

Ginecologia Obstetrícia



Patologia médica e cirúrgica na gravidez

Cardiologia e pneumologia

MD

D

P

GD



Autoria

Rita Bertão Ventura, Mariana Correia, Ana Mendes da Silva



Referências

- Casanova, R., Chuang, A., Goepfert, A., Hueppchen, N., Weiss, P., Beckmann, C., Ling, F., Herbert, W., Laube, D. & Smith, R (2019), Obstetrics and Gynecology, Eighth Edition, Wolters Kluwer
- Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco [Online].; 2015; Acessível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-riscopdf11.aspx>



Patologia Hipertensiva

- Complicação médica da gravidez mais comum
- A PA é uma das vigilâncias que deve ser realizada em gravidezes de baixo risco

Riscos maternos e fetais

Maternos



- Pre-eclâmpsia / eclâmpsia/ HELLP
- DPPNI
- Hemorragia pos-parto
- Diabetes gestacional
- Lesão renal ou hepática
- EAM



Fetais

- Morte fetal ou perinatal
- RCIU/ LIG
- PPT
- Anomalias congénitas

Abordagem

PROGRAMA NACIONAL
para a Vigilância da
Gravidez de Baixo Risco



Exame objetivo	Avaliação laboratorial	Avaliação bem-estar fetal
Avaliação TA Peso (antes e na gravidez) IMC Edema Fundoscopia Dor à palpação no hipocôndrio direito Reflexos tendinosos	Análise sumária urina Hemograma TP e aPTT Enzimas hepáticas Creatinina sérica Ácido úrico Proteinúria 24h	Estimativa peso fetal Avaliação do LA CTG (<i>NonStress Test</i>) Perfil biofísico fetal

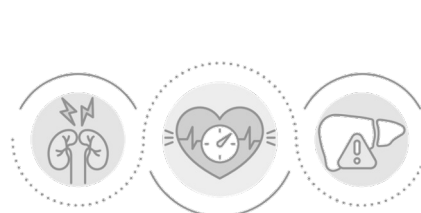
Na consulta com estas grávidas é importante:

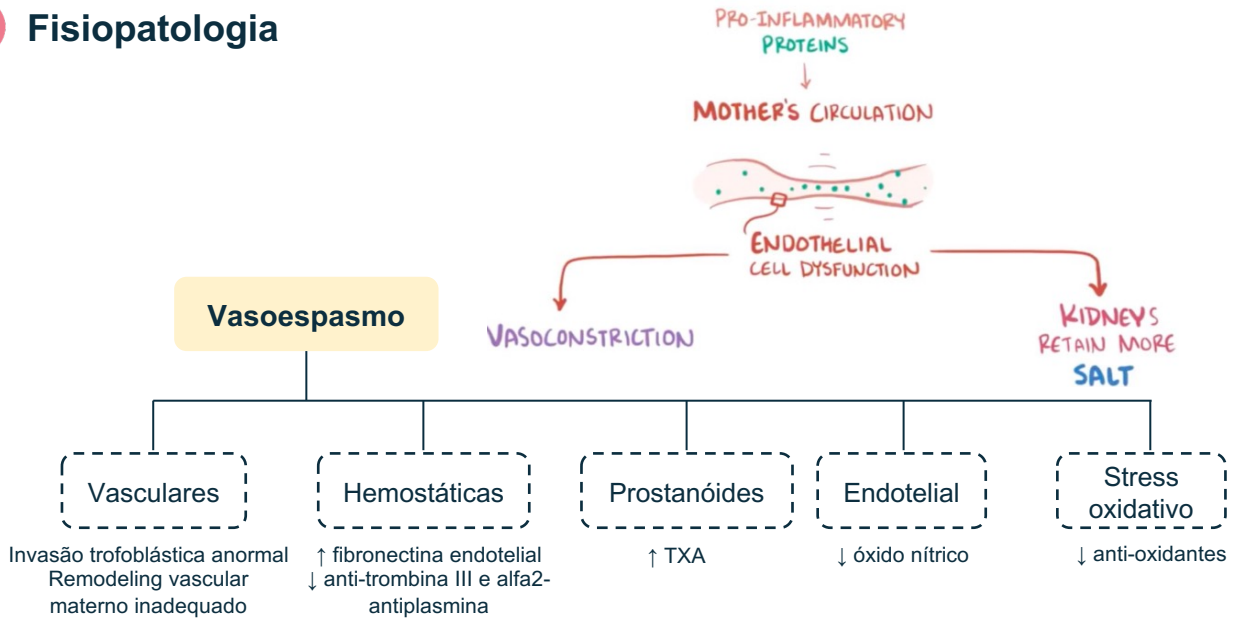
- Sinais/Sintomas:
 - escotomas? Cefaleias? Dor hipocôndrio direito? Perda de consciência? Convulsões?
- Relativamente ao **peso** é importante valorizar aumentos repentinos; além disso atenção ao **edema típico da Pré-eclâmpsia** → edema que não responde à drenagem postural e que se localiza sobretudo nos membros superiores, região sagrada e face – “*cara de pré-eclâmpsia*”

