

# *Protocolo de Obstetrícia*



**HOSPITAL DA MULHER –  
“MORENINHAS”**

# Lista de Protocolos

PROTOCOLO 1 • Abortamento

PROTOCOLO 2 • Gravidez Ectópica

PROTOCOLO 3 • Moléstia Trofoblástica Gestacional

PROTOCOLO 4 • Hiperêmese Gravídica

PROTOCOLO 5 • Inibição do Trabalho de Parto Prematuro

PROTOCOLO 6 • Corticoterapia Antenatal

PROTOCOLO 7 • Rotura Prematura das Membranas

PROTOCOLO 8 • Hipertensão na Gestação

PROTOCOLO 9 • Síndrome HELLP

PROTOCOLO 10 • Eclampsia

PROTOCOLO 11 • Anemias na Gestação

PROTOCOLO 12 • Diabetes Gestacional

PROTOCOLO 13 • SAF e Trombofilias

PROTOCOLO 14 • Infecção Urinárias e Gestação

PROTOCOLO 15 • Sífilis e Gestação

PROTOCOLO 16 • Rubéola e Gestação

PROTOCOLO 17 • Toxoplasmose e Gestação

- PROTOCOLO 18** • Citomegalovírus e Gestação
- PROTOCOLO 19** • Hepatite B
- PROTOCOLO 20** • Hepatite C
- PROTOCOLO 21** • HIV e Gestação
- PROTOCOLO 22** • Hemorragias do 3º Trimestre
- PROTOCOLO 23** • Gestação Gemelar
- PROTOCOLO 24** • Doenças Hemolítica Perinatal
- PROTOCOLO 25** • Restrição do Crescimento Intra-Uterino
- PROTOCOLO 26** • Indicação do Ecocardiograma Fetal
- PROTOCOLO 27** • Gestação Prolongada
- PROTOCOLO 28** • Estreptococos Grupo B
- PROTOCOLO 29** • Indução do Parto
- PROTOCOLO 30** • Hemorragias Pós-Parto
- PROTOCOLO 31** • Medidas Profiláticas para Infecção de Sítio Cirúrgico em Obstetrícia
- PROTOCOLO 32** • Infecção Puerperal
- PROTOCOLO 33** • Mastite Puerperal

## **COLABORADORES:**

Dra. Gislayne Budib Poletto – Coordenadora de Urgências/SESAU

Dra. Tatiana da Cruz Vendas – Coordenadora da Educação Permanente.

Dra. Maria Auxiliadora Budib – Coordenadora da Educação Permanente da Gestão Anterior.

Dr. José Luís L. Villas Bôas – Diretor Técnico do Hospital da Mulher.

Dra. Ana Luiza Bastos Muniz Bilinski – Diretora Clínica do Hospital da Mulher.

Dra. Sara Cristina Penzo – Vice-Diretora Clínica do Hospital da Mulher.

Dr. José Oscar de Souza – Diretor Clínico da Gestão Anterior.

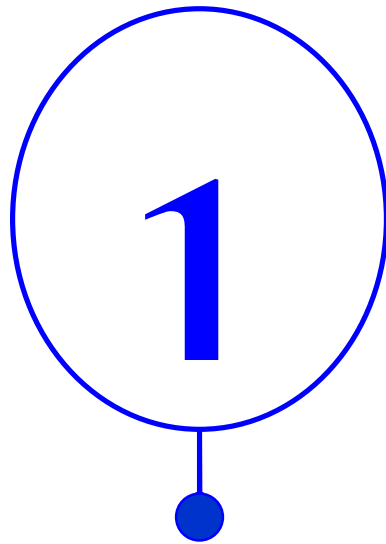
Dr. Edson Shigeo Kawanami – Membro do Corpo Clínico.

Dra. Regina Serafim - Membro do Corpo Clínico.

Dr. Juvenal Bogarin Insfram - Membro do Corpo Clínico.

Dr. José Augusto Penteado - Membro do Corpo Clínico.

Todos os médicos do corpo clínico que de forma direta ou indireta atuaram para desenvolvimento e implantação deste Protocolo.



# *Abortamento*

## Diagnóstico

### Exame de rotina

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

### Observação

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

## Tratamento

### Abortamento completo

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

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

### Abortamento incompleto

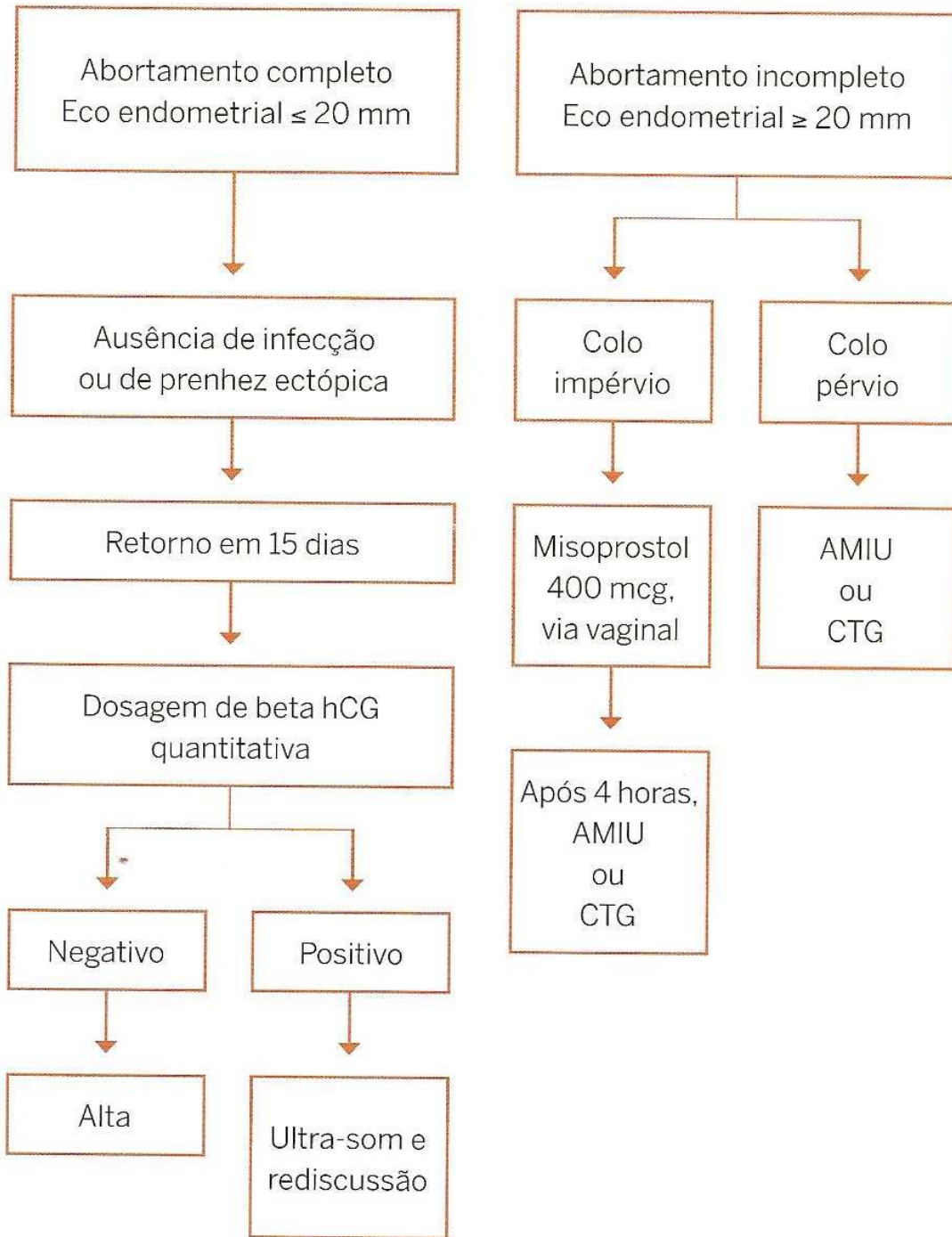
#### Colo impérvio

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

#### Colo pérvio

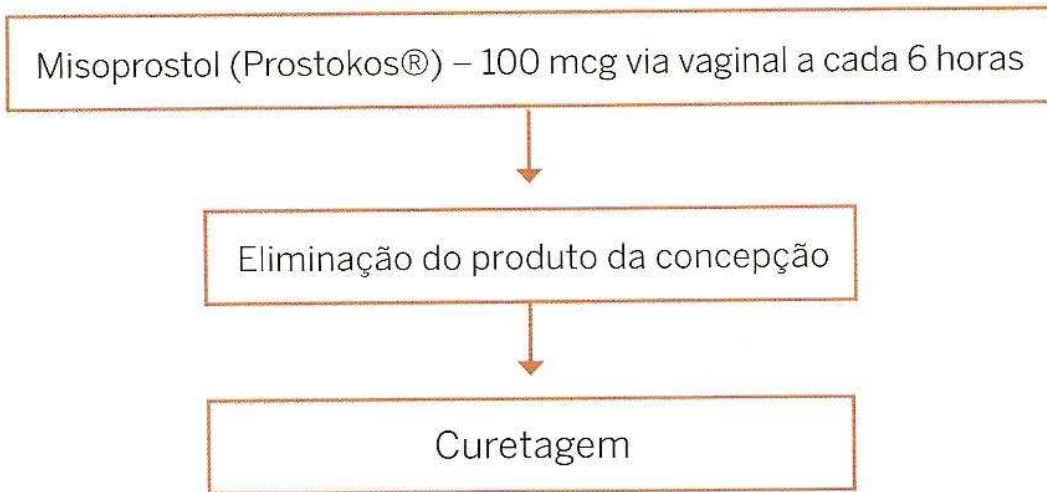
- Realizar aspiração manual intra-uterina ou curetagem

## **Fluxograma Abortamento no 1º Trimestre**





### **Abortamento Tardio (12 a 20 semanas) – conduta**



### **Abortamento Infectado – conduta**

Fazer coleta de material para cultura e antibiograma. **(estabilização e encaminhamento para rede referenciada de maior complexidade)**

#### **Antibioticoterapia recomendada**

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

#### **Alta hospitalar**

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

#### **Esquema alternativo**

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

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

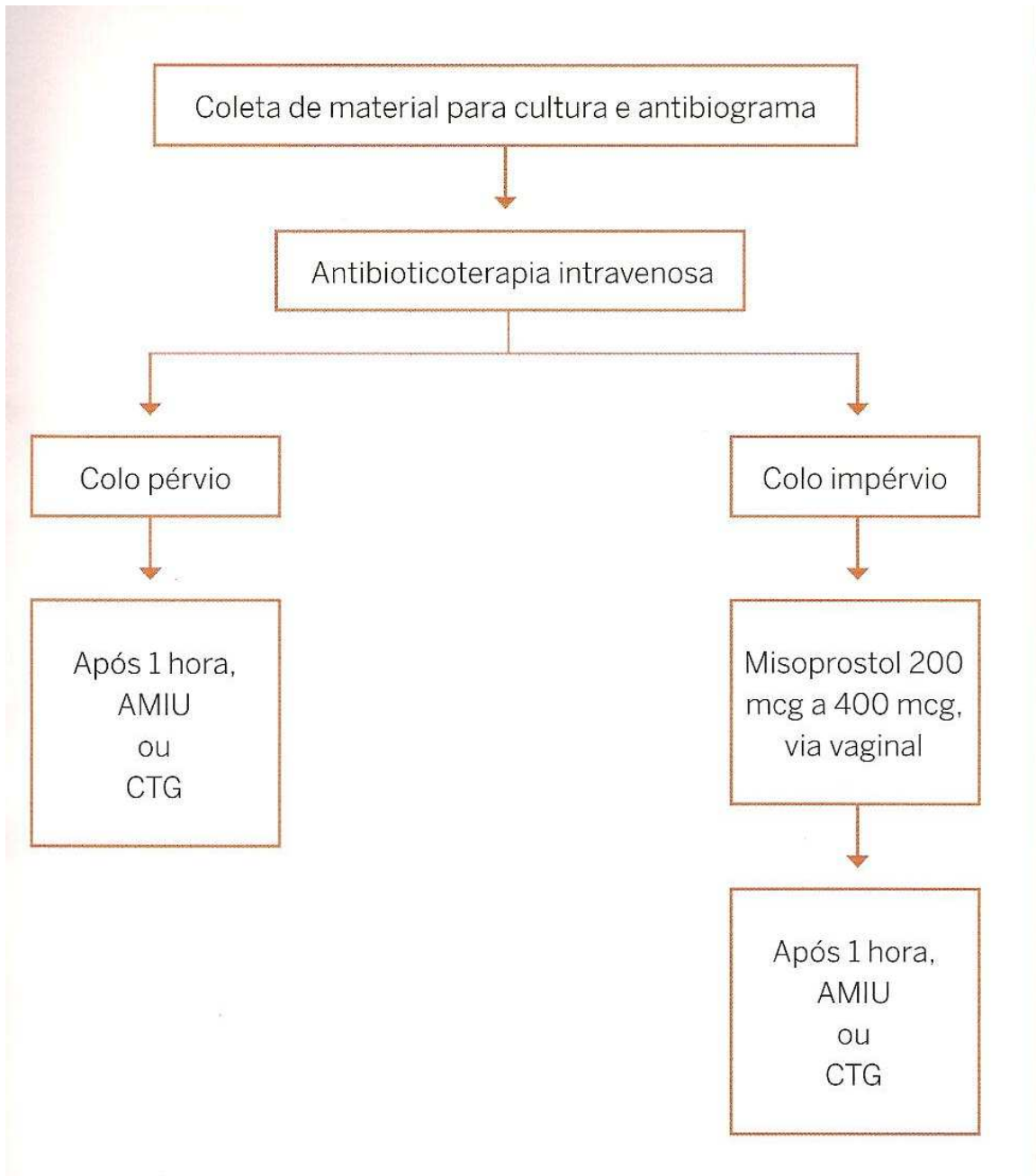
#### **Em caso de colo impérvio**

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

#### **Em caso de colo pérvio**

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

### Fluxograma Abortamento Infectado



### Abortamento Complicado – conduta- (estabilização e encaminhamento para rede referenciada de maior complexidade)

- Internação em UTI
- Discussão multidisciplinar. Pode haver indicação para:

- ❖ Colpotomia
- ❖ Laparotomia
- ❖ Laparoscopia
- ❖ Histerectomia total abdominal

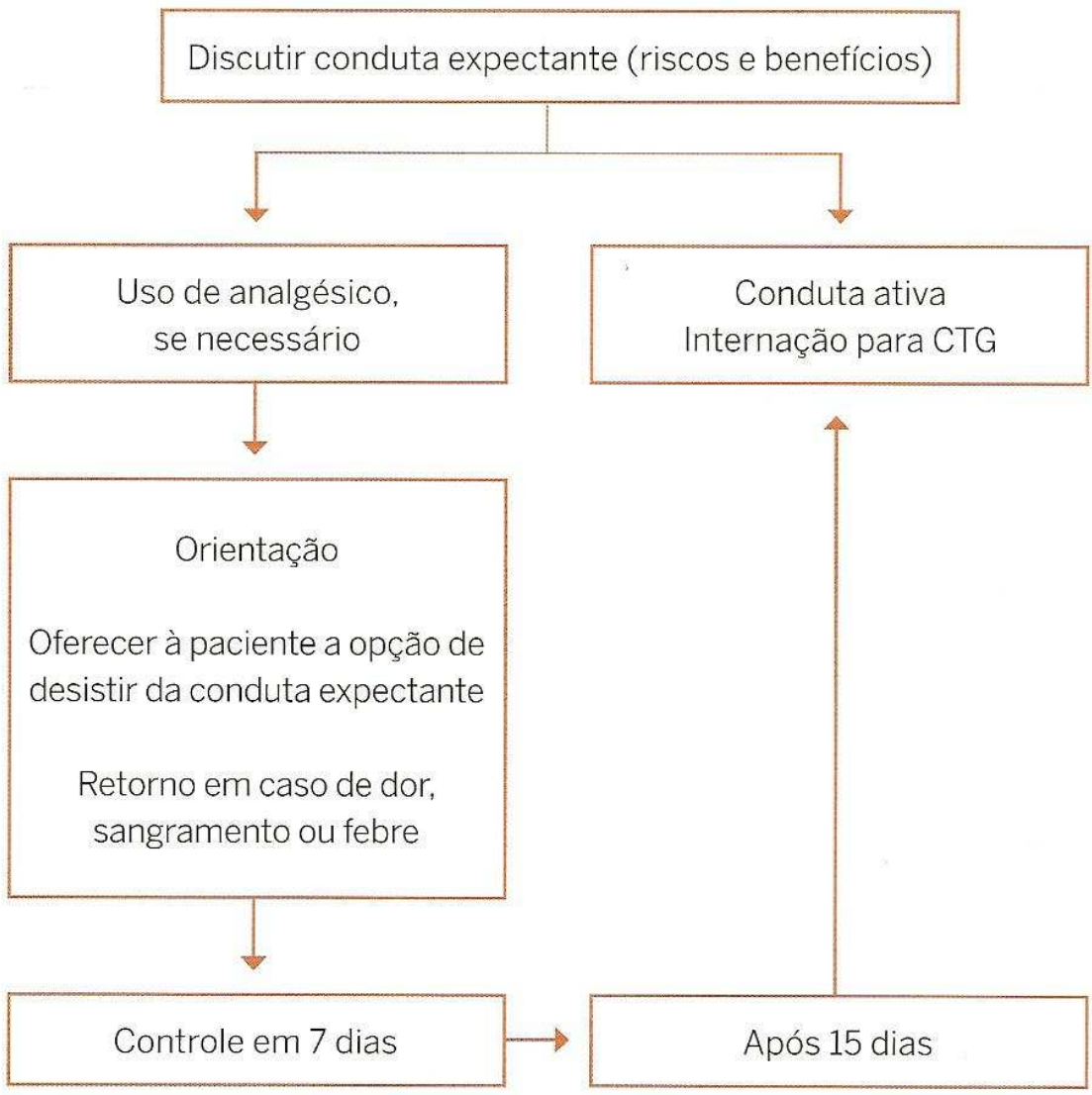
### **Abortamento Retido**

Discutir os riscos e benefícios da conduta expectante.

