MS/SAA/CGMDI/COBED
BIBLIOTECA

GESTAÇÃO DE ALTO RISCO
Manual Técnico

AGE
WQ 240
B823g
4. ed., v.3
2000

4ª EDIÇÃO
MINISTÉRIO DA SAÚDE
BRASÍLIA 2000

Ministério da Saúde
Secretaria de Políticas de Saúde
Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas
Área Técnica de Saúde da Mulher

GESTAÇÃO DE ALTO RISCO
Manual Técnico

4ª EDIÇÃO

BRASÍLIA 2000

ELABORAÇÃO:

3ª EDIÇÃO, 2000
Dirlene Mafalda I. Silveira
Jacob Arkader
Janine Schirmer
José Guilherme Cecatti
José Júlio Tedesco
Sara Romera Sorrentino
Suzanne Serruya

COLABORAÇÃO:
Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos
Angela de A. Jacob Reichelt
Beatriz Helena Tess
Geraldo Duarte
Maria Inês Schmidt
Maria Lúcia da Rocha Oppermann
Marinice Coutinho
Mary Angela Parpanelli
Ricardo Fescina
Valdiléa G. Veloso dos Santos

©Ministério da Saúde, 2000.
É permitida a reprodução total, desde que citada a fonte.

Tiragem: 15.000 exemplares
Edição, distribuição e informações:
Ministério da Saúde
Área Técnica da Saúde da Mulher
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 6º andar
CEP: 70.058-900
Tel.: (0xx61) 223-5591
Fax: (0xx61) 322-3912

4ª EDIÇÃO - DEZEMBRO/2000 - TIRAGEM 15.000 EX.
EDIÇÃO REVISADA:
Martha Susana Penzo de Fescina
Renato Passini Júnior
Ricardo Fescina
Suzane Serruya

BIBLIOTECA
Ministério da Saúde
Registro
ML 858 R$ 10,00
3/06/02 ex: 3

ISBN 85-334-0228-7
9 788533 402287

Gestação de Alto Risco / Secretaria de Políticas, Área Técnica da Saúde da Mulher. – Brasília : Ministério da Saúde, 2000.

164 p.

1. Gravidez de alto risco. 2. Puerpério. I. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 9

INTRODUÇÃO 11

GESTAÇÃO DE ALTO RISCO 13

PARTE 1 – DOENÇAS OBSTÉTRICAS 19

1. SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ 21
   1.1. Pré-Eclâmpsia 23
   1.2. Iminência de Eclâmpsia/Eclâmpsia 28
   1.3. Síndrome Hellp 30

2. SÍNDROMES HEMORRÁGICAS 33
   2.1. Hemorragias da primeira metade da gravidez 33
      2.1.1. Abortamento 33
      2.1.2. Abortamento Habitual 35
      2.1.3. Gravidez Ectópica 36
      2.1.4. Mola Hidatiforme 36
      2.1.5. Descolamento cório-amniótico 38
   2.2. Hemorragias da segunda metade da gravidez 38
      2.2.1. Placenta Prévia 38
      2.2.2. Descolamento Prematuro da Placenta 39
      2.2.3. Rotura Uterina 40

3. DESVIOS DO CRESCIMENTO FETAL 43
   3.1. Retardo do Crescimento Intra-Uterino 43
   3.2. Macrossomia Fetal 45

4. ALTERAÇÕES DA DURAÇÃO DA GRAVIDEZ 47
   4.1. Insuficiência Istmo-cervical 47
   4.2. Trabalho de Parto Prematuro 48
   4.3. Gestação Prolongada 51

5. ALTERAÇÕES DO VOLUME DE LÍQUIDO AMNIÓTICO 53
   5.1. Oligoâmnio 53
   5.2. Polidrâmnio 54

6. ÊMESE E HIPERÊMESE 57

7. GESTAÇÃO MÚLTIPLA 59

8. ALOIMUNIZAÇÃO MATERNO-FETAL 61

9. AMNIORREXE PREMATURA 63
9.1. Corioamnionite 65

10. ÓBITO FETAL 67

11. CESÁREA ANTERIOR 69

PARTE 2 – INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS 71

1. INFECÇÕES 73
1.1. Infecção urinária 73
1.2. Toxoplasmose 74
1.3. Malária 76
1.4. Hanseníase 80
1.5. Rubéola 82
1.6. Citomegalovírus 84
1.7. Doenças Sexualmente Transmissíveis 85
1.7.1. Sífilis 85
1.7.2. Hepatites B e C 88
1.7.3. Infecção pelo HIV 88
1.7.4. Infecção pelo Papiloma Vírus 94
1.7.5. Herpes Simples Vírus 95
1.7.6. Vaginose Bacteriana 95

2. HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA 99

3. ANEMIAS 105
3.1. Anemia Ferropriva 105
3.2. Anemia Megaloblástica 105
3.3. Anemia Falciforme 106
3.4. Talassemias 106
3.5. Anemia Microangiopática 107

4. ENDOCRINOPATIAS 109
4.1. Diabete Melito 109
4.2. Tireoidopatias 114
4.2.1. Hipotireoidismo 114
4.2.2. Hipertireoidismo 114
4.2.3. Crise Tireotóxica 115
4.2.4. Carcinoma de Tireóide 116

5. CARDIOPATIAS 117

6. PNEUMOPATIAS 119
6.1. Asma 119
6.2. Pneumonia 120
6.3. Tuberculose 120

7. LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO 121

8. SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDE 123

9. TROMBOEMBOLISMO 125

10. EPILEPSIA 127

PARTE 3 – AVALIAÇÃO FETAL 129

1. AVALIAÇÃO DA VITALIDADE 131
1.1. Métodos Clínicos 131
1.1.1. Registro diário dos movimentos fetais 131
1.1.2. Prova de aceleração cardíaca fetal 132
1.2. Métodos Biofísicos 133
1.2.1. Cardiotocografia anteparto de repouso 133
1.2.2. Perfil Biofísico Fetal 134
1.2.3. Dopplervelocimetria 135

2. AVALIAÇÃO DA MATURIDADE FETAL 137
2.1. Métodos Clínicos 137
2.1.1. Estabelecimento da Idade Gestacional 137
2.1.2. Exame do Líquido Amniótico 138
2.2. Métodos Laboratoriais 139
2.2.1. Exame do Líquido Amniótico 139
2.2.2. Exame Ultra-sonográfico 140

PARTE 4 – ANTECIPAÇÃO ELETIVA DO PARTO 143

1. ANTECIPAÇÃO ELETIVA DO PARTO 145

PARTE 5 – ATENDIMENTO À GESTANTE COM RISCO DE VIDA 149

1. ATENDIMENTO À GESTANTE COM RISCO DE VIDA 151

PARTE 6 – ANEXOS 155

1. NORMAS DE BIOSSEGURANÇA E PARTO 157

2. CUIDADOS ESPECÍFICOS DURANTE O PARTO 159

3. DIAGNÓSTICO SOROLÓGICO DA INFECÇÃO PELO HIV 161

APRESENTAÇÃO

Promover a maternidade segura é compromisso do Ministério da Saúde e de todos nós. Além de garantir o pré-natal e humanizar o atendimento, entre outras ações, é preciso dedicar atenção especial a uma pequena parcela de mulheres grávidas, por serem portadoras de doenças que se agravam com a gestação ou são desencadeadas nesse período.

Para atender às necessidades desse segmento, os estados estão recebendo assessoria técnica e recursos financeiros com o objetivo de desenvolver projetos de reorganização dos sistemas de atenção à gestação de risco.

O Manual Técnico de Gestação de Alto Risco que o Ministério da Saúde apresenta vem esclarecer procedimentos e contribuir para a capacitação dos profissionais de saúde em todo o Brasil.

JOSÉ SERRA
Ministro da Saúde

INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil por causas originárias do período perinatal vem aumentando no Brasil. Sabe-se que esses óbitos são preveníveis em sua maioria, mas para tal é necessária participação ativa do sistema de saúde. Vários países em desenvolvimento já conseguiram obter resultados satisfatórios. Isso foi possível pela ação organizada, ampla, integrada e com cobertura abrangente, utilizando tecnologias simplificadas e economicamente viáveis.

Após a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, em 1994, no Cairo, evoluiu o conceito de saúde reprodutiva, ganhando enfoque igualmente prioritário os indicadores de saúde relativos à morbidade, à mortalidade e ao bem-estar geral da população feminina. Esse conceito lança novo olhar, ampliando a cidadania das mulheres para além da maternidade.

A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar desse fato, há pequena parcela de gestantes que, por terem características específicas, ou por sofrerem algum agravo, apresenta maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Essa parcela constitui o grupo chamado de "gestantes de alto risco".

Esta visão do processo saúde-doença, denominada Enfoque de Risco, fundamenta-se no fato de que nem todos os indivíduos têm a mesma probabilidade de adoecer ou morrer, sendo tal probabilidade maior para uns que para outros.

Essa diferença estabelece um gradiente de necessidade de cuidados que vai desde o mínimo, para os indivíduos de baixo risco ou baixa probabilidade de apresentar esse dano, até o máximo, necessário para aqueles com alta probabilidade de sofrer danos à saúde. A identificação de indivíduos de alto e baixo risco faz com que a equipe de saúde disponha de instrumentos discriminadores no processo de recomendar, gerar e fornecer cuidados à saúde, de maneira diferenciada.

As necessidades de saúde do grupo de baixo risco são resolvidas, de maneira geral, com procedimentos simples no nível primário de assistência. As do grupo de alto risco geralmente requerem técnicas mais especializadas. Ainda que alguns casos possam ser solucionados no nível primário de assistência, outros necessitarão do nível secundário e terciário, com equipe de saúde e tecnologia sofisticadas.

As normas de assistência devem diferir segundo o grau de risco que o indivíduo apresente. Assim, o controle pré-natal da gestante de baixo risco será diferente daquela de alto risco, seja em objetivos, conteúdos, número de consultas pré-natais e tipo de equipe que presta a assistência.

A finalidade da presente norma é auxiliar a equipe de saúde, disponibilizando instrumentos no processo de organização da assistência materna e perinatal, uniformizando conceitos e critérios para a abordagem da gestação de alto risco. Ela pretende cobrir os aspectos clínicos associados à gestação de risco, sem se superpor às informações e recomendações de outras normas e manuais técnicos do Ministério da Saúde, incluindo o de pré-natal, de parto e puerpério, de doenças sexualmente transmissíveis, de emergências e outros.

Por outro lado, com a forma esquemática adotada, pretende-se facilitar o processo de tomada de decisões no atendimento obstétrico e perinatal, sem dispensar o conhecimento de outras fontes técnico-científicas.

GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

Toda gestação traz em si mesma risco para a mãe ou para o feto. No entanto, em pequeno número delas esse risco está muito aumentado e é então incluído entre as chamadas gestações de alto risco. Desta forma, pode-se conceituar gravidez de alto risco **"aquela na qual a vida ou saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido, têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada"** (Caldeyro-Barcia, 1973).

O interesse pela gestação de alto risco data da década de sessenta e, como seria de se esperar, despertou a atenção de inúmeros estudiosos, no mundo inteiro. Para a generalização dos conhecimentos, o primeiro passo era a identificação, em determinada população, daquelas que tivessem fatores de risco. Assim, surgiram inúmeras tabelas e escores na literatura mundial, diferentes entre si, por relatarem realidades de países, ou mesmo regiões diferentes.

No Brasil, por suas grandes dimensões e, principalmente pelas diferenças sócio-econômico-culturais, evidenciam-se fatores de risco diversos para as várias regiões. Partindo-se desta constatação, parece ser de maior interesse listarem-se os fatores mais comuns na população em geral. Assim, os fatores geradores de risco podem ser agrupados em quatro grandes grupos, que são:

1. Características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis;
2. História reprodutiva anterior à gestação atual;
3. Doenças obstétricas na gestação atual;
4. Intercorrências clínicas.

As situações listadas no Quadro 1, embora de risco, devem ser abordadas, quanto ao atendimento especializado, na dependência da estruturação dos serviços locais. De maneira geral, são inicialmente atendidas no nível primário, e referenciadas posteriormente, se necessário, para níveis mais complexos de atenção. Na atenção às gestantes ditas de "baixo risco", deve-se atentar para o aparecimento ou agravamento dos referidos fatores. A ausência de controle pré-natal, por si mesma, é um fator de risco para a gestante e o recém-nascido.

Quadro 1. Fatores de risco na gravidez (Tedesco, 1999, modificado)

1. **Características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis**
- Idade menor que 17 e maior que 35 anos
- Ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse.
- Situação conjugal insegura
- Baixa escolaridade
- Condições ambientais desfavoráveis
- Altura menor que 1,45 m
- Peso menor que 45 kg e maior que 75 kg
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas

2. **História reprodutiva anterior**
- Morte perinatal explicada e inexplicada
- Recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou malformado
- Abortamento habitual
- Esterilidade/infertilidade
- Intervalo interpartal menor que 2 anos ou maior que 5 anos
- Nuliparidade e Multiparidade
- Síndrome hemorrágica ou hipertensiva
- Cirurgia uterina anterior

3. **Doença obstétrica na gravidez atual**
- Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico
- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada
- Ganho ponderal inadequado
- Pré-eclâmpsia e eclâmpsia
- Diabetes gestacional
- Amniorrexe prematura
- Hemorragias da gestação
- Aloimunização
- Óbito fetal

4. **Intercorrências clínicas**
- Hipertensão arterial
- Cardiopatias
- Pneumopatias
- Nefropatias
- Endrocrinopatias
- Hemopatias
- Epilepsia
- Doenças infecciosas
- Doenças autoimunes
- Ginecopatias

No seguimento das gestações de alto risco levam-se em consideração:

a) **Repercussões mútuas entre a doença e a gravidez**. É de suma importância o conhecimento das repercussões da gravidez sobre a doença. Para tanto, o obstetra deve ter conhecimento fundamental sobre a fisiologia da gravidez. Desconhecendo as adaptações pelas quais passa o organismo materno e, como consequência, o seu funcionamento, não há como avaliar as repercussões sobre a doença. Por outro lado, se não se conhecem os mecanismos fisiopatológicos das doenças, como integrá-los ao organismo da grávida? Portanto, o conhecimento de clínica médica é outro pré-requisito básico de quem se dispõe a atender a gestante de alto risco.

b) **Avaliação clínica**. Este conhecimento permite ao obstetra o adequado estabelecimento das condições clínicas maternas e a correta valorização da evolução da doença pela avaliação de parâmetros clínicos e laboratoriais. É evidente que para o fornecimento do melhor acompanhamento da gestante de alto risco, há necessidade de equipe multidisciplinar, constituída por especialistas de outra áreas, enfermagem, psicologia e serviço social.

c) **Avaliação obstétrica**. O estabelecimento da idade gestacional é o passo básico, como também o é o correto acompanhamento da evolução da gravidez, mediante análise e adequada interpretação dos parâmetros obstétricos (ganho ponderal, pressão arterial e crescimento uterino). O feto também é, obrigatoriamente, avaliado, considerando-se o seu crescimento e as suas condições de vitalidade e maturidade.

d) **Parto**. A antecipação do parto, evento freqüente no atendimento à gestação de alto risco, talvez represente o maior dilema vivido atualmente pelo obstetra, em relação ao feto: "morrer no útero ou morrer no berçário". Além disso, são de sua inteira responsabilidade a indicação da via de parto e o acompanhamento do trabalho de parto.

Aspecto quase esquecido, por receio ou desconhecimento, é o componente emocional no seguimento da gestação de alto risco. Assim como, organicamente, a gravidez representa desafio para condições maternas, também do ponto de vista emocional, surge como desafio adaptativo.

No conteúdo emocional da mulher grávida entram em jogo fatores psíquicos preexistentes e atuais, e, entre os últimos, os componentes da gravidez e ambientais. Este conteúdo manifesta-se através da

ansiedade, mecanismo emocional basal que se estende durante toda a gravidez, de forma crescente, até o termo.

A ansiedade tem causas várias identificáveis para cada trimestre, mas que se intercambiam psicodinamicamente. Listam-se, entre elas, ambivalência, negação, regressão, introspecção, medo, etc. Na gestação de alto risco, as dificuldades de adaptação emocional são maiores, a começar pelo rótulo que se lhes dá, "de alto risco", portanto "diferente" das demais, "normais". Some-se a isto, o próprio fator de risco, como componente estressante e dois modelos clínicos podem ser então identificados.

Quando a condição clínica preexiste à gestação, pode, por um lado, ser tomada como nova chance de vida, o triunfo sobre a doença. No entanto, por outro lado, há rotura do equilíbrio emocional anteriormente adquirido, com freqüente deterioração ou perda da auto-estima e surgimento de sentimento de incompetência; a partir daí, estabelece-se dificuldade de vinculação.

No segundo modelo, a condição de risco é diagnosticada durante a gestação e a grávida experimenta, então, todas as reações próprias do vivenciamento do luto, pela "morte da gravidez idealizada". Surgem sentimentos de culpa, raiva, censura.

A hospitalização, tão comum quanto por vezes necessária no seguimento da gravidez de alto risco, deve ser considerada como outro fator estressante adicional. Conscientiza-se a grávida da sua doença; é afastada do suporte familiar; vive conflito entre a dependência imposta e a perda de autonomia (perda do controle sobre si e sobre a gravidez).

Devem ser levadas em conta ainda neste contexto emocional, as reações da família, em tudo semelhantes às da grávida (ambivalência, culpa, raiva, luto, etc.). No grupo familiar, o parceiro desempenha papel importante, por reações que podem se manifestar através de sentimentos de exclusão, ressentimento, agressividade, culpa, etc.

Considere-se, neste ambiente emocional, o papel da equipe assistencial sob a ótica da paciente: a equipe é inominada, onipotente, autoritária, distante, fria, mal-humorada, "de falar difícil", e pouco comunicativa. Por outro lado, o médico também é visto pela grávida como super-homem ou deidade, capaz de salvar a vida dela e de seu filho.

Mas também é importante a visão que a equipe tem de si mesma, pois os sentimentos e emoções são intercambiáveis com os da paciente. A equipe trabalha entre dificuldades diagnósticas e terapêuticas; com cobranças por parte da paciente, da família ou da instituição,

obrigando-se, muitas vezes, à "política de resultados"; conta-se, ainda, o estresse profissional, podendo viver emoções tipo "montanha russa".

Desta forma, há a equipe de saúde que ter conhecimento e sensibilidade para identificar e entender o processo emocional que rodeia o acompanhamento da gestação de alto risco.

PARTE I: DOENÇAS OBSTÉTRICAS

CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ (adotada pela OMS em 1987).

A – HIPERTENSÃO E/OU PROTEINÚRIA GESTACIONAL

1. Hipertensão gestacional (sem proteinúria)
2. Proteinúria gestacional (sem hipertensão)
3. Hipertensão e proteinúria (pré-eclâmpsia)

B – HIPERTENSÃO CRÔNICA E DOENÇA RENAL CRÔNICA

1. Hipertensão arterial crônica (sem proteinúria)
2. Doença renal crônica (proteinúria e hipertensão)
3. Hipertensão crônica com pré-eclâmpsia superajuntada

C – HIPERTENSÃO E/OU PROTEINÚRIA NÃO CLASSIFICADAS

D – ECLÂMPSIA

Desenvolvimento da classificação clínica e diagnóstico diferencial entre as síndromes hipertensivas da gravidez

A1 – HIPERTENSÃO GESTACIONAL

A expressão refere-se ao aparecimento da hipertensão em consequência da gravidez, e que acontece após 20 semanas de gestação.

- presença de pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg
- aumento da pressão diastólica acima de 15 mmHg do valor conhecido previamente
- aumento da pressão sistólica acima de 30 mmHg do valor conhecido previamente
- ausência de proteinúria
- mulheres previamente normotensas e sem proteinúria
- normalização no puerpério remoto após seis semanas

Possibilidade de evolução clínica:

1. Pré-eclâmpsia quando a hipertensão associa-se à proteinúria
2. Hipertensão arterial latente ou transitória (principalmente em multíparas)

A2 – PROTEINÚRIA GESTACIONAL

- proteinúria sem hipertensão

- mulheres previamente normotensas e sem proteinúria, com diagnóstico após a 20ª semana de gestação
- normalização no puerpério remoto

Possibilidades de evolução clínica:

1. proteinúria postural (ortostática)
2. infecção urinária
3. pré-eclâmpsia (proteinúria que precede a hipertensão)
4. doença renal crônica não diagnosticada previamente
5. doença renal aguda

A3 – PRÉ-ECLÂMPSIA (hipertensão e proteinúria), nas formas leve ou grave:

- após a 20ª semana de gestação em mulheres previamente normotensas e sem proteinúria
- normalização no puerpério remoto
- aumento da pressão arterial diastólica a 90 mmHg ou mais
- aumento da pressão diastólica acima de 15 mmHg do valor conhecido previamente
- presença de 300 mg ou mais de proteínas em urina de 24 horas ou labistix (1+) ou mais

B1 – HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA

Causas:

- essencial (primária)
- vascular: vasculite, coarctação de aorta
- endócrina: supra-renal (feocromocitoma)
- induzida por droga
- de origem renal

Diagnóstico clínico:

1. hipertensão antes de 20 semanas de gravidez
2. hipertensão crônica comprovada em qualquer idade gestacional
3. hipertensão que persiste após seis semanas de puerpério

B2 – DOENÇA RENAL CRÔNICA

- glomerulonefrite (secundária ou idiopática)
- túbulo intersticial (infecciosa, tóxica ou metabólica)

Achados clínicos:

- proteinúria prévia à 20ª semana de gravidez
- proteinúria na presença de doença renal previamente conhecida em qualquer idade gestacional
- proteinúria persistente no puerpério remoto

B3 – HIPERTENSÃO CRÔNICA COM PRÉ-ECLÂMPSIA SUPERAJUNTADA

Diagnóstico clínico:

1. piora da hipertensão arterial, com aumento de pelo menos 15 mmHg da pressão arterial diastólica sobre os níveis prévios
2. desenvolvimento de proteinúria
3. fundo de olho com exsudato, edema e/ou hemorragia retiniana

Diagnóstico específico:

- biópsia renal com simultaneidade de lesões renais e de endoteliose capilar glomerular

C – HIPERTENSÃO E/OU PROTEINÚRIA NÃO CLASSIFICADAS

Esta categoria é muito útil na prática clínica, por permitir que o diagnóstico clínico do quadro hipertensivo gestacional seja revisto no puerpério.

- primeira consulta de pré-natal após 20 semanas
- idade gestacional duvidosa ou ignorada, mas clinicamente superior a 20 semanas
- história clínica com informações inconclusivas para o diagnóstico de hipertensão arterial crônica

Reclassificação no puerpério, após seis semanas:

1. hipertensão e/ou proteinúria gestacional: desaparecem a hipertensão e/ou a proteinúria
2. hipertensão crônica ou doença renal crônica: persistem a hipertensão ou a proteinúria, ou ambas
3. hipertensão arterial crônica com pré-eclâmpsia superajuntada: persiste a hipertensão e desaparece a proteinúria

D – ECLÂMPSIA

É a presença de convulsões tônico-clônicas generalizadas em mulher com quaisquer dos quadros hipertensivos descritos, não causadas por epilepsia ou qualquer outra patologia convulsiva, e que pode ocorrer na gravidez, parto ou até dez dias de puerpério.

1.1. PRÉ-ECLÂMPSIA

Conceitua-se como pré-eclâmpsia (PE) o aparecimento de hipertensão arterial acompanhada de proteinúria em gestação acima de 20 semanas, podendo haver ou não edema. Anteriormente a este período, pode surgir acompanhando doença trofoblástica gestacional.

Assim, considera-se hipertensão o aumento dos níveis tensionais de 140 x 90 mmHg, confirmado após período de repouso. A pressão arterial deve ser aferida com a paciente sentada, anotando-se o 1º e 5º ruídos (aparecimento e abafamento das bulhas) como indicadores das pressões sistólica e diastólica.

Como proteinúria significativa, consideram-se os valores maiores ou iguais a 300 mg em 24 horas ou Labstix de (+) ou mais em amostra casual.

O edema, quando existente, pode ser localizado ou generalizado. Deve ser realçado o chamado "edema oculto", explicitado pelo ganho ponderal excessivo e que somente é creditado quando associado a quadro hipertensivo.

Consideram-se fatores de risco para a pré-eclâmpsia:

- primigestas
- antecedentes familiares de pré-eclâmpsia/eclâmpsia
- antecedente pessoal de pré-eclâmpsia/eclâmpsia
- gestação gemelar
- hipertensão arterial crônica, nefropatia, lupus, diabetes
- mudança de parceiro

A pré-eclampsia é classificada em leve ou grave, de acordo com o grau de comprometimento. Considera-se **grave** quando presente um ou mais dos seguintes critérios:

- pressão arterial diastólica igual/maior que 110 mmHg;
- proteinúria igual/maior que 2,0 g/l em 24 horas;
- oligúria (menor que 500 ml/dia, ou 15 ml/hora);
- níveis séricos de creatinina maiores que 1,2 mg/dl;
- sinais de encefalopatia hipertensiva;
- sinais de insuficiência cardíaca;
- dor epigástrica ou no hipocôndrio direito;
- plaquetopenia (< 100.000 / mm^3);
- aumento de enzimas hepáticas (AST ou TGO, ALT ou TGP, DHL desidrogenase láctica) e de bilirrubinas;
- presença de esquizócitos em esfregaço de sangue periférico;
- presença de RCIU e/ou oligoâmnio;
- evidência clínica e/ou laboratorial de coagulopatia

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é essencialmente clínico e dado pela própria conceituação. Além da proteinúria, não há nenhum dado laboratorial que possa ser tomado como indicador seguro da doença.

CONDUTA

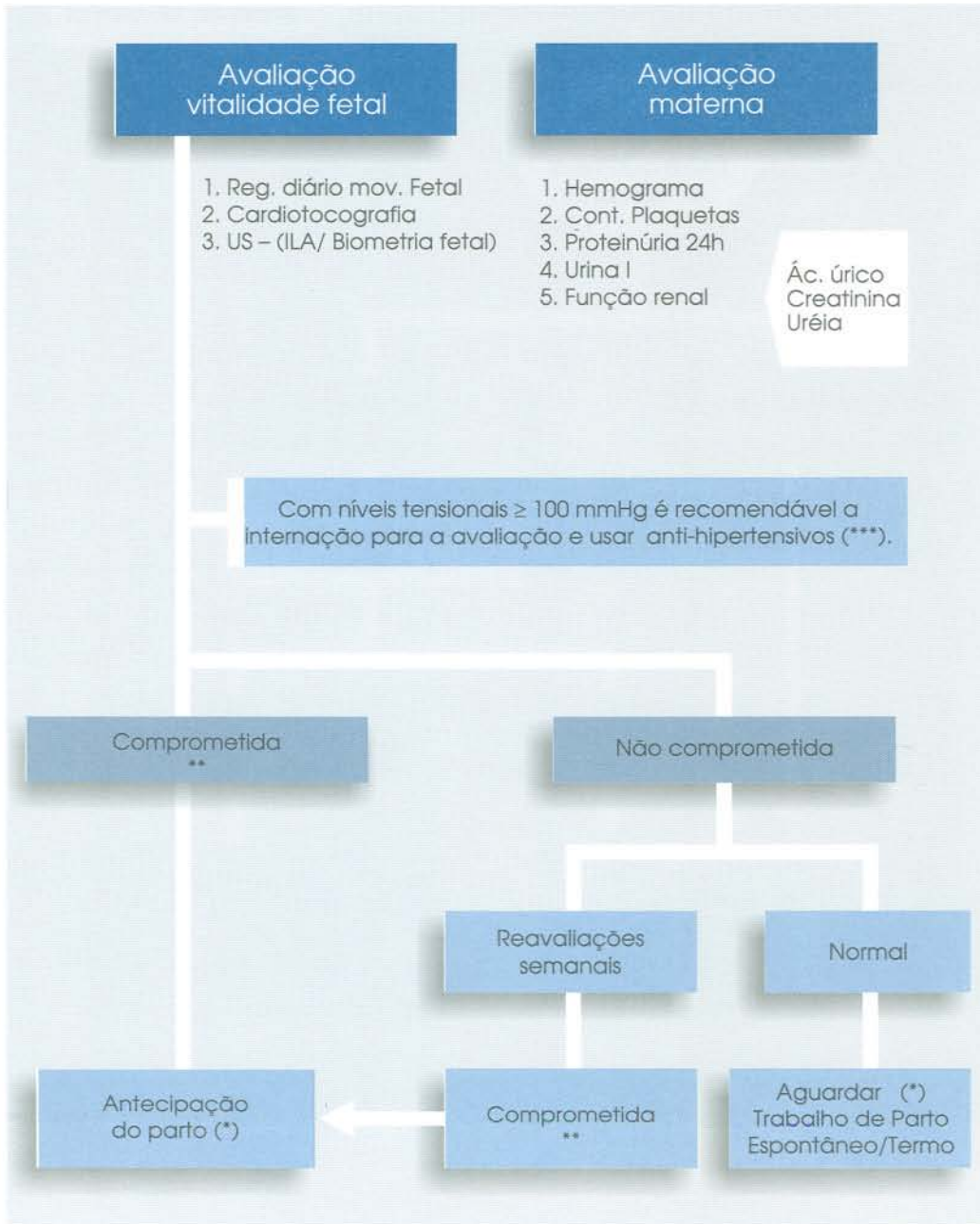
O estabelecimento de conduta frente à PE deve levar em consideração duas variáveis; idade gestacional e gravidade do quadro.

Desta forma, três eventualidades devem ser analisadas:

a) Pré-eclâmpsia leve no pré-termo (Esquema 1)
b) Pré-eclâmpsia leve no termo (Esquema 2)
c) Pré-eclâmpsia grave no pré-termo e termo (Esquema 3)

PRÉ-ECLÂMPSIA LEVE PRÉ-TERMO (Esquema 1)

- Tratamento ambulatorial: consultar a cada 7 – 15 dias
- Repouso
- Dieta normossódica
- Controle do ganho excessivo de peso



(*) Via de parto: indicação obstétrica – não ultrapassar 40 semanas

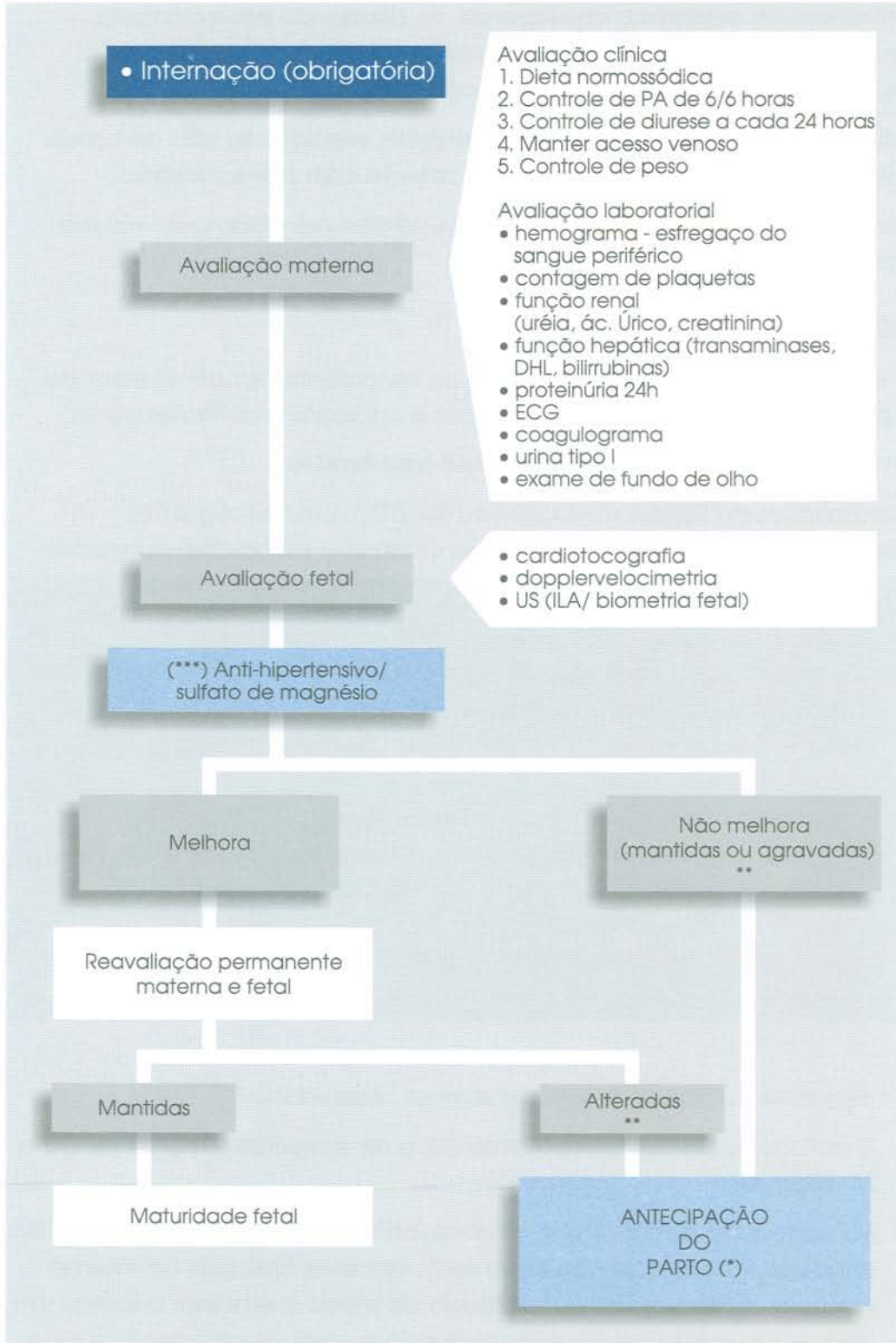
(**) Corticóides: usar entre 26ª e 34ª sem. (ver esquema completo na página 51)

(***) Anti-hipertensivos: 1. α metildopa – 750 mg a 2,0 g/dia
2. Hidralazina – 50 a 200 mg/dia
3. β-bloqueadores (Pindolol) - 10 a 30 mg/dia
4. Nifedipina – 20 a 60 mg/dia

Obs: NÃO USAR DIURÉTICOS: reduzem o volume intravascular e a perfusão placentária já reduzidos na pré-eclâmpsia.

