



Ministério da Saúde e
da Segurança Social

Serviço de Atenção Integrada à Saúde
da Criança, Adolescente, Mulher e Homem

Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva

PROCOLOS NACIONAIS
SOBRE OS
**CUIDADOS OBSTÉTRICOS
DE URGÊNCIA**

1ª Edição - Agosto 2018

Ficha Técnica

Ministro da Saúde e da Segurança Social

Dr. Arlindo Nascimento do Rosário

Direção Nacional de Saúde

Dr. Artur Jorge Correia

Dra. M^ª da Luz Lima Mendonça

Serviço de A. I. à Saúde da Criança, Adolescente, Mulher e Homem

Dra. Yorleydis Rosabal Pérez

FNUAP

UNICEF

OMS

Coordenação do Grupo de Trabalho

Dr. Joaquim Silva Neves – Médico Ginecologista/Obstetra - Assistente Hospitalar do Hospital de Sta Maria – Lisboa

Dr. Hiraldo Sanchez Arias – Médico Ginecologista/Obstetra – Hospital Central Dr. Agostinho Neto

Dra Maria Teresa Teixeira Martins - Médica Ginecologista/Obstetra – Hospital Central Dr. Baptista de Sousa

Grupo de trabalho

Adelaide M. Lima - Médica Ginecologista/Obstetra - CSR Belavista - DS S. Vicente

Albino Djassi – Médico Ginecologista/Obstetra do H. Dr. Agostinho Neto

Álvaro Semedo Moreno – Enfermeiro da DS do Tarrafal

Anabela Encarnação – Enfermeira da Maternidade do H. Dr. Baptista de Sousa

Ana Mafalda Lopes Borges - Enfermeira Obstetra do H. Dr. Agostinho Neto

Elga Fontes – Enfermeira Obstetra – CS Achada Sto António

Ema Mascarenhas - Médica Ginecologista/Obstetra do CSR da Fazenda- DS Praia

Ernesto Rocha - Médico Ginecologista/Obstetra do H. Dr. Baptista de Sousa

Filigência Gomes de Barros – Enfermeira da DS de Sta Cruz

Helga Araújo – Médica Anestesiologista do H. Dr. Agostinho Neto
Helena Rosa da Fonseca – Enfermeira da Maternidade do HR S. Francisco Xavier
Iolanda Lopes Landim - Médica Ginecologista/Obstetra do H. Dr. Agostinho Neto
José Sena Pereira – Enfermeiro do CS de R. Grande de Santiago
Júlia Monteiro dos Santos - Médica Ginecologista/Obstetra do HR João Morais
Ludmilde Pina - Médica Ginecologista/Obstetra do HR de Santiago Norte
Lidiana Pimentel - Médica Ginecologista/Obstetra do HR do Sal
Marcelina Monteiro – Enfermeira da Maternidade do H. Dr. Baptista de Sousa
Margarida Lopes Pina - Médica Ginecologista/Obstetra do H. Dr. Agostinho Neto
Maria Alice Teixeira - Médica Ginecologista/Obstetra do H. Dr. Agostinho Neto
Maria Fernandes Barbosa - Enfermeira Obstetra do H. Dr. Agostinho Neto
M^a Odília Gonçalves - Médica Ginecologista/Obstetra do H. Dr. B. de Sousa
Maria João Silva – Enfermeira Obstetra – CS Loures/Odivelas - Portugal
M^a de Lourdes Carvalho Mendes – Enfermeira CS Ponta de Água – DS da Praia
Maria Luísa Teixeira – Enfermeira Obstetra do H. Dr. Agostinho Neto
Maria Natalina Silva – Enfermeira – Mestre em Saúde Pública - DNS
Maria do Rosário Varela - Enfermeira Obstetra do H. R. de Santiago Norte
Marlene Reis - Médica Ginecologista/Obstetra do HR do Sal
Neusa Semedo - Médica Ginecologista/Obstetra do H. Dr. Baptista de Sousa
Orlando Cabral – Enfermeiro Obstetra do CS de Tira Chapéu – DS da Praia
Rita Maria Lopes - Enfermeira Obstetra do H. Dr. Agostinho Neto
Sónia Tavares - Médica Ginecologista/Obstetra do H. Dr. Agostinho Neto
Vanusa de Oliveira – Médica Endocrinologista do H. Dr. Agostinho Neto

Revisão

Dra Fátima Sapinho Monteiro – Médica Ginecologista/Obstetra
Dra Gisele Duarte Modesto - Médica Ginecologista/Obstetra
Dra Hulda Almeida Brito - Médica Ginecologista/Obstetra
Dra Rosa da Graça Lopes - Médica Ginecologista/Obstetra
Dra Vaneusa Rodrigues Borges - Médica Ginecologista/Obstetra

Concepção Gráfica
Tipografia Santos, Lda.

Impressão e Acabamento
Tipografia Santos, Lda.

Tiragem
200 exemplares

Junho 2019

A redução progressiva da mortalidade materna e da mortalidade infantil, nomeadamente a neonatal, foi uma premissa para os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio e faz parte das metas a alcançar como resposta aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

Em Cabo Verde têm sido envidados esforços desde a independência, tendentes à melhoria da qualidade dos cuidados de saúde materno-infantis prestados em cada nível da pirâmide sanitária, nomeadamente no concernente à prevenção, diagnóstico atempado e tratamento adequado de complicações inerentes à gravidez, ao parto, ao puerpério e ao 1º ano de vida.

Estes esforços traduziram-se, entre outros, na construção de infraestruturas sanitárias de melhor qualidade em todo o país, no seu equipamento adequado, na formação de maior número de profissionais, sobretudo especializados, e na disponibilização de vacinas, contraceptivos e medicamentos essenciais, de forma gratuita ou mediante uma taxa moderadora acessível.

Na realidade, dados de 2005 a 2018 indicam a diminuição progressiva e acentuada da taxa de mortalidade infantil e da sua componente neonatal, que representa mais do que metade dos óbitos em menores de 1 ano. Estes dados também indicam o aumento satisfatório da cobertura vacinal em menores de um ano, do número de partos assistidos por profissionais de saúde qualificados, de grávidas com pelo menos quatro consultas de pré-natal e a diminuição do número de filhos por mulher.

Como continuação desses esforços e para garantir cuidados obstétricos e neonatais cada vez de maior qualidade, sem descuidar a atenção primária e o envolvimento da comunidade, foram elaborados os “Protocolos Nacionais sobre os Cuidados Obstétricos de Urgência” e os “Protocolos Nacionais sobre os Cuidados Neonatais de Urgência”, em volumes separados e complementares, destinados a todos os médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde que trabalham nos Serviços de Urgência, de Obstetria, de Neonatologia e de Pediatria dos Hospitais Centrais e

Regionais, mas sobretudo a todos os médicos, enfermeiros e profissionais de saúde que prestam serviço nos diferentes Centros de Saúde do país a grávidas, parturientes, puérperas e recém-nascidos, sem o apoio presencial de especialistas.

Os Protocolos são sobretudo orientadores de atuação e deixam espaço para a sua adequação, sempre que necessário, às especificidades de cada estrutura de saúde e às condições geográficas do país.

Nesta 1ª edição não se pretende esgotar todos os aspetos dos cuidados obstétricos e neonatais de urgência, mas espera-se que a sua utilização pelos prestadores de serviço como ferramenta diária de trabalho e a sua repercussão nos resultados esperados contribuam para o enriquecimento das edições seguintes.

Os nossos sinceros agradecimentos a toda a equipa técnica de trabalho e de revisão destes Protocolos Nacionais, que permitiram a concretização deste projeto e aos parceiros FNUAP, UNICEF e OMS, que sempre apoiaram e acompanharam o processo cabo-verdiano de melhoria da qualidade da prestação de serviço materno-infantil.

O Ministro da Saúde e da Segurança Social,



-Arlindo Nascimento do Rosário-

Prefácio.....	5
Siglas e Abreviaturas	9
1. HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ	11
Conduta na pré-eclâmpsia.....	15
Conduta na eclâmpsia	19
Conduta na hipertensão arterial crónica.....	20
Cuidados no puerpério.....	21
Síndrome de HELLP	22
2. HEMORRAGIAS NA GRAVIDEZ	25
Aborto	27
Gravidez ectópica	28
Gravidez molar	33
Descolamento prematuro da placenta normalmente inserida	36
Placenta prévia	38
Vasa prévia	40
3. DIABETES NA GRAVIDEZ	43
Diabetes gestacional.....	45
Diabetes prévia à gravidez.....	47
4. INFECÇÃO URINÁRIA NA GESTAÇÃO	55
Bacteriúria assintomática	57
Cistite aguda	58
Pielonefrite aguda	59
5. ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	61
6. TRABALHO DE PARTO PRÉ-TERMO.....	67
7. AMEAÇA DE PARTO PRÉ-TERMO	73
8. DOENÇA TROMBOEMBÓLICA NO PERÍODO GRAVÍDICO PUERPERAL.....	77
Trombose venosa profunda	79
Tromboembolismo pulmonar.....	81
9. INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO.....	89
10. DISTÓCIAS DO TRABALHO DE PARTO	97
11. DISTÓCIA DE OMBROS.....	105
12. PARTO INSTRUMENTAL — FÓRCEPS E VENTOSA	115
13. HEMORRAGIA PÓS-PARTO.....	123
Causas e fatores de risco	126
Algoritmo diagnóstico-terapêutico na hemorragia pós-parto.....	129
14. INFECÇÃO PUERPERAL.....	135
BIBLIOGRAFIA	143

ANEXOS	149
Anexo 1 - Fluxograma de seguimento da gravidez de baixo risco	151
Anexo 2 - Kit para parto eutócico	152
Anexo 3 - Kit para revisão e suturas do canal de parto	155
Anexo 4 - Kit para hemorragia pós-parto	158
Anexo 5 - Kit para pré-eclampsia e eclampsia	161
Anexo 6 - Nota de referência do Centro de Saúde para o Hospital	163
Anexo 7 - Nota de contra-referência do Hospital para o Centro de Saúde.....	164
Anexo 8 - Ficha de urgência de Ginecologia e Obstetrícia.....	165
Anexo 9 - Dados para o processo de internamento em Ginecologia e Obstetrícia ...	166
Anexo 10 - Termo de consentimento informado.....	170
Anexo 11 - Nota de alta de Ginecologia e Obstetrícia	171
Anexo 12 - Partograma	172
Anexo 13 - Dados sobre o parto	174
Anexo 14 - Nota de alta de puérperas.....	175
Anexo 15 - Ficha de consulta pós-parto	176

SIGLAS E ABREVIATURAS

- **AAS:** Ácido Acetil Salicílico
- **ACOs:** Anticoncepcionais Orais Combinados
- **AU:** Altura Uterina
- **Cc:** Centímetro cúbico = mililitro
- **CIVD:** Coagulação Intravascular Disseminada
- **Cm:** Centímetro
- **CTG:** Cardiotógrafo/Cardiotocografia
- **DIU:** Dispositivo Intrauterino
- **DI:** Decilitro
- **DPPNI:** Descolamento Prematuro da Placenta Normoinserida
- **ECG:** Eletrocardiograma
- **EPF:** Estimativa de Peso Fetal
- **EV:** Endovenoso/a
- **gr:** grama
- **HBPM:** Heparina de Baixo Peso Molecular
- **h:** hora
- **hCG:** hormona Gonadotropina Coriônica
- **HPP:** Hemorragia Pós-Parto
- **HTA:** Hipertensão Arterial
- **IB:** Índice de Bishop
- **IM:** Intramuscular
- **IMC:** Índice de Massa Corporal
- **INR:** International Normalized Ratio
- **ITU:** Infecção do Trânsito Urinário
- **kg:** quilograma
- **L:** Litro
- **LA:** Líquido Amniótico
- **LDH:** Lactato Desidrogenase
- **mcg:** micrograma
- **mg:** miligrama
- **MgSO4:** Sulfato de Magnésio
- **ml:** mililitro
- **mm:** milímetro
- **mm²:** milímetro cúbico
- **mmHG:** milímetros de mercúrio
- **mmol:** unidade de concentração molar
- **mn:** minuto
- **mUI:** mil Unidades Internacionais
- **MTX:** Metotrexato
- **O2:** Oxigénio
- **OCl:** Orifício Cervical Interno
- **PCR:** Proteína C-Reativa
- **ph:** potencial hidrogeniônico
- **PFC:** Plasma Fresco Congelado
- **PNA:** Pielonefrite Aguda
- **PTGO:** Prova de Tolerância a Glucose Oral
- **RCIU:** Restrição do Crescimento Intrauterino
- **RPM:** Rotura Prematura de Membranas
- **Rh:** fator Rhesus
- **Rx:** Radiografia
- **s:** segundo
- **SARA:** Síndrome de Angústia Respiratória Aguda
- **sc:** subcutâneo/a
- **SF:** Soro Fisiológico
- **TA:** Tensão Arterial
- **TAD:** Tensão Arterial Diastólica
- **TAM:** Tensão Arterial Média
- **TAS:** Tensão Arterial Sistólica
- **TEP:** Tromboembolismo Pulmonar
- **TGO:** Transaminase Glutâmico-Oxalacética
- **TGP:** Transaminase Glutâmico-Pirúvica
- **TP:** Trabalho de Parto
- **TTPa:** Tempo Parcial de Tromboplastina
- **TVP:** Trombose Venosa Profunda
- **UFC:** Unidades Formadoras de Colónias
- **UI:** Unidade Internacional
- **VIH:** Vírus da Imunodeficiência Adquirida
- **vo:** via oral

1

HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ

1. HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ

Conceito

Tensão arterial sistólica (TAS) superior ou igual a 140 mmHg e tensão arterial diastólica (TAD) superior ou igual a 90mmHg, em 2 ocasiões, com intervalo de no mínimo 4 horas

ou

TAD igual ou superior a 110mmHg (única medida)

O diagnóstico de HTA na gravidez implica sempre acompanhamento médico.

Classificação e definições (ACOG 2018)

Pré-eclâmpsia

Diagnosticada a partir da 20ª semana de gravidez

Proteinúria significativa ($\geq +$ em fita ou ≥ 300 mg em urina de 24h)

A suspeita fortalece-se quando o aumento da pressão arterial se associa a cefaleias, distúrbios visuais e epigastralgias, mesmo na ausência de proteinúria

Previsibilidade de desenvolvimento de pré-eclâmpsia

Ganho ponderal de 1000 g/semana ou 3000 g/mês

Alteração da fluxometria das artérias uterinas entre a 11ª e 13ª semanas, caso disponível

Avaliação da TAM = $TAS + 2 \times TAD / 3$ (positivo caso seja ≥ 90 mmhg)

Presença de RCIU/oligohidrânio

Eclâmpsia

Convulsões /coma que não podem ser atribuídas a outras causas. Não há associação direta com a gravidade dos valores da Tensão Arterial.

Hipertensão gestacional (transitória)

Diagnosticada a partir da 20ª semana de gravidez

Ausência de proteinúria

Normalização da TA antes da 12ª semana após o parto

Hipertensão arterial (HTA) crónica

Hipertensão anterior à gestação ou diagnosticada antes da 20ª semana de gravidez

Hipertensão arterial crónica com pré-eclâmpsia sobreposta

Aparecimento de proteinúria ou agravamento da existente em pacientes com hipertensão arterial crónica

Critérios de gravidade

TAS superior ou igual a 160 mmHg

TAD superior ou igual a 110mmHg

Oligúria (≤ 30 ml /h)

Creatinina superior a 1,2mg/dl

Dor epigástrica ou no hipocôndrio

Trombocitopénia

Aumento das enzimas hepáticas

Presença de esquizócitos em esfregaço de sangue periférico

Sinais de iminência de eclâmpsia

Evidência clínica e /ou laboratorial de coagulopatia

Fatores predisponentes

Síndromes autoimunes (Síndrome anticorpo anti-fosfolipídico, lúpus, trombofilias)

Obesidade / IMC ≥ 35

Diabetes Mellitus

Pré-eclâmpsia anterior

Antecedentes de HTA
Multiparidade
Gestação múltipla
Antecedentes familiares de pré-eclâmpsia
Idades extremas

█ **Conduta na Pré-eclâmpsia**

No Centro de Saúde

Encaminhar ao serviço de urgência do hospital de referência
Estabilizar a paciente antes da referência, se houver sinais de gravidade

Na consulta de alto risco

Consultas médicas semanais
Repouso relativo
Peso semanal na consulta
Proteinúria semanal
Hemograma, função renal e hepática (mensal ou sempre que a condição clínica o justifique)
Avaliação do bem-estar fetal
Contagem de movimentos fetais pela paciente (pelo menos 10 movimentos/dia)
Ecografia mensal ou sempre que a condição clínica o justifique

No internamento

TA de 4 em 4 horas
Peso diário e controle da diurese
Exames laboratoriais
Pesquisa de sinais e sintomas de eclâmpsia

Avaliação do bem-estar fetal (cardiotocografia, ecografia, perfil biofísico, fluxometria das artérias uterinas, se disponível)

Avaliação do uso de anti-hipertensivos

Início de AAS 100 mg/dia até às 36 semanas, se houver um fator predisponente

Manter internamento ou reinternar, se houver:

Hipertensão persistente ($\geq 150/100$ mmhg)

Cefaleia, escotomas

Sangramento vaginal

Diminuição dos movimentos fetais

Vômitos e/ou epigastralgias

Proteinúria ≥ 300 mg/dl (urina de 24h) ou $>$ de 2+ (em fita)

Sinais de RCIU / oligohidrânio (pela altura uterina diminuída em relação à idade gestacional ou pelo diagnóstico ecográfico)

Avaliação analítica anômala (função renal, hepática, plaquetas)

Na existência de sinais de gravidade a abordagem será multidisciplinar e a conduta será em função da idade gestacional

a) Se a idade gestacional for inferior ou igual a 24 semanas → Obter o consentimento informado dos progenitores para a interrupção terapêutica da gravidez.

b) Se a idade gestacional for igual ou superior a 34 semanas → Interromper a gravidez (feto já considerado viável)

c) De 24 semanas a 33 semanas e 6 dias de gestação:

Associar **Sulfato de magnésio = $MgSO_4$** (ver quadro 1.1)

Iniciar ou adequar dose de **anti-hipertensivo** em uso

Acelerar a **maturidade pulmonar** fetal

Quadro 1.1 - Esquemas de administração do Sulfato de magnésio (MgSO₄)

Dose de ataque (em 20-30 minutos)	E	Dose de manutenção (durante 24 a 48h)
OPÇÃO 1		
MgSO ₄ - 6 gramas diluídas em 100 ml de Dextrose 5% a correr EV em 30 minutos (ou a 120 ml/h em bomba de infusão)	E	MgSO ₄ - 6 gramas diluídas em 500ml de Dextrose 5% EV a 84 ml/h em bomba de infusão (ou a 28 gotas/mn sem bomba de infusão). * Será 1g/h
OPÇÃO 2		
MgSO ₄ - 4 gramas diluídas em 100ml de Dextrose 5% a correr EV em 30 minutos (ou a 120 ml/h em bomba de infusão) + 5 gramas IM de MgSO ₄ em cada nádega	E	5 gramas IM de MgSO ₄ de 4/4h (alternar nádegas)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ A OPÇÃO 2 é a preferível quando há necessidade de estabilizar a paciente antes da sua transferência ou em locais sem disponibilidade de bomba de infusão e/ou dificuldade na vigilância da administração contínua. ➤ Observar sempre a percentagem do Sulfato de magnésio (MgSO₄) no frasco ou ampola e realizar o cálculo para gramas de acordo com a mesma →. Para administração IM usar apenas Sulfato de magnésio a 50% (5 gramas = 10 ml); Para administração EV usar Sulfato de Magnésio a 20% (2 gramas = 10 ml). Na existência de Sulfato de Magnésio a 10% → 1 grama = 10 ml 		

Perfusão com MgSO₄ pressupõe

Monitorização do volume urinário/hora, no mínimo 30 ml/h (sonda vesical fixa)

Avaliação do reflexo patelar

Avaliação da frequência respiratória (mínima - 16 ciclos/mn)

2 acessos venosos periféricos com soroterapia em curso

Existência **obrigatória** de Gluconato de cálcio na cabeceira da paciente – se sinais de hipermagnesémia administrar Gluconato de cálcio (10 ml EV durante 3 min).

Terapêutica na crise hipertensiva (quando TAD \geq 110mmHg)

Dose de ataque

Hidralazina em bólus: diluir uma ampola (20 mg em pó solúvel) em 10cc de água destilada ou uma ampola (1 cc - líquido) em 09 cc de água destilada;

Extrair 2,5ml e administrar EV em 1minuto;

Se a TA não baixar ao fim de 30 min – repetir a dose até ao máximo de 4 administrações.