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

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

### **Fluxograma Abortamento Retido**





# *Gravidez Ectópica*

**Descrição**

## Definição

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

## Diagnóstico

### Clínico

Elemento mais valorizados:

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

### Laboratorial

Beta hCG positivo, porém menor que o esperado.

### Ultra-sonográfico

Cavidade uterina vazia e massa anexial.

### Observação

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

## **Tratamento (estabilização e encaminhamento para rede referenciada de maior complexidade)**

### Conduta

É determinada a partir dos seguintes critérios:

- Estado hemodinâmico
- Desejo de procriação futura
- Localização e grau de evolução da prenhez

## **Tratamento Clínico Expectante (em casos selecionados)**

## **Critérios**

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

## **Tratamento Clínico Expectante (em casos selecionados)**

### **Metotrexato – 50 mg/m<sup>2</sup> Por via intramuscular, dose única**

#### **Critérios**

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

#### **Acompanhamento**

##### **Após tratamento com Metotrexato (MTX)**

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

## **Tratamento Cirúrgico**

- Salpingostomia
- Salpingectomia
- Ressecção segmentar

## **Técnicas**

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

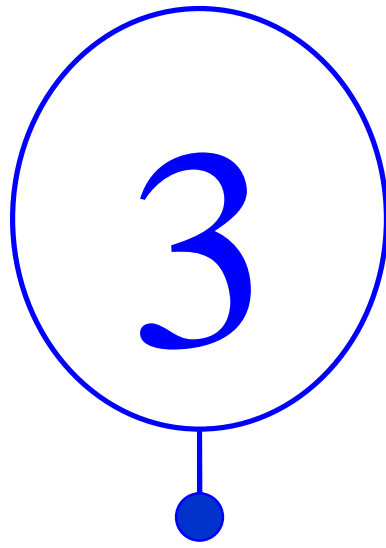
### **Critérios**

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

### **Observação**

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





*Moléstia  
Trofoblástica  
Gestacional*

## Descrição

### Entidades anatomoclínicas

- Mola hidatiforme
  - ❖ Completa
  - ❖ Parcial
- Neoplasias Trofoblásticas Gestacionais
  - ❖ Mola invasora
  - ❖ Coriocarcinoma
  - ❖ Tumor trofoblástico do sítio placentário
  - ❖ Tumor trofoblástico epitelióide

## Diagnóstico

### Mola Hidatiforme

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

#### Elementos clínicos freqüentes na Mola Hidatiforme Completa

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

### Identificação

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

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

- Tomografia computadorizada ou ressonância magnética cerebral

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

### **Estadiamento**

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

### **Observação**

O potencial de transformação maligna na mola completa é de até 25%; na parcial. São fatores de pior prognóstico: idade materna > 40 anos, beta hCG > 1000.000 mUI/ml, útero maior que o esperado para a idade gestacional, cistos tecaluteínicos > 6 cm.

### **Tratamento (estabilização e encaminhamento para rede referenciada de maior complexidade)**

#### **Tratamento das formas malignas**

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

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

##### **Formas metastáticas de alto risco**

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

##### **Histerectomia**

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

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

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

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

## **Quimioterapia**

Os seguintes terapêuticos são os mais freqüentemente utilizados:

- Metotrexato
- EMA/CO
  - ❖ Etoposida
  - ❖ Metotrexato
  - ❖ Actinomicina D
  - ❖ Ciclofostamida
  - ❖ Vincristina

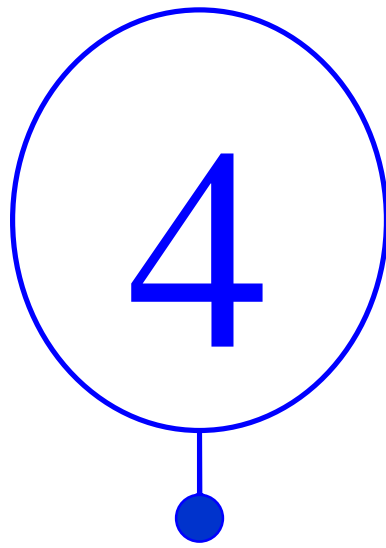
Após o término da quimioterapia, as pacientes deverão ser acompanhadas quinzenalmente (com dosagem de beta hCG) nos 3 primeiros meses e mensalmente até completar um ano do tratamento. É conveniente, ainda, seguimento bimensal por pelo menos mais um ano.

## **Gravidez Molar e feto vivo**

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

O tratamento merece individualização:

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



# *Hiperêmese*

# Gravídica

## **Descrição**

### **Definição**

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

### **Incidência**

2/1.000 a 3/1.000 gestantes.

### **Fatores predisponentes**

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

### **Etiopatogenia**

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

## Quadro clínico

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

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

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

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

## Diagnóstico

### Diagnóstico Diferencial

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

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

### Exames laboratoriais

- Hemograma e plaquetas
- Osmolaridade
- Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Cl<sup>-</sup>
- TGO, TGP
- Glicemia
- Bilirrubinas totais e frações
- DHL
- Proteínas totais e frações
- TSH E T4 Livre
- Gasometria

- Uréia e creatinina
- Amilase urina tipo I (incluindo pesquisa de cetonúria)
- Urocultura e antibiograma

Sinais de gravidade

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

### Exames complementares especializados

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

### Tratamento

#### Casos internados

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

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

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

#### Tratamento Medicamentoso de 1ª Linha

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

#### Tratamento Medicamentoso de 2ª Linha (com ação central)

- Prometazina (Fenergan®) – 1 ampola intramuscular a cada 6 horas
- Clorpromazina (Amplictil®) – 1 ampola por via endovenosa diluída a cada 8 horas
- Ondansetrona (Zofran®) – 4 mg a 8 mg por via endovenosa até a cada 8 horas
- Levomepromazina (Neozine®) – Solução a 4% – 3 gotas por via oral a cada 8 horas

#### Corticoterapia

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



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

### Observação

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

### Tratamento Alternativo

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

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



# *Inibição do Trabalho de Parto Prematuro (TPP)*

## **Descrição**

### **Definição**

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

### **Incidência**

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

### **Importância**

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

### **Etiologia**

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

## **Diagnóstico**

### **Identificação**

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

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

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

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

### **Uso de tocolíticos – avaliação materna e fetal**

#### **Avaliação clínica e subsidiária para afastar patologias clínicas e obstétricas**

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

As avaliações devem ser realizadas concomitantemente à tocólise.

#### **Tratamento (estabilização e encaminhamento para rede referenciada de maior complexidade)**

##### **Regras gerais**

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

##### **Objetivo primordial**

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

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

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

### Tratamento Medicamento

Corticoterapia	[ . Antagonistas de ocitocina – Atosiban (Tractocile®)
	[ . Beta-adrenérgicos - Terbutalina (Terbutil®; Bricanyl®)
	[ . Bloqueadores de canais de cálcio – Nifedipina (Adalat®)
Opções de exceção	[ . Inibidores de prostaglandinas – (Indocid®)
	[ . Sulfato de magnésio

### Manutenção pós-tocólise

- Progesterona natural microzada (Utrogestan®; Evocanyl®) 200 mg por via vaginal à noite, até 34 semanas

### Atosiban (Tractocile®)

Possui 2 tipos de apresentação comercial:

- Ampola de 6,75 mg, em 0,9 ml
- Frascos de 37,5 mg em 5 ml

### Etapa 1

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

### Etapa 2

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

### Etapa 3 (se necessário)

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

### Observações

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

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

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

### Terbutalina (Bricanyl®, Terbutil®)

#### Dose de ataque

- Adicionar 5 ampolas em 500 ml de SG a 5%
- Iniciar com 10 gotas/min a 20 gotas/min e observar tolerância da paciente (manter pulso materno abaixo de 120 bpm)

- Se necessário, aumentar de 10 gotas/min a 20 gotas/min a cada período de 20 minutos ou 30 minutos até obter a inibição e manter esta infusão por cerca de 12 horas (dose máxima de 80 gotas/min).

#### Dose de manutenção

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

#### Atenção

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

#### Nifedipina (Adalat®)

##### Dose de Ataque

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

##### Dose de Manutenção

- Comprimento de Adalat Oros® – 20 mg a cada 8 horas durante 48 horas

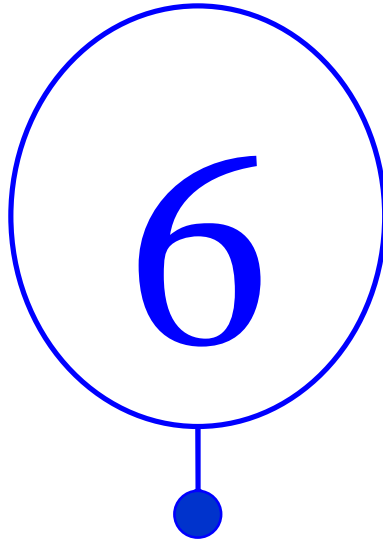
#### Uso de Exceção

##### Indometacina (Indocid®)

- 100 mg por via retal a cada 12 horas ou 24 horas ou 25 mg por via oral a cada 6 horas durante 48 horas

##### Sulfato de magnésio

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



*Corticoterapia  
Antenatal*

## Descrição

### Benefícios comprovados

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

### Principais indicações de uso

- Trabalho de parto prematuro em inibição
- Nos casos de risco para ocorrência de parturição prematura, espontânea ou eletiva, ponderar o uso do corticóide.
  - ❖ Síndromes hipertensivas
  - ❖ Diabetes melito
  - ❖ Colagenosas
  - ❖ Insuficiência istmocervical
  - ❖ Prenhez múltipla
  - ❖ Doença hemolítica perinatal
  - ❖ Polidrânio
  - ❖ Restrição do crescimento fetal
  - ❖ Inserção baixa de placenta
  - ❖ Rotura prematura de membranas
  - ❖ Malformações congênitas
  - ❖ Parto prematuro prévio
  - ❖ Gestação e leiomioma do útero
  - ❖ Cervicodilatação

### Premissas fundamentais

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

### Observações importante

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

## Tratamento

### Idade gestacional de uso

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

## Esquema de uso

### Opção 1

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

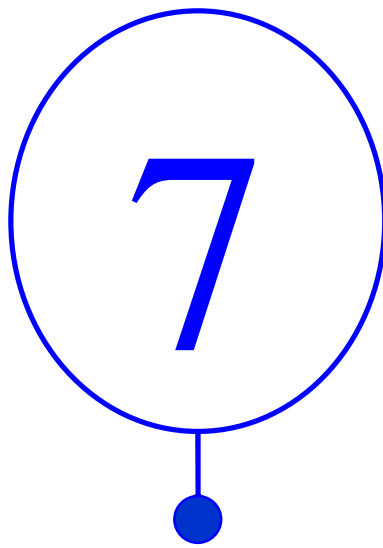
### Opção 2

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

Duração do efeito: 7 dias.

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





*Rotura Prematura  
das Membranas  
(RPM)*

## **Descrição**

### **Definição**

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

### **Incidência**

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

### **Fisiopatologia**

A rotura das membranas ovulares apresenta como substrato anatomopatológico a presença de coriamnionite localizada, na maioria das vezes

## **Diagnóstico**

### **Clínico**

#### **Anamnese**

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

#### **Exame especular**

Avalia a saída de líquido amniótico e processo infecciosos associados.

#### **Atenção**

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

### **Exames subsidiários**

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

## **Monitorização e detecção precoce de processo infeccioso**

### **Clínica**

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

## Laboratorial

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

## Cardiotocografia

- Diariamente

## Ultra-sonografia e Perfil Biofísico Fetal (PBF)

- 1 vez por semana ou mais, conforme a evolução

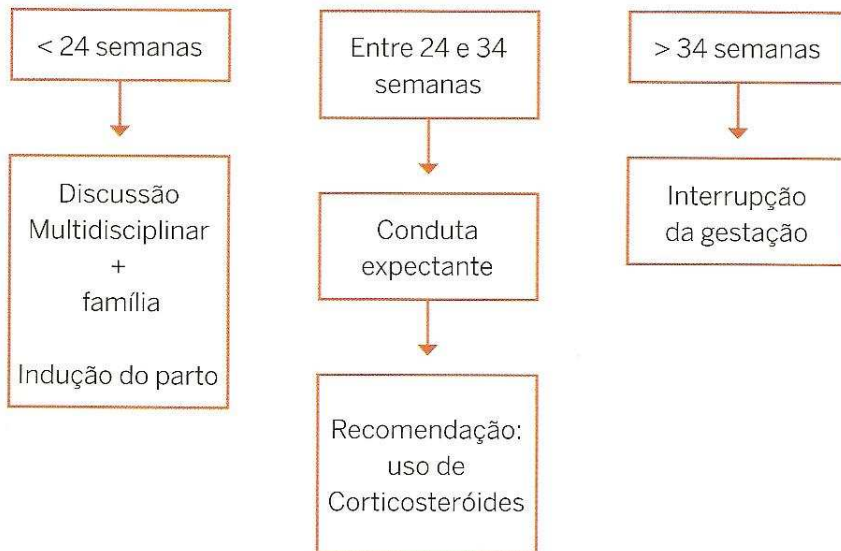
**Tratamento (abaixo de 38 semanas estabilização e encaminhamento para rede referenciada de maior complexidade e acima de 38 semanas internação).**

## Conduta

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

	[	• < 24 semanas
	[	◆ Avaliação e discussão com a equipe multidisciplinar e família
	[	◆ Indução do parto
	[	
	[	• Entre 24 semanas e 34 semanas
	[	◆ Conduta expectante
	[	◆ Avaliação da vitalidade feta
Conduta	[	◆ Monitorização da infecção
por idade	[	
gestacional	[	• > 34 semanas
	[	◆ Interrupção da gestação
	[	
	[	<b>Observação</b>
	[	Qualquer que seja a idade gestacional, promover abordagem ativa e
	[	imediate na presença de infecção ou de comprometimento da vitalidade
	[	fetal.

## Fluxograma da abordagem



## Corticoterapia

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

## Antibiótico

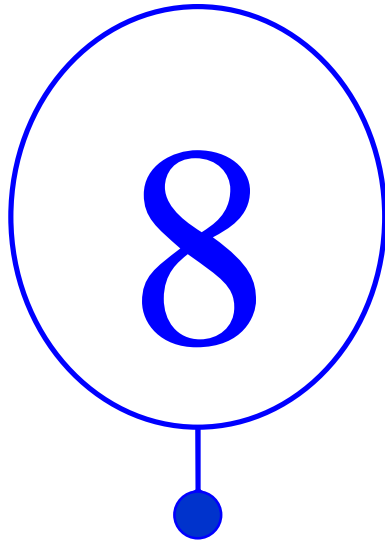
### Na presença de infecção ovular (corioamnionite)

Administração concomitantemente:

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

## Antibioticoterapia

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



# *Hipertensão na Gestação*

## Descrição

### Introdução

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

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

### Classificação

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

### Definição

#### Pré-eclampsia

Desenvolvimento de hipertensão com proteinúria significativa e/ou edema de mãos e face. Ocorre após 20ª semanas de gravidez, ou antes desse período quando associada com a moléstia trofoblástica gestacional.

