sífilis (triagem)	TR positivo	Colete amostra para realização do VDRL e teste parceiros sexuais
	TR negativo	Realize sorologia no 3º trimestre, no momento do parto e em caso de abortamento.



continuação

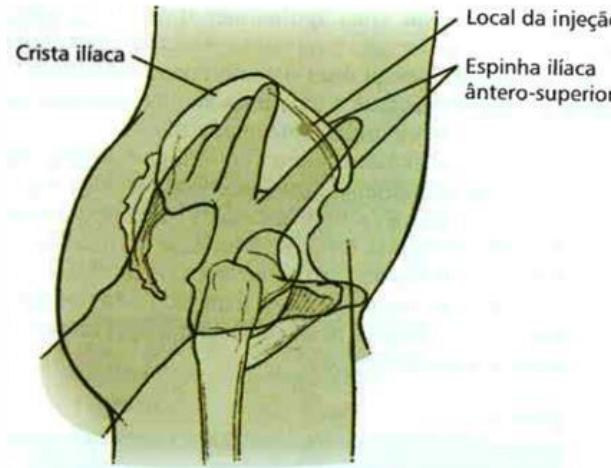
Exames de rotina	Resultados	Condutas
Sorologia para sifilis (lues)	VDRL positivo	<p>Trate a gestante e seu parceiro.</p> <p>Sífilis primária = trate com penicilina benzatina, em dose única de 2.400.000 UI (1.200.000 em cada nádega).</p> <p>Sífilis secundária ou latente recente (menos de 1 ano de evolução) = trate com penicilina benzatina, 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega), em duas doses, com intervalo de uma semana. Dose total de 4.800.000 UI.</p> <p>Sífilis terciária ou latente tardia (1 ano ou mais de evolução ou duração ignorada) = trate com penicilina benzatina, 3 aplicações de 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega), com intervalo de uma semana. Dose total de 7.200.000 UI.</p> <p>Realize exame mensal para controle de cura.</p>
	VDRL negativo	Repita o exame no 3º trimestre, no momento do parto e em caso de abortamento.