Ou

Labetalol (ver quadro 1.2)

Quadro 1.2 - Tratamento com Labetalol

20 mg EV em bólus em 2 mn (4 ml)
↓ 10mn
40 mg EV em bólus (8 ml)
↓ 10 mn
80 mg EV em bólus (16 ml)

Ou

Nifedipina: 20 mg via oral de 30 em 30 minutos até um máximo de 3 doses

Terapêutica de manutenção - na dose necessária para controlar a TA:

Alfa metildopa 250 mg de 8/8h vo, até dose máxima de 2 gr/dia

Ou

Nifedipina 20mg de 12/12h vo, até dose máxima de 80 mg/dia (**não associar ao sulfato de magnésio**)

Ou

Hidralazina 25 mg de 8/8h vo, até dose máxima de 200 mg/dia

Terapêutica para aceleração da maturidade pulmonar fetal

Betametasona: duas doses de 12mg IM com 24h de intervalo

Ou

Dexametasona: quatro doses de 6mg IM com 6h de intervalo

Ou duas doses de 12 mg IM com 12h de intervalo

NOTA: Se necessário, devido à situação clínica da paciente ou feto → Interromper a gravidez 24h após a última dose de corticóide

Conduta na Eclâmpsia

Medidas básicas de suporte

Prevenção de traumatismos maternos

Administração de O₂ - 8 a 10 L/minuto

Colocação de sonda vesical e monitorização do volume urinário/hora

Início e monitorização de terapêutica com MgSO₄

Monitorização contínua dos sinais vitais maternos e da frequência cardíaca fetal

NOTA: A abordagem deve ser multidisciplinar

Terapia anticonvulsivante

Com Sulfato de Magnésio

Ver quadro 1.1 na conduta para Pré-eclâmpsia

Se as convulsões persistirem sob uso da dose de manutenção de Sulfato de magnésio, repetir metade da dose de ataque

Se as convulsões persistirem apesar da medida adotada anteriormente, fazer Diazepam EV - 0,1 a 0,3mg/kg (máx - 20mg) em 1 minuto

Com Fenitoína (no Hospital Central - a adoptar em casos graves)

Inferior a 50 kg de peso: 500mg a 750 mg em 100 ml de Soro fisiológico em 30 mn e depois 250 mg em 100 ml de Soro fisiológico nas próximas 2 horas

50 a 70 Kg de peso: 750 mg em 100 ml de Soro fisiológico em 30 mn e depois 250 mg em 100ml de soro fisiológico nas próximas 2 horas

Superior a 70 Kg de peso: 1 a 1,5 g em 100 ml de Soro fisiológico em 30mn e depois 500 mg em 100ml de Soro fisiológico nas próximas 2 horas

NOTA: A Fenitoína precipita com solução glicosada, pelo que esta não deve ser utilizada. Também é cardiotóxica, sendo essencial a monitorização estreita da paciente.

Terapia anti-hipertensiva

Ver conduta para dose de ataque na Pré-eclampsia. Primeira opção - Hidralazina

NOTA: Interromper a gravidez, logo que a situação clínica o permitir, independentemente das semanas de gestação.

Conduta na hipertensão arterial crónica

No Centro de Saúde

Realizar inter-consulta por telemedicina ou outros com especialistas (obstetrícia e cardiologia)

Encaminhar para o Hospital de referência, se necessário

Explicar a importância da avaliação da TA

Esclarecer sobre os sinais / sintomas de alerta

Orientar sobre dieta hipossalina e fraccionada

Alertar para a importância da percepção dos movimentos fetais

Confirmar adesão terapêutica se instituída

Rastrear lesões dos órgãos (função renal e hepática, ECG, fundoscopia), sempre que possível

Intervenção farmacológica

Avaliar a adequação da medicação anti-hipertensiva instituída previamente à gravidez

Suspender medicação contraindicada na gravidez e prescrever a Alfa-metildopa na dosagem mínima de 250 mg/3 x dia ou Nifedipina na dosagem mínima de 20 mg 2 x dia.

Cuidados no puerpério

Pré-eclâmpsia / eclâmpsia

1. Monitorização materna contínua
2. Anti-hipertensivo: Nifedipina oral se TA \geq 155/105 mmHg; descontinuar após 48h se TA normal; **não associar a Sulfato de magnésio**. Em alternativa, utilizar Alfa-metildopa ou Hidralazina via oral
3. Manter sulfato de magnésio por 24 a 48 horas
4. Controle laboratorial a cada 6h, com atenção a sinais de agravamento da função hepática que podem ocorrer nos primeiros 3 dias após o parto
5. Alta após normalização dos parâmetros laboratoriais e TA controlada
6. Seguimento no Centro de Saúde na 1ª semana e 1º mês após o parto
7. Orientação para uma contraceção eficaz

Hipertensão arterial pré-existente

1. Manter a medicação que utilizava previamente à gravidez ou iniciar diurético (Hidroclorotiazida vo 25mg/dia) associado ou não ao bloqueador de canal de cálcio (Nifedipina 20mg/dia), após o parto
2. Alta após TA controlada
3. Seguimento no Centro de Saúde na 1ª semana e 1 mês após o parto.
4. Orientação para uma contraceção eficaz

■ Síndrome de HELLP

Definição

Pode ser uma variante clínica da pré-eclâmpsia, representando uma forma grave da mesma.

Entretanto, a relação entre ambas mantém-se controversa (B. M. Sibai – Updated 20/III/2018).

Constitui um elevado risco para a mortalidade materna e caracteriza-se por:

- Hemólise (H)
- Elevação das enzimas hepáticas (EL)
- Trombocitopenia (LP)

NOTA: Ocorre também em grávidas normotensas e sem proteinúria. 1/3 dos casos ocorre no pós-parto

Quadro clínico e critérios laboratoriais

Manifestações clínicas múltiplas e imprecisas

Mal-estar geral, cefaleias, dor epigástrica ou no hipocôndrio direito, náuseas, vômitos e escotomas, com ou sem níveis elevados de TA

Sintomas mais frequentes (61%): cefaleias e epigastralgias

Quadro 1.3 - Critérios laboratoriais da Síndrome de Helpp

HEMÓLISE	ELEVACÃO DE ENZIMAS HEPÁTICAS	TROMBOCITOPENIA
LDH > 600 UI/L	TGO, TGP > 70UI/L	Plaquetas < 100.000/mm ³
Bilirrubina total > 1,2mg/dl	LDH > 600 UI/L	
Presença de esquizócitos		

NOTA: Os casos que apresentam apenas alguns dos critérios laboratoriais acima referidos devem ser considerados como Síndrome de HELLP parcial e podem evoluir para a expressão plena da Síndrome.

Atenção às alterações do LDH

Solicitar fibrinogénio, caso disponível (normal - 200 a 400mg/ dl)

Diagnóstico

Suspeita-se pela clínica e confirma-se laboratorialmente

Diagnóstico diferencial

Síndrome hemolítico urémico

Púrpura trombocitopénica trombótica

Esteatose hepática aguda

Tratamento clínico

Deve ser sempre num hospital terciário (abordagem multidisciplinar)

Consiste em:

Estabilização da condição materna, profilaxia de convulsões, tratamento anti-hipertensivo, avaliação do bem-estar fetal. Evitar alfametildopa pelo seu efeito hepatotóxico

Vigilância rigorosa

Descartar rotura hepática perante qualquer suspeita com ecografia e/ou tomografia computadorizada

Ponderar diálise se insuficiência renal aguda

Introduzir corticóide para melhoria das condições maternas - Dexametasona 10 mg EV 8/8h (3 tomas)

Transfundir plaquetas e /ou plasma fresco congelado (PFC) em situações clínicas de discrasia sanguínea ou quando plaquetas < 20.000/mm³ (se parto vaginal) e < 40.000/mm³ (se cesariana):

Administrar 1 Unidade de Concentrado de Plaquetas por cada 10 kg de peso corporal **ou**

PFC na dose de 10 a 15ml/kg (máx. até 20ml/kg)

Manter fibrinogénio plasmático maior que 100 mg /dl com transfusão de 10 UI de crioprecipitados

Tratamento obstétrico

Depende da avaliação clínica e laboratorial materna

Se a via de parto for cesariana, colocar dreno supra-aponeurótico que deve ser mantido por 48h

Se plaquetas $\leq 50.000/ \text{mm}^3$, realizar incisão mediana

2

HEMORRAGIAS NA GRAVIDEZ

2. HEMORRAGIAS NA GRAVIDEZ

Conceito

Qualquer perda sanguínea durante a gravidez

Hemorragias da 1ª metade da gravidez

Até às 22 semanas

Aborto

Quadro 2.1. Tipos de aborto, clínica e conduta

Designação	Sinais e sintomas	Ecografia	Conduta
Ameaça de aborto	<ul style="list-style-type: none">• Atraso menstrual• Hemorragia com ou sem dor• Útero compatível com idade gestacional• Colo formado e fechado	Confirma gravidez intrauterina	<ul style="list-style-type: none">• Descartar bacteriúria assintomática• Repouso• Tratamento hormonal opcional (Progesterona micronizada)
Aborto em curso	<ul style="list-style-type: none">• Atraso menstrual• Hemorragia com dor• Colo modificado ou aberto	Confirma presença de produtos de concepção intra—útero	<ul style="list-style-type: none">• Hospitalização - critério clínico• Esvaziamento uterino
Aborto retido	<ul style="list-style-type: none">• Atraso menstrual• Hemorragia com ou sem dor• Útero compatível ou não com a idade gestacional• Colo formado e fechado.	Confirma gravidez não evolutiva	<ul style="list-style-type: none">• Esvaziamento uterino
Aborto incompleto	<ul style="list-style-type: none">• Atraso menstrual• Hemorragia com ou sem dor• Útero com dimensões inferiores à idade gestacional• Colo aberto com ou sem presença de produtos da concepção	Confirma presença de restos ovulares	<ul style="list-style-type: none">• Esvaziamento uterino

Aborto completo	<ul style="list-style-type: none"> • Atraso menstrual • Hemorragia em pouca quantidade e sem dor • Útero com dimensões inferiores à idade gestacional • Colo fechado 	Confirma ausência de produtos de concepção intra e extra-útero	Orientações para contraceção/ consulta de planeamento familiar
Aborto séptico	<ul style="list-style-type: none"> • Febre • Dor abdominal e/ou à palpação bimanual • Alteração da consistência do útero (amolecido) • Restos ovulares ou sangue com odor fétido 	Confirma presença de produtos de concepção	<ul style="list-style-type: none"> • Internamento • Hemograma, PCR • Antibioticoterapia curativa - (Ampicilina 1gr EV 6/6h + Metronidazol 500mg EV ou vo 8/8h) • Oxitocina EV se necessário. • Esvaziamento uterino após 12 a 24h do início da antibioticoterapia

Conduta geral

Anamnese e avaliação clínica

Ecografia pélvica, sempre que possível

Exames laboratoriais: Hemograma completo, Grupo e Rh, Teste de gravidez

Imunoglobulina anti – D, se Rh negativo

Gravidez ectópica

Implantação do produto da concepção fora da cavidade endometrial

Fatores predisponentes

50% idiopática

Idades extremas (< 18 anos e > 35 anos)

Cirurgia pélvica/abdominal prévia
Cirurgia tubária prévia (risco 2-7%)
Patologia tubária
Gravidez ectópica prévia (15% de recorrência)
Presença de DIU
Laqueação tubária
Infecção genital prévia (Gonorreia, Clamydia, Doença Inflamatória Pélvica, Tuberculose pélvica)
História de Infertilidade
Estilos de vida (tabagismo, início de vida sexual antes dos 18 anos, duchas vaginais)
Vários parceiros sexuais ao longo da vida
Utilização frequente de contracepção de emergência

Quadro clínico

Variável – desde assintomática até choque hipovolémico
Tríade clássica (presente em 50% dos casos) - ***Atraso menstrual, hemorragia vaginal escassa, dor abdominal***
Síncope, mal-estar, dor no ombro
Dor à mobilização uterina e/ou ao toque do fundo de saco posterior
Presença de massa anexial (50%) ao toque bimanual
Defesa abdominal, reação peritoneal
Taquicardia, hipotensão

Diagnóstico Diferencial

Gravidez intrauterina
Aborto espontâneo
Endometrite

Neoplasia ovariana

Endometriose, leiomiomas

Rotura ou torção de quisto do ovário, hemorragia do corpo lúteo

Doença Inflamatória Pélvica

Apendicite, diverticulite

Infecção urinária, litíase renal

Diagnóstico

Centro de Saúde

Anamnese e exame físico

Exames complementares: hemograma, teste de gravidez

Culdocentese – punção de fundo de saco vaginal (sangue que não coagula).

Hospital

Testes Laboratoriais

Teste de gravidez: (β -hCG ou hCG)

Urínario – qualitativo (limiar de discriminação \rightarrow 25mUI/ml)

Sérico – quantitativo (numa gravidez normal o valor aumenta pelo menos 66% em 48h, até às 6 semanas)

Hemoglobina e hematócrito – vigilância seriada nas primeiras horas

Leucócitos – normais em 50% dos casos, mas podem atingir os 30.000/ mm^3

Ecografia

- Achados uterinos

Ausência de produtos de concepção na cavidade uterina (cavidade uterina vazia)

Pseudosaco gestacional (8-29% dos casos)

Espessura endometrial < 8 mm (71% dos casos)

- Achados anexiais

Massa anexial, geralmente com anel hiperecótico à volta do saco gestacional, com ou sem embrião (com ou sem batimentos cardíacos)

Massa complexa (hematossalpinge)

- Achados peritoneais
Líquido livre (hemoperitoneu)

Sonda supra-púbica: Permite visualizar saco gestacional \geq 5-6 semanas (limiar de discriminação de β -hCG: 6500mUI/ml).

Sonda transvaginal: Permite visualizar saco gestacional com diâmetro $>$ 1-3mm (limiar de discriminação de β -hCG: 1500-2000 mUI/ml, numa gestação simples intra-uterina). Falsos negativos: 10%.

Conduta

Centro de Saúde

Encaminhar ao hospital de referência com urgência, após estabilização hemodinâmica e contato prévio com o mesmo.

Hospital

Gravidez ectópica rota

Instabilidade hemodinâmica: laparotomia

Estabilidade hemodinâmica: laparoscopia/laparotomia

NOTA: Garantir reserva de 2 unidades de concentrado de eritrócitos.

Gravidez ectópica íntegra

Hemodinamicamente estável e eventual líquido livre em escassa quantidade no fundo de saco posterior

Atitude expectante: massa ectópica $<$ 3,5cm, β -hCG $<$ 1000 mUI/ml e com valores decrescentes de 15% em 24h. Caso esta diminuição não ocorra em 24h, tem indicação para tratamento médico.

Tratamento médico: massa ectópica $<$ 3,5cm, β -hCG $>$ 1000 mUI/ml e \leq 5000mUI/ml, batimentos cardíacos ausentes.

OBS: O tratamento médico (com MTX – dose única – 50 mgr/ m²) deve ser feito em concertação com o Serviço de Oncologia. **Ver quadro nº 2.2.**

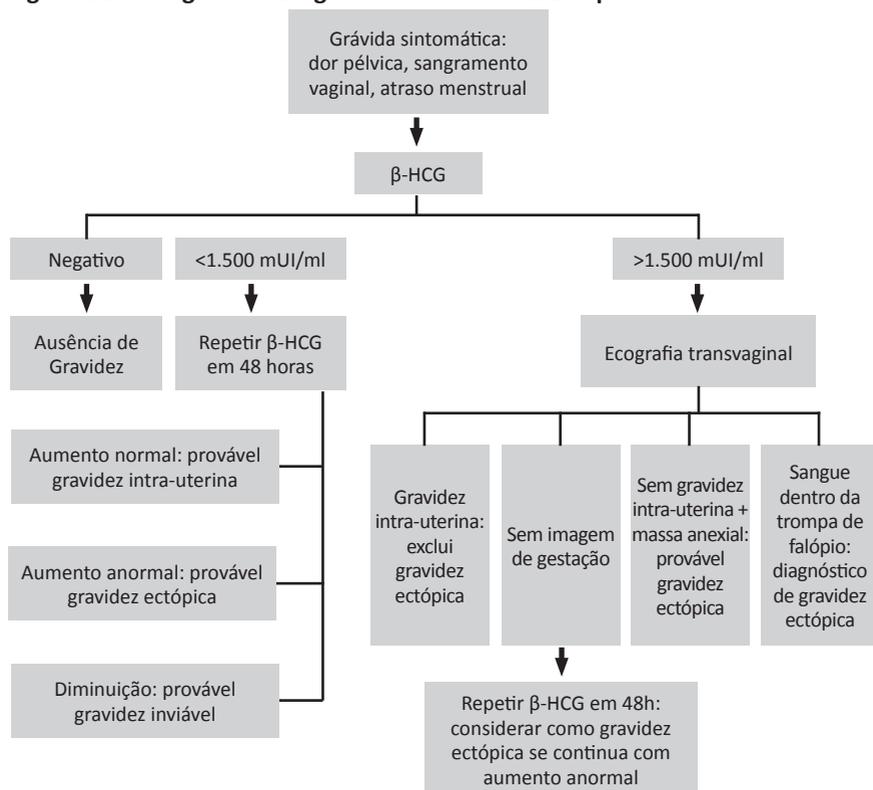
Quadro nº 2.2. Índice Orientador do Tratamento Sistémico com MTX

PARÂMETROS	PONTUAÇÃO		
	0	1	2
B-HCG (mUI / ml)	> 5000	1500 – 5000	< 1500
Aspecto da imagem	SG c/embrião vivo	Anel tubário	Hematossalpinge
Ø da massa anexial (cm)	4.1 – 5	3.0 – 4.0	< 3.0
Líquido livre	acentuado	moderado	discreto
Doppler Colorido	elevado risco	médio risco	baixo risco

Valores ≤ a 5, contraindicam o tratamento médico

Ø: diâmetro

Figura 2.1. Fluxograma – Diagnóstico de Gravidez Ectópica



▮ Gravidez molar

Alterações hidrópicas do trofoblasto, com confirmação histológica.

Clínica

Atraso menstrual

Sangramento vaginal

Hiperemese gravídica

Aumento do volume uterino superior ao esperado para a idade gestacional

Alteração da consistência uterina (útero muito amolecido)

Hipertensão arterial

Taquiarritmia

Eventual expulsão de vesículas ao exame especular

Ecografia Pélvica

Mola Completa: massa ecogénica, heterogénea, preenchendo a cavidade uterina, com pequenas formações quísticas entremeadas em sua extensão (Padrão Vesicular ou em “Favo de Mel”)

Mola Parcial: imagem compatível com aborto retido. Espaços quísticos focais no tecido placentário (Padrão em “queijo de Gruyère”).

Quistos Tecaluteínicos: ovário aumentado de volume, com múltiplas formações quísticas. Acontece bilateralmente com frequência (imagem em “bolhas de sabão”)

β-hCG: ≥ 100.000 mUI/ml ou hCG ≥ 100.000 mUI/ml

Conduta

Centros de saúde

Encaminhar a paciente para o hospital de referência se houver suspeita de gravidez molar

Hospital

Solicitar na admissão:

Hemograma

Grupo sanguíneo e Rh

Quantificação de β -hCG

Ecografia pélvica

Solicitar na suspeita de complicações:

Função renal

Função hepática

Função tireoideia

Rx tórax

Ecografia abdominal

Deve ser feito esvaziamento uterino através de vácuo-aspiração e envio do material obtido para estudo histopatológico

Infundir oxitocina no início do procedimento e manter após o mesmo (10 UI em 1L SF a 50 gotas/mn)

Garantir a reserva de concentrado de eritrócitos (2 Unidades), se o volume uterino fôr superior a 16 semanas

Ponderar Histerectomia Total nos casos de idade peri-menopáusia, com patologia uterina coexistente e fatores de risco para doença trofoblástica persistente (ver quadro nº 2.3.)

Administrar imunoglobulina anti – D nas pacientes com Rh negativo

Quadro nº 2.3. Fatores de risco para Doença Trofoblástica Persistente

Idade Materna	> 40 anos
Níveis de β -hCG	>100 000 mUI/ml
Quistos tecaluteínicos	Tamanho > 5 cm
Tamanho uterino	Muito aumentado em relação à amenorreia

Antecedentes pessoais	Antecedentes de gravidez molar
Manifestações clínicas	Sintomatologia intensa

Vigilância pós - esvaziamento

Realizar ecografia pélvica de controle e quantificação de β -hCG antes de ponderar alta hospitalar

Seguimento ambulatorial

Dosagem de β -hCG:

Semanal até 3 valores consecutivos negativos pós – esvaziamento

Mensal até 6 meses após o primeiro valor negativo

A cada 2 meses, por mais 6 meses, para completar 1 ano de vigilância

Controle ecográfico se sangramento ou elevação de β -HCG

Contracepção

Método hormonal a utilizar – anticoncepcionais orais combinados (pílula combinada) durante o 1º ano

Desejando uma nova gravidez, aconselhar a partir de 1 ano de B-hCG negativo e orientar para o pré-natal

Crítérios de má evolução

Estabilização do β -hCG durante 3 semanas

Aumento do β -hCG em 3 avaliações semanais

Persistência do nível sérico de β -hCG durante 12 semanas (é esperado que à 9ª semana após o esvaziamento uterino o β -hCG esteja < 5 mUI/ml)

Persistência de sintomas clínicos (sangramento vaginal)

Presença de Metástases

Resultado histológico de coriocarcinoma

Hemorragias da 2ª metade da gravidez

A partir das 22 semanas até o termo da gravidez

Descolamento prematuro da placenta normalmente inserida (DPPNI)

Desprendimento da placenta antes do terceiro período do parto

Total – envolve toda a extensão da placenta e geralmente cursa com óbito fetal

Parcial – envolve apenas uma porção da placenta. A hemorragia pode exteriorizar-se ou permanecer oculta (1/4 dos casos).

