

Protocolos de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal

Coordenação:

Diogo Ayres de Campos

Luísa Pinto



PROTOCOLOS DE OBSTETRÍCIA E MEDICINA MATERNO-FETAL

Coordenação

**Diogo Ayres de Campos
Luísa Pinto**



Lidel - Edições Técnicas, Lda
www.lidel.pt

Autores	XI
Introdução	XIX
Siglas e abreviaturas	XXI

PARTE I – VIGILÂNCIA DE ROTINA DA GRAVIDEZ

1 Datação da Gravidez	3
<i>Diogo Ayres de Campos, José Carlos Ferreira</i>	
2 Vigilância Pré-Natal de Rotina	5
<i>Mariana Pimenta, Luísa Pinto, Cláudia Milhinhos, Diogo Ayres de Campos</i>	
3 Rastreo de Aneuploidias.....	13
<i>Susana Rego, Rui Marques de Carvalho</i>	
4 Rastreo de Pré-Eclâmpsia	15
<i>Joana Goulão Barros, Rui Marques de Carvalho</i>	
5 Idade Materna Avançada.....	17
<i>Maria Pulido Valente, Rui Marques de Carvalho</i>	
6 Antecedentes Obstétricos Relevantes.....	19
<i>Cristiana Marinho Soares, Inês Martins</i>	

PARTE II – COMPLICAÇÕES QUE OCORREM PREDOMINANTEMENTE NO 1.º TRIMESTRE

7 Aborto e Gravidez Não Evolutiva do 1.º Trimestre.....	25
<i>Diogo Ayres de Campos</i>	
8 Aborto Sético.....	29
<i>Cristiana Marinho Soares, Andreia Fonseca</i>	
9 Interrupção Voluntária da Gravidez	31
<i>Rui Marques de Carvalho</i>	
10 Aborto Recorrente	35
<i>Rita Rosado, Luísa Pinto</i>	
11 Gravidez Ectópica.....	37
<i>Maria Pulido Valente, Maria de Carvalho Afonso</i>	
12 Doença Trofoblástica Gestacional.....	42
<i>Inês Martins, Cláudia Araújo</i>	
13 Hiperemese Gravídica.....	47
<i>Alexandra Meira, Alexandra Henriques</i>	

PARTE III – SITUAÇÕES PRÓPRIAS DA GRAVIDEZ QUE OCORREM PREDOMINANTEMENTE NO 2.º E 3.º TRIMESTRES

14 Encarceramento Uterino.....	53
<i>Maria Pulido Valente, Cristiana Marinho Soares, Susana Santo</i>	

15	Insuficiência Cervical	55
	<i>Sílvia Serrano, Maria de Carvalho Afonso</i>	
16	Colo Curto	57
	<i>Maria de Carvalho Afonso, Diogo Ayres de Campos, Luísa Pinto</i>	
17	Ciclorrafia Cervical por Via Transvaginal	60
	<i>Joana Goulão Barros, Maria de Carvalho Afonso</i>	
18	Parto Pré-Termo Espontâneo e Tocólise	65
	<i>Diogo Ayres de Campos, Luísa Pinto</i>	
19	Hipertensão Gestacional, Pré-Eclâmpsia e Síndrome de HELLP	69
	<i>Inês Martins, Joana Goulão Barros, Diogo Ayres de Campos</i>	
20	Placenta Prévia e de Inserção Baixa	75
	<i>Diogo Ayres de Campos, Luísa Pinto</i>	
21	Descolamento Prematuro da Placenta	78
	<i>Luísa Pinto, Diogo Ayres de Campos</i>	
22	Gravidez Múltipla – Vigilância Pré-Natal e Complicações	80
	<i>Andreia Fonseca, Mónica Centeno</i>	
23	Rotura Prematura de Membranas	87
	<i>Inês Martins, Diogo Ayres de Campos, Luísa Pinto</i>	
24	Macrossomia Fetal	91
	<i>Catarina Policiano, Cláudia Araújo</i>	
25	Polihidrâmnios	93
	<i>Sara Vargas, Susana Santo</i>	
26	Colestase Gravídica	96
	<i>Rita Mendes Silva, Diogo Ayres de Campos</i>	
27	Isoimunização Rh (D) – Prevenção e Abordagem	99
	<i>Andreia Fonseca, Susana Santo</i>	
28	Hidrópsia Fetal Não Imune	103
	<i>Maria Pulido Valente, Maria de Carvalho Afonso</i>	
29	Restrição de Crescimento Fetal	107
	<i>Joana Goulão Barros, Rui Marques de Carvalho</i>	
30	Arritmias Cardíacas Fetais	111
	<i>Susana Santo, Mónica Rebelo</i>	
31	Morte Fetal	115
	<i>Susana Rego, Rui Marques de Carvalho, Luísa Pinto, Diogo Ayres de Campos, Cristina Ferreira</i>	
32	Interrupção Médica da Gravidez	121
	<i>Mariana Pimenta, Inês Francisco Pereira</i>	

PARTE IV – DOENÇAS MATERNAS COEXISTENTES

33	Obesidade e Excesso de Peso	127
	<i>Andreia Fonseca, Cláudia Araújo</i>	
34	Cirurgia Bariátrica Prévia	129
	<i>Catarina Policiano, Cláudia Araújo</i>	
35	Hipertensão Arterial Crónica	132
	<i>Inês Martins, Joana Goulão Barros, Diogo Ayres de Campos</i>	