#### Hipertensão crônica

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

#### Hipertensão crônica com pré-eclampsia superajuntada

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

### Fatores predisponentes para pré-eclampsia

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

## Diagnóstico

## Exames laboratoriais

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

## Exames em função da gravidade e do quadro clínico

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

## Identificação

- Pré-eclampsia [ ] • Edema nas mãos e na face
- Pré-eclampsia [ ] • Proteinúria  $\geq 0,3$  g/l em urina de 24 horas
- eclampsia [ ] • Proteinúria  $\geq 1$  g/l ou  $\geq ++$  em amostra isolada

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

## Pré-eclampsia grave

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

- Pressão arterial de 160 x 110 mmHg
- Proteinúria de 2 g em urina de 24 horas
- Perda da função renal, caracterizada por oligúria (<400 ml/dia ) e por níveis séricos de crescentes e maiores do que 1,2 mg/dl
- Sinais de iminência de eclampsia (cefaléia, epigastralgia ou transtornos visuais)
- Insuficiência pulmonar ou cardíaca (cianose e/ou edema pulmonar)
- Dor em hipocôndrio direito (distensão da cápsula hepática)
- Trombocitopenia grave (< 100.000 plaquetas/mm<sup>3</sup>)
- Anemia hemolítica microangiopática (DHL ≥ 6000 U/l)
- Icterícia ou elevação das enzimas hepáticas
  - ◆ Bilirrubina total – 1,2 mg%
  - ◆ TGO e TGP ≥ 70 U/l
- Sinais de insuficiência placentária grave (oligoâmnio, dopplervelocimetria e cardiotocografia alterados)

### Observação

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

### Tratamento

**Critérios de internação ( se houver critérios de internação, a paciente deve ser estabilizada e encaminhada para rede referenciada de maior complexidade)**

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

### Tratamento Clínico da pré-eclampsia

#### Repouso em DLE

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

#### Dieta hipossódica

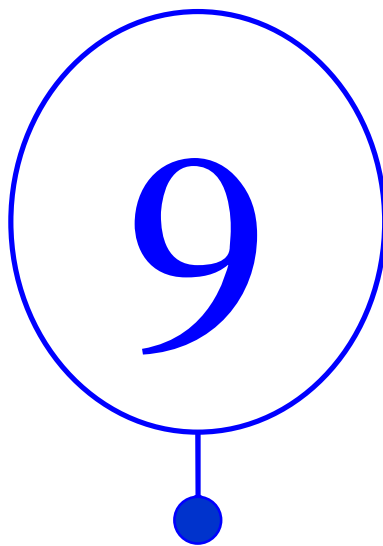
Diminui a ansiedade e a labilidade vasculoemocional:

- 1ª Opção



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

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



*Síndrome HELLP*

## Descrição

### Definição

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


### Quadro clínico


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

### Diagnóstico

#### Diagnóstico laboratorial

**Hemolysis,**  **Bilirrubina total  $\geq 1,2$  mg%**

**Elevated**  **TGO e/ou TGP  $\geq 70$  UI/L**  
**Liver enzymes**

**Low**  **Plaquetas  $\leq 100.000/mm^3$**   
**Platelet counter**

#### Diagnóstico diferencial

- Esteatose hepática aguda da gravidez
- Síndrome hemolítico-urêmica
- Púrpura trombocitopênica trombótica

- Hepatite viral
- Apendicite
- Diabetes insipidus
- Colecistomatia
- Gastroenterite
- Encefalopatia hepática
- Cálculos renais
- Úlcera péptica
- Lúpus eritomatoso sistêmico
- Miocardiopatia periparto
- Aneurisma de aorta
- Abuso de cocaína
- Hipertensão arterial maligna
- Hiperêmese gravídica
- Trombocitopenia idiopática

### **Esteatose Hepática Aguda na Gravidez (EHAG)**

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

### **Síndrome Hemolítica Urêmica (SHU)**

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

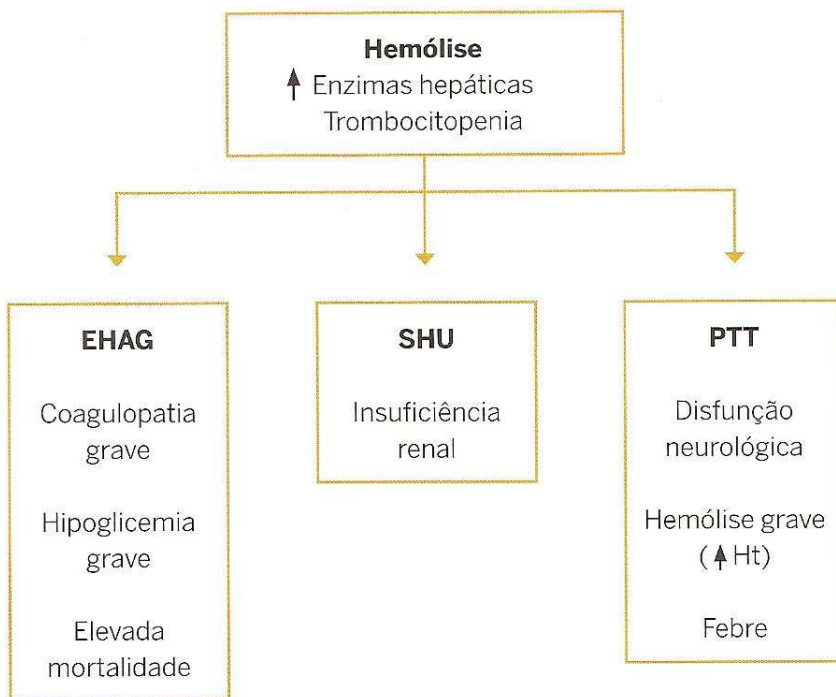
### **Púrpura Trombocitopênica Trombótica (PTT)**

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

### **Hepatite viral**

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

### **Principais Diagnósticos Diferenciais**



### Principais complicações

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

**Tratamento (estabilização e encaminhamento para rede referenciada de maior complexidade)**

### Tratamento Multidisciplinar

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

## **Tratamento medicamentoso com Dexametasona**

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

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

## **Via de parto – indicações**

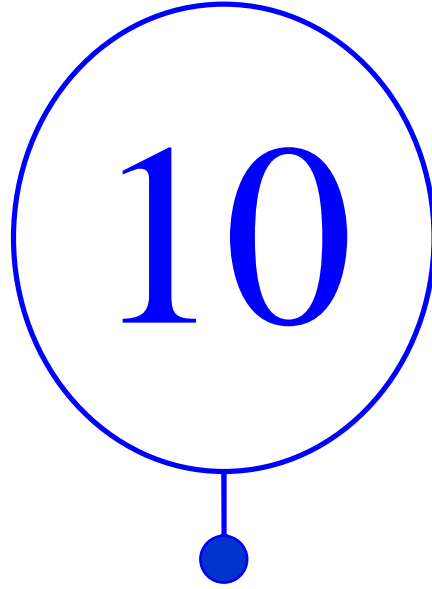
- Quando possível, preferir parto vaginal. O parto vaginal com vigilância da vitalidade fetal está associado a menor morbiletalidade materna
- A hemorragia antes, durante e após parto piora significativamente o prognóstico materno, favorecendo a instalação de insuficiência renal aguda
- A reposição volêmica com cristalóides reduz a pressão coloidosmótica plasmática, favorecendo o edema agudo de pulmão
- É primordial corrigir a plaquetopenia na ocasião do parto cesárea para  $100.000/\text{mm}^3$
- Cada unidade de plaquetas transfundida aumenta a contagem sérica em  $10.000/\text{mm}^3$
- A anestesia geral é indicada para casos de CIVD ou com plaquetopenia abaixo de  $70.000/\text{mm}^3$
- A incisão abdominal cirúrgica e a laparotomia infra-umbilical transversa com colocação de drenos subaponeuróticos
- No caso de CIVD, a incisão deve ser infra-umbilical longitudinal mediana
- Rigorosa hemostasia e curativo compressivo

## **Rotura hepática**

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

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





# *Eclampsia*

## **Descrição**

## Definição

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

## Observação

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

## Diagnóstico

### Exames laboratoriais

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

### **Tratamento (estabilização e encaminhamento para rede referenciada de maior complexidade)**

#### Cuidados gerais na crise convulsiva

- Permeabilidades das vias aéreas
- Proteção da língua
- Administração de O<sup>2</sup>
- Posição semi-sentada
- Assistência ventilatória

### **Sulfato de magnésio (MgSO<sub>4</sub> – 7H<sub>2</sub>O)**

#### Esquema de zuspan

- Dose de ataque  
4 g por via endovenosa lento (8 ml de sulfato a 50% + 12 ml de água destilada em 4 minutos)
- Dose de manutenção  
1 g/h a 2 g/h por via endovenosa (10 ml de sulfato 50% + 500 ml de SG 5% para correr a cada 5 h)

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



## Esquema de Pritchard

- Dose de ataque
  - ◆ 4 g por via endovenosa lento (8 ml de sulfato a 50% + 12 ml de água destilada em 4 minutos)
  - ◆ adicionar 10 g por via intramuscular (10 ml de sulfato a 50% em cada glúteo, com agulha de 10 cm e calibre 20)
- Dose de manutenção
  - 5 g (10 ml a 50%) por via intramuscular a cada 4 horas, alternando os glúteos.

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

## Toxicidade materna

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

## Intoxicação pelo sulfato de magnésio

### Sinais de intoxicação

- Abolição do reflexo patelar
- Frequência respiratória  $\leq$  14 irpm
- Diurese < 25 ml/h

### Conduta na intoxicação

Suspende-se a dose subsequente até que se restabeleçam os critérios.

Se necessário, usar o antídoto:

Gluconato de cálcio 10% –10 ml por via endovenosa lento.

## Na persistência de convulsões

Considerar o esquema ineficaz, suspeitar de hemorragia intracraniana a iniciar o tratamento com fenilhidantoína.

Solicitar tomografia ou ressonância magnética e avaliação do neurologista.

### Esquema de hidantalização

- Dose de ataque
  - ◆ Fenitoína – 1 ampola (250 mg) diluída em soro fisiológico 250 ml por 10 minutos
  - ◆ Repetir o esquema a cada 30 minutos, até completar 750 mg
- Dose de manutenção
  - ◆ 100 mg por via endovenosa a cada 8 horas enquanto se mantiver a venóclise
  - ◆ Depois, dar 100 mg por via oral a cada 8 horas até a alta hospitalar

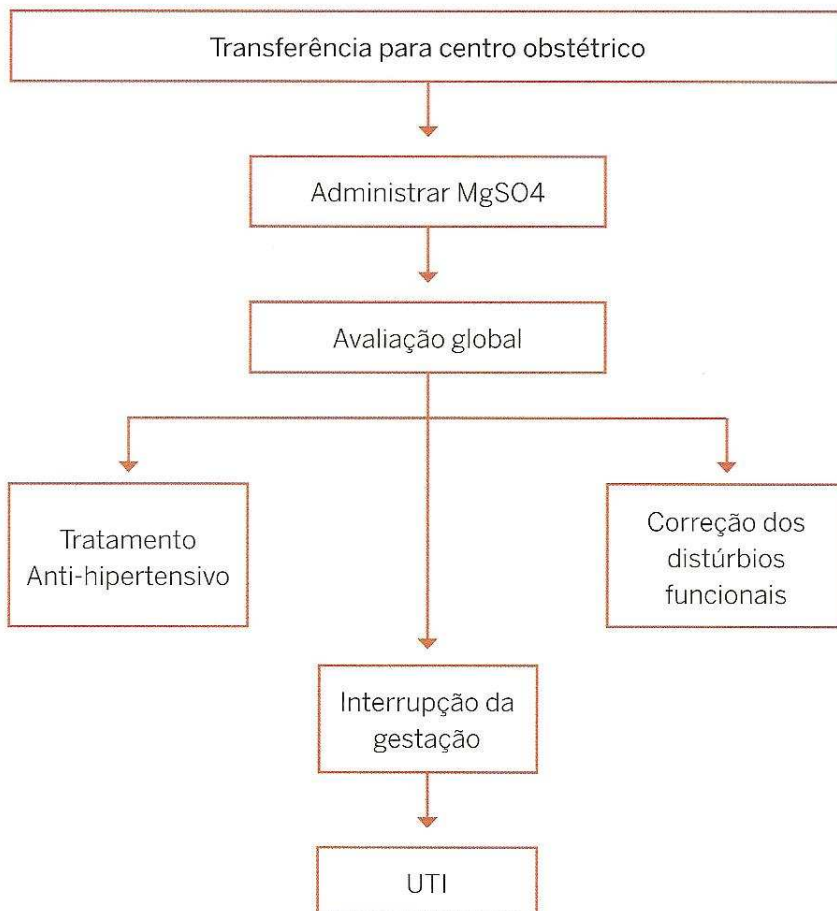
## Terapêutica anti-hipertensiva

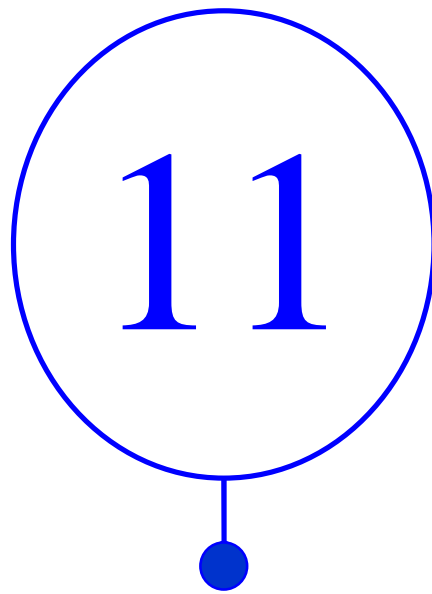
### Pressão arterial excessivamente elevada (crise hipertensiva)

- 1ª opção
  - ♦ Hidralazina – 5 mg por via endovenosa a cada 15 minutos, até controle da hipertensão
- 2ª opção
  - ♦ Nifedipina (Adalat®) – 10 mg por via oral (contra-indicação relativa quando associada ao sulfato de magnésio)
  - ♦ Nitroprussiato de sódio – 0,2 mcg/kg/min a 5 mcg/kg/min por via endovenosa (contra-indicação relativa pela formação de cianeto)

## Terapêutica obstétrica

Interrupção da gestação após estabilização do quadro clínico.





*Anemias  
na gestação*

## **Descrição**

### **Definição**

Concentração de hemoglobina inferior a 11 g/dl.

## **Classificação**

### **Fisiopatologia**

- Falta de produção
- Excesso e destruição
- Perdas hemorrágicas

### **Mofológica**

- Microcíticas e hipocrômicas
- Macrocíticas
- Normocíticas e normocrômicas

## **Alteração hematológica da gestação**

### **Anemia fisiológica da gestação**

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

### **Incidência da anemia na gestação**

Anemia ferropriva (85% dos casos)

Anemia hipocrômica e microcítica ou normocítica. Apresenta ferritina, ferro sérico e reticulócitos baixos.

Deficiência de folato ou vitamina B12

Anemia macrôcítica. Apresenta hipersegmentação dos neutrófilos.

Falciforme

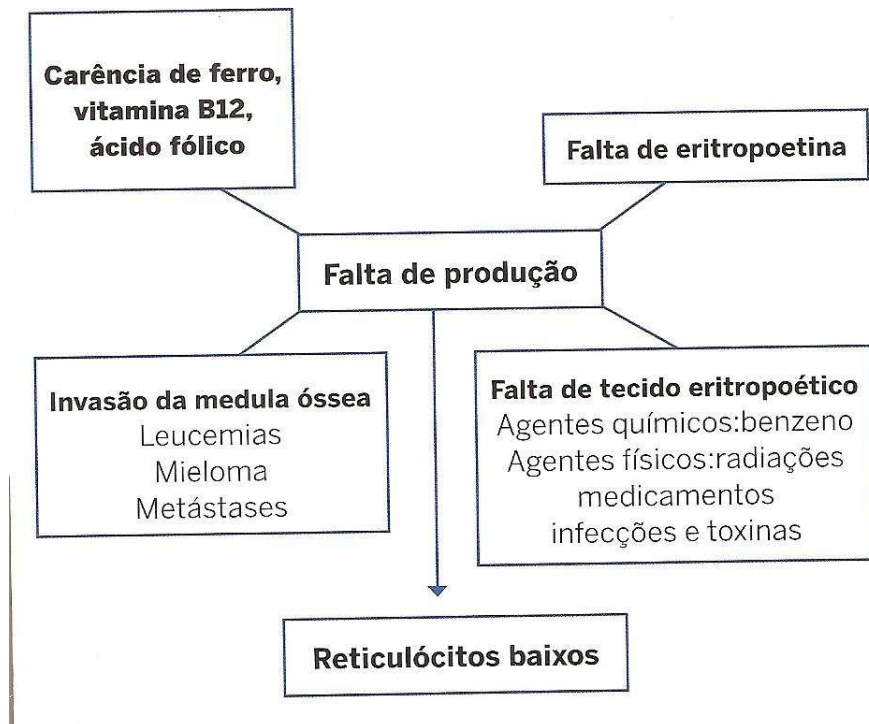
Anemia normocrômica. Apresenta afoçamento das hemácias (prova de falcização) e presença de molécula HbS na eletroforese de hemoglobina.

