

Ginecologia Obstetrícia



Patologia médica e cirúrgica na gravidez

Gastrointestinal, Renal e Cirúrgica

MD

D

P

GD



Autoria

Pedro Teixeira Vaz, Mariana Correia, Ana Mendes da Silva



Referências

- Casanova, R, & Chuang, A, ... & Smith, R, (2019) Beckmann and Ling's Obstetrics and Gynecology. 8th edition. Wolter Kluwer
- Direção-Geral da Saúde. Terapêutica de infeções do aparelho urinário (comunidade) - norma nº: 015/2011 de 30/08/2011.

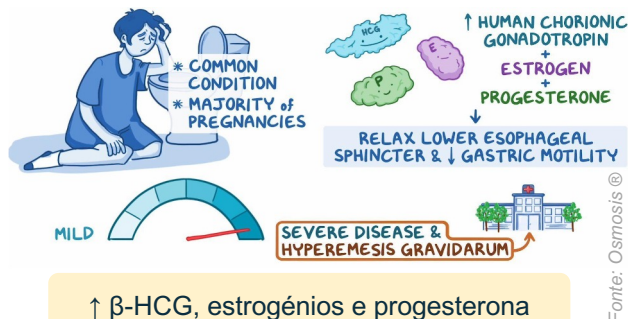


Patologia Gastrointestinal



Náuseas e Vômitos

Sintomas comuns na gravidez (70-85%)
Principalmente no 1.º trimestre



MD

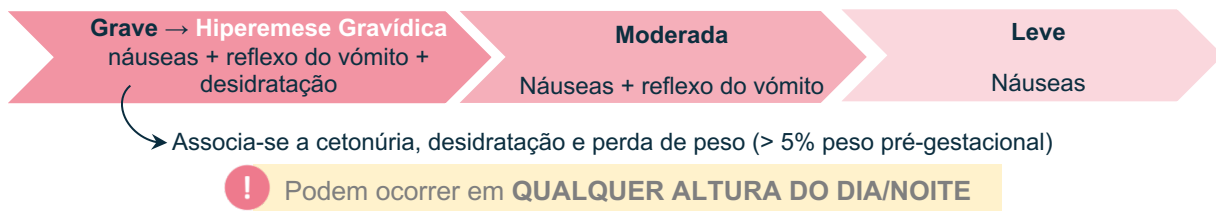
Fatores de risco (↑↑β-HCG)

- Gestação múltipla
- Mola hidatiforme
- História familiar/pessoal de hiperemese gravídica

Progressão natural dos sintomas



Avaliação da gravidade



D Abordagem diagnóstica é Diagnóstico de exclusão!!!!

- História clínica e exame objetivo
 - Achados que sugerem diagnósticos diferenciais: início de sintomas > 9 semanas, dor abdominal, febre, cefaleias, alterações neurológicas, bócio tireoideu
- Tira teste - avalia concentração de urina (desidratação) e corpos cetônicos (jejum)

Diagnóstico diferencial: gastroenterite, doença hepatobiliar, hepatites, apendicite, pielonefrite, litíase renal, cetoacidose diabética, hipertireoidismo, enxaqueca.

GD

Tratamento

P

Alteração de dieta e estilo de vida

- Refeições frequentes e ↓ quantidades
- Dietas ricas em HC e pobres em gorduras
- Adicionar proteínas a snacks e refeições
- Beber entre as refeições
- Não deitar logo após as refeições
- Evitar mudanças de posição bruscas
- Passeios diários no exterior
- Evitar comidas demasiado temperadas/ picantes
- Não lavar os dentes logo após as refeições

±

Tratamento Farmacológico

Piridoxina (vit. B6)
↓
adicionar Doxilamina
↓
adicionar Dimenidrinato, prometazina ou dicloramina (nausefe®)

2.ª L: metoclopramida, ondansetron, clorpramozina.
Casos graves: bloqueadores recetores H1-Histamina, Fenotiazida, Benzamida