36 Anemia.....	135
<i>Rita Mendes Silva, Luísa Pinto</i>	
37 Hemoglobinopatias.....	140
<i>Catarina Policiano, Luísa Pinto</i>	
38 Trombocitopenia.....	145
<i>Laura Cruz, Mónica Centeno</i>	
39 Tromboembolismo Venoso – Profilaxia.....	148
<i>Catarina Reis de Carvalho, Luísa Pinto</i>	
40 Tromboembolismo Venoso – Tratamento.....	152
<i>Catarina Reis de Carvalho, Luísa Pinto</i>	
41 Diabetes Prévia.....	156
<i>Mónica Centeno, Maria Inês Alexandre, Ana Coelho Gomes</i>	
42 Diabetes Gestacional.....	160
<i>Mónica Centeno, Maria Inês Alexandre, Ana Coelho Gomes</i>	
43 Cetoacidose Diabética.....	164
<i>Mónica Centeno, Joana Sousa, Maria Inês Alexandre, Ana Coelho Gomes</i>	
44 Hipo e Hipertiroidismo.....	166
<i>Catarina Reis de Carvalho, Mónica Centeno, Ana Coelho Gomes, Maria Inês Alexandre</i>	
45 Dermatoses.....	170
<i>Sara Rodrigues Pereira, Andreia Fonseca</i>	
46 Epilepsia.....	175
<i>Alexandra Meira, Cláudia Araújo, Isabel Loução de Amorim</i>	
47 Esclerose Múltipla.....	178
<i>Alexandra Meira, Cláudia Araújo, Pedro Coelho, João Dias Ferreira</i>	
48 Miastenia Gravis.....	181
<i>Mariana Pimenta, Cláudia Araújo</i>	
49 Hepatite Autoimune.....	184
<i>Cláudia Araújo</i>	
50 Lúpus Eritematoso Sistémico e Síndrome de Sjögren.....	186
<i>Mónica Centeno, Luísa Pinto, Susana Capela</i>	
51 Síndrome de Anticorpos Antifosfolípidos.....	190
<i>Luísa Pinto, Mónica Centeno</i>	
52 Infecções do Trato Urinário.....	193
<i>Rita Mendes Silva, Luísa Pinto</i>	
53 Cólica Renal.....	197
<i>Laura Cruz, Diogo Ayres de Campos</i>	
54 Lesão Renal Aguda.....	199
<i>Luísa Pinto, Estela Nogueira</i>	
55 Doença Renal Crónica.....	201
<i>Luísa Pinto, Estela Nogueira</i>	
56 Síndrome Grial.....	206
<i>Maria Pulido Valente, Diogo Ayres de Campos, Maria Jesus Morgado</i>	
57 Hepatites Víricas.....	208
<i>Inês Martins, Luísa Pinto</i>	

58 Citomegalovírus.....	214
<i>Teresa Loureiro, Luísa Pinto</i>	
59 Parvovírus B19.....	217
<i>Sara Rodrigues Pereira, Mónica Centeno</i>	
60 Sífilis.....	219
<i>Maria Pulido Valente, Luísa Pinto</i>	
61 Toxoplasmose.....	223
<i>Rita Mendes Silva, Luísa Pinto</i>	
62 Varicela.....	227
<i>Rita Rosado, Andreia Fonseca, Cláudia Araújo</i>	
63 Herpes Simplex.....	231
<i>Laura Cruz, Mónica Centeno</i>	
64 Tuberculose.....	234
<i>Ana Dagge, Mónica Centeno</i>	
65 Perturbações do Humor e da Ansiedade.....	238
<i>Laura Cruz, Mónica Centeno, Gabriela Andrade, Beatriz Côrte-Real, Luís Câmara Pestana</i>	
66 Neoplasia Intraepitelial Cervical.....	243
<i>Rita Rosado, Ana Gomes da Costa, Anabela Colaço</i>	
67 Vulvovaginites.....	246
<i>Catarina Paulo de Sousa, Luísa Pinto</i>	
68 Massas Anexiais.....	249
<i>Nuno Simões Costa, Inês Reis</i>	
69 Cirurgia Não Obstétrica.....	252
<i>Nuno Simões Costa, Inês Reis</i>	
70 Abdómen Agudo.....	255
<i>Catarina Policiano, Joaquim Nunes</i>	

PARTE V – CUIDADOS PERIPARTO

71 Corticosteroides para Indução da Maturidade Fetal.....	261
<i>Diogo Ayres de Campos, Luísa Pinto</i>	
72 Neuroproteção Fetal com Sulfato de Magnésio.....	263
<i>Diogo Ayres de Campos, Luísa Pinto</i>	
73 Versão Cefálica Externa.....	265
<i>Maria de Carvalho Afonso, Diogo Ayres de Campos, Luísa Pinto</i>	
74 Indução do Trabalho de Parto e Maturação Cervical.....	267
<i>Maria de Carvalho Afonso, Susana Santo</i>	
75 Cuidados de Rotina Durante o Trabalho de Parto.....	272
<i>Diogo Ayres de Campos, Isabel Vital, Filipa Lança, Graça Oliveira</i>	
76 Parto Vaginal após Cesariana.....	280
<i>Maria de Carvalho Afonso, Diogo Ayres de Campos, Luísa Pinto</i>	
77 <i>Streptococcus</i> do Grupo B – Prevenção da Infecção Neonatal.....	282
<i>Maria Pulido Valente, Maria de Carvalho Afonso</i>	
78 Endocardite Bacteriana – Profilaxia Periparto.....	284
<i>Margarida Cal, Diogo Ayres de Campos</i>	