continua

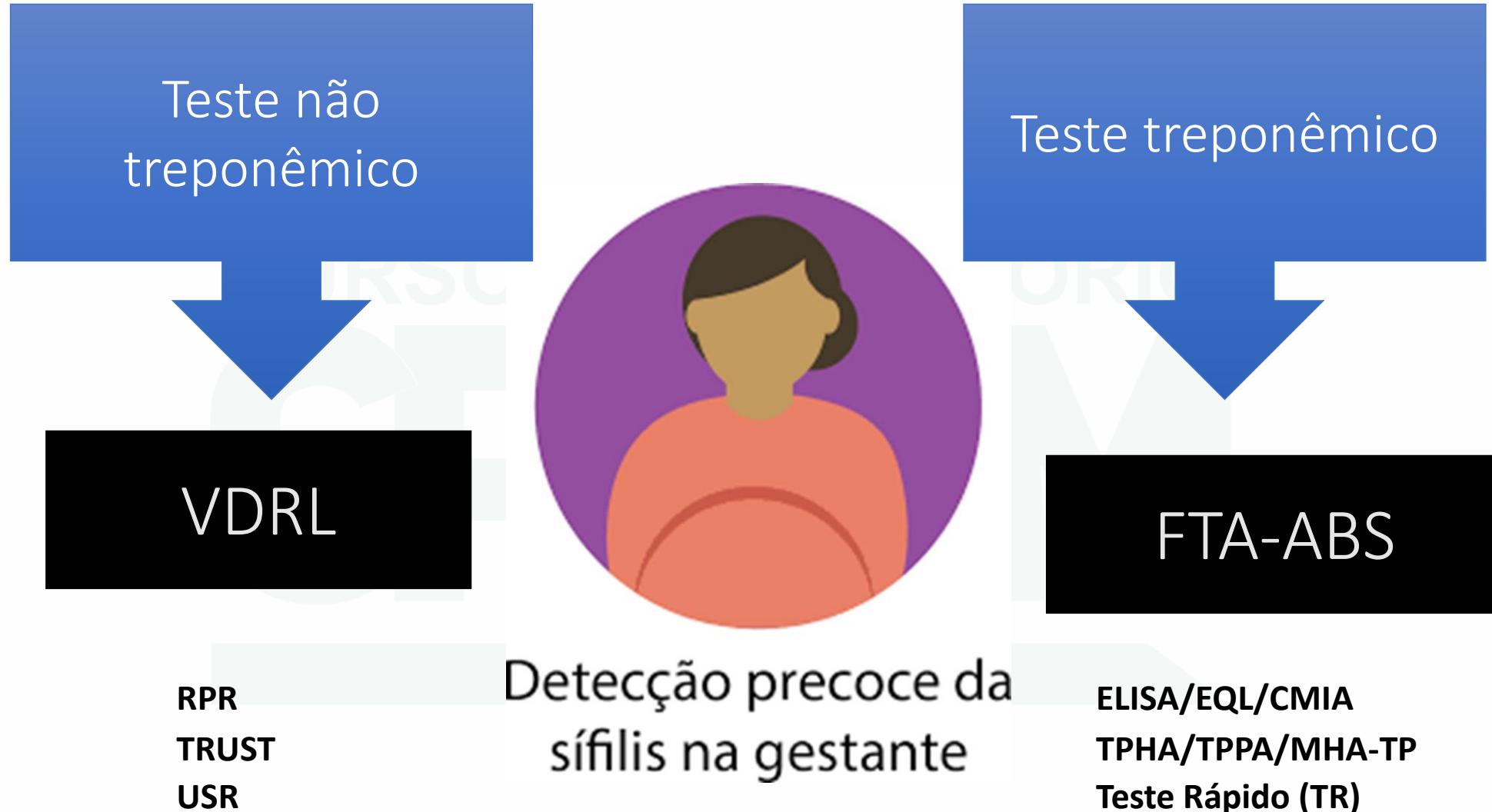
ESTADIAMENTO	PENICILINA G BENZATINA
Sífilis primária	1 série Dose total: 2.400.000 UI IM
Sífilis secundária ou latente com menos de 1 ano de evolução	2 séries Dose total: 4.800.000 UI IM
Sífilis terciária ou com mais de um ano de evolução ou com duração ignorada	3 séries Dose total: 7.200.000 UI IM

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	ALTERNATIVA ^a (EXCETO PARA GESTANTES)	SEGUIMENTO (TESTE NÃO TREPONÊMICO)
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes, o controle deve ser mensal)
Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas ^b . Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes, o controle deve ser mensal)
Neurossífilis	Benzilpenicilina potássica/cristalina 18–24 milhões UI, 1x/dia, EV, administrada em doses de 3–4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias	Ceftriaxona 2g IV, 1x/dia, por 10–14 dias	Exame de LCR de 6/6 meses até normalização

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	ALTERNATIVA^a (EXCETO PARA GESTANTES)	SEGUIMENTO (TESTE NÃO TREPONÊMICO)
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes, o controle deve ser mensal)



- Dever ser administrada exclusivamente por via **intramuscular (IM)**.
- A região **ventro-glútea** é a via preferencial.
- Outros locais alternativos para aplicação são a região do vasto lateral da coxa e o dorso glúteo.



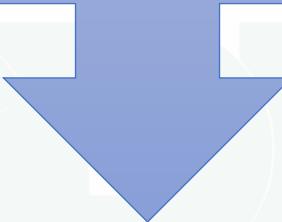
**Teste não
treponêmico**

Reagentes cerca de
1 a 3 sem após o
aparecimento do
cancro duro

Teste treponêmico

- São os primeiros a se tornarem reagentes.
- Permanecem reagentes por toda a vida, mesmo após o tratamento.
- São importantes para o diagnóstico, mas não indicados para monitorar a resposta ao tratamento.

