

Ginecologia Obstetrícia



Cuidados Pré-concepcionais Cuidados Pré-natais

D



Autoria

Mariana Correia, Pedro Pires Mesquita, 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 de Saúde. Programa Nacional da Vigilância de Gravidez de Baixo Risco. Acessível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>
- Direção Geral de Saúde. Exames Laboratoriais na Gravidez de Baixo Risco – norma nº 37/2011 30/09/2011. Acessível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/exames-laboratoriais-na-gravidez-de-baixo-risco.pdf>



Aconselhamento Pré-concepcional

História familiar: Identificar fatores de risco para a gravidez; Alterações genéticas; Medicação habitual; Abuso de substâncias; Identificar fatores de risco para DSTs

Exame físico: Perfil tensional, IMC

Ácido fólico

Dose: 0,4 mg/dia → prevenção de defeitos do tubo neural
4 mg/ dia se:

- Gravidez prévia com filho com defeitos do tubo neural
- Fármacos que interferem com metabolismo do folato (p.ex. anti-convulsivantes)

1-2 meses pré-concepção

↓
pelo menos até ao 1ºT

Iodo

Dose: 150-200 µg/dia → prevenção do hipotireoidismo congénito

Patologia tiroideia na grávida →
contraindicação para suplementação!

pré-concepção

↓
final da amamentação

Vacinação

Confirmar se PNV atualizado

- Vacinar se risco para Rubéola, Varicela, Tosse Convulsa, Hepatite B, Hepatite A, Meningite e Pneumococcus
- Evitar gravidez **até 1 mês** após administração de vacinas vivas (VASPR, Varicela, BCG)
- HPV se < 26 anos



Tem De Ser Regularizado

T (Tétano) **D** (Difteria) **S** (Sarampo - VASPR)
R (Rubéola - VASPR)

Recomendações Pré-natais



Exercício físico

Exercício moderado é **aceitável e aconselhado**

Contraindicações absolutas:

- Cardiopatia com compromisso HD
- Doença pulmonar restritiva
- Insuficiência cervico-ístmica
- Gravidez gemelar com risco de PPT
- Hemorragia do 2º/3º trimestre
- Placenta prévia
- Rotura de membranas
- Hipertensão gestacional/ pré-eclâmpsia
- Anemia grave



Atividade Sexual **Contraindicações:**

- Placenta prévia
- Rotura prematura de membranas
- Risco de PPT



Viagens **Evitar** se:

- HTA
- Diabetes mellitus mal controlada
- Anemia Falciforme



Nutrição

Recomendações do ganho de peso em cada trimestre dependente do IMC inicial

IMC prévio	Ganho peso 2/3ªT	Ganho peso total
< 18,5	0,5 kg/sem	12,5-18kg
18,5-24,9	0,4kg/sem	11,5-16kg
25-29,9	0,3kg/sem	7-11,5kg
> 30	0,2kg/sem	5-9kg



Suplementação com ferro

30-60 mg/dia (em casos selecionados de anemia ou ferropenia)



Amamentação

Vantagens recém-nascido:

- Proteção imunitária, ↓ DM tipo 2, ↓ HTA

Vantagens mãe:

- Involução uterina mais rápida, ↑ *bonding* mãe-filho, ↓ risco Ca da mama e ovário

Ver ebook "Cuidados pós-parto"

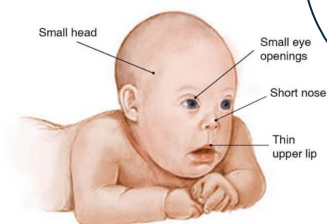




Álcool

Teratogénico mais comum! Não existe dose segura!

- Défice intelectual
- Atraso no desenvolvimento
- Malformações congénitas
- **Síndrome Fetal Alcoólica**



Tabaco

- Restrição do Crescimento Fetal
- Baixo peso ao nascer
- Morte fetal

- **Restrição do crescimento**
- Anomalias **faciais** (encurtamento das fissuras palpebrais, pavilhões auriculares com inserção baixa, lábio superior fino, hipoplasia facial)
- Disfunção do **SNC** (microcefalia, défice de atenção, incapacidade intelectual)

Utilização de fármacos no período pré-natal

- Maioria dos fármacos são relativamente seguros na gravidez
- Poucos são verdadeiros teratogénicos humanos



Fármacos Seguros

Fármaco	Exemplos
Anti-HTA	Metildopa Hidralazina BCC
Anti-coagulantes	HNF HBPM
Analgésicos	Paracetamol
ATB	Nitrofurantoina Fosfomicina Amoxicilina