79 Virus da Imunodeficiência Humana – Prevenção da Transmissão Vertical Periparto.....	285
<i>Catarina Reis de Carvalho, Luísa Pinto</i>	
80 Ocitocina na Indução e Aceleração do Trabalho de Parto.....	288
<i>Maria de Carvalho Afonso, Diogo Ayres de Campos</i>	
81 Febre Intraparto e Corioamnionite	291
<i>Laura Cruz, Diogo Ayres de Campos, Luísa Pinto</i>	
82 Trabalho de Parto Estacionário.....	293
<i>Diogo Ayres de Campos</i>	
83 Cardiotocografia – Interpretação.....	295
<i>Catarina Reis de Carvalho, Diogo Ayres de Campos</i>	
84 Hipoxia Fetal e Tocolíse Aguda.....	299
<i>Diogo Ayres de Campos, Catarina Reis de Carvalho</i>	
85 Parto Instrumentado	303
<i>Maria Pulido Valente, Maria de Carvalho Afonso</i>	
86 Parto Pélvico Vaginal e Retenção de Cabeça Última	306
<i>Andreia Fonseca, Diogo Ayres de Campos</i>	
87 Parto na Gravidez Múltipla e Parto Diferido.....	311
<i>Catarina Policiano, Mónica Centeno</i>	
88 Cesariana	315
<i>Susana Santo, Diogo Ayres de Campos</i>	
89 Gasimetria Umbilical	319
<i>Catarina Reis de Carvalho, Diogo Ayres de Campos</i>	
90 Lacerações Perineais.....	321
<i>Sara Rodrigues Pereira, Susana Santo</i>	
91 Exame Anátomo-Patológico da Placenta – Indicações	324
<i>Rita Rosado, Susana Santo, Joana Almeida Tavares</i>	
92 Acretismo Placentário	326
<i>Susana Rego, Maria de Carvalho Afonso, Diogo Ayres de Campos</i>	

PARTE VI – CUIDADOS PUERPERAIS

93 Cuidados Maternos de Rotina no Puerpério.....	333
<i>Margarida Cal, Maria do Céu Santo, Fátima Horta, Mariana Ferreira, Filipa Lança, Graça Oliveira</i>	
94 Complicações da Amamentação.....	338
<i>Susana Rego, Maria do Céu Santo</i>	
95 Febre Puerperal.....	343
<i>Marina Gato, Mónica Centeno</i>	
96 Mastite e Abscesso Mamário.....	346
<i>Catarina Reis de Carvalho, Paulo Santos</i>	
97 Complicações da Ferida Perineal.....	349
<i>Rita Rosado, Maria do Céu Santo</i>	
98 Complicações da Cicatriz de Cesariana	352
<i>Rita Rosado, Maria do Céu Santo</i>	

99 Defeito da Cicatriz de Cesariana	355
<i>Maria Pulido Valente, Sara Vargas, Joana Goulão Barros, Ana Luísa Ribeirinho</i>	

PARTE VII – EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

100 Prolapso do Cordão Umbilical	359
<i>Maria Pulido Valente, Diogo Ayres de Campos</i>	
101 Eclâmpsia	361
<i>Inês Martins, Joana Goulão Barros, Diogo Ayres de Campos</i>	
102 Distocia de Ombros	363
<i>Maria de Carvalho Afonso, Diogo Ayres de Campos</i>	
103 Hemorragia Pós-Parto Precoce	368
<i>Diogo Ayres de Campos, Filipa Lança</i>	
104 Inversão Uterina.....	374
<i>Laura Cruz, Maria Carlota Cavazza, Teresa Loureiro</i>	
105 Paragem Cardiorrespiratória.....	377
<i>Catarina Reis de Carvalho, Diogo Ayres de Campos</i>	
Índice Remissivo	383

COORDENADORES/AUTORES

Diogo Ayres de Campos

Professor Catedrático. Diretor da Clínica Universitária de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Diretor do Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Luísa Pinto

Diretora do Serviço de Obstetrícia do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. Assistente Hospitalar Graduada de Ginecologia e Obstetrícia. Assistente Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Mestre em Saúde do Adolescente.

AUTORES

Alexandra Henriques

Assistente Hospitalar Graduada de Ginecologia e responsável da Unidade Funcional de Uroginecologia do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. Assistente Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Alexandra Meira

Assistente Hospitalar de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães.