Talassemias

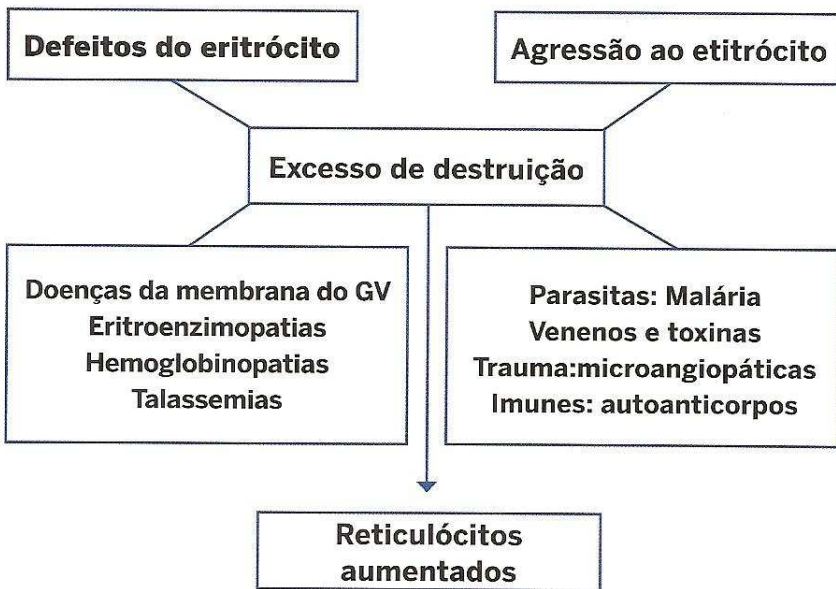
Anemia hipocrômica e microcítica. Apresenta ferro sérico normal, hemácias em alvo e eletroforese de hemoglobina com elevação de HbA2. Suspeitar de talassemia quando a anemia não responder ao tratamento convencional.

## Fisiopatologia

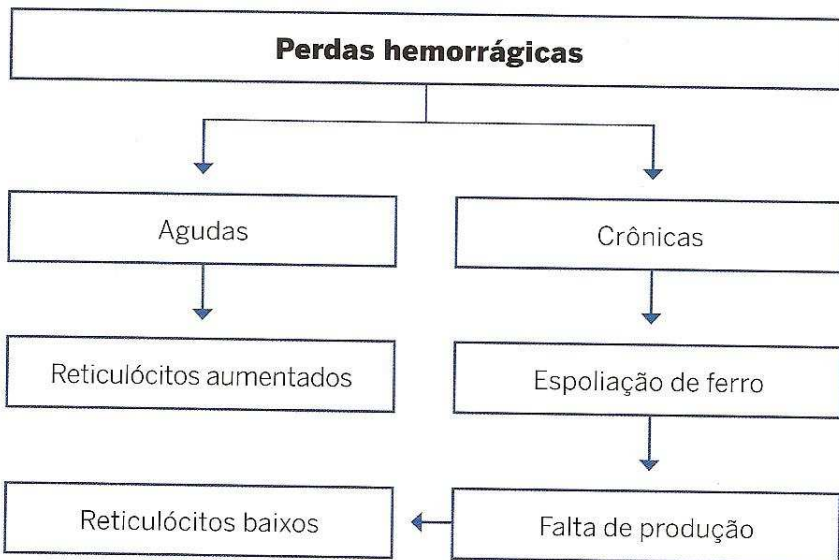
**Falta de produção** → **reticulócitos baixos**



**Excesso de destruição → reticulócitos aumentados**



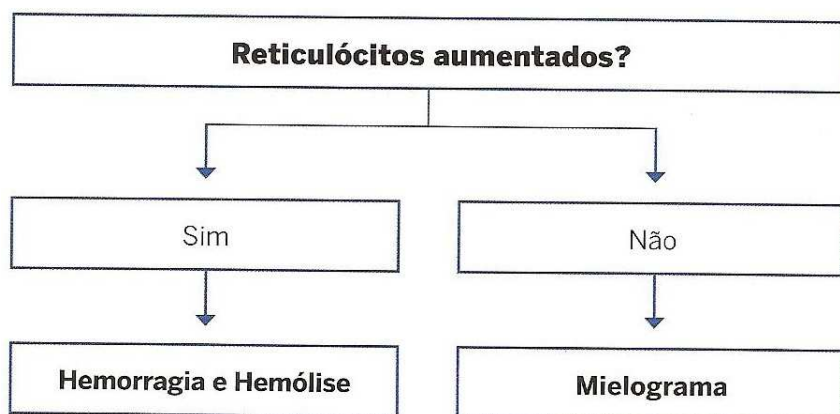
**Perdas hemorrágicas**



**Anemias Microcíticas e Hipocrômicas**



### Anemias Normocrômicas e Normocíticas



### Diagnóstico

#### Roteiro diagnóstico

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

#### Resultado dos exames

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

## **Tratamento**

### **Anemia ferropênica**

#### **Ferro por via oral (crise hipertensiva)**

Administrar de 160 mg/dia a 200 mg/dia

- Sulfato ferroso – 1 comprimido a 4 comprimidos ao dia
- Noripurum® (ferro polimaltosado) – 2 comprimidos ao dia
- Neutrofer® (ferro quelato glicinato) – 2 comprimidos ao dia

Para terapias Específicas, é aconselhável a opinião do hematologista.

#### **Ferro por via endovenosa**

- Noripurum®
  - ◆ Dose – 1 ampola ou duas (100 mg ou 200 mg) diluída em solução fisiológica
  - ◆ Tempo de infusão – de 2 minutos a 2 horas
  - ◆ Dose máxima – MG por dia

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

#### **Critérios para uso de ferro parenteral**

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



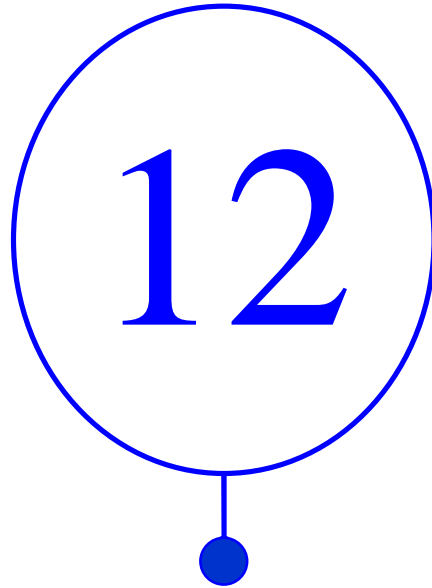
## **Anemia pós-parto**

Casos Mais leves  
(Hb > 9,5 g/dl)

- [ . Ferro por via oral 80 mg/dia a 100 mg/dia
- [ por 6 meses

Casos Mais graves  
(Hb < 9,5 g/dl)

- [ . Ferro por via endovenosa
- [ . Eritropoetina (discutir com hematologista)



*Diabetes  
Gestacional  
(DG)*

## **Descrição**

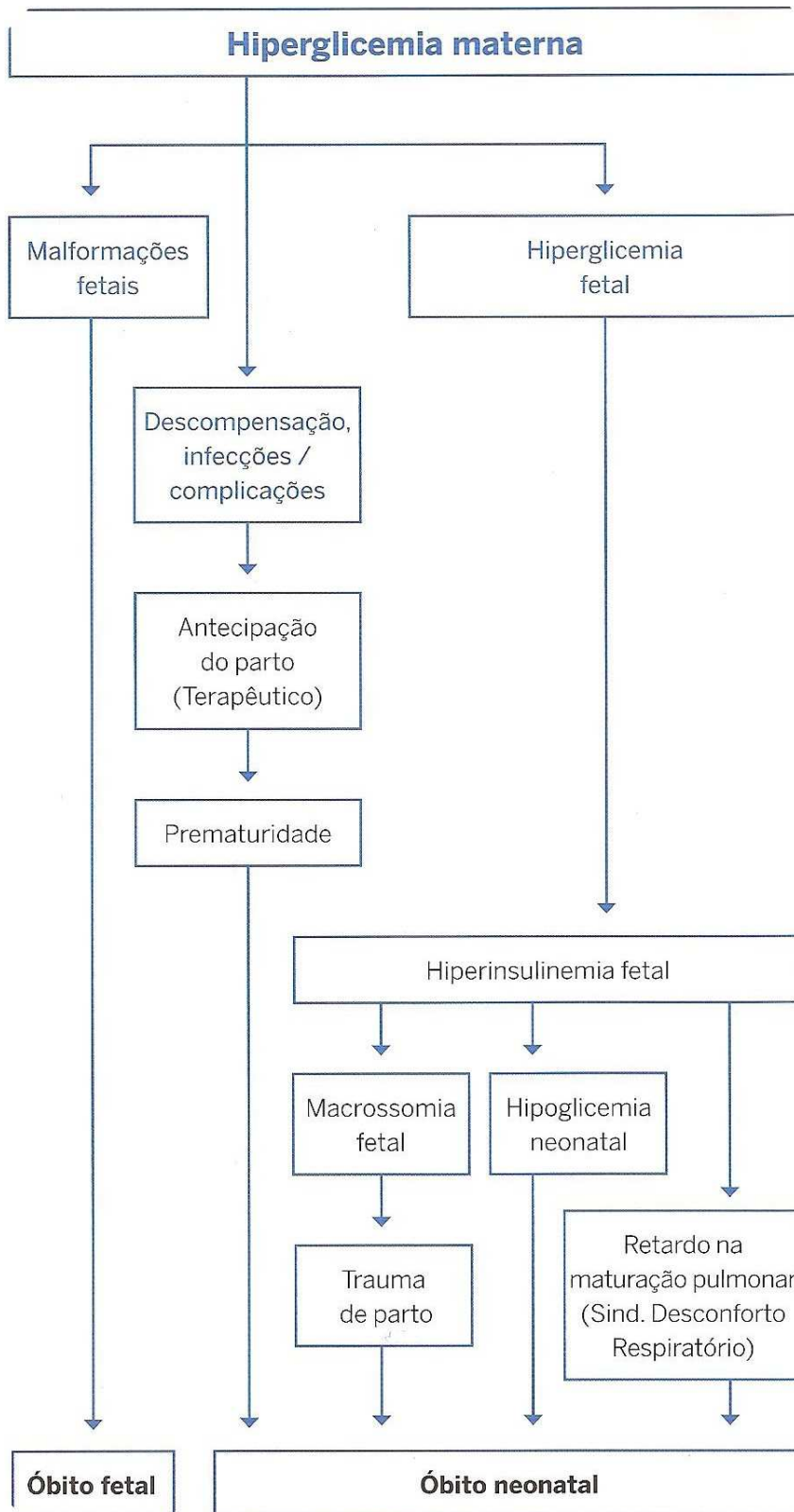
### **Definição**

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

### **Prevalência**

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

### **Fisiopatologia**



## Classificação

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

## Grupo de alto risco para DG

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

## Diagnóstico

### Rastreamento laboratorial

#### Objetivo

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

#### Métodos

##### Glicemia de jejum

- 90 mg/dl a 104 mg/dl = alto risco para DG
- 2 valores  $\geq$  105 mg/dl = DG

##### Testes de tolerância

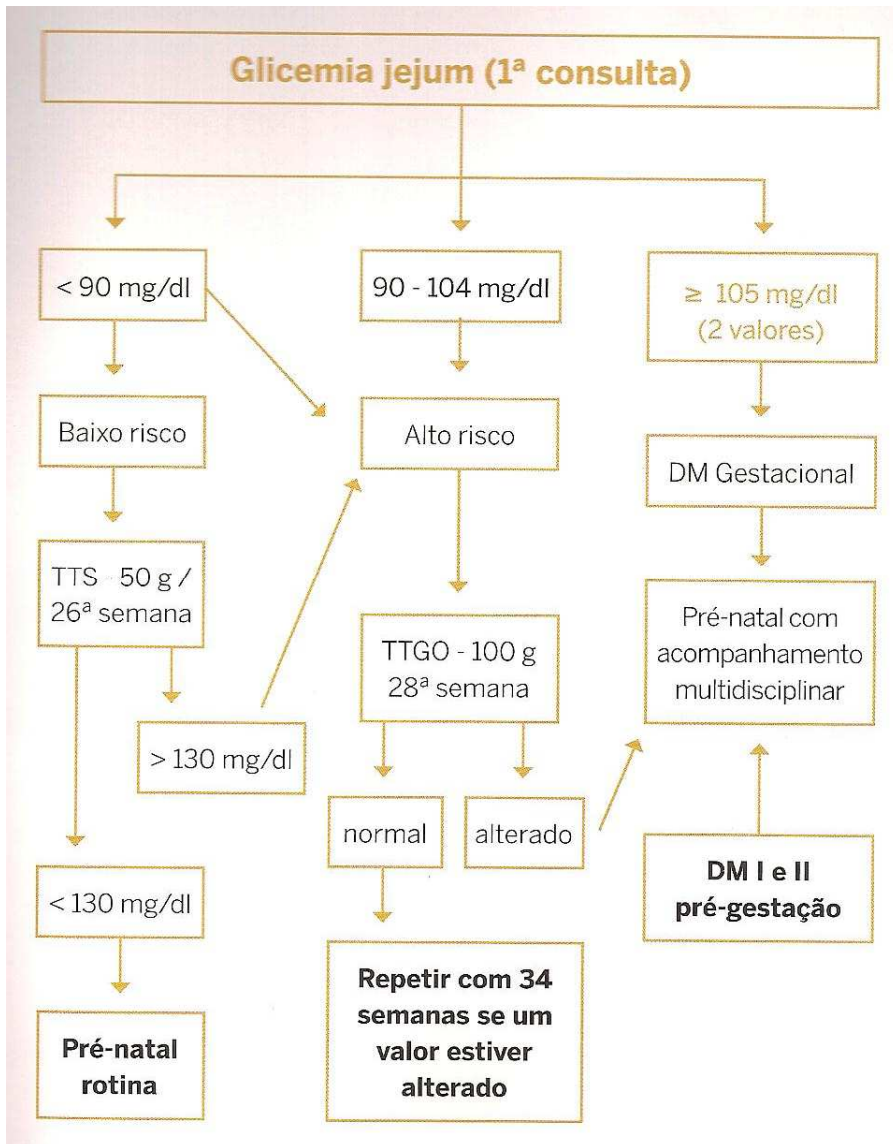
- No baixo risco  
Iniciar com Teste de Tolerância Simplificado (TTS) de 50g; se > 130 mg/dl, realizar o Teste de Tolerância à Glicose Oral (TTGO) de 100g

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

TTS 50 g    [ . 50g de glicose via oral  
                  [ 1 hora pós > 130 mg/dl = alto risco para DG

- [ . Realizado pela manhã
- [ . Orientar consumo de carboidratos
- [  $\geq 150$  g) nos 3 dias anteriores ao exame
- [ . Jejum de 8 horas a 12 horas antes do teste
- TTGO [ . Valores:
- 100g [  $\blacklozenge$  Jejum – 95 mg/dl
- 3 horas [  $\blacklozenge$  1 hora pós – 180 mg/dl
- [  $\blacklozenge$  2 hora pós – 155 mg/dl
- [  $\blacklozenge$  3 hora pós – 1480 mg/dl
- [
- [ 2 ou mais valores alterados = diabetes melito gestacional

### **Fluxograma de Diagnóstico para DMG**



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

### **Avaliação do comprometimento sistêmico**

#### **Diabéticas com complicações crônicas**

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

#### **Controles no pré-natal**

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

## Tratamento

**Tratamento Clínico**(encaminhar para ambulatório de alto risco e se necessário, estabilização e encaminhamento para rede referenciada de maior complexidade)

### Supervisão do Grupo Multidisciplinar

#### Manutenção em normoglicemia

- Valores glicêmicos ideais
  - ♦ Jejum e pré-prandial < 105 mg/dl
  - ♦ pós-prandiais – 1 hora após < 140 mg/dl
  - 2 hora após < 120 mg
- Orientação nutricional feita por nutricionista
- Exercícios físicos adequados

#### Terapia Hipoglicemiante (sempre orientada pelo endocrinologista)

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

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

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

#### Avaliar cautelosamente ajustes da insulina:

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

#### Prevenção de infecções

- Evitar descompensações mais frequentes
  - ♦ Urinárias
  - ♦ Cutâneas / dentárias
  - ♦ Fúngicas
- Tratar a bacteriúria assintomática
- Realizar urocultura a cada 3 meses

#### Critérios de internação (estabilização e encaminhamento para rede referenciada de maior complexidade)

- No diagnóstico: glicemias muito elevadas e para início da insulinização



- Intercorrências clínicas / obstétricas com comprometimento materno-fetal
- Gestação que atinge 38 a 39 semanas

### **Conduta obstétrica**

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

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

### **Conduta clínica no dia do parto**

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

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| Preferencialmente<br>pela<br>manhã | <ul style="list-style-type: none"> <li>[ . Administrar 1/3 da dose de insulina NPH</li> <li>[ . Cateterização venosa: infusão de SG 5% –125 ml/h</li> <li>[ . Controle glicêmico capilar a cada 3 horas</li> <li>[ . Manter glicemia em 70 mg/dl a 120 mg/dl</li> <li>[ . Em caso de glicemia &gt;140 mg/dl, acrescentar insulina regular 5 UI em 500 ml de soro glicofisiológico. Infundir na velocidade de 1UI/h a 2UI/h</li> </ul> |
|------------------------------------|---|

### **Conduta no puerpério**

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

Diabetes gestacional = retirada da insulina.

