

OBSTETRICIA

- ★ **Sangramentos da 1ª metade da gravidez Pág 2**
 - Abortamento
 - Doença Trofoblástica gestacional
 - Gravidez Ectópica
 - Doença Hemolítica Perinatal
- ★ **Sangramentos da 2ª metade da gravidez Pág 5**
 - Descolamento Prematuro de Placenta
 - Placenta prévia
 - Acretismo placentário
 - Rotura seio marginal
 - Rotura de vasa prévia
 - Rotura uterina
- ★ **Doenças Clínicas da Gravidez Pág 7**
 - Pré-eclâmpsia / Eclâmpsia
 - Esteatose hepática
 - Hiperêmese
 - Diabetes Gestacional
 - Gemelaridade
 - Infecção urinária
- ★ **Sofrimento fetal, fórcepe e puerpério Pág 13**
 - Sofrimento Fetal Crônico
 - Crescimento Intrauterino Restrito (CIUR)
 - Oligodramnia
 - Sofrimento Fetal Agudo
 - Fórcepe
 - Puerpério Fisiológico
 - Infecções Puerperais
 - Mastite / Abscesso
 - Hemorragia Puerperal
- ★ **Diagnóstico de Gravidez Pág 18**
 - Diagnóstico Clínico e Laboratorial
 - Modificações Maternas
 - Pré-Natal
 - Aconselhamento Genético
 - Lúpus na gravidez
 - SAF na gravidez
 - HIV na gravidez
- ★ **O Parto Pág 21**
 - Estática Fetal
 - Cesariana
 - Amniorrexe Prematura
 - Trabalho de Parto Prematuro
 - Partograma
 - Assistência Clínica

SANGRAMENTOS DA 1ª METADE DA GRAVIDEZ

Quando vejo gestação?

Através de → **USG TRANSVAGINAL**

4 semanas → Saco Gestacional (SG)

5 semanas → Vesícula vitelínica

6/7 semanas → Embrião / BCE +

SG ≥ 25 mm → Embrião

OBS: USG abdominal demora 1 semana a mais para visualizar cada estrutura

>> DIAGNÓSTICO LABORATORIAL:

Beta-HCG > 1.500 → Saco gestacional

1ª metade da gravidez → < 20 semanas

Abortamento, doença trofoblástica gestacional, gravidez ectópica

2ª metade da gravidez → > 20 semanas

DPP, placenta previa, rotura uterina

ABORTAMENTO

ABORTO: < 20 sem / < 500 gr / < 25 cm

>> QUAL É O 1º EXAME? Especular

Para determinar a origem do sangramento. Ex.: o colo de gestantes apresenta-se mais friável, de maneira que, durante o ato sexual, por exemplo, pode ocorrer sangramento. "sexo selvagem".

Qualquer perda vaginal, passar primeiro o espéculo!

Após passar o espéculo, nosso raciocínio deve ser direcionado entre patologias com:

- colo aberto ou
- colo fechado

>> APRESENTAÇÃO CLÍNICA

COLO ABERTO/IMPÉRVIO	COLO FECHADO / PÉRVIO
INCOMPLETO: útero menor (restos na cavidade) Esvaziamento	COMPLETO: útero vazio e menor Endométrio < 15 mm Orientação
INEVITÁVEL: útero compatível (embrião) Esvaziamento	AMEAÇA: embrião vivo, útero compatível Repouso antiespasmódico
INFECTADO: febre, odor fétido, leucocitose ATB + esvaziamento	RETIDO/ Missed abortion: embrião morto e útero menor Esvaziamento

ATB: clindamicina + gentamicina

Infectado: pista diagnóstica é a história de aborto clandestino

Ameaça: tomar cuidado com as questões que abordam fetos muito precoces, pois falar que tem +/- 5 semanas é comum que não tenha embrião, portanto não confundir com aborto retido.

→ Esvaziamento

LIMITE: 12 semanas → formação óssea da criança (risco de perfuração do útero)

≤ 12 sem → **AMIU** (de escolha) ou CURETAGEM

≥ 12 sem → Sem feto X Com feto

- **SEM feto:** Curetagem

- **COM feto:** Misoprostol (dose alta/ 800 mcg) ± Curetagem

- Abortamento retido também vai utilizar Misoprostol p abrir o colo e já faz AMIU (Se < 12 sem)

- Complicação do Esvaziamento precoce: infecção, hemorragia

>> OUTRAS CLASSIFICAÇÕES

✂ **PRECOCE OU TARDIO**

≤ 12 ou > 12 semanas

✂ **ESPONTÂNEO x PROVOCADO**

Provocado permitido no Brasil

- **Anencefalia:** STF liberou 2012... precisa de dx em equivoco, > 12 semanas e 2 médicos assinam pelo laudo de USG

- **Risco a vida materna:** 2 médicos assinam laudo

- **Estupro:**

Se <18a: pode assinar o laudo

Entre 16 - 18a: assistida pelos pais ou responsáveis legais

<16a: representada pelos pais ou responsáveis legais

Em caso de estupro → a interrupção só pode ser realizada até 20-22 semanas.

Código penal (art 20): "é isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias

Outras malformações → não estão previstas em lei

→ somente com **Autorização Judicial**

✂ **ESPORÁDICO x HABITUAL**

1 única perda precoce NÃO precisa investigar

>> ABORTAMENTO ESPORÁDICOS → causa + comum → **TRISSOMIAS 16 ou Aneuploidia (é um tipo de trissomia)**

Trissomia do 16 → NÃO VIVE

Trissomia do 21 → VIVE

>> ABORTAMENTO HABITUAL → ≥ 3 episódios

CAUSAS DE ABORTAMENTO HABITUAL:

aneuploidias, dcs cromossômicas, anormalidades anatômicas do útero (bicorno, didelfo, septado), IIC, DM, insuficiência do corpo lúteo, Sd antifosfolípido, trombofilias hereditárias, SOP

→ **Incompetência istmo cervical (IIC):** aborto tardio, colo fica curto, dilatação indolor, feto vivo e morfologicamente normal

Conduta: Circlagem = 12-16 semanas

+ usada → Mc Donald → "Da o Mc Donald para a criança ficar quietinha"

O que diferencia a IIC do aborto inevitável é a **DOR**

CI da circlagem: dilatação do colo > 4cm, malformações fetais incompatíveis c a vida, infecção cervical ou vaginal purulenta, RPMO, atividade uterina, membranas protusas, IG > 24 sem

→ **Sd anticorpo antifosfolípido:** colo normal, pode ter LES, anticorpos +, trombozes, feto morto

Diagnóstico: 1 critério clínico + 1 critério laboratorial (Anticardiolipina, Anticoagulante lúpico, Anti-beta 2 glicoproteína)

Tratamento: AAS e Heparina (HNF ou HBPM)

→ **Insuficiência do corpo lúteo:** aborto precoce, ↓ progesterona, colo normal

< 12 semanas a gestação é dependente de progesterona

Tratamento: Progesterona intravaginal até 12 semanas, 100-200 mg (até o final do 1º trimestre)

→ **Má formação uterina**

OBS: Qualquer infecção que colocarem na prova não vai entrar como habitual, pois após perder o primeiro filho para aquela patologia, será criada defesa e anticorpos contra aquela patologia.

DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

>> BENIGNA

Mola hidatiforme → Completa / Parcial

>> MALIGNA

Mola invasora + COMUM

Coriocarcinoma

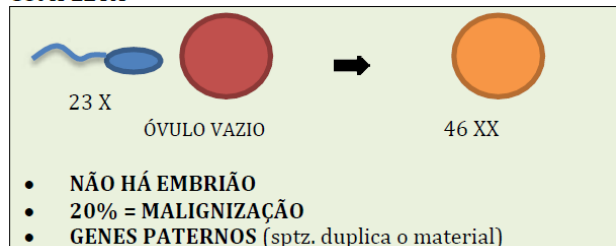
Tumor trofoblástico do sítio placentário

A que + cai em provas → BENIGNA

OBS: mesmo a partir de uma gravidez normal, podemos ter o desenvolvimento de formas malignas.

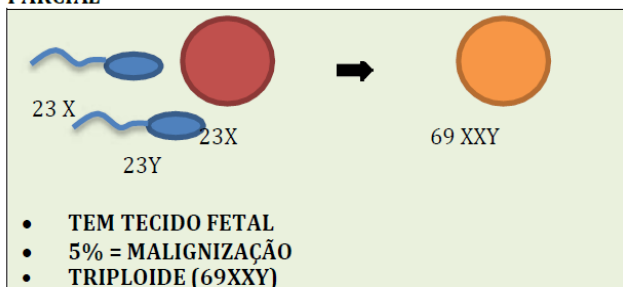
COMO FORMAM AS MOLAS?

COMPLETA



Cariótipo diploide → 46XX (+ freq.), 46XY

PARCIAL



Triploide/ tetraploide → 69XXY, 69XXX, 69YY

>> QUADRO CLÍNICO

Sangramento de repetição, "suco ameixa", vesículas, ↑ útero, hiperemese, hipertireoidismo

βHCG ↑↑↑

USG → "flocos neve" / "cachos de uva" / "tempestade de neve"

Útero em sanfona (cresce e diminui)

>> FATOR DE RISCO

Idade < 40a, intervalo interpartal curto, SOP, abortamentos prévios, mola hidatiforme anterior, inseminação artificial, tabagismo, uso de ACO (controverso), exposição a radiação ionizante

>> FATOR DE PROTEÇÃO

filho anterior normal

>> TRATAMENTO

Esvaziamento uterino + Histopatológico → Vácuo

Histerectomia ? → Prole definida / > 40 anos

E os anexos? → Vão regredir

>> CONTROLE DE CURA

Beta-hCG → semanalmente

Em torno de 8-10 semanas fica negativo

→ Semanal até 3 exames negativos!

→ Mensal até 6 meses

USP-SP (ZUGAIB): ao invés de controle semanal, o controle é quinzenal – após controle negativo, segue-se com controle mensal.

Sugere malignização:

- Aumento em 3 dosagens (dias 1, 7 e 14) ou ascensão por 2 semanas
- 4 dosagens platô (dias 1, 7, 14 e 21)
- 6 meses ainda + (questionável)
- Metástases: pulmão (+ comum), vagina (2º lugar)

= QUIMIOTERAPIA (metotrexate)

Orientar Contraceção → EXCETO DIU

OBS: caso a paciente engravidar, não saberemos se a elevação do beta-hcg é decorrente da gravidez ou de uma malignização.

GRAVIDEZ ECTÓPICA

Implantação do ovo fora da cavidade abdominal (cav. corporal)

Clínica → Atraso com dor

B-hCG → > 1500 + útero vazio

USG → útero vazio

Localização + comum? → Trompa na região ampular

>> FATORES DE RISCO

Ectópica prévia

Tabagismo

> 35 anos

DIP (PRINCIPAL)

Laqueadura

Endometriose

Raça negra

Cirurgia abdominal

DIU

Pílula do dia seguinte

>> TIPOS: tubaria, ovariana, abdominal

>> PRINCIPAIS SINAIS: atraso menstrual, sangramento vaginal discreto, dor abdominal (+ frequente), útero < que IG esperada, massa anexial palpável, defesa abdominal, grito de douglas (Sinal de proust).

→ E o sangramento vaginal?

É fruto de um estímulo endometrial fraco (reação de Arias-Stella) – todas as vezes em que a mulher engravida existe um estímulo hormonal para que o endométrio se prepare para a gravidez. No caso de uma gravidez ectópica, a produção hormonal é fraca, que não é capaz de sustentar o endométrio >> sangramento discreto.

A única ectópica que pode cursar com hemorragia vaginal intensa é a ectópica cervical.

>> DIAGNÓSTICO: CLÍNICA + β-HCG + USG

USG: imagem cística anexial c halo hiperecogênico + espessamento endometrial (reação de Arias-Stella) + liq livre em FSD (principalmente em casos de ruptura)

>> DX DIFERENCIAL

Apendicite

Endometrite

Ovulação dolorosa

Mioma submucoso torcido

DIP

Abortamento

IVU

>> TRATAMENTO

- Expectante: ectópica íntegra e β-hCG declinante

→ Seguimento: ↓ semanal beta-hCG

- Farmacológico:

Obrigatório: paciente estável e ectópica íntegra

Condições ideais: sem BCF, massa < 3,5 cm, beta-hCG < 5.000

Metotrexate → Injeção local ou sistêmica

Comparar o Beta-HCG nos dias 4 e 7 dias após o MTX = se cair pelo menos 15% - continue acompanhamento; se não = pode tentar de novo (se preencher os critérios) – máximo de tentativas = 3x ... se não deu certo → CIR

Cirúrgico conservador – Mantém a trompa

Ectópica íntegra / Desejo reprodutivo

Salpingostomia / Laparoscopia

Padrão ouro p dx



Cirúrgico radical – Retira a trompa

Ectópica rota

Prole completa

Salpingectomia:

- Laparoscopia → px estável

- Laparotomia → px instável

OBS: Se a ectópica rompeu = RETIRAR a trompa

Se a USG não estivesse disponível, qual a estratégia para descartar o diagnóstico de gravidez ectópica?

REPETIR BETA-HCG: se duplicar (ou mínimo > 66%) em 48h, sugere gestação normal.