Colestase Intrahepática e Esteatohepatite aguda

	Colestase intrahepática da gravidez (CIG)	Esteatohepatite aguda da gravidez (EAG)
Epidemiologia	Raro +++ 2. ^a metade da gestação Resolve após o parto Recorrência comum	Rara +++ 3. ^o trimestre Recorrência incomum
Mecanismo	Colestase	Distúrbio mitocondrial recessivo na oxidação dos ácidos gordos
Sintomas	Prurido generalizado (+++ palmas e plantas dos pés) + ↑ ácidos biliares	Náuseas e vômitos persistentes (+++) Mal estar generalizado, dor abdominal , Icterícia , Encefalopatia hepática
Diagnóstico	↑ rápido de ácidos biliares (>19 mU/mL) ↑ de transaminases, bilirrubina total e direta <i>(ácidos biliares atravessam placenta → podem provocar bradicardia fetal)</i>	<u>Sintomas e Alteração laboratorial</u> (≥6 sem outra causa): dor abdominal, polidipsia / poliúria, ascite, encefalopatia Aumento: ↑ bilirrubina, ácido úrico, leucocitose, ↑ transaminases, ↑ azoto ureico, ↑ creatinina (lesão renal), ↑ INR Diminuição: ↓ fibrinogénio, trombocitopenia, hipoglicemia <u>Imagem</u> (++) ecografia): pode ser normal <u>Biópsia:</u> raro realizar (com infiltração adiposa microvesicular nos hepatócitos)
Complicações	Morbilidade fetal elevada - aborto e morte fetal (++) por arritmias) Morbilidade materna baixa (desconforto)	Morbilidade materna elevada
Tratamento	<u>< 37 semanas</u> - ácido ursodesoxicólico e antihistamínico; <u>≥ 37 semanas</u> - programar parto (tratamento definitivo)	Cuidados intensivos de suporte Indução do parto rapidamente Transplante hepático



DICA:

Na EAG podemos ter HTA, proteinúria e edema, fazendo DDx com pré-eclâmpsia ou síndrome de HELLP.



→ EAG com quadro mais grave, insuficiência renal mais marcada, hipoglicemia e ↓fibrinogénio



Ver e-book "Patologia médica e cirúrgica na gravidez – Cardiologia"



Infecções do trato urinário → Patologias comuns na gestação

E. coli como microorganismo mais frequente

Fisiopatologia

MD

Estase urinária

Progesterona (↓ tônus ureteral e motilidade), compressão uterina do ureter, bexigas e orifícios

Glicosúria

fisiologicamente, é superada a capacidade de absorção tubular

Alcalose urinária

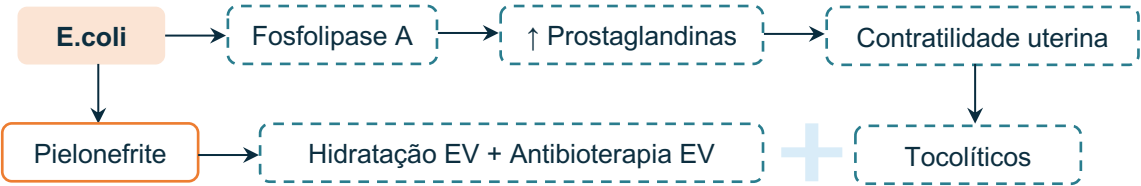
↑ excreção de bicarbonato

Abordagem

D

GD

	Bacteriúria Assintomática (BA)	Cistite aguda	Pielonefrite aguda
Epidemiologia	Risco de evolução para cistite ou pielonefrite; Recorrência de 30%	1% das grávidas	2% das grávidas
Sintomas	Assintomática	Disúria + polaquiúria + urgência miccional	Febre + dor lombar + mau estar generalizado
Avaliação diagnóstica	UC	UII + UC	UII + UC + HC
Tratamento	Fosfomicina [NOC] e [EAU 2023] Amoxicilina+ácido clavulânico (exceto 1.º Trimestre) [NOC] Nitrofurantoína (exceto 3.º trimestre se DG6P) [EAU 2023] Cotrimoxazol (exceto 1.º e 3.º trimestre) [EAU 2023] Cefalosporina [EAU 2023]		Internar (alta morbilidade) Hidratação EV ATB (Ceftriaxone; Levofloxacina se intolerância a lactâmicos) Tocólise (se PPT)
Abordagem pós-tratamento	Repetir UC Se BA por SGB, não fazer rastreio às 25-37 semanas e fazer profilaxia intraparto	Repetir UC	UC seriada após fim de tratamento - Profilaxia - Avaliar radiologicamente pós parto



P

Profilaxia
realizar com nitrofurantoína na grávida com história de ≥1 pielonefrite ou ≥2 cistites.



Na investigação pré-natal só se realiza UC de rastreio nas avaliações do 1.º trimestre (<13 sem)



Nefrolitíase e cálculos renais

Ver ebook "Litíase Urinária"
[Cirurgia – Genitourinária]



↑ do risco de impactação do cálculo na gravidez (mas não o risco de litíase)

Sintomas: dor lombar intensa, disúria, microhematúria, sem febre (~ pielonefrite)

Nota: cólica renal menos comum nas grávidas por relaxamento do tônus uretral (progesterona)

→ **pode evoluir para** infecção, obstrução urinária completa.