Reclassificação do estado glicêmico materno após 6 semanas do parto.

13

*Síndrome  
Antifosfolípide  
(SAF)  
e Trombofilias*

**Descrição**

## Definição

As trombofilias são alterações da coagulação sanguínea que levam o indivíduo a maior predisposição para fenômenos tromboembólicos.

## Classificação

Adquiridas	[ . Síndrome antifosfolípide (SAF)
	[ . Deficiência de proteína S
	[ . Deficiência de proteína C
Hereditárias	[ . Deficiência de Antitrombina III (ATIII)
	[ . Presença do fator V de Leiden
	[ . Mutação do gene recombinante da protrombina
	[ . Hiperhomocisteinemia

## Complicações relacionada à SAF ou às trombofilias

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

## Diagnóstico

### Diagnóstico de SAF

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

### Critérios Clínicos

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

**Tratamento(encaminhar para ambulatório de alto risco e se necessário, estabilização e encaminhamento para rede referenciada de maior complexidade)**

### Gestante sem antecedente pessoal de trombose

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

- Aspirina – 100 mg/dia (interromper 10 dias antes do parto)
- Heparina dose profilática (uma das opções abaixo):
  - ◆ Heparina (Liquemine® ou Heparin®) – 5.000 U por via subcutânea 2 vezes/dia
  - ◆ Dalteparina (Fragmin®) – 5.000 U por via subcutânea 2 vezes/dia
  - ◆ Enoxaparina (Clexane® ou Cutenox®) – 40 mg por via subcutânea 1 vez por dia

### **Gestante com antecedente pessoal de trombose**

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

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

### **Cuidados com o uso de heparina**

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

### **Pré-natal e parto**

- Retornos mensais até 25 semanas, quinzenais até 34 semanas e semanais após essa data, até o parto
- Avaliação dos sinais e sintomas de trombose em cada retorno
- Hemograma com plaquetas e proteinúria bimensalmente
- Ecocardiografia fetal entre 24 semanas e 28 semanas
- Cuidadosa monitoração do crescimento e da vitalidade fetal a partir de 26 semanas (biometria, líquido amniótico, dopplevelocimetria e cardiocografia). Repetição quinzenal até 32 semanas e semanal após essa data
- Internação se apresentar hipertensão, restrição do crescimento, oligoâmnio ou alteração na vitalidade fetal
- Interrupção da gestação com 38 semanas ou anteriormente em função das condições maternas e fetais

14

*Infecção  
Urinária  
e Gestação*

## Descrições

### Definição

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

Formas Clínicas [ . Bacteriúria assintomática.  
[ . Infecção urinária baixa (cistites e uretrites)  
[ . Pielonefrite aguda

### Incidência

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

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

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

### Complicações

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

Complicações obstétricas:

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

### Diagnóstico

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

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

## **Pielonefrite aguda**

### **Sinais e sintomas locais**

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

### **Sinais e sintomas sistêmicos**

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

## **Tratamento**

### **Drogas preferenciais**

- Ampicilina
- Cefalosporina
- Nitrofurantoína

### **Drogas com contra-indicação**

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

## **Bacteriúria assintomática**

### **Tratamento dose única**

- Ampicilina (Binotal®) – 2 g
- Cefalexina (Keflex®) – 2 g
- Fosfomicina (Monuril®) – 1 envelope (3 g)

- Amoxicilina (Amoxil®) – 3 g
- Nitrofurantoína (Macrofantna®) – 200 mg

#### **Tratamento por 3 dias**

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

#### **Supressão para persistência bacteriana ou recorrência**

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

#### **Cistite ou bacteriúria assintomática (tratamento prolongado)**

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

#### **Observação**

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

#### **Pielonefrite Aguda – Conduta (estabilização e encaminhamento para rede referenciada de maior complexidade)**

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

#### **Antimicrobianos no tratamento da pielonefrite aguda**

- Ampicilina (Binotal®) – 1 g a 2 g por via endovenosa a cada 6 horas
- Cefalexina (Keflin®) – 1 g a 2 g



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

#### Observação

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

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

Solicitar orientação do infectologista.

15

*Sífilis  
e Gestação*

**Descrição**

## **Etiologia**

Bactéria espiroqueta *Treponema pallidum*.

## **Transmissão**

Sexual (penetração pela mucosa ou pele)

## **Período de incubação**

De 10 dias a 90 dias.

## **Transmissão vertical**

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

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

## **Repercussões fetais e neonatais**

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

- Miocardite
- Pênfigo palmar e plantar
- Rinite

## Diagnóstico

### Formas clínicas

#### Primária

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

#### Secundária

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

#### Latente

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

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

#### Observação

Permanece o risco de transmissão, inclusive para o concepto

#### Terciária

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

## Diagnóstico

Nas formas primária e secundária = clínico e sorologia

Nas formas latente e terciária = sorologia

Presença de sintomas neurológica = pesquisar líquido

## Diagnóstico Sorológico

Rotina sorológica no pré-natal

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

### Observações

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

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

### Testes não específicos (não treponêmico)

#### VDRL

- Torna-se reagente após 2 a 4 semanas do aparecimento do cancro
- Variações significativas = elevação no título de 4 vezes em 1 mês
- Permanece positivo por vários anos
  
- Causas de falsos positivos com títulos baixos:
  - ◆ Doenças infecciosas (hepatopatias crônicas)
  - ◆ Doenças reumatológicas (colagenoses)

### Testes específicos (treponêmico)

#### FTA ABS (imunofluorescência indireta)

- Mantém-se positivo por toda a vida = cicatriz sorológica do cancro
  
- Causas de falsos positivos:
  - ◆ Hanseníase
  - ◆ Malária
  - ◆ Colagenose
  - ◆ Mononucleose

### Fluxograma Diagnóstico Sorológico

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

---

VDRL - e FTA ABS+



Cicatriz sorológica ou  
falso positivo

### **Diagnóstico de infecção fetal**

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

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

### **Sífilis + HIV**

Manifesta-se de forma mais rápida e mais grave.

Sempre pesquisar liquor nos co-infectados.

### **Tratamento**

#### **Tratamento Medicamento**

Deve-se evitar o toque vaginal. Quando realizado, exige ambiente onde seja possível

#### **Forma primária**

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

#### **Forma secundária e latente recente**

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

#### **Forma latente tardia**

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

#### **Forma terciária**

Duas opções:

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

#### **Tratamento Medicamentoso alternativo**

##### **Em casos de alergia a Penicilina**

- Eritromicina (estearato) – 500 mg por via oral a cada 6 horas durante 14 dias
- Ceftriaxona (Rocefin®) – 1 g/dia por via intramuscular durante 10 dias

### Observação

Não trata o conceito adequadamente.

### Controle pós-tratamento

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

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

Os títulos devem cair 4 vezes com 3 meses.

16

*Rubéola  
e Gestação*



## **Descrição**

### **Etiologia**

RNA vírus da família Toga vírus.

### **Via de transmissão**

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

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

### **Transmissão vertical**

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

### **Regra geral**

Não costuma ser relevante o acometimento do conceito após o 1º trimestre da gestação.

## **Diagnóstico**

### **Quadro clínico**

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

### **Rotina pré-natal**

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

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

### **Infecção materna**

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

O diagnóstico sorológico de rubéola é confirmado diante de soroconversão ou quadruplicação dos títulos de IgG entre duas amostras de sangue, colhidas com 2 semanas a 3 semanas de intervalo, após a suspeita de contágio ou início de exantema. A pesquisa sorológica é fundamental para gestantes susceptíveis que tiveram contato com doentes. Se IgM - e IgG -, a sorologia é repetida após 2 semanas a 3 semanas.

	[ . IgM - IgG - = gestante susceptível
Sorologia	[ . IgM + IgG + = gestante com infecção aguda
materna	[ . IgM - IgG + = gestante com infecção progressiva

### **Infecção fetal**

Diante de gestante IgM + IgG +, realizar amniocentese (após 1 semana de gestação e com mais de 30 dias após o início da infecção materna), para pesquisa do agente no líquido amniótico, por meio da reação em cadeia de polimerase (PCR).

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

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

Avidez	[ . Baixa avides (< 30%) indica infecção recente
para IgG	[ . Alta avides (> 60%) indica infecção antiga

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

### **Achados ultra-sonográficos**

Geralmente identificados após a 20ª semana de gestação. Podem estar ausentes e são inespecíficos. Os principais são:

- Hidrocefalia
- Microcrania
- Defeitos cardíacos
- Hepatoesplenomegalia
- Catarata
- Hidropsia fetal
- Restrição do crescimento fetal
- Polidrâmnio
- Oligoâmnio
- Placentomegalia

### **Síndrome da Rubéola Congênita – Achados neonatais frequentes**

- Restrição do crescimento

- Hepatoesplenomegalia
- Púrpura trombocitopênica
- Catarata / glaucoma
- Microcefalia
- Retardo mental
- Cardiopatias / miocardite
- Surdez
- Anemia hemolítica
- meningoencefalite

**Tratamento (encaminhar para ambulatório de alto risco e se necessário, estabilização e encaminhamento para rede referenciada de maior complexidade)**

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

#### **Tratamento medicamentoso**

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

#### **Profilaxia**

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

17

*Toxoplasmose  
e Gestação*

## Descrição

### Etiologia

Protozoário intracelular *Toxoplasma gondii*

### Via de transmissão

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

### Transmissão vertical

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

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

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

### Observação

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

### Imunossupressão

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

## Diagnóstico

### Quando clínico

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

### Rastreamento pré-natal

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

## **Infecção materna**

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

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

## **Sorologia materna**

### **IgM- IgG-**

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

Avidéz                    [ . Baixa avidéz (< 30%) indica infecção há menos de 3 meses  
Para IgG                [ . Alta avidéz (>60%) indica infecção antiga

### **IgM + IgG + na 1ª consulta, sem sorologia anterior**

Suposta gestante com infecção aguda. Realizar teste de avidéz para IgG.

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

### **IgM- IgG +**

Gestante com infecção pregressa

## **Observações**

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

## **Infecção fetal**

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

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

## Acometimento do recém-nascido

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

### Manifestações clínicas comuns

- Oculares
  - ◆ Coriorretinite,
  - ◆ Atrofia do nervo óptico
  - ◆ Cegueira
  - ◆ Paralisia ocular
  - ◆ Microftalmia
- Sistema nervoso central
  - ◆ Microcefalia,
  - ◆ Hidrocefalia
  - ◆ Ventriculomegalia
  - ◆ Surdez
  - ◆ Calcificações periventriculares
- Hepatoesplenomegalia
- Icterícia
- Ascite
- Hidropsia
- Trombocitopenia
- Retardo no desenvolvimento neuropsicomotor

### Achados ultra-sonográficos

Geralmente identificados após a 20<sup>a</sup> semana de gestação. Podem estar ausentes e são inespecíficos. Os principais são:

- Ventriculomegalia
- Calcificação periventriculares
- Hepatoesplenomegalia
- Opacificação do cristalino
- Placentomegalia
- Microcefalia
- Hidropsia fetal
- Restrição do crescimento fetal
- Polidrâmnio
- Oligoâmnio

**Tratamento (encaminhar para ambulatório de alto risco e se necessário, estabilização e encaminhamento para rede referenciada de maior complexidade)**

**Tratamento Medicamentoso da infecção materna aguda**

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

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

### **Tratamento Medicamentoso da infecção fetal**

Indicado quando a pesquisa no líquido amniótico (amniocentese) resultar positiva. Intercalar o uso da Espiramicina, a cada 3 semanas, com o seguinte esquema, até o parto:

- Pirimetamina (Daraprin 25 mg®) – 2 comprimidos por via oral a cada 12 horas
- Sulfadiazina (Sulfadizina 500 mg®) – 2 comprimidos por via oral a cada 8 horas
- Ácido fólico (Leucovorin 10 mg®) – 1 comprimidos por via oral ao dia

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

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

### **Profilaxia (para as gestantes susceptíveis)**

- Cuidados higiênicos no trato de animais domésticos
- Uso de luvas no manuseio de areia, terra, plantas e carnes
- Sulfadiazina (Sulfadizina 500 mg®) – 2 comprimidos por via oral a cada 8 horas
- Lavar bem os alimentos que serão ingeridos crus
- Descascar as frutas
- Comer carne bem cozida
- Evitar ingerir ovos crus ou mal cozidos
- Lavar bem as mãos antes de se alimentar



18

# *Citomegalovírus e Gestação*

## **Descrição**

## **Etiologia**

DNA vírus da família Herpesvírus.

## Via de transmissão

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

## Transmissão vertical

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

## Diagnóstico

### Quando clínico

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

### Infecção materna

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

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

Sorologia	[ . IgM- IgG- = gestante susceptível
materna	[ . IgM+ IgG+ = gestante com infecção aguda
	[ . IgM- IgG+ = gestante com infecção progressa

### Infecção fetal

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

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

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

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

### Achados ultra-sonogr[aficos

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

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

## **Tratamento**

### **Tratamento Medicamentoso**

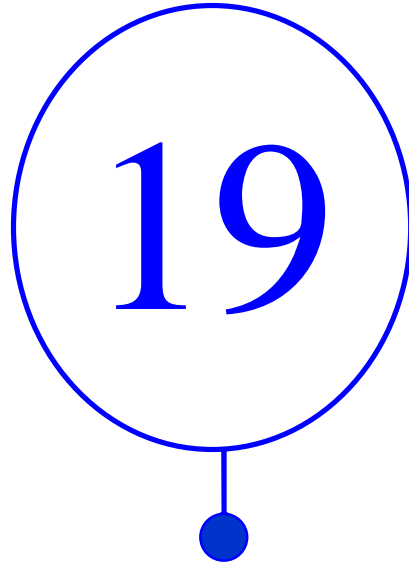
Não há tratamento específico. O uso de drogas antivirais ainda não é preconizado na prática diária. O uso de imunoglobulina também não tem sido recomendado.

### **Observação**

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

### **Profilaxia (para as gestantes susceptíveis)**

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



# *Hepatite B*

**Descrição**

## **Etiologia**

Vírus da hepatite B ou HBV, do tipo DNA.

## **Período de incubação**

De 60 a 180 dias.