PROGESTERONA > 25ng/mL, o diagnóstico de ectópica também se torna pouco provável.

DOENÇA HEMOLITICA PERINATAL

>> **Incompatibilidade ABO → é a + comum**

Não exige exposição prévia

Proteção parcial para a Rh

Não tem profilaxia

EX: mãe O / filho A ou B

>> **Incompatibilidade Rh → é a + GRAVE**

Sensibilização:

Mãe Rh – DU – / Pai Rh + Feto Rh +

Variante DU: se vier (+) → paciente comporta-se como Rh+ e não entraria no protocolo.

Na primeira gestação ocorre a sensibilização.

Na próxima gestação, se a criança for Rh (+) a mulher irá produzir acs e consequentemente haverá hemólise (a doença é cada vez mais grave em gestações subsequentes, pois haverá cada vez mais produção de anticorpos).

SEGUIMENTO:

COOMBS IND - → Repetir 28, 32, 36 e 40 semanas

COOMBS IND + → < 1:16 mensal

≥ 1:16 → Investigação de Anemia Fetal

→ INVESTIGAÇÃO DE ANEMIA FETAL

Amniocentese (curva de Liley: bilirrubina) – não é mais utilizado.

Doppler a. cerebral média → Não invasivo: Avalia Velocidade máxima do pico sistólico. Se > 1,5 = sugere hemólise significativa → encaminhar para cordocentese

Cordocentese → Padrão ouro: diagnóstico e tratamento (+ arriscada) – pode chegar a 3% de morte fetal (por isso não é o 1º exame a ser realizado).

→ QUANDO INDICAR IMUNOGLOBULINA ANTI-D

Sangramento, exame invasivo ou parto (idealmente nas 1^{as} 72 horas) OU 28 semanas

Exame invasivo → EX: amniocentese, cordocentese...

→ COMO AVALIAR A IMUNOPROFILAXIA?

Coombs indireto → Efetiva: teste positivo *

Teste de Kleihauer → Efetiva: teste negativo **

(*) Coombs indireto positivo após aplicação da Ig (a Ig foi suficiente para destruir as hemácias fetais e ainda 'sobrou' acs).

Caso o coombs indireto não positive: fazer mais uma dose.

O Coombs indireto deve negativar em até 3 meses pós-parto – caso não negative >> significa que a paciente foi sensibilizada.

(**) Pesquisa de hemácias fetais na mãe

OBS1: a cada nova gravidez tem q fazer imunoprofilaxia de novo...


OBS2: TODO sangramento na gravidez = Avaliar incompatibilidade Rh

SANGRAMENTOS NA 2ª METADE DA GESTAÇÃO

DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA (DPP)

Descolamento prematuro após 20ª semana

>> FATORES DE RISCO

Trauma
Anos > 35
Corioamnionite
Drogas (cocaína e tabagismo) – tbm é FR para PP
Polidramnia (e gemelar)
Pressão alta (**hipertensão**)
PRINCIPAL FR 

>> QUADRO CLÍNICO

Entendendo o DPP ...

PLACENTA
DESCOLA

Coágulo retroplacentário

Consome fator coagulação

... SANGUE IRRITA O MIOMÉTRIO

TAQUISSISTOLIA

HIPERTONIA

Dor abdominal

Taquissistolia → > 5 contrações/minuto

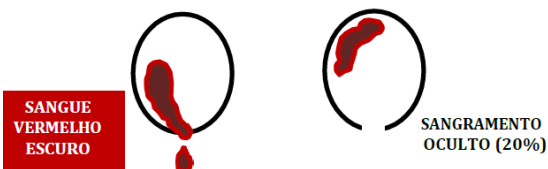
Sofrimento fetal agudo

Tônus uterino AUMENTADO

Quando sangra (80%) → é escuro

20% → hemorragia oculta → forma um coágulo retroplacentário

MACETE: se > 20 semanas com útero hipertônico
→ muito provável que seja DPP



>> DIAGNÓSTICO

CLÍNICO

USG??? → NÃO É P PEDIR

Conduta: depende do feto...

VIVO → Via + Rápida (> CESARIANA)

Parto iminente: VAGINAL

MORTO → Via + segura p a mãe → > VIA VAGINAL

Se demorar: CESARIANA

PS: DPP com feto morto é Grau III = grave → corre o risco de coagulação se cesárea

>> CLASSIFICAÇÃO

- DPP + feto morto = grave

- DPP + feto morto + coagulopatia: gravíssima
REALIZAR ANTES: **AMNIOTOMIA**

- ❖ ↓ pressão no hematoma
- ❖ ↓ infiltração miometrial
- ❖ ↓ tromboplastina p/ mãe

>> COMPLICAÇÕES

- **Útero Couvelaire** (apoplexia uteroplacentária)

Massagem + Ocitócito

Sutura B-Lynch → evita que evolua para histerectomia

Ligadura hipogástrica/ Uterina
Histerectomia (subtotal)

- **Síndrome de Sheehan**

Necrose hipofisária com amenorreia

- **CIVD**

Tromboplastina para circulação materna

Avaliação prática de coagulopatia:

Colher 8mL de sangue da paciente → colocar em tubo de ensaio >> colocar a 37°C (segurar o tubo na mão fechada – não balançar o tubo) → se o sangue coagula em 10 min e permanece firme por mais 15 min → **afasta coagulopatia**

- **Insuficiência Renal aguda**

- **Choque Hipovolêmico**

PLACENTA PRÉVIA

Placenta próxima ou sobre orifício interno do colo **confirmada após 28 semanas** (alguns autores consideram 26 semanas)

Placenta prévia = Inserção viciosa de placenta

Implantação heterotópica da placenta sobre o OI

>> CLASSIFICAÇÃO

1. **MARGINAL:** o bordo placentário tangencia a borda do OIC, sem ultrapassá-la

2. **PARCIAL:** recobre parcialmente a área do OIC

3. **TOTAL:** quando recobre totalmente a área do OIC

4. **Placenta de inserção baixa ou lateral:** não atinge o OI, mas localiza até 2 cm dele (baixa)

Classificação segundo o Ministério da Saúde:

- Marginal
- Completa ou Total
- Baixa

>> FATORES DE RISCO

Idade > 35 anos

Tabagismo

Gemelar

Cicatriz uterina

Endometriose

Multiparidade

Aumento placentário (ex.: tabagismo → tentativa de aumentar a massa placentária para aumentar a superfície de troca materno-fetal)

>> QUADRO CLÍNICO

Placenta

Progressivo

Repetição

Espontâneo

Vermelho vivo

Indolor

Ausente hipertonia e sof. fetal agudo

>> DIAGNÓSTICO

CLÍNICA ("PREVIA")

NÃO faça toque antes de passar o espéculo → NUNCA

Exame Especular

USG: confirma o diagnóstico e classifica

RNM → melhor exame para acretismo

>> CONDUTA

A termo → Interrupção

Prematuro → Depois do sangramento...

INTenso → **I**NTerrope

ESCasso → **E**Xpectante

E A VIDA DE PARTO?

Total: **CESARIANA!!!**

Parcial: maioria cesariana

Marginal: avaliar parto vaginal (depende do sangramento) – amniotomia precoce

>> **COMPLICAÇÕES**

... se a placenta tem inserção **anormal**

- apresentação **anormal**

- penetração útero **anormal** – Hemorragia, Infecção

- atonia pós-parto, distocia de parto, discinesias uterinas, lacerações de trajeto

>> **O QUE DETERMINA A CONDUTA NA PP?**

- A intensidade do sangramento, a Idade Gestacional, o grau de obst mecânica ao canal do parto (tipo de IVP)

ACRETISMO PLACENTÁRIO

Qualquer implantação placentária na qual há aderência anormalmente à parede uterina

>> **DIAGNÓSTICO**

SUSPEITA: placenta previa + cesárea anterior

PRÉ-NATAL: USG ou RM (+ seguro)

>> **CLASSIFICAÇÃO E CONDUTA**

ACRETA (perfura endométrio): pode tentar conservador, mas padrão histerectomia

INCRETA (invade miométrio): histerectomia

PERCRETA (≥ serosa): histerectomia

>> **COMPLICAÇÃO**

Hemorragia maciça, CIVD, SARA

✕ **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE DPP E PP**

Elementos diagnóstico	DPP	PP
Início	Súbito, grave desde o começo	Insidioso, gravidade progressiva
Hemorragia	Única, dolorosa, mas oculta em 20% dos casos	Visível, de repetição, indolor
Sangue	Escuro	Vivo – rutilante
Sofrimento Fetal	Vivo	Ausente ou tardio
Hipertonia	Típica	Ausente
Hipertensão	Típica	Rara
Estado materno	Sinais de anemia grave Não mantém relação com as perdas sanguíneas externas	Sinais de anemia proporcional as perdas sanguíneas externas
Amniotomia	Não altera a hemorragia (↓ o risco de CID)	↓ a hemorragia (compressão placentária pelo polo fetal)
Metrossístole	↓ a hemorragia	↑ a hemorragia
USG	Pode ser normal (disponível)	Confirma o diagnóstico

ROTURA SEIO MARGINAL

O seio marginal consiste na extrema periferia do espaço intervilosos
Seio marginal = “borda” da placenta

>> **QUADRO CLÍNICO**

Sangramento indolor

Vermelho vivo

Espontâneo

Periparto

Tônus uterino normal

Sem sofrimento fetal

Um quadro clínico de placenta prévia... mas o USG mostra placenta normoinserida

>> **DIAGNÓSTICO**

De presunção

USG NORMAL

DX DEFINITIVO após o parto → HISTOPATOLÓGICO

>> **CONDUTA**

Sangramento geralmente discreto



BOM PRÓGNÓSTICO

PARTO VAGINAL

ROTURA DE VASA PRÉVIA

Ruptura de vasos umbilicais desprotegido entre a apresentação e o colo

Hemorragia muito grave para o feto

>> **FATORES DE RISCO**

Placentas bilobadas

Placentas suscenturiadas

Inserção velamentosa do cordão

>> **QUADRO CLÍNICO**

Sangramento vaginal após amniorrexe +

Sofrimento fetal agudo

>> **DIAGNÓSTICO**

USG com dopplerfluxometria colorida

>> **CONDUTA**

Cesariana URGÊNCIA

ROTURA UTERINA

Rompimento parcial ou total do miométrio durante a gravidez ou o trabalho de parto

>> **FATORES DE RISCO**

Multiparidade

Kristeller → Violência Obstétrica

Cicatriz uterina

Parto obstruído → Desproporção cefalopélvica

Malformação

Iminência de rotura → Síndrome de Bandl-Frommel

Anel separa corpo do segmento – Bandl

Ligamentos redondos distendidos – Frommel → causa muita dor e desconforto

>> **ROTURA CONSUMADA**

Dor lancinante – depois período de acalmia

Muitas vezes o feto já morreu e o risco agora é da morte materna

- Fácil percepção de partes fetais → pode ser que desde o início já tenha sido inserido fora do útero → ectópica abdominal

- Sinal de Reasens (“subida” da apresentação, o feto sai do útero e “cai” na cavidade abdominal) e Sinal de Clark (crepitação na palpação abdominal, enfisema subcutâneo)

>> **CONDUTA**

Iminência → CESARIANA DE URGÊNCIA

Consumada → HISTERORRAFIA

→ HISTERECTOMIA

DOENÇAS CLÍNICAS NA GESTAÇÃO

1ª causa de mortalidade materna no Br =
HIPERTENSÃO

HAS CRÔNICA	PRÉ-ECLÂPSIA
> 35 anos Multigesta HÁ em qualquer semana Proteinúria ou não Calciúria > 100 mg/ 24 hs Persiste após parto	< 18 anos e > 35 anos Primigesta HA após 20 sem Proteinúria (> 300 mg) após 20 sem Calciúria < 100 mg/24 hs Normalização em 6-12 sem pós parto (puerpério)

Obs: qualquer paciente de alto risco para lesão renal, deve ter uma avaliação de proteína no 1º trim = se essa paciente desenvolver ptn patológica (> 300 mg) na 2ª metade da gestação – é + fácil diagnosticar a pré-eclâmpsia

HIPERTENSÃO GESTACIONAL (TRANSITÓRIA)

PA ≥ 140 x 90 mmHg sem proteinúria após 20 sem e normaliza até 12 sem pós-parto
Melhor prognóstico / Melhor abordagem terapêutica

PRÉ-ECLÂPSIA

O que é? ≥ 140 x 90 mmHg + Proteinúria ≥ 300 mg/dia OU ≥ 1 + na fita

OBS: padrão ouro para avaliar proteinúria = urina de 24 hs (um EAS normal não descarta ptn → diante de um EAS normal, solicitar padrão-ouro)

Proteinúria/ creatinina urinária ≥ 0,3 equivale à proteinúria de 24 hs ≥ 300 mg

Pode ser pré-eclâmpsia sem proteinúria?

APENAS SE HTA > 20 sem **MAIS** plaquetopenia (< 100.000), Cr > 1,1, EAP, ↑ 2x transaminases, sintomas cerebrais ou visuais

PORÉM SE HTA > 20 sem **SEM** proteinúria e **SEM** estas alterações

>> Porque após 20 semanas??