Fatores de risco

HTA crónica / Pré-eclâmpsia

Multiparidade

Idade materna avançada

Hábitos tabágicos e/ou ilícitos

Antecedentes de cesariana, intervalo intergestacional <1 ano

Antecedentes de DPPNI

Traumatismo abdominal direto

Descompressão uterina súbita (hidrâmnios, pós-parto do 1º gémeo)

RPM – situações de oligoâmnio grave prolongado

Fibromioma - se localizado sob o local de implantação da placenta

Hemorragia subcoriônica no início da gestação

Trombofilias

Clínica

Sangramento vaginal escuro não coagulado ou do tipo sero-hemático. (As perdas sanguíneas vaginais podem não indicar a gravidade do quadro clínico materno-fetal - instabilidade hemodinâmica, choque)

Dor abdominal - mais intensa nos quadros mais graves

Contractilidade uterina aumentada – hipertonia, taquissistolia

Útero doloroso à palpação

Evidência de hipoxia fetal aguda (pode ser o primeiro sinal)

Sinais de hipovolémia materna

NOTA: Na suspeita de DPPNI num Centro de Saúde, a grávida deve ser transferida para um hospital de referência, após estabilização e contacto prévio.

Diagnóstico

➤ É essencialmente clínico

A ecografia, se a paciente estiver estável, permite verificar o estado fetal, localizar a placenta e eventuais alterações da mesma e também excluir placenta prévia

Critérios para diagnóstico ecográfico de DPPNI

Coleção hemática retroplacentária

Movimento da placa corial (em gelatina) com a atividade fetal

Hematoma marginal, subcoriónico ou intramniótico

Aumento da espessura da placenta (> 5cm)

Diagnóstico Diferencial (especialmente quando houver sangramento oculto)

Placenta prévia

Rotura uterina

Parto pré-termo

Corioamnionite

Apendicite

Pielonefrite

Patologia anexial (torsão de quisto de ovário)

Degenerescência fibromiomatosa

Dor músculo-esquelética

Conduta

Depende do estado materno e fetal, da apresentação fetal e do estado do colo.

Atitude geral:

Internamento hospitalar

Acesso venoso de grande calibre

Monitorização fetal

Solicitar hemograma, fatores de coagulação, função renal e hepática e grupo sanguíneo

Colocar sonda vesical

Fazer reserva de concentrado de eritrócitos (4 unidades) e de plasma fresco congelado

Tipo de Parto

Vaginal se parto iminente ou se feto morto, caso a condição materna o permita.

Cesariana

Placenta prévia

Placenta que se implanta, total ou parcialmente, sobre o orifício cervical interno (OCI)

Completa: recobre totalmente o OCI

Parcial: recobre parcialmente o OCI

Marginal: encontra-se a 2 cm do OCI

Inserção Baixa: encontra-se entre 2 a 3,5 cm do OCI

Fatores de risco

Cesariana prévia

Idade materna avançada

Multiparidade

Tabagismo e uso de drogas ilícitas

Curetagens uterinas de repetição

Antecedentes de placenta prévia

Diagnóstico

Clínico - Sangramento vaginal na segunda metade da gravidez ou durante o trabalho de parto

- ▶ Sangue vermelho vivo sem coágulos, em quantidade moderada / abundante, de aparecimento súbito e indolor, podendo desencadear choque hipovolêmico

NOTA: No caso de suspeita de placenta prévia – NÃO FAZER TOQUE VAGINAL

A ecografia pélvica supra-púbica, se a paciente estiver estável, permite classificar o tipo de inserção placentária e diagnosticar/suspeitar de acretismo placentário.

Conduta

Centro de saúde

Placenta de inserção baixa: parto na estrutura de saúde

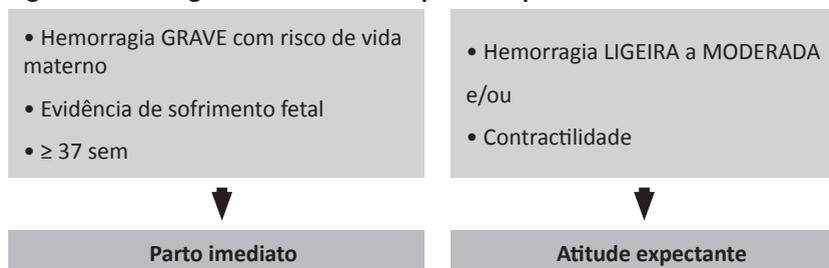
Placenta prévia marginal: referenciar com 34 semanas

Placenta prévia parcial e completa: referenciar com 28 semanas

Hospital

Depende da gravidade da hemorragia, da idade gestacional e do estado fetal.

Figura 2.2. Fluxograma de decisão na placenta prévia



Atitude expectante:

Internamento (repouso moderado)

Hemograma, grupo sanguíneo, fatores de coagulação

Reserva de concentrado de eritrócitos (4Unidades) e de plasma fresco congelado

Administração de imunoglobulina anti-D, quando aplicável

Tocólise, se necessário

Aceleração da maturidade pulmonar fetal (24 a 36 sem e 6 dias)

Monitorização de bem estar fetal

Via e momento do parto

Placenta prévia completa e parcial - realização de cesariana programada com 37 semanas.

Placenta marginal e baixamente inserida – indicação obstétrica

Vasa prévia

Presença de vasos funiculares na proximidade do orifício cervical interno, com ou sem inserção baixa da placenta ou inserção vilamentosa do cordão umbilical com exposição dos vasos.

Diagnóstico

Presença de hemorragia abundante que coincide com a rotura de membranas ovulares e associada a sofrimento fetal imediato.

- Pode haver um diagnóstico ocasional na ecografia pré-natal.

Conduta em caso de diagnóstico prévio:

Internamento às 32 semanas

Aceleração da maturidade pulmonar fetal

Cesariana programada entre 34 e 37 semanas (se maturidade pulmonar garantida)

Conduta se diagnóstico efetuado durante o trabalho de parto:

Cesariana de emergência, se rotura de membranas com hemorragia ativa

Reserva de concentrado de eritrócitos (4 Unidades para a mãe e 1 Unidade ORh – para o recém-nascido)

Cuidados de enfermagem

Realizar anamnese da grávida

Avaliar perdas sanguíneas para controlo do volume e características das mesmas

Monitorizar os sinais vitais

Monitorizar a dor e atuar em conformidade

Puncionar dois acessos venosos periféricos de grosso calibre em todos os casos

Colheita de sangue para hemograma, grupo sanguíneo e fatores de coagulação

Administração/Seguimento da medicação e vigilância de respetivos efeitos secundários

Oxigenioterapia, se necessário.

Cateterismo vesical para avaliação de volume urinário/hora

Explicar à grávida e à família a importância do alerta em caso de hemorragia, tranquilizando-a e à família em relação à capacidade de intervenção da equipa face às várias causas de hemorragia na gravidez

Cuidados gerais pré e pós-operatório (se necessário)

Apoio psicológico à paciente e familiares.

3

DIABETES NA GRAVIDEZ

Diabetes gestacional

Conceito

É definida como uma intolerância a hidratos de carbono, de gravidade variável, que se inicia durante a gravidez atual e não preenche os critérios diagnósticos de diabetes mellitus franca.

Esta situação pode ser transitória ou pode persistir após o parto, representando assim o aparecimento da diabetes mellitus tipo 2 durante a gravidez.

A importância do rastreio da diabetes gestacional relaciona-se com as potenciais implicações desta condição clínica:

Parto prematuro

Pré-eclâmpsia

Aumento de peso fetal

Macrossomia fetal

Risco de distócia de ombros

Hipoglicémia neonatal clínica

Morte fetal intrauterina

Fatores de risco

Idade materna avançada

Sobrepeso/obesidade ou ganho excessivo de peso na gravidez atual

Deposição central excessiva de gordura corporal

História familiar de diabetes em parentes de primeiro grau

Antecedentes obstétricos de abortos de repetição, malformações, morte fetal ou neonatal, macrossomia ou diabetes gestacional diagnosticada

Síndrome de ovários poliquísticos

Rastreo e diagnóstico

Quadro nº 3.1. Valores de referência para o diagnóstico de diabetes na 1ª consulta pré-natal

Glicémia de jejum	<92 mg/dl (5,1 mmol/L)	Considerar normal, mas reavaliar no segundo trimestre (PTGO entre as 24 e 28 semanas)
	≥92 mg/dl (5,1 mmol/L) <126 mg/dl (7 mmol/L)	Repetir o exame. Se o valor permanecer nos mesmos parâmetros – diagnosticar e tratar como diabetes gestacional.
	≥126 mg/dl (jejum) ou >200 mg/dl (11,1 mmol/L) (aleatório)	Repetir o exame. Se o valor permanecer nos mesmos parâmetros – diagnosticar e tratar como diabetes mellitus prévia à gravidez

Quadro nº 3.2. Valores de referência para o diagnóstico de diabetes gestacional no 2º trimestre da gravidez de acordo com a PTGO

PTGO - Prova de Tolerância à Glicose Oral (75 gr) - Entre as 24 e as 28 semanas de gestação -	
Hora	Valores normais de Glicémia Plasmática
Jejum	<92 mg/dl (5,1 mmol/L)
1 hora	<180 mg/dl (10,0 mmol/L)
2 horas	<153 mg/dl (8,5 mmol/L)

Se um ou mais valores alterados – diagnóstico de diabetes gestacional

Diabetes prévia à gravidez

Riscos acrescidos

Aborto espontâneo

Malformações fetais

Atraso do crescimento fetal intra-útero

Descompensação materna na gravidez (descartar retinopatia, nefropatia, neuropatia, cardiopatia, vasculopatia, hipertensão arterial, dislipidemia, disfunção da tiróide, depressão).

Mais os riscos apresentados na figura nº 3.1.

Figura nº 3.1. Fluxograma sobre as consequências maternas e fetais da diabetes descompensada

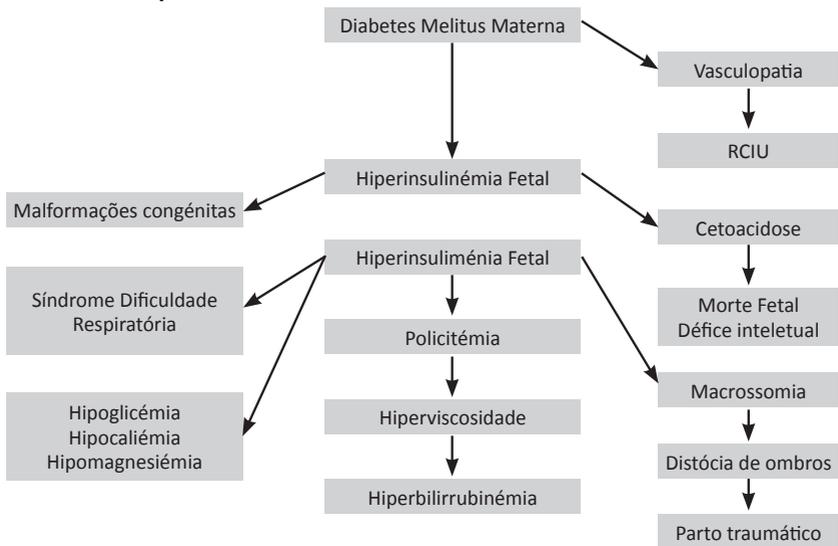
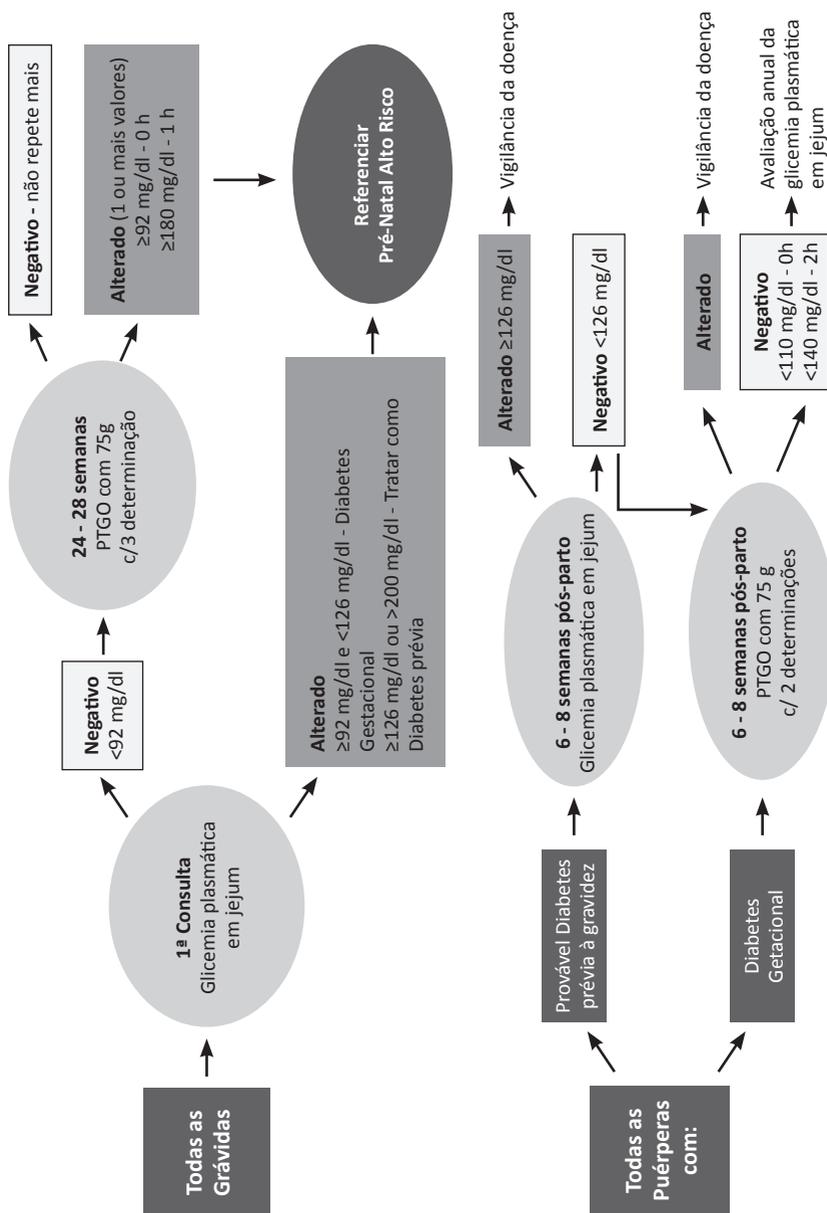


Figura nº 3.2. - Fluxograma - Diagnóstico e conduta na diabetes e gravidez



Recomendações gerais para o plano de atuação na diabetes gestacional

Os Centros de Saúde devem realizar interconsulta por telemedicina ou outros para se poder determinar a conduta adequada a cada caso

Orientar para um regime alimentar que permita ganho de peso adequado e controlo metabólico

Recomendar atividade física, respeitando-se as contraindicações obstétricas

Sensibilizar/educar a grávida em relação às implicações maternas e fetais da diabetes gestacional e orientá-la sobre os benefícios do seguimento adequado

Alertar a paciente e familiares sobre os riscos de hipoglicemia, em especial durante a noite e de madrugada e estabelecer medidas de prevenção

Internar para controlo glicémico (monitorização da glicémia capilar em jejum e pós-prandial) e exames. Perfil glicémico normal - em jejum <95 mg/dl; 1 hora após refeição <140 mg/dl; 2h após refeição <120mg/dl).

Abordagem multidisciplinar da grávida (obstetra, nutricionista, endocrinologista, oftalmologista, cardiologista, psicólogo) mesmo que em regime ambulatorio.

Realizar ecografia no 1º trimestre para avaliar a idade gestacional (e morfologia fetal, quando possível).

Solicitar exames complementares de rotina da gravidez, exames complementares para pré-eclampsia, perfil lipídico e investigar retinopatia, nefropatia, neuropatia e vasculopatia diabéticas, para além de função tiroideia e cardíaca, ponderando caso a caso.

Realizar ecografia morfológica entre as 22 e 24 semanas de gestação

Alertar para a importância da percepção dos movimentos fetais e ensinar, a partir das 28 semanas, a contagem de Cardiff (10 movimentos fetais em cada período de 12 horas) como instrumento adicional para avaliar o bem-estar fetal

Realizar perfil biofísico semanal a partir das 34 semanas

Se fôr decidido o início do tratamento medicamentoso no hospital de referência, este deve ser de acordo com o protocolo em uso no hospital.

A bibliografia consultada (ADA 2018) indica a insulina humana de acção intermédia e rápida, como medicamento de primeira linha.

No caso da metformina (Diretrizes da SBD 2017-2018), utilizada também atualmente em alguns países, sendo o antidiabético oral associado a melhores desfechos perinatais, ainda não existe consenso. No entanto, número crescente de estudos não mostra efeitos nocivos materno-fetais a curto e médio prazo, decorrentes do seu uso durante a gravidez e a partir do segundo trimestre

Assim, recomenda-se o uso de metformina apenas nos casos em que não se alcançou controlo adequado da glicémia com medidas não farmacológicas e nos quais o uso de insulina não é viável.

O uso de corticóides para aceleração da maturidade pulmonar fetal não é contraindicado, mas devem ser administrados de forma concomitante à monitorização estreita da glicémia e a ajustes na dose de insulina

A tocólise também não é contraindicada. Se o tocolítico fôr de efeito adrenérgico, a dose de insulina deve ser aumentada durante o período de administração do medicamento

Decidindo-se alta **hospitalar** após controlo glicémico e decisão sobre a terapêutica (medicamentosa ou não) a grávida deve ser encaminhada para a consulta de alto risco, com controlos metabólicos e avaliação do bem-estar materno e fetal programados.

Parto e pós-parto

O parto pode ser programado a partir das 39 semanas, se houver bom controlo metabólico e bem-estar materno-fetal.

Via de parto – indicação obstétrica

Se a diabetes estiver descompensada às 38 semanas, recomenda-se interromper a gravidez

Ponderar cesariana sempre que houver suspeita de macrossomia fetal

Durante o trabalho de parto deve manter-se a glicémia em níveis entre 70 e 120 mg/dl

Imprescindível a presença de pediatra ou neonatologista no parto ou cesariana

No pós-parto imediato, os níveis de glicémia devem ser monitorizados, suspendendo-se o tratamento medicamentoso e recomendando-se uma dieta adequada e exercício físico. Em caso de hiperglicémia, a insulina é o tratamento indicado. A metformina será a opção para as puérperas com intolerância a glucose.

O aleitamento materno exclusivo é indicado.

Por ocasião da alta hospitalar, encaminhar para o Centro de Saúde de residência ou para consulta especializada.

A contraceção deve ser iniciada a partir de um mês após o parto ou cesariana. Os métodos indicados são os hormonais orais combinados, com doses baixas de estrogénio e de progestagénio ou o DIU. Em caso de prole definida indica-se a laqueação de trompas. O uso de contraceptivos compostos apenas por progestagénios (Depo-Provera, Micro-lut) é contraindicado.

► **Repetir o rastreio, através da PTGO, 6-8 semanas após o parto, para excluir diabetes mellitus tipo 2** (ver figura nº 3.2.)

Recomendações gerais para o plano de atuação na diabetes prévia à gravidez

Os Centros de Saúde devem realizar interconsulta por telemedicina ou outros para se poder determinar a conduta adequada a cada caso

Efetuar aconselhamento pré-concepcional, multidisciplinar sempre que possível, com o objetivo de se alcançar um bom controlo metabólico antes e durante a gravidez e de se reduzir os riscos materno-fetais durante a gravidez e após o parto. Devem ser desencorajadas a engravidar as diabéticas com valores >10% de Hemoglobina glicada até que alcancem melhor controlo metabólico

Introduzir ácido fólico (600 microgramas a 5 mg/dia) desde o período anticoncepcional até às 12 semanas de gravidez para reduzir o risco de malformação do tubo neural

Orientar para um regime alimentar que permita ganho de peso adequado e controlo metabólico

Recomendar atividade física, respeitando-se as contraindicações obstétricas

Alertar a paciente e familiares sobre os riscos de hipoglicémia, especialmente durante a noite e de madrugada e estabelecer medidas de prevenção

Descontinuar os antidiabéticos orais em uso, garantindo-se a sua imediata substituição por insulina, de preferência antes da gravidez ou logo após o seu diagnóstico. É necessária cautela na indicação rotineira dos antidiabéticos orais às mulheres com diabetes prévia à gravidez.