Igual ou abaixo de 1:4
Cicatriz ou início da
doença



1:1	1:2	1:4	1:8	1:16	1:32	1:64	1:128
-----	-----	-----	-----	------	------	------	-------



Igual ou acima de 1:8
doença em atividade

Reacao de VDRL (Modificado)

Material: Soro

Resultado: Reagente 1/64

Fluxograma 2 - Manual Tecnico do Diagnostico da Sifilis
Ministerio da Saude (2016)

Conclusao: Amostra reagente para Sifilis

Data liberacao: 21/12/2020 as 16:33

Exame liberado por Thais Pavan Basseto CRBio: 64592/01D

Exame assinado por Dra. Erika Cano Passos - CRBM 10294

Responsavel Medica Dra. Eliana Borges N. Rodrigues - CRM 40097

O QUE CARACTERIZA A CURA SOROLÓGICA?

CURSO PREPARATÓRIO



1:1	1:2	1:4	1:8	1:16	1:32	1:64	1:128
-----	-----	-----	-----	------	------	------	-------



Pesquisa serica de Anticorpos Treponemicos

Material: Soro

Metodo: Quimioluminescencia

Resultado: Reagente

Valor de referencia: Nao reagente

Data coleta: 29/08/2019 as 21:27

Exame liberado por Thais Pavan Basseto CRBio: 64592/01D

Exame assinado por Dr. Fabio De Souza Modesto - CRBM 12753

Responsavel Medica Dra. Eliana Borges N. Rodrigues - CRM 40097

Reacao de VDRL (Modificado)

Material: Soro

Metodo: Quimioluminescencia

Resultado: Reagente 1/4

Valor de referencia: Nao Reagente

Teste treponêmico



FTA-ABS IgM



Para confirmar a
fase de atividade
da doença quando
os títulos são
menores de 1:8

Diagnóstico laboratorial de Sífilis

VDRL (+)	FTA-ABS (+)	Diagnóstico de sífilis
VDRL (+)	FTA-ABS (-)	Indicativo de outra doença (falso positivo)
VDRL (-)	FTA-ABS (+)	Sífilis em fase bem inicial ou sífilis curada
VDRL (-)	FTA-ABS (-)	Não é sífilis

Questões



Questão 22

Das alternativas abaixo, aquela que apresenta uma informação FALSA sobre exames laboratoriais solicitados no pré-natal de gestantes com sífilis é:

- (A) VDRL negativo e FTA-ABS positivo indicam sífilis em fase bem inicial ou já curada
- (B) VDRL positivo e FTA-ABS negativo indicam outra doença que não sífilis
- (C) VDRL positivo e FTA-ABS positivo confirmam o diagnóstico de sífilis
- (D) VDRL negativo e FTA-ABS negativo indicam a repetição do exame em 30 dias

Questão 22

Das alternativas abaixo, aquela que apresenta uma informação FALSA sobre exames laboratoriais solicitados no pré-natal de gestantes com sífilis é:

- (A) VDRL negativo e FTA-ABS positivo indicam sífilis em fase bem inicial ou já curada
- (B) VDRL positivo e FTA-ABS negativo indicam outra doença que não sífilis
- (C) VDRL positivo e FTA-ABS positivo confirmam o diagnóstico de sífilis
- (D) VDRL negativo e FTA-ABS negativo indicam a repetição do exame em 30 dias

O que é considerado tratamento inadequado?



Jarisch-Herxheimer



Reação de Jarisch-Herxheimer

1^a dose de penicilina → exacerbação das lesões cutâneas, com eritema, dor ou prurido → regredem após 12 a 24 horas, sem a necessidade de suspender o tratamento.

Vem acompanhada de febre, artralgia e mal-estar.