PRÉ-ECLÂMPSIA LEVE TERMO (Esquema 2)

PRÉ-ECLÂMPSIA GRAVE PRÉ-TERMO E TERMO (Esquema 3)



(*) Via de parto: indicação obstétrica

(**) Corticóides: usar entre 28 e 34 sem.

(***) Anti-hipertensivos: 1. Hidralazina – 50 a 200 mg/dia
2. β-Bloqueador (Pindolol) – 10 a 30 mg/dia
3. Nifedipina – 20 a 60 mg/dia

1.2. IMINÊNCIA DE ECLÂMPSIA/ECLÂMPSIA

Iminência de eclâmpsia corresponde ao quadro de pré-eclâmpsia grave, caracterizado clinicamente por sinais de encefalopatia hipertensiva, dor no epigástrio e hipocôndrio direito.

Eclâmpsia é o aparecimento de convulsões seguidas ou não de coma, não atribuíveis a outras causas, em paciente com pré-eclâmpsia.

Assim, fica claro que não existe eclâmpsia sem pré-eclâmpsia; ela é a fase mais grave da mesma doença.

CONDUTA

A *conduta clínica* na eclâmpsia visa ao tratamento das convulsões, da hipertensão, dos distúrbios metabólicos e cuidados e controles gerais.

a) Tratamento Anticonvulsivante e Anti-hipertensivo

Feito através do Sulfato de Magnésio ($MgSO_4$). Um dos seguintes esquemas é utilizado na iminência de eclâmpsia ou na crise convulsiva:

- Aplicar a dose inicial de 4g a 10% por via intravenosa, associada a 10g, aplicadas em via intramuscular, na concentração de 50%, aplicadas (5g em cada glúteo). A manutenção é feita através da administração de 5g, a cada 4 horas, também por via intramuscular. (Esquema de Pritchard)
  ou
- Aplicar inicialmente a dose de ataque de 4g a 10% por via intravenosa, seguida da dose de manutenção também por via intravenosa de cerca de 1g/h (obtida com uma solução de SG 5% 400 ml e 10 ampolas de sulfato de Magnésio a 10%, velocidade de infusão de 16 gotas/minuto). (Esquema de Zuspan).

Os seguintes cuidados devem ser sempre observados:

- A aplicação da dose intravenosa deve ser efetuada lentamente (15 a 20 minutos).
- Na aplicação intramuscular deve-se, primeiramente, proceder rigorosa antissepsia. A solução não deve ser totalmente aplicada no mesmo ponto: a agulha deve ser mobilizada de modo a espalhar o líquido em "leque". A aplicação deve ser profunda e pode-se associar lidocaína para diminuir a dor.
- A administração da manutenção deverá ser suspensa caso a freqüência respiratória tenha menos de 16 incursões por minuto, os reflexos patelares estejam completamente abolidos, ou a diurese seja inferior a 100 ml durante as 4 horas precedentes.

- O gluconato de cálcio a 10% atua como antídoto. É indispensável manter sempre à mão uma ampola de 10 ml, para aplicação imediata no caso de eventual parada respiratória, apesar de raramente ocorrer quando devidamente observadas as normas de aplicação e vigilância do sulfato de magnésio.

Deve-se estar atento para as diferentes concentrações das apresentações existentes no mercado:

- **$MgSO_4.7H_2O$ a 50%: 1 amp = 10ml = 5g**
- **$MgSO_4.7H_2O$ a 20%: 1 amp = 10ml = 2 g**
- **$MgSO_4.7H_2O$ a 10%: 1 amp = 10ml = 1g**
- **Diluição 4g a 20%: 8 ml de $MgSO_4.7H_2O$ + 12 ml de soro fisiológico a 0,9% = 4g = 20ml a 20% (20ml, correr 1ml por minuto).**

- Na recorrência de convulsões, utilizam-se mais 2g IV e aumenta-se a velocidade de infusão do sulfato de magnésio. Na persistência delas, com crises subentrantes, pode-se optar pela fenil-hidantoína, segundo o esquema:

  -> ataque: 250 mg + SG 5% 250 ml IV em gotejamento até completar a dose total de 750 mg.

  -> manutenção: 100 mg 8/8 h IV e, a seguir, 100 mg 8/8 h VO, até a alta

b) Tratamento Anti-hipertensivo

Vários medicamentos são propostos, sendo o mais aceito a hidralazina.

- Hidralazina, em dose de 5 a 20 mg IV em "bolus", intermitente em intervalos de 20 minutos (1 ampola = 20 mg; diluir em 9 ml de SF 0,9% e aplicar 2,5 ml ou 5 mg). Repetir medida de PA após 20 min. Frente ao controle inadequado da PA, deve-se repetir a dose de 5 a 10 mg até o máximo de 20 mg. Como alternativa, administra-se em infusão contínua venosa (40 mg de hidralazina diluídos em 500 ml de soro glicosado a 5%, na velocidade que permita administração de 5 a 10 mg/h).

Outros anti-hipertensivos disponíveis:

1) verapamil - (50 mg em SG 5%) IV
2) nifedipina – 3 a 5 gotas SL (sub-lingual) a cada 40 minutos

c) Tratamento Dos Distúrbios Metabólicos

Visa ao restabelecimento do equilíbrio ácido-base, do equilíbrio hidro-eletrolítico, das condições respiratórias, etc.

d) Cuidados Gerais

- Manter o ambiente tranquilo, o mais silencioso possível
- Decúbito elevado a 30° e face lateralizada
- Cateter nasal ou máscara com oxigênio (5l/min)
- Punção de veia central ou calibrosa
- Sonda vesical contínua

- A *conduta obstétrica* visa à estabilização do quadro materno, à avaliação das condições de bem-estar fetal e à antecipação do parto, em qualquer idade gestacional. Tentar transferir a gestante para um centro terciário de atenção, sobretudo em situações de prematuridade.

- O parto pode ser por via vaginal, desde que existam condições favoráveis de colo uterino, vitalidade fetal, condições maternas e hospital com recursos materiais e humanos adequados para o controle deste tipo de gestante.

Na eventualidade de ser necessária uma cesariana, a anestesia recomendada é a geral, observando-se tempo de 8 a 10 minutos para a retirada fetal (ver Manual Técnico de Urgências e Emergências Maternas).

No puerpério, há que se manter o controle metabólico, o controle das condições respiratórias, de diurese e de coagulação.

1.3 - SÍNDROME HELLP

É quadro clínico caracterizado por hemólise (H = "hemolysis") elevação de enzimas hepáticas (EL = "elevated liver functions tests") e plaquetopenia (LP = "low platelets count"). Embora acompanhe outras doenças, em Obstetrícia é considerada como agravamento do quadro de pré-eclâmpsia.

A tríade conceitual quando completa é dita HELLP *completa;* no entanto, quando isolados os indicadores, necessitam o mesmo tipo de atenção e cuidados e a condição é, então, chamada de HELLP *parcial.*

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é feito pelo aparecimento da tríade em grávida com pré-eclâmpsia. A hemólise é caracterizada pela elevação de bilirrubinas, principalmente a indireta e da desidrogenase lática, e facilmente detectada no esfregaço de sangue periférico, pelo encontro de esquizócitos. As transaminases hepáticas séricas encontram-se com valores maiores que 70 UI/litro e a trombocitopenia é grave e em níveis menores que 100.000 plaquetas/mm^3.

A síndrome HELLP associa-se freqüentemente com outras complicações, como insuficiência renal aguda, edema agudo de pulmão, coagulação intravascular disseminada (CIVD), rotura hepática, hemorragia cerebral e morte materna.

A CIVD é pesquisada clinicamente pela presença de sangramentos em locais de punção, petéquias, equimoses e através de tempo de

protombina, tempo de tromboplastina parcial, dosagem de fibrinogênio, produtos de degradação da fibrina e contagem de plaquetas. Outros exames incluem: hemograma, esfregaço de sangue periférico, antitrombina III, função renal (uréia, ácido úrico, creatinina), função hepática (transaminases, LDH), proteinúria de 24 horas, oftalmoscopia, ECG, exame ultra-sonográfico abdominal e obstétrico.

CONDUTA

A conduta clínica implica correção e/ou manutenção das condições maternas. Para tanto utilizam-se:

Cuidados gerais

- punção da veia calibrosa
- sonda vesical de demora
- monitorização dos sinais vitais

Correção da CIVD

- utilização de plasma fresco congelado
- crioprecipitado
- concentrado de plaquetas
- concentrado de hemácias

A conduta obstétrica é a antecipação do parto, cuja via é de indicação obstétrica, independentemente da idade gestacional e uma vez avaliadas as condições maternas.

No caso de parto cirúrgico, para a sindrome HELLP recomenda-se a incisão infra-umbilical mediana (ver Manual Técnico de Urgências e Emergências Maternas).

2 SÍNDROMES HEMORRÁGICAS

Entre 10% a 15% das gestações apresentam hemorragias. Pode representar complicação gestacional ou agravos ginecológicos concomitantes com o período gravídico.

Classificação: as mais importantes situações hemorrágicas gestacionais são:

Primeira metade:

- Abortamento
- Abortamento habitual
- Gravidez ectópica
- Neoplasia trofoblástica gestacional benigna
- Descolamento cório-amniótico

Segunda metade:

- Placenta prévia
- Descolamento prematuro da placenta
- Rotura uterina

2.1. HEMORRAGIAS DA PRIMEIRA METADE DA GRAVIDEZ

2.1.1. ABORTAMENTO

Conceitua-se como *abortamento* a morte ovular ocorrida antes da 22ª semana de gestação, e o processo de eliminação deste produto conceptual é chamado *aborto*. O abortamento é dito *precoce*, quando ocorre até a 13ª semana e *tardio*, quando entre 13ª e 22ª semanas.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é feito clinicamente e através da ultra-sonografia. O atraso menstrual, a perda sanguínea uterina e a presença de cólicas no hipogástrio são dados clínicos a serem considerados.

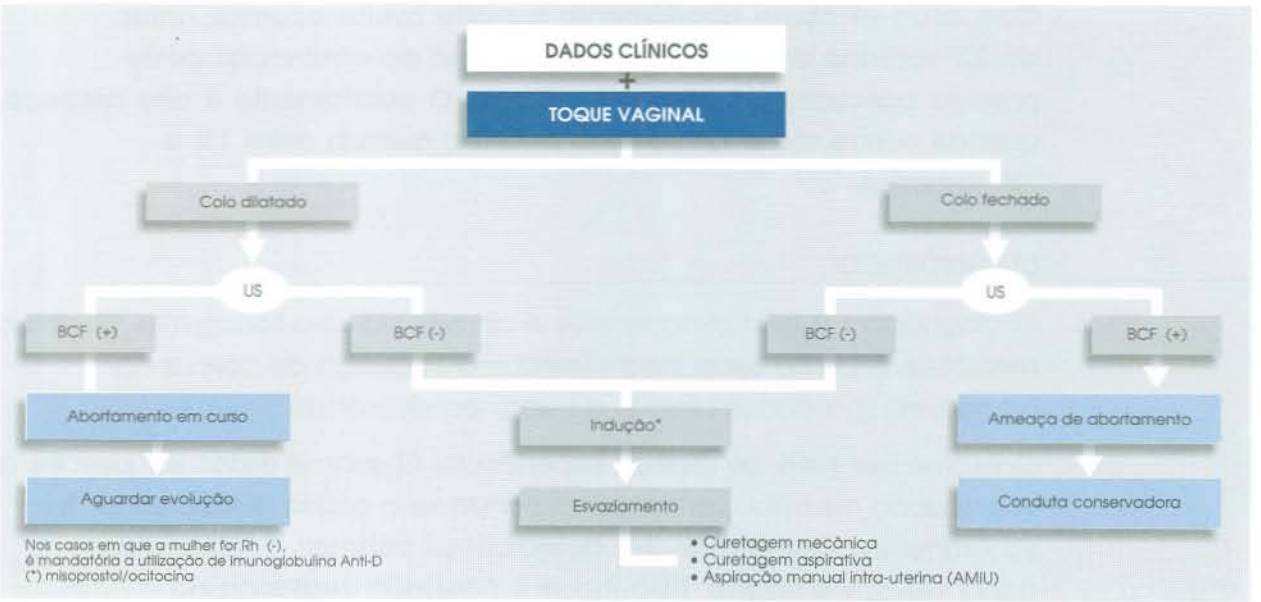
O exame genital é de grande importância. O exame especular permite a visualização do colo uterino, constatando-se a origem intra-uterina do sangramento. Eventualmente, detectam-se fragmentos placentários no canal cervical e vagina. Pelo toque é possível a avaliação da

permeabilidade do colo, e a escuta dos batimentos cardíacos fetais, com sonar Doppler a partir da 13ª semana, informa sobre as condições de vitalidade ovular.

O exame ultra-sonográfico é definitivo para a avaliação da vitalidade do concepto, presença de restos ovulares e da idade gestacional.

CONDUTA NO ABORTAMENTO PRECOCE

CONDUTA NO ABORTAMENTO TARDIO



2.1.2. ABORTAMENTO HABITUAL

É a perda espontânea e sucessiva de três ou mais gestações antes da 22ª semana. Ocorre em cerca de 0,5% de todas as gestações.

Citam-se, entre outras, as seguintes condições como possíveis fatores causais:

- Anomalias do desenvolvimento uterino (útero bicorno ou septado)
- Leiomiomas – principalmente os submucosos
- Incompetência istmocervical
- Sinéquias uterinas
- Causas endócrinas (diabete melito, disfunção da tireóide)
- Causa hormonal (insuficiência lútea)
- Fatores imunológicos
- Fatores infecciosos

DIAGNÓSTICO

Durante a gestação, é feito por:

- Anamnese (antecedentes ginecológicos e obstétricos)
- Exame ginecológico
- Ultra-sonografia obstétrica: rastreamento de malformação uterina e da incompetência istmocervical (medida do canal cervical e do orifício interno do colo)
- Deficiência do corpo lúteo
- Avaliação endócrina: TSH, T3, T4, glicemia de jejum e teste oral de tolerância à glicose (TOTG)
- Avaliação imunológica (anticorpos antifosfolípides, anticardiolipina e anticoagulante lúpico, anticorpos antinucleares)
- Pesquisa de infecções (rubéola, toxoplasmose, clamídia, micoplasma, citomegalovirus, estreptococos β e sífilis)

No período intergestacional, o diagnóstico é complementado pela histerosalpingografia e prova de velas de Hegar.

CONDUTA

Recomenda-se o acompanhamento quinzenal através das consultas de pré-natal. O tratamento depende da etiologia.
A correção do fator causal será instituída quando possível.
No caso da insuficiência lútea, utiliza-se progesterona natural (supositórios de 25 – 50 mg) por via vaginal, 2 a 3 vezes por dia, até a 14ª semana ou cápsulas de 100 mg VO 12/12 horas.

2.1.3. GRAVIDEZ ECTÓPICA

A gravidez ectópica corresponde à nidação do ovo fora da cavidade uterina.

DIAGNÓSTICO

Para o diagnóstico utilizam-se dados clínicos e a ultra-sonografia.

Na **avaliação clínica,** são importantes a anamnese (história de atraso menstrual, teste positivo para gravidez, perda sanguínea uterina, dores no baixo-ventre) e o exame físico (avaliação das condições gerais, sinais de irritação peritonial, etc). O exame especular pode mostrar a presença do sangramento. Pelo toque verifica-se o amolecimento do colo, o aumento uterino e a palpação das zonas anexiais, que, além de provocar dor, pode demonstrar presença de tumor.

Com a **ultra-sonografia** verifica-se a presença de tumor anexial (às vezes, com batimentos cardíacos) e de líquido livre no fundo do saco posterior. Na ausência do recurso ultra-sonográfico, pode-se usar a punção do fundo de saco vaginal posterior, à procura de sangue na cavidade abdominal.

CONDUTA

A conduta geralmente é **cirúrgica:** laparotomia ou laparoscopia.

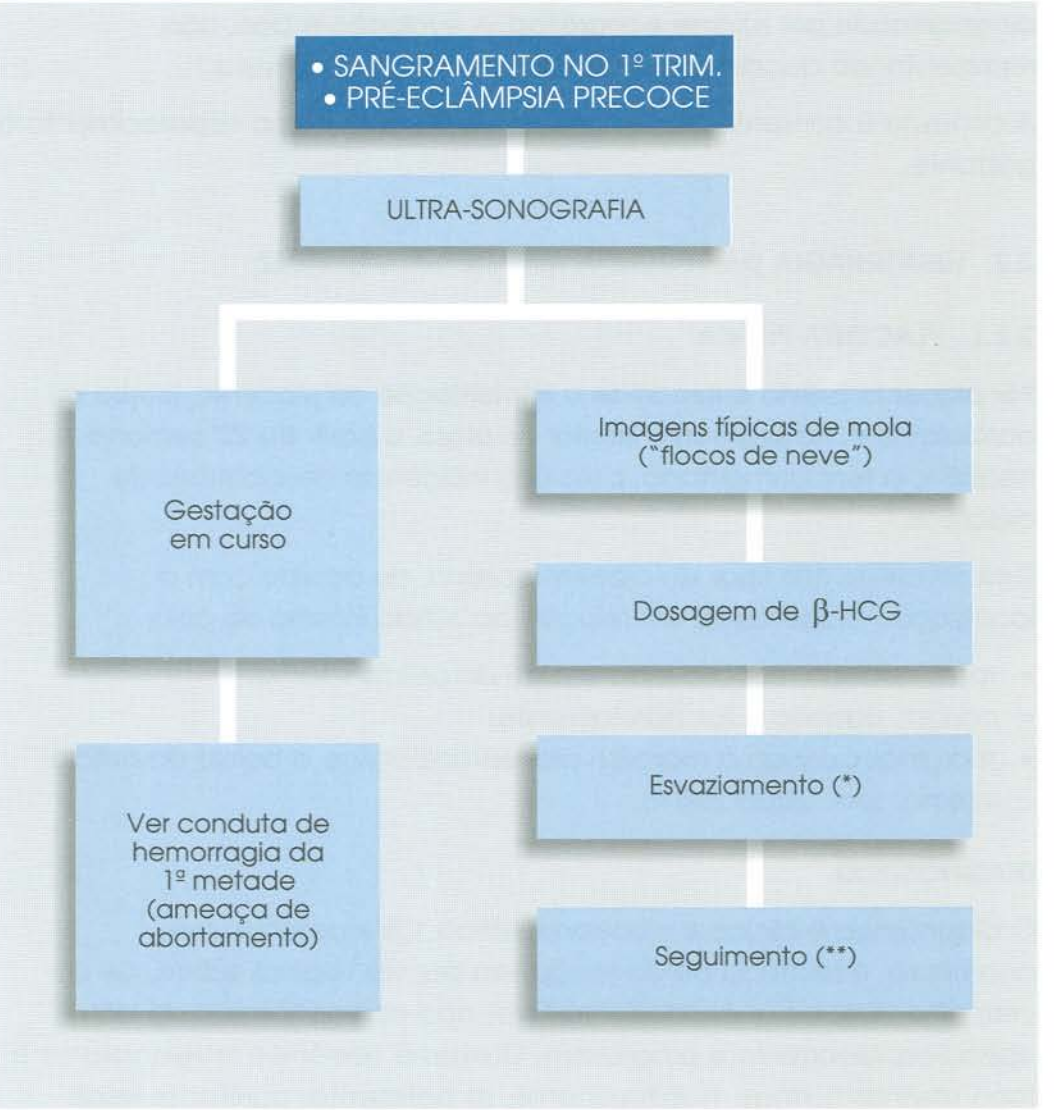
Para a gravidez tubária rota, indica-se a salpingectomia. Para a íntegra, a conduta dependerá da mulher ter ou não prole constituída ou desejar nova gestação. Se não houver desejo de nova gravidez, pratica-se a salpingectomia. Caso contrário, está indicada a cirurgia conservadora (salpingostomia ou a ressecção segmentar).

Alguns estudos sugerem uso de **metotrexato:** para o saco gestacional íntegro, emprega-se dose de 1 mg/kg de peso e, quando há massa sólida ou complexa, as doses passam a ser 50 mg/m^2 e administradas por via intramuscular.

2.1.4. MOLA HIDATIFORME

A frequência é de 1 caso para cada 2.000 gestações.

Na suspeita de mola hidatiforme, os casos devem ser encaminhados a Centros de Referência que cuidam especificamente desse problema, segundo protocolo nacional coordenado pela FEBRASGO, conforme proposto a seguir:



(*) Preferentemente por vácuo-aspiração e com controle ultra-sonográfico. Admite-se a histerectomia total, após curetagem ou aspiração, como procedimento de exceção. Tem indicação em pacientes com mais de 35 anos de idade e com dificuldade de seguimento.

(**) a) Dosagem de gonadotrofina coriônica (β – HCG) com intervalos semanais após esvaziamento uterino, até obtenção de três dosagens consecutivamente negativas. Prosseguir com intervalos quinzenais (uma dosagem) e, então, mensal até completar seis meses após o primeiro resultado negativo, quando houver remissão espontânea, e um ano quando a paciente foi submetida a quimioterapia

b) Radiografia dos campos pleuropulmonares com intervalos quinzenais até alcançar remissão. Daí em diante, estabelecer controle radiológico.

c) Anticoncepção: deve ser iniciada imediatamente após o esvaziamento uterino. Apesar de questionável, deve se dar preferência aos contraceptivos hormonais orais de baixa dosagem, com 30 mcg de estrogênio.

d) Critério de alta, quando: os níveis de gonadotrofina decrescerem progressivamente e negativarem ao fim de oito ou mais semanas; houver rápida melhora do estado geral; involução uterina e imediata cessação das hemorragias; ausência de infiltrações ou de metástases.

2.1.5. DESCOLAMENTO CÓRIO-AMNIÓTICO

Caracteriza-se por sangramento genital, de pequena intensidade e diagnosticado por exame ecográfico. A evolução é boa, não representando quadro grave de risco materno e/ou ovular.

A conduta é conservadora e, basicamente, consiste no esclarecimento à gestante.

2.2. HEMORRAGIA DA SEGUNDA METADE DA GRAVIDEZ

2.2.1. PLACENTA PRÉVIA

Por placenta prévia entende-se a implantação da placenta, inteira ou parcialmente, no segmento inferior do útero, a partir da 22ª semana. A freqüência tem aumentado, pela alta incidência de cicatrizes de cesáreas.

Descrevem-se três tipos de placenta prévia, de acordo com a localização placentária, em relação ao orifício interno do colo:

- *total,* quando recobre toda a área do orifício interno;
- *parcial,* quando o faz parcialmente;
- *marginal,* quando a margem placentária atinge a borda do orifício interno, sem ultrapassá-lo.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é clínico e ultra-sonográfico. Clinicamente, pela anamnese, é relatada perda sanguínea por via vaginal, súbita, de cor vermelho-viva, de quantidade variável, não acompanhada de dor. É episódica, recorrente e progressiva. O exame obstétrico revela volume e tono uterinos normais. Habitualmente, os batimentos cardíacos fetais estão mantidos. A ultra-sonografia confirma o diagnóstico e a localização placentária e possibilita a avaliação da existência ou não do acretismo placentário. Quando o exame ultra-sonográfico não é possível, o toque deve ser feito de forma cuidadosa (precavendo-se contra eventual, porém possível, perda sanguínea placentária maciça) e, de preferência, em ambiente com recursos cirúrgicos.

CONDUTA

A conduta depende dos seguintes parâmetros: **tipo de localização placentária, volume de sangramento, idade gestacional e condições de vitalidade fetal.**

Toda paciente com diagnóstico placenta prévia em episódios hemorrágicos deve ser internada. A conduta conservadora é, em geral, adotada, com recomendação de repouso e reposição das perdas maternas. O objetivo é atingir o termo ou o mais próximo possível; o uso de medicamentos uterolíticos é discutível e na presença de hemorragias

maiores deve ser evitado. Entre 26º e 34º semanas indica-se o uso de corticóides.

A conduta intervencionista, com antecipação do parto, fica na dependência da intensidade do sangramento materno, da idade gestacional e condições de vitalidade fetal.

A via de parto dependerá, além das condições maternas, do tipo de placenta prévia. Nas marginais, a via preferencial é a vaginal. Para as parciais, há indicação de cesárea. Para as totais é absoluta a indicação de cesárea, com **feto vivo ou morto**.

2.2.2. DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA

Conceitua-se descolamento prematuro de placenta (DPP) como a separação abrupta da placenta antes do nascimento do feto, em gestação de 22 ou mais semanas. Ocorre em cerca de 0,5%–1% de todas as gestações, sendo responsável por altos índices de mortalidade perinatal e materna.

Não se conhece a causa da doença obstétrica, porém associa-se, em muitos casos, à hipertensão arterial, anemia, desnutrição, fatores mecânicos (traumatismos, brevidade do cordão, torção do útero gravídico, etc.), fatores placentários (placenta circunvalada, infartos, etc.). Atualmente, constata-se associação entre DPP e uso de drogas ilícitas.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é clínico e feito pela dor abdominal súbita, de intensidade variável, perda sanguínea de cor vermelho-escura e em quantidade pequena, incompatível com o quadro materno de hipotensão, ou de choque. Em parte dos casos o sangramento é oculto.

Ao exame clínico, o útero é hipertônico, doloroso, sensível às manobras palpatórias; os batimentos cardíacos fetais poderão estar alterados ou ausentes. Há comprometimento variável das condições gerais maternas, desde palidez de pele e mucosas, até choque grave e distúrbios da coagulação sanguínea.

Quando realizado o exame ultra-sonográfico, o achado de área retro-placentária hipoecogênica correspondente ao hematoma retro-placentário, cujas medidas correlacionam-se diretamente com a gravidade do quadro e com as condições de vitalidade fetal.

Importante é o diagnóstico de **coagulopatia** causada pelo hiperconsumo local de fatores e pela passagem de tromboplastina para a circulação materna, o que ativa o sistema extrínseco, levando finalmente a um quadro de coagulação intravascular disseminada. Para tanto, utilizam-se os dados fornecidos pelo coagulograma, fundamentando-se o diagnóstico na tombocitopenia (menos que

100.000/mm³), na hipofibrinogenemia (menos que 100 mg/dl), na presença de produtos de degradação da fibrina (maior que 20 ug/ml) e na elevação do tempo de tromboplastina parcial (TTP).
Outra complicação freqüente é a lesão renal, que caracteriza-se por necrose tubular aguda, tendo como causas o choque hipovolêmico e a própria coagulopatia.

CONDUTA

A conduta clínica visa:

a) ***reposição de volume,*** princípio básico para evitar complicações como a coagulopatia. Esta reposição é feita à base de concentrado de hemácias associado ao soro fisiológico (evitar o uso de solutos glicosados). Em situações excepcionais, na ausência absoluta de sangue e derivados, pode-se utilizar soluções expansoras do plasma.

b) ***correção de coagulopatia,*** através da transfusão de plasma fresco congelado (contém praticamente todos os componentes de coagulação), de crioprecipitado (contém também fator VIII e fibrinogênio) e de concentrado de plaquetas. O uso de sangue fresco total fica restrito à dificuldade do uso de outros hemoderivados.

c) ***medidas gerais*** como cateterização de veia calibrosa, sondagem vesical, controles gerais de pressão arterial, pulso, freqüência cardíaca, freqüência respiratória, etc., são indicadores importantes do choque hipovolêmico.

Concomitantemente, procede-se avaliação laboratorial através do hemograma (hemoglobina e hematócrito); de indicadores da função renal; da gasometria arterial e da instalação de coagulopatia.

A conduta obstétrica é sempre a resolução do parto. A escolha da via de parto depende das condições de vitalidade fetal e condições maternas. Na situação de feto vivo, o parto vaginal só é admitido se for iminente. Caso contrário, deve-se sempre fazer cesárea. Em casos de feto morto, com boas condições maternas, o parto vaginal é uma opção a ser considerada, desde que a evolução das condições cervicais indiquem uma evolução favorável.

2.2.3. ROTURA UTERINA

Trata-se da rotura completa ou incompleta da parede uterina, que ocorre sobretudo além da 28ª semana gestacional e durante o trabalho de parto, precedida, em sua maioria, por quadro clínico de **iminência de rotura uterina**, o que facilita sua **prevenção**.
Por essa razão, a sua freqüência representa um indicador da qualidade da assistência obstétrica prestada nos serviços em que ocorre.

CAUSAS MAIS FREQÜENTES

1. Hipercontratilidade uterina (inclusive iatrogênica, por estimulação ocitócica ou com misoprostol) em pacientes com cirurgias uterinas anteriores (sobretudo cesariana corporal e miomectomias).
2. Cicatrizes de cesárea corporal anterior.
3. Insistência do parto por via baixa em casos de desproporção feto-pélvica não diagnosticada (parto obstruído somado ao não-uso de partograma).
4. Traumas externos.
5. Manobras de versão interna/externa feitas intempestivamente.

DIAGNÓSTICO

SINAIS DE IMINÊNCIA DE ROTURA UTERINA

1. Pacientes com contrações subentrantes intensas e excessivamente dolorosas.
2. Síndrome de distensão segmentar (Bandl-Frommel)
   - Sinal de Bandl (anel próximo ou contíguo à cicatriz umbilical que separa o corpo do segmento inferior do útero).
   - Sinal de Frommel (ligamentos redondos retesados e desviados para frente).

ROTURA UTERINA INSTALADA

1. *Dor* abrupta e lancinante no hipogástrio, seguida de acalmia dolorosa transitória.
2. *Paralisação do trabalho de parto.*
3. *Hemorragia* (interna e/ou externa) cuja intensidade dependerá da extensão da rotura e dos vasos atingidos.
4. *Choque* diretamente relacionado ao volume da hemorragia.
5. Sinais de *irritação peritonial.*
6. *Deformidades abdominais* (útero vazio e feto fora da cavidade – rotura completa), *feto "superficial"* e com *ausculta* em geral *negativa.*

CONDUTA

- tratamento é cirúrgico, variando desde a sutura uterina à histerectomia, podendo a paciente necessitar de suporte vital. Algumas roturas provocam grandes hematomas de ligamento largo, podendo estender-se ao retroperitônio. A abordagem cirúrgica desses casos é mais complexa. O hematoma de ligamento largo deve ser drenado, mas hematomas retroperitoniais, em princípio, não devem ser manipulados.

