

Protocolos de Vigilância Materno-Fetal

Coordenação:

Ana Paula Ferreira



PROTOCOLOS DE VIGILÂNCIA MATERNO-FETAL

Coordenação

Ana Paula Ferreira



Lidel – Edições Técnicas, Lda
www.lidel.pt

ÍNDICE

Autores.....	IX
Nota Prévia	XI
<i>Ana Paula Ferreira</i>	
Siglas e abreviaturas	XIII

PARTE I – VIGILÂNCIA PRÉ-NATAL

1 Vigilância da Gravidez de Baixo Risco.....	3
<i>Catarina Monteiro Ferreira, Ana Paula Santos</i>	
2 Alimentação na Gravidez.....	9
<i>Catarina Monteiro Ferreira, Ana Paula Santos</i>	
3 Suplementação na Gravidez.....	14
<i>Catarina Monteiro Ferreira, Ana Paula Santos</i>	
4 Rastreio de Aneuploidias.....	18
<i>Manuel Gonçalves Henriques, Margarida Meira de Carvalho, Ana Paula Ferreira</i>	
5 Vacinação na Gravidez.....	22
<i>Rute Branco, Teresa Diniz da Costa</i>	
6 Consulta de Anestesiologia Obstétrica.....	25
<i>Nelson Silva Santos, Sónia Nóbrega, Fernando Manso</i>	

PARTE II – GRAVIDEZ EM IDADES EXTREMAS

7 Gravidez na Adolescência.....	31
<i>Margarida Meira de Carvalho, Esmeralda Barbosa</i>	
8 Gravidez com Idade Materna Avançada.....	34
<i>Margarida Meira de Carvalho, Ana Paula Ferreira</i>	

PARTE III – EXAMES ESPECIAIS EM OBSTETRÍCIA

9 Critérios de Realização da Ecocardiografia Fetal.....	41
<i>Marta Luísa Rodrigues, Ana Paula Ferreira</i>	
10 Exames Invasivos em Obstetrícia.....	44
<i>Sara Sardinha Abrantes, Mariana Marques, Joaquim Fonseca</i>	

PARTE IV – PATOLOGIA DA GRAVIDEZ

11 Gravidez Gemelar	51
<i>Margarida Meira de Carvalho, Ana Paula Ferreira</i>	
12 Restrição de Crescimento Fetal	62
<i>Laura Reis, Ana Paula Ferreira</i>	

13	Incompetência Cervico-istmica	68
	<i>Prescillia Marques, Joaquim Fonseca</i>	
14	Parto Pré-termo.....	72
	<i>Prescillia Marques, Ana Paula Ferreira</i>	
15	Isoimunização.....	81
	<i>Sara Nascimento, Teresa Matos</i>	
16	Alterações do Volume de Líquido Amniótico.....	85
	<i>Laura Reis, Joaquim Fonseca, Ana Paula Ferreira</i>	
17	Colestase Gravidica.....	93
	<i>Marta Luísa Rodrigues, Florênci Sepúlveda</i>	
18	Morte Fetal	98
	<i>Sara Nascimento, Teresa Matos</i>	
19	Anticoagulação na Gravidez.....	103
	<i>Prescillia Marques, Teresa Matos</i>	