Questões



Questão 23

No tratamento de gestantes com sífilis, após a primeira dose de penicilina, a paciente pode apresentar exacerbação das lesões cutâneas com eritema, dor ou prurido, as quais regridem espontaneamente após doze a vinte e quatro horas, sem a necessidade de descontinuidade do tratamento. Assinale a opção que corresponde a esta manifestação clínica:

- (A) Síndrome de Lyell
- (B) Síndrome de Stevens-Johnson
- (C) Reação treponêmica
- (D) Reação de Jarisch-Herxheimer
- (E) Síndrome do homem vermelho

Questão 23

No tratamento de gestantes com sífilis, após a primeira dose de penicilina, a paciente pode apresentar exacerbação das lesões cutâneas com eritema, dor ou prurido, as quais regridem espontaneamente após doze a vinte e quatro horas, sem a necessidade de descontinuidade do tratamento. Assinale a opção que corresponde a esta manifestação clínica:

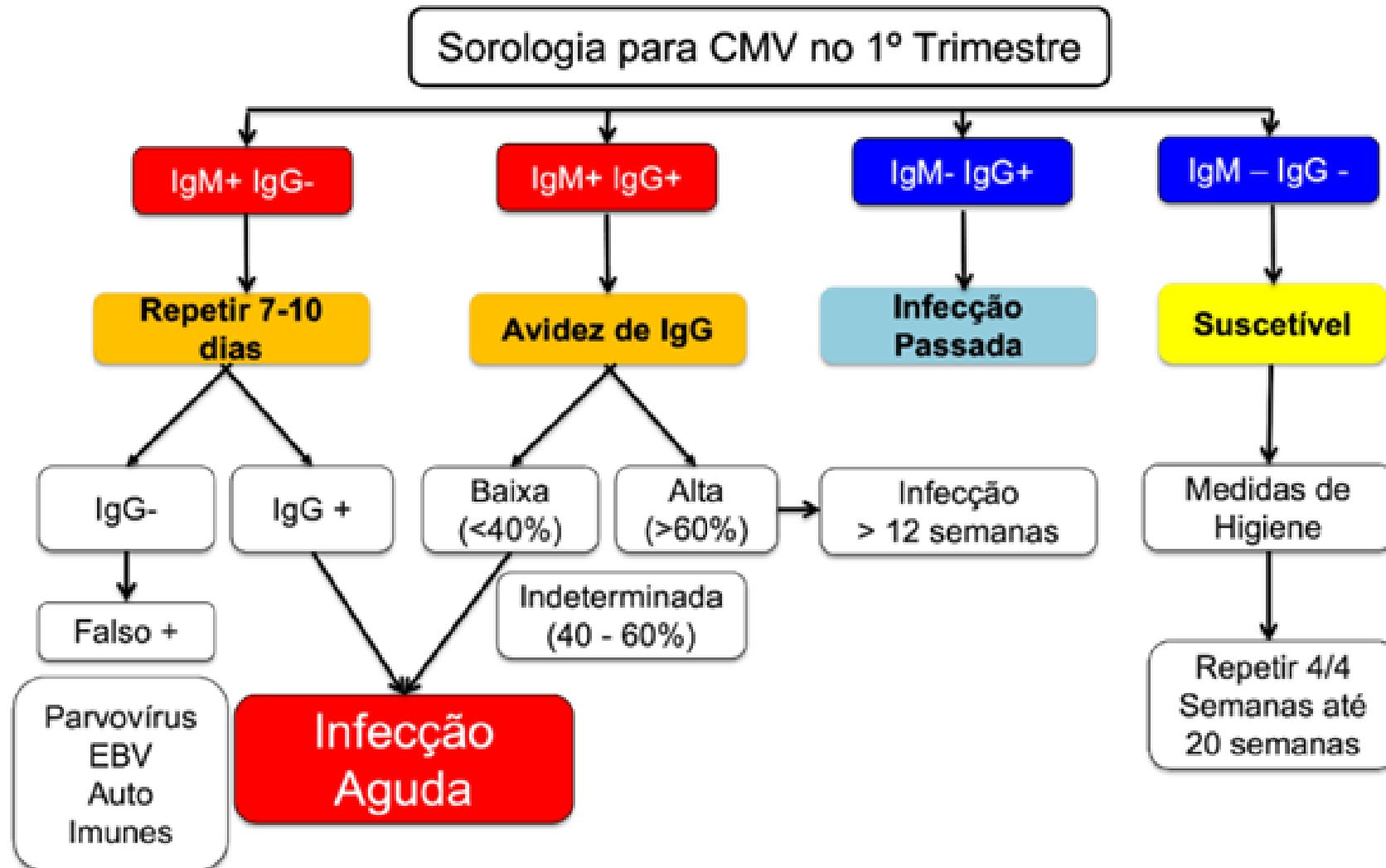
- (A) Síndrome de Lyell
- (B) Síndrome de Stevens-Johnson
- (C) Reação treponêmica
- (D) Reação de Jarisch-Herxheimer
- (E) Síndrome do homem vermelho