Ana Coelho Gomes

Assistente Hospitalar do Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. Assistente Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Ana Dagge

Interna de Formação Específica em Ginecologia e Obstetrícia do Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Ana Luísa Ribeirinho

Assistente Hospitalar Graduada do Serviço de Ginecologia do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. Assistente Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Ana Gomes da Costa

Assistente Hospitalar do Serviço de Ginecologia do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Anabela Colaço

Assistente Hospitalar Graduada do Serviço de Ginecologia do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. Acreditação em colposcopia pela Sociedade Portuguesa de Ginecologia. Assistente Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Andreia Fonseca

Assistente Hospitalar do Serviço de Obstetrícia do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. Assistente Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Beatriz Côrte-Real

Interna de Formação Específica em Psiquiatria do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. Docente Livre da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Catarina Paulo de Sousa

Interna de Formação Específica em Ginecologia e Obstetrícia do Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Catarina Policiano

Assistente Hospitalar do Serviço de Ginecologia do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. Professora Auxiliar Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Catarina Reis de Carvalho

Assistente Hospitalar do Serviço de Ginecologia do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. Assistente Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Cláudia Araújo

Assistente Hospitalar Graduada do Serviço de Obstetrícia do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Cláudia Milhinhos

Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Enfermeira em funções de chefia no Serviço de Obstetrícia do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Cristiana Marinho Soares

Interna de Formação Específica em Ginecologia e Obstetrícia do Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Cristina Ferreira

Diretora do Serviço de Anatomia Patológica do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Estela Nogueira

Assistente Hospitalar Graduada de Nefrologia do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. Responsável pela consulta de Nefro-Obstetrícia.

Fátima Horta

Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria. Enfermeira em funções de chefia no Serviço de Obstetrícia do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Filipa Lança

Assistente Hospitalar Graduada de Anestesiologia do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. Coordenadora da Anestesiologia Obstétrica. Assistente Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Gabriela Andrade

Interna de Formação Específica em Psiquiatria do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. Especialização Avançada em Psicologia da Gravidez e Parentalidade e Especialização Avançada em Terapias Cognitivo-Comportamentais. Docente Livre da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Graça Oliveira

Assistente Hospitalar Graduada do Serviço de Neonatologia do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. Assistente Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Inês Francisco Pereira

Médica Especialista de Obstetrícia e Ginecologia, Hospital CUF Descobertas Lisboa.

Inês Martins

Assistente Hospitalar do Serviço de Obstetrícia do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. Assistente Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Inês Reis

Médica Especialista de Obstetrícia e Ginecologia, Hospital da Luz, Lisboa.

Isabel Loução de Amorim

Assistente Hospitalar do Serviço de Neurologia, Hospital de Braga.

Isabel Vital

Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Enfermeira Gestora do Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Joana Almeida Tavares

Assistente Hospitalar do Serviço de Anatomia Patológica do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Joana Goulão Barros

Assistente Hospitalar do Serviço de Obstetrícia do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. Professora Auxiliar Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Joana Sousa

Especialista em Ginecologia e Obstetrícia.

João Dias Ferreira

Assistente Hospitalar do Serviço de Neurologia do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Joaquim Nunes

Assistente Hospitalar Graduado do Serviço de Ginecologia do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. Assistente Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

José Carlos P. Ferreira

Diretor da Unidade de Ecografia do Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. Professor Auxiliar de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Laura Cruz

Interna de Formação Específica em Ginecologia e Obstetrícia do Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Luís Câmara Pestana

Diretor do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. Professor Auxiliar Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Margarida Cal

Interna de Formação Específica em Ginecologia e Obstetrícia do Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Maria Carlota Cavazza

Assistente Hospitalar do Serviço de Obstetrícia do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Maria de Carvalho Afonso

Assistente Hospitalar do Serviço de Obstetrícia do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. Assistente Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Maria do Céu Santo

Assistente Hospitalar Graduada do Serviço de Obstetrícia do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Maria Inês Alexandre

Assistente Hospitalar do Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Maria Jesus Morgado

Assistente Hospitalar Graduada do Serviço de Medicina Interna do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Maria Pulido Valente

Interna de Formação Específica em Ginecologia e Obstetrícia do Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Mariana Ferreira

Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica do Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução, Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte.

Mariana Pimenta

Assistente Hospitalar do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Santa Maria da Feira – Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga.

Marina Gato

Interna de Formação Específica em Ginecologia e Obstetrícia do Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Mónica Centeno

Assistente Hospitalar Graduada do Serviço de Obstetrícia do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. Assistente Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Mónica Rebelo

Diretora do Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Nuno Simões Costa

Interno de Formação Específica em Ginecologia e Obstetrícia do Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Paulo Santos

Assistente Hospitalar Graduado do Serviço de Ginecologia do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Pedro Coelho

Interno de Formação Específica em Neurologia do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Rita Mendes Silva

Assistente Hospitalar do Serviço de Obstetrícia do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Rita Rosado

Interna de Formação Específica em Ginecologia e Obstetrícia do Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Rui Marques de Carvalho

Assistente Hospitalar Graduado do Serviço de Obstetrícia do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. Assistente Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Sara Rodrigues Pereira

Assistente Hospitalar de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Cascais (Dr. José Almeida). Oficial médica da Guarda Nacional Republicana.

Sara Vargas

Assistente Hospitalar do Serviço de Obstetrícia do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Sílvia Serrano

Interna de Formação Específica em Ginecologia e Obstetrícia do Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Susana Capela

Assistente Hospitalar Graduada de Reumatologia do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Susana Rego

Interna de Formação Específica em Ginecologia e Obstetrícia do Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Susana Santo

Assistente Hospitalar Graduada do Serviço de Obstetrícia do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. Diretora da Urgência de Obstetrícia e Ginecologia – Bloco de Partos. Professora Auxiliar Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Teresa Loureiro

Assistente Hospitalar Graduada do Serviço de Obstetrícia do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. Professora Auxiliar Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

INTRODUÇÃO

A detecção precoce e a orientação clínica adequada dos desvios da normalidade ocorridos durante a preceção, gravidez, parto e puerpério podem ter um impacto importante na saúde do nascituro, bem como no bem-estar físico e psíquico da mulher.