PARTE V – PATOLOGIA MÉDICA NA GRAVIDEZ

20	Diabetes e Gravidez.....	111
	<i>Rute Branco, Elsa Landim</i>	
21	Doenças Hipertensivas na Gravidez no Ambulatório.....	118
	<i>Catarina Monteiro Ferreira, Teresa Matos, Isabel Santos</i>	
22	Anemias	124
	<i>Marta Luísa Rodrigues, Florênci Sepúlveda</i>	
23	Drepanocitose na Gravidez.....	129
	<i>Marta Luísa Rodrigues, Florênci Sepúlveda</i>	
24	Trombocitopenia	135
	<i>Marta Luísa Rodrigues, Florênci Sepúlveda</i>	
25	Trombofilias na Gravidez	140
	<i>Marta Luísa Rodrigues, Teresa Matos</i>	
26	Patologia Tiroideia na Gravidez.....	147
	<i>Prescillia Marques, Daniela Cavaco, Elsa Landim, Inês Palma dos Reis</i>	
27	Infeções Urinárias na Gravidez	155
	<i>Rute Branco, Teresa Diniz da Costa</i>	
28	Vaginose Bacteriana na Gravidez.....	161
	<i>Manuel Gonçalves Henrques, Fernanda Matos</i>	
29	Infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana na Gravidez.....	164
	<i>Mariana Marques, Fernanda Matos</i>	
30	Hepatites Viricas na Gravidez.....	170
	<i>Mariana Marques, Fernanda Matos</i>	
31	Sífilis.....	176
	<i>Rute Branco, Fernanda Matos</i>	
32	Infeções TORCH	
32.1	Toxoplasmose.....	180
	<i>Prescillia Marques, Mariana Marques, Ana Paula Santos</i>	
32.2	Rubéola na Gravidez	183
	<i>Cremilde Bragança, Sara Sardinha Abrantes, Fernanda Matos</i>	

32.3	Citomegalovírus na Gravidez	187
	<i>Catarina Monteiro Ferreira, Ana Paula Santos</i>	
32.4	Herpes Genital e Gravidez	193
	<i>Margarida Meira de Carvalho, Mariana Marques, Ana Paula Ferreira</i>	
33	Zoonoses na Gravidez	198
	<i>Sara Sardinha Abrantes, Fernanda Matos</i>	
34	Patologia Cardíaca	207
	<i>Daniel Faria</i>	
35	Psiquiatria e Saúde Mental	212
	<i>Luís Afonso Fernandes, Sara Lima Castro, Sara Dehanov, Tiago Ferreira, Carlota Tomé, Alice Luís</i>	
36	Patologia Neurológica	
36.1	Cefaleias	226
	<i>André Régo, Sara Machado</i>	
36.2	Epilepsia	233
	<i>André Régo, Sara Machado, Raquel Tojal</i>	
37	Patologia Respiratória na Gravidez	239
	<i>Carlos Lourenço Alves, Luís Carreto</i>	
38	Dermatoses da Gravidez.....	245
	<i>José Neves, Rita Ramos Pinheiro, Joana Cabete</i>	
Índice Remissivo	253

AUTORES

COORDENADORA/AUTORA

Ana Paula Ferreira

Assistente Hospitalar Graduada do Serviço de Obstetrícia do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca. Coordenadora do Centro de Diagnóstico Pré-Natal e da Ecografia em Diagnóstico Pré-Natal e responsável da Consulta de Gemelares do mesmo hospital.

AUTORES

Assistentes Hospitalares de Ginecologia/Obstetrícia

Ana Paula Santos

Elsa Landim

Esmeralda Barbosa

Fernanda Matos

Florêncio Sepúlveda

Isabel Santos

Joaquim Fonseca

Laura Reis

Teresa Diniz da Costa

Teresa Matos

Internos de Formação Específica de Ginecologia/Obstetrícia

Catarina Monteiro Ferreira

Cremilde Bragança

Mariana Marques

Margarida Meira de Carvalho

Marta Luísa Rodrigues

Manuel Gonçalves Henriques

Rute Branco

Prescillia Marques

Sara Nascimento

Sara Sardinha Abrantes

OUTRAS ESPECIALIDADES

Anestesiología

Fernando Manso

Nelson Silva Santos

Sónia Nóbrega

Cardiología

Daniel Faria

Dermatología

Joana Cabete (Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Lisboa Central)

José Neves

Rita Ramos Pinheiro

Endocrinología

Daniela Cavaco

Medicina Interna

Inês Palma dos Reis

Neurología

André Rêgo

Raquel Tojal

Sara Machado

Pneumología

Carlos Lourenço Alves

Luís Carreto

Psiquiatria

Alice Luís

Carlota Tomé

Luís Afonso Fernandes

Sara Dehanov

Sara Lima Castro

Tiago Ferreira

NOTA PRÉVIA

O Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (HFF) percorreu um longo caminho desde o seu nascimento até ao momento atual e defende como sua missão a “prestação de cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, adequados e em tempo útil, de forma integrada com as restantes unidades de saúde da sua região, garantindo padrões elevados de desempenho técnico-científico, de eficaz e eficiente gestão de recursos e de humanização e promovendo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores” (HFF, 2018).