NORMAL: ondas de invasão trofoblástica ... queda da PA

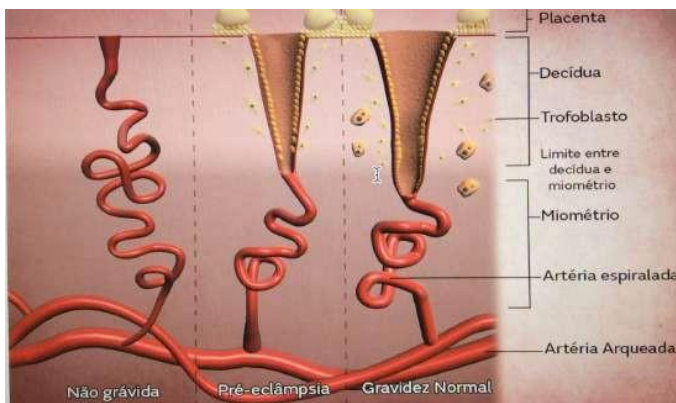
1ª ONDA: 6 a 12 semanas

2ª ONDA: 16 a 22 semanas

O trofoblasto destrói a camada muscular da artéria espiralada >> “abre a boca do vaso” – cai a resistência – aumento do fluxo... isso é o que deve ocorrer normalmente

Na pré-eclâmpsia: não há 2ª onda – vaso espiralado com alta resistência – isquemia com lesão endotelial – liberação de substâncias vasoativas – **TROMBOXANE** (aumenta a resistência vascular periférica/ vasoconstrição) – insuficiência placentária, CIUR, sofrimento fetal crônico, centralização...

PRÉ-ECLÂPSIA = AUSÊNCIA DA 2ª ONDA DE INVASÃO



USP-SP 2019: Mecanismo fisiopatológico da pré-eclâmpsia grave?

Resposta: Invasão inadequada da muscular média das arteríolas espiraladas.

FATORES DE RISCO

Exposição pela 1ª vez (nulípara)
Excessiva às vilosidades (gemelar, mola)
Vasculopatia prévia
(HAS, DM, Pré-eclâmpsia em gestação anterior)
Etnia negra
Familiar de 1º grau com pré-eclâmpsia
Nefropatia

OBS: ALTO RISCO

Paciente com relato de história pessoal pré-eclâmpsia grave em gestação anterior + HAS crônica, é recomendado se deseje nova gestação o uso de AAS em baixa dose, 100 mg/dia, entre 12 a 16 semanas e até o parto para prevenção da recorrência de pré-eclâmpsia.
Em paciente com dieta pobre em cálcio é recomendado Carbonato de Cálcio, 1,5 a 2 gr/dia.

>> CLASSIFICAÇÃO

1. PRÉ-ECLÂPSIA (LEVE x GRAVE)
2. ECLÂPSIA
3. HIPERTENSÃO GESTACIONAL (TRANSITÓRIA)
4. HAS PRÉVIA (CRÔNICA)
5. HAS PRÉVIA AGRAVADA PELA PRÉ-ECLÂPSIA (SOBREPOSTA)

LEVE	GRAVE
PA ≥ 140 x 90 sem sinais de gravidade	PAS ≥ 160 ou PAD ≥ 110 Proteinúria > 5gr urina 24 hs (USP) / Ptn > 2 gr (MS) ou 2+ na fita Edema agudo de pulmão (EAP) Oligúria Creatinina ≥ 1,4 mg/dl Síndrome HELLP: LDH ≥ 600 / esquizócitos / BB ≥ 1,2 / AST (TGO) ≥ 70 / plaquetas < 100.000 Iminência de eclâmpsia: cefaleia (refratária fronto-occipital), escotomas, epigastralgia, ↑ reflexo

UNIFESP-17: 35 semanas com PA 140x90, edema de MMII, cefaleia e turvação visual. Diagnóstico: iminência de eclâmpsia = pré-eclâmpsia grave.

Conduta: sulfato Mg, estabilização clínica e resolução da gravidez.

>> ECLÂPSIA

Aparecimento de convulsões tônico-clônicas generalizadas, numa gestante com pré-eclâmpsia. Pode ocorrer durante a gestação, no parto ou nas primeiras 24 horas do puerpério.



>> CONDUTA

ANTI-HIPERTENSIVOS:

- Não fazer caso PA < 160 x 110 mmHg
- **Objetivo:** manter PAS 140-155 e PAD 90-100
- **Não medicar pxs com pré-eclâmpsia leve**
“Se baixar demais e muito rápido ocorrerá hipofluxo placentário e levará a sofrimento fetal iatrogênico”

CRISE	MANUTENÇÃO
Hidralazina IV	Metildopa VO
Labetalol IV	Hidralazina VO
Nifedipina VO	Pindolol VO

(*) Nifedipina + Sulfato de Magnésio >> pode provocar hipotensão refratário ao TTO, por isso tem preferência em utilizar a HIDRALAZINA

(*) Metildopa = categoria B

EVITAR: diurético, IECA e propranolol

- Propanolol: não é CI, mas deve ser evitado, pois pode fazer CIUR (existem drogas + seguras p HAS)

Se gestante em estado grave, instável, tratar como não gestante. A prioridade é a vida da gestante.

Se gestante congesta, usamos diurético (furosemida). Podemos usar nifedipina também.

UNIFESP-2019: tercigesta (1 cesárea prévia) de 34 sem com dx prévio de pré-eclâmpsia se apresenta com sinais de iminência de eclâmpsia (turvação visual, dor no estômago, cefaleia). **Conduta?**

- Hidralazina (ou labetalol ou nifedipina)

- Sulfato de Mg para prevenção de eclâmpsia (convulsão). Para (objetivo) neuroproteção fetal é feito somente até 32 semanas.

- Via de parto = Cesariana. (Devido a cesariana anterior, a indução seria bem mais lenta e difícil, pois não pode usar misoprostol)

- Não há indicação de corticoterapia nessa IG.

>> PREVENÇÃO DE ECLÂMPSIA

EM TODA PRÉ-ECLÂMPSIA GRAVE/ IMINÊNCIA/ ECLÂMPSIA

** Se a paciente tiver qualquer critério de pré-eclâmpsia grave, mesmo se não apresentar sintoma → fazer sulfato!!

DROGA DE ESCOLHA: SULFATO DE MAGNÉSIO

PRITCHARD	ATAQUE: 4Gg IV + 10g IM MANUTENÇÃO: 5g IM 4/4 hs (nas próximas 24 hs pós-parto) Deve ser utilizado em locais sem bomba infusora
ZUSPAN	ATAQUE: 4g IV MANUTENÇÃO: 1-2 g/h IV em Bomba Infusora (BI) (nas próximas 24 hs pós-parto)
SIBAI	ATAQUE: 6g IV MANUTENÇÃO: 2-3 g/h IV em BI

(*) + utilizados → Pritchard e Zuspan

(*) A dose de ataque é feita de forma lenta (20 min). "Paciente que aumenta a velocidade do soro até vai pra casa mais rápido, mas vai pra casa do pai, kkk"

→ SEM BI = PRITCHARD

→ COM BI = ZUSPAN

→ Magnesemia terapêutica: 4-7 mEq/L

** não é necessário fazer a dosagem para fazer o acompanhamento. Pode-se fazer o acompanhamento clínico para avaliar a intoxicação **

Se a mulher convulsionar em uso de sulfato de magnésio = repetir (porém faça metade da dose de ataque).

RISCO DE INTOXICAÇÃO

Reflexo patelar
Respiração → deve estar >16 irpm
Diurese → >25mL/h

Se OLIGÚRIA ≤ 25 não é sinal de intoxicação → ajustar dose de Mg

"A oligúria pode ser tanto causa como consequência da intoxicação, pois a depuração do Mg é renal".

INTOXICAÇÃO: reflexo patelar ausente ou FR <16 irpm

• Suspende o sulfato de Mg

• Aplicar antídoto: **GLUCONATO DE CÁLCIO** (deixar gluconato de cálcio 10mL a 10% preparado a beira do leito) = na prescrição da sulfatação é obrigatória a presença do gluconato na beira do leito!!!

INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO

LEVE	GRAVE
Expectante até o termo, conforme condições maternas e fetais	TTO definitivo é o PARTO Quando? - Se < 34 sem: avaliar bem estar p corticoide/ parto se piorar - Se ≥ 34 sem: PARTO obst

VIA DE PARTO

... pode ser vaginal
Depende das condições maternas (gravidade, BISHOP) e fetais (SFA)

UNIFESP18: Sempre que o feto estiver apresentando sofrimento fetal agudo (desacelerações tardias), não há necessidade de realizar corticoterapia antes da resolução da gestação, mesmo se < 34s.

PARTO SÓ APÓS ESTABILIZAÇÃO!

OBS: em média demanda cerca de 4 hs a estabilização (Sulfato ± Anti-hipertensivos)

Complicações da pré-eclâmpsia

Complic MATERNA	Complic FETAL
DPP, eclâmpsia, AVC, rotura hepática	CIUR, centralização, óbito

ESTEATOSE HEPÁTICA AGUDA

>> CLÍNICA

3º trimestre, náuseas, vômitos, dor no HD e icterícia

>> LABORATÓRIO

↑ BD, ↑ TGO, TGP, leucocitose, hipoglicemia, hipofibrinogemia e hiperuricemia
→ Plaquetas normais e sem hemólise

>> COMPLICAÇÕES:

Evolui com insuficiência hepática e insuficiência renal
→ Morte fetal (principalmente por acidose materna)

>> **DX DIFERENCIAL:** HELLP, hepatites virais (maior causa de icterícia na gravidez) e hiperêmese

>> **TTO:** parto + estabilização

HIPERÊMESE

>> FATORES DE RISCO

- Massa placentária muito grande com excesso de produção hormonal – estrogênio e hCG

- Gemelar

- Mola

- Feto feminino

- História pessoal ou familiar

- Muitas vezes pode ser um problema psicológico, gravidez indesejada ou sem suporte familiar, separação...

>> DIAGNÓSTICO

- ↓ Peso de pelo menos 5% - Desidratação

- Cetonúria - ↑ TGO/TGP

- ↑ Bilirrubinas - ↑ Amilase e lipase

>> CONDUTA

- Internação
- Dieta zero
- Reposição hidroeletrólítica
- Tiamina
- Ondansetrona (Zofran®)

DIABETES GESTACIONAL

O QUE É? Intolerância aos carboidratos iniciada durante a gestação.

POR QUE NA GESTAÇÃO? 2ª metade da gestação
Diabética Gestacional: maior risco de causar macrosomia e oligodramnio

Mulher diabética → **Ideal engravidar com Hb glicada < 6**; caso esteja > 6 tem maior risco de abortamento, malformação → A malformação + comum é a cardíaca.
TODAS GESTANTES tem q fazer teste para diagnóstico de diabetes.

→ **PLACENTA SECRETA:** estrogênio, progesterona, cortisol e lactogênio placentário

>> FISIOPATOLOGIA

Resistência à insulina >> glicose circula mais tempo >> maior disponibilidade para o feto
A resistência insulínica criada na gestação é fisiológica e favorece a hiperglicemia sérica, que facilita a difusão para o feto.

Qual o mecanismo de passagem da glicose pela placenta? DIFUSÃO FACILITADA

HIPOGLICEMIA no 3ª trim. em paciente diabética prévia indica **INSUFICIÊNCIA PLACENTÁRIA**. Devido a diminuição da circulação dos hormônios contra-insulínicos produzidos pela placenta.

>> FATORES DE RISCO

Idade > 35 anos
IMC > 25
Antecedente familiar de DM em parente de 1ª GRAU (2º GRAU NÃO!!)
Óbito fetal sem causa aparente
Malformação fetal

DIAGNÓSTICO
ZUGAIB e REZENDE
1ª consulta (1º trimestre)
GLICEMIA COM JEJUM
GJ < 92 → TOTG 75g* (24-28 sem)
GJ ≥ 92 e < 126 → DM GESTACIONAL
GJ ≥ 126 → DM PRÉVIO → 1 ex alterado já confirma DM
OBS: valores devem ser repetidos e confirmados
GLICEMIA SEM JEJUM
GJ ≥ 200 + sintomas → DM PRÉVIO
HEMOGLOBINA GLICADA
HbA1c ≥ 6,5 → DM PRÉVIO
(*) TOTG 75 g (24-28 sem)
GJ → 92 a 125 mg/dL
Após 1 hora ≥ 180 mg/dL
Após 2 hs ≥ 153 a 199 mg/dL
1 valor alterado confirmar DMG

MINISTÉRIO DA SAÚDE 2017	
TOTG 75 g (24 – 28 sem)	
DM gestacional	DM prévio
- Jejum 92 a 125	- Jejum ≥ 126
- Após 1 hora ≥ 180	
- Após 2 hs 153 a 199	- Após 2 hs ≥ 200

UNIFESP-2018: Quais exames pedir para uma diabética prévia (há 16 anos) antes da gestação? "Raciocinar como um clínico"

- HbA1C (se > 8% = alto risco para malformação);
- Dosagem de Cr;
- Exame de fundo de olho.