Fármacos Teratogénicos

Fármaco	Efeito teratogénico
IECA	Displasia renal
Cloroquina	Coriorretinite, surdez
Lítio	Defeito cardíaco (anomalia de ebstein)
Fenitoína	Síndrome hidantoíde*
Estreptomicina	Ototoxicidade
Tetraciclina	Hipoplasia do esmalte dentário
Valproato Carbamazepina Metotrexato	Defeitos do tubo neural, fâcies característico
Varfarina	Embriopatia fetal
Isotretinoína	Risco de aborto e malformações fetais

* Fenda palatina, hipoplasia dos dedos, excesso de crescimento capilar e RCIU



TERATOWA → **T** (Talidomida) **E** (Epiléticos) **R** (Retinóides) **A** (ARA/IECAs) **T** (Third element – Lítio) **O** (oral contraception) **W** (warfarin) **A** (anti-depressivos, Álcool)

Vigilância Pré-Natal

A gravidez deve ser ponderada quando há história de **amenorreia** após **atividade sexual** sem **contraceção eficaz** numa mulher com **ciclos menstruais regulares**.

Diagnóstico de Gravidez

CLÍNICA

Sinais e sintomas:

Fadiga;
Náuseas/vômitos;
Mama: tensão e sensibilidade mamária, hiperpigmentação mamilar, tubérculos de Montgomery e exteriorização de colostro;
↑ da pigmentação cutânea (cloasma gravídico – "pano") e estrias abdominais.



Sinal de Godell (amolecimento do CU)

Sinal de Hegar (amolecimento da porção inferior do corpo uterino)

Sinal de Chadwick (CU e vagina azulada)



"GOD"(ell) 1º veio Deus

12 sem -útero palpável; 18 sem ≈ percepção de movimentos fetais

TESTES DIAGNÓSTICOS (SEMPRE)



TIG

Teste sérico
(β-HCG quantitativa)

Pouca sensibilidade. Só são positivos ~ 4 sem após a DUM

Medem especificamente a β-HCG, por isso são **+ sensíveis e específicos** → deteção + precoce

Permitem a quantificação de β-HCG (é suposto duplicar a cada 48 horas → avaliar se gestação normal ou não)

β-HCG

> 1500 deve-se visualizar saco gestacional in útero
> 4000 embrião com batimentos cardíacos

IDADE GESTACIONAL



Nº de semanas desde a DUM (semanas após o 1º dia da última menstruação)

Regra Naegele:

(DUM + 7 dias) – 3 meses
= Data provável do parto (DPP) = 40 semanas de gestação

ECOGRAFIA DE DATAÇÃO → sobrepõe-se à DUM

Sonda endovaginal → 3-4 semanas
(β- hCG 1000-2000 mIU/mL)

Sonda abdominal → 5-6 semanas
(β- hCG 5000-6000 mIU/mL)



ATIVIDADE CARDÍACA FETAL é quase sempre evidência de gravidez viável:

Fetoscópio acústico tradicional (de Pinard) **> 20 semanas** ou

Aparelhos Doppler eletrônicos pelas **12 semanas**;

A percepção dos movimentos fetais ocorre a partir das **16-20 semanas**

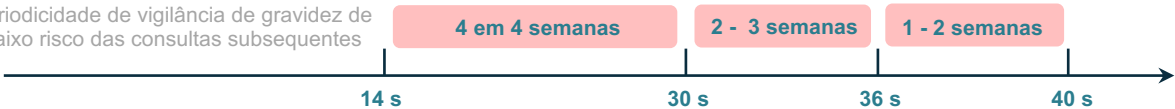
Consultas pré-natais

1ª consulta pré-natal → idealmente até às 12 semanas

Objectivos:

- Determinação (inicial) da idade gestacional e DPP
- Avaliação de FR pré-natal (pode ser necessário referenciar a grávida)
- Aconselhamento da grávida em relação aos cuidados pré-natais
- Análises de rotina do 1º trimestre e ecografia do 1º trimestre (ver tabela seguinte)
- Estabelecer o esquema de vigilância

Periodicidade de vigilância de gravidez de baixo risco das consultas subsequentes



Avaliações em cada consulta

Tensão Arterial

↓ no final do 1ºT e ↑ no 3º T

Hipertensão gestacional:
TAS ≥ 140 e/ou TAD ≥ 90
mmHg após as 20 sem



Ver ebook "Patologia médica e cirúrgica na gravidez (Cardiologia e Pneumologia)"

Peso corporal

IMC > 30 com risco de:
Pré-Eclâmpsia, Diabetes
Gestacional, Parto por
cesariana

Medição fundo uterino

> 16 sem a 36 sem:
Altura uterina em cm ≈
idade gestacional

GRANDE PARA A IDADE
GESTACIONAL (GIG):

- Datação incorreta da gravidez;
- Gravidez gemelar;
- Macrosomia;
- Mola hidatiforme;
- Hidrâmnios

PEQUENO PARA A IDADE
GESTACIONAL (PIG)

- Oligoâmnios
- RCF
- Morte fetal

TTU

Tira teste urinária (Combur)

Palpação uterina

4 Manobras de Leopold

Até 34 sem →
apresentação pélvica,
oblíqua e transversa
NÃO SÃO INCOMUNS!