Esta prestigiada instituição de saúde serve, atualmente, uma população de mais de 600 mil habitantes, dos Concelhos da Amadora e Sintra, garantindo sempre o maior profissionalismo e respeito pela dignidade humana. A esta enorme capacidade de resposta, alia-se a multiculturalidade da nossa população-alvo, que permite o contacto constante com múltiplas patologias.

No Serviço de Obstetrícia, esta oportunidade diária, promove a aquisição e consolidação de conhecimentos e, consequentemente, o desenvolvimento pessoal e profissional dos médicos obstetras – profissionais que assumem como objetivo diário o acompanhamento e apoio constantes a todas as grávidas, parturientes e puérperas.

Após 23 anos, a maternidade do HFF publica este manual – protocolos de vigilância materno fetal – de forma a partilhar o trabalho rigoroso, mas acima de tudo humano e delicado, dos seus profissionais.

Esta obra pretende ser uma referência, na língua portuguesa, na área de obstetrícia. Como livro de protocolos, exigirá uma permanente atualização, como exige a boa prática médica.

Os seus autores, médicos especialistas e internos de formação específica do Serviço de Obstetrícia do Hospital Fernando Fonseca E.P.E., recorreram a bibliografia nacional e internacional mais recente, para a sua análise.

Do mundo para nós, e de nós para o mundo...

...para que todas as grávidas, tenham igualdade de oportunidades.

*Ana Paula Ferreira
(Coordenadora)*

Vigilância Pré-Natal



VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ DE BAIXO RISCO

CATARINA MONTEIRO FERREIRA, ANA PAULA SANTOS

INTRODUÇÃO

A gravidez é um estado de saúde com várias adaptações fisiológicas e emocionais. Com a implementação de programas de vigilância pré-natal, a mortalidade materna e a mortalidade infantil (perinatal, neonatal e no 1.º ano de vida) foram reduzidas progressivamente, colocando Portugal entre os países com melhores indicadores na saúde materno-infantil.

O Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco inclui acompanhamento pré-concepcional, cuidados especializados na gravidez e consulta de puerpério. Pretende-se identificar e orientar precocemente complicações e fatores de risco que possam afetar a evolução da gravidez e o bem-estar fetal, promover a educação para a saúde ao longo da gravidez e apoiar na preparação para o parto e parentalidade.

CONSULTA PRÉ-CONCEPCIONAL

- História clínica: conhecer antecedentes pessoais (ginecológicos e obstétricos, doenças, cirurgias, medicação habitual, alergias medicamentosas e hábitos nocivos), do companheiro e de familiares;
- Exame físico: peso, altura, cálculo do índice de massa corporal (IMC), pressão arterial (PA), exame mamário e exame ginecológico;
- Avaliação laboratorial:
 - Grupo sanguíneo e fator RhD;
 - Hemograma;
 - Glicemias em jejum;
 - Rastreio das hemoglobinopatias: eletroforese das hemoglobinas;
 - Despiste de sífilis: *venereal disease research laboratory* (VDRL);
 - Hepatite B: antígeno Hbs (AgHbs) (vacinação, se aplicável);
 - Hepatite C: anticorpos antivírus da hepatite C (anti-VHC);
 - Anticorpos antivírus da imunodeficiência humana 1 e 2 (anti-VIH1 e anti-VIH2);
 - Rubéola (vacinação, se aplicável);
 - Toxoplasmose e citomegalovírus (CMV), se aplicável;
 - Avaliação da função tiroideia: hormona estimulante da tireoide (TSH).
- Rastreio do cancro do colo do útero com colheita de citologia, se não tiver citologia normal há menos de 3 anos;
- Atualização do Plano Nacional de Vacinação (PNV): prioridade na vacinação contra o tétano, a difteria, a rubéola e o sarampo;
- Aconselhamento do casal no sentido de manter contraceção segura até estarem concluídas as intervenções adequadas à sua situação;

14 PARTO PRÉ-TERMO

PRESCLILLIA MARQUES, ANA PAULA FERREIRA

INTRODUÇÃO

O parto pré-termo (PPT) ocorre antes das 37 semanas de gestação.