- em casos de parto vaginal com roturas sem manifestação clínica, mais encontrados em rotura de cicatriz segmentar transversa (muitas vezes deiscência e não rotura), detectadas na revisão de segmento uterino após a dequitação, a conduta dependerá da estabilidade hemodinâmica da paciente e da hemorragia visível. Em alguns casos pode ser adotada conduta expectante, desde que a paciente fique sob rigorosa observação e com ocitócicos em grandes doses. Em grandes roturas detectadas ao toque, é mais aconselhável proceder-se à laparotomia com sutura da área lesada, podendo ou não ser feita laqueadura tubárea, conforme o desejo da paciente e sua condição obstétrica.

3 DESVIOS DO CRESCIMENTO FETAL

3.1. RETARDO DE CRESCIMENTO INTRA-UTERINO

Considera-se retardo do crescimento intra-uterino (RCIU) quando o peso ao nascer estiver abaixo do percentil 10 (p10) da curva de peso neonatal para idade gestacional. Sua freqüência é estimada entre 10 a 15% de todas as gestações.

Tabela de Peso do Recém-Nascido Normal (em g) Segundo Percentis para Cada Semana de Gestação

	PERCENTIS		
SEMANAS	10	50	90
26	564	821	1155
27	617	957	1346
28	703	1113	1552
29	843	1276	1800
30	1004	1460	1999
31	1161	1642	2196
32	1304	1842	2373
33	1507	2066	2592
34	1772	2322	2901
35	2055	2611	3206
36	2324	2888	3513
37	2529	3090	3690
38	2696	3230	3826
39	2816	3333	3906
40	2916	3430	4003

No crescimento fetal são considerados, além dos genéticos, outros fatores fetais ditos restritivos e facilitadores. Entre os primeiros, destacam-se a desnutrição materna, nível sócio-econômico-cultural, uso de drogas lícitas e ilícitas, doenças maternas obstétricas e intercorrentes, medicamentos, radiações, gemelaridade. Listam-se também como atuantes os fatores placentários (placenta circunvalada, tumores, artéria umbilical única e anomalias de implantação). Entre os facilitadores, destacam-se a insulina, somatomedinas e fatores específicos do crescimento. O RCIU representa a conseqüência de um desequilíbrio desses fatores.

No entanto, em cerca de 40% dos casos não se consegue detectar o determinante causal. Nesse contingente incluem-se os emocionais, embora sejam raramente cogitados e pobremente investigados. A longo prazo, o retardo de crescimento fetal pode associar-se a doenças futuras (cardiovasculares, diabete melito, etc.).

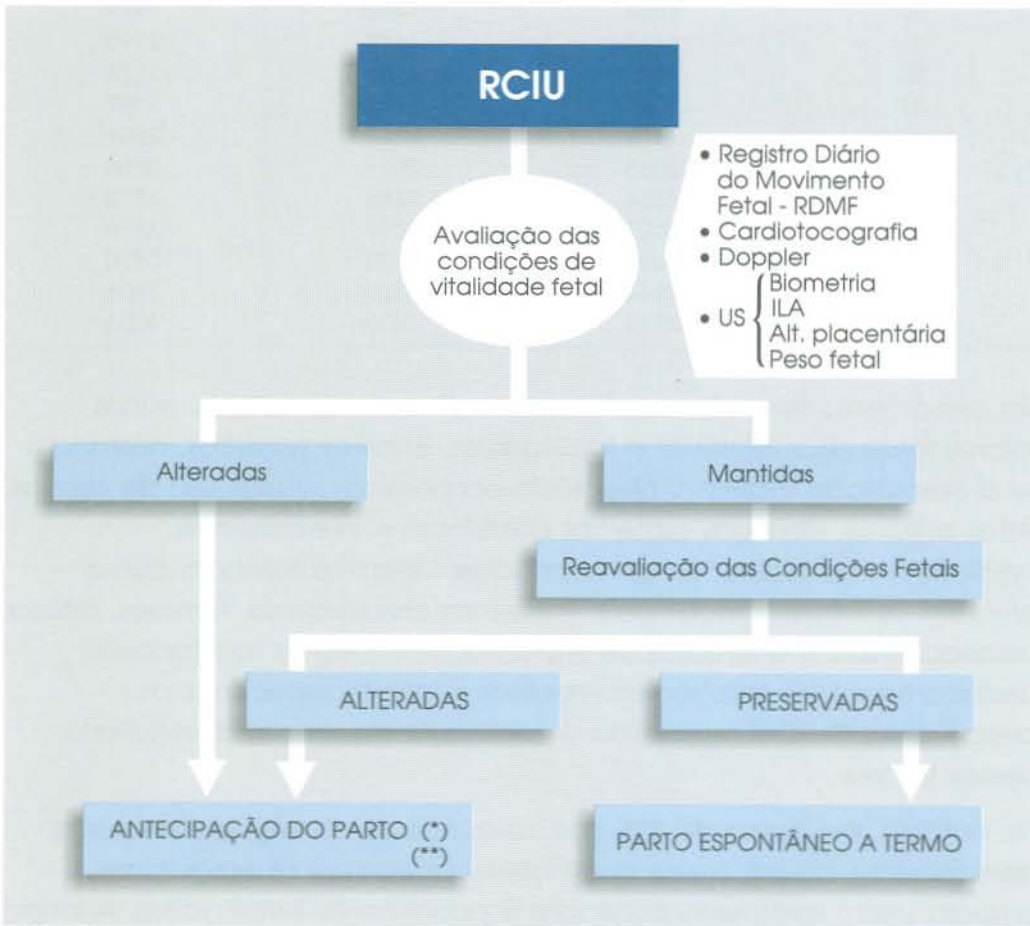
Descrevem-se dois tipos de RCIU. O tipo *simétrico*, causado por agente atuante desde fases precoces da gestação e o tipo *assimétrico*, cujo fator causal é tardio.

DIAGNÓSTICO

Para o diagnóstico é *fundamental* o correto estabelecimento da idade gestacional. Utilizam-se parâmetros clínicos e ultra-sonográficos. Entre os clínicos citam-se o antecedente obstétrico de retardo de crescimento fetal em gestação anterior, a medida de altura uterina (curva de altura uterina para a idade gestacional. Ver Assistência Pré-Natal manuais técnicos do MS) e o ganho ponderal materno inadequado. Entre os ultra-sonográficos: biometria fetal, peso fetal, alterações placentárias e avaliação do líquido amniótico (ver Parte 3 deste manual).

CONDUTA

Não existe tratamento específico. O estabelecimento da conduta fica na dependência da idade gestacional, das condições de vitalidade fetal, da evolução clínica e do fator causal. Propõem-se medidas como repouso materno e a correção dos fatores causais identificados.



(*) Via de Parto segundo Indicação Obstétrica

(**) Corticóide (ver esquema página 51)

3.2. MACROSSOMIA FETAL

Conceitua-se macrossomia quando o peso fetal ao nascer for igual ou superior a 4 Kg.

O diabete gestacional constitui a principal causa. Pode associar-se também a multiparidade, obesidade, gestações prolongadas, hidropsia fetal (imune e não imune).

A macrossomia fetal poderá provocar complicações maternas (desproporção fetopélvica, sobredistensão uterina, edema suprapúbico, parto prolongado, dispnéia) e fetais (tocotraumatismos, distocia de ombro, hipoxia perinatal).

DIAGNÓSTICO

Utilizam-se dados clínicos e ultra-sonográficos:

Clínicos:

- anamnese (história pregressa de fetos macrossômicos, diabetes, multiparidade, gestações prolongadas).
- Estabelecimento da idade gestacional
- Avaliação da altura uterina

Ultra-sonográficos:

- biometria fetal
- peso fetal
- avaliação placentária

CONDUTA

Clinicamente a correção do fator causal é importante. Na conduta obstétrica a avaliação das condições de vitalidade fetal deve ser feita regularmente. Se preservada, aguarda-se o termo da gestação; se comprometida, antecipa-se o parto.

A via de parto dependerá da avaliação da pelve materna e do canal de parto, levando em conta os riscos de tocotraumatismo e hipóxia fetal.

4 ALTERAÇÕES DA DURAÇÃO DA GRAVIDEZ

4.1. INSUFICIÊNCIA ISTMO-CERVICAL

É a causa mais importante e freqüente de abortamento habitual, e se caracteriza pela incompetência do sistema oclusivo do útero grávido, com a abertura do orifício interno.

DIAGNÓSTICO

- Anamnese (antecedentes obstétricos: manobras traumáticas de dilatação cervical, perdas fetais precoces anteriores, partos vaginais traumáticos ou instrumentados, cirurgia cervical prévia, etc.).
- Exame pélvico (especular e toque vaginal).
- Ultra-sonografia obstétrica (avaliar o comprimento do colo e determinação de seu diâmetro antero-posterior ao nível do orifício interno do colo).

CONDUTA

É cirúrgica, sendo realizada durante a gestação, idealmente entre a 12ª e 16ª semanas, podendo estender-se até a 20ª semana, e excepcionalmente até um limite máximo de 24 semanas.

Condições para realização:

- Dilatação cervical menor que 4 cm.
- Apagamento cervical inferior a 60%.
- Ausência de protrusão avançada da bolsa das águas.
- Bolsa íntegra.
- Tratamento de infecções vaginais.

Técnica cirúrgica: circlagem cervical.

RECOMENDAÇÕES:

- Restrição relativa a esforços físicos.
- Pesquisar infecção vaginal (bacterioscopia) e endocervical (cultura).
- Uso de uteroinibidores e de antibioticoterapia profilática não traz benefícios ao tratamento.

4.2. TRABALHO DE PARTO PREMATURO (TPP)

Conceitua-se gravidez pré-termo aquela cuja idade gestacional encontra-se entre 22 (ou 154 dias) e 37 (ou 259 dias) semanas.

Neste período, o trabalho de parto é caracterizado pela presença de contrações freqüentes (uma a cada 5 a 8 minutos) acompanhadas de modificações cervicais caracterizadas por dilatação maior que 2,0 cm e/ou esvaecimento maior que 50%.

O trabalho de parto pré-termo associa-se a fatores maternos, como complicações *médicas* ou *obstétricas* (partos prematuros anteriores, gestação múltipla, amniorrexe prematura, polidrâmnio, infecções do trato urinário, corioamnionite, infecções vaginais, incompetência istmo-cervical, malformações uterinas, cirurgias na gestação atual, amputações de colo, etc.), *comportamentais* (tabagismo, alcoolismo, hábitos alimentares inadequados, traumatismos, uso de drogas ilícitas, esforço físico intenso alterações *fetais e placentárias* e *condições sócio-econômicas* adversas.

Em um percentual variável de casos não é possível a identificação de fator causal e, seguramente, neste grupo incluem-se os fatores emocionais, pouco lembrados, e sequer abordados.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é feito através da confirmação das características conceituais do TPP.

CONDUTA

Importantes são **a predição e prevenção do trabalho de parto pré-termo.**

Entre os *elementos preditivos* listam-se a epidemiologia, com os fatores de risco citados, e os marcadores, que podem ser clínicos, ultra-sonográficos e bioquímicos. Entre os clínicos, o encontro de dilatação e esvaecimento do colo, a contratilidade uterina ("útero sensível"), sangramento genital, corrimentos vaginais, etc.

No exame do colo uterino pela ultra-sonografia transvaginal o comprimento do colo uterino menor que 3,9 cm corresponde significativamente à chance de parto pré-termo e detecta perto de 80% dos casos. Também a dilatação do orifício interno maior que 1,0 cm no segundo trimestre, detecta cerca de 25% de partos prematuros.

Entre os *elementos utilizados para prevenção* encontram-se medidas como repouso relativo (diminuição de atividades físicas e sexuais), orientação quanto a prevenção de infecções urinárias e genitais, adequação de aportes nutricional e psicológico.

As consultas de pré-natal devem ser amiudadas, e aos exames rotineiros acrescentam-se outros. O exame ultra-sonográfico deve ser realizado o mais precoce possível para medir o comprimento cervical e a dilatação do orifício interno. Deve ser repetido se houver necessidade.

O exame bacterioscópico da secreção vaginal e cultura endocervical devem ser feitos e repetidos no terceiro trimestre, assim como a urocultura, erradicando-se os germes relacionados ao parto prematuro.

A inibição do trabalho de parto pode ser obtida através de algumas medidas, como repouso, hidratação e uso agentes medicamentosos como os beta-adrenérgicos (salbutamol, terbutalina e ritodrina) e inibidores da protaglandina (indometacina).

a) A hidratação intravenosa, em gestantes hipovolêmicas ou desidratadas, pode ser feita com solução fisiológica a 0.9% ou Ringer simples, em volume1.000 ml cada 6 a 8 horas. A hidratação deve ser utilizada como recurso inicial, devendo-se introduzir os uterolíticos tão logo seja possível.

b) Uterolíticos, os esquemas mais utilizados são:

Salbutamol

Apresentação: injetável - 0,5 mg (ampolas de 1 ml)

Ataque:

Via intravenosa
Dose inicial – 10 μg/min – (20 gotas/min)
Preparo: 0.5 mg (1 amp.)/500 ml SG 5% (0,01 mg/ml até 10 mg/min)

Aumentar 10 μg/20 minutos até inibição das contrações
Manter por 60 minutos
Diminuir 10 μg/30 minutos até menor dosagem
Manter por 12 horas

Terbutalina

Apresentação: injetável - 0,5 mg (ampolas de 1 ml)

Ataque:

Via intravenosa
Dose inicial – 10 μg/min – (20 gotas/min.)
Preparo: 5,0 mg (10 amp.)/500 ml SG 5% (0,01 mg/ml até 10 μg/min)

Aumentar 10 μg/20 minutos até inibição das contrações
Manter por 60 minutos
Diminuir 10 μg/30 minutos até menor dosagem
Manter por 12 horas

Nifedipina

Apresentação oral: cápsula = 10 mg

Ataque:

Via oral
Dose inicial – 30 mg VO, podendo repetir 20 mg em 90 minutos
Alternativa: 10 mg SL, cada 20 minutos, até 4 doses

Manutenção:

10 a 20 mg de 6/6 ou 8/8 horas

Efeito colateral comum: cefaléia. Pode ser associado o acetaminofen para reduzir esse efeito.

* Não utilizar em situações de insuficiência placentária ou se a paciente apresentar hipertensão em uso de outras medicações anti-hipertensivas.

Indometacina

Apresentação: via oral - comprimidos de 25 e 50 mg
via retal - supositórios de 100 mg

Ataque:

Dose inicial – 50 mg VO (ou 100 mg/via retal)

Manutenção:

25 mg/VO (1 compr.) cada 4 a 6 horas - não usar mais que 72 horas

* A indometacina não deve ser usada após a 32ª semana (para evitar complicações, como o fechamento precoce do duto arterioso).

Corticóide

É consenso usar corticóide, entre 26ª – 34ª semanas. Betametasona - 12 mg/dia/2 dias/IM ou Dexametasona - 12 mg/dia/2 dias/IM. Esquema de uso:

Não há, ainda, consenso sobre:

- repetição semanal do corticóide
- uso de outras drogas que não as anteriores
- dosagem inferior às recomendadas acima

4.3. GESTAÇÃO PROLONGADA

Conceitua-se gestação prolongada, também referida como pós-datismo, aquela cuja idade encontra-se entre 40 e 42 semanas. Gravidez pós-termo é aquela que ultrapassa 42 semanas.

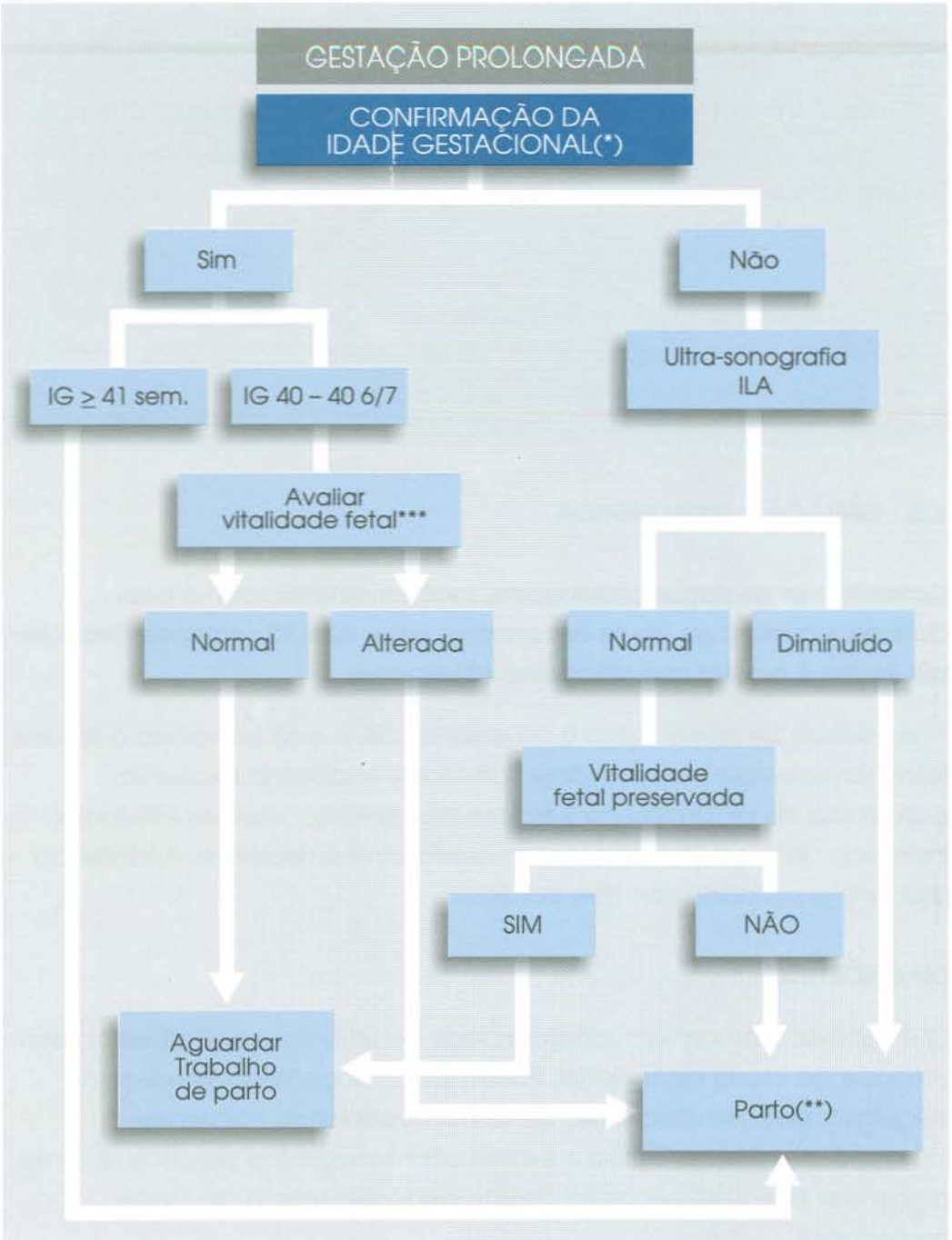
A incidência de pós-datismo é ao redor de 5% e está associada a fatores fetais (anencefalia), placentários (atividade endócrina excessiva, deficiência de produção da sulfatase placentária), uterinos (atividade intrínseca do miométrio, alterações cervicais) e emocionais. A idade da mulher e a paridade não têm influência.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de certeza somente pode ser feito com o estabelecimento precoce da idade gestacional. Falseando o diagnóstico, listam-se as irregularidades menstruais, uso de anticoncepcionais hormonais, lactação, etc. Nestes casos, o exame ultra-sonográfico precoce durante a gravidez é recurso eficaz no correto estabelecimento da idade gestacional.

CONDUTA

A conduta deve objetivar a avaliação da vitalidade fetal através do registro da movimentação fetal, cardiotocografia, dopplervelocimetria, amnioscopia observando a presença de mecônio e ultrasonografia, onde indicador importante é oligoâmnio (ver esquema a seguir).



(*) Ver a Parte 3, item 2.1.1.Lembrar que a determinação da idade gestacional pela ecografia precoce tem menos erro. Portanto, em gestantes com dúvidas na idade gestacional, solicitar a sua determinação ecográfica, o mais cedo possível, e não no final da gestação.

(**) Significa interrupção da gestação. A via do parto será determinada por indicação obstétrica, podendo ser realizada a indução do trabalho de parto, quando não há contra-indicação absoluta para esta conduta.

(***) Como a insuficiência placentária pode ocorrer antes de 42 semanas, a pesquisa da vitalidade deve ser iniciada ao se completar 40 semanas. A avaliação da vitalidade fetal utiliza recusos como: registro diário da movimentação fetal, amnioscopia, cardiotocografia (vide Parte 3). A presença de mecônio à amnioscopia ou amniocentese indica interrupção da gestação.

5 ALTERAÇÕES DO VOLUME DE LÍQUIDO AMNIÓTICO

5.1. OLIGOÂMNIO

A redução patológica do volume do líquido amniótico, ou oligoâmnio, incide em 3 a 5% das gestações no terceiro trimestre e em cerca de 0,2% no segundo trimestre. São múltiplas as causas de oligoâmnio. Quando é diagnosticado precocemente, no segundo trimestre da gestação, geralmente está relacionado com malformação fetal, sendo as mais comuns as alterações de vias urinárias fetais, principalmente as patologias obstrutivas. Outra importante causa de oligoâmnio é o retardo de crescimento intra-uterino (RCIU), decorrente de alterações da perfusão renal fetal secundárias às alterações placentárias, e algumas infecções fetais (rubéola).

Contudo, a mais importante causa de oligoâmnio é representada pela rotura prematura de membranas (RPM), responsável por cerca de um quarto de todos os casos de oligoâmnio. Entretanto, em algumas situações, a etiologia não consegue ser bem esclarecida, sendo portanto, o oligâmnio, considerado idiopático.

Associa-se a várias complicações perinatais. Além da maior mortalidade perinatal, quanto mais precocemente ocorre, maior a possibilidade de deformidades esqueléticas fetais e hipoplasia pulmonar. Quanto maior a intensidade do oligoâmnio, pior a evolução da gestação. O oligoâmnio associa-se a sofrimento fetal, asfixia neonatal e morte perinatal. Quando decorre de rotura prematura de membranas, associa-se, ainda, a infecção materna e perinatal.

Com a redução do volume do líquido amniótico, há maior possibilidade de compressão do cordão umbilical, com conseqüente desaceleração da freqüência cardíaca fetal e o aparecimento de sinais de sofrimento fetal, com maior risco de morte intra-uterina.

DIAGNÓSTICO

Tradicionalmente, o diagnóstico clínico é realizado pela medida da altura do fundo uterino menor que a esperada para a idade gestacional, associada à sensação de desconforto materno à movimentação fetal, facilidade de palpação de pequenas partes fetais e a avaliação subjetiva do examinador experiente sobre a redução do líquido amniótico. Mais recentemente, o diagnóstico tem sido quase sempre confirmado por exame ultra-sonográfico, com o desenvolvimento de índices objetivos para a mensuração do volume do líquido.

O índice de líquido amniótico (ILA), cujo valor varia de acordo com a idade gestacional, é estimado pela soma do diâmetro do maior bolsão de líquido medido em cada um dos quadrantes da projeção do útero gravídico sobre a superfície abdominal materna.

CONDUTA

O tratamento do oligoâmnio visa restaurar o volume de líquido amniótico e irá depender de sua etiologia. Quando for decorrente de anomalias renais fetais, só poderá ser tratado nas patologias obstrutivas, através da colocação de cateter de derivação para a cavidade amniótica, procedimento reservado aos centros de referência em Medicina Fetal, para onde os casos devem ser encaminhados. Nos casos de alterações renais com ausência de função (displasias renais) e na ausência de rins (agenesia), não existe terapêutica. Nos casos de alteração da perfusão placentária (como na hipertensão arterial), medidas clínicas como o repouso, podem ter alguma valia. Contudo, na amniorrexe prematura, o tratamento vem sendo mais pesquisado. Os procedimentos para este fim incluem a amnioinfusão e a hiperhidratação.

A hidratação materna tem mostrado sua eficácia em aumentar o volume do líquido amniótico residual, desde que não haja contra-indicação para uma sobrecarga circulatória. Além da hidratação oral, pode-se complementar por via endovenosa, recomendando-se um aporte total de 3 a 4 litros de líquidos por dia.

A amnioinfusão consiste na infusão de líquidos, principalmente solução salina, na cavidade amniótica. Embora ainda não utilizada sistematicamente no país, tem demonstrado ser uma técnica relativamente simples, e eficaz. Sua utilização, entretanto, ainda não é recomendada rotineiramente, estando restrita aos Centros de Referência.

Entende-se, ainda, que, pela maior possibilidade de compressão de cordão e associação com prognóstico perinatal desfavorável, o oligoâmnio constitui uma situação obstétrica que indica a vigilância fetal, com acompanhamento através de ultra-sonografia e provas de vitalidade fetal (especificamente a Dopplervelocimetria).
A conduta sequencial dependerá dos resultados dessas provas e da condição clínica materna associada ao oligoâmnio.

5.2. POLIDRÂMNIO

É o aumento excessivo do volume do líquido amniótico, classicamente considerado quando superior a 2000 ml. Sua frequência é ao redor de 1% e sua importância se deve ao aumento da morbidade e mortalidade perinatais.

Mais freqüentemente, associa-se a alterações fetais como malformações, infecções, hidropisia imune e não imune, tumores, gestação múltipla e outras. Relaciona-se ainda a alterações placentárias (tumores, placenta circunvalada) e maternas, cujos mais importantes fatores são representados por diabetes e aloimunização Rh. Existem ainda causas idiopáticas.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da polidramnia é suspeitado clinicamente pelo aumento da altura uterina em relação à idade gestacional; aumento do ganho ponderal materno; sobredistensão uterina e dificuldade de palpação das partes fetais e de ausculta dos BCF. Sistematicamente, devem ser pesquisados o diabete melito e a presença de malformações fetais.

De certeza, o diagnóstico é ultra-sonográfico, dado pelo achado do ILA maior que o percentil 95 para a idade gestacional considerada.

CONDUTA

A conduta é o esvaziamento quando surgirem sinais de desconforto materno. O esvaziamento é feito pela amniocentese e através de agulha calibrosa e inserção de cateter ligado a frasco a vácuo. Recomenda-se a retirada lenta e gradual do líquido amniótico, para evitar a descompressão brusca, podendo levar a riscos maternos e fetais (descolamento prematuro da placenta, choque materno, óbito fetal, etc.). Sugere-se a retirada de cerca de 200 ml/hora (ou cerca de 3 ml/minuto) até a melhora da sintomatologia respiratória materna ou até atingir um total máximo de 500 a 1000 ml. O polidrâmnio volta a se formar e excepcionalmente nova punção pode ser realizada.

Para o parto é recomendável o prévio esvaziamento. Muitas vezes, surge quadro de hipossistolia, o que pode ser corrigido com ocitócicos. A via de parto é escolhida de acordo com a indicação obstétrica.

6 ÊMESE E HIPERÊMESE

É a exacerbação da êmese gravídica, comum no primeiro trimestre da gestação e caracterizada por naúseas e vômitos. Rara nos dias de hoje, estima-se que seu aparecimento ocorra em cerca de 2 a cada 1.000 gestações.

Mais freqüente em primigestas, vários fatores são apontados como seus causadores, sendo os mais aceitos os aspectos emocionais e as adaptações hormonais próprias do início da gestação.

Algumas doenças poderão estar associadas à hiperêmese, como pré-eclâmpsia, gemelaridade, mola hidatiforme, diabetes e isoimunização.

DIAGNÓSTICO

Outras causas de náuseas e vômitos intensos devem ser afastadas, como úlcera gástrica, cisto de ovário torcido, prenhez ectópica, insuficiência renal, infecções intestinais. Os vômitos tardios da gravidez não devem ser confundidos com hiperêmese gravídica.

Os vômitos incoercíveis e náuseas acarretam um quadro que vai desde a desidratação e oligúria à perda de peso, alcalose (pela perda maior de cloro, através do suco gástrico – hipocloremia), perda de potássio nos casos mais prolongados e alterações no metabolismo de gorduras e glicose, podendo chegar à insuficiência hepática, renal e neurológica, nos casos graves.

CONDUTA

O apoio psicológico e educativo desde o início da gestação, assim como o tratamento precoce da êmese gravídica, com reorientação alimentar e antieméticos, são as melhores maneiras de evitar os casos de hiperêmese.

Antieméticos orais:

metoclopramida – 10 mg de 4/4 hs
dimenidrato – 50 mg de 6/6 hs

Antieméticos injetáveis:

metoclopramida – 10 mg (1 ampola – 2 ml) de 4/4 horas
dimenidrato – 50 mg (1 ampola – 1 ml)

Mesmo na êmese gravídica, havendo persistência dos sintomas, pode ser necessária sedação e diminuição dos níveis de ansiedade da gestante,

com apoio psicológico, além de hidratação endovenosa, quando a desidratação existir.

Todavia, instalado o quadro de hiperêmese, a internação se faz necessária, com jejum, reposição das perdas com soro glico-fisiológico, manutenção do equilíbrio hidroeletrolítico e de ácido-base, além do uso de antieméticos injetáveis.

A reintrodução de dieta leve e sua progressiva normalização devem ser feitos na medida da aceitação da gestante, seu apetite e ausência de naúseas. Nos casos de acentuada perda de peso e dificuldade de reintrodução da dieta, a alimentação parenteral pode ser necessária, enquanto persistirem os sintomas.

7 GESTAÇÃO MÚLTIPLA

É a gravidez que ocorre com presença de dois ou mais fetos.

A mortalidade perinatal é maior que a habitual e aumenta em proporção direta ao número de fetos. É devida, principalmente, à prematuridade e ao retardo de crescimento fetal e, secundariamente, à presença de malformações fetais, alterações placentárias e de cordão, aumento de incidência de doenças como pré-eclâmpsia, etc. Está também aumentado o risco materno pelo aparecimento mais freqüente das síndromes hipertensivas, de anemia, de quadros hemorrágicos no parto, polidrâmnio, apresentações anômalas, etc.

A gravidez múltipla relaciona-se com faixas etárias maternas maiores, com a raça negra, com o aumento da paridade, com história familiar (pelo lado materno), com freqüência maior de relações sexuais, e, em dias atuais, com as técnicas de indução da ovulação ou de fertilização assistida.

Identificam-se dois tipos de gravidez gemelar; *monozigótica,* resultado da divisão, em fases muito precoces do ovo formado pela fecundação de um óvulo, e *dizigótica,* resultante da fecundação de dois óvulos por dois espermatozóides.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico, de suspeição, é feito através de dados clínicos: aumento da altura uterina, palpação de dois pólos cefálicos, sobredistensão uterina e presença de dois focos, separados a mais que 10 cm e com batimentos diferentes entre si.

Dados confirmatórios são dados pelo exame ultra-sonográfico. Apesar de se constatarem dois sacos gestacionais e respectivos embriões em fases iniciais, com a evolução pode haver "desaparecimento", por morte de um deles.

Importante é o diagnóstico do tipo de gravidez múltipla (mono ou dizigótica), identificando-se, pela ultra-sonografia, o septo que separa as duas cavidades amnióticas, com a finalidade de diagnosticar a síndrome de transfusão feto-fetal.

CONDUTA

As consultas devem ser mais freqüentes, no máximo a cada três semanas.

Além dos exames rotineiros, sugere-se a ultra-sonografia mensal para avaliação do crescimento dos fetos.

A vitalidade fetal passa a ser pesquisada a partir de 28-30 semanas (ver Parte 3). Recomenda-se o uso de corticóides entre 26 e 34 semanas.

Como via de parto, indica-se para:	
Cefálico/Cefálico	• Parto vaginal
Cefálico/Pélvico	• Se o 2º feto tiver peso estimado < 1.500 g, parto cesáreo; se ≥ 1.500 g, parto vaginal
Cefálico/Transverso	• Se o 2º feto tiver peso estimado < 1.500 g, parto cesáreo; se ≥ 1.500 g, versão e extração
1º Pélvico ou Transverso	• Parto Cesáreo
Quando existem mais de dois fetos	• Cesárea
O intervalo entre os dois partos deve ser ao redor de 15 minutos. Se maior que 30 minutos, indica-se a via alta para o segundo gemelar, o que deve ser visto como procedimento de exceção.	