## **Cronicidade**

De 3% a 10%

## **Transmissão**

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

## **Observação**

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

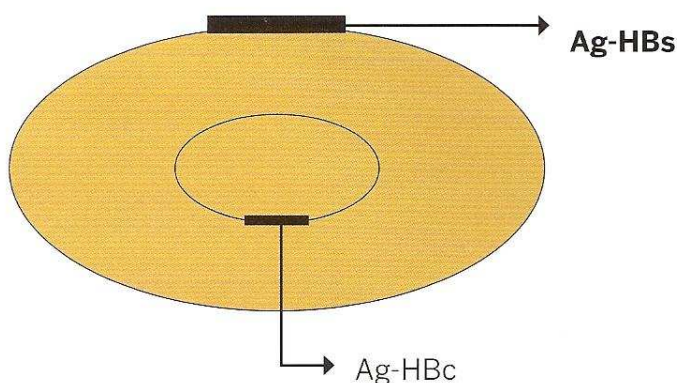
## **Repercussões sobre o ciclo gravídico-puerperal**

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

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

## **Diagnóstico**

### **Marcadores sorológicos do vírus da Hepatite B ou HBV**



- **Ag-HBs**

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

- Ag-HBc  
Antígeno Central (core) do VHB  
Avaliação por **Anti-HBc**  
Se positivo, indica contato com vírus HBV  
Não indica imunidade ou proteção
- **Ag-HBe**= antígeno da clivagem do core viral.  
Indica replicação
- Anti-HBs = anticorpo contra antígeno de superfície. Indica imunidade
- Anti-HBe = anticorpo contra o antígeno "e" do core.  
Sugere bom prognóstico

### Hepatite B crônica – Rotina diagnóstica

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

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

#### Em caso de Anti-HBc –

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

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

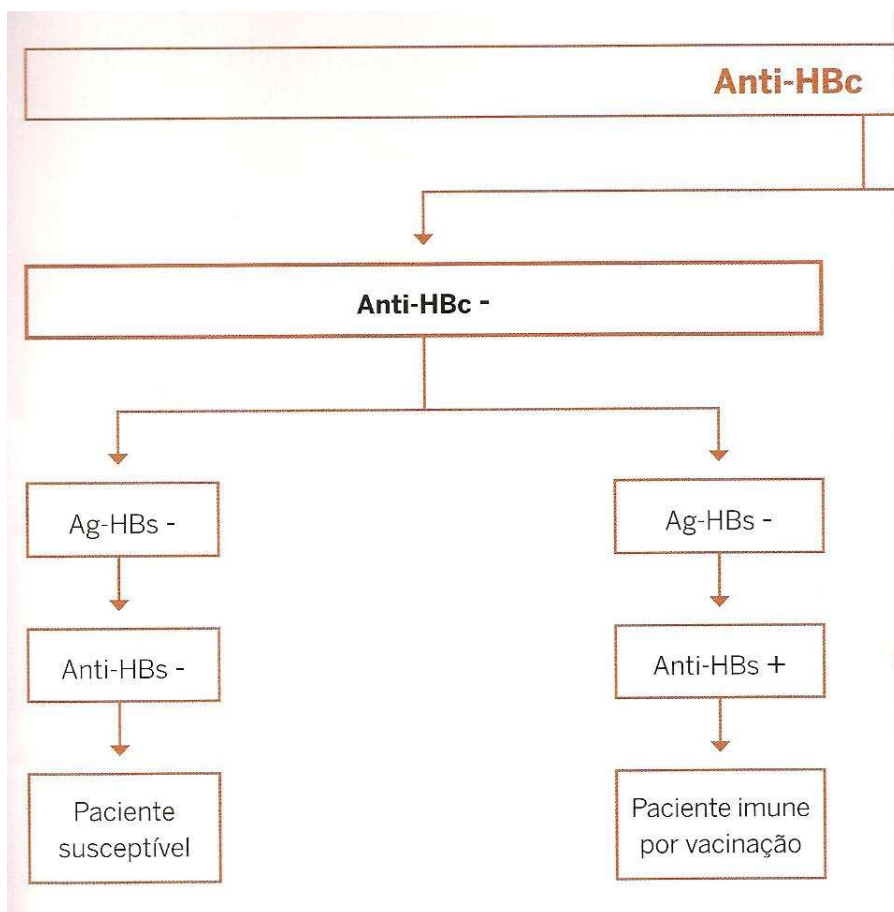
- Anti-HBs - (não há infecção) e Anti-HBs+ (presença de anticorpos) = cura ou imunidade após infecção
- Ag-HBs+ = infecção. Comunicar o pediatra para profilaxia do RN. Chances de transmissão vertical de 10%. Para saber se está replicando ou não, procede-se a análise do Ag-HBe (antígeno de replicação)

#### Ag-HBe

- Ag-HBe- = não há replicação. Encaminhar paciente para tratamento pós-parto
- Ag-HBe+ = esta havendo replicação ativamente e a chance de transmissão vertical passa para 80% a 90%
  - ♦ Ag-HBe+ e Anti-HBe+ = paciente está apresentando reação contra a replicação
  - ♦ Ag-HBe+ e Anti-HBe- = paciente não apresenta reação contra a replicação

**Tratamento** (encaminhar para ambulatório de alto risco e se necessário, estabilização e encaminhamento para rede referenciada de maior complexidade)

### Fluxograma de diagnóstico



**Anti-HBc +**  
Contato com HVB  
Não indica imunidade ou proteção

Ag-HBs -

Anti-HBs +

Paciente imune  
após infecção

Ag-HBs +  
Indica infecção  
Comunicar pediatra para  
profilaxia do RN  
Transmissão vertical  
de 10%

Ag-HBe -

Não está  
replicando

Ag-HBe +  
Está replicando  
Transmissão vertical  
passa para 80%  
Comunicar pediatra  
para profilaxia do RN

Anti-Hbe -

Sem reação  
contra a  
replicação

Anti-Hbe +

Reação para  
diminuir a  
replicação



## **Observações**

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

A via de parto é de indicação obstétrica.

A amamentação é permitida.



# *Hepatite C*

**Descrição**

**Etiologia**

Vírus da hepatite C ou HCV do tipo RNA.

### **Período de incubação**

De 30 a 120 dias.

### **Cronicidade**

De 50% a 70%

### **Vias de transmissão**

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

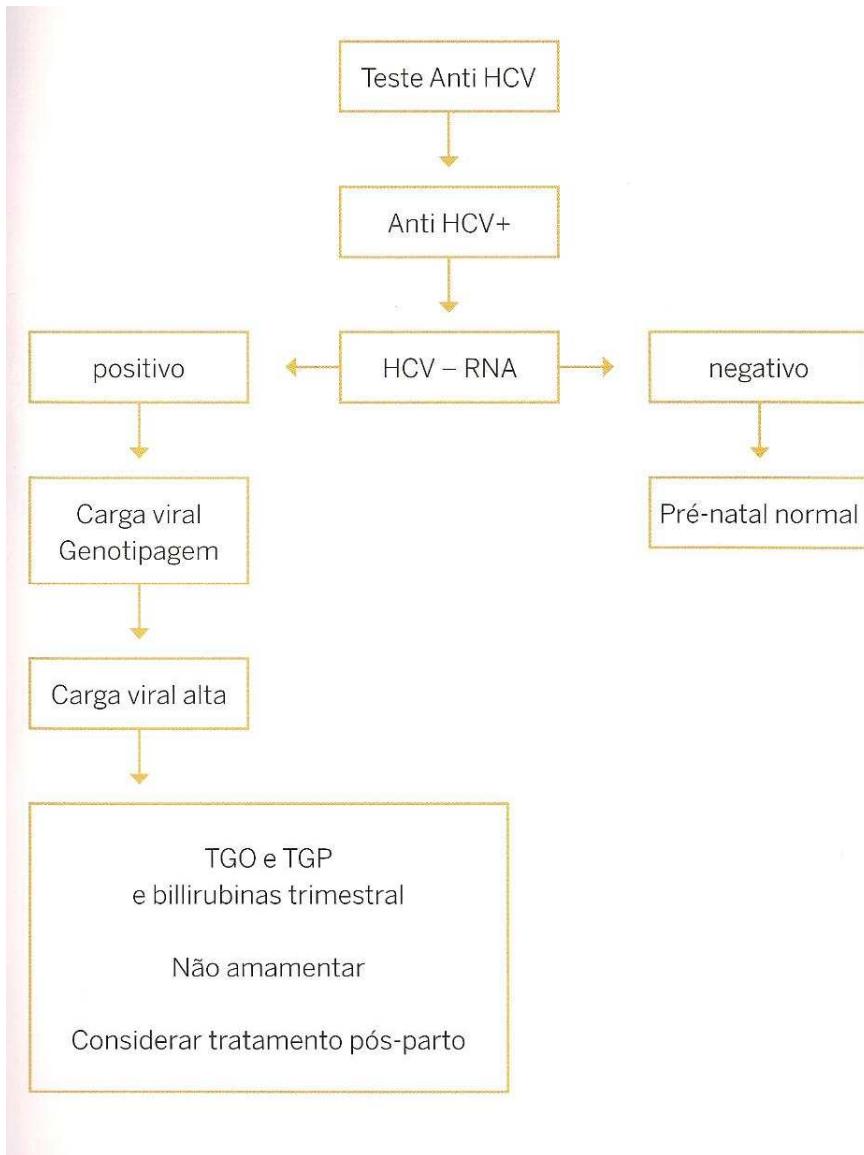
A maior parte dos casos de recém-nascidos de mães portadoras do Anti HCV corresponde à transmissão passiva de anticorpos, que tendem a se negatizar no soro da criança após o sexto mês de vida.

### **Diagnóstico**

#### **Rotina diagnóstica**

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

### **Fluxograma de diagnóstico**



**Tratamento** (encaminhar para ambulatório de alto risco e se necessário, estabilização e encaminhamento para rede referenciada de maior complexidade)

**Prevenção**

Não existe vacina disponível para a prevenção da infecção pela hepatite C. O uso de gamaglobulina não foi ainda estudado como alternativa na prevenção da transmissão vertical do HCV.



# *HIV e Gestação*

## Descrição

### Etiologia

RNA vírus.

### Vias de transmissão

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

### Prevalência de HIV + na população obstétrica

Estado de São Paulo = de 0,1% a 3,7%.

Brasil = menos de 1%

### Interrelações recíprocas

- A gravidez potencializa a deficiência do estado imunológico
- O HIV + aumenta a chance de:
  - ◆ Abortamento
  - ◆ Prematuridade
  - ◆ Rotura prematura de membranas
  - ◆ Restrição do crescimento fetal
  - ◆ Óbito fetal
  - ◆ Incidência de mecônio
  - ◆ Infecção puerperal

### Transmissão vertical

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

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

## Diagnóstico

### Diagnóstico Sorológico no pré-natal

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

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

### Observação

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

### Teste rápido

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

### Assistência pré-natal em gestante HIV+

- Acompanhamento por equipe multidisciplinar, em que o infectologista desempenha papel importante na orientação da medicação anti-retroviral, bem como na orientação da profilaxia e no tratamento das infecções oportunistas (como as causadas pelo *Pneumocystis* e *Toxoplasma gondii*)
- Evitar procedimentos invasivos, como amostra de vilos coriais, amniocentese e cordocentese
- Em cada consulta pré-natal, atentar para a presença de infecções ginecológicas intercorrentes, incluindo HPV
- Incluir exames periódicos de avaliação virológica e imunológica (carga viral, CD4 e CD8), função renal e hepática, bem como monitoração para outras possíveis infecções (como toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes, hepatites, lues, gonorréia, clamídia, micoplasma e tuberculose).
- As sorologias indicando susceptibilidade deverão ser repetidas a cada trimestre
- Deve-se proceder à vacinação contra hepatite B nas gestantes susceptíveis

**Tratamento(encaminhar para ambulatório de alto risco e se necessário, estabilização e encaminhamento para rede referenciada de maior complexidade)**

### Tratamento durante o pré-natal – regras gerais

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

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

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

### Tratamento Medicamentoso na gestação

- Zidovudina (AZT 100 mg) – 3 comprimidos por via oral a cada 12 horas

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

### **Profilaxia Medicamentosa**

#### **Da transmissão vertical no parto**

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

#### **Esquema**

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

#### **Dose de ataque**

AZT – 2mg/kg peso diluído em 100 ml de SG 5% infundindo em 1 horas por via endovenosa.

#### **Dose de manutenção**

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

#### **Observações**

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

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

#### **Via de parto**

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

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

#### **Assistência ao parto – regras gerais**

- Na cesárea, realizar técnica com hemostasia rigorosa de todos os planos, incluindo o segmento inferior, com retirada de concepto impelido.
- Clampeamento imediato do cordão umbilical
- Remoção imediata de sangue e secreções em contato com a pele e mucosas do recém-nascido



- Evitar trabalho de parto prolongado
- Evitar amniotomia e impedir mais de 4 horas de bolsa rota
- não executar fórcepe, nem episiotomia
- retirar o AZT via intravenosa após o clampeamento do cordão
- manter o esquema anti-retroviral no puerpério, quando indicado
- o recém-nascido deverá receber AZT em xarope precocemente por período de 6 semanas

**Importante**

Está contra-indicada a amamentação



# *Hemorragias do 3º trimestre*

**Descrição**

## **Patologias causadoras de hemorragias Do 3º trimestre**

As principais são:

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

Algumas dessas patologias podem ser diagnosticadas apenas com exame especular. O toque vaginal deve ser evitado.

### **Placenta prévia**

#### **Definição**

Implantação e desenvolvimento da placenta no segmento Inferior do útero.

#### **Incidência**

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

#### **Classificação**

##### **Placenta prévia centro-total**

Recobre totalmente orifício interno do colo do útero.

##### **Placenta prévia centro-parcial**

Recobre parcialmente orifício interno do colo do útero.

##### **Placenta prévia marginal**

A borda placentária margeia o orifício interno do colo do útero.

##### **Placenta prévia lateral**

Embora implantada no segmento inferior do útero, não alcança O orifício interno do colo.

#### **Etiologia**

Fatores etiológicos associados:

- Cesáreas anteriores
- Idade materna avançada
- Multiparidade
- Curetagens repetidas
- Cirurgias uterinas
- Genelaridade

- História pregressa de placenta prévia

## **Descolamento prematuro de placenta (DPP)**

### **Definição**

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

### **Etiologia**

É desconhecida.

## **Ruptura uterina**

### **Definição**

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

## **Diagnóstico**

### **Placenta prévia**

#### **Quadro clínico**

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

#### **Roteiro diagnóstico**

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

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

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

### **Descolamento prematuro e placenta (DPP)**

O diagnóstico é eminentemente clínico.

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

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

### **Quadro Clínico**

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

### **Exame físico**

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

### **Condições associadas ao DPP**

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

### **Exames laboratoriais durante a conduta no DPP**

- Avaliação laboratorial da intensidade da anemia através de hemograma completo
- Avaliação da coagulação
  - ❖ Teste de Weiner (formação e dissolução de coágulo)
  - ❖ Coagulograma completo com plaquetas (plaquetas inferiores a 100.000/mm<sup>3</sup> e TTPA elevado são sinais de CIVD)
  - ❖ Fibrinogênio plasmático (quando menor que 100 mg% indica coagulopatia de consumo)

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

## **Ruptura uterina**

O diagnóstico é clínico.

## **Tratamento**

### **Placenta prévia – Conduta**

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

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

#### **Gestação pré-termo com sangramento discreto**

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

#### **Gestação pré-termo com hemorragia grave**

- Resolução do parto por cesárea

#### **Gestação 36 semanas ou mais**

- Resolução do parto por cesárea

## **Observações**

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

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

## **DPP**

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

- Monitorização contínua da PA, frequência cardíaca e diurese

### **Conduta no DPP**

#### **Estabilização da paciente**

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

#### **Conduta obstétrica**

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

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

Apos o parto encaminhar a paciente à UTI.

#### **Ruptura uterina – conduta**

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



# *Gestação Gemelar*



## Descrições

### Classificação

#### Dizigóticos (80% dos casos)

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

#### Monozigóticos (20% dos casos)

Fecundação de óvulos e espermatozóide únicos. Ocorre divisão de massa embrionária inicial comum. São geneticamente idênticos (mesmo sexo) e a gestação pode ser:

- Dicoriônica e Diamniótica (DC/DA)
- Monocoriônica e Diamniótica (MC/DA)
- Monocoriônica e Monoamniótica (MC/DA)
- Gêmeos acolados ou siameses

#### Complicações fetais

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

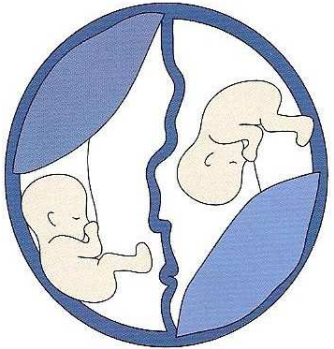
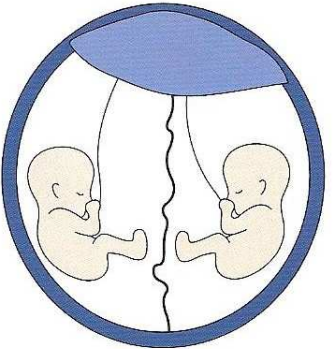
#### Na gestação monocoriônica

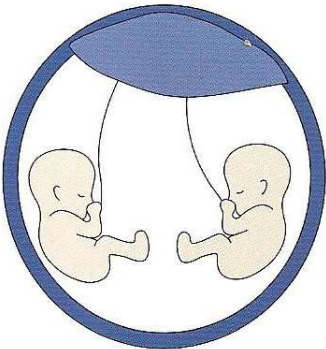
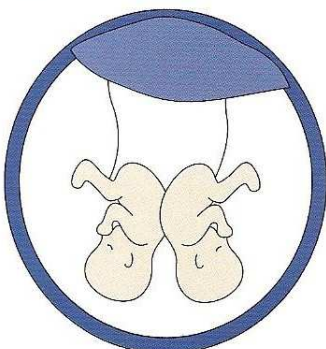
- Aumento na incidência de abortamento
- Quando ocorre óbito de um dos fetos, o risco de óbito ou retardo mental do outro é de 25 %
- Nos casos de gestação monoamniótica, pode ocorrer óbito súbito, sem possibilidade de prevenção

#### Complicações maternas

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

#### Freqüência e mortalidade perinatal em relação ao tipo de placentação

	<b>Frequência</b>	<b>Mortalidade</b>
<b>Dicoriônica Diaminiótica</b>	6%	20%
		
<b>Monocoriônica Diaminiótica</b>	13%	30%
		
<b>Monocoriônica Monoamniótica</b>	1%	60%

<b>Monocoriônica Monoamniótica</b>	1%	60%
		
<b>Acolados ou Siameses</b>	0,006%	90%
		

## Diagnóstico

### Determinação da corionicidade por ultra-sonografia

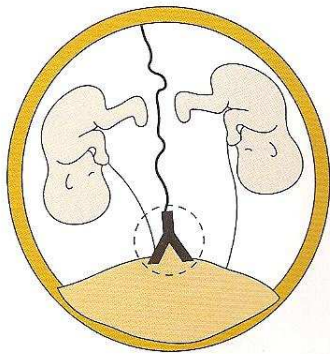
É importante para prognóstico da gestação. As gestações monocoriônicas apresentam maior risco de complicações e mortalidade perinatal. A identificação utiliza três parâmetros: sexo fetal, número de placentas e característica da membrana entre os dois sacos.