HTA < 20 semanas ou pré-concepcional	HTA de novo (> 20 semanas)
<ul style="list-style-type: none"> ○ HTA crónica ○ Hipertensão bata-branca ○ Hipertensão mascarada 	<ul style="list-style-type: none"> ○ HTA gestacional transitória ○ HTA gestacional ○ Pré-eclâmpsia

Patologia hipertensiva na gravidez:

- HTA gestacional
- Pré-eclâmpsia
- Eclâmpsia
- HTA crónica
- HTA crónica com pré-eclâmpsia/eclâmpsia sobreposta



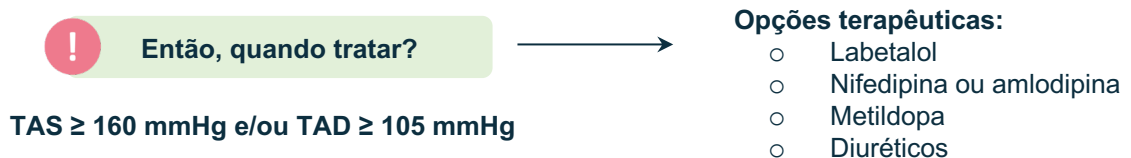


D HTA crónica vs HTA gestacional

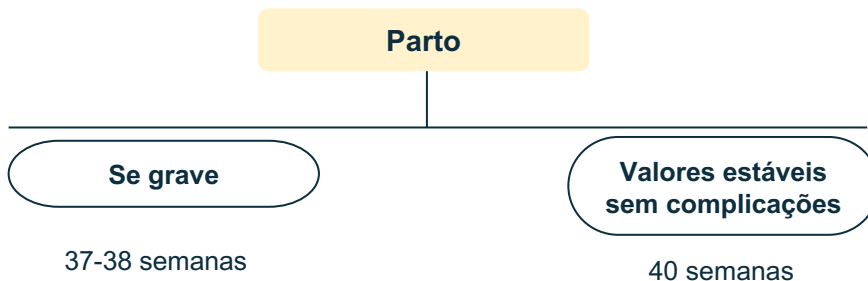


HTA crónica	HTA gestacional
TAS ≥ 140 mmHg e/ou TAD ≥ 90 mmHg em duas ocasiões separados de 4 horas	TAS ≥ 140 mmHg e/ou TAD ≥ 90 mmHg em duas ocasiões separados de 4 horas
Diagnóstico: antes da gravidez <u>OU</u> < 20 semanas gestação <u>OU</u> persiste > 12 semanas pós-parto	Diagnóstico: > 20 semanas gestação <u>e</u> persiste < 12 semanas pós-parto <ul style="list-style-type: none"> Sem proteinúria ↑ risco de pré-eclâmpsia e HTA crónica posteriormente

GD O tratamento médico de HTA essencial ligeira **não mostrou** melhoria significativa na gravidez



NÃO IECAS e ARAs!



Pré-eclâmpsia

TAS ≥ 140 mmHg e/ou TAD ≥ 90 mmHg
em 2 ocasiões separados de 4 horas após 20 semanas
+
1 dos seguintes:



Proteinúria

- 300mg em urina 24h
- rácio proteína/creatinina > 0.3
- tira-teste 2+



Disfunção útero-placentária

- RCIU
- doppler artéria umbilical anormal

Disfunção orgânica materna

- LRA (Cr $> 1,1$ mg/dL),
- Lesão hepática +/- epigastralgias ou dor HD (AST/ALT > 40 mg/dL)
- Complicações neurológicas (estocomas, cefaleias),
- Complicações hematológicas (trombocitopenia, CID, hemólise).



Pré-eclâmpsia

HTA após as 20 semanas + Proteinúria
($\geq 0,3$ g proteinúria em urina 24h)



DICA:

Se PE < 20 semanas: mola hidatiforme?