Internar para realização de controlo glicémico e exames.

Perfil glicémico normal: pré-prandial – entre 65 e 95 mg/dl; 1 hora após refeições – até 140mg/dl;

Em mulheres com risco aumentado de hipoglicémia, considerar glicémia em jejum até 99 mg/dl e ao deitar-se ou entre as 2h e 4h da madrugada - entre 80 a 120 mg/dl

Providenciar atendimento multidisciplinar (obstetra, nutricionista, endocrinologista, oftalmologista, cardiologista, psicólogo) mesmo que em regime ambulatorio.

Controlar a hemoglobina glicada (ideal - 6 a 7 %).

Rastrear bacteriúria assintomática de 3 em 3 meses (urocultura)

Solicitar exames complementares de rotina da gravidez, exames complementares para pré-eclampsia, perfil lipídico e investigar retinopatia, nefropatia, neuropatia e vasculopatia diabéticas, para além da função tiroideia e cardíaca.

Prescrever AAS – 60-150 mg/dia, a partir do segundo trimestre e até às 36 semanas para reduzir o risco de pré-eclampsia

Em caso de hipertensão arterial crónica, as drogas recomendadas são Aldomet; Hidroclorotiazida em baixas doses; Labetalol; Carvedilol. Após o parto pode-se utilizar Captopril (avaliar sempre com cardiologista)

Realizar ecografia no 1º trimestre para avaliar a idade gestacional (e morfologia fetal, quando possível)

Realizar ecografia morfológica entre 22 e 24 semanas

Realizar ecografia mensal a partir das 24 semanas. No terceiro trimestre realizar quinzenalmente, se necessário

Realizar ecocardiograma fetal entre as 24 -28 semanas

Realizar dopplerfluxometria das artérias uterinas e umbilicais às 26 semanas

A partir das 28 semanas deve ser implementada a contagem de Cardiff (10 movimentos em cada período de 12 horas) como instrumento adicional para avaliar o bem-estar fetal

Realizar dopplerfluxometria das artérias umbilicais no terceiro trimestre, se houver hipertensão arterial sistêmica, pré-eclampsia ou vasculopatia

A partir das 34 semanas e semanalmente deve ser avaliado o perfil biofísico fetal

Decidindo-se alta hospitalar após controle glicêmico e de comorbidades, a grávida deve ser encaminhada para a consulta de alto risco, com controles metabólicos, das comorbidades e avaliação do bem-estar materno-fetal programados.

Parto e pós-parto

Programação do parto a partir das 39 semanas se houver bom controle metabólico e bem-estar materno-fetal. Via de parto – indicação obstétrica

Ponderar cesariana se houver suspeita de macrossomia fetal

Resolução da gravidez com 38 semanas se a diabetes estiver descompensada.

Manter os níveis de glicemia entre 70 e 140 mg/dl durante o parto

Imprescindível a presença de pediatra ou neonatologista no parto ou cesariana

No pós-parto imediato reintroduzir a medicação utilizada antes da gravidez (iniciar com a metade da dose)

Por ocasião da alta hospitalar, encaminhar para o Centro de Saúde de residência ou para consulta especializada

A contracepção deve ser iniciada a partir de um mês após o parto ou cesariana. Os métodos indicados são os hormonais orais combinados com doses baixas de estrogênio e de progestagênio ou o DIU. Em caso de prole definida indica-se a laqueação de trompas. O uso de contraceptivos compostos apenas por progestagênios (Depo-Provera, Micro-lut) é contraindicado.

▶ **Repetir o rastreio, através da PTGO, 6-8 semanas após o parto para melhor vigilância** (ver figura nº 3.2)

Cuidados de enfermagem

Identificar fatores de risco de diabetes gestacional

Educação para a saúde: explicar o que é a doença, quais os sintomas de hipoglicemia e de hiperglicemia, necessidade de alimentação adequada e de exercício físico, importância da adesão terapêutica, consequências do seguimento inadequado das recomendações médicas e de enfermagem

Orientações sobre a dieta: fracionamento das refeições, formas de cozinhar os alimentos, ingestão de legumes e fruta, importância da ingestão hídrica (envolver familiares próximos)

Desmistificar a autovigilância da glicemia e o esquema de avaliação da glicemia capilar

Orientar sobre os cuidados maternos e neonatais no pós-parto

Explicar sinais de hipoglicemia neonatal



**INFECÇÃO URINÁRIA
NA GESTAÇÃO**

4. INFECÇÃO URINÁRIA NA GESTAÇÃO

Constitui a mais comum infecção bacteriana na gravidez.

Formas clínicas

Bacteriúria assintomática

Cistite aguda

Pielonefrite aguda (PNA)

Factores de risco

ITU recorrente

Infecção vaginal

Diabetes

Alterações anatómicas do trato urinário.

Hidronefrose fisiológica.

Complicações

Parto prematuro

Sépsis neonatal

Rotura prematura de membranas

Choque séptico

Síndrome da angústia respiratória (SARA)

Bacteriúria assintomática

Diagnóstico: 100.000 UFC/ml na urina em pacientes assintomáticas

30% das gestantes com bacteriúria assintomática desenvolvem PNA

Conduta

Rastreio trimestral (Urocultura e urina II)

Terapêutica medicamentosa (por 7 dias) – ver quadro nº 4.1.

Quadro nº 4.1. Antibioterapia na bacteriúria assintomática

Droga	Dose	Desvantagens
Amoxicilina	500 mg vo 6/6 h	Elevada taxa de resistência bacteriana
Nitrofurantoina	100 mg vo 6/6 h	Anemia hemolítica em gestantes com deficiência G6PD, até às 36 semanas
Amoxicilina + ácido clavulânico	500+125mg vo 8/8 h	
Cefuroxima	250 mg vo 8/8 h ou 500 mg/dia	

Urocultura de controlo uma semana após o tratamento.

Novos exames mensalmente até o 3º mês após o tratamento e bimestralmente até o final da gestação

Cistite aguda

Ocorre entre 1 a 2 % das gestantes.

Sintomas

Dor suprapúbica

Disúria

Polaquiúria

Hematúria

Diagnóstico

Clínico com confirmação laboratorial (urina II e urocultura).

Conduta

Aplica-se o mesmo esquema utilizado na bacteriúria assintomática.

Pacientes sintomáticas com piúria e urocultura negativas – Uretrite por clamídia.

Garantir a adesão ao tratamento.

Realizar o controle de cura após o tratamento.

■ Pielonefrite aguda (PNA)

Mais frequente no 2º trimestre – 1 a 2 %.

Geralmente precedido de um episódio de bacteriúria assintomática

Sintomas

Febre elevada

Calafrios

Dor lombar

Urina escura e com odor fétido

Diagnóstico

Quadro clínico

Punho - percussão doloroso (manobra de Giordano)

Urina II e urocultura

Hemograma, PCR, creatinina

Ecografia das vias urinárias

Conduta

Internamento hospitalar

Hidratação endovenosa

Analgesia

Vitamina C (correção do pH urinário)

Monitorização dos sinais vitais, débito urinário e vitalidade fetal)

Antibioterapia sistêmica inicialmente. Pode-se mudar o tratamento para via oral 24 a 48 h após remissão do quadro clínico e dar alta hospitalar após 24 horas assintomática.

Quadro nº 4.2. Antibioterapia na pielonefrite aguda

Droga IV	Droga VO
Ampicilina 1g 6/6 h	Amoxicilina + ácido clavulânico 500+125mg vo 8/8 h
Ceftriaxona 1 g 12/12 h	Cefuroxima 250 mg 8/8 h

O tratamento deve ser feito por 14 dias. O controlo da cura será feito através de urocultura após 1 semana de tratamento.

Indicações de profilaxia

Após 2 episódios recorrentes de bacteriúria assintomática ou cistite aguda

Após um episódio de pielonefrite aguda

Em portadoras de nefrolitíase

Escolhe-se uma droga diferente da usada para tratamento

Administrada preferencialmente à noite e até o parto.

Nitrofurantoína 100 mg /dia (até 36 semanas)

Cefuroxima 500 mg/dia

Amoxicilina + Ácido clavulânico 500+125mg vo/ dia

5

**ROTURA PREMATURA
DE MEMBRANAS**

5. ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Conceito

Perda de líquido amniótico antes do início do trabalho de parto

Fatores de risco

Gestação múltipla

Colo do útero curto

Abortos prévios

Parto pré-termo anterior

Rotura prematura de membranas anterior

Período intergestacional curto

Malformações uterinas

Conização prévia

Miomas

Infeção urinária

Infeção vaginal

Diagnóstico

Anamnese - cálculo da idade gestacional

Exame especular - visualização de saída de líquido amniótico pelo orifício cervical externo (espontânea/manobra de Valsalva/mobilização fetal)

Avaliação de sinais e sintomas de trabalho de parto

NOTA: o toque vaginal está contra-indicado, excepto se houver contrações uterinas.

Conduta

Gestação de <24 semanas (600 a 700 gr)

Exame especular e leucograma a cada 48 h

Não iniciar tocólise, nem antibioterapia, nem indução da maturidade fetal.

Informação detalhada aos progenitores sobre o prognóstico fetal. A opção pela atitude expectante ou pela interrupção da gravidez será tomada pelo casal após o consentimento informado

Gestação de 24 semanas a 33 semanas+6 dias

Teleconsulta/Outros com obstetra do hospital de referência

Internamento

Repouso relativo

Indução da maturidade pulmonar fetal

Antibioticoterapia profilática

Exame especular semanal

Leucograma e PCR a cada 48h e vigiar sinais clínicos de infecção

Ecografia obstétrica quinzenal

Gestação de 34 semanas a 36 semanas+6 dias

Internamento

Repouso relativo

Indução da maturidade pulmonar fetal

Antibioticoterapia profilática

Exame especular semanal

Leucograma e PCR a cada 48h e vigilância de sinais clínicos de infecção

Monitorização do bem-estar fetal (CTG diário, ecografia com perfil biofísico semanal)

Parto às 36 semanas e 6 dias

Antibioterapia profilática

Penicilina cristalizada 5.000.000 EV, dose inicial, seguida de 2.500.000 EV 4/4h durante 48 horas; continuar com Amoxicilina 1gr 8/8h via oral por 5 dias

Esquema alternativo: Ampicilina 1gr EV 6/6h durante 48h concomitante com dose única de Azitromicina 1gr via oral ou EV; continuar com Amoxicilina 1gr 8/8h via oral durante 5 dias

Nas grávidas **alérgicas à Penicilina** a alternativa será: Clindamicina EV 900mg 8/8 horas; continuar com estearato de Eritromicina via oral 500mg 6/6 horas, durante 5 dias.

Esquema alternativo: Ceftriaxona 1 gr EV 12/12h durante 48 horas; continuar com Eritromicina via oral 500mg 6/6 horas, durante 5 dias.

Tocólise

Na presença de contrações uterinas, apenas pelo período necessário à eficácia da indução da maturidade pulmonar e neuroprotecção fetal (48 horas):

Nifedipina: dose inicial 20mg via oral, repetir a cada 30 minutos até 4 doses se persistirem contrações uterinas e manter de 6/6 horas por 48 h.

Esquema alternativo: Indometacina 100mg via rectal de 12/12h por 48h (utilizar até 32 semanas)

Contra-indicações para atitude expectante

Corioamnionite: Alterações nas características do líquido amniótico (cor e odor), útero doloroso à palpação, alteração da temperatura e frequência cardíaca maternas

Grávidas com alto risco infeccioso (decidir caso a caso)

Imuno-supressão

Valvulopatia grave

Prótese valvular

Diabetes insulino-dependente

Seropositividade para VIH

Gravidez acima de 37 semanas

Antibioprofilaxia se RPM de 12 a 18 hr e resolução da gestação.

6

**TRABALHO DE PARTO
PRÉ-TERMO**

6. TRABALHO DE PARTO PRÉ-TERMO

Conceito

Presença de contrações uterinas dolorosas, regulares, com modificações do colo uterino, antes das 37 semanas de gestação.

O parto pré-termo ocorre em cerca de 10% das gestações, sendo a principal causa de morbidade e mortalidade neonatais.

Fatores de risco

Parto prematuro anterior

Colo uterino curto

História de cirurgia do útero e do colo uterino

Sangramento de causa obstétrica

Período intergestacional curto

Incompetência ístmo-cervical

Gestação múltipla

Infeções na gravidez

Miomas

Baixo peso antes da gravidez

Tabagismo.

Idades extremas

Nível socioeconômico baixo

Crítérios de diagnóstico

Contrações uterinas ≥ 2 em 10 mn

Apagamento do colo do útero $> 80\%$

Dilatação cervical ≥ 3 cm

Cervicometria < 20 mm na ecografia transvaginal

Diagnóstico diferencial

Incompetência istmo cervical (modificações cervicais na ausência de contrações uterinas)

Ameaça de parto prematuro (contrações uterinas regulares sem modificações cervicais)

Conduta

Internamento

Calcular a idade gestacional

Descartar corioamniotite

Ecografia Obstétrica

Interconsulta / Telemedicina com especialista, se necessário

≤ 24 semanas

Informar os pais sobre o mau prognóstico da situação clínica

Entre 24 semanas e 36 semanas e 6 dias

Tocólise

Nifedipina

Ataque: 20 mg vo de 30 em 30 mn até 4 doses

Manutenção: 20 mg vo a cada 6 horas por 48 hrs

OU

Indometacina (via retal) - 100mg de 12/12h por 48h (até 32 semanas)

Indução da maturidade pulmonar fetal

Betametasona: duas doses de 12mg IM com 24h de intervalo

OU

Dexametasona: quatro doses de 6mg IM com 6h de intervalo **OU**

2 doses de 12 mg IM com 12h de intervalo

NOTA: Em caso de evacuação iniciar tocólise e indução da maturidade pulmonar fetal antes da mesma.

Neuroproteção (até 32 semanas)

Ver esquema de sulfato de magnésio utilizado na pré-eclâmpsia / eclâmpsia.

Antibioprofilaxia

Penicilina cristalizada 5.000.000 EV dose inicial, seguida de 2.500.000 EV de 4/4h

OU

Ampicilina 2g dose inicial, seguida de 1 g EV de 4/4h

Alérgicas à Penicilina - Ceftriaxona 1 g EV de 12/12h

Via de parto - indicação obstétrica



**AMEAÇA DE PARTO
PRÉ-TERMO**

7. AMEAÇA DE PARTO PRÉ-TERMO

Conceito

Presença de contrações uterinas dolorosas, regulares, sem modificações cervicais.

Conduta

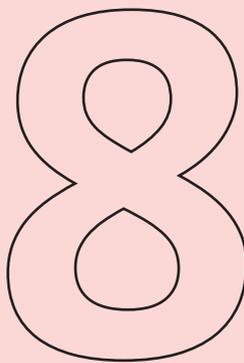
Observação

Tocólise e reavaliação após 2 horas

Se não houver modificação cervical e cessarem as contrações – dar alta hospitalar medicada com progesterona micronizada e indicar seguimento ambulatorial

Se persistirem as contrações e forem constatadas modificações cervicais – **ver protocolo para trabalho de parto pré-termo**

Interconsulta / Telemedicina com especialista, se necessário



**DOENÇA TROMBOEMBÓLICA VENOSA
NO PERÍODO GRAVÍDICO PUERPERAL**

Trombose venosa profunda (TVP)

Conceito

Formação de trombos dentro de veias profundas com obstrução parcial ou total, sendo mais comum nos membros inferiores (80 – 95%).

Fatores predisponentes clínicos

Idade materna avançada

Obesidade

Imobilização prolongada / sedentarismo

Doença oncológica

Tromboflebite

Trombofilias coexistentes (homozigotia para fator V de Leiden, deficiência de antitrombina III)

Fenómenos tromboembólicos anteriores

Drepanocitose

Doenças autoimunes com repercussão vascular (Síndrome antifosfolípídico, Lúpus sistémico)

Varicosidades clínicas e sintomáticas

Traumatismos

Infeções com repercussão sistémica

Fatores predisponentes obstétricos

Gravidez

Multiparidade

Parto instrumental (se associado a um dos fatores predisponentes)

Cesariana

Hipotonia Uterina

Hemorragia pós-parto

Endometrite

Aumento da pressão intrabdominal (gestação múltipla, polidrâmio)

Doença hipertensiva na gravidez

Clínica

Os sintomas podem ser inespecíficos, **mas de início abrupto**

Achados clínicos mais prováveis

Subfebril

Taquicardia

Tumefação do membro afetado (> 2 cm em relação ao membro contralateral)

Dor e sensibilidade à palpação (60 -90%)

Edema unilateral (40 -75 %)

Dor a dorsiflexão do pé - **Sinal de Homans** (30 – 40%)

Dilatação venosa superficial (30%)

Variáveis preditivas do diagnóstico no 1º Trimestre da gravidez

Sintomas na perna esquerda

Diferença no perímetro da coxa (> 2cm)

Diagnóstico diferencial

Erisipela

Trombose arterial: palidez e diminuição da temperatura no membro afetado

Diagnóstico

É clínico

Se possível confirmar com eco-doppler

Profilaxia

Heparina não fraccionada

Profilaxia com dose baixa

5000-7500 UI sc de 12/12 h (1º trimestre)

7500-10 000 UI sc de 12/12 h (2do trimestre)

10 000 UI sc de 12/12 h (3º trimestre, exceto se TTPa elevado)

OU

5000-10 000 UI sc de 12/12 h durante toda a gravidez

Profilaxia com ajustamento da dose

≥ 10 000 UI sc 2-3 vezes/dia para atingir um TTPa de 1,5-2,5

Tratamento

Quadro 8.1. Dosagem de heparina de baixo peso molecular

Peso (Kg)	ml/12h
<50	0.4
50-59	0.5
60-69	0.6
70-79	0.7
>80	0.8
OBS - 0.1 ml / 10 kg / 12 h	
Dose máxima: 1 ml	

▮ Tromboembolismo pulmonar (TEP)

Conceito

Evento vascular pulmonar trombótico determinado pela oclusão total ou parcial de um vaso por um trombo, com reação inflamatória da parede associada.

A gravidez mesmo de baixo risco está associada a hipercoagulabilidade. O tromboembolismo pulmonar tem incidência mais alta no período do puerpério.

É uma complicação rara na gestação (0,09%), mas está associada a significativa morbimortalidade materna (15 a 95%).

Fatores predisponentes (ver TVP)

Clínica

Sintomas inespecíficos e de **início súbito**

Dependem da localização e dimensão do trombo

Taquipneia

Taquicardia

Tosse não produtiva

Sudorese intensa

Tríades clássicas

Hemoptise / dor torácica/dispneia

Dispneia/dor torácica/agitação

Sinais

Fervores

Sibilos

Hipotensão arterial

Paragem cardio-respiratória

Diagnóstico

É essencialmente clínico e de exclusão

Aplicar a escala de Wells como auxílio (fig. 8.1)

Figura 8.1. Escala de Wells

Escala de Wells	
Variável	Pontuação
TVP ou EP prévio	1,5
Frequência cardíaca > 100 bpm	1,5
Cirurgia ou imobilização há < 4 semanas	1,5
Hemoptise	1
Doença cancerosa ativa	1
Sinais clínicos de TVP	3
O diagnóstico de TEP é mais provável que qualquer outro alternativo	3
Probalidade Clínica	
TEP improvável	<=4
TEP provável	>4

Diagnóstico diferencial

Embolia do líquido amniótico ou gasosa

Pneumotórax espontâneo

Choque séptico

Descompensação por cardiopatia pré-existente

Todos os distúrbios potencialmente relacionados com disfunção cardiopulmonar

Medidas profiláticas

Averiguar os fatores de risco na avaliação pré-natal

Prevenção da estase

Elevação dos membros inferiores a 15°

Manutenção das pernas retas ao sentar

Realização de exercícios de mobilização dos membros inferiores

Meias de compressão ou ligaduras elásticas durante o trabalho de parto e no pós-parto

Valorizar sintomas como dispneia e agitação na grávida e na puérpera

Profilaxia medicamentosa pós-operatória nas cesarianas com risco adicional

Heparina de baixo peso molecular diária (Nadroparina cálcica = Fraxiparina® - seringa pré-cheia de 0.3 ml e de 0.6 ml) segundo a dosagem expressa no quadro 8.2.