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

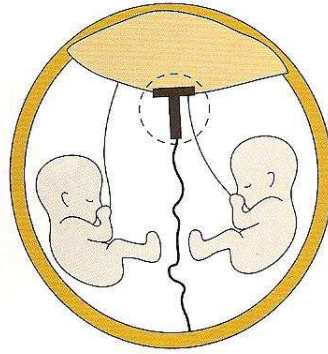
### Observação

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

## Sinais ultra-sonográficos que definem o tipo de corionicidade



**Sinal do Lambda**  
(dicoriônica)



**Sinal do T**  
(monocoriônica)

**Tratamento (só deverá ser internada no Hosp. Da Mulher a paciente com gestação gemelar a termo, sem complicações maternas ou fetais, caso contrário deverá ser encaminhado para ambulatório de alto risco e se necessário, estabilização e encaminhamento para rede referenciada de maior complexidade)**

### Assistência pré-natal

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

### Gestação monocoriônica

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

### Particularidade na inibição de Trabalho de Parto Prematuro (TPP)

- Dar preferência aos antagonistas da Ocitocina (Atosiban) (*vide protocolo de inibição do TPP*)

- Evitar a hiper-hidratação pó haver risco de edema agudo de pulmão
- Evitar uso concomitante de betamiméticos com corticóides (risco de edema agudo de pulmão)
- Nos casos de risco de parto prematuro, realizar apenas um ciclo de corticoterapia entre 26 semanas e 32 semanas com preferência pela Betametasona (*vide protocolo de corticoterapia*)

### **Assistência ao parto**

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



*Doença  
Hemolítica  
Perinatal  
(DHPN)*

## **Descrição**

### **Definição**

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

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

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

### **Incidência**

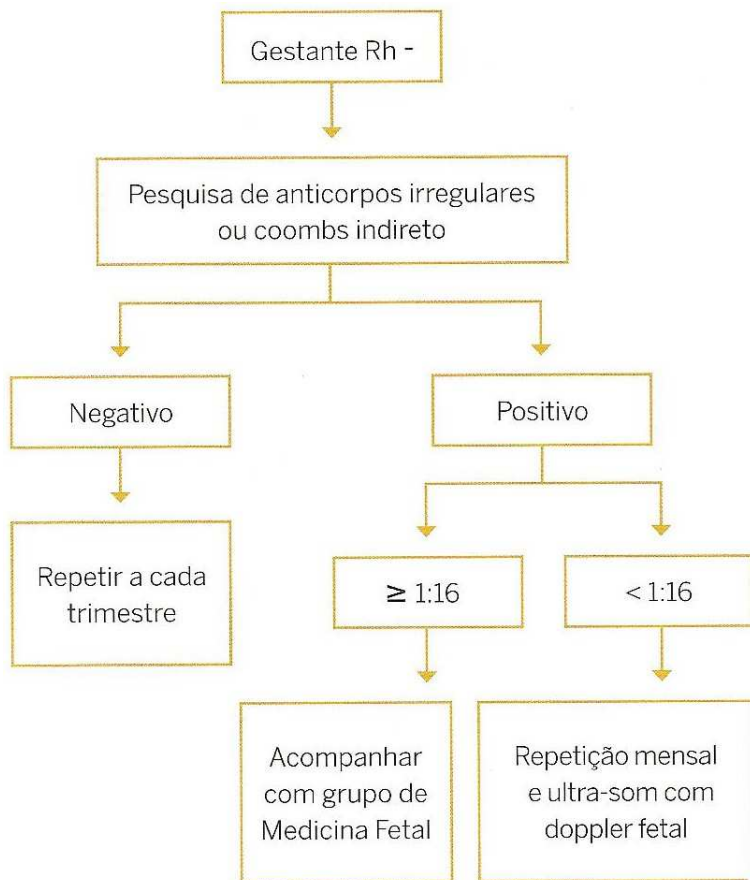
O sistema Rh é o mais freqüente e grave (80% a 90% dos casos), seguindo pelo ABO, cujas complicações são mais comuns no período neonatal a cargo do neonatologista.

## **Diagnóstico**

### **Roteiro diagnóstico**

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

## Fluxograma de gestante Rh-



## Parâmetros de gravidade na gestante sensibilizada

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

**Tratamento (encaminhar para ambulatório de alto risco e se necessário, estabilização e encaminhamento para rede referenciada de maior complexidade)**

**Tratamento dos casos graves (com orientação da Medicina Fetal)**



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

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

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

### **Profilaxia da isoiminização**

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

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

### **Observações**

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

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



*Restrição  
do Crescimento  
intra-Uterino  
(RCIU)*

## Descrição

### Definição

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

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

### Classificação e principais etiologias

#### Tipo I – Simétrico (20% dos casos)

O feto apresenta crescimento harmônico e proporcionado, mantendo regularidade nas relações entre as circunferências cefálica, abdominal e o comprimento do fêmur. O líquido amniótico pode estar normal ou alterado e os resultados das provas de vitalidade fetal são variáveis (na dependência da etiologia):

- Anomalias congênitas
- Infecções pré-natais
- Irradiações ionizantes

#### Tipo II – Assimétrico (80% dos casos)

Ocorre crescimento desarmônico e desproporcionado, com alterações nas relações entre as circunferências cefálica, abdominal e o comprimento do fêmur. Cursa mais freqüentemente com oligoâmnio e alterações circulatórias materno-fetais:

- Hipertensão arterial
- Desnutrição materna
- Cardiopatias cianóticas
- Colagenoses
- Trombofilias
- Diabetes com vasculopatia
- Anemias graves
- Tabagismo
- Etilismo
- Uso de drogas ilícitas

#### Observações

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

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

### Repercussões fetais

Responsável por elevados índices de morbidade e mortalidade perinatais.

## **Diagnóstico**

### **Identificação**

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

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

### **Tratamento**

#### **Conduta**

A regra geral é: etiologia definida = tratamento específico.

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

#### **Via de parto**

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

26

*Indicação do  
Ecocardiograma  
fetal*

## Diagnóstico

### Momento adequado para realização

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

### Indicações fetais

- Aspecto anormal do coração no ultra-som morfológico
- Translucência nucal aumentada, independentemente do resultado do cariótipo
- Malformações fetais extra-cardíacas
- Fetos portadores de cromossomopatias
- Gravidez múltiplas, gêmeos monocoriônicos
- Presença de foco ecogênico “Golf Ball” associado a outras alterações fetais ou em casos de estresse familiar
- Hidropsia não imune
- Retardo de crescimento intra-útero
  
- Arritmias fetais:
  - ◆ Bradicardia (FC <100 bpm)
  - ◆ Taquicardia (FC >180 bpm)
  - ◆ Ritmo irregular (presença de pausas)
  
- Oligoâmnio e polidrâmnio

### Indicações maternas

- Idade materna > 35 anos e < 15 anos
- Gestação pós-reprodução assistida
- Diabetes melito (risco de cardiopatia congênita de 2%)
- Diabetes gestacional (risco de cardiopatia hipertrófica de 25% a 30%)
- História familiar com cardiopatia congênita
  
- Doenças inflamatórias do tecido conjuntivo que aumentam o risco de bloqueio atrioventricular total:
  - ◆ Lupus
  - ◆ Artrite reumatóide
  - ◆ Dermatomiosite
  - ◆ Síndrome de Sjogren
  - ◆ Anti-Ro
  - ◆ Anti-La
  
- Infecções congênitas
  
- Exposição materna durante a gestação aos medicamentos:

- ◆ Carbonato de lítio
- ◆ Anticonvulsivantes (Hidantal, Fenobarbital e barbitúricos)
- ◆ Substâncias psicoativas (cocaína, maconha e anfetamina)
  
- Uso de agentes constrictores do canal arterial:
  - ◆ Anti-inflamatórios não esteróides (indometacina, aspirina, piroxican)
  - ◆ Vasoconstritor nasal



# *Gestação Prolongada*

## **Descrição**

Definição clássica



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

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

## **Diagnóstico**

### **Critérios**

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

### **Vigilância da vitalidade fetal**

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

#### **Entre 40 semanas e 41 semanas**


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

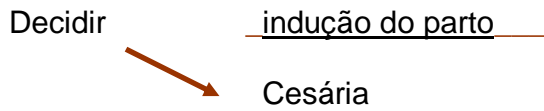
## **Tratamento**

### **Gestação que atinge 41 semanas**

#### **Conduta = interrupção da gravidez**

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

 Preparo cervical e/ou



### Observação

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



# *Estreptococos do Grupo B*

**Descrição**

## Definição

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

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

## Diagnóstico

### Rastreamento

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

## Tratamento

### Profilaxia

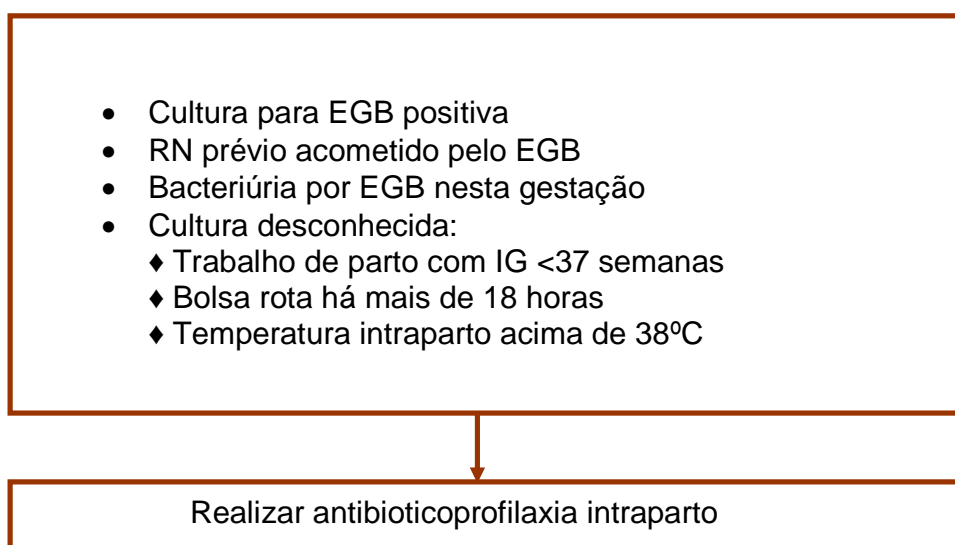
#### Indicações de antibioticoprofilaxia intraparto

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

#### Cultura para EGB não realizada ou desconhecida

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

- Trabalho de parto com menos de 37 semanas
- Ruptura das membranas ovulares há 18 horas ou mais
- Temperaturas materna intraparto maior ou igual a 37°C



## **Antibioticoprofilaxia**

### **1ª Opção**

#### **Dose de ataque**

Penicilina G – 5.000.000 UI por via endovenosa

#### **Dose de manutenção**

Penicilina G – 5.000.000 UI por via endovenosa a cada 4 horas até o parto

#### **Quando há alergia à Penicilina**

Clidamicina (Dalacin) – 600 mg por via endovenosa a cada 4 horas ou 6 horas até o parto

### **2ª Opção**

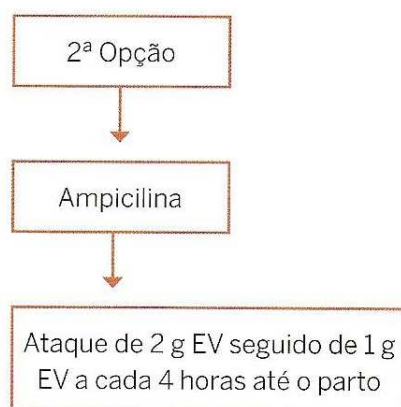
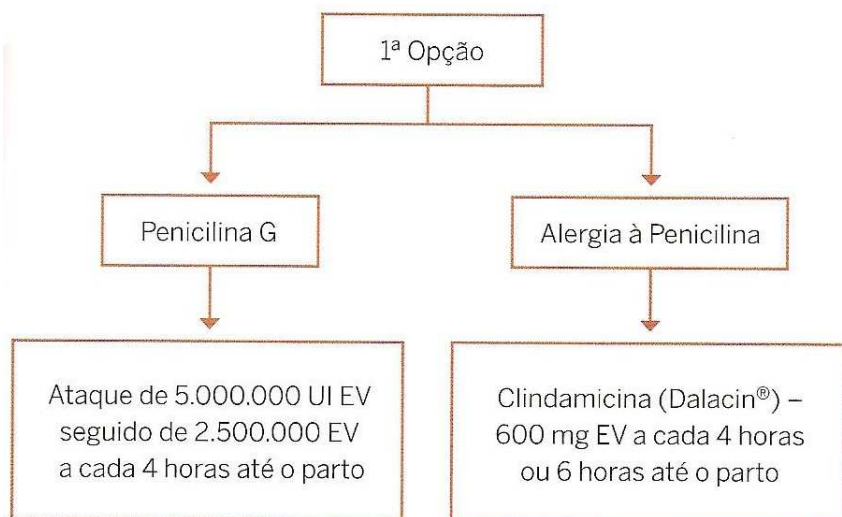
#### **Dose de ataque**

Ampicilina – 2 g por via endovenosa

#### **Dose de manutenção**

Ampicilina – 1 por via endovenosa a cada 4 horas até o parto

## **Esquema de antibioticoprofilaxia intraparto**



## Observações

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

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

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

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



# *Indução do parto*

**Descrição**

## **Definição**

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

### **Não é o mesmo que:**

- **Condução:** praticada durante o trabalho de parto com o propósito de adequar as contrações uterinas
- **Manutenção cervical:** obtenção de colo uterino mais macio, complacente, capaz de dilatar facilmente e acomodar a passagem de feto

## **Indicações**

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

A indução é indicada, principalmente, nos casos abaixo:

- Estados mórbidos maternos de difícil controle (síndromes hipertensivas e diabetes melito)
- Circunstâncias de risco no agravo da vitalidade fetal (restrição de crescimento intra-uterino, gestação prolongada, doença hemolítica perinatal)
- Malformações que apresentam evolução desfavorável com o continuar da gestação
- Rotura prematura de membranas
- Coriamnionites
- Óbito fetal

## **Principais contra-indicações**

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

## **Principais complicações**

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

- Trabalho de parto prolongado



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

## Diagnóstico

### Método de indução do parto

O índice de Bishop norteia a escolha do método:

Quando < 6 pontos

Empregar métodos para proporcionar maturação cervical

Quando  $\geq$  6 pontos

Empregar métodos para desencadear contrações uterinas (indução propriamente dita)

### Índice de Bishop modificado

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

## Tratamento

### Maturação Cervical

- Métodos mais usados { . Prostaglandina E2  
 { . Misoprostol  
 { . Hialuronidase

## **Prostaglandina E2**

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

## **Misoprostol (Prostokos®)**

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

### **Dose recomendada no termo**

Misoprostol (Prostokos®) – 25 mcg a cada 6 horas, por via vaginal, durante 24 horas

## **Observações**

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

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

## **Hialuronidade – (Hyalozima®)**

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

### **Dose**

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

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

## **Indução de parto**

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

## **Ocitocina (Syntocinon®)**

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

### Preparo da solução

SG 5% – 500 ml { . cada 1 ml (20 gotas) = 10 mUI

Ocitocina – 5 UI {

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

### Atenção

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

### Falha de indução com Ocitocina

É considerada diante de ausência de atividade uterina após 2 horas de infusão de dose máxima.