CONDUTA
DM gestacional
DIETA + ATIV FÍSICA 1 – 2 semanas 6 refeições { 50% carboidrato 30% lipídios 20% proteínas } → Se falhar: INSULINA
DM PRÉVIO
Segundo MS: INSULINA → é a droga de escolha 1º trim/ Pós parto: diminuir dose de insulina 2º/3º trim: aumenta a dose de insulina HIPOGLICEMIA no 3º trim? → Insuf placentária

CLASSIFICAÇÃO MODIFICADA PRISCILA-WHITE	
Classe A1	DMG controlado apenas c dieta
Em insulinoterapia:	
Classe A2	DMG c necessidade de tto farmacológico
Classe B	DM iniciado > 20 anos e duração < 10 anos
Classe C	DM iniciado entre 10 e 19 anos e duração entre 10 e 20 anos
Classe D	DM iniciado antes dos 10 anos ou duração > 20 anos ou retinopatia benigna
Classe F	Nefropatia
Classe R	Retinopatia proliferativa
Classe RF	Retinopatia e Nefropatia

PARTO
- DMG s/ complicação → Não precisa antecipar
- Tratou com insulina → Com 38/39 semanas → se feto e mãe bem pode ser via vaginal
COMPLICAÇÕES
Macrossomia, distócia de espáduas, SFA, polidramnia e malformação fetal (Sd regressão caudal), hipocalcemia, hipoglicemia neonatal, pré-eclâmpsia, toco-traumatismos

OBS.:

Macrossomia: hiperglicemia na mãe >> hiperglicemia na criança >> aumento da insulina >> insulina tem efeito de hormônio de crescimento-símile

Polidramnia: hiperglicemia >> diurese osmótica (hiperosmolaridade urinária pela glicose)

Qual a malformação + específica do DM?

SÍNDROME DA REGRESSÃO CAUDAL

- Mais observada em diabéticas prévias
- DM gestacional não aumenta malformação (pq ela ocorre depois do período de organogênese)

>> DISTÓCIA DE ESPÁDUAS:

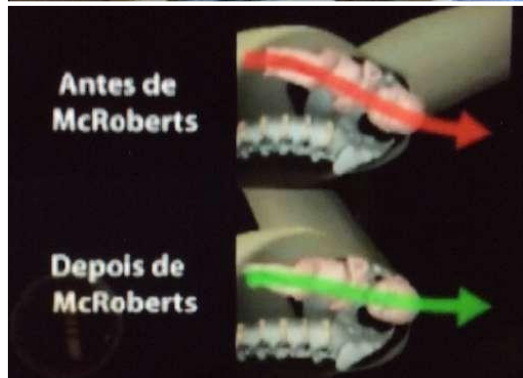
Impactação do ombro anterior por trás da sínfise púbica que necessita de manobras para sua liberação.



→ 1º – Chamar ajuda

→ 2º – Manobras:

Mc Roberts: hiperflexão + abdução das coxas;



→ 3º Pressão suprapúbica:

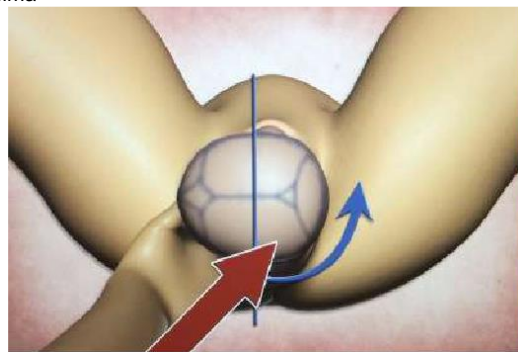


→ **Nas próximas não tem ordem fixa:**

• Jacquemier = retirada do braço posterior (o diâmetro passa a ser axilo-acromial ao invés de biacromial)



• Woods (saca-rolha) = pressão na parte clavicular, rodando 180°, jogando o braço que está embaixo para cima



O QUE NÃO FAZER: Kristeller / Tração cervical (lesão de plexo braquial)

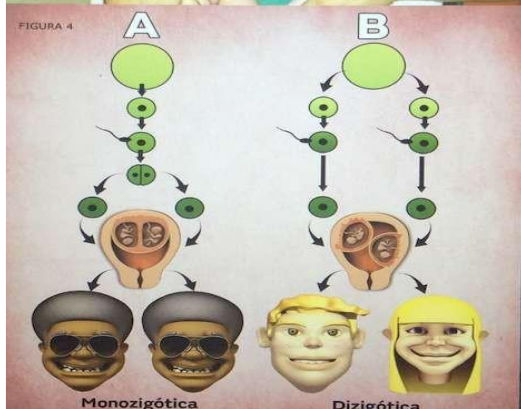


Distúcia de Espáduas		
Manobras Hiperflexão da coxa		- Pressão suprapúbica - Manobra Mc Roberts
Manobras rotacionais		- Manobra de Woods - Manobra de Rubin II Provocam abdução e adução do ombro anterior fetal
Remoção do Ombro posterior		- Manobra de Jacquemier
Manobra Gaskin	de	Tentativa de realização de manobras com a paciente em posição de 4 apoios
Manobra Zavanelli	de	Reintrodução da cabeça fetal na vagina para realização de cesariana
Fratura intencional clavícula ou Sinfisiotomia	da ou	

GEMELARIDADE

Num de ovos fertilizados	<u>Monozigótica</u> : do mesmo ovo <u>Dizigótica</u> : ovos diferentes
Num de placentas	<u>Monocoriônica</u> : uma placenta (+ risco) <u>Dicoriônica</u> : placentas diferentes
Num de cav. amnióticas	<u>Monoamniótica</u> : uma cavidade <u>Diamniótica</u> : cavidades diferentes

Toda dizigótica tem que dicoriônica e diamniótica. A monozigótica irá depender do tempo de divisão do ovo. Monozigótica obrigatoriamente é o mesmo zigoto, vindo de 1 só ovulo, mas dependendo do tempo de divisão, pode ter a mesma placenta ou duas, e a mesma cavidade amniótica ou em diferentes.



MONOZIGÓTICA (até 72 hs)
(mesmo ovo)

Dicoriônica
↓
Diamniótica (4-8 d)

Monocoriônica
↓
Monoamniótica (> 8 dias)

DIZIGÓTICA

↓
Dicoriônica
↓
Diamniótica

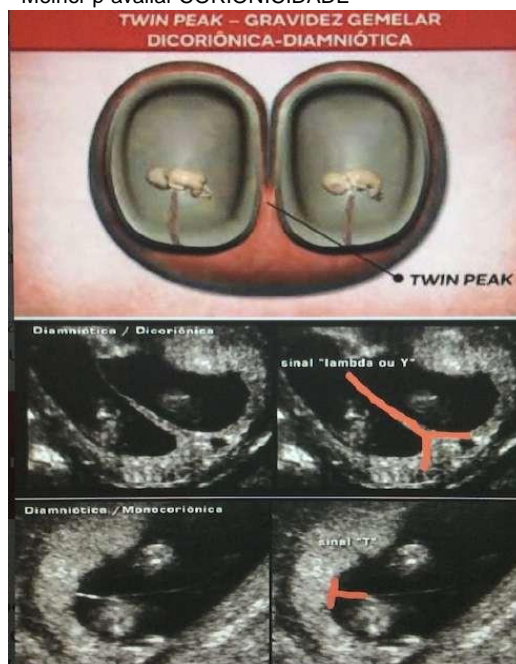
FATORES DE RISCO

- História familiar, raça, idade → Dizigótica
 - Técnica de fertilização → Monozigótica e dizigótica
- OBS: algumas mulheres tem tendência a ovular + de 1x

DIAGNÓSTICO

DICORIÔNICA: SINAL Y/ LAMBDA	Parto ± 38 sem (antes se complicar)
MONOCORIÔNICA: SINAL T	Parto ± 36 semanas (antes se complicar)

OBS: só visto no 1º trimestre (07 a 08 semanas)
Melhor p avaliar CORIONICIDADE



Parâmetro + aceito para datação da idade gestacional é o maior comprimento cabeça nádega de um dos gemelares no 1º trimestre.

Complicações específicas (MONOCORIÔNICAS)

Sd Transfusão feto-fetal (Monocoriônica e Diamniótica)

- Feto doador: pálido, oligodramnia, CIUR
- Feto receptor: polidramnia, hidropsia

TRATAMENTO

- Amniocentese seriadas (casos leves)
- Fotocoagulação com laser (casos graves)



Complicações de Gestação Gemelar:

Pré-eclâmpsia
Parto prematuro
CIUR
Anemia

DG
Aborto
PP
DPP

Indicações de CESARIANA em gemelar

Tripla, complicações (Sd de transfusão feto-fetal unidos), monoamniótica e 1º feto não cefálico

INFECÇÃO URINÁRIA

Ag principal: *Escherichia coli*

→ BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA

- $\geq 10^5$ UFC/ml em pxs assintomáticos
- sempre tratar gestante + URC de controle
- DROGAS: Amoxicilina, Nitrofurantoína, Fosfomicina (melhor sensibilidade / + cara)

REVALIDA 2020: Mulher, 20 anos, com 10 semanas de gestação, retorna para consulta de pré-natal com exames de rotina. A urocultura apresentou crescimento bacteriano maior que 10^5 UFC/ml. A paciente relatou aumento da frequência urinária, entretanto negou sintomas como disúria, urgência miccional, noctúria, dor suprapúbica ou febre. Nesse caso, o diagnóstico e o tratamento antimicrobiano são:

RESPOSTA: Bacteriúria Assintomática; Nitrofurantoína.

→ CISTITE

- Disúria, hematúria e polaciúria
- Mesmo TTO e controle anterior
- TTO: Nitrofurantoína x 3 a 7 dias; Fosfomicina x 1 d
- Controle com Urocultura em 1 semana

→ PIELONEFRITE

CLÍNICA: febre, náusea, vômitos e lombalgia (Giordano +), sendo a direita em 90% dos casos

- **SEMPRE** internar + ATB parenteral após urocultura
Cefalosporina de 1ª ou 3ª G IV
Depois completa ATB por 14d em casa

EX do ATB: Ceftriaxone, 2 gr, IV, 1x/dia, reavaliar com antibiograma. Após alta, completar 10 a 14 dias com Ceftriaxone IM ou Cefuroxima VO + Urocultura de controle

USP-SP 2019: gestante, 6 semanas, dispneia súbita após viagem e edema assimétrico em MID.

ECG com padrão S1Q3T3. **Conduta?**

- **Heparina de baixo peso molecular 2mg/kg/dia, SC. (Dose anticoagulante)**

- Warfarin é contraindicado. HNF 5.000 12/12h SC não é dose anticoagulante, é apenas para prevenir trombo.

SOFRIMENTO FETAL | PUERPÉRIO | FÓRCIPE

SOFRIMENTO FETAL CRÔNICO

>> FATORES DE RISCO

- Insuficiência placentária
- Vasculopatias (HAS, DM, DAC...)
- Pós-maturidade
- Doença hemolítica perinatal
- Gestação gemelar
- Placenta prévia
- Idade avançada

>> MANIFESTAÇÕES

- CIUR
- Oligodramnia
- Alterações Doppler

CIUR

CIUR = Crescimento Intrauterino Restrito

É o resultado de alterações crônicas do fluxo placentário

Peso < p10 para IG

>> CAUSAS DE CIUR

- Doenças maternas: Vasculopatias, tabagismo, uso de drogas
- Doenças da placenta: Placenta prévia, infarto placentário
- Doenças fetais: Infecções congênicas, aneuploidias

>> DIAGNÓSTICO

1º passo: IG correta (USG 1º trim – Cabeça Nádega)

2º passo: altura uterina (é o rastreio):

- AU concorda com IG entre 18 e 30 sem
- AU 3 cm menor sugere CIUR

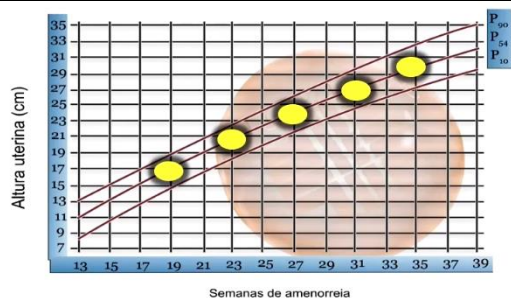
3º passo: USG obstétrico

- Peso inferior ao 10º percentil para IG

Indicador + sensível CIUR → CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL

4º passo: confirmação diagnóstica ...

- após o parto → avaliação do pediatra



Altura Uterina é rastreio, não é DX

TIPOS DE CIUR

♥ SIMÉTRICO | TIPO I | PRECOCE

5 a 10% dos casos

Agressão início da gravidez – na fase de hiperplasia
Estimativa de peso menor que o esperado

CIUR TIPO I: I metade

Relação CC/ CA mantida

Ex: trissomias, aneuploidias, drogas e infecções 1º trim

CC = circunferência cefálica

CA = circunferência abdominal

♥ ASSIMÉTRICO | TIPO II | TARDIO

80% dos casos

Agressão 2º/ 3º trimestres – na fase hipertrófica

Tipo II: II metade

Relação ↑ CC/ CA

Ex: insuficiência placentária (HAS, DM) → + comum

♥ MISTO, TIPO III ou INTERMEDIÁRIO

Raro

"Assimétrico precoce"

Alterações cromossômicas, infecções congênicas

→ Parâmetro USG que altera mais precocemente?