Quadro 8.2 – Dosagem de heparina de baixo peso molecular para profilaxia de TEP

Peso/Kg	ml/dia
Até 69	0.3
>70	0.6
OBS: Manter uma vez por dia, durante 3 dias	

Esquema alternativo - Heparina sódica 5000 UI sc de 12/12 h

Tratamento

Centro de Saúde

Encaminhar a paciente para o hospital de referência após estabilização e contacto prévio.

Hospital (abordagem multidisciplinar)

Correção da hipoxémia arterial e da hipotensão associada

Evitar a propagação do trombo ou embolias recidivantes

O₂ suplementar

Introduzir **Heparina de baixo peso molecular** (Nadroparina cálcica = Fraxiparina® - Seringa pré-cheia de 0.3 ml, 0.4 ml, 0.6 ml) segundo a dosagem expressa no quadro 8.3

Quadro 8.3. Dosagem de heparina de baixo peso molecular para tratamento de TEP

Peso/Kg	ml/12h
<50	0.4
50-59	0.5
60-69	0.6
70-79	0.7
>80	0.8
OBS: 0.1 ml / 10 kg / 12 h Dose máxima: 1 ml	

Esquemas alternativos:

Heparina sódica EV

Dose de ataque- 80 UI/kg em bólus- máx 10000 UI

Manutenção- 18 UI/kg/h

Monitorizar a coagulação: TTPa (1,5 a 2,5 o valor inicial)

Heparina sódica subcutânea

Dose de ataque – 330 UI/Kg

Manutenção – 250 UI/Kg de 12/12hr

Medidas no parto e pós – parto imediato

Descontinuar a dose profilática com anticoagulante 12 horas antes do parto e a dose terapêutica 24 horas antes.

Pacientes com alto risco de TVP E TEP recorrente devem suspender o anticoagulante 4 a 6 horas antes do parto.

Reiniciar o anticoagulante 6 h após parto vaginal e 12 h após cesariana.

Medidas no puerpério

Iniciar anticoagulante oral associado a heparina/fraxiparina por pelo menos 5 dias

Controle com INR diariamente a partir do terceiro dia

Se INR entre 2 a 3 – Dar alta com seguimento ambulatorial e manter o anticoagulante oral até 6 semanas ou 6 meses após o parto, de acordo com a situação clínica.

Cuidados de Enfermagem

No Pré-natal

Estabelecer o risco de fenômenos tromboembólicos na primeira consulta

Estimular as gestantes a evitarem o sedentarismo e manterem estilos de vida saudáveis

Aconselhar as gestantes com maior risco de TEP a utilizarem meias de compressão e a fazerem massagens nos membros inferiores no sentido do retorno venoso

Alertar para o aparecimento de edema fisiológico nos membros inferiores no terceiro trimestre e para a necessidade de elevação dos membros sempre que possível

Ensinar sobre os sinais de alerta (calor, dor, rubor, edema num dos membros inferiores)

Envolver a família

No pós-parto imediato

Descartar sintomas e sinais de TEP

Estimular a movimentação ativa e/ou passiva dos membros inferiores no leito

Estimular a deambulação precoce

Aplicar terapia compressiva com meia elástica/ligadura nas puérperas com risco de TEP

Monitorizar as perdas hemáticas

Reforçar/fazer ensino sobre os sinais de alerta (calor, dor, rubor, edema num dos membros inferiores)

No caso de TEP/TVP

Monitorização de sinais vitais

Monitorização da dor

Administração de analgésicos conforme prescrição médica;

Administração de oxigenioterapia, quando necessário

Monitorização de perdas hemáticas

Preparação para a alta hospitalar

Promover a adesão terapêutica caso haja necessidade de manter HBPM ou anticoagulante oral, explicando as formas de prevenção, as manifestações clínicas e a importância do tratamento

Alertar para a eventual ocorrência de hemorragias

Estimular a manutenção de estilo de vida saudável (evitar sedentarismo, elevação dos membros inferiores, cessação tabágica)

Alertar para o consumo moderado de alimentos ricos em vitamina K (couve, brócolos, espinafres, alface, cenoura, pepino)

Estimular a puérpera a comparecer nas consultas de seguimento.

Envolver a família no processo terapêutico

9

INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

9. INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

Conceito

Estimulação da contractilidade uterina antes do início do trabalho de parto espontâneo. A preparação do colo (priming) é um processo que ocorre previamente ao início do trabalho de parto (TP) e que se caracteriza por amolecimento, encurtamento e dilatação do colo.

Indicações

As indicações para indução do trabalho de parto não são absolutas e devem ter em conta fatores maternos e fetais, bem como a idade gestacional e as características do colo do útero.

A indução do trabalho de parto só está indicada antes das 41 semanas de gestação se existirem fatores maternos ou fetais que possam determinar desfechos desfavoráveis, caso se opte pelo prolongamento da gravidez.

São estas as indicações:

Rotura prematura de membranas / Corioamnionite

Restrição de crescimento intrauterino

Diabetes mellitus

Doença hemolítica perinatal

Gestação igual ou superior a 41 semanas

Doença hipertensiva

Malformação fetal

Morte fetal

Oligoâmnios

Fatores logísticos

Contra-indicações absolutas

Placenta prévia ou vasa prévia

Prolapso do cordão

Herpes genital ativo

Cirurgia uterina prévia com incisão profunda no miométrio

≥ 2 Cesarianas anteriores e /ou incisão uterina corporal ou em T invertido

Evidência de incompatibilidade feto-pélvica (causa materna ou fetal)

Alteração do bem-estar fetal (perfil biofísico alterado, oligohidrâmnios severo, cardiocotografia patológica, alteração do doppler)

Apresentação ou situação fetal anómala

Gestação múltipla com primeiro feto pélvico ou gémeos homozigóticos

Contra-indicações relativas

Grande multiparidade

Cesariana anterior sem incisão corporal

Prematuridade

Riscos

Taquissistolia

Alterações dos padrões habituais de frequência cardíaca fetal

Rotura uterina

Prematuridade iatrogénica

Risco aumentado para parto instrumental ou cesariana

Conduta

Consentimento informado assinado pela paciente

Avaliação do colo do útero, através do Índice de Bishop modificado (ver figura 9.1.). É considerado um colo desfavorável para a indução do TP se o índice for <6.

Figura 9.1. Índice de Bishop (IB)

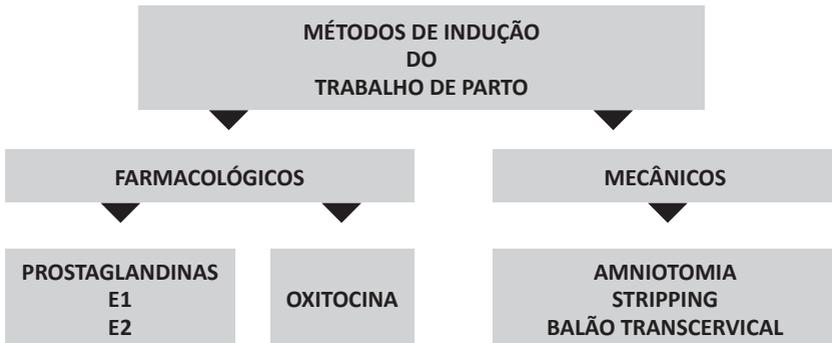
Pontuação	0	1	2	3
Posição do Colo	Posterior	Intermédio	Anterior	
Consistência do colo	Duro	Intermédio	Mole	
Comprimento Colo (cm)	3	2	1	<1
Dilatação colo (cm)	0	1-2	3-4	≥5
Estadio apresentação	-3	-2	-1,0	≥+1

OBS: O estadio da apresentação utilizado é o De Lee (figura 10.3.)

Com um índice de 6 ou mais (colo favorável) há indicação para indução do TP com oxitocina por infusão contínua.

Com um índice menos de 6 (colo desfavorável) a indicação é a preparação do colo com misoprostol ou balão.

Figura 9.2. Métodos de indução do trabalho de parto



OBS: As mulheres com antecedentes de uma cesariana e indicação atual de parto eutócico devem ser sensibilizadas para a utilização do balão de Foley para indução do TP.

Utilização da Oxitocina

Com bomba de infusão

5UI de oxitocina em 500 ml de Dextrose 5% (equivalente a diluição de 10mUI/ml)

Administração EV e através de bomba de infusão, sempre que possível

Início: 5 gotas/mn = 2,5mUI/mn = 15ml/h.

Aumentar 5 gotas/mn = 2,5mUI/mn a cada 30 min (15, 30, 45ml/h) até se obter contratilidade regular (3 em 10 mn) ou até se atingir a dose máxima de infusão 64 gotas/mn = 32mUI/mn = 192ml/h

Semivida da oxitocina – 5 a 6 mn. Atinge níveis estáveis na circulação ao fim de 30-40 mn.

Esquema alternativo na ausência de bomba de infusão

5 UI de oxitocina em 500ml de Dextrose 5%

Iniciar a 8 gotas/mn e aumentar 4 gotas a cada 30 mn até se obter contractilidade regular (3 em 10 mn) ou até se atingir a dose máxima de 32 gotas/mn

Utilização do Misoprostol

Rotina de administração

25-50 mcg endovaginal de 6 em 6 horas (sempre que possível às 6h, 12h, 18h e 0h) até 5 -7 aplicações;

Não devem ocorrer pausas noturnas;

A avaliação clínica e a hora e dose de administração devem ser registradas no processo de internamento;

A dinâmica uterina deve ser avaliada 90 minutos após a administração de cada dose.

A administração de oxitocina requer um intervalo de 6h após a última dose de misoprostol.

Contra-indicações

Hipersensibilidade ao fármaco

Glaucoma

Doença cardio-respiratória, hepática ou renal grave

Cesariana anterior

Conduta na taquissistolia

Suspender a indução

Manter ou iniciar hidratação

Oxigenioterapia

Decúbito lateral esquerdo

Nifedipina 20 mg via oral de 20 em 20 minutos até 4 doses

Esquema alternativo - Salbutamol em perfusão - 1 ampola em 500 cc de Soro Fisiológico, aumentar 18ml/h (bomba de infusão) de 15 em 15mn até ao máximo de 90ml/h. Manter a perfusão até ausência de hiperestimulação uterina ou se houver complicações maternas/fetais (taquicardia).

Se persistência de taquissistolia e /ou evidência de sofrimento fetal agudo - realizar cesariana.

Aplicação do balão transcervical (Foley16)

O balão é introduzido através do canal endocervical e após passar o orifício interno do colo é preenchido (30 - 60ml) e traccionado.

Após a expulsão espontânea do balão é iniciada perfusão com oxitocina.

Ao fim de 12-24h se não houver expulsão espontânea do balão proceder à sua remoção e avaliar o uso de outro método de preparação do colo ou indução ou cesariana.

Falha de Indução

Ausência de modificações cervicais ao fim de 48h de indução do trabalho de parto

Nesses casos:

Se a situação clínica justificar a interrupção da gravidez realizar cesariana

Se a bolsa de águas estiver íntegra, permitir um descanso durante 24h e reiniciar posteriormente novo ciclo de indução.

Se a bolsa de águas não estiver íntegra, manter a indução do trabalho de parto por mais 24h

Caso a dose máxima diária de prostaglandinas tiver sido atingida e o colo se encontrar mais amadurecido, proceder a amniotomia ou uso de oxitocina.

10

**DISTÓCIAS DO TRABALHO
DE PARTO**

10.DISTÓCIAS DO TRABALHO DE PARTO

Conceito

Anormalidades na evolução do trabalho de parto.

Classificação

Distócia dinâmica

Contrações uterinas inadequadas

Distócia mecânica

Dependente do Canal de parto (insinuação /canal de parto/expulsão)

Dependente do Objeto:

- Feto (Número/Forma/Tamanho/Situação/Apresentação)

- Anexos fetais (Placenta/Cordão)

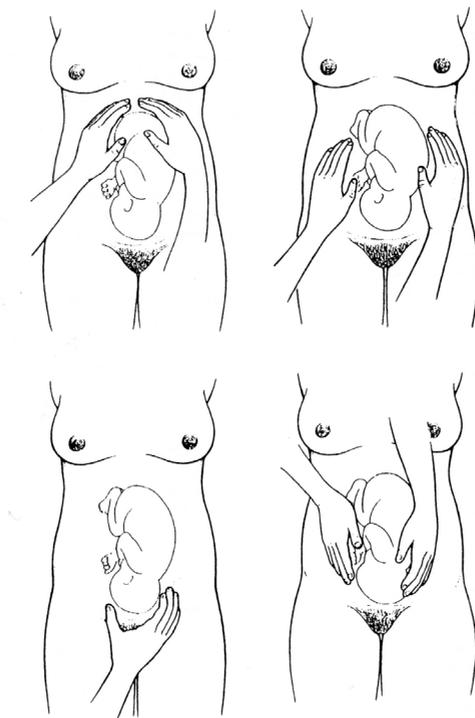
Distócia do mecanismo do parto

Flexão da cabeça

Rotação da cabeça

No início do trabalho de parto a orientação do feto em relação ao canal de parto deve ser determinada. Esta orientação deve ser conhecida, sobretudo, em termos de situação (longitudinal, transversa ou oblíqua), posição (dorso esquerdo, direito, anterior ou posterior) e apresentação (cefálica, pélvica ou córmica). Diversos métodos podem ser utilizados, entre eles a palpação abdominal, o toque vaginal e a ecografia obstétrica. A figura 10.1. apresenta as manobras de Leopold que, através da palpação abdominal, um método simples, permitem determinar a orientação fetal.

Figura 10.1. Manobras de Leopold



Fases do Trabalho de Parto

Primeiro período: desde o início do trabalho de parto até à dilatação completa do colo uterino.

Fase latente: até 3 cm de dilatação; com contratilidade

Fase ativa: a partir de 4 cm de dilatação, com contratilidade regular – pelo menos 2 contrações num período de 10 minutos com duração mínima de 30 segundos (2-3/10mn/30 s)

Durante a fase ativa do trabalho de parto a avaliação do colo do útero deve ser feita de **2 em 2 horas**

A duração estimada do início da fase ativa até à dilatação completa é de 10 horas numa primigesta e de 8 horas numa múltipara.

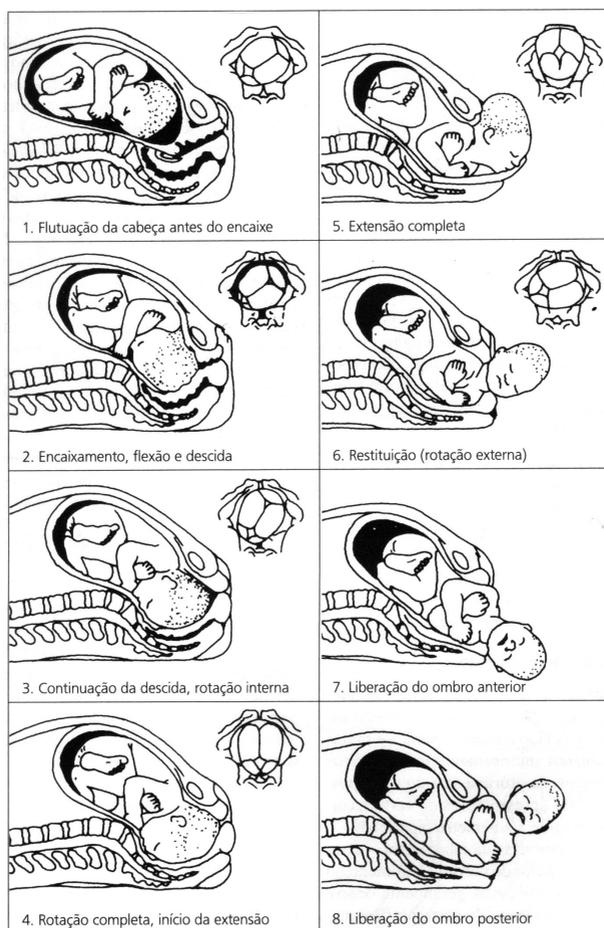
Segundo período: da dilatação completa do colo uterino até à expulsão do feto.

A duração estimada do segundo período é de 2 horas numa primigesta e de 1 hora numa múltipara.

Terceiro período: corresponde à dequitação. O tempo estimado é de 30 minutos.

Quarto período: é o pós-parto imediato (até 2 horas após o parto)

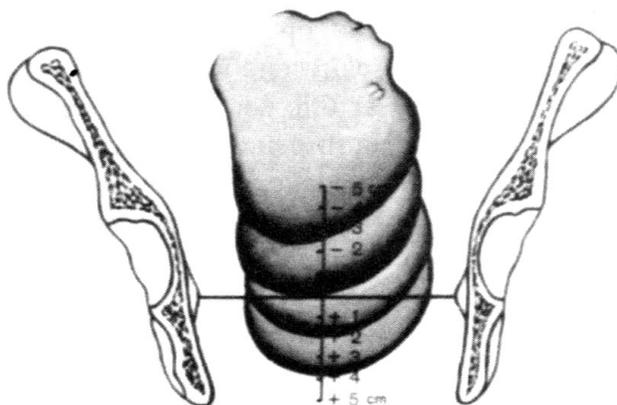
Figura 10.2. Exemplo de movimentos cardeais do trabalho de parto e parto



Quadro 10.1. Padrão do TP e critérios de diagnóstico

Padrão do trabalho de parto	Critérios de Diagnóstico	
	Nulíparas	Múltiparas
Fase latente prolongada	> 20 horas	>14 horas
Fase ativa prolongada	< 1,2 cm/h	< 1,5 cm/h
Persistência da mesma dilatação	> 3h	> 1 hora
Paragem secundária da dilatação	> 2h	> 2h
Progressão prolongada da descida fetal (usar como referência as espinhas ciáticas)	< 1 cm	< 2 cm
Ausência de progressão	Ausência de descida da apresentação no 2º período durante ≥ 1 hora	

Figura 10.3. Altura da apresentação fetal (planos de De Lee)



O plano zero passa pelo diâmetro bi-íscuiático (plano 0). Acima desse plano não há insinuação e abaixo desse plano a apresentação está insinuada.

Critérios para transferência de uma grávida para o Hospital de referência às 37 semanas

Estatura inferior a 1,50 m

Marcha anômala

Defeito físico da coluna e dos membros inferiores

Altura uterina \geq 36 cm (atenção ao panículo adiposo)

Estimativa de peso fetal \geq 4Kg

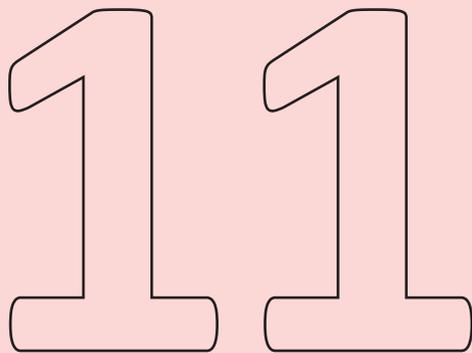
Situação fetal transversa ou oblíqua

Apresentação fetal pélvica

Durante o trabalho de parto recomenda-se preencher corretamente o partograma (ver anexo 12) desde que a parturiente esteja em fase ativa de trabalho de parto: hora do exame, dilatação do colo uterino e descida da cabeça fetal, estado da bolsa de águas - se rota, mencionar líquido claro ou meconial (fluido ou espesso), monitorizar as contrações uterinas, os batimentos cardíacos fetais e os sinais vitais da parturiente.

Realizar interconsulta por telemedicina de urgência ou por outros meios urgentes OU transferir a parturiente para Hospital de referência, se for atingida a linha de alerta do partograma OU se ocorrerem os padrões de trabalho de parto e seus critérios de diagnóstico estabelecidos no quadro 10.1. OU se ocorrerem outras patologias, que agravem a situação clínica materna ou fetal.

Para a fase latente os dados serão preenchidos na papeleta da paciente.



DISTÓCIA DE OMBROS

11. DISTÓCIA DE OMBROS

Conceito

É definida quando o intervalo de tempo entre a exteriorização da cabeça e a dos ombros fetais é superior a 60 segundos e/ou há necessidade de recorrer a **manobras obstétricas adicionais** para libertar os ombros. Trata-se de **emergência obstétrica**, imprevisível, com implicações graves na morbimortalidade perinatal e na morbidade materna.

Fatores de risco

Maternos

Anatomia pélvica anormal

Diabetes

Gravidez pós-termo

Obesidade

Antecedente de distócia de ombros

Baixa estatura

Multiparidade

Fetais

Macrossomia

Variações Antropométricas

Intraparto

Evolução lenta do 2º período de trabalho de parto

Parto Instrumentado (Fórceps/Ventosa)

Diagnóstico

Após a saída da cabeça fetal, esta se retrai fortemente contra o períneo (Sinal da tartaruga ou cabeça encravada).