A melhoria dos cuidados obstétricos e perinatais tem contribuído de forma marcante para a saúde geral das populações, com ganhos que se estendem muito para além do processo reprodutivo. Nesta, como nas restantes áreas da Medicina, é constante a evolução do conhecimento e o aparecimento de novos desafios. Por exemplo, muitas mulheres com doenças crónicas graves, que até há poucas décadas não atingiam a idade reprodutiva ou que eram desaconselhadas de tentar uma gravidez, conseguem atualmente uma gravidez com desfecho favorável. O avanço progressivo da idade materna e o aumento da prevalência da obesidade têm também aumentado os riscos associados à gestação.

A vastidão da área de conhecimento que a Obstetrícia engloba, aliando as doenças exclusivas da gravidez a todas as doenças que com ela coincidem, bem como o crescimento exponencial da produção científica nos últimos anos, criou novos desafios a quem exerce a profissão e tornou essencial o desenvolvimento de protocolos de atuação clínica.

Este livro reúne uma coleção de protocolos clínicos relativos às principais situações obstétricas e de patologia materna com que nos deparamos na prática clínica. Tem como principal objetivo promover uma atuação clínica coerente, baseada na melhor e mais atualizada evidência científica, adaptada à realidade nacional.

Diogo Ayres de Campos

Luísa Pinto

(Coordenadores)

INTRODUÇÃO

Por **placenta prévia** entende-se a placenta que se sobrepõe ao orifício cervical interno e por **placenta de inserção baixa** aquela que está implantada a <2 cm deste orifício (Figura 20.1). Ocorrem em ~0,4% das gestações a termo e os principais **fatores de risco** são: placenta prévia em gravidez anterior, cesariana anterior, cirurgia uterina anterior envolvendo o endométrio e gestação múltipla. O **diagnóstico** é realizado por ecografia transvaginal (após esvaziamento vesical), tendo relevância clínica sobretudo no 3.º trimestre, já que antes tem uma incidência muito superior, devido à ausência de distensão do segmento inferior do útero. Tanto a placenta prévia como a placenta de inserção baixa têm risco aumentado de hemorragia anteparto, acretismo placentário (5-25%), hemorragia intraparto e pós-parto. As placentas implantadas entre 2-5 cm do orifício cervical interno no 3.º trimestre também têm riscos ligeiramente aumentados de acretismo placentário e hemorragia periparto, pelo que este achado deve ser referido na ecografia do 3.º trimestre. O acretismo placentário é particularmente frequente nos casos de placenta anterior com cicatriz prévia de cesariana. A placenta prévia e a placenta de inserção baixa podem não causar sintomatologia e serem achados ocasionais na ecografia, ou podem manifestar-se por hemorragia vaginal e mais raramente por dor hipogástrica ou contractilidade uterina. O toque vaginal com permeabilização do colo está contraindicado nestas situações.

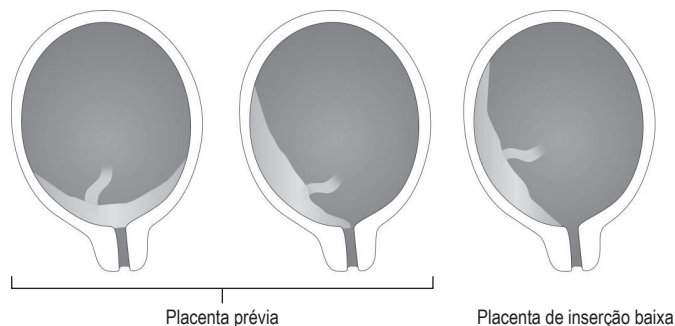


Figura 20.1 – Placenta prévia e placenta de inserção baixa.

ABORDAGEM CLÍNICA

A abordagem clínica depende da idade gestacional e do quadro clínico. Em todos os casos devem ser pesquisados ecograficamente sinais de acretismo placentário. Quando o diagnóstico é efetuado no 2.º trimestre, a localização da

ANDREIA FONSECA, MÓNICA CENTENO

INTRODUÇÃO

A ecografia do 1.º trimestre é importante para a correta classificação da gravidez múltipla em: **bicoriônica (BC)** com duas placentas, duas cavidades amnióticas e fetos que podem ser dizigóticos ou monozigóticos, ter sexos concordantes ou discordantes; **monocoriônica (MC)**, podendo ser **biamniótica (BA)** ou **monoamniótica (MA)**. Na gravidez MA os fetos são, por regra, monozigóticos e com sexo fetal concordante. Nas gestações múltiplas de maior ordem são possíveis várias combinações quanto à corionicidade e ao número de cavidades amnióticas. A gravidez múltipla associa-se a maior risco de **complicações**: aborto (~2 vezes nas BC, ~10 vezes nas MC), hiperemese gravídica (~2-3 vezes), diabetes gestacional (DG) (~2 vezes), doença hipertensiva da gravidez (~3-4 vezes), colestase gravídica (~2 vezes), crescimento fetal discordante (~20%), restrição de crescimento fetal (1 feto afetado em ~60%, ambos afetados em ~2% dos BC e ~8% dos MC), malformações congénitas (~2-5 vezes nas MC), parto pré-termo (PPT) (~5 vezes nas BC, ~10 vezes nas MC) e mortalidade perinatal (~5-7 vezes nas BC, ~10-14 vezes nas MC).

VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ

- **Consultas** mensais até às 28 semanas, quinzenais entre as 28-32 semanas e semanais com cardiocografia (CTG) após as 34 semanas;
- Aconselhar **aportes calóricos** diários e aumento ponderal de acordo com a Tabela 22.1:

Tabela 22.1 – APORTE CALÓRICO DIÁRIO E AUMENTO PONDERAL RECOMENDADOS NAS GESTAÇÕES GEMELARES, DE ACORDO COM O IMC PRÉ-GESTACIONAL OU NO INÍCIO DA GRAVIDEZ

Categoria de peso	IMC (kg/m ²)	Aporte calórico diário	Aumento ponderal
Baixo peso	<18,5	4 000 kcal	Não definido
Peso normal	18,5-24,9	3 500 kcal	17-25 kg
Excesso de peso	25-29,9	3 250 kcal	14-23 kg
Obesidade	≥30	3 000 kcal	11-19 kg

IMC – índice de massa corporal

- **Ácido acetilsalicílico (AAS) 150 mg per os (PO)** 1 vez/dia ao deitar, a iniciar entre as 11-15⁺⁶ semanas (até às 36 semanas, até ao parto ou ao desenvolvimento de pré-eclâmpsia);
- **Suplementação** com ≥60 mg/dia de **ferro** elementar e 1 mg/dia de **ácido fólico** durante toda a gravidez;

- Vigilância **ecográfica** de acordo com a Tabela 22.2;
- Aconselhar a redução progressiva da atividade física após as 24 semanas ou antes se existir contractilidade uterina frequente;
- Colheita de exsudado vaginal/rectal para **Streptococcus do grupo B** às 34 semanas.

Tabela 22.2 – PARÂMETROS A AVALIAR NAS ECOGRAFIAS RECOMENDADAS NA VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ MC E BC

Idade gestacional (semanas)	MC	BC	Parâmetros a avaliar na ecografia
11 ⁺⁰ -13 ⁻⁶	✓	✓	Datação, corionicidade e amnioncidade, rastreio aneuploidias
16	✓		Biometria, LA, fluxometria AU
18	✓		
20 ⁺⁰ -22 ⁻⁶	✓	✓	Anatomia, biometria, LA, fluxometria AU e ACM, comprimento do colo. Ecocardiograma se MC
Depois 2/2s	✓		Biometria, LA, fluxometria AU e ACM
Depois 4/4s		✓	

LA – líquido amniótico; AU – artéria umbilical; ACM – artéria cerebral média.

Rastreio pré-natal

O **rastreio combinado do 1.º trimestre** tem uma taxa de deteção para trissomia (T) 21 de ~86% e o do 2.º trimestre de ~47%. O **DNA fetal livre no sangue materno** pode ser realizado em gestações MC e BC, com um desempenho para T21 idêntico ao das gestações simples. Estima-se uma taxa de deteção de 98,8% para T21. O desempenho para T18 e T13 é ainda questionável. A taxa de testes inconclusivos, principalmente por baixa fração fetal individual, é ~3 vezes superior à da gravidez única.

Diagnóstico pré-natal

Quando tecnicamente possível, a **biópsia das vilosidades coriônicas (BVC)** poderá ser realizada nos gémeos BC, pois em casos de aneuploidia permite a realização mais precoce de feticídio seletivo, minimizando os riscos para o outro feto. A **amniocentese** é uma alternativa após as 16 semanas, devendo ser protelada para as 20-22 semanas nos MC. A taxa de aborto é de 2-3% para ambas as técnicas.

COMPLICAÇÕES ESPECÍFICAS

Crescimento fetal discordante e restrição de crescimento fetal

Considera-se **crescimento fetal discordante** quando a diferença entre a estimativa de peso dos fetos (EPF) é $\geq 25\%$, usando a fórmula: $(EPF_{\text{maior}} - EPF_{\text{menor}} / EPF_{\text{maior}}) \times 100$. Considera-se **restrição de crescimento fetal (RCF)** nas **gestações BC** quando a estimativa de peso de um dos fetos é <P3 ou estão presentes ≥ 2

hemoglobinas é importante para exclusão de hemoglobinopatias (ver protocolo “37. Hemoglobinopatias”);

Parâmetros	Doença crônica	Deficiência de ferro	Talassemia
Hb	N/↓	N/↓	N/↓
VGM	N/↓	↓	↓↓
RDW	N/↑	↑↑	N
Saturação da transferrina	↓↓	↓↓	N
Ferritina	N/↑	↓↓	N
Ferro sérico	↓↓	↓↓	N
CTFF	↓↓	↑↑	N

N – níveis normais; ↓ – níveis reduzidos; ↑ – níveis elevados; RDW – *red cell distribution width*.