8 ALOIMUNIZAÇÃO MATERNO-FETAL

Cerca de 10% das gestações têm **incompatibilidade materno-fetal para o fator Rh.** Destas, 5% apresentam aloimunização. Cerca de 98% dos casos de aloimunização materna por antígenos eritrocitários (doença hemolítica perinatal – DHPN) são devidos ao fator Rh; os restantes 2% a antígenos atípicos, como os fatores Kell, E ou c.

A aloimunização Rh, além de mais freqüente, é a de maior gravidade para o feto, levando, em alguns casos, à hidropisia e ao óbito.

A causa principal é o desenvolvimento de anticorpos anti-Rh positivo em mães Rh negativo, com feto Rh positivo. É hoje evento raro, praticamente inexistente, em países desenvolvidos. No Brasil, no entanto, ainda existem casos, mesmo nos centros mais providos de recursos, pelo não uso de imunoglobulina anti-D.

O mesmo pode ser dito para a DHPN causada por transfusão de sangue incompatível, por abortamento e amniocentese e, em dias atuais, merece destaque o uso de drogas ilícitas injetáveis.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é feito pela pesquisa quantitativa de anticorpos irregulares em toda gestante Rh negativo, com parceiro Rh positivo ou desconhecido. Lembrar que o teste de Coombs indireto não é específico para o antígeno D.

Consideram-se positivos títulos anti-D iguais ou maiores que 1/16.

CONDUTA

A partir deste resultado, inicia-se a pesquisa das condições fetais, pela espectrofotometria do líquido amniótico, conforme esquema gráfico de Liley. A espectrofotometria fornece, no comprimento de onda de 450 milemicra, a diferença de densidade óptica entre a concentração de bilirrubina indireta fetal e o padrão. O resultado obtido é levado ao gráfico que estabelece relação entre a diferença de densidade óptica obtida e a idade gestacional, permitindo-se então traçar conduta específica para cada caso.

Prevenção da sensibilização pelo fator Rh:

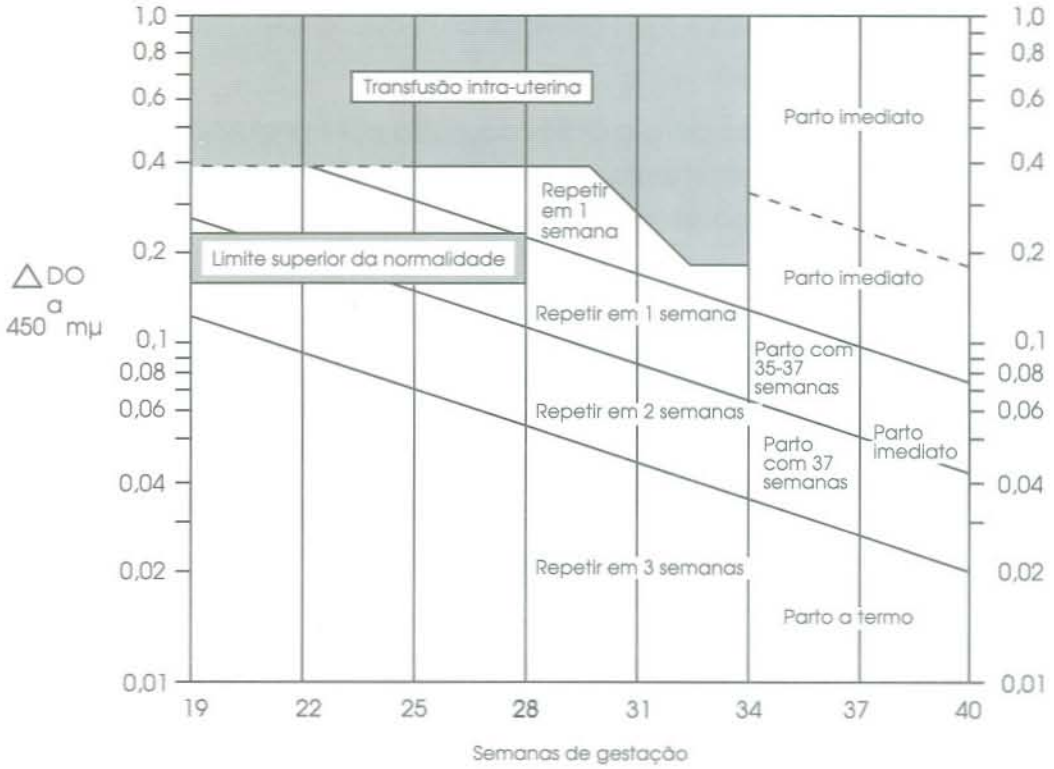
a) Evitar amniocentese nas gestantes Rh (-) não sensibilizadas.

b) Administrar imunoglobina humana anti-D dentro das primeiras 72 horas em:

- mães Rh (-) não sensibilizadas (Coombs indireto negativo) com partos de recém-nascido Rh (+) e Coombs direto negativo;
- pós-abortamento, gravidez ectópica ou mola;
- pós-amniocentese, cordocentese ou biópsia de vilosidade corial;
- depois de sangramento durante a gestação.

c) Administrar imunoglobina humana anti-D durante gestação de mulheres Rh (-) e com Coombs indireto negativo com marido Rh (+) entre 28ª e 34ª semanas.

Esquema Prognóstico de Liley



Mais recentemente, nos centros providos com recursos técnicos e equipe capacitada para procedimentos de medicina fetal, tanto a propedêutica (dosagem de Hb, teste de Coombs direto) como a terapêutica (transfusão fetal) tendem a ser realizados através de cordocentese sob visão ecográfica direta.

9 AMNIORREXE PREMATURA

Conceitua-se amniorrexe prematura quando a rotura da bolsa amniótica se dá antes de instalado o trabalho de parto. Constitui causa importante de partos pré-termo (cerca de 1/3 dos casos) o que contribui para aumento da mortalidade perinatal. A mortalidade materna também é agravada pelos riscos de infecção.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é basicamente clínico. A anamnese informa sobre perda líquida, em quantidade grande ("molha roupas"), súbita e habitualmente indolor.

O exame físico está dentro dos padrões de normalidade e o exame obstétrico mostra volume uterino adequado para a idade gestacional referida, útero normotônico, partes fetais palpáveis mais facilmente e batimentos cardíacos fetais presentes.

A visualização de saída de líquido amniótico pelo orifício do colo é indicador absoluto para o diagnóstico. Como, entretanto, nem sempre este dado é obtido, utilizam-se métodos laboratoriais. Bons resultados são obtidos pelo teste descrito por Ianetta (1984), que consiste na mudança de coloração (incolor para marrom) de esfregaço de amostra de líquido amniótico em lâmina, aquecida durante um minuto.

A ultra-sonografia é método auxiliar importante, não definitivo. À redução do volume do líquido amniótico, soma-se avaliação da idade gestacional, parâmetro básico na tomada de conduta.

CONDUTA

A conduta clínica conservadora implica vigilância de parâmetros indicadores de infecção.

A conduta obstétrica segue esquema:

AMNIORREXE PREMATURA

Conduta Expectante (*)

- Nas conduta conservadora é imprescindível observar as seguintes medidas gerais:

- repouso hospitalar
- controle de pulso e temperatura, de 6 em 6 horas
- avaliar vitalidade fetal
- avaliar a idade gestacional
- abstinência sexual
- realizar leucograma duas vezes por semana
- evitar o toque vaginal

- corticóides – sugere-se o uso de corticóides por diminuir os riscos de síndrome de desconforto respiratório e de hemorragia intracraniana no recém-nascido (para mais detalhes, ver página 51).
- antibióticos – devem ser utilizados quando indicada a antecipação do parto.
- uterolíticos – contra-indicado

– Hiper-hidratação: utilizada quando associada a oligoâmnio importante (ILA < 5 cm), descartando-se, necessariamente, cardiopatias e corioamnionite.

Esquema:

- Solução de Ringer Simples ou Soro Fisiológico – 4.000 ml/IV
- Considera-se satisfatória quando ILA > 6 cm.
- Passa-se, então, à hiper-hidratação oral – 3.000 a 4.000 ml/24h.

Indica-se a repetição do esquema IV se ILA novamente < 5 cm.

9.1. CORIOAMNIONITE

O diagnóstico de corioamnionite pode ser clínico ou laboratorial

Clínico:

- Hipertemia
- Taquisfigmia
- Secreção vaginal com odor fétido
- Taquicardia materna fetal
- Sensibiliddade aumentada do útero

Laboratorial:

Leucocitose - aumento > ou igual 20%, com desvido à esquerda.

A **conduta** no diagnóstico de corioamnionite é a interrupção da gestação.

(Para maior detalhamento, ver Manual de Urgências e Emergências Maternas, Ministério da Saúde.)

10 ÓBITO FETAL

O óbito fetal é definido como a morte do feto que ocorre antes da completa expulsão ou extração do produto conceptual a partir de 22 semanas completas de gestação.

A morte fetal não é um evento raro e, em países em desenvolvimento, suas causas mais prevalentes continuam sendo passíveis de controle e/ou tratamento. A ocorrência de óbito fetal varia de 0,6% a 1,2%. Em países em desenvolvimento, a taxa de mortalidade fetal chega a 30/1.000 nascimentos, cerca de quatro a cinco vezes maior que nos países desenvolvidos.

É importante que se classifique o óbito fetal de acordo com a época de acontecimento, em anteparto ou intraparto, já que existem grandes diferenças no que diz respeito à etiologia, complicações maternas e assistência obstétrica.

As principais causas identificadas de morte fetal no período anteparto são divididas em maternas e feto-anexiais.

- *Causas maternas:* síndromes hipertensivas, aloimunização Rh, endocrinopatias, anemias, infecções, presença no soro materno de anticorpos antifosfolípides, desnutrição, uso de drogas lícitas e ilícitas, intoxicações por metais pesados, alterações uterinas, etc.
- *Causas feto-anexiais:* malformações congênitas, anormalidades cromossômicas, hemorragias do terceiro trimestre da gestação, funiculopatias, transfusão na prenhez gemelar monozigótica.

DIAGNÓSTICO

Clínico: parada de movimentação fetal, diminuição do peso corporal materno, interrupção do crescimento uterino, redução da quantidade do líquido amniótico à palpação, ausência dos batimentos cardíacos fetais. No óbito antigo, pode-se perceber o sinal de Boero, que corresponde à ausculta nítida da pulsação da aorta abdominal materna com o estetoscópio de Pinard.

Ultra-sonográfico: a ausência de pulsação cardíaca e de movimentação fetal confirma o diagnóstico na totalidade dos casos. Na dependência do tempo do óbito, podem ainda estar presentes alterações indicativas de redução do líquido amniótico e alterações estruturais fetais.

Etiológico: para diagnosticar a causa do óbito é necessário o estabelecimento de um extenso protocolo, de acordo com a disponibilidade do serviço:

Exames laboratoriais: sorologias, glicemia, hemograma, etc.
Exame radiológico de todo esqueleto do natimorto
Necropsia
Histopatológico da placenta
Dosagem de anticorpos antifosfolípides
Bacterioscopia e cultura de: colo uterino, membranas placentárias e orofaringe do natimorto
Estudo citogenético do natimorto (através de fragmento de placenta e/ou de pele)

CONDUTA

Por muito tempo a conduta foi esperar pelo desencadeamento espontâneo do trabalho de parto. Na atualidade, há tendência de conduta ativa, em razão da ansiedade materna e também pela possibilidade da ocorrência de coagulopatias causadas pela liberação de substâncias tromboplásticas, pela retenção do feto morto por período superior a quatro semanas.

Os métodos de indução mais utilizados são: ocitocina e prostaglandinas, uso extra-amniótico de sondas ou laminárias. A ocitocina é prioritariamente utilizada em casos de gestações com idade igual ou superior a 28 semanas, com colo uterino favorável, e as prostaglandinas nos casos de morte fetal anteparto com colo uterino desfavorável e com idade gestacional mais precoce, seja para amadurecimento do colo ou indução do trabalho de parto propriamente dito (ver Parte 4).

O óbito fetal *não constitui uma indicação de cesárea,* excetuando-se raras situações, como: placenta prévia centro-total, cesáreas de repetição, descolamento prematuro de placenta com coagulopatia.

11 CESÁREA ANTERIOR

A presença de antecedente de uma cesárea anterior não contra-indica a ocorrência de trabalho de parto na gestação subseqüente. **O incentivo à realização de prova de trabalho de parto nessas mulheres é uma das medidas mais importantes para a redução das taxas de cesáreas no Brasil.**

O risco de complicações maternas (rotura uterina, deiscência de cicatriz, etc.), assim como de complicações fetais (sofrimento), é muito baixo, desde que haja adequada vigilância do trabalho de parto e da vitalidade fetal.

Não existem limites de intervalo interpartal que contra-indiquem o trabalho de parto em uma gestante com cesárea anterior, desde que a incisão da primeira cesárea tenha sido segmentar.

O índice de sucesso para parto vaginal nas mulheres submetidas a uma prova de trabalho de parto (PVAC – parto vaginal após cesárea) é de, no mínimo, 50%; alguns trabalhos mostram cifras de 70% a 80%.

PARTE II: INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS

1 INFECÇÕES

1.1. INFECÇÃO URINÁRIA

Este é o problema urinário mais comum durante a gestação. **O quadro clínico varia de bacteriúria assintomática (mais de 100.000 colônias/ml de urina)**, que acomete de 2% a 10% das gestantes, até o **quadro de pielonefrite.** Em 80% dos casos de bacteriúria assintomática, a ***Escherichia coli*** é o agente etiológico identificado.

DIAGNÓSTICO

Os casos mais leves caracterizam-se por disúria, polaciúria e urgência miccional. Nas infecções mais graves aparecem sintomas de queda do estado geral, como: febre, calafrios, cefaléia, náuseas, vômitos e hipersensibilidade do ângulo costo-vertebral, sugestivos de pielonefrite aguda. Associados a ela estão a desidratação, o comprometimento da função renal, a hemólise, a anemia, o choque séptico, a prematuridade e a infecção feto-anexial e puerperal.
O diagnóstico laboratorial é dado pelo exame do sedimento urinário e pela cultura.

CONDUTA

Nos casos leves, o tratamento é ambulatorial e a antibioticoterapia é feita por via oral durante 7 a 10 dias. Os antibióticos mais utilizados são a ampicilina (2 g/dia), a cefalosporina de 1º geração (2 g/dia) e a nitrofurantoíana (300 mg/dia), esta última indicada para os germes gram negativos *(E. coli)*. Iniciar a antibioticoterapia frente ao diagnóstico clínico declarado, não sendo recomendado aguardar-se a realização dos exames laboratoriais nesses casos, que devem ser feitos 7 a 15 dias após o término do tratamento.

A bacteriúria assintomática requer o mesmo tratamento dos casos leves.

Os casos graves requerem internação com controle dos sinais vitais, hidratação e antibioticoterapia. O antibiótico mais usado é a cefalosporina de 1º geração, administrada intravenosamente na dosagem de 1 a 2g de 6 em 6 horas. A eficácia do tratamento é avaliada a cada 24 horas. Após a resolução do quadro agudo, passa-se ao antibiótico via oral, cefalosporina de 2g/dia, durante,

no mínimo, 10 dias. No caso de **recidivas,** deve-se administrar, como dose de manutenção, 100mg de nitrofurantoína, à noite, até o final da gestação.

1.2. TOXOPLASMOSE

A toxoplasmose é causada pelo *Toxoplasma gondii (TG)* e adquire especial relevância quando atinge a gestante, visto o elevado risco de acometimento fetal. Dentre os agravos anatômicos e funcionais decorrentes dessa afecção, podem ser observados **retardo de crescimento intra-uterino, morte fetal, prematuridade e/ou toxoplasmose congênita (coriorretinite, microcefalia, com ou sem hidrocefalia, retardo mental, pneumonite, hepatoesplenomegalia, erupção cutânea e calcificações cerebrais).**

DIAGNÓSTICO:

Clínico

A anamnese é pouco fidedigna em determinar o passado de toxoplasmose. Por isto, a hipótese dessa doença deve ser lembrada em todos os processos febris ou adenomegálicos que acometem a gestante. Linfoadenomegalia, febre e mal-estar, juntos à história de contato com felinos, manuseio de terra ou carne crua (sem proteção com luvas), são alterações sugestivas de contaminação pelo TG.

O exame físico pode confirmar os dados da anamnese, mas, pela baixa especificidade desses dados, o exame sorológico é necessário para fechar o diagnóstico.

Laboratorial

A imunofluorescência (Elisa) e hemoglutinação são os testes utilizados para diagnóstico. O Elisa é técnica de eleição para diagnóstico tanto de fase aguda como da crônica.

Em locais onde não seja possível a sua realização, indicam-se a **imunofluorescência indireta e a hemaglutinação.** A combinação dos resultados desses dois exames permite traçar o perfil sorológico, diferenciando fase aguda de crônica

Desta forma, tem-se:

- ***Toxoplasmose aguda:***

Presença de anticorpos IgM (não considerar título) e anticorpos IgG em rápida ascensão e presença de anticorpos IgG de baixa avidez (detectados por Elisa).

Hemaglutinação: apresenta títulos baixos.

- ***Perfil sorológico de transição:***

Imunofluorescência: IgG alto, tendendo a diminuir.
IgM negativo.
Hemaglutinação: títulos altos (1/4000, 1/8000 etc.).

- ***Toxoplasmose latente ou crônica:***

Imunofluorescência: IgG positivo, com títulos menores que anteriormente.
IgM negativo.

Hemaglutinação: títulos baixos.

CONDUTA

Gestante com infecção aguda:

Após o diagnóstico da infecção aguda materna, independentemente da idade gestacional, iniciar espiramicina (500 mg) 3,0 g/dia, via oral, divididos em 3 tomadas. Após informar sobre os riscos da infecção para o feto/recém-nascido, propor o diagnóstico da infecção fetal. Lembrar que a discussão sobre a conduta futura deve ser abordada, antes de iniciado o diagnóstico da infecção fetal. Os pais devem estar conscientes e concordar com esse tipo de diagnóstico.

Diagnóstico da infecção fetal:

Pode ser feito através da pesquisa do microorganismo ou de anticorpos contra ele no líquido amniótico e no sangue do cordão umbilical. As possibilidades diagnósticas da infecção fetal pelo TG dependem dos recursos financeiros e tecnológicos disponíveis. O melhor exame isolado para esse diagnóstico é a reação em cadeia da polimerase (PCR) no líquido amniótico, que pode ser obtido a partir da 12ª semana de gestação. A pesquisa da infecção utilizando o sangue fetal obtido por cordocentese, após 16ª semana, também aumenta a probabilidade diagnóstica, mas deve ser avaliado o risco do procedimento. No sangue fetal, o exame que fornece os melhores resultados é a PCR, podendo ser complementado com a pesquisa de IgM, hemograma fetal (plaquetopenia) e inoculação em cobaia.

O exame ecográfico só diagnostica as complicações tardias dessa afecção, lideradas por microcefalia com hidrocefalia, calcificações cerebrais, ascite fetal e alterações de ecotextura hepática e esplênica.

Conduta após os Procedimentos para Diagnóstico da Infecção Fetal pelo TG:

Nos casos em que a pesquisa para identificar a infecção fetal pelo TG é negativa, questiona-se a validade de repeti-la após 4 semanas. No entanto, considerando que a morbidade da amniocentese é

relativamente baixa e que a especificidade da PCR neste fluido é elevada, teoricamente, justifica-se repetir essa pesquisa. Manter a espiramicina nas doses recomendadas anteriormente até que se tenha o diagnóstico definitivo.

Se o feto está acometido, instituir o tratamento tríplice materno (pirimetamina, 25 mg de 12/12 horas por via oral; sulfadiazina, 3 g/dia, via oral, divididas em duas tomadas e ácido folínico, 10 mg/dia). O tratamento tríplice alterna com espiramicina por um período de 3 semanas, até o termo. Interromper o uso de sulfadiazina 2 semanas antes do parto.

1.3. MALÁRIA

A ocorrência da malária na gestação não consta nas estatísticas, mas é comum nas áreas endêmicas, nos estados de Rondônia, Pará, Mato Grosso, Acre e Amazonas.

> A malária na gravidez pode levar a aborto, prematuridade, baixo peso, anemia megaloblástica, mortalidade perinatal e materna. As complicações são mais importantes em primigestas; casos com sintomas clínicos exacerbados e parasitemia elevada.

Na gestação, tem sido encontrada uma depressão imunitária do componente humoral, contribuindo para o aumento das manifestações clínicas e gravidade da doença.

São comuns as lesões placentárias com a presença de parasitos e pigmento maláricos, mas a infecção congênita ocorre em 0,3% dos casos de regiões não-endêmicas, ou até 1% a 4% dos casos de regiões endêmicas.

DIAGNÓSTICO

Anamnese:

- procedência da paciente (zona endêmica ou não);
- período de incubação da doença (em média 12 – 14 dias);
- modo de transmissão (exposição à picada de mosquitos, hemotransfusão, uso de seringas comunitárias);
- febre de caráter intermitente ou paroxística (a cada 48 ou 72 horas).

Formas Clínicas:

Forma Leve	Forma Moderada	Forma Grave	Forma de Urgência
Febre baixa Cefaléia Náuseas Mal-estar geral Parasitemia baixa Anemia leve	Febre alta a cada 48/72 horas Calafrios (15 a 60 minutos) Calor (2 a 6 horas) Sudorese profusa Cansaço, cefaléia Náuseas e vômitos Parasitemia (0,1 a 0,5% das Hemáceas) Anemia moderada Hepatoesplenomegalia	Febre persistente, não muito elevada Não há calafrios Não há sudorese Cefaléia intensa Vômitos freqüentes Pode ter delírio Dor generalizada por todo corpo Parasitemia de 2% das hemáceas Anemia grave Hepatoesplenomegalia	Febre alta Cefaléia intensa Vômitos persistentes Oligúria/anúria Icterícia Hepatoesplenomegalia Obnubilação Taquipnéia Anemia intensa (50% da taxa de hemoglobina) Parasitemia (maior que 2% e pode alcançar 30% das hemácias) Associação a complicações

Diagnóstico Diferencial

- Febre Tifóide
- Febre Amarela
- Hepatite Infecciosa
- Calazar
- Leucoses
- Meningites
- Dengue
- Infecção Puerperal
- Aborto Infectado
- Esquistossomose Mansônica
- Abscesso Amebiano Hepático
- Leptospirose
- Tuberculose Miliar
- Salmonelose Septicemia
- Septicemia
- Encefalite Viral
- Infecção Urinária Alta

Laboratorial

É realizado através do exame específico (gota espessa e esfregaço corado por Giemsa), que além de requerer pessoal técnico bem treinado na identificação e diferenciação das espécies do parasita, oferece baixa sensibilidade, mesmo nos casos sintomáticos – 51,7%. Nos casos assintomáticos ou em tratamento a sensibilidade é muito baixa. Em alguns serviços pode ser encontrado o exame direto com prévia centrifugação QBC (quantidade buffly coat), que tem sensibilidade de 73,7%. Entre os testes sorológicos, o mais sensível é o de imunofluorescência indireta, com sensibilidade de 75,3%.

Malária Vivax

Droga	Dose	Via*	Duração	Efeitos Colaterais	Manutenção (evitar recaídas)
Cloroquina Base	10 mg kg no 1º dia 5 mg/kg no 2º e 3º dias	Infusão Venosa Lenta ou por Sonda Nasogástrica	Dose Única Diária	Náuseas Vômitos Cefaléia Visão turva Hipertensão Prurido Desconforto	300 mg/sem Em dose única V.O., até final da gestação

*Os casos leves são tratados por VIA ORAL (mesma dosagem).
Obs.: **Intoxicação aguda por Cloroquina** – Coma, convulsões, arritmias e hipotensão.

Malária Falciparum – Não Grave

Droga	Dose	Via	Duração	Efeitos Colaterais
Sulfato de Quinino (Qualquer IG) + Clindamicina (Qualquer IG)	8 - 10mg/kg por dose, de 8/8 horas 10mg/kg por dose, de 8/8 horas	Via Oral Via Oral	7 dias 3 dias	Cinchonismo Náuseas Zumbidos Cefaléia Visão turva Perda da Audição Intranqüilidade Hipoglicemia Diarréia (colite pseudomembranosa)
Meofloquina Base (após o 1º trimestre da gestação)	15mg / kg	Via Oral	Dose Única	Náuseas Dor abdominal Vertigem Cefaléia Visão turva Hipotensão Diarréia Arritmia Sinusal assimet. Bradicardia Sinusal

Obs.:

- 1 comprimido de Quinino = 500 mg
- 1 comprimido de Clindamicina = 150 mg
- A Mefloquina tem sido usada para tratamento de todos os tipos de malária, mas só está disponível em comprimidos.
  Intoxicação por Mefloquina – Psicose aguda, encefalopatia transitória com convulsões.

Malária Falciparum – Grave

Droga	Dose	Via	Duração	Efeitos Colaterais
Artesunato (Qualquer idade gestacional) + Clindamicina (Qualquer idade gestacional)	1mg/kg por dose 10 mg/kg por dose, de 8/8 horas	EV EV	4 doses: 1ª dose, seguida de outras após 4 horas, 24 e 48 horas 7 dias	Praticamente sem efeitos colaterais (purido, dist. gastrointes-tinais e hipotensão) Diarréia

Obs.:

- Não se dispõe de estudos suficientes sobre a inocuidade do uso de derivados da artemisina em gestantes, mas alguns trabalhos mostram ausência de efeitos colaterais para o feto e RN.
- O artesunato E.V. deve ser diluído em 20 a 50 ml de solução glicosada, por dose e pode ser substituída por ARTEMETHER I.M (1,6 mg / kg, por dose) à 0, 12, 24, 48, 72 e 96 horas.
- Pode-se usar o Sulfato de Quinino (diluído em soro glicosado na proporção de 1:1 e infundido em 4 horas) durante três dias, associado a clindamicina (7 dias) por via endovenosa, nos casos graves de M. falciparum.

Conduta Obstétrica: a via de parto deve obedecer indicação obstétrica.

Recomendações

- A primaquina (8 – aminoquinoleína) está contra-indicada por levar à hemólise fetal.
- A pesquisa de hematozoários deve ser diária até a negativação no sangue periférico.
- Ocorrendo resistência medicamentosa, recomenda-se o tratamento com clindamicina 300 mg/12/12 horas por 5 dias.
- O ácido fólico deve ser administrado simultaneamente em qualquer tipo de tratamento antimalárico e a paciente informada dos riscos potenciais.
- É comum o abandono do tratamento medicamentoso, após o cessar dos sintomas depois do 3º dia de medicação. Entretanto, a paciente deve ser orientada da importância da resistência medicamentosa e possíveis recidivas.
- O controle do tratamento da malária na gravidez deverá ser realizado no 15º e 30º dia após a alta.

1.4. HANSENÍASE

A Hanseníase é uma doença crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*, parasita intracelular obrigatório que apresenta afinidade por células cutâneas e por células dos nervos periféricos. Esse bacilo tem capacidade de infectar grande número de indivíduos, porém poucos adoecem dada a sua baixa patogenicidade. Apesar disto, o poder imunogênico do *Mycobacterium leprae* é responsável pelo alto potencial incapacitante de hanseníase, o que permite afirmar que o bacilo é de alta infectividade. O domicílio é apontado como importante espaço de transmissão da doença.

A principal via de eliminação dos bacilos são as vias aéreas superiores, sendo o trato respiratório a mais provável porta de entrada do *Mycobacterium leprae* no corpo. O trato respiratório superior dos pacientes multibacilares (virchowianos e dimorfos) é a principal fonte do agente encontrado no meio ambiente. Não se pode deixar de mencionar a possibilidade de penetração do bacilo pela pele com solução de continuidade.

A Hanseníase apresenta longo período de incubação: de dois a sete anos. Há referência a períodos mais curtos, de sete meses, como, também, de mais de dez anos.

É freqüente os primeiros sinais da hanseníase manifestarem-se na gestação, como também recidivas e reações. As alterações hormonais de gravidez causam depleção da imunidade celular, fundamental na defesa contra o bacilo.

A gestação nas mulheres portadoras de hanseníase tende a apresentar poucas complicações, exceto a anemia, comum em doenças crônicas. Há, na literatura, registros de associação entre baixo peso e hanseníase.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico e tratamento impõem a adoção da classificação operacional, baseada no número de lesões:

ALTERAÇÃO NA PELE	ESPESSAMENTO DOS NERVOS	Nº DE LESÕES	BACILOSCOPIA	CLASSIFICAÇÃO
• Diminuição ou ausência de sensibilidade • Mancha • Placa	Ausência ou 1 tronco nervoso espessado	Até 5	Negativa	Paucibacilar (formas indeterminada e tuberculóide)
• Diminuição ou ausência de sensibilidade • Mancha • Placa • Tubérculo ou nódulo • Infiltração	Mais de 1 tronco nervoso espessado	Mais de 5	Positiva	Multibacilar (formas dimorfia e virchowiana)

CONDUTA

A gravidez e/ou aleitamento materno não contra-indicam a administração dos esquemas de tratamento da hanseníase (poliquimioterapia). Algumas drogas são excretadas pelo leite, porém sem efeitos adversos, exceto a hiperpigmentação da criança pela clofazimina, com regressão gradual após um ano. A paciente será encaminhada ao Programa de Hanseníase.

Os esquemas de poliquimioterapia são seguros, tanto para a mãe como para a criança.

Esquema Poliquimioterapia (PQT/OMS)

DROGA	PAUCIBACILAR		MULTIBACILAR	
	PQT/PB - 6 DOSES	ROM	PQT/MG - 24 DOSES	PQT/MB - 12 DOSES
RIFAMPICINA (RFM)	600 mg uma vez por mês supervisionada num total de 6 doses em até 9 meses.	600 mg dose única supervi-sionada	600 mg uma vez por mês supervisionada uma vez por mês num total de 24 doses em até 36 meses.	600 mg uma vez por mês supervisionada uma vez por mês num total de 12 doses em até 18 meses.
DAPSONA (DDS)	100 mg uma vez ao dia, auto-administrada		100 mg uma vez ao dia, auto-administrada	100 mg uma vez ao dia, auto-dministrada.
CLOFAZIMINA (CGZ)			300 mg uma vez por mês supervisionada num total de 24 doses em até 36 meses + 100 mg em dias alternados ou 50 mg diários auto-administrada.	300 mg uma vez por mês supervisionada num total de 12 doses em até 18 meses + 100 mg em dias alternados ou 50 mg diários auto-administrada.
MINOCICLINA (MINO)			100 mg administrada em dose única supervisionada	
OFLOXACINA (OFLO)			400 mg administrada em dose única supervisionada	
Seguimento dos casos	Comparecimentos mensais para a medicação super-visionada num total de 6 doses. Revisão derma-toneurológica na 6ª dose. Para alta, aplicar os critérios de cura.		Comparecimentos mensais para a medicação supervisionada num total de 24 doses mensais. Revisão dermatoneurológica na 12ª e 24ª doses. Para alta, aplicar os critérios de cura.	Comparecimentos mensais para a medicação su-pervisionada num total de 12 doses mensais. Revisão dermato-neurológica na 6ª e 12ª doses. Para alta, aplicar os critérios de cura.

Critério de Cura

A paciente obtém alta por cura ao completar as doses preconizadas, não necessitando ficar sob vigilância do serviço de saúde. Pacientes da forma paucibacilar farão 6 doses de PQT/OMS em até 9 meses de tratamento e aqueles tratados com esquema ROM farão dose única. Pacientes da forma multibacilar farão 24 doses de PQT/OMS em até 36 meses, ou 12 doses em até 18 meses no caso do esquema de curta duração.

Reações Hanseníacas

Reações hanseníacas são intercorrências agudas que podem ocorrer na hanseníase, por manifestações do sistema imunológico. Aparecem no início da doença, durante o tratamento e após a alta por cura, não sendo recomendada a suspensão ou reinício do tratamento específico de hanseníase.

Pode ocorrer tanto nos casos paucibacilares como nos multibacilares. A paciente pode acrescentar novas lesões (manchas ou placas), dor e espessamento dos nervos/neurites, alterações de cor e edema das lesões antigas.