Dificuldade na extração do ombro anterior com tracção inferior do pólo cefálico

Prevenção

Cesariana eletiva

Paciente diabética com peso fetal estimado ≥ 4 kg

Pacientes não diabéticas com peso fetal estimado $\geq 4,2$ kg

Cesariana de urgência

Em grávidas com fatores de risco associados a evolução lenta do 2º período do trabalho de parto

No início do trabalho de Parto

Documentar o peso fetal estimado

Avaliar adequadamente a pelve materna

Conduta imediata quando diagnosticada a distócia de ombros

Assegurar pessoal adicional (enfermeiro ou médico)

Evitar parto na cama

Colocar as nádegas da paciente na borda da mesa de parto

Esvaziar a bexiga

Usar de forma profilática a manobra de McRoberts (figura 11.1.)

Assegurar disponibilidade Imediata de obstetra, neonatologista/pediatra, anestesista e mais enfermeiros

Evitar

O “pânico “

Esforçar o período expulsivo

Pressão Fúndica (Manobra de Kristeller)

Tração ou manipulação inadequada do polo cefálico

Avaliar

Existência de massa cervical

Posição Fetal

Grau de desprendimento da cabeça

Grau de encravamento e rotação dos ombros

Executar manobras adicionais específicas (Ver figuras 11.1 a 11.6)

Tratando-se de emergência obstétrica as manobras para sua resolução devem ser executadas o mais rapidamente possível e de forma sequencial.

Podem ser divididas em manobras de 1ª linha, 2ª linha e 3ª linha, abaixo discriminadas.

Manobras de 1ª linha – Manobra de Mc Roberts e Manobra de Rubin I (ou de Manzatti)

A manobra de McRoberts (figura 11.1) é a intervenção isolada mais efetiva, com taxa de êxito de 90% e deve ser a primeira a ser tentada

A manobra de Rubin I (figura 11.2) deve ser utilizada logo a seguir à manobra de McRoberts ou simultaneamente

Figura 11.1. Manobra de McRoberts: Hiperflexão e abdução das coxas da parturiente em direção ao seu abdômem e tração suave do polo cefálico com ligeira rotação.



Figura 11.2. Manobra de Rubin I (ou de Manzatti) - É aplicada pressão supra-púbica, de forma oblíqua (para baixo e para o lado) de modo a empurrar o ombro anterior em direção ao tórax fetal.



Manobras de 2ª linha – Manobra de Rubin II (figura 11.3) e Manobra de Woods (figura 11.4) - manobras internas de rotação; Manobra de Jacquemier - extração do braço posterior (figura 11.5) e Manobra de Gaskin – manobra de quatro (figura 11.6)

Para as manobras internas recomenda-se realizar episiotomia.

Figura 11.3. Manobra de Rubin II - Inserir os dedos atrás do ombro anterior, tentando rodá-lo em direção ao tórax fetal, reduzindo o diâmetro biacromial e libertando o ombro anterior encravado

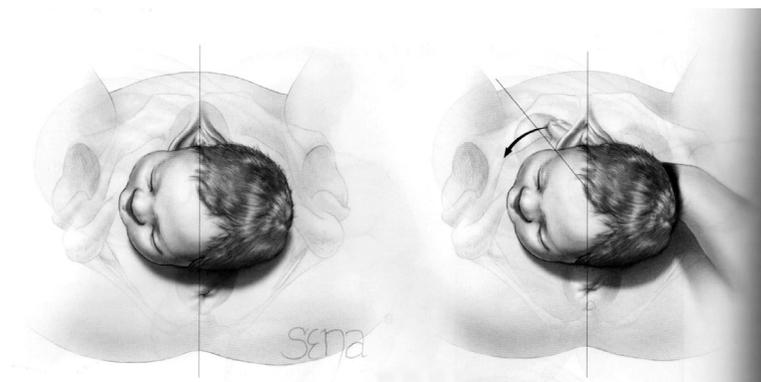


Figura 11.4. Manobra de Woods (manobra de saca-rolhas) - Colocar a mão atrás do ombro posterior do feto, tentando rodá-lo progressivamente a 180° de maneira similar ao movimento de um saca-rolhas, de modo a desencravar o ombro anterior.

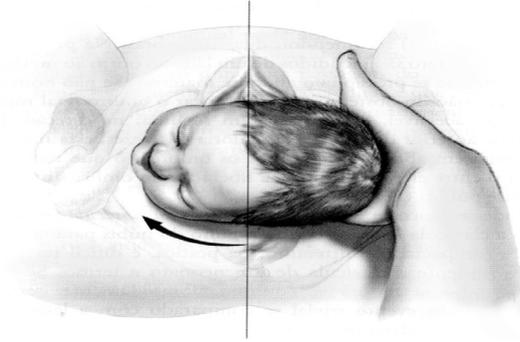


Figura 11.5. Manobra de Jacquemier (Extração do Braço Posterior) - Introduzir a mão na vagina e segurar o braço fetal posterior, mantendo o cotovelo flexionado e trazendo o braço fletido em movimento de varredura sobre o tórax. A mão fetal é apreendida e o braço é estendido ao longo da face. O braço posterior é extraído da vagina.

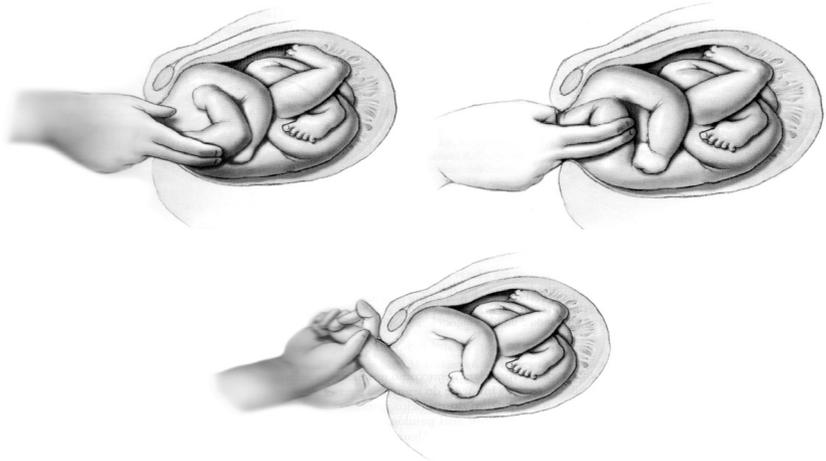


Figura 11.6. Manobra de Gaskin (Manobra de Quatro) - Consiste literalmente em colocar a parturiente sobre uma superfície dura e plana, apoiada sobre as suas mãos e joelhos, resultando frequentemente no desencravamento do ombro anterior.



Manobras de 3ª linha – São manobras heróicas, de exceção, propostas na última tentativa de evitar o óbito fetal.

- a) Clidotomia – Fratura deliberada da clavícula fetal anterior;
- b) Manobra de Zavanelli – Sob tocólise, o pólo cefálico é rodado para OP ou OS, flexionado e impulsionado para refazer o caminho até à cavidade uterina, fazendo-se de seguida cesariana.
- c) Simfisiotomia – Secção da cartilagem fibrosa da sínfise púbica sob anestesia local.

Protocolo de atuação de Baxley e Gobbo (mnemónica: ALEERTA)

A: Ajuda (solicite assistência adicional)

L: Levantar as pernas (Manobra de McRoberts)

E: Externa pressão (pressão supra-púbica)

E: Episiotomia

R: Remoção do braço posterior

T: Toque, realizando as manobras internas

A: Alterar a posição da parturiente (Manobra de Gaskin)

12

**PARTO INSTRUMENTAL
— FÓRCEPS E VENTOSA —**

12. PARTO INSTRUMENTAL – FÓRCEPS E VENTOSA

Indicações

Segundo período do trabalho de parto prolongado

Suspeita de sofrimento fetal no segundo período do trabalho de parto

Exaustão ou inadequada colaboração materna

Abreviamento do segundo período do trabalho de parto (causa clínica materna - cardiopatia, risco de descolamento de retina)

Extração da cabeça derradeira no parto pélvico (se necessário)

Contra-indicações

Desproporção pélvica - fetal

Dilatação cervical incompleta

Apresentação não encaixada

Condições de aplicação

Maternas

Dilatação completa

Pelvis favorável

Membranas rotas

Bexiga vazia

Fetais

Cabeça fetal encaixada

Variedade da apresentação conhecida e adequada

Assistenciais

Ambiente cirúrgico adequado

Anestesia adequada (infiltrativa ou loco-regional)

Tipo de fórceps adequado

Conhecimento do instrumento e domínio da técnica

Complicações

Maternas

Laceração do colo uterino

Laceração vaginal

Prolongamento da episiotomia

Rotura perineal

Hemorragia puerperal

Fístulas (tardias)

Fetais

Marcas Faciais, Paralisia Facial, Fratura de crânio (fórceps)

Cefalohematoma

Hemorragia intracraniana

Índice de Apgar baixo

Convulsões

FÓRCEPS

Tipos de fórceps

Figura 12.1. Fórceps de tração – Simpson



Figura 12.2. Fórceps de cabeça última - Piper (utilização no parto pélvico)

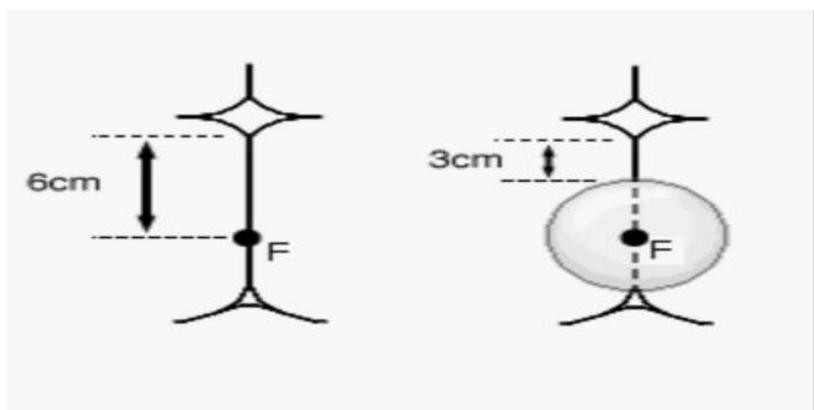
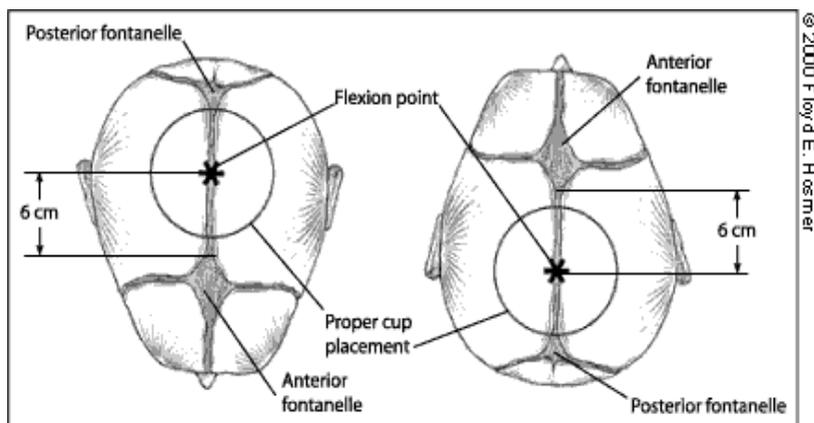


VENTOSA

Figura 12.3. Diferentes tipos de ventosa



Figura 12.4. Aplicação de ventosa



13

HEMORRAGIA PÓS-PARTO

Conceito

É uma emergência obstétrica

Perda hemática de:

- ≥ 500 ml de sangue no parto por via vaginal
- ≥ 1.000 ml de sangue no parto por cesariana

ou

- Queda do hematócrito $> 10\%$ entre a admissão da gestante e o pós-parto

Classificação

Primária (Precoce)

Ocorre nas primeiras 24 h pós-parto

70 % das hemorragias pós-parto imediato estão relacionadas com atonia uterina

Secundária (Tardia)

Ocorre entre as 24 h e 6 semanas pós-parto

Está relacionada com retenção de produtos da concepção, sépsis ou ambos.

Quadro 13.1. Causas e fatores de risco

Etiologia HPP	Causa	Fatores de Risco
TONO (70%) (Atonia Uterina)	Sobredistensão Uterina	G. Múltipla Hidrânio Macrossomia
	Corioamionite	RPM Prolongada Explorações vaginais excessivas
	Esgotamento Muscular Uterino	Parto prolongado Grande Multipara
TRAUMA (20%) (Lesões do Canal do Parto)	Lacerações do Canal do Parto	Parto Instrumentado Parto Precipitado
	Rotura Uterina	Histerorrafia Prévia Parto Instrumentado Hiperdinamia Versão Externa
	Inversão Uterina	Acretismo Tração Excessiva do Cordão Manobra de Credé
TECIDO (9%) (Retenção de Tecidos)	Retenção de Restos Placentários Anomalias da Placentação	Histerorrafia Prévia Placenta Prévia Leiomiomatose Uterina Útero Bicornio
TROMBINA (1%) (Alterações da Coagulação)	Adquiridas	Pré-eclampsia Sdr. de HELLP CIVD Embolismo do LA Sépsis DPPNI
	Congénitas	Doença de Von Willebrand Hemofilia tipo - A

Quadro 13.2. Clínica

Classe de hemorragia	Perda de sangue estimado (ml)	Perda volume %	Sintomas e sinais clínicos
0 (normal)	< 500ml	< 10	Nenhum
Linha de alerta			
1	500 a 1000 ml	15	Mínimos
Linha de ação			
2	1200 – 1500	20-25	Diurese↓ Pulso↑ FR ↑ Hipotensão postural
3	1800-2100	30 – 35	Hipotensão Taquicardia Taquipnéia Sudorese
4	> 2400	> 40	Choque hipovolémico

Prevenção

Identificação dos fatores de risco sobretudo nos casos de anemia (atenção à devida correção pré-natal)

Abordagem ativa do terceiro período do trabalho de parto - administração de um agente uterotónico (**Oxitocina de preferência** 10 UI IM ou 5UI EV lento) no primeiro minuto após o nascimento

Esquemas alternativos:

Misoprostol, 600 mgr sublingual/retal

Metilergometrina, 0.2 mg IM

Tração Controlada do Cordão

Massagem uterina após expulsão da placenta

Tratamento imediato

Pedir ajuda

Avaliar o estado clínico (Pulso, TA, FR, estado de consciência) e estimar a classe da hemorragia (quadro 13.2)

Oxigenioterapia (6 – 8 l / mn)

Assegurar 2 acessos venosos de grande calibre e fazer a reposição volêmica com cristalóides (Lactato de Ringer ou Soro Fisiológico, 30 ml / kg)

Colocar sonda vesical e quantificar a diurese horária

Obter amostra de sangue (compatibilidade sanguínea, hemograma com plaquetas, provas de coagulação)

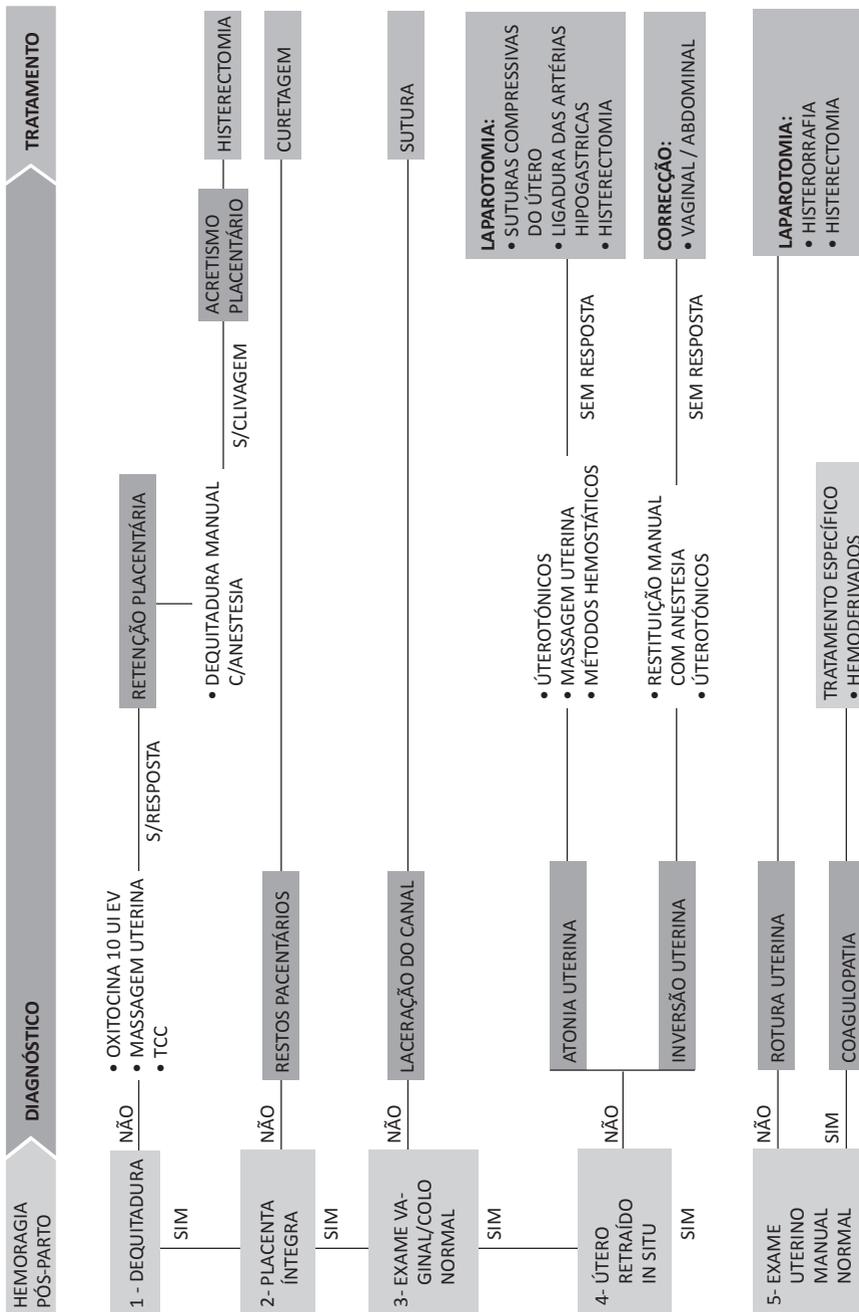
Transfusão de concentrado de eritrócitos + Plasma [2:1] quando:

- a) As perdas excedem 30% do volume de sangue total estimado
- b) Persiste instabilidade hemodinâmica
- c) $Hb \leq 6g / dl$

Avaliar o tônus uterino, eventuais lacerações do trajeto (incluindo do colo uterino), existência de restos placentários, observar a formação de coágulos (T. Winer);

Seguir a figura 13.1. (Algoritmo diagnóstico - terapêutico na hemorragia pós-parto)

Figura 13.1. Algoritmo diagnóstico – terapêutico na hemorragia pós-parto



Caso não houver todos os recursos necessários no Centro de Saúde ou a puérpera mantiver o sangramento, encaminhar para um hospital de referência após estabilização e contacto prévio.