Subcategorias:

- PPT precoce: <28 semanas;
- PPT intermédio: >28 semanas e <32 semanas;
- PPT tardio: >32 semanas.

DIAGNÓSTICO

Para se obter o diagnóstico é necessário a presença de contractilidade uterina (quatro ou mais a cada 20 minutos ou oito ou mais em 60 minutos) e mais um dos seguintes critérios:

- Dilatação cervical >3 cm;
- Comprimento cervical <20 mm na ecografia transvaginal;
- Comprimento cervical entre 20-30 mm na ecografia transvaginal e teste de fibronectina fetal (TFN_f) positivo.

FATORES DE RISCO

Em dois terços dos casos, não existe um fator de risco associado.

Quadro 14.1 – FATORES DE RISCO

■ Melanodérmica	■ Gravidez múltipla
■ Extremos de idade reprodutiva	■ Hidrâmnios
■ IMC <20 ou ganho ponderal inadequado	■ Malformações uterinas
■ Consumo de tabaco/cocaina	■ Cirurgias anteriores ao colo do útero
■ Baixo nível socioeconómico	■ Placenta prévia
■ Colo curto	■ Bacteriúria assintomática
■ Aborto do 2.º trimestre	■ RPPM
■ Antecedentes de PPT	■ Doenças sexualmente transmissíveis
■ DPPNI	■ Atividade laboral >40 horas/semana
■ Hemorragia no 2.º e no 3.º trimestres	

IMC – índice de massa corporal; DPPNI – deslocamento prematuro de placenta normalmente inserida; RPPM – rotura prematura pré-termo de membranas.

SINAIS E SINTOMAS

- Assintomático;
- Dor abdominal/lombar associada a contractilidade uterina;
- Pressão pélvica;
- Modificação/aumento do fluxo vaginal (mucoso, + fluido, por vezes hemático).

AVALIAÇÃO

- Anamnese (avaliação de fatores de risco);
- Exame objetivo:
 - Pressão arterial (PA) e pulso;
 - Temperatura timpânica e frequência respiratória;
 - Tonus uterino: avaliação de contractilidade uterina;
 - Observação com espéculo: avaliação cervical, corrimento vaginal, excluir perda de líquido amniótico (LA) ou sangue;
 - Toque vaginal: verificar modificações cervicais, após exclusão de placenta prévia.
- Ecografia abdominal e vaginal:
 - Número de fetos, datação da gravidez, apresentação fetal e estimativa do peso, localização da placenta, perfil biofísico (PB);
 - Avaliação do comprimento do colo uterino (exame de eleição).

Método de avaliação do colo uterino por sonda vaginal:

1. Esvaziamento vesical.
2. Colocar sonda no fundo de saco anterior.
3. Identificar canal endocervical e medir entre o orifício externo e o orifício interno do colo.

- Estudo analítico: hemograma, proteína C reativa (PCR), exame sumário da urina, urocultura, exsudado vaginal, pesquisa de *Streptococcus* do grupo B;
- Cardiotocografia (CTG);
- TFN, se idade gestacional (IG) <34 semanas, dilatação cervical <3 cm e comprimento cervical entre 20-30 mm na ecografia transvaginal.

ABORDAGEM

A abordagem deverá alterar de acordo com a IG.

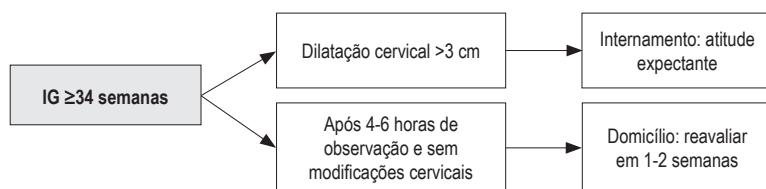


Figura 14.1 – Abordagem na IG ≥34 semanas.