O tratamento das reações é feito com os antiinflamatórios, corticosteróides e talidomida. A talidomida é totalmente proibida para mulheres gestantes por seus efeitos teratogênicos.

1.5. RUBÉOLA

O vírus da rubéola apresenta elevada toxicidade para tecidos embrionários, notadamente no início da embriogênese, causando a síndrome da rubéola congênita (microftalmia, cardiopatia, alterações auditivas e retardo mental). Entretanto, existe a possibilidade tanto de acomentimento isolado de órgãos (não configurando a síndrome completa) como a síndrome de rubéola congênita ampliada (entre outras alterações, miocardite, hepatite, púrpura, alterações ósseas, retardo de crescimento intra-uterino e óbito). Na tabela a seguir estão representados os percentuais médios das complicações estruturais graves da rubéola congênita de acordo com o período gestacional em que ocorreu a infecção primária materna.

Infecção Materna (mês)	Percentuais Médios de Acometimento Fetal Grave
1º	10 – 40%
2º	20 – 25%
3º	10 – 20%
4º	6 – 7%
5º	0,5 – 1%

DIAGNÓSTICO

Clínico

Nas pacientes que exibem manifestações clínicas, essas são lideradas por exantema maculopapular centrífugo, que surge 2 a 3 semanas após a contaminação, durando até 5 dias. Nesse período pode haver febrícula e adenomegalia, principalmente na região cervical. Artralgias estão presentes em 30% – 40% dos casos. O período prodrômico é marcado pela presença de mal-estar, febrícula, cefaléia e ardor conjuntival. Deve ser lembrado que uma semana antes da fase exantemática o vírus já está sendo eliminado na orofaringe.

Laboratorial

A dosagem da IgM antivírus da rubéola, aferida pelo método Elisa confirma o diagnóstico da fase aguda da rubéola. Passa a ser detectável por tempo variável, no soro materno, mas o seu pico é em torno de 1 a 2 semanas após o exantema. A presença de IgG nessas condições não ajuda no diagnóstico.

Caso a primeira dosagem de IgM seja negativa nos casos suspeitos, deve ser repetida 15 dias após.

O hemograma ajuda no diagnóstico diferencial da rubéola com infecção bacteriana, pois como toda infecção viral, o aumento de glóbulos brancos se faz à custa de linfócitos.

CONDUTA

Gestante IgG (+)

A gestante com IgG antivírus da rubéola positiva significa contato prévio com esse vírus. Nessa situação, o risco de transmissão vertical é mínimo.

Gestante IgG (-)

Sorologia IgG negativa para rubéola indica gestante susceptível. A conduta para essas mulheres é de atenção diferenciada quanto a evitar o contato com pessoas contaminadas pelo vírus da rubéola. No puerpério, essas pacientes devem ser orientadas para vacinação.

Gestante com Infecção Aguda IgM (+)

Aferir corretamente o período de viremia em relação à idade gestacional desse evento clínico e informar os familiares sobre o prognóstico perinatal baseado nos percentuais de acometimento fetal contidos na tabela anterior; encaminhar a paciente para diagnóstico da infecção fetal em local apropriado de referência.

Diagnóstico da Infecção Fetal

O diagnóstico da infecção fetal pelo vírus da rubéola pode ser feito utilizando a pesquisa direta do microorganismo (ou de seus fragmentos) e/ou de anticorpos contra ele. A PCR (Reação em Cadeia da Polimerase) pode ser usada nas amostras de vilo corial (biópsia), líquido amniótico (amniocentese) e sangue fetal (cordocentese). No sangue fetal, além da PCR, pode ser pesquisada IgM (após 16 semanas de gestação) e hemograma fetal.

Após os Procedimentos Diagnósticos Invasivos da Infecção Fetal em pacientes que apresentam o fator Rh negativo, deve-se administrar a imunoglobulina anti-Rh. Se os exames confirmam o diagnóstico da infecção fetal, a situação deve ser discutida com os pais com base no período gestacional em que o diagnóstico é realizado.

1.6. CITOMEGALOVÍRUS

Também chamada **doença de inclusão citomegálica,** é causada por um **herpesvírus, cuja replicação se faz no interior do núcleo na forma de inclusão.** Surge, como conseqüência, **gigantismo do núcleo e citoplasma,** originando-se daí o nome da doença. A prevalência é maior em países subdesenvolvidos.

A citomegalia transmite-se a partir do contato com fluidos biológicos infectados. A transmissão vertical é freqüente (0,5 a 2%), podendo também ocorrer através do canal de parto ou, ao recém-nascido, pelo leite materno.

A infecção primária atinge o feto em cerca de 35% de todos os casos, nos quais podem ocorrer malformações (microcefalia, coriorretinite, calcificação, hepato-esplenomegalia, hidropisia, retardo psicomotor, trombocitopenia). Abortamentos, partos prematuros e retardo de crescimento fetal são de ocorrência freqüente e a mortalidade perinatal é alta, em torno de 50%. Podem surgir

complicações tardias, como déficit mental e motor, surdez, atrofia óptica e cegueira, espasticidade motora, etc.

Após o quadro primário, o vírus permance inativo no organismo, podendo ser reativado em situações de exceção (imunodepressão, por exemplo).

DIAGNÓSTICO

Materno

O quadro clínico (por vezes semelhante ao da mononucleose) e a exposição da gestante casual ou por profissão (saúde, professoras, etc.) fazem suspeição da doença.

Laboratorialmente são realizados o teste Elisa e de imunofluorêscia, com pesquisa de anticorpos da classe IgM para diagnóstico de infecção aguda. No entanto, deve ser lembrado que, embora a maioria dos recém-nascidos com manifestação de infecção congênita ao nascimento nasça de mães com infecção aguda, pode ocorrer infecção fetal mesmo quando as mães já apresentavam evidências sorológicas de infecção prévia.

Fetal

A ultra-sonografia e propedêutica invasiva (amniocentese e cordocentese) são os métodos utilizados para diagnóstico fetal, embora não exista uma padronização de consenso sobre o diagnóstico fetal de citomegalovirose.

CONDUTA

Os antivirais para infecção por citomegalovírus não devem ser utilizados pela grávida, pela ausência de comprovação dos riscos fetais.

1.7. DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Considerando a existência de normas específicas (Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST, do Ministério da Saúde CN-DST/AIDS – 3ª edição, 1999), serão abordadas apenas as mais relevantes na gravidez.

1.7.1. SÍFILIS

A sífilis congênita é considerada verdadeiro evento marcador da qualidade de assistência à saúde materno-fetal, pela simplicidade diagnóstica e fácil manejo clínico/terapêutico.

Apesar da subnotificação, a taxa conhecida de mortalidade por sífilis congênita no Brasil variou de 70 a 100 por milhão de nascidos vivos, no período de 1979 a 1990, e estima-se em 40% a mortalidade perinatal.

A infecção do feto estaria na dependência do estado da doença na gestante; ou seja, quanto mais recente a infecção materna, mais treponemas estão circulantes e, portanto, mais grave será o comprometimento fetal. O risco de acometimento fetal varia de 70% a 100%, dependendo da fase da infecção na gestante e do trimestre da gestação. **Estas considerações justificam a necessidade de testar, sistematicamente, no mínimo duas vezes na gestação (início do pré-natal e 30ª semana), e no momento de sua internação hospitalar (seja para o parto ou para curetagem uterina por aborto).** A realização do teste para sífilis (VDRL, RPR) no início do 3º trimestre (28ª - 30ª semanas) permite o tratamento materno até 30 dias antes do parto, intervalo mínimo necessário para que o recém-nascido seja considerado tratado intra-útero.

Classifica-se em:

- Sífilis adquirida recente (com menos de um ano de evolução): primária, secundária e latente recente;
- Sífilis adquirida tardia (com mais de um ano de evolução: latente tardia e terciária);
- Sífilis congênita (consultar a norma técnica de sífilis congênita do MS)

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico na fase primária é clínico e dado pela identificação do cancro duro. Esse sinal, quando localizado internamente (vagina, colo do útero), pode passar desapercebido na mulher. Na fase secundária, o diagnóstico clínico é dado por erupções cutâneas generalizadas (roséolas sifilíticas) e pelo condiloma plano (lesões elevadas, papulosas e circulares altamente contagiosas, localizadas nos genitais e região perianal). Na fase terciária, a lesão é a goma sifilítica.

Na gestação, alguns dados clínicos sugerem a possibilidade de sífilis: abortamento tardio (a partir do 4º mês), natimortos, hidropsia fetal e parto prematuro.

O diagnóstico laboratorial é realizado pelo VDRL (Venereal Disease Research Laboratory), RPR (Rapid Plasm Reagin) e o FTA-Abs (Fluorescent Treponema Antigen Absorbent).

O VDRL, teste de diagnóstico mais utilizado, torna-se reativo a partir da segunda semana depois do aparecimento do cancro (sífilis primária) e, em geral, está mais elevado na fase secundária da doença. Os títulos tendem à redução a partir do primeiro ano de evolução da doença, podendo permanecer baixos por longos períodos ou até por toda a vida; é o que se denomina "memória" ou "cicatriz" sorológica. Assim, títulos baixos podem representar doença muito recente ou muito antiga, tratada ou não. Essa dúvida é esclarecida pela anamnese, exame físico e realização de provas de sorologia treponêmica específica, FTA-Abs.

A imunofluorescência com o FTA-Abs, sendo um exame qualitativo, é importante para a confirmação da infecção, não se prestando para seu acompanhamento.

CONDUTA

- Sífilis primária: Penicilina Benzatina 2.4 milhões U.I., via intramuscular, em dose única (1.2 milhão V.I. em cada glúteo).
- Sífilis recente secundária e latente: Penicilina Benzatina 2.4 milhões U.I., via intramuscular, repetida após 1 semana. Dose total de 4.8 milhões U.I.
- Sífilis tardia (latente e terciária): Penicilina Benzatina 2.4 milhões U.I., intramuscular, semanal, por 3 semanas. Dose total de 7.2 milhões U.I.

Após a dose terapêutica inicial, em alguns casos, poderá surgir a reação febril de Jarisch – Herxheimer, com exacerbação das lesões cutâneas, geralmente exigindo apenas cuidados sintomáticos; ocorre involução espontânea em 12 a 48 horas. Não se justifica a interrupção do esquema terapêutico.

RECOMENDAÇÕES

- O parceiro deve sempre ser testado e tratado.
- As gestantes tratadas requerem seguimento sorológico quantitativo mensal durante a gestação, devendo ser novamente tratadas, mesmo na ausência de sintomas, se não houver resposta ou se houver aumento de, pelo menos, duas diluições na titulação do último título do VDRL (ex.: de 1/2 para 1/8).
- As gestantes com história comprovada de alergia à penicilina (evento raro no caso da penicilina benzatina) devem ser tratadas com eritromicina na forma de estearato, 500 mg. V.O, de 6/6 horas, por 15 dias para a sífilis recente, e por 30 dias para a sífilis tardia. O uso dessa droga exige estreita vigilância, pela menor eficácia, e **o feto não deve ser considerado tratado.**
- Para fins operacionais, recomenda-se que os casos de sífilis latente, com período de evolução desconhecido, e as portadoras do HIV sejam tratados como sífilis latente tardia.
- Portadoras do HIV podem ter a história natural da sífilis modificada, desenvolvendo neurossífilis mais precoce e facilmente; nesses casos, é indicada a punção lombar para que se possa definir o esquema terapêutico mais apropriado.
- As pacientes com manifestações neurológicas e cardiovasculares devem ser hospitalizadas e receber esquemas especiais de penicilinoterapia.
- Notificação da sífilis materna pelo SINAN.
- Considerar a associação entre as DST e a infecção pelo HIV. Fazer o aconselhamento pré-teste e oferecer a realização de sorologia anti-HIV.

- Orientar a abstenção das relações sexuais até a conclusão do tratamento e o desaparecimento dos sintomas (quando presentes); não sendo possível, orientar o uso do preservativo, que deve ser mantido após o tratamento, em todas as relações sexuais.

1.7.2. HEPATITES B e C

Do ponto de vista epidemiológico, a transmissão sexual de agentes infecciosos causadores de hepatite ocorre mais freqüentemente com os vírus das hepatites tipo A, B, C e Delta. Os tipos B (vírus da hepatite B – HBV) e C (vírus da hepatite C – HCV) podem evoluir para doença hepática crônica, e associam-se com carcinoma hepatocelular primário.

Embora os métodos empregados para prevenção de outras DST também sirvam para a infecção pelo HBV, a vacinação ainda é o método mais eficaz de prevenção dessa infecção. A gravidez e a lactação não são contra-indicação para a utilização de vacina. Não sendo possível pesquisa rotineira no pré-natal, a sorologia pode ser solicitada para as gestantes consideradas de risco. Nas gestantes com sorologia positiva, a cesárea parece não reduzir a transmissão vertical do HBV. No caso de parto vaginal, deve-se evitar, tanto quanto possível, o contato do sangue materno com a criança, procedendo-se clampeamento precoce do cordão umbilical e aspiração das vias áreas superiores do recém-nascido. **Para a profilaxia da infecção do recém-nascido, este deve receber a primeira dose da vacina, e também a gamaglobulina hiperimune, logo após o nascimento, preferencialmente nas primeiras 12 horas de vida.** (Para mais informações, consultar o Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST, do Ministério da Saúde – 3ª edição, 1999, p. 104-109).

1.7.3. INFECÇÃO PELO HIV

No Brasil, a soroprevalência da infecção pelo HIV, entre as gestantes testadas, foi de 0,9%, em outubro de 1998.

Estima-se que sem qualquer intervenção 15% a 30% das crianças nascidas de mães soropositivas para o HIV adquirem o vírus na gestação ou durante o trabalho de parto ou parto, ou através da amamentação. Há evidências de que a maioria dos casos de transmissão vertical do HIV ocorre mais tardiamente na gestação, durante o trabalho de parto e no parto.

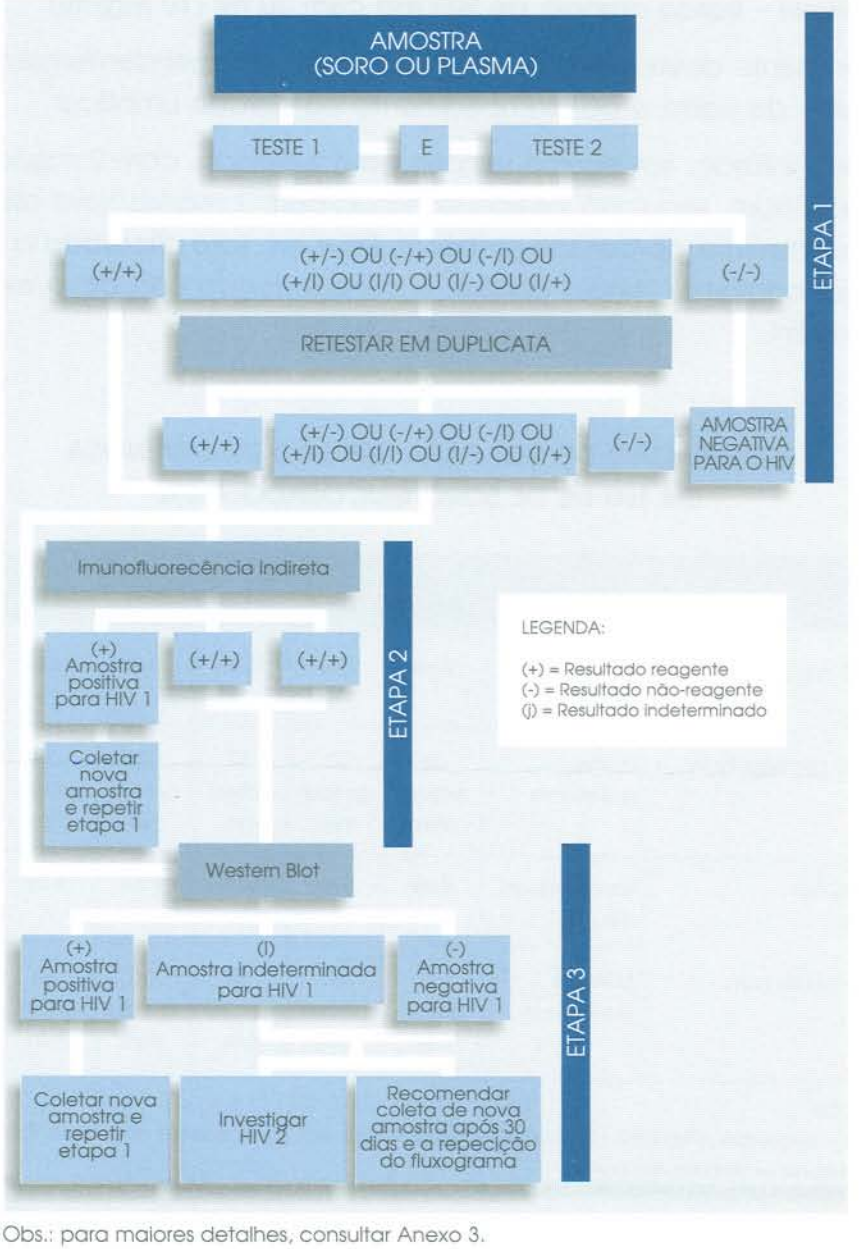
Um dos maiores avanços na prevenção da transmissão vertical do HIV foi demonstrado no estudo multicêntrico realizado nos Estados Unidos e na França, em gestantes que não amamentaram, o qual mostrou a redução de aproximadamente 70% com o uso do AZT na gestação, parto e no recém-nascido (Protocolo ACTG 076).

DIAGNÓSTICO

- O diagnóstico do HIV na gestação possibilita os melhores resultados em relação à transmissão vertical, constituindo-se na intervenção mais eficaz, visando garantir a erradicação do HIV neonatal. Para tanto, é fundamental uma maior adesão – dos profissionais de saúde e das usuárias – na detecção, aumentando o número de gestantes testadas. **A identificação de gestantes soropositivas para o HIV é fundamental para um acompanhamento adequado no ciclo gravídico-puerperal e no período neonatal.**
- Oferecer o teste anti-HIV a toda gestante, com aconselhamento pré e pós-teste, independentemente da situação de risco da mulher para a infecção pelo HIV. O teste deve ser sempre voluntário e confidencial.

FLUXOGRAMA PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV EM INDIVÍDUOS COM IDADE ACIMA DE 2 ANOS

(Portaria nº 488, de 17/06/98, Ministério da Saúde/ Secretaria de Vigilância Sanitária, D.O. da União, Seção 1, p. 3).



Obs.: para maiores detalhes, consultar Anexo 3.

CONDUTA

Clínica

a) Esquema Posológico AZT

Na gestante

AZT – cápsulas de 100 mg via oral

A partir da 14ª semana até o parto.

Dose diária:

- 500 mg divididos em 5 doses diárias de 100 mg ou
- 600 mg divididos em 3 doses diárias de 200 mg ou
- 600 mg divididos em 2 doses diárias de 300 mg (este esquema facilita a adesão ao tratamento).

Na parturiente

AZT injetável – frasco ampola de 200 mg com 20 ml (10 mg/ml)

- A parturiente deve receber AZT endovenoso, independentemente do trabalho de parto e do clampeamento do cordão umbilical
- Iniciar a infusão, em acesso venoso individualizado, com 2 mg/kg na primeira hora, seguindo infusão contínua com 1 mg/kg/hora até o clampeamento do cordão umbilical. Diluir em soro glicosado a 5% e gotejar conforme tabela abaixo. A concentração não deve exceder a 4 mg/ml.

PREPARAÇÃO DO AZT PARA INFUSÃO INTRAVENOSA EM 100 ML DE SORO GLICOSADO A 5%

		Peso da Paciente					
		40 Kg	50 Kg	60 Kg	70 Kg	80 Kg	90 Kg
ATAQUE (2 mg /Kg)	Quantidade de AZT	8 ml	10 ml	12 ml	14 ml	16 ml	18 ml
Ocorrer na primeira hora	Número gotas/min	36 gotas/ min.	37 gotas/ min.	37 gotas/ min.	38 gotas/ min.	39 gotas/ min.	39 gotas/ min.
MANUTENÇÃO (1 mg/Kg)	Quantidade de AZT	4 ml	5 ml	6 ml	7 ml	8 ml	9 ml
Ocorrer a cada hora	Número Gotas/min.	35 gotas/ min.	35 gotas/ min.	35 gotas/ min.	36 gotas/ min.	36 gotas/ min.	36 gotas/ min.

Observação:
AZT ORAL – esquema alternativo: Recomenda-se para uso em situações de não disponibilidade do AZT injetável no momento do parto.

300 mg no começo do trabalho de parto e, a partir de então, 300 mg a cada 3 horas até clampeamento do cordão umbilical.

No recém-nascido

AZT – solução oral 10 mg/ml

- Iniciar até 24 horas após o parto (preferencialmente até a 8ª hora), na dose de 2 mg/kg a cada 6 horas, durante 6 semanas.
- Excepcionalmente, quando o RN não tiver condições de receber o medicamento por via oral, deve ser utilizado o AZT injetável, na mesma dose do esquema recomendado acima.
- A dose de AZT apropriada para RN prematuros abaixo de 34 semanas de gestação ainda não está definida, porém sugere-se utilizar 1.5 ml/kg a cada 12 horas VO ou IV, nas primeiras duas semanas, e 2 mg/kg a cada 8 horas por mais 4 semanas; nas crianças acima de 34 semanas, a farmacocinética do medicamento é semelhante à das crianças de termo.

b) Recomendações Clínicas

- Estabelecer durante o pré-natal o acompanhamento conjunto da gestante por infectologista ou clínico experiente no manejo de pacientes infectadas pelo HIV.
- Sempre que possível, antes de iniciar o uso do AZT, submeter a gestante à contagem de linfócitos CD4 e medida da carga viral, para melhor avaliação do esquema terapêutico e da necessidade de quimioprofilaxias para infecções oportunistas
- O AZT deve fazer parte de qualquer esquema terapêutico que venha a ser adotado para a gestante portadora do HIV, já que este medicamento é o único anti-retroviral com eficácia comprovada na redução da transmissão vertical do HIV, além de não apresentar efeitos adversos no recém-nascido que contra-indiquem seu uso.
- Oferecer AZT oral a toda gestante infectada pelo HIV, independentemente do nível de CD4, carga viral, estado clínico ou uso concomitante de outros anti-retrovirais, devendo o tratamento ser iniciado a partir da 14ª semana da gestação até o parto, com reavaliação do tratamento no pós-parto. Quando a oportunidade acima for perdida, o tratamento com AZT deverá ser iniciado em qualquer idade gestacional, inclusive no momento do parto.
- Monitorar a gestante com hemograma e transaminases no início do tratamento com AZT e, a seguir, a cada mês. Frente à ocorrência de efeitos adversos (anemia, neutropenia, leucopenia, náuseas, vômitos,

astenia, mal-estar geral, cefaléia, miopatia, insônia, pigmentação ungueal, alteração das provas hepáticas), reavaliar a conduta.

- As mulheres que já vinham recebendo anti-retroviral previamente à gestação devem ser informadas sobre os potenciais riscos/benefícios da manutenção, modificação ou suspensão do tratamento no tocante à evolução da sua própria doença, devendo também ser considerados os potenciais efeitos adversos da terapêutica anti-retroviral sobre a criança. As condutas deverão ser decididas caso a caso, em conjunto com a gestante.
- Gestantes infectadas pelo HIV, com CD4 menor do que 500 células/ mm^3, carga viral elevada ou que sejam sintomáticas, poderão receber terapia anti-retroviral combinada, inclusive inibidores de protease, a critério médico, de acordo com as recomendações para Terapia Anti-Retroviral em adultos e adolescentes contidas no documento de consenso. (Documento disponível nas Coordenações do Programa Estadual e Municipal de DST/AIDS).
- Mesmo as mulheres que não receberam AZT oral durante a gestação devem receber AZT injetável durante o trabalho de parto e parto, até o clampeamento precoce do cordão.
- Oferecer AZT solução oral ao RN. Essa terapia deve iniciar-se o mais precoce possível nas primeiras 24 horas após o parto, e ser mantida até a 6ª semana de vida, mesmo que as mães não tenham recebido AZT durante a gestação e parto.
- As mulheres infectadas devem ser informadas e aconselhadas sobre o risco de transmissão do HIV durante a amamentação e orientadas quanto ao uso de substitutos do leite materno, ou, quando disponível, o uso de leite de bancos de leite credenciados pelo Ministério da Saúde. Nenhuma criança deve receber aleitamento cruzado (leite de outra mulher). (Consulte o folheto informativo do Ministério da Saúde sobre as orientações para a alimentação das crianças nascidas de mulheres infectadas pelo HIV).

Obstétrica

a) Via de parto

- Evidências sugerem que a maioria dos casos de transmissão vertical ocorre tardiamente na gravidez, em torno do momento do parto, sugerindo que o período mais apropriado para intervir, reduzindo o risco da infecção vertical, seja o final da gestação.
- Estudos recentes mostram que o parto cesáreo, quando realizado de forma eletiva, ou seja, estando as membranas íntegras e sem ter o trabalho de parto iniciado, contribui para a redução da transmissão vertical do HIV. Não há, entretanto, dados consensuais quanto a morbidade e mortalidade materna ao se adotar essa conduta.

- Recomenda-se que os serviços tenham por regra, inicialmente, avaliar conjuntamente com a paciente quanto aos riscos/benefícios do parto cirúrgico. Uma vez decidido pela cesárea eletiva, as seguintes considerações devem ser observadas:
  - a confirmação da idade gestacional é obrigatória, para prevenir a prematuridade iatrogênica,
  - cesáreas eletivas devem sempre ser planejadas e executadas em condições adequadas para reduzir os riscos de morbidade materna e perinatal. Os serviços ambulatoriais de alto risco devem estabelecer uma rotina, em acordo com as maternidades de referência, para a realização do parto em dia e hora previamente estabelecidos pelas equipes. No horário da internação, deve ser previsto o tempo necessário para a administração prévia do AZT, no mínimo de 4 horas, considerando que a meia-vida intracelular do medicamento é de 3 horas.
- Considerar a utilização de antibiótico profilaxia, com cefalosporina de segunda geração, administrada em dose única no momento do clampeamento do cordão umbilical.

b) Recomendações Obstétricas

- Não há necessidade em isolar a paciente portadora do HIV.
- Evitar que as gestantes portadoras de HIV permaneçam com bolsa rota por mais de 4 horas, ou em trabalho de parto prolongado.
- Contra indicam-se os procedimentos invasivos durante a gestação, trabalho de parto e parto (amniocentese, amniotomia).
- No parto vaginal, evitar a episiotomia (pelo sangramento, biossegurança).
- Realizar o clampeamento imediato do cordão umbilical.
- Aspirar delicadamente as vias aéreas do recém-nascido, evitando traumatismos em mucosas.
- Imediatamente após o parto, lavar o recém-nascido com água e sabão.
- Orientar a gestante quanto ao preparo dos substitutos do leite materno. A puérpera deverá ser medicada para suspender a lactação logo após o parto e ser orientada quanto aos cuidados que deverá ter com suas mamas. A inibição da lactação pode ser conseguida simplesmente com compressão das mamas com atadura, imediatamente após o parto, sem restringir os movimentos respiratórios e causar desconforto materno, sem apertar. No entanto, alguns casos requerem ação medicamentosa, que pode ser conseguida com o hexadrobenzoato de estradiol, 2 amps. de 5 mg (1 ml); ou hidrogenomaleato de lisurida 0,2 mg, 1 comprimido pela manhã e 1 à noite, por 14 dias, ou com bromocriptina, comprimido de

1,25 mg, na dose total de ½ comprimido pela manhã e ½ comprimido à noite.

- Ao receber alta no puerpério, a mulher deve ser orientada quanto à importância do acompanhamento clínico dela e da criança. O acompanhamento clínico da mulher deve incluir: o retorno para avaliação clínico-obstétrica no 8º e no 40º dia pós parto; encaminhamento para serviço de infectologia para seguimento clínico do seu estado de infecção pelo HIV; reavaliação da necessidade de manutenção ou não da terapia anti-retroviral, e encaminhamento a um serviço de planejamento familiar.
- Orientar gestante/puérpera quanto ao uso de preservativo em todas as relações sexuais.
- O parceiro deve sempre ser aconselhado e testado.

(Para maiores informações, consultar "Recomendações para prevenção da transmissão vertical do HIV" do Ministério da Saúde.)

1.7.4. INFECÇÃO PELO PAPILOMAVÍRUS HUMANO - HPV

Doença infecciosa, também conhecida como condiloma acuminado, verruga genital ou crista de galo, **tem por agente causal um DNA-vírus, o Papilomavírus humano (HPV).** De transmissão freqüentemente sexual, são atualmente conhecidos mais de 70 tipos, 20 dos quais podem infectar o trato genital. Estão divididos em três grupos, de acordo com seu potencial de oncogenicidade. Os tipos de alto risco oncogênico, quando associados a outros co-fatores, têm relação com o desenvolvimento das neoplasias intra-epiteliais e do câncer invasor do colo uterino.

Na gestação, as lesões condilomatosas poderão atingir grandes proporções, seja pelo aumento da vascularização, seja pelas alterações hormonais e imunológicas que ocorrem nesse período. Como as lesões durante a gestação podem proliferar e tornar-se friáveis, muitos especialistas indicam sua remoção nessa fase. A remoção das pequenas lesões deve ser realizada com a aplicação tópica de ácido tricloro-acético (concentração variáveis de 50 a 90%), protegendo as áreas sadias. Para lesões grandes, usa-se a rececção por eletrocauterização, sob analgesia. Está contra-indicado o uso da Podofilina e 20 – 5 fluoracil. **É obrigatório a pesquisa de HPV no parceiro e a recomendação para a grávida de realizar o preventivo do colo uterino.**

Não está estabelecido o valor preventivo da operação cesariana, portanto esta não deve ser realizada, baseando-se apenas na prevenção da transmissão do HPV para o recém-nascido. Apenas em raros casos, quando as lesões estão causando obstrução do canal de parto ou quando o parto vaginal possa ocasionar sangramento excessivo, a operação cesariana poderá ser indicada.

(Para maiores informações, consultar o Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST, do Ministério da Saúde – 3ª edição, 1999.)

1. 7. 5. HERPES SIMPLES VÍRUS (HSV)

A ocorrência de herpes na gravidez é comum, sendo mais importante se for primo-infecção. O risco de contaminação fetal é pequeno, sendo maior no momento da passagem no canal de parto, mesmo na forma assintomática.

O diagnóstico é basicamente clínico, Nos serviços onde houver disponibilidade pode ser utilizado o citodiagnóstico de Tzanck.

A conduta clínica, na primo-infecção, indica o uso do Aciclovir 400 mg VO de 8/8 horas por 7 a 10 dias.

A indicação da via de parto é obstétrica, exceto na presença de lesões herpéticas ativas, onde está indicada via alta.

RECOMENDAÇÃO

Na paciente HIV positiva é recomendado manter a medicação até a resolução clínica do quadro em razão da infecção ser mais prolongada e grave.

1.7.6. VAGINOSE BACTERIANA

A vaginose bacteriana é caracterizada por desequilíbrio da flora vaginal normal pelo aumento exagerado de bactérias (Gardnerella vaginalis, Bacteroides sp, Mobiluncus sp, micoplasmas, peptoestreptococos). Esse aumento é associado à ausência ou diminuição acentuada dos lactobacilos acidófilos, que normalmente são os agentes predominantes da flora vaginal normal. A vaginose bacteriana é causa freqüente de infecção vaginal (10% - 25%), e mesmo assintomática tem sido associada a fenômenos adversos na gravidez e puerpério. Entre essas conseqüências, incluem-se a rotura prematura de membranas, o trabalho de parto prematuro, o parto prematuro e a infecção puerperal.

DIAGNÓSTICO

Encontram-se, geralmente:

- Corrimento vaginal com odor fétido, mais acentuado depois do coito e no período menstrual;
- Corrimento vaginal acinzentado, de aspecto cremoso, algumas vezes bolhoso;

- Dor às relações sexuais (pouco freqüente);
- Embora o corrimento seja o sintoma mais freqüente, quase a metade das mulheres com vaginose bacteriana é completamente assintomática.