Pré-eclâmpsia grave

TAS ≥ 160 mmHg ou TAD ≥ 110 mmHg
Lesão renal (Cr $> 1,1$ mg/dL ou 2x Cr base)
Alterações visuais ou cefaleias
Edema Pulmonar
Epigastralgia ou dor no hipocôndrio direito
Disfunção hepática (\uparrow 2x enzimas hepáticas)
Trombocitopenia ($< 100\,000/\mu\text{L}$)



Então, quando tratar?

TAS ≥ 160 mmHg e/ou TAD ≥ 105 mmHg

Opções terapêuticas:

- Hidralazina
- **Labetalol ev +++)**

Nota: objetivo é diminuir TAS para 140/150 e TAD para 90/100 mmHg,
Iniciar profilaxia de convulsões com sulfato de magnésio

Pós-parto:

- Manter vigilância
- Manter sulfato de magnésio para prevenção das convulsões (pelo menos 24h)

Sulfato de magnésio (MgSO₄):

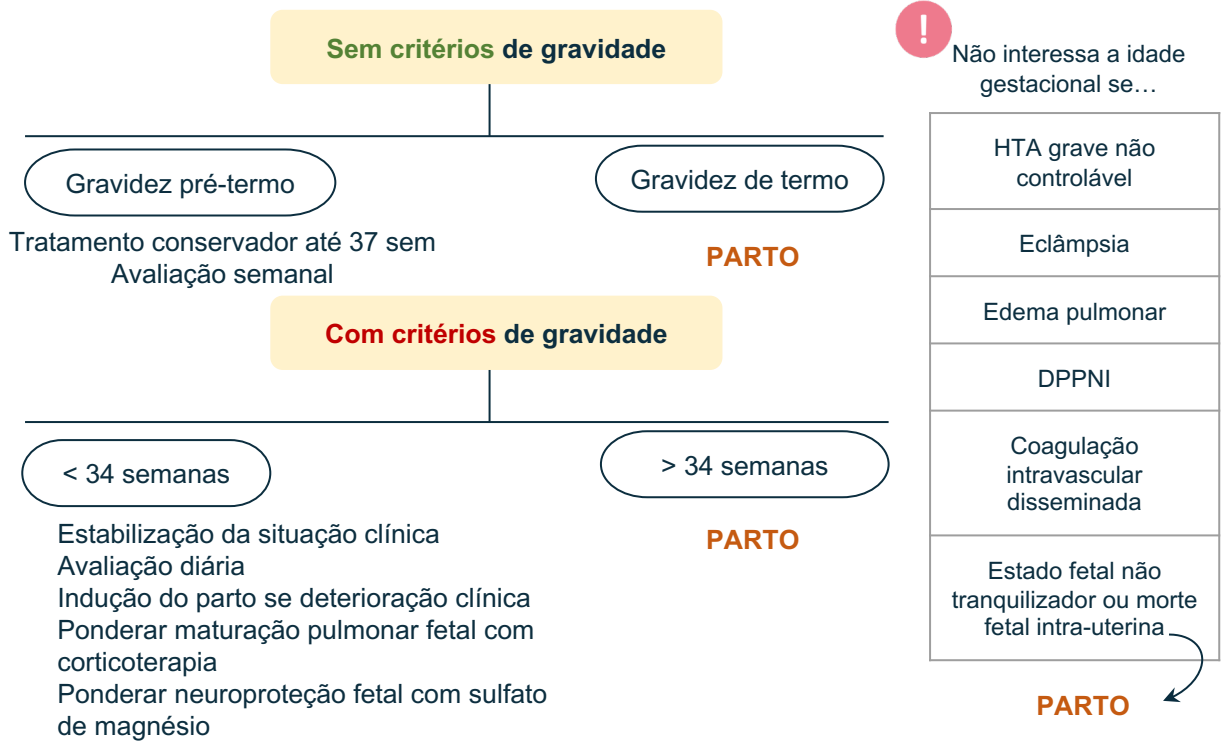
- Profilaxia das crises convulsivas
- EV ou IM
- Excreção renal exclusiva

Efeitos tóxicos:

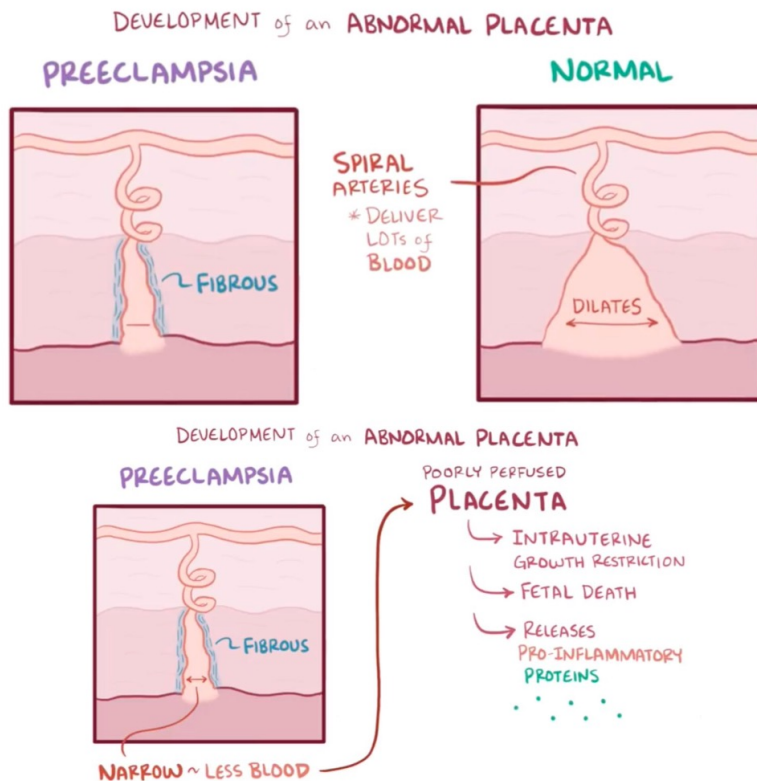
- DU < 30 mL/h
- Cr > 1 mg/dL
- Frequência respiratória
- **Reflexo patelar**

se presentes

Diminuir ou suspender perfusão de MgSO₄
Iniciar gluconato de cálcio a 10% ev
Suporte O₂



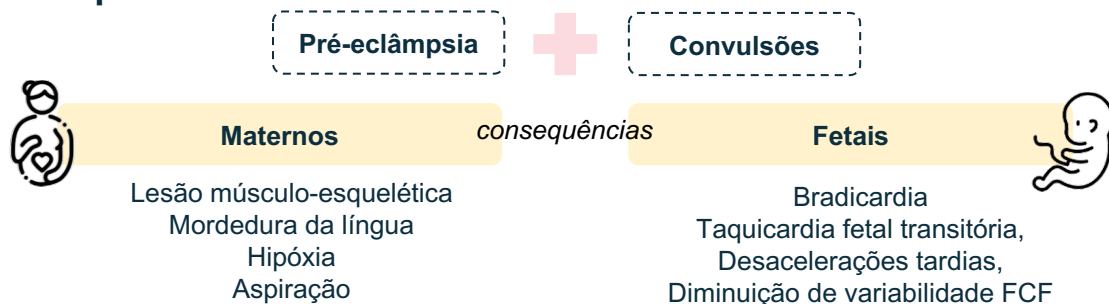
! A via de parto preferencial é a vaginal, mas é quase impossível maturar o colo se ainda estivermos longe do termo, pelo que quase sempre terminam em cesariana.



Apesar de não haver consenso acerca do assunto, a **profilaxia** da pré-eclâmpsia pode ser feita através da toma de 100 mg de **AAS**/dia **antes das 16 semanas**, se grávidas com **critérios de alto risco**, tais como:

- Pré-eclâmpsia em gestação anterior
- HTA crónica
- DM tipo 1/2;
- Doença renal crónica;
- Doenças autoimunes – LES, SAAF;
- Gestação múltipla

D Eclâmpsia



GD Abordagem (prioridade é estabilizar a mãe)

- Proteção via aérea e língua
- Acesso EV
- Oxigenoterapia
- Sulfato de magnésio 4-6g ev
- Vigiar DU, gasimetria e correção metabólica



Parto Imediato
(evitar durante
crise convulsiva)

D Síndrome HELLP

HEMOLYSIS

ELEVATED
LIVER ENZYMES

LOW
PLATELET COUNT

Sintomas: difusa e vaga; náuseas e vômitos; **epigastralgia** ou **dor no hipocôndrio direito**.

- Transfusão plaquetas: se plaquetas $< 20\ 000/\text{mm}^3$ ou cesariana e plaquetas $< 50\ 000/\text{mm}^3$
- Conforme idade gestacional:
 - Se IG < 34 semanas: ponderar maturação pulmonar fetal com corticoterapia
 - Se IG > 34 semanas: **PARTO!**



DICA: pensar sempre em HELLP se a grávida se apresentar com dor abdominal (fazer também o diagnóstico diferencial com patologia GI na grávida).

