

N O R M A S D E A C T U A Ç Ã O

NA URGÊNCIA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

DO HOSPITAL SANTA MARIA

2012



2ª EDIÇÃO

PRÓLOGO

NORMAS DE ATUAÇÃO NA URGÊNCIA DE OBSTETRÍCIA DO HOSPITAL DE SANTA MARIA

A primeira edição destas “Normas” foi publicada há cerca de quatro anos. O êxito que atingiu no público-alvo (essencialmente os internos do internato complementar, os médicos especialistas mais jovens e os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia) praticamente que nos “obrigou” a meter ombros a esta segunda edição, na qual se reformularam alguns conceitos e se atualizaram recomendações de acordo com os desenvolvimentos mais recentes.

Como escrevi no “Prólogo” à primeira edição, sempre entendi que os protocolos são documentos demasiadamente estritos e regulamentadores para serem verdadeiramente eficazes na prática clínica diária, preferindo, de longe, que todos os intervenientes no trabalho dos blocos de partos disponham de normas gerais que possam seguir quando estejam perante situações menos comuns ou sobre as quais tenham dúvidas. O formato que pretendemos dar a este volume espelha esse conceito, tendo como objetivo dotar quem tem de tomar decisões de um conjunto de regras que, por estarem imediatamente disponíveis, lhes trarão segurança e conforto no seu trabalho diário.

Espero que os destinatários do livro que agora apresentamos o venham a acolher com tanto entusiasmo como aconteceu com a primeira edição.



EDITORES

*Nuno Clode
Carlos Calhaz Jorge
Luís Mendes da Graça*

Obra patrocinada por:



Outubro de 2011

Luís Mendes da Graça



- Regime 24/4
- Superior supressão ovárica e menores flutuações hormonais comparativamente ao regime convencional 21/7¹
- Boa *compliance* toma contínua²



Nome do medicamento: Yaz 3 mg/0,02 mg comprimidos revestidos por película. **Composição:** 24 comprimidos rosa claros (cada um: 3 mg de drospirenona e 0,020 mg de etinilestradiol - em complexo de β-ciclodextrina, lactose 46 mg) + 4 comprimidos placebo (lactose 50 mg). **Forma farmacéutica:** Comprimido revestido por película. **Indicações terapêuticas:** Contraceção oral. Posologia e modo de administração: Via de administração oral. Tomar todos os dias à mesma hora, se necessário com um pouco de líquido, pela ordem indicada no blister. **Toma de comprimidos:** contínua, durante 28 dias consecutivos. **Contra-indicações:** Trombose, AVC, Presença de factores de risco de trombose arterial, Predisposição para trombose, Pancreatite ou antecedente associado a hipertrigliceridemia grave, Doença hepática grave desde que os valores da função hepática não tenham regressado ao normal, Insuficiência renal, Presença/antecedentes de tumores hepáticos, Malignidades influenciadas por esteróides sexuais, Hemorragia vaginal não diagnosticada, Antecedentes de enxaqueca com sintomas neurológicos focais, Hipersensibilidade. **Advertências:** Patologias circulatórias (a utilização de qualquer COC acarreta um risco acrescido de TEV comparado com a não utilização. O risco adicional de TEV é maior durante o 1º ano em que uma mulher utiliza um COC. Estudos epidemiológicos mostraram que o risco de TEV para COs contendo drospirenona é maior do que o de COs contendo levonorgestrel e poderá ser similar ao risco para COs contendo desogestrel/gestodeno), Tumores, Exame/consulta médica (Antes de se iniciar ou de se reinstaurar o uso de Yaz, deverá ser feita a história clínica completa e excluir a hipótese de gravidez. Deve ser medida a pressão arterial e ser feito o exame físico da mulher. As mulheres devem ser informadas de que os contraceptivos orais não protegem de doenças sexualmente transmissíveis), Eficácia reduzida (a eficácia dos COCs pode diminuir com o esquecimento dos comprimidos, perturbações gastrointestinais ou medicação concomitante), Redução do Controlo do Ciclo (com todos os COCs podem ocorrer hemorragias irregulares, especialmente durante os 1os meses de utilização. Portanto, a avaliação de qualquer hemorragia irregular só terá significado após um período de adaptação de cerca de 3 ciclos). **Interacções:** podem ocorrer com fenitoína, barbitúricos, primidona, carbamazepina, rifampicina, bosentano e medicação para o VIH (por ex. ritonavir, nevirapina) e possivelmente também oxcarbazepina, topiramato, felbamato, griseofulvina e erva de São João. As falhas contraceptivas também foram relatadas com antibióticos, tais como penicilinas e tetraciclina. Em mulheres sob tratamento prolongado com substâncias activas indutoras de enzimas hepáticas, recomenda-se outro método de contraceção fiável, não hormonal. Concentrações plasmáticas e nos tecidos poderão aumentar (ex. ciclosporina) ou diminuir (ex. lamotrigina). **Efeitos indesejáveis:** Instabilidade emocional, Dor de cabeça, Náuseas, Dor mamária, Metrorragia (irregularidades menstruais geralmente diminuem durante tratamento continuado), Amenorreia. Depressão, Diminuição da libido, Nervosismo, Sonolência; Tonturas, Parestesia; Enxaqueca, Veia varicosa, Hipertensão; Dor abdominal, Vômitos, Dispepsia, Flatulência, Gastrite, Diarreia, Acne, Prurido, Erupção cutânea; Dor nas costas/extremidades, Câibras; Candidíase/Secura vaginal, Dor pélvica, Intumescência mamária, Mama fibrocística, Hemorragia uterina/vaginal, Corrimento genital, Afrotamentos, Vaginite, Perturbação menstrual, Dismenorreia, Hipomenorreia, Menorragia, Esfregaço Papanicolaou suspeito; Astenia, Sudoresse aumentada, Edema; Aumento de peso. Data da revisão do texto: 06/2011. Medicamento Sujeito a Receita Médica. Não Comparticipado. Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado. BAYER PORTUGAL S.A., Rua Quinta do Pinheiro, nº5 2794-003 CARNAXIDE, NIF 500 043 256 **Bibliografia:** 1 Klipping C et al, Suppression of Ovarian Activity with a Drospirenone-Containing Oral Contraceptive in a 24/4 Regimen, Contraception, volume 78: number 1: July 2008. 2 Bachmann G et al, Efficacy and Safety of a Low-Dose 24-Day Combined Oral Contraceptive Containing 20 µg Ethinylestradiol and 3 mg Drospirenone. Contraception, volume 70: number 3: september 2004.

ÍNDICE

ACTUAÇÃO PERANTE MULHER VÍTIMA DE AGRESSÃO SEXUAL	11
<i>Rui Carvalho, Samuel Ribeiro</i>	
ANALGESIA DO TRABALHO DE PARTO	13
<i>Filipa Lança</i>	
CERCLAGE.....	17
<i>Nuno Clode</i>	
CESARIANA.....	21
<i>Sónia Barata</i>	
CETOACIDOSE DIABÉTICA NA GRÁVIDA	29
<i>Joana Pauleta</i>	
CHOQUE ANAFILÁTICO.....	33
<i>Teresa Costa</i>	
COLESTASE GRAVÍDICA	37
<i>Susana Santo</i>	
CÓLICA RENAL NA GRAVIDEZ.....	41
<i>Filipa Passos</i>	
CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA	43
<i>Joaquim Neves</i>	
CORTICOSTEROIDES NA INDUÇÃO DA MATUREÇÃO PULMONAR FETAL.....	45
<i>Nuno Clode, Luis Graça</i>	
DISTÓCIA DE OMBROS(DO)	47
<i>Nuno Clode</i>	
DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)	51
<i>Sónia Barata, Teresa Costa, Filipa Osório</i>	
DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	55
<i>Teresa Costa, Sónia Barata</i>	
EMBOLIA DE LIQUIDO AMNIÓTICO (ELA).....	65
<i>Sónia Barata</i>	
FEBRE MATERNA INTRA-PARTO.....	69
<i>Nuno Clode</i>	

ÍNDICE

GRAVIDEZ ECTÓPICA (GE).....	73	PARTO VAGINAL APÓS CESARIANA (PVAC) ANTERIOR	171
<i>Teresa Costa, Sónia Barata, Maria Afonso, Filipa Osório</i>		<i>Luis Graça</i>	
HEMORRAGIA PÓS-PARTO.....	83	PRÉ-ECLÂMPSIA/ECLÂMPSIA/S. HELLP	175
<i>Cláudia Araújo, Luisa Pinto</i>		<i>Nuno Clode</i>	
HEMORRAGIAS DO 2º E 3º TRIMESTRES.....	95	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS GINECOLÓGICOS.....	189
<i>Ana Maria Coelho, Nuno Clode</i>		<i>Inês Reis, Filipa Osório</i>	
HIPÓXIA FETAL AGUDA.....	103	PROFILAXIA DA ENDOCARDITE BACTERIANA	195
<i>Nuno Clode</i>		<i>Catarina Castro</i>	
INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO.....	107	PROFILAXIA DA INFECÇÃO A STREPTOCOCCUS β -HEMOLÍTICO DO GRUPO B (SGB)	197
<i>Susana Santo</i>		<i>Maria Afonso</i>	
INFECÇÃO URINÁRIA NA GRAVIDEZ.....	113	PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DE VIH	199
<i>Filipa Passos</i>		<i>Luísa Pinto</i>	
INTERRUPÇÃO MÉDICA DA GRAVIDEZ.....	117	PROFILAXIA DO TROMBOEMBOLISMO VENOSO	203
<i>Nuno Clode</i>		<i>Joana Pauleta</i>	
MASTITES.....	125	CUIDADOS BÁSICOS NO PUERPÉRIO.....	209
<i>Alexandra Henriques</i>		<i>Catarina Castro, Ana Mónica Centeno</i>	
NÁUSEAS E VÓMITOS NA GRAVIDEZ.....	129	REPARAÇÃO DE LESÕES TRAUMÁTICAS DO CANAL DE PARTO	215
<i>Alexandra Henriques</i>		<i>Susana Santo</i>	
ACTUAÇÃO INTRA-PARTO NA GRÁVIDA OBESA.....	133	ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM).....	221
<i>Cláudia Araújo</i>		<i>Susana Santo</i>	
PARAGEM CARDIO-RESPIRATÓRIA (PC-R) NA SALA DE PARTOS.....	135	SÍNDROME DE HIPERESTIMULAÇÃO OVÁRICA	225
<i>Filipa Lança</i>		<i>Cátia Rodrigues, Ana Paula Costa</i>	
PARTO NA GRAVIDEZ MÚLTIPLA.....	139	SINFISIOTOMIA.....	229
<i>Nuno Clode</i>		<i>Nuno Clode</i>	
PARTO INSTRUMENTAL.....	147	SULFATO DE MAGNÉSIO COMO NEUROPROTECTOR FETAL	231
<i>Nuno Clode</i>		<i>Nuno Clode</i>	
PARTO PÉLVICO AJUDADO.....	155	VAGINITES.....	233
<i>Nuno Clode</i>		<i>Teresa Costa, Sónia Barata</i>	
PARTO PRÉ-TERMO (PPT).....	161	VERSÃO FETAL POR MANOBRAS EXTERNAS (VE)	237
<i>Rui Carvalho</i>		<i>Nuno Clode</i>	

ABREVIATURAS



ACO	Anticonceptivos Orais
aPTT	Tempo de Tromboplastina Parcial activado
ATB	Antibioterapia
BA	Bolsa de Águas
Bpm	Batimentos por minuto
CE	Concentrado de Eritrócitos
CID	Coagulação Intravascular Disseminada
CMMF	Consulta de Medicina Materno Fetal
CTG	Cardiotocografia
DIP	Doença Inflamatória Pélvica
DIU	Dispositivo Intra-Uterino
DO	Distócia de Ombros
DPPNI	Descolamento de Placenta Normalmente Inserida
Dx	Dextrose
ELA	Embolia de Líquido Amniótico
EV	Endovenoso
EVA	Escala Visual Analógica
FCF	Frequência Cardíaca Fetal
FR	Frequência Respiratória
FSP	Fundo de Saco vaginal Posterior
GE	Gravidez Ectópica
Hb	Hemoglobina
HBPM	Heparina de Baixo Peso Molecular
HELLP	Hemolysis Elevated Liver Enzymes and Low Platelets
HIG	Hipertensão arterial Induzida pela Gravidez
HTA	Hipertensão Arterial
IB	Índice de Bishop
IFP	Incompatibilidade Feto-Pélvica
ILA	Índice de Líquido Amniótico
IM	Intramuscular
IMC	Índice de Massa Corporal
IMG	Interrupção Médica da Gravidez
INR	International Normalized Ratio
IOT	Entubação Orotraqueal
KCL	Cloreto de Potássio
KOH	Hidróxido de Potássio
LA	Líquido Amniótico

LR	Lactato de Ringer
LTB	Laqueação Tubária Bilateral
Min	Minutos
MTX	Metotrexato
NST	Non Stress Test
OE	Orifício Externo (do colo do útero)
OI	Orifício Interno (do colo do útero)
OIA	Ocípito Iliaca Anterior
OIP	Ocípito Iliaca Posterior
PA	Pressão Arterial
PAM	Pressão Arterial Média
PCR	Proteína C Reactiva
PC-R	Paragem Cardio-Respiratória
PMN	Polimorfonucleares
PO	Per os
PPT	Parto Pré-Termo
PVAC	Parto Vaginal Após Cesariana
RABA	Rotura Artificial de Membranas
RCF	Restrição de Crescimento Fetal
RCR	Reanimação Cardio Respiratória
REBA	Rotura Espontânea de Membranas
RPM-PT	Rotura Prematura de Membranas Pré-Termo
SAAF	Síndrome Anticorpos Antofosfolípidos
SAV	Suporte Avançado de Vida
SC	Subcutâneo
SDR	Síndrome de Dificuldade Respiratória
SDRA	Síndrome de Dificuldade Respiratória do Adulto
SF	Soro Fisiológico
SIU	Sistema Intra-Uterino
SL	Sublingual
TEV	Tromboembolismo Venoso
TP	Trabalho de Parto
TSA	Teste de Sensibilidade aos Antibióticos
TVP	Trombose Venosa Profunda
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
VHS	Vírus Herpes Simplex
VIH	Vírus Imunodeficiência Humana



ACTUAÇÃO PERANTE MULHER VÍTIMA DE AGRESSÃO SEXUAL

Por agressão sexual entende-se qualquer acto sexual realizado por uma ou mais pessoas sobre outra sem o seu consentimento. A agressão sexual inclui penetração oral, vaginal ou anal pelo pénis do agressor ou através do uso de objectos.

PROCEDIMENTOS:

1. Proceder ao diagnóstico e tratamento imediatos de lesões traumáticas que dele necessitem
2. Contactar o Instituto de Medicina Legal e conferenciar com colega médico-legista (21 8811800; após as 17.00 horas – 91 7288312)
3. A observação da vítima e recolha de provas só **deverá ser realizada pelo médico-legista de urgência. Nunca proceder a exame ginecológico** com excepção do referido no ponto 1
4. **Exames laboratoriais**
 - a. Hemograma
 - b. ALT
 - c. Creatinina
 - d. Teste de gravidez
 - e. Serologias para hepatite B, hepatite C, sífilis e VIH
 - f. Realizar colheitas para exsudado vaginal (pesquisa de Trichomonas vaginalis, Neisseria gonorrhoeae e Chlamydia trachomatis) **somente após colheita de provas médico-legais**. Realizar colheita eventual de produto oral ou anal para pesquisa de Neisseria gonorrhoeae e Chlamydia trachomatis.
5. Se o teste de gravidez for negativo, proceder à **contraceção de emergência (ver protocolo de contraceção de emergência)**
6. Na inexistência de calendário vacinal actualizado deverá ser promovida a **profilaxia do tétano**, segundo o seguinte esquema:



Imunização anti-tetânica anterior	Toxóide Tetânico	Imunoglobulina Anti-Tetânica
< 3 doses ou desconhecido	Sim	Sim (excepto no caso de se tratar de feridas limpas há <6h ou ferimentos ligeiros)
≥3 doses	Apenas se última dose há +5 anos (+10 anos, no caso de se tratar uma ferida limpa há <6h ou ferimentos ligeiros)	Não

Adaptado de: Benenson, A.S. Control of communicable diseases manual. Washington DC, American Public Health Association, 2008

7. Profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis:

- Ceftriaxone 250 mg IM em dose única (ou Espectinomicina 2 g IM se alergia à penicilina) + Metronidazol 2 g PO em dose única + Azitromicina 1g PO em dose única (ou Doxiciclina 100 mg PO 12h/12h durante 7 dias)
- Em grávidas ou em alérgicas às tetraciclina: Amoxicilina 3 g PO em dose única + Probenecid 1 g PO em dose única + Eritromicina 500 mg 12h/12h PO durante 7 dias
- Proceder à profilaxia do VIH (se a violação tiver ocorrido há menos de 72 horas) e hepatite B (se a violação tiver ocorrido há menos de 7 dias em utente não-imunizada). Contactar o colega infectologista para orientação terapêutica.

8. Encaminhar a vítima para as seguintes consultas externas:

- Psiquiatria (stress pós-traumático)
- Profilaxia pós-exposição a doenças infecciosas (infecciologia)
- Ginecologia para vigilância. A primeira consulta deverá ocorrer num prazo de 2 semanas sendo avaliada possível gravidez, doenças sexualmente transmissíveis e estado emocional. A segunda consulta deve ocorrer no 6º mês após evento para avaliação de doenças sexualmente transmissíveis.

Bibliografia:

- Richey M, Ramin K, Ramin S. Sexual assault, in *Advances in Obstetrics and Gynecology*, J Rock, volume 2, Mosby, Chigago, 1995
- Lu M, Lu J, Halfin V. Domestic violence and sexual assault, in *Current Obstetrics and Gynecology, Diagnosis and Treatment*, (10th ed.), DeCherney A, Mc Graw Hill, New York 2007
- Clinical Management of Rape Survivors, WHO – Reproductive health and research, Geneva 2004
- Beckmann C, Ling F, Smith R et al. Sexual assault and domestic violence, in *Obstetrics and Gynecology* (5th ed), C. Beckman (ed), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2006
- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. MMWR Recomm Rep. 2010;59:90-95.

ANALGESIA DO TRABALHO DE PARTO

A analgesia do trabalho de parto (TP) tem como objectivo o bloqueio ou a minimização da dor durante o TP, sem no entanto retardar a sua evolução e garantindo a máxima segurança da mãe e do feto. A dor/stress da grávida provoca uma série de reacções em cadeia, que em determinadas situações (trabalho de parto prolongado, diminuição das reservas do feto) pode levar à ocorrência de acidose metabólica fetal.

A analgesia do TP, seja sistémica seja do neuroeixo, deve ser iniciada assim que a grávida o solicitar.

REQUISITOS PARA ANALGESIA NEURO-AXIAL

Avaliação clínica:

- Anamnese (antecedentes anestésicos, obstétricos e patologia associada)
- Exame clínico (via aérea, auscultação cardiopulmonar, avaliação da coluna dorso-lombar, exame neurológico sumário)
- Avaliação laboratorial intra-parto:
 - a. na grávida saudável e seguida em consulta, não são necessárias avaliações adicionais às realizadas durante o 3º trimestre da gravidez
 - b. na Doença Hipertensiva da gravidez, presença de coagulopatia e antecipação de perdas hemorrágicas significativas (incluindo cesariana), pedir hemograma com plaquetas, coagulação e determinação do grupo sanguíneo
- Consentimento informado assinado pela grávida

Equipamento e monitorização mínima:

- Possibilidade de avaliação de PA, FC e SatO2 maternas
- Colocação de catéter endovenoso (≥ 18G)
- Registo cardiotocográfico contínuo
- Proximidade de material de reanimação cardiorrespiratória e desfibrilhador
- Disponibilidade do bloco operatório



Indicações:

- Dor e solicitação pela grávida
- Especiais (indicação para colocação de catéter epidural precoce)
 - a. gravidez gemelar
 - b. apresentação pélvica
 - c. obesidade mórbida
 - d. pré-eclâmpsia
 - e. patologia cardiopulmonar moderada a grave
 - f. baixo limiar de dor
 - g. parto anterior demorado

Contraindicações:

- Recusa pela grávida
- Hemorragia materna activa
- Sépsis
- Infecção cutânea no local de inserção do cateter
- Coagulopatia hereditária ou adquirida
- Trombocitopénia (plaquetas $\leq 80 \times 10^9 /L$)

PROTOCOLO DE ACTUAÇÃO ANALGÉSICA NA SALA DE PARTOS

1. Durante a indução (sem TP) ou fase latente inicial:

Petidina:

- 50 mg/100 cc soro fisiológico EV a correr em 20min (associar 10 mg metoclopramida) - início de acção em cerca de 10min, com duração de 2 a 3 horas

2. Fase latente:

- Técnica sequencial com administração intra-tecal de sufentanil (7,5 g)

• Manutenção da analgesia via epidural:

- Na ausência de evolução do TP: bólus de Sufentanil 10 g 4/4h

• Se evolução do TP, iniciar perfusão de:

- a) Ropivacaína 0,1% + sufentanil 0,2 g/ml, 8 a 12 ml/h, após bólus de 10 ml de Ropivacaína 0,1% + Sufentanil 10 g,

ou

- b) Levobupivacaína 0,125% + sufentanil 0,2 g/ml, 8 a 12 ml/h, após bólus de 10 ml de Levobupivacaína 0,125% + Sufentanil 10 g

3. Fase activa:

- Técnica sequencial, se avaliação da dor > 6 (0-10) e/ou dilatação ≥ 7 cm, com administração via intra-tecal de:

- a) Ropivacaína 0,2% 2,5 ml + Sufentanil 2,5 μ g num total de 3 ml

ou

- b) Levobupivacaína 0,25% 2,5 ml + Sufentanil 2,5 μ g num total de 3 ml

- Nas outras situações optar preferencialmente pela técnica epidural, com administração de:

- a) Ropivacaína 0,2% 12 ml + Sufentanil 10 μ g num total de 14 ml

ou

- b) Levobupivacaína 0,25% 10 ml + Sufentanil 10 μ g num total de 12 ml

• Manutenção da analgesia via epidural:

- Iniciar perfusão de:

- a) Ropivacaína 0,1% + Sufentanil 0,2 μ g /ml, 8 a 12 ml/h, após bólus de 10 ml de Ropivacaína 0,2% + Sufentanil 10 μ g

ou

- b) Levobupivacaína 0,1% + Sufentanil 0,2 μ g /ml, 8 a 12 ml/h, após bólus de 10 ml de Levobupivacaína 0,25% + Sufentanil 10 μ g

4. Período expulsivo:

- Testar a sensibilidade do períneo. Se necessário, administrar bólus epidural adicional – Ropivacaína 0,2% ou Levobupivacaína 0,25% (5 a 10 ml)
- Se parto for instrumental efectuar um bólus epidural de Ropivacaína 3,75% (6 a 8 ml)

Abordagem de eventuais efeitos adversos:

1. Hipotensão materna – Descida $\geq 20\%$ do valor da PAM

Proceder ao preenchimento vascular com bólus rápido de 500ml de LR ou SF a 0,9%.

Se persistência da hipotensão, administrar efedrina 5 a 10 mg EV em bólus.

2. Bradicárdia fetal – FCF < 110 bpm

Proceder ao preenchimento vascular como acima descrito

Administração de O₂ à parturiente a 10L/min

3. Náuseas/Vómitos

Administrar Metoclopramida 10 mg EV

4. Prurido Intenso

Administrar Hidroxizina 25 mg IM.

Se não resolver, administrar Naloxona 0,1mg IM (cada ampola de Naloxona tem 0,4mg em 1 ml)

5. Sedação (Ramsey > 3) e/ou Bradipneia (FR < 10)

Proceder à administração de O₂ à parturiente a 10L/min

Administrar Naloxona 0,2 mg EV.

6. Retenção urinária

Proceder a algaliação.

7. Toxicidade aos anestésicos locais

Administrar Tiopental 125 mg EV (se convulsões) e iniciar SAV.

CERCLAGE

Intervenção cirúrgica realizada durante a gravidez que tem por objectivo o encerramento da porção proximal do colo do útero de forma a corrigir temporariamente uma situação de incompetência cérvico-ístmica (ICI). Pressupõe consentimento informado por parte do casal.

Consoante a situação clínica a cerclage pode ser:

- **Electiva** – decisão baseada na história pregressa de ICI. É realizada às 15-16 semanas.
- **Urgente** – decisão baseada na evidência, na gravidez actual, de um encurtamento progressivo do colo e proclividade da bolsa de águas (BA) através do canal cervical
- **Emergente** – decisão baseada na visualização de BA através do colo já dilatado ou mesmo protusão de BA

A cerclage pode ser realizada por via:

Transvaginal – McDonald e Shirodkar. A técnica de McDonald é mais simples e rápida de executar; associa-se a menor hemorragia; é possível desde que o colo seja anatomicamente identificável e estruturalmente íntegro.

Transabdominal – Cérvico-ístmica

Complicações de cerclage (ocorrem complicações graves em $< 2\%$)

1. Intra-operatórias – rotura membranas (mais frequente se houver prolapso de BA), hemorragia (mais frequente com a técnica de Shirodkar)
2. Infecção – na maior parte dos casos trata-se da emergência de uma corioamniotite já presente antes da realização da cerclage – importância da selecção de casos!
3. Rotura de membranas diferida – muitas vezes associada a corioamniotite não diagnosticada. Tratar como rotura de membranas pré-termo (Ver em ROTURA DE MEMBRANAS PRÉ-TERMO). Retirar cerclage só se houver evidência de contractilidade ou critérios clínicos de corioamniotite
4. Desgarro da sutura
5. Estenose cervical



Contraindicações para a realização de cerclage

1. Contractilidade uterina regular
2. Corioamnionite
3. Gestação \geq 26 semanas
4. Rotura de bolsa de águas
5. Protusão franca de BA (em ampulheta) com escasso líquido amniótico rodeando o feto

Nota: em caso de dilatação cervical e protusão de BA será prudente haver um compasso de espera de 24/48h com a grávida em repouso, tocólise se necessário e antibioterapia (clindamicina e azitromicina – ver abaixo) antes de proceder à cirurgia

Procedimentos prévios à cerclage

1. Confirmação da viabilidade fetal e ausência de malformações
2. Abstinência sexual na semana anterior – cerclage electiva
3. Tratamento de infeções cervicais e vaginais –realizar colheita para exsudado vaginal previamente à cirurgia
4. Excluir corioamnionite oculta – importante quando há dilatação do colo e protusão da BA. Proceder a amniocentese e não realizar cerclage se, no líquido amniótico, a concentração de glucose for \leq 14mg/dl ou LDH $>$ 400IU
5. Administração de antibióticos
Clindamicina 900mg 8/8h EV (profilaxia de infeção a gram-negativos)
e
Azitromicina 500mg EV/d (profilaxia de infeção a Chlamydia/Ureaplasma)
6. Tocólise – Indometacina 100mg rectal 2h antes da cirurgia

Técnica de cerclage

Aspectos gerais

- A cirurgia pode ser realizada com analgesia epidural ou sob anestesia geral.

- A doente deve ser posicionada em litotomia dorsal e em declive de Trendelenburg se necessário
- Será desejável dispor de 2 ajudantes, porque o êxito na colocação dos pontos depende da correcta exposição do colo
- Utilização de fita de Mersilene de 5mm. Previamente passar o fio de sutura por vaselina líquida esterilizada de forma a facilitar o deslizamento

Redução de BA – O posicionamento em declive de Trendelenburg e a tracção do colo com as pinças de Allis podem ser suficientes para reduzir a proclividade da BA. Se a dilatação cervical for inferior a 2cm, para melhor facilidade e segurança na colocação dos pontos, pode empurrar-se a BA para dentro do canal cervical utilizando uma sonda de Foley (nº 16) a que se cortou a ponta e que é insuflada dentro do canal cervical (30ml). Após a colocação da sutura e antes de apertar o nó o balão é desinsuflado e a algália retirada. Em caso de maior dilatação do colo e protusão de BA, é possível empurrar a BA com Spongostan®

Técnica de McDonald

1. Desinfectar adequadamente os genitais externos e períneo. Desinfecção da vagina e colo com iodo-povidona (Betadine®) após analgesia/anestesia.
2. Expôr adequadamente o colo com valvas rectas compridas
3. Pinçar lábio anterior e posterior com pinças de Allis
4. Traccionar o colo para baixo e para fora até ver prega de reflexão cérvico-vaginal
5. Introduzir a agulha às 12h, 5mm abaixo da prega de reflexão e fazê-la sair às 9h. O ponto deve ser suficientemente profundo para incluir o máximo possível de tecido cervical, mas nunca deverá atingir o canal cervical.
6. Utilizando as pinças de Allis para expor o colo (bordo direito, face posterior e bordo esquerdo) e rodando as valvas vaginais dar-se-ão pontos às 9h-6h, 6h-3h, 3h-12h. O ponto deverá sair o mais próximo possível da prega cervico-vaginal
7. Retiram-se as pinças de Allis. Traccionando as extremidades da fita, através de ecografia confirma-se se cerclage está bem posicionada (em imagem longitudinal do colo, o centro da linha imaginária que une os pontos de cerclage deverá estar a 20mm do orifício externo do colo)
8. Procede-se ao encerramento da sutura com 3 nós travados e atados firmemente.
9. Cortam-se as extremidades da fita deixando cerca de 5cm livres na vagina para facilitar a posterior remoção da cerclage

Técnica de Shirodkar

1. Após desinfecção adequada, exposição do colo com valvas rectas comprimidas e pinçar dos lábios do colo, efectua-se uma incisão transversal com cerca de 2cm na mucosa cervical anterior e na mucosa cervical posterior, junto à prega de reflexão cérvico-vaginal
2. Através de dissecação digital ou com tesoura romba, empurra-se anteriormente a bexiga expondo a superfície anterior do colo e, atrás, o recto expondo a superfície posterior do colo.
3. Com pinças de Allis curvas pinça-se o bordo lateral direito do colo entre as duas superfícies desnudadas,
4. Introduz-se a agulha às 12h fazendo-a sair às 7h. O ponto deve ser suficientemente profundo para incluir o máximo possível de tecido cervical, mas nunca deverá atingir o canal cervical.
5. Pinça-se o bordo esquerdo do colo e procede-se como no passo anterior fazendo a agulha entrar às 6h e sair á 1h.
6. Retiram-se as pinças de Allis. Confirma-se a correcção do procedimento da cerclage como na técnica de McDonald.
7. Suturam-se as incisões da mucosa com Vicryl® 00
8. Procede-se ao encerramento da sutura com 3 nós travados e atados firmemente.
9. Cortam-se as extremidades da fita deixando cerca de 5cm livres na vagina para facilitar a remoção da cerclage

Procedimentos no pós-operatório

1. Repouso absoluto no leito por 48h.
2. Restrição da actividade física por 1 semana e promover diminuição da actividade diária até às 35 semanas de gestação
3. Tocólise por 24h com indometacina 100mg rectal 12/12h

Remoção da cerclage

1. De forma electiva às 37 semanas
2. Em caso de contractilidade regular mantida

Bibliografia

- Graça LM. Cerclage do colo do útero. In Medicina Materno-Fetal (4ªed). Graça LM (ed). Lidel, 2010 Lisboa

- Nazir MA. Cervical Insufficiency. In Operative Obstetrics (2nd ed). O' Grady JP, Gimovsky ML (ed). Cambridge University Press 2008

CESARIANA

Parto realizado por laparotomia.

CUIDADOS PRÉ-CIRURGICOS

Anestesia

- As grávidas que vão ser submetidas a cesariana programada devem realizar uma consulta de anestesia.
- A escolha entre anestesia geral ou loco-regional depende:
 - a. da urgência da cesariana
 - b. do estado clínico materno
 - c. da preferência do médico
 - d. da preferência da grávida

Avaliação laboratorial

- hemograma
- determinação do grupo sanguíneo e reservar sangue (concentrado de eritrócitos) se: alterações da placentação, eclâmpsia, síndrome HELLP, hematócrito pré-cirurgia < 25%, anestesia geral, história de ≥ 3 cesarianas.

Profilaxia antibiótica

- dose única, administrada antes da incisão cutânea
 - cefoxitina (2g EV)
- Se alergia à penicilina
 - metronidazol 500mg EV ou clindamicina 600mg + gentamicina (1,5mg/kg)

- se a grávida está medicada com um antibiótico antes da cesariana, não necessita de dose profiláctica
- se a antibioterapia prévia foi administrada por suspeita de corioamnionite, deve ser associada a clindamicina e manter até 24h de apirécia - Ver em FEBRE INTRA-PARTO



Profilaxia de tromboembolismo (TE) – Ver em PROFILAXIA DOTROMBOEMBOLISMO VENOSO

Apresentação fetal e localização da placenta – Devem ser confirmados por ecografia antes da cirurgia.

Algaliação – Todas as grávidas devem ser algaliadas imediatamente antes do procedimento.

Tricotomia – Não é obrigatória mas há estudos que mostram que a tricotomia na zona da incisão diminui o risco de infecção da ferida operatória, sobretudo se for realizada imediatamente antes da cirurgia

Desinfecção da parede abdominal – Deve ser sempre realizada de preferência com solução de clorexidina ou, em alternativa, com soluções iodadas. Não é necessária a desinfecção vaginal

Posicionamento da grávida – Em decúbito dorsal, com uma rotação esquerda de 10 a 15°.

TÉCNICA DE CESARIANA

1. Incisão cutânea – é preferível uma incisão transversa

- transversa de Joel-Cohen – 3 cm abaixo da linha imaginária que une as espinhas ilíacas antero-superiores
- transversa de Pfannenstiel – arciforme 2-3 cm acima da sínfise púbica, com 10-12 cm

A incisão vertical mediana está indicada apenas se houver uma cicatriz mediana prévia.

Nota: Na cesariana realizada muito longe do termo, a incisão cutânea transversa não deve ser menor se tratar de um feto mais pequeno. Deve haver sempre espaço suficiente para que o parto seja o mais atraumático possível.

2. Abertura do tecido celular subcutâneo – deve ser realizada de forma digital.

3. Abertura da aponevrose – pequena incisão da aponevrose na linha média, com extensão lateral arciforme digital ou com tesoura.

4. Descolamento digital da aponevrose dos músculos rectos e respectivo afastamento.

5. Abertura do peritoneu parietal – deve ser feita de forma digital e o mais acima possível.

6. Abertura do peritoneu visceral – feita acima da prega de reflexão da bexiga. O rebatimento da bexiga é obrigatório nas cesarianas electivas, sem trabalho de parto.

7. Histerotomia

- Realização de botoeira mediana feita com o bisturi
- incisão segmentar transversa arciforme no segmento inferior, digital (preferível) ou com tesoura
- incisão segmentar vertical indicada em: grandes prematuros, situação transversa dorso-inferior, presença de grande fibromioma no segmento inferior e na cesariana seguida de histerectomia electiva

Nota: a extracção dos fetos muito longe do termo pode ser mais complicada por diversos motivos. O útero encontra-se menos distendido e o segmento inferior menos desenvolvido; o feto é mais frágil logo a força e a pressão para a sua extracção deve ser menor para evitar lesões iatrogénicas. Assim, embora a histerotomia possa ser segmentar transversa, em algumas situações pode ser alternativa uma incisão uterina vertical.

8. Extracção fetal

Feto em apresentação cefálica

- **não complicada** – o obstetra insere a mão dominante através da histerotomia, apoiando a cabeça fetal na palma da mão e eleva-a, flecte-a e orienta-a através da histerotomia; em simultâneo, o ajudante exerce pressão no fundo uterino para ajudar na extracção fetal; de seguida são extraídos os ombros através de uma tracção ligeira no pólo cefálico.
- **se cabeça se encontrar muito descida**
 - a) ajuda vaginal: um assistente insere a sua mão na vagina e empurra a apresentação para cima de forma a que o cirurgião consiga apoiar o pólo cefálico na palma da mão



b) extracção em apresentação pélvica – na impossibilidade de elevar a apresentação, seguir o dorso fetal até localizar os pés do feto que devem ser traccionados para a histerotomia e proceder então como na extracção de feto pélvico com cuidado para evitar a hiperextensão do pólo cefálico e a excessiva tracção sobre o pescoço.

• se cabeça estiver flutuante proceder a:

a) extracção com ventosa obstétrica (aplicar a ventosa sobre ponto flexão)

b) extracção com fórceps (aplicar em occipito-transversa)

c) versão interna e extracção em apresentação pélvica – identificar um (ou ambos) pé(s) do feto e traccioná-lo(s) na direcção da histerotomia guiando em simultâneo externamente a cabeça fetal.

Feto em apresentação pélvica – Ver em PARTO PÉLVICO AJUDADO

Feto em Situação transversa

• **Se dorso-superior** – o feto pode ser extraído em apresentação pélvica (identificar um ou ambos os pés e traccioná-lo(s))

• **Se dorso-inferior** – a extracção fetal pode ser mais difícil, por o dorso fetal se interpor entre a mão do operador e os pés do feto. As alternativas são proceder a uma histerotomia vertical ou realizar versão abdominal, seja para apresentação cefálica ou seja para apresentação pélvica.

9. Dequitação – preferencialmente deve ser feita por tracção do cordão e expressão uterina. Caso haja dificuldade, o descolamento da placenta deverá ser manual

10. Histerorrafia – pode ser realizada intra- abdominal ou extra-abdominal (exteriorização do útero) e com 2 suturas (sutura reabsorvível nº1). A realização de uma sutura é aceitável apenas se a grávida não prevê nova gravidez.

Nota: para extracção do útero, identifica-se o fundo uterino que é traccionado em direcção à incisão de laparotomia, se necessário rodando ligeiramente o útero. Para re-introduzir o útero na cavidade deve fazer-se pressão suave no fundo uterino em direcção à cavidade (se necessário com ligeiros movimentos de rotação) e elevando ligeiramente a parede abdominal.

11. Encerramento peritoneal – não encerrar o peritoneu visceral; o encerramento do peritoneu parietal parece associar-se a menor incidência de aderências

12. Encerramento da aponevrose com sutura contínua, com fio reabsorvível nº1.

13. Encerramento do tecido celular sub-cutâneo – sempre, se a espessura da parede for > 2 cm e deve utilizar-se sutura 00 ou 000

14. Encerramento cutâneo – sutura intra-dérmica, agrafes ou pontos separados.

CUIDADOS PÓS-CIRURGICOS (Ver em CUIDADOS BÁSICOS NO PUERPÉRIO)

COMPLICAÇÕES PÓS-CESARIANA (não anestésicas)

1. Infecção

ENDOMETRITE PÓS-PARTO

Clínica – febre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) e dor à palpação do útero; lóquios fétidos, calafrios, dor abdominal nos quadrantes inferiores.

Laboratório – valor limitado. Leucocitose com neutrofilia, elevação da PCR. Hemoculturas podem ajudar no ajuste da terapêutica antibiótica iniciada empiricamente.

Tratamento

• administração de antibióticos de largo espectro EV:
clindamicina (900mg 8/8h) + gentamicina (1,5mg/Kg 8/8h ou 4,5mg/kg/d)

• manter a terapêutica antibiótica até à melhoria clínica e por 24 a 48h de apiréxia. Caso se demonstre a existência de bacteriemia deve ser mantida terapêutica antibiótica por 7 dias



Evolução – Deve observar-se uma melhoria clínica em 48–72h de terapêutica; caso contrário:

- pode tratar-se de resistência à antibioterapia empírica;
- os níveis de gentamicina podem ser sub-terapêuticos
- devem considerar-se outras etiologias para o síndrome febril;
- pode ter ocorrido retenção de produtos de concepção o que deve ser confirmado através de avaliação ecográfica. A sua existência implica a realização de curetagem uterina e, se a puérpera estiver sob antibioterapia, deve ser administrada uma dose imediatamente antes do procedimento e adicionar ampicilina ou vancomicina (se alergia penicilina)

INFECÇÃO DA FERIDA OPERATÓRIA

Clínica – febre com eritema, edema duro, calor e dor localizados no local da ferida operatória. Eventualmente pode ocorrer a drenagem espontânea de pús e a separação dos bordos. Pode estar associada a leucocitose.

Associa-se muitas vezes a endometrite.

Agentes: *S. aureus*, streptococcos aeróbios e bacilos gram-negativos aeróbios e anaeróbios.

Tratamento – as feridas infectadas devem ser abertas, drenadas, exploradas, irrigadas e desbridadas. Se houver evidência ou suspeita de afecção da fascia, a drenagem deve ser feita no bloco operatório. Sempre que possível deve proceder-se a cultura do exsudado purulento devido à possibilidade de isolamento de *S. aureus* metililino-resistente e para a orientação da antibioterapia definitiva

- **Irrigação** – com uma seringa irrigar a ferida com soro fisiológico, com pressão suficiente para remover o tecido sem vitalidade, exsudado e coágulos.
- **Desbridamento** – o desbridamento mecânico é feito com pinça e bisturi ou tesoura. Todos os corpos estranhos e tecido desvitalizado devem ser removidos. O desbridamento deve ser feito até se identificar tecido de granulação.
- **Antibióticos** – as infecções superficiais que forem abertas não necessitam de terapêutica antibiótica estando esta indicada apenas se houver celulite.
 - Flucoxacilina 1g EV 6/6h ou Vancomicina 1g EV 12/12h (se alergia à penicilina)
 - A antibioterapia definitiva é orientada pelo exame cultural do pús da ferida.
- **Penso** –feito frequentemente, tendo em conta a evolução da ferida.
- **Encerramento secundário** – as feridas infectadas e que abram, cicatrizam por segunda intenção. Em alguns casos a re-sutura pode ser mais segura e eficaz.

A puérpera pode ser tratada em regime de ambulatório desde que os sinais de infecção aguda tenham desaparecido

TROMBOFLEBITE SÉPTICA PÉLVICA

Tipos: tromboflebite da veia ovárica (TVO) e tromboflebite séptica pélvica profunda (TSPP)

Clínica

- TVO* – febre e dor abdominal localizada do lado da veia afectada com início 1 semana após a cirurgia.
- TSPP* – quadro de febre 3 a 5 dias após a cirurgia e que persiste mesmo com terapêutica antibiótica. Ausência de evidência radiológica de trombose.

* na maioria dos casos, sobretudo na TSPP, é um diagnóstico de exclusão. Não existem testes diagnósticos definitivos.

Tratamento – antibioterapia e anticoagulação

- Antibioterapia empírica
 - a) ampicilina-sulbactam 3g 6/6h ou piperacilina-tazobactam 4,5g 8/8h ou clavunato de ticarcilina 3,1g 4/4h ou cefalosporina de 3ª geração (ex. ceftriaxone 1g/dia) + metronidazol 500mg 8/8h

Se intolerância aos beta-lactâmicos

imipenem 500mg 6/6h ou meropenem 1g 8/8h ou ertapenem 1g/dia

• Anticoagulação:

- a) heparina não fraccionada (bolus inicial de 5000U) seguida de infusão de 16 a 18U/Kg de forma a obter 1,5 a 2x aPTT base
- ou
- b) heparina de baixo peso molecular (ex. enoxaparina 1mg/Kg 12/12h)

Na ausência de trombose documentada ou de estado de hipercoagulabilidade, descontinuar a anticoagulação após resolução do quadro febril por mais de 48h.

Se foi documentada radiologicamente trombose venosa, manter anticoagulação por 2 semanas, com heparina de baixo peso molecular.

Se se estiver perante um embolo séptico ou trombose pélvica extensa, manter anticoagulação com



heparina ou varfarina por 6 semanas e *follow-up* imagiológico.