O diagnóstico da vaginose bacteriana confirma-se quando estiverem presentes três dos seguintes critérios, ou apenas os dois últimos:

- Corrimento vaginal, conforme descrição anterior;
- pH da secreção vaginal, que é sempre maior que 4,5;
- Teste das aminas positivo (algumas aminas são produzidas pela flora bacteriana vaginal, particularmente pelos germes anaeróbios. Essas aminas podem ser identificadas quando o conteúdo vaginal é misturado com 1 ou 2 gotas de KOH a 10%. Na presença de vaginose bacteriana ocorre a liberação de aminas com odor fétido, semelhante ao odor de peixe decomposto);
- Presença de "células chaves" (clue-cells): células epiteliais do conteúdo vaginal, recobertas por bactérias aderidas à sua superficie.

CONDUTA

O tratamento para gestantes poderá ser feito com um dos esquemas abaixo:

- Metronidazol 250 mg, VO, de 8/8 horas por 7 dias (somente após completado o primeiro trimestre); ou
- Metronidazol 2g, VO, dose única (somente após completado o primeiro trimestre); ou
- Clindamicina 300 mg, VO, de 12/12 horas por 7 dias; ou
- Metronidazol Gel 0,75%, uma aplicação vaginal à noite ao deitar (10 g), por 7 dias.

Parceiros: na gravidez recomenda-se o tratamento dos parceiros.

RECOMENDAÇÕES

- Como medida profilática da amniorrexe e parto prematuro, recomenda-se que seja pesquisada em toda gestante, em torno da 30ª semana, a presença de vaginose bacteriana;
- Durante o tratamento com quaisquer dos medicamentos sugeridos acima, deve-se recomendar a não-ingestão de álcool (efeito antabuse, que é o quadro conseqüente à interação de derivados imidazólicos com álcool e se caracteriza por mal-estar, náuseas, tonturas, "gosto metálico na boca");
- Tratamento tópico é indicado nos casos de alcoolismo.

As doenças de transmissão sexual como as referidas a seguir, entre outras, poderão ser consultadas no Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST, do Ministério da Saúde (CN-DST/AIDS – 3ª edição, 1998):

- Infecção Gonocócia;
- Infecção por Clamídia;
- Trichomoníase;
- Candidíase;
- Hepatite C.

2 HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA (HAC)

Considera-se hipertensão arterial crônica a presença de níveis tensionais iguais ou acima de 140 X 90 mmHg, diagnosticada antes da 20ª semana ou previamente à gestação.

A hipertensão diagnosticada após a 20ª semana merece diagnóstico diferencial com pré-eclâmpsia.

Concomitante com a gravidez, associa-se com aumento da morbidade e mortalidade materna e perinatal. No Brasil associa-se à pré-eclâmpsia e eclâmpsia para constituirem-se na causa mais frequente de morte materna. Sua freqüência na gestação é alta, refletindo os dados da população em geral. Também é a mais freqüente entre as síndromes hipertensivas da gestação. A hipertensão arterial leva a retardo de crescimento fetal, hipóxia fetal e aumento da mortalidade perinatal.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é eminentemente clínico e é dado pelo achado da elevação dos níveis tensionais.

Classifica-se como forma leve quando os valores da pressão diastólica estão abaixo de 110 mmHg e acima deste limite caracteriza a forma grave.

Para o diagnóstico diferencial com pré-eclâmpsia pura ou sobreposta, são úteis os dados mostrados no seguinte quadro:

QUADRO DIFERENCIAL ENTRE AS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ

Características	HAC	Pré –Eclâmpsia (PE)	PE + HAC
Paridade	Multípara	Primigesta	Multípara
Idade	Variável	Extremos da vida reprodutiva	Variável
Início	Variável	Após 20ª semana (habitualmente 3º trimestre)	Após a 20ª semana (habitualmente 2º trimestre)
Reatividade vascular	Normal	Aumentada	Aumentada
História familiar de PE	Não	Sim	Sim
História Prévia HAC	Sim	Não	Sim
Aumento do ácido úrico sérico seriado	Não	Sim	Sim
Proteinúria	Sim/Não	Sim	Sim
ECG	Normal/Sobrecarga VE	Normal	Normal/Sobrecarga VE
Atividade antitrombina III	Não	Diminuição	Diminuída
Fundoscopia	Variável	Vasoespasmo	Variável
PA Diastólica	Variável	Variável	> 110 mmHg
Ritmo circadiano	Mantido	Mantido	Alterado

CONDUTA

A conduta na HAC durante a gravidez deve ser individualizada, baseada em duas variáveis: gravidade da doença e idade gestacional.

No atendimento pré-natal recomendam-se:

- Repouso relativo
- Dieta: normossódica
- Correção dos desvios nutricionais (obesidade e desnutrição)
- Acompanhamento psicológico
- Exames laboratoriais rotineiros, mais os específicos para a doença: função renal; proteinúria 24 h; urocultura; oftalmoscopia; ECG etc.
- Avaliação da vitalidade fetal a partir de 34 semanas, ou antes, se houver necessidade
- Várias drogas podem ser usadas e recomendam-se as seguintes dosagens:

DROGAS	DOSAGEM DIÁRIA MÍNIMA	DOSAGEM DIÁRIA MÁXIMA
Alfa-metildopa	750 mg	2,0 g
Pindolol	10 mg	30 mg
Hidralazina	50 mg	200 mg
Nifedipina	20 mg	60 mg

Obs.: estão contra-indicados os hipotensores do tipo enzima de conversão da angiotensina (ECA)

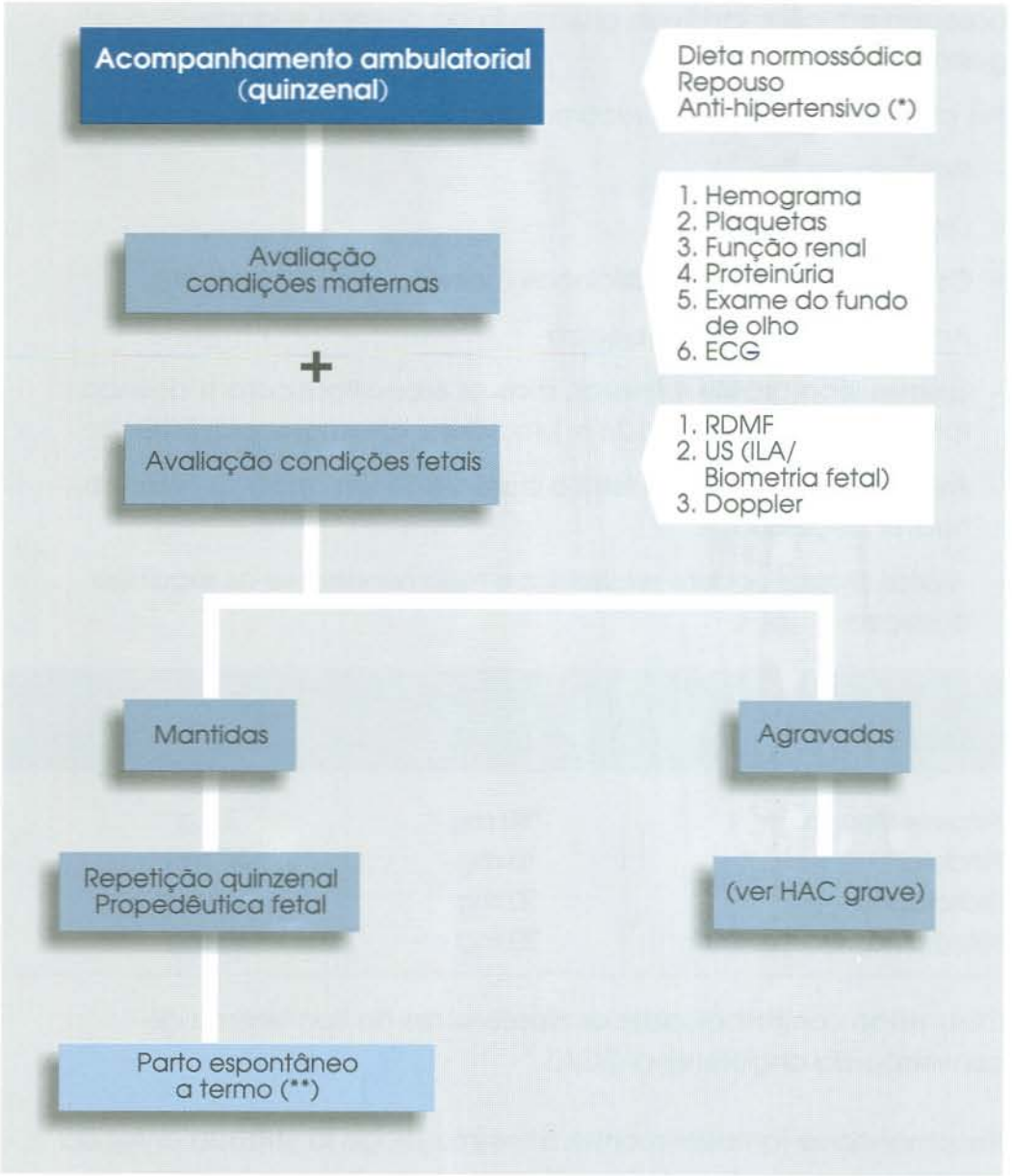
Recomenda-se também manter a mesma droga já utilizada antes da gravidez, se a pressão arterial está controlada. Deve-se iniciar a medicação anti-hipertensiva quando os níveis tensionais diastólicos forem iguais ou maiores que 100mmHg.

Nos casos de HAC grave, consultar o Manual Técnico de Urgências e Emergências Maternas.

Conduta Obstétrica:

Se as avaliações das condições materno-fetais forem mantidas, deve-se aguardar o termo com parto espontâneo ou obedecendo a indicação obstétrica.

HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA LEVE (PA diasólica < 100 mmgHg)



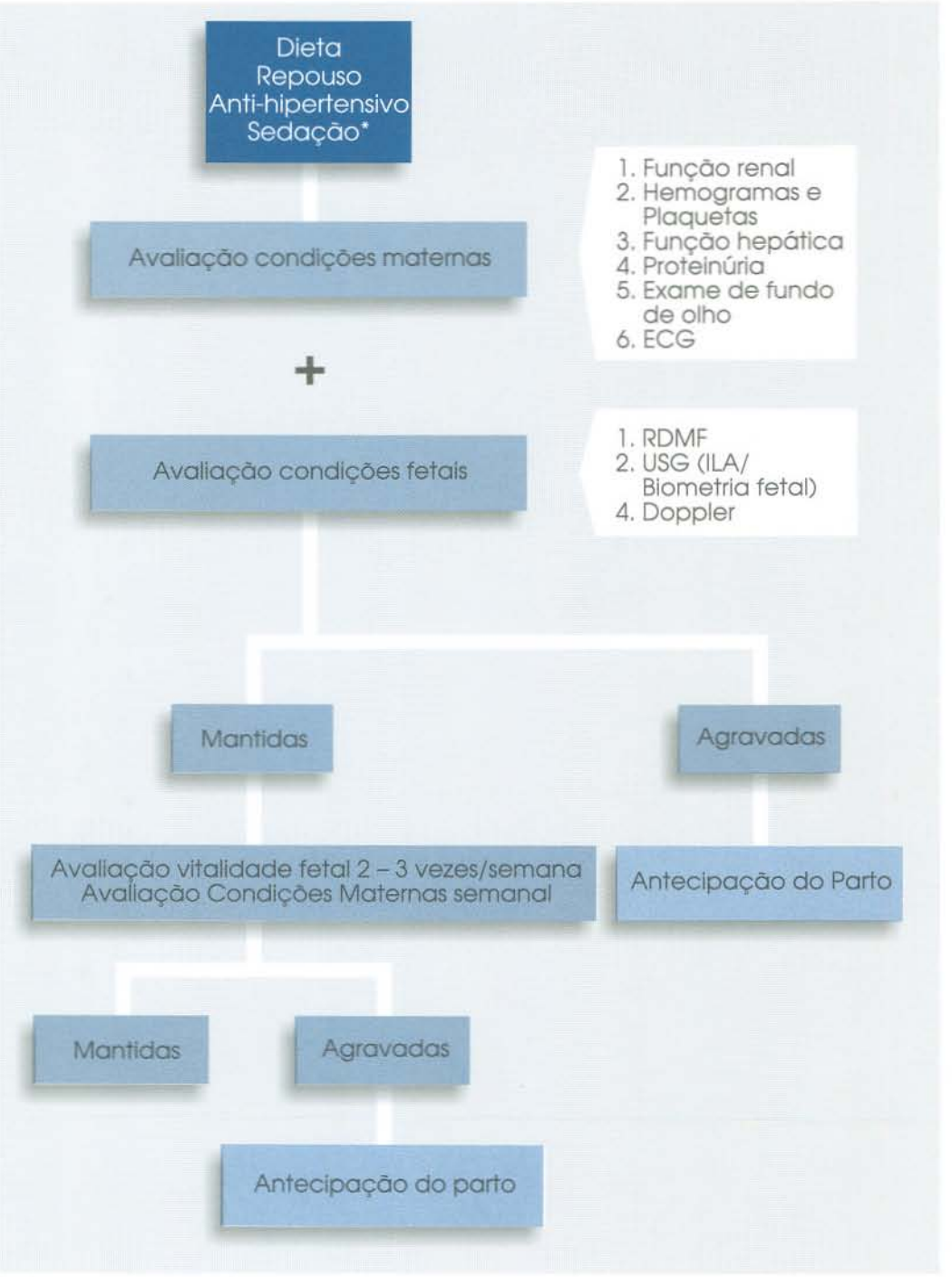
(*) Anti-hipertensivo: utilizar quando PA diast. > 100 mmgHg

1 – α metildopa
2 – β-Bloqueadores
3 – Hidralazina
4 – Nifedipina

(**) não ultrapassar 40 semanas
(**) via de parto: indicação obstétrica

HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA GRAVE (PA diastólica ≥ 100 mmgHg)

INTERNAÇÃO



* na presença de estresse emocional pode-se usar Benzodiazepínicos (5 mg/dia), lembrando que o seu uso pode alterar a reatividade fetal.

3 ANEMIAS

Conceitua-se anemia na gravidez quando os valores de hemoglobina são iguais ou menores que 11,0 g/dl (OMS, 1974).

No entanto, os valores de hemoglobina assim como os do hematócrito e do número total de glóbulos vermelhos ficam na dependência do aumento da massa eritrocitária, ambos variáveis entre as gestantes.

Desta forma, é interessante adotarem-se outros critérios para a conceituação e para o diagnóstico de anemia. Os índices corpusculares, principalmente o volume corpuscular médio (VCM = 81 – 95 dl) não sofrem variações em relação ao volume plasmático e podem, então, ser tomados com tal finalidade. Para fins práticos, tomando-se o VCM como indicador, identificam-se três tipos de anemias: microcíticas (VCM menor que 85 dl), normocíticas (VCM entre 81 e 95 dl) e macrocíticas (VCM maior que 95 dl).

O diagnóstico dos tipos de anemia pode ser feito tomando-se os valores de hemoglobina (Hb) ≤ que 8,0 g/dl e do volume corpuscular médio (VCM), conforme esquema na página 107.

3.1. ANEMIA FERROPRIVA

As anemias carenciais são, de longe, as mais freqüentes em nosso meio, principalmente as ferroprivas, caracterizando anemia microcítica.

O diagnóstico é feito basicamente pela dosagem de hemoglobina (< 11mg/dl) e pelo valor do volume corpuscular médio (VCM) diminuido (Microcítica).

A conduta visa à correção dos déficits, o que se consegue por meio da orientação alimentar e suplementação de ferro. Lembrar que interessa a quantidade de ferro elementar contida no produto e que, para fins práticos, é calculada em aproximadamente 20% do total de ferro contido no sal.

3.2. ANEMIA MEGALOBLÁSTICA

A anemia megaloblástica é conseqüência de alterações na síntese de nucleoproteínas e causadas pela ausência ou carência de ácido fólico.

O diagnóstico da anemia megaloblástica tem como característica a diminuição dos valores de hemoglobina e o aumento do VCM.

O tratamento consiste na orientação alimentar (ingestão de vegetais folhosos) e na administração de cerca de 1.0 a 5.0 mg/dia de ácido fólico. A resposta é rápida e a normalização dos valores de hemoglobina e da segmentação de neutrófilos são parâmetros de controle.

3.3. ANEMIA FALCIFORME

A doença falciforme é hemoglobinopatia (alterações na cadeia beta), geneticamente transmitida e caracterizada pela presença de variedade de hemoglobinas S,C. Podem ser homozigotas (SS,CC) e heterozigotas (SC, AS, AC).

Os portadores de anemia falciforme frente a fatores estressantes (hipoxia, desidratação, gravidez, outras doenças) desencadeiam crises hemolíticas caracterizadas por dores abdominais, articulares, etc, causadas por microenfartos em diversos órgãos. Surge anemia e; eventualmente icterícia.

O diagnóstico é feito pelo quadro clínico (se presente), por valores de hemoglobina menores que 11 g/dl, do volume corpuscular médio dentro da normalidade e eletroforese de hemoglobina. A prova de falcização informa sobre a atividade da doença.

O tratamento é sintomático com analgésicos; raramente necessita-se transfusão de concentrado de hemácias.

3.4. TALASSEMIAS

São hemoglobinopatias que afetam as cadeias alfa ou beta, caracterizando as síndromes talassêmicas a e b. As talassemias alfa e beta podem ser homozigotas e heterozigotas.

A talassemia alfa heterozigótica pode ser assintomática ou ter quadro clínico discreto de anemia; a homozigótica é grave, praticamente incompatível com a vida, culminando com óbito intra-uterino.

A talassemia beta na forma heterozigótica também é assintomática e a forma homozigótica, também dita "anemia de Cooley", tem evolução grave.

O diagnóstico utilizando-se como parâmetros os valores de hemoglobina (< 11,0 g/dl) e do VCM diminuído, o diagnóstico diferencial com anemia ferropriva é dado pelos valores normais do perfil de ferro, nas talassemias.

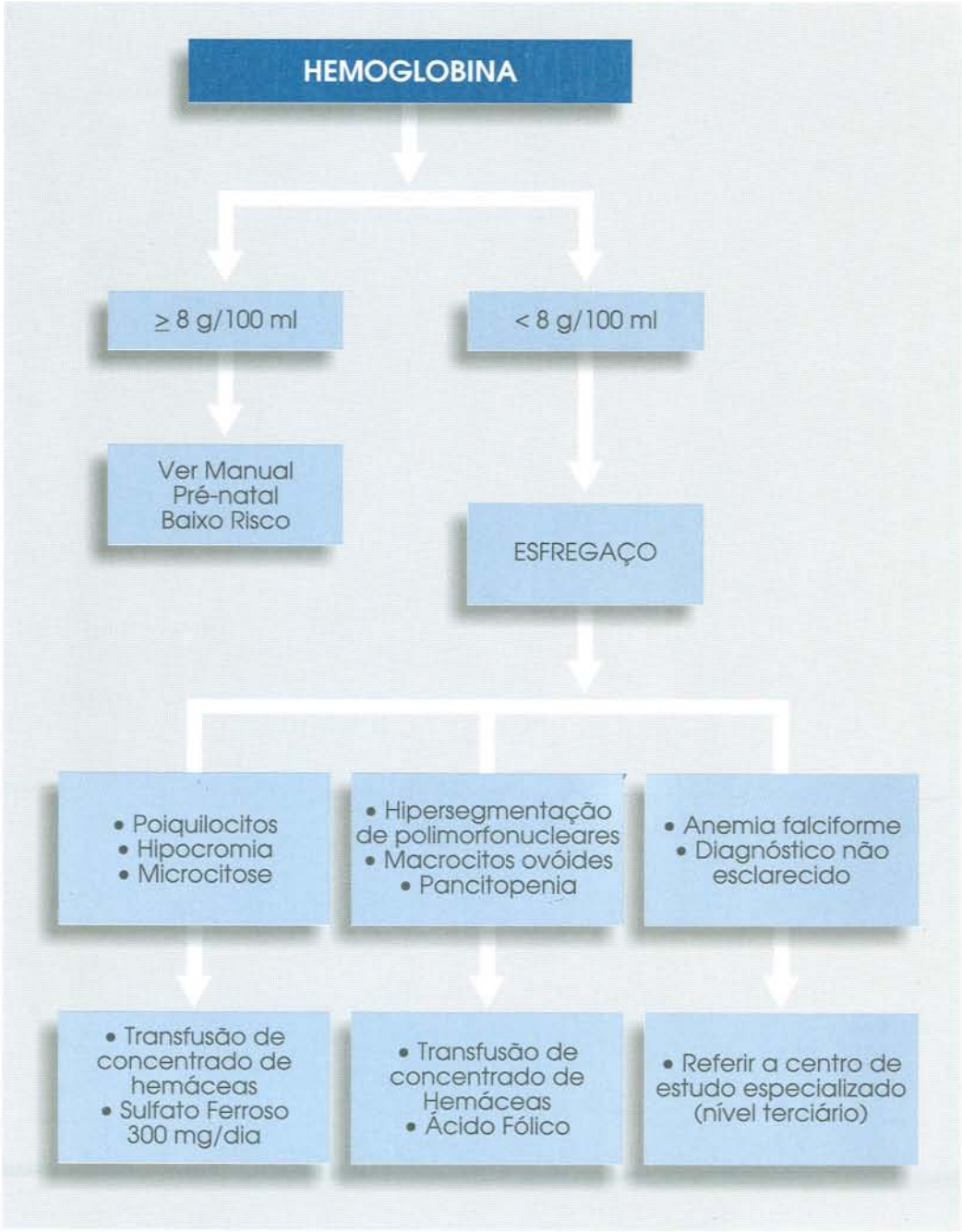
O tratamento das síndromes talassêmicas é a reposição através de transfusão, quando necessária.

3.5. ANEMIA MICROANGIOPÁTICA

A anemia microangiopática na gravidez é causada por pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia, síndrome HELLP, púrpura trombocitopênica trombótica e síndrome hemolítico urêmica.

O tratamento é o do fator causal.

Diagnóstico e conduta nas anemias



4 ENDOCRINOPATIAS

4.1. DIABETE MELITO

O diabetes mellitus é doença metabólica crônica, caracterizada por hiperglicemia. É responsável por índices elevados de morbimortalidade perinatal, especialmente macrossomia fetal e malformações fetais.

O diabetes mellitus associado à gravidez pode ser classificado como:

Diabetes pré-gestacional (inclui o diabetes prévio à gravidez: tipo 1, tipo 2 ou outros).

Diabetes gestacional (diagnosticado durante a gravidez).

O diabetes pré-gestacional requer tratamento especializado por equipe multiprofissional, visando prevenir as malformações fetais associadas à hiperglicemia periconcepcional e as demais complicações maternas e fetais associadas à gravidez. Assim, mulheres com diabetes que planejam engravidar devem ser encaminhadas para centros de atenção secundária ou terciária, visando: compensação metabólica pré-concepção; avaliação da presença de complicações crônicas da doença; e orientação especializada para a prevenção de malformações fetais, incluindo o uso rotineiro de ácido fólico. Mulheres com diabetes que engravidaram sem esse planejamento também devem ser encaminhadas a serviço especializado prontamente.

Diabetes gestacional

O diabetes gestacional é definido como a **"intolerância aos carboidratos, de graus variados de intensidade, diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto".** No Brasil, a prevalência do diabetes gestacional em mulheres com mais de 20 anos, atendidas no Sistema Único de Saúde, é de 7,6% (IC95% 6,9-8,4, critério da Organização Mundial da Saúde), 94% dos casos apresentando apenas tolerância diminuída à glicose e 6%, hiperglicemia no nível de diabetes fora da gravidez.

DIAGNÓSTICO

Deve-se iniciar pelo rastreamento dos fatores de risco, conforme esquema a seguir:

Esquema Recomendado para a Detecção de Diabetes Mellitus Gestacional

ANAMNESE:

- Idade superior a 25 anos
- História pessoal
- Antecedentes familiares (diabetes em parentes de 1º grau)
- Antecedentes obstétricos:
  - Macrossomia
  - Polidrâmnio
  - Morte fetal (inexplicada principalmente) ou Neonatal
  - Malformações
  - Retardo do crescimento fetal
- Exame obstétrico atual
  - Ganho de peso excessivo
  - Altura uterina > que a esperada
  - Crescimento fetal excessivo
  - Polidrâmnio
- Exame físico:
  - Baixa estatura
  - Hipertensão arterial
  - Disposição central excessiva de gordura corporal

Gestantes que não apresentam quaisquer dos fatores de risco enumerados, são consideradas de baixo risco, não requerendo procedimentos de rastreamento do diabete gestacional.

CONDUTA

Mulheres que apresentam diabetes gestacional devem ser encaminhadas para centros de atenção secundária. Na impossibilidade desse encaminhamento, podem ser adotadas algumas das recomendações de entidades oficiais, descritas a seguir:

a) Dieta

O tratamento inicial consiste na prescrição de dieta para diabetes que permita ganho adequado de peso de acordo com o estado nutricional da gestante, avaliado pelo índice de massa corporal (peso/altura^2) pré-gravídico (Tabela 1).

Tabela 1 - Ganho de peso recomendado de acordo com o índice de massa pré-gravídico

IMC pré-gravídico (kg/m^2)	Ganho de peso recomendado (kg)	
	Total	Semanal*
Baixo (<19,8)	12,5 - 18	0,5
Normal (19,8 - 26)	11,5 - 16	0,4
Sobrepeso (26 - 29)	7 - 11,5	0,3
Obesidade (>29)	>6,8	**

* 2º e 3º trimestres da gravidez
** cálculo deve ser individualizado

- Quando o índice for normal, a ingestão calórica diária pode ser estimada por aquela usual pré-gravídica, acrescentando, a partir do segundo trimestre, 300 kcal/dia.
- Em gestantes com sobrepeso ou obesas, pequenas reduções de ingestão calórica podem ser recomendadas (dietas com até 1.800 kcal/d não parecem induzir efeitos adversos ao feto).
- Gestantes magras requerem ingestão calórica capaz de prover ganho adequado de peso. A dieta deve ser fracionada em cinco a seis refeições diárias.
- Carboidratos de absorção rápida, como o açúcar comum, quando permitidos moderadamente a gestantes com bom controle metabólico, devem entrar no cálculo do valor calórico total da dieta. Os adoçantes artificiais não calóricos podem ser utilizados, evitando-se aqueles à base de sacarina.

b) Atividade física

A atividade física pode fazer parte da estratégia de tratamento do diabetes gestacional. Pacientes sedentárias podem ser orientadas a iniciar um programa de caminhadas regulares e/ou de exercícios de flexão dos braços. Gestantes que já praticavam exercícios regularmente podem mantê-los, evitando os de alto impacto.

c) Controle glicêmico

O controle glicêmico é feito, sempre que possível, com glicemias de jejum e pós-prandiais semanais; **a medida da glicosúria não é útil na monitorização do controle metabólico na gravidez.** Tratamento com insulina deve ser indicado se após duas semanas de dieta os níveis glicêmicos permanecerem elevados, jejum maior ou igual a 105 mg/dl e 2 horas pós-prandiais maior ou igual a 120 mg/dl. Meta de glicemia de jejum ainda mais baixa (95 mg/dl) foi recentemente recomendada pela American Diabetes Association.

O crescimento fetal exagerado (circunferência abdominal fetal maior ou igual ao percentil 75 em ecografia obstétrica realizada entre 29 e 33 semanas de gestação) também é critério para o uso de insulina.

A dose inicial de insulina deve ser em torno de 0,3 a 0,5 U/kg, preferencialmente em mais de uma dose diária. Esquemas com doses múltiplas de insulina e associação de insulinas de ação intermediária e rápida são descritos em várias publicações e devem ser adaptados individualmente; o uso de insulinas humanas é recomendado.

A monitorização domiciliar das glicemias capilares deve ser estimulada nas gestantes que usam insulina, com medidas três a cinco vezes por dia (antes do café da manhã, antes do jantar e uma ou duas horas pós-prandiais). As necessidades insulínicas tendem a aumentar progressivamente durante a gravidez. **O emprego de hipoglicemiantes orais na gravidez é contra-indicado.**

d) Conduta obstétrica

O controle obstétrico é o de uma gestação de risco: exame obstétrico semanal ou a cada duas semanas, conforme a evolução clínica; deve ser ao menos semanal a partir das 36 semanas. O aumento na incidência de alterações hipertensivas na gestação com diabetes deve promover cuidados específicos para sua identificação e manejo.

A avaliação de bem-estar fetal pode ser adiada até as 40 semanas, em gestantes tratadas apenas com dieta e que não apresentam outras intercorrências. Em gestantes que usam insulina, indicar a realização de ultra-som e cardiotocografia anteparto a partir de 32-34 semanas.

e) Parto

As gestantes com ótimo controle metabólico e sem intercorrências da

gravidez podem aguardar a evolução espontânea para o parto. As gestantes tratadas apenas com dieta seguem a orientação obstétrica habitual.

A via do parto é uma decisão obstétrica, sendo necessário estimar o peso fetal por avaliação clínica e ultra-sonográfica. Em trabalhos de parto com evolução arrastada, reavaliação das proporções feto-pélvicas deve ser feita para minimizar a ocorrência de distócia de ombro.

Gestantes em uso de insulina requerem atenção especial:

1. se for programada a interrupção da gestação antes de 39 semanas, é necessário realizar amniocentese para avaliação da maturidade pulmonar: dosagem de fosfatidilglicerol e avaliação da relação entre lecitina e esfingomielina;
2. gestantes cujo parto é programado devem permanecer em jejum e não receber a dose diária de insulina;
3. o controle da glicemia capilar deve ser feito com intervalos de hora em hora; se o controle metabólico estiver bem e estável, a monitorização glicêmica pode ser realizada com intervalos de 2 a 4 horas;
4. a infusão de solução de glicose a 5% é iniciada assim que se estabeleça a fase ativa do trabalho de parto;
5. se a dose diária de insulina já tiver sido administrada, manter acesso venoso com infusão contínua de solução de glicose, e monitorização mais freqüente da glicemia capilar;
6. durante o trabalho de parto, os níveis de glicemia capilar devem ser mantidos entre 70 e 110 mg/dl; para alcançar essa meta, insulina regular deve ser administrada de acordo com protocolos vigentes;
7. monitorização fetal intraparto é recomendada, bem como a presença de neonatologista.

f) Pós-parto

O aleitamento natural deve ser estimulado.

Observar os níveis de glicemia nos primeiros dias após o parto, pois a maior parte das mulheres não mais requer o uso de insulina. Seu uso estará indicado caso ocorra hiperglicemia no período de amamentação.

O estado de regulação da glicose deverá ser reavaliado a partir de seis semanas após o parto, empregando-se a glicemia de jejum ou o teste oral de tolerância com 75 g de glicose. A classificação do estado de regulação da glicose é feita de acordo com as categorias diagnósticas vigentes.

4.2. TIREOIDOPATIAS

A ocorrência na gravidez é de aproximadamente 0,2%. A tireóide sofre adaptações fisiológicas durante a gestação, além do aumento do volume da glândula, ocorrendo diminuição do TSH no primeiro trimestre em conseqüência do aumento da secreção do HCG, e assim uma elevação transitória do T_4 livre. Progredindo a gestação, ocorre um aumento progressivo do TSH e diminuição do T_3 e T_4.

4.2.1. HIPOTIREOIDISMO

A gravidez associa-se aos casos leves ou aos casos graves tratados, pois os casos graves não tratados relacionam-se à anovulação e conseqüente diminuição da fecundidade. O hipotireoidismo tende a agravar-se durante a gestação pelo aumento da tireotrofina.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico clínico é muitas vezes de difícil realização, pela superposição dos sinais e sintomas da gravidez. Assim, uma vez mais, este é feito com as dosagens séricas laboratoriais do T_4 livre ou índice de tiroxina livre associados ao TSH.

CONDUTA

O tratamento é feito com tiroxina livre até a normalização dos níveis do TSH. Nas mulheres já em tratamento, as necessidades de tiroxina livre aumentam em 30% a 50% durante a gravidez. O TSH basal deve estar em torno de 0,5-2,0 UI/l, e o T_4 livre nos padrões da normalidade ou levemente aumentado.