No termo +++ cefálico
Se Apresentação
PÉLVICA → VERSÃO
CEFÁLICA EXTERNA

CONTRA-INDICAÇÕES:
Gravidez gemelar,
Compromisso fetal,
Anomalias uterinas,
Placentação anormal

FC fetal

Auscultação direta ou
Doppler fetal




Normal: 110-160 bpm



Não Esquecer!

Se Versão Cefálica
externa → **Ig Anti-D!!!**


Consultas pré-natais

	Rotinas	Rastreio	Ecografia fetal
1ºT	< 13 sem		11+0 sem – 13 + 6 sem
	<ul style="list-style-type: none"> Hemograma ABO e Rh Coombs Indireto Glicemia em jejum Serologias infecciosas (HIV, HBV, VDRL, Toxoplasmose e Rubéola) Urocultura¹ Citologia cervical (se último > 3 anos) 	Rastreio combinado do 1ºT (PAPP-A e β-HCG + translucência da nuca)  rastreio aneuploidias (T13, T18 e T21) ⁴	<ul style="list-style-type: none"> Confirmar gravidez IU Determinação IG Gravidez gemelar? Massas pélvicas ou anomalias uterinas Diagnóstico pré-natal → Medição da Translucência da Nuca (e outros marcadores)
2ºT	24 – 28 sem	TRIPLO: alfa-fetoproteína materna, estriol e hCG QUÁDRUPLO: alfa-fetoproteína materna, hCG, estriol e inibina  rastreio aneuploidias (T13, T18 e T21) ⁴	20 sem – 22 + 6 sem
	Hemograma Coombs indirecto PTGO² (basta 1 alterado): ≥ 92 mg/dL/ ≥ 180 mg/dL ≥ 153 mg/dL Serologias infecciosas: Rubéola (18-20 sem)!!!³ Toxoplasmose (Se Não-imune)	<div> Marcadores ecográficos 2ºT Hipoplasia Ossos Nasais, Prega da Nuca, Foco Hiperecogénico Cardíaco, Intestino Hiperecogénico, Fémur/Úmero Curtos, Hidronefrose, Malformações Major, Ventriculomegália, Artéria Subclávia Aberrante </div> 	<ul style="list-style-type: none"> Atividade cardíaca Morfologia fetal Biometrias fetais Líquido amniótico Apresentação fetal Posição da placenta Rastreio cromossomopatias
3ºT	32 - 34 sem	Pesquisa Streptococcus grupo B vaginal e retal (35-37sem)	30 sem – 32 + 6 sem
	Hemograma Serologias infecciosas: VDRL, HIV 1 e 2, AgHBs, Toxoplasmose (Se Não-imune)		<ul style="list-style-type: none"> Malformações major Patologia LA, cordão e placenta Crescimento fetal Apresentação fetal

¹ UC no 1ºTrimestre, Combur em todas as consultas; ² Caso Glicemia em jejum do 1ºT normal;
³ Fazemos serologia da rubéola entre 18-20 semanas porque se houver seroconversão podemos fazer Interrupção Médica da Gravidez até às 24 semanas.