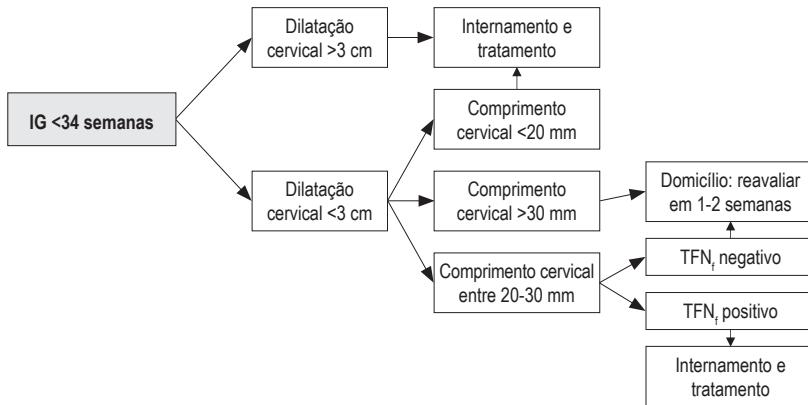


Figura 14.2 – Abordagem na IG <34 semanas.

TRATAMENTO

A intervenção deverá alterar de acordo com a IG.

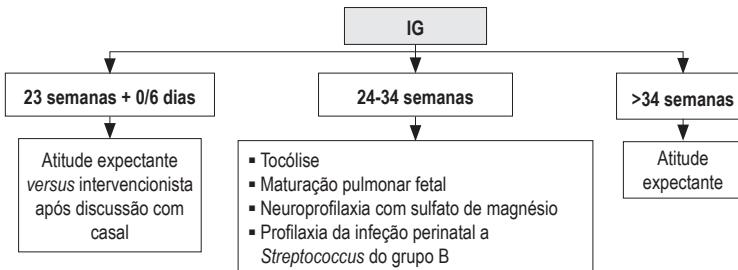


Figura 14.3 – Tratamento de acordo com a IG.

Tocólise

Tem como objetivo inibir a contractilidade uterina existente no PPT e prolongar a gestação pelo tempo suficiente para que os glucocorticoides possam exercer a sua ação completa sobre a maturidade pulmonar fetal (MPF).

Não recomendada como terapêutica de manutenção, não se devendo prolongar além do tempo necessário para terminar a MPF (48 horas).

Evitar associação ou utilização sequencial de tocolíticos.

Indicado para IG ≤34 semanas.

Contraindicações para a terapêutica tocolítica:

- Corioamnionite;
- Malformação fetal incompatível com a vida;
- Estado fetal não tranquilizador;
- Instabilidade hemodinâmica materna;
- DPPNI;

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica a diabetes durante a gravidez em dois subtipos:

- Diabetes gestacional (DG): define-se como a intolerância aos hidratos de carbono, de grau variável, que é diagnosticada ou reconhecida pela primeira vez durante a gravidez.
- Diabetes na gravidez: aquela que é diagnosticada na gravidez em curso e que reflete a existência de uma diabetes não diagnosticada antes desta.

A identificação e a distinção destas condições são de extrema importância, uma vez que a diabetes na gravidez está associada a maior incidência de malformações fetais e de complicações microvasculares da diabetes, bem como a maior necessidade de vigilância e terapêutica farmacológica durante a gravidez.

DIABETES GESTACIONAL

Diagnóstico

A estratégia de diagnóstico da DG deve envolver duas fases temporais distintas: i) a glicemia em jejum no 1.º trimestre (Figura 20.1); e ii) a prova de tolerância à glicose oral (PTGO) entre as 24-28 semanas de gestação.

1. Glicemia em jejum no 1.º trimestre

- Preparação:
 - Entre 8-12 horas de jejum.

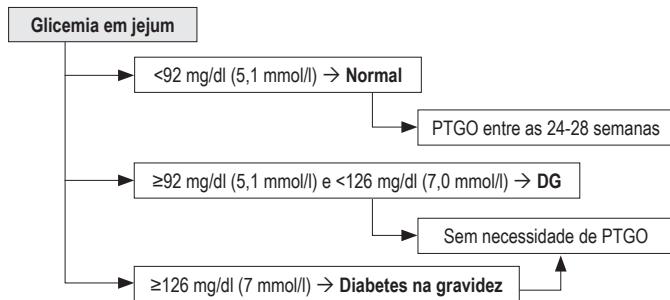


Figura 20.1 – Valores de glicemia em jejum e respectivos diagnósticos.