O hipotireoidismo não tratado pode associar-se à hipertensão gestacional, abortamento, anemia, baixo peso ao nascer e óbito fetal

4.2.2. HIPERTIREOIDISMO

A enfermidade mais associada ao hipertireoidismo na gravidez é a doença de Basedow-Graves. Outras patologias são o adenoma tóxico e a disfunção tireoideana associada à doença trofoblástica. Na doença descompensada observa-se um aumento na incidência de abortamento (15%), parto prematuro (70%), CIUR, anomalias congênitas (10%-15%), DHEG e mortalidade perinatal (3%-15%).

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico clínico é difícil, exceto na presença de um quadro descompensado com fácies características. Assim, o diagnóstico é laboratorial, através da dosagem de T_4 livre ou do índice de tiroxina livre.

Os sinais de hipertireoidismo são taquicardia, fraqueza, intolerância ao calor, diarréia e tremores, associados à ocorrência de exoftalmia e bócio. Esses sinais e a presença de anticorpos orgânicos confirmam a origem da doença de Graves, que é um processo auto-imune específico, com formação de anticorpos estimuladores da tireóide. Esses anticorpos tendem a diminuir durante a gravidez e aumentar novamente no período puerperal, o que está associado ao curso mais benigno da doença durante a gestação. Os anticorpos maternos podem atravessar a placenta e causar tireotoxicidade fetal ou neonatal.

CONDUTA

O tratamento baseia-se no uso dos antitireoideanos de síntese (o propiltiluracil – PTU – é o mais usado, por sua menor passagem transplacentária e porque inibe a conversão do T4 para T3).
A dose inicial pode ser de 100 a 600 mg/dia (200-300 mg/dia em média). A dose utilizada deve tentar chegar a um padrão eutireoideano (o controle laboratorial deve ser realizado a cada 2 a 4 semanas) e, após se atingir esse padrão, a droga deverá ser reduzida ao mínimo para diminuir as conseqüências para o feto. Nos casos graves, deve-se associar betabloqueador para o controle dos sintomas cardiovasculares, que deve ser reduzido ou retirado após o ajuste adequado do PTU. A tireoidectomia parcial só é indicada em casos extremos.

O uso de antitireoideanos maternos pode levar a hipotireoidismo congênito neonatal e, portanto, os filhos de mães hipertireoideas devem ser acompanhados nesse período. Leucopenia transitória foi observada em usuárias de PTU, porém o tratamento não deve ser interrompido. Agranulocitose pode ocorrer em 0,2% das usuárias, sendo indicação de suspensão da droga.

Perda fetal é descrita em 8%-12% das pacientes não controladas, bem como alta incidência de pré-eclâmpsia e falência cardíaca.

4.2.3. CRISE TIREOTÓXICA

A crise tireotóxica é um aumento fulminante dos sinais e sintomas do hipertireoidismo descompensado, ocorrendo por falta do diagnóstico ou negligência no tratamento. Afastados os fatores desencadeantes, concomitantemente institui-se o tratamento com:

- Iodeto de sódio EV, 1-2 mg/dia;
- Propranolol EV, 1-2 mg ou 40 mg VO, 6/6 horas;
- Propiltiouracil VO, 600-1.000 mg/dia ou metimazol, 60-100 mg/dia;
- Cuidados gerais;

A mortalidade materna nesses quadros atinge índices de 25%.

4.2.4. CARCINOMA DE TIREÓIDE

A gravidez não altera a evolução do carcinoma e nem este o da gestação. O tratamento cirúrgico está indicado, não se esquecendo da substituição hormonal e da contra-indicação formal da terapêutica radioativa para ablação da tireóide.

5 CARDIOPATIAS

As doenças cardíacas ocorrem em aproximadamente 1% das gestações, das quais 90% são conseqüências de lesões reumáticas. Outras etiologias são as cardiopatias congênitas e hipertensivas, além das arritmias, prolapso da válvula mitral, endocardites e miocardiopatia periparto. Representam, ainda hoje, uma das causas mais freqüentes de mortalidade materna.

Alguns dos sintomas de doença cardíaca são: dispnéia grave ou progressiva, ortopnéia, dispnéia paroxística noturna, hemoptise, síncope, dor precordial. Entre os sinais, destacam-se: cianose, baqueteamento dos dedos, sopros, murmúrio diastólico, cardiomegalia, arritmia, desdobramento persistente da segunda bulha, hipertensão pulmonar.

Classificação (funcional):

- Classe I: assintomática, sem limitação da atividade física.
- Classe II: levemente sintomática, limitação aos grandes esforços.
- Classe III: moderadamente sintomática, com limitação aos pequenos esforços.
- Classe IV: severamente comprometida, sintomatologia ao repouso.

Nas classes I e II, o risco de complicações é pequeno, podem ser precipitadas por infecções, tabagismo e uso de cocaína (tanto pelos efeitos cardiovasculares como pelo risco de endocardite).

Nas classes III e IV, a mortalidade materna é de 4% a 7%. Em alguns casos mais graves, pode-se considerar a possibilidade de interrupção da gestação por risco de vida materna. Se a gestação prosseguir, a gestante necessitará de internações prolongadas e atendimento multidisciplinar em centro de referência.

O risco de mortalidade materna depende da patologia de base, além de sua classe funcional. Nas pacientes com hipertensão pulmonar, coarctação da aorta com acometimento valvar e Síndrome de Marfan com acometimento da aorta, a mortalidade materna pode ser de 25% a 50%.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico, além da clínica, deve se basear no eletrocardiograma, raios-X de tórax e ecocardiografia.

A descompensação ocorre de maneira progressiva e inclui o aparecimento de estertores persistentes, edema progressivo, taquicardia

e limitação aos esforços físicos. Portanto, para que seja diagnosticada, a gestante deve ter retornos quinzenais, se tudo estiver bem, e semanais, se houver suspeita de descompensação. Deverá ser internada sempre que apresentar sintomatologia exacerbada.

Com relação ao feto, seu crescimento e vitalidade devem ser monitorizados, e a maturidade pulmonar estimulada com corticóides, sempre que houver necessidade de antecipação prematura do parto.

CONDUTA

Clínica

No tratamento clínico, deve-se levar em conta a relação risco/benefício para cada droga a ser administrada. Os cardiotônicos, anti-hipertensivos e heparina podem ser utilizados sem restrições, quando necessário. São contra-indicados os anticoagulantes orais, amiodarona e o nitroprussiato de sódio, por seus efeitos sobre o feto.

A valvuloplastia, quando indicada, tem sido opção para casos de estenose, com bons resultados. A troca de válvula também poderá ser realizada para garantir a sobrevida materna.

Quando houver repouso prolongado, devem ser prevenidas as complicações tromboembólicas, pela mobilização dos membros e pelo uso de meias elásticas. O esquema de digitalização é o mesmo para as mulheres não-grávidas. O uso de diuréticos deve ser feito com moderação, pelos riscos de redução excessiva do volume plasmático e conseqüente déficit de fluxo placentário.

Obstétrica

O parto pode e deve ocorrer por via vaginal, pois a morbidade materna é menor. Com relação à analgesia de condução, o risco é decorrência da hipotensão. Em valvulopatas, deve ser realizada profilaxia da endocardite periparto.

A conduta obstétrica visa ao parto vaginal, evitando-se o esforço expulsivo. A cesariana só por indicação obstétrica e deve ser absoluta nas cardiopatias com hipertensão pulmonar. Lembrar que o esvaziamento uterino rápido na cesárea pode levar à descompensação materna.

(Para mais detalhes, ver Manual Técnico de Urgências e Emergências Maternas: guia diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna, Ministério da Saúde.)

6 PNEUMOPATIAS

A gestação associa-se a mudanças mecânicas e bioquímicas que podem afetar a função respiratória. Desse modo, a dispnéia na gravidez pode resultar dessas alterações, mesmo sem pneumopatia, estando presente em 60% a 70% das gestantes. A teoria mais aceita é a da hiperventilação com pCO_2 diminuída e resposta ventilatória aumentada.

6.1. ASMA

É a forma mais comum de doença pulmonar encontrada na gravidez. É discutível se a intensidade da asma é um fator importante para prever a possibilidade da ocorrência/agravamento na gestação. Em geral, não existem efeitos previsíveis da gravidez sobre a asma. O controle adequado da asma grave tem reduzido a mortalidade perinatal, embora exista uma correlação positiva entre a gravidade da doença e a prematuridade, e o baixo peso ao nascer.

CONDUTA

Categoria	Exemplos específicos	Dosagem	Comentários
Broncodilatadores β-agonistas Inalados	Metaproterenol Albuterol Terbutalina Pirbuterol	2 baforadas 4 – 6h prn*	Forma preferida de administração de β-agonistas
Subcutâneos	Adrenalina Terbutalina	0,3mL 1:1.000 s.c. 0,25mg s.c.	Alternativa para a administração inalada para o tratamento agudo; a adrenalina é idealmente evitada durante a gravidez
Orais	Albuterol Terbutalina	2 – 4mg VO/dia 2,5 – 5 mg VO/dia	Raramente utilizado por causa dos efeitos colaterais sistêmicos
Xantinas	Teofilina (liberação lenta)	Variável (200 – 500 mg/dia)	Dose ajustada para manter nível sérico de 5 – 15 μg/ml
Agentes antiinflamatórios e Corticosteróides Inalados	Beclometasona Triacinolona Flunisolida	8 – 24 baforadas/dia	Fazer gargarejar depois do uso para diminuir o risco de candíase oral
Orais	Prednisona	Variável (diminuir a partir da dose inicial de 40 – 60 mg)	
Cromoglicatos	Cromolina	2 baforadas dia	

* prn = pro re nata (quando surgir a ocasião)

6.2. PNEUMONIAS

A freqüência da pneumonia na gestação varia de 1 para 400 até 1200 casos. Os fatores de risco mais significativos são: infecção por HIV, uso da cocaína, doenças clínicas provocadas por fumo.

A gravidez parece não afetar a resposta terapêutica, mas a escolha do antibiótico deve levar em conta os efeitos adversos no feto.

A pneumonia bacteriana é a mais freqüente, em geral por causa do estreptococo pneumoniae (pneumonia pneumocócica). São comuns a febre súbita com calafrios, dor torácica e tosse produtiva, com dispnéia e taquipnéia.
Na ausculta, encontra-se, em geral, os sinais de consolidação localizada (estertores e macicez). Recorre-se à radiografia torácica e à coloração pelo Gram. A cultura do escarro pode ser negativa.

A conduta terapêutica mais utilizada é:

- Penicilina 250 a 500 mg 6/6 horas ou
- Penicilina 1.2 a 2.4 milhões EV (de 7 a 14 dias de tratamento)

Em pacientes alérgicas usar a eritromicina.

(Para mais detalhes, ver Manual Técnico de Urgências e Emergências Maternas: guia diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna, Ministério da Saúde.)

6.3. TUBERCULOSE

O tratamento adequado da tuberculose ativa em gestantes confirma o mesmo bom prognóstico que o realizado em mulheres não-grávidas. Em mulheres com tuberculose inativa, a profilaxia com isoniazida, em geral, garante uma evolução estável na gestação e no pós-parto.
Entretanto, estudos indicam maior ocorrência de aborto, complicações gestacionais (pré-eclâmpsia) e trabalho de parto difícil.

No diagnóstico, recomenda-se a prova cutânea de tuberculina. Se positiva, a radiografia torácica pode ser indicada com a devida proteção abdominal. Como diagnóstico definitivo, recorre-se à prova do escarro (baciloscopia). É recomendável solicitar sorologia para HIV.

A conduta terapêutica mais utilizada é:

- Isoniazida (INH) 300 mg/dia – 9 meses
- Rifampicina 600 mg/dia – 9 meses

A piridoxina deve ser acrescentada, em razão das necessidades crescentes na gestação. Em caso de suspeita de resistência medicamentosa, o etambutol (15 a 25 mg/Kg/dia) deve ser adicionado.

7 LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (LES)

É uma **doença auto-imune** que pode acometer vários órgãos e, por isso, tem as mais variadas manifestações clínicas. É a mais comum das doenças do colágeno, associada à gestação, por sua predominância em mulheres na idade reprodutiva.

O LES pode passar por fase de agudização e remissão e a sua repercussão sobre a gravidez provavelmente está relacionada com o estado imunológico da mulher no período periconcepcional. As pacientes com doença em remissão por dois anos antes da gestação geralmente têm uma gravidez com boa evolução, enquanto as que engravidam com doença ativa ou têm a doença diagnosticada durante a gestação, apresentam os piores resultados gestacionais.

A possibilidade de crises de atividades nas pacientes grávidas é a mesma de pacientes não-grávidas. O risco de ter uma crise aumenta no pós-parto imediato (oito semanas após o parto), quando o médico e a paciente devem estar atentos. A paciente pode ter um curso normal da gravidez ou pode ter partos prematuros.

Não só a atividade da doença influi sobre o resultado da gestação. Pacientes com acometimento renal (nefrite lúpica) apresentam maior freqüência de complicações maternas e fetais (pré-eclâmpsia, eclâmpsia, RCIU, sofrimento fetal crônico). Outra complicação importante, é a associação do LES com a presença de anticorpos antifosfolípides e anticoagulante lúpico, que aumentam muito a ocorrência de perdas gestacionais e fenômenos tromboembólicos.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é baseado em critérios clínico-laboratoriais. Entre os critérios clínicos, observa-se: rush malar, lupus, discóide, fotossensibilidade, úlceras orais, artrite, serosite, nefrite, alterações neurológicas. São critérios laboratoriais, alterações hematológicas, imunológicas e anticorpo antinuclear. Para o diagnóstico de certeza, devem estar presentes quatro desses critérios.

Além disso, nas gestantes deve-se sempre estar atento para a Síndrome do Lúpus Neonatal, que é uma síndrome rara caracterizada por bloqueio cardíaco congênito e/ou lesões cutâneas transitórias, estritamente relacionadas com a passagem transplacentária de auto-anticorpos maternos, particularmente antiRo/ssa e antiLa/ssb.

Não existem medidas preventivas para a síndrome, sendo recomendado que a gestação de mães com auto-anticorpos antiRo e antiLa, tenham acompanhamento de freqüência cardíaca fetal rigorosa.

CONDUTA

As drogas imunossupressoras devem ser utilizadas, pois a doença em atividade é mais grave que os efeitos colaterais das drogas. A prednisona é a mais utilizada, podendo chegar à dose de 1 a 2 mg/kg/dia. Pulsoterapia de corticosteróide pode ser utilizada em casos graves. Dos imunossupressores, a droga escolhida é a azatioprina, que pode causar o retardo do crescimento fetal. A ciclofosfamida deve ser evitada, por ser considerada teratogênica. A cloroquina não pode ser usada, pois está relacionada a malformações fetais. Os antiinflamatórios não-esteróides podem ser utilizados em pacientes com artralgia.

Quando se associa à síndrome antifosfolípide, apesar de ainda não haver um consenso quanto à melhor terapia, o uso de baixas doses de aspirina (100 mg/d) e heparina profilática (5.000 UI 2 x/d) associam-se com melhores resultados gestacionais.

Aborto, óbito fetal, prematuridade, RCIU e sofrimento fetal são muito mais freqüentes nas gestantes portadoras de LES que na população geral. Por isso, a vitalidade fetal deve ser vigiada, e a maturidade estimulada com corticoterapia específica. Além do bloqueio cardíaco, lupus neonatal, anemia hemolítica e trombocitopenia podem ocorrer nos neonatos.

ARTRITE REUMATÓIDE (AR):

Tende a ocorrer melhora da patologia durante a gestação. Alguns autores relatam maior ocorrência de abortos e partos prematuros em mulheres com AR, entretanto isso não é um consenso.

8 SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDE

A síndrome de anticorpo antifosfolípide caracteriza-se pela presença de anticorpos antifosfolípides no soro de indivíduos com trombose arterial ou venosa, óbito fetal, abortos recorrentes ou trombocitopenia. É uma causa bem conhecida de hipercoagulabilidade e tem múltiplas manifestações, podendo ou não ser secundário a uma doença auto-imune.

Em obstetrícia, a síndrome associa-se a perdas fetais recorrentes (abortamentos ou óbitos fetais), com prevalência de 5% a 15%, patologias placentárias (vilites, vilosites, tromboses, intervilosites), doença inflamatória pélvica, endometriose, antecedente de infertilidade, insucesso em tratamento de esterilidade e outras condições.

Inicialmente, a síndrome foi descrita em pacientes com diagnóstico de lupus eritematoso sistêmico. No entanto, hoje se sabe que é mais encontrada em indivíduos sem qualquer outra alteração auto-imune (síndrome primária). Na prática, esta possibilidade surge secundariamente, após a investigação das causas mais comuns das manifestações apresentadas. Não raro, associa-se ainda a quadro atípico de hipertensão arterial.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é definitivo na presença de altos títulos de anticorpos anticardiolipina, ou demais anticorpos antifosfolípides, associados a duas ou mais das seguintes manifestações clínicas: perdas embrionárias e/ou fetais recorrentes, trombose venosa, oclusão arterial, úlcera de membro inferior, livedo reticularis, anemia hemolítica e trombocitopenia.

O diagnóstico laboratorial da síndrome é possível pela detecção de anticorpos que se ligam a fosfolípides ou ao complexo fosfolipídeo - proteína. Desses anticorpos, os mais pesquisados na prática são a anticardiolipina e o antilúpico dos tipos IgG e IgM, embora existam outros cuja detecção, no sangue ou em tecido placentário, é de mais difícil realização (fosfatidil serina, fosfatidil etanolamina, fosfatidil inositol, fosfatidil glicerol e ácido fosfatídico), ainda não disponíveis na prática clínica no Brasil.

A interpretação é difícil porque pode ser positivo em situação de infecções, doenças inflamatórias, malignas e induzidas por drogas. O diagnóstico laboratorial da síndrome antifosfolípide é mais provável na presença de títulos moderados e altos (acima de 20 U) de IgG

ou IgM anticardiolipina, expressos em unidades GPL e MPL, respectivamente.

CONDUTA

A importância do reconhecimento dessa síndrome pelos obstetras está na necessidade de tratamento durante a gestação com aspirina em baixas doses (50 mg VO por dia) e heparina subcutânea, procedimentos que previnem o retardo do crescimento intra-uterino e a morte fetal. Existem ainda novas propostas utilizando corticóide e imunoglobulinas, ainda não incorporadas à prática clínica e carentes de uma completa avaliação de eficácia.

9 TROMBOEMBOLISMO

É a oclusão total ou parcial de uma veia por um trombo, com reação inflamatória primária ou secundária de sua parede, sendo mais freqüentes em membros inferiores.

Formas clínicas e incidências

- Tromboflebite superficial: 2 - 10 / 1.000 gestações.
- Trombose venosa profunda: 0,2 - 2 / 1.000 gestações (3 a 5 vezes maior no puerpério, e 3 a 16 vezes maior após cesárea).
- Tromboflebite pélvica: 1 - 3 / 1.000 gestações (mais freqüentes em casos de endometrite pós-cesárea).

A embolia pulmonar surge como complicação do tromboembolismo em 5/10.000 gestações.

Fatores de risco

Doença varicosa prévia, idade materna avançada, obesidade, imobilização no leito, compressão da musculatura da panturrilha, antecedente de trombose venosa e trombofilia.

DIAGNÓSTICO

- Anamnese
- Exame físico: dor na panturrilha ou coxa, aumento da temperatura local, edema, deambulação difícil, dor à dorsiflexão do pé (sinal de Homans).
- Ultra-sonografia Doppler: avalia a imagem da veia, e a dopplervelocimetria, as alterações do fluxo venoso.

CONDUTA

- Anticoagulante: heparina é o anticoagulante de escolha na gravidez. Não atravessa a membrana placentária, por seu alto peso molecular.
- Via endovenosa: contínua ou intermitente. A administração contínua é a preferível (5.000 UI/IV inicialmente e, a seguir, 1.000 UI/hora).
- Via subcutânea: é preferível quando se faz necessário o uso a longo prazo. Inicia-se com a dose de ataque 10.000 – 20.000 unidades. Manutenção de 5.000 UI a cada 8 – 12 horas.

- Heparina de baixo peso molecular: cursa com menor incidência de complicações hemorrágicas, não requerendo monitoramento tão intensivo. É de custo mais elevado.
- Monitoramento: tempo de coagulação (TC), tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPA), tempo de tromboplastina parcial (TTP) e contagem de plaquetas.
- Antagonista: sulfato de protamina (cada 1 mg antagoniza 100 UI de heparina circulante). O uso de anticoagulante pode ser mantido até o parto.

Derivados cumarínicos: **Warfarin - são contra-indicados na gestação**.

Atravessam a membrana placentária no primeiro trimestre, provocam malformações (hipoplasia nasal, condrodisplasia e retardo mental); no segundo e no terceiro trimestres, os efeitos são decorrentes de fenômenos hemorrágicos no feto.

Deve-se evitar o uso concomitante de aspirina, antiinflamatórios e antibióticos, que podem potencializar o efeito anticoagulante.

Os recém-nascidos de mães que amamentam em uso de anticoagulantes orais, devem receber reposição de vitamina K 1 - 2 mg por semana.

10 EPILEPSIA

É afecção neurológica mais freqüente na gestação, calculando-se a prevalência entre 0,3% a 0,5% das grávidas.

As repercussões da gravidez sobre a epilepsia são contraditórias; alguns admitem aumento e outros, diminuição da freqüência das crises. Argumentam aqueles que relatam aumento, que tal fato se deve a fatores como insuficiente concentração sanguínea do anticonvulsivante, seja por diminuição da dosagem por prescrição médica, seja pela elevação do volume plasmático, provocando diluição na concentração circulante. Os que defendem a melhora do quadro convulsivo apoiam-se na possibilidade de maior adesão ao tratamento e maior regularidade nas tomadas por parte das próprias mulheres.

A epilepsia, em si mesma, não tem efetio prejudicial à gravidez. Prefere-se atribuir a possível repercussão negativa aos efeitos dos medicamentos anticonvulsivantes, estes, sim, capazes de provocar malformações, retardo de crescimento intra-uterino e partos pré-termo.

DIAGNÓSTICO

É feito pelo quadro clínico e através da anamnese na qual deve-se detalhar, o melhor possível, as características das crises quanto ao tipo, época de início, freqüência, duração, estado pós-convulsivo, etc.

Diante de uma crise convulsiva em grávidas, no terceiro trimestre, é importante diferenciá-la da convulsão eclâmptica.

O exame neurológico e exames complementares (EEG) pertinentes completam o diagnóstico.

CONDUTA

O tratamento clínico é feito à base de drogas anticonvulsivantes. Praticamente todos os anticonvulsivantes foram associados a malformações. A despeito disso, os barbitúricos e a carbamazepina são os mais utilizados.

A dosagem será sempre individualizada, na dependência da freqüência das crises. **A difenil-hidantoína tem maior risco e, por isso, é contra-**

indicada. Com o ácido valpróico e derivados, ainda não se tem experiência necessária para utilizá-los com segurança. Deve-se lembrar que a monoterapia é preferencial, e que a hipervolemia da gravidez pode tornar necessário o aumento da dose. A medicação anticonvulsivante não pode ser suspensa.

PARTE III: AVALIAÇÃO FETAL

1 AVALIAÇÃO DA VITALIDADE

1.1. MÉTODOS CLÍNICOS

1.1.1. REGISTRO DIÁRIO DA MOVIMENTAÇÃO FETAL (RDMF)

A diminuição do movimento fetal é prova indireta de insuficiência placentária e interpretada como adaptação fetal às condições de balanço negativo.

Assim, o registro diário de movimento fetal é o teste clínico mais simples para avaliação das condições de vitalidade fetal.

METODOLOGIA

Várias maneiras são propostas para a execução do RDMF. Quatro são mais conhecidas:

1) Os registros são tomados em três intervalos de uma hora de duração, distribuídos pelos três períodos do dia, com a mãe repousando em decúbito lateral.

Os valores obtidos em cada um dos três intervalos são somados, e o resultado multiplicado por quatro corresponde à atividade motora fetal em 12 horas.

Diminuição acentuada e brusca ou cessação da movimentação fetal, descritas como "sinal de alarme", associam-se com sofrimento fetal e precedem de 12 a 24 horas o óbito fetal.

2) Contagem da movimentação fetal até complementarem-se 10 movimentos, valor considerado como limite mínimo diário para fins clínicos.

O registro da movimentação pode ser feito com a gestante em repouso, ou exercendo atividade leve, em qualquer período do dia.

Valores menores que 10 movimentos em 12 horas representam hipóxia fetal. Também neste caso, diminuição abrupta ou cessação da movimentação são tomadas como sinal de alarme para óbito fetal iminente.

3) Registro dos movimentos fetais por período de uma hora em posição sentada.

Valores maiores que seis movimentos/hora correspondem a fetos em boas condições.

4) Contagem de movimentos fetais percebidos pela mãe em 2 horas. O registro dos movimentos devem ser feitos com a mãe em repouso somando 4 períodos de 30 minutos em 24 horas.

Valor mínimo normal entre 30 - 40 semanas = 10 movimentos em 24 horas.

RECOMENDAÇÕES:

Alguns elementos devem ser tomados em conta para as adequadas execução e interpretação do registro diário da movimentação fetal.

- A mãe decide por si mesma o que é movimento fetal, tal como ela esteja habituada a sentir.
- Excluem-se movimentos tipos "soluços", de alta freqüência e baixa intensidade.
- Variação nictêmera – (há maior movimentação fetal nas primeiras horas da noite).
- Maior movimentação nos períodos pós-prandiais e com a mãe em repouso. Recomenda-se o exame após alimentação.
- Uso de medicamentos (sedativos, tranquilizantes) e de cigarro altera a movimentação fetal.
- Sons e ruídos de intensidade elevada interferem na atividade motora do feto.

O teste, apesar de bons resultados não deve ser considerado definitivo na avaliação da vitalidade fetal. Têm excelente indicação para acompanhamento da vitalidade fetal, os exames cardiotocográficos sucessivos. Entretanto, na ausência de outros métodos, torna-se decisório para conduta.

1.1.2. PROVA DE ACELERAÇÃO CARDÍACA FETAL

Consiste na verificação de aceleração de batimentos cardíacos fetais com sonar estetoscópio de Pinard, frente à movimentação fetal, estímulos mecânicos ou auditivos.

Consiste em:

1) Determinação de freqüência cardíaca fetal de repouso;

2) Verificação da freqüência cardíaca fetal (FCF) pela movimentação espontânea fetal;

3) Na ausência de respostas (ou de movimentação fetal), estimula-se mecanicamente o feto, enquanto se escutam os batimentos cardíacos fetais (BCF);

4) Na ausência de resposta, faz-se a estimulação vibro-acústica (buzina de bicicleta).

Boas reservas fetais garantem a elevação da (FCF).

1.2. MÉTODOS BIOFÍSICOS

1.2.1. CARDIOTOCOGRAFIA ANTEPARTO DE REPOUSO

A análise cardiotocográfica possibilita a avaliação da integridade dos mecanismos do sistema nervoso central envolvidos no controle da freqüência cardíaca e da cinética fetal.

O feto hígido, próximo do termo, apresenta freqüência cardíaca estável entre 120 e 160 batimentos por minuto (bpm) e variabilidade entre 10 e 25 bpm. Além dessas características, ocorrendo movimentação, o feto exibe aceleração transitória de amplitude igual ou superior a 15 bpm e duração superior a 15 segundos.

Algumas situações como a hipóxia fetal, prematuridade, sono fetal, uso de drogas sedativas, tranquilizantes e anti-hipertensivos, além de situações como febre, hipoglicemia e tabagismo, modificam o padrão fisiológico acima descrito.

O exame consiste no registro simultâneo da freqüência cardíaca e dos movimentos fetais espontâneos, pelo menos por 20 minutos. Quando, nesse período inicial, não se constatem, ao menos, duas acelerações transitórias ou variabilidade diminuída, ou ainda desacelerações, o exame deve ser prolongado por mais 20 minutos, após estimulação mecânica, e, se necessário, vibro-acústica, com buzina tipo KOBO sobre o pólo cefálico fetal, por 3 a 5 segundos.

Considera-se aceleração transitória o aumento da freqüência cardíaca fetal (FCF) acima de 15 bpm com 15 ou mais segundos de duração.

Outros elementos a serem considerados são o nível da linha de base (bradicárdico ou taquicárdico), a variabilidade (reduzida, menor que 10 bpm ou lisa) e presença de desaceleração tardia. A presença de desacelerações tardias que se iniciam 20 segundos após as contrações uterinas são indicação de gravidade, assim como as desacelerações profundas e prolongadas com retorno abrupto.

Os fetos não-reativos com padrão de linha de base lisa (ausência de variabilidade da linha de base), são considerados terminais, com risco de óbito iminente.

a) *FETO ATIVO:*	- linha de base entre 120 – 160 bpm - variabilidade 10 a 25 bpm - duas ou mais acelerações após movimentos fetais espontâneos ou após contrações de Braxton-Hicks.
b) *FETO REATIVO:*	- linha de base entre 120 – 160 bpm - variabilidade 10 a 25 bpm - resposta reativa com aceleração da FCF de 15 bpm por 3 minutos e movimentação fetal após estímulo vibro-acústico.

c) *FETO NÃO-REATIVO:*
- linha de base entre 120 - 160 bpm
- variabilidade geralmente está comprimida ou lisa
- e não responde a estímulo.

Recomenda-se:

- Orientar a gestante sobre o exame (indicações, técnica, inocuidade, etc).
- Iniciar somente após a 28ª semana.
- A validade do exame é de 7 dias. Portanto, repetir, no máximo, dentro desse período.
- Realizar o exame com a mulher:
  - em posição semi-sentada (semi-Fowler)
  - após período de repouso
  - alimentada
  - sem ter fumado ou tomado medicação até uma hora antes do exame.
- Se necessários estímulos, iniciar sempre pelo mecânico

1.2.2. PERFIL BIOFÍSICO FETAL (PBF)

É prova de vitalidade fetal que se baseia fundamentalmente em parâmetros ultra-sonográficos, associados à cardiotocografia. Consiste na avaliação integrada dos seguintes parâmetros: FCF (pela cardiotocografia), volume do líquido amniótico (avaliado pela medida do bolsão maior), tônus fetal, movimentação fetal e movimentos respiratórios. A cada um desses parâmetros atribui-se a pontuação de 0 (anormal) ou 2 (normal). A interpretação e conduta dependem do escore obtido pela somatória das pontuações (ver quadro na página seguinte). Esse perfil deve ser pesquisado utilizando-se monitoramento eletrônico e ecografia de tempo real.

O PBF é prova capaz de identificar os fetos com risco, em centros de referência, nos casos em que o risco fetal já foi previamente triado por provas mais simples. **É método que apresenta índice de falso-negativos extremamente elevado, necessitando equipamento e pessoal especializado para sua realização.** Não deve substituir, contudo, as provas de vitalidade fetal mais simples, nem ser aplicado à população de gestantes sem triagem prévia.

Interpretação e conduta obstétrica da pontuação do Perfil Biofísico Fetal

Pontuação	Interpretação	Conduta obstétrica
8 – 10	Recém-nascido normal Baixo risco de asfixia crônica	Repetir semanalmente e 2 vezes por semana em gestantes portadoras de diabetes e com IG ≥ 42 semanas. Se oligoâmnio, induzir o parto
6	Suspeita de asfixia crônica	Se IG > 36 semanas, induzir o parto. Se < 36 semanas e relação L/E < 2, repetir a prova em 4 – 6 horas. Se oligoâmnio, induzir o parto
4	Suspeita de asfixia crônica	Se IG > 32 semanas, induzir o parto. Se < 32 semanas, repetir a prova
0 – 2	Forte suspeita de asfixia crônica	Estender o tempo da prova. Se persistir < 4, induzir o parto

1.2.3. DOPPLERVELOCIMETRIA

Consiste na medida da velocidade do fluxo sangüíneo. Durante a gravidez, essa medida pode ser realizada em três leitos vasculares principais: materno (vasos uterinos), placentário-umbilical (vasos umbilicais) e fetal (aorta, vasos carotídeos e cerebrais). Alguns índices são utilizados para descrever a forma de onda do fluxo sangüíneo, na relação tempo/velocidade, como tentativa de se medir a dinâmica da circulação feto-placentária, bem como a resistência ao fluxo.