TÓRIO
M
CITOMEGALOVÍRUS

- É um herpesvírus tipo 5 que apresenta grande relevância no período gravídico-puerperal em virtude da sua capacidade de gerar danos fetais.
- Período de incubação - varia de 28 a 60 dias (média de 40 dias), e a transmissibilidade permanece possível por 2 anos após a primoinfecção.
- Após a infecção, o vírus permanece latente e pode ser reativado em situações de imunodepressão. O ser humano é o único reservatório.
- A transmissão vertical pode ocorrer por via transplacentária, por secreções durante o parto e na amamentação. A infecção na gestação pode gerar abortamento e malformações, havendo tropismo pelo sistema nervoso central.

- O quadro clínico é assintomático na maioria das vezes, podendo apresentar sintomas inespecíficos, como febre, calafrios, sudorese exantema, dor articular, linfoadenopatia, anorexia, cansaço, mal-estar, entre outros.
- Gestantes com filhos em idade escolar, babás e professoras infantis compõem o grupo de maior risco associado à presença de sintomas gripais.
- A IgM torna-se reagente 1 a 3 semanas após a infecção e permanece reagente por 9 a 12 meses. A IgG torna-se reagente 3 a 5 semanas após a infecção e permanece reagente por tempo indeterminado.



- **Pacientes com infecção aguda** - IgM e IgG reagentes. Realização do teste de avidez para IgG, condicionada à positividade do IgM e do IgG.
 - Nos casos de IgM reagente e IgG não reagente, deve-se realizar nova coleta entre 7 a 10 dias. Nas infecções agudas, o IgG deve se tornar reagente. Nos casos em que o IgG permanecer não reagente, configurar-se-á falso positivo para citomegalovírus.

- Gestantes suscetíveis (IgG e IgM não reagentes) devem realizar medidas profiláticas que são:
 - Assumir que crianças <3 anos tenham citomegalovírus na urina e na saliva.
 - Lavar as mãos com sabão e água quente após qualquer cuidado com a criança.
 - Não compartilhar talheres, copos, toalhas, lençóis e travesseiros.
 - Evitar dormir na mesma cama.
 - Lavar as roupas separadamente.
- Uso de máscara em caso de infecção confirmada.

Tratamento – valaciclovir 2g de 6/6h até 21 sem de gestação → custo elevado e não é fornecido pelo SUS.

A infecção aguda por citomegalovírus em lactantes pode ser transmissível através da amamentação, devendo-se, portanto, considerar riscos e benefícios.

O Manual de Normas e Rotinas de Aleitamento Materno da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) recomenda:

- Não amamentar RN com IG <32 semanas ou peso ≤1,5kg. Ofertar preferencialmente leite materno pasteurizado e, na ausência deste, fórmula artificial.
- No RN de termo, deve-se recomendar a amamentação, mas a paciente deve ser informada de que pode haver doença sintomática no RN

PUBLICAÇÃO E REDE SOCIAL



Instagram



@prof.luciane.pereira