Métodos terapêuticos hemostáticos

1 - Medicamentosos

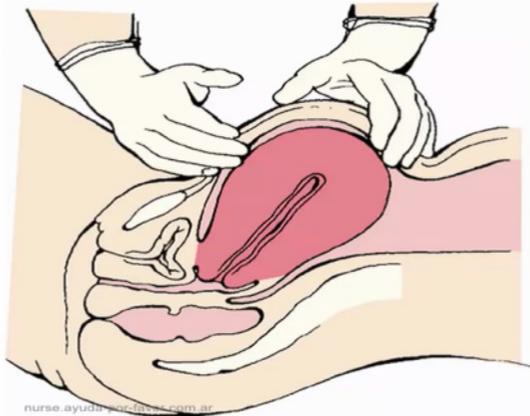
Oxitocina: 20 a 40 UI EV diluído em 500 ml de soro;

Misoprostol: 800 mcg via retal;

Metilergometrina: 0,2 mg IM;

2 - Não Cirúrgicos

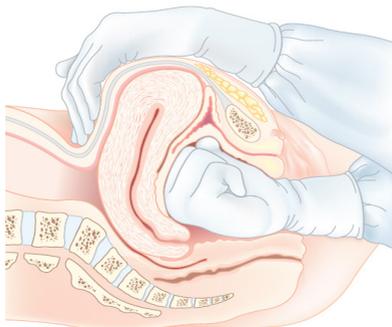
Massagem uterina (externa)



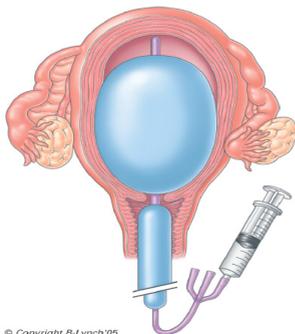
Compressão externa da aorta



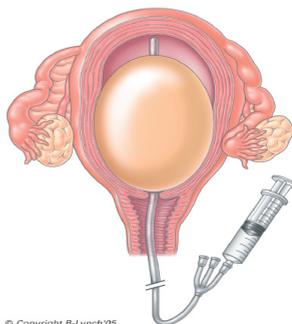
Compressão uterina bimanual



Introdução de balão intra-uterino

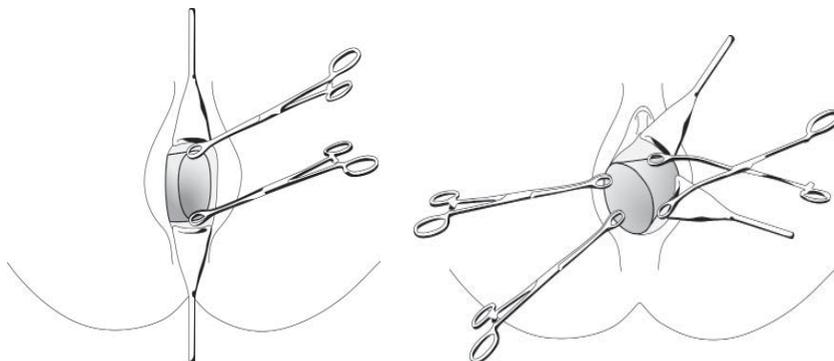


© Copyright B-Lynch'05



© Copyright B-Lynch'05

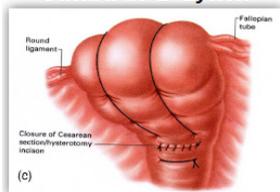
Pinçamento dos paramétrios via vaginal (técnica de Zea)



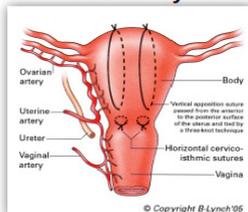
3 - Cirúrgicos

Suturas compressivas do útero – plicatura

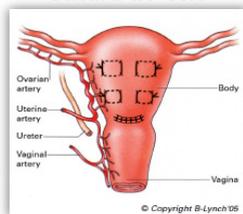
Sutura de B-Lynch



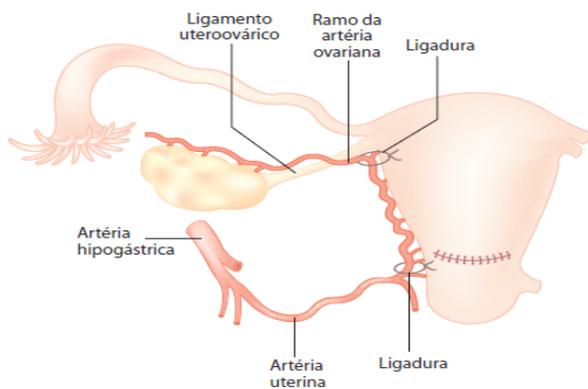
Sutura de Hayman



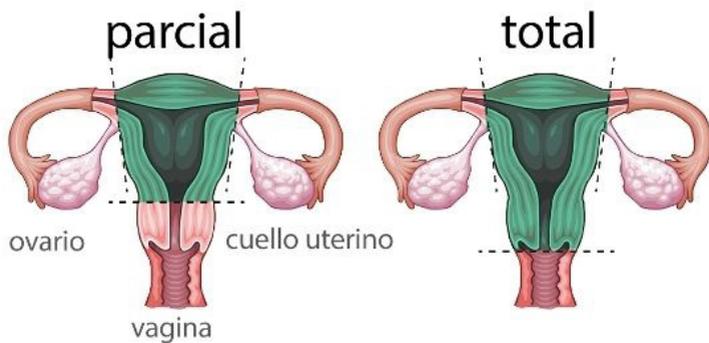
Sutura de Cho



Laqueação de vasos pélvicos



Histerectomia



Cuidados de enfermagem

Avaliação das perdas sanguíneas para controlo do volume e características das mesmas

Monitorização dos sinais vitais

Massagem uterina

Punção de dois acessos venosos periféricos de grosso calibre em todos os casos e colocação de expansores da volémia em curso associados a uterotónicos

Colheita de sangue para hemograma, tipagem, provas de coagulação

Colocação de oxigenioterapia em curso

Cateterismo vesical para avaliação do volume urinário/hora

Apoio nas intervenções medicamentosas e não cirúrgicas

Conforto e aquecimento da paciente

Monitorização da dor e analgesia.

Informação do estado da paciente aos familiares

14

INFEÇÃO PUERPERAL

Conceito

Processo infeccioso que afeta o aparelho genital feminino no pós-parto.

Fatores de risco

Pré-natais:

História de anemia

Trombose venosa profunda

Nutrição deficiente

Nível sócio-económico

Obesidade

Infeção vaginal ou cervical

Infeção sexualmente transmissível não tratada

Gravidezes não vigiadas

Diabetes na gravidez

Gestação múltipla

Gravidez na adolescência

Doenças auto-imunes

Intraparto

Partos distócicos (instrumentais e cesarianas)

Corioamnionite

Episiotomia ou laceração

Rotura prolongada de membranas

Manipulação intra-uterina (dequitação manual)

Toques vaginais excessivos

Monitorização intra-uterina

Ausência de técnica asséptica

Trabalho de parto prolongado

Líquido meconial

Pós-parto

Hemorragia

Retenção de restos placentários

Ausência de técnica asséptica

Tipos de infecção

Localizada:

Infecções de feridas cirúrgicas (episiotomia, cesariana, lacerações)

Endometrite

Salpingite

Parametrite

Peritonite

Tromboflebite

Generalizada:

Infecção (Sépsis) / Choque séptico

Clínica

Depende do local da infecção

Achados mais frequentes

Febre (duas medições com intervalo de 6 horas e excluindo as primeiras 24 horas de pós-parto)

Taquicardia

Diaforese /Sudorese

Palidez

Mau estado geral

Cefaleia

Dor abdomino-pélvica

Diminuição do tônus uterino/subinvolução uterina

Lóquios fétidos

Episiorrafia com sinais de infecção

Ferida cirúrgica com sinais de infecção

Diagnóstico diferencial

Infeção do trânsito urinário

Síndrome gripal

Mastite puerperal

Apendicite

Tromboflebite pélvica

Endocardite bacteriana

Colite pseudomembranosa

Paludismo

Infeção pulmonar

Íleo paralítico

Exames complementares

Hemograma completo

Hemocultura no pico febril

Gota espessa

Glicémia

Urina II e urocultura

PCR

Rx tórax

Rx simples do abdómen

Ecografia abdominal e pélvica

Função renal

Função hepática

Provas de coagulação

Exame cultural do exsudado (ferida operatória/episiotomia)

Terapêutica

Hidratação endovenosa

Oxigenioterapia, se necessário

Analgesia

Antipirético

Antibioterapia endovenosa:

Ampicilina 2g de 6/6h + Gentamicina 5-7 mg/Kg dose única + Metronidazol 500mg de 8/8h;

Se alergia à Penicilina substituir Ampicilina e Gentamicina por Ceftriaxona 1g de 12/12h

Esquema alternativo: Clindamicina 900mg de 8/8 h + Gentamicina 5 -7 mg/Kg dose única diária

NOTA: Duração da antibioterapia endovenosa: 48h. Passar a via oral após apirexia

Antibioterapia por via oral:

Amoxicilina 500 mg + Ácido clavulânico 125 mg + Metronidazol 500mg de 8/8h até completar 7 dias de antibioterapia

Esvaziamento uterino, quando indicado.

Se a paciente evolui com febre, dor e mal-estar geral e não responde ao tratamento antibiótico tratar como **tromboflebite pélvica**. Iniciar anticoagulantes e caso haja melhoria dos sintomas nas primeiras 48 horas confirma-se o diagnóstico (diagnóstico de exclusão).

Centros de saúde - se houver persistência da febre após 48 horas de antibioterapia, encaminhar a paciente para o hospital de referência, após estabilização e contacto prévio.

Cuidados de Enfermagem

Detetar as puérperas com risco de infeção

Ter atenção aos fatores de risco e à transmissão de agentes patogénicos através das mãos

Evitar a manipulação desnecessária das parturientes, recorrendo ao partograma como forma de programar a avaliação do colo do útero

Implementar um programa de aconselhamento/educação/informação

Promover o autocuidado e vigilância de saúde

Aconselhar sobre a higiene vulvar, vaginal e perineal

Aconselhar sobre os cuidados com a episiorrafia e/ou suturas de laceração da vagina/vulva/períneo

Orientar sobre consulta pós-parto nos Centros de saúde

Agilizar a disponibilização de métodos contraceptivos

Esclarecer sobre as infeções sexualmente transmissíveis e sua prevenção

Orientar sobre a amamentação exclusiva e cuidados com as mamas

BIBLIOGRAFIA

- Alberti K.G.M.M, P.Z. For the WHO consultation. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. part1. 1999
- Atul Malhotra, Steven E Weinberger. Deep vein thrombosis in pregnancy: Epidemiology, pathogenesis and diagnosis. Updated 2018
- Arulkumaran N, Singer M. Puerperal sepsis. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2013 Dec;27(6):893-902. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2013.07.004. Epub 2013 Aug 30. Review.
- BISHOP E.H. Pelvic scoring for elective induction. Obstet.Gynecol, p. 266-268, 1964
- Brennan MC, Moore LE. Pulmonary embolism and amniotic fluid embolism in pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am. 2013 Mar; 40(1):27-35. doi:10.1016/j.ogc.2012.11.005. Review
- Clínicas obstétricas e ginecológicas de Norte América. Volume 34 (2007) 501 - 530 Elsevier Saunders
- Cooper Gm, McClure JH. Maternal death from anaesthesia. Why Mothers Dies, 2000-2002. Edited 2005
- CRANE J. M, YOUNG D.C. Induction of labour with a favourable cervix and/or pre- labour rupture of membranes. Best. Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. v. 17, n.5, 795-809, 2003
- Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Avaliação e tratamento da diabetes mellitus gestacional. 2017-2018
- Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Avaliação e tratamento da paciente gestante com diabetes mellitus. 2017-2018
- Diretrizes da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascul. Trombose Venosa Profunda. Diagnóstico e tratamento. 2015
- Dra. Sonia Aguila Setien, Dr.Andrés Breto García, Dr. Evelino Cabezas Cruz, Dr.Jorge J. Delgado Calzado, Dra. Stalina Santiesteban Alba. Obstetrícia e Perinatologia, diagnóstico e tratamento. 2012
- Dr. Hugo Salinas P, Dr. Mauro Parra C, Dr. Enrique Valdés R. Mat Delia Opazo R Obstetrícia. 2005
- Dr. Luís Raúl Lépori. Miniatlas. 1ª Edição – 2007
- Duarte G. Protocolos e condutas na Gestação de Alto Risco. 3ª Ed. 2003
- Eoin Casey, Niamh Hayes, Andrew Ross. Obstetric critical care. 2013
- Freitas, F. et al. Rotinas em obstetrícia. Porto Alegre. Artmed. 2012
- Garrido R, Torres M. Urgências endócrinas: Diabetes. 2010

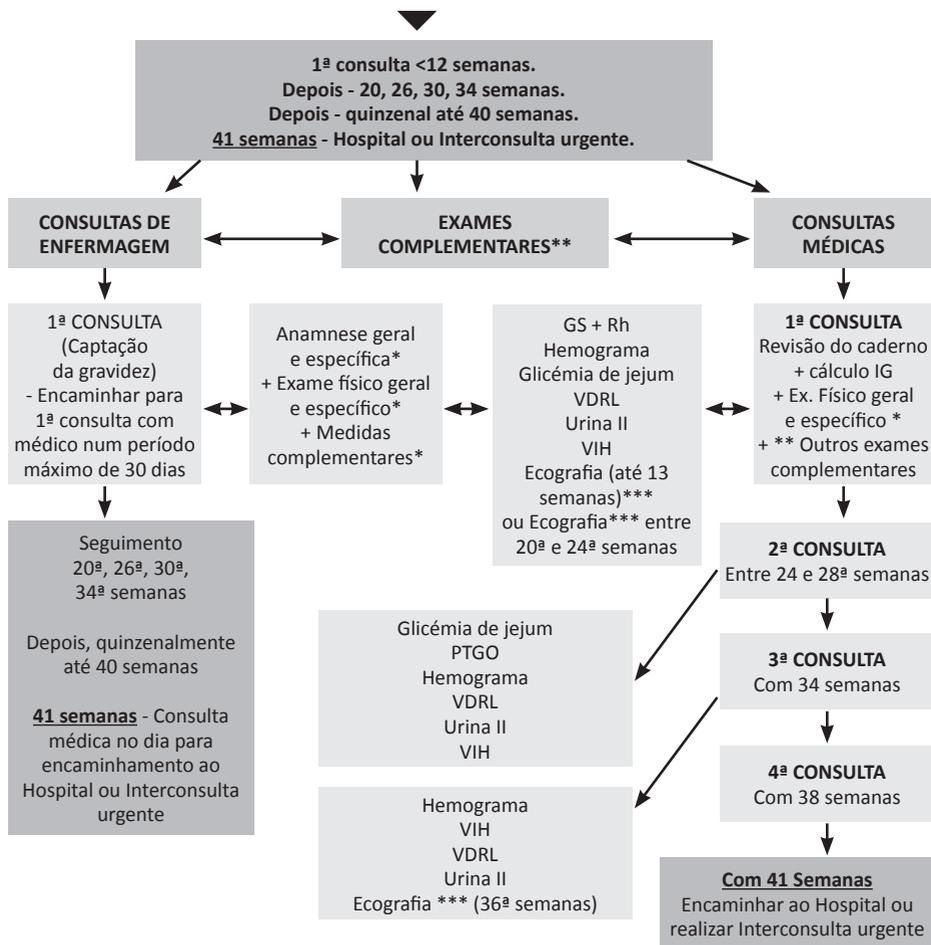
- Gilstrap, Larry C. Urgências en las salas de partos y obstetrícia quirurgica, 2da ed. Buenos Aires. Medica Panamericana, 2004
- Hospital de Sta Maria. Normas de actuação na Urgência de Obstetrícia e Ginecologia. 2016
- ILLSLEY N. P. Placental glucose transport in diabetic pregnancy. Clin. Obstet. Gynecol., v. 43, p. 116- 126, 2000
- Instituto de Medecina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Gestação de Alto Risco Baseada em Evidências. 2011
- J.M. Carreras, J.Mallafre, B. Serra. Protocolos de Obstetrícia y Medicina Perinatal del Instituto Universitario Dexeus, 4ta edição. Masson 2006
- John F Rodis MD et al. Shoulder distocia: intrapartum diagnosis, management and outcome. Uptodate Jun 06, 2018
- John F Rodis MD. Shoulder distocia: Risk factors and planning delivery of high risk pregnancies. Uptodate Feb 16, 2018
- Julian N Robinson, Errol R Norwitz. Preterm birth: Risk factors, interventions for risk reduction, maternal prognosis. Updated 2018
- Kane TT, el-Kady AA, Saleh S, Hage M, Stanback J, Potter L. Maternal mortality in Giza, Egypt: magnitude, causes and prevencion. Stud Fam Plann 1992; 23: 45-57.
- Kimberly B. Fortner et al 2007 by Lippincott & Wilkins. Recomendations and Guidelines for Perinatal Medicine
- Lalonde A, Daviss BA, Acosta A, Herschderfer K. Postpartum hemorrhage today: ICM/FIGO iniciative 2004-2006, int J Gynecol Obstet 2006
- LANDON M.B. et al. Fetal surveillance in pregnancies complicated by insulin dependent diabetes mellitus. Am. J. Obstet. Gynecol, v. 167, p. 617, 1992
- María Luisa Cañete Palomo. Urgências em ginecologia e obstetrícia. 2003
- Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Universidade Federal do Ceará. Protocolo clínico das Infecções do Trato Urinário. 2017
- Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Protocolos de Atuação. 2da edição. 2011
- Maxine A. Papadakis, Stephen J. Mc Phee. Current medical diagnosis and treatment. 2018
- Mercier F J, Vn de Velde M, Major Obstetric Hemorrhage. Anesthesiology Clin 26. 2008

- Ministério da Saúde de Cabo Verde. Política Nacional de Saúde. 2007
- Ministério da Saúde de Cabo Verde. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012 - 2016. Editado em 2013
- Obstetrícia de Williams. 24ª edição. 2016
- Organização Mundial da Saúde. Mortalidade Materna. Nota nº 348. Novembro 2010
- Patrick Duff. Preterm prelabor rupture of membranes. Updated 2018
- Prof. I. Cabero Roura, Prof. V. Cararach Ramoeda. Medicina materno-fetal, 2006
- RAYBURN W.F. et al. A model for investigating microscopic changes induced by prostaglandin E2 in the term cervix. J. Mat. Fet. Invest., v. 4, p. 137, 1994
- Rezende. Obstetrícia Fundamental. 13ª Ed. 2016
- Sanchez-Ramos L, Kaunitz A.M, DELKE I. Labor induction with 25 microg versus 50 microg intravaginal misoprostol: a systematic review. Obstet. Gynecol., v. 99, n.1, p. 145-151, 2002a.
- Sibai BM. Treatment of hypertension in pregnant women. Updated 2018
- Sociedade Espanhola de Ginecologia e Obstetrícia. Bajo Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT. Fundamentos de obstetrícia. 2007
- The ACOG Committee on Obstetric Practice. Committee opinion. Induction of labor for vaginal birth after cesarean delivery. Obstet. Gynecol., v 99, n.4, p. 679-680, 2002
- The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Clinical management guidelines for Obstetricians and Gynecologists. Ectopic Pregnancy. Practice Bulletin. 2018
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. Clinical management guidelines for Obstetricians and Gynecologists. Prelabor rupture of membranes. Practice Bulletin. 2018
- The American Diabetes Association (ADA). Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Medical Care in Diabetes. 2018
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin. Postpartum hemorrhage. 2017.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. Emergent therapy for acute-onset, severe hypertension during pregnancy and the postpartum period. 2017

- The American Diabetes Association. David A.de Marco, Alvin C. Powers, Brenda Montgomery. Standards of medical care in Diabetes. 2017
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin. Management of preterm labor. 2016
- The American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus: clinical practice recommendations. 2004
- The American Diabetes Association. The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC). Fetal Health Surveillance: Antepartum and Intrapartum Consensus Guideline. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, v. 29, n. 9, supplement 4. Sept. 2007
- The Cochrane Library, n. 1, 2004. Oxford: Updated Software. Alfirevic Z. Oral misoprostol for induction of labour (Cochrane Review).
- The Cochrane Library, n. 1, 2004. Oxford: Updated Software. Bricker L, Lucas M. Amniotomy alone for induction of labour. (Cochrane Review).
- The Cochrane Library, Issue 1, 2004. Oxford: Updated Software. Hofmeyr G.J, Gulmezoglu A.M. Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour (Cochrane Review).
- The European Diabetes Policygroup. Guidelines for diabetes care. A desktopguide to type 2 diabetes mellitus. Brussels: Internacional Diabetes Federation (Europe), 1999. p. 30-1
- The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics Third edition
- The Hospital John Hopkins. Manual de Ginecologia e Obstetrícia. 2ª edição. 2006
- The National Institute for Clinical Excellence (NHS). Inherited clinical guideline D. induction of labour, 2001. Review date January 2004
- The World Association of Perinatal Medicine and Matres Mundi Internacional. Editor - José M. Carrega 2007
- The World Health Organization. Manejos das complicações na gestação e no parto. 2006
- The World Health Organization (WHO). Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy. Geneva. 2013
- Zugaib Marcelo, Roberto Eduardo Bittar. Protocolos assistenciais da Clinica Obstétrica FMUSP. 3ra ed. São Paulo: Atheneu 2007

ANEXOS

ANEXO 1 - FLUXOGRAMA DE SEGUIMENTO DA GRAVIDEZ DE BAIXO RISCO



*Anamnese geral e específica:

Fatores biológicos de risco
Fatores socioeconômicos
Fatores Ambientais
Fatores comportamentais
Patologias clínicas
Fatores obstétricos anteriores
Fatores obstétricos atuais

* Medidas complementares:

- Isoimunizações (DT, a partir de 14ª semana)
- Exame odontológico
- Práticas educativas/orientações quanto à gravidez e parto ao longo de todo o pré-natal
- Conversa com psicóloga/nutricionista

* Exame físico geral e específico:

- Estado geral (peso, mucosas, pele, face)
- Sistema neurológico
- Sistema cardiovascular (TA, ausculta cardíaca)
- Sistema respiratório (ausculta respiratória)
- Abdômen (cicatrizes, massas, AU, BCF, apresentação, posição e situação fetais)
- Exame ginecológico completo (inspeção, especular, toque vaginal)
- Membros (mãos e membros inferiores)

** Outros ex. complementares:

IgG/IgM para Toxoplasmose, Rubéola, CMV; anti-HBSag; Se a grávida for Rh negativo - Solicitar grupo sanguíneo do parceiro e Coombs indireto (se necessário); Outros exames, se indicado.