Patologia Cardíaca (Cardiopatia)

Classe I/II	!	Classe III/IV
<ul style="list-style-type: none"> ○ Defeitos septo ○ Ducto arterioso patente ○ Doença valvular moderada mitral ou aórtica 		<ul style="list-style-type: none"> ○ HTP primária ○ Tetralogia de Fallot não corrigida ○ Síndrome de Eisenmenger ○ Síndrome Marfan (insuficiência válvula aórtica)

Pode engravidar

Gravidez
desaconselhada

Riscos fetais



Baixo peso ao nascimento

Prematuridade

Maior risco de doença cardíaca congénita (1-5%) → realizar ecocardiografia fetal!



Evitar situações de aumento de stress cardíaco:

- Correção anemia
- Diagnóstico/tratamento de infeção precoce
- Atividade física ligeira
- Controlo ganho de peso
- Descanso adequado

Alterações fisiológicas
da gravidez:
↑ DC (40%)

GD **Parto:** é preferível SEMPRE o **parto vaginal** porque mesmo com o esforço expulsivo, a cesariana comporta + stress cardíaco (podemos sempre instrumentar para não ser tão esforçado).

Pós-parto: período de maior risco de descompensação cardíaca!

D Miocardiopatia periparto [Diagnóstico de exclusão]

Insuficiência cardíaca
secundária disfunção
VE com FEVE < 45%

+

Final da gravidez ou
meses seguintes após
o parto (++ 1º mês)

+

Sem outra causa
identificável de
doença cardíaca

Sintomas	Sinais
<ul style="list-style-type: none"> Dispneia Edema periférico Fadiga Ortopneia Dispneia paroxística noturna Palpitações Toracalgia Diminuição da tolerância ao exercício Anorexia Tosse persistente Desconforto abdominal 	<ul style="list-style-type: none"> Taquipneia Crepitações pulmonares P2 forte 3º som cardíaco ou ritmo galope Murmúrio de novo Deslocamento do ponto de impulso máximo para lateral e/ou baixo Distensão venosa jugular Refluxo hepatojugular Hepatomegália Edema periférico; Ascite

GD Tratamento

Grávida vs puerpera

- Grávida: diuréticos, beta-bloqueantes, hidralazina/nitratos, digoxina

Estabilidade vs instabilidade hemodinâmica

Patologia Respiratória



Asma

É um erro diminuir a dose dos fármacos em grávida que aparente está bem: é para manter sempre a terapêutica prévia!

- 1/3 piora, 1/3 melhora, 1/3 inalterado
- 2º trimestre → quando existem mais exacerbações
- Vigilância doença materna:
 - *Peak-flow* ou FEV1 em todas as grávidas
 - Avaliação da capacidade pulmonar

Riscos fetais



↓ FEV1
↑ prematuridade
LIG

GD Abordagem:

Principal objetivo: prevenção de episódios de hipoxémia

- 1ª linha: corticoterapia inalatória (budesonido)
- Terapêutica de resgate: albuterol

Se asma grave:

- Abordagem igual à mulher não grávida
- Avaliar função pulmonar e gases arteriais
- Tratamento: O2, β -agonistas, corticoterapia (oral ou ev), intubação (abordagem mais precoce vs mulher não grávida)



Grávidas submetidas a corticoterapia sistêmica deverão receber corticóide ev intra-parto e 24h pós-parto; assim como ao RN sob risco de crise adrenal

	Asma <u>Intermitente</u> Ligeira	Asma <u>Persistente</u> Ligeira	= Moderada	= Grave
1ª linha	Albuterol SOS	Corticóides inalados ↓ dose	Corticóides inalados ↓ dose + salmeterol	Corticóides inalados ↑ dose + salmeterol (+ corticóide oral)
2ª linha		Antagonistas leucotrienos teofilina ou	Corticóide inalado moderada dose (+ salmeterol)	Corticóide inalado ↑ dose + teofilina
3ª linha			+ antagonistas leucotrienos ou teofilina	



Influenza

- Vírus influenza A (H1N1) ou B
- Sintomatologia: tosse seca, febre, estertores, rinorreia, mialgias, cefaleias
- ↑ risco pneumonia, ↑ risco hospitalização, ↑ mortalidade

Tratamento: suporte, **oseltamivir** (tamiflu)

Vacinação **É RECOMENDADA** e deverá ser realizada em qualquer IG