Circunferência ABDOMINAL

→ Durante acompanhamento pré-natal de baixo risco, qual a medida utilizada com o objetivo de rastreamento de restrição de crescimento fetal intra-uterino?

Aferição periódica da medida da altura do fundo uterino

OLIGODRAMNIA

Pouco líquido amniótico → ILA < 5 cm

>> CAUSAS

Insuficiência placentária → Há favorecimento de órgãos nobres – SNC, suprarrenal e coração; O rim não é órgão nobre no feto, por isso há insuficiência renal pré-renal, diminuindo a produção de urina e, consequentemente, o líquido amniótico.

RPMO

Malformação urinária

IECA, indometacina...

Pós-datismo

Síndrome de transfusão gemelo-gemelar

>> DIAGNÓSTICO

AU: ↓ esperado IG → SUSPEITA

USG: CONFIRMA O DIAGNÓSTICO

ILA ↓ 5 cm OU > bolsão ↓ 2 cm

ILA entre 5 e 8 cm → líquido diminuído

ILA - Índice de líquido amniótico: divide o abdômen em 4 quadrantes e procura o maior bolsão (que não contenha o cordão umbilical). Soma todas as medidas de cada quadrante. O índice é a soma dos 4.

ILA normal entre 8 e 18 cm

Maior bolsão: distância vertical entre essas duas paredes / extremidades



Como avaliar a gravidade do caso?

- Cardiotocografia
- Perfil Biofísico Fetal
- Dopplerfluxometria

>> DOPPLERFLUXOMETRIA

Avalia a hemodinâmica fetal

UTERINA: Circulação MATERNA

Incisura bilateral > 26 sem = risco CIUR e pré-eclâmpsia

UMBILICAL: Circulação PLACENTÁRIA

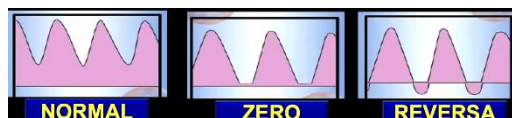
Normal: ↓ resistência (↑ fluxo)

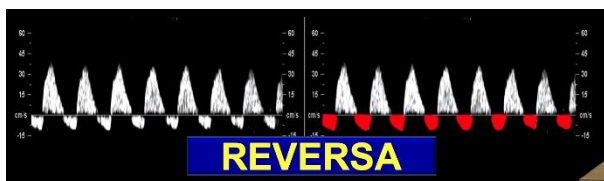
Alterada: ↑ resistência, diástole 0 ou reserva

Sístole: é o pico

Diástole: em baixo

Diástole reversa: risco ALTÍSSIMO de óbito fetal





Diástole reversa = PARTO

Não está chegando fluxo suficiente para manter a vida dessa criança – “Deus está avisando” :D

Cerebral Média: Circulação FETAL

Normal: vaso de ↑ resistência → ↓ fluxo

Avalia centralização fetal

3 Estruturas nobres do feto: coração, cérebro, supra renal



Se for centralizado > 34 sem = PARTO

Se for centralizado < 34-32 sem = avaliar ducto venoso

Centralização Fetal

Mecanismo de defesa do feto para priorizar o fluxo para áreas nobres.

Conduta:

- ↑ dos índices umbilicais, porém com fluxo diastólico preservado e sem CIUR – intensificar vigilância fetal;
- CIUR assimétrico com Doppler normal – interromper no termo (37-40 sem)
- Centralização Fetal – interrupção da gestação após 34 sem; alguns autores sugerem aguardar até 37 sem
- Diástole zero – se outros exames normais (CTG, PBF, Ducto venoso), aguardar até 32-34 sem
- Diástole reversa – interrupção da gestação independentemente da idade gestacional.

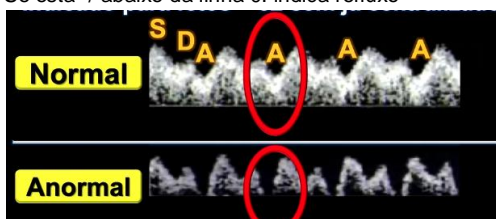
Ducto venoso → Última alteração...

Indicado para fetos < 32 sem já centralizados

Onda A: átrio direito

Se esta +/ acima da linha 0: o sangue vai para frente

Se esta -/ abaixo da linha 0: indica refluxo



ONDA A NEGATIVA = RISCO IMINENTE DE MORTE
INDICAR PARTO

Sulfato de Mg = para neuroproteção

Doppler da uterina: avalia adaptação materna, invasão trofoblástica → *Risco de Pré-eclâmpsia*

Doppler umbilical: avalia insuficiência placentária → *Vitalidade Fetal*

Doppler cerebral média: avalia centralização → *Vitalidade Fetal*

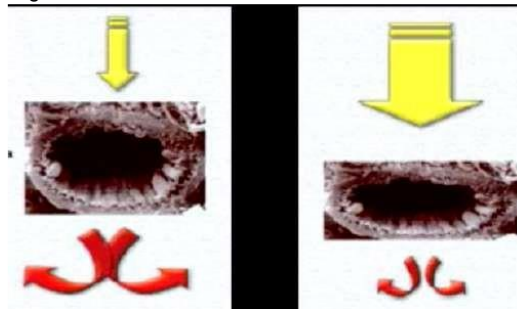
Ducto venoso: avalia feto muito prematuro centralizado, para ver se vai dar tempo de fazer corticoterapia

OBS: cordão umbilical tem 2 artérias umbilicais e 1 veia umbilical

SOFRIMENTO FETAL AGUDO

>> FISIOPATOLOGIA

Compressão da artéria uterina: Durante a contração uterina há uma resistência grande para a passagem de sangue.



>> CAUSAS

- Hiperatividade uterina
- Hipotensão materna
- Gestação de alto risco
- Acidentes com o cordão umbilical
- Parto prolongado
- Amniorrexe prematura

✓ MOVIMENTAÇÃO FETAL

NORMAL (5-10 / h).

Se não mexeu 5-10x em 1 hora, avaliar por + 1 hora

ANORMAL sono, droga, hipóxia

✓ MICROANÁLISE SANGUE

DESUSO: já foi padrão-ouro para hipóxia:

É um padrão invasivo, por isso está em desuso

- pH abaixo de 7,20 (dilatação)
- pH abaixo de 7,15 (expulsivo)

✓ AUSCULTA CARDÍACA

INTERMITENTE

Baixo risco: 30/30 min na dilatação

15/15 min no expulsivo

Não precisa fazer cardiotoco de rotina

Não é para avaliar ausculta ao toque

Alto risco: 15/15 min na dilatação

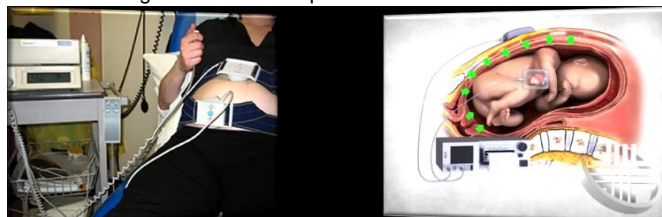
5/ 5 min no expulsivo

CARDIOTOCOGRAFIA (a partir de 26-28 sem)

BCF x Contração Uterina x Mov. Fetal

→ Não é ROTINA em BAIXO risco

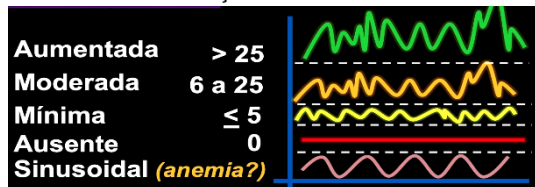
Cardiotocografia tem + falso positivo



No gráfico avalia: variabilidade, linha de base, aceleração, desaceleração, sem tem ou não tem DIP

Linha de base: média do BCF em 10 minutos
 - Taquicardia > 160 bpm
 - Bradicardia < 110 bpm

Variabilidade: diferença de batimento a batimento



Padrões da Variabilidade

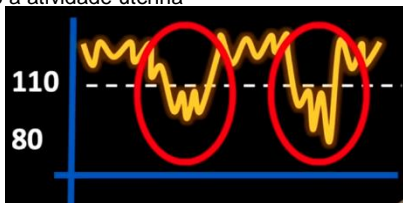
- **AUSENTE:** o feto está em hipóxia acentuada. Padrão terminal.
- **MÍNIMA:** fetos com hipóxia inicial ou que estão sob ação de fármacos depressores do SNC ou em período de sono.
- **MODERADA:** é o padrão normal.
- **ACENTUADA:** episódios de hipóxia moderada compensada e aumento da atividade alfa-adrenérgica. Típico da compressão do cordão umbilical ou de atividade motora fetal excessiva

Acelerações: ↑ 15 bpm por 15 segundos
 Reativo: 2x / 20 min – padrão de feto com bom fluxo



Aceleração Transitória: é um sinal de bem estar fetal, demonstrando que o feto apresenta reserva energética e é definida por elevação da FC fetal ≥ 15 bpm com duração mínima de 15 segundos em fetos com 32 semanas ou +.

Desacelerações: leva em conta o quanto afundou em relação a atividade uterina

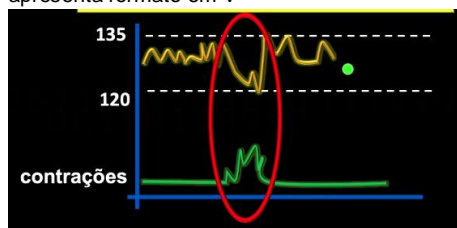


→ DIP I ou Precoce ou Cefálico

DIP coincide com contração

→ Compressão Cefálica

É fisiológico / reflexo por compressão de polo cefálico apresenta formato em V



→ DIP II ou Tardio

DIP após a contração

→ ASFIXIA – Sofrimento Agudo

Hipoxemia – mau prognóstico – apresenta formato em U

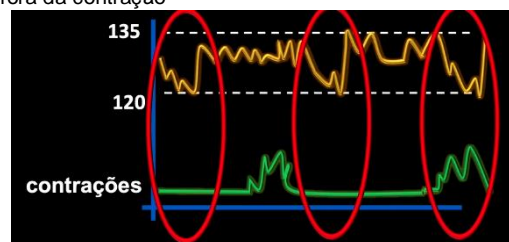


→ DIP III ou Variável ou Umbilical

DIP variável em relação à contração

→ Compressão de Cordão

Ocorre fora da contração



As desacelerações não tem relação fixa com a contração – compressão do cordão



Mesmo se for variável é um sinal de hipóxia

DIP III desfavorável → HIPÓXIA

Ruim → padrão mínimo e ausente

CLASSIFICAÇÃO e CONDUTA

CATEGORIA I → 110 e 160 bpm;

Variabilidade normal, sem DIP II ou III, aceleração presente/ ausente

CATEGORIA II → fica entre I e III

CATEGORIA III → sem variabilidade + DIP II recorrente ou DIP III recorrente, bradicardia, padrão sinusoidal

DIP I e III com boa variabilidade ou Categoria I

Acompanhar → NÃO É SOFRIMENTO

DIP II e III sem variabilidade ou Categoria III

O₂, Decúbito lateral esquerdo, suspender Ocitocina, corrigir ↓ PA

...e PARTO (via + rápida) !!!

✓ PERFIL BIOFÍSICO

CTG + 4 parâmetros da USG:

- Líquido amniótico (VLA)
- Mov. Fetal
- Mov. Respiratório Fetal
- Tônus Fetal

INDICAÇÃO: alto risco e complementa CTG

O 1º que altera: Frequência Cardíaca Fetal → CTG
 O último que se altera: ↓ LA é alteração crônica

Sequência de deterioração fetal intrauterina:

- 1º Reatividade Cardíaca
- 2º Movimento Respiratório
- 3º Movimento Corpóreo
- 4º Tônus

OBS: Cardiotocografia e Perfil Biofísico Fetal tem ALTO valor preditivo negativo e BAIXA especificidade

Na cardiotocografia – Intraparto Alterada

- Feito dx de SFA, é indicado confirmar a hipóxia fetal, através da avaliação do pH ou oximetria fetal
- Na indisponibilidade destes exames, o tratamento do sofrimento fetal consiste em:
 - > Administrar oxigênio a 8-10 L/min
 - > Suspender a infusão de ocitócitos
 - > Colocar a paciente em decúbito lateral esquerdo
 - > Afastar a presença de prolapso de cordão através do toque vaginal
 - > Avaliar a proporção cefalopélvica
 - > Avaliar a praticabilidade da aplicação do fórcepe
 - > Aumentar a infusão de líquidos
 - > Corrigir a hipotensão arterial
 - > Administrar tocolíticos (terbutalina 0,25 mg, SC ou IV)
 - > Realizar cesariana de urgência, caso as medidas não se mostrem efetivas e o parto vaginal não possa ser realizado em curto espaço de tempo

FÓRCIPE

TIPOS	CONDIÇÕES P APLICAR
1. Simpson - Qualquer variedade (exceto transversa) Roda até 45º	Ausência de colo Pelve proporcional Livre canal de parto Insinuação
2. Piper - Cabeça derradeira	Conhecer a variedade de posição Amniotomia
3. Kielland - Variedade transversa (para rotação) * Tem livro q fala q para usar Kielland tem q ter passado do Lee +2	Reto/ bexiga vazios Pegada ideal: Biparietomalamentoniana

(*) Todas as condições de aplicabilidade devem ser preenchidas - e lembrar: OPERADOR DEVE SER HABILITADO

>> INDICAÇÕES

- ☞ **FETAIS:** sofrimento fetal agudo, descolamento prematuro de placenta, distocia de rotação
- ☞ **MATERNAS:** exaustão materna, período expulsivo prolongado
- ☞ **PROFILÁTICAS:** cardiopatias, pneumopatias e algumas neuropatias maternas, cabeça derradeira

>> CONDIÇÕES DE PRATICABILIDADE

- ✗ Cabeça insinuada
- ✗ Dilatação total
- ✗ Membranas rotas
- ✗ Avaliação do tipo pélvico
- ✗ Reto e bexiga vazios
- ✗ Canal de parto sem obstáculos

>> CLASSIFICAÇÃO DE OPERAÇÕES

- ❖ **Desprendimento ou de alívio:** o couro cabeludo é visível no introito vaginal sem separar os lábios; o crânio fetal atingiu o assoalho pélvico; a sutura sagital está no diâmetro anteroposterior do estreito inferior, ou próximo a ele; a cabeça do feto esta no períneo; a rotação, se necessária, não deve exceder 45º.