1. Índice de pulsatilidade = Sístole (S) menos Dástole (D)/ Velocidade média (VM)
2. Índice de Resistência = (S-D/S)
3. Relação Sístole/Diástole (S/D)

A principal indicaçao para sua utilização é na avaliação da gestação de alto risco. É também uma prova sofisticada e deve ser reservada para investigação da vitalidade fetal em centros de referências mais complexos, realizada por pessoal treinado e apenas em gestantes previamente selecionadas por outros métodos de avaliação fetal, tendo sua indicação a partir do terceiro trimestre. Isoladamente, o resultado alterado da dopplervelocimetria não tem poder decisório final. Ele indica alterações vasculares que estão nos mecanismos que culminam com o aparecimento de sofrimento fetal. Indica, portanto, a necessidade de

vigilância de vitalidade fetal contínua. Em locais onde não esteja ainda disponível, é possível fazer-se uma boa avaliação de vitalidade sem essa prova.

2 AVALIAÇÃO DA MATURIDADE FETAL

2.1. MÉTODOS CLÍNICOS

2.1.1. ESTABELECIMENTO DA IDADE GESTACIONAL

Baseia-se na data da última menstruação (DUM), na altura do útero (AU), no início dos movimentos ativos do feto, na insinuação e na biometria fetal pela ultra-sonografia.

Cumpre lembrar que a duração da gestação é de 280 dias, em média, isto é, 40 semanas. Assim, calcula-se, pela regra de Naegele, a data provável do parto, somando-se à DUM 7 dias e diminuindo-se três meses. A seguir, calcula-se quantos dias faltam para a data do parto. Esse número de dias, dividido por 7 dá o número de semanas que faltam para o parto. O número de semanas que faltam deve ser subtraído de 40 semanas, total da gestação, obtendo-se assim a idade gestação em semanas.

Quanto aos movimentos fetais, se bem que existam precocemente, só são percebidos pela grávida do 4º mês em diante.

Nas duas últimas semanas de gestação, nas primíparas pode ocorrer a queda do ventre pela insinuação do pólo cefálico (com o alívio respiratório para a gestante).

A ultra-sonografia oferece a oportunidade de calcular a idade da gestação, pela biometria fetal. No início da gestação, o cálculo é feito pelo tamanho do saco gestacional, sendo, entretanto, pouco preciso. Da 8ª à 14ª semana, mede-se a distância cabeça-nádegas do feto, o que é um parâmetro excelente. Na 2ª metade da gestação, o cálculo da idade gestacional é feito pela medida do diâmetro biparietal, do comprimento do fêmur, bem como da presença e tamanho dos pontos de ossificação secundária do fêmur, elementos que constituem um método muito bom para a determinação da idade fetal.

Quando houver dúvidas em relação à idade gestacional, seja por ausência de informação, incerteza quanto à data da última menstruação ou ainda incoerência entre os achados clínicos e a informação obtida, a gestante deverá ser atendida em nível secundário até que seja devidamente esclarecida a idade gestacional, somente então retornará ao nível primário.

Para esclarecer tais situações de dúvidas, os seguintes procedimentos devem ser utilizados:

- a pesquisa da data da última menstruação deve ser exaustivamente verificada, relacionada ao aparecimento dos primeiros sintomas de gestação e as datas marcantes (Natal, carnaval, aniversários, entre outras).
- pesquisa de batimentos cardiofetais pelo sonar Doppler, durante o terceiro mês, anotando as datas e resultados.
- Exame ecográfico: deve ser realizado o mais precoce possível, para pesquisar o comprimento cabeça-nádega (CCN), entre a 8ª e 13ª semanas. O diâmetro biparietal (DBP) pode ser medido entre a 12ª e 39ª semanas, entretanto deve ser novamente medido após aproximadamente 2 ou 4 semanas, para verificar se o crescimento foi normal. Caso houver coerência entre as duas medidas, a margem de variação fica diminuída.

2.1.2. EXAME DO LÍQUIDO AMNIÓTICO

- *AMNIOSCOPIA*

É uma endoscopia cervical, com o objetivo de visualizar o pólo inferior do ovo, isto é, as membranas, o líquido âmniótico e a apresentação.

O amnioscópio é constituído por um tubo oco metálico ou mesmo compacto de acrílico que é introduzido através do orifício cervical. Além do tubo, deve haver uma fonte luminosa. É necessária uma cervicodilatação de 1,5 cm ou mais.

A amnioscopia tem como desvantagem a necessidade de colo permeável. Apresenta riscos, apesar de pouco freqüentes, como ruptura das membranas ovulares, pequenas hemorragias, traumas e infecção.

- **Avaliam-se a cor e a transparência do líquido amniótico e a eventual presença de grumos. Assim, o líquido pode ser:**
  Claro: boa vitalidade
  Claro com grumos: boa vitalidade e boa maturidade
  Meconial: sofrimento fetal recente
  Vermelho: hemorragia
  Amarelo: presença de bilirrubina (isoimunização Rh)
  Achocolatado: sofrimento antigo ou óbito fetal.

- **O resultado é confiável em 90% dos casos, havendo falso-positivos e falso-negativos em 10%.**
  São contra-indicações utilizar em mulheres com placenta prévia e processos infecciosos cérvico-vaginais.

– ***AMNIOCENTESE***

É coleta do líquido amniótico por via abdominal, hoje orientada pela ultra-sonografia. Há dois tipos fundamentais de amniocentese: precoce, realizada na 1ª metade da gravidez (mais particularmente entre 12ª e 14ª semanas), e tardia, realizada na 2ª metade da gravidez (de preferência após 28ª semanas).

Pode ser feita em ambulatório, com orientação ultra-sonográfica. A agulha usada é a de raquianestesia, preferencialmente número 12 por 20. Retirar 10 a 20 ml de líquido.

Indicações da Amniocentese Precoce:

a) Cariótipo fetal, principalmente para afastar a trissomia 21 (Síndrome de Down).
b) Erros inatos de metabolismo
c) Dosagem de alfa feto proteína (AFP)
d) Determinação do sexo fetal

Indicações da Amniocentese Tardia

a) Estudo da vitalidade e maturidade fetal

b) Diagnóstico de corioamnionite

c) Esvaziamento, nos casos de polidrâmnio agudo

d) Introdução de medicamentos

e) Diagnóstico, prognóstico, tratamento e prevenção da doença hemolítica

f) Determinação do grupo sanguíneo fetal

g) Infecção fetal

Riscos da amniocentese:

Precoce: infecção, abortamento
Tardia: lesão fetal anexial, trabalho de parto prematuro, amniorrexe

2.2. MÉTODOS LABORATORIAIS

2.2.1. EXAME DO LÍQUIDO AMNIÓTICO

O exame do líquido obtido por amniocentese ou colhido após a rotura da bolsa, pode ser macroscópico e microscópico.

Macroscopia. Deve-se fazer uma descrição do líquido, que é colocado em tubo de ensaio e examinado contra um fundo branco, atendendo às seguintes características: cor e transparência. O líquido normalmente é claro e transparente (água de rocha) e, após 36 semanas, pode se ver a presença de grumos (vérnix caseoso), que, em grande quantidade, tornam o líquido opalescente. Entende-se que o líquido, apresentando outros aspectos, é patológico: verde (mecônio recente), amarelo (presença de bilirrubina), vermelho (hemorragia) e achocolatado (sofrimento antigo ou óbito fetal). Esses dados avaliam a vitalidade e a maturidade fetal.

Microscopia. Há provas que são realizadas para verificar a maturidade fetal através de:

- **Surfactantes.** Nos pulmões existem substâncias surfactantes destinadas a proporcionar estabilidade ao alvéolo, evitando atelectasia. Produzidas no pneumócito tipo II, são lipoproteínas complexas com estrutura do glicerol. Entre os surfactantes, destacam-se: fosfatidilcolina (lecitina), fosfatidilglicerol, inositol, serina, etanolamina e esfingomielina.

A lecitina é o mais importante dos surfactantes e aumenta com o evoluir da gravidez (agente tensoativo). A esfingomielina, de menor importância, decresce no final da gravidez.

Relação lecitina/esfingomielina (L/E):

relação L/E inferior a 1,5 significa imaturidade fetal.
relação L/E entre 1,5 e 1,9 significa imaturidade duvidosa.
relação L/E superior a 2,0 significa maturidade fetal.

OBSERVAÇÃO: Os recém-nascidos de mães diabéticas podem apresentar membrana hialina mesmo tendo relação L/E superior a 2,0. Nesses casos, a pesquisa de fosfatidilglicerol confirma a maturidade fetal.

A determinação da relação L/E e a pesquisa de fosfatidilglicerol são exames laboratoriais disponíveis em poucos locais.

- **Teste de Clements:** pesquisa a maturidade através da tensão superficial do líquido amniótico, avaliada pela estabilidade das bolhas (espuma), após agitação vigorosa do mesmo em diluição ≥ a 1/2. A maturidade está sempre presente nos resultados positivos (halo completo de bolhas), porém o teste apresenta significativa proporção de resultados falso-negativos.

2.2.2. EXAME ULTRA-SONOGRÁFICO

A ultra-sonografia não tem elementos definitivos para indicar maturidade fetal. Alguns autores mostraram que o diâmetro do bi-parietal acima de 87 mm, em grande porcentagem dos casos, é indicativo de maturidade

fetal, para outros autores seria acima de 92 mm. Grannum et al., 1979, verificaram que placentas com cotilédones visíveis e com calcificações também correspondem quase sempre a fetos maduros.

PARTE IV: ANTECIPAÇÃO ELETIVA DO PARTO

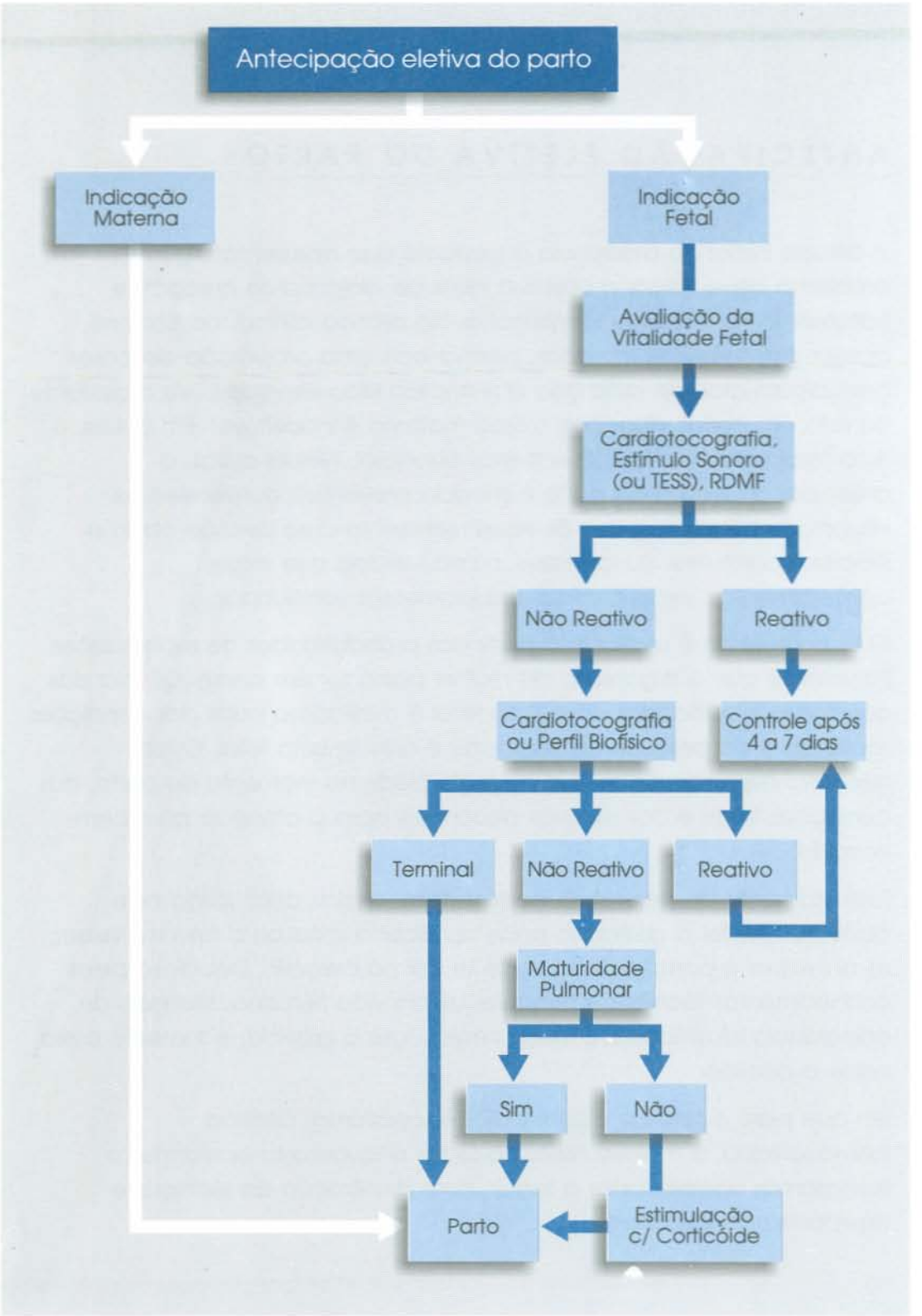
1 ANTECIPAÇÃO ELETIVA DO PARTO

A atitude inicial na assistência à gestante que apresenta algum tipo de problema deve refletir o objetivo ideal de diagnóstico precoce e tratamento do distúrbio identificado. Na prática clínica, no entanto, apesar das medidas tomadas, permanece uma proporção de casos com algum grau de disfunção que implica risco elevado para a gestante ou feto. Em certas situações, o risco materno é inaceitável. Em outras, o risco fetal torna-se maior que o risco neonatal. Nesses casos, a antecipação eletiva do parto é medida preventiva conveniente e insubstituível. Porém, o que às vezes representa uma decisão óbvia e simples, constitui-se, outras vezes, numa medida que exige conhecimentos, experiência e equipamentos sofisticados.

O risco materno é avaliado a partir das probabilidades de repercussões irreversíveis que o organismo da mulher possa ter em conseqüência das condições identificadas. Já o risco fetal é avaliado a partir das condições maternas e da pesquisa de vitalidade e crescimento fetal. O risco neonatal depende do peso e da maturidade no momento do parto, das condições fetais e dos recursos disponíveis para a atenção ao recém-nascido.

Esse momento de decisão é, com certeza, o mais difícil vivido pelo obstetra. Manter a gestação pode significar a mãe ou o feto morrerem; se antecipar o parto, o óbito pode se dar no berçário. Decidir só pelos conhecimentos técnicos é tornar-se juiz da vida humana, situação de onipotência injustificada. É fundamental ouvir a grávida, e somente a ela cabe a decisão.

Em que pese o fato de alguns casos necessitarem decisão individualizada, a maioria delas pode ser enquadrada conforme os fluxogramas apresentados a seguir, com a utilização de técnicas e equipamentos disponíveis.



(*) Indicações do TESS:

- Amniorrexe prematura
- Ameaça de parto prematuro
- Gestação prolongada
- Eritroblastose fetal
- Hemorragias
- Patologias maternas (hipertensão, diabetes, anemia)

Obs.: As pesquisas de vitalidade fetal não devem ser realizadas antes da 28ª semana.

INDICAÇÃO DE TÉRMINO DA GRAVIDEZ (PRÉ-TERMO, TERMO, PÓS-TERMO) NA AUSÊNCIA DE TRABALHO DE PARTO

MÉTODOS

Preparo do colo uterino para indução do trabalho de parto: indicado quando o índice de Bishop for menor que 6.

Indice de Bishop (Bishop, 1964)

Condições do Colo	0	1	2	3
Dilatação (cm)	0	1-2	3-4	5+
Esvaecimento (%)	0-30	40-50	60-70	≥ 70
Consistência	Firme	Médio	Amolecido	
Posição	Posterior	Central	Anterior	
Plano apresentação	-3	-2	-1/0	+1

a) Métodos mecânicos (contra-indicados em casos de amniorrexe):

Sonda Foley com balão de 30 ml

- Exame especular
- Antissepsia do colo com polvidine tópico
- Passagem de sonda pelo canal cervical
- Insuflar balão
- Fixar sonda na coxa (parte interna)
- Retirar após 12-24 horas
- Iniciar indução

Laminária (alga desidratada)

- Mesmo procedimento acima
- Garantir passagem pelo orifício interno do colo
- Retirar após 12 horas
- Iniciar indução

b) Métodos medicamentosos:

- **Prostaglandinas** (evitar em casos com cicatriz de cesárea)

E_2: comercialmente inexistente no Brasil

E_1: (Misoprostol):

- Óbito fetal: ½ a 1 comprimido (200 mcg) em fundo de saco vaginal a cada 8 horas.

- Feto vivo: são necessárias doses de 12,5 – 25 mcg no fundo de saco vaginal a cada 8 horas, com vigilância constante da dinâmica uterina e freqüência cardíaca fetal, pela possibilidade de hipercontratilidade uterina.

- **Ocitocina:**

- Esquema proposto: utilizar 5U (1 ampola) de ocitocina diluídas em 500 ml de soro glicosado a 5%. Início da velocidade de infusão de 4 gotas por minuto (2mU/ml), dobrando-se o gotejamento a cada 30 minutos a 1 hora, de acordo com resposta uterina, até a obtenção de atividade uterina de trabalho de parto (3 a 4 contrações de 45" em 10'). Dose máxima de 64 gotas/min. (32 mU/ml).

- Na eventualidade de quadros de hiperestimulação uterina, interromper o gotejamento da solução. O emprego de pequenas doses de uterolíticos pode ser considerado se houver comprometimento fetal.

Contra-indicações à indução do trabalho de parto:

- Sofrimento fetal confirmado
- Cicatriz uterina corporal
- Cicatriz segmentar de repetição (mais que duas)
- Apresentação fetal anômala
- Obstrução do canal de parto
- Situações de urgência

c) Cesárea eletiva: deve ser o método de eleição nas situações de iteratividade (duas ou mais cicatrizes de cesáreas anteriores), nas situações de urgência para a resolução do parto ou na presença de contra-indicação absoluta.

Excetuando-se os casos de urgência e de sofrimento fetal, a presença de contrações uterinas e o trabalho de parto são desejáveis, mesmo quando a cesárea é a via de parto mais indicada. É um importante indicador de época oportuna para o parto; ajuda na formação do segmento inferior do útero, facilitando a cirurgia e diminuindo o sangramento da histerotomia, e na maturidade pulmonar fetal. Deve-se considerar, entretanto, a facilidade de acesso da mulher ao hospital onde a cesárea será realizada.

PARTE V: ATENDIMENTO À GESTANTE COM RISCO DE VIDA

1 ATENDIMENTO À GESTANTE COM RISCO DE VIDA

Entende-se por risco de vida materna toda situação clínica que ocorre durante o período gestacional, quer por doença própria da gestação ou doença preexistente que coloca em risco a vida da gestante e inviabiliza a continuação da gravidez. Nesses casos, está indicada a interrupção da gravidez no sentido de preservar a vida da mulher.

É indispensável que, no mínimo, dois médicos atestem que a interrupção da gravidez é a única maneira de salvar a vida da mulher. Pelo menos um deles deve ser da especialidade que está determinando o motivo da interrupção.

Não é necessário pedir autorização à comissão de ética do hospital, sugerindo-se apenas a sua notificação, já que trata-se de procedimento eticamente embasado e previsto no Código Penal Brasileiro, 1940 (Art. 128).

Em face aos avanços tecnológicos, são raras as condições maternas que indicam interrupção da gravidez. Entretanto, em pacientes com quadros clínicos de evolução desfavorável, como, por exemplo, hipertensão aortica ou cardiopatia com hipertensão pulmonar, a gravidade da doença justifica a interrupção da gravidez.

Os laudos médicos (obstétrico, clínico e do especialista) serão analisados e discutidos pela equipe que aprovará a interrupção da gravidez. Embora o código penal não exija autorização formal da mulher, recomenda-se que ela deva ser informada de sua situação clínica e participar da decisão. A comunicação deve ser estendida ao cônjuge ou familiares da paciente, mas o que deve prevalecer é a decisão da mulher. Nas situações em que a mulher não se encontra em condições de decidir, prevalecerá o princípio básico da ação médica, que é preservar a vida, amparado pelo código de ética.

Procedimento para a interrupção da gravidez em casos de risco de vida para a mãe

A decisão de interromper a gravidez não depende da idade gestacional, devendo ser baseada em critérios clínicos de gravidade. No entanto, os procedimentos serão diferenciados de acordo com a idade gestacional. Considerando a gravidade das situações, a tomada de decisão deve ser ágil.

Idade gestacional até 12 semanas

Podem ser utilizados, para o esvaziamento da cavidade uterina, os dois métodos identificados a seguir.

1. Dilatação do colo uterino e curetagem

Deverá ser realizada em centro cirúrgico equipado adequadamente, com todos os cuidados de assepsia e antissepsia, sob anestesia, devendo-se evitar a anestesia paracervical. A dilatação do colo uterino deverá ser suficiente para a introdução de pinça de Winter, que servirá para a tração das membranas ovulares. Depois, será procedida a curetagem da cavidade uterina. É recomendável que se introduza um comprimido de misoprostol 200 mcg intravaginal, no mínimo 12 horas antes do procedimento, destinado ao preparo do colo uterino com vistas ao menor traumatismo durante a dilatação.

2. Aspiração manual intra-uterina (AMIU)

A aspiração manual compreende um jogo de cânulas de plástico flexíveis, de tamanhos que variam de 4 a 12 mm de diâmetro, além de um jogo de dilatadores anatômicos nos mesmos diâmetros, seringas de vácuo com capacidade para 60 ml e um jogo de adaptadores para conectar a cânula à seringa. Preferencialmente, deve ser feita sob anestesia local (paracervical) ou outra anestesia.

A técnica consiste em dilatar o colo uterino até que fique compatível com a idade gestacional. Introduz-se a cânula correspondente e se procede à aspiração da cavidade uterina, tomando-se o cuidado de verificar o momento correto do término do procedimento, ocasião esta em que se sente a aspereza das paredes uterinas, a formação de sangue espumoso e o enluvamento da cânula pelo útero, e em que as pacientes sob anestesia paracervical referem-se a cólicas.

Idade gestacional entre 13 a 28 semanas

A interrrupção da gravidez dar-se-á mediante a indução prévia com misoprostol, na dose de 100 a 200 mcg no fundo de saco vaginal, após limpeza local com soro fisiológico, a cada 6 horas. A critério clínico, poderá ser associado o uso de misoprostol oral ou ocitocina endovenosa. Após a eliminação do concepto, proceder-se-á a complementação do esvaziamento uterino, com curetagem, se necessário. Deve ser considerado que há um risco de complicações, que variam de 3% a 5%, nos casos de interrupção da gravidez nesse período.

Mais de 28 semanas

Com o feto viável, segue-se a conduta obstétrica clássica. (Pág. 146/148 deste manual)

O seguimento com os especialistas deve ser continuado até a alta clínica e em nível ambulatorial, em que se discutirá também a anticoncepção a ser adotada. Deve-se considerar a possibilidade de laqueadura tubária, por indicação médica, se esta já não tiver sido realizada por ocasião de cesárea. O acompanhamento psicológico é fundamental neste processo, devendo oferecer suporte a todos os procedimentos adotados, servindo como base de apoio à gestante e familiares.

ANEXOS

NORMAS DE BIOSSEGURANÇA E PARTO

1

- **Biossegurança:** é o conjunto de ações voltadas para prevenir ou minimizar os riscos para os profissionais de saúde que trabalham com materiais biológicos.
- **Precauções universais** (atualmente denominadas PRECAUÇÕES BÁSICAS) são medidas de prevenção que devem ser tomadas:
- **com qualquer paciente**, independentemente do diagnóstico definido ou presumido de doenças infecciosas causadas por vírus, bactérias ou protozoários.
- **na manipulação** de sangue, secreções, mucosas ou pele não-íntegra.

Essas medidas incluem a utilização de equipamentos de proteção individual (luvas, máscara, óculos de proteção, capotes e aventais), com a finalidade de reduzir a exposição da pele e das mucosas ao sangue ou aos fluidos corpóreos de qualquer paciente e os cuidados especiais que os profissionais de saúde devem tomar para se prevenirem contra acidentes com materiais perfurocortantes. (Consulte o folheto informativo do Ministério da Saúde sobre as normas gerais de biossegurança).

- Preferir sempre seringas de plástico (isto se aplica durante a episiotomia, quando esta não puder ser evitada).
- Preferir sempre o uso de tesouras em vez de bisturi na manipulação do cordão umbilical.
- Nunca utilizar lâmina de bisturi desmontada (fora do cabo).
- Preferir fios de sutura agulhados.
- Evitar agulhas retas de sutura, pelo maior risco de acidentes percutâneo.
- Utilizar sempre pinças auxiliares nas suturas, evitando manipulação dos tecidos com os dedos durante a sutura da mucosa vaginal, durante o fechamento por planos na operação cesareana, etc.
- Evitar sutura por dois cirurgiões, simultaneamente, no mesmo campo cirúrgico.
- A passagem de materiais perfuro cortantes (bisturi, porta-agulhas com agulhas, etc.) do auxiliar para o cirurgião deve ser através de cubas, após aviso verbal.
- Cuidados especiais na manipulação da placenta e do cordão umbilical devem ser observados, pois o risco de exposição é muito grande.
- Nos cuidados imediatos do recém-nascido, estar paramentado com equipamentos de proteção individual (luvas, capotes, avental, máscara e gorro,) pela possibilidade de expopsição a sangue e líquido amniótico.

3 DIAGNÓSTICO SOROLÓGICO DA INFECÇÃO PELO HIV

A fim de maximizar o grau de confiabilidade na emissão dos laudos, bem como minimizar a ocorrência dos resultados falso-negativos ou falso-positivos, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 488, de 17 de junho de 1998, estabelece a obrigatoriedade de um conjunto de procedimentos seqüenciados para os testes que visam detectar anticorpos anti-HIV em indivíduos com idade acima de 2 (dois) anos (ver fluxograma adiante).

Ao chegar ao laboratório, com uma solicitação de teste anti-HIV, o indivíduo tem sua amostra de sangue coletada. Após a coleta, esta amostra é centrifugada, para a obtenção do soro ou plasma que será utilizado nos testes.

A amostra de soro ou plasma, deve ser inicialmente submetida à primeira etapa do conjunto de procedimentos seqüenciados obrigatórios, previstos na Portaria, denominado etapa de triagem sorológica.

Nessa etapa, a amostra deve ser submetida a dois testes distintos, em paralelo. Esses dois testes, denominados teste 1 e teste 2, devem possuir princípios metodológicos e/ou antígenos diferentes, e pelo menos um deles deve ser capaz de detectar anticorpos anti-HIV-1 e anti-HIV-2. Além disso, todos os conjuntos de diagnóstico (kits) utilizados para a realização dos testes devem estar registrados no Ministério da Saúde.

Após a realização da etapa de triagem sorológica, podemos encontrar três situações:

1. caso a amostra apresente resultados não-reagentes nos testes 1 e 2, terá seu resultado definido como **"Amostra negativa para HIV".** Nesse caso, o resultado é liberado para o paciente.

2. caso a amostra apresente resultados reagentes nos testes 1 e 2, deverá ser submetida à etapa de confirmação sorológica prevista na Portaria.

3. caso a amostra apresente resultados discordantes ou indeterminados nos testes 1 e 2, deverá ser retestada em duplicata, com os mesmos conjuntos de diagnóstico (1 e 2).

Após a retestagem, em duplicata, podemos encontrar duas situações:

1. caso a amostra apresente resultados não-reagentes nos dois testes, terá seu resultado definido como **"Amostra negativa para HIV".** Nesse caso, o resultado é liberado para o paciente.

2. caso a amostra possua resultados reagentes, discordantes ou indeterminados, nos dois testes, deverá ser submetida à etapa de confirmação sorológica.

A seguir, vem a etapa de confirmação sorológica. Essa etapa deve ser realizada em amostras de resultados que necessitem de confirmação. Nesse caso, o Ministério da Saúde preconiza a realização dos testes de Imunofluorescência Indireta (IFI) e/ou Western Blot (WB). É importante referir que, na maioria dos casos, amostras que necessitem ter seu resultado confirmado são elucidadas através do teste de IFI. Em alguns outros, além desse, é necessária a realização do teste WB.

Recapitulando, após a realização da etapa de triagem, podemos ter duas situações em que há necessidade de confirmação do resultado:

1. amostras que possuam resultados reagentes nos testes 1 e 2;

2. amostras que possuam resultados discordantes ou indeterminados nos testes 1 e 2.

Uma vez realizado o teste de IFI, podemos encontrar duas situações distintas:

1. amostra com resultado reagente no teste de IFI terá seu resultado definido como **"Amostra positiva para HIV-1".** Nesse caso, é obrigatória a coleta de uma nova amostra para confirmação da positividade da primeira amostra.

2. amostra com resultado indeterminado ou negativo no teste de IFI devem ser submetidas ao teste de WB.

Após a realização do teste de WB, podemos encontrar as seguintes situações:

1. amostra reagente no teste de WB terá seu resultado definido como **"Amostra positiva para HIV-1".** Nesse caso, é obrigatória a coleta de uma nova amostra para confirmação da positividade da primeira amostra.

2. amostra indeterminada terá seu resultado definido como **"Amostra indeterminada para HIV-1".** Nesse caso, deverá ser submetida à investigação de anticorpos anti-HIV2. Recomenda-se, ainda, a coleta de nova amostra, após 30 dias, e a repetição de todo o conjunto de procedimentos seqüenciados.

3. amostra negativa ao teste WB terá seu resultado definido como **"Amostra negativa para HIV-1"** e deverá ser submetida à investigação de anticorpos anti-HIV2. Recomenda-se, ainda, a coleta de nova amostra, após 30 dias, e a repetição de todo o conjunto de procedimentos seqüenciados.

Convém observar que é obrigatória a coleta de uma segunda amostra e a repetição da etapa de triagem sorológica (Etapa 1), sempre que uma amostra apresentar resultado definido como **"Amostra positiva para**

HIV-1". Caso os resultados da testagem da segunda amostra sejam não-reagentes ou indeterminados, deverão ser cumpridas todas as etapas do conjunto de procedimentos seqüenciados.

Sempre que a primeira amostra for positiva ao teste de IFI, ou ao teste de WB, e a segunda amostra for negativa aos testes de triagem, é preciso considerar a possibilidade de ter havido troca ou contaminação de amostras.

Deve-se ressaltar o fato de que todos os conjuntos de diagnóstico apresentam características intrínsecas que podem conduzir a resultados falsos.

Resultados falso-positivos podem ser decorrentes de problemas técnicos no procedimento do exame ou de alterações biológicas no indivíduo, que determinam reatividade, independentemente da condição investigada.

Entre as causas de origem técnica, podemos citar: contaminação de ponteiras; contaminação da reação por soros vizinhos, fortemente positivos; troca de amostras; ciclos repetidos de congelamento e descongelamento das amostras; pipetagens de baixa acurácia; inativação da amostra a 56°C e transporte ou armazenamento inadequado das amostras ou dos kits.

Como possíveis causas de resultados falso-positivos podemos mencionar, entre outras, as semelhanças antigênicas entre microrganismos; doenças auto-imunes; infecções por outros vírus; uso de drogas endovenosas; aquisição passiva de anticorpos anti-HIV (de mãe para o filho).

É importante salientar que nem todos os casos de reações falso-positivas têm a sua causa definida ou podem ser evitados. Além disso, tais causas podem variar ou não, de acordo com os métodos utilizados.

Com relação aos resultados falso-negativos, é importante mencionar a sensibilidade do teste como uma das principais causas, em função das diferentes capacidades de detecção dos kits; da ocorrência do período de janela imunológica; ou da variabilidade na constituição antigênica dos conjuntos de diagnóstico.

Entre as causas de ordem técnica como fatores que contribuem para o aparecimento de resultados falso-negativos, podemos citar: a troca da amostra; o uso de reagentes fora do prazo de validade; a utilização de equipamentos desajustados; pipetagem incorreta e o transporte ou armazenamento inadequado das amostras ou dos kits.

Finalmente, é importante enfatizar que mesmo com processamento adequado das amostras de sangue, e a execução técnica correta de todas as etapas da reação sorológica no laboratório, é fundamental que o processo de aconselhamento, antes e depois do teste, seja feito de forma cuidadosa, para que o resultado do exame seja corretamente