Se estiverem presentes factores de risco pró-trombóticos, a anticoagulação deve ser mantida por mais tempo, sob controlo de especialista em Hematologia.

2. Hemorragia

- Atonia uterina – ver em HEMORRAGIA PÓS PARTO
- Acretismo placentário – ver em HEMORRAGIAS DO 2º E 3º TRIMESTRE DA GRAVIDEZ
- Lesão uterina extensa (para a vagina ou para o ligamento largo)
- Extensão da incisão uterina para os vasos uterinos

3. Problemas urinários ou intestinais

Complicações raras, mas são importantes o seu diagnóstico e reparação precoces.

LESÕES DA BEXIGA (contactar sempre o especialista de Urologia)

- Reparação com uma (se lesão <2cm) ou duas suturas (submucosa e muscular), com fio reabsorvível (vicryl ou monocryl 000). Testar no final da reparação, enchendo a bexiga com azul de metileno.
- Algiação durante 4 a 7 dias se lesão pequena (<2cm); 14 dias se lesão grande
- Lesões da parede posterior podem envolver os ureteres e, nesse caso devem ser colocados stents ureterais
- Administrar antibioterapia profiláctica EV por 24h com
Gentamicina 4,5mg/kg em toma única + clindamicina 900mg 8/8h

4. Tromboembolismo venoso

5. Deiscência da sutura – é preferível re-suturar do que deixar cicatrizar por segunda intenção.

Bibliografia

- Walsh C. Evidence-based cesarean technique. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2010; 22:110-5.
- Hofmeyr J, Novikova N, Mathai M, et al. Techniques for cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 201:431-44.
- Berghella V. Cesarean delivery: technique. www.uptodate.com Acedido em Dezembro 2010
- Berghella V. Cesarean delivery: pre operative issues. www.uptodate.com Acedido em Dezembro 2010
- Berghella V. Cesarean delivery: post operative issues. www.uptodate.com Acedido em Dezembro 2010
- Greenberg J. Management of difficult fetal extraction at cesarean delivery. www.uptodate.com Acedido em Dezembro 2010
- Landon MB. Cesarean Delivery. In *Obstetrics - Normal and Problem Pregnancies* (5ª ed) Gabbe S, Niebyl JR, Simpson JL (ed) Churchill Livingstone, Philadelphia 2007

CETOACIDOSE NA GRÁVIDA

DIABÉTICA

CETOACIDOSE DIABÉTICA NA GRÁVIDA

A cetoacidose diabética é uma emergência médica que exige um diagnóstico correcto e um rápido tratamento. Na gravidez a cetoacidose diabética desenvolve-se muito rapidamente e com níveis de hiperglicémia menos marcadas e, por vezes, com glicémias normais.

Factores precipitantes:

- Vômitos / desidratação
- Infecção (p.ex. doenças do tracto respiratório ou urinário)
- Stress
- Não adesão terapêutica
- Falha da bomba de insulina
- Medicação incorrecta
- Simpaticomiméticos (glicémia, ácidos gordos, corpos cetónicos)
- Corticosteróides (resistência à insulina)

Sintomas:

- Poliúria
- Polidipsia
- Náuseas
- Vômitos
- Dor abdominal
- Fraqueza
- Perda de peso
- Visão turva

Sinais:

- Hálito cetónico
- Hiperventilação (respiração de Kusmaul)
- Taquicardia
- Hipotensão
- Mucosas desidratadas
- Desorientação
- Coma



Avaliação laboratorial:

- Hiperglicémia (em casos raros – normoglicémia)
- Acidémia (pH<7.3)
- bicarbonato (< 15 mEq/L)
- Cetonémia
- Cetonúria
- anion gap (≥ 15)
- osmolaridade (>320 mOsm/L)

Cálculo:

$$\text{Anion gap} = [\text{Na}] - ([\text{Cl}] + [\text{HCO}_3])$$

$$\text{Osmolaridade} = 2 ([\text{Na}] + [\text{K}]) + ([\text{glucose}]/18)$$

CTG:

- Desacelerações tardias
- Traçado não reactivo

Nota: Um traçado não reactivo, nesta situação, não é indicação para interrupção imediata da gravidez. A cesariana de emergência pode agravar a cetoacidose diabética. Após correcção da hiperglicémia e reversão da cetoacidose geralmente observa-se melhoria dos traçados, pelo que a estabilização materna é obrigatória.

TRATAMENTO

1. Correcção da volémia

Solução salina (NaCl) isotónica (0,9%)

- 1-2 litros na primeira hora
- 500 - 1000 mL/h durante 2 – 4 horas
- 250 mL/h nas horas seguintes (total de 4 - 6 L nas primeiras 12 h)

Nota: Cálculo do défice de volume: 100mL/Kg de perda de peso.
75% do deficit de volume deve ser corrigido nas primeiras 24h

Continuar hidratação durante 24-48 h até correcção total do défice
Adicionar dextrose 5%, quando glicémia ≤ 250 mg/dl
Se Na+ > 150 mEq/L, mudar para solução salina (NaCl) hipotónica (0,45%)

2. Administração de insulina

Bolus inicial de 0,2 - 0,4 U/Kg de insulina Actrapid seguido de infusão de 6-10 U/h
Duplicar infusão se não houver resposta uma hora após o tratamento
Diminuir infusão para 1-2 U/h quando a glicémia ≤ 250 mg/dl
Continuar a infusão durante 12-24 h após a resolução da cetose

3. Correcção dos electrólitos

Potássio

- Se < 3,0 mEq /L – infusão a 30-40 mEq/h
- Se > 5,5 mEq /L – esperar que os valores normalizem e em seguida adicionar solução intravenosa com concentração de 20 - 30 mEq/L
- Manter o potássio a 4,5 – 5,0 mEq /L

Bicarbonato

Se pH < 7,1 ou HCO₃ < 5mEq/L - adicionar 1 ampola (44mEq) de bicarbonato de sódio a 1 L de solução salina a 0,45%. Repetir se necessário.

4. Outras

- Avaliação da gasimetria, da glicémia, dos corpos cetónicos e dos electrólitos a intervalos de 1 a 2 horas
- Vigilância de débito urinário
- Decúbito lateral esquerdo
- Determinar necessidade de transferência para a UCI

Bibliografia

- Pregestational diabetes mellitus. ACOG Practice Bulletin No.60 (reaffirmed 2007). Obstet Gynecol 2005;105:675–85.
- Kamalakannan, D et al. Diabetic ketoacidosis in pregnancy. Postgrad Med J; 2003;79:454-7



CHOQUE ANAFILÁCTICO

Definição: Reacção de hipersensibilidade sistémica potencialmente fatal.

Manifestações:

- Início súbito em segundos a minutos após a administração de um antigénio específico.
- Reacção bifásica (8-72h) em 1-20% dos casos – situação clínica em que há recorrência dos sintomas após aparente resolução do quadro, sem exposição adicional ao alérgeno.
- Sintomas cutâneos (prurido, rubor, urticária, angioedema, edema perioral e periorbitário)
- Dificuldade respiratória por obstrução das vias aéreas (alta – edema da laringe; baixa – broncospasm)
- Sintomas cardiovasculares (taquicardia, hipotensão, síncope, arritmias, choque cardiovascular)
- Sintomas gastrointestinais (náusea, vômito, diarreia)

Diagnóstico diferencial:

- Reacção vasovagal
- Perturbação psiquiátrica
- Disfunção do miocárdio
- Tromboembolismo pulmonar
- Perturbações sistémicas dos mastócitos
- Aspiração de corpo estranho
- Envenenamento agudo
- Hipoglicémia
- Convulsões (epilepsia, eclâmpsia)
- Asma
- Angioedema hereditário

Abordagem

RECONHECIMENTO PRECOCE (contactar equipa de anestesiologia) e remoção do alérgeno



INTERVENÇÃO IMEDIATA:

1. Permeabilização de vias aéreas, respiração, circulação e estado de consciência

- Posicionamento da grávida em decúbito dorsal ou lateral esquerdo, e elevação dos membros inferiores
- Assistência ventilatória – máscara (Ambu + tubo de Guedel), ou entubação endotraqueal
- O₂ 100%, 10–15l/min
- Acesso venoso
 - a) Cristalóides
Soro fisiológico; 5–10 ml/Kg nos 1^{os} 5 minutos
 - b) Sol. Coloidais
Infusão rápida de 500ml seguido de infusão lenta (se hipotensão persistir)
- Monitorização (Pressão arterial, ECG, oximetria)

2. Adrenalina (não há contra-indicações absolutas na anafilaxia)

Diluição 1:1000 (1mg=1ml)

- Situações menos críticas ou situações graves quando o acesso intravenoso não é possível
IM (coxa, face antero-lateral) – 0,3–0,5ml (5 em 5 min.)
- Situações muito graves (efectuar apenas por clínicos com prática na utilização destes fármacos)
Diluir 1ml em 10 ml de SF, perfusão lenta de 2–10 g/min. (e de acordo com a pressão arterial).

Nota: Pelo risco de arritmias graves, a adrenalina deve ser administrada EV apenas em situações de paragem cardíaca ou de hipotensão refractária .

3. Anti-histamínicos – para melhoria dos sintomas cutâneos

- Difendramina EV 25–50mg, lento; e
- Ranitidina EV 50mg diluído em 20ml de dextrose 5%, 5–5 minutos

4. Glicocorticoides (SEMPRE – para prevenção de reacção bifásica)

- Metilprednisolona EV – 1mg/Kg (dose inicial) seguida de 1mg/Kg cada 8h **ou**
- Hidrocortisona EV, 5–10mg/Kg (dose inicial) seguida de 2,5mg/Kg cada 6h **ou**
- Prednisona PO, 0,5mg/Kg/d nos episódios menos críticos

4. Se broncoespasmo – agonistas inalados

- Albuterol 2,5 a 5mg em 5ml de SF, inalado; ou
- Salbutamol inalado, 5mg; ou
- Brometo de ipratrópio inalado, 500 g (nos pacientes sob -bloqueantes).

5. Se Paragem cardio-respiratória – Ver em PARAGEM CARDIO-RESPIRATÓRIA

A doente deve permanecer em observação, monitorizada, em unidade especializada, entre 24–72h.

Bibliografia

- Joint task force on Practice parameters; AAAAI, ACAAI, JCAAI; The diagnosis and management of anaphylaxis: An update practice parameter, *J Allergy Clin Immunol.* 2005 Mar; 115(3 Suppl 2):S483–523
- European Resuscitation Council Guidelines for resuscitation 2005. Section 7. Cardiac arrest in special circumstances. *Resuscitation.* 2005; 67(5):S135–S170.
- UpToDate; Anaphylaxis: Rapid recognition and treatment, Acedido em Sept 2010.



COLESTASE GRAVÍDICA

A colestase intrahepática da gravidez (CIG) é uma entidade caracterizada pelo aparecimento de prurido generalizado, na ausência de exantema cutâneo, ocorrendo quase exclusivamente no terceiro trimestre da gravidez.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é por vezes difícil, sendo geralmente estabelecido com base em dados da ANAMNESE, CLÍNICOS e BIOQUÍMICOS. O diagnóstico definitivo baseia-se na normalização do prurido e das alterações hepáticas após o parto.

1. Sintomatologia

- prurido (generalizado, mais intenso nas regiões palmar e plantar e de agravamento vespertino)

2. Provas de lesão/ função hepática

- AST e ALT > 40U/L
- Ácidos biliares totais > 10 mol/L (dosear após jejum de 12h)
- Prolongamento do tempo de protrombina (por má absorção da vitamina K)

3. Exclusão de outras entidades que podem desencadear sintomatologia semelhante:

- hepatite viral (VHA, VHB, VHC, Epstein-Barr, citomegalovírus)
- patologia das vias biliares
- colestase induzida por drogas
- patologia do foro dermatológico.

4. Regressão do quadro clínico após o parto



5. Recorrência do prurido/ icterícia em gravidez subsequente.

Nota: Há autores que estabelecem o diagnóstico apenas com base em critérios clínicos desde que devidamente excluídas todas as causas de prurido anteriormente referidas.

VIGILÂNCIA OBSTÉTRICA

Regime de Ambulatório

< 36 semanas de gestação

- Vigilância com periodicidade semanal
- Avaliação analítica semanal (AST, ALT, GT, bilirrubina total e directa, ácidos biliares, TP e aPTT)
- Contagem dos movimentos fetais
- NST semanal a partir das 32 semanas de gestação
- Ecografia mensal para avaliação do crescimento fetal e avaliação semanal do índice de líquido amniótico e fluxometria fetal
- Terapêutica (iniciar só após doseamento de ácidos biliares)
 - a) ácido ursodesoxicólico (AUDC) – 15mg/kg/dia PO, repartido em 2 tomas (12/12h), juntamente com as refeições (formulação oral de 500 mg)
 - b) hidroxizina 50-100 mg PO 12/12h em SOS
 - c) vitamina K (fitomanadiona – Kanakion® 10mg em bolus EV lento) se houver alterações das provas de coagulação ou evidência clínica de esteatorreia
 - d) aplicação de anti-pruriginosos tópicos se necessário – Caladryl®, Benaderma®, Diprobace®

Regime de Internamento

≥ 36 semanas ou grávida sintomática (prurido intenso, subicterícia) ou agravamento das alterações analíticas (ácidos biliares ≥ 40 mol/L, alteração das provas coagulação)

- Avaliação analítica bi-semanal (AST, ALT, GT, bilirrubina total e directa, ácidos biliares, TP e aPTT)
- NST 2x/d
- Ecografia para avaliação do crescimento fetal e avaliação semanal do índice de líquido amniótico e fluxometria fetal.
- Terapêutica (vide regime ambulatório)

VIA DO PARTO

O parto deverá ser programado para a 37ª semana de gestação. A interrupção de gestação em idades gestacionais mais precoces justifica-se se a maturidade pulmonar estiver assegurada ou se a gravidade do quadro clínico assim o exigir. A via de parto é determinada por critérios obstétricos.

PUERPÉRIO

A monitorização analítica deve manter-se no puerpério até à normalização dos diversos parâmetros laboratoriais.

Por vezes, as transaminases podem-se manter elevadas nos primeiros 10 dias, pelo que a reavaliação deve ser posterior a esta data.

BIBLIOGRAFIA

- Berghella V. Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy. In Maternal-Fetal Evidence Based Guidelines. Berghella V (ed) Informa Healthcare 2007
- Machado MH, Fazenda E. Patologia gastroenterológica. In Medicina Materno Fetal (4ªed). Graça LM (ed) Lidel Lisboa 2010
- Williamson C, Mackillop L. Disease of the Liver, Biliary System and Pancreas. In Creasy & Resnik Maternal-Fetal Medicine – Principles and Practice (6th ed). Creasy R, Resnik R, Iams J, Lockwood CJ, Moore T (ed) Saunders Elsevier 2009



CÓLICA RENAL NA GRAVIDEZ

A cólica renal é uma situação rara na gravidez (incidência de 0,03 – 0,35% ; 1/2000 gestações) porque a dilatação ureteral fisiológica permite a expulsão dos cálculos em 75 a 85% dos casos. A gravidez não aumenta o risco de nefrolitíase.

Factores mecânicos e hormonais induzem estase urinária na gravidez, com alterações visíveis (e mais acentuadas à direita) a partir das 6 semanas que regredem entre 6 a 12 semanas após o parto. Não há um diâmetro ureteral que distinga a dilatação ureteral obstrutiva da fisiológica, pelo que esta distinção só pode ser feita quando é visualizada a causa da obstrução ou na presença de clínica sugestiva.

É mais frequente no 2º e 3º trimestres. A maioria das grávidas não tem história de nefrolitíase mas podem ter antecedentes de infeções urinárias de repetição; 80% dos cálculos são de cálcio. A cólica renal não parece associar-se a desfechos obstétricos adversos mas aumenta o risco de infeção urinária.

DIAGNÓSTICO

Sintomatologia clássica:

- Dor tipo cólica no flanco +/- irradiação para a pélvis ou virilha (90% dos casos)
- Hematúria micro ou macroscópica (75-95%)

Sintomatologia atípica:

- Dor abdominal vaga, náuseas, vômitos, disúria, polaquiúria

Nota: É obrigatório pedir urocultura para excluir pielonefrite pois que cerca de metade das grávidas com cólica renal apresentam infeção urinária concomitante.



O exame de primeira linha na grávida com suspeita de litíase renal é a ecografia renal (sensibilidade de 67%) no entanto, a ecografia pélvica endovaginal é mais sensível do que a ecografia transabdominal para detectar cálculos ureterais distais.

Se a ecografia for insuficiente poderá ser realizada uma pielografia com realização de uma única radiografia abdominal 5 a 30 minutos após a administração do contraste endovenoso.

Se a ecografia e a pielografia forem inconclusivas realizar RMN.

Uma vez confirmado o diagnóstico de litíase renal pedir doseamento de cálcio e fósforo no sangue para excluir hiperparatiroidismo.

TRATAMENTO

- 2/3 resolvem com terapêutica conservadora:
 - a) hidratação endovenosa
 - b) analgesia (diclofenac 75mg EV com segunda toma se necessário ao fim de 30 minutos; ketorolac 60 mg EV; indometacina 100mg rectal; epidural).
- 1/3 só resolve com tratamento invasivo (nomeadamente se quadro de sépsis, dor severa persistente ou obstrução de rim único):
 - a) colocação de um catéter ureteral em duplo J – deve ser mudado a intervalos de 4 a 6 semanas até o parto
 - b) nefrostomia percutânea ou a remoção do cálculo por ureteroscopia.

Bibliografia

- Cunningham F, Leveno K, Bloom S et al. Renal and Urinary tract disorders. In: Williams Obstetrics (23ª ed). McGrawHill; 2005: 1033-1048.
- Williams D, Davison J. Renal Disorders. In: Creasy and Resnik's Maternal-Fetal Medicine (6ª ed). Creasy R, Resnik R, Jams J, Lockwood C, Moore T, Saunders; 2009: 905-927.
- Butler E, Cox S, Eberts E et al. Symptomatic nephrolithiasis complicating pregnancy. *Obstet Gynecol* 2000; 96:753-6.
- Colombo D, Samuels P. Renal Disease. In: Obstetrics Normal and Problem Pregnancies (5ª ed). Gabbe S, Niebyl J, Simpson J. Churchill Livingstone; 2007: 964-975.
- Graça L. Nefropatias e gravidez. In: Medicina Materno Fetal. (3ªed) Graça L. Lidel 2005:553-558.
- Guberman C, Greenspoon J, Goodwin T. Renal/Urinary Tract, Gastrointestinal & Dermatologic Disorders in Pregnancy. In: Current Diagnosis & Treatment: Obstetrics & Gynecology (10ª ed). DeCherney A, Nathan L, Goodwin T, Laufer N. McGrawHill; 2007: 374-385.
- Modena A. Renal Disease. In: Maternal-Fetal Evidence Based Guidelines (1ª ed). Berghella V. Informa; 2007:103-112.

CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

A contracepção de emergência:

- É equacionada sempre que ocorrer uma relação sexual (RS) não protegida numa altura fértil do ciclo menstrual
- Consiste na administração num curto espaço de tempo após RS, de uma dose hormonal elevada com o principal objectivo de inibir uma eventual ovulação. Também parece haver um efeito local no endométrio e consequente prevenção da implantação.
- É mais eficaz nas primeiras 12 horas após as RS potencialmente fecundante, podendo a eficácia (apesar de diminuída) ser alargada às primeiras 72 horas.

Medicamentos que podem ser utilizados:

- Levonorgestrel – **Norlevo 1,5®**, **Postinor®** – 1 cp (toma única)

Pode originar sensação de fadiga generalizada, tensão mamária, cefaleias, mialgias, náuseas ou mesmo vômitos. Esta sintomatologia pode ser minimizada com a administração prévia dum anti-emético – metoclopramida (Primperan®). As perdas menstruais deverão surgir na altura em que a utente espera a próxima menstruação; caso tal não aconteça 3 a 4 semanas após a contracepção de emergência, deve ser realizado um teste de gravidez. Esporadicamente pode ocorrer menstruação irregular.

- Acetato de Ulipristal – **ellaOne®** – 1 cp (toma única – 30mg)

O acetato de ulipristal é um modulador dos receptores da progesterona e actua como inibidor ou retardador da ovulação, mesmo após a libertação hipofisária da hormona luteinizante. Esta formulação mostra eficácia na prevenção da gravidez mesmo 72 horas após a ocorrência das RS não protegidas,

mantendo a eficácia nas primeiras 120 horas (5 dias). A medicação pode originar sensação de fadiga generalizada, dor abdominal, dismenorria, cefaleias e náuseas. As perdas menstruais deverão surgir na altura ou no prazo de 1 semana após a data em que a utente espera a próxima menstruação; caso tal não aconteça 3 a 4 semanas após a contracepção de emergência, deve ser realizado um teste de gravidez. Não foram detectados casos de irregularidades menstruais tal como estão descritos na contracepção com o levonorgestrel.

Bibliografia

- Westhoff C. Emergency contraception N Engl J Med 2003;349:1830-5
- Speroff L, Darney PD, Special uses of oral contraception in A Clinical Guide for Contraception (5ª ed). Speroff L, Darney PD(ed), Lippincott Williams & Wilkins, Filadélfia, 2011
- Fine P, Mathé H, Ginde S, et al. Ulipristal acetate taking 48-120 hours after intercourse for emergency contraception Obstet Gynecol 2010; 115: 257-63

CORTICOSTERÓIDES NA INDUÇÃO DA MATURAÇÃO PULMONAR FETAL

1. A administração de betametasona ou dexametasona IM, pelo menos 24 horas antes de se dar um parto pré-termo, evita ou reduz a incidência e a gravidade do síndrome de dificuldade respiratória (SDR) e da hemorragia intraventricular do recém-nascido (RN).
2. A dose recomendada é
Betametasona - duas doses de 12mg IM com 24h de intervalo
Ou
Dexametasona – quatro doses de 6mg IM com 6h de intervalo
3. Deve proceder-se à administração de corticosteróides sempre que seja previsível o parto pré-termo (espontâneo ou iatrogénico) entre a 24sem^{+0d} e a 34sem^{+0d}.
4. A eficácia máxima da indução maturativa observa-se 24h após a última administração dos corticosteróides. No entanto, existe benefício para o feto mesmo quando o parto ocorre antes de completado o protocolo, pelo que é sempre vantajoso efectuar pelo menos uma administração, excepto quando o parto esteja iminente.
5. Não há contra-indicações para a administração de corticosteróides.
6. Não está recomendada a repetição sistemática da administração de corticosteróides. No entanto, se o protocolo de indução maturativa tiver sido efectuado antes das 26sem^{+0d} e, após as 30sem^{+0d}, se estiver em situação de parto pré-termo previsível a curto prazo, recomenda-se a repetição integral do protocolo de administração de corticosteróides referido acima (*rescue treatment*).

CORTICOSTEROIDES NA INDUÇÃO DA MATURAÇÃO PULMONAR FETAL

ASPECTOS PARTICULARES

1. Na grávida medicada cronicamente com corticosteróides orais, caso haja necessidade de indução da maturidade pulmonar fetal, deve ser prescrita betametasona ou dexametasona, pois apenas estas são eficazes para este objectivo.
2. Caso a deterioração da situação fetal ou materna assim o determinem (por exemplo: corioamnionite, pré-eclâmpsia grave, S.HELLP) não está indicado protelar o parto para dar tempo ao efeito máximo dos corticosteróides
3. Na gravidez múltipla, apesar dos níveis circulantes dos corticosteróides serem cerca de 20% inferiores aos observados na gestação de feto único, não existe consenso sobre a necessidade de aumentar as doses dos fármacos. Assim, neste momento, excepto por razões investigacionais, deve optar-se por administrar as doses recomendadas na gravidez de feto único.
4. Na grávida diabética (gestacional ou pré-gestacional) a administração de corticosteróides causará um aumento da resistência à insulina, pelo que se deverá proceder à monitorização mais frequente da glicémia e, eventualmente, administrar insulina de acordo com protocolo previamente elaborado com o endocrinologista.

Bibliografia

- Kurtzman J, Garite T, Clark R, e col. Impact of a "rescue course" of antenatal corticosteroids (ACS): A multi-center randomized placebo controlled trial. Am J Obstet Gynecol 2009.
- Battista L, Winovitch KC, Runney PJ e col. A case-control comparison of the effectiveness of betamethasone to prevent neonatal morbidity and mortality in preterm twin and singleton pregnancies. Am J Perinatol. 2008;25;449-53.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Antenatal Corticosteroids to reduce neonatal morbidity and mortality. Green Guideline nº 7. 2010
- Mercer BM. Assessment and Induction of Fetal Pulmonary Maturity. In Creasy & Resnik's Maternal – Fetal Medicine. Principles and Practice (6ªed). Creasy RK, Resnik R, Iams JD, Lockwood CJ, Moore TR (ed) Saunders Elsevier, Philadelphia 2009.
- ACOG Committee Opinion. Antenatal Corticosteroids Therapy for Fetal Maturation. Committee Opinion 475. Obstet Gynecol 2011;117:422-24

DISTÓCIA DE OMBROS (DO)

Emergência tocológica imprevisível e com elevado risco fetal. Ocorre ou por bloqueio do ombro anterior do feto na sínfise púbica materna ou (menos frequente) por bloqueio do ombro posterior no promontório.

GRUPOS DE MAIOR RISCO (antecipar a possibilidade de DO!)

- Suspeita de macrosomia fetal
- Grávida diabética
- Grávida obesa
- Múltipara
- Gravidez pós-termo
- RN anterior macrossómico
- Parto anterior com DO (recorrência 7 vezes superior à da generalidade das grávidas)
- Período expulsivo prolongado numa parturiente de um dos grupos acima referidos e em que há necessidade de realização de parto instrumental

DIAGNÓSTICO

1. Sinal da tartaruga – Retracção da cabeça do feto imediatamente após a sua expulsão
2. Dificuldade na extração do ombro anterior com tracção inferior do pólo cefálico

ATITUDES

1. Chamar por ajuda diferenciada, anestesista (necessária analgesia eficaz) e neonatologista
2. Impedir que a parturiente continue com os esforços expulsivos
3. Realizar ampla episiotomia
4. Manobra McRoberts (Fig.1) – Hiperflexão das coxas da parturiente (2 ajudantes) e tracção do pólo cefálico com ligeira rotação para tentar colocar o diâmetro biacromial num dos diâmetros oblíquos da bacia materna

DISTÓCIA DE OMBROS (DO)

5. Pressão supra-púbica (Fig. 2) – A realizar em simultâneo com manobra de Mc Roberts (3º ajudante)

Manobras internas – devem ser realizadas pelo obstetra mais experiente. Pode ser necessário relaxamento uterino para conseguir introduzir a mão do obstetra dentro da cavidade de forma a conseguir rodar os ombros e extrair o membro superior. Nesse caso administrar Salbutamol EV (1 ampola de 5mg em 100ml de SF a 300ml/h durante 5 minutos)

6. Manobra de Wood (“manobra do saca-rolhas”) com modificação de Rubin (Fig. 3) – introdução de dois dedos do operador no canal de parto até atingir a face posterior do ombro mais acessível, que deve ser rodado na direcção da parede anterior do tórax fetal. Simultaneamente, o ajudante fará pressão supra-púbica no mesmo sentido (se estiver a ser rodado o ombro anterior) ou no sentido contrário (ombro posterior). Se for o ombro anterior, rodá-lo 45º; se for o posterior, tentar rodar 180º (tentar primeiro o ombro posterior). Uma vez conseguido que o diâmetro biacromial esteja colocado num dos diâmetros oblíquos da bacia materna, tenta a tracção inferior da cabeça fetal

7. Extração de membro posterior (Fig. 4) – Caso as manobras anteriores não resolvam a situação, tentar-se-á extrair o membro superior do feto que esteja em posição posterior. Introduzir a mão do operador ao longo do membro posterior até atingir o cotovelo. Procede-se à flexão do cotovelo e, agarrando firmemente o antebraço obriga-se o membro a passar à frente do tórax fetal. A manobra pressupõe que se proceda à extensão da episiotomia ou a episiotomia bilateral.

Manobras de excepção – devem ser realizadas no bloco operatório e sob anestesia geral.

8. Manobra de Zavanelli – Reposição da cabeça fetal no canal de parto de forma a ser possível realizar uma cesariana. A cabeça do feto é rodada para occipito-anterior ou occipito-posterior, flectida e empurrada para o canal de parto. Pressupõem relaxamento uterino muito vezes só conseguido com anestésicos halogenados.

9. Sinfisiotomia (intervenção excepcional) – Ver em SINFISIOTOMIA

Nota: Nunca traccionar excessivamente o pólo cefálico

Nunca fazer pressão no fundo uterino

Nos processos clínicos classificar DO em 4 graus consoante as manobras necessárias à sua resolução:

I – Resolveu-se com McRoberts e pressão supra púbica

II – Resolveu-se com manobra de Wood

III – Resolveu-se através da extração do ombro posterior

IV – Resolveu-se com manobras excepcionais



Fig. 1 - Manobra McRoberts. A hiperflexão é realizada por assistentes ou, excepcionalmente, pela grávida

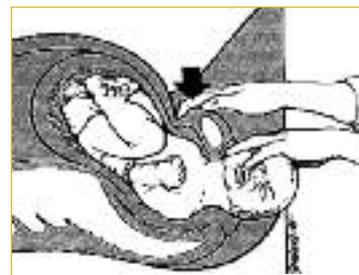


Fig. 2 - Pressão supra-púbica. Produz adução dos ombros o que diminui o bi-acromial

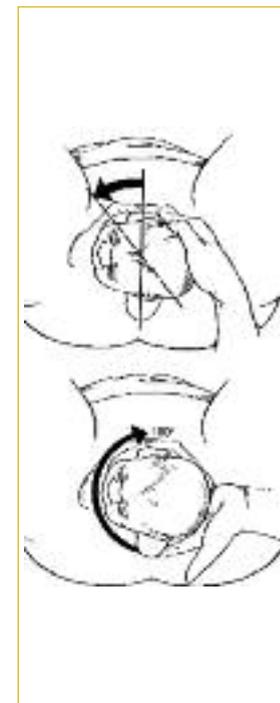


Fig. 3 - Manobra Wood. Rotação de 0 bi-acromial de antero-posterior para oblíquo

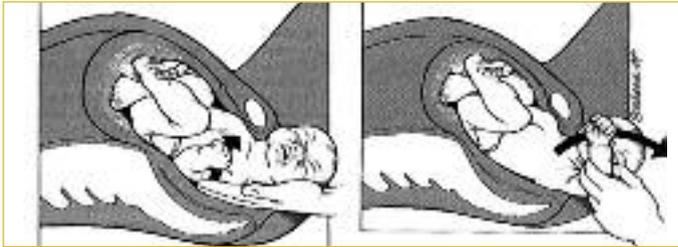


Fig. 4 - Extração de membro posterior

Bibliografia

- Graça LM. Distócia ombros. Medicina Materno Fetal (4ª ed) Graça LM (ed) Lidel. Lisboa 2010
- Lanni SM, Seeds JW. Malpresentations. In Obstetrics. Normal and Problem Pregnancies (5ª ed) Gabbe S, Niebyl JR, Simpson JL (ed) Churchill Livingstone, Philadelphia 2007
- COG Practice Bulletin 40: Shoulder Dystocia. (reaffirmed 2008) Obstet Gynecol 2002; 100:1045
- Baskett TF. Shoulder Dystocia. Best Prac Res Clin Obstet Gynecol 2002;16:57
- Noocon JL. Shoulder Dystocia. In Operative Obstetrics 2nd ed. O'Grady JP, Gimovsky ML (ed) Cambridge University Press 2008
- Ayres de Campos, D. Distócia de Ombros. In Emergências Obstétricas. Ayres de Campos D, Santos Silva I, Costa F. (ed) Lisboa, Lidel 2011

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)

Inflamação provocada por infecção do trato genital superior, que pode incluir endométrio, trompas de Falópio, ovários, miométrio, paramétrios e peritонеu pélvico.

Agentes

- *Neisseria gonorrhoea*
- *Chlamydia trachomatis*
- Agentes da flora vaginal (anaeróbios e aeróbios)

Factores de risco

- História prévia de DIP
- Múltiplos parceiros (> 2 em 30 dias) ou parceiro recente (há <30 dias)
- Adolescência
- Doença sexualmente transmissível (gonorreia, clamídia)
- Uso de DIU (> risco na altura da inserção e nas primeiras 3 semanas)

Crítérios para diagnóstico clínico de DIP

- Dor abdominal nos quadrantes inferiores
- Exclusão de outras causas de dor abdominal
- Mulheres sexualmente activas ou com factores de risco
- **E pelo menos** um Critério mínimo:
 - Dor à mobilização do colo uterino
 - Dor à palpação do útero
 - Dor à palpação das áreas anexiais

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)

• Critérios adicionais:

- Temperatura axilar $\geq 38,3^{\circ}\text{C}$
- Corrimento vaginal e/ou cervical patológico (mucopurulento)
- Leucócitos presentes na microscopia das secreções vaginais
- Exsudado endocervical – Exame microbiológico (evidência de infecção por *Neisseria gonorrhoea* ou *Chlamydia trachomatis*)
- PCR aumentada, VS aumentada
- Biópsia endometrial: evidência histopatológica de endometrite
- Ecografia transvaginal / RMN: abscesso tubo-ovárico; trompas de Falópio espessadas ou com líquido, presença ou ausência de líquido livre na cavidade pélvica; estudos Doppler sugestivos de infecção pélvica (ex: hiperemia tubária)
- Evidência laparoscópica

Nota: Todas as mulheres com DIP devem ser rastreadas para infecção a *Neisseria gonorrhoea*, a *Chlamydia tr.* e VIH.

Critérios para Hospitalização

- Doença clinicamente grave (náuseas, vômitos, febre alta e dor abdominal intensa)
- Possibilidade de tratamento cirúrgico não excluída (apendicite, gravidez ectópica)
- Suspeita de abscesso pélvico
- Intolerância (náuseas ou vômitos) ou suspeita de não cumprimento da medicação em ambulatório
- Ineficácia do tratamento em ambulatório (antibioterapia > 72h)
- Gravidez
- HIV+

TRATAMENTO

Em ambulatório (CDC Guidelines 2010)

- Ceftriaxone 250mg, IM (dose única) + Doxiciclina 100mg 2x dia PO (14 dias) com ou sem metronidazole*

ou

- Cefoxitina 2g IM (dose única) + Probenecid 1g PO (dose única) +

+ Doxiciclina 100mg 2x dia PO (14 dias) com ou sem metronidazol*

ou

- Qualquer outra cefalosporina de 3ª geração EV (p.ex. ceftizoxime 1g, EV em dose única ou cefotaxime, 1g, EV em dose única) + Doxiciclina 100mg 2x dia PO (14 dias) com ou sem metronidazol*

* O metronidazol (500mg PO 2x/d – 14d) deve ser associado quando existe risco aumentado de infecção por organismos anaeróbios (infecção suspeita ou confirmada por tricomonas ou *Gardnerella vaginalis*, ou instrumentação uterina nas últimas 2-3 semanas)

NOTA: Os regimes que incluem quinolonas deixaram de ser recomendados. No entanto, se as cefalosporinas parentéricas não estiverem disponíveis, podem-se prescrever as fluorquinolonas (levofloxacina 500mg PO 1x/dia, 14d ou ofloxacina 400mg PO 2x/dia, 14d), com ou sem metronidazol (500mg PO 2x/dia, 14d), nas populações com baixa prevalência de infecção pela gonorreia.

HOSPITALAR (CDC GUIDELINES 2010)

Regime A

Cefotetan 2g EV 12/12h ou Cefoxitina 2g EV 6/6h + Doxiciclina 100mg PO 12/12h

- Até 24h depois de melhoria clínica
- Após alta mantém Doxiciclina 100mg PO 2x dia (14 dias)

NOTA: Se abscesso tubo-ovárico deve-se associar a clindamicina ou metronidazol à doxiciclina oral, após a alta.

Regime B

Clindamicina 900mg EV 8/8h + Gentamicina EV/IM 2mg/Kg iniciais, seguido por dose de manutenção (1,5mg/Kg) 8/8h ou dose única diária (3-5mg/kg) EV/IM

- Até 24h depois de melhoria clínica
- Após alta mantém Doxiciclina 100mg PO 2x dia (14 dias) ou Clindamicina 450mg 4x dia PO (14 dias)

NOTA: Se houver abscesso tubo-ovárico optar por clindamicina oral, após a alta.

Regime alternativo

Ampicilina e sulbactam 3g EV 6/6h + Doxiciclina 100mg PO 12/12h

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)



FOLLOW-UP

- Deve ocorrer uma melhoria do quadro clínico ao fim de 72h.
- Se tal não acontecer deve-se proceder ao internamento (caso a doente se encontre em ambulatório), reavaliação da situação clínica e eventual cirurgia.
- Testar VIH
- Testar para infecção por gonorreia, 4-6 semanas após o fim da terapêutica, nas mulheres com estas infeções documentadas.

Tratamento do parceiro

- Devem ser examinados e tratados os parceiros que tiveram contacto sexual com a doente nos 60 dias precedentes ao início dos sintomas ou, se a doente não referir actividade sexual nos últimos 60 dias, tratar o último parceiro
- Ceftriaxone 125mg IM (dose única) + Doxicilina 100mg 2x dia PO (10 dias)

Cirurgia – quando não há resolução após terapêutica médica.

- Laparotomia/ laparoscopia: drenagem de abscessos pélvicos e lise de aderências
- Aspiração eco-guiada de abscessos pélvicos

Gravidez

- Internar e tratamento parentérico – regime B.

Bibliografia:

- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2010. MMWR 2010; 59.
- Wiesenfeld H. Treatment of pelvic inflammatory disease. www.uptodate.com. Acedido em Dezembro 2010.
- Beigi RH. Gonorrhoea and Chlamydia. In Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology - a systematic approach to management. ACOG 2009, Washington.

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

I - DOENÇAS ULCERATIVAS GENITAIS

HERPES SIMPLEX (HSV-2 é o mais frequente, mas HSV-1 também pode ser o agente patogénico)

Clínica

1. Infecção primária – clínica variável
 - Grave: úlceras genitais dolorosas, disúria, febre, adenopatias inguinais dolorosas, cefaleias.
 - Moderada, Sub-clínica ou Assintomática
2. Infecção não primária – menor sintomatologia sistémica e menos alterações locais.
3. Infecção recorrente, permanente – sintomatologia semelhante às anteriores, mas de menor gravidade.
4. Doença Grave - infecção disseminada, pneumonite, hepatite, meningite, encefalite

Diagnóstico diferencial

- Sífilis
- Cancróide
- Toxidermia
- Doença de Behçet

NOTA: todos os casos de suspeita clínica de infecção herpética devem ser confirmados por testes virais ou serológicos.

Tratamento

- 1º Episódio
 - aciclovir 400mg PO 3x/dia, 7-10 d ou
 - aciclovir 200mg PO 5x/dia, 7-10 d ou
 - valaciclovir 1g PO 2x/dia, 7-10 d

NOTA: se não foi conseguida a resolução após 7-10 dias de tratamento, poder-se-á prolongar terapêutica



• Episódios recorrentes

- Terapêutica episódica: aciclovir 400mg PO 3x/dia, 5 d **ou**
aciclovir 800mg PO 2x/dia, 5 d **ou**
aciclovir 800mg PO 3x/dia, 2 d **ou**
valaciclovir 500mg PO 2x/dia, 3 d **ou**
valaciclovir 1g, oral 1x/dia, 5 d

- Terapêutica contínua supressora*: aciclovir 400mg PO 2x/dia **ou**
valaciclovir 500mg PO 1x/dia **ou**
valaciclovir 1g PO 1x/dia

* Manter pelo menos um ano.

• Doença grave ou complicada:

- aciclovir 5-10mg/Kg EV 8/8h 2-7d (ou até melhoria clínica) seguido de terapêutica PO preconizada para o episódio primário até completar 10 dias, e referenciar à Infecciologia.

• Gravidez

- 1º episódio - aciclovir 400mg PO 3x/dia, 7-10d **ou**
- valaciclovir 1g PO 1x/dia, 7-10d

- episódios recorrentes - aciclovir 400mg PO 3x/dia, 5d **ou**
- aciclovir 800mg PO 2x/dia, 5d **ou**
- valaciclovir 500mg PO 2x/dia, 3d **ou**
- valaciclovir 1g PO 1x/dia, 5d

- Doença grave - aciclovir 5-10mg/Kg EV 8/8h 2-7d seguido de terapêutica PO preconizada para o episódio primário até completar 10 dias e referenciar à Infecciologia.

- Supressão diária (grávidas com história de infecção herpética recorrente devem ser aconselhadas a fazer supressão diária)

- aciclovir 400mg PO 3x/dia desde as 36 semanas até ao parto **ou**
- valaciclovir 500mg PO 2x/dia desde as 36 semanas até ao parto

- Lesões herpéticas na grávida em trabalho de parto são indicação para cesariana

Parceiro sexual: tratar se sintomático

SÍFILIS (referenciar à Infecciologia) - *Treponema pallidum*

Clínica

• Sífilis primária

- típico: nódulo erosionado, tipicamente indolor, duro, único, localizado no local de inoculação (colo, vagina, vulva, outros locais como orofaringe) e sem exsudado
- linfadenopatia satélite, inguinal, unilateral, indolor e sem sinais inflamatórios

• Sífilis secundária

- febre e mal estar geral
- linfadenopatias generalizadas
- rash cutâneo (qualquer localização)

• Sífilis latente - sem manifestações clínicas

- Latente recente - adquirida durante o ano precedente (ou, segundo a OMS, nos dois anos anteriores)
- Latente tardia - adquirida há mais de um ano

- **Sífilis terciária:** neurosífilis; alterações da aorta; endarterite; perturbações oftalmológicas, auditivas, etc.

Tratamento

• Sífilis primária, sífilis secundária ou sífilis latente recente

- Penicilina G benzatinica 2,4 milhões UIM (dose única)
- Se alergia à Penicilina:



Doxiciclina (preferencial) 100mg 2x/dia PO 14d **ou**
Azitromicina 2g, toma única, PO.

• **Sífilis latente tardia, sífilis de duração desconhecida, sífilis terciária**

Penicilina G benzatinica 2,4milhõesU/sem durante 3 semanas

• **Neurosífilis:** referenciar à especialidade

• **Na gravidez:** referenciar à CMMF

Penicilina G benzatinica de acordo com estágio da doença

Se houver alergia à Penicilina deve ser feita dessensibilização

ÚLCERA MOLE VENÉREA (CANCROÍDE) (referenciar à dermatologia) - *Haemophilus ducreyi*

Clínica

- Lesões cutâneas: pústulas úlcera dolorosas com fundo amarelo necrótico, sangrativas ao toque (moles à palpação); localização habitual: intróito vaginal.
- Adenopatias (\pm 30% dos casos) regionais, dolorosas, inflamatórias (se supurativas são patognomónicas)

Tratamento

- Azitromicina 1g PO dose única ou
- Ceftriaxone 250mg IM dose única ou
- Ciprofloxacina 500mg, 2x/dia PO 3d, ou

Grávida:

- Ceftriaxone 250mg IM dose única ou
- Eritromicina 500mg, 4x/dia PO 7 dias

Parceiros sexuais: devem ser observados e tratados se o contacto sexual tiver ocorrido nos 10 dias anteriores ao início da doença.

LINFOGRANULOMA VENÉREO (referenciar à dermatologia) - *Chlamydia trachomatis* (serotipos L1, L2 e L3)

Clínica

- Lesão primária (vagina, colo ou vulva) pápula, ulcera ou erosão, ou pequena lesão herpetiforme, ou uretrite não especificada, que resolvem espontaneamente.
- Síndrome adenolinfático: adenopatias inflamatórias e supurativas 6 semanas depois.

Tratamento

- Doxiciclina 100mg, 2x/dia PO 3 semanas.
- Azitromicina 1g, 1x/sem, PO, 3 semanas.

Grávida: Azitromicina 1g, 1x/sem, PO, 3 semanas.

Parceiros sexuais: devem ser observados, testados para *Chlamydia* uretral e cervical, e tratados se o contacto sexual tiver ocorrido nos 60 dias anteriores ao início da doença. Mediar com Doxiciclina ou Azitromicina nas doses acima referidas por 7 dias

DONOVANOSE (GRANULOMA INGUINAL) (referenciar à dermatologia) - *Calymmatobacterium granulomatis*

Clínica

- Lesão inicial (múltiplas): pequenos nódulos ou pápulas dolorosos, Úlcera (vermelhas, indolores, friáveis). Estas lesões estão localizadas na vulva, vagina ou colo.

Tratamento

- Doxiciclina, 100mg, 2x/dia PO 3 semanas ou até cura completa de todas as lesões



II - CERVICITES

O tratamento é etiológico pelo que a doente deve ser referenciada à especialidade

GONORREIA *Neisseria gonorrhoeae*

Clínica

- Assintomática
- Corrimento vaginal e/ou endocervical mucopurulento
- Uretrite (disúria e polaquiúria), proctite e faringite
- Doença inflamatória pélvica
- Infecção disseminada – monoartrite é a regra (mas podem existir poliartralgias), tenossinovite, dermatite, sintomas constitucionais

Tratamento

- Gonorreia não complicada:
 - Ceftriaxone 250 mg IM, dose única **ou**
 - Cefixime 400mg PO dose única **ou**
 - Espectinomicina 2g IM dose única

Nota: Associar sempre tratamento concomitante para *C. trachomatis*

Se alergia à Penicilina:

- Azitromicina 2g, PO, dose única **ou**
- Espectinomicina 2g IM dose única

Grávidas

- Cefalosporinas (recomendadas na gonorreia não complicada) **ou**
- Espectinomicina 2g IM dose única

Parceiros sexuais (< 60 dias): avaliar, testar e tratar

CHLAMYDIA *Chlamydia trachomatis*

Clínica

- Assintomática
- Corrimento vaginal e/ou endocervical mucopurulento
- Uretrite (disúria e polaquiúria)
- Doença inflamatória pélvica
- Peri-hepatite (Síndrome Fitzhugh-Curtis)

Tratamento:

• Infecção não complicada

Azitromicina 1g PO dose única **ou**

Doxiciclina 100mg, 2x/dia PO 7 d

Alternativas: Eritromicina base 500mg PO 4x/dia, 7d **ou**

Eritromicina etilsuccinato 800mg PO 4x/dia, 7d **ou**

Ofloxacina 300mg PO 2x/dia, 7d **ou**

Levofloxacina 500mg PO 1x/dia, 7d

• Grávidas

Azitromicina, 1g PO dose única **ou**

Amoxicilina, 500mg, 3x/dia PO 7d

Alternativas: Eritromicina base 250mg PO 4x/dia, 14d **ou**

Eritromicina etilsuccinato 800mg PO 4x/dia, 7d **ou**

Eritromicina etilsuccinato 400mg PO 4x/dia, 14d

• Parceiros sexuais (< 60 dias): avaliar, testar e tratar



III – OUTRAS

Condyloma Acuminata *Human Papilloma Virus*

As doentes devem ser referenciadas à consulta de Colposcopia

Clínica

- Pápulas ou nódulos de superfície rugosa e irregular nos genitais externos (assintomáticas ou pruriginosas)

Molluscum Contagiosum *Família Poxvirus*

As doentes devem ser referenciadas à consulta de Dermatologia

Clínica

- Lesão cutânea – pápula de base larga (*dome shaped*) com umbilicação central que se localiza-se nas superfícies epiteliais (não atinge as mucosas). São geralmente múltiplas e de crescimento lento

Escabiose *Sarcoptes scabiei*

As doentes devem ser referenciadas à consulta de Dermatologia

Clínica

- Prurido intenso, que se agrava durante a noite
- Lesões eritematosas; pápulas ou vesículas; pode haver escoriações (lesões de coceira); a localização interdigital é típica

Tratamento

- Permetrina (creme 1%) – aplicar no corpo (excepto boca, nariz, olhos) e banho 8-14h após aplicação
- Lindano (1%): aplicar no corpo (excepto boca, nariz e olhos) e banho 8-12h após aplicação
- Na gravidez: utilizar apenas permetrina como acima referido

Nota: tratar os co-habitantes e lavar toda a roupa de casa em uso (cama e pessoal)

PEDICULOSE PÚBLICA

Clínica

- Prurido intenso na área púbica
- Irritação na área púbica
- Visualização de piolhos na região púbica

Tratamento

- Permetrina (creme 1%): aplicar nas áreas e lavar 10min após aplicação
- Lindano (champô 1%): aplicar durante 10 min e lavar.
- Na gravidez: utilizar apenas permetrina como acima referido

Nota: tratar os co-habitantes e lavar toda a roupa de casa em uso (cama e pessoal)

Bibliografia

- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2010. MMWR 2010;59.
- Beigi RH. Gonorrhoea and Chlamydia in Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology, a systematic approach to management. ACOG 2009, Washington.



EMBOLIA DE LIQUIDO AMNIÓTICO (ELA)

Síndrome grave, rara, não previsível e exclusiva da gravidez. Caracteriza-se pela presença de partículas fetais nos vasos sanguíneos pulmonares maternos.

Manifestações clínicas cardinais (durante o trabalho de parto, o parto ou no pós-parto imediato)

- Sintomas premonitórios (muito frequentes) – dispneia, ansiedade, taquicardia, palpitações, mal estar geral, sensação de pânico, dor torácica, alterações visuais, náuseas e vômitos
- Hipotensão grave com choque cardiovascular súbito
- Alterações do estado de consciência
- Discrasia hemorrágica (por coagulação intravascular disseminada)
- Em 30% dos casos ocorrem alterações cardiotocográficas fetais – bradicárdia.

Diagnóstico

É de EXCLUSÃO. O diagnóstico definitivo é obtido através do exame anatomo-patológico de tecido pulmonar post-mortem.

Diagnóstico diferencial

- | | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| - TEP (tromboembolismo pulmonar) | - aspiração de conteúdo gástrico |
| - embolia gasosa | - reacção transfusional |
| - anafilaxia | - hemorragia pós-parto |
| - complicações anestésicas | - sépsis |
| - EAM (enfarte agudo do miocárdio) | - ruptura uterina |
| - arritmia cardíaca | - DPPNI |
| - cardiopatia peri-parto | - eclâmpsia |
| - dissecção da aorta | |

EMBOLIA DE LIQUIDO AMNIÓTICO (ELA)



ATITUDE MÉDICA

Para a adequada intervenção é muito importante a SUSPEIÇÃO da ELA. O sucesso será tanto maior quanto mais precoces forem iniciadas as medidas terapêuticas.

1. CHAMAR EQUIPA DE ANESTESIA

2. Se paragem cardio-respiratória iniciar manobras de reanimação – ver PARAGEM CARDIO-RESPIRATÓRIA

3. Parto imediato: CESARIANA DE EMERGÊNCIA

4. Monitorização materna contínua (a partir do momento da suspeita diagnóstica)

- cardíaca – ECG contínuo
- pulmonar – oximetria de pulso
- estado de oxigenação – oximetria de pulso
- pressão arterial – medição continua de PA

NOTA: é recomendável a inserção de um cateter arterial central

5. Avaliação laboratorial inicial:

- hemograma completo com plaquetas
- determinação de grupo sanguíneo
- gasimetria arterial
- ionograma
- coagulação (TP, aPTT, PDF, D-Dímeros)

6. Terapêutica de SUPORTE

- Manutenção da oxigenação: administração de O₂ e se necessário ventilação assistida;
- Administração de fluidos para controlo da PA: baseada nos parâmetros circulatórios do cateter central
- Em casos de hipotensão refractária à fluidoterapia administrar vasopressores (dopamina ou norepinefrina)

- Disponibilizar derivados sanguíneos (concentrado eritrocitário, plasma fresco congelado, crioprecipitado, factor VII recombinado)

7. Transferência para uma Unidade de Cuidados Intensivos após o parto.

Bibliografia

- Conde-Agudelo A, Romero R. Amniotic fluid embolism: an evidence-based review. Am J Obstet Gynecol 2009;201:445.e1-13.



FEBRE MATERNA INTRA-PARTO

Definição – temperatura axilar materna $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (timpânica $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$)

CAUSAS

1. Corioamnionite
2. Analgesia epidural - associada, por vezes, a temperatura sub-febril ($37,5^{\circ}$ - 38°) que surge na hora a seguir à colocação do cateter, e que responde mal ao paracetamol, mas com PCR negativa.
3. Pneumonia
4. Pielonefrite
5. Infecção viral
6. Apendicite

CORIOAMNIONITE

A causa mais frequente de febre materna intra-parto.

- Surge em 1-5% dos TP em gestações de termo com RBA (>20% se pré-termo)
- Agentes mais frequentes – Estrept. β -hemol., *E. coli*
- Associada a:
 - Ruptura prolongada membranas
 - Múltiplas observações vaginais após ruptura de membranas
 - Monitorização fetal interna
 - Portadora de Estreptococo -hemolítico do Grupo B
 - Trabalho de parto prolongado
 - Infecções prévias do tracto genital inferior
 - Baixo nível sócio-económico

FEBRE MATERNA INTRA-PARTO



• Riscos associados:

- Distócia dinâmica – com menor resposta à ocitocina
- Atonia uterina
- Bacteriemia materna em 3-12%
- Se cesariana - infecção da ferida operatória em 8%
- Sépsis neonatal (<2%), SDR
- Mortalidade Neonatal 1-4% (15% se pré-termo)

Nota: As complicações maternas e neonatais não se associam com o intervalo entre o diagnóstico e o parto.

• Diagnóstico:

Febre acompanhada de pelo menos dois outros elementos:

- a) Taquicardia materna e/ou fetal
- b) Dor à palpação do útero
- c) Corrimento purulento
- d) Leucocitose com PCR+

- Hemocultura – positiva em 5-10%.

Nota: Considerar que se está perante uma corioamnionite se estão presentes: febre materna e leucocitose com PCR+ havendo rotura de membranas e na ausência de sinais de outras causas de infecção.

ATITUDES PERANTE DIAGNÓSTICO DE CORIOAMNIOTITE

1. Administração de antipiréticos - Paracetamol 1g 8/8h EV
2. Colher sangue para hemocultura – se grávida imunossuprimida ou houver risco de endocardite ou se não houver resposta à antibioterapia.
3. Aumentar infusão de fluidos
4. Corrigir distócia dinâmica
5. Antibioterapia – iniciar antibioterapia EV logo que seja feito o diagnóstico, excepto se o parto estiver iminente.

Ampicilina 2g 6/6h + Gentamicina 1,5mg/kg 8/8h ou 4,5mg/kg/d

Se houver alergia a penicilina, optar por:

Clindamicina 900mg 8/8h

Se for realizada cesariana, associar:

Clindamicina 900mg 8/8h ou Metronidazol 500mg 12/12h

- A escolha de outro antibiótico é dependente do resultado de hemocultura
- Manter antibioterapia EV até 24h de apirexia
- Não é necessário manter a puérpera com antibióticos orais depois de estar apirética

Nota: Proceder a cesariana APENAS pelas indicações obstétricas habituais.

PREVENÇÃO DA CORIOAMNIOTITE INTRA-PARTO

- Indução TP nas grávidas com RPM no termo – ver em ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS
- Terapêutica antibiótica profilática nas RPM-PT
- Seguir normas preconizadas na profilaxia da transmissão vertical do Estrept. β -hemol
- Diagnóstico e terapêutica precoce de distócia

Bibliografia

- Duff P. Maternal and Perinatal infections. In: Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies (5^{ed}) Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL (ed) Churchill Livingstone, Philadelphia 2008
- Soper DE. Chorioamnionitis (Intraamniotic Infection). In: Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology. American College of Obstetrician and Gynecologist, Washington 2009
- Intra-amniotic Infection. In: Infectious Diseases of the Female Genital Tract (5th ed). Sweet RL, Gibbs RL (ed) Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2009



GRAVIDEZ ECTÓPICA (GE)

Implantação do blastocisto fora da cavidade endometrial (1,5 a 2% das gestações)

Localização:

- Tubária (92%)
- Ovária
- Intersticial ou Cornual
- Abdominal
- Cervical
- Cicatriz de histerotomia (ex: cesariana)
- Heterotópica

GRAVIDEZ ECTÓPICA TUBÁRIA

Factores de Risco (50% sem factores de risco)

- Idade avançada (> 35 anos)
- Cirurgia pélvica/abdominal prévia
- Cirurgia tubária prévia (risco 2-7%)
- Patologia tubária
- GE prévia (15% de recorrência)
- DIU
- Laqueação tubária
- Infecção genital prévia (Gonorreia, Clamydia, DIP, tuberculose)
- Infertilidade
- Estilos de vida (tabagismo, início de vida sexual <18 anos, duchas vaginais)
- Vários parceiros sexuais ao longo da vida

GRAVIDEZ ECTÓPICA (GE)



Quadro Clínico

- Variável – desde assintomática até choque hipovolémico
- Tríade clássica (presente em 50% casos)
Atraso menstrual, Hemorragia vaginal escassa, dor abdominal
- Síncope, mau estar, dor no ombro
- Dor à mobilização uterina e/ou ao toque do FSP, massa anexial (50%), defesa abdominal e reacção peritoneal, taquicardia, hipotensão

Diagnóstico Diferencial

- Gravidez *in utero*
- Aborto espontâneo
- Neoplasia ovárica
- Endometriose, endometrite, leiomiomas
- Ruptura de quisto do ovário / hemorragia do corpo amarelo
- Torção de quisto do ovário
- DIP
- Apendicite / diverticulite
- Infecção urinária / litíase renal

Testes Laboratoriais

- Teste de gravidez (β -hCG)
 - Urinário – qualitativo (limiar de discriminação \rightarrow 25mIU/ml)
 - Sérico – quantitativo; numa gestação normal o valor aumenta pelo menos 66% em 48h, até às 6 sem
- Hemoglobina e hematócrito – vigilância seriada nas primeiras horas
- Leucócitos – normais em 50% casos, mas podem atingir os 30 000
- Progesterona
 - >25 ng/ml – gestação normal (97,5% dos casos)
 - <5 ng/ml – muito sugestivo de gestação não viável

Ecografia

- Pseudosaco (8-29%)
- Massa anexial, geralmente com anel hiperecótico à volta do saco gestacional, com ou sem embrião (com ou sem batimentos cardíacos)

Sonda supra-púbica

- Permite visualizar saco gestacional \geq 5-6sem (limiar de discriminação da β -hCG: 6500 mIU/ml);

Sonda transvaginal

- Permite visualizar saco gestacional com diâmetro $>$ 1-3mm (limiar de discriminação da β -hCG: 1500-2000 mIU/ml), numa gestação simples intra-uterina)
- Falsos negativos: 10%

Nota: Se β -hCG abaixo do valor discriminativo e ecografia inconclusiva deve-se repetir β -hCG 48h depois. Se β -hCG a diminuir e ecografia inconclusiva deve-se repetir β -hCG até obter um valor negativo. Se β -hCG a subir, quando esta atingir o limiar de discriminação deve-se realizar ecografia e decidir de acordo.

OPÇÕES TERAPÊUTICAS

Sistema de pontuação para escolha do tratamento da gravidez ectópica

- Apenas doentes com score \leq 12 são elegíveis para terapêutica médica

Pontuação	1	2	3
Semanas de amenorreia	≤ 6	7-8	> 8
β - hCG (mIU/ml)	< 1000	1000-5000	> 5000
Progesterona (ng/ml)	< 5	5-10	> 10
Dor abdominal	ausente	provocada	espontânea
Massa anexial (cm)	< 1	1-3	> 3
Hemoperitoneu (ml)	0	1-100	> 100

Adaptado de H. Fernandez, Human Reprod. 1991; 6:995-8

GRAVIDEZ ECTÓPICA (GE)

I - TRATAMENTO EXPECTANTE (taxa de sucesso 70%)

Critérios de inclusão

Paciente assintomática e

- Ausência de hemorragia significativa e/ou sinais de rotura
- Valores decrescentes de β -hCG
- β -hCG < 1000 mUI/ml e valores decrescentes de β -hCG e
- Ecografia pélvica transvaginal – sem visualização de GE ou de GE limitada à trompa.

Critérios de exclusão

- Hemodinamicamente instável
- Sinais de rotura eminente (dor abdominal severa e persistente, liquido peritoneal > 300ml)
- β -hCG > 1000mUI/ml, a aumentar, ou em planalto
- Recusa da doente, ou incapacidade de efectuar o *follow-up*
- Dificil acesso aos cuidados médicos hospitalares

Follow-up

- β -hCG 48h/48h (3 avaliações), se a decrescer passa a semanal até ser negativo.
- Se aumentar ou *plateau* – terapêutica médica ou cirúrgica.

II - TRATAMENTO MÉDICO (METOTREXATO – MTX) (taxa de sucesso 90%)

Critérios de inclusão

- Hemodinamicamente estável
- Doente capaz de cumprir o protocolo de *follow-up*
- β -hCG \leq 5000mUI/ml
- Ecografia transvaginal
- Massa tubária < 3,5cm
- Batimentos cardíacos ausentes

Nota: Também se aplica em caso de GE residual (β -hCG positiva após salpingotomia)

Critérios de exclusão

- Hemodinamicamente instável
- Sinais de rotura eminente (dor abdominal severa e persistente, liquido peritoneal > 300ml)
- Alterações laboratoriais (hematológicas, renais e hepáticas)
- Imunodeficiência, doença pulmonar activa, úlcera péptica, alcoolismo
- Hipersensibilidade ao MTX
- Gravidez intra-uterina viável
- Aleitamento materno
- Recusa da doente, ou incapacidade de efectuar o *follow-up*
- Dificil acesso aos cuidados médicos hospitalares

Contra-indicações relativas

- β -hCG > 5000mUI/ml (maior probabilidade de falência de tratamento e de necessidade de doses adicionais de MTX)
- Ecografia transvaginal
- Massa ectópica \geq 3,5cm
- Batimentos cardíacos presentes

PROTOCOLO DE GRAVIDEZ ECTÓPICA NÃO ROTA – Dose única de MTX

Avaliação inicial ^{a)}	β -hCG, hemograma com plaquetas, TGO, TGP, creatinina, grupo sanguíneo ^{d)}
Dia 1	MTX (50mg/m ² IM) – tabela de superfície corporal
Dia 4 ^{b)}	β -hCG
Dia 7 ^{c)}	β -hCG
Semanalmente	β -hCG, até normalizar

a) Se avaliação inicial sem alterações – iniciar MTX

b) Geralmente o valor de β -hCG ao 4º dia é mais elevado que no primeiro doseamento

c) Se o declínio do valor de β -hCG <15% em relação ao valor do dia 4 - administrar 2ª dose de MTX; se o declínio do valor de β -hCG \geq 15% em relação ao valor do dia 4 – realizar doseamentos de β -hCG semanais até <10mUI/ml

d) Administrar imunoglobulina anti-D se a doente for Rh negativa e marido Rh positivo ou desconhecido

GRAVIDEZ ECTÓPICA (GE)



TABELA DE SUPERFÍCIE CORPORAL

Peso/Altura	150	155	160	165	170	175	180
40	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4	1,5	1,5
45	1,4	1,4	1,4	1,5	1,5	1,5	1,6
50	1,4	1,5	1,5	1,5	1,6	1,6	1,6
55	1,5	1,5	1,6	1,6	1,6	1,7	1,7
60	1,5	1,6	1,6	1,7	1,7	1,7	1,8
65	1,6	1,6	1,7	1,7	1,7	1,8	1,8
70	1,6	1,7	1,7	1,8	1,8	1,8	1,9
75	1,7	1,7	1,8	1,8	1,9	1,9	1,9
80	1,7	1,8	1,8	1,9	1,9	2,0	2,0
85	1,8	1,8	1,9	1,9	2,0	2,0	2,0
90	1,8	1,9	1,9	2,0	2,0	2,1	2,1

III - TRATAMENTO CIRÚRGICO

Crítérios de inclusão

- Critérios de exclusão de terapêutica médica
- Desejo de contraceção definitiva
- Doença tubária conhecida e FIV planeada
- Falência de terapêutica médica
- Repetição de GE na mesma trompa

Abordagem cirúrgica

Laparoscopia

- Pacientes hemodinamicamente estáveis
- Médico experiente
- Contra-indicações relativas: hemoperitoneu > 2000ml;
- Aderências pélvicas significativas

Laparotomia

- Instabilidade hemodinâmica

Técnica cirúrgica

- Salpingotomia – técnica para remover GE de pequenas dimensões, do 1/3 distal da trompa; incisão linear longitudinal no bordo antimesentérico, por cima do saco gestacional, levando à expulsão do ovo por pressão / aspiração
- Salpingectomia – remoção da trompa afectada. Nas seguintes situações: hemorragia não controlada, GE recorrente na mesma trompa, lesão tubária grave, GE > 5cm, se trompa contra-lateral normal, gravidez heterotópica, sem desejo de futuras gestações.

CASOS PARTICULARES

GRAVIDEZ OVÁRICA (0,5-3% das GE)

Diagnóstico – critérios ecográficos:

- trompa normal
- saco gestacional no ovário
- ovário e saco gestacional conectados ao ligamento útero-ovário
- tecido trofoblástico no córtex ovário

Tratamento – opções:

- médico: MTX sistémico
- cirúrgico: ressecção parcial ou total do ovário, por laparotomia ou laparoscopia.

GRAVIDEZ CORNUAL OU INTERSTICIAL (2% das GE)

Tratamento:

- médico: MTX local ou sistémico.
- cirúrgico: ressecção em cunha com salpingectomia por laparotomia ou laparoscopia; hysterectomia

GRAVIDEZ ECTÓPICA (GE)

GRAVIDEZ CERVICAL (< 1% das GE)

Diagnóstico – critérios ecográficos

- saco gestacional ou trofoblasto intra-cervical
- cavidade endometrial normal e vazia
- canal cervical alargado, útero em forma de 8
- visualização de embrião ou feto no canal cervical
- saco gestacional abaixo do orifício interno do colo e das artérias uterinas

Diagnóstico diferencial – aborto incompleto

Tratamento (o mais eficaz para a GE cervical é desconhecido) – Opções:

- Médico: MTX sistémico, multidoso. Se embrião com actividade cardíaca proceder a injeção local de KCl.
- Cirúrgico: evacuação uterina após embolização das artérias uterinas ou laqueação do ramo descendente das artérias uterinas, e colocação de balão após evacuação; histerectomia.

GRAVIDEZ NA CICATRIZ DE HISTEROTOMIA (0,05% das GE)

Clínica – sintomas semelhantes aos da gravidez tubária (ver atrás).

Crítérios ecográficos:

- visualização ecográfica de cicatriz de histerotomia alargada por uma massa, que pode fazer proclivência no contorno anterior do útero
- ausência de gravidez intra-uterina
- trofoblasto entre a bexiga e a parede anterior do útero
- ausência de miométrio entre o saco gestacional e a bexiga, em corte sagital do útero
- evidência Doppler de perfusão da vasculatura do peritrofoblasto

Tratamento – opções:

Médico

Se β -hCG < 5000 mUI/ml
MTX sistémico 50mg/m² IM

Se β -hCG \geq 5000 mUI/ml
MTX sistémico 50mg/m² IM e MTX local (1mg/Kg intra-saco gestacional)

Follow-up

- Doseamento seriado de β -hCG (diariamente durante o internamento e semanalmente até β -hCG < 5 mUI/ml)
- Avaliação ecográfica seriada
- Resolução habitualmente entre 3-9 meses

Cirúrgico

- Excisão histeroscópica, laparoscópica ou laparotómica.
- Embolização da artéria uterina, pode ser feita nos casos tratados por cirurgia conservadora ou nos casos medicados com MTX local.
- Histerectomia

GRAVIDEZ ABDOMINAL (0,02% das GE)

Diagnóstico – critérios ecográficos

- ausência de miométrio entre a bexiga e a gravidez
- cavidade uterina vazia
- placenta mal definida
- oligohidrâmnios
- apresentação fetal anómala

GRAVIDEZ ECTÓPICA (GE)

Tratamento

- GE inicial: MTX sistémico ou injeção de KCl local ecoguiado
- GE avançada: tradicionalmente procede-se a remoção do feto por laparotomia, sem a remoção da placenta. Um dos problemas nestas situações é a hemorragia do leito placentário. MTX pode ser administrado como terapêutica adjuvante

GRAVIDEZ HETEROTÓPICA

Diagnóstico – critérios ecográficos:

- gravidez intra-uterina e
- sinais ecográficos de gravidez extra-uterina

Tratamento – opções:

- salpingectomia laparoscópica (preferível) ou laparotómica
- se estável: injeção (ecoguiada) de KCl ou de glicose hiperosmolar

BIBLIOGRAFIA

- Barnhart KT. Ectopic pregnancy. N Engl J Med 2009; 361:379-87.
- Murray H, et al. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. JAMA 2005; 173:905-12.
- Medical management of ectopic pregnancy. ACOG practice bulletin nº 94. Obstet Gynecol 2008; 111:1479-85.
- Chetty M et al. Treating non-tubal ectopic pregnancy. Best Pract Obstet Gynecol 2009; 23:529-38.
- Tulandi T. Clinical manifestations, diagnosis and management of ectopic pregnancy. 2010 UpToDate.
- Rotas M, Haberman S, Levgur M. Cesarean Scar Ectopic Pregnancies. Obstet Gynecol 2006; 107:1373-81.
- Seow K et al. Cesarean scar pregnancy: issues in management. Ultrasound Obstet Gynecol 2004; 23:247-53.

HEMORRAGIA PÓS - PARTO

Perdas sanguíneas após o parto superiores a 500 ml ou, se inferiores a 500 ml, associadas a alterações hemodinâmicas.

ETIOLOGIA

I - Hemorragia do pós-parto imediato (nas primeiras 24h pós-parto)

- Atonia Uterina (80%) - Incapacidade de contracção do miométrio após a dequitação.
Factores de risco: hiperdistensão uterina; utilização exagerada de uterotónicos ou fármacos útero-relaxantes; parto prolongado ou parto precipitado; multiparidade; idade materna avançada; corioamnionite; placenta prévia ou DPPNI.
- Lacerações do canal de parto (5-10%)
- Retenção de tecido placentário (incluindo acretismo placentário)
- Rotura uterina (rara - 1/2000 partos)
- Inversão uterina (rara - 1/2500 partos)
- Coagulopatias hereditárias ou adquiridas

II - Hemorragia do pós-parto tardio (>24h até à 6ª semana pós-parto)

- Retenção de restos placentários
- Sub-involução dos vasos do leito placentário
- Endometrite puerperal
- Coagulopatias

ACTUAÇÃO NA HEMORRAGIA DO PÓS-PARTO IMEDIATO

1- Assegurar assistência multidisciplinar

- Obter apoio de obstetra diferenciado, anestesista e enfermeiros.
- Contactar Serviço de imuno-hemoterapia

HEMORRAGIA PÓS-PARTO

2- Recorrer à “Caixa de Hemorragia Pós-Parto” existente na S. de Partos

3- Estabelecer acessos venosos e monitorização da puérpera

- Assegurar a canalização de pelo menos dois acessos venosos periféricos (ou acesso venoso central)
- Proceder a colheita de sangue para: determinação do grupo sanguíneo, hemograma, tempo protrombina, aPTT, fibrinogénio, função renal e ionograma.
- Monitorização contínua da PA, pulso e oximetria; algaliação com quantificação da diurese

4- Estimativa de perdas sanguíneas

Apresentação clínica e respostas fisiológicas à hemorragia

Classe	Volume ml	Volume %	Resposta Fisiológica
1	900	15	Assintomática
2	1200-1500	20-25	Taquicárdia e taquipneia ↓ amplitude pulso Hipotensão ortostática
3	1500-2100	25-35	Taquicárdia e taquipneia Hipotensão Extremidades frias
4	> 2100	> 35	Choque Oligúria/ Anúria

5- Identificação etiológica

1. Verificar se o útero está contraído
2. Inspeção, identificação e reparação de lacerações do aparelho genito-urinário - sob analgesia eficaz e se necessário sob anestesia geral fazer a inspeção do colo uterino e paredes vaginais (Ver REPARAÇÕES DE LESÕES TRAUMÁTICAS DO CANAL DE PARTO)
3. Verificar se existem restos placentários por exploração manual ou através da ecografia. Se forem identificados restos placentários deve proceder-se à sua extração manual (Fig.1) ou por curetagem
4. Excluir anomalias da placentação, rotura uterina ou inversão uterina



Fig.1

Inversão uterina

Completa – fundo uterino hernia-se através do colo para a cavidade vaginal podendo ultrapassar o plano dos genitais externos.

Incompleta – fundo uterino hernia-se através do colo mas sem passar para a cavidade vaginal.

Etiologia (mais comum) – Tracção excessiva do cordão durante o 3º estágio do parto.

Necessário rápido reconhecimento – exteriorização do fundo uterino ou, se já ocorreu a dequitação, da presença de massa na vagina, não sendo o útero palpável através do abdómen. Associa-se a hemorragia profusa e a choque hipovolémico grave.

1. Chamar ajuda diferenciada
2. Administração rápida de fluidos (LR) e derivados do sangue
3. Tocólise EV imediata (Salbutamol ou agente halogenado - se sob anestesia geral)
4. Introdução da mão do operador na cavidade uterina e empurrar o fundo uterino de modo a revertê-lo e repô-lo na cavidade pélvica
5. Suspensão de tocolíticos e administração de uterotónicos (ocitocina, misoprostol) de modo a promover a contracção uterina e evitar nova inversão
6. Proceder à dequitação manual

HEMORRAGIA PÓS-PARTO

Em raras ocasiões não é possível resolver a inversão com esta manobra sendo necessária a reversão uterina por laparotomia com eventual histerotomia. (fig.2)

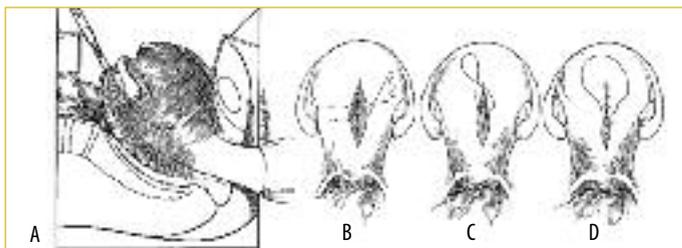


Fig. 2 - Resolução cirúrgica da inversão uterina - por via abdominal é feita incisão na face posterior do útero desfazendo-se o anel de constrição.

6- Reposição de perdas sanguíneas

Restabelecer o volume plasmático com cristalóides (ex. LR) e posteriormente com concentrado eritrocitário. Ponderar a transfusão de plasma fresco congelado e, eventualmente, de plaquetas, crioprecipitado ou fibrinogénio.

Produto	Composição	Indicações	Volume	Efeito
Concentrado eritrocitário	Eritrócitos, plasma, alguns leucócitos	Anemia	300ml (1U)	↑3% Htc/unidade ↑1g Hg/unidade
Plaquetas	Plaquetas, Plasma, leucócitos, alguns eritrócitos	Trombocitopenia	50ml	↑7500/unidade
Plasma fresco congelado	Fibrinogénio, plasma, factor V,XI,XII	Coagulopatia de consumo	250ml	↑10-15mg/dl fibrinogénio/unidade
Crioprecipitado	Fibrinogénio, factor V,VIII,XIII, factor de von Willebrand	Hemofilia A, D, de von Willebrand, déficit de fibrinogénio	40ml	↑10-15mg/dl fibrinogénio/unidade

7- Utilização de uterotónicos

a) Ocitocina

- 5 U EV (bolus lento) seguidas de 40U em 500cc de dextrose 5% a 60ml/h
- Efeitos secundários: náuseas, vômitos, hipotensão (atenção ao risco de intoxicação aquosa pelo efeito anti-diurético da ocitocina em doses elevadas!)
- Sem contra-indicações.

b) Misoprostol

- 800 g (4cp previamente humidificados) rectal em dose única.
- Efeitos secundários: náuseas, vômitos, diarreia, febre e calafrios.
- Sem contra-indicações.

c) Sulprostone

- 1 mg em 500cc de soro fisiológico a correr a 250ml/h durante 1 h e posteriormente a 80 ml/h durante 3 horas. Em caso de cesariana, injectar directamente nos cornos uterinos 1 mg diluído em 50 ml de soro fisiológico.
- Efeitos secundários: náuseas, vômitos, diarreia, febre e calafrios.
- Contra-indicações: asma brônquica, patologia cardíaca, hipertensão grave, insuficiência renal e hepática, convulsões.

d) Carboprost

- 250 g IM
- Efeitos secundários: náuseas, vômitos, diarreia, febre e calafrios.
- Sem contra-indicações.

e) Carbetocina (Pabal®)

- 100 g EV (bolus) em dose única.
- Efeitos secundários: semelhantes à ocitocina.
- Sem contra-indicações

Nota: Quando a atonia uterina é passível de ser atribuída à terapêutica tocolítica com sulfato de magnésio ponderar a utilização de gluconato de cálcio.

8- Manobras obstétricas

Conjunto de manobras e atitudes com o objectivo de parar a hemorragia puerperal

Terapêutica conservadora



Fig.3 - Massagem bimanual

I - **A massagem bimanual** (Fig.3) cuidadosa juntamente com a perfusão ocitócica é o tratamento de primeira linha da atonia uterina

II - Se a causa da hemorragia for a retenção de restos placentários e não sendo possível a extracção manual destes, deve realizar-se a **revisão instrumental da cavidade uterina** sob analgesia/ anestesia (curetagem uterina evacuadora) de preferência sob controlo ecográfico.

III - Tamponamento uterino

Antes de qualquer procedimento cirúrgico deve ser tentado o tamponamento uterino, idealmente através do balão hemostático, com o objectivo de aumentar a pressão intra-uterina e assim parar a hemorragia. A vantagem do balão (Bakri, Rush, Sengstaken-Blackmore) é que permite avaliar o grau de eficácia do tamponamento pela monitorização da saída de sangue pelo catéter que fica exteriorizado pelo colo. Este procedimento deve ser efectuado no bloco operatório, com monitorização dos sinais vitais e sob infusão contínua de ocitocina e antibioterapia profiláctica de largo espectro. Esta atitude pode ser terapêutica e, mesmo que se venha a colocar a necessidade da cirurgia (pela manutenção das perdas hemática) permite diminuir a intensidade da hemorragia e corrigir os parâmetros laboratoriais antes do acto cirúrgico.

Balões de Sengstaken-Blackmore, Rush e Bakri

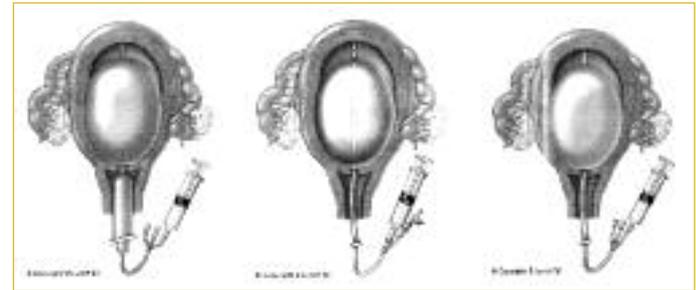


Fig.4 – Balão de Sengstaken-Blackmore

Fig.5 – Balão de Rush

Fig.6 – Balão de Bakri

1. Com a púerpera em posição de litotomia, e após apreensão e tracção do colo com pinça de Pozzi, introduzir a totalidade do balão na cavidade uterina.

Nota: Durante a cesariana o balão pode ser introduzido na cavidade através da cicatriz uterina, com o catéter de insuflação passando para a vagina através do colo. O ajudante puxa esta parte do balão através do canal vaginal até que a base deste se encontre a nível do orifício interno do colo. A incisão uterina é encerrada de forma habitual tendo o cuidado de não atingir o balão

2. Encher o balão com até 500 ml de soro aquecido (acelera a cascata de coagulação). Uma ligeira tracção confirma a correcta localização do balão.
3. Colocar um "pack" de compressas com solução iodata ou com antibiótico na vagina para impedir a expulsão do balão e manter perfusão ocitócica nas 12-24h seguintes
4. Manter o balão durante 8-48 horas e posteriormente desinsuflá-lo lentamente. Se não se verificar hemorragia depois de terem passado 30 minutos, pode retirar-se o balão.
5. Iniciar terapêutica antibiótica e que se deve prolongar por 5 dias
Ampicilina 1g 8/8h + Clindamicina 900mg 8/8h + Gentamicina 4,5mg/kg/d

NOTAS – Antes da introdução do balão de Sengstaken-Blackmore, a terminação distal do tubo, para lá do balão gástrico, deve ser cortada para evitar o risco de perfuração.
Uma Foley nº24 – capacidade do balão de 60-80ml – pode ser utilizada na hemorragia por atonia uterina em gestação de <24 semanas.

Na indisponibilidade de um balão, um “pack” de compressas pode ser introduzido no útero sendo a eficácia menor, a avaliação das perdas mais incorrecta e o risco infeccioso maior.

TERAPÊUTICA CIRÚRGICA

Antes da sua execução ponderar sempre quanto ao estado hemodinâmico da doente e à capacidade técnica cirúrgica dos médicos assistentes devendo, se necessário, chamar-se ajuda diferenciada.

I – Suturas uterinas hemostáticas (B- Lynch)

Pressupõem a realização de hysterotomia

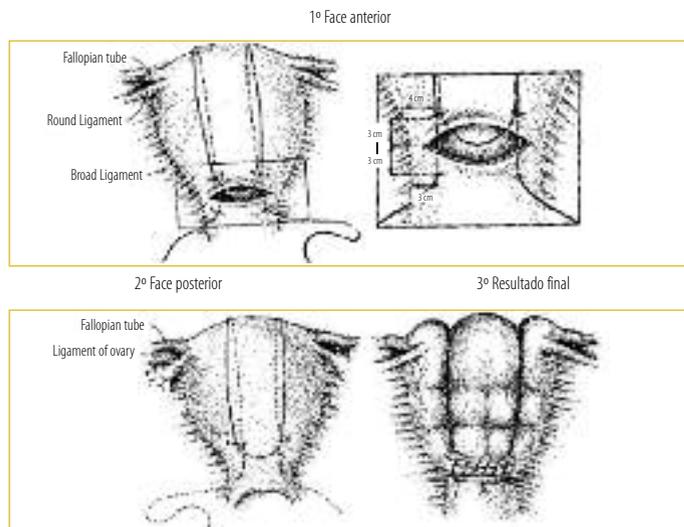


Fig. 7 - Técnica de B-Lynch

II – Suturas uterinas hemostáticas (Alcídes Pereira)

São realizadas sobre útero íntegro

1. Exteriorização do útero
2. Colocação de 3 suturas transversais e 2 longitudinais utilizando Vicryl 1.
3. Suturas transversais (Fig 8) – Em geral 3, a primeira no fundo uterino abaixo do ligamento redondo, a segunda a meio do corpo uterino e a última a nível do segmento inferior. Iniciar a sutura na face anterior e cada passagem da agulha deve incluir apenas serosa e miométrio, não entrando na cavidade. Ao atravessar o ligamento largo escolher área avascular nunca incluindo nem o ligamento redondo nem ligamento útero-ovárico. O nó é feito na face anterior e sempre com compressão do útero realizada pelo ajudante.
4. Suturas longitudinais (Fig 9) – Realizam-se duas. Iniciam-se na face posterior onde se ancoram na sutura transversa inferior e terminam na face anterior onde se ancoram na sutura transversa inferior. As duas suturas são apertadas em simultâneo e com compressão do corpo uterino pelo ajudante.



Fig. 8 - Técnica de Alcides Pereira
Colocação de suturas transversais

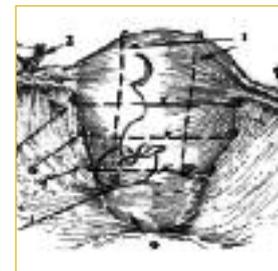


Fig. 9 - Técnica de Alcides Pereira
Colocação de suturas longitudinais

III – Laqueação arterial

1. Laqueação da artéria uterina (Fig 10)
 - Abertura do peritoneu visceral da face anterior do útero e rebater bexiga; expor o conteúdo do ligamento largo e identificar, por palpação, o ramo ascendente da artéria uterina.
 - Proceder a passagem de Vicryl 1 na espessura do miométrio no plano da artéria uterina e em zona avascular do ligamento largo

2. Laqueação de artéria ovárica (Fig 11)

- Escolher zona avascular do mesovário perto da junção do ligamento útero-ovárico com o ovário.
- Proceder a dupla laqueação com Vicryl 00

3. Laqueação da artéria hipogástrica

A ser realizada por cirurgião vascular

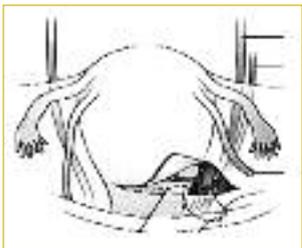


Fig. 10 – Laqueação de artéria uterina

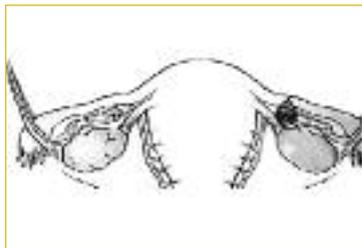


Fig.11 – Laqueação de artéria ovárica

IV – Histerectomia – Ver em PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Utilização de Factor VIIa (rFVIIa) recombinante

O rFVIIa é uma proteína sintética, livre de qualquer contaminação viral, com baixo risco de induzir anafilaxia e baixa capacidade trombogénica, bem tolerada, e que se liga a factores tecidulares do endotélio vascular exposto, induzindo a cascada de coagulação.

A sua utilização está indicada nos casos em que, tomadas todas as medidas médicas e cirúrgicas para parar a hemorragia, não foi possível sustê-la e há evidência de coagulopatia de consumo. Deverá ser também de ponderar a sua utilização em situações em que há recusa por parte da grávida em receber derivados sanguíneos (ex: Testemunhas de Jeová) e antes de iniciar atitudes cirúrgicas complexas – histerectomia, laqueação arterial.

É um produto dispendioso e a sua utilização pressupõe a normalização de parâmetros hematológicos através de suporte transfusional (Hgb > 7,0g/dl; INR < 1,5; Fibrinogénemia \geq 1g/L; plaquetas \geq 50.000/mm³) pelo que a decisão quanto ao seu uso deverá ser tomada em conjunto com o Serviço de Imuno-hemoterapia.

Deve ser administrado na dose de 60 g/Kg EV. A sua eficácia é avaliada pelo controlo visual/laboratorial da suspensão da hemorragia. Se a hemorragia se mantiver ao fim de 30 min., deve ser realizada uma segunda administração.

9- Apoios multidisciplinares

Assegurar sempre a colaboração da Imuno-hemoterapia pela necessidade de rápido suporte transfusional.- Pode ser necessária a colaboração da radiologia de intervenção para embolização arterial selectiva (taxa de sucesso 85-95%).

As complicações da hemorragia puerperal são múltiplas, incluindo lesões de hipoperfusão cerebral, cardíaca e renal; infecção; coagulopatia; edema agudo do pulmão (por excessiva fluidoterapia); S. Sheehan – necrose pituitária. Assim, depois de resolvida a hemorragia, a vigilância da puerpera deve ser rigorosa e de preferência na UCI, de modo a excluir qualquer uma destas complicações.

Bibliografia

- Poggi S., Kapernick P. Postpartum Hemorrhage & the Abnormal Puerperium. Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. (10ª ed) .De Cherney A, Nathan L. (ed) .Lange Medical Books. New York 2007
- Cardoso MC. Síndromes Hemorrágicas da Gravidez avançada e do pós-parto. In Medicina Materno Fetal (4ª ed) Graça LM (ed) Lidel. Lisboa 2010
- Graça LM. Abordagem cirúrgica da Hemorragia Pós-parto. In Medicina Materno Fetal (4ª ed) Graça LM (ed) Lidel. Lisboa 2010
- François KE, Foley MR. Antepartum and Postpartum Hemorrhage In Obstetrics - Normal and Problem Pregnancies (5ª ed) Gabbe S, Niebyl JR, Simpson JL (ed) Churchill Livingstone, Philadelphia 2007
- Pereira A, Nunes F, Pedroso S et al. Compressive uterine sutures to treat postpartum bleeding secondary to uterine atony. Obstet Gynecol 2005;106:569-72
- Landon MB. Cesarean Delivery. In Obstetrics - Normal and Problem Pregnancies (5ª ed) Gabbe S, Niebyl JR, Simpson JL (ed) Churchill Livingstone, Philadelphia 2007
- Danson D, Reginald PW. Internal Uterine Tamponade. In Postpartum Hemorrhage. B-Lynch C, Keith LG, Lalande B, Karoshi M (ed). Sapiens Publishing 2007
- Sobreszozyk S, Breborowicz GH. The use of recombinant Factor VIIa. In Postpartum Hemorrhage. B-Lynch C, Keith LG, Lalande B, Karoshi M (ed). Sapiens Publishing 2007



HEMORRAGIAS DO 2º E 3º TRIMESTRES

OBJECTIVOS INICIAIS

1. Determinação da Idade gestacional
2. Avaliação de PA e pulso maternos
3. Avaliação da FCF
4. Exame ginecológico (para exclusão de patologia ginecológica)

Nota: o toque vaginal só deverá ser realizado após exclusão de placenta prévia/baixamente inserida

5. Ecografia abdominal
 - a. Avaliação de viabilidade fetal
 - b. Determinação da situação/apresentação fetal
 - c. Avaliação da morfologia fetal
 - d. Localização da placenta
 - e. Rastreo de imagens sugestivas da descolamento de placenta ou das membranas
6. Ecografia transvaginal
 - a. Avaliação de comprimento do colo
 - b. Exclusão de placenta prévia
 - c. Exclusão de *vasa previa*

PLACENTA PRÉVIA (PP)

Placenta que se implanta, total ou parcialmente, sobre o orifício interno (OI) do colo uterino

HEMORRAGIAS DO 2º E 3º TRIMESTRES



Situações Associadas

- Hemorragia ante-parto, intra-parto e puerperal
- Coagulopatia e necessidade de transfusão sanguínea
- Acretismo placentário – sobretudo se inserida em zona de histerorrafia anterior
- Incidência aumentada de histerectomia e admissão em UCI
- Sépsis puerperal
- Tromboembolismo
- Prematuridade
- Incidência aumentada de patologia malformativa fetal e RCF
- *Vasa prévia*

Clínica

- Hemorragia vaginal após o final do 2º trimestre (ou durante o trabalho de parto)
 - Sangue vivo sem coágulos, em quantidade moderada / abundante
 - Aparecimento súbito, inesperado e indolor (sem contractilidade).
- A hemorragia geralmente cessa espontaneamente mas pode recorrer de forma inesperada (com a progressão da gravidez é habitual encurtarem-se os intervalos entre os episódios hemorrágicos e acentuar-se a quantidade das perdas).

Diagnóstico

- Ecografia por via transvaginal. Permite:
 - classificar o tipo de placenta: 1) total, 2) parcial, 3) marginal, 4) baixamente inserida (a < 20 mm do OI do colo)
 - diagnosticar *vasa prévia* associada (formação tubular hipocogénica com fluxo no seu interior e que se encontra sobre o OI do colo, não se mobilizando com modificação do posicionamento da grávida em Trendelenburg)
 - diagnosticar/suspeitar de acretismo placentário
- Na avaliação ecográfica excluir patologia malformativa fetal e RCF

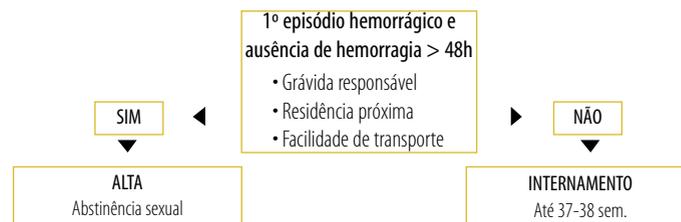
Conduta

- Depende da gravidade da hemorragia, da idade gestacional e do estado fetal



Atitude expectante:

- Internamento hospitalar (repouso moderado)
- Hemograma, determinação do grupo sanguíneo (estudo da coagulação apenas se hemorragia grave)
- Reservar concentrado eritrocitário (4U) e plasma fresco congelado
- Administração de imunoglobulina anti-D (quando aplicável)
- Tocólise (apenas se houver contractilidade)
- Indução maturativa pulmonar fetal (24-34 sem)
- Cardiotocografia diária



Via e momento do parto

Em toda a PP total, parcial, marginal ou baixamente inserida <20mm do OI

- Cesariana segmentar transversal electiva
- Às 37-38 sem. (36-37 sem. se maturidade fetal documentada)
- Analgesia loco-regional
- Placenta anterior → extracção rápida do feto e clampagem imediata do cordão; considerar incisão corporal.
- Avisar Imuno-hemoterapia de forma a ter disponível 4 UCE para a mãe e 1 UCE ORh- para o recém-nascido



Conduta e Parto nas situações de *vasa previa* associadas (ou não) a placenta prévia

- Internamento às 32 sem
- Indução maturativa pulmonar fetal
- Cesariana electiva às 35 sem
- Cesariana urgente se RPM ou hemorragia activa

DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMALMENTE INSERIDA (DPPNI)

Separação de placenta normalmente inserida antes do nascimento do feto:

Total – envolve toda a extensão da placenta e geralmente cursa com morte fetal

Parcial – envolve apenas uma porção da placenta

A hemorragia pode exteriorizar-se ou permanecer oculta (1/4 dos casos).

Risco aumentado se:

- Idade materna avançada
- Multiparidade
- Hábitos tabágicos e/ou ilícitos (cocaína)
- Antecedentes de cesariana (e intervalo intergestacional < 1 ano)
- Antecedentes de DPPNI
- Traumatismo abdominal directo

Nota: A maioria dos DPPNI associados a traumatismo materno significativo ocorrem nas 24h subsequentes pelo que a grávida deve ser sujeita a pelo menos 4h de monitorização fetal.

- Descompressão uterina súbita (hidrâmnios, pós-parto do 1º gémeo)
- RPM pré-termo – situações de oligoâmnios grave prolongado
- Fibromioma – se localizado sob o local de implantação da placenta
- Hemorragia subcoriônica no início da gestação
- HTA crónica / pré-eclâmpsia
- Trombofilias

Clínica

- Hemorragia vaginal de sangue escuro não coagulado ou de tipo sero-hemático

Nota: As perdas sanguíneas vaginais podem não se relacionar com a gravidade do quadro clínico materno-fetal (instabilidade hemodinâmica, choque)

- Dor abdominal – mais intensa nos quadros mais graves
- Contractilidade uterina aumentada – hipertonia, taquissístolia
- Útero doloroso à palpação
- Evidência de hipoxia fetal aguda (pode ser o primeiro sinal!)
- Sinais de hipovolemia materna

Diagnóstico

- É clínico!
- Ecografia – específica mas pouco sensível; permite:
 - confirmar o estado fetal
 - localizar a placenta – excluir placenta prévia

Critérios de diagnóstico ecográficos:

- Colecção hemática retroplacentária
- Movimento do prato corial “em gelatina” com a actividade fetal
- Hematoma marginal, subcoriônico ou intramniótico
- Aumento da espessura da placenta (> 5cm)

Diagnóstico Diferencial (especialmente na ausência de hemorragia):

- Rotura uterina, amnionite, apendicite, pielonefrite
- Patologia anexial (torsão de quisto ovário)
- Degenerescência fibromiomas
- Parto pré-termo
- Dor músculo-esquelética



Conduta

Depende do estado materno e fetal, da idade gestacional, da apresentação fetal e do estado do colo

Atitude geral

- Internamento hospitalar
- Obtenção de via venosa
- Avaliação de hemograma, factores de coagulação, função renal e hepática e determinação de grupo sanguíneo
- Pedir apoio da imunohemoterapia e UCI
- Algaliação
- Monitorização fetal

DPPNI com feto morto

- Área de descolamento >50%
- Elevado risco de coagulopatia - 30%
- Elevado risco de hipovolemia - volume médio de perda sanguínea 2500 ml

Nota: O DPPNI é considerado a situação obstétrica que pode conduzir mais frequentemente a CID com significado clínico.

Atitude

- Reservar pelo menos 2U CE
- Iniciar administração de Lactato de Ringer / Soro Fisiológico
Manter Htc $\geq 30\%$ e débito urinário $\geq 30\text{ml/h}$
- Reservar plasma fresco/ crioprecipitado
- Excluir possível associação com pré-eclâmpsia

• Parto

- Via vaginal – a via de eleição excepto se situação fetal anómala ou suspeita de IFP
- Pode induzir-se com prostaglandinas ou ocitocina
- Amniotomia logo que possível
- Evitar a episiotomia

DPPNI com feto vivo

1. Feto de termo ou próximo do termo → Interrupção da Gravidez (via de parto dependente do estado materno-fetal e de condicionantes obstétricas)

2. Feto pré-termo

- 2.1. Suspeita de sofrimento fetal e/ou hipertonia uterina (área de descolamento >25 e < 50%)
→ **Cesariana de emergência** excepto se choque materno ou feto não viável

2.2. Feto sem sinais de sofrimento e tônus uterino normal

Atitude expectante

- monitorização materna e fetal
- indução maturativa pulmonar fetal
- tocólise

PLACENTA ACRETA

Placenta anormalmente aderente ao útero devido a ausência ou deficiência na camada esponjosa da decídua;

- Se invade o miométrio → increta
- Se chega à serosa (às vezes invade a bexiga) → percreta

Risco aumentado se:

- Antecedentes de cesariana
- Presença de placenta prévia (sobretudo se houver cesariana anterior)

Complicações

- Hemorragia puerperal grave
- Coagulopatia e necessidade de suporte transfusional
- Necessidade de histerectomia
- Risco de lesão intra-operatória dos ureteres, bexiga e outras vísceras
- Possível necessidade de suporte avançado materno (risco aumentado de SDRA, insuficiência renal aguda, edema agudo pulmão, sépsis e eventual morte) – disponibilizar vaga em UCI



Diagnóstico

- Ecografia – critérios de diagnóstico:
 - Lacunas vasculares irregulares na placenta (“queijo suíço”)
 - Diminuição da espessura miometrial justa-placentária
 - Perda do “clear space” retroplacentário
 - Protusão da placenta para a bexiga
 - Doppler – fluxo turbulento nas lacunas
- RMN – se ecografia inconclusiva e/ou para planeamento cirúrgico

Conduta

- Internamento para planeamento e coordenação
- Interrupção da gravidez às 35-36 sem
- Apoio multidisciplinar (urologista, cirurgião ginecológico, imunohemoterapia, UCI)
- Colocação prévia de catéteres ureterais (se necessário)

Procedimento

- Cesariana electiva corporal com sutura hemostática dos bordos
- Nunca tentar dequitação
- Proceder a histerectomia total

Bibliografia

- Oyelese Y, Ananth CV. Placental Abruption. *Obstet Gynecol* 2006;108:1005-16.
- Oyelese Y, Smulian J. Placenta Previa, Placenta Accreta and Vasa Previa. *Obstet Gynecol* 2006;107:927-941.
- Cardoso MC. Síndromes hemorrágicas da gravidez avançada e do pós-parto. In *Medicina Materno Fetal* (4ª ed) Graça LM (ed). Lidel Lisboa 2010.
- Belfort MA. Placenta Accreta. *Am J Obstet Gynecol*. 2010; 203:430-9

HIPÓXIA FETAL AGUDA

Diminuição brusca da oxigenação fetal que, no traçado cardiográfico, em geral se traduz por uma desaceleração da frequência cardíaca fetal com uma amplitude superior a 15bpm em relação à linha de base e de duração superior a 3 minutos – desaceleração prolongada. Se a duração da desaceleração for superior a 10min considera-se que se está perante uma bradicárdia fetal.

Causas de hipóxia fetal aguda

- Hipercontractilidade uterina – taquissístolia, hipertonia
- Hipotensão materna súbita
- Colapso cárdio-respiratório materno
- Rotura uterina
- Descolamento de placenta normalmente inserida (DPPNI)
- Hemorragia feto-materna significativa
- Patologia funicular – prolapso (patente ou oculto) do cordão umbilical, laterocidência do cordão umbilical, estiramento, nó verdadeiro

ATITUDES GERAIS PERANTE UMA DESACELERAÇÃO PROLONGADA

- Chamar obstetra experiente e enfermeiro especialista
- Suspende o ocitócico (parar infusão, retirar medicamento vaginal)
- Aumentar a infusão de soro fisiológico
- Administrar Oxigénio por máscara – 10L/min
- Reposicionar a parturiente em decúbito lateral esquerdo
- Avaliar estado de consciência e sinais vitais (respiração, pulso e TA) da parturiente assim como da existência de queixas algicas

Excluir paragem cárdio-respiratória, embolia de líquido amniótico, rotura uterina

HIPÓXIA FETAL AGUDA



- Avaliar contractilidade uterina
Excluir hipertonia ou taquissístolia
- Proceder a toque vaginal
Excluir prolapso do cordão, avaliar o estádio da apresentação

ATITUDES PERANTE ENTIDADES ASSOCIADAS A DESACELERAÇÕES PROLONGADAS

Hipercontractilidade uterina

- Na maior parte dos casos é iatrogénica
- Pode ser um sinal de DPPNI
 - a) Suspende ocitocina
 - b) Proceder a tocolise aguda
 - Salbutamol EV – 1 ampola de 5mg em 100ml de SF a 300ml/h durante 5 minutos (contraindicado na presença de doença coronária, história de arritmia cardíaca, diabetes, hipertireoidismo ou hipocaliémia)

ou

- Atosiban - uma ampola de 0,9ml (6,75mg) EV em bolus durante 1 minuto (sem contra-indicações)

Hipotensão materna

- Na maior parte dos casos está associada à analgesia epidural
 - a) Aumentar a perfusão de cristalóides
SF ou LR -10ml/Kg em 10 min
 - b) Administrar Efedrina - uma ampola de 50mg/ml diluída em 10ml de SF administrando 1ml em bolus

Prolapso do Cordão Umbilical

Associado com:

- Apresentação anómala – pélvica ou situação transversa
- Parto pré-termo
- Parto do 2º gémeo

- Multiparas
- Hidrâmnios
- Manobras obstétricas que levem à elevação da apresentação – rotações da cabeça fetal, amniotomias, parto instrumental

Diagnóstico – palpação do cordão através do toque vaginal

Atitude

- Proceder a cesariana de emergência ou a parto instrumental imediato (caso de parto de 2º gémeo)
- Elevar a apresentação empurrando-a com a mão através da vagina (e que só deve ser retirada aquando do nascimento) acima do estreito superior
- Em caso algum manipular o cordão – pode levar a vasoespasmos

Rotura Uterina

Associada com:

- Trabalho de parto arrastado
- Prova de trabalho de parto em grávida com cicatriz uterina prévia
- Apresentação anómala
- Multiparidade
- Manipulação uterina – versão fetal por manobras internas

Diagnóstico

- Evidência CTG de hipóxia aguda
- Elevação da apresentação
- Dor abdominal materna*
- Palpação uterina dolorosa*
- Ausência de actividade contráctil
- Choque hipovolémico

*estes sintomas podem não existir se a grávida estiver sobre analgesia loco-regional

Atitude

- Proceder a cesariana de emergência antecipando a necessidade de suporte transfusional
- Se possível, após a extracção do feto e da placenta, proceder à reparação da lesão através de dupla sutura da parede uterina
- Considerar a realização de histerectomia se não for possível reparar a lesão

DPPNI – Ver em HEMORRAGIAS DO 2º E 3º TRIMESTRES

Paragem Córdio-respiratória – Ver em PARAGEM CÁRDIO-RESPIRATÓRIA (PCR) NA SALA DE PARTOS

NOTAS FINAIS

Não encontrando um factor desencadeante, ter em mente que:

1. Embora a maioria das desacelerações prolongadas reverta espontaneamente é impossível prever quais aquelas em que isso vai acontecer
2. Desacelerações prolongadas com variabilidade reduzida ou ocorrendo em traçados CTG suspeitos, associam-se mais frequentemente a hipóxia fetal grave
3. Se após 5-6 minutos não houver reversão da desaceleração prolongada deve contactar-se o neonatologista e o anestesiolologista e preparar-se o bloco operatório para a realização de cesariana de emergência ou parto instrumental
4. Se após 8 minutos não houver reversão da desaceleração deve realizar-se cesariana de emergência ou parto instrumental

Bibliografia

- Belogholovkin V, Bush M, Eddleman K, Umbilical Cord prolapse. Uptodate (www.uptodate.com). Acedido em Dezembro 2010
- Ayres de Campos, D. Hipoxia fetal aguda. In Emergências Obstétricas. Ayres de Campos D, Santos Silva J, Costa F. (ed) Lisboa, Lidel 2011
- François KE, Foley MR. Antepartum and Postpartum Hemorrhage In Obstetrics – Normal and Problem Pregnancies (5ª ed) Gabbe S, Niebyl JR, Simpson JL (ed) Churchill Livingstone, Philadelphia 2007
- Garite T. Intrapartum Fetal Evaluation. In Obstetrics – Normal and Problem Pregnancies (5ª ed) Gabbe S, Niebyl JR, Simpson JL (ed) Churchill Livingstone, Philadelphia 2007

INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

A indução do trabalho de parto é definida como a estimulação de contractilidade uterina previamente ao início do trabalho de parto (TP) espontâneo. A preparação do colo (*priming*) designa um processo que ocorre previamente ao início do TP e que se caracteriza por amolecimento, encurtamento e dilatação do colo.

As indicações para indução do trabalho de parto não são absolutas e devem ter em conta factores maternos e fetais, bem como a idade gestacional e as características do colo do útero. A indução do trabalho de parto só está indicada antes das 41 semanas de gestação se existirem factores maternos ou fetais que determinam desfechos desfavoráveis caso se opte pelo prolongamento da gravidez.

CONTRA-INDICAÇÕES ABSOLUTAS

- Placenta ou *vasa previa*
- Situação fetal transversa
- Prolapso do cordão
- Herpes genital activo
- Cirurgia uterina prévia com incisão profunda no miométrio
- Cesariana anterior com incisão corporal ou incisão em T
- Mais do que uma cesariana nos antecedentes
- Evidência de incompatibilidade feto-pélvica (causa materna ou fetal)

1. AVALIAÇÃO DO COLO

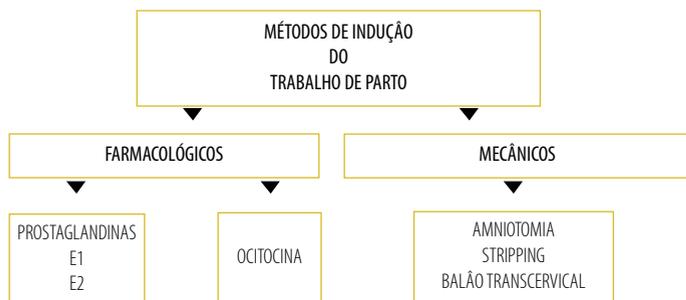
A avaliação do colo do útero deve ser baseada no Índice de Bishop modificado. É considerado um colo desfavorável se o índice for <6.

INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

Índice de Bishop (IB)

Pontuação	0	1	2	3
Posição do colo	Posterior	Intermédio	Anterior	
Consistência do colo	Duro	Intermédio	Mole	
Comprimento colo (cm)	3	2	1	<1
Dilatação colo (cm)	0	1-2	3-4	≥5
Estadio apresentação	-3	-2	-1,0	≥ +1

2. MÉTODOS DE INDUÇÃO



OCITOCINA

Indicada para indução de trabalho de parto em grávidas com colo favorável ou grandes múltiparas
Preparação

- SUI de ocitocina em 500ml Dextrose 5% em (o que permite diluição de 10mUI/ml)

Nota: esta diluição é conhecida no HSM por P1

- Administração EV e sempre através de bomba de infusão
- A infusão deve ser iniciada ao ritmo de 2,5mUI/min (15ml/h) e será aumentada 2,5mUI/min a cada 30 min (15, 30, 45ml/h) até se obter contractilidade regular (3 em 10 min) ou até se atingir a dose máxima de infusão 32mUI/min (192ml/h)
Semi-vida 5-6 min; atinge níveis estáveis em circulação ao fim de 30-40 min.

PROSTAGLANDINAS E2

Indicada para indução de trabalho de parto em grávidas com colo desfavorável (IB <6).

Formulações

- Gel Dinoprostone 0,5mg (intracervical) 6/6h; dose máxima diária 1,5mg
- Gel Dinoprostone 2mg de 6/6h; dose máxima diária de 4mg
Nota: a via vaginal é preferível à intracervical
- Pessário Dinoprostone 10mg (Proress®) - sistema vaginal de libertação prolongada. Utilizado na preparação do colo em gestações de termo sendo a grávida admitida na enfermaria de Obstetria onde lhe será permitida a deambulação e realizados traçados cardiotocográficos de 2h de duração com intervalos de 6h horas. Deve ser retirado ao fim de 24h ou quando se iniciar o trabalho de parto.
Nota: a administração de ocitocina após utilização de dinoprostone gel deve respeitar um intervalo de 6h; após retirar o pessário é apenas necessário um intervalo de 30-40 min

Contra-indicações

- Hipersensibilidade ao fármaco
- Glaucoma
- Doença cardiorespiratória, hepática ou renal grave
- Cesariana nos antecedentes

INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO



ANÁLOGO DE PROSTAGLANDINA E1 (Misoprostol)

Indicada para indução de trabalho de parto em grávidas com colo desfavorável (IB < 6); os custos são substancialmente inferiores aos das prostaglandinas E2.

Formulações (aplicação vaginal)

- Cápsulas 25 g de 6/6h; dose máxima diária 75 g
 - Comprimido 50 g (1/4 de 200 g) de 6/6h; dose máxima diária 150 g
- A administração vaginal de 25 g tem sido associada a menor incidência de taquissístolia e alterações da frequência cardíaca fetal e é a dose recomendada pela FIGO e ACOG.
- A administração de ocitocina requer um intervalo de 6h após a última administração de misoprostol.

Contra-indicações

As mesmas das prostaglandinas E2

MÉTODOS MECÂNICOS

O recurso a métodos mecânicos está indicado em grávidas com contra-indicações para os métodos farmacológicos. Estão associados a intervalos de tempo entre o início da indução e o parto mais prolongados.

- **O stripping de membranas** (introdução de um dedo além do orifício interno do colo e, por rotação circunferencial, descolar as membranas no segmento inferior) tem importância na preparação do colo do útero e deve ser realizada em ambulatório após as 40 semanas desde que haja dilatação cervical.
- **A amniotomia** (rotura artificial da bolsa de águas) só pode ser realizada se houver dilatação cervical, se a apresentação estiver apoiada ao segmento inferior e se não houver evidência de prolapso do cordão. Efectuada isoladamente associa-se a maior risco de infecção ascendente e de alterações cardiotocográficas decorrentes da compressão do cordão umbilical. Está contra-indicada em caso de infecção materna a VIH.
- **A aplicação do balão transcervical** (Foley 16 com remoção da ponta) está indicada para o priming do colo. O balão é introduzido através do canal cervical e após passar o orifício interno do colo é cheio (30ml) e traccionado. Após a expulsão espontânea do balão ou a sua remoção ao fim de 12-24h é iniciada perfusão com ocitocina. A sua utilização não parece associar-se a um maior risco de infecção.

3. COMPLICAÇÕES

- **Taquissístolia** - mais de 5 contracções uterinas em 10 min. Pode ocorrer com qualquer método farmacológico mas é mais frequente com prostaglandinas e análogos.

Atitudes:

- a) Suspender ocitocina, retirar pessário/comprimidos de dinoprostone. Não há vantagens em proceder a lavagens vaginais caso se tenha optado por gel de dinoprostone ou cápsulas/comprimidos de misoprostol.
- b) Proceder a tocólise aguda se necessário (ver em HIPÓXIA FETAL AGUDA)

- **Hiponatremia** - complicação rara da administração de ocitocina em doses elevadas (>32mU/min) com administração simultânea de grandes volumes (>3L) de solutos hipotónicos (Dextrose 5%, SF). Manifesta-se por cefaleias, náuseas e vómitos, confusão, letargia, convulsões.

4. INDUÇÃO NEGATIVA

Define-se como a ausência de modificações cervicais ao fim de 24h de indução do parto. Nestes casos:

- Se a situação clínica justificar o fim da gravidez a curto prazo, realizar cesariana
- Se a bolsa de águas estiver intacta, permitir um descanso durante 24h e reiniciar posteriormente novo ciclo de indução. Caso contrário, manter a indução do parto por mais 24h
- Caso a dose máxima diária de prostaglandinas tiver sido atingida e o colo se encontrar mais amadurecido, proceder a amniotomia.

5. CONCEITOS GERAIS

- Perante um colo desfavorável (IB < 6) a indução do parto deverá ser realizada com a utilização de prostaglandinas ou misoprostol. Perante colos muito desfavoráveis (IB < 4) deve ser primeiramente realizado *priming* do colo através da aplicação de pessário com Dinoprostone.
- Perante colos favoráveis (IB ≥ 6) qualquer método é eficaz. A opção pela ocitocina permite um melhor controlo em caso de surgir taquissístolia.
- A monitorização fetal contínua é obrigatória em todas as grávidas submetidas a indução do trabalho de parto, exceptuando as induções realizadas com o pessário de Dinoprostone

6. CASOS PARTICULARES

- Restrição de crescimento fetal – Qualquer que seja o método utilizado é obrigatória a monitorização fetal contínua
- Existência de cesariana anterior – vem em PARTO VAGINAL APÓS CESARIANA ANTERIOR
- Gravidez múltipla – É obrigatória a monitorização fetal contínua durante toda a indução do trabalho de parto. Perante colos desfavoráveis (IB < 6) preferir a utilização de pessário de Dinoprostone.

Bibliografia

- Sanchez-Ramos L, Delke I. Induction of labor and termination of the previsible pregnancy. In High Risk Pregnancy – Management Option (4th ed) James D, Steer P, Weiner CP, Gonik B (ed) 2011 Elsevier Saunders
- Wing DA. Induction of labor. www.uptodate.com. Acedido em Fevereiro 2011
- Wing DA. Techniques for cervical ripening prior to labor induction. www.uptodate.com. Acedido em Fevereiro 2011-04-02

INFECÇÃO URINÁRIA NA GRAVIDEZ

A infecção urinária é uma complicação frequente da gravidez; geralmente envolve o aparelho urinário inferior sendo frequentemente assintomática.

Agentes Mais Frequentes

Os microorganismos mais frequentemente identificados nas uroculturas pedidas pelo Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Medicina da Reprodução, durante o ano de 2009 foram: *Escherichia coli* (59%), *Enterococcus faecalis* (10%), *Proteus mirabilis* (7%), *Klebsiella pneumoniae* (6%), *Staphylococcus saprophyticus* (4%), *Streptococcus Grupo B* (7%).

Diagnóstico

Urocultura

Bacteriúria UFC* \geq 105/ml ou

Bacteriúria UFC* \geq 102/ml + piúria** + sintomas agudos (síndrome uretral agudo)

*unidade formadora de colónias

**> 10 leucócitos/l urina não centrifugada ou >5 leucócitos/campo num sedimento centrifugado

Combur/ Urina II

A presença de nitritos ou piúria sugere o diagnóstico mas a acuidade diagnóstica é baixa. Os nitritos são produzidos apenas pelas Enterobacteriaceae (*E. coli*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumoniae*). A piúria pode existir na ausência de bacteriúria se: 1) medicação em curso com antibióticos; 2) contaminação com os produtos esterilizantes na colheita de urina asséptica; 3) contaminação pelos leucócitos vaginais; 4) nefrolitíase; 5) nefrite intersticial crónica.

INFECÇÃO URINÁRIA NA GRAVIDEZ

Clínica e Terapêutica

1. Bacteriúria Assintomática

- Tratar sempre; risco de infecção do tracto urinário superior (envolvimento renal oculto em 50% dos casos).
- Antibioterapia de acordo com o TSA e durante 5 dias (Tabela I).
- Urocultura 1 a 2 semanas após o fim da terapêutica.

2. Cistite

- Envolvimento exclusivo da bexiga.
- Sintomatologia variável: disúria, polaquiúria, urgência miccional, sensação de peso no hipogastro.
- Antibioterapia empírica de acordo com a Tabela I; revisão da terapêutica após conhecimento do TSA referente à urocultura colhida previamente ao início da antibioterapia. Antibioterapia por 5 dias
- Urocultura 1 a 2 semanas após o fim da terapêutica.

Tabela I. Antibioterapia empírica da infecção urinária não complicada

Regime terapêutico	Posologia
Regime 5 dias	
Amoxicilina + ácido clavulânico	500+125mg 8/8h ou 875+125mg 12/12h (Clavamox®, Clavamox DT®)
Fosfomicina	3g toma única (Monuril®)
Nitrofurantoína (NFT)*	100mg 12/12h (Furadantina®)
Trimetoprim-sulfametoxazol**	160/800mg 12/12h (Bactrim Forte®)
Cefradina	500mg 6/6h ou 8/8h (Cefradur®)
Amoxicilina+	500mg 8/8h (Clamoxyl®)
Ciprofloxacina	250mg 12/12h
Levofloxacina ^A	250 mg/ dia

* Sempre com duração de 7 dias; evitar se insuficiência renal ou défice de glicose 6P desidrogenase.

** Evitar o trimetoprim no 1º trimestre e as sulfonamidas no último mês da gestação.

+ Encontram-se descritas taxas de resistência da E.coli de 30-50%.

^A Administrar **exclusivamente** nos casos de resistência aos fármacos anteriores.

Quando os microorganismos mais frequentemente envolvidos apresentam padrões de resistência local com taxas $\geq 20\%$ para determinados antibióticos, estes não devem ser utilizados como terapêutica empírica. No Hospital de Santa Maria, e perante as Enterobacteriaceas, a ampicilina, a cefradina e o trimetoprim-sulfametoxazol tiveram resistências $> 20\%$.

3. Pielonefrite Aguda

- Sintomatologia: febre, calafrios, náuseas, vômitos, dor na região lombar/ flanco/pélvica e Murphy renal associados ou não a queixas urinárias; pode coexistir contractilidade uterina.
- Hemograma (leucocitose com neutrofilia), PCR +, piúria (a ausência de piúria sugere um diagnóstico alternativo ou a presença de obstrução urinária).
- Conduta:
 - Internamento – perante um quadro clínico ligeiro, com estabilidade hemodinâmica e sem sinais de parto pré-termo, pode ser ponderada terapêutica em ambulatório. Internamento obrigatório se:
 - Sintomatologia respiratória
 - Náuseas e/ou vômitos
 - Contractilidade uterina
 - Desidratação
 - Diabetes, nefrolitíase, anomalia anatómica
 - Vigilância apertada impossível
 - 2º episódio de pielonefrite
 - Hidratação: cristaloídes (manter débito urinário $> 50\text{ml/h}$).
 - Avaliação analítica: hemograma, função renal, ionograma e urocultura (colher previamente ao início da antibioterapia); colher hemocultura se febre $> 39^\circ\text{C}$, sépsis ou diabetes.
 - Antibioterapia empírica de acordo com a tabela II; revisão da terapêutica após conhecimento do TSA referente à urocultura.
 - Na ausência de melhoria clínica após 48h de antibioterapia pedir ecografia renal para excluir abcesso ou obstrução; ponderar adicionar gentamicina à terapêutica.
 - Alta após 24h de apirexia com terapêutica oral até completar ciclo de 10-14 dias de antibioterapia.
 - Urocultura 1 a 2 semanas após terminar antibioterapia.



Tabela II. Antibioterapia empírica da pielonefrite aguda

Regime terapêutico	Posologia EV	Posologia PO
Cefuroxima	750mg 8/8h	250mg 12/12h (Zoref®)
Cefotaxima	1-2g 8/8h	
Amoxicilina + ácido clavulânico	1000/200mg 8/8h	875/125mg 12/12h (Clavamox DT®)
Trimetoprim-sulfametoxazol*	2mg/Kg 6/6h	160/800mg 12/12h
Cefradina	1g 6/6h	500mg 8/8h (Cefradur®)
Outros regimes		
Ceftriaxone	1-2g / dia	
Ampicilina +gentamicina**	1-2g 6/6h + 3-5mg/kg/dia	
Meropenem ou Imipenem	500mg 8/8h	

* Evitar o trimetoprim no 1º trimestre e as sulfonamidas no último mês da gestação.

** A nefrototoxicidade e ototoxicidade dos aminoglicosídeos, embora raras no tratamento com dose baixa e de curta duração, têm sido descritas na terapêutica prolongada, pelo que estes só devem ser utilizados quando há resistências microbianas, alergia a outros antibióticos ou perante um quadro de sépsis, para cobertura antibiótica mais alargada.

Nota: A recorrência da pielonefrite na gravidez ocorre em 6 a 8% das mulheres. Nas grávidas que apresentam 2 ou mais infecções urinárias ou um episódio de pielonefrite, deve-se equacionar a profilaxia da infecção com nitrofurantoína (100mg/dia), trimetoprim-sulfametoxazol (160/800mg/dia), amoxicilina (500mg/dia) ou cefradina (500mg/dia) até 4 a 6 semanas após o parto. Manter em simultâneo vigilância com urocultura mensal.

Bibliografia

- Baleiras C, Campos A, Lourenço I et al. Infecções Urinárias e Gravidez. Acta Med Port 1998; 11:839-846.
- Duff P, Sweet R, Edwards R. Maternal and Fetal Infections. In: Creasy and Resnik's Maternal Fetal Medicine (6ª ed) Creasy R, Resnik R, Iams J, Lockwood C, Moore T, Saunders; 2009:739-95.
- Duff P. Maternal and Perinatal Infection – Bacterial. In: Obstetrics - Normal and Problem Pregnancies (5ª ed). Gabbe S, Niebyl J, Simpson J, Churchill Livingstone; 2007: 1233-1248.
- Eckert L. Urinary Tract Infections. In: Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology: a systematic approach to management. ACOG 2009; 57-65.
- Modena A. Renal Disease. In: Maternal-Fetal Evidence Based Guidelines (1ª ed). Berghella V Informa; 2007: 103-112.
- Ovalle A, Levani M. Urinary Tract Infections in Pregnancy. Curr Opin in Urol 2001; 11: 55-59.
- Passos F, Clode N, Graça L. Pielonefrite na gravidez. Acta Obstet Ginecol Port 2008; 2: 173-7.
- Pinto L. Infecçologia na gravidez. In: Medicina Materno Fetal. (3ª ed) Graça L. Lidel 2005:451-469.
- Sheffield J, Cunningham F. Urinary Tract Infection in Women. Obstet Gynecol 2005; 106:1085-1092.
- Wing D. Pyelonephritis in Pregnancy. Drugs 2001; 61:2087-2096.

INTERRUPÇÃO MÉDICA DA GRAVIDEZ (IMG)

A evacuação do útero antes das 24 semanas pode ser necessária quer no contexto da decisão electiva de terminar a gravidez, quer no contexto de uma gestação não evolutiva, morte fetal ou doença do trofoblasto.

A todas as grávidas submetidas a IMG deve ser determinado o grupo sanguíneo e a hemoglobina/hematócrito. Caso a grávida tenha grupo sangue Rh neg. deverá ser-lhe administrada IgG anti-D até 72h após a IMG.

Todo o material colhido após IMG deve ser enviado para estudo histológico.

I - 1º TRIMESTRE (≤ 12 sem)

A - Gravidez não viável (aborto retido, gravidez anembrionica)

MÉTODO CIRÚRGICO *Curetagem por aspiração ou com cureta*

- Internamento
- Utilização sistemática de antibioterapia profilática
Ceftriaxone 1g EV 30min antes do procedimento
- Proceder a dilatação do colo

Colocação prévia de 400ug de misoprostol (2 cp.) no fundo de saco vaginal, previamente humidificados e 3-4h antes do acto cirúrgico

ou

Colocação de laminária

- Desinfecção do colo
- Prensão e tração do colo com Pinça de Pozzi (rectificação do canal cervical)
- Introdução de laminária cuja extremidade proximal deve ultrapassar o OI do colo
- Remoção da laminária ao fim de 6h, imediatamente antes do acto cirúrgico



• Curetagem mecânica

1. Desinfecção dos genitais externos com Betadine®
2. Esvaziamento vesical
3. Exame bimanual para verificação do volume e posição do útero
4. Desinfecção da vagina e do colo com Betadine®
5. Preensão e tracção do colo com Pinça de Pozzi
6. Introdução de histerómetro — verificação de permeabilidade do canal cervical e avaliação da profundidade da cavidade uterina
7. Se necessário, proceder a dilatação mecânica do colo com dilatadores de metal
8. Introdução da cureta com o maior diâmetro que passe no canal cervical e que deve ser introduzida até ao fundo e trazida até ao exterior em cada movimento.
9. A curetagem deve ser realizada até que a passagem sobre a parede uterina transmita uma sensação de irregularidade

• Curetagem aspirativa

1. Proceder como acima até ao ponto 7
2. Introdução da cânula aspirativa cujo diâmetro deve ser igual ao da semana de gestação que se pretende evacuar
3. Iniciar a aspiração devendo a cânula ser rodada na cavidade e não exteriorizada
4. Após a aspiração deve ser feita revisão da cavidade com cureta de metal

- Todo o procedimento pode ser controlado através de ecografia
- Não é necessária a administração de uterotónico por rotina
- Envio sistemático de produtos da concepção para estudo histológico

Complicações

Hemorragia — associada a aborto incompleto (mais frequente à medida que a idade gestacional avança), atonia uterina ou lesão uterina.

Em caso de persistência de hemorragia

1. Realizar eco — excluir retenção de restos ovulares,
2. Administrar de 10U ocitocina EV (bolus) e/ou associar Misoprostol 4cp (800ug) rectal

3. Proceder a nova curetagem

4. Se a hemorragia persistir → provável lesão traumática
proceder a laparoscopia/laparotomia

Perfuração uterina

1. Identificação precoce — ausência de resistência no contacto da cureta com a parede uterina ou sensação de que a cureta penetra mais do que o esperado
2. Suspensão imediata do acto cirúrgico
3. Através de ecografia determinar se há evidência de restos ovulares e, caso existam realizar a curetagem com controlo ecográfico
4. Instituição de antibioterapia endovenosa de largo espectro por 24h
Ampicilina 1g 8/8h + Clindamicina 900mg 8/8h + Gentamicina 4,5mg/kg/d
5. Manter a doente em vigilância pelo menos 24h tendo em atenção os valores de hemoglobina/hematócrito e sinais e sintomas sugestivos de irritação peritoneal

Aborto séptico

Clinica: história de manipulação uterina, algias pélvicas de intensidade variável, corrimento hemático/purulento, febre, possível evidência ecográfica de restos ovulares, leucocitose com neutrofilia, PCR+

1. Internamento
2. Instituição de antibioterapia endovenosa de largo espectro
Ampicilina 1g 8/8h + Clindamicina 900mg 8/8h + Gentamicina 4,5mg/kg/d

Nota: caso não haja evidência de restos ovulares pode optar-se por iniciar antibioterapia com administração única de ceftriaxone 250 IM seguida de doxiciclina 100mg 12/12h PO + metronidazol 500mg 12/12h PO por 14 dias, ficando a doente internada por 24h e não sendo submetida a curetagem evacuadora, desde que haja melhoria do quadro clínico.

3. Realizar curetagem evacuadora — se houver evidência de restos ovulares — logo após o início da terapêutica antibiótica
4. Alta ao fim de 24h de apirexia.
5. Se houver suspeita de sepsis transferir doente para UCI



MÉTODO NÃO CIRÚRGICO

- SE aborto retido de ≥ 10 sem
 - Em regime de internamento, aplicação de Misoprostol 800 μcg (4cp previamente humidificados) vaginal de 6/6h até 3 doses
- SE aborto retido de < 10 semanas ou gravidez anembrionária
 - Em regime de ambulatório, um cp de 200 μcg de Misoprostol SL de hora a hora (8 tomas). Deve regressar à Urgência no 3º dia após a terapêutica de forma a confirmar a eficácia.
- Considerar que aborto foi completo se não se identificar saco gestacional 6h após última administração e/ou se espessura da cavidade $< 15\text{mm}$
- Se houver dor pélvica durante o tratamento com misoprostol
Paracetamol 1g 8/8h PO

Complicações

- **Hemorragia** - Ocorre hemorragia abundante com a expulsão do produto da concepção. É de esperar que se mantenham perdas hemáticas por 8-17 dias.
- **Aborto incompleto** - Na ausência de hemorragia ou infecção não é obrigatória a realização de curetagem evacuadora mas a doente deve ser formalmente instruída para recorrer à Urgência se existir hemorragia vaginal abundante, dor pélvica intensa ou febre.
- **Infecção** - muito rara. Não está recomendada ATB profilática

Contraindicações do uso do misoprostol.

- Alergia ao misoprostol
- Presença de DIU — que deve ser retirado previamente
- Discrasia hemorrágica — contraindicação relativa, implica maior vigilância da grávida
- Doença inflamatória intestinal mal controlada

Efeitos secundários — proporcionais à dose utilizada

- Náuseas e vômitos — sugerir associação com Nausefe® 1cp 8/8h
- Diarreia
- Febre e arrepios — não há elevação de PCR ou alterações de leucograma

B - Gravidez evolutiva

Optar pelo método cirúrgico como exposto em I-A ou pelo método não cirúrgico

Método não cirúrgico

- SE ≥ 10 semanas
 - Mifepristone 200mg PO seguido, 48h depois e em regime de internamento, de misoprostol 800 μcg (4cp previamente humidificados) vaginal de 6/6h até 3 doses.
- SE < 10 semanas
 - Mifepristone 200mg PO seguido de aplicação de 800 μcg (4cp previamente humidificados) vaginal; no dia seguinte e em ambulatório, inicia 1 cp de 200 μcg de Misoprostol SL de hora a hora (8 tomas). Deve regressar à Urgência no 3º dia após a terapêutica de forma a confirmar a eficácia.
- Considerar que aborto foi completo se não se identificar saco gestacional 6h após última administração e/ou se espessura da cavidade $< 15\text{mm}$
- Se houver dor pélvica durante o tratamento com misoprostol
Paracetamol 1g 8/8h PO

Complicações, contra-indicações e efeitos secundários — ver acima

O mifepristone está também contra-indicado se existir insuficiência supra-renal ou porfirias hereditárias



II - 2º TRIMESTRE (≥12 sem e ≤ 24 sem)

- Internamento da grávida na Enfermaria de Obstetrícia (a partir do momento em que inicie aplicações vaginais de misoprostol) e que deve ser levada para a Sala de Partos quando estiver em processo de expulsão do produto de concepção
- Na analgesia usar a meperidina EV/IM ou analgesia epidural.
- Os antibióticos só devem ser utilizados se houver razões clínicas

Procedimento

Mifepristone 200mg (1 cp) seguido ao fim de 36-48 h de **Misoprostol** 400 µg (2cp previamente humidificados) vaginal de 6/6horas até 3 administrações

NOTA: A existência de cicatriz uterina não é contra-indicação absoluta para o uso de misoprostol (ou de qualquer prostaglandina) mas está associada a um risco de rotura uterina pelo que a sua utilização deve ser rodeada do maior cuidado e vigilância

Contraindicações e efeitos secundários – ver acima

SE:

1. Não houver resposta ► repetir o esquema apenas com misoprostol nas 24h seguintes
 2. Indução negativa ao fim de 48h ► retomar indução após pausa de 24h.
 3. Não houver resposta com 2ª indução ponderar na utilização de:
 - Prostaglandina E2 em gel intracervical (1mg)
 - ou
 - Laminária (retirar ao fim de 6horas) associada a um uterotónico
 - ou
 - Algália de Foley com balão de 30 a 50ml de capacidade colocado intracervical e fixo na coxa da paciente até ser expulso em consequência da dilatação cervical.
- Após a expulsão do feto podemos esperar a expulsão da placenta durante 60 min. Caso tal não aconteça ou se se associar a hemorragia vaginal importante realizar revisão instrumental da cavidade.
 - Após a expulsão da placenta iniciar perfusão ocitócica (20U em 500ml de Dextrose a 5%) que se

pode interromper se as perdas sanguíneas forem normais.

- Realizar sempre ecografia após a expulsão do conteúdo uterino.
- Todo o material colhido deve ser enviado para estudo histológico

III - 3º TRIMESTRE (>24sem)

- Em geral são situações de morte fetal ou de malformações incompatíveis com a vida
- A grávida deve ser internada na Sala de Partos e deve proceder-se como descrito em Indução do Trabalho de Parto

IV – MOLA HIDATIFORME (ou suspeita)

- Internamento
- Avaliação analítica prévia à evacuação: β-hCG, hemograma, creatinémia, ionograma, provas de função hepática e tiroideia
- Determinação de grupo sanguíneo e reservar 2U CE – sobretudo se o útero ≥ 14 semanas
- Se necessário dilatar previamente o colo com laminária
- Proceder a aspiração do conteúdo uterino sob ocitocina (20U em 500ml dextrose 5% a 15ml/h). A sonda de aspiração deve ficar ao nível do OI do colo e ser avançada para o fundo uterino à medida que o volume uterino for diminuindo. Após a aspiração do conteúdo uterino pode proceder-se a uma revisão da cavidade com cureta. É de esperar uma hemorragia vaginal importante no início do procedimento mas que vai diminuindo à medida que se reduz o conteúdo uterino.
- Se o útero for ≥ 14 semanas a aspiração deve ser realizada com massagem do fundo uterino
- Todo o material colhido deve ser enviado para estudo histológico

Bibliografia

- Shulman LP, Ling FW. Surgical termination of pregnancy: first trimester. www.uptodate.com. Acedido em Fev 2011
- Shulman LP, Ling FW. Overview of pregnancy termination. www.uptodate.com. Acedido em Fev
- Spitz IM. Mifepristone for the medical termination of pregnancy. www.uptodate.com. Acedido em Fev 2011
- Shulman LP, Ling FW. Termination of pregnancy: second trimester. www.uptodate.com. Acedido em Fev 2011
- Clark W, Shannon C, Winikoff B. Misoprostol as a single agent for medical termination of pregnancy. www.uptodate.com. Acedido em Fev 2011
- Antibiotic prophylaxis for gynecological procedures. ACOG practice bulletin 104. Obstet Gynecol;2009;113:1180-9
- Management of unintended and abnormal pregnancy. Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L (ed) Wiley Blackwell 2009
- Garner EI. Gestational trophoblastic disease: management of hydatiform mole. www.uptodate.com. Acedido em Abril 2011



MASTITES

Celulite bacteriana das glândulas mamárias e tecido conjuntivo interlobular que se manifesta clinicamente por tumefacção, dor, calor, rubor, eventualmente febre, mal-estar e adenopatias axilares.

Deve ser colhido leite para cultura se:

1. Não houver resposta após 48h de ATB;
2. Se for uma mastite recorrente;
3. Se for uma mastite adquirida no hospital;
4. Quando a doente é alérgica aos antibióticos de primeira linha;
5. Em casos graves.

MASTITE NÃO COMPLICADA

Medidas de suporte

- Se for puérpera: manter o aleitamento + massagem + calor local; aplicar pomada de lanolina (Lansinoh®, Purelan 100®) nos mamilos.
- Analgesia (paracetamol, ibuprofeno)

Tratamento antibiótico em ambulatório durante 10 dias

- Amoxicilina 875mg* + Ácido Clavulânico 125 mg PO 12/12h
- ou**
- Flucloxacilina* 500 mg PO 6/6h
- ou**
- Dicloxacilina* (Diclocil®)* 500 mg PO 6/6h
- ou**
- Ciprofloxacina 500mg PO 12/12h

* Se alergia à penicilina:

Eritromicina (E.S.E. 500®) 500mg 8/8h PO ou

Trimetoprim+Sulfametoxazol 160mg + 800mg (Bactrim Forte®) 12/12h PO (contraindicado se amamentar bebé de < 2 meses)



Caso não haja melhoria após 48h associar Clindamicina (Dalacin C®) 300 mg 6/6h PO
A doente deve ser referenciada à Consulta de Mastologia após 10 dias de antibioterapia

Critérios de internamento

1. Má resposta ao tratamento em ambulatório
2. Suspeita de abscesso
3. "Ar séptico" – suspeita de bacteriémia/sépsis
4. Imunodepressão
5. Instabilidade hemodinâmica
6. Rápida progressão da infecção

ABCESSO MAMÁRIO

Sintomas e sinais de um processo inflamatório agudo acompanhados de zona flutuante correspondente à coleção purulenta.

Atitude

1. Internamento hospitalar
2. Analgésicos/antipiréticos e anti-inflamatórios
3. ATB EV durante 48h
4. No caso de abscesso não puerperal realizar ecografia prévia à drenagem.

Mastite puerperal
Cefazolina 1g 8/8h **ou Vancomicina 1g 12/12h

Mastite Não Puerperal
Amoxicilina** 1000 mg + ácido clavulânico 200 mg 12/12h ou Clindamicina 300mg 6/6h (ou Cefazolina ** 1g 8/8h) + Metronidazol 7,5 mg/Kg 6/6h

** Se alergia à penicilina: Ertromicina 500mg 6/6h EV

5. Drenagem do abscesso sob anestesia geral:

- Incisão arciforme paralela à aréola, no local de maior declive;
- Colher exsudado purulento para cultura;
- Desbridamento cuidadoso das locas com destruição de todos os septos;
- Lavagem com Soluto de Dakin + água oxigenada;
- A ferida tem que ficar aberta com drenagem durante 3-4 dias. A cavidade deve ser lavada sempre que se mudar o penso;
- Quando não existir exsudado purulento deixar encerrar por segunda intenção.

6. Se a cultura identificar *S. aureus* meticilino-resistente deve ser pedido apoio ao Infecçionologista e a terapêutica deve incluir um dos seguintes antibióticos: timetropim-sulfametoxazol, tetraciclina, clindamicina, vancomicina, rifampicina.

7. Deve-se aconselhar e auxiliar a lactante (dando apoio psicológico, ajuda a posicionar o bebé, administração de analgésicos) no sentido de manter o aleitamento da mama operada (a menos que a incisão seja próxima do mamilo e impeça o aleitamento).

8. Após a alta, deve ser mantida ATB oral durante 10 dias. Referenciar à Consulta de Mastologia.

Bibliografia

- Grube B, Giuliano A: Benign Breast Disease in Berek and Novak's Gynecology. Berek JS. 14th Edition. Lippincott Williams & Wilkins, 637-668, 2007.
- Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Gilstrap III L, Wenstrom K: The puerperium in Williams Obstetrics. 22nd Edition. McGraw-Hill, 695-710, 2005
- Dixon JM: Breast infection in ABC of Breast Diseases. Dixon JM. 3rd Edition. BMJ Books, Blackwell Publishing, 19-23, 2006
- Beigi R: Mastitis in Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology – a systematic approach to management. American College of Obstetricians and Gynecologists, 98-101, 2009.
- Spencer J. Management of mastitis in breastfeeding women. Am Fam Physician 2008;78:727-31.
- World Health Organization: Mastitis: Causes and Management, Publication Number WHO/FCH/CAH/00.13, World Health Organization, Geneva, 2000.



NÁUSEAS E VÔMITOS NA GRAVIDEZ

Início **antes das 9 semanas** de náuseas e/ou vômitos **sem** dor abdominal, febre ou cefaleias.

HIPEREMESE GRAVÍDICA

O extremo do espectro clínico. É um diagnóstico de exclusão.

Critérios

- Vômitos persistentes não relacionados com outras causas
- Um critério de desnutrição aguda (habitualmente cetonúria marcada)
- Diminuição ponderal $\geq 5\%$ do peso pré-gravídico

Alterações laboratoriais comuns na Hiperemese Gravídica

- Acidose devido à desnutrição
- Alcalose e hipocaliemia devido aos vômitos
- Aumento das transaminases hepáticas (> 300 U/L)
- Bilirrubina sérica < 4 mg/dL
- Amilase ou lipase séricas até $5 \times$ valor normal
- Supressão da TSH e elevação da tiroxina livre – hipertiroidismo ocorre em 70% dos casos, resolve até às 20 semanas de gravidez sem tratamento específico

Critérios de hospitalização

- Intolerância a líquidos por via oral
- Má resposta à terapêutica de ambulatório
- Cetose persistente
- Alterações dos sinais vitais (hipotensão, taquicárdia, taquipneia)
- Perda ponderal continuada



Medidas não-farmacológicas

1. Repouso, com restrição de visitas
2. Evitar estímulos sensoriais (ex. odores fortes) que possam provocar sintomas
3. Modificações dietéticas (existe pouca evidência científica da sua eficácia)
 - Suspender a toma dos comprimidos de ferro;
 - Refeições pequenas e frequentes;
 - Evitar: comidas condimentadas e gordurosas; bebidas frias, doces ou ácidas;
 - Aconselhadas: comidas secas, snacks de elevado valor proteico.

Tratamento Farmacológico para a grávida em ambulatório e em internamento

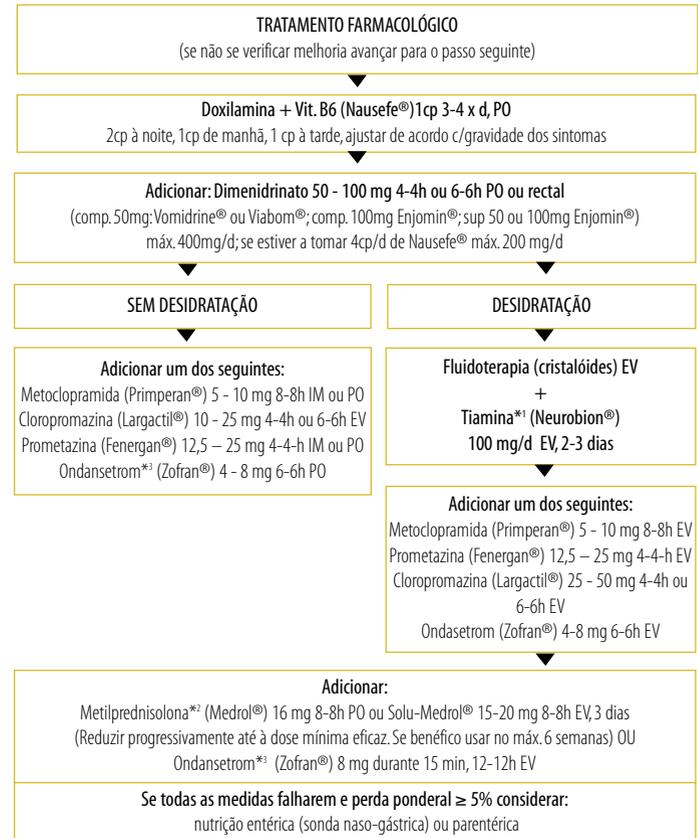
(ver organigrama na página seguinte.)

Hiperemese Gravídica que não responde à terapêutica suspeitar de:

1. Úlcera péptica
2. Gastroenterite
3. Pancreatite
4. Hepatite
5. Pielonefrite
6. Doenças psiquiátricas (perturbações do humor)

Bibliografia

- ACOG Practice Bulletin Nº 52: Nausea and vomiting of pregnancy. Obstet Gynecol 2004; 103(4): 803-14. Reaffirmed 2009.
- Machado MH. Patologia gastroenterológica. In Medicina Materno Fetal. (3ªed) Graça LM (ed). Lidel Lisboa 2005.
- Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Gilstrap III L, Wenstrom K. Gastrointestinal Disorders in Williams Obstetrics. 22nd Edition. McGraw-Hill, 1111-1123, 2005.
- Arsenault M, Lane C, Mackinnon C et al. The management of nausea and vomiting of pregnancy. J Obstet Gynaecol Can 2002; 24:817-31.
- Niebly J. Nausea and vomiting in pregnancy. N Engl J Med 2010; 363:1540-50.



*1- Tiamina (vitamina B1) EV não existe no nosso prontuário sem ser em associação com piridoxina (vitamina B6) e cianocobalamina (vitamina B12), é recomendada em todas as mulheres que requerem rehidratação EV e que vomitaram mais de 3 semanas.

*2- Os corticosteróides devem ser usados com precaução ou evitados nas primeiras 10 semanas de gestação.

*3- A segurança do Ondansetrom, particularmente no 1º trimestre, ainda não está estabelecida.



ACTUAÇÃO INTRA-PARTO NA GRÁVIDA OBESA

A. Medidas Gerais

1. Posicionar a grávida em decúbito lateral esquerdo de modo a melhorar a oxigenação materna e a perfusão útero-placentária. Elevar a cabeça e o tronco de modo a prevenir a compressão das vias aéreas e consequentemente melhorar a oxigenação.
2. Ponderar a colocação de um acesso venoso central ou de uma linha arterial se não for possível uma via periférica.
3. Contenção elástica dos membros inferiores durante todo o trabalho de parto (especialmente a partir do momento em que deixe de haver deambulação).
4. Assim que for possível, se não existirem contra-indicações, iniciar analgesia loco-regional pois ajuda a maximizar a função pulmonar.
5. Logo que possível romper membranas e iniciar monitorização fetal por métodos internos

B. Em caso de Cesariana

1. Se não existirem contra-indicações optar pela analgesia loco-regional.
2. Se a anestesia for geral, 60 minutos antes da cesariana iniciar um inibidor da bomba de prótons (ex. pantoprazole) ou um bloqueador dos receptores H2 (ex. ranitidina, cimetidina) ou metoclopramida de modo a prevenir as sequelas de uma eventual aspiração de suco gástrico.
3. Antibioterapia profilática – vem em CESARIANA
4. Prevenção do tromboembolismo pulmonar – vem em PROFILAXIA DO TROMBOEMBOLISMO VENOSO
5. Escolha da incisão

A escolha do local de incisão em grávidas obesas é controversa, optando-se na maioria dos casos pela incisão transversal (Pfannenstiel). No entanto, em situações de cirurgias prévias com incisão mediana infra-umbilical, deve optar-se por repetir essa incisão.

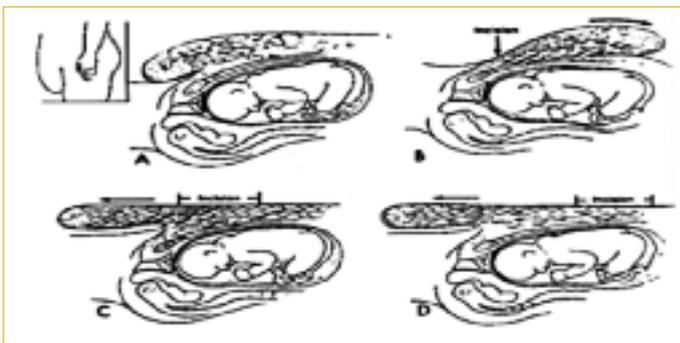


Fig. 1. A - Panículo adiposo; B - Incisão de Pfannenstiel após retracção do panículo adiposo (usar cintas de adesivo presas à parede abdominal da grávida e à barra da tenda da mesa operatória); C - Incisão mediana vertical baixa; D - Incisão mediana vertical infra-umbilical

6. Encerramento da parede abdominal

Se a incisão foi mediana o encerramento da parede abdominal deve ser feita por sutura interrompida de Smead Jones (Fig.2)

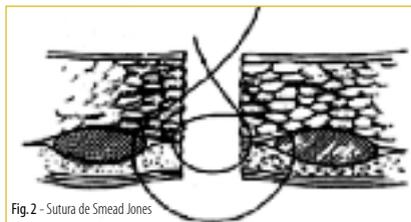


Fig. 2 - Sutura de Smead Jones

Se a incisão for transversal, a aponeurose deve ser encerrada com fios de sutura não reabsorvível (ex. prolono) ou fios de sutura de reabsorção lenta (ex. Vycril). Quanto ao tecido celular sub-cutâneo a incidência de complicações da ferida diminui se for colocada uma drenagem aspirativa em sistema fechado ou se este espaço for encerrado com uma sutura contínua.

O encerramento da pele pode ser feito com agrafes esterilizados, ou sutura interrompida com pontos Donatti utilizando um fio de sutura não reabsorvível (ex. Nylon), no entanto estes não devem ser removidos prematuramente (nunca antes do 8º dia pós parto)

Bibliografia

- Perlow JH. Obesity in Obstetric Intensive Care Patient. Obstetric Intensive Care Manual (2ª ed) Foley M, Strong T, Garite T (ed) McGraw Hill Companies Inc. 2004
- Leddy M., Power M., Schukkin J. The Impact of maternal obesity on maternal and fetal health Reviews in obstetrics et gynecology, 2008, 170 – 178.

PARAGEM CARDIO-RESPIRATÓRIA (PC-R) NA SALA DE PARTOS

Na fase final da gravidez, a paragem cardíaca ocorre em cerca de 1:30 000 grávidas.

Causas de PC-R durante a gravidez

- Embolia de líquido amniótico
- Hemorragia pós-parto
- Iatrogénica
 - complicações anestésicas
 - hipermagnesiémia
 - troca acidental de fármacos ou alergias
- Doença cardíaca pré-existente (congénita ou adquirida)
- Hipertensão induzida pela gravidez
- Sépsis
- Trauma
- Tromboembolismo venoso

Em caso de paragem cardio-respiratória (PC-R) na grávida, o algoritmo a seguir é o algoritmo de Suporte Avançado de Vida (SAV) do adulto. Deve-se, no entanto, ter em atenção algumas considerações:

1. A via aérea da grávida deve ser rapidamente assegurada através de uma Intubação Orotraqueal (IOT), não só para facilitar a ventilação e oxigenação, mas também para proteger a via aérea de aspiração de conteúdo gástrico;
2. É essencial o desvio do útero gravídico para a esquerda, de forma a permitir o retorno venoso ao coração. Para tal deve-se colocar uma cunha ou almofada no flanco direito da grávida ou pedir a um ajudante, que se deve posicionar à esquerda da grávida, que desloque (puxe!) o útero para a esquerda;



3. As compressões torácicas devem ser feitas ligeiramente acima do centro do esterno, para se ajustarem à elevação do diafragma própria da gravidez;
4. O suporte otimizado da mãe é a melhor terapêutica para o feto, sendo aconselhados, por isso, todos os fármacos de reanimação disponíveis para as não-grávidas, bem como a desfibrilhação cardíaca precoce quando indicada;
5. Numa grávida com mais de 20 semanas, se as tentativas de reanimação não forem bem sucedidas ao fim de 4 minutos, deve-se proceder a uma cesariana emergente pois a reanimação da mãe depende da descompressão aorto-cava e a sobrevivência fetal sem sequelas neurológicas é possível se o parto ocorrer até ao 5º minuto após a PC-R.

Assim, em toda a situação de PC-R, devem preparar-se para proceder a uma cesariana *in loco* uma equipa com um obstetra experiente – capaz de proceder a uma rápida extracção fetal. A cesariana deve ser realizada 1) sob RCR, 2) sem necessidade de analgesia, que é dispensável enquanto durar a perda de consciência, 3) sob assepsia mínima, 4) esperando uma hemorragia mínima enquanto durar a hipotensão, 5) procedendo à histerorrafia e, caso haja reversão da PC-R, transferir à grávida para o bloco operatório.

6. Se a extracção do feto não facilitar a reanimação materna, devem ser consideradas medidas como a toracotomia com massagem cardíaca directa e a circulação extra-corporal.
7. Durante a RCR na gravidez, podem ocorrer complicações maternas tais como a laceração hepática, ruptura uterina, hemotórax e hemopericárdio.
8. O recém-nascido estará provavelmente com hipóxia e acidose, e também necessitará de RCR.

Algumas situações particulares que podem originar PC-R:

1. **Hipovolémia:** devido a perdas sanguíneas excessivas durante o parto (sobretudo se a grávida tiver alguma alteração da coagulação), agravadas pela compressão da veia cava inferior pelo útero
Medidas: Deslocar imediatamente o útero para a esquerda, aumentar a velocidade do soro e pedir concentrado de eritrócitos e plasma fresco congelado;

2. **Hipóxia:** agravada pela obstrução causada pelo edema e lassidão dos tecidos moles das vias aéreas superiores, bem como pela anemia funcional e a diminuição da reserva respiratória.

Medidas: IOT precoce, antecedendo uma via aérea potencialmente difícil.

3. **Eclâmpsia:** deve excluir-se a possibilidade da PC-R ter ocorrido na sequência de uma eclâmpsia. Nesse caso proceder como preconizado em Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia/S. HELLP

4. **Alterações metabólicas:** rever sempre a terapêutica em curso da grávida, nomeadamente diuréticos espoliadores de iões que podem originar uma hipocaliémia (atenção aos produtos naturais tomados no domicílio).

Medidas: cloreto de potássio a 8,4% (10 a 40 ml) se hipocaliémia

5. **Tromboembolismo pulmonar:** em caso de dificuldade respiratória súbita prévia à instalação da PC-R, devem ser considerados prontamente dois diagnósticos – embolia de líquido amniótico e tromboembolismo pulmonar.

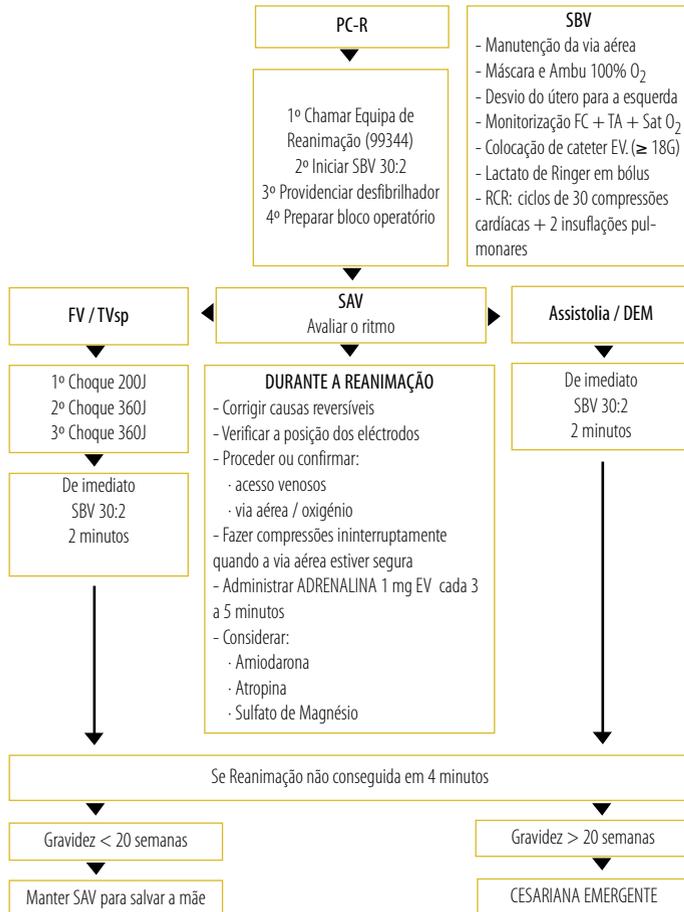
Medidas: IOT imediata com FIO2 100%. Considerar a utilização de broncodilatadores, heparina ou fibrinolíticos

6. **Tóxicos:** o mais provável são os anestésicos locais no decurso de uma anestesia/analgesia epidural. Outra situação a ter em conta são as reacções alérgicas a qualquer fármaco iniciado por via endovenosa. A hipermagnesémia pode provocar PC-R.

Medidas: A intoxicação por magnésio é tratada com gluconato de cálcio (4-6 mg/Kg em bólus EV).

Bibliografia:

- European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005. Handley AJ, Koster R, Monsieurs K, Perkins GD, Davies S, Bossaert L. Resuscitation (2005) 67S1, S7-S23
- Chestnut DH. Obstetric Anesthesia, Principles and Practice; Mosby Elsevier 2009, pp 900-901.
- Ayres de Campos, D. Hipoxia fetal aguda. In Emergências Obstétricas. Ayres de Campos D, Santos Silva I, Costa F. (ed) Lisboa, Lidel 2011



PARTO NA GRAVIDEZ MÚLTIPLA

Considerações Gerais

1. A abordagem do parto gemelar e a decisão da via de parto devem ser definidas durante o período antenatal.

2. São indicações para **cesariana electiva** as seguintes:

- Gravidez gemelar monoamniótica*
- Gémeos siameses*
- Gravidez múltipla > 2 fetos*
- Todas as indicações da gravidez de feto único
- Feto A pélvico ou transverso.
- Feto B pélvico com hiperextensão do pólo cefálico.
- Se o 2º gémeo for significativamente maior que o 1º (se o peso do gémeo B for superior em 500g ou > 20% do peso do gémeo A)
- Inexperiência/ desconforto da Equipa Obstétrica

* excepto se inviabilidade fetal

NOTA: A existência de antecedentes de cesariana **não** é indicação absoluta para cesariana mas contraindica manobras como a versão podálica interna e a grande extracção pélvica

3. Ter em mente as Complicações/Situações de maior risco nos partos gemelares

- *Vasa previa*
- DPPNI
- Hipóxia fetal intra-parto
- Hemorragia intraparto e pós-parto
- Endometrite puerperal
- Prolapso do cordão
- Apresentações anómalas

PARTO NA GRAVIDEZ MÚTIPLA

4. Nas gestações bicoriônicas, nunca ultrapassar a 39ª semana de gestação. Nas gestações monocoriônicas bi-amnióticas não ultrapassar a 37ª semana de gestação. Nas gestações monoamnióticas, programar o parto por cesariana entre a 32ª-34ª semana
5. Após o parto do gêmeo B deve colher-se sangue do cordão de ambos os fetos (clampar os cordões de maneira a poder distingui-los) para gasimetria
6. As placentas devem ser avaliadas macroscopicamente e enviadas **sempre** para a Anatomia Patológica.
7. Após a dequitação iniciar atitudes para a prevenção da hemorragia pós parto
 - Massajar continuamente o útero
 - Administrar 20 U de ocitocina em 500ml de Dextrose a 5% (P4) a 50ml/h.
 - Se necessário, administrar Misoprostol rectal - 800 g (4cp previamente humidificados)

PARTO VAGINAL NA GRAVIDEZ GEMELAR

- Parto de **muito alto risco**, implica obstetra, enfermeira especialista em obstetrícia, anestesista e neonatologista presentes/disponíveis durante o trabalho de parto.
- Idealmente o parto deve ocorrer no Bloco Operatório para a eventualidade da necessidade de cesariana de emergência.
- Durante todo o período expulsivo deve ser mantida a monitorização fetal. Deve estar disponível um ecógrafo para certificação da apresentação do gêmeo B.
- Deve existir um responsável pelo parto (*team leader*) com experiência em parto instrumental e manobras obstétricas.

À entrada da Sala de Partos:

- Grupagem sanguínea e hemograma
- Reservar Concentrado de Eritrócitos (SOS)
- Realizar Ecografia
 - Estimativa de peso fetal (caso não haja recente)

- Avaliar volume de líquido amniótico
- Identificar apresentações
- Iniciar monitorização fetal **contínua** de ambos os fetos e, logo que possível, proceder à monitorização interna do feto A.
- Analgesia epidural logo que possível

► ATITUDE SE GÊMEO A E B CEFÁLICOS

1. Parto pode ser por via vaginal para qualquer idade gestacional e para qualquer peso fetal
2. Proceder como no parto simples em relação a:
 - Indução do trabalho de parto (excepto na utilização de misoprostol)
 - Perfusão de Ocitocina
 - RABA da 1ª Bolsa e parto do gêmeo A
3. Após parto do gêmeo A:
 - Clampar o cordão
 - Excluir o prolapso do cordão do gêmeo B
 - Repetir ecografia para confirmar apresentação (a menos que seja óbvia ao toque)
 - Se CTG for tranquilizador esperar que a contractilidade se reinicie em 10 minutos; caso contrário, deve reiniciar-se ocitocina

NOTA: Não há consenso quanto ao tempo de latência entre o parto dos 2 fetos mas parece ser seguro aguardar 30min. desde que haja evidência de bem-estar fetal. Longos intervalos de latência associam-se com o retrocesso da dilatação impedindo manobras de emergência.

- RABA da 2ª bolsa logo que contractilidade reiniciada e existam condições adequadas
- Se sofrimento fetal agudo pode ser necessária versão podálica interna ou realização de parto instrumental mesmo sem encravamento da apresentação.

PARTO NA GRAVIDEZ MÚTIPLA

► ATITUDE SE GÉMEO A CEFÁLICO E GÉMEO B NÃO CEFÁLICO

Via de parto depende de:

- Tamanho do gêmeo B – **nunca** optar por via vaginal se gêmeo B for significativamente maior que o gêmeo A ou se tiver um peso estimado < 1500g
- Equipa obstétrica estar experiente/confortável com:
 - Parto pélvico ajudado
 - Versão podálica interna
 - Grande extracção pélvica

Após parto do gêmeo A:

- Clampar o cordão
- Excluir o prolapso do cordão do gêmeo B
- Repetir eco para confirmar posição e localizar o dorso de gêmeo B
- Se CTG for tranquilizador esperar que a contractilidade se reinicie em 10 minutos; caso contrário, deve reiniciar-se ocitocina
- Se gêmeo B em apresentação **pélvica incompleta modo nádegas** e encravado, procede-se a RABA da 2ª bolsa logo que contractilidade reiniciada seguida de **parto pélvico ajudado** (ver PARTO PÉLVICO)
- Se gêmeo B em **situação transversa ou apresentação pélvica completa ou incompleta modo de pés não deve** ser tentada a versão externa (associa-se a menor taxa de sucesso que o parto pélvico) procedendo-se a uma GRANDE EXTRACÇÃO PÉLVICA (Fig. 1 A)
 1. Introduzir a mão do operador no canal de parto
 2. Localizar por palpação ambos, ou pelo menos um pé do feto
 3. Proceder a rotura de membranas
 4. Agarrar o(s) pé(s) e proceder a tracção cuidadosa com o ajudante a pressionar continuamente o fundo uterino de forma a manter flexão de pólo cefálico
 5. Proceder ao parto pélvico ajudado
 6. Pode ser necessário relaxar o útero com salbutamol. Neste caso o parto do gêmeo B deve ser o mais rápido possível para evitar “retrocesso da dilatação.”
 7. Pode ser necessária anestesia geral

- Se gêmeo B transverso e se existe experiência, a **VERSÃO PODÁLICA INTERNA** (Fig. 1B) seguida de grande extracção pélvica é uma opção.

1. Introduzir a mão do operador no canal de parto
2. A mão a introduzir deve ser a que corresponde ao lado dos membros inferiores (MI) do feto (esquerda se os MI estão à direita e vice-versa)
3. Havendo possibilidade de escolha deve segurar-se o MI anterior se o que se apresenta é o abdómen fetal ou o MI posterior se o que se apresenta é o dorso do feto. Se tal não for possível segurar o MI de mais fácil alcance
4. Sendo possível devem segurar-se ambos os pés.
5. Em simultâneo a mão exterior do operador mantém-se no fundo uterino e ajuda na versão
6. Deve ser exercida tracção no MI puxando-o para a linha média e proceder à versão
7. Proceder como na grande extracção pélvica



Fig. 1A



Fig. 1B

PARTO NA GRAVIDEZ MÚTIPLA

A versão podálica interna :

- Nunca deve ser realizada se existe cicatriz uterina.
- Não insistir se o gêmeo não se rodar com facilidade.

Se as manobras não têm sucesso ou se há suspeita de sofrimento fetal agudo deve efectuar-se uma cesariana.

PARTO DIFERIDO

Pretende prolongar a gestação após o parto de 1 (ou mais) dos gêmeos, quando tal se verifica entre a 20ª e a 26ª semanas.

Os pais devem ser informados das probabilidades de insucesso/risco. Obter consentimento informado

Contraindicado se:

- Gravidez monocorial
- Suspeita de infecção intra amniótica
- Evidência de hemorragia vaginal
- Contractilidade refractária à tocolise
- Pré-eclâmpsia
- Evidência de malformações fetais
- Suspeita de sofrimento fetal
- Patologia materna grave

Actuação após o nascimento do 1º gêmeo:

1. Realizar ecografia para excluir descolamento de placenta de 2º gêmeo
2. Evitar toques vaginais repetidos
3. Não retirar a placenta do 1º feto e proceder à laqueação do cordão o mais próximo possível do colo
4. Iniciar tocolise (Atosiban e eventual uso de indometacina rectal) que se deve manter por 72h
5. Iniciar ATB de largo espectro EV (Gentamicina, Clindamicina ou Metronidazol e Ampicilina) e que deve manter por 7 dias
6. Proceder a indução maturativa fetal com Betametasona IM (se \geq 24 semanas)

7. Internamento com repouso absoluto no leito com instituição de HBPM e vigilância diária de:

- Sinais e sintomas de amniotite
- Leucograma e PCR
- Bem estar fetal

Bibliografia

- Graça L.M. Gravidez Múltipla. In Medicina Materno-Fetal (4ª ed) L.M Graça (ed). 2010. Lidel Lisboa
- Centeno M, Clode N, Tuna, et al. Parto Diferido – Evolução materna e perinatal. Acta Obstet Ginecol Port. 2009;3:128-133
- Malone F, D'Alton M. Multiple gestation- Clinical characteristics and management. In Maternal fetal Medicine, Principles and practice (6th ed) Creasy R, Resnik R, Jams J, Lockwood CJ, Moore TR (ed) Saunders Philadelphia 2009
- Multiple gestation: complicated twin, triplet, and high-order multifetal pregnancy. ACOG Practice Bulletin No. 56. Obstet Gynecol 2004 (reaffirmed 2009);104:869-83.
- Ravishankar V, Quink JG. Multiple Gestation. In Operative Obstetrics 2nd ed. O'Grady JP, Gimovsky ML (ed). Cambridge University Press 2008
- Cleary-Goldman J, Chitkara U, Berkowitz R. Multiple Gestations. In Obstetrics. Normal and Problem Pregnancies 5th ed. Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL (ed). Churchill Livingstone Philadelphia 2007



PARTO INSTRUMENTAL

Parto efectuado através da utilização de instrumentos — fórceps e ventosa obstétrica. Tem indicações e algumas condições de aplicação comuns.

Indicações

- Período expulsivo prolongado
- Necessidade de abreviar o período expulsivo (antecipar DO!)
- Suspeita de hipóxia fetal

Condições de aplicação

- Conhecimento adequado da técnica
- Compatibilidade feto-pélvica
- Encravamento da apresentação
- Determinação correcta da variedade e posição
- Dilatação completa
- Rotura de membranas
- Bexiga vazia
- Analgesia adequada
- Condições para cesariana de emergência

Contraindicações gerais de aplicação

- Inexperiência do executante
- Incapacidade de conseguir uma correcta aplicação do instrumento

Classificação (ACOG)

Médio – Apresentação entre o estadio 0 e +2

Baixo – Apresentação no estadio +2 ou +3

Perineal – Apresentação no estadio > +3 (escalpe visível)

VENTOSA OBSTÉTRICA

Técnica destinada a auxiliar instrumentalmente o parto, baseando-se na criação de uma força externa de tracção ao escalpe fetal, conseguida através de um aparelho de vácuo. É essencialmente um instrumento de flexão, com capacidade limitada de tracção e rotação.

Condições de aplicação – as comuns a todo o parto instrumental e ainda

- Apresentação de vértice
- Gravidez \geq 34 semanas

Contra-indicações

• Absolutas

- Incompatibilidade feto-pélvica
- Apresentação que não a de vértice
- Desconhecimento da posição e estadio da apresentação
- Coagulopatia fetal presumida

• Relativas

- Dilatação incompleta – excepcionalmente (situações de emergência) é possível aplicar e tracionar se dilatação cervical \geq 8cm desde que apresentação esteja encravada
- Apresentação não encravada – apenas na extracção de 2º gémeo
- Após punção do escalpe fetal para colheita de sangue capilar

Técnica de aplicação

1. Parturiente em posição de litotomia
2. Proceder a desinfeção da vulva e períneo e esvaziamento vesical
3. Assegurar analgesia adequada

4. Assegurar contractilidade uterina regular

5. Montagem e/ou verificação do instrumento, com lubrificação da campânula

6. Exame pélvico para confirmação da posição e estadio fetal

7. Aplicação do centro da campânula sobre a sutura sagital e a cerca de 3 cm à frente da fontanela posterior (ponto de flexão) – Fig.1

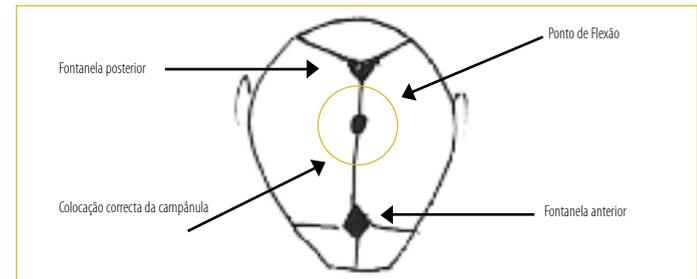


Fig.1

8. Iniciar o vácuo até 0,2 kg/cm² (formação do caput)

9. Confirmar digitalmente a ausência de tecido materno (colo, mucosa vaginal) entre a apresentação e a circunferência da campânula

10. Prosseguir com a criação de vácuo que, nas ventosas maleáveis (ex: Kiwi), pode ser atingido num minuto (pressão negativa máxima - 0,8kg/cm²)

11. Tracionar, **em coordenação com o esforço materno e com as contrações uterinas**, segundo o eixo do canal de parto, mantendo o polegar da mão não dominante sobre a campânula e 1 ou mais dedos no escalpe fetal – Fig.2. A tracção deve ser feita segundo a direcção do canal de parto (Curva de Carus) e evitando movimentos de balanço.



12. Avaliar a progressão da apresentação com cada tracção
13. Efectuar episiotomia se necessário

Nota: A desadaptação (*pop-off*) da campânula está associada a técnica defeituosa ou a incompatibilidade feto-pélvica e aumenta o risco de lesão fetal. Deve-se rever a variedade e posição da apresentação antes da re-aplicação.

Nº máximo de tracções - 4 Nº máximo de aplicações - 3

Complicações

Maternas

- Lacerações perineo/cervicais
- Hematomas vaginais

Neo-natais (incidência 0,1-3/1000)

- Equimoses e lacerações do escalpe fetal
- Cefalo-hematomas
- Hematoma sub-aponevrótico
- Hemorragia intra-craniana
- Hemorragia subconjuntival e retiniana
- Icterícia neo-natal

Nota: As complicações quando identificadas, devem ser sempre registadas no processo clínico.

FÓRCEPS

Instrumento constituído por dois ramos, cruzados ou não, e que permite a tracção e rotação da apresentação fetal.

Condições de aplicação – as comuns ao parto instrumental.

Pode ser aplicado nas apresentações cefálicas – vértice e face – e na apresentação pélvica, na extracção da cabeça última

Técnica de utilização na apresentação de vértice

1. Parturiente em posição de litotomia
2. Proceder a desinfecção da vulva e períneo e esvaziamento vesical
3. Assegurar analgesia adequada
4. Assegurar contractilidade uterina regular
5. Montagem e/ou verificação do instrumento
6. Exame pélvico para confirmação da posição e estadio fetal

Nota: O *capput succedaneum*, a moldagem excessiva do polo cefálico e o assimclitismo são factores que podem levar a erros na avaliação do estágio da apresentação e da posição

7. Aplicação de Fórceps de Simpson – Qualquer que seja a variedade, a aplicação nunca pode ser forçada devendo ser feita sempre delicadamente

Aplicação

Ramo introduzido em 1º lugar ⇒ Lei da colher posterior

Posições Anteriores	Posições Posteriores
Variedades esquerdas ==> RE	Variedades esquerdas ==> RD
Variedades OP (directa) ==> RE	Variedades OS (directa) ==> RE
Variedades direitas ==> RD	Variedades direitas ==> RE

RE – ramo esquerdo; RD – ramo direito



8. Articulação dos ramos
9. Verificação da aplicação
 - Sutura sagital da apresentação perpendicular ao plano dos ramos
 - Pequena fontanela 2cm acima (se OIA) ou abaixo (se OIP) do plano dos ramos articulados
10. Tracção APENAS durante as contracções e esforços expulsivos materno e segundo a curvatura do canal de parto; rotação $\leq 45^\circ$
11. Episiotomia – obrigatória!
12. Protecção do períneo
13. Desarticulação dos ramos
14. Proceder ao parto
15. Episiorrafia; revisão de canal de parto e reparação de lacerações

Complicações

Neo-natais

- Equimoses e lacerações do escalpe e face fetal
- Cefalo-hematomas
- Fractura da clavícula
- Fractura de crânio
- Hemorragia intracraniana
- Paralisia do nervo facial

Maternas

- Lacerações perineo/cervicais
- Hematomas vaginais
- Hemorragia

Nota: As complicações quando identificadas, devem ser sempre registadas no processo clínico.

Aspectos particulares

Aplicação nas Posições Transversas

1. Antes de aplicação do fórceps, tentar rotação digital para OIA durante contracção
2. Utilizar fórceps de Kielland (1ª colher a aplicar é SEMPRE a anterior)
3. Mão guia do operador introduzida no escavado posterior e orienta a introdução da colher para o parietal posterior do feto
4. Levam a colher para o parietal anterior, com o auxílio da mão guia, fazendo deslizar a colher sobre a face fetal
5. Aplicar a colher posterior

6. Articulação dos ramos e correcção do assinclitismo
7. Rotação de 90° e tracção

Aplicação nas Variedades Posteriores com Rotação > 90°

1. Antes de aplicação do fórceps, tentar rotação digital para OIA durante contracção
 2. Utilizar preferencialmente fórceps de Kielland
 3. Correcção de assinclitismo (apenas se fórceps de Kielland)
 4. Elevação (desencravamento) ligeiro da apresentação
 5. Rotação (90° - 135°) dos cabos do fórceps cujo eixo não se pode desviar do eixo do canal de parto
- Nota:** caso se utilize fórceps de Simpson, os cabos devem realizar um amplo movimento de rotação (as extremidades dos cabos quase que tocam face interna de coxa materna) de forma a que o arco realizado pelas colheres seja o menor possível – manobra de Scanzoni. Uma vez conseguida a rotação o fórceps deve ser retirado e aplicado como na variedade anterior correspondente.
6. Tracção

Aplicação nas Apresentações de Face

- Apenas a apresentação mento-anterior permite parto vaginal
- Utilizar fórceps de Simpson
- Aplicar como nas variedades anterior da apresentação de vértice mas proceder à tracção para cima (a 45° do plano do leito) logo que a apresentação esteja no plano perineal

Aplicação na Apresentação Pélvica – Fórceps à Cabeça Última

(Ver em PARTO PÉLVICO)

Bibliografia

- Graça LM. Fórceps. In: Medicina Materno-Fetal (4ª ed) L M Graça ed. 2010. Lidel Lisboa.
- Graça LM. Ventosa obstétrica. In Medicina Materno-Fetal (3ª ed) L M Graça ed. 2005. Lidel Lisboa.
- O'Grady JP. Forceps delivery. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2002;16:1
- Vacca A. Vacuum-assisted delivery Best Pract & Res Cl Obstet Gynecol 2002;16:17
- ACOG Practice Bulletin 17. Junho 2000 (reaffirmed 2009)
- O'Grady JP. Instrumental Delivery. In Operative Obstetrics. 2nd ed. O'Grady JP, Gimovsky ML. (ed) Cambridge University Press 2008



PARTO PÉLVICO AJUDADO

Apesar de actualmente a apresentação pélvica ser considerada como razão para o parto por cesariana há situações em que pode ocorrer por via vaginal:

- A grávida desejar o parto por via vaginal
- A grávida for admitida em trabalho de parto avançado (pelve encravada e modalidade de nádegas)
- Diagnóstico incorrecto de apresentação cefálica
- Parto de segundo gémeo – ver em PARTO NA GRAVIDEZ GEMELAR

Considerar como candidato a parto pélvico por via vaginal se:

- Peso fetal estimado entre 2.000 e 3.500g
- Apresentação pélvica incompleta modo de nádegas
- Canal de parto adequado
- Cabeça fetal sem hiperextensão
- Membranas intactas até o início da fase activa

Abordar o trabalho de parto em apresentação pélvica desde que:

- Seja possível a monitorização fetal contínua.
- Esteja disponível anestesista – sobretudo no período expulsivo
- Não seja evidente distócia mecânica
- Estejam disponíveis 2 obstetras, um dos quais experiente no parto pélvico ajudado

No trabalho de parto em apresentação pélvica

- É desejável que decorra sob analgesia epidural
- A amniotomia deve ser realizada tardiamente, de preferência com a pelve bem descida no canal de parto e em dilatação cervical quase completa
- Após a rotura de bolsa de águas é possível proceder à monitorização fetal por métodos directos com a colocação de um eléctrodo na nádega fetal

- A estimulação ocitócica está indicada desde que haja distócia dinâmica (< 3 contracções/10 minutos) e não haja suspeita de incompatibilidade feto-pélvica
- A grávida deve evitar os esforços expulsivos até à dilatação completa

CONDUTA DURANTE O PERÍODO EXPULSIVO

A parturiente deve ser estimulada a realizar esforços expulsivos o mais intensos possíveis durante as contracções, devendo o obstetra abster-se de manipular o feto durante o processo de expulsão espontânea da pelve e até ao momento da visualização do umbigo.

1 - Parto da pelve e membros inferiores

- Permitir parto espontâneo da pelve até à visualização do umbigo fetal (Fig. 1).

Nota: Não ter pressa no parto pélvico. Nunca traccionar a pelve fetal – risco de extensão de membros superiores (MS) ou da cabeça fetal

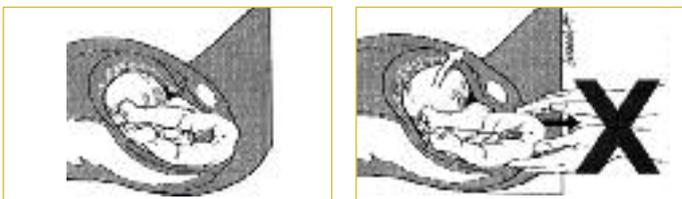


Fig. 1 - Expulsão espontânea da pelve fetal; nunca proceder à tracção da pelve.

- Realizar episiotomia ampla
- Em geral, neste momento o sacro roda para uma posição anterior; se tal não acontecer, deve-se rodá-lo para que fique com o dorso anterior
- Traccionar ligeiramente o cordão umbilical formando uma ansa
- A partir deste momento, o ajudante deve exercer, permanentemente, pressão supra-púbica ligeira de forma a manter flexão da cabeça fetal – manobra de Credé
- Se a expulsão dos membros inferiores for muito lenta proceder à manobra de Pinard (Fig. 2): introduzir dois dedos ao longo da coxa até à região popliteia empurrando a coxa para cima e para fora

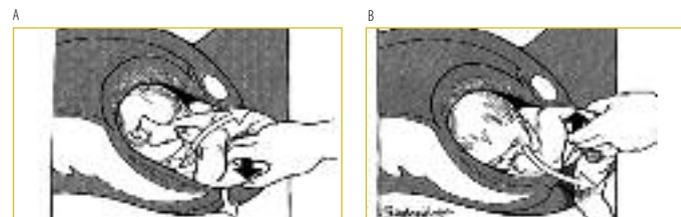


Fig. 2 - Manobra de Pinard

2 – Parto dos membros superiores (MS)

- Enrolar o corpo fetal numa compressa grande – para facilitar preensão.
- Ambas as mãos do operador seguram firmemente o corpo fetal apoiando-se nas coxas e com ambos os polegares sobre o sacro fetal. De seguida tracciona-se para baixo, de forma suave e continua, o corpo fetal
- Se os MS estiverem flectidos, o bordo da omoplata fetal está paralelo à coluna fetal. A rotação do corpo fetal no sentido retrógrado e anterógrado – manobra de Lovset – é o suficiente para permitir a libertação dos MS. Se não se der a expulsão espontânea, dois dedos do operador seguem o braço até ao cotovelo fazendo ligeira tracção para baixo e para fora (Fig. 3)



Fig. 3 - Extração MS

- Se os MS estiverem em extensão, o ângulo inferior da omoplata torna-se saliente e rodado para fora. Neste caso, rodar o corpo do feto 180° na direcção oposta ao MS em extensão e proceder como acima. Se necessário, para libertar o outro MS, rodar 180° na outra direcção (Fig. 4)



Fig. 4 - Extração MS com rotação de 180° do corpo fetal



- Caso não se consiga extrair o MS, o ajudante deve diminuir a pressão supra-púbica e, no intervalo inter-contrátil, o operador eleva ligeiramente o feto introduzindo a mão ao longo do dorso fetal até identificar o MS em extensão. Nesse momento roda o corpo fetal 45° e segue com os dedos até cotovelo puxando-o suavemente para baixo e para fora até libertar o MS.

3 – Parto do pólo cefálico

Fase crucial e a mais delicada do parto pélvico. A pressão supra-púbica deve ser continuamente mantida assegurando a flexão da cabeça.

- O corpo do feto deve repousar sobre o antebraço do operador. Com o esforço expulsivo materno e a pressão supra-púbica em geral ocorre o parto espontâneo da cabeça fetal. Devem evitar-se expulsões bruscas e sem apoio, assim como a hiperextensão excessiva da coluna (Fig.5)

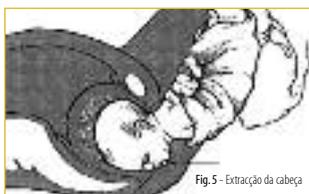


Fig. 5 – Extração da cabeça

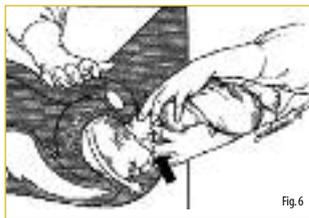


Fig. 6

Se tal não suceder deve realizar-se:

- Manobra Mauriceau –Smellie-Veit (Fig.6)

Dedo médio e indicador da mão direita são colocados de cada lado do nariz fetal (não no maxilar inferior!)

forçando flexão da cabeça;dedo mínimo e anelar da mão esquerda sobre ombro esquerdo do feto, indicador sobre ombro direito fazendo tracção para baixo e para fora até que seja observada a nuca fetal, altura em que o corpo do feto é elevado na direcção do abdómen materno.

- Aplicação de Fórceps de Piper

Preferível à manobra anterior. Assistente eleva ligeiramente corpo fetal para permitir a introdução do

fórceps; operador em posição baixa (um joelho no chão) aplica as lâminas como numa aplicação directa. Após articulação das colheres, o corpo fetal repousa sobre os ramos do fórceps e o operador aplica a mão esquerda como descrito acima. A tracção do fórceps é realizada para baixo e elevando-se progressivamente à medida que a cabeça vai descendo (Fig 7).

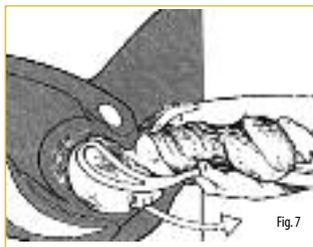


Fig. 7

Nas situações excepcionais em que não se conseguir a expulsão da cabeça a decisão da melhor atitude deve ser tomada de forma rápida:

- Proceder a sinfisiotomia (ver em SINFISIOTOMIA)
- Em situações de prematuridade em que pode o parto ocorrer sem dilatação total do colo, proceder a incisões cervicais (de Dührssen) – às 2, 6 e 10h

Bibliografia

- Graça LM, Clode N. O parto na apresentação pélvica. Versão Fetal por manobras externas. In Medicina Materno Fetal (4ª ed) Graça LM (ed) Lidel. Lisboa 2005
- Lanni SM, Seeds JW. Malpresentations. Obstetrics. Normal and Problem Pregnancies (5ª ed) Gabbe S, Niebyl JR, Simpson JL (ed) Churchill Livingstone, Philadelphia 2007
- Gimovsky ML. Breech presentation. In Operative Obstetrics (2ª ed) O'Grady JP, Gimovsky ML (ed) Cambridge University Press 2008
- Penn Z. Breech Presentation. In High Risk Pregnancy. Management options (4ªed) James D, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B (ed) Elsevier 2011



PARTO PRÉ-TERMO (PPT)

Definição:

Contractilidade regular, entre as 20 e as 37 semanas, condicionando modificações do colo uterino (apagamento e/ou dilatação).

O parto pré-termo ocorre em cerca de 10% das gestações sendo a principal causa de morbilidade e mortalidade neonatais.

Diagnóstico diferencial:

Incompetência cérvico-istímica – modificações cervicais na inexistência de contractilidade uterina

Contractilidade pré-termo – contractilidade regular na inexistência de modificações cervicais

Objectivos da actuação médica:

1. Corrigir causa desencadeante (se identificável)
2. Identificar candidatas a tocólise
3. Promover a indução da maturidade pulmonar fetal
4. Proceder à profilaxia de infecção neonatal a Estreptococo -hemolítico do grupo B
5. Proceder à profilaxia da Paralisia Cerebral através da administração $MgSO_4$
6. Optimizar equipa de apoio a RN

ACTUAÇÃO PERANTE O PARTO PRÉ-TERMO:

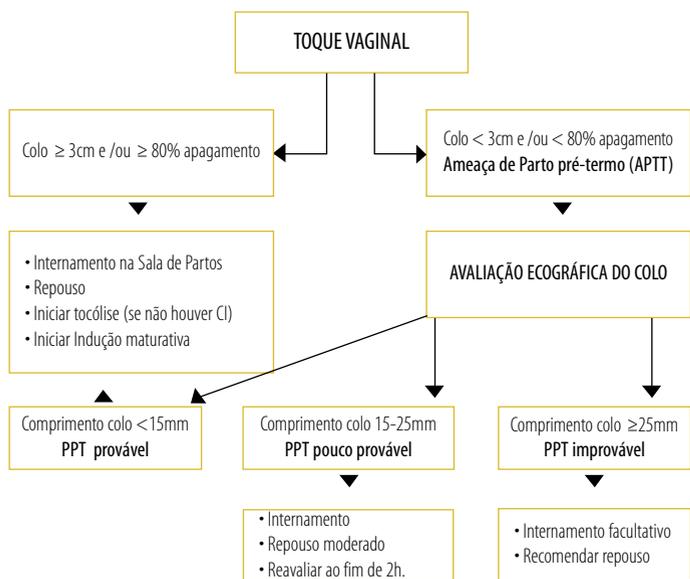
1. Atitude expectante:

- Em fetos muito longe do termo e sem viabilidade (20-23 sem. e peso estimado <550g). Nestes casos, a atitude intervencionista deverá ser uma opção do casal e após consentimento informado por equipa multidisciplinar.
- Em fetos com ≥ 34 Sem.



2. Intervenção:

Em grávidas com 24-34 sem de idade gestacional com contractilidade regular ($\geq 2/30$ min) palpável ou registada com tocadinómetro.



Metodologia para avaliação ecográfica do colo uterino:

- Esvaziamento vesical
- Colocação da sonda vaginal no fundo de saco anterior
- Visualização de plano sagital mediano do colo uterino e mucosa endocervical
- Medição entre a área triangular ecogénica no orifício externo e incisura em forma de V no orifício interno

A - AVALIAÇÃO COMPLEMENTAR DA GRÁVIDA COM PPT OU AMEAÇA DE PPT

1. Avaliação geral

- História clínica
- TA e pulso
- Temperatura materna
- Hemograma completo, PCR, creatinínemia, ionograma e transaminases
- Urina II + Urocultura

2. Avaliação fetal

- Determinar idade gestacional
- Determinar estimativa de peso
- Avaliação da apresentação fetal
- Avaliação do bem-estar fetal (CTG se >28 sem. e ILA)

3. Avaliação da localização placentária

B - CONTRA-INDICAÇÕES PARA TERAPÊUTICA TOCOLÍTICA

1. Maternas

- Situação Hipertensiva grave – eclâmpsia, pré-eclâmpsia grave, hipertensão arterial grave não controlável
- Cardiopatia grave
- Hemorragia vaginal significativa
- Qualquer condição médica/obstétrica que contra-indique manutenção da gravidez

2. Fetais

- RCF
- Suspeita de sofrimento fetal
- Cromossomopatia, anomalia congénita letal, morte fetal
- Gravidez ≥ 34 semanas

3. Corioamniotite



C- FÁRMACOS Tocolíticos: DOSAGEM, VIA ADMINISTRAÇÃO, EFEITOS SECUNDÁRIOS, INDICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES ESPECÍFICAS

1- Noções gerais sobre fármacos tocolíticos

- Ausência de eficácia para prolongar a gravidez por mais de 48-72h (o suficiente para cumprir o protocolo de indução de maturidade fetal com glicocorticóides)
- São relativamente seguros se utilizados com os protocolos padrão, mas a sua segurança associa-se sobretudo à boa condição de saúde da população em que são utilizados
- A eficácia da terapêutica tocolítica não está na abolição da contractilidade mas em conseguir um ritmo de contracções <4-6/h, sem se observarem modificações cervicais
- Se a contractilidade regular e frequente se mantiver é fundamental reavaliar a grávida e, através do toque vaginal, excluir trabalho de parto efectivo (dilatação cervical > 3 cm)
- Se não se obtém a diminuição da contractilidade com as doses máximas de tocolíticos ou se se mantêm ao fim de 12-24h, é muito provável que se estejamos perante infecção/DPPNI pelo que se deve suspender a tocolise.

2-β-miméticos (Salbutamol - Ventilan®)

Administração

- Endovenosa - utilizar bomba de perfusão

Nota: Preparar a solução diluindo 5mg de salbutamol (1 ampola) em 500ml de dextrose a 5%

- Iniciar ao ritmo de 3-5 µg/minuto (18 a 30ml/hora), com aumento de 3 µg/minuto (18ml/hora) de 15 em 15 minutos até se observar uma das seguintes ocorrências:
 - Contractilidade <1/15 min, **ou**
 - Pulso materno ≥ 120 ppm, **ou**
 - Sinais de intolerância, **ou**
 - Ser atingida a dose máxima de 15 µg/minuto (90 ml/hora).

Mantem por 4 horas o ritmo de infusão necessária para parar a contractilidade diminuindo-se depois, progressivamente, até se atingir o ritmo de perfusão mínimo efectivo.

Contra-indicações

- Doença cardíaca materna
- Doença hipertensiva grave
- Hipertiroidismo
- Diabetes mal controlada
- Hemorragia vaginal grave

Efeitos secundários

- Fisiológicos – apreensão, ansiedade tremor, cefaleias, náuseas (30%)
- Metabólicos – hiperglicémia (lactidémia), hipokaliémia, hipocalcémia, etc...
- Cardíacos – taquicárdia, palpitações (frequentes; cedem com suspensão do fármaco e administração O₂), isquemia do miocárdio, edema pulmonar agudo (raro; atenção à associação de glicocorticoides e hiper-hidratação, à existência de cardiopatia preexistente), hipotensão ligeira, vasodilatação periférica
- Fetais – taquicárdia, arritmia, insuficiência cardíaca, hiperglicémia, hiperinsulinémia, morte
- Neonatais – Taquicárdia, hipoglicémia, hipocalcémia, hiperbilirubinémia, hipotensão, hemorragia intraventricular

Nota: os efeitos secundários neonatais são proporcionais à dose do fármaco pelo que deve ser evitado nas situações em que o parto parece ser eminente

3-Inibidores da sintetase da prostaglandina (Indometacina - Indocid®)

Administração

- Oral ou rectal
- Dose inicial de 100mg rectal seguido de 50mg 6/6h rectal por 48-72h

Contra-indicações

- Maternas – Doença hepática ou renal activa, úlcera péptica, hipertensão arterial não controlada, discrasia hemorrágica, asma brônquica (associada a aspirina)
- Fetais – RCF, oligoâmnios, anomalia renal, cardiopatia canal arterial dependente, transfusão feto-fetal, gravidez ≥ 32 semanas



Efeitos secundários

- Maternos – náusea, azia (cede aos antiácidos), hemorragia gástrica, trombocitopenia
- Fetais – Encerramento do canal arterial (sobretudo se administrada após as 32 semanas), oligoâmnios (frequente, dose-dependente, reversível), hipertensão pulmonar (associada com administração > 48h)

4-Bloqueadores dos canais de cálcio (Nifedipina - Adalat®)

Administração

- Oral
- Dose inicial de 20mg seguido de 10mg se ao fim de 40 min. se mantiver o ritmo contráctil. Manter com 10-20mg 6/6h até dose máxima de 120mg/d

Nota: a administração sub-lingual é **contra-indicada** pelo risco de hipotensão grave e hipoperfusão coronária associada

Contra-indicações

- Hipotensão materna, insuficiência cardíaca congestiva, estenose aórtica
- Utilização de β -miméticos
- A utilização simultânea de nifedipina e sulfato de magnésio pode provocar hipotensão materna grave, pelo que é contraindicada.

Efeitos secundários

- Maternos – associados com hipotensão: tonturas, cefaleias, flushing, náuseas

5-Antagonistas de ocitocina (Atosiban-Tractocile®)

Administração

- Endovenosa – utilizar bomba perfusão
- Bolus de 6,75mg (0,9ml de Tractocile®) seguido de perfusão de 300 μ g/min por 3h (diluir quatro ampolas (cada tem 5ml) de Tractocile® em 200ml de soro fisiológico e manter a 24ml/h) e depois 18h a 100 μ g/min (manter a 8ml/h) após o que se suspende

Contra-indicações – não tem

Efeito secundário – não tem

D- ESCOLHA DE FÁRMACO TCOLÍTICO

- Não parece haver tocolíticos de primeira linha – são todos igualmente eficazes em prolongar gestação 2-7 dias
- A escolha do fármaco depende dos riscos/ efeitos secundários, idade gestacional, prática e custos

Assim:

- Em situações de trabalho de parto iminente optar por fármacos com escassos efeitos secundários maternos e neonatais – atosiban
- Em situações de ameaça de parto pré-termo optar por nifedipina
- A utilização de indometacina deve ser restrita às gestações de <32 semanas e por <72h. Utilizar como fármaco de segunda linha ou se houver necessidade de associação.
- A utilização de β -miméticos deve ser restrita às situações de tocolise aguda – pex: desacelerações prolongadas, necessidade de recuperação fetal intra-uterina na preparação de cesariana
- A associação β -miméticos/sulfato magnésio/nifedipina está contra-indicada

E- OUTRAS ATITUDES TERAPÊUTICAS

Indução maturativa

Ver em CORTICOSTEROIDES NA INDUÇÃO DA MATURIDADE PULMONAR FETAL

Profilaxia de Infecção a Estreptococo do grupo B

Indicada desde que a grávida se encontre em trabalho de parto efectivo
Ver em PROFILAXIA NEONATAL DE INFECÇÃO A ESTREPTOCOCOS DO GRUPO B

Profilaxia de Paralisia Cerebral no Recém-nascido

Ver em UTILIZAÇÃO DO SULFATO DE MAGNÉSIO COMO NEUROPROTECTOR



Repouso

Excepto nas situações de parto pré-termo iminente com necessidade de monitorização fetal contínua e tocólise endovenosa, recomendar apenas repouso moderado (procedimentos de higiene pessoal e refeições fora do leito)

Fluidoterapia

Não tem eficácia no tratamento/prevenção do parto pré-termo

F – VIA DE PARTO

Parto vaginal

Permitir se:

- Feto em apresentação de vértice ≥ 28 semanas
- Gravidez < 25 semanas
- Entre as 25 e as 28 semanas, perante uma fase activa muito rápida ou a grávida em período expulsivo
- Anomalia fetal grave (independente da apresentação e idade gestacional)

Procedimentos:

- Monitorização fetal contínua
- Atrasar o mais possível a rotura de bolsa
- Se necessário estimular contractilidade com ocitocina
- Facilitar analgesia epidural
- Proceder à profilaxia de infecção a *Streptococo* β -hemolítico
- Realizar episiotomia extensa de forma a facilitar período expulsivo
- Não utilizar fórceps de forma profilática
- Se necessário abreviar período expulsivo utilizar fórceps – a ventosa não deve ser utilizada antes da 34ª semana

Cesariana

De forma sistemática se:

- feto vértice ≥ 25 semanas e < 28 semanas – excepto se a grávida se encontrar em período expulsivo ou numa fase activa muito rápida.
- feto em apresentação pélvica ≥ 25 semanas

Se, após as 28 semanas, o feto estiver numa apresentação de vértice, a cesariana deverá ser realizada segundo as indicações obstétricas habituais.

Bibliografia

- Goldenberg RL. The management of preterm labor. *Obstet Gynecol* 2002;100: 1020-35
- Iams JD. Preterm Birth. In: *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies* (4^{ed}) Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL (ed) Churchill Livingstone, Philadelphia 2002
- Graça LM. Parto Pré-termo. *Medicina Materno-Fetal* (4^a ed) L M Graça ed. 2010. Lidel Lisboa.
- Roman AS, Pernoll M. Late pregnancy complications. *Current Obstetrics & Gynecology* (tenth edition) DeCherney A, Nathan L, Goodwin T, Laufer N, ed. 2007. Mc Graw Hill
- Fonseca E, Celik E, Parra M, Singh M, Nicolaidis, K. Progesterone and the risk of preterm birth among women with short cervix. *N Engl J Med* 2007; 357:462-9
- Sotiriadis A, Papatheodorou S, Kavvadias A, Makrydimas G. Transvaginal cervical length measurement for prediction of preterm birth in women with threatened preterm labor: a meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2010; 35:54-64



PARTO VAGINAL APÓS CESARIANA (PVAC) ANTERIOR

Desde que as situações sejam correctamente seleccionadas e a tentativa de parto vaginal seja devidamente monitorizada, não existem razões plausíveis para que não se conceda a hipótese de um parto vaginal a uma percentagem significativa de gestantes que anteriormente tiveram uma cesariana. A probabilidade de ser conseguido um parto vaginal em gestantes com uma cesariana anterior é de 60 a 80%, variando essa probabilidade com a conjugação de factores favoráveis e desfavoráveis.

FACTORES RELACIONÁVEIS COM O SUCESSO DE TENTATIVA DE PVAC

Taxa de sucesso AUMENTADA	Taxa de sucesso DIMINUÍDA
<ul style="list-style-type: none">• Parto vaginal anterior• Trabalho de parto espontâneo• Colo favorável• Indicação não recorrente <i>Apresentação pélvica, placenta prévia, sofrimento fetal, etc.</i>• Parto pré-termo	<ul style="list-style-type: none">• Raça negra• Baixa estatura materna• Indução do trabalho de parto• Indicação recorrente <i>Desproporção céfalopélvica, ausência de progressão no período expulsivo, etc.</i>• Gestação > 41 semanas• Idade materna avançada (>40 anos)• Macrosomia• Diabetes gestacional ou pré-existente• Obesidade materna (IMC>30) / aumento ponderal excessivo na presente gestação

Estes factores devem ser correctamente determinados, sendo obrigatoriamente incluídos no processo de consentimento informado e esclarecido, que é um passo obrigatório para se optar por uma tentativa de PVAC.



FACTORES DE RISCO MATERNO E PERINATAIS

Riscos perinatais: A mortalidade ou a ocorrência de sequelas permanentes em fetos saudáveis sujeitos a tentativa de PVAC é superior a 1 por 1000, isto é, decuplica a observada nos grupos em que se optou por uma cesariana electiva.

Riscos maternos: rotura uterina (0,5 a 1,0% se uma cesariana segmentar anterior, 0,9 a 1,8% se duas cesarianas segmentares anteriores, 6 a 12% se cesariana corporal ou prolongamento em T), infecção e maior necessidade de suporte transfusional.

FACTORES DE RISCO PARA ROTURA UTERINA

Risco de rotura AUMENTADO	Risco de rotura ACEITÁVEL
<ul style="list-style-type: none">• Indução do trabalho de parto• 2 ou mais cesarianas anteriores• Utilização de prostaglandinas• Curto intervalo entre gestações• Histerotomia corporal/Prolongamento em T de histerotomia segmentar• Infecção em cesariana anterior• Uma única sutura uterina em cesariana segmentar precedente	<ul style="list-style-type: none">• Trabalho de parto espontâneo• Parto vaginal nos antecedentes• Longo intervalo entre as gestações• Parto pré-termo

Nota: mesmo nos casos considerados mais favoráveis, o risco de rotura uterina não é previsível

Trabalho de parto e parto

• Utilização de ocitócicos

A administração de fármacos com acção ocitócica para a preparação do colo ou para estimulação da contractilidade aumenta o risco de rotura do útero.

Assim:

- a) o misoprostol **nunca** deverá ser utilizado na indução do trabalho de parto
- b) o uso de PGE2 em gel intravaginal – nunca intracervical! – pode ser considerado seguro desde que não seja associado com a administração de ocitocina
- c) A utilização de ocitocina em perfusão para estimular a contractilidade (especialmente quando o ritmo de perfusão ultrapassa as 20mU/minuto) relaciona-se com taxas de rotura uterina 4 a 6 vezes superiores às observadas nos casos em que não foi administrada pelo que, **salvo em situações particulares**, na prova de PVAC não deve ser usada

• Analgésia do parto

A disponibilização de analgesia epidural é **recomendada** para as parturientes em prova de PVAC.

• Decurso do trabalho de parto

Nas parturientes sujeitas a prova de PVAC, um processo de dilatação deficiente, a excessiva contractilidade uterina ou a ausência de progressão do feto deverão levar ao abandono da prova, optando-se por efectuar uma cesariana. Sempre que o período expulsivo se afigure demorado, deverá ser abreviado pela criteriosa utilização de fórceps ou ventosa.

Seleção de candidatas e normas de actuação para PVAC

- Consentimento informado e esclarecido assinado pela grávida
- Uma única cesariana segmentar transversal nos antecedentes (se possível, colher a informação sobre se a histerorráfia anterior foi efectuada com dupla sutura)
- Canal de parto adequado
- Inexistência de outras cicatrizes uterinas ou de rotura uterina prévia
- Inexistência de outros factores de risco
- Feto único, apresentação de vértice

Nota: na gravidez gemelar é aceitável a prova de PVAC apenas em casos que não tenham contraindicação para parto vaginal e em que haja desencadeamento espontâneo do TP

- Sempre que possível, aguardar pelo desencadeamento espontâneo do trabalho de parto
- Se, na **fase activa do TP**, a contractilidade não for a adequada para que o TP progrida, só administrar baixas doses de ocitocina (iniciar com 1 mU/min – 6ml/h na diluição de 5U Ocitocina em 500cc Dx5% - e nunca ultrapassando o máximo 10 mU/min)
- No caso do colo ser extremamente favorável (IB >7), ultrapassadas as 40 semanas poder-se-á ponderar uma indução com muito baixas doses de ocitocina (iniciar com 1 mU/min – 6ml/h na diluição de 5U Ocitocina em 500cc Dx5% - e nunca ultrapassando o máximo 10 mU/min)
- Imediata disponibilidade de bloco operatório e do respectivo pessoal



Bibliografia

- ACOG. Vaginal birth after previous cesarean delivery. ACOG Practice Bulletin 110, 2010.
- Caughey AB. Vaginal birth after cesarean delivery. Em *emedicine.medscape.com*, revisto em Junho 2008.
- Smith GC, Pell JP, Cameron AD, e col. Risk of perinatal death associated with labor after previous cesarean delivery in uncomplicated term pregnancies. *JAMA* 2002; 287:2684.
- Rossi AC, D'Addario V. Maternal morbidity following a trial of labor after cesarean section vs elective repeat cesarean delivery: A systematic review with metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199:224.
- Landon MB, Spong CY, Thom E, e col. Risk of uterine rupture with a trial of labor in women with multiple and single prior cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2006; 108: 12.
- Bujold E, Goyet M, Marcoux S, e col. The role of uterine closure in the risk of uterine rupture. *Obstet Gynecol* 2010; 116: 43.
- Duff P. A simple checklist for preventing major complications associated with cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2010; 116: 1393.
- Bujold E, Gauthier RJ. Risk of uterine rupture associated with an interdelivery interval between 18 and 24 months. *Obstet Gynecol* 2010; 115: 1003.
- Macones GA, Cahill A, Pare E, e col. Obstetric outcomes in women with two prior cesarean deliveries: Is vaginal birth after cesarean delivery a viable option? *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 1223.
- Cahill AG, Stamilio DM, Odibo A, e col. Is vaginal birth after caesarean (VBAC) or elective repeat cesarean safer in women with prior vaginal delivery? *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195: 1143.
- Elkouzy MA, Sanmed M, Stevens E, e col. The effect of birth weight on vaginal birth after cesarean delivery success rates. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188: 824.
- Varner MW, Thom E, Spong CY, e col. Trial of labor after one previous cesarean delivery for multifetal gestation. *Obstet Gynecol* 2007; 110: 814.
- Juhasz G, Gyamfi C, Gyamfi P, e col. Effects of body mass index and excessive weight gain on success of vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2005; 106: 741.
- Grobman WA, Gilbert S, Landon MB, e col. Outcomes of induction of labor after one prior cesarean. *Obstet Gynecol* 2007; 109: 262.
- Ravasia DJ, Wood SL, Pollard JK. Uterine rupture during induced trial of labor among women with previous cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183: 1176.
- Macones GA, Peipert J, Nelson DB, e col. Maternal complications with vaginal birth after cesarean delivery: A multicenter study. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193: 1656.
- Cahill AG, Waterman BM, Stamilio DM, e col. Higher maximum doses of oxytocin are associated with an unacceptable high risk for uterine rupture in patients attempting vaginal birth after cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199: 32.e1.
- Gregory KD, Korst LM, Fridman M, e col. Vaginal birth after caesarean: Clinical risk factors associated with adverse outcome. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 198: 452.e1.
- ACOG. Vaginal birth after previous cesarean delivery. ACOG Practice Bulletin 54, 2004.

PRÉ-ECLÂMPسيا / ECLÂMPسيا / S. HELLP

DEFINIÇÕES

I – HIPERTENSÃO ARTERIAL (HTA) INDUZIDA PELA GRAVIDEZ (HIG)

Após a 20ª semana de gestação, em grávida normotensa previamente à gravidez, valores de pressão arterial (PA) $\geq 140/90$ mmHg em 2 medições intervaladas por 6h

1. Hipertensão transitória – HIG sem proteinúria associada e surgindo nas últimas semanas de gestação

2. Pré-eclâmpsia – HIG com proteinúria significativa associada (≥ 300 mg/L na urina de 24h ou $\geq 2+$ (1g/L) em amostra ao acaso)

ou

HIG sem proteinúria associada mas acompanhada de cefaleias ou alterações visuais ou epigastralgias ou trombocitopenia ou elevação das enzimas hepáticas

• **Pré-eclâmpsia moderada** – HIG com valores da PA sist. <160 mmHg e/ou PA diast. <110 mmHg

• **Pré-eclâmpsia grave** – Pré-eclâmpsia com os seguintes critérios:

- PA sist. ≥ 160 e/ou PA diast. ≥ 110 mmHg;
- Proteinúria ≥ 5 gr na urina de 24h ou $\geq 3+$ (em 2 amostras colhidas com 4h intervalo)
- Ou presença dos critérios abaixo, **independentemente** dos valores da PA
 - Creatinínemia crescente
 - Diurese <500 ml/24h
 - Alterações visuais ou neurológicas (cefaleias intensas, alt. estado consciência)
 - Cianose ou edema pulmonar agudo



- Epigastralgias/ dor subcostal direita,
- Elevação das transaminases,
- Trombocitopénia
- RCF

3. HTA prévia com pré-eclampsia enxertada – proteinúria significativa surgindo após a 20ª semana (ou agravamento de proteinúria existente) e/ou agravamento dos valores da PA (para valores compatíveis com PE grave)

II - ECLÂMPسيا – Forma de pré-eclampsia grave com a presença de convulsões (um ou mais episódios) generalizadas e/ou coma na ausência de outra doença neurológica.

A convulsão é muitas vezes precedida de cefaleias persistentes, visão turva, escotomas, pontos cintilantes e alterações da consciência e, em geral, é de curta duração. Não há associação directa com a gravidade dos valores da pressão arterial.

III - SÍNDROME HELLP – Presença dos seguintes critérios laboratoriais, mesmo com valores PA normais ou ligeiramente aumentados

Hemólise (H)

- LDH > 600 IU/L
- Bilirubina total > 1,2mg/dl
- Presença de esquizócitos

Elevação de enzimas hepáticos (EL)

- TGO, TGP > 70 U/L
- LDH > 600 IU/L

Trombocitopénia (LP)

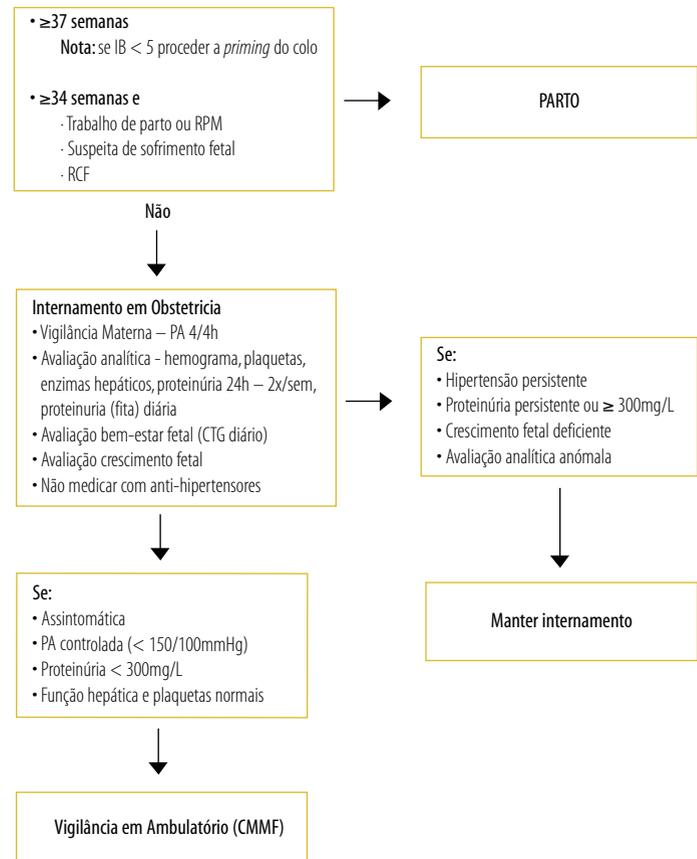
- Plaquetas < 100 000mm³

Nota: casos que apresentem apenas alguns dos critérios laboratoriais acima referidos devem ser considerados como Síndrome de HELLP parcial e podem evoluir para a expressão plena da Síndrome

Sintomas associados: epigastralgia, dor no hipocôndrio direito, náuseas, vômitos, mal estar geral

ATITUDE PERANTE:

A. PRÉ-ECLÂMPسيا LIGEIRA (PA < 160-110mmHG)





Atitude no trabalho de parto/puerpério:

- Manter vigilância de PA (1/1h)
- Vigilância de parâmetros laboratoriais (hemograma, plaquetas, LDH e transaminases) de 6/6h
- Proceder à profilaxia das convulsões (ver abaixo) apenas se: 1) a grávida estiver sintomática (cefaleias, alt. visuais) ou 2) em caso de cesariana (se electiva iniciar MgSO₄ 2h antes); em ambos os casos, manter MgSO₄ até às 12h do puerpério
- Optar por analgesia epidural
- Monitorização fetal contínua
- Via de parto a decidir por critérios obstétricos
- Indução com prostaglandinas (ou análogos) e/ ou ocitocina

B. PRÉ-ECLÂMPسيا GRAVE

1- Internamento no BLOCO DE PARTOS

- Determinação da idade gestacional
- Vigilância contínua – destacar médico e enfermeira dedicados à doente
- Vigilância materna
 - PA, Débito urinário (algiação), balanço hídrico
 - Criação de via endovenosa – não ultrapassar 100-125ml/h de fluidos (\leq 40ml/Kg/24h)
 - Vigilância do estado de consciência
 - Vigilância de sintomas (epigastralgia, cefaleias, etc...)
 - Avaliação laboratorial de 6/6h – hemograma, plaquetas, enzimas hepáticos (provas de coagulação se trombocitopenia), função renal
- Avaliação do estado fetal
 - Determinação peso fetal
 - Avaliação do ILA
 - CTG
 - Fluxometria (artéria umbilical, artéria cerebral média)
- Monitorização fetal contínua

2- Profilaxia das convulsões – Sulfato de magnésio (MgSO₄)

Nota: cada ampola de 10ml de MgSO₄ a 20% contém 2g de Mg²⁺

Dose inicial: 4g MgSO₄ EV em 20 min.

2 amp. de MgSO₄ a 20% diluídas em 100ml de água destilada a 300ml/h

Manutenção: MgSO₄ EV a 1-2gr/h

5 ampolas de MgSO₄ diluídas em 500cc Dx 5% a 50-100 ml/h (1-2g/h)

Perfusão com MgSO₄ pressupõem:

- Monitorização diurese (algiação)
- Monitorização magnesiemia 2/2h (se a perfusão > 1gr/h ou se existir insuficiência renal)
- Avaliação do reflexo patelar
- Utilização obrigatória de bomba infusora

Nota:	Níveis séricos MgSO ₄	
	mg/dl	mmol/L
Profilaxia convulsões	4-6	2,0-3,5
Perda reflexos tendinosos	9-12	4.0-5.0
Paragem respiratória	12-18	5.0-8.0

Em caso de toxicidade a MgSO₄ utilizar:

Gliconato de Cálcio a 10% - 10ml EV durante 3 min.

3- Terapêutica anti-hipertensora

Indicada se PA sist. \geq 160mmHg e/ou PA diast. \geq 110mmHg

Objectivo: manter PA sist. 140-155mmHg e PA diast. 90-110mmHg

Nota: a utilização de fármacos anti-hipertensores pressupõe monitorização permanente da PA e da FCF

⇒ *LABETALOL EV* - cada ampola tem 100mg

2 formas de administração:

Bólus: 20 mg (2-3 minutos) seguido de bolus de 10 a 50 mg cada 10 minutos até se obter o efeito anti-hipertensivo desejado (MÁX: 220mg).



Perfusão: Bolus LENTO de 50mg (10 minutos) seguido de perfusão contínua (100mg diluídos em 100ml de soro fisiológico) condicionando o ritmo (20 a 50mg por hora) aos efeitos verificados sobre a pressão arterial.

Se PA não controlada com labetalol em dose máxima- adicionar nifedipina oral, 10-20 mg cada 30 min., até dose máxima de 50mg

Nota: a associação de nifedipina com MgSO₄ será de evitar pelo risco de serem potenciados os efeitos hipotensivos

⇒ HIDRALAZINA EV - cada ampola tem 20 mg

Administração inicial

Se PA diastólica ≥ 130mmHg:

BÓLUS: 5mg (1/4 amp.) em 1min

- se a PA não baixar ao fim 10 min - adicionar 10mg em 1 min
- se a PA se mantiver ≥ 110mmHg – adicionar 10mg em 1 min
- Após o bolus iniciar terapêutica de manutenção

Se PA diastólica ≥ 110mmHg e < 130mmHg:

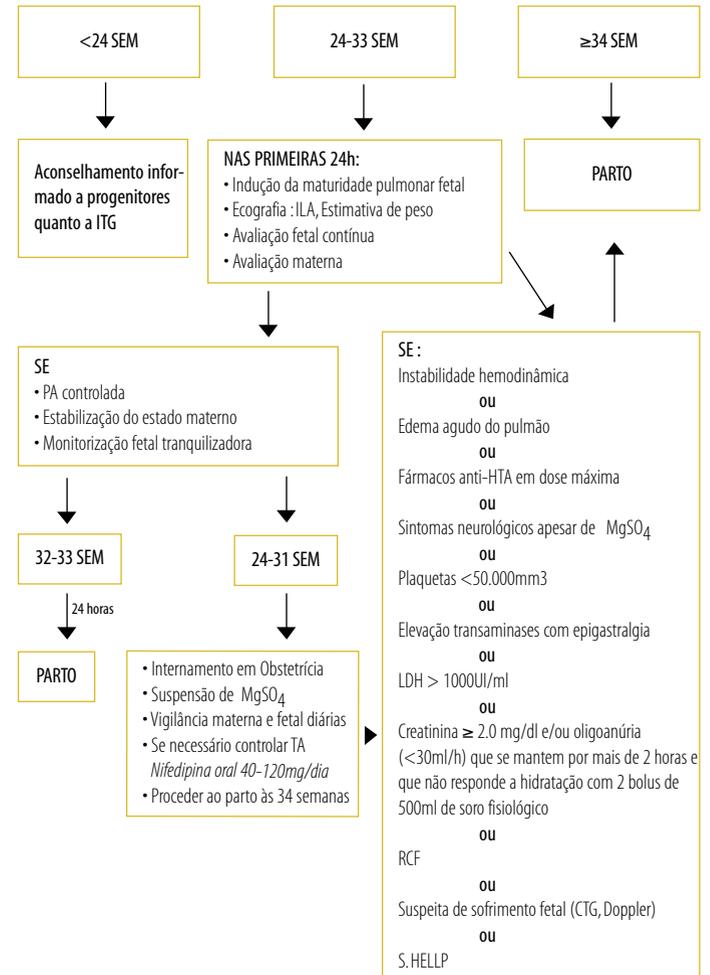
Utilizar protocolo anterior ou optar por perfusão rápida (30-45 min)

- 20mg (1 amp.) diluída em 100ml de água destilada
- Suspender a perfusão logo que PA diastólica atingir 100mmHg e iniciar terapêutica de manutenção

Terapêutica de manutenção

Diluir 20mg de hidralazina (1 amp.) em 500ml de Dx 5% e iniciar a perfusão a um ritmo condicionado pelo valor da PA obtido por medição contínua, nunca permitindo que PA diastólica desça < 90mmHg

4- Atitude obstétrica consoante idade gestacional/ situação clínica





5- Atitudes no parto/puerpério

VIA DE PARTO - A presença de pré-eclâmpسيا grave NÃO é indicação formal para cesariana, sendo esta decisão tomada de acordo com os critérios obstétricos habituais excepto se:

- < 30 semanas
- IB < 5
- Evidência de sofrimento fetal
- Existência de RCF
- Outra apresentação que não a de vértice
- Trabalho de parto não estabelecido ao fim de 6-8h de indução

Optando pela via vaginal, a indução do parto pode ser feita utilizando prostaglandinas (ou análogos) ou ocitocina.

ANALGESIA - A utilização de analgesia/anestesia loco-regional intra-parto é o método ideal e está apenas contra-indicada na presença de coagulopatia e/ou se plaquetas <80.000/mm³ (nestes casos, utilizar opiáceos sistémicos se a opção for o parto vaginal)

OLIGÚRIA - Definida como débito < 30ml/h ou < 100ml/4h. Obriga a reavaliação da administração de fluidos (diminuir o ritmo de administração - pelo risco de edema agudo do pulmão - com eventual ajuste da diluição dos fármacos), da perfusão de MgSO₄ (controlo da magnésémia e diminuição do ritmo de perfusão) e do grau de hipotensão existente (diminuição marcada da PA diast. (<90mmHg) pode reduzir o débito por 2-3h). Limitar o uso de diuréticos (furosemide) às situações de edema agudo pulmão.

PROFILAXIA DAS CONVULSÕES - MgSO₄ em perfusão deve ser mantido durante todo o TP e nas primeiras 48h de puerpério.

TERAPÉUTICA ANTI-HIPERTENSIVA - No puerpério, a terapêutica anti-hipertensiva deve ser utilizada se PA sistólica ≥155mmHg e/ou diastólica ≥ 105mmHg. Optar por labetalol (com doses acima indicadas) ou nifedipina oral -10mg 6/6h - ou nifedipina de acção prolongada 12/12 h. Descontinuar terapêutica após 48h de valores tensionais abaixo dos considerados patológicos.

OBTENÇÃO DE APOIO DA UCI - A maioria dos casos de pré-eclâmpسيا grave e S. HELLP mostram sinais de resolução nas primeiras 48h do pós-parto, com excepção dos casos de DDPNI e CID, trombo-

citopénia grave (<20.000mm³), ascite ou insuficiência renal, que podem mesmo levar a agravamento do estado geral da doente. Estas doentes tem risco acrescido de EDEMA AGUDO DO PULMÃO e NECROSE TUBULAR AGUDA, (pelos produtos de transfusão, pela mobilização dos fluidos e a disfunção renal subjacente), pelo que requerem maior vigilância e terapêutica de suporte. Assim, nos casos acima considerados deve ser sempre contactada a UCI com o objectivo de ser reservada uma vaga

Nota: Os obstetras não são intensivistas pelo que o contacto com estes deve ser assegurado desde a admissão da grávida com pré-eclâmpسيا grave/eclâmpسيا

C- ECLÂMPسيا

Indicação formal para terminar a gestação

Internamento no Bloco de Partos

Tratamento de convulsões

1. Minimizar traumatismo materno - impedir queda do leito, impedir mordedura da língua (introdução de espátula)
2. Manter oxigenação adequada - lateralizar a grávida, aspirar secreções orais e iniciar administração de O₂ (8-10L/min) por máscara
3. Controlo das convulsões com Sulfato Magnésio (MgSO₄)
4-6g MgSO₄ em 15min
2-3 amp. diluídas em 100ml de água destilada a 400ml/h

Se as convulsões persistirem, diluir 2 amp. MgSO₄ em 20ml de água destilada e administrar a 400ml/h em 5min EV

Nota: Se as convulsões persistirem após dois bolus de 2g de MgSO₄ administrar
Diazepam 0,1-0,3mg/Kg (max- 20mg) em 1 min EV
ou
Lorazepam 0,02mg/Kg em 1min EV

4. Corrigir acidémia materna - Administrar bicarbonato sódico se pHart. I <7.10.
5. Determinação pH e gases obrigatória se convulsões sucessivas



Após estabilização da grávida

1. Monitorização materna contínua – PA, SatO₂, Diurese
2. Vigilância contínua – destacar médico e enfermeira dedicados à doente
3. Se necessário, proceder a contenção física da doente.
4. Iniciar MgSO₄ para profilaxia de convulsões em perfusão contínua. Proceder a magnesiémia seriadas (cada 2h)
5. Iniciar terapêutica anti-hipertensiva (se necessário)
6. Monitorização fetal contínua

NOTA: É de esperar um episódio de bradicárdia fetal prolongada, diminuição transitória da variabilidade e eventuais desacelerações tardias imediatamente após a convulsão. Estes achados NÃO devem ser motivo de cesariana de emergência

7. Proceder ao parto

Indução TP (prostaglandinas ou análogos, ocitocina) se:

- ≥ 30 semanas
- IB ≥ 5
- Apresentação cefálica de vértice

Cesariana se:

- < 30 semanas
- IB < 5
- Evidência de hipóxia fetal (CTG)
- Existência de RCF
- Outra apresentação que não a de vértice
- Trabalho de parto não estabelecido ao fim de 6-8h de indução

No puerpério

- Manter profilaxia convulsões com MgSO₄ durante 48h.
- Manter monitorização materna contínua
- Obter apoio da UCI (pelas razões atrás referidas)

Nota: Não é necessário proceder a avaliação imagiológica cerebral (RMN) desde que as convulsões sejam limitadas e não sejam seguidas de sinais neurológicos focais ou coma prolongado. Encarar outro diagnóstico (acidente vascular cerebral, tumor SNC, infecção SNC, PTT, epilepsia, uso de drogas) caso a convulsão surja antes da 20ª semana ou seja acompanhada de sinais neurológicos focais, coma prolongado ou se surgir 48h após o parto

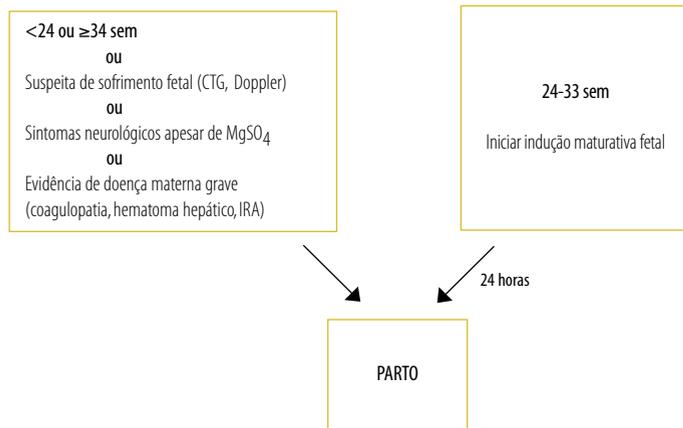
D- SÍNDROME HELLP

Clínica inicial polimorfa: náuseas, vômitos, mal estar geral, epigastralgias. 1/3 dos casos surge no puerpério

Internamento no Bloco de Partos

1. Determinação da idade gestacional
2. Vigilância contínua – destacar médico e enfermeira dedicados à doente
3. Vigilância materna
 - PA, Débito urinário (algaliação), balanço hídrico
 - Criação de via endovenosa – não ultrapassar 100-125ml/h de fluidos (≤ 40 ml/Kg/24h)
 - Vigilância do estado de consciência
 - Vigilância de sintomas (epigastralgia, cefaleias, etc...)
4. Avaliação laboratorial 12/12h – hemograma, plaquetas, enzimas hepáticas provas de coagulação, função renal
5. Avaliação do estado fetal
 - Determinação peso fetal
 - Avaliação ILA
 - CTG
 - Fluxometria (artéria umbilical, artéria cerebral média) – sempre que possível
6. Monitorização fetal contínua
7. Iniciar MgSO₄ para profilaxia de convulsões independentemente de valores de pressão arterial. Proceder a magnesiémias seriadas (cada 2h)
8. Iniciar terapêutica anti hipertensora se necessário

Atitude obstétrica consoante idade gestacional/ situação clínica



Atitudes no parto/puerpério

VIA DE PARTO – A presença S.HELLP **NÃO** é indicação para cesariana, aplicando-se os mesmos critérios utilizados para a pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia

ANALGESIA – Epidural está contra-indicada se plaquetas < 80.000/mm³. No parto vaginal evitar bloqueio de pudendos (risco de hematoma).

TRANSFUSÃO DE PLAQUETAS – indicada antes ou após o parto em todos os doentes com Síndrome HELLP com discrasia hemorrágica (equacionar transfundir igualmente plasma fresco congelado) ou quando plaquetas <20.000/mm³. Se o parto for por via abdominal, a transfusão deve ser realizada se plaquetas <40.000/mm³ e antes da intubação orotraqueal (administrar 6U de concentrado de plaquetas)

CESARIANA – proceder como de habitual com atenção a colocar dreno supra-aponevrótico que deve ser mantido por 48h.

CUIDADOS NO PUERPÉRIO

- Manter MgSO₄ por 48 horas
- Manter o apoio transfusional necessário
- Vigilância em UCI
- Atenção a sinais de complicações hepáticas

Nota: os valores de Hbg, plaquetas, LDH e transaminases tendem a agravar-se nos dias imediatos ao parto. No Síndrome HELLP não complicado assiste-se à melhoria dos valores laboratoriais pelo 3º- 4º dia. Valores de transaminases muito elevados (>1000U) associam-se a complicações hepáticas – enfarte ou hematoma hepático.

ENFARTE HEPÁTICO – Febre, dor no hipocôndrio direito e elevação muito marcada de transaminases (>1000U). Diagnóstico confirmado por ecografia ou TAC. Na grande maioria dos casos segue-se a resolução espontânea.

HEMATOMA HEPÁTICO – Situação rara mas de prognóstico reservado

Suspeitar se:

- Dor epigástrica intensa
- Dor referida ao ombro
- Sinais e sintomas de choque hipovolémico – rotura!
- Coagulação intravascular disseminada
- Evidência de ascite maciça e/ou derrame pleural

Diagnóstico: Ecografia / TAC

Atitude:

1. Contactar com Cirurgia Geral
2. Contactar com S. Sangue (preparar grandes quantidade de CE, plaq, plasma fresco e crioprecipitados)
3. Evitar traumatismos (não palpar, evitar mobilizar a doente, evitar vômitos)
4. Monitorização hemodinâmica intensiva

Em caso de rotura de hematoma, proceder a laparotomia; se não houver rotura, manter grávida em vigilância na UCI e com ecografia seriadas pois está descrita a reabsorção de hematoma

Nota: Os obstetras não são intensivistas pelo que o contacto com estes deve ser assegurado desde a admissão da grávida com S.HELLP

Bibliografia

- Sibai BM. Hypertension. In: *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies (5ªed)* Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL (ed) Churchill Livingstone, Philadelphia 2007
- Graça LM. Hipertensão arterial e gravidez. *Medicina Materno-Fetal (4ª ed)* L M Graça ed. 2010. Lidel Lisboa.
- Sibai BM. Diagnosis, prevention and management eclampsia. *Obstet Gynecol* 2005; 105: 402-10
- Sibai BM. HELLP Syndrome. www.uptodate.com Jan 2011
- Norwitz ER. Eclampsia. www.uptodate.com Jan 2011
- Norwitz ER, Repke JT. Management of preeclampsia. www.uptodate.com Jan 2011
- Norwitz ER, Funai EF. Expectant management of severe preeclampsia. www.uptodate.com Jan 2011
- Sibai BM. Clinical features, diagnosis and long term prognosis of preeclampsia. www.uptodate.com Jan 2011

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS GINECOLÓGICOS

HISTERECTOMIA EM ÚTERO NÃO GRAVÍDICO

1. Laqueação e secção do ligamento redondo

- Ponto transfixivo a meia distância entre a parede pélvica e o útero com fio de reabsorção lenta
- Referenciação da sutura (Figura 1)
(após colocação de Kocker junto a cada corno uterino, englobando a trompa, o ligamento útero-ovárico e o ligamento redondo)



Figura 1

2. Desenvolvimento da prega vesico-uterina

- Prolongamento da incisão do ligamento redondo inferiormente, através do folheto anterior do ligamento largo, em direcção ao espaço vesico-uterino e com entrada no mesmo (Figura 2)



Figura 2

3. Dissecção perivesical

- Dissecção do espaço vesico-uterino (romba ou com tesoura) sobre o colo, com rebatimento da bexiga (Figura 3).



Figura 3

4. Laqueação do pedículo anexial

4.1 Conservação de anexos (Figura 4.1)

- Abertura (digital) de janela no peritoneu posterior abaixo das estruturas a laquear - ligamento útero-ovárico e trompa
- Colocação de 2 hemostáticas externamente ao local de secção do pedículo (linha tracejada)
- Laqueação do pedículo, começando pela hemostática mais externa, com fio de reabsorção lenta (Ex:Vicryl 1)



Figura 4.1

4.2 Anexectomia (Figura 4.2)

- Abertura (digital) de janela no peritoneu posterior abaixo das estruturas a laquear - ligamento infundíbulo-pélvico
- Colocação de 2 hemostáticas externamente ao local de secção do pedículo (linha tracejada) e uma internamente
- Laqueação do pedículo, começando pela hemostática mais externa, com fio de reabsorção lenta (Ex:Vicryl 1)



Figura 4.2

5. Abertura do peritoneu posterior e mobilização do recto

- Abertura do folheto posterior do ligamento largo, em direcção aos ligamentos útero-sagrados
- Secção dos ligamentos útero-sagrados (após referência opcional dos mesmos)
- Rebatimento (rombo) do recto



Figura 5

6. Laqueação dos vasos uterinos (Figura 6)

- Individualização dos vasos uterinos
- Colocação de pinça uterina perpendicularmente à artéria uterina ao nível da união do colo e segmento inferior
- Pode ser colocada uma 2ª pinça uterina abaixo da 1ª para maior segurança e uma hemostática acima do local de secção (ângulo de +/- 45° com os vasos) para evitar o retorno sanguíneo
- Secção e laqueação começando pela pinça uterina mais inferior, com fio de reabsorção lenta (Ex:Vicryl 1)



Figura 6

7. Secção dos ligamentos cardinais (Figura 7)

- Colocação de pinça uterina internamente ao pedículo vascular uterino, paralelamente ao colo
- Secção do ligamento, junto ao colo
- Sutura transfixiva com fio de reabsorção lenta (Ex:Vicryl 1)

(se necessário pelo comprimento e vascularização do ligamento cardinal, o passo 7 pode ter que ser repetido - laqueação/secção progressivas no sentido inferior)



Figura 7

8. Abertura da vagina e Ressecção Uterina (Figura 8)

- Palpação do limite inferior do colo
- Colocação de pinça uterina postero-inferior ao colo com tracção da parede vaginal ou colocação de pinças uterinas lateralmente, aproximando as paredes vaginais anterior e posterior imediatamente abaixo do colo
- Secção da parede vaginal (tesoura ou bisturi) acima das pinças colocadas e prolongamento circunferencial da incisão com ressecção do útero



Figura 8

9. Encerramento da cúpula vaginal (Figura 9)

- Sutura com fio de reabsorção lenta (Ex:Vicryl 1), com pontos cruzados (contínua ou pontos separados)
- Eventual suspensão da cúpula aos ligamentos cardinais
- Eventual união da cúpula aos ligamentos útero-sagrados



Figura 9

HISTERECTOMIA PERIPARTO

- **Histerectomia total** com a técnica descrita para o útero não gravídico
- **Histerectomia subtotal** (vs total) - mais rápida - preferível se hemorragia grave e dissecação/identificação difícil do colo
- Utilização de dupla sutura nas laqueações com "pontos em 8"
- Inspeção periódica da bexiga para identificação de cistotomia acidental
- Localização do ureter se laceração do colo uterino se prolongar para o ligamento largo, ou se colo apagado
- Nos casos de apagamento total do colo, evitar remover excesso de tecido vaginal

Aspectos particulares da técnica de histerectomia sub-total
(a partir do ponto 6 da técnica descrita para a histerectomia total)

Amputação do corpo uterino (Figura 10)
(com bisturi, imediatamente abaixo do nível de laqueação das uterinas)



Figura 10

Encerramento do colo (Figura 11)
· Sutura com fio de reabsorção lenta (Ex:Vicryl 1), com pontos cruzados
· Sutura contínua ou pontos separados



Figura 11

SALPINGECTOMIA (Figura 12)

1. Laqueação e secção progressivas do mesossalpinge (o mais perto possível da trompa)
2. Excisão da trompa (secção junto ao corno uterino – linha tracejada)



Figura 12

EXCIÇÃO DO CORNO UTERINO – GRAVIDEZ INTERSTICIAL
(após ponto 1 da salpingectomia)

1. Ponto em 8 na profundidade do miométrio
· Ponto subjacente à área lesada, sem apertar (Figura 13).



Figura 13

2. Incisão em cunha no corno uterino
· Excisão da zona de implantação (Figura 14)
3. Encerramento imediato do ponto em 8



Figura 14

4. Conclusão da sutura (Figura 15)
(pontos cruzados)



Figura 15

ANEXECTOMIA

1. Exposição do Ligamento infundibulo-pélvico (Figura 16)

- Tracção do anexo em direcção à linha média, com exposição do ligamento infundibulo-pélvico
- Colocação de 2 hemostáticas externamente ao local de secção do ligamento infundibulo-pélvico (linha tracejada - junto ao anexo) e uma internamente, seguida de laqueação do pedículo começando pela hemostática mais externa, com fio de reabsorção lenta (Ex:Vicryl 1)
- Secção do ligamento largo até laqueação do ligamento útero-ovárico e trompa (linha contínua)



Figura 16

QUISTECTOMIA DO OVÁRIO

1. Incisão na cápsula ovárica até à parede do quisto
· Incisão longitudinal no bordo antimesentérico (Figura 17)



Figura 17



2. Dissecção do plano de clivagem entre a parede do quisto e a cápsula do ovário (Figura 18)



Figura 18

3. Excisão do quisto e hemostase da cápsula ovárica (com bisturi eléctrico)

Bibliografia

- Marques JP, Mota F. Cirurgia uterina por via abdominal. In: Oliveira CF. Manual de Ginecologia. 1ª ed. Lisboa: Permmanyer Portugal; 2011. P 454-461.
- Barros M. Cirurgia dos anexos por laparotomia. In: Oliveira CF. Manual de Ginecologia. 1ª ed. Lisboa: Permmanyer Portugal; 2011. P 481-85.
- Schorge J, Schaffer J, Halvorson L, Hoffman B, Bradshaw K, Cunningham F. Williams Gynecology. 1ª ed. China: The McGraw-Hill Companies, Inc; 2008. P 905-929.

PROFILAXIA DA ENDOCARDITE BACTERIANA

É recomendada, profilaxia da endocardite bacteriana (EB) apenas nas situações de “Alto Risco”:

1. Prótese valvular ou utilização de material protésico na reparação valvular
2. Endocardite bacteriana prévia
3. Doença cardíaca congénita (DCC)
 - DCC cianósante não corrigida; defeitos residuais; “shunts” ou condutos pulmonares sistémicos.
 - Nos primeiros 6 meses após correcção (cirúrgica ou através de técnicas percutâneas) de DCC com material protésico
 - Persistência de defeito de reparação no local de implantação de material protésico
4. Transplantados cardíacos que desenvolvam valvulopatia.

Caso a parturiente já se encontre sob terapêutica antibiótica (ex: corioamnionite, pielonefrite) não é necessário realizar profilaxia de EB

ANTIBIOTERAPIA NA PROFILAXIA DA ENDOCARDITE BACTERIANA

30 a 60 minutos antes do procedimento:

Ampicilina – 2g ou Cefazolina 1g ou Ceftriaxone* 1g EV ou IM*

Se alergia à penicilina

Clindamicina 600 mg EV ou IM*

*Este esquema não cobre Enterococos, pelo que se existe suspeita de infecção por este microorganismo deverá ser utilizada Vancomicina (1g em perfusão EV durante 1 hora)

Bibliografia

- Wilson W. et al. Prevention of Infective Endocarditis: Guidelines from the American Heart Association. Circulation 2007;117:1736-1754
- Habib G. et al. Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis. European Heart Journal 2009, 30: 2369-2413
- Use of prophylactic antibiotics in labor and delivery. Practice Bulletin 120. Obstet Gynecol 2011;117:1472-83



PROFILAXIA DA INFECÇÃO A STREPTOCOCCUS β - HEMOLÍTICO DO GRUPO B (SGB)

São indicações para profilaxia da infecção neonatal precoce a SGB

- 1- Exsudado vaginal/rectal positivo (efectuado às 35-37 semanas)
- 2- Bacteriúria positiva (qualquer que seja o tempo de gestação na ocasião do diagnóstico)
- 3- RN anterior com infecção documentada a SGB

Na ausência de rastreio realizado entre as 35-37 semanas (colheita de exsudado vaginal e rectal), proceder à profilaxia da infecção neonatal precoce a SGB na presença dos **factores de risco** seguintes:

- 1- Trabalho de parto antes das 37 semanas
- 2- Rotura prematura de membranas pré-termo (<37semanas)
- 3- Rotura de membranas com duração \geq 18 horas
- 4- Febre intra-parto \geq 38°C

Não são indicação para fazer antibioterapia profilática:

- 1- Cesariana electiva na ausência de trabalho de parto ou de rotura de membranas (qualquer que seja a idade gestacional);
- 2- Rastreio negativo às 35-37 semanas, independentemente dos factores de risco intra-parto;
- 3- Gravidez prévia com rastreio positivo para SGB

TERAPÊUTICA ACONSELHADA

Via: EV (SEMPRE!)

Duração: Desde o momento da admissão no bloco de partos, até ao parto

Fármacos:

Penicilina - 5 milhões de unidades iniciais, seguidas de 2.5 milhões de unidades de 4/4h ou

Ampicilina - 2g iniciais, seguidos de 1g 4/4 h

PROFILAXIA DA INFECÇÃO A STREPTOCOCCUS β -HEMOLÍTICO DO GRUPO B (SGB)

Se alergia a Penicilina:

Baixo Risco de Anafilaxia
Cefazolina 2g seguido de 1g de 8/8h

Elevado Risco de Anafilaxia¹

Se resistência a Clindamicina ou inexistência do antibiograma:
Vancomicina 1g de 12/12h

Se sensível à Clindamicina:
Clindamicina 900mg 8/8horas

¹-elevado risco de anafilaxia: história de anafilaxia, angioedema, dificuldade respiratória ou urticária, após terapêutica com penicilina ou cefalosporina.

Procedimentos obstétricos na grávida SGB positiva:

A existência de um exsudado positivo para SGB não é contra-indicação para a monitorização fetal interna ou para a avaliação do canal de parto (toque vaginal)

Não há informação relativa à inocuidade do stripping de membranas na grávida SGB positiva.

Nota: Na gravida de < 37 sem. em trabalho de parto pré-termo ou com RPM-PT, caso seja desconhecido o resultado do rastreio para SGB, deve ser colhido exsudado vaginal (introito vaginal) e rectal (zaragatoa deve passar o esfíncter anal) e só após iniciar a profilaxia antibiótica preconizada que só se deve manter caso entre em trabalho de parto (se a bolsa de águas se mantiver intacta) ou pelo menos por 48 h em caso de RPM-PT

Bibliografia

- ACOG Committee Opinion 485. Prevention of early-Onset Group B Streptococcal Disease in Newborns. Obstet Gynecol 2011; 117:1019-27.
- Verani JR, McGee L, Schrag SJ. Prevention of perinatal group B streptococcal disease—revised guidelines from CDC, 2010. Division of Bacterial Diseases, National Center for Immunization and Respiratory Diseases, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). MMWR Recomm Rep 2010;59(RR-10):1-36.

PROFILAXIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DE VIH

ACTUAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA FACE À GRÁVIDA COM SUSPEITA DE INFECÇÃO OU COM INFECÇÃO CONFIRMADA PELO VIH

REALIZAÇÃO DE SEROLOGIA

Deve ser pedida a serologia para o VIH (Laboratório do Serviço de Urgência), a TODAS as grávidas que não tenham efectuado a sua determinação no 3º trimestre. Um resultado POSITIVO implica a implementação das medidas abaixo indicadas sem esperar por um teste confirmatório (o qual deve no entanto ser sempre efectuado).

TERAPÊUTICA

O AZT intra-parto (EV) está recomendado para todas as grávidas infectadas pelo VIH, independentemente do regime terapêutico anterior.

As grávidas sob terapêutica HAART devem manter o seu esquema oral habitual durante o trabalho de parto - com excepção do d4T e do AZT (Zidovudina) por via oral, que devem ser suspensos.

As grávidas infectadas que não fizeram qualquer terapêutica durante a gravidez e apenas estas, devem, além do AZT EV, efectuar terapêutica com Nevirapina (dose única PO) e 3TC. A associação AZT/3TC deve ser mantida durante 7 dias após o parto. Neste caso deve ser contactado o colega de infectologia.



ESQUEMAS TERAPÉUTICOS

AZT INTRA-PARTO

- Diluir 5 ampolas de AZT em 400ml de Dextrose a 5%

Nota: Cada ampola de AZT contém 200 mg em 20ml
5 ampolas são 1000mg em 100ml
Após a diluição, cada ml de solução tem 2mg de AZT

- Bolus inicial de 2mg/Kg (1ml/Kg) durante 1 hora
- Posteriormente 1 mg/Kg/hora (0,5 ml/Kg/hora) até ao parto

Nota: A dose máxima de AZT não deve exceder os 1200mg (6 amp.)

NEVIRAPINA

- 200mg PO em dose única no início do Trabalho de Parto

ZDV/3TC (AZT/3TC)

- 3TC 150mg PO 2x/d começando no início do trabalho de parto, seguindo-se a associação ZDV/3TC PO 300mg/150mg 2x/d durante uma semana

VIA DE PARTO

- Grávida com infecção suspeitada por teste efectuado no Serviço de Urgência
- Grávida com diagnóstico de infecção recente, não submetida a terapêutica HAART e/ou sem carga viral conhecida no 3º trimestre
- Grávida com diagnóstico de infecção pelo VIH que apesar de vigiada e submetida a terapêutica, apresenta carga viral às 36 semanas superior a 1000 cópias/ml

==> **Cesariana electiva**

- Ruptura de membranas ou início de trabalho de parto em grávida com diagnóstico de infecção, proposta para cesariana electiva:

a) Trabalho de parto progredindo rapidamente

==> **Parto vaginal**

b) Dilatação mínima antecipando-se um T parto prolongado

==> **Cesariana electiva**

- S** • Grávida com diagnóstico de infecção, vigiada regularmente, submetida a terapêutica HAART e
- E** com carga viral <1000 cópias às 36 semanas

==> **Parto vaginal**

Cesariana electiva

- 38 semanas
- Idealmente antes do início do T.de parto ou REBA
- AZT por via endovenosa, com início 3 horas antes da cirurgia
- Manutenção da terapêutica anti-retrovírica oral instituída
- Antibioterapia profiláctica

Via vaginal

- AZT por via endovenosa durante a fase activa do Trabalho de parto
- Manutenção da terapêutica anti-retroviral oral instituída
- Minimizar o tempo de ruptura de membranas
- **Não efectuar RABA**
- **Evitar** a monitorização interna
- **Evitar** o parto instrumental



PROFILAXIA DO TROMBOEMBOLISMO VENOSO

O tromboembolismo venoso (TEV) é uma importante causa de mortalidade e morbidade materna.

Incidência: 0,5 – 3 / 1 000 gravidezes

Risco de tromboembolismo é mais elevado no puerpério (20X) do que durante a gravidez (2,5X).

Na gravidez há alterações fisiológicas pró-trombóticas. Para além destas alterações devemos ter atenção aos seguintes factores de risco:

- Idade > 35 anos
- Obesidade (IMC > 30 Kg/m²)
- Paridade > 3
- Tabagismo
- Trombofilias

Trombofilias:

Congénitas:

- Deficiência da Proteína C
- Deficiência da Proteína S
- Mutação do factor V Leiden (resistência à Proteína C activada)
- Deficiência de antitrombina III
- Deficiência de plasminogénio
- Hiperhomocisteinémia (gene da metileno tetrahidrofolato redutase - MTHFR)
- Mutação do gene da protombina (G20210A)

Adquiridas:

- Síndrome anticorpo antifosfolípido (Ac anticardiolipina; anticoagulante lúpico)
 - Síndrome nefrótico (níveis de antitrombina)
-



- Antecedentes de TVP
- Varizes MI
- Imobilização (3 dias repouso no leito) ou imobilização pós-parto
- Paraplegia
- Viagens de longo curso (>4h)
- Doenças médicas*
- Desidratação
- Hiperemese gravídica
- Pré-eclâmpsia / eclâmpsia
- Gravidez múltipla
- Síndrome de hiperestimulação ovárica
- Cesariana e parto vaginal instrumental
- Trabalho de parto prolongado (>24h)
- Hemorragia puerperal grave (>1L ou com necessidade de transfusão)
- Cirurgia pélvica no peri-parto (curetagem uterina evacuadora / laqueação de trompas/ histerectomia)

* síndrome nefrótica; doenças inflamatórias intestinais; trombocitopenia essencial; policitemia vera; drepanocitose; neoplasias; toxicodpendência com drogas endovenosas

AGENTES PROFILÁTICOS

1 - Varfarina:

- É segura no puerpério e no aleitamento.
- Tem maior risco de hemorragia pós-parto e hematomas perineais do que a HBPM.
- Necessita de monitorização do INR.

2 - Heparina não fraccionada (HNF):

- Semi-vida mais curta do que a HBPM
- Via de administração: sc ou ev
- Doses: 5 000U sc (12/12h)
- Facilmente revertida com sulfato de protamina
- Risco de 5% de trombocitopenia (pedir contagem de plaquetas)
- Monitorização terapêutica com os níveis de anti-Xa (0,1 – 0,3U/mL)

3 - Heparina de baixo peso molecular (HBPM):

- Não atravessa a placenta; não é teratogénica; não é excretada no leite
- Fácil utilização: 1 / 2 administrações diárias via sc
- Não necessita de monitorização, excepto se existir IRC ou deficiência ATIII (monitorizar com níveis de anti-Xa)
- Baixo risco de trombocitopenia (não é necessário pedir contagem de plaquetas antes de iniciar terapêutica)
- Dose depende do peso materno

HBPM é a heparina de escolha para profilaxia

DOSE PROFILÁTICA (HBPM)

Peso (Kg)	Enoxaparina (Lovenox®)	Dalteparina (Fragmin®)
< 50	20 mg/d	2 500 UI/d
50-90	40 mg/d	5 000 UI/d
>90	40 mg 12/12h	5 000 UI 12/12h

DOSE TERAPÊUTICA (HBPM)

Peso inicial da grávida	1 mg/Kg 12/12h	100 UI/Kg 12/12h

I - ACTUAÇÃO INTRA-PARTO

Grávida sob Doses Profiláticas

A HBPM deve ser suspensa:

- no início de contractilidade regular ou hemorragia vaginal
- 12 h antes da indução do parto ou da cesariana electiva

Numa grávida em TP, se a última dose de HBPM tiver sido administrada <12h, a analgesia deverá ser realizada com opiáceos endovenosos.



Grávida sob Doses Terapêuticas

- A HBPM deve ser suspensa 24h antes da indução do parto ou da cesariana electiva
- A anestesia regional está contra-indicada se última dose < 24h
- Se possível mudar a terapêutica para heparina não fraccionada e ajustar a dose ao aPPT (1,5 – 2,5).
- Se o nível de aPTT for superior ao nível terapêutico, deve utilizar-se **sulfato de protamina**.
- Há um risco aumentado de hematoma vaginal, mas a hemorragia puerperal não está aumentada.

ANESTESIA REGIONAL E PROFILAXIA

A realização de anestesia regional deve ser individualizada. Para evitar o risco de hematoma epidural a anestesia regional deve ser realizada:

- 12 h após a última dose de HBPM ==> **Regime profilático**
- 4 h após última dose de HNF EV (na administração SC não há contra-indicação) ==> **Regime profilático**
- 24 h após a última dose de HBPM ==> **Regime terapêutico**

II - PROFILAXIA DO TROMBOEMBOLISMO DURANTE O PUERPÉRIO

Mulheres tratadas com varfarina antes da gravidez podem reiniciar o tratamento (7,5 mg/d) entre o 5 e o 7º dia pós-parto. A HBPM deve ser mantida até se obterem dois valores de INR entre 2-3.

Para os restantes casos, a necessidade de profilaxia deverá ser baseada na análise dos factores de risco da puérpera, assim:

SE: Antecedentes de TEV ou Medicação antenatal com HBPM ==> **ALTO RISCO**

Profilaxia com HBPM até 6ª semana pós-parto

SE: Cesariana intra-parto, Trombofilias (congénitas e adquiridas), IMC > 40Kg/m², internamento hospitalar prévio com imobilização, doenças médicas* **RISCO INTERMÉDIO**

Profilaxia com HBPM até 6ª semana pós-parto

* síndrome nefrótica; doenças inflamatórias intestinais; trombocitopenia essencial; policitemia vera; drepanocitose; neoplasias; toxicod dependência com drogas endovenosas

Perante Factores de Risco

- Idade > 35 anos
- IMC > 30Kg/m
- Paridade > 3
- Cesariana electiva
- Procedimento cirúrgico pós-parto
- Varizes nos MI
- Imobilização (paraplegia)
- Pré-eclâmpsia
- Parto instrumental
- Trabalho de parto prolongado (>24h)
- Hemorragia puerperal grave

SE ≥ 2 factores de risco

Risco Intermédio

Se < 2 factores de risco

Baixo risco

Mobilização precoce e hidratação

Iniciar HBPM:

O mais precocemente possível se parto ocorrer por via vaginal e desde que não exista hemorragia puerperal - neste caso aconselha-se o uso de meias de contenção elásticas e iniciar profilaxia quando a hemorragia estiver controlada.

Deve ser iniciada:

- 4 h após cesariana
- 6 h após a inserção ou remoção do cateter epidural (quer em dose profilática quer em dose terapêutica)
- Se punção tiver sido traumática / hemática, adiar por 24 h a administração de HBPM após a remoção do cateter epidural

Nota: o cateter epidural só deverá ser removido 12 h após a administração de dose profilática de HBPM ou 24 h após a administração de uma dose terapêutica)

Meias de contenção elásticas

- Se antecedentes TEV ou trombofilias até à 6ª – 12ª semana de puerpério
- Se Cesariana e existência de mais de 3 factores de risco para TEV durante o internamento
- Se a puérpera realizar viagem de longo curso (>4h) durante a viagem
- **Estimular a deambulação precoce**



CONTRACEÇÃO:

- Mulheres com factores de risco para TEV: não prescrever ACO combinados até ao 3º mês de puerpério
- Mulheres com história de TEV: métodos definitivos, método de barreira, dispositivo intra-uterino, contracepção hormonal com progestagéneos

BIBLIOGRAFIA:

- Kent N. et al. Prevention and treatment of venous thromboembolism (VTE) in Obstetrics. SOGS Clinical Practice Guidelines; nº 95, Sept 2000.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Reducing the risk of thrombosis and embolism during pregnancy and the puerperium. Guideline nº 37. London. Nov 2009.
- Greer IA. Preventions of venous thromboembolism in pregnancy. Best Pract Res Clin Haematol. 2003; 16: 261-78.
- Greer IA. Anticoagulants in Pregnancy. J Thromb Thrombolysis. 2006; 21: 57-65.
- Laurent P et al. Low molecular weight heparins: a guide to their optimum use in pregnancy. Drugs. 2002; 62: 463-77.
- Thrombo-embolism in pregnancy: problems, prevention and treatment. Progress in Obstetrics and Gynaecology, 15ª edition. 2003
- Duhl AJ et al. Antithrombotic therapy and pregnancy: consensus report and recommendations for prevention and treatment of venous thromboembolism and adverse pregnancy outcomes. Am J Obstet Gynecol. 2007; 197: 457.e1-457.e21.

CUIDADOS BÁSICOS NO PUERPÉRIO

I – CUIDADOS GERAIS

A) APÓS O PARTO VAGINAL

- Avaliação da PA e pulso a cada 15 minutos durante a 1ª hora após o parto
- Avaliação do grau de contracção uterina e do volume das perdas hemáticas
- O catéter epidural deverá ser retirado após o parto.
- Transferência da puérpera para a Unidade de Puérperas cerca de 1 hora após o parto se houver estabilidade clínica.
- O 1º levante deverá ocorrer, se possível, 6 horas após o parto e na presença de uma enfermeira.
- A alimentação poderá ser retomada cerca de 2 horas após o parto.

• Analgesia:

- Paracetamol 1g PO (dose máx 1g 8/8h);
- Ibuprofeno 400mg PO se necessário, alternando com o paracetamol (dose máx 400mg 8/8h);
- Aplicação regular de gelo sobre a episiotomia (30 min, 4 a 5 vezes/d)

- **Cuidados perineais:** limpeza e desinfecção do períneo com solução iodada ou cloro-hexidina duas vezes ao dia e sempre que necessário. Após a higiene manter a região o mais seca possível. Trocar o penso higiénico com frequência ao longo do dia.

B) APÓS CESARIANA

- Avaliação da TA e pulso a cada 15 minutos durante as 1ªs duas horas após o parto.
- Avaliação do grau de contracção uterina e do volume das perdas hemáticas
- Transferência da puérpera para a Unidade de puérperas cerca de 2 horas após o parto se estiver clinicamente estável.



- O levante deverá ser preconizado 12 horas após o parto e, até esse momento, deverá ser estimulada a mobilização dos membros inferiores.
- A alimentação (dieta geral) pode ser iniciada 4 – 8 horas após a cesariana.
- O catéter epidural é geralmente retirado 24 horas após o parto, no entanto, pode ser mantido por 48 horas.

• Analgesia:

Primeiras 24 horas

• Se a cesariana decorreu sob anestesia loco-regional:

- Analgesia pelo catéter epidural:
Morfina 3mg 12/12 horas (até 3 administrações)
- Analgesia EV:
Paracetamol 1 g 6/6 h
Toradol 10mg 8/8h

• Se a cesariana decorreu sob anestesia geral:

- Paracetamol 1g EV 6/6 h
- Toradol 10 mg EV 8/8 h
- Nolutil® 2 g diluídos em 100 cc de soro fisiológico e administrado em 20min EV de 8/8 h, alternando com o paracetamol

ou

Tramadol 100 mg diluídos em 100 cc de soro fisiológico administrado em 20min EV de 8/8 h alternando com o paracetamol

Após 24 h:

- Paracetamol 1 g EV 6/6 h
- Toradol 10 mg EV 8/8 h
- Em SOS: Nolutil® 575 mg PO de 8/8 h ou Tramadol retard 100 mg PO 12/12 h
- Se ocorrerem náuseas ou vômitos:
Metoclopramida 10 mg E.V (não ultrapassar os 30mg/d)

• Se ocorrer prurido:

Hidroxizina 25mg PO/EV de 6/6 h

- O penso deve ser levantado no 1º/2º dia pós-operatório (ou em qualquer altura, se necessário) e substituído por penso impermeável na altura da alta
- Extracção de pontos ou agrafes*
 - se a incisão for transversa
 - 3 a 4 dias após cesariana
 - 5 a 7 dias se a grávida tiver factores de risco para complicações na cicatrização (obesidade, diabetes, ...)
 - se a incisão for vertical
 - 5 a 7 dias após cesariana
 - 7 dias se existirem factores de risco para complicações na cicatrização

* podem pôr-se steristrips após remoção de pontos/ agrafes

C) AMAMENTAÇÃO

- Deve ser promovida a amamentação logo após o parto
- Deve ser feita a educação para a protecção dos mamilos (adequada higiene, utilização de discos protectores, utilização de Grelavite® ou Cicamel® se ocorrerem fissuras mamilares)
- Em caso de engurgitamento mamário: Ocitocina – Syntocinon® (nebulização nasal antes da amamentação)
- Se existirem contra-indicações para amamentação, proceder à supressão láctea

Medidas gerais:

Evitar estimulação mamilar, usar soutien de suporte forte, aplicar gelo local e promover analgesia com paracetamol e ibuprofeno (medidas eficazes em 60 – 70 % das mulheres)

Terapêutica farmacológica:

Bromocriptina (Parlodel®)*: 1,25 mg PO 12/12 h nos 2 primeiros dias e depois 2,5 mg PO 12/12 horas durante 14 dias

*Contra-indicado em casos de hipertensão arterial ou doença cardiovascular grave – risco de AVC ou EAM

Carbégolina (Dostinex®)*1 1mg PO 1º dia seguido de 0,25 mg 12/12 horas (2 dias)

*1Efeitos adversos : dor abdominal, náuseas, vômitos, discinésias, alucinações, distonia, sonolência, alterações visuais.



II –COMPLICAÇÕES

A) ENDOMETRITE – ver em CESARIANA

B) ANEMIA PÓS-PARTO

- Se Hb \leq 9 g/dl e $>$ 7 g/dL: ponderar terapêutica com ferro EV
 - Dose habitual: 2 ampolas de Venofer® em 200 cc soro fisiológico (pode ser repetida 2 a 3 vezes/semana)

Precauções na utilização de Venofer

Cada ampola de Venofer® (5 mL) contem 100 mg de Ferro. O conteúdo de cada ampola só pode ser diluído em 100 ml de uma solução de cloreto de sódio a 0,9% (soro fisiológico), imediatamente antes da perfusão (i.e. 2 ampolas em 200 ml de soro fisiológico). A solução deve ser administrada com a seguinte velocidade: 100 ml em 15 minutos; 200 ml em 30 minutos; 300 ml em 1,5 horas; 400 ml em 2,5 horas ou 500 ml em 3,5 horas.

Antes da administração da primeira dose terapêutica de Venofer® num novo doente, deve ser dada uma dose teste de 1 a 2,5 ml. Se não ocorrerem reacções adversas num período de 15 minutos após a administração, pode ser dada a restante dose. Por razões de estabilidade, não são permitidas diluições com menores concentrações de ferro. (indicações constantes no folheto informativo do produto aprovadas pelo Infarmed)

- Se Hb $<$ 7 g/dl ou a puérpera estiver sintomática, proceder à transfusão de, pelo menos, 2 U de CE, de acordo com o valor da Hb. Deve realizar-se hemograma de controlo pós transfusional sendo expectável a subida da hemoglobina de 1–1,5 g/dL por cada unidade de CE transfundida

C) HEMORRÓIDAS

- Terapêutica tópica (Ultraproct®, Sheriproct®, Faktu®): aplicação 2x/dia
- Aplicação de gelo local
- Daflon® 500 mg 2x/dia (se crise hemorroidária: 1 g 3 x dia, durante 3 dias e posteriormente dose de manutenção)
- Se hemorróida trombosada solicitar observação pela cirurgia geral

D) OBSTIPAÇÃO

Se ocorrer obstipação 24 horas após o parto e/ou for sintomática, medicar com:

- Lactulose (Laevolac® carteiras) 2x/dia (excepto se intolerância) e/ou
- Microclister de citrato de sódio (Microlax®) (excepto se intolerância ou existirem lacerações perineais de grau III/IV)

E) INFECCÃO DA FERIDA OPERATÓRIA – Ver em CESARIANA

F) INFECCÃO DA EPISIORRAFIA

- Habitualmente localizada à pele e tecido celular subcutâneo
- **O diagnóstico é clínico** – sinais inflamatórios da sutura e exsudado purulento ou celulite sem exsudado.
- **Terapêutica:** abertura, drenagem, irrigação e desbridamento de material necrótico. Deixar cicatrizar por granulação. Se defeito extenso ressuturar após a superfície da ferida estar livre de exsudado e apresentar tecido de granulação rosado. Não é necessária antibioterapia excepto se existir celulite. Nesse caso, optar por Flucloxacilina 1 g EV 6/6 h ou Vancomicina 1 g EV 12/12 h (se alergia à penicilina)

G) RETENÇÃO URINÁRIA

- Ausência de micção espontânea 6 horas após parto vaginal ou 6 h após desalgiação, em caso de cesariana. Geralmente auto-limitada resolvendo-se no final da primeira semana
- **Terapêutica:**
 - Medidas gerais: deambulação, usar instalações sanitárias em vez de arrastadeira, promover privacidade, banho quente ou imersão das mãos em água fria corrente.
 - Se as medidas anteriores não resultarem: algiação que deve ser mantida até o volume residual de urina ser inferior a 150 mL e a puérpera não apresentar sintomas significativos de dificuldade na micção.

BIBLIOGRAFIA

- Berens P. Overview of postpartum care. In UpToDate Setembro 2010. Acessado em Janeiro 2011 (www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartum-care) .
- Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Gilstrap L, Wenstrom K. The Puerperium. In Williams Obstetrics (23th ed), Mc Graw Hill, 2009
- Duff P, Sweet RL, Edwards RK. Maternal and fetal infections. In Creasy and Resnik's Maternal-Fetal Medicine – Principles and Practice. (6 th ed.) Creasy R, Resnik R, Iams J, Lockwood CJ, Moore T (ed) Saunders Elsevier 2009
- Centeno M. Puerpério e lactação. In Medicina Materno Fetal (4ªed). Graça LM (ed) Lidel. Lisboa 2010



REPARAÇÃO DE LESÕES TRAUMÁTICAS DO CANAL DE PARTO

A – TRAUMATISMO DO PERÍNEO

CLASSIFICAÇÃO

Grau I – laceração do epitélio vaginal ou da pele do períneo

Grau II – laceração que envolve os músculos do períneo mas não o esfíncter anal

Grau III – laceração dos esfíncteres anais podendo ser subdividida em:

3 a - < 50% de rotura de esfíncter anal externo

3 b - > 50% de rotura de esfíncter anal externo

3 c – Rotura do esfíncter anal externo e interno

Grau IV – laceração de grau III associada a laceração da mucosa anal

RECOMENDAÇÕES

O tratamento adequado dos traumatismos do períneo requer uma avaliação adequada dos mesmos, sendo aconselhável:

1. Colocar a doente em posição de litotomia, requerer condições de iluminação adequadas e expor adequadamente a lesão.
2. Utilizar analgesia adequada.
3. Observar os genitais externos, particularmente a face interna dos pequenos lábios.
4. Observação da mucosa vaginal; deve ser avaliado o número de lacerações sendo mandatória a identificação do vértice da laceração.
5. Realizar toque rectal para avaliar a existência de lesões do esfíncter anal e/ou da mucosa rectal. É importante salientar que mesmo nas situações de períneo íntegro pode haver lacerações de grau III/ IV.
6. O esfíncter anal externo (músculo estriado) tem coloração vermelho escuro enquanto que o esfíncter anal interno (músculo liso) é esbranquiçado.
7. O esfíncter anal externo encontra-se em estado de contração tónica, pelo que a laceração do mesmo é acompanhada de retracção dos topos. É geralmente necessário pinçar os mesmos para a sua correcta identificação.



REPARAÇÃO DE LACERAÇÕES DE GRAU I

1. Sutar apenas se existir hemorragia activa ou desalinhamento do tecido traumatizado, o qual pode afectar o processo de cicatrização.
2. Utilizar Vicryl Rapid® 00
3. Pontos separados ou suturas contínuas.

REPARAÇÃO DE LACERAÇÕES DE GRAU II (E DE EPISIOTOMIA)

1. Sutura contínua da mucosa vaginal com Vicryl Rapid® 00, iniciando-se 1cm atrás do vértice e terminando a nível da fúrcula.
2. Sutura dos planos musculares com Vicryl Rapid® 0, evitando tracção excessiva, com uma das seguintes técnicas:
 - a. Sutura contínua (se lesão muito profunda efectuar em dois planos)
 - b. Pontos separados
3. Sutura da pele com:
 - a. Sutura contínua intradérmica
 - b. Pontos separados transcutâneos (Blair-Donatti)
4. Se houver lacerações extensas da parede vaginal anterior ou envolvendo os pequenos lábios/clitóris – manter algáliação 24h para impedir retenção urinária aguda associada a edema.

REPARAÇÃO DE LACERAÇÕES DE GRAU III

1. Obter ajuda diferenciada.
2. Requerer a caixa de material adequada para a correcção destas lacerações.
3. Proceder a avaliação cuidada da lesão e proceder à classificação da mesma.
4. Traccionar os topos do esfíncter com pinças de Allis.
5. As lesões dos esfínteres anal interno e externo devem ser reparadas isoladamente, com PDS 000 (polidioxanona).
6. A laceração do esfíncter anal interno deve ser corrigida com sutura topo a topo, com pontos em U.
7. A laceração do esfíncter anal externo deve ser corrigida com sutura de sobreposição de bordos, com pontos em U, geralmente num total de 4 pontos (figura 1). Excepção feita para as lacerações parciais do esfíncter ou para as situações em que não pode ser identificada toda a extensão da laceração - nestas situações deve ser realizada sutura topo a topo.
8. Proceder ao toque rectal para confirmar a reparação completa da lesão.
9. Descrever detalhadamente a lesão e o tipo de reparações efectuadas.



Figura 1 – Sutura do esfíncter anal externo com sobreposição de bordos

REPARAÇÃO DE LACERAÇÕES DE GRAU IV

1. Reparação com recurso a uma de duas técnicas:
 - a. Sutura de mucosa anal/ rectal Vicryl® 000 com pontos separados com nós orientados para o interior do lúmen anal (figura 2 A).
 - b. Sutura da submucosa anal/ rectal Vicryl® 000 com pontos separados a fim de inverter os bordos da laceração; neste caso nunca passar os pontos a nível da mucosa anal/rectal pelo risco de desenvolvimento de fistula (figura 2 B).
2. Proceder como especificado anteriormente na reparação de lacerações de III grau para sutura das lacerações do esfíncter.



Figura 2 – Sutura de laceração grau IV

CONDOTA PÓS CORRECÇÃO DE LACERAÇÕES DE GRAU III/IV

1. Antibioterapia: não há evidência científica que justifique a utilização de antibióticos nas lacerações de grau III/IV; no entanto, a sua instituição visa prevenir a ocorrência de infecção, a qual pode comprometer o processo de cicatrização e favorecer a ocorrência de fístulas.
Esquema: cefuroxime 1,5g + metronidazol 500mg EV no período intra-operatório seguida de terapêutica oral durante 7 dias
2. Agentes laxativos (lactulose 3 tomas/ diárias) durante 15 dias + dieta rica em fibras.
3. Alta só após estabelecimento do trânsito intestinal.
4. As puérperas devem ser observadas 6-8 semanas após o parto em consultas de referência



B - LACERAÇÃO DO COLO

Causa de hemorragia importante.

Associada a parto instrumental, parto precipitado ou parto sem dilatação completa.

Actuação

1. Suporte hemodinâmico se necessário.
2. Analgesia e relaxamento eficaz da puérpera.
3. Tração dos lábios anterior e posterior do colo com pinças de Allis
4. Reconhecer o vértice da laceração.
5. Iniciar sutura contínua com Vicryl® 0 sempre acima do vértice de laceração e prosseguir até ao bordo do orifício externo do colo.
6. Se não se conseguir identificar o vértice da laceração, colocar o ponto o mais acima possível e ir traccionando com o fio de forma a expor a zona mais distal ou iniciar a sutura nos bordos da laceração ao nível do orifício externo do colo e, traccionando o fio, progredir a sutura contínua no sentido proximal até atingir o vértice da laceração (figura 3).



Fig. 3 - Traqueleorrafia iniciada distalmente e progredindo para o vértice da laceração

C - HEMATOMAS PÉLVICOS

HEMATOMA VULVAR/ PERINEAL

Tipo de hematoma mais frequentemente associado ao parto. Pode surgir após episiorrafia com hemo-

tase deficiente, sobretudo no vértice da episiotomia. Pode também ocorrer de forma espontânea em puérperas com períneo intacto

Origem - Laceração de pequenos vasos na fascia superficial.

Clínica - Dor vulvar (por vezes muito intensa), sensação peso perineal, massa perineal

Actuação

1. Suporte hemodinâmico se necessário.
2. Abertura e drenagem de hematoma.
3. Encerrar a loca por planos com fio absorvível.
4. Penso compressivo que deve permanecer 12-24h.
5. Algaliação até ocorrer diminuição significativa do hematoma.
6. Administração de antibióticos (cefaxitina 1g EV 8/8h 3dias).

Nota: Não tentar laquear vasos

HEMATOMA VAGINAL

Associados ao uso de fórceps. Podem também ocorrer espontaneamente.

Origem - Lesão de tecidos moles com laceração de múltiplos vasos; geralmente estes hematomas acumulam-se acima do plano do diafragma pélvico.

Clínica - Dor, protusão vaginal

Actuação

1. Suporte hemodinâmico se necessário.
2. Abertura e drenagem de hematoma.
3. Pode não ser necessário proceder ao encerramento
4. Se hemorragia persistente proceder a revisão da hemostase e encerramento
5. Colocação de tampão vaginal compressivo por 12-24h.
6. Administração de antibióticos (cefaxitina 1g EV 8/8h 3dias)



HEMATOMA RETROPERITONEAL OU DO LIGAMENTO LARGO

Tipo de hematoma mais raro, mas o mais grave.

Origem - Laceração de um ramo da artéria hipogátrica na sequência de cesariana ou manipulação instrumental intra-uterina ou ainda ruptura uterina.

Clínica - Hipotensão, shock hipovolémico

Actuação

1. Obter ajuda diferenciada
2. Suporte hemodinâmico
3. Exploração cirúrgica, drenagem do hematoma e laqueação do vaso sangrante ou laqueação de hipogátrica homolateral

Nota: Se doente hemodinamicamente estável pode ser ponderada atitude expectante

Bibliografia

- Graça LM. Episiotomia e lacerações perineais. In Medicina Materno Fetal (4ª ed) Graça LM (ed) Lidel. Lisboa 2010.
- Sultan AH, Kettle C. Diagnosis of Perineal Trauma. In Perineal and Anal Sphincter Trauma, Sultan AH, Thalar R, Fenner DE (ed) Springer-Verlag London 2009.
- Kettle C, Fenner DE. Repair of Episiotomy, First and Second Degree Tears. In Perineal and Anal Sphincter Trauma, Sultan AH, Thalar R, Fenner DE (ed) Springer-Verlag London 2009.
- Sultan AH, Thalar R. Third and Fourth Degree Tears In Perineal and Anal Sphincter Trauma, Sultan AH, Thalar R, Fenner DE (ed) Springer-Verlag London 2009.
- Francois KE, Foley MR. Antepartum and Postpartum Hemorrhage. Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies (5ª ed) Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, Galan H, Goetzl L, Jauniaux ERM, Landon M (ed) Churchill Livingstone, Philadelphia 2007.

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)

1. DIAGNÓSTICO DE RPM

- História sugestiva de RPM e,
 - Ao exame com espéculo (após desinfeção do períneo), visualização de saída de líquido amniótico (LA) pelo OE do colo (espontânea/ manobras de Valsalva/ mobilização fetal), ou
 - Observação ecográfica de oligoâmnios (ILA < 5)

NOTA: O toque vaginal só deve ser efectuado se houver suspeita/evidência da grávida se encontrar em trabalho de parto efectivo.

2. AVALIAÇÃO DA GESTAÇÃO

Objectivo: Determinar se há contra-indicações para atitude expectante e, eventualmente, decidir a via de parto

- Determinação de idade gestacional;
- Avaliação de sinais e sintomas de trabalho de parto;
- Exame ecográfico para determinar:
 - Situação e apresentação fetal
 - Existência de malformações fetais
 - Avaliação do volume de LA (técnica dos 4 quadrantes)
- Exclusão de corioamniotite
 - Temperatura materna
 - Leucograma e PCR



- Útero doloroso à palpação
- Exclusão de hipóxia fetal (CTG)

Nota: Associação de febre (>38°C) com taquicárdia materna e/ou fetal, é muito sugestiva de corioamniotite na ausência de outra sede infecciosa

3. PARTO

- A decisão da via de parto obedece a critérios obstétricos.
- É obrigatória a profilaxia intraparto (vaginal ou cesariana) da infecção neonatal por *Estreptococo* - hemolítico do Grupo B (excepto se houver evidência de rastreio vaginal negativo nas 5 semanas anteriores) - ver em PROFILAXIA NEONATAL DE INFECÇÃO A *ESTREPTOCOCO* GRUPO B

4. ATITUDE OBSTÉTRICA CONSOANTE A IDADE GESTACIONAL E EM GESTAÇÕES SEM PATOLOGIA MATERNO-FETAL ASSOCIADA

4.1 Gestação de < 23 semanas (feto pré-viável)

- Internamento na Enfermaria de Medicina Materno-Fetal;
- Não iniciar tocólise, nem antibioterapia, nem indução maturativa fetal;
- Informação detalhada dos progenitores sobre o prognóstico fetal;
- A opção pela atitude expectante ou por terminar a gravidez será tomada pelo casal após consentimento esclarecido.

4.2 Gestação de 23⁺⁰-31⁺⁶ semanas

- Em todas as situações, com maior ênfase nas gestações entre as 23 e as 25 semanas, proceder ao esclarecimento dos progenitores sobre o prognóstico fetal e os riscos maternos.
- Neste período da gravidez, principalmente a partir das 25 semanas completas, a atitude expectante constituirá a regra, investindo-se terapêutica e clinicamente para que seja completado o ciclo da indução maturativa com glucocorticóides:
 - Internamento hospitalar obrigatório
 - Indução maturativa - Ver em CORTICOSTEROIDES NA INDUÇÃO MATURATIVA PULMONAR FETAL
 - Profilaxia de Paralisia Cerebral no Recém-nascido - Ver em UTILIZAÇÃO DO SULFATO DE MAGNÉSIO COMO NEUROPROTECTOR

- Antibioterapia:

Ampicilina EV 2gr 6/6h + Eritromicina EV 500mg 6/6h, por 48 horas

segundo-se:

Amoxicilina PO 500mg 8/8h + Eritromicina PO 500mg 8/8h, 5 dias.

Nota: NÃO UTILIZAR Amoxicilina + Ácido clavulânico

Nas grávidas alérgicas à Penicilina a alternativa será:

Clindamicina EV 900mg 8/8 horas + Eritromicina EV 500mg 6/6 horas por 48 horas segundo-se Eritromicina PO 500mg 8/8 horas, durante 5 dias.

- Tocólise

Se existir contractilidade e apenas pelo período necessário à eficácia da corticoterapia (48 horas) optar por Indometacina (rectal) ou Atosiban EV - ver em PARTO PRÉ-TERMO)

Nota:

1) MONITORIZAÇÃO MATERNO-FETAL estrita.

2) ATENÇÃO aos sinais e sintomas de:

Infecção

DPPNI

Compressão do cordão umbilical

Hipóxia fetal.

4.3 Gestação de 32-33 semanas

Não existindo dados concretos que indiquem existir maturidade fetal suficiente (fosfatidilglicerol positivo ou quociente L/S = 2 numa amostra de LA colhida durante o exame com espéculo), proceder como em 2), exceptuando a terapêutica tocolítica e a administração de sulfato de magnésio como neuroprotector, que não estão indicadas nesta fase da gravidez.

4.4 Gestação de ≥ 34 semanas

Proceder à indução do trabalho de parto se, ao fim de 12h de RPM, este não se iniciar de forma espontânea

CONTRA-INDICAÇÕES PARA ATITUDE EXPECTANTE

- Gestação de ≥ 34 semanas
- Evidência de coriomnionite
- Trabalho de parto em fase activa
- Suspeita de hipóxia fetal (critérios CTG)
- Evidência de malformações fetais
- Grávidas com alto risco infeccioso (decidir caso a caso):
 - Imuno-supressão
 - Valvulopatia grave
 - Prótese valvular
 - Diabetes insulino-dependente
 - Seropositividade para HIV ou HSV

Bibliografia

- Santo S, Graça LM. Rotura prematura de membranas. In Medicina Materno Fetal (4ª ed) Graça LM (ed) Lidel. Lisboa 2010
- Mercer BM. Preterm Premature Rupture of the Membranes. Obstet Gynecol 2003;101:178
- Svigos JM, Dodd JM, Robinson JS. Prelabor rupture of the membranes. In High Risk Pregnancy. Management options (4ªed) James D, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B (ed) Elsevier 2011
- Preterm prelabour rupture of membranes. RCOG Greentop guidelines 44. 2010
- Duff P. Preterm premature rupture of membranes. www.uptodate.com. Acedido em Fev 2011

SÍNDROME DE HIPERESTIMULAÇÃO OVÁRICA

Definição

Complicação rara e iatrogénica da estimulação ovárica ocorrendo em fase luteal ou na gravidez inicial. Caracteriza-se por aumento do volume dos ovários e transferência de líquido para o terceiro compartimento, em particular as serosas, com primeira incidência no peritонеu.

Quadro Clínico

Distensão e desconforto abdominal, dor abdominal, náuseas e vômitos, dispneia (nos casos mais graves), instabilidade hemodinâmica (hipotensão ortostática, taquicardia).

Ascite, derrame pleural, oligúria, edema pulmonar, tromboembolismo.

Hemoconcentração, alteração das transaminases, hiponatremia, hiperkaliémia, alterações da coagulação.

Forma precoce (Reflecte o efeito da hCG exógena)

Surge 3-9 dias após a administração da hCG; assume formas menos graves; resolve geralmente em 7-10 dias

Forma tardia (Reflecte o efeito da hCG endógena proveniente da gravidez em fase inicial)

Surge 10-17 dias após a administração da hCG; assume formas mais graves; resolve após 2 semanas ou mais se associada a gravidez

Classificação

Forma ligeira: distensão abdominal, náuseas, vômitos, ovários de $<8\text{cm}$

Forma moderada: evidência ecográfica de ascite, ovários 8-12cm

Forma grave: evidência clínica de ascite, derrame pleural, oligúria, hemoconcentração (hematócrito $>45\%$), alterações da coagulação e das provas de função hepática, ovários $>12\text{cm}$

AVALIAÇÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Avaliação clínica: pulso, PA, FR, observação abdominal

Exames laboratoriais: hemograma, função renal, transaminases, ionograma, provas de coagulação

Ecografia pélvica: avaliação da presença de ascite e medição dos ovários

Promover o internamento em presença de formas moderadas/graves.

ATITUDE

Em ambulatório:

- analgesia
- abstinência sexual
- ingestão moderada de líquidos (1L/d)
- monitorização da diurese e peso

Em internamento:

Avaliações sistemáticas

- pulso, PA, e FR 4/4h
- peso diário e balanço hídrico
- avaliação laboratorial (hemograma, ionograma, transaminases, função renal)
- Rx torax

Alívio sintomático

- Paracetamol se houver queixas algícas
- Antieméticos se houver náuseas ou vômitos
- NÃO utilizar antiinflamatórios não esteróides por poderem reduzir a filtração renal
- Omeprazole 20mg/d EV

Reequilíbrio hidroelectrolítico

- Hidratação oral limitada ao conforto da doente
- Hidratação EV rápida inicial (se intolerância oral ou hemoconcentração) com Dx 5% em SF 1000ml/24h com redução posterior (500ml/24h) se débito urinário >20-30 ml/h

- Correção de eventual hipercaliémia (atenção ao ECG)
- Com melhoria clínica e da diurese preferir a hidratação oral

Prevenção do tromboembolismo

- HBPM (enoxaparina 40 mg/d SC)
- Meias de contenção elástica

Prevenção da falência renal

- Diuréticos EV se houver oligúria e htc < 38% (furosemda 20 mg/d)
- Albumina se houver hipoproteinémia (50g de 12-12h)
- Paracentese sob controlo ecográfico (se houver ascite sob tensão, dificuldade respiratória, ou oligúria sem resposta aos diuréticos)
- Toracocentese (em caso de persistência de derrame pleural após paracentese)

Bibliografia

- Delvigne A, Rozenberg S. Epidemiology and prevention of ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS): a review. Hum Reprod Update 2002;8 (6): 579-577
- Ovarian hyperstimulation syndrome. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Fertil Steril 2008;90 (3): 168-193



SINFISIOTOMIA

Separação cirúrgica da sínfise púbica fibrocartilaginosa com o objectivo de aumentar os diâmetros da pequena bacia (inlet).

Técnica de excepção que deverá ser utilizada como último recurso em duas situações:

- Distócia de ombros que não se resolveu pelas técnicas habituais
- Retenção de cabeça última no parto pélvico

Pressupõem que: a) o feto se encontre vivo e que b) a decisão da sua realização seja tomada antes do início de trações forçadas que podem ter consequências traumáticas importantes para o feto.

Para a sua execução é necessária a presença de dois ajudantes.

Técnica

1. Caso a parturiente não esteja analgesada proceder a infiltração com 10-15ml de lidocaína a 1% na zona da sínfise da púbica, primeiro subcutâneo e depois profundamente
2. Esvaziar a bexiga e deixar em permanência um cateter uretral /Foley
3. A presença dos dois ajudantes permite manter uma flexão das coxas sobre abdómen/tórax e impede a abdução das coxas além dos 90° - se tal acontecer, pode ocorrer lesão das articulações sacro-ilíacas determinando instabilidade permanente e dor.
4. Introduzir os dedos indicador e médio da mão esquerda na vagina e deslocar lateralmente o cateter uretral. O indicador deve ficar por baixo da sínfise púbica.
5. Confirmar a localização da sínfise púbica com uma agulha — que será sentida através do dedo vaginal — e, utilizando-a como guia, com o bisturi a fazer incisão cutânea de forma a entrar na região média da sínfise na junção do terço superior com o médio e penetrar até sentir pressão no dedo indicador que se encontra abaixo. De seguida, sem extrair bisturi, cortar o terço inferior seccionando fibras da articulação e o ligamento arcuado. Sem extrair bisturi, voltar ao ponto inicial, rodar a lâmina 180° e seccionar o terço médio e superior.
6. Com a secção da articulação será possível introduzir o dedo vaginal (2,5cm) no espaço entre os



ramos ósseos.

7. Proceder à manobra obstétrica de extracção fetal impedindo que haja abdução das coxas
8. Como deixa de haver suporte para a parede vaginal anterior e uretra, é importante evitar todo o traumatismo nessa zona pelo que o feto deve ser traccionado para uma zona abaixo do períneo e não para cima da parede abdominal materna
9. Após o parto o operador deve fazer compressão por alguns minutos sobre a sínfise para promover a hemostase. Encerrar a ferida cutânea.
10. Prescrever antibioterapia de largo espectro
11. No puerpério:
 - a. Manter algaliação por 3 dias
 - b. Pedir apoio da Fisioterapia
 - c. Permitir ambulatório logo que a puérpera o deseje
 - d. Dar alta quando a puérpera deambular normalmente e estiver assintomática (5 – 14 dias)
 - e. Recomendar que deve evitar esforços físicos moderados/violentos por 3 meses

Complicações

- Hemorragia: frequente e abundante. Tende a diminuir após o parto e com a pressão digital acima descrita.
- Infecção: abscessos retro-púbicos e osteíte púbica ocorrem em cerca de 0,5%. Está indicada a anti-bioterapia de largo espectro profilática
- Hematúria: por traumatismo da uretra. Obriga a manter algaliação até ao 3º dia de urina clara
- Incisão bexiga / uretra : manter algaliação por 10 dias

Bibliografia

- Maharaj D, Moodley J. Symphysiotomy and fetal destructive operations. Best Pract Res Clin Obstet Gynecol 2002;16:117
 - O'Grady JP, Fitzpatrick T. Cesarean Delivery and Surgical Sterilization. In Operative Obstetrics 2nd ed. JP O'Grady, M Gimovsky (ed). Cambridge University Press 2008

SULFATO MAGNÉSIO COMO NEUROPROTECTOR FETAL

A administração materna do Sulfato de Magnésio ($MgSO_4$) em todas as gestações em risco do parto ocorrer antes da 32ª semana tem por objectivo reduzir o risco de paralisia cerebral no recém-nascido pré-termo.

Pelo risco materno da administração de Sulfato de Magnésio, a adesão a este protocolo obriga à escolha cuidadosa das grávidas, não devendo ser administrado com o objectivo acima definido se:

- Gravidez com $\geq 32+0$ sem
- Existência de anomalia morfológica do feto incompatível com a vida
- Evidência de pré-eclâmpsia grave – a grávida deve já estar sob terapêutica com $MgSO_4$
- Contraindicação materna para a administração de $MgSO_4$ (miastenia gravis, insuficiência renal)

Está indicado apenas em gestações de idade gestacional ≥ 24 semanas e < 32 semanas e se:

- Existir evidência clínica de trabalho de parto pré-termo (modificações cervicais e contractilidade) e em que seja previsível que o parto ocorra nas 12h seguintes
- Houver RPM-PT
- Existir evidência de Incompetência Cérvico-Ístmica e em que seja previsível que o parto ocorra nas 12h seguintes
- Houver indicação médica ou obstétrica para interrupção da gravidez

PROTOCOLO DE ADMINSTRAÇÃO DE $MgSO_4$ COMO NEUROPROTECTOR FETAL

Dose carga: 6g de $MgSO_4$ EV durante 30 min (diluir 3 ampolas de $MgSO_4$ a 20% - cada ampola de 10ml de $MgSO_4$ a 20% contém 2g de Mg^{2+} - em 100ml de soro fisiológico e administrar a um ritmo de infusão de 300ml/h)



Manutenção: MgSO₄ EV a 2g/h (diluir 5 ampolas de MgSO₄ a 20% em 500cc Dextrose 5% a ritmo de infusão de 100ml/h) até ao parto ou até 12h de administração

Perfusão com MgSO₄ pressupõem:

- Monitorização da diurese (algaliação)
- Monitorização da magnesiémia 2/2h
- Avaliação do reflexo patelar
- Utilização obrigatória de bomba infusora

Nota:	Níveis séricos MgSO ₄	
	mg/dl	mmol/L
Perda de reflexos tendinosos	9-12	4.0-5.0
Paragem respiratória	12-18	5.0-8.0

Em caso de toxicidade a MgSO₄ utilizar:

Gliconato de Cálcio a 10% - 10ml EV durante 3 min.

Se após 12h não tiver ocorrido o parto deverá ser suspensa a administração de MgSO₄. Se após este período, a parturiente apresentar os mesmos critérios acima referidos e que levaram à administração de MgSO₄ e se a interrupção da sua administração tiver ocorrido há:

• Menos de 6 horas

Iniciar perfusão de manutenção de MgSO₄ como acima descrito

• Mais de 6 horas

Iniciar administração de MgSO₄ com dose carga e manutenção como acima descrito

Nota: se houver necessidade de tocólise – o que é previsível nos casos de parto pré-termo eminente de forma a dar tempo de actuação aos corticosteroides – optar pelo atosiban ou indometacina como preconizado em PARTO PRÉ-TERMO. A utilização de nifedipina deve ser evitada aquando da utilização de MgSO₄.

Bibliografia

- Reeves SA, Gibbs RS, Clark SL. Magnesium for fetal neuroprotection. Am J Obstet Gynecol 2011;204:202
- ACOG Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion 455: Magnesium Sulfate before anticipated preterm birth for neuroprotection. Obstet Gynecol 2010;115:669

VAGINITES

CANDIDÍASE VAGINAL

Agente – *Candida albicans*

Factores de risco

- Gravidez
- Fase secretória do ciclo menstrual
- Nuliparidade
- Espermicidas
- Jovens (< 19 anos de idade)
- Antibioterapia recente (tetraciclina, ampicilina, cefalosporinas orais)

Clínica

- Prurido vaginal, disúria externa, dispareunia
- Eritema vulvo-vaginal, fissuras, escoriações
- Corrimento branco, espesso, aderente, tipo “requeijão” (quando típico)
- Exame a fresco - polimorfonucleares abundantes (inflamação); visualização de hifas ou leveduras (mais fácil com KOH a 10%)
- pH vaginal < 4,5

Classificação

- Não complicada - esporádica ou infrequente e sintomas/sinais ligeiros a moderados e suspeita de *C. albicans* e mulheres imunocompetentes.
- Complicada - episódios recorrentes (≥ 4 episódios/ano) ou sintomas/sinais graves (eritema vulvar extenso, edema, escoriações, fissuras) ou infecção a *Candida não-albicans* ou gravidez, diabetes não controlada, imunossupressão.



Tratamento

• Não complicada

- Tópico - butoconazol - creme 2% (5g) 3 dias; **ou**
 - clotrimazol -creme 1% (5g) 7 dias; óvulos 100mg 7 dias **ou**
 - miconazol - creme 2% (5g) 7 dias; óvulos 100mg 7d; óvulos 200mg 3d; óvulo 1200mg 1 dia **ou**
 - tioconazol - creme 6,5% (5g) 1 dia **ou**
 - terconazol - creme 0,4% (5g) 7d; creme 0,8% 3d; óvulos 80mg 3d **ou**
- Oral - fluconazol 150mg, 1 dia (dose única)

• Complicada

- Grávida - apenas terapêutica tópica: 7 dias
- Imunossupressão - tópico mais prolongado: 7-14 dias
- Sintomas/sinais graves: terapêutica tópica igual aos casos de imunossupressão, ou fluconazol PO 150mg + 150mg com 3 dias de intervalo
- Recorrente - terapêutica inicial: tópica, 7 a 14 dias ou oral (100, 150 ou 200mg 3/3dias, 3 tomas) seguida de terapêutica manutenção (6 meses): fluconazol 100, 150 ou 200 mg/sem (1ª linha), ou clotrimazol, tópico 200mg 2x/sem ou 500mg/sem

Nota: Nas candidíases recorrentes deve pedir-se exsudado vaginal e a utilização de fluconazol obriga a monitorização da função hepática.

Parceiro sexual: NÃO TRATAR (excepto se sintomático ou em situações recorrentes)

VAGINOSE BACTERIANA

Agente - *Gardnerella vaginalis* (infecção polimicrobiana)

Factores de Risco:

- mais de 1 parceiro sexual
- mudança de parceiro sexual nos últimos 30 dias
- parceiro sexual feminino
- duche vaginal mensal ou nos últimos 7 dias

Clínica

- Assintomática (> 50%)
- Corrimento com cheiro fétido, branco acinzentado, espumoso e ausência de prurido
- Exame a fresco – “clue cells”; ausência de PMN, KOH a 10%: cheiro fétido

Diagnóstico

- Gram negativos e
- Pelo menos 3 dos seguintes critérios (Amsel):
 - Corrimento vaginal característico
 - Exame a fresco: *Clue cells* (> 20% das células epiteliais)
 - pH vaginal > 4,5
 - KOH a 10%: cheiro fétido

Tratamento

- Todas as situações sintomáticas
- Nas seguintes situações, mesmo assintomáticas: pré-histerectomia, pré-interrupção terapêutica cirúrgica da gravidez, grávida com antecedentes de parto pré-termo
- Sintomático - metronidazol – tópico (1 óvulo de 500mg/dia, 5 dias; gel 0,75% (5g) 5 dias) ou PO (500mg 2x/dia, 7 dias) ou
 - clindamicina - tópico, creme 2% (5g) 1 aplicador/dia, 7 dias ou PO, 300mg 2x/dia, 7 dias ou
 - tinidazol PO 2g 3dias ou 1g 5dias
- Grávida - metronidazol PO, 500mg 2x/dia, 7 dias ou 250mg 3x/dia, 7 dias ou
 - clindamicina PO, 300mg 2x/dia, 7 dias ou 100mg óvulos 3 dias.
- Recorrente (\geq 3 episódios/ano) – metronidazol gel 0,75% 2x/semana, durante 6 semanas após tratamento inicial

Nota: não consumir álcool durante e até 24h após tratamento com metronidazol oral

Parceiro sexual: NÃO TRATAR

TRICOMONAS

Agente – *Trichomonas vaginalis*

Factores de risco:

- Mudança de parceiro sexual
- Relações sexuais \geq 2x/semana
- \geq 3 parceiros no último mês
- outra DST

Clínica

- Assintomática
- Sensação de queimadura ou prurido vulvar; queixas urinárias (disúria, polaquiúria); dispareunia
- Corrimento com odor fétido, arejado, amarelo-esverdeado; pontos hemorrágicos na vagina e colo – colpíte em framboesa (2%)
- Exame a fresco – presença de *Trichomonas vaginalis*, polimorfonucleares abundantes

Tratamento

Indicado em todas as mulheres (sintomáticas e assintomáticas) e parceiros

- Regimes – metronidazol: PO 2g toma única ou PO 500mg 2x/dia, 7dias ou
– tinidazol 2g toma única PO

Nota: não consumir álcool durante e até 24h após tratamento com metronidazol oral, ou 72h após tratamento com tinidazol

- Grávida – metronidazol 2g, toma única PO
- Se não houver resposta ao tratamento com metronidazol PO 2g toma única optar por metronidazol 500mg 2x/dia, 7dias PO
- Se continua a não haver resposta – metronidazol ou tinidazol 2g/dia, 5dias PO

Parceiro sexual: deve ser tratado com tinidazol 2g PO em sose única ou metronidazol 500mg, 2x/dia PO 7 dias

Bibliografia:

- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2010. MMWR 2010; 59
- Eckert L. Other forms of vaginitis in Infectious diseases. In Obstetrics and gynecology, a systemic approach to management. (1st ed) The American college of obstetrics and gynecology, Washington 2009.
- Vaginitis. ACOG Practice Bulletin nº72. Obstet Gynecol 2006; 107: 1095-206
- Eckert L. Acute vulvovaginitis. N Engl J Med. 2006; 355: 1244-52.

VERSÃO FETAL POR MANOBRAS EXTERNAS (VE)

Manobra obstétrica que tem por objectivo tornar uma situação transversa ou uma apresentação pélvica numa apresentação cefálica por meio da manipulação fetal através do abdómen materno.

CONTRAINDICAÇÕES

Absolutas

- Indicação para parto por cesariana
Placentação anómala, vasa previa, causa materna, etc . . .
- Hemorragia do 3º trimestre
- NST não reactivo
- Oligoamnios (ILA \leq 5)
- Restrição de crescimento intra-uterino com fluxometria anómala
- Malformação uterina
- Gravidez múltipla
- Apresentação pélvica com cabeça desfllectida

Relativas

- Presença de cicatriz uterina
- Presença de circular cervical
- Malformação fetal major
- Trabalho de parto

PROCEDIMENTO

Deve idealmente ser realizada entre a 36ª-38ª semana e sempre em ambiente hospitalar. A grávida não necessita de estar em jejum nem de ter qualquer outra preparação. Durante o procedimento deve ser avaliada a FCF (auscultação intermitente). A manobra deve ser realizada sem analgesia.



1. Através de ecografia avaliar:

- A apresentação e localização do dorso fetal
- Existência de circular cervical
- Índice de Líquido Amniótico
- Ausência de desflexão cervical

2. Realizar CTG e confirmar critérios de reactividade fetal

3. Esvaziamento vesical

4. Posicionar grávida em decúbito dorsal ligeiramente inclinada para a esquerda. Para melhor relaxamento da musculatura abdominal pedir à grávida para que mantenha as coxas em abdução

5. Iniciar tocólise

Salbutamol – 5mg em 500cc Dext. 5% (iniciar a 15ml/h)

que deve ser aumentado 15ml/h de 20/20 minutos até:

- Palpação fácil de partes fetais ou
- Frequência cardíaca materna \geq 100ppm

6. O operador coloca-se do lado esquerdo materno e irá tentar o movimento de cambalhota fetal anterógrado (para a frente) ou retrógrado.

- Com a mão direita eleva a pelve fetal de forma a retirá-la da bacia materna, puxando-a para um dos flancos
- Com a mão esquerda, e em simultâneo, dirige o pólo cefálico na direcção da bacia materna
- A orientação para baixo do pólo cefálico deve ser acompanhada pela elevação progressiva da pelve fetal.

7. Interromper a manobra se:

- Excessivo desconforto materno
- Evidência de bradicárdia fetal
- Ao fim de 3 tentativas sem êxito

8. Confirmar apresentação fetal através de ecografia

9. Suspender tocólise

10. Proceder a registo CTG dando alta à grávida quando se confirmar reactividade fetal

11. Administrar gamaglobulina anti-D à grávida Rh negativa e em risco de isoimunização, tenha tido ou não sucesso a manobra de versão.

Bibliografia

- Clode N, Graça LM. O Parto na Apresentação pélvica. Versão fetal por manobras externas. In Medicina Materno-Fetal 4ª ed. Graça LM (ed) Lidel, 2010
- External Cephalic Version. ACOG Practice Bulletin nº 13. American College of Obstetricians and Gynecologists. February 2000 (revised 2009)
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The management of breech presentation. Guideline No 20.a. RCOG Clinical Green Top Guidelines, 2006.



Qlaira®

em harmonia com o corpo da mulher

**Qlaira® para as Mulheres
que querem mais
do que apenas outro
contraceptivo oral**

Qlaira® é o primeiro de uma nova classe de contraceptivos orais com estradiol¹

A mesma hormona produzida naturalmente pelo organismo feminino

Qlaira® o único contraceptivo oral aprovado no tratamento de Hemorragia Menstrual Intensa*

- proporciona uma redução significativa, rápida e sustentada da hemorragia menstrual intensa²
- após 6 meses de tratamento, a perda mediana de sangue menstrual foi diminuída em 88%³

* Em mulheres sem patologia orgânica que desejam contracepção oral

Nome do medicamento: Qlaira. **Composição:** Cada carteira (28 comprimidos) contém, na seguinte ordem: (2 comprimidos amarelo escuros. Cada: 3 mg valerato de estradiol (EV)); (5 comprimidos vermelho médios. Cada: 2 mg EV + 2 mg dienogest (DNG)); (17 comprimidos amarelo claros. Cada: 2 mg EV + 3 mg DNG); (2 comprimidos vermelho escuros. Cada: 1 mg EV); (2 comprimidos brancos: sem substâncias activas). Excipiente: lactose (não mais que 50 mg/comprimido). **Forma farmacéutica:** Comprimido revestido por película. **Indicações terapêuticas:** Contracepção oral. Tratamento de hemorragia menstrual intensa em mulheres sem patologia orgânica que desejam contracepção oral. **Posologia e modo de administração:** Via de administração oral. Tomar, pela ordem indicada na embalagem, todos os dias à mesma hora, se necessário com um pouco de líquido. Toma contínua. 1 comprimido/dia durante 28 dias consecutivos. Blisters subsequentes: iniciado no dia seguinte ao último comprimido da carteira anterior. **Contra-indicações:** Trombose venosa actual ou antecedentes; Trombose arterial actual ou antecedentes ou sinais prodromicos; AVC actual ou antecedentes; Presença de graves ou múltiplos factores de risco de trombose venosa/arterial; Predisposição hereditária ou adquirida para a trombose venosa ou arterial; Pancreatite ou antecedente se associados a hipertrigliceridemia grave; Presença ou antecedentes de doença hepática grave desde que os valores da função hepática não tenham regressado ao normal; Presença ou antecedentes de tumores hepáticos; Malignidades influenciadas por esteróides sexuais; Hemorragia vaginal não diagnosticada; Antecedentes de enxaqueca com sintomas neurológicos focais; Hipersensibilidade. **Advertências:** Patologias circulatórias, Tumores, Exame/consulta médica (Efectuar história clínica completa e exame físico antes de iniciar / reinstaurar Qlaira e excluir a hipótese de gravidez. Medir a pressão arterial efectuar exame físico. As mulheres deverão ser informadas de que os contraceptivos orais não protegem contra doenças sexualmente transmissíveis). Eficácia reduzida (A eficácia dos COCs pode diminuir com comprimidos activos esquecidos, perturbações gastrointestinais durante a toma de comprimidos activos ou medicação concomitante). Controlo de ciclo (com todos os COCs podem ocorrer hemorragias irregulares, especialmente durante os 1os meses de utilização. Assim, a avaliação de qualquer hemorragia irregular só tem significado após período de adaptação de cerca de 3 ciclos). **Interações:** fenitoína, barbitúricos, primidona, carbamazepina, rifampicina e possivelmente com oxcarbazepina, topiramato, felbamato, medicações VIH (por ex. ritonavir e/ou nevirapina), griseofulvina e hiperico. Antifúngicos azol, cimetidina, verapamil, macrólidos, diltiazem, antidepressivos e sumo de toranja poderão aumentar os níveis plasmáticos de DNG. As falhas contraceptivas foram também relatadas com antibióticos (ex.: penicilinas e tetraciclina). O mecanismo deste efeito não está elucidado. Concentrações no plasma e nos tecidos tanto podem aumentar (por ex. ciclosporina) como diminuir (por ex. lamotrigina). Análises laboratoriais: a utilização de esteróides contraceptivos poderá influenciar os resultados de certos testes laboratoriais. **Efeitos indesejáveis:** Dor de cabeça; Dor abdominal, Náuseas; Acne; Amenorreia, Desconforto mamário, Dismenorreia, Hemorragia intracíclica (Metrorragia); Peso aumentado; Infecção fúngica, Infecção micótica vulvovaginal, Infecção vaginal; Apetite aumentado; Depressão / humor deprimido, Perturbação emocional, Insónia, Libido diminuída, Perturbação mental, Alteração de humor; Tonturas, Enxaqueca; Aftas, Hipertensão; Diarreia, Vômitos; Enzimas hepáticas aumentadas; Alopecia, Hiperidrose, Prurido, Erupção cutânea; Espasmos musculares; Intumescência mamária, Massa mamária, Displasia cervical, Hemorragia uterina disfuncional, Dispareunia, Doença da mama fibrocística, Menorragia, Perturbação menstrual, Quisto ovário, Dor pélvica, Síndrome pré-menstrual, Leiomioma uterino, Espasmo uterino, Hemorragia uterina/vaginal, incl. spotting, Corrimento vaginal, Secura vulvovaginal; Fadiga, Irritabilidade, Edema; Peso diminuído, Alterações de pressão sanguínea. Data da revisão do texto: Novembro de 2010. Medicamento Sujeito a Receita Médica. Não Comparticipado. Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado. BAYER PORTUGAL S.A., Rua Quinta do Pinheiro, nº5 2794-003 CARNAXIDE, NIF 500 043 256 **Bibliografia:** 1. Jensen J. Expert Opinion on Pharmacotherapy 2010;11(7): 1147-57. 2. Jensen J. et al Obstetrics & Gynecology April 2011;vol 117, No4 : 777-787 3. Resumo das Características do Medicamento Qlaira®