- ❖ **Baixo:** o ponto de maior declive da apresentação está no plano +2 de DeLee ou abaixo dele, mas não no assoalho pélvico; as rotações podem ser inferiores ou superiores a 45º.
- ❖ **Médio:** a cabeça do feto esta acima do plano +2, porém insinuada.
- ❖ **Alto:** cabeça não insinuada ou no limite da insinuação. Fórcepe alto apresenta riscos muito superiores aos da operação cesariana.

>> COMPLICAÇÕES

- ♥ **MATERNAS:** lacerações de vulva, de vagina e de reto; prolongamento da episiotomia; laceração uterina; aumento da perda sanguínea; infecção; hematomas...
- ♥ **FETAIS:** céfalo-hematoma; dano cerebral e hemorragia intracraniana; depressão geral e asfixia; marca e/ou escoriações e/ou lacerações faciais; compressões oculares; paralisia do nervo facial e/ou hipoglosso; sequele neurológica tardia; paralisia braquial; fratura de crânio.

PUERPÉRIO FISIOLÓGICO

Imediato: 1º ao 10º dia

Tardio: 11º ao 45º dia

Remoto: além do 45º dia

O que é NORMAL?

MAMA

1º dia **colostro** (+ claro, + branquinho, maior quantidade de proteína do que gordura)
Até o 3º dia – **apojadura** ("descida do leite" / Febre do leite)

A mama cheia fica quente, é normal nesse período
TTO apojadura: bolsa de gelo, massagem nas mamas e suporte à amamentação.

3 ETAPAS DA LACTAÇÃO

MAMOGÊNESE: desenvolvimento da mama

LACTOGÊNESE: início da lactação

LACTOPOIESE: manutenção da lactação

↳ A 3 fase depende do estímulo correto

➔ Portadora do HIV +/- não vai amamentar

Não estimular a mama, compressa gelada + 2 comprimidos de Cabergolina / Bromocriptina

Ovário → ovulação em 6 – 8 semanas

O AM promove amenorreia da lactação, mas ela não é 100%

Útero → na cicatriz umbilical após o parto

→ Intrapélvico em 2 semanas

Reflexo útero-mamário = ↓ mais rápida FU

Colo → fechado em 1 semana

Vagina → "crise vaginal" → atrofia

Lóquios → até o 4º dia **avermelhados**

→ > 10º dia **esbranquiçados**

Loquiação

Início após dequitação: duração de 3-4 semanas

- Lóquia rubra: 1ºs 3-4 dias
- Lóquia fusca: mistura serossanguínea
- Lóquia flava: a partir do 10º dia pós-parto
- Lóquia alba: secreção serosa, clara

Vermelho após 2ª semana = RESTOS?

Odor fétido, febre e pus = INFECÇÃO??

Febre nas 1ªs 24 hs – fisiológico – "resposta metabólica ao trauma"

INFECÇÕES PUERPERAIS

Morbidade febril puerperal

TAX $\geq 39^{\circ}$ C por mais de 48 hs, do 2º ao 10º pós-parto

ENDOMETRITE

Pensar em clamídia

FATORES DE RISCO: **Cesariana**, anemia, desnutrição, RPMO...

ETIOLOGIA: polimicrobiana

PROFILAXIA: ATB, integridade bolsa, ↓ nº toques e assepsia

TRATAMENTO: **Clindamicina + Gentamicina IV**

Até 72 hs afebril e assintomática

Libera sem ATB para casa

MASTITE / ABSCESSO

MASTITE PUERPERAL: *Staphylococcus aureus*

Causa: pega incorreta e fissura mamas

Diagn: mastalgia + sinais flogísticos + febre

Conduta: amamentar, AINEs e ATB (Cefalexina 500 mg cada 6 hs x 7 a 14 dias)

ABSCESSO MAMÁRIO: PODE AMAMENTAR!!!

EXCETO: pús na papila ou incisão na papila

Conduta: amamentar, drenagem e ATB

ABSCESSO SUBAREOLAR RECIDIVANTE

Está relacionado ao TABAGISMO!

Paciente + velha, com abscesso que NÃO está em aleitamento.

Enquanto ela não parar de fumar não vai parar o abscesso, vai continuar tendo uma inflamação crônica dos ductos.

TRATAMENTO: ressecar e interromper tabagismo

HEMORRAGIA PUERPERAL

Perdas > 0,5 L (vaginal) e > 1 L (cesariana)

FATOR DE RISCO: gemelar, polidramnia, mioma, corioamnionite, trabalho de parto muito RÁPIDO ou muito LENTO

CAUSAS → 4 Ts

Tônus	ATONIA UTERINA
Trauma	Laceração canal do parto
Tecido	Restos placentários
Trombo	Coagulopatia

CONDUTA

Massagem uterina → 1º externa

Manobra de Hamilton: forma de massagem

Ocitocina (± Misoprostol)

Rafia de B-Lynch – diminui a vascularização, ajuda a evitar a histerectomia

Rafia vascular – ligadura de artéria uterina, hipogástrica

Embolização de artéria uterina

ÚLTIMO recurso: Histerectomia

Balão de Bakri – tentativa de evitar a cirurgia

PREVENÇÃO

10 U IM de ocitocina após expulsão fetal

RETENÇÃO PLACENTÁRIA

Cuidado se houver suspeita de acretismo, a paciente pode sangrar mais ainda

CONDUTA

Extração manual

Curetagem

Evitar tração excessiva – NUNCA fazer força no cordão



Placenta esta retida e se puxa o cordão + forte, a paciente que tem um acretismo clássico → O útero vem junto, o fundo uterino desaparece e aparece uma tumoração na vagina → Pode levar a INVERSÃO UTERINA AGUDA

>> CONDUTA

Manobras:

M. de Taxe → medida clínica, o útero saiu, colocar a mão espalmada no fundo do útero e colocar ele para cima, se precisar pode usar tocolítico

Se não der certo → **M. de Huntington** (cirúrgica) → laparotomia, para tentar desinverter esse útero e colocar na posição correta.



➤ PARTO PÉLVICO

M. BRACHT: elevação do dorso fetal ao encontro do abdome materno, sendo utilizada no desprendimento dos braços e na cabeça derradeira.

M. ROJAS: rotação de mais de 180º do tronco fetal auxiliando no desprendimento dos ombros do feto em apresentação pélvica.

DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ

CLÍNICO

♥ PRESUNÇÃO

Percebido pela **MÃE / MAMA / SISTÊMICO**

Tubérculo de Montgomery: hipertrofia de glândula sebácea mamária

Rede de Haller: rede venosa mais evidente

Sinal de Hunter: surgimento de uma aréola 2ª

♥ PROBABILIDADE

ÚTERO, VAGINA e VULVA

"Sinais do Ninho"

Sinal de Hegar: amolecimento da região ístmica

Sinal de Goodell: amolecimento do colo uterino

Sinal de Piskacek: assimetria do útero à palpação

Sinal de Nobile-Budim: preenchimento do fundo de saco vaginal

Sinal de Jacquemier: meato e vulva roxos

Sinal de Kluge: vagina roxa

♥ CERTEZA

Sinal de Puzos: pode ser observado a partir da 14ª semana e descreve o chamado rechaço fetal intrauterino.

Movimentação fetal: após 18 – 20ª semana. PELO MÉDICO.

Ausculata: Sonar > 10/12 semanas

Pinard > 18/20 semanas

OBS: tem livro (prova em SP) que fala que já pode tentar usar o PINARD a partir da 16ª semana

LABORATORIAL

HCG na urina ou sangue

Pode ser detectado β-HCG no sangue periférico entre 8 e 11 dias após a concepção

Pico precoce entre 8 – 10ª sem

BetaHCG → > 1000 confirma (95% casos)

BetaHCG + específico

→ dobra cada 48 horas (normal)

USG

USGTV

4 semanas → Saco Gestacional

5/6 sem → Vesícula vitelínica

5/7 sem → Eco fetal com BCF +

11/12 sem → Cabeça fetal

12 sem → Placenta

USG 6-12ª sem → Comprimento Cabeça Nádega (CCN) idade gestacional + fiel

Valores de Beta-HCG e estruturas observadas no USGTV

1.000 mUI/ml → Saco Gestacional

7.200 mUI/ml → Vesícula Vitelina

10.800 mUI/ml → Embrião com batimentos cardíacos

Regra de Nagele

Somar 7 ao número de dias

Diminuir 3 (meses posterior a março) ou somar 9 ao número do mês

MODIFICAÇÕES MATERNAS

✕ OSTEOARTICULARES

Lordose acentuada – para manter o equilíbrio antero-posterior

Marcha Anserina → Mudança na marcha, base alargada – para manter o equilíbrio latero-lateral

Relaxamento ligamentar

✕ URINÁRIAS

↑ taxa de filtração glomerular (50%) ... filtra por dois

↓ ureia e creatinina / glicosúria fisiológica

Compressão ureteral à direita

✕ RESPIRATÓRIAS

Hiperventilação ... respira por dois

↑ volume corrente

↑ expiração (↓ PaCO₂)

Faz alcalose respiratória compensada

Capacidade residual funcional esta ↓ 25%

✕ HEMATOLÓGICAS

↑ volume plasmático (50%)

Anemia fisiológica: ↑ 20-30% eritrócito / ↑ 50% plasma

Leucocitose (sem ↑ bastões)

Tendência pró-coagulante

A atividade fibrinolítica no plasma ↓ na gestação para reduzir os riscos de hemorragia durante a dequitação.

O nível de fibrinogênio do plasma se eleva, assim como os fatores de coagulação VII, VIII, IX e X.

Ocorre uma tendência pró-coagulante na gestação e puerpério.

→ TRIÁDE DE VIRCHOW

↑ Coagulação + Estase Venosa + Lesão endotelial

TODA gestante → DEAMBULAÇÃO PRECOCE →

profilaxia para trombose venosa

✕ METABÓLICAS

Hipoglicemia de jejum

Hiperglicemia pós prandial

✕ CARDIOVASCULARES

Ausculata → **sopro sistólico**

No Exame Físico → desdobramento da 1ª bulha

PA = ↓ RVP x ↑ DC

↑ DC: 20-24 sem (30 a 50%)

Cuidado em pacientes cardiopatas

↓ PA: > no 2º trimestre

↓ Pas em torno de 10 mmHg
↓ Pad em torno de 15 mmHg

✕ GASTROINTESTINAIS

Lentificação do TGI decorre da ação da progesterona

Relaxa esfíncter esofágico – **refluxo**

"Relaxa" estômago – **broncoaspira**

Relaxa vesícula - ↑ **risco de cálculo**

Relaxa intestino - ↓ peristalse – **constipação**

Reduz secreção ácida – ↓ **úlceras pépticas**

OBS: Ganho de peso em kg considerado satisfatório na gestante é de 11,5 a 16

PRÉ-NATAL

MS mínimo 6 consultas, mas ideal:

< 28 sem: mensal

28-36 sem: quinzenal

> 36 sem: semanal

* SUPLEMENTOS

FERRO: profilático 40/60 mg Fe elementar – 20ª sem até 3 meses pós parto para não lactante.

Em caso de Anemia Ferropriva, a dose diária deve ser o triplo da dose profilática.

ÁC. FÓLICO: 0,4 a 0,8 mg/dia - defeitos de tubo neural Deve ser administrado por 30 a 90 dias antes da gestação e mantido até, pelo menos, o fim do 1º trim - filho anterior acometido / anticonvulsivante = 4 mg

* EXAMES (Ministério da Saúde)

São 10 exames!

TS e Rh, EAS, urocultura, HIV, HBsAg, VDRL, toxoplasmose, hemograma, glicemia de jejum, protoparasitológico de fezes, urocultura.

Mnemônica:

Tipagem e Rh (coombs ind?)