D

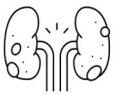
Diagnóstico

Estudo analítico + Urina + Estudo imagiológico (**Ecografia Renovesical** – 1ªL em grávidas)

GD

Tratamento: hidratação + analgesia + vigilância

(se obstrução completa: stent uretral ou nefrostomia percutânea)



Doença renal pré-existente

O *outcome* da gestação depende:

Valores de Cr (>3 mg/dL com pior outcome) e **coexistência de HTA**

Preocupações

Proteinúria

s/ consequências graves
se ↑ ligeiro

HTA

↑ complicações HTA

RCIU

Avaliação ecográfica para
avaliação crescimento e bem-
estar fetal

Patologia Cirúrgica

Condições cirúrgicas normais	Condições cirúrgicas específicas da gestação	
Apendicite Litíase biliar Lesão intestinal	Gravidez inicial	Mais tarde
	Gravidez ectópica Torsão dos anexos	Descolamento placentar Rotura uterina

Alterações fisiológicas a ter em conta

↓ VR pulmonar

Atraso esvaziamento
gástrico

Evitar posição supina



- A grávida pode fazer MCDTs (desde que usadas precauções)

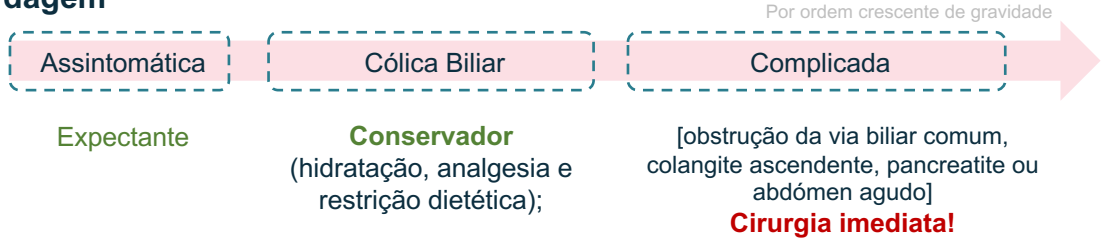


Litíase Biliar

A Colecistite pode ser **exacerbada durante a gravidez** por alterações hormonais por:
Esvaziamento vesicular lentificado e ↑ volume residual da vesícula biliar.

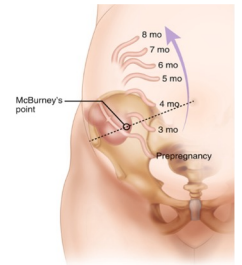
Abordagem

GD



Apendicite Aguda

Sintomas: dor abdominal, anorexia, vômitos e/ou diarreia
(a dor varia com a alteração fisiológica da localização intraabdominal do apêndice)



D

Diagnóstico

- **Aspetos laboratoriais:** leucocitose (mascarada pela leucocitose normal da gestação) e PCR (melhor para identificar o processo inflamatório).
- **Ecografia abdominal** (atenção à localização do apêndice durante a gestação!)

GD

Tratamento: apendicectomia por via laparoscópica (segura na gravidez)



Massas anexiais na gestação

Massas identificadas na **ecografia de rotina**.

- A maioria são benignas e regridem espontaneamente durante a gestação.
- Quanto maior o tamanho da massa, maior probabilidade de torção do ovário e rotura do quisto.

GD

Se necessário **terapêutica cirúrgica** - melhor sucedida se realizada no 2.º trimestre.



Trauma na gestação

MD

Etiologia: acidente de viação, violência física.

Consequências:

(1) lesões maternas / morte (2) descolamento da placenta, (3) rotura uterina, (4) hemorragia materno-fetal, (5) rotura prematura pré-termo de membranas, (6) parto pré-termo, (7) lesão fetal direta.

- No ponto (4) - avaliar grávidas Rh negativo → normalmente administra-se imunoglobulina Rh.
- A sobrevivência fetal não é provável se os sinais vitais maternos estiverem ausentes por > 10-15 minutos.

GD

Abordagem: Avaliação de sinais vitais, vitalidade fetal, CTG e ecografia fetal

- Objetivo principal - estabilização **materna!**
- Se **PCR**: reanimação imediata (considerar CST no 3.º trimestre se reanimação > 4 minutos).
- Se **descolamento da placenta** ou **rotura uterina**: **extração fetal emergente**.

No trauma a prioridade é a mãe!!

Traumatismo minor
Vigilância 2-6 horas com CTG contínuo

Traumatismo major
Vigilância pelo menos 24h