*** Ecografias:

11ª-13ª semanas; 20ª-24ª semanas (preferencial, caso tenha condições de fazer apenas 1); entre 36-38 semanas

Anexo 2 — Kit para Parto Eutócico

(Conferir sempre no início de cada turno)

Equipamentos, materiais e consumíveis não esterilizados
Termómetro de parede
Relógio de parede com ponteiro de segundos
Mesa de parto ajustável
Mesa de Mayo (para instrumentos)
Candeeiro ginecológico
Lâmpada a pilhas e pilhas suplentes
Banco com rodas
Caixa para material não esterilizado
Esfigmomanómetro para adulto
Estetoscópio para adulto
Termómetro clínico
Estetoscópio fetal de Pinard e/ou de efeito Doppler
Folhas de plástico, folhas ou rolo grande de papel para proteção de parturiente
Avental de proteção de plástico para enfermeiro/médico
Óculos protetores
Escova para lavagem das mãos
Tubos para colheita de sangue
Garrotes de borracha
Adesivo (bobina)
Tesoura pequena
Algodão embebido em álcool
Pera de borracha ou sonda de aspiração de secreções para recém-nascido
Balança infantil 5kg
Fita métrica/craveira/mesa de acolhimento de recém-nascido
Pulseira de identificação de recém-nascido

Equipamentos, materiais e consumíveis esterilizados

(Verificar data de esterilização no início de cada turno)

Luvas esterilizadas (standard)
Campos esterilizados para recém-nascido e para parturiente
Campos esterilizados para instrumentos
Caixa inox esterilizável para instrumentos
Cuvete riniforme de inox
Tina inox 600 ml para avaliar perdas sanguíneas
Compressas pequenas
Sistemas de soro
Cateter endovenoso nº 16 e nº 18
Seringas descartáveis de 5 cc, 10cc e 20cc
Pinça de Cheron 250mm
Amniótomo (para romper bolsa de águas)
Sonda vesical de alívio
Tesoura de Mayo — Hegar reta 140 mm
Tesoura ginecológica curva
Clamp para cordão umbilical
Pinças de Kocher 140 mm
Pinças de Kelly curvas
Pinça dente-de-rato 140mm (pinça de disseção com dentes)
Porta-agulhas Mayo-Hegar 140mm
Fios de sutura absorvíveis 2/0 ou 0, com agulha curva

Medicamentos

(Verificar data de validade no início de cada turno)

Lidocaína a 1% ou 2%

Iodopovidona

Oxitocina 10UI e 5 UI

Dextrose a 5% 500ml

Metilergometrina 0,2 mg/ml

Gentamicina 0,3% - colírio para profilaxia ocular do recém-nascido

Vitamina K — ampola de 10mg/ml

Outros equipamentos

Cardiotocógrafo (se disponível)

Bomba de infusão (se disponível)

Anexo 3 — Kit para revisão e suturas do canal de parto

(Conferir sempre no início de cada turno)

Equipamentos, materiais e consumíveis não esterilizados
Termómetro de parede
Relógio de parede com ponteiro de segundos
Mesa de parto ajustável
Mesa de Mayo (para instrumentos)
Candeeiro ginecológico
Lâmpada a pilhas e pilhas suplentes
Banco com rodas
Caixa para material não esterilizado
Esfigmomanómetro para adulto
Estetoscópio para adulto
Termómetro clínico
Folhas de plástico, folhas ou rolo grande de papel para proteção da paciente
Avental de proteção de plástico para enfermeiro/médico
Óculos protetores
Escova para lavagem das mãos
Tubos para colheita de sangue
Garrotes de borracha
Adesivo (bobina)
Tesoura pequena
Algodão embebido em álcool

Equipamentos, materiais e consumíveis esterilizados

(Verificar data de esterilização no início de cada turno)

Luvas esterilizadas (standard)

Luvas compridas esterilizadas

Campos esterilizados para paciente

Campos esterilizados para instrumentos

Caixa inox esterilizável para instrumentos

Cuvete riniforme de inox

Compressas grandes

Compressas pequenas

Sistemas de soro

Cateter endovenoso nº 16 e nº 18

Seringas descartáveis de 5 cc e 10 cc

Afastadores vaginais

Sonda vesical com saco coletor de urina

Pinças de Kocher 140 mm

Pinças de Kelly curvas

Pinças Foerster 200 mm retas (Pinças de anel)

Pinça dente-de-rato 140 mm (pinça de disseção com dentes)

Pinça dente-de-rato 180 mm

Pinças de Rochester curvas

Cureta grande nº 14

Cureta grande nº 16

Porta-agulhas Mayo-Hegar 140 mm

Porta-agulhas curvo 180 mm

Fios de sutura absorvíveis 2/0, 0 e 1 com agulha curva

Medicamentos

(Verificar data de validade no início de cada turno)

Antibiótico de largo espectro

Lidocaína a 1% ou 2%

Iodopovidona

Oxitocina 10 UI e 5 UI

Dextrose a 5% 500 ml

Metilergometrina 0,2 mg/ml

Outros equipamentos

Bomba de infusão (se disponível)

Anexo 4 – Kit para hemorragia pós-parto

(Conferir sempre no início de cada turno)

Equipamentos, materiais e consumíveis não esterilizados
Termómetro de parede
Relógio de parede com ponteiro de segundos
Mesa de parto ajustável
Mesa de Mayo (para instrumentos)
Candeeiro ginecológico
Lâmpada a pilhas e pilhas suplentes
Banco com rodas
Caixa para material não esterilizado
Esfigmomanómetro para adulto
Estetoscópio para adulto
Termómetro clínico
Folhas de plástico, folhas ou rolo grande de papel para proteção da paciente
Avental de proteção de plástico para enfermeiro/médico
Óculos protetores
Escova para lavagem das mãos
Tubos para colheita de sangue
Garrotes de borracha
Adesivo (bobina)
Tesoura pequena
Algodão embebido em álcool

Equipamentos, materiais e consumíveis esterilizados

(Verificar data de esterilização no início de cada turno)

Luvas esterilizadas (standard)
Luvas compridas esterilizadas
Campos esterilizados para paciente
Campos esterilizados para instrumentos
Caixa inox esterilizável para instrumentos
Cuvete riniforme de inox
Compressas grandes
Compressas pequenas
Sistemas de soro
Cateter endovenoso nº 16 , nº 18 e nº 20
Seringas descartáveis de 5 cc, 10 cc e 20 cc
Afastadores vaginais
Sonda vesical com saco coletor de urina
Pinça de Cheron 250 mm
Pinças de Kocher 140 mm
Pinças de Kelly curvas
Pinças Foerster 200 mm retas (Pinças de anel)
Pinça dente-de-rato 140 mm (pinça de disseção com dentes)
Pinça dente-de-rato 180 mm
Pinças de Rochester curvas
Cureta grande nº 14
Cureta grande nº 16
Porta-agulhas Mayo-Hegar 140 mm
Porta-agulhas curvo 180 mm
Fios de sutura absorvíveis 2/0, 0 e 1 com agulha curva
Sonda de aspiração de secreções
Cateter nasal para Oxigénio
Máscara para Oxigénio

Medicamentos

(Verificar data de validade no início de cada turno)

Antibiótico de largo espectro

Lidocaína a 1% ou 2%

Iodopovidona

Dextrose a 5% 500 ml

Lactato de Ringer 500ml

Soro fisiológico 500 ml

Oxitocina 10 UI e 5 UI

Metilergometrina 0,2 mg/ml

Ácido aminocaprílico - 2,5 gr/10 ml

Misoprostol – comprimidos de 200 microgramas

Oxigénio

Concentrado de eritrócitos – Reserva de 2 a 4 Unidades

Plasma fresco congelado – Reserva

Outros equipamentos

Aspirador de secreções a vácuo, com manómetro

Bomba de infusão (se disponível)

Fonte de oxigénio com manómetro

Oxímetro ou monitor de sinais vitais

Kit de reanimação para adultos

Anexo 5 – Kit para Pré-eclâmpsia e Eclâmpsia

(Conferir sempre no início de cada turno)

Materiais e consumíveis
Termómetro de parede
Relógio de parede com ponteiro de segundos
Candeeiro
Lâmpada a pilhas e pilhas suplentes
Esfigmomanómetro para adulto
Estetoscópio para adulto
Termómetro clínico
Estetoscópio fetal de Pinard e/ou de efeito Doppler
Sistemas de soro
Luvas descartáveis
Luvas esterilizadas
Cateter endovenoso nº 16, nº 18 e nº 20
Seringas descartáveis de 5 cc, 10 cc, 20 cc e 50 cc
Tubos para colheita de sangue
Tubos para colheita de urina
Fitas de determinação de proteinúria
Garrotes de borracha
Adesivo (bobina)
Tesoura pequena
Algodão embebido em álcool
Sonda vesical com saco coletor de urina
Sonda para aspiração de secreções
Cateter nasal para Oxigénio
Máscara para Oxigénio
Cânula de Guedel de 80 a 110 mm

Medicamentos

(Verificar data de validade no início de cada turno)

Dextrose a 5% 500 ml

Lactato de Ringer 500ml

Oxigénio

Plasma fresco congelado – Reserva

Concentrado de plaquetas- Reserva

Sulfato de magnésio a 50%

Sulfato de magnésio a 20%

Água destilada - ampola de 5 ou 10 ml

Gluconato de cálcio a 10%

Hidralazina – ampola de 20 mg/ 10 ml (pó solúvel ou em líquido)

Labetalol – ampola de 100 mg /20 ml

Diazepam – ampola de 10 mg

Nifedipina – 20 mg para via oral

Equipamentos

Cardiotocógrafo (se disponível)

Bomba de infusão (se disponível)

Aspirador de secreções a vácuo, com manómetro

Fonte de oxigénio com manómetro

Oxímetro

Monitor de sinais vitais

Kit de reanimação para adultos

Anexo 6 - Nota de referência do Centro de Saúde para o Hospital

Nome da paciente _____ Idade _____

Residência _____ Gesta ____ Para ____ Ab ____

DUM ____/____/____ IG cronológica _____ IG por eco precoce _____

Motivo da referência _____

Antecedentes clínicos, ginecológicos e obstétricos pertinentes _____

Data da chegada ao Centro de Saúde ____/____/____ Hora _____

Queixas _____

Exames (clínico, ginecológico e obstétrico) realizados _____

Exames complementares realizados _____

Conduta adotada no Centro de Saúde _____

Data da referência ____/____/____ Hora _____ Transporte _____

Nome do acompanhante _____

Profissão _____ Contacto _____

Centro de Saúde de _____

Assinatura legível e carimbo do médico que fez a referência

Anexo 7 - Nota de contra-referência do Hospital para o Centro de Saúde

Nome da paciente _____ Idade _____

Residência _____ Gesta ____ Para ____ Ab ____

DUM ____/____/____ IG cronológica _____ IG por eco precoce _____

Referenciada do Centro de Saúde de _____ por _____

Data da chegada ____/____/____ Hora _____

Acompanhada por _____

Observação médica (Serviço de Ginecologia e Obstetrícia)

Exame (clínico, ginecológico e obstétrico) _____

Exames complementares _____

Diagnóstico _____

Conduta no Hospital _____

Conduta recomendada para o Centro de Saúde _____

Hospital de _____ Data ____/____/____ Hora _____

Assinatura legível e carimbo do médico que observou

Anexo 8 - Ficha de urgência de Ginecologia e Obstetrícia

Data ___/___/___ Hora de chegada _____ Proveniência _____

Nome: _____ Idade _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Profissão _____

Estado Civil: Casada União de facto Solteira Divorciada Viúva

Filha de: _____ e de _____

Naturalidade _____ Residência: _____

Classificação Económica: Funcionária Atestado Particular Segurado Outro

Atendimento pelo enfermeiro: Hora _____

Motivo da vinda à Urgência: _____

Anamnese:

G ___ P ___ A ___ DUM ___/___/___ IG ___ sem ___ dias DPP: ___/___/___

Exame:

Pulso _____ T. Arterial _____ T. Axilar _____ FR _____ Edemas _____ Varizes _____

Altura do fundo uterino _____ BCF _____ Dinâmica uterina _____ Perdas vaginais _____

Conduta _____

Atendimento médico: Hora _____

Exames complementares _____

Hipótese diagnóstica _____

Conduta: Domicílio Centro de Saúde Internamento Falecido Outro _____

Médico que atendeu (assinatura e carimbo) _____

Anexo 9 - Dados para o processo de internamento em Ginecologia e Obstetrícia

Identificação da paciente

Data de Admissão: ___/___/___ Hora _____ Proveniência _____

Nome completo _____ Idade _____

Filha de _____ e de _____

Data de nascimento ___/___/___ Naturalidade _____ Residência _____

Freguesia _____ Concelho _____ Ilha _____ País _____

Estado Civil: Casada União de facto Solteira Divorciada Viúva

Escolaridade _____ Profissão _____ Local de trabalho _____

Documento de identificação: _____ Contactos: Pessoal _____ Familiar _____

Classificação económica: Funcionária Segurada Atestado Particular Outra

Motivo de internamento _____

Médico que internou (Assinatura e carimbo) _____

Antecedentes pessoais

Grupo sanguíneo e Rh ___ Hipertensão arterial Diabetes Doença cardíaca Hepatite

Doença renal Epilepsia Transfusões Alergias Sífilis Toxoplasmose Rubéola Herpes

Infeções urinárias Condilomas Álcool Tabaco Drogas ilícitas Anemias

Medicamentos em uso _____

Cirurgias _____

Internamentos _____

Antecedentes familiares

	Cônjuge	Pai	Mãe	Irmãos
Diabetes				
Hipertensão				
Doenças genéticas				
Gemelaridade				
Outros				

Cônjuge: Idade _____ Peso _____ Altura _____ Profissão _____

Antecedentes ginecológicos

Data da última menstruação (DUM) __/__/__ Data da penúltima menstruação __/__/__

Menarca aos ____ anos Ciclo menstrual ____ / ____ Contraceção _____

Patologia oncológica genital _____ Infecções _____

Menopausa aos ____ anos. Outros _____

Antecedentes obstétricos

Gravidez				Aborto/Parto			Recém-nascido				Puerpério (Normal/ complicações)	
Nº	Data (mês e ano)	Semanas gestação	Compli- cações	Esp/ IVG	Tipo	Local	Vivo	Morto	Sexo	Peso		Amam.

OBS:

Gravidez atual: Amenorreia por DUM ____ semanas; Por Eco precoce ____ semanas DPP __/__/__

História da doença atual

Exames complementares realizados

Exame físico geral

Nutrição _____ Pele e mucosas _____ T. Ax. _____ FR _____ FC _____ TA _____

Ap. Respiratório _____ Ap. Circulatório _____

Mamas _____

Abdómen _____

_____ Adenomegalias _____ Edemas _____ Varizes _____

OBS _____

Exame ginecológico

Vulva/Períneo _____ Vagina _____

Colo uterino _____

Toque vaginal /rectal _____

OBS _____

Exame obstétrico

A. uterina _____ BCF _____ Rítmicos Arrítmicos Contrações _____ /10 min / _____ segundos

Apresentação _____ Índice de Bishop* _____ Membranas Íntegras

Membranas rotas às _____ horas de _____ / _____ Líquido (características) _____

*Índice de Bishop (avaliação do colo uterino)

	0	1	2	3
Posição	Posterior	Intermédio	Anterior	-
Consistência	Duro	Intermédio	Mole	-
Comprimento	3 cm	2 cm	1 cm	< 1 cm
Dilatação	0 cm	1-2 cm	3-4 cm	≥ 5 cm
Apresentação (De Lee)	- 3	- 2	- 1	≥ + 1

Hipótese diagnóstica _____

Plano de atuação _____

DIÁRIO (REGISTO) CLÍNICO

Data e hora	Observação da paciente	Terapêutica
	Assinatura	
 segue	

DIÁRIO (REGISTO) DE ENFERMAGEM

Data e hora	Observação da paciente
	Assinatura
 segue

OUTROS:

Registo de sinais vitais;

Folha terapêutica;

ALTA HOSPITALAR

Data da alta ____ / ____ / _____

Diagnóstico definitivo:

Principal _____

Secundários _____

Estado da paciente/grávida/puérpera _____

Estado do recém-nascido _____

Terapêutica/condução indicada _____

Médico que deu a alta (assinatura e carimbo) _____

Anexo 10 - Termo de Consentimento Informado

Data ____ / ____ / ____

Nome da paciente _____

Filha de _____ e de _____

Data de Nascimento ____/____/____ Naturalidade _____ Residência _____

Freguesia _____ Concelho _____ B. I. _____ Profissão _____

Autorizo a equipe médica deste Hospital/Centro de Saúde a efetuar as investigações necessárias ao diagnóstico e executar tratamentos, cirurgias, anestésias, transfusão de sangue e derivados ou outras condutas médicas que venham de encontro às necessidades da minha situação clínica.

Declaro ter recebido todas as explicações necessárias quanto aos seus benefícios e estar devidamente informada sobre os riscos e eventuais complicações.

Se forem constatadas condições que até ao presente momento, não eram aparentes, consinto na realização de intervenções adicionais que sejam consideradas necessárias ou apropriadas para diagnosticar, tratar ou curar as mesmas.

Nomeio um responsável para que este tome as decisões em conjunto com a equipe médica, se necessário:

Nome do responsável _____ Contacto _____

Em face dos esclarecimentos prestados sobre a conduta e procedimentos a serem adotados, assim como das suas limitações, dou o meu **consentimento informado** para a sua realização.

Assinatura da paciente _____

Consentimento informado do responsável no caso de a paciente ser menor de idade, não saber assinar ou não se encontrar na posse plena das suas faculdades mentais:

Nome do responsável _____

Endereço _____

BI nº _____ Contacto _____

Assinatura _____

Anexo 11 - Nota de Alta de Ginecologia e Obstetrícia

Nome: _____ Idade _____

Data de nascimento: __/__/____ Residência _____ Freguesia _____

Concelho _____ G ____ P ____ A ____ Data de internamento __/__/____

Diagnóstico no internamento _____

Conduta no internamento _____

Exames complementares _____

Diagnóstico na alta hospitalar _____

Medicação prescrita _____

Recomendações _____

Data ____/____/____

Assinatura e carimbo do médico

⇄ Tensão Arterial • Pulso

180																				
160																				
140																				
120																				
100																				
80																				
60																				

Temperatura °C

Ass.																				

Anexo 13 - Dados sobre o parto

Sequência dos fetos (se múltiplos)	Lugar	Data	Hora	Modo	Apresentação	Sexo	Apgar		Peso	Vivo/ Morto	Placenta	
	SALa BLOco CAMinho CASA OUTros	do Parto	do Parto	ESPontâneo INDução FORceps VENtosa CESariana de URGência CESariana PROgra- mada	CEFálica PÉLvica OUTra	FEM MAS IND	1	5		NV nado vivo NM nado morto NMM nado morto macerado	COMpleta	INCompleta
							min	min				
1º												
2º												
3º												

Complicações no parto? Quais? _____

Conduta _____

Se houve cesariana programada ou de urgência, qual a causa? _____

Se laqueação de trompas, porque motivo? _____

Administração de Vitamina A?

Assinatura legível de quem fez o parto _____

Anexo 14 - Nota de alta de puérperas

Nome _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Residência _____

Data do Parto ___/___/___ Parto eutócico Parto pélvico Cesariana

Se cesariana, qual a causa _____

Complicações no parto: Sim Não

Se sim, indicar _____

Patologia obstétrica anterior: Sim Não

Se sim, indicar _____

Conduta no puerpério _____

Medicação prescrita na alta _____

Recomendações _____

OBS _____

Data ___/___/___

Assinatura e carimbo do médico

Anexo 15 - Ficha de consulta pós-parto

(Recomendada entre 7 a 15 dias após o parto – agrafar ao caderno AISM)

Nome da puérpera _____ Residência _____

Data da consulta __/__/__ Queixas _____

Dados pertinentes sobre a gravidez e sobre o parto (pedir nota de alta e caderno AISM) _____

Medicação em uso _____

T. axilar _____ T. arterial _____ FR _____ Peso _____ Mucosas _____

Mamas _____

Abdómen _____ Edemas

Cicatriz de cesariana _____

Palpação abdominal do útero _____

Exame ginecológico (colocar a puérpera em posição confortável, usar luvas esterilizadas, utilizar espéculo (tamanho pequeno) só em caso de muita necessidade e com cuidado para não incomodar/traumatizar a puérpera. O mesmo para o toque vaginal bimanual.

Episiorrafia, laceração da vulva/ vagina/ períneo em cicatrização? Sinais de infecção?

Sangramento genital? Proveniência _____

Lóquios com mau cheiro? _____

OBS _____

Conduta _____

Data para próxima avaliação (se necessário) __/__/____

Data para a 1ª consulta de PF __/__/__

Centro de Saúde/Hospital onde se realizou a consulta _____

Assinatura legível de quem fez a consulta _____