EAS e urocultura

Sexuais (HIV, HBsAg e VDRL)

Toxoplasmose

Aнемia (hemograma) e **A**çúcar

Repetir → **ESA**

*NOVO: Manual MS 2016 + Hospital Sírio Libanês
- Incluiu eletroforese de hemoglobina... (mas nunca caiu, ficar atento)

TOXOPLASMOSE

IgG - IgM -	Sem imunidade (pedir 3/3m)
IgG + IgM -	Com Imunidade
IgG - IgM+	Infecção aguda
IgG + IgM +	Aguda ou Crônica

Testar avidez se ≤ 16 semanas (4 m)

→ > 60% (alta) → fora da gestação

→ < 30% (baixa) → recente

Infecção aguda e < 30 sem → Espiramicina 1g 8/8hs e rastrear feto (amniocentese)

Infecção fetal (ou materna > 30 sem) → +
Sulfadiazina, Pirimetamina e Ácido fólico

3º trim tem maior risco de infecção fetal pelo toxoplasma:

1º trim: 14%

2º trim: 29%

3º trim: 59%

a termo: 80%

OBS: infecção materna com mais de 30 sem = já iniciar tratamento para o feto (não é necessário fazer o exame invasivo para rastrear o feto).

Interpretação: "Se identificado infecção materna com > 30s, o MS assume a incapacidade de rastrear no filho e orienta a tratar o feto como medida profilática".

Forma + simples de identificar o parasita é no líquido amniótico, colhido através de amniocentese, através do PCR a partir de 16 semanas de gestação.
Padrão ouro para diag de infecção fetal é o **PCR no líquido amniótico**.

* ... demais EXAMES

USG (não é rotina MS):

USG 11-14 sem:

- Translucência Nucal (<2,5 mm), osso nasal e ducto venoso

USG 20-24 sem:

- morfológico 2º trimestre

Rastreamento infecção GBS (não é rotina MS):

Swab vaginal e retal entre 35-37 sem

* **ACOG** 36 a 37 sem e 6 dias

Streptococcus do grupo B ou agalactiae

NÃO RASTREIA... já entra com ATB

Bacteriúria atual p GBS

Filho anterior teve GBS

Quem precisa de profilaxia intraparto?

Bacteriúria por GBS

Filho anterior GBS

Swab + 35-37 sem

Sem rastreio com risco



Trabalho de parto < 37 semanas

TAx ≥ 38° C intraparto

RPMO > 18 horas

Penicilina Cristalina – droga de escolha:

5x 10⁶ IV (Ataque) e 2,5 x 10⁶ IV (Manutenção) 4/4 hs

Outra opção: Ampicilina Venosa

Quando clampear o cordão pode parar com a penicilina

NÃO FAZER PENICILINA:

- Cesariana eletiva
- Swab neg < 5 semana
- Sem rastreio sem risco

VACINAÇÃO PERMITIDA:

- Tétano/ Difteria → toda gestação uma dTpa
- Hepatite B
- Influenza

→ **NÃO PODE DE ORGANISMO VIVO**

ACONSELHAMENTO GENÉTICO

✕ EXAME NÃO INVASIVO

RASTREIO

Oferecer para TODAS

→ **BIOFÍSICO**

11 e 14 sem

- TN (normal < 2,5 mm)

- Osso nasal

- Ducto venoso

→ **TESTE DUPLO**

11 e 13 sem

-hCG + **PAPP-A**

Primeiro trimestre

→ **TESTE TRIPLO**

> 15 sem

- hCG + AFP + estriol

→ **QUÁDRUPLO**

> 15 sem

- hCG + AFP + estriol + inibina

Recentemente... o NIPT

- é considerado RASTREIO, não da diagnóstico

- > 10ª semana

- DNA fetal na circulação materna

✕ EXAME INVASIVO

DIAGNÓSTICO

Rastreio + ou Fatores de risco

FATORES DE RISCO: > 35 anos, anomalia congênita (feto / pais), perda de repetição, cosanguinidade...

* só idade não é mais suficiente para indicar

Indicações de investigação invasiva para anomalias congênitas:

- risco aumentado de aneuploidia em um teste de rastreamento
- risco aumentado para alguma doença genética ou bioquímica do feto

- achados USG anormais, compatíveis com cromossomopatias
- história obstétrica (filho anterior afetado)
- história familiar (pais com translocação, inversão, aneuploidia ou mosaïcismo).

Quando o rastreio da +

Biópsia de vilo

Entre 10 e 13 semanas

Amniocentese

Após 14/16 semanas

+ simples e seguro disponível

Cordocentese

Após 18 semanas

É a mais arriscada, risco de óbito fetal de 2-3%

LÚPUS NA GRAVIDEZ

Prognóstico pior se ativo, nefrite e Síndrome do Anticorpo Antifosfolípido (SAF).

>> COMPLICAÇÕES

Reativação, lúpus neonatal (BAV), abortamento, prematuridade, pré-eclâmpsia e CIUR

>> DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Síndrome HELLP → pela hipertensão, hemólise e plaquetopenia

>> TRATAMENTO

Prednisona → na atividade

Hidroxiquina: previne reativação – toda gestante portadora de lúpus deve usar

Azatioprina: imunossupressor de escolha

AAS: para prevenção da pré-eclâmpsia

>> CI À GESTAÇÃO

Atividade de lesão renal, neurológica, doença restritiva pulmonar ou miocardite

Mulheres em uso de ciclofosfamida, clorambucil e metotrexato

Ideal engravidar após 2 anos do diagnóstico; 6 meses de remissão; Cr < 1,6; proteinúria < 1 gr e HAS controlada

SAF NA GRAVIDEZ

>> DIAGNÓSTICO

1 critério clínico e laboratorial

CLÍNICO: episódio de trombose sem evidência de inflamação na parede dos vasos, morte intrauterina de feto morfológicamente normal após 10 semanas, partos prematuros < 34 semanas por pré-eclâmpsia ou insuficiência placentária ou ≥ 3 abortamento consecutivos < 10 semanas excluindo outras causas.

LABORATORIAL: Ac. anticardiolipina, lúpus anticoagulante e anti beta-2-glicoproteína (repetir em 12 semanas).

>> TRATAMENTO

Tem história de TROMBOSE?

SIM → AAS + Heparina dose terapêutica

NÃO → AAS + Heparina dose profilática

Por toda gestação + 45 dias no puerpério

HIV NA GRAVIDEZ

ATUALIZAÇÃO 2020

♥ ≤ 12 semanas TARV prévia:

Se genotipagem disponível e sem mutações para ITRN

TDF + 3TC + EFZ

Se genotipagem não disponível ou com mutações para ITRN: **TDF + 3TC + ATV/r**

♥ ≥ 13 semanas sem TARV prévia:

TDF + 3TC + DTG

♥ **Em uso de TARV e Carga Indetectável**

Manter esquema, desde que não contenha medicamento CI na gestação.

VIA DE PARTO: carga viral após 34 semanas < 1.000 cópias/ml pode ser vaginal se fez TARV

Cuidados no parto e puerpério: AZT IV todo trabalho de parto ou até 3 horas antes da cesárea

Dose: 2 mg/kg ataque e 1 mg/kg manutenção (exceto se carga indetectável após 34 semanas com TARV)

TDF = Tenofovir

3TC = Lamivudina

EFZ = Efavirenz

ATV/r = Atazanavir / Ritonavir

DTG = Dolutegravir

O PARTO

ESTÁTICA FETAL

ATITUDE: relação das partes fetais entre si

Atitude + comum: flexão generalizada

SITUAÇÃO: maior eixo fetal com maior eixo uterino

Situação + comum: longitudinal

Situação transversa: o feto está deitado, em prova ficar ligado se tem algo ocupando o estreito superior (placenta previa, mioma), por isso o feto não conseguiu virar

Situação Obliqua: é transitória

POSIÇÃO: relação dorso fetal com abdome da mãe

APRESENTAÇÃO: Polo desce 1º na pelve

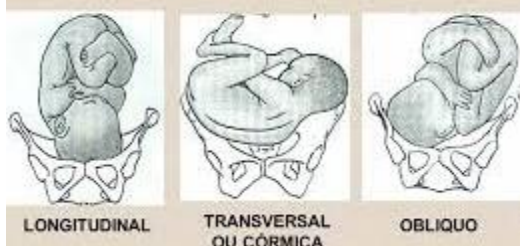
Apresentação + comum: Cefálica

Apresentação Pélvica

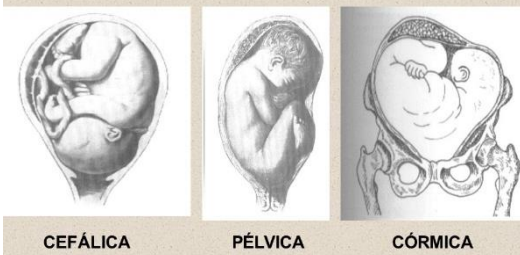
Apresentação Córmica

Na situação transversa a apresentação é córmica

SITUAÇÃO FETAL



APRESENTAÇÃO FETAL



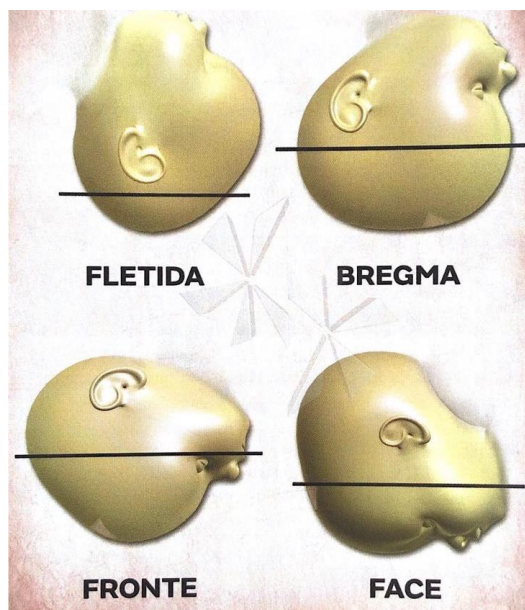
FLEXÃO x DEFLEXÃO

Fletida ou Occipital: Ref LAMBDA

Defletida 1º ou Bregma: Ref BREGMA

Defletida 2º ou Fronte: Ref GLABELA

Defletida 3º ou Face: Ref MENTO



FLETIDA: Apresenta o ↓ diâmetro: suboccipitobregmático

OBS: se tivermos lambda e bregma = quem "manda" é o lambda -> fletida

A flexão é o movimento que auxilia na insinuação (ao fletir a cabeça).

A apresentação pélvica pode confundir com a apresentação de FACE. "Duas bochechas gordinhas e um buraco no meio".

Sinclitismo: a cabeça desce simétrica, sem inclinação lateral

Assinclitismo:

Assinclitismo Posterior (obliquidade de Litzmann): sagital próxima ao pube

Assinclitismo Anterior (obliquidade de Nägele): sagital próxima ao sacro

Variedade de posição: Pontos de referência entre apresentação fetal e pelve



OP: Occipitopúbica

OEA: Occipito-Esquerda-Anterior → + comum

OET: Occipito-Esquerda-Transversa

OEP: Occipito-Esquerda-Posterior

ODA: Occipito-Direita-Anterior

ODT: Occipito-Direita-Transversa

ODP: Occipito-Direita-Posterior

OS: Occipitossacra

OBS: O PUBE é anterior e o SACRO é posterior

APRESENTAÇÃO PÉLVICA: referência SACRO

APRESENTAÇÃO CÓRMICA: referência ACRÔMIO

PÉLVICA COMPLETA: preenche completamente a bacia

PÉLVICA INCOMPLETA: só tem o bumbum, modo de nádegas

MANOBRAS DE LEOPOLD



SITUAÇÃO

POSIÇÃO

APRESENTAÇÃO / INSINUAÇÃO

ALTURA DA APRESENTAÇÃO

Melhor foco de ausculta do BCF: é na região escapular, no dorso e + próximo do polo cefálico

✂ **BACIAS**

⇒ **GINECOIDE**

Forma arredondada
Mais favorável e MAIS COMUM

⇒ **ANDROIDE**

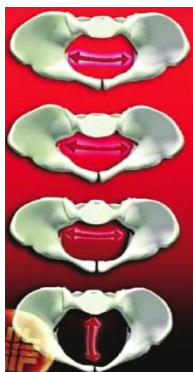
Forma triangular
MAIS DISTÓCIA

⇒ **PLATPELOIDE**

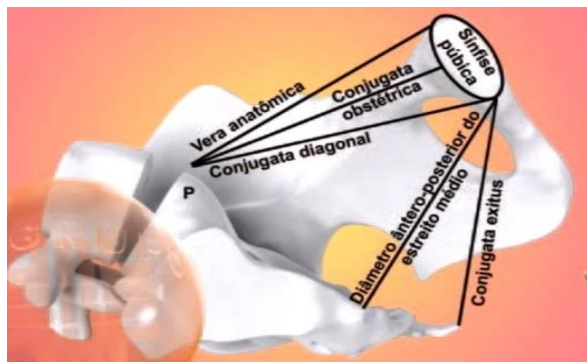
Forma achatada e ovalada
MAIS RARA

⇒ **ANTROPOIDE**

Diâmetro é ANTEROPOSTERIOR
Favorece variedade de posição OS e OP



☞ **ESTREITO SUPERIOR**



- **Conjugata Obstétrica:** 1,5 cm < que diagonal (relação de Smellie) - é a que importa para os obstetras. Representa a menor distância entre o promontório do sacro e a sínfise púbica.