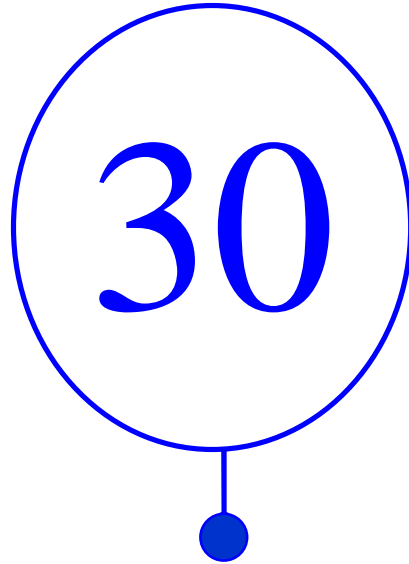
### Observações

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

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

### Em caso de Síndrome de hiperestimulação uterina

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



# *Hemorragias Pós-Parto*

**Descrição**

**Definição**

Emergência obstétrica com perda de sangue de mais de 500 ml no parto vaginal e 1.000 ml na cesária, nas primeiras 24 horas após o parto. É uma das primeiras causas de morbimortalidade materna.

### **Incidência**

5% dos partos.

### **Etiologia**

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

### **Fatores de risco para HPP**

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

### **Observação**

Os fatores de risco apresentam baixo valor prognóstico.

### **Conduta**

#### **Primeiro passo**

- Realizar massagem e compressão uterina bimanual
- Iniciar infusão de solução ou outro cristalóide através de 2 acessos venosos calibrosos (16 Gauge) em MMSS.
- Administrar ocitócicos
  - ❖ Ocitocina (Syntocinon®) – 10 unidades a 40 unidades em 1 litro de solução salina por via intravenosa, com taxa de infusão de 250 ml a cada hora
  - ❖ Metilerggonovina (Metergi®) – 1 ampola (0,2 mg) por via intramuscular
  - ❖ Misoprosol (Protokos®) – 800 mcg por via retal

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

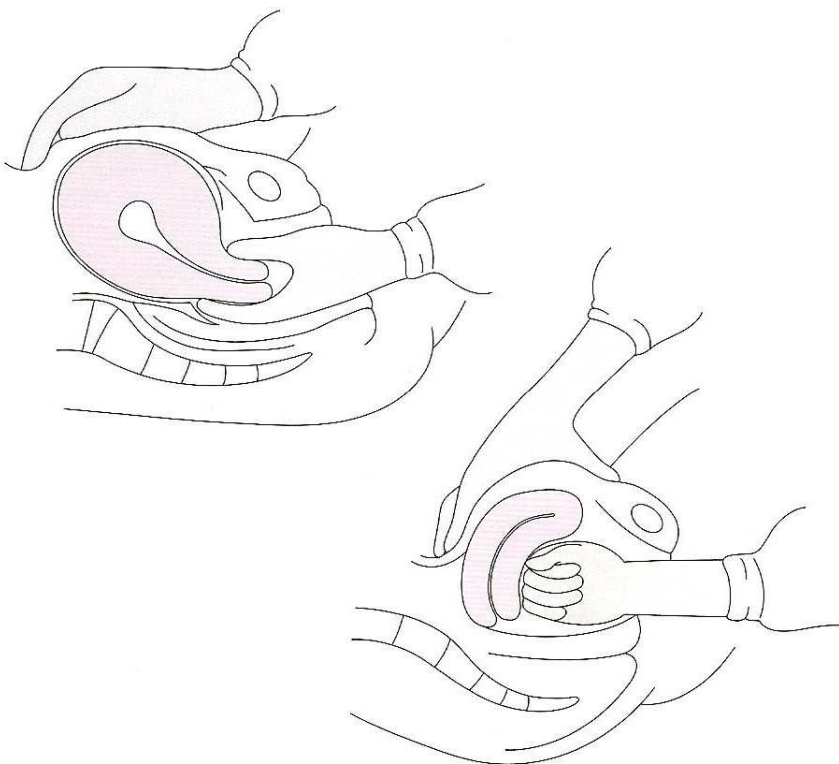
#### **Segundo passo**

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

#### Terapia específica

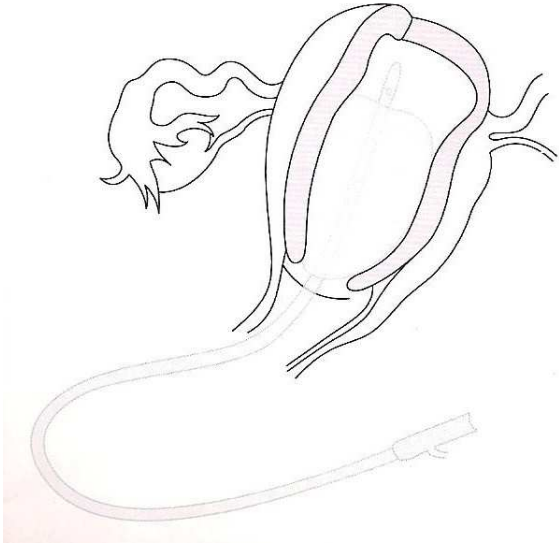
- Reparar lacerações genitais (cervicais, vaginais e hematomas) e fazer curagem ou curetagem nos restos
- Em caso de atonia uterina, fazer massagem e compressão uterina
- Em caso de persistência da hemorragia, considerar distúrbios de coagulação
- Se a hemorragia estiver incontrolável, considerar intervenções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

#### Compressão uterina manual



## Compressão uterina por balão

Balão para tamponamento vaginal disponível no Hospital e Maternidade São Luiz



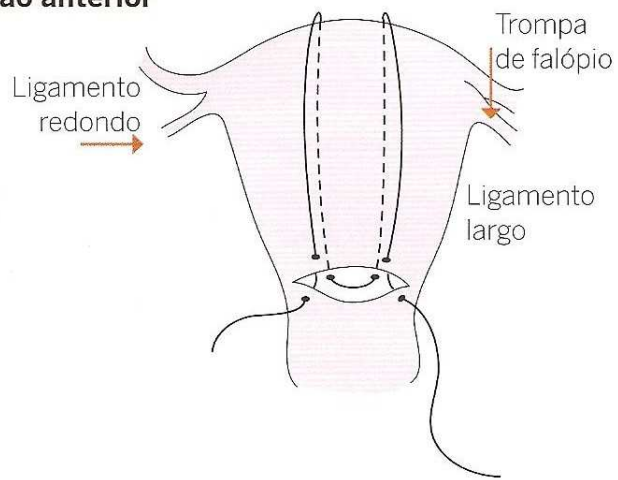
## Intervenção cirúrgica

### Terapia específica

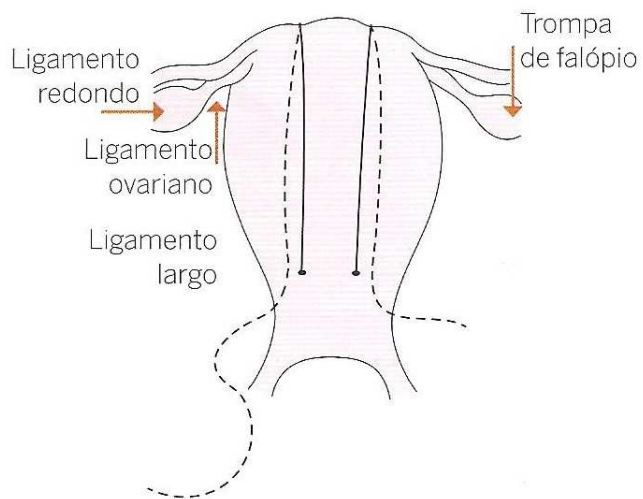
- Laparotomia
  - ❖ Sutura de B-Lynch
  - ❖ Ligadura de artérias uterinas e útero-ováricas
  - ❖ Ligadura de artérias ílica interna ou hipogástrica
  - ❖ Histerectomia
- Radiologia intervencionista
  - ❖ Embolização
  - ❖ Oclusão arterial

## Sutura compressiva B-Lynch

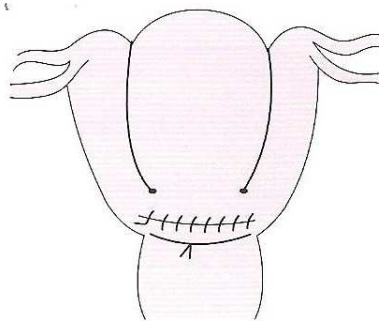
### • Visão anterior



### • Visão posterior



### • Visão anterior





## Ligadura de artéria ilíca interna ou hipogástrica

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

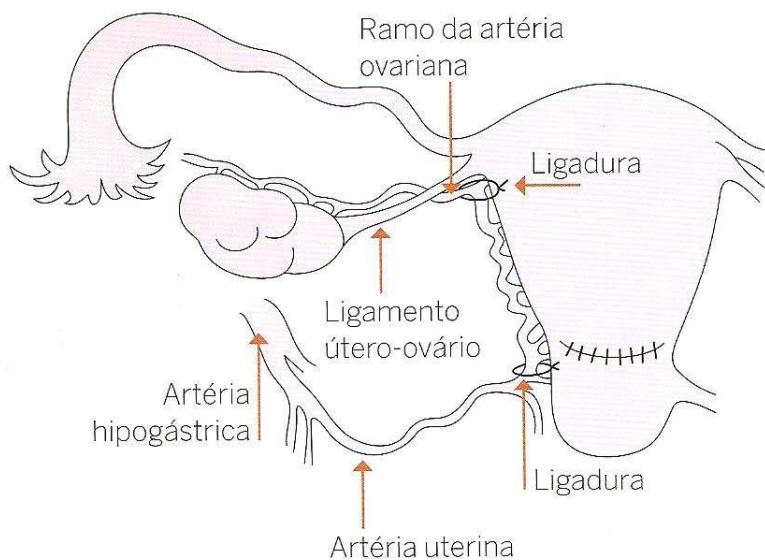
### Limitações

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

### Opções à ligadura

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

## Ligaduras de artérias



## Radiologia intervencionista – indicações

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

## Acretismo Placentário

## Importância clínica

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

## Complicações

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

## Acretismo Placentário – conduta

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

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

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

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

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

### **OBS:**

- ❖ **Considerando a distância da rede hospitalar de maior complexidade;**

- ❖ *Considerando a limitação de exames complementares e o tempo de retorno destes resultados;*
- ❖ *Considerando a dificuldade de transporte e tempo em caso de transfusão sanguínea;*
- ❖ *Recomenda-se tão logo consiga vaga e transporte adequados esta paciente seja removida para um para rede referenciada de maior complexidade.*

31

*Medidas  
Profiláticas  
para infecção  
de Sítio Cirúrgico  
em Obstetrícia*

## **Descrições**

### **Definição**

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

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

## **Tratamento**

### **Profilaxia**

#### **Medidas no pré-operatório**

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

#### **Medidas da equipe cirúrgica**

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

#### **Medidas no transoperatório**

##### **Campo operatório**

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

### Técnica cirúrgica

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

### Observação

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

### Medidas no pós-operatório

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

### Antibióticoprofilaxia

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

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

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

#### 1ª Opção

Cefazolina (Kefazo®) – 2 g por via intravenosa inicial e mais 2 g por via intravenosa após 8 horas

#### 2ª Opção

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

32

*Infecção  
puerperal*

## Descrições

### Definição

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

### Morbidade Febril puerperal

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

### Incidência

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

### Fatores predisponentes

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

## Diagnóstico

### Clínico

- |          |                  |
|----------|------------------|
|          | [ . Localizada   |
| Formas   | [ . Propagada    |
| clínicas | [ . Generalizada |

### Localizada

Vulvoperineal, vaginite, cervicite e endometrite.

### Propagada

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

### Generalizada



Peritonite generalizada, septicemia e choque séptico.

### **Tromboflebite pélvica puerperal**

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

### **Laboratorial**

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

### **Tratamento**

#### **Tratamento Clínico**

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

#### **Tratamento Medicamentoso**

##### **Esquema 1**

Ampicilina-sulbactam + Aminoglicosídeo (Gentamicina ou Amicacina).

##### **Esquema 2**

Clindamicina ou Metronidazol + Aminoglicosídeo (Gentamicina ou Amicacina)

##### **Dose**

###### **Ampicilina-sulbactam**

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

São raras as reações alérgicas.

###### **Gentamicina**

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

Monitorar função renal e possibilidade de ototoxicidade.

#### Amicacina

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

Monitorar função renal e possibilidade de ototoxicidade.

#### Clindamicina

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

Tomar precauções para caso de disfunção renal ou hepática.

#### Metronidazol

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

Reações colaterais de pouca intensidade.

### Observações

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

Evitar o uso terapêutico utilizado para profilaxia.

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

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

### Utilização de Heparina

#### Dose terapêutica

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

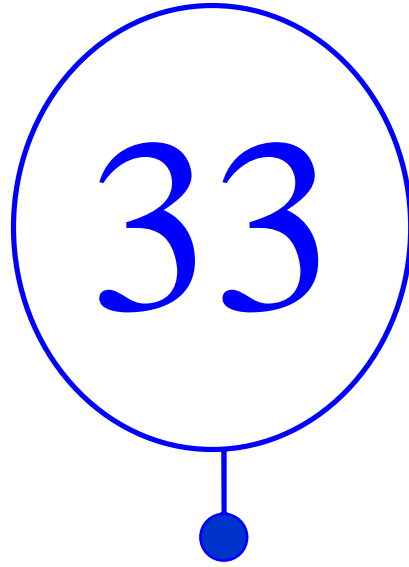
O controle de TTPA deve ser feito a cada 4 horas. O nível terapêutico será atingido quando elevar o TTPA em 1,5 a 2 vezes o valor médio. Após estabilização do TTPA e da dose, o controle laboratorial pode ser diário.

#### Observações

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

## **Tratamento Cirúrgico**

- Curetagem de restos placentários
- Drenagem de abscessos (perineais e da incisão de cesariana)
- Debridamento de fasciite necrozante perineal e abdominal
- Colpotomia para abscesso do fundo de saco de Douglas
- Histerectomia total para miometrite e infecção pelo C. Welchii
  
- Laparotomia nos casos de:
  - ❖ Abscesso entre alças, do espaço parietocólico e subfrênico
  - ❖ Ligadura da veia ovariana
  - ❖ Tromboflebite pélvica séptica que não responde ao tratamento de antibiótico + hepariana



*Mastite*  
*Puerperal*

## Descrição

### Definição

Infecção do tecido mamário que ocorre durante o período da amamentação

### Etiologia

#### Agentes

- *Staphylococcus aureus*
- *Staphylococcus epidermidis*
- *Streptococcus B hemolíticos*

#### Agentes das formas graves (mais raras)

- Bactérias Gram negativas aeróbias (E. coli, Pseudomonas, Serratia)
- Bactérias anaeróbias (bacterióides)

### Incidência

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

### Classificação

#### Intersticial

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

#### Parenquimatosa

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

### Fatores predisponentes

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

## Diagnóstico

### Sintomas da mastite

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

### Observação

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

## Tratamento

### Profilaxia

- Amamentação precoce e freqüente, evitando ingurgitamento
- Técnica correta de amamentação
- Expor as mamas ao sol (10 minutos ao dia) ou a abajour de 40 W (com 2 palmos de distância das mamas)
- Higiene mamilar pós-mamada com o próprio leite (esperar secar)
- Evitar lavar mamilos com freqüência exagerada
- Auto-exame das mamas (verificar pontos de ingurgitamento e fissuras)
- Uso de sutiã adequado (retificação dos ductos, evitando estase)
- Favorecer o escoamento lácteo em mamas ingurgitadas
  - ❖ Ocitocina nasal 10 minutos antes das mamadas (Syntocinon spray)
- Manter mamilos secos. Evitar a aplicação de cremes e protetores descartáveis e de tecidos
- É recomendado o uso de conchas protetoras

### Tratamento Clínico

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

### Importante

Não suspender amamentação

### Tratamento Medicamentoso Ambulatorial

#### 1ª Opção (por 7 dias a 14 dias)

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

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

#### **Para pacientes alérgicas**

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

#### **Quando há suspeita de anaeróbio ou para associação**

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

#### **Tratamento Medicamentoso da paciente Internada (casos graves e/ou que Necessitam de drenagem cirúrgica)**

##### **1ª Opção (por 7 dias a 14 dias)**

- Oxacilina (Staficin-N®) – 1g a 2 g por via endovenosa a cada 4 horas

##### **2ª Opção (por 7 dias a 14 dias)**

- Cefalotina (Keflin®) – 1g por via endovenosa a cada 4 horas
- Cefazolina (Kefazo®) – 1g por via endovenosa a cada 8 horas

#### **Para pacientes alérgicas**

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

#### **Quando há suspeita de anaeróbio ou para associação**

- Metronidazol (Flagyl®) – 500 mg por via endovenosa a cada 8 horas

#### **Observação**

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

#### **Em caso de abscesso mamário**

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

#### **Tratamento Cirúrgico**

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

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

Reiniciar amamentação após resolução do quadro.

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