- **Anemia normocítica** (VGM 80-100 fl): a contagem de reticulócitos periféricos permite diferenciar as anemias hipoproliferativas das anemias por destruição periférica (Figuras 36.1 e 36.2). O teste de Coombs direto permite o diagnóstico de anemias hemolíticas autoimunes, aloimunes ou mediadas por drogas (cefalosporinas, metildopa). O esfregaço de sangue periférico e os marcadores de hemólise [desidrogenase láctica (LDH) e bilirrubina] podem trazer informações adicionais;
- **Anemia macrocítica** (VGM >100 fl): associada ao déficit de ácido fólico ou de vitamina B₁₂. O déficit de vitamina B₁₂ pode ocorrer por déficit de ingestão, má absorção (gastrectomia, anemia perniciosa, acloridria), fármacos que interferiram na síntese de DNA ou no metabolismo do folato ou déficit de transcobalamina. O déficit de ácido fólico está habitualmente relacionado com déficit de ingestão, má absorção ou fármacos. Mais raramente a anemia macrocítica está associada a hipotireoidismo, alcoolismo, síndromes mielodisplásicas ou reticulocitose.

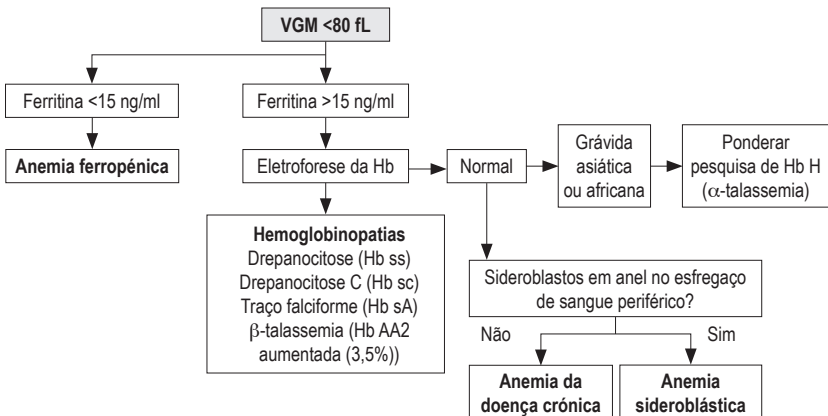


Figura 36.1 – Critérios para o diagnóstico diferencial das principais causas de anemia microcítica.

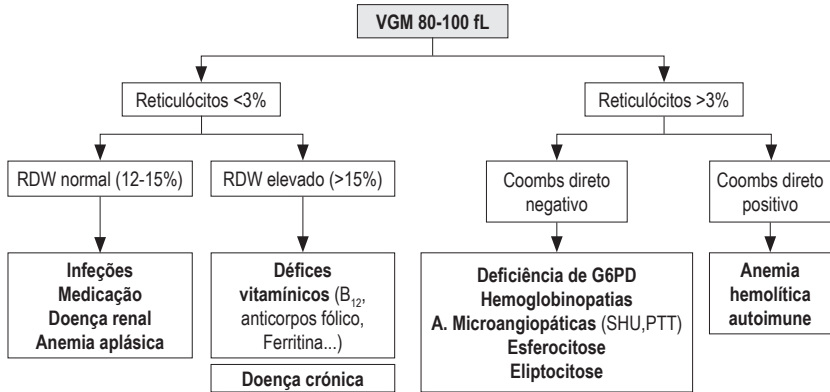


Figura 36.2 – Critérios para o diagnóstico diferencial das principais causas de anemia e normocítica.

TRATAMENTO DA ANEMIA POR DEFICIÊNCIAS NUTRICIONAIS

Anemia ferropénica

O ferro heme presente na carne e peixe é de fácil absorção. O ferro não heme (vegetais) tem absorção mais limitada. Deve ser recomendada uma **dieta** rica em carne ou peixe, evitando a ingestão simultânea com antiácidos, cálcio, leite, chá, café, espinafres, que reduzem a absorção. Por outro lado, o ácido ascórbico, as saladas e os citrinos aumentam a absorção.

Ferro oral

Indicado perante o diagnóstico de anemia ferropénica ou valores de ferritina <15 ng/ml (independentemente do valor de Hb). Deve ser administrado diariamente ou em dias alternados com pelo menos 1 hora de jejum podendo ser administrado em jejum ou antes das refeições (Tabela 36.3), na dose de 40-200 mg/dia de ferro elementar. Evitar toma simultânea com alumínio, magnésio, cálcio, zinco, inibidores da bomba protões e antagonistas dos recetores de histamina.

Efeitos secundários: obstipação, náuseas, vômitos, diarreia, fezes escuras. Na presença de efeitos secundários optar por outra formulação.

É de prever um aumento dos reticulócitos ao fim de 8-10 dias e da Hb em 1 g/dl após 4 semanas. Uma vez normalizada a Hb, continuar mais 4-6 meses até ferritina >30 ng/ml e saturação da transferrina >20%.

104 INVERSÃO UTERINA

LAURA CRUZ, MARIA CARLOTA CAVAZZA, TERESA LOUREIRO

INTRODUÇÃO

Define-se como uma procidência do fundo uterino para o interior da cavidade uterina que ocorre após o parto. A incidência ronda 0,01% dos partos e a sua patogénese não se encontra totalmente esclarecida, parecendo associar-se à aplicação de tração exagerada no cordão umbilical e à utilização de pressão fúndica. Classifica-se como aguda (83,4%) se ocorre nas primeiras 24 horas pós-parto; sub-aguda (13,9%) se ocorre entre as 24 horas e as 4 semanas; crónica (2,6%) se surge após as 4 semanas. Subdivide-se também em: grau 1 – fundo uterino não ultrapassa o colo; grau 2 – fundo uterino na vagina; grau 3 – fundo uterino ao nível ou para além do introito vaginal (90% dos casos são graus 2 e 3); grau 4 – inversão uterina e vaginal (Figura 104.1). Diagnostica-se por palpação bimanual e nos graus 3 e 4 observa-se a protusão de uma massa arredondada ao nível ou que ultrapassa o introito vaginal. Associa-se a hemorragia pós-parto (95%), choque hipovolémico (40-60%), dor pélvica (7-10%) e retenção urinária.