- **Conjugata Diagonalis:** borda inferior sínfise púbica ao promontório

☞ **ESTREITO MÉDIO**

- **Espinhas isquiáticas:**

Plano 0 DeLee
Ideal ≥ 10 cm

☞ **ESTREITO INFERIOR**

- **Ângulo subpúbico:** ideal $\geq 90^\circ$

CESARIANA

INDICAÇÕES ABSOLUTAS:

- DCP absoluta
- Placenta prévia total
- Herpes genital ativo
- Apresent. córmica e defletida 2º
- Cesárea clássica (incisão corporal)
- Condiloma → se OBSTRUIR o canal

TEMPOS PRINCIPAIS	TEMPOS ACESSÓRIOS
Insinuação	Flexão
Descida	Rotação interna
Desprendimento	Deflexão
Restituição *	Desprendimento ombros*

AMNIORREXE PREMATURA

Ruptura prematura de membrana ovular (RPMO) = Amniorrexe prematura
Qualquer bolsa rota fora do trabalho de parto.
Prematuro: amniorrexe prematura pré termo

DIAGNÓSTICO

PADRÃO OURO → exame especular

Outros → **Teste de Nitrazina** (↑ pH vaginal)

Teste de Cristalização (RPMO há cristalização)

AmniSure (pesquisa de alfa microglobulina placentária) – para casos duvidosos, teste caro

USG (oligodramnia)

Quais situações podem interferir na avaliação do Teste de Nitrazina?

4 “S” → Sangue, sabão, sêmen, secreção

CONDUTA

CORIOAMNIONITE? → SEMPRE PARTO!

Tax $\geq 37,8^\circ \text{C} + 2$ (leucocitose + taquicardia + útero doloroso + líquido fétido)

>> **Ausência de infecção ou Sof Fetal Agudo**

24-34 sem → **corticoide** (12 mg IM betametasona 2 doses) + **antibiótico** (ampi 2g IV 6/6 hs x 48 hs + Azitro 1g VO seguida por Amoxi 500 mg 8/8 hs por 5 dias)
Se usar Dexametasona → 6 mg IM cada 12 hs (4 doses)

> **34 sem** → **PARTO** + profilaxia para GBS

LIVRO ZUGAIB → Referência da USP SP

Preconiza conduta conservadora até 36 sem

34-36 sem → acompanhamento

> 36 sem → conduta ativa – PARTO

* **COMO INDUZIR O PARTO?**

OCITOCINA – Ideal p BISHOP ≥ 9

BISHOP: COLO (dilatação, apagamento, posição e consistência) + altura (DE LEE)

MISOPROSTOL: 25 a 50 mcg cada 6 horas. Ideal p BISHOP desfavorável.

CICATRIZ UTERINA NÃO USAR MISOPROSTOL

KRAUSE: preparo do colo com Sonda de Foley, por 24 hs

>> **TOCÓLISE**

- Atosibana é uma antagonista da ocitocina, com potente ação tocolítica, principalmente em IG + avançadas, devido ao maior número de receptores uterinos e maior responsividade uterina à ocitocina. Porém revisões recentes não mostram superioridade deste tocolítico em relação aos demais agente.

- O salbutamol deve ser mantido por 48 hs IV, para que seja possível a administração de corticoide para maturação pulmonar fetal.

- Indometacina, ↓ volume do líquido amniótico

- Nifedipino, é seguro e eficaz, considerado por muitos autores a droga de 1ª escolha para o tratamento do trabalho de parto prematuro.

CI PARA SEU USO: se PA < 90x50, o bloqueio atrioventricular, a ICC e a disfunção ventricular esquerda.

>> **BISHOP**

O índice de BISHOP é utilizado para avaliar o amadurecimento do colo quando se deseja realizar uma indução eletiva do parto.

Leva em consideração: dilatação, apagamento, consistência e posição do colo e a altura da apresentação.

Índice ≥ 9 = favorável / Índice < 5 = desfavorável

TRABALHO DE PARTO PREMATURO

>> DIAGNÓSTICO

Contrações regulares (≥ 2 em 10 min) + dilatação progressiva (> 1 a 2 cm ou apagamento 80%) < 37 sem
*na dúvida: observar + tempo e teste de fibronectina

>> FATORES DE RISCO

PREMATURO ANTERIOR, fatores cervicais (ex IIC), anemia, desnutrição, infecção, gemelar...

>> PREVENÇÃO DE PREMATURIDADE

Administração de progesterona natural pode ser útil na prevenção de parto prematuro em gestações únicas com antecedente de parto prematuro e/ou com colo curto ($< 20-25$ mm) na gestação anterior.

>> CONDUTA

24-34 sem →

Corticoide: Betametasona ou Dexametasona

Tocólise: nifedipina, indometacina, beta agonista ou atosiban

Neuroproteção: Sulfato de Magnésio < 32 sem

> 34 sem → PARTO + avaliar profilaxia p GBS

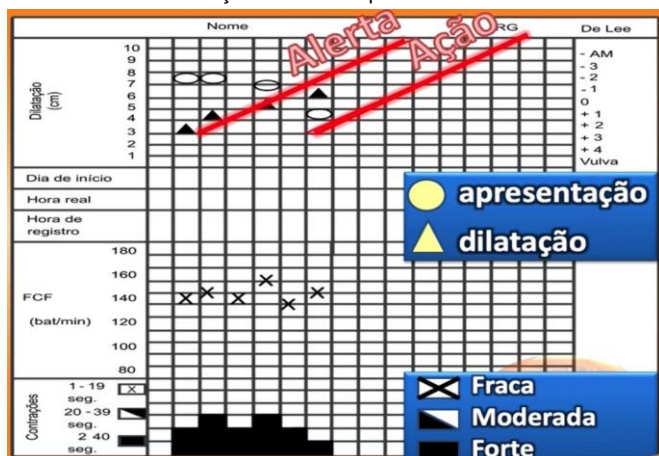
PARTOGRAMA

Dilatação: triângulo

Altura da apresentação: bolinha

Linha de alerta: após o início do TP verdadeiro

Linha de ação: 4 horas depois da linha de alerta



ANORMAL

* **FASE ATIVA PROLONGADA**

Se dilatação < 1 cm/hora

Maior causa: **Discinesia uterina** (hipocontratibilidade uterina)

Geralmente é problema motor

Conduta: **Ocitocina** para aumentar a intensidade e a frequência das contrações uterinas

* **PARADA SECUNDÁRIA DA DILATAÇÃO**

Dilatação mantida em 2 horas

Principal hipótese: Desproporção Céfalo-Pélvica (DCP)

Conduta: se não houver contração = ocitocina

Se tem contração = DCP = Cesárea

* **PARADA SECUNDÁRIA DA DESCIDA**

EXPULSIVO: altura mantida por 1 hora

Conduta: acima do plano 0 = Cesárea

Abaixo do plano 0 = Fórcepe

* **PERÍODO PÉLVICO PROLONGADO**

EXPULSIVO: descida é lenta (*mas não parou*)

Conduta: fórcepe (rotação ou para abreviar o período expulsivo – ex.: se o feto estiver em OP)

* **PARTO PRECIPITADO (TAQUITÓCITO)**

Dilatação, descida e expulsão ≤ 4 horas

Excesso de ocitocina/ múltiparas

Alto risco para laceração e atonia uterina. (todo parto mt rápido ou mt lento é risco!).

Complicações do parto precipitado: lesão do trajeto; hipotonia uterina; hemorragia ventricular no RN.

OBS: na prática, o fórcepe é utilizado a partir do plano +2. Quando não tiver acontecendo dilatação, observar o motor! Que serão os quadrados completamente preenchidos. Se houver problema, dar ocitocina!

1º passo: olhar se houve parada da dilatação.

2º passo: olhar o motor. Se houver problema no motor, tem que dar ocitocina. Se houver motor adequado e parada da dilatação, pensar em desproporção, indicações de cesárea...

A indicação do fórcepe na parada secundária da descida vai depender da altura do feto (DeLee). Se tiver +1, +2, +3. É indicação do uso de fórcepe. Em seguida olhamos qual a apresentação, representada pelo lambda no desenho, e dependendo disso será escolhido o tipo de fórcepe. Rotação...

Pode ter 2 coisas juntas: fase ativa prolongada e parada secundária da descida. Questão UNIFESP

ASSISTÊNCIA CLÍNICA

FASES CLÍNICAS

1. DILATAÇÃO

DEFINIÇÃO: Inicia com trabalho de parto

Colo útero → $\frac{3}{4}$ cm com dilatação progressiva

Contrações → 2/3 p 10 min, rítmicas e regulares

Alguns autores preconizam a abertura de partograma a partir de 6 cm

CONDUTA

DIETA: Líquidos claros (água, chás)

TRICOTOMIA: **NÃO** é p fazer / se necessária faz na hora da incisão

AMNIOTOMIA: **NÃO** fazer de rotina, deixar a bolsa íntegra

- INTERVIR o mínimo possível, apenas quando necessário

No DE TOQUES: a cada 1 ou 2 horas – p prevenir infecção

AUSCULTA BCF: Antes/ durante/ após contração

Se baixo risco: 30/30 minutos

CTG NÃO É ROTINA EM BAIXO RISCO! → aumenta a cesariana sem melhorar prognóstico, tem muito falso positivo

2. EXPULSIVO

DEFINIÇÃO: após dilatação TOTAL

Segundo OMS: diz que pode durar até 4 horas

A maioria das referências citam:

- Primíparas: 2 horas

- Multipara: 1 hora

CONDUTA: qual posição ideal do parto?

O mais confortável para a paciente

Na água? → depende do gosto e conforto da paciente, as revisões não provaram q o parto na água é melhor do que o parto na posição vertical

Proteção → Manobra de Ritgen modificada

Episiotomia → Se necessário → Avaliar: feto grande, fórceps...

Se necessário Episiotomia:

TIPOS:

MEDIANA	MÉDIO-LATERAL
< lesão muscular < sangramento e dor	MAS... < risco de rotura 3º/4º

Anestesia do períneo: é feito através do bloqueio bilateral do nervo pudendo interno, que tem como referência anatômica as espinhas ciáticas ou isquiáticas.

Episiotomia mediolateral: ângulo de 60° com a linha média, tem secção dos grupamentos musculares → Bulbocavernoso e Transverso superficial do períneo – as vezes tbm inclui Puborretal

3. SECUNDAMENTO / DEQUITAÇÃO

>> **DEFINIÇÃO:** Saída da placenta

>> **MECANISMOS**

→ **Baudelocque-Schultze:** A implantação placentária encontra-se no fundo uterino (corporal). É a forma + frequente de implantação (75% dos casos), onde a placenta exterioriza-se pela face fetal em forma de guarda-chuva, com o sangramento surgindo após a saída da placenta.

→ **Baudelocque-Duncan:** a implantação placentária ocorreu nas paredes laterais uterinas (25% dos casos) e a exteriorização pela face fetal em forma de guarda-chuva, com o sangramento surgindo após a saída da placenta.

Sempre quando sai a placenta, fazer a revisão da integridade dos cotilodonos.

>> **MANOBRAS AUXILIARES**

10 U OCITOCINA IM → pós expulsão fetal / ou assim que houver saída do ombro anterior

TRAÇÃO CONTROLADA do cordão

Manobra de **FABRE** (ou M do pescador) → avalia se já descolou (após clampear o cordão → leve tração do cordão - caso propagar-se para o fundo = placenta ainda está presa / caso contrário → fazer leve pressão suprapúbica)

Manobra de **JACOB-DUBLIN** → após sair, rodar, ajuda a manter as membranas íntegras

4. PERÍODO

DEFINIÇÃO: 1ª hora após secundamento

HEMOSTASIA: Miotamponagem

Trombotamponagem

>> **COMPLICAÇÕES DO PARTO PÉLVICO**

• **Desprendimento in situ:** é feita praticamente de rotina – com a mão, retira-se um braço (fletindo), e depois com a outra, retira-se o outro.

• **Manobra de Bracht:** flexão da coxa sobre o abdome da criança e 'joga-se' o dorso fetal em direção ao abdome da mãe (ajuda a liberar tanto o braço quanto a cabeça)

• **Manobra de Rojas:** rotação (rodar a criança 180°).

>> **E NA CABEÇA DERRADEIRA?**

• **Manobra de Bracht**

• **Manobra de Liverpool:** solta a criança, deixando-a pendente com a cabeça presa na mãe por 20 segundos – quando o occipito aparecer, "Joga-se" a criança em direção à mãe

• **Fórceps de Piper**

PERGUNTA DE PROVA

Qual é o único diâmetro que altera suas medidas no trabalho de parto? CONJUGATA EXITUS

O diâmetro AP do estreito inferior altera sua medida em função da posição do cóccix. Ele mede 9,5 cm. Entretanto, pelo movimento da cabeça fetal durante o desprendimento, pode alcançar 11 cm pela retropulsão do cóccix.

Qual é o diâmetro que estuda o estreito médio?

DIÂMETRO BIESPINHA CIÁTICA

Qual é o diâmetro que estuda o estreito inferior?

CONJUGATA EXITUS

Qual é o plano de menor dimensão da pelve?

É o diâmetro biespinha ciática situado no estreito médio