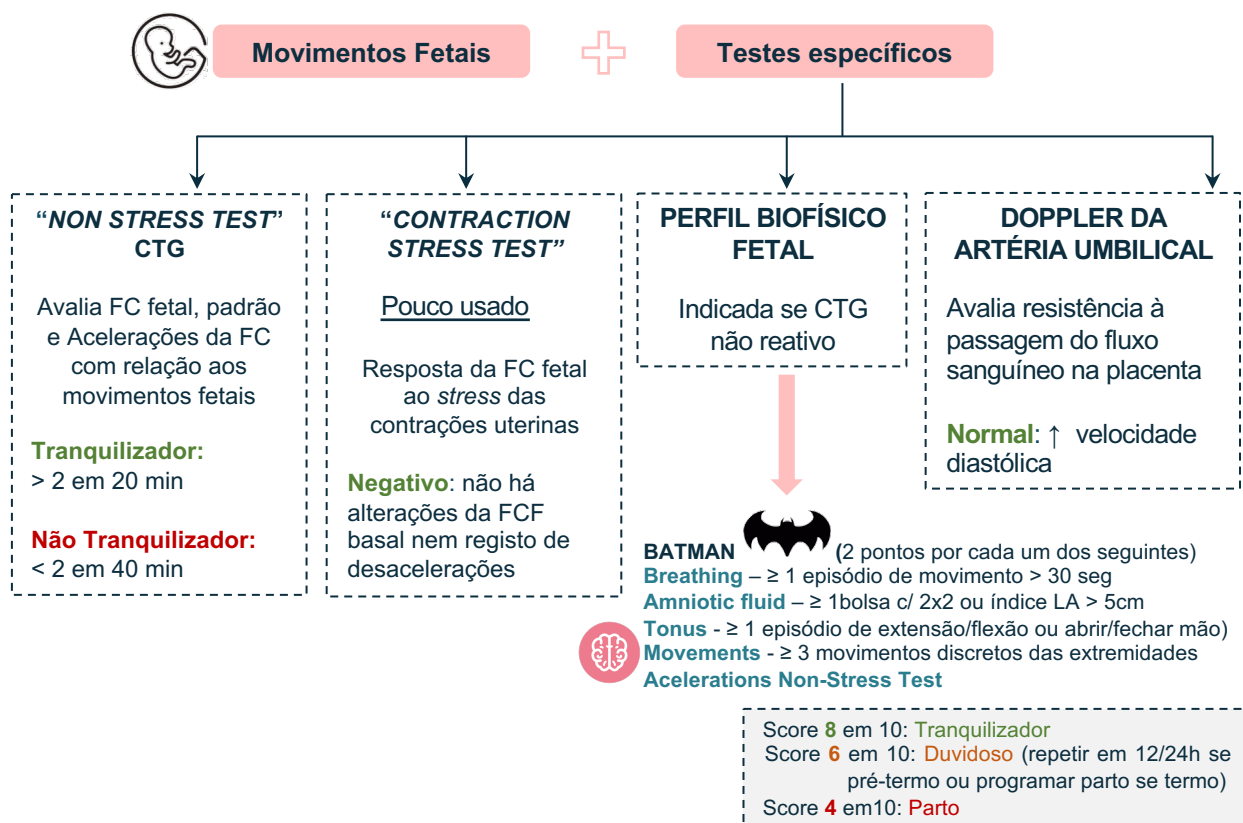
Em resumo

VDRL, HIV 1 e 2, AgHBs	1º e 3º Trimestre AgHBs se não vacinadas e rastreio negativo no 1ºT
Rubéola	1ºT: ○ Imune → Não avaliar mais ○ Não imune → Avaliar às 18-20 semanas
Toxoplasmose	1ºT: ○ Imune → Não avaliar mais ○ Não imune → Avaliar no 2º e 3º Trimestre (se não imune no 2º)

Aneuploidias 		
⁴ <u>Rastreio</u>	PAAP - A	β- HCG
Trissomia 21	↓	↑
Trissomia 18	↓↓	↓↓
Trissomia 13	↓↓	↓
Formas de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"> Amniocentese (> 15sem) Biópsia das vilosidades coriônicas (11-15sem) Cordocentese (> 18sem) [a que tem + risco de perda fetal]		

Avaliação do bem estar fetal Quando?

- alguma razão médica (↓ da percepção materna dos movimentos fetais)
- às 37sem aquando da consulta médica hospitalar



Sintomas comuns da gravidez

Cefaleias

Comuns na gravidez precoce
Medir TA para excluir pré-eclâmpsia

Edema

+++ extremidades inferiores e/ou mãos
Podem ter associação com distúrbio hipertensivo

Dor Lombar

Comum, sobretudo na gravidez avançada devido à hiperlordose por relaxamento dos ligamentos da cintura pélvica

Náuseas e vômitos

Comuns no 1ºT; ++ de manhã
Tendem a melhorar no fim do 1ºT
Nausefe nos casos + graves (em geral passa com medidas gerais)

Refluxo gastro-esofágico (Pirose)

++ pós prandial
Devido ao relaxamento do músculo liso e diminuição da peristalse
Deve fazer refeições + pequenas e + frequentes
Antiácidos podem ser úteis

Obstipação

Fisiológica na gravidez; devem ser instruídas a beber + água e comer + fibras
Podem fazer **lactulose**

Fadiga

É comum na gravidez precoce – tranquilizar

Dor ligamentos redondos

Dor aguda na virilha é comum (+ à direita)
Tranquilizar quanto à etiologia benigna da dor, que se deve ao estiramento e espasmo dos ligamentos redondos com o crescimento uterino

Corrimento vaginal

O aumento das secreções vaginais é normal na gravidez! Deve ser distinguido de leucorreias infecciosas.

Frequência urinária

Por compressão da bexiga pelo útero

Cãimbras nos Mis

Varizes Mis e Hemorróidas