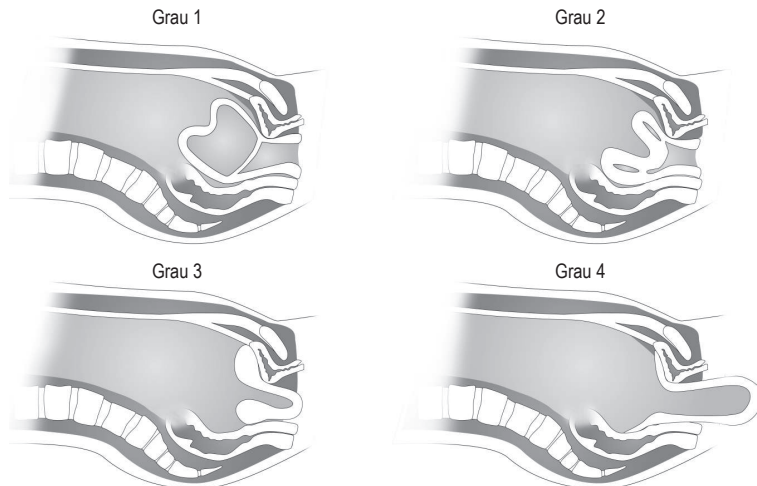


Figura 104.1 – Subdivisão de acordo com o grau da inversão uterina.

ABORDAGEM CLÍNICA

Devido ao elevado risco hemorrágico, trata-se de uma **emergência obstétrica**, sendo necessário **pedir ajuda**, assegurando a presença de um obstetra experiente, um anestesiológico e pelo menos dois enfermeiros especialistas. O

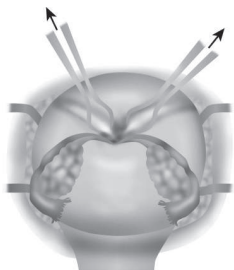


Figura 104.3 – Técnica de Huntington para reposição uterina por via abdominal.

Técnica de Haultain (em caso de falha da técnica de Huntington): histerotomia posterior mediana com cerca de 5-6 cm atingindo o anel cervical, seguida de tração progressiva sobre os ligamentos redondos com pinças de Allis ou reposição digital do fundo uterino através do orifício da histerotomia (Figura 104.4).

Perante o insucesso destas técnicas está indicada a realização de histerectomia.

Complicações: encontram-se descritas complicações infecciosas (endometrite puerperal) e hemorrágicas, bem como rotura uterina durante a tentativa de reposição.



Figura 104.4 – Técnica de Haultain para reposição uterina por via abdominal.

BIBLIOGRAFIA

BASKETT TF. Acute uterine inversion: a review of 40 cases. *J Obstet Gynaecol Can.* 2002;24(12):953-956.

BERINGER RM, PATERIL M. Puerperal uterine inversion and shock. *Br J Anaesth.* 2004;92(3):439-441.

COAD SL, DAHLGREN LS, HUTCHEON JA. Risks and consequences of puerperal uterine inversion in the United States, 2004-2013. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;217(3):377.e1-377.e6.

WITTEVEEN T, VAN STRALEN G, ZWART J, et al. Puerperal uterine inversion in the Netherlands: a nationwide cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2013;92(3):334-337.

YOU WB, ZAHN CM. Postpartum hemorrhage: abnormally adherent placenta, uterine inversion, and puerperal hematomas. *Clin Obstet Gynecol.* 2006; 49(1):184-197.

Protocolos de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal

Este livro reúne uma coleção de protocolos de atuação para as situações clínicas que mais frequentemente ocorrem na preconcepção, gravidez, trabalho de parto e puerpério, desenvolvidos pelo serviço de Obstetrícia do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. É destinado sobretudo a internos e especialistas em Obstetrícia e Ginecologia, mas também a Médicos de Medicina Geral e Familiar e a alunos de Medicina.

Está organizado de forma a permitir uma consulta rápida e fácil no âmbito de uma consulta, urgência da especialidade ou de cuidados primários, ou no internamento hospitalar. A abordagem de cada tema, por vezes com colaboração multidisciplinar, foi pensada para constituir uma ferramenta prática de ajuda na orientação clínica das diversas situações. É baseada numa revisão atualizada da evidência científica, ajustada à realidade nacional.

Esperamos com esta obra contribuir para o caminho de excelência que a Obstetrícia nacional tem vindo a percorrer, o que implica naturalmente uma atualização regular das suas práticas, de acordo com a evolução do conhecimento.

Diogo Ayres de Campos – Professor Catedrático. Diretor da Clínica Universitária de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Diretor do Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

Luísa Pinto – Diretora do Serviço de Obstetrícia do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. Assistente Hospitalar Graduada de Ginecologia e Obstetrícia. Assistente Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Mestre em Saúde do Adolescente.