2. Prova de tolerância à glicose oral

- Preparação:
 - Nos 3 dias anteriores, deve realizar atividade física regular e dieta não restritiva (no mínimo, com 150 g de hidratos de carbono);

- Jejum entre 8-12 horas.
- Descrição da prova:
 - Colheita de sangue em jejum;
 - Ingestão de soluto contendo 75 g de glicose diluída em 300 ml de água;
 - Colheita ao fim de 1 e 2 horas após a ingestão;
 - Durante a prova, deverá permanecer em repouso.
- A avaliação dos resultados encontra-se na Tabela 20.1.

Basta existir um valor alterado para se estabelecer o diagnóstico de DG.

Tabela 20.1 – VALORES DE GLICEMIA (MG/dL) DA PTGO E RESPEITIVO DIAGNÓSTICO

Hora	Normal (mg/dl)	DG (mg/dl)	Diabetes na gravidez (mg/dl)
0	<92	92-125	≥126
1	<180	≥180	–
2	<153	153-199	≥200

Objetivos terapêuticos

O objetivo terapêutico passa pela avaliação das glicemias:

- Glicemia em jejum;
- Glicemia 1 hora após o início das principais refeições (pequeno-almoço, almoço e jantar).

Tabela 20.2 – OBJETIVOS GLICÉMICOS DA DIABETES GESTACIONAL

	Glicose (mg/dl)
Jejum	≤95
1 hora após o início da refeição	≤140

Vigilância obstétrica

A vigilância obstétrica preconizada na DG diagnosticada no 1.º trimestre encontra-se descrita no Quadro 20.1.

Quadro 20.1 – VIGILÂNCIA PRECONIZADA NA DG DIAGNOSTICADA NO 1.º TRIMESTRE

1.º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consulta de Obstetrícia a cada 4 semanas ■ Rastreio de aneuploidias
2.º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consulta de Obstetrícia a cada 4 semanas ■ Ecografia morfológica entre as 20-22 semanas (realce para a área cardíaca) ■ Ecocardiografia fetal entre as 20-24 semanas (nos casos de difícil controlo metabólico e nos que se iniciou terapêutica farmacológica antes das 20 semanas) ■ Análises do 2.º trimestre com HbA1c ■ Ecografia fetal em torno das 28 semanas para avaliação do crescimento fetal e do LA

(continua)

Protocolos de Vigilância Materno-Fetal

Após 20 anos de atividade na área da Saúde Materno-Infantil, o Serviço de Obstetrícia do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca publica este livro de Protocolos de atuação clínica de apoio à consulta de vigilância da gravidez. Com 38 capítulos, os conteúdos estão organizados em 5 partes:

- Vigilância pré-natal
- Gravidez em idades extremas
- Exames especiais em obstetrícia
- Patologia da gravidez
- Patologia médica na gravidez

Abordam-se, assim, os principais tópicos para o seguimento de uma gravidez, normal ou com apresentações específicas.

Esta obra, dirigida a todos os profissionais que se dedicam à prática da saúde materno-infantil, foi redigida de forma clara e sistemática permitindo uma consulta fácil e orientada.



Ana Paula Ferreira – Licenciada em Medicina pela Faculdade de Medicina de Lisboa; Internato de formação específica na antiga Maternidade Magalhães Coutinho; atualmente é assistente hospitalar graduada do Serviço de Obstetrícia do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, ccoordenadora do Centro de Diagnóstico Pré-Natal e da Ecografia em Diagnóstico Pré-Natal e responsável da Consulta de Gêmeos do mesmo hospital. Colabora ativamente na formação de internos de formação específica de Medicina Geral e Familiar, de Ginecologia-Obstetrícia e de Imagiologia.



ISBN 978-989-752-598-8



9 789897 525988

